

THERAPEUTISCH PROGRAMMA VOOR DRUGGEBRUIKERS



Jaargang 21 | juli, augustus, september 2013

3

Driemaandelijks tijdschrift van De Kiem v.z.w.



## Een referentie TG...

De laatste 5 jaar doet meer dan de helft van de in de therapeutische gemeenschap van De Kiem opgenomen bewoners het volledige programma uit. Dat zijn – internationaal vergeleken - hoge cijfers. Dit zou kunnen liggen aan een ver doorgedreven selectief opnamebeleid waarbij enkel de super gemotiveerden of de cliënten met een minder zware problematiek worden toegelaten tot het programma. Maar niets is minder waar. Uit het doctoraatsonderzoek van Ilse Goethals, dat in dit tijdschrift uitvoerig aan bod komt, valt duidelijk af te leiden dat de verslaafden opgenomen in De Kiem absoluut niet verschillen van de verslaafden opgenomen in de andere therapeutische gemeenschappen in Vlaanderen. Integendeel, in De Kiem zien we meer bewoners verslaafd aan heroïne en ze verbleven voor opname gemiddeld langer in de gevangenis en ze scoren hoger qua persoonlijkheidsstoornissen. Dat er in De Kiem ook meer vrouwen verblijven hoeft niet te verbazen. De Kiem besteedt, o.a. met het “Tipi” programma voor moeders met kinderen, al tientallen jaren heel veel aandacht aan de specifieke noden van vrouwen in het programma.

De gegevens uit dit onderzoek zijn voor mij een bevestiging van de goede resultaten die jaar na jaar blijken uit de jaarverslagen van De Kiem. Dat wil ook zeggen dat in De Kiem het model van de therapeutische gemeenschap zeer goed wordt toegepast en dat de interactie tussen bewoners onderling en tussen bewoners en stafleden er voor zorgt dat er een veilige omgeving wordt gecreëerd. In zo'n veilig therapeutisch klimaat is het mogelijk om het eigen groeiproces in handen te nemen en samen met de medebewoners te werken aan verandering.

De teams van de residentiële programma's (onthaal, TG en halfweghuis) mogen fier zijn. Zij maken van De Kiem een referentie TG waar bewoners echt kunnen groeien en waar jonge professionelen het vak kunnen leren.

Vanuit de overkoepelende federatie, de “Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg”, wordt sinds ruim twee jaar het Centraal Aanmeld-

Punt voor drugverslaafden georganiseerd in bijna alle Vlaamse gevangenissen. Jaarlijks zien de medewerkers meer dan duizend gedetineerden met een verslavingsprobleem. Dat dit project, betaald door justitie, een echte noodzaak is blijkt uit het feit dat de medewerkers voortdurend worden geconfronteerd met wachtlijsten. Het toont ook aan dat er in de gevangenis heel wat mensen zitten die verslaafd zijn aan drugs. De tijd die verslaafden verplicht moeten doorbrengen in detentie zou veel nuttiger kunnen besteed worden. We hebben hier in dit tijdschrift al meermaals over bericht. Uit buitenlandse voorbeelden blijkt dat behandelprogramma's - zoals bijvoorbeeld therapeutische gemeenschappen - binnen de gevangensmuren helemaal niet zo'n gek idee zijn! Het wordt hoog tijd dat de beleidsmensen bevoegd voor het gevangeniswezen (federaal niveau) en de beleidsmensen bevoegd voor welzijn en gezondheid (Vlaams niveau) een gezamenlijk actieplan ontwikkelen i.p.v. de bal voortdurend in elkaars kamp te leggen.

Verder in dit tijdschrift krijgt u verslag over het voorbije graduatiefeest, met maar liefst 10 gegradueerden die in de bloemetjes werden gezet en een impressie over de vakantieweek van de bewoners in de Ardennen.

In de rubriek “bewoner en familie aan het woord” blijkt nog maar eens dat stoppen met een verslaving een verhaal is van vallen en opstaan, waarbij vaak meerdere behandelingen en opnames worden gestart en weer stopgezet. Voor de ouders van zo'n verslaafde zijn dat bijzonder moeilijke tijden. Voor Kurt, maar ook voor zijn vader, heeft De Kiem duidelijk het verschil gemaakt.



# De perceptie van TG bewoners op het proces van behandeling in relatie tot de behandelingsduur.

*Dit artikel is gebaseerd op het doctoraatsonderzoek van Ilse Goethals (2013) naar de impact van behandelingsprocessen op de retentie van druggebruikers in therapeutische gemeenschappen (promotor: Prof. Dr. Eric Broekaert). De onderzoeksopzet werd reeds uitvoerig besproken in het Tijdschrift van De Kiem van 2009 (nr1) en 2011 (nr2). In dit artikel worden de aanleiding en methode van het onderzoek nog eens kort geschetst, gevolgd door een beknopte beschrijving van het profiel van de onderzoeksgroep, de onderzoeksresultaten en conclusies. Daarnaast hebben we specifiek aandacht voor de resultaten van TG De Kiem.*

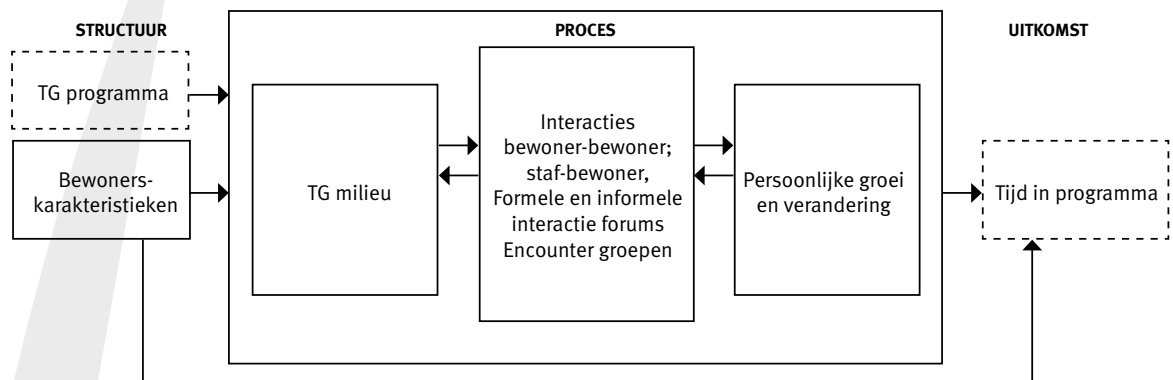
## Inleiding

De algemene doelstelling van het doctoraat was om de associatie tussen de verblijfsduur (behandelingsretentie) en het behandelingsproces in therapeutische gemeenschappen (TG) na te gaan. Eerdere publicaties toonden aan dat de verblijfsduur (vb. behandelingsretentie) de sterkste voorspeller is voor succes na de behandeling; d.w.z. de kans op succes na behandeling stijgt naarmate men langer in behandeling blijft (De Leon & Swartz, 1984). Maar ondanks deze optimistische bevinding verlaten de meeste mensen het programma voortijdig; meer bepaald, binnen de eerste 30 dagen na opname (Drake et al., 2012; López-Goñi, et al. 2008; Pouloupoulos & Tsiboukli, 1999; Stark, 1992). Sommige studies associëren deze vroege uitval met ernstige criminaliteit en psychopathologie maar in principe kan men op basis van het profiel van de bewoner onvoldoende verklaren waarom iemand al dan niet in het programma blijft (Stark, 1992; De Leon, 1988). Motivatie tot behandeling blijkt anderzijds wel een goede en consistente voorspeller te zijn voor behandelingsretentie (De Leon, et al. 2000; De Leon, Melnick, Kressel, & Jainchill, 1994; Condelli & De Leon, 1993). Er werd reeds heel wat onderzoek uitgevoerd naar het effect van cliëntkarakteristieken op de retentie, terwijl de mogelijke mediërende impact van het behandelingsproces op de retentie slechts recentelijk onder de loep genomen werd. Wellicht omdat het TG behandelingsproces moeilijk

te conceptualiseren valt. In TG worden alle formele en informele activiteiten opgevat als onderling samenhangende interventies die zich richten tot de multidimensionele problemen van de “persoon in zijn totaliteit”. Deze activiteiten omvatten de seminaries, therapeutische groepen en sociale activiteiten binnen de gemeenschap. Participatie en betrokkenheid in deze activiteiten vergemakkelijken het veranderingsproces. Essentieel in dit veranderingsproces is de perceptie van de cliënt op zijn vooruitgang en/of verbetering. Zichzelf of anderen zien vooruitgaan geeft hoop om zelf te veranderen en helpt ook om de motivatie van het individu te ondersteunen teneinde het behandelingsproces verder te zetten (De Leon, 2000).

