

**Bachelorproef
Professionele Opleidingen
Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk**

Academiejaar 2020-2021

**De rol van het gezin en de staf van Defensie
in de begeleiding van militairen met een
alcoholprobleem**

Bachelorproef aangeboden door

Isabel Boonen

tot het behalen van de graad van

Bachelor in de Gezinswetenschappen

Bachelorproefbegeleider

Marianne De Boodt

Voorwoord

Toen ik drie jaar geleden, in september 2018, mijn eerste voet neerzette op de campus in Schaarbeek om aan de bacheloropleiding Gezinswetenschappen te beginnen, had ik nooit gedacht dat de komende jaren een ware uitdaging zouden worden. Hoe haalde ik het ik mijn hoofd om op 44-jarige leeftijd nog te beginnen studeren?

Een fulltime job maakte het pittig. Wijselijk ruilde ik deze voltijdse baan in de tweede en de derde opleidingsfase voor een deeltijdse. Op maandag was ik voortaan 'vrij'. Op zaterdag volgde ik rigoureuus de lessen van de verschillende docenten. Ik lag aan hun lippen, telkens weer. De afgelopen drie jaar stonden feestjes, uitstapjes of familiebezoekjes op een zeer laag pitje. Het betekende een grote aanpassing, niet alleen voor mezelf, maar vooral voor mijn echtgenoot Rudy en mijn lieve dochter Nora. Gedurende drie jaar hoorden ze me meer dan regelmatig antwoorden: "Nu heb ik even geen tijd, ik moet werken voor school."

Ik moet dan ook oprecht mijn eerste woord dank richten aan hen. Zonder de steun van Rudy was ik er nooit in geslaagd om alle taken tijdig af te werken en voldoende voorbereid te zijn voor de volgende lessen of examens. Zonder het begrip van Nora had ik niet gestaan waar ik nu sta. Regelmatig had ik schuldgevoelens tegenover haar omdat ik merkte dat ze me miste, me nodig had en ik er te weinig voor haar was. Dankjewel Rudy en Nora!

Mijn mama is mijn steunpilaar waar ik steeds terecht kan. Ook tijdens de afgelopen drie jaar hielp ze me in het huishouden door wat huishoudelijke taken over te nemen, wat lekker eten te maken voor mijn gezin en, last but not least, door me aan te moedigen om voluit te gaan voor mijn studies. Dankjewel mama voor je steeds onvoorwaardelijke liefde en steun.

Ik wil ook de docenten, de directie en alle medewerkers van de opleiding Gezinswetenschappen bedanken. Telkens weer stonden ze klaar om ons te begeleiden naar ons einddoel, het behalen van het diploma. In het bijzonder wil ik meneer Baeten bedanken om mijn bachelorproef te helpen opstarten. De verdere begeleiding en opvolging gebeurde door mevrouw De Boodt die ik uiteraard van harte wil bedanken. Mevrouw, dankzij u verkreeg ik inzichten en uw begeleiding motiveerde me om steeds verder te zoeken en beter te doen. Waarvoor dank.

Mijn goede vriend Eric wil ik ook in de bloemetjes zetten. Met een zeer kritische blik las hij mijn bachelorproef na. Ik heb zijn opbouwende kritiek enorm geapprecieerd. Dankjewel.

Ik wil ook de mensen van mijn stageplek bedanken. In het CMiA (Centrum voor Militairen met een Addictie) zag ik vooral gemotiveerde mensen bezig. Ik heb heel veel geleerd tijdens mijn stage. Het was een ervaring die ik niet meer zal vergeten. Ik gebruikte mijn stageplek als fundament voor mijn bachelorproef. Een dankjewel aan het ganse team van CMiA.

Ik wil graag mijn eindwerk opdragen aan mijn papa, die enkele jaren geleden uit het leven stapte. De stille moordenaar, alcohol genaamd, sloop ook binnen in mijn familie. Jarenlang vocht mijn papa tegen de hunker naar zijn glas bier. We vochten voor hem. We probeerden de harde aanpak, maar ook de zachte aanpak kon niet baten. Daarenboven wou hij geen professionele hulp zoeken. Hij hield ons op afstand, elk jaar meer en meer. De afstand werd onoverbrugbaar. Eén van de redenen waarom ik me drie jaar geleden inschreef voor de opleiding Gezinswetenschappen, was dat ik andere gezinnen, die ook een familielid hebben met een alcoholverslaving, wil helpen. Ik wil er zijn voor families die het moeilijk krijgen. Dankzij de opleiding Gezinswetenschappen is mijn kijk op gezinnen en op de samenleving veranderd. Ik ben een ander mens geworden. Ik ben gegroeid. Ik ben ook niet van plan om te stoppen met groeien!

