

Het drukken van dit magazine wordt ons gratis aangeboden door drukkerij Die Keure, dit uit sympathie voor de vele donateurs.

Driemaandelijks tijdschrift | Nummer 77 | januari, februari, maart 2024

77



## DOSSIER VERSLAVING

# Verslaving is volgens mij...?

"Ik zag niet in dat ik verslaafd was"

Dé cocaïnegebruiker bestaat niet

EL2 24

# Organiseer je leven slim



Wat gaat de tijd snel... Krokus is nog maar net voorbij, Pasen lonkt al om de hoek en voor je het goed beseft, dient er zich alweer een nieuw seizoen aan. Daarom is het belangrijk om af en toe eens stil te staan of te vertragen. Een momentje van rust voor jezelf, dat wens ik jullie toe!

Deze editie brengt weer heel wat interessant leesvoer. Zowel wetenschappelijke artikels als 'uit het leven gegrepen'-verhalen komen aan bod. Als individueel begeleider in het ambulante centrum de Sleutel van Antwerpen neem ik jullie graag mee doorheen de bijdragen in dit nummer.

Dat er verschillende opvattingen en verklarende modellen over verslaving bestaan en dat we die als hulpverlener mogen/ kunnen gebruiken; daar gaat het inleidend hoofdstuk over. De therapeutische vrijheid hebben om die modellen te kunnen inzetten waarvan je een goede behandeluitkomst verwacht, vind ik zelf fijn als begeleider. Uiteraard moet er steeds zowel met cliënt als in team geëvalueerd worden en waar nodig bijgestuurd!

Eerst bekijken we de theorie door de psychologische bril van Robert West en Reinout Wiers. Aansluitend maak je kennis met het verhaal van een ervaringsdeskundige. Zijn traject van 'verslaafde' tot 'verslavingscoach' is bewonderenswaardig. Het advies dat hij wil meegeven: "Laat je omringen met de juiste mensen en zorg ervoor dat je je leven 'slim' organiseert!"

In het artikel 'verslaving door de ogen van 4 cliënten', krijg je inzage in hoe zij tijdens hun behandeling kijken naar hun probleem. Zo gelooft er één cliënt erg in de erfelijke factor van verslaving. Een andere legt de oorzaak dan weer bij het 'enkel maar dingen willen doen die je leuk vindt'. Lees ook het kaderstuk over de 'werkzame elementen' van een TG-programma. Deze info is zeker bruikbaar om anderen naar een TG te motiveren!

Vervolgens duiken we in een onderzoek over preventie in het kader van cocaïnegebruik. Hoewel er recordhoeveelheden cocaïne onderschept worden in de haven van Antwerpen en het coke-gebruik volgens de gezondheidsenquête toeneemt, blijft het gebruik van coke in de algemene bevolking heel beperkt. Het VAD-onderzoek richt zich dan ook op 'preventie sterker en gericht maken'. Men wil meer zicht krijgen op de motieven en profielen van gebruikers om zo de interventies meer op maat te maken van wie coke gebruikt. Volgens VAD blijft het belangrijk om dat te doen vanuit een niet-stigmatiserende aanpak! Hoewel onze Antwerpse burgemeester zijn best doet in de strijd tegen de georganiseerde drughandel en zelfs tot in Zuid-Amerika bondgenoten zoekt, kan hij hier misschien toch wat minder met de vinger wijzen naar de druggebruikers.

Tenslotte blikken we nog eens terug op de Warmste Week-deelname met het ambulante centrum van De Sleutel in Brugge. Met de opbrengst van de eigen kerstmarkt, gaan ze een uitdagende buitenruimte creëren zodat jongeren zich meer uitgenodigd voelen om op een gemoedelijke manier in gesprek te gaan. Ik ben alvast benieuwd naar de realisatie hiervan!

Veel leesplezier!  
Petra Vanderbeke

## 77 inhoud

### 3 Verslaving is volgens mij ...?



### 3 Verslaving een hersenziekte? De blik van West en Wiers



### 7 Wout: "Ik zag niet in dat ik verslaafd was"



### 10 Hoe kijkt de cliënt naar verslaving? Enkele bewoners aan het woord



### 13 Cocaïnegebruik in Vlaanderen: onderzoek maakt preventie effectiever en doelgroepgericht



### 16 Terugblik op warmste week



# Verlaving is volgens mij ...?

We stellen ons vaak de vraag hoe het toch komt dat iemand die verslaafd is niet kan stoppen... niet kan stoppen met het gebruik van het genotmiddel. Wetende dat er donkere kanten vastkleven aan het overmatig gebruik van middelen. Of het nu tabak, alcohol of drugs zijn. "Erklärung" noemen we dat, zoeken naar een verklarend model van een fenomeen: wat zou de oorzaak zijn van de stoornis? Waar is het begonnen en vanaf wanneer kon iemand niet meer stoppen? Welke symptomen zien we? Hoe verloopt zo'n verslaving en is er behandeling voor?

Iedereen in de omgeving van een persoon met een verslaving heeft minstens wel één verklarend model. De persoon zelf natuurlijk, "de verslaafde". Zo lezen we straks over een duiveltje, een erfelijke aandoening, een kwetsbare plek, een uit de hand gelopen beloningssysteem. Of dat clean zijn én blijven een kwestie is van je te wapenen, sterk zijn, geen enkel achterpoortje open laten.

Ook als ouder, partner, vriend, familielid, therapeut, arts of rechter je vaak vanuit verklarende modellen. In één van de komende DS-magazines dagen we ook deze mensen uit om hun verklarende modellen te delen.

In de hulpverlening vinden we het belangrijk dat die opvattingen over verslaving naast elkaar staan. We weten dat spreken over elkaars verklarende modellen de aansluiting tussen mekaar, cliënten - hun context - hulpverleners, bevordert en een behandeluitkomst ten goede beïnvloedt.

In de volgende 3 bijdragen bekijken we de inzichten van twee wetenschappers en delen we wat vier cliënten en een ervaringsdeskundige denken over verslaving en hoe deze opvattingen de behandeling van verslaving mee beïnvloeden.

# Verlaving, een hersenziekte? De blik van West en Wiers.



[ VISIE ]

**De afgelopen 50 jaar ontstonden verschillende theoretische modellen over de oorzaken en ontwikkeling van verslaving. Met behulp van de inzichten van 2 wetenschappers blikken we in deze bijdrage terug op deze evolutie. Je verneemt hoe deze verworven kennis tot nieuwe inzichten heeft geleid en wat de gevolgen zijn voor de behandelpraktijk van vandaag.**

Vóór het midden van de 20ste eeuw werd verslaving meestal gezien als het resultaat van een zwakke wil bij het individu. Naast dit morele model, waarin opsluiting de gangbare oplossing is, ontwikkelde zich later het ziektemodel. Verslaving wordt hier eerder gezien als een ziekte van de wil en later als een chronische hersenziekte, waarbij het individu geen schuld treft. Geheelonthouding was de beste remedie en zorg een recht. Meer recent ontstond het belang van de bredere sociale omgeving op individuele gedragingen en keuzes. Hoewel we historisch bekeken een geleidelijke verschuiving zien in de verklaringen voor verslaving blijven klassieke en nieuwe benaderingen naast elkaar bestaan en beïnvloeden ze allebei nog steeds hoe we erover denken en handelen. Sommige theorieën zijn meer relevant voor preventie, andere meer voor behandeling.

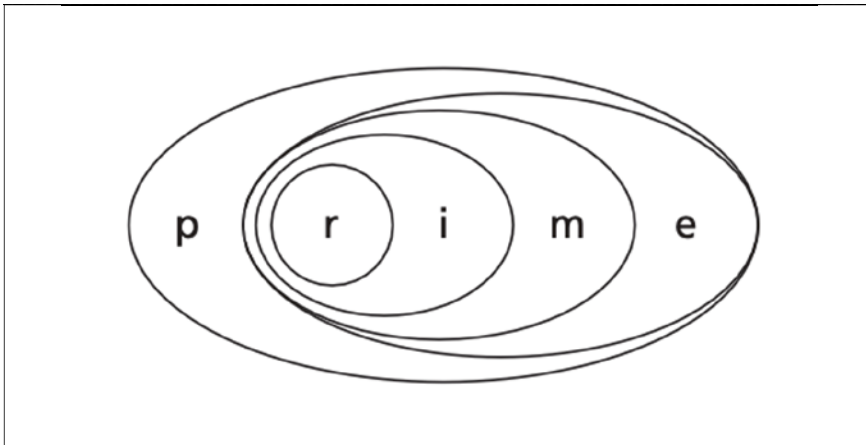
Twee psychologen wogen op het debat de afgelopen jaren: Robert West en Reinout Wiers. West begon al in 2006 met zijn 'Theory of addiction'. Wiers schreef rond die periode 'Slaaf van het onbewuste'. Recent schreef West met zijn zoon Jamie twee dunne boekjes 'React: Harness your animal brain' en 'Energise: the secrets of motivation'. In deze boekjes maakt hij de inzichten uit 'zijn' PRIME-theorie verstaanbaar voor mensen zonder technische voorkennis omtrent verslaving. Wiers publiceerde dit jaar het boek 'Akrasia: over vrije wil, verslaving en verandering'.

Deze uitgave balanceert tussen persoonlijke anekdotiek en wetenschappelijke informatie. Is verslaving volgens hen een hersenziekte, zoals zo vaak wordt gepretendeerd?

## Robert West en de PRIME-theorie van verslaving

De PRIME-theorie bekijkt verslaving vanuit een satelliet: ze zoekt een overkoepelend perspectief door de unieke inzichten uit verschillende op zichzelf staande theorieën over verslaving te integreren. Veel theorieën overlappen mekaar. Het ontwerpen van een integratief model is bijzonder complex vanwege het grote aantal betrokken factoren. Dit maakt het boek 'Theory of addiction' stevig en soms wat abstract. De PRIME-theorie werd reeds in een boek verrat in 2006. In 2013 kwam er een tweede, geüpdatete versie. Nieuw is het dus niet.