Het theoretisch kader van het doctoraatsonderzoek vertrekt vanuit een multidimensioneel perspectief op TG behandeling en retentie (zie figuur 1). Het uitgangspunt is dat zowel het TG programma als de bewonerskarakteristieken een invloed uitoefenen op de perceptie van bewoners m.b.t. het behandelingsproces wat op zich dan weer, rechtstreeks of onrechtstreeks, een invloed gaat uitoefenen op de behandelingsretentie. Het behandelingsproces bevat twee hoofdcomponenten, m.n. het TG milieu en de persoonlijke groei en ontwikkeling. Deze twee componenten staan voortdurend met elkaar in verbinding door de interacties in de gemeenschap.

Figuur 1: conceptueel kader



Uitgaand van de doelstelling van het doctoraat om de relatie 'behandelingsproces – retentie' te onderzoeken, werden twee *algemene onderzoeksvragen* geformuleerd:

- 1) *Hoe ervaren TG bewoners het behandelingsproces na een behandelingsduur van 30 dagen en in welke mate zijn deze percepties mogelijk beïnvloed door stabiele of dynamische persoonskenmerken?*
- 2) *Is er na 10 maanden behandeling een verandering waar te nemen in de attitude van bewoners m.b.t. het behandelingsproces en zijn deze veranderingen mogelijk beïnvloed door de motivatie tot behandeling, de af- of aanwezigheid van psychiatrische stoornissen en/of veranderingen in het psychologisch welbevinden?*

Alvorens deze vragen te beantwoorden worden de behandelingsretentie, het profiel van de respondenten, de veranderingen in motivatie en psychologisch welbevinden alsook de perceptie op behandelingsprocessen beschreven. We gebruiken hiervoor de data van de volledige groep respondenten. Daarnaast wordt er specifiek aandacht besteed aan de gegevens die in TG De Kiem verzameld werden. Enerzijds wensen we op basis van beschrijvende data de effectieve en sterke elementen van behandeling in TG De Kiem in kaart te brengen, anderzijds hopen we zo ook mogelijke werkpunten te identificeren. Het is dus geenszins onze bedoeling om de behandeling in TG De Kiem te gaan vergelijken met de behandeling in andere TG's.

### Methode

Het onderzoek werd uitgevoerd in vijf Vlaamse TG's. Vier programma's, m.n. TG Katarsis, TG De Kiem, TG De Spiegel en TGM De Sleutel, bieden een traditionele TG behandeling aan terwijl TGG De Sleutel zich

toelegt op de behandeling van personen met een dubbele diagnose (psychiatrische problemen en verslavingsproblemen). Twee TG's (TG De Kiem en TG Katarsis) hebben een onthaalfase waar cliënten gedurende een zestal weken voorbereid worden op het gemeenschapsleven.

Tijdens de onderzoeksperiode van maart 2009 t.e.m. april 2012 zijn 180 bewoners bevestigd. Afhankelijk van hun verblijfsduur zijn zij elk één- tot viermaal bevestigd: (1) Op het moment dat de bewoner besliste om een behandeling op te starten (2) één maand na deze eerste meting, (3) drie maand na de eerste meting en ten slotte ook nog eens (4) negen maanden na de eerste meting.

### Behandelingsretentie

Het gemiddeld aantal dagen in behandeling voor de volledige onderzoeksgroep bedroeg 235 dagen (8 maanden). Ongeveer 12% van de totale groep verliet het programma binnen de eerste 30 dagen. Na negen maanden was 49% nog in behandeling. De gemiddelde verblijfsduur van bewoners binnen TG De Kiem ligt iets hoger (269 dagen), 10% viel uit binnen de eerste 30 dagen en 57% was na negen maand nog in behandeling.

### Profiel van TG bewoners

#### Socio-demografische gegevens en ernst van druggebruik en andere druggerelateerde problemen

De socio-demografische gegevens, de ernst van het drugsprobleem en andere druggerelateerde problemen werden verzameld a.d.h.v. de *EuropASI* (Kokkevi & Hartgers, 1995) op het moment dat de bewoner besliste om een behandeling op te starten. In het totaal werden 180 mensen bevestigd.

Het betrof een laaggeschoolde (76% behaalde niet het diploma 'secundair onderwijs') en overwegend mannelijke groep (15% zijn vrouwen) met een gemiddelde leeftijd van 27 jaar bij opname. De overgrote meerderheid (95%) had de Belgische nationaliteit en was alleenstaand (89%). Bijna de helft (42%) kwam in behandeling na een justitiële verwijzing en één op de drie bewoners (n = 58) bleek meer dan drie keer veroordeeld te zijn geweest. De drugs die door de bewoners het vaakst als primaire drugs werden aangeduid zijn heroïne (38%), gevolgd door amfetamine (20%) en cocaïne (19%). De meeste bewoners (94%) waren polidruggebruikers en hadden reeds een of andere vorm van behandeling gehad (90%). Twee op de vier bewoners (n = 86) hebben een ouder die ooit een alcohol- of drugprobleem heeft gehad. De helft van de groep (50%) was ooit emotioneel mishandeld en heeft ooit depressieve episodes gekend (59%). 'Fysieke mishandeling ooit' en 'seksuele mishandeling ooit' werden aangehaald door respectievelijk 32% en 12% van de groep bewoners. Tenslotte gaven 70 bewoners aan ooit een zelfmoordpoging te hebben ondernomen.

Het profiel van bewoners binnen TG De Kiem (n = 54) is gelijkaardig aan het profiel van de volledige groep (n = 180). Meer bepaald, wanneer we voor alle items van de EuropASI de data naast elkaar leggen springen slechts een aantal zaken in het oog:

- Procentueel *meer vrouwen* startten een behandeling in TG De Kiem (30% vs 15%);
- Procentueel meer bewoners binnen TG De Kiem rapporteerden *heroïne* (39% vs 31%) en *methadon* (20% vs 14%) te hebben gebruikt *30 dagen voor opname*;
- *Primair druggebruik*: de bewoners binnen TG De Kiem gebruikten *voornamelijk heroïne* (54% vs 37%) en in mindere mate cocaïne (13% vs 19%);
- De bewoners binnen TG De Kiem verbleven *gemiddeld langer in de gevangenis* (11 vs 8 maanden);
- De bewoners binnen de TG De Kiem verbleven tijdens hun *laatste gevangenschap langer* in de gevangenis (14 vs 10 maanden);
- Procentueel meer bewoners binnen TG De Kiem gaven aan *ooit lichamelijk mishandeld* (39% vs 32%) en *seksueel mishandeld* (19% vs 12%) te zijn geweest.

### Persoonlijkheidsstoornissen

Voor het bepalen van de persoonlijkheidskenmerken werd een beroep gedaan op de *Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV)* vragenlijst

(Schotte & De Doncker, 1996). Deze vragenlijst werd afgenomen 30 dagen na het eerste interview bij 157 bewoners.

Ongeveer 27% van deze groep respondenten beantwoordden aan de criteria voor cluster A stoornissen. Cluster A wordt ook wel het 'vreemde, excentrieke cluster' genoemd en bestaat uit de volgende 3 persoonlijkheidsstoornissen: paranoïde, schizoïde en schizotypische. TG bewoners met een cluster A stoornis bleken in dit onderzoek voornamelijk paranoïde persoonlijkheden (21%) te zijn.

De helft van de totale groep respondenten (49%) rapporteerden persoonlijkheidskenmerken die gevat zitten onder cluster B (de dramatische, emotionele, impulsieve cluster). Van de vier persoonlijkheidsstoornissen die voorkomen binnen deze cluster (borderline -, antisociale -, narcistische - en theatrale persoonlijkheidsstoornis) beantwoordden de respondenten voornamelijk aan een borderline- (36%) en antisociale persoonlijkheid (27%).

Tenslotte voldeed 27% van de groep respondenten aan de criteria voor een cluster C persoonlijkheidsstoornis (het angstige cluster). Deze cluster bevat de afhankelijke -, obsessief-compulsieve - en ontwijkende persoonlijkheidsstoornissen. De meeste TG bewoners in cluster C hadden een ontwijkende persoonlijkheid (17%).

Het percentage bewoners binnen TG De Kiem (n = 49) dat beantwoordde aan een cluster A, B of C persoonlijkheidsstoornis lag net iets hoger dan het percentage voor de volledige groep (m.n. cluster A = 35%; cluster B = 61%; cluster C = 31%). Via een kruistabel werd duidelijk dat een groter aantal bewoners binnen TG De Kiem problematisch scoort op twee tot drie van cluster B en C persoonlijkheidsstoornissen.