Inhoudstafel

VOORWOORD	2
INHOUDSTAFEL	3
HOOFDSTUK 1 INLEIDING	6
HOOFDSTUK 2 PROBLEEMSTELLING	8
2.1 PROBLEEMORIËNTATIE	8
2.2 CENTRALE VRAAG EN DEELVRAGEN	10
2.3 PROBLEEMVERKENNING	10
2.3.1 <i>Wie is Jan ?</i>	10
2.3.2 <i>De gezinsleden van Jan¹</i>	10
2.3.3 <i>Start behandeling bij CMiLA</i>	10
2.3.4 <i>Het verhaal van Jan</i>	11
2.3.5 <i>Het alcoholgebruik van Jan</i>	12
2.3.6 <i>Het verhaal van An</i>	13
2.3.7 <i>De behandeling van Jan</i>	14
2.3.8 <i>Een opname op de PAAZ</i>	14
HOOFDSTUK 3 VERANDERINGSDOELEN	15
HOOFDSTUK 4 HET SPECIFIEKE KARAKTER VAN DEFENSIE	16
4.1 INLEIDING	16
4.2 DE DRIE KENMERKEN VAN HET BEROEP	16
4.3 KENMERKEN VAN EEN MILITAIR.....	17
4.4 DE DRIE VERSCHILLEN EN TWEE VERPLICHTINGEN	18
4.5 DE ROLLEN VAN DE MILITAIR	18
4.6 ZORGPLICHT	19
4.7 EEN NIEUWE TAAK.....	19
4.8 ONDERSTEUNING VOOR, TIJDENS EN NA DE MISSIE	20
4.8.1 <i>Inleidend</i>	20
4.8.2 <i>Voor de uitzending</i>	21
4.8.3 <i>Tijdens de uitzending</i>	22
4.8.4 <i>Na de uitzending</i>	23
4.9 BESLUIT	23
HOOFDSTUK 5 DE WERKING VAN CMiLA	24
5.1 EVOLUTIE SEDERT DE OPSTART	24
5.2 HET CMiLA IN 'T KORT.....	24
HOOFDSTUK 6 THEORETISCHE ANALYSE VANUIT 3 INVALSHOEKEN	25
6.1 EERSTE INVALSHOEK : DE CONTEXTUELE BLIK	25
6.1.1 <i>Inleiding</i>	25
6.1.2 <i>Wat is dat eigenlijk, een alcoholverslaving ?</i>	25
6.1.3 <i>Gevolgen voor de persoon met een verslaving en de context</i>	28
6.1.4 <i>De dimensies m.b.t. relaties van Ivan Boszormenyi-Nagy</i>	29
6.1.4.1 De eerste dimensie : de feiten (wat er is en wat er gebeurt).....	30
6.1.4.2 De tweede dimensie : de psychologie (hoe we alles beleven en verwerken)	30
6.1.4.3 De derde dimensie : de interactie (communicatie in relaties)	31