Het PRIME-acroniem en de niveaus van motivatie

Binnen PRIME wordt verslaving gezien als een chronische aandoening van het motivatiesysteem, de verzameling hersenprocessen die ons handelen stuurt. Aan de basis van het PRIME-denken ligt het volgende: op elk moment handelen we naar wat we op dat moment het meest willen of nodig hebben. In die zin kan het motivatiesysteem worden gezien als een systeem van krachten. Deze zijn enerzijds bewust (wensen en driften) en anderzijds onbewust (impulsen en gewoonten). Mensen hebben onstabiele voorkeuren vanwege tegenstrijdige motieven. Wat mensen willen of leuk vinden verandert nogal eens. Het is georganiseerde chaos. Metaforisch vertaald: vergelijk het met een vliegtuig op automatische piloot dat constant input nodig heeft om in de lucht te blijven. Binnen dit perspectief wordt verslaving niet louter verklaard in termen van het maken van keuzes. Het is meer dan dat. Het is een kwestie van balans tussen krachten die gedrag bevorderen en tegenwerken. Anders gezegd: een beslissing om iets te doen zal niet resulteren in gedrag, tenzij het op het relevante moment het verlangen genereert om het te doen én dat verlangen een voldoende sterke impuls creëert om te handelen. PRIME is een acroniem voor Plannen (P), Reacties (R), Impulsen (I), Motieven (M) en Evaluaties (E). Het model structureert menselijke motivatie via deze vijf subsystemen en voegt ordening toe via de formulering van hogere en lagere niveaus.

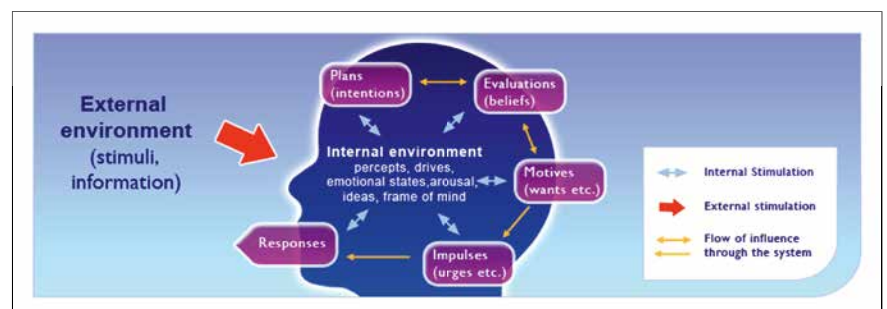
**Plannen** zijn onze bewuste voorstellingen van (toekomstig) gedrag. Ze vormen de hoogste structuur in ons motivatiesysteem. Ze voeden onze intenties om ons op een bepaalde manier te gedragen. Ze bevatten dus betrokkenheid. Opdat plannen gedrag zouden worden, moeten ze als goed geëvalueerd worden én moeten ze de concurrentie met andere verlangens weerstaan op het relevante moment waarop het gewenste gedrag zou moeten plaatsvinden. **Reacties** zijn daarentegen het laagste motivationele subsysteem. Ze omvatten zichtbaar gedrag zoals het starten en stoppen met gebruik. Het subsysteem van reacties wordt beïnvloed door subsystemen van een hoger niveau. **Impulsen** kunnen worden beschreven als drang. Deze kunnen het resultaat zijn van leerprocessen (gewoonte) of instinctief zijn. Dit subsysteem wordt beïnvloed door subsystemen van een hoger niveau. **Motieven** zijn onze wensen en behoeften. Ze bestaan uit onze momentgebonden gedachten en

ons zelfbeeld. Hierdoor is er ook een link met onze identiteit, de indirecte drijfveer van onze verlangens. Dit subsysteem wordt voornamelijk beïnvloed door onze evaluaties. **Evaluaties** bestaan uit onze overtuigingen en worden beïnvloed door plannen en motieven. De PRIME-theorie visualiseert het motivatiesysteem als een menselijk hoofd om weer te geven welke de anatomische structuren kunnen zijn betrokken bij motivatie. Terwijl het planningssubsysteem betrekking heeft op de frontale cortex, is het evaluatiesysteem gelinkt aan de cortex. Het drijfverensubsysteem omspant de cortex en de middenheren en het impulssubsysteem is een middenhersenenstructuur.

Naast deze subsystemen zijn er interne toestanden die invloed uitoefenen op een individu. Opwinding bijvoorbeeld beïnvloedt alle subsystemen. Het feit dat iemand van plan is om zijn alcoholgebruik te verminderen kan leiden tot angst, wat vervolgens een van de andere niveaus van het systeem direct beïnvloedt. Naast interne hebben we ook externe factoren, zoals informatie, die het motivatiesysteem kunnen beïnvloeden. Tot slot beschrijft het PRIME-model ook een pad van invloed waarlangs de subsystemen lopen. Zoals je kunt zien zijn plannen onderhevig aan evaluaties en motieven: wat je voelt, nodig hebt of wilt (motieven) en wat je goed of slecht vindt (evaluaties) kan je plannen verzwakken. Omgekeerd kunnen plannen je motieven en evaluaties versterken.

### Gedragstoornis

Om verslaving goed te begrijpen



Het hoofdmodel van PRIME

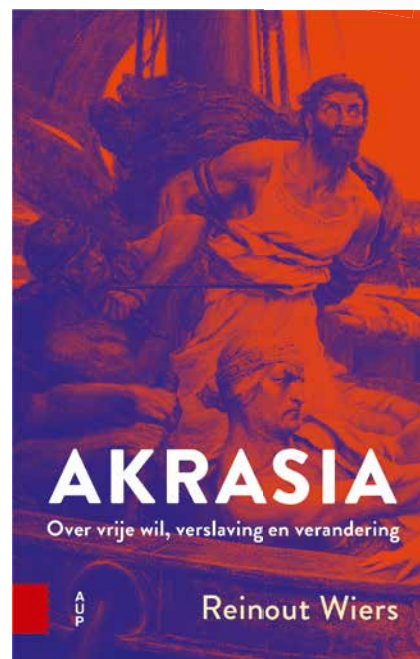
moeten we alle lagen van menselijke motivatie in rekening brengen alsook hun onderlinge interactie met zowel interne als externe beïnvloeders. Dat betreft zowel bewuste als onbewuste processen. Verslaving is voor West een gedragsstoornis met een krachtige motivatie voor een bepaalde herhaling van gedrag, geleerd uit ervaring en met schadelijke gevolgen. Dat laatste is belangrijk. Het maakt immers het verschil tussen gedrag dat dwangmatig is maar eerder probleemloos en verslaving die ook dwangmatig is maar veel schade veroorzaakt. De PRIME-theorie spreekt zich niet expliciet uit over de vraag of verslaving op zich een hersenziekte is, maar ontkent de impact op het brein niet. Drugs maken volgens West een sluwe omleiding langs normale psychologische en gedragsmatige paden. Verslaving ontwikkelt zich dus volgens hem via normale neuropsychologische mechanismen die een evolutionair nuttige functie hebben. De hersenen hebben echter geen degelijke afweer tegen drugs omdat ze rechtstreeks de fysiologie van hersenen beïnvloeden. Voor West kan verslaving ook een hersenziekte zijn omdat keuzes, gemaakt in de hersenen, er verstoord geraken door middelengebruik. Dat is ook wat Wiers stelt.

### Reinout Wiers, akrasia en het belang van onbewuste hersenprocessen

Al geruime tijd wordt onderzoek gevoerd naar de neurobiologische impact die druggebruik heeft op hersensystemen, belangrijk voor beloning, executieve functies, stressreactiviteit, stemming en zelfbewustzijn. Centraal in het neurobiologische perspectief van verslaving staat het beloningssysteem, meer specifiek de verhoogde hoeveelheid dopamine veroorzaakt door druggebruik en de compensatie door de afname van het aantal natuurlijke dopaminereceptoren, met structurele aanpassingen in de hersenen als gevolg. De dopaminerge route die het meest betrokken is bij beloning is het zogenaamde mesolimbische systeem. Eenvoudig samengevat ontstaan er nieuwe hersenprocessen met fysieke veranderingen in de

neuronale verbindingen. De controle verschuift van de prefrontale cortex, belangrijk voor zelfcontrole en rationeel denken, naar het stratum, een gebied van diepe hersenstructuren waar dwangmatig gedrag en gedragsgewoonten worden gecodeerd. Langetermijneffecten van druggebruik werden de laatste jaren bestudeerd met beeldvormende technieken zoals (functionele) magnetische resonantie imaging ((f)MRI) en positronemissietomografie (PET). Resultaten van dergelijke technologie, die het mogelijk maakten in het brein te kijken, versterkten het belang van de hersenen bij het verklaren van het chronische karakter dat aanwezig is in veel gevallen van verslaving. Dit resulteerde in de aanname dat verslaving een chronische hersenziekte moet zijn. Deze visie maakte furor vanaf de jaren 90, maar de wortels liggen in de jaren 60 toen Elvin Jellinek, een Amerikaanse arts, ernstig alcoholisme als ziekte bestempelde. Het belangrijkste gezicht van het ziektemodel is Nora Volkow, psychiater en directeur van NIDA, het Amerikaans Instituut voor Drugsmisbruik. Er is vooral het laatste decennium kritiek op het ziektemodel. Ook al zijn er pogingen om verdere nuances aan te brengen door bijvoorbeeld meer te focussen op verschillen tussen personen. De argumenten van de critici lezen we in het recent verschenen boek van Reinout Wiers 'Akrasia. Over vrije wil, verslaving en verandering'. Akrasia, een begrip uit de Griekse filosofie, is samen te vatten als handelen tegen beter weten in, of enger uitgedrukt: een gebrek aan zelfbeheersing. Akrasia past helemaal in het morele model. Het speelt een rol bij verslaving, maar is er niet toe te beperken.