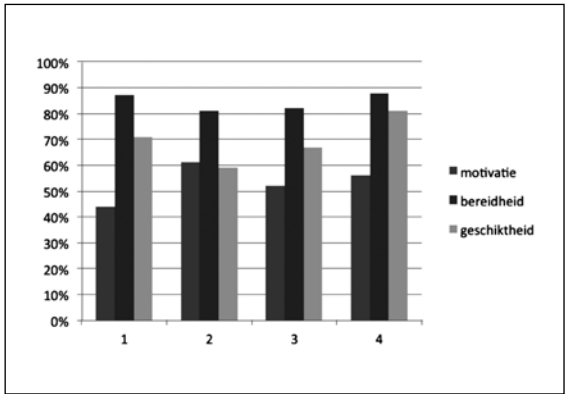
### Motivatie voor behandeling

Motivatie voor behandeling werd in kaart gebracht met behulp van de *Circumstances, Motivation, Readiness, Suitability Scale (CMRS)*; Soyez et al., 2006) en dit tijdens de vier meetmomenten (zie methode). Het percentage respondenten dat voor opname een hoge tot heel hoge score rapporteerde op de CMRS-schaal *omstandigheden* (externe motivatie) bedroeg 79% voor de volledige groep en 87% voor de bewoners binnen TG De Kiem. De resultaten met betrekking tot de (intrinsieke) *motivatie, bereidheid en geschiktheid* voor de volledige groep respondenten worden in eerste instantie geïllustreerd in figuur 2.

De schaal *omstandigheden*, of (externe) motivatie, werd niet verder opgenomen in figuur 2 gezien een groot aantal items niet meer van toepassing zijn wanneer de bewoner al in behandeling is. Uit figuur 2 is af te leiden dat tijdens de 4 meetmomenten de meeste TG bewoners gemiddeld hoog tot heel hoog scoorden op de CMRS-schalen *bereidheid* (81% - 88%) en *geschiktheid* (59% - 81%). Een kleiner percentage respondenten scoorde gemiddeld hoog tot heel hoog op de CMRS-schaal (intrinsieke) *motivatie* (44% - 61%). De bevindingen tonen enerzijds aan dat heel wat bewoners sterk overtuigd zijn van hun nood aan langdurige (residentiële) behandeling. Anderzijds, de motivatie om het druggebruik te stoppen vanuit het inzicht dat het gebruik een negatieve invloed heeft op hun leven, welzijn en sociaal netwerk, lijkt voor heel wat TG bewoners minder vanzelfsprekend te zijn.

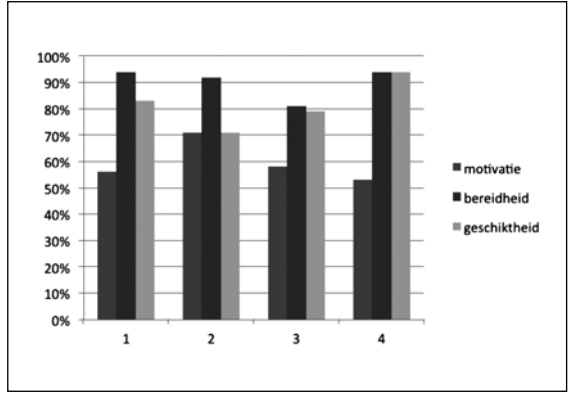
Op basis van de figuur kan eveneens geconcludeerd worden dat motivatie geen stabiel gegeven is en dat het enigszins samen hangt met de behandelingsduur. We zien bijvoorbeeld dat het percentage respondenten dat hoog scoorde op de schalen *bereidheid* en *geschiktheid* lichtjes daalde tijdens de eerste vier maanden (meetmomenten 2 en 3) maar opnieuw steeg na 10 maanden behandeling (meetmoment 4). Het percentage respondenten met een hoge (intrinsieke) motivatie was het grootst tijdens de eerste maand (meetmoment 2) maar kende een lichte terugval na de derde maand (meetmoment 3).

**Figuur 2:** *percentage respondenten, per meetmoment, met een gemiddeld hoog tot zeer hoge motivatie, bereidheid en geschiktheid tot behandeling voor de volledige groep*



Voor de bewoners binnen TG De Kiem kunnen we een gelijkaardig proces vaststellen. Ook hier liggen de percentages iets hoger dan voor de volledige groep respondenten (zie figuur 3).

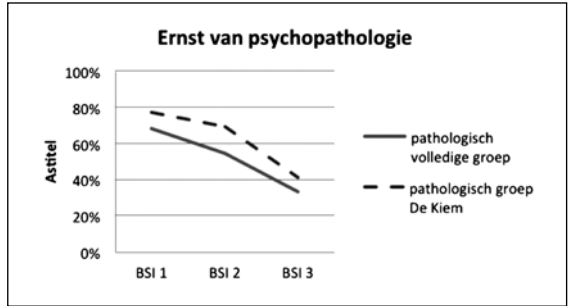
**Figuur 3:** *percentage respondenten, per meetmoment, met een gemiddeld hoog tot zeer hoge motivatie, bereidheid en geschiktheid tot behandeling voor de groep van TG De Kiem*



**Psychisch welbevinden**

De algemene ernst van psychopathologie werd gemeten a.d.h.v. de *Brief Symptom Inventory (BSI; De Beurs, 2006)* tijdens meetmomenten 2, 3 en 4. Figuur 4 illustreert dat naargelang de behandeling vordert er een daling is in het percentage respondenten dat pathologisch scoorde, en dit was ook het geval voor de bewoners binnen TG De Kiem.

**Figuur 4:** *percentage respondenten dat pathologisch scoort per meetmoment*



**Perceptie op het TG behandelingsproces**

Voor het meten van het behandelingsproces maakten we gebruik van de *Dimensions of Change Instrument (DCI; Orlando et al., 2006)*. Dit is een zelfrapportage-instrument dat het perspectief van de bewoner op twee dimensies en acht domeinen van het behandelingsproces bevraagt (zie tabel 1). De DCI heeft 54 positief verwoorde items met een vijfpunten Likertschaal antwoordencategorie (1 = totaal niet akkoord – 5 = totaal akkoord). Voor meer informatie over de DCI verwijzen wij graag naar het Tijdschrift De Kiem (2011, nr. 2).

### Perceptie van de bewoners op het behandelingsproces 1 maand na opname in TG

Het eerste doel van deze studie was om na te gaan hoe bewoners het TG behandelingsproces percipiëren na één maand behandeling. Bijkomend wilden we verduidelijken in hoeverre deze waarnemingen geassocieerd konden worden met specifieke cliëntkarakteristieken. We weten dat de meeste bewoners het TG programma verlaten gedurende de introductie-fase van behandeling (d.w.z. eerste twee tot drie maanden). Mogelijks houden de verschillende strategieën, die gebruikt worden om nieuwe bewoners snel te integreren in de gemeenschap, onvoldoende rekening met de diversiteit van de bewonersgroep.

Op basis van de gemiddelden per DCI schaal (zie tabel 1) kan gesteld worden dat de meeste bewoners na één maand het TG programma positief beoordeelden. Toch zag een groot aantal van de respondenten (70%) op dat moment nog niet in dat hun gedrag en gevoelens mogelijks problemen hadden veroorzaakt in hun leven. In het algemeen gaven de bewoners lagere scores op de subschalen die de dimensie ‘*persoonlijke ontwikkeling & groei*’ belichtten dan op de subschalen die peilden naar de beleving van de bewoners over het ‘*gemeenschapsgebeuren*’. Deze bevinding sluit nauw aan bij de theorie rond herstel in een TG, namelijk dat psychologische en cognitieve veranderingen vaak vooraf gegaan worden door veranderingen in gedrag en attitudes (De Leon, 2000).