6.1.5	<i>De vierde en belangrijkste dimensie : de relationele ethiek (hoe rechtvaardig is een ander)</i>	32
6.1.6	<i>Praktische toepassing op de casus</i>	34
6.1.7	<i>Besluit</i>	36
6.2	TWEDE INVALSHOEK : DE PSYCHOLOGISCHE KIJK OP ALCOHOLVERSLAVING	38
6.2.1	<i>Inleiding</i>	38
6.2.2	<i>Gehechtheid</i>	38
6.2.2.1	Hechting	39
6.2.2.2	Gehechtheidsstijlen	39
6.2.3	<i>Parentificatie</i>	40
6.2.3.1	Constructief of destructief ?	40
6.2.3.2	De overschrijding van de generatiegrens	42
6.2.3.3	Projectieve identificatie	43
6.2.3.4	Vormen van parentificatie	44
6.2.3.4.1	Het zorgende kind	44
6.2.3.4.2	Het kind-dat-kind-moet-blijven	45
6.2.3.4.3	Het perfecte kind	45
6.2.3.4.4	De zondebok	45
6.2.3.4.5	Het geslacht	46
6.2.3.5	Beschermende factoren	46
6.2.4	<i>Een intergenerationeel patroon bij verslaving</i>	47
6.2.4.1	Schatkist of verdoemenis ? Legaat of delegaat ?	49
6.2.4.2	Wat doe ik met de schatkist?	50
6.2.5	<i>Praktische toepassing op de casus</i>	50
6.2.6	<i>Besluit</i>	53
6.3	DERDE INVALSHOEK: DE INVALSHOEK CONTEXTUELE HULPVERLENING	54
6.3.1	<i>Inleiding</i>	54
6.3.2	<i>Motivatie om te stoppen met drinken</i>	55
6.3.3	<i>Behoeften om te komen tot herstel</i>	56
6.3.3.1	Informatie	56
6.3.3.2	Erkenning	56
6.3.3.3	Meerzijdige partijdigheid	58
6.3.3.4	Relationele hulpbronnen	59
6.3.3.5	Ontschuldigen	59
6.3.4	<i>Familieleden pikken hun leven terug op</i>	60
6.3.5	<i>Terugval – herval</i>	61
6.3.6	<i>Toepassing op het gezin van Jan en An</i>	62
6.3.7	<i>Besluit</i>	64
	HOOFDSTUK 7 DRIE VERANDERINGSGERICHTE STRATEGIEËN	65
7.1	INLEIDING	65
7.2	EERSTE VERANDERINGSSTRATEGIE	65
7.2.1	<i>De gezinsreflex en de uitnodigingsbrief</i>	66
7.2.2	<i>Zijn de naasten betrokken?</i>	66
7.2.3	<i>Evaluatie van de 'gezinsreflex' en de uitnodigingsbrief</i>	67
7.3	TWEDE VERANDERINGSSTRATEGIE	68
7.3.1	<i>Een vernieuwd traject</i>	68
7.3.2	<i>Inspiratie</i>	69
7.3.3	<i>Haalbaarheid</i>	69
7.4	DERDE VERANDERINGSSTRATEGIE	71
7.4.1	<i>Hoe lang drink je al?</i>	71

7.4.2	<i>Cel Addict</i>	71
7.4.3	<i>Onlinehulpverlening</i>	72
7.4.4	<i>Ook voor de familie</i>	72
7.5	BESLUIT	73
HOOFDSTUK 8 ALGEMEEN BESLUIT		74
HOOFDSTUK 9 BRONNENLIJST		79
HOOFDSTUK 10 BIJLAGEN		81
10.1	BIJLAGE 1 : DE STOOMKETEL.....	81
10.2	BIJLAGE 2 : BRIEF AAN FAMILIELID	82

Hoofdstuk 1 Inleiding

Een alcoholverslaving heb je niet alleen. De negatieve gevolgen van deze psychische ziekte worden als eerste ervaren door de gezinsleden van de persoon met een alcoholverslaving. Ik mocht het als kind en als jongere aan den lijve ondervinden.

Alcohol is een sociaal aanvaarde drug. In onze samenleving is het 'normaal' dat er thuis, op café of tijdens feestjes, alcohol wordt gedronken. Je kan zelfs stellen dat mensen het 'abnormaal' vinden als iemand een glas frisdrank vraagt i.p.v. een glas alcohol. Als er iets te vieren valt of de zware werkdag zit erop, dan vinden we het 'normaal' dat we er een glas alcohol bij drinken. Kennen we niet allemaal minstens één persoon die af en toe te veel drinkt of niet kan stoppen als hij 'eraan begint'?

In het eerste jaar van de opleiding Gezinswetenschappen was ik in de wolven toen ik voor het opleidingsonderdeel Project I aan de slag kon rond het thema 'alcohol binnen het gezin'. Ik werd getriggerd door het lezen van wetenschappelijke bronnen en door het afschuimen van het internet. Ik was vastbesloten om mijn bachelorproef te wijden aan het thema 'alcohol'. Omdat ik tewerkgesteld ben bij Defensie en er een mogelijkheid was om mijn praktijkverdieping te doen in het CMiLA (Centrum voor Militairen met een Addictie), liet ik er geen gras over groeien. Ik heb er enorm veel bijgeleerd over mensen met een alcoholverslaving en hun familie. Ik deed er voldoende ervaring op om betere inzichten te krijgen op de hulpverlening voor mensen met een verslaving. Ik wachtte niet langer om mijn eerste teksten te schrijven van mijn bachelorproef.