Binnen de academische wereld is Wiers een wereldautoriteit op het gebied van meten en veranderen van zogeheten impliciete cognitie (onbewuste denkprocessen) bij verslaving, vooral bij alcohol. Wiers droeg via zijn werk bij aan de popularisering van de ondertussen gekende paard-en-ruitermetafoor, een voorstelling die de verstoorde wisselwerking tussen bewuste (de ruiter) en onbewuste (het paard)



hersenprocessen moet duiden, kenmerkend bij verslaving. Wiers past in het rijtje wetenschappers die denkt dat het trainen van de ruiter een belangrijke strategie is om het paard te controleren. Aan de basis van de metafoor ligt het idee dat het brein uit drie grote lagen bestaat, waarvan de ruiter het mensbrein voorstelt en het paard het reptielenbrein. Dit is uiteraard een grote simplificatie van de hersenstructuren maar het vond ingang bij hulpverleners, waarschijnlijk omdat het bevattelijk is voor cliënten en goed aansluit bij hun belevingen in het omgaan met verslaving. In zijn nieuwe boek komt Wiers terug op deze metafoor. Het zou een onwetenschappelijke weergave zijn van de verslavingsmechanismen in het brein. Wiers ziet verslaving als een gecompromitteerde keuze ofwel dat het beperkte keuzevrijheid inhoudt, wat fundamenteel verschilt van de visie dat er geen keuze meer is wegens een chronische hersenaandoening en dat verslaving een keuze is als elke andere. Hij ontkent, net als West, uiteraard niet dat verslaving gepaard gaat met diverse veranderingen in de hersenen. Hij spendeert er zelfs een heel hoofdstuk aan. En ook de argumenten tegen het ziektemodel krijgen veel ruimte. Enkele voorbeelden. Mensen zouden vaker natuurlijk herstellen, zonder formele interven-

ties van hulpverleners. Resultaten bij dieren, een noodzakelijk kwaad in veel neurobiologisch onderzoek, kan je niet zomaar vertalen naar mensen. Hersenen zouden ook veel plastischer zijn dan voorstanders van het ziektemodel suggereren. Het blijft lastig om hersenenproblemen bij personen met een afhankelijkheidsprobleem goed te interpreteren omdat er doorgaans geen metingen uitgevoerd zijn vooraleer de mensen verslaafd waren. Wiers stelt dat de keuzevrijheid vergroten bij mensen met een verslaving erg belangrijk is. Mensen zouden we, kort gesteld, bijvoorbeeld kunnen helpen met het maken van betere keuzes via het belonen van alternatieven, via cognitieve training of mindfulness.

### Is verslaving een hersenziekte?

Biomedisch verslavingsonderzoek slokte de afgelopen jaren het leeuwendeel van het onderzoeksgeld op. Bijgevolg kreeg het heel veel aandacht. Ook vandaag nog. Het leverde nieuwe inzichten op, maar het had mogelijks ook negatieve effecten, bijvoorbeeld op de kennis omtrent herstel. Sommigen denken dat het ook bijdroeg aan de verdere stigmatisering van verslaafden. Neurobiologisch onderzoek omtrent verslaving verklaart chroniciteit en terugval bij een minderheid, maar zegt weinig over herstel bij de meerderheid. Nog minder aandacht ging naar verslavingsonderzoek binnen het levensperspectief. Verslavingen kunnen immers ook gezien worden als trajecten die door vele factoren en keerpunten worden bepaald doorheen het leven.

### Conclusie

Verslaving wordt vaak omschreven als een behandelbare, chronische, medische ziekte waarbij complexe interacties tussen hersencircuits, genetica, de omgeving en persoonlijke levensgebeurtenissen een rol spelen. Dat verslaving ontstaat door een wisselwerking tussen heel wat factoren staat buiten kijf. Dat het een hersenziekte pur sang is lijkt er steeds minder consensus over. Zowel West als Wiers zijn het eens over het feit dat

verslaving, in uitzonderlijke gevallen, ook een hersenziekte kan zijn. Dit is hun alternatief op het ziektemodel, dat neerkomt op de aandacht voor verminderde keuzevrijheid bij personen met een verslaving. Mensen maken voorspellingen op basis van de gevolgen van hun handelingen. Dat is te beïnvloeden door onder andere therapie. Vrije wil, die volgens het ziektemodel afwezig is bij verslaving, herleiden tot hersenfuncties is zoals geld herleiden tot papier en liefde tot biochemie. Het uitwisselen van verklaringsmodellen over verslaving mag o.i. deel zijn van de therapie zelf: hoe kijken cliënt en therapeut zelf naar verslaving? Benieuwd hoe dat onze behandelresultaten kan beïnvloeden.

### Bronnen

Kolind, T., Thom, B. & Hunt, G. *The SAGE Handbook of Drug & Alcohol Studies: Social Science Approaches*. 742 pp.

Van Deun, P. (2022) Herstellen van een geëkaapt brein. *Tijdschrift Verslaving & Herstel*. Vol 2 Nr 4.

Volkow, N., Blanco, C. (2023) Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry*. June 22(2): 203-22.

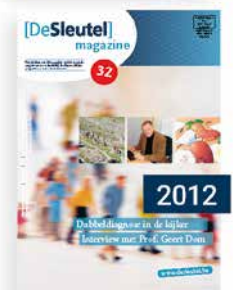
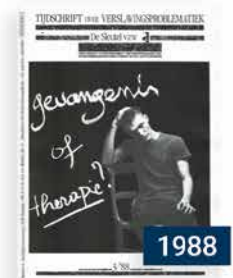
Volkow, N., Koob, G. (2010) Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews*. 35: 217-238.

Volkow, N., Koob, G., McLellan, T. (2016) Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *The New England Journal of Medicine*. 374:363-371.

West, R., Brown, J. (2013). *Theory of addiction*. Wiley-Blackwell. 274 pp.

Wiers, R. (2023). *Akrasia. Over vrije wil, verslaving en verandering*. Amsterdam University Press. 315 pp.

<https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction>



## Wout: "Ik zag niet in dat ik verslaafd was"

Dit is het verhaal van Wout. Hij is werkzaam in gemeenschapsinstelling De Zande en actief als verslavingscoach bij UPchange. We ontmoeten mekaar op het "Warme Winter-moment<sup>1</sup>" in de Therapeutische Gemeenschap Merelbeke (TGM). Wout is er een vaste waarde. Hij komt graag terug naar deze bijeenkomst. Hij wijst mij verschillende van zijn peers aan waarmee hij samen in het programma zat. We raken in gesprek over hoe de TG van vandaag draait en hoe het vroeger was.

Wout is een geboren verteller. Sappige details en anekdotes passeren de revue. Bij de vraag om mee te werken aan een artikel over hoe hij als ervaringsdeskundige naar verslaving kijkt, reageert hij enthousiast. Zijn peers verzekeren mij dat hij het goed kan uitleggen en gewoon is om zijn verhaal te brengen. Een paar weken later hebben we ons gesprek over zijn kijk op verslaving. "Doorslaggevend voor mij was, toen mijn mama voor het eerst zei dat ik thuis niet meer welkom was. En veel later toen mijn partner me voor de keuze stelde". Zijn verhaal...

**Wout:** "Ik ben afkomstig van de Kempen, ben 40 jaar oud en woon nu in het Gentse. 20 jaar geleden volgde ik het programma in TGM. Zolang ben ik reeds clean van alle illegale drugs."

Negen jaar geleden werd hij door zijn vrouw voor de keuze gesteld, blijven drinken en vertrekken of stoppen met drinken en samen een leven uitbouwen. Hij koos voor een alcoholvrij leven. Wout is gehuwd en trotse papa van 2 jonge kindjes. "Ik werk als teamcoach in het time-out project voor jongeren van De Zande in Ruiselede. Daarnaast ben ik verslavingscoach." Hij begeleidt mensen in hun traject naar herstel.

"Mijn eerste ervaringen met cannabis had ik rond mijn 12 jaar. Ik had een hele moeilijke thuis. Mijn vader was alcoholieker. Hij was een lieve papa. Soms dronk hij maanden niet, maar soms dronk hij weken aan een stuk. Dan reed hij de auto kapot, maakte hij brokken. Hij dreigde ook met

suïcide als hij zich niet goed voelde. Ik herinner mij nog goed de zelfmoordpogingen toen ik 10, 13 en 15j was. Mijn ouders maakten vaak ruzie. Vanaf mijn 10<sup>de</sup> leefde ik altijd met angst voor wat ging er komen. Ik zat in een vriendengroepje waar er al eens een jointje gesmoord werd. Ik wou mee doen, en voelde dat mijn zorgen dan minder waren. Zo is het eigenlijk snel geëvolueerd. Op mijn 14<sup>de</sup> rookte ik dagelijks meerdere joints. Ik besepte dat het niet oké was. Ik wist dat het illegaal was. Ik was ook steeds bang dat mijn moeder het zou ontdekken. Wat ook eens gebeurde. Ik heb haar toen onder druk gezet: had ze liever dat ik ook overmatig alcohol zou beginnen drinken of heel af en toe een jointje rook? Op die manier heb ik een soort gedoogbeleid in huis geïnstalleerd".

Op zijn 15<sup>de</sup> bleek cannabis niet meer voldoende. Hij werd er nog stoned van, maar niet meer gelukkig...