**Tabel 1:** gemiddelde & standaarddeviatie per meetmoment voor de DCI dimensies en subschalen<sup>1</sup>

Groep	VG		GDK		VG		GDK	
	(n = 135)	(n = 49)	(n = 112)	(n=43)	(n = 67)	(n=32)		
Meetmoment	1			2		3		
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	
Gemeenschapsomgeving	3.80 (.48)	3.90(.46)	4.08 (.48)	4.12(.38)	4.29 (.38)	4.41(.27)		
Verantwoordelijkheid in de gemeenschap	4.09 (.66)	4.23(.56)	4.30 (.56)	4.48(.46)	4.46 (.43)	4.59(.35)		
Duidelijkheid & veiligheid	4.00 (.07)	4.13(.51)	4.20 (.41)	4.30 (.48)	4.36 (.47)	4.53(.41)		
Groepsproces	3.55 (.63)	3.51(.68)	3.90 (.62)	4.01(.54)	4.22 (.49)	4.27(.43)		
Resident sharing, steun en enthousiasme	3.82 (.56)	3.98(.54)	3.92 (.52)	4.05(.46)	4.10 (.49)	4.25(.37)		
Persoonlijke ontwikkeling en groei	2.98 (.44)	3.03(.45)	3.53 (.54)	3.61(.53)	3.84 (.49)	3.94(.42)		
Introspectie en zelfcontrole	3.29 (.65)	3.26(.66)	3.57 (.67)	3.46(.67)	3.95 (.53)	3.83(.50)		
Positieve zelfhouding en abstinentie	3.61 (.66)	3.59(.66)	3.90 (.58)	3.98(.61)	4.28 (.52)	4.37(.38)		
Probleem herkenning	2.84 (.85)	2.98(.94)	3.04 (.95)	3.45(1.0)	3.21 (1.1)	3.46(1.3)		
Sociaal netwerk	3.55 (.97)	3.68(.90)	3.67 (.96)	3.78(.93)	3.93 (.96)	4.10(.88)		

VG=volledige groep; GDK = Groep TG De Kiem

<sup>1</sup>In tabel 1 werd de data van TGG De Sleutel (de dubbele diagnose TG) niet mee opgenomen daar deze de gemiddelde scores tijdens meetmomenten 2 en 3 te sterk beïnvloedde.

De factoren die de perceptie van de bewoners op het *gemeenschapsgebeuren* tijdens de eerste maand mede bepaalden, blijken voornamelijk dynamische veranderlijke variabelen te zijn; m.n. *geschiktheid* ( $\beta = .53$ ) en *psychisch welbevinden* ( $\beta = -.28$ ) (Regressie-analyse;  $F_{(8,142)} = 13.93$ ;  $p < .01$ ;  $R_2 = .47$ ). Bewoners die hoog scoorden op de CMRS subschaal ‘geschiktheid’ en dus enigszins overtuigd waren dat een langdurige (residentiële) behandeling de meeste geschikte vorm van behandeling was voor hun probleem, hadden doorgaans een positievere kijk op het gemeenschapsgebeuren. Anderzijds hadden bewoners die meer psychische klachten rapporteerden een minder positieve perceptie op het gemeenschapsgebeuren. Deze groep mensen was dus in mindere mate overtuigd van de regels en verwachtingen, normen en waarden, groepsprocessen,... en dat deze bijdragen aan het herstel van de mensen in behandeling. Tenslotte bleek de perceptie van de bewoners op hun eigen persoonlijke ontwikkeling en groei in grote mate gerelateerd te zijn aan wie hen had doorverwezen ( $F_{(10,142)} = 5.74$ ,  $p < .001$ ;  $R_2 = .29$ ). Meer bepaald, bewoners die vanuit justitie doorverwezen waren ( $\beta = .27$ ), schatten hun persoonlijke ontwikkeling en cognitieve vaardigheden hoger in dan de bewoners die vrijwillig het programma startten of die doorverwezen waren door familie of vrienden.

Voor de bewonersgroep binnen TG De Kiem werden vergelijkbare resultaten gevonden; hoge gemiddelde scores op de verschillende DCI subschalen tijdens het eerste meetmoment (zie tabel 1, GDK). In een regressie-analyse werd *geschiktheid* aangeduid als de beste voorspeller ( $\beta = .88$ ) voor de percep-



tie op het *gemeenschapsgebeuren* ( $F_{(5,42)} = 5.44$ ,  $p < .001$ ;  $R_2 = .45$ ). Met betrekking tot de dimensie *persoonlijke ontwikkeling en groei* ( $F_{(5,43)} = 2.44$ ,  $p = .05$ ;  $R_2 = .22$ ) had cluster A *persoonlijkheidsstoornis* een sterke voorspellende waarde ( $\beta = -.47$ ); mensen die hoger scoorden op cluster A persoonlijkheidskenmerken hadden tijdens de eerste maand na opname een significant negatievere perceptie m.b.t. hun persoonlijke ontwikkeling en groei.

### **Evolutie in perceptie op het behandelingsproces na 10 maanden TG behandeling**

Het tweede doel van de studie was om de veranderingen in de bewoners hun percepties op het TG behandelingsproces te analyseren en dit over een periode van 10 maanden. Ook hier werd onderzocht in hoeverre de veranderingen in perceptie gerelateerd waren aan cliëntkarakteristieken zoals motivatie voor opname, de aanwezigheid van een cluster B persoonlijkheidsstoornis of veranderingen in psychisch welzijn tijdens de behandeling.

TG bewoners die minstens tien maanden in behandeling bleven toonden een significante vooruitgang op alle dimensies van de DCI (zie tabel 1). Deze bevinding suggereert dat naarmate bewoners langer in behandeling blijven zij een positievere houding aannemen t.a.v. het gemeenschapsgebeuren alsook meer zelfinzicht krijgen en vaardigheden aanleren die nodig zijn voor het uitbouwen van een drugsvrij leven.

Deze vooruitgang blijkt echter voor sommige bewoners sneller te verlopen dan voor anderen. Met behulp van linear mixed effects models kon aangehouden worden dat na 10 maanden TG behandeling:

- bewoners met een hoge externe motivatie voor opname, een grotere vooruitgang maakten in hun perceptie op 'verantwoordelijkheid in de gemeenschap' ( $F(1,201) = 5.85$ ;  $p > .05$ ) en 'duidelijkheid en veiligheid' ( $F(1,195) = 5.10$ ;  $p < .05$ ) dan bewoners met een lage externe motivatie;

- bewoners die voor hun opname nog niet overtuigd waren over de geschiktheid van een langdurige residentiële behandeling, significant veranderden in hun perceptie op 'duidelijkheid en veiligheid' ( $F(1,190) = 6.05$ ,  $p < .05$ ) in TG;

- bewoners met een cluster B stoornis, een grotere evolutie doormaakten m.b.t. hun perceptie op introspectie en zelf-controle ( $F(1,184) = 5.84$ ;  $p < .05$ );

- bewoners die doorheen de behandeling een groeiend aantal psychische klachten rapporteerden, een negatievere perceptie hadden op introspectie en zelf-controle ( $F(1, 190) = 7.99$ ,  $p < .01$ ).

Bovenstaande resultaten illustreren dat deze groepen bewoners, in tegenstelling tot de andere

bewoners in het onderzoek, grotere perceptuele veranderingen ervaarden wat snellere attitudeveranderingen vergemakkelijkte. Op de data van TG De Kiem kon geen betrouwbare linear mixed effects model uitgevoerd worden omdat de groep respondenten te klein was.

### **Besluit**

In dit besluit worden de belangrijkste onderzoeksbevindingen alsook de klinische implicaties die daarmee samenhangen besproken.

Een eerste belangrijke vaststelling is dat de CMRS-subschaal 'geschiktheid' een sterke voorspellende waarde heeft m.b.t. de perceptie van bewoners op het gemeenschapsgebeuren. Bewoners die aangeven dat een TG behandeling beantwoordt aan hun behandelneed ervaren de verschillende elementen van het gemeenschapsgebeuren ook positiever. Anderzijds, bewoners die zich op basis van hun druggebruik en sociaal milieu distantiëren van alle anderen in TG, hebben vaak een negatievere perceptie m.b.t. TG behandeling. Dergelijke discrepantie in perceptie kan tot een vroege drop-out leiden. TG zouden eventueel gebruik kunnen maken van het CMRS instrument om de uitval te beperken. De geschiktheidsschaal kan bijvoorbeeld een indicatie geven over de motivatie van de bewoner voor een TG behandeling. Zij zouden op basis hiervan kunnen beslissen om: 1) de bewoner langer in de onthaalfase te houden; 2) strategieën toe te passen die de geschiktheid van de bewoner bevorderen (zoals motivational interview) of 3) eventueel bewoners door te verwijzen naar minder veeleisende behandelingsprogramma's. Hierdoor zouden de middelen efficiënter ingezet kunnen worden wat het programma nog sterker zou maken.