De coronapandemie gaf me een extra duwtje in de rug. Het belang van goede geestelijke gezondheidszorg in moeilijke fases van het leven kwam meermaals in de media. Ouderen hadden het moeilijk en waren eenzaam. Jongeren klaagden dat hun jeugd werd afgenomen. Volwassenen kregen dikwijls de klus niet geklaard: de combinatie van thuiswerken en de kinderen begeleiden met hun schoolwerk waren een heuse uitdaging voor velen. Ook het gebruik van alcohol tijdens deze pandemie werd onder de aandacht gebracht. Gebruikten we, nu we 'in ons kot' moesten blijven, evenveel, meer of minder alcohol?

Tussen het lezen van wetenschappelijke bronnen en het schrijven van mijn eindwerk door, merkte ik dat er één bepaalde vraag steeds in mijn hoofd opkwam: "*Waarom stappen mensen met een alcoholverslaving niet naar de hulpverlening en als ze het dan toch doen, waarom wachten ze zo lang?*". Beetje bij beetje kreeg ik een antwoord.

Tijdens mijn stage merkte ik vooral een tekort aan contextuele hulpverlening. Er werd amper gesproken over de kinderen, de partners of de ouders van de cliënten. Als toekomstige gezinswetenschapper kon ik dit niet aan me voorbij laten gaan. Ik ging onmiddellijk aan de slag met de cliënten in het CMiLA. Het was een initiatief waar ik geen spijt van heb gehad, integendeel. Het thema van mijn eindwerk was een feit. Ik wou meehelpen om de militairen met een alcoholverslaving een contextuele hulpverlening te kunnen aanbieden opdat ze, samen met hun gezin, langer abtinent zouden kunnen leven. Als het kan voor Defensie, zou ik zelfs graag worden tewerkgesteld in het CMiLA. Het zou een wending zijn in mijn carrière, waar ik me voluit zou kunnen inzetten voor het welzijn van de personeelsleden van Defensie in het algemeen en meer specifiek voor hen die in een moeilijke levensfase zijn terecht gekomen.

Met mijn bachelorproef wil ik een antwoord formuleren op deze centrale vraag: "***Hoe kan ik als gezinswetenschapper de gezinsleden (de context) van de militair met een alcoholverslaving mee betrekken in het behandelingsproces van ons CGG, meer specifiek het CMiA?***".

Met de casus van Jan en An, heb ik een praktijkgericht onderzoek gedaan om de contextuele hulpverlening toe te passen op militairen die in het CMiA worden behandeld. Vervolgens geef ik extra uitleg over de specificiteit van het militair beroep en de werking van het CMiA. In de literatuurstudie die daarop volgt, bestudeer ik welke rol een gezinslid kan spelen in het ondersteunen van een militair met een alcoholverslaving. Ik ga hierbij ook op zoek naar wat het CMiA kan betekenen voor het gezin van de cliënt. Ik zal zoeken naar de impact die een alcoholverslaving heeft op het leven van een cliënt en zijn gezin en hoe de methode van de contextuele hulpverlening kan ingezet worden bij deze families.

Na deze uitgebreide literatuurstudie formuleer ik drie veranderingsgerichte strategieën. Daarin heb ik onder andere een uitnodigingsbrief opgemaakt en uitgetest om de familie meer te betrekken bij het behandelingsproces van de militair met een alcoholproblematiek.

Hoofdstuk 2 Probleemstelling

2.1 Probleemoriëntatie

Dertig jaar geleden startte ik mijn loopbaan bij Defensie. Op de website van Defensie lees je dat het militair zijn geen beroep is als een ander, het is een missie. Je vindt terug dat het geen nine to five job is. De job berust niet op routine: de ene dag ga je op oefening, de andere dag ga je sporten en de volgende maand zit je in het buitenland. Het is een uitdagende en afwisselende job waar je het maximum uit jezelf kan halen. Ook de werkzekerheid heeft zijn voordelen. Gedurende de jaren ontdekte ik dat heel wat militairen zichzelf herontdekken in dat legeruniform. Ze vinden soms hun tweede identiteit in de kazerne. Wie ze thuis niet kunnen zijn, kunnen ze hier wel zijn. Hun ego wordt gestreeld en het machogedrag viert hoogtij. Ze kunnen iets betekenen. Ze horen erbij. Maar dat is niet altijd het geval. Vaak gebeurt het tegendeel en worden ze afgebroken en neergehaald door kaderleden of oudere collega's.