"Na nog een zelfmoordpoging van mijn vader heb ik op een avond de klik gemaakt om mee te doen met cocaïne snuiven samen met vrienden in den uitgang. Ik wist dat het niet oké was. Ik wou niet naar die hard drugs. De dag nadien werd ik wakker. Mijn ene hersenhelft zei: wauw dat was geweldig, de andere hersenhelft zei: niet doet dat niet, dat is gevaarlijk, dat is illegaal, ... Ik wou het een keer per week gebruiken, maar al snel was dat dagelijks. Op het moment dat ik met cocaïne begon, realiseerde ik pas echt dat ik verslaafd was. Het was hemels, mijn perfecte illegale antidepressiva."



“

**Als ik stop met de dingen te doen die werken, dan weet ik dat ik het mezelf moeilijk maak.**

### **Wat was nodig om hulp te zoeken, om hulp toe te laten?**

“Tussen mijn 16<sup>de</sup> en 20<sup>ste</sup> ben ik dagelijks wakker geworden met het idee dat ik dit niet meer wou, dat ik er vanaf moest geraken. Ik was continu bezig met drugs, dealen, liegen, mijn gebruik verbergen. Ik wou mijn moeder sparen. Ze had al een verslaafde man. Het lukte niet op mezelf. Ik weet dat ik af en toe wou dat ik betrappt zou worden thuis. Op mijn 20<sup>ste</sup> is het dan uitgekomen. Het was een moment van angst en opluchting.” De gouden gids werd opengeslagen en na een week kon Wout terecht bij het DOC<sup>2</sup> (toen nog CIC).

“Ik ben 2 keer vertrokken uit het CIC. Ik dacht dat ik het al kon. Toen ik mij een derde keer aanmeldde kreeg ik de boodschap dat ik welkom was op voorwaarde dat ik bereid was om een langer programma te volgen, namelijk Therapeutische Gemeenschap. Ik ben daar aan begonnen. Ik keek op tegen de lange termijn. En na 3 maanden sloeg de twijfel toe. Ik wou vertrekken. Doorslaggevend voor mij was, dat mijn mama zei dat ik onder deze omstandigheden niet welkom was thuis. Het was de eerste keer dat ik die duidelijke grens kreeg. Daarnaast was de steun van peers en staf in die periode erg belangrijk.”

Wout beseftte dat hij de keuze had om toch te vertrekken en te kiezen om bij vrienden in te trekken. Hij wist echter dat dit de rechtstreekse weg was naar herval. Hij wou het anders en heeft doorgezet. Dat moment waarop je alles in de weegschaal legt, wikt en weegt, twijfelt of je foert gaat zeggen of niet, staat hem nog steeds helder voor ogen.

### **“Stop met liegen en bedriegen”**

“Ik herinner me dat ik op dat moment door een ervaringsdeskundig teamlid aangesproken werd dat het nu eens tijd werd om te stoppen met liegen en bedriegen, dat ik nog steeds in verslavingsgedrag vast zat. Hij vroeg me of mijn papa de coke in mijn neus gestoken had, of ikzelf. Ik moest stoppen met me te verstoppen en verantwoordelijkheid opnemen.” Wout geeft aan dat dit hard binnenkwam. Het was precies wat hij op dat moment nodig had.

### **Wanneer is een verslaving voorbij?**

“Tja, ik heb hier al veel over nagedacht. Ik voel me niet meer verslaafd, maar ik weet wel dat ik een bepaalde kwetsbaarheid heb voor verslaving. Ik kan niet omgaan met genotsmiddelen. Ik ben een sterk persoon. Ik blijf al 20 jaar af van alle drugs en reeds 9 jaar van alcohol. Op vandaag kan ik zeggen dat ik een vrij mens ben, een gelukkig mens. Ik heb geen craving. Ik zet wel bewust in op een leuk leven en ik vermijd mensen die nog in gebruik zitten. Eigenlijk vergelijk ik het steeds met een monsterke dat wil gebruiken in mijn hoofd, dat ik in winterslaap heb kunnen brengen. Ik moet de kat niet bij de melk zetten. Ik zeg steeds dat ik mijn leven “slim” organiseer. Mocht ik elk weekend bijvoorbeeld een flexi-job doen in een café, dan zou ik het monsterke weer kansen geven, zelfs al is het al lang geleden. Dat doe ik niet. Ik probeer slim om te gaan met het leven, met de mensen rondom mij. Zo maak ik het mezelf niet moeilijker dan nodig. Ik voel me een sterk persoon en ik heb een kwetsbaarheid. Ik moet niet vechten elke dag, ik organiseer mijn leven bewust en zo voel ik mij vrij.”

Als ik Wout vraag of hij ook alle mensen en situaties vermijdt waar alcohol gedronken wordt, geeft hij aan dat hij keuzes maakt. Hij gaat nog naar trouwfeesten, maar om 1u 's nachts voor iedereen dronken wordt, gaat hij weg. Wout zegt: “Ik heb dan een leuk feest gehad, maar niet de moeilijkheden.” Hij gaat nog naar festivals, maar blijft er niet slapen. “Ik doe nog altijd wat ik vroeger deed, maar doe het anders. Als ik wietgeur ruik, dan ga ik 10 meter verder staan.” Mensen vragen hem soms: waarom doe je dat, het is al zo lang geleden. “En dan zeg ik steeds dat het werkt. Ik zie heel vaak dat mensen stoppen met te doen wat werkt. Zo brengen ze zichzelf in gevaarsituaties. Ze worden overvallen door een terugval, zien het niet aankomen. Als je stopt met te doen wat werkt, dan komt herval vanzelf.”

### **Wat was voor jou belangrijk in je weg naar herstel?**

“Je omringen met de juiste mensen is gigantisch belangrijk. Ik bedoel

dan mensen die een goede invloed op je hebben. In verbinding gaan met mensen die je graag zien. Ik heb ook goed in mijn oren geknoopt dat ik het niet alleen hoeft te doen. Steun is erg belangrijk: steun van familie, vrienden. Als je het alleen probeert te doen, dan kom je in moeilijkheden.”

### **Welke kijk of theorie op verslaving heb je nu?**

“Vroeger dacht ik dat ik sterk moest zijn. Dat het aankomt op karakter tonen, op je tanden bijten, je best doen. Maar ik weet intussen dat je met alleen sterk zijn er niet komt. Mijn motto is “pak het slim aan”, organiseer je leven zo dat je niet meer moet vechten. Als nuchter blijven aanvoelt als een gevecht, zit het nog niet juist. Zelfs de beste bokser verliest ooit een kamp. En dat betekent bij ons herval. Het is belangrijk om een goede context te creëren. Zorg dat verveling niet in je leven zit. Je leven zo organiseren dat het niet saai is, maar heel leuk. Verveling en saaiheid zijn 2 zaken die dat monsterke weer wakker kunnen maken.” Wouts theorie van verslaving: het is als een monster dat in een winterslaap kan gebracht worden. Je moet je leven bewust organiseren zodat je niet elke dag moet vechten tegen dat monster. Dit leunt sterk aan bij de paard en ruiters-metafoor van Zinberg. (lees ook de bijdrage Verslaving, een hersenziekte? op blz 3).

Wout vertelt dat hij vluchtplannen maakt voor in moeilijke situaties. “Stel dat mijn moeder morgen zou sterven, dan weet ik welke stappen ik kan zetten. Ik denk daar over na als ik me goed voel, als ik realistisch kan nadenken. Als ik dan op een moeilijk moment kom, waar ik vol emotie zit, gebruik ik mijn vluchtplan. Ik heb veel geleerd in TG. Later heb ik het 12 stappenplan gevolgd om van de alcohol af te geraken. Dat was voor mij niet genoeg. Ik ben dan veel boeken beginnen lezen over verslaving. Ik heb veel gehad aan ‘het gekaapte brein’, daar herken ik veel in. Ik haal dingen uit de praktijk, herstelverhalen, ervaringsdeskundigen die tips geven.”



“  
**Wees vooral  
slim én een klein  
beetje sterk.**



**Is je kijk op verslaving veranderd met ouder te worden?**

“Als kind zag ik natuurlijk mijn verslaafde vader bezig. Voor mij was alcohol de duivel. Er waren zoveel problemen. Je weet als kind niet wat dat is. Ze zeiden mij: “uw papa is een beetje ziek, het lukt hem soms niet om niet te drinken”. Van het moment dat die een druppel alcohol aan zijn lippen zette, was hij vertrokken. En dan was alles om zeep. Eigenaardig genoeg vergoelijkte ik dan mezelf toen ik met cannabis begon. Alles leek oké zolang het maar geen alcohol was. Ik had het niet door. Ik heb dat lang ook geloofd.

Na mijn TG-programma, ben ik beginnen drinken. Ik wou doen zoals de rest van de wereld. Maar ik dronk steeds meer. Ik was altijd diegene die het laatste rondje gaf. Ik dronk ook vaak te veel en begon stiekem te drinken: ik had altijd meer nodig. Ik was hetzelfde aan het doen als mijn vader en ik had het niet door.”

Toen zijn vader zich dood aan het drinken was is Wout zelf ook extremer beginnen drinken. “Ik stond elke dag op met het idee, ik ga niet drinken. Maar toch ging ik naar de keuken voor een glas whisky. Ge kapt dat in één keer binnen, en ge voelt die warme gloed door je lijf, dan ben je weer ok. Ik dacht ‘ik ga niet doordrinken, want ik moet gaan werken’. Maar na een kwartier denk je, ‘nog een beetje’. En na een uur ben je ladderzat en kan je niet meer gaan werken...”

Het was zijn vriendin, zijn huidige vrouw die een grens trok. Dat had Wout nodig. “Nu zijn we 9 jaar verder.