Een tweede belangrijke vaststelling is de relatie tussen de ernst van de psychische klachten van bewoners en hun perceptie op het behandelingsproces. Bewoners die tijdens de eerste maand heel veel psychische klachten rapporteren hebben ook een negatieve attitude t.a.v. het gemeenschapsgebeuren. Bewoners bij wie de psychische klachten tijdens de behandeling toenemen vertonen tegelijkertijd een terugval in hun mogelijkheid tot introspectie en zelf-controle. Deze bevinding onderschrijft de nood aan een vroege en continue screening van psychische problemen en veronderstelt een individuele aanpak en interventie op maat van de bewoner.

De derde belangrijke vaststelling betreft de positieve evolutie in bewoners met een cluster B persoonlijkheidsstoornis. Een cluster B persoon-





Het profiel van bewoners binnen TG De Kiem is gelijkaardig aan het profiel van de volledige onderzoeksgroep. Enkele zaken springen in het oog:

- Procentueel *meer vrouwen* startten een behandeling in TG De Kiem
- Bewoners binnen TG De Kiem gebruikten *voornamelijk heroïne* en in mindere mate cocaïne
- Bewoners binnen TG De Kiem verbleven gemiddeld *langer in de gevangenis*
- Procentueel *meer bewoners* binnen TG De Kiem gaven aan *ooit lichamelijk mishandeld en seksueel mishandeld* te zijn geweest.

Een groter aantal bewoners binnen TG De Kiem scoort problematisch op twee tot drie van cluster B en C persoonlijkheidsstoornissen.

lijkheidsstoornis wordt vaak geassocieerd met een beperking in het sociaal functioneren, impulsiviteit, hostiliteit en agressie. De kans dat dergelijke persoonlijkheidskenmerken de participatie in de gemeenschap belemmeren is dan ook vrij groot. In onze studie werd echter aangetoond dat de ernst van de persoonlijkheidsstoornis geen voorwaarde is voor een negatieve evolutie; de bewoners die hoog scoorden op cluster B persoonlijkheidsstoornissen verschilden niet echt van de andere bewoners in de mate waarop zij vooruitgang boekten in het behandelingsproces, noch in de manier waarop zij deze percipieerden. Zij vertoonden zelf een sterke vooruitgang in hun vaardigheden tot introspectie en zelfcontrole. Dit is een belangrijke bevinding gezien dit aantoont dat een TG behandeling ook voor deze groep bewoners effectief kan zijn.

Vorige bevindingen ondersteunen tot op zekere hoogte de theorie van De Leon rond het TG behandelingsproces (2000; 1995). Hij definieert het TG behandelingsproces als *“the dynamic relationship between the community as a context of planned and unplanned multiple interventions and multidimensional change in the individual.”* (De Leon, 2000, p. 379). Dynamisch refereert naar het feit dat het veranderingsproces op zich variabel is en evolueert volgens verschillende opeenvolgende fases. Hoewel bewoners eenzelfde behandelingsproces doorlopen zijn er sterke variaties in de mate waarin zij daadwerkelijk veranderen. De vraag in welke mate toekomstige individuele interventies wenselijk dan wel noodzakelijk zijn en of deze interventies dan zonder problemen geïntegreerd kunnen worden in de dagelijkse praktijk van een TG, blijft moeilijk



te beantwoorden. Volgens Broekaert et al. (2010) kan de 'human prerogative of care' (het menselijk voorrecht op zorg) een uitweg bieden door in de behandeling open te staan voor andere perspectieven en steeds te zoeken naar het antwoord dat het beste past bij de vraag van de cliënt.

Tot slot, op basis van de resultaten kan besloten worden dat de mensen die een behandeling opstarten in een Vlaamse TG doorgaans heel ernstige problemen hebben, en dit binnen verschillende levensdomeinen. Ondanks deze ernstige problematiek is de motivatie voor een langdurige residentiële behandeling vrij sterk en zijn zij doorgaans positief over het TG behandelingsproces. Ook blijkt dat naargelang bewoners langer in behandeling blijven zij de essentie van een TG behandeling beter bevatten en meer inzicht verwerven in hun eigen vaardigheden en tekorten. Deze vaststellingen zijn dus zeker positief maar aanvullend onderzoek is nodig. Het zou bijvoorbeeld interessant zijn om na te gaan of de verandering in perceptie op het behandelingsproces samenhangt met een betere kwaliteit van leven na TG. We zouden de vooruitgang van bewoners in kaart kunnen brengen door naast de bewoners ook de stafleden en andere bewoners (peers) te bevragen. Om de complexiteit van het TG behandelingsproces beter te bevatten kunnen in de toekomst kwantitatieve onderzoeksstrategieën gecombineerd worden met kwalitatieve methodieken. Door op regelmatige tijdstippen de bewoners te observeren en te interviewen zouden we kunnen achterhalen waarom sommigen, die hoog scoren op de DCI subschalen, het programma alsnog vroegtijdig verlaten.

- De Beurs, E. (2006). Brief Symptom Inventory, handleiding. Leiden: PITS BV.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model and Method*. New York: Springer Publishing Company.
- De Leon, G., Melnick, G., Thomas, G., Kressel, D., & Wexler, H. K. (2000). Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(1), 33-46.
- De Leon, G. (1988). Legal pressure in therapeutic communities. In C.G. Leukefeld & F.M. Tims (Eds.), *Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice* (pp. 60-177). NIDA publication No. 88-1578.
- De Leon, G., & Swartz, S. (1984). The Therapeutic community: What are the retention rates? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10(2), 267-284.
- Drake, S., Campbell, G., & Popple, G. (2012). Retention, early dropout and treatment completion among therapeutic community admissions. *Drug and Alcohol Review*, 31(1), 64-71.
- Condelli, W. S., & De Leon, G. (1993). Fixed and Dynamic Predictors of Client retention in therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(1), 11-16.
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol. *European Addiction Research*, 1(4), 208-210.
- López-Goñi, J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa N., & Lorea, I. (2008). Determining socio-demographic predictors of treatment dropout: results in a therapeutic community. *International Journal of Social Welfare*, 17(4), 374-378.
- Orlando, M., Wenzel, S. L., Ebener, P., Edwards, M. C., Mandell, W., & Becker, K. (2006). The Dimensions of Change in Therapeutic Community Treatment Instrument. *Psychological Assessment*, 18(1), 118-122.
- Poulopoulos, C., & Tsiboukli, A. (1999). Socio-demographic differences, patterns of use and drop-out from Greek drug-free treatment programmes. *Drug-Education Prevention Policy*, 6(1), 99-110.
- Schotte, C., & De Doncker, D. (1996). ADP-IV Questionnaire: Manual and norms. University Hospital Antwerp: Antwerp, Belgium.
- Soyez, V., De Leon, G., Rosseel, Y., & Broekaert, E. (2006). Motivation and readiness for therapeutic community treatment: psychometric evaluation of the Dutch translation of the Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability scales. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(4), 297-308.
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.

Dr. Ilse Goethals  
Vakgroep Orthopedagogie, Hogeschool Gent.



De motivatie, bereidheid en geschiktheid tot behandeling van bewoners van TG De Kiem ligt iets hoger dan voor de volledige onderzoeksgroep.

Bewoners die aangeven dat een TG behandeling beantwoordt aan hun behandelneed ervaren de verschillende elementen van het gemeenschapsgebeuren ook positiever.

Bewoners die hoog scoorden op cluster B persoonlijkheidsstoornissen verschilden niet echt van de andere bewoners in de mate waarop zij vooruitgang boekten in het behandelingsproces, noch in de manier waarop zij deze percipieerden.

# Het Centraal AanmeldPunt voor druggebruikers in de gevangenis

## 1. Inhoud van het CAP

Het centraal aanmeldpunt drugs of kortweg CAP, wil alle gedetineerden met een drugprobleem ondersteunen in hun zoektocht naar drughulpverlening.

De eerste doelstelling van het CAP is gedetineerden op een positieve manier laten kennis maken met de drughulpverlening. Het CAP wil de gedetineerden informeren over de bestaande drughulpverlening-mogelijkheden.

Het CAP heeft als tweede doelstelling mensen motiveren om de stap naar hulpverlening te zetten. Het CAP is geen deel van justitie wat betekent dat mensen niet verplicht worden om in de hulpverlening te stappen. De CAP-intaker bespreekt met de cliënt de bestaande mogelijkheden en probeert hem te motiveren tot verandering.

De derde doelstelling van het CAP is, wanneer gedetineerden wel een begeleiding of opname overwegen, een doorverwijzing te organiseren die het best aansluit bij de hulpvraag en de problematiek. Het is ook het CAP dat de effectieve contacten legt met de hulpverlening om de cliënt daar aan te melden.