De miliciens, de mannen die indertijd hun legerdienst moesten doen, zullen nog wel weten hoe het eraan toe ging als er een feestje was in de kazerne. Voor sommigen was het een verlenging van hun studententijd. Ik hoorde verhalen van mannen die vertelden dat ze in het leger leerden roken en drinken. Immers, na het werk ging iedereen nog "napraten" in de bar. Sedert lange tijd en nog lang nadat de laatste miliciens in 1995 vertrokken, worstelt Defensie met een slechte reputatie wat betreft alcohol drinken. De Defensiestaf trof maatregelen en vandaag kan je helemaal niet meer vergelijken met vroeger. Weinigen logeren nog op een kamer in de kazerne. De meeste militairen gaan dagelijks naar huis. Vandaag is het aantal momenten waarop je samen met de collega's "een pint gaat pakken" tot een minimum beperkt.

Op een dag, in 2008, kwam ik op de werkvloer in aanraking met een collega die openlijk vertelde dat hij alcoholist is. "Is?" dacht ik bij mezelf! "Ja, maar wel al 6 jaar nuchter", bevestigde hij me. En hij vertelde dat Defensie een eigen ontwenningencentrum heeft. Dat wist ik niet. Ik was helemaal in de ban. Ik zei hem: "Als jij niet meer drinkt, dan ben je toch geen alcoholist meer?". Hij maakte me er attent op dat je alcoholist bent voor het leven. Levenslang moet hij alert blijven om niet "die eerste pint" te drinken. Zoals zovelen die willen stoppen met drinken heeft hij ook een terugval gehad. Hij vertelde over de verandering in zijn leven¹. Voor we er erg in hadden, waren we twee uur aan het praten over zijn periode dat hij verslaafd was aan alcohol en hoe hij uiteindelijk in het CMiA (Centrum voor Militairen met een Addictie) is terecht gekomen. Het thema is bij mij jaren blijven hangen en ik ben blij dat ik deze bachelorproef kan wijden aan het thema 'alcoholverslaving'.

Velen uit onze samenleving worden dagelijks geconfronteerd met iemand met een afhankelijkheidsprobleem. Sommigen hebben zelf een addictie. Van Deun (2019, p. 16) stelt dat volgens een recente Belgische studie ongeveer 10% van de volwassen bevolking een alcoholprobleem heeft. Probleemdrinkers vinden dikwijls de weg niet naar de hulpverlening. Ze wachten te lang. Van Deun (2019, p. 27) vertelt ons dat de samenleving geen positieve houding heeft ten opzichte van verslavingsgedrag. De drempel om naar de hulpverlening te stappen blijft hoog omdat deze mensen hun verslaving zo lang mogelijk voor zichzelf ontkennen. Ze trachten het te verstoppen. Deze mensen praten er niet over of zoeken geen hulp omwille van het stigma

¹ Onlangs sprak ik hem, naar aanleiding van mijn bachelorproef. Ik vroeg hem de toestemming om hem te vernoemen (anoniem weliswaar) in mijn tekst.

dat rust op verslaving. Deze stigmatisering draagt bij aan een minder effectieve behandeling binnen de hulpverlening (Van Deun, 2019, p.28). Vansevenant (17 januari 2019, z.p.) pent neer waarom alcohol op de loer blijft liggen. Kwetsbare groepen laten zich vangen. Mensen met een zware rugzak zoeken vaak troost in genotsmiddelen. Zo geven de roes, de drinkebroers, de ongeremdheid en de avonturen kleur aan het leven van, bijvoorbeeld, een jongvolwassene die een jeugd heeft gehad vol vernedering en kilte. Sommige mensen die een echtscheiding ervaren, proberen hun problemen weg te drinken. Personen die in hun jeugd meegingen met hun vader die elke dag op café ging, kunnen al van jongs af aan stevige drinkers zijn (Vansevenant, 17 januari 2019, z.p.). Er zijn tal van risicofactoren die de kans op alcoholverslaving verhogen. Zo spelen de genen die je meekrijgt van je ouders een grote rol. Je eigen persoonlijkheid heeft eveneens een belangrijke invloed wat betreft de ongeremdheid en de impulsiviteit. Psychische stoornissen zoals gedrags- of angststoornissen zoals een PTSS (PostTraumatische StressStoornis) beïnvloeden eveneens het risico om alcoholverslaafd te raken. Negatieve ervaringen uit de jeugd zoals misbruik zijn ook een risicofactor. Een ander bedreigend element zijn de kenmerken van het gebruik. Onder deze kenmerken verstaan we de leeftijd waarop men begon te drinken en of er herhaald gebruik was ondanks de negatieve gevolgen ervan ("Alcoholverslaving: Cijfers & Context-Oorzaken en gevolgen", z.d., z.p.).