Op het moment dat ik zelf in die verslaving zat, begreep ik het niet. Ik wou niet inzien dat ik verslaafd was. Ik had het niet door. Ik wist alleen dat ik het niet kon tegenhouden. Dat ik alleen maar moest liegen om het te verstoppen.”

Ik vraag Wout of hij nog een tip heeft voor mensen op weg naar herstel. Hij zegt dat je anderen nodig hebt om de rest van je leven clean te leven. “Omring je met de juiste mensen en reflecteer. Als je erin zit, zie je niet altijd je eigen blinde vlekken. Praat met mensen over wat je wil doen. Ik herinner me nog dat ik een situatie voorlegde aan iemand van de AA, en die dan zei: “tja Wout, dat is toch niet slim, want ...”. Dat is erg belangrijk. Iemand die mee kan nadenken of je nog slim bezig bent”.

**Heb je een tip of aanbeveling voor de hulpverlening of beleidsmakers?**

“Voor mij was het belangrijk om een duidelijke, strenge aanpak te hebben. Ik was een leugenaar, een manipulator. Ik weet nog goed dat ik eens uren op het bankske moest zitten om na te denken over wat ik wou doen, doorzetten of vertrekken. Ik weet dat de TG nu veel veranderd is. Het programma wordt lossere. Ik zie dat op meer plekken. Maar ik had die kordaatheid echt nodig. Dat heeft me geholpen.

Mocht ik teveel inspraak hebben gehad in het programma, dan was ik er niet geraakt. Ik zag het toen niet. Ik was een gebruiker. Zolang ik het verhaal van mijn vader bleef bovenhalen, mij in zelfmedelijden bleef wentelen, kwam ik niet vooruit. Tot die begeleider me



op de feiten wees en stelde: ‘Neem je verantwoordelijkheid’. Ik had nood aan die strenge aanpak.

Ik had ook tijd nodig. En een nieuwe omgeving. Ik liet de Kempen achter mij, en ben naar het Gentse gekomen voor de TG. Pas na 6 maanden ging ik samen met iemand naar buiten, en pas na 9 maanden helemaal alleen naar buiten. Ik had dat nodig om de juiste keuzes te kunnen maken. Als je te snel terug op jezelf aangewezen bent, dan lukt het niet.

Ik ben niet voor de legalisering van cannabis of andere drugs. Wat moet ik dan gaan vertellen aan mijn kinderen. Zegt de overheid dan uiteindelijk niet dat het mag? Dat is toch wat jongeren er uit zullen verstaan. Ik ben wel blij met een begrenzen, repressieve aanpak. Het helpt om alert te blijven. Ik ben fan van een strenge, eerlijke aanpak.”



Wout Renders volgde eerst jeugd- en gehandicaptenzorg en nadien Graduaat Orthopedagogie aan het Vspw. Hij werkte in de VAPH-sector met jongeren met ASS en in het RKJ in Eeklo. De laatste 9 jaar is hij actief als begeleider in de Gemeenschapsinstelling De Zande in Ruselede en sinds een jaar teamverantwoordelijke van de Time out leefgroep. Daarnaast is Wout zelfstandig verslavingscoach bij Up-change. Zijn ervaringsdeskundigheid wordt door de jongeren, cliënten en collega's gezien als een grote meerwaarde.

- 1 Het Warme Winter-moment: is een terugkom-moment voor mensen die het programma in TGM afgerond hebben en gegradueerd zijn (zie ook foto blz 7). Het is een uitwisseling tussen de huidige bewoners en diegenen die hen voorgedaan zijn in hun weg naar herstel. Het is een hartverwarmend moment met heerlijk gebak.
- 2 OCD: iemand met ‘obsessive compulsive disorder’ of vertaald iemand met een obsessief-compulsieve stoornis (OCS), heeft last van steeds terugkerende dwanggedachten en/of dwanghandelingen.

## Verslaving door de ogen van 4 cliënten

# “Het is zot dat je er dan toch niet mee kan stoppen”

Theorie is professionele kennis. In de vorige bijdrage lieten we een verslavingscoach aan het woord. Wout blikte als ervaringsdeskundige terug op zijn periode vóór, tijdens en na de behandeling. Maar wat als je nog in behandeling bent voor een verslaving, hoe kijk je er dan tegenaan? Charles, Tim, Alvin en Michiel, in behandeling in de therapeutische gemeenschap van Merelbeke (TGM)<sup>1</sup>, zijn bereid hierover het gesprek aan te gaan.

Charles is 36 jaar en volgt het programma al 9 maanden. Hij is afkomstig uit het Gentse. In tegenstelling tot veel anderen vindt hij het fijn om dicht bij huis te zijn. Plaatsen waar hij gebruikt heeft zijn voor hem niet triggerend.

Tim is 33 jaar en komt uit Brabant. Hij is verslaafd sinds zijn 19de. Voor zijn opname zat hij 1 jaar in detentie. Tim heeft 2 maanden in het DOC<sup>2</sup> verbleven en is intussen 8 maanden in TGM. Tim kon zijn gevangenisstraf inkorten door deze opname. Hij vertelt over zijn worsteling met het programma. “Ik probeer al jaren op eigen houtje te stoppen met gebruik, maar dat lukte me niet.” Na een periode van twijfel koos Tim voor het programma en een traject naar een clean leven. Belangrijk voor hem is werken aan herstel,

sparen, een clean netwerk opbouwen en herstel van de familiecontacten.

Alvin is 48 jaar. Hij begrijpt nog altijd niet goed hoe hij, die reeds een programma gevolgd heeft, toch met zijn ogen open opnieuw in de val trapte. “Ik gebruikte af en toe, maar 7 jaar na mijn vorig programma, heb ik mij laten vangen in een relatie. Zij gebruikte flakka, en dat is een vieze drug.” Intussen is hij terug 6 maanden clean. “Toen ik 14 jaar was, ben ik begonnen met softdrugs, op 16 jaar partydrugs en zo geëvolueerd naar harddrugs.” Hij geeft aan hier vooral voor zichzelf te zitten. “Ik heb ook een zoon van 15 jaar. Het is al anderhalf jaar geleden dat ik hem nog gezien heb. Ik wil daar iets aan doen.”

Na 2 jaar detentie volgt Michiel een maand het programma. Hij is 29 jaar en afkomstig van de Kempen. “Ik heb gezeten voor verkoop en aanmaak van GHB en speed. Ik maakte dat eerst voor mijn eigen gebruik, maar daar is ook verkoop van gekomen. Ik had steeds meer drugs nodig en had ook geld nodig.”

“Een verslaving is iets wat op een bepaald moment naar boven komt en niet te stoppen is.” Charles vergelijkt het met een soort duiveltje in zich, dat acuut zijn product moet hebben. “Je doet alles om het te bemachtigen, alles rondom jou moet wijken. Alcohol neemt de remmen weg naar het volgende. De omgeving is zeer bepalend. Ik dacht vroeger nooit dat mijn drank ook een verslaving was. Maar nu heb

ik daar meer inzicht in.” De reden van gebruik kan zeer divers zijn. “Ik ben al lang niet meer gelukkig. Als jonge gast ging ik vaak uit feesten. Intussen zit ik er 20 jaar in vast. Op den duur was het vooral om te vergeten. Bij mij kwam er dan ook een seksuele drang naar boven, dat gaf me een positief gevoel. Vandaar misschien dat ik er zolang mee ben doorgedaan.”

Alvin gelooft erg in de erfelijke factor van verslaving. Zijn beide ouders kampten ook met een verslaving. Maar hij wil de schuld niet bij hen leggen. “Toch ik geloof ik dat je een kwetsbaarheid kan hebben. Ze zeggen niet dat ik dat moet pakken. Ik ken mensen die vroeger ook gingen feesten, maar die zijn er al lang mee gestopt, ze zijn nu totaal niet verslaafd.” Alvin stelt vast dat hij er niet in slaagde om ermee te stoppen. “Ik heb een heel destructieve kant in mij, kan het niet bij eentje houden. Op het laatste gebruikte ik na het uitgaan verder alleen thuis in mijn zetel. Ruzie maken, agressie, ... Het is zot dat je er dan toch niet mee kan stoppen. Zelfs een gezellige drinker kan ik niet zijn. Een paar pintjes worden bij mij snel een bak en dan moet er nog een fles sterke drank bij. Nu kies ik echt voor nultolerantie”. Op een andere manier lukt het hem niet.

Weg van de saaiheid, afleiding, zichzelf een plezier doen, zo is het begonnen bij Michiel. Hij had veel problemen op school, hij vond er zijn draai niet. “Ik ben gestart met amfetamines. Eerst was dat op feestjes. Al snel was





## Door te sporten ga ik een andere weg op.

(Charles)

dat dagelijks om naar school te kunnen gaan, dan was het niet saai.” Michiel vertelt dat hij veel jonge mensen zag experimenteren met drugs. “Maar die zijn daar niet in blijven hangen. Slechts een bepaald aantal mensen kan daar niet mee stoppen. Dat heeft te maken met hoe ze zich voelen. Bij mij was dat doordat ik dat elke dag moest hebben, omdat ik mij niet goed voelde, mijn draai niet vond op school. Er zijn altijd redenen. Zo is dat rap een verslaving geworden.”