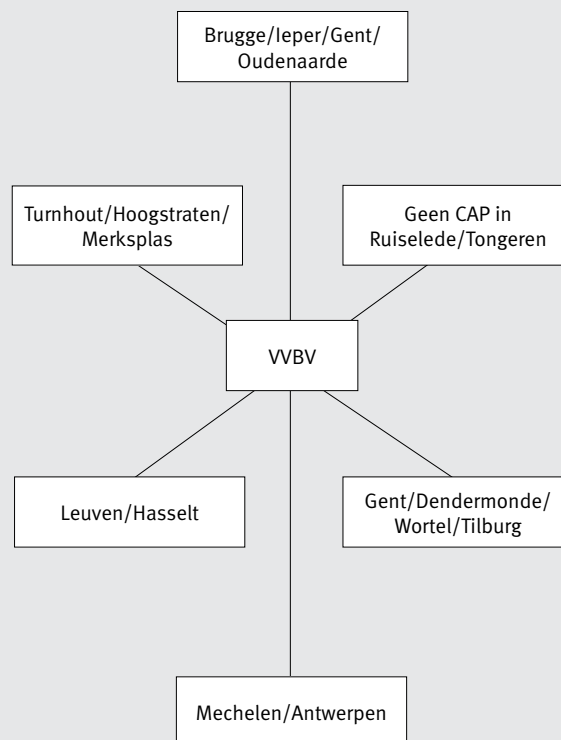
Het CAP heeft ook als taak om de contacten met de verschillende centra binnen de drughulpverlening verder uit te breiden en op die manier de brug tussen de gevangenis en de drughulpverlening te maken. Omwille van deze reden zijn er ook in 2012 verschillende werkbezoeken doorgegaan. Het CAP ging onder andere op bezoek bij een aantal verslavingsafdelingen binnen de psychiatrie en bij een aantal centra voor geestelijke gezondheidszorg.

## 2. Organisatie van het CAP

Het CAP is een project dat georganiseerd wordt door de Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV) in opdracht van Federale Overheidsdienst Justitie, dienst gezondheidszorg. Het uitgebreide CAP, met een werking in bijna elke Vlaamse gevangenis, ging officieel van start op 1.03.2011.

Het centraal aanmeldpunt voor druggebruikers bestaat in volgende 14 gevangenissen: Brugge, Ieper, Gent, Oudenaarde, Antwerpen, Dendermonde, Leuven-centraal, Leuven-hulp, Mechelen, Hasselt, Merksplas, Wortel, Hoogstraten en Turnhout.

In de gevangenissen van Ruiselede en Tongeren bestaat tot op heden geen CAP. De gedetineerden met een verslavingsproblematiek van de gevangenis van Tilburg gaan op transfer naar de gevangenis van Wortel, indien zij een gesprek met het CAP willen.



## 3. Jaarverslag 2012

### Aantallen

Gedurende het werkjaar 2012 kreeg het CAP in het totaal 1427 aanvragen voor een gesprek, en zag het CAP hiervan 1096 cliënten (76,8%). Dit leidde in het totaal tot 1967 persoonlijke gesprekken.

	Totaal aantal aanmeldingen		Totaal aantal geziene cliënten		Transfer, vrij gegaan, ... vooraleer gezien		Totaal aantal gesprekken		Op de wachtlijst op 31.12.11	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Antwerpen	195	13,7 %	120	61,5%	65	33,3%	176	8,9 %	10	5,1%
Brugge	216	15,1 %	160	74,0%	40	18,5%	311	15,8 %	16	7,4%
Dendermonde leper	92	6,4 %	74	80,4%	13	14,1%	150	7,6 %	5	5,4%
leper	49	3,4 %	39	79,5%	8	16,3%	67	3,4 %	2	4,0%
Gent	151	10,6 %	125	82,7%	23	15,2%	237	12,0 %	3	1,9%
Hasselt	153	10,7 %	133	86,9%	14	9,1%	241	12,2 %	6	3,9%
Hoogstraten	76	5,3 %	58	76,3%	12	15,7%	96	4,9 %	6	7,8%
Leuven hulp	43	3,0 %	41	95,3%	2	4,6%	86	4,4 %	0	0,0%
Leuven centr.	14	1,0 %	14	100,0%	0	0,0	32	1,6 %	0	0,0%
Mechelen	41	2,9 %	33	80,4%	7	17,0%	74	3,8 %	1	2,4%
Merksplas	147	10,3 %	94	63,9%	42	28,5%	137	7,0 %	11	7,4%
Oudenaarde	72	5,0 %	51	70,8%	10	13,8%	86	4,4 %	11	15,2%
Tilburg	67	4,7 %	61	91,0%	6	8,9%	85	4,3 %	0	0,0%
Turnhout	60	4,2 %	50	83,3%	7	11,6%	98	5,0 %	3	5,0%
Wortel	51	3,6 %	43	84,3%	1	1,9%	91	4,6 %	7	13,7%
<b>Totaal</b>	<b>1427</b>	<b>100 %</b>	<b>1096</b>	<b>76,8%</b>	<b>250</b>	<b>17,5%</b>	<b>1967</b>	<b>100 %</b>	<b>81</b>	<b>5,67%</b>

De meeste CAP-aanmeldingen en gesprekken gebeuren in de grotere gevangenissen van Brugge, Antwerpen, Hasselt, Gent en Merksplas. Sommige gedetineerden gaan na aanmelding vrij of op transfer of weigeren alsnog een gesprek. In Antwerpen en Merksplas is die groep het grootst (resp. 33,3 en 28,5 %). Op het einde van het jaar zijn er in Leuven en Tilburg geen wachtlijsten en in Oudenaarde en Wortel staan er (procentueel) nog het meest gedetineerden op de wachtlijst.

#### Cliëntkenmerken in een notendop

Slechts 6,4% van de cliënten die in 2012 gezien werden door het CAP zijn vrouwen. De grootste groep cliënten die we op het CAP bereiken zijn de heroïnegebruikers, het gaat over 28% van de cliënten. De amfetaminegebruikers (18,4%) vormen de tweede grootste groep. 70,4% van de geziene cliënten zijn Belgen. De tweede grootste groep zijn cliënten afkomstig van Noord-Afrika (16%). Binnen de groep van mensen van Noord-Afrikaanse origine, komt de grootste groep uit Marokko. Cliënten komen hoofdzakelijk via de psychosociale dienst van de gevangenis (PSD) op het CAP terecht (51,2%) en 35% neemt op eigen initiatief contact op met het CAP. De grootste groep cliënten zijn gedetineerden die veroordeeld zijn en een straf boven de 3 jaar kregen (in aanmerking voor voorwaardelijke invrijheidstelling) (42,9%). De tweede grootste groep geziene cliënten, zijn mensen die in voorhechtenis zitten (35,2%).

#### Afloop aanmeldingen

38,9% (426) van de cliënten werd naar de hulpverlening doorverwezen. De overige cliënten gingen

(na een eerste gesprek) ofwel vrij of op transfer, of kozen er niet voor om een hulpverleningstraject uit te werken. Eén iemand werd naar het B-leaveproject binnen de gevangenis van Ruiselede doorverwezen en voor 4,5% (49) van de cliënten was hun dossier nog lopende eind 2012.

	Aantal	%
Doorverwezen	426	38,9 %
Info	544	49,6 %
Transfer of vrij gegaan na gesprek	76	6,9 %
B-leave	1	1,1 %
Lopende	49	4,5 %
<b>Totaal</b>	<b>1096</b>	<b>100,0 %</b>

Met 71,4% (304) van de cliënten werd een ambulante traject uitgewerkt, met 28,6% (122) een residentieel traject.

	Aantal	%
MSOC	24	5,6 %
Ambulant	208	48,8 %
CGG	56	13,1 %
Dagwerking	3	0,7 %
Ontwenningprogramma	62	14,5 %
Kortdurend programma	1	0,2 %
TG	13	3,0 %
Psychiatrie	46	10,8 %
Huisarts	5	1,2 %
Andere	8	1,9 %
<b>Totaal</b>	<b>426</b>	<b>100,0 %</b>

#### 4. Knelpunten

	Op de wachtlijst op 31.12.11	Op de wachtlijst op 31.12.12
Antwerpen	27	10
Brugge	31	16
Dendermonde	5	5
leper		2
Gent	7	3
Hasselt	39	6
Hoogstraten	15	6
Mechelen	3	1
Merksplas	32	11
Oudenaarde	2	11
Tilburg	20	
Turnhout	3	3
Wortel	5	7
<b>Totaal</b>	<b>189</b>	<b>81</b>

Al van bij de opstart van het CAP in 2011 werd duidelijk dat we te maken kregen met lange wachtlijsten. Tot op heden werden een aantal oplossingen uitgewerkt, om de wachtlijsten tot een minimum te reduceren. Er werd samen gezeten met de psychosociale dienst van de gevangenis (PSD) en justitieel welzijnswerk (JWW) om de doorverwijzingen zo gericht mogelijk te laten verlopen. Er werden extra uren gepresteerd in de gevangenis van Hasselt en Merksplas. Er gebeurden een aantal verschuivingen in de uren van de CAP-permanenties. Het aantal CAP-uren in de gevangenis van Oudenaarde en Gent werd teruggeschroefd. De uren die hierdoor vrij kwamen werden ingezet in de gevangenis van Wortel, Tilburg en bij de langgestrafte mannen in de gevangenis van Brugge. Tot slot werden er samenwerkingsovereenkomsten gemaakt met de verschillende VVBV-leden.