Mensen laten zich wel eens vangen aan overmatig alcoholgebruik, maar deze mensen blijven goed functioneren in de maatschappij. Ze ervaren de nadelen van dat 'te veel drinken' - ze zijn er bijvoorbeeld eens goed ziek van - en dus laten ze zich niet zo snel meer vangen. Wanneer dit overmatig alcoholgebruik evolueert naar misbruik, d.w.z. dat als iemand toch blijft drinken ondanks de minpunten, dan zal dat drinken de enige manier lijken om te kunnen ontspannen of om te vluchten van de miserie. Ze kunnen niet meer op een andere manier omgaan met de gebeurtenissen in hun leven. Soms voelen zich ze zich schuldig of beschaamd, zeker als er bepaalde opmerkingen over het drankgebruik hun richting uit komen. Deze gevoelens worden dan alweer 'weggedronken' ("Vormen van problematisch drinken, z.d., z.p.).

Helaas zag ik al enkele collega's onderuitgaan door hun genotsmiddel dat "alcohol" heet. Militairen met een alcoholverslaving krijgen soms ruzie met hun chef. Er vallen wel eens harde woorden omdat het werk lijdt onder hun alcoholgebruik. Sommige personen met een alcoholverslaving delen rake klappen uit, in de kazerne of erbuiten, met alle gevolgen van dien. Ze gaan opnieuw drinken om de ruzies te verwerken. Dit is hun oplossing om te ontsnappen aan problemen en spanningen. Ze zitten in een vicieuze cirkel ("Vormen van problematisch drinken, z.d., z.p.). Elke militair kent wel collega's die door hun drankmisbruik op een kamertje in de kazerne terecht kwamen, omdat het geld op was en de huurachterstal te hoog werd. Sommigen vertelden over (v)echtscheidingen die ze meemaakten. Het gebeurde wel eens dat hun kinderen het contact verbraken. Enkelingen kwamen thuis na een buitenlandse zending en de sleutel paste niet meer op de deur. Bij sommigen was hun vrouw weg met een ander. Deze militairen voelden zich in de steek gelaten omdat soms ook hun ouders, broers of zussen hen in de steek lieten. Vrienden hadden ze niet meer, enkel nog de drinkebroers.

In mijn bachelorproef wil ik bekijken hoe militairen op korte en lange termijn kunnen worden ondersteund in hun behandelingsproces als er (meer) contextgerichte hulp wordt aangeboden. Ik wil achterhalen welke rol een gezinslid kan spelen bij het doel van de cliënt om levenslang abstinente te blijven. Ik wil ook bekijken of het CMiLA een meerwaarde kan betekenen voor het gezin van de cliënt en of de Defensiestaf meer kan doen voor de militair én zijn gezin.

2.2 Centrale vraag en deelvragen

In mijn bachelorproef staat deze vraag centraal :

"Hoe kan ik als gezinswetenschapper de gezinsleden (de context) van de militair met een alcoholverslaving mee betrekken in het behandelingsproces van ons CGG, meer specifiek het CMiLA?"

Op basis van deze centrale vraag, formuleer ik ook enkel deelvragen:

- Welke rol kan het gezinslid spelen in het ondersteunen van de militair die alcoholverslaafd is?
- Wat kan het CMiLA betekenen voor het gezin van de cliënt wat betreft de contextuele benadering?
- Hoe kan de Defensiestaf zijn militairen en hun families in het behandelingsproces m.b.t. verslavingsproblematiek ondersteunen?

2.3 Probleemverkenning

2.3.1 Wie is Jan ?

Jan² is alcoholist. Hij is 49 jaar en opgegroeid in de Ardennen. Hij heeft een dochter uit zijn eerste huwelijk. Na zijn eerste huwelijk had hij een relatie met een andere dame. In februari 2018 leerde hij zijn huidige partner An kennen. Hij werkt al meer dan 30 jaar bij Defensie. Hij deed één buitenlandse missie in Afghanistan.

2.3.2 De gezinsleden van Jan¹

An (42) is de partner van Jan.

Mireille (21) is de dochter van Jan.

Miguel (20) is de stiefzoon van Jan en de zoon van An.

Julie (17) is de vriendin van Miguel.

Elisabeth is de moeder van Jan.

Philippe is de vader van Jan.

Rita (†) is de stiefmoeder van Jan.

Chris (†) is de broer van Jan.