“Een verslaving is voor mij alleen maar dingen doen wat ik leuk vind, waar ik een goed gevoel uit kan halen.” Het begon bij Tim met eenmaal XTC tijdens een avondje stappen. “Na die ene keer, was het al naar de vaantjes voor mij. Ik had dat nodig, want anders vond ik het niet meer plezant. Ik ben dan cannabis beginnen roken. Ik moest dat hebben om daar mijn goed gevoel uit te halen. Op den duur was dat elke dag, meerdere keren per dag. Zo is mijn verslaving begonnen.” Of het leuk bleef, vraag ik Tim. “Achteraf gezien, na 6 jaar vast te zitten in de verslaving, vroeg ik mij vaak af wat ik eigenlijk aan het doen was met die joint in mijn hand. Dat smaakt hier niet meer, ik had daar geen effect meer van. En dan was ik slecht gezind, was alles slecht rondom mij. Ik was gewoon verslaafd. Ik gebruikte ook andere drugs om alles plezant te houden. Dat was op den duur niet meer plezant, maar ik kon er niet mee stoppen.” Tim geeft aan dat hij er diep vanbinnen wou mee

stoppen. Zelfs de bijkomende problemen o.a. met justitie, maakten niet dat het lukte. Maar de druk vanuit justitie hielp wel om de stap te zetten naar de hulpverlening.

Weten dat je moet stoppen, maar niet kunnen stoppen. Hoeveel problemen er ook bij kwamen kijken. Michiel vond excuses om toch te blijven gebruiken. “Dat is wat verslaving doet met je hersens, al die excuses verzinnen”.

Alvin leest veel boeken over drugs. Hij geeft aan dat de producten nu veel sterker zijn dan vroeger. “Cannabis is geen softdrug meer. De THC-waarde is gigantisch toegenomen. Je kan daar niet zomaar mee stoppen. Bij sommige drugs is de afkick verschrikkelijk. Het middel dat je gebruikt beïnvloedt of een verslaving blijft duren.”

“Ne keer dat dat *duivelke* er is, dan is dat een onweerstaanbare drang. Niet te stoppen” zegt Charles. Waar is dat *duivelke* nu naartoe, vraag ik hem. “Misschien door zoveel miserie te hebben in het verleden. Ik ben alles kwijt gespeeld. Ze zeggen dat hé, dat je *rock bottom* moet gaan. Ik ben nu tot besef gekomen. Ik heb mij nu sterk gewapend naar de buitenwereld toe. Ik heb zoveel negativiteit gehad. Nu zet ik alles op een rijtje, ik wil gelukkig zijn. Ik kijk nu op een andere manier naar het leven. Het weegt niet meer op tegen alles wat ik nu doe, en hoe ik me nu voel, nuchter. Nu ga ik sporten. Ik moet ook op mijn eten letten. Als ik

suikers proef, is het ook feest in mijn hoofd. Ook daar voel ik een risico op verslaving. Maar liever een herval in zoet dan in cocaïne. En ja, roken ook natuurlijk. Dat is mijn langste verslaving. Ik ben gestopt met roken hier in mijn opname.”

“Ik denk dat dat *duivelke* er altijd blijft zitten,” vult Alvin aan. “Je blijft kwetsbaar. Je moet er heel aandachtig voor blijven, je goed wapenen. Voor je het weet, is het weer van dat. Zelfs na een lange periode clean zijn.”

“Ik geraak van producten af door ze te vervangen door een ander,” zegt Michiel. “Ik heb dat altijd gedaan door slechte dingen. Van de drugs afgeraken, maar blijven drinken. Dat is makkelijk. Nu probeer ik het te vervangen door iets gezonds: een appeltje of gaan lopen.” “Misschien zijn we gewoon verslaafd aan miserie,” vult Charles aan. “Door te sporten ga ik een andere weg op. Ik denk dat ik echt sommige dingen moet mijden, om het een kans te geven op slagen.”

Wie nieuwe mensen leert kennen, kan niet alles vermijden. En wat als je mee op stap wil? Michiel: “Ik leer hier om te zeggen wat ik wil... Dat ik het moeilijk heb om een goede keuzes te maken. Je leert hier ook je gevoelens herkennen. Ik voel vaak dat ik boos ben, maar eigenlijk klopt dat niet altijd. Ik weet dat ik soms verdrietig ben, maar heb moeite om het te tonen. Ik leert ook nadenken over hoe je dingen best aanpakt, wat je kan zeggen.”

“Ik vind het een kwestie van karakter, sterk zijn. Herval is een moment van zwakte”, zegt Tim. Er volgt een levendige discussie over sterk zijn en zwak zijn. Er wordt gezegd dat je echt wel sterk moet zijn om te kiezen voor hulpverlening. Dat sterk zijn, zit in goed nadenken over hoe je je leven verder vorm wil geven. Je niet meer automatisch laten meedrijven op impulsen. “Je moet echt willen stoppen, zelfs geen 1% van twijfel mag er zijn.” Tim vindt dat je geen achterdeurtjes mag open laten staan. Zijn ouders vinden dat verslaving een ziekte is. “Ik vind niet dat ik ziek ben”, zegt Tim.

Er wordt instemmend geknikt en ook hierrond worden ideeën uitgewisseld. Het ziektemodel zegt eigenlijk dat het niet jouw schuld is. Je kan het niet helpen, want je bent ziek. Maar ook dit wordt als stigmatiserend ervaren. “Als we dan toch zeggen dat het een ziekte is, is het wel de ergste ziekte die je kan overkomen,” zegt Alvin. “Je moet altijd zwaar alert blijven.”

Of de familie eigenlijk weet wat verslaving is, vraag ik. “Als je niet verslaafd bent, dan kan je dat eigenlijk niet begrijpen. Je hebt een heel andere kijk. Ze zeggen ‘stop ermee, en het is over’. Maar zo simpel is het niet”, zegt Alvin. “Mijn zus is hier geweest”, zegt Charles. “Ze toont begrip door te komen. Ze geeft me kansen. Maar of ze het snapt, dat weet ik eigenlijk niet. Ik weet niet of zij echt weten dat wij afzien, dat we door de hel gaan als we vast zitten in verslaving”.

Een aantal keren verwijzen Alvin, Tim, Michiel en Charles naar wat ze leren in de TG. Of ze dit voor mij eens op een rijtje kunnen zetten vraag ik hun.

- 1 Het Warme Winter moment: is een terugkom-moment voor mensen die het programma in TGM afgerond hebben en gegraduateerd zijn. Het is een uitwisseling tussen de huidige bewoners en diegenen die hen voorgegaan zijn in hun weg naar herstel. Het is een hartverwarmend moment met heerlijk gebak.
- 2 OCD: iemand met ‘obsessive compulsive disorder’ of vertaald iemand met een obsessief-compulsieve stoornis (OCS), heeft last van steeds terugkerende dwanggedachten en/of dwanghandelingen.

## WERKZAME ELEMENTEN VAN EEN TG-PROGRAMMA

### - Jezelf beter leren kennen, ook je blinde vlekken:

- Door het in groep leven krijg je een spiegel voorgehouden. “ik leer mezelf kennen door gedrag op te merken bij anderen waar ik van denk dat is niet ok. En dan volgt het besef, dat doe ik zelf ook of dat deed ik ook. Ik hoef hier mijn stekels niet op te zetten. Ik kan de feedback binnen laten komen.” **Michiel**
- “Door de spiegel word ik me meer bewust van mijn gedrag. Mijn probleem wordt duidelijker. Ik zie hoe anderen zich in bochten wringen, om niet te voelen. Dat herken ik bij mezelf.” **Alvin**

### - Aan de slag: samen werken, actief bezig zijn in de dag

- “Eigenlijk is dit de beste therapie. Je bent weer actief bezig. Ik word continu geconfronteerd met wat mij stoort. Ik leer dat opmerken en ermee omgaan. Ik leer mezelf beter begrijpen in de plaats van er van weg te lopen.” **Charles**
- Weerbaarheid en helder communiceren
- “Ik leer hier aan een aantal belangrijke dingen werken: ik zei vroeger nooit of ik iets al dan niet zag zitten, zei nooit of ik iets haalbaar vond. Nu leer ik duidelijk mijn mening en gevoel formuleren, ik durf zeggen dat ik niet akkoord ga.” **Tim**

### - Gevoelens: leren herkennen en ermee omgaan.

- “Ik dacht dat ik het alleen moest doen. Buiten heb ik dat vaak geprobeerd, maar dat bleef nooit lang duren. Ik leer hier mijn gevoelens herkennen en verwoorden. Uit elke groepssessie kom ik buiten met een goed gevoel. Ik heb goed gewerkt en ben op weg naar mijn cleane toekomst.” **Charles**

### - Financiën, werk en opleiding:

- “Ik had buiten veel geldproblemen. Hier zet ik alles op een rij en leer ik sparen. Er wordt een plan opgemaakt om mijn schulden weg te werken. Werk en opleiding zijn hier belangrijk. Je staat stil bij je eigen talenten en wat belangrijk is in een job voor jezelf. Ik ben bewust met de toekomst bezig”. **Tim**

### - Herstel van familiecontacten

- “Ik had een lange tijd geen contact met mijn familie en dacht dat de breuk onherstelbaar was. Hier in TG wordt daaraan gewerkt. Mijn zus is vorige week op gesprek gekomen. We praten weer al weet ik niet wat ze over mijn verslaving denkt. Er is nog een lange weg te gaan.” **Charles**

### - Tijd

- “Bij de start van het programma denk je 1 jaar TG en dan nog tussenhuis: dat is toch veel te lang? Eenmaal in het programma, zet je stappen en lijkt de tijd te kort. Als je 20 jaar verslaafd geweest bent, dan kan je niet verwachten dat je nieuwe gewoonten kan installeren in 3 maanden.” **Charles**
- “Het stap voor stap naar buiten gaan is belangrijk. Eerst ga je samen met iemand naar buiten, dan heb je back-up als je het moeilijk krijgt. Pas als je voorbij de twijfel bent en sterker staat is het veilig om terug alleen naar buiten te gaan.” **Tim**

### - Je staat er niet alleen voor

- “De leuze in TG is ‘alleen jij kan het, maar je kan het niet alleen’. Ik zeg liever: Je bent niet alleen en je kan het niet alleen. Je heb steun van je peers, van de staf en van vrienden en familie. Ik leer dat hier toelaten.” **Charles**

# Cocaïnegebruik in Vlaanderen: onderzoek maakt preventie effectiever en doelgroepgerichter

Is cocaïne snuiven normaal geworden? De mediaheisa naar aanleiding van het *gebruik* in de VRT-fictiereeks *Knokke Off* zou het ons doen geloven. Naakte cijfers kunnen helpen om het probleem in perspectief te plaatsen. Maar er zijn natuurlijk de dagelijkse berichten: over inbeslagnames, recordhoeveelheden sporen van cocaïne in het Antwerpse afvalwater, over het toenemend druggeweld. Ook artsen trekken aan de alarmbel. Toch wordt preventie vaak over het hoofd gezien. “VAD wilde die lacune aanpakken en doet hier onderzoek naar,” zo stelt Eva Blomme, projectmedewerkster cocaïnepreventie bij het Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (VAD). Collega Marie-Claire Lambrechts is er komen bijzitten. Zij werkt als preventie-expert in de sector arbeid. Een dubbelgesprek.