Gedetineerden worden niet meer door het CAP gezien, maar worden rechtstreeks door de organisatie opgevolgd wanneer de cliënten in de organisatie gekend zijn én wanneer de cliënten de duidelijke keuze maken om terug naar het desbetreffende centrum te keren. Deze eerste screening gebeurt dan door de PSD of justitieel welzijnswerk. Deze laatste maatregel is echter een 'artificiële' oplossing voor het probleem met de wachtlijsten. De VVBV heeft zich akkoord verklaard om dit tijdelijk te doen, het is echter geen definitieve oplossing.

In 2012 werd een uitbreiding van het CAP-personeel gevraagd aan de Federale Overheidsdienst Justitie, maar deze aanvraag werd afgekeurd.

Naast het probleem van de wachtlijsten zien we ook dat het CAP hierdoor soms aan kwaliteit moet inboeten. Het CAP heeft 3 duidelijke doelstellingen. Omwille van het overbevragen merken we dat het CAP zich vaak beperkt tot het invullen van de 3de doelstelling, namelijk het doorverwijzen van gedetineerden naar de drughulpverlening. Het lijkt ons echter minstens even belangrijk om verslaafde gedetineerden voldoende te kunnen informeren over de bestaande drughulpverlening en hen te motiveren tot eventuele verandering.

Het CAP wordt ook vaak geconfronteerd met gedetineerden die naast een drugprobleem, ook andere problemen hebben. Hierbij vermelden we de gedetineerden met een verslavingsproblematiek én bijvoorbeeld beperkte intellectuele mogelijkheden of gedetineerden met een verhoogde schaal van psychopathie of cliënten die de taal niet machtig zijn. Allemaal aspecten die het bemoeilijken om het best passende traject uit te werken.

Subsidiëringsproblemen van de doorverwijzende instanties en het niet opnemen van bepaalde problematieken of bepaalde justitiële statuten (bijvoorbeeld: elektronisch toezicht) bemoeilijken de job van een CAP-intaker.

Ook de samenwerking met justitie wordt soms als een probleem ervaren. Hieromtrent zijn immers verschillende knelpunten te vermelden. De CAP-medewerkers verliezen vaak veel kostbare tijd omwille van de bestaande gevangenisstructuur (het appèl, de wandeling,...). Allemaal momenten waarin geen cliënten gezien kunnen worden. De gerechtelijke instanties verwachten vaak ook dat het CAP een adviserende functie zou vervullen. Het CAP kiest er bewust voor om eerder met een 'suggestie' te werken om op die manier de vertrouwensrelatie met de gedetineerde cliënt te kunnen behouden. Het is soms ook erg moeilijk om de hulpverlening perfect te laten aansluiten op het moment van de invrijheidsstelling. Tenslotte is het duidelijk dat de keuze en/of motivatie van de cliënt niet altijd in overeenstemming is met de verwachtingen vanuit justitie.

Het CAP neemt zich voor om in 2013 verdere acties te ondernemen rond deze en andere knelpunten.

Kaat Vanthuyne  
Coördinator CAP

## Elke dag een stapje dichtër...

*Op 2 juni 2013 vierden we met zo'n 300 personen de graduatie van maar liefst 10 ex-bewoners van De Kiem. Drie van hen verbleven samen met hun kind in het programma.*

Voor Ann & Aïden, Thomas, Kurt, Hendrik, Tijn, Mathieu, Sara & Milan, Tine & Ziggy, Kevin en Frederick werd het een heuglijke dag waar met heel wat spanning werd naar uit gekeken. Ze stellen het allen goed na hun residentieel programma en staan nu reeds meerdere maanden weer volop in het leven. Toch blijft het een hele belevenis om je graduatie met familie, vrienden en lotgenoten te vieren. We blikken hier graag even terug op deze zonnige en deugddoende dag, door de ogen van drie bewoners die zich toen nog in de onthaalafdeling bevonden. Ook voor hen was het een speciale ervaring...

“We hadden al enkele malen meegedraaid in de TG en daar al heel wat gehoord over het graduatiefeest, dus keken we er echt wel naar uit. Het zou er ook heel emotioneel aan toe gaan vertelden de stafleden ons... Dagen voordien was gans de TG in de weer met de voorbereidingen voor het feest. Er werd een grote tent opgezet met een koffie- en taartbuffet en een podium voor optredens en op het terras werd een rommelmarkt klaar gezet, waar geschonken spullen zouden worden verkocht ten voordele van het kamp. Het was indrukwekkend om zien hoe iedereen zich inzette om er een mooie dag van te maken.....

Op het graduatiefeest werden we allemaal samengeroepen rond het graduatiebeeld. Tijdens het boren van de gaatjes en de speeches van de gegradueerden ging het er echt wel emotioneel aan toe,... gevoelens waar ieder van ons zich wel in herkende. De gegradueerden kregen elk een kadertje met het logo van De Kiem, een teken dat ze het volledige programma succesvol hebben doorlopen... Dit graduatiefeest heeft ons gemotiveerd en heeft ons doen inzien dat een goed nuchter leven moge-

lijk is. We hebben de belofte aan elkaar gemaakt dat we op een dag ook samen dit moment zullen meemaken. We zijn nu alle drie een aantal weken in de TG. Het is niet altijd even makkelijk, maar we merken van elkaar dat we in de positieve zin aan het veranderen zijn. Elke dag is een stapje dichtër naar ons eigen graduatiefeest...”

*Steven, Andino & Bart,  
bewoners van De Kiem*





de  
kiem



## Onvergetelijke tijden

*Van twee tot negen augustus 2013 was het weer zo ver: het jaarlijkse kamp in de Ardennen. De bestemming was ditmaal Xoffraix in de Hoge venen.*

Het werd een onvergetelijke ervaring voor 20 bewoners, 3 kindjes en 6 stafleden en even hiervan proeven voor de 11 bezoekers. Op het programma stond een rijk en gevarieerd gamma aan activiteiten. Wat dacht je van speleologie, touwenparcours, mountainbike en deathride..., van een dropping, een quiztocht en zelfs een nachtdropping..., van een ijsje, een zakje friet of BBQ..., van een kasteel of dierenpark bezoeken..., van een namiddagje wellness of lekker lui aan het zwemmeer..., van railbiken of kayakken..., van nagenieten bij

het kampvuur en een magisch stenenspel als afsluiter.... Je raadt het al, het kampverslag van enkele bewoners werd veel te lang om hier voluit te publiceren, daarom laten we enkele foto's voor zich spreken. Voor sommige begeleiders was het kamp misschien niets nieuws, maar toch weer deugddoend en bijzonder vermoeiend. Voor de meeste deelnemers was het kennis maken met een nieuwe, actieve en deugddoende manier om samen op vakantie te gaan. Voor iedereen... onvergetelijke tijden!







## Humphrey de koala...

*Humphrey eet ongeveer een kilo bladeren per dag, maar straks zal hij geen honger meer lijden... dankzij z'n vrienden van de therapeutische gemeenschap Shanty Creek.*

De therapeutische gemeenschap Shanty Creek in Australië is een drug- en alcoholprogramma voor aboriginals dat een jaar geleden van start ging en nu zo'n 20 bewoners huisvest.

De bewoners werken hard om zo'n 2400 eucalyptusbomen water te geven, te wieden en te snoeien. Deze zullen uiteindelijk terechtkomen in de buiken van zo'n 23 koalas in de 'Tropical Zoo' in Cairn.

"Een deel van het genezingsproces is verbondenheid met de aarde" zegt programmadirecteur Dave Warby.