2.3.3 Start behandeling bij CMiLA

Nadat de RSM³ aan de alarmbel trok, belde Jan om een afspraak te maken op CMiLA. Jan komt samen met zijn partner An op intakegesprek. De opname in CMiLA gebeurt op vrijwillige basis. Het wordt tijd dat hij stopt met alcohol drinken, vertelt Jan, want hij wil samen met An een mooie toekomst tegemoet.

² Omwille van privacy redenen zijn ALLE namen vervangen door fictieve namen.

³ RSM = Regimental Sergeant Major = de 'korpsadjutant'. Diegene die de functie van RSM uitvoert, is in het Belgische leger meestal een adjudant-chef of adjudant-majoor. RSM is eerder een (gerespecteerde) ceremoniële (cumul)functie, maar de RSM is ook verantwoordelijk voor de tucht en de orde in de eenheid.

2.3.4 Het verhaal van Jan

Wat hieronder volgt, pen ik neer nadat Jan en An mij hun verhaal deden. Op 19-jarige leeftijd ziet Jan zijn ouders uit elkaar gaan. Hij vertelt dat zijn moeder, Elisabeth, is vreemdgegaan en zijn vader, Philippe, kon dat bedrog niet meer aan. Elisabeth verliet haar echtgenoot en 2 zonen en trok uit huis. Ze verbrak alle contact, vertelt An. De nieuwe partner van de vader, Rita, zette de zonen buiten en Jan leefde enkele weken in zijn auto en een garage tot een vriend hem heeft opgevangen. Jan nam uiteindelijk een kamer in de kazerne waarvoor hij een minimale huurprijs moest betalen. Ondertussen leerde hij iemand kennen en stapte hij in het huwelijksbootje. Ze gingen in een huis wonen en net na zijn terugkeer uit humanitaire opdracht, bleek zijn vrouw zwanger te zijn. Hij erkende zijn dochter, Mireille. Na enige tijd scheidde hij van zijn vrouw omdat ze, volgens hem, vreemdging. Hij keerde terug naar het kamertje in de kazerne waar hij Mireille om de 14 dagen zag. Hij leerde weer iemand kennen en ging er mee samenwonen in een sociale woning. Helaas bleef ook deze relatie niet duren en hij leerde An kennen, in februari 2018. Zij wonen samen in de sociale woning en ondertussen kwam ook Miguel, de zoon van An erbij en diens vriendin, Julie.

Niet zo heel lang nadat Jan uit huis was gezet door Philippe vernam hij dat Rita ernstig ziek was geworden en weldra zou sterven. Hij nam terug contact op met zijn vader. Helaas was Rita ondertussen overleden. Sedert dan heeft hij terug contact met zijn vader. Met zijn moeder had hij heel veel jaren geen contact. Bij de scheiding van zijn ouders was het de laatste keer dat hij Elisabeth zag. Met Nieuwjaar 2020 heeft An gezorgd voor contact met Jans moeder. Na 30 jaar is er dus opnieuw contact tussen Jan en Elisabeth. An vertelt me dat ze vreest dat de scheiding van zijn ouders, de oorzaak is van de problemen in zijn verdere leven. Ze vermoedt dat hij zich toen verstoten heeft gevoeld.

Chris, de broer van Jan, is in 2019 overgegaan tot zelfdoding. Dit kwam heel hard aan bij Jan. Daarenboven had Mireille, de dochter van Jan, recentelijk (hier is niet echt duidelijk uit hun verhaal wanneer dit gebeurd is) laten weten aan Jan dat zij hem niet meer wil zien en dat hij in haar ogen niet haar vader was. Er ontstaat ook twijfel over het feit of Mireille wel zijn biologische dochter is. Gezien het vreemdgaan van zijn ex, zou het wel eens kunnen dat er ergens een andere biologische vader rondloopt. Jan heeft Mireille wel officieel erkent en ze draagt ook zijn familienaam.

Hij vertelt me ook dat zijn periode op buitenlandse opdracht in Afghanistan moeilijk was en dat hij het nog steeds moeilijk heeft met het verwerken van bepaalde beelden die hij daar toen zag. Zo kan hij niet meer naar een oorlogsfilm kijken zonder gefixeerd te geraken op het televisiescherm. An vertelt dat hij er ook 's nachts over droomt, maar Jan wil er niet over praten.