“

**Met onze cocaïne campagne op sociale media bereikten we de beoogde doelgroep. De teaserfilmpjes werden door 900.000 bekeken. (Eva)**

## Methodiek

Het VAD-onderzoek combineert verschillende methoden. Vooreerst werden data over cocaïnegebruik van De Druglijn statistisch geanalyseerd om na te gaan of er een verschil bestaat in gebruikspatronen naargelang het motief voor cocaïnegebruik. Om een diepgaander zicht te krijgen op die motieven en determinanten van cocaïnegebruik werden ook kwalitatieve interviews afgenomen van mensen die cocaïne gebruiken. Ten slotte koos VAD voor focusgroepen met sleutelfiguren die beroepsmatig in contact staan met mensen die cocaïne gebruiken (vb arbeidsartsen, preventiewerkers).



**Eva Blomme:** Het thema cocaïne domineert steeds vaker het Belgische drugbeleid. Inbeslagnames van cocaïne breken jaar na jaar records. Neus-, keel-, en oorartsen melden een toename aan neusklachten gerelateerd aan cocaïnegebruik. Maar wat zeggen de cijfers? De meest recente gezondheidssenquête van Sciensano (2018) toonde aan dat 1,5% van de Belgen van 15-64 jaar in het afgelopen jaar cocaïne had gebruikt. In 2013 was dat nog 0,5%. Het is uitkijken naar de resultaten van de nieuwe gezondheidssenquête om te zien of die stijgende trend zich voortzet.

**De aanleiding van het VAD-onderzoek was preventie sterker maken? Marie-Claire Lambrechts:** Juist. Als we de motieven en profielen van

gebruik beter kennen, krijgen we meer zicht op het gedrag van wie cocaïne gebruikt. Met die kennis kunnen we de interventies om dat gedrag te beïnvloeden meer op maat maken van wie cocaïne gebruikt.

## Is er een duidelijk profiel en in welke milieus vinden we ze?

**Eva:** Het onderzoek wijst uit dat er niet zoiets bestaat als ‘de cocaïnegebruiker’. Respondenten beschrijven heel uiteenlopende patronen van gebruik. Zo varieert de frequentie van het sporadisch gebruik (maandelijks of enkele keren per maand, tot wekelijks en dagelijks gebruik). De hoeveelheid cocaïne die men gebruikt, varieert dan weer van een paar lijntjes per keer tot meer dan twee gram per keer. Daarbij beschrijven



sommige respondenten een duidelijke controle over hoeveel ze gebruiken, en andere dan weer niet. Sommige mensen gebruiken voornamelijk in een sociale setting anderen beschrijven eerder werkgerelateerd gebruik (vb in de zaak na drukke werkdag). Toch komen een aantal patronen terug. Zo is er een gebruiksprofiel met een relatief lage frequentie van cocaïnegebruik dat vaak gerelateerd is aan een sociale setting met vrienden thuis (barbecue, feestje, etentje) of aan het uitgaan (bars, clubs, festivals). Die groep geeft aan controle te hebben over zijn gebruik, combineert het gebruik bijna altijd met alcohol, heeft vaak ervaring met andere illegale drugs (vb XTC), en hanteert strategieën om het gebruik te reguleren (vb binnen gezondere levensstijl). Daarnaast is er een gebruiksprofiel dat cocaïne gebruikt als coping bij negatieve gebeurtenissen of om met psychische aandoeningen om te gaan. Dit patroon kenmerkt zich eerder door alleengebruik en respondenten rapporteren vaker verslavingspatronen.

### **Cocaïnegebruik is wel niet de standaard...**

**Marie-Claire:** Klopt. Hoewel cocaïnegebruik volgens de gezondheidsenquête toeneemt, blijft het gebruik van cocaïne in de algemene bevolking heel beperkt. Zeker als we vergelijken met het gebruik van alcohol en cannabis (alcohol 76,6%, cannabis 7%) de voorbije 12 maanden. Hoewel dat gebruik hoger ligt in bepaalde groepen (8,3% van de mannen tussen 25 en 34 j) toch stellen we vast dat het grootste deel van de bevolking geen cocaïne gebruikt, en dat het gebruik zich situeert in specifieke contexten.

### **Welke gevolgen heeft dit voor preventie?**

**Marie-Claire:** Omdat het grootste deel van de bevolking niet gebruikt, zijn universele campagnes - gericht op de algemene bevolking - niet aangewezen. Dergelijke campagnes kunnen een omgekeerd effect hebben: ze kunnen de indruk wekken dat cocaïnegebruik alomtegenwoordig is of zelfs nieuwsgierigheid aanwakkeren. De nadruk van preventie moet liggen op selectieve of geïndiceerde preventie: preventie naar precies die doelgroep die vaker in contact komt met cocaïnegebruik of gericht op de doelgroep van mensen die eerste problemen of klachten ervaren met cocaïnegebruik. Bovendien moet het preventieaanbod divers zijn, aangezien de profielen van mensen die cocaïne gebruiken ook heel uiteenlopend zijn.

### **Hoe pakken jullie dit concreet aan?**

**Eva:** We hebben dat in juni 2023 vertaald in een campagne met vier kennisclips op sociale media. Via teaserfilmmpjes op Facebook en Instagram werden personen met een verhoogd risicoprofiel voor cocaïnegebruik doorgeleid naar de Druglijnwebsite. Daar vinden ze langere versies van de filmmpjes met toelichting, een zelftest en kennistest over cocaïne en online zelfhulp. Aansluitend kunnen ze anoniem contact opnemen met de Druglijn voor een luisterend oor, verdere vragen en doorverwijzing.

**Marie-Claire:** Het doel van de campagne is om mensen te informeren over de werking en gevolgen van cocaïnegebruik, en over wat je kan doen als iemand problemen heeft met cocaïnegebruik.

### **Is die campagne voor herhaling vatbaar?**

**Eva:** Ze heeft haar effect in elk geval niet gemist. Met de teaserfilmmpjes werden meer dan 900.000 unieke personen bereikt. Er klikten uiteindelijk meer dan 21.000 mensen door naar de landingspagina van de Druglijn. Het aantal keer dat de kennistest werd ingevuld verviervoudigde, het aantal keer dat de zelftest werd ingevuld verviervoudigde. Het toont dat de werkwijze succesvol is om de doelgroep in een relatief korte periode te bereiken.

**Marie-Claire:** Daarom willen we de campagne dit jaar finetunen en herhalen. We breiden het aanbod aan kennisclips en teasers verder uit en gaan nog meer op maat van de doelgroep afstemmen.

### **De resultaten van jullie onderzoek tonen een grote diversiteit in het gebruikerspatroon ...**

**Eva:** In het onderzoek kwamen vijf soorten motieven terug. Er zijn sociale motieven, bv iets vieren met vrienden. Er zijn enhancement motieven die het positief gevoel versterken, vb omdat men zich lekker voelt. Coping motieven verlichten dan weer een negatief gevoel, om zich minder onzeker te voelen. Conformiteitsmotieven zijn gericht op het vermijden van sociale afwijzing, omdat het wordt aangeboden. En ontzuuchteringsmotieven gaan het effect van alcohol tegen, vb om de roes van alcohol tegen te gaan. Tijdens de interviews werd echter ook duidelijk dat die motieven niet alles verklaren. Iemand die gebruikt, kan immers meerdere redenen hebben of die redenen kunnen verschillen naargelang context, setting of de gemoedstoestand waarin die persoon zich bevindt. Bovendien zijn de motieven heel divers en evolueren ze in de tijd.

**Marie-Claire:** Motieven zijn dus belangrijk, maar ook context en setting blijven van belang voor preventie. Dat ligt in lijn met het MMM-model (Middel-Mens-Milieue): of een persoon een bepaald middel gaat gebruiken, en of hij daardoor in de problemen raakt, hangt af van individuele kenmerken van gebruiker, van de drug zelf, en van de omgeving en de omstandigheden.

**Eva:** De analyse van de data van De Druglijn, toont een verband tussen motieven voor gebruik van cocaïne en bepaalde patronen in het gebruik. Zo is het duidelijk dat sociale motieven samenhangen met minder risicovol cocaïnegebruik, en coping motieven net met meer risicovol gebruik.

**Eva:** Het verband leggen tussen gebruiksmotieven en -patronen helpt om preventie-interventies af te stemmen op de onderliggende motivatieprocessen van het cocaïnegebruik. We weten immers dat preventie interventies effectiever zijn wanneer ze er in slagen



## Het informeren over de effecten van cocaïnegebruik is een essentieel onderdeel van effectieve preventie, zolang het in combinatie is met andere maatregelen.