Bewoner Alison, die nu zo'n 18 weken in de leefgemeenschap verblijft, zegt dat de zorg voor de

bomen voor hem een goede manier was om tot rust te komen, terwijl z'n medebewoner Richard genoot van het aanleren van nieuwe vaardigheden tijdens z'n verblijf. "‘t Is een prima ervaring" zegt hij, "Ik doe ook de tuin rond de leefgemeenschap. Ik hou er van om buiten te werken".

De therapeutische gemeenschap Shanty Creek wordt gefinancierd door Lives Lived Well, een organisatie die drug en alcohol programma's aanbiedt in gans de staat, via de overheidsdienst 'Health and Ageing'.

D.C.

“ Bij de regelmatige bezoeken en familiegesprekken voelde ik steeds vooruitgang. ”

## Ik zag mijn kind herboren worden...

*Ten einde raad, na verschillende instellingen te hebben doorlopen, besloot ik mijn zoon Kurt te laten opnemen in De Kiem. Een zoveelste poging om hem te redden van de afgrond.*

Vanaf de eerste dag bij opname had ik meteen het gevoel dat het een zeer goede keuze was. Ik was echt op mijn gemak gesteld. Toch beschouwde ik het ook als een allerlaatste kans om Kurt terug op het goede spoor te krijgen, na jaren van kommer en kwel. Alleen ouders van drugsverslaafden weten hoe het is je kind zo te zien aftakelen.

Bij de regelmatige bezoeken en familiegesprekken voelde ik steeds vooruitgang. Kurt was graag in De Kiem. Alhoewel, er waren wel eens mindere periodes waarin ik mij terug zorgen begon te maken. Maar zodra het halfweghuis in zicht was kreeg hij terug moed. Zelf kreeg ik eerder wat schrik omdat hij meer en meer vrijheid zou krijgen en langzaam terug op eigen benen zou moeten staan en verantwoordelijkheid nemen voor zijn eigen leven.

Momenteel stelt Kurt het zeer goed en hopelijk blijft het zo. Hij heeft een mooi werk, veel omgang met

klanten en woont samen met zijn vriendin Barbara in het Brugse.

Wat mij persoonlijk betreft ben ik zeer gelukkig met het resultaat. Ik kwam zeer graag naar De Kiem en heb dan ook geen enkele afspraak gemist. Ik had de rust teruggevonden. Ik zag stilaan van maand tot maand mijn kind herboren worden in echte kameraadschap met andere bewoners. Een van de hoogtepunten tijdens zijn verblijf was de toneeluitvoering waaraan Kurt deelnam.

Bij deze wil ik van de gelegenheid gebruik maken alle medewerkers van De Kiem zeer hartelijk te danken en proficiat te wensen voor de werking en het geduld dat zij beoefenen met de bewoners. De Kiem is een prachtige instelling; spijtig dat ik ze te laat heb leren kennen.

*Paul, de vader van Kurt*

## Elke dag een uitdaging ...

Mijn verhaal begint in 2010, ik zat er toen volledig door. Ik was zwaar verslaafd aan heroïne, cocaïne en cannabis. Ik was totaal geïsoleerd van de maatschappij en overleefde. Leven en genieten, dat kende ik niet meer!

Mijn familie stond machteloos tegenover de ganse situatie. Voor familie en vrienden van een verslaafde is dit een onhoudbaar gegeven. Toch steunde mijn vader me telkens opnieuw, bij elke terugval... en bij elke leugen die ik op dat moment bedacht.

Op eigen houtje en met de hulp van mijn vader heb ik tientallen opnames gedaan om met de drugs komaf te maken. Dit resulteerde telkens in een mislukking. Tot ik problemen kreeg met het gerecht en verplicht werd tot een gedwongen opname. Ik startte in het Kompas te Kortrijk en werd daarna doorgestuurd naar De Kiem te Gavere.

In de onthaalafdeling van De Kiem werd ik goed ontvangen. Bij de eerste gesprekken werd er gepolst naar mijn motivatie. Dit was een belangrijke voorwaarde om het programma te kunnen starten.

Ik werd toegelaten tot het programma en kwam in een veilige omgeving terecht. De groep bestond uit gemotiveerde mensen die hun leven een totaal andere wending wilden geven. In de groep werd er geluisterd naar elkaar. Ook wanneer ik het moeilijk had kon ik met mijn verhaal bij anderen terecht.

Ik kreeg in de therapeutische gemeenschap feedback op mijn gedrag en had tijd nodig om er aan te wennen dat anderen commentaar op mij gaven. Ik had een volledig andere levensstijl dan hoe het eigenlijk zou moeten zijn en werd dan ook aangesproken op van alles en nog wat: mijn gedrag, mijn persoonlijkheid, m'n kledij, ...enz.

Na de therapeutische gemeenschap mocht ik verhuizen naar het halfweghuis in Merelbeke. Daar begon ik pas echt goed te merken hoeveel ik reeds veranderd was. Ik geloofde terug in mezelf en in mijn kunnen. Ik was lange tijd mezelf kwijt geweest.

Elke dag was een uitdaging tijdens mijn programma en ook nu, in het echte leven, is dit nog zo. Het programma duurde meer dan een jaar en als ik er op terug kijk heb ik er veel kennis opgedaan, zowel over mezelf als over de mensen rondom mij. Het warme team en de groep zullen mij altijd bijblijven.

Er werd ook hard gewerkt om de familiebanden terug aan te halen. Hiervoor ben ik erg dankbaar. Mijn vader, broer en alle anderen die me dierbaar zijn heb ik terug. Mijn beste vriend Mathieu heeft een belangrijke rol gespeeld tijdens het programma. Ook mijn vriendin en soulmate Barbara steunt me erg, alsook onze poes Floffie die me elke dag opnieuw de nodige krabbels bezorgt ;-).

Ik ben trots op wat ik heb bereikt tot nu toe. Als ik zie van waar ik kom en waar ik nu reeds sta... de verandering is groot! Ik geniet terug van het leven en ditmaal nuchter.

Aan de mensen die het programma nog moeten volgen wil ik nog het volgende zeggen: geef nooit op en geloof in een beter en nuchter leven! En ik zeg een welgemeende dankjewel, in eerste instantie aan mijn vader, maar ook aan alle medewerkers van De Kiem!

*Kurt*



“

*Er werd ook hard gewerkt om de familiebanden terug aan te halen. Hiervoor ben ik erg dankbaar.*

”



De Kiem biedt hulp aan personen die problemen ervaren door het gebruik van drugs en aan mensen uit hun omgeving.

Het **residentiële luik** van het programma te Gavere omvat een onthaalafdeling, een therapeutische gemeenschap (T.G.), een woonhuis voor moeders / vaders met kinderen en verschillende halfweghuizen. Het **ambulante luik** omvat ambulante centra te Gent en te Ronse/Geraardsbergen, een gevangeniswerking, een regionale preventiedienst en oudergroepen.

## Colofon

### Redactie

Dirk Calle, Jo Thienpont,  
Dirk Vandevelde

### Eindredactie en Directie

Dirk Vandevelde

### Fotografie

Dirk Calle, Chris Lemaitre

### Vormgeving

dotplus

### Abonnement

Abonnementen kosten 12,5 euro voor vier nummers, te storten op rekeningnummer BIC GEBABEBB / IBAN BE 270012 1652 3173 van v.z.w. De Kiem, 9890 Gavere.

Voor giften vanaf 40,00 euro kan u een attest voor fiscale vrijstelling bekomen.

## Adressen

### Contactadres voor opname of begeleiding

(elke werkdag te bereiken van 8u30 tot 17u00)

#### Ambulant Centrum Gent

Kortrijksesteenweg 185, 9000 Gent  
Tel. 09/245.38.98  
Fax 09/245.41.71  
ambulant.gent@dekiem.be

#### Ambulant Centrum Ronse

Oswald Ponettestraat 31  
9600 Ronse  
Tel. 055/21.87.00  
ambulant.ronse@dekiem.be

#### Antenne Geraardsbergen

Abdijstraat 2, 9500 Geraardsbergen  
Tel. 055/21.87.00  
ambulant.geraardsbergen@dekiem.be

### Contactadres voor Administratie – Directie

(sociale dienst, familiebegeleiding, stages)

Vluchtenboerstraat 7A  
9890 Gavere  
Tel. 09/389.66.66  
Fax 09/384.83.07  
admin@dekiem.be

Voorwoord 2 | De perceptie van TG bewoners op het proces van behandeling in relatie tot de behandelingsduur 3 | Het Centraal AanmeldPunt voor druggebruikers in de gevangenis 11 | Graduatiefeest 14 | Op kamp 16 | Humphrey de koala... 17 | Familie aan het woord 18 | Bewoner aan het woord 19

de  
kiem