(Marie-Claire)

de informatie relevant te maken voor de doelgroep. Op maat werken is hiervoor een bewezen aanpak. Toch mogen we ons niet enkel vastpinnen op die motieven. Deze evolueren over tijd, setting (vb thuis, al dan niet alleen, in bar of club, op het werk) of context (vb beschikbaarheid drug, sociale druk en norm in de setting of ingrijpende gebeurtenissen).

### ***Wijzigt dit de manier waarop we ze de hulpverlening moeten organiseren?***

**Marie-Claire:** Het project legt voornamelijk de nadruk op de nood aan preventie, en in mindere mate op hulpverlening. Al staat preventie niet los van hulpverlening. Bij geïndiceerde preventie is er immers ook al sprake van vroeginterventie, en dat is dan weer de poort naar hulpverlening. Vervolgproject

**Eva:** Uit het onderzoek is een vervolgproject gegroeid waarbij we willen inzetten op het beter verspreiden van bestaande materialen via innovatieve implementatiestrategieën. Het doel is risicogroepen informeren en sensibiliseren over de effecten van cocaïnegebruik op korte en lange termijn en de drempel voor het formuleren van een hulpvraag verlagen. We doen dit op 2 manieren. Eerst zetten we in op een uitbreiding van de kennisclips en op de revisie van de kennistest en zelftest cocaïne van de Druglijn. Die willen we meer toespitsen op de diverse motieven van cocaïnegebruik en de specifieke situatie waarin die worden gebruikt. Die aangepaste materialen verspreiden we dan opnieuw via een gerichte sociale mediacampagne, en breiden we uit met online peer-to-peer educatie. Online peer-to-peer educatie is immers een

effectieve strategie om een moeilijk te bereiken doelgroep te informeren en te sensibiliseren en kan ook tot gedragsmatige veranderingen leiden. In dit project kiezen we ervoor om te werken met ambassadeurs die tot de doelgroep behoren en een online bereik hebben. In een tweede luik werken we aan deskundigheidsbevordering van intermediairs in specifieke contexten (vb werk, uitgaan) via online e-learning modules. Op die manier willen we intermediairs deskundig maken in het omgaan met cocaïnegebruik.

### ***Hoe kunnen we de doelgroep beter bereiken?***

**Marie-Claire:** Het onderzoek leert dat de respondenten drempels ervaren in het zoeken naar hulp. Ze verwijzen o.m. naar wachtlijsten, een gebrek aan overzicht van waar ze terecht konden, hoe ze geen aansluiting vonden in het huidige aanbod of hoe het stigma op illegaal druggebruik de vraag naar hulp in de weg zit. Inzetten op laagdrempelige vormen van hulp voor mensen die problemen ervaren met hun cocaïnegebruik, vormt dus een belangrijk onderdeel van de aanpak van cocaïne. Die laagdrempelige hulp kan vorm krijgen in online (zelf)hulpprogramma's voor het starten van een verslavingsbehandeling tijdens noodsituaties.

**Eva:** Wie cocaïne gebruikt, blijkt weinig kennis te hebben over de werking en gevolgen van het gebruik. Zo beschrijven respondenten dat ze hun kennis pas opbouwden door negatieve ervaringen te zien bij vrienden of door de gevolgen van cocaïne aan den lijve te ondervinden. Dat zorgt voor onderschattingen van de gezondheidsrisico's en verslavingsrisico's bij cocaïne.

**Marie-Claire:** Het informeren en sensibiliseren over de effecten van cocaïnegebruik op korte en lange termijn – in combinatie met andere maatregelen – is een essentieel onderdeel van effectieve preventie. Daarvoor heeft VAD heel wat tools ter beschikking. Zo heeft De Druglijn een informatiepagina met kennis- en zelftesten. Het is belangrijk om dat materiaal effectief tot bij de doelgroep te krijgen. Vandaar dat we in het vervolgproject willen inzetten op innovatieve implementatiestrategieën via sociale media.

### ***Hoe kunnen we het normaliseren van cocaïnegebruik voorkomen?***

**Eva:** In bepaalde settings wordt het meer geaccepteerd en zelfs als normaal beschouwd, zeker bij personen die zelf cocaïne gebruiken. In bepaalde clubs en festivals beschrijven respondenten zichtbaar een toegenomen cocaïnegebruik. Ze verduidelijken dat er een positieve attitude leeft onder peers ten aanzien van de drug en hoe dit wordt bevestigd door films en sociale media. In die zin kan inzetten op denormalisering een onderdeel van een preventiestrategie worden. In Nederland zijn er bijvoorbeeld interventies als 'Skip die trip' en 'Festival Oneliners' die inzetten op denormaliseren en motieven voor niet-gebruik aansterken.

**Marie-Claire:** Belangrijk blijft om dat vanuit een niet-stigmatiserende aanpak te doen. Dat willen we ook in ons nieuwe project benadrukken.

Meer info op [VAD.be](http://VAD.be)

### **Oproep**

VAD zoekt mensen die cocaïne gebruiken of hebben gebruikt om samen het vervolgproject verder uit te bouwen. We komen in 2024 twee keer samen. Deelnemers krijgen een vergoeding.

### **Meer info?**

Contacteer Eva Blomme via [eva.blomme@vad.be](mailto:eva.blomme@vad.be) of 028827407

# Terugblik op Warmste Week-deelname met ambulantly centrum Brugge



Het ambulantly centrum De Sleutel te Brugge was geselecteerd als één van de projecten van de Warmste Week eind vorig jaar. Het thema van deze editie was Opgroeien zonder zorgen.

Het centrum te Brugge koos voor een project met focus op het bestaande aanbod, maar gericht naar jongeren. Afdelingshoofd Hilde: "We weten dat de klassieke gespreksmethoden bij jongeren niet het meest efficiënt zijn. Met de centen die we ontvangen zetten we in 2024 in op het creëren van een uitdagende buitenruimte in onze tuin zodat jongeren zich meer uitgenodigd voelen om op een gemoedelijke manier in gesprek te gaan."

Voor het ambulantly centrum was de selectie én het feit dat de stad Brugge gastheer was voor het Warmste Week-evenement dé gelegenheid om het eigen hulpverleningsaanbod nog breder bekend te maken. Afdelingshoofd Hilde: "We organiseerden op vrijdag 1 december een gezellige kerstmarkt en een rondleiding in het centrum in de Barrièrestraat zodat de mensen een kijkje konden nemen achter de schermen. Iedereen was die dag welkom van 15u tot 20u in de tuin van ons ambulantly centrum te Brugge".

De organisatie van de kerstmarkt ten voordele van het creëren van betere gespreksplaatsen voor de jongeren werd een voltreffer. Groepswerker Ellen: "We mochten heel wat volk ontvangen, bijna 300 personen. We kregen ook veel positieve reacties. Er was bovendien veel belangstelling voor de rondleiding. Het was ook fijn om de mensen van onze therapeutische gemeenschap in Merelbeke te mogen ontvangen."

Tijdens deze kerstmarkt werden verschillende versnaperingen en kerstdranken verkocht, alsook sleutelhangers, door cliënten van het centrum gemaakt. De livemuziek ten voordele van de warmste week – onthaalmedewerker Johan in een heel andere rol – werd fel gesmaakt.

**Hilde:** "Met deze kerstmarkt wilden we als ambulantly centrum de drempel verlagen en tegelijk een bijdrage leveren aan de Warmste Week. Door de deuren open te zetten zijn we erin geslaagd om onze werking voor te stellen aan een ruim publiek. We hopen hierdoor de drempel naar hulpverlening te verlagen." Het was ook heel fijn om familie van zowel ons cliënten als onze medewerkers te mogen verwelkomen.

De eigen kerstmarkt bracht alvast 1200 euro op. Enkele cliënten waren present toen de cheque kon worden overhandigd. Bekijk hier het filmpje.



## Ambulantly centrum Antwerpen (ACA)

Dambruggestraat 78-80  
2060 Antwerpen

T 03 233 99 14 | F 03 225 10 24

E info.aca@desleutel.broedersvanliefde.be

## Ambulantly centrum Brugge (ACB)

Barrièrestraat 4  
8200 Brugge

T 050 40 77 70

E info.acb@desleutel.broedersvanliefde.be

## Ambulantly centrum Mechelen (ACM)

F. De Merodestraat 20  
2800 Mechelen

T 015 20 09 64

E info.acm@desleutel.broedersvanliefde.be

## Ambulantly centrum Gent (ACG)

Jozef Guislainstraat 43c  
9000 Gent

T 09 234 38 33

E info.acg@desleutel.broedersvanliefde.be

## Detox- en oriëntatiecentrum (DOC)

Botestraat 102  
9032 Wondelgem

T 09 231 54 45

E info.doc@desleutel.broedersvanliefde.be

## Therapeutische Gemeenschap Merelbeke (TGM)

Hundelgemsesteenweg 1  
9820 Merelbeke

T 09 253 44 40

E info.tgm@desleutel.broedersvanliefde.be

## Therapeutische Gemeenschap Gent (TGG)

Jozef Guislainstraat 43a  
9000 Gent

T 09 216 61 90

E info.tgg@desleutel.broedersvanliefde.be

## Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma

Zuidmoerstraat 165  
9900 Eeklo

T 09 377 25 26

E info.rkj@desleutel.broedersvanliefde.be

## Preventiedienst

Ebergiste de Deynestraat 2 C  
9000 Gent

T 09 231 57 48

E preventie@desleutel.be

## Directie & centrale diensten

Ebergiste de Deynestraat 2 C  
9000 Gent

T 09 210 87 10

E info@desleutel.broedersvanliefde.be

 **Broeders van Liefde**  
ONDERWIJS EN ZORG

De Sleutel is een onderdeel van  
vzw Organisatie der Broeders van Liefde,  
Stropstraat 119, Gent