An vertelt me tijdens het eerste individueel gesprek dat ze vreest dat Jan zichzelf niet zal kunnen beredderen tijdens de groepsvergadering. Jan kan niet goed onthouden, zegt ze, en hij heeft haar nodig om dingen te noteren. Tijdens een vervolgggesprek vertelt ze dat Jan haar vertelde dat hij het soms wel moeilijk heeft om alles te assimileren tijdens de groepsvergaderingen. Als de begeleiders te veel vertellen, dan hoort hij niet meer wat er wordt gezegd. Ze merkt ook op dat Jan aan het rechtse oor minder gehoor heeft.

In een tweede individueel gesprek met An hoor ik dat Jan heel afhankelijk is van haar. An en Jan doen bijna alles samen. Ze merkt op dat hij heel volgzzaam is. Hij klampt vast aan haar. Ze vertelt dat hij altijd vraagt aan haar wat ze gaan doen. Zelf komt hij nooit met een voorstel : haar ideeën zijn goed voor hem. Ook heeft hij bijvoorbeeld geen facebook en zij stuurt

vriendschapsverzoeken naar Jan zijn vrienden. An vertelt zelf dat ze dezelfde geschiedenis delen van exen, ellende en alcohol. An drinkt regelmatig te veel. Nu wil zij samen met hem stoppen met alcohol drinken. Ik maak me de bedenking dat zij als het ware een co-afhankelijke relatie hebben.

An praat graag over de hulp die ze aan Jan geeft. Zo vertelt ze met enige trots dat ze Jan steeds helpt als hij last heeft van duizeligheid. Ze maakt zich wel zorgen over die flauwtes en zijn wankele tred. Ik vertel haar dat ik het opmerkelijk vind dat zij altijd mee is met Jan, terwijl ze eigenlijk rustig thuis zou kunnen blijven. Ze zegt dat ze hem wil helpen. Ik bevestig haar dat zij inderdaad een rol op zich neemt die uitzonderlijk is. Ze merkt op dat hij haar soms "zijn steunpilaar" noemt. Zo is An alert in de auto. Tijdens de rit naar het CMiA stoppen ze gemiddeld 2 à 3 keer omdat hij "in slaap" valt en dan rookt hij een sigaret, drinkt iets en gooit wat water op zijn gezicht om zich te verfrissen.

Na enkele gesprekken met mij, vertelt An dat Jan zich nu nuttig voelt en dankzij haar komt hij er zelfs toe om bepaalde zaken te doen die hij vroeger niet deed. Hij herstelt tegenwoordig de meubels, hij hangt de luchters op, ... Ik vraag haar of zij ook goed met elkaar kunnen praten. Ze vertelt dat ze veel vertellen over de dagen op CMiA, maar dat er nog zaken zijn die Jan kwijt zou moeten over zijn buitenlandse operatie. Ik raad haar aan om eventueel te kijken om dit met de psycholoog hier in het CGG⁴ te bekijken.

Ze gaan samen regelmatig op stap en als ze bij vrienden komen, stoort het An dat Jan zijn vrienden hem een bijnaam "canette", hebben gegeven.

Ze graaft in haar geheugen en vertelt dat Jan vroeger enorm veel sliep. Ze zegt dat hij soms van 22 u tot 10 u in zijn bed lag en ook in de namiddag nog een dutje deed van 14 u tot 18 u. Ze vertelt ook dat hij geen koffie meer kon verdragen, want hij moest altijd braken na de koffie. Uiteraard kwam zijn net ingenomen medicatie er mee uit. Hij neemt medicijnen voor de lever en de schildklier maar enige tijd geleden had hij daar bovenop antidepressiva gekregen. Omdat hij meer flauwtes kreeg, raadde zij hem aan met deze laatste te stoppen. Ze beweert dat de flauwtes daarmee verminderd zijn. Ze merkt ook op dat hij vroeger amper at. Hij had nooit honger. Hij nam geen ontbijt en at maar kleine hoeveelheden.

Ze vertelt verder dat Jan droomt van een huwelijk met haar. Maar om een gelukkige toekomst uit te bouwen samen, vertelde ze me van haar wel bijzondere aanpak. Op een dag heeft zij hem op internet een website getoond met doodskisten. Ze vroeg hem welke hij wilde. Ze wou Jan confronteren met het feit dat als hij niet stopt met drinken, hij weldra zou sterven. Het deed hem inzien dat hij gelukkig wil zijn en dat hij het probleem moet aanpakken. Jan heeft volgens haar ook een goede verstandhouding met haar petekind en ook met Miguel en Julie.

2.3.5 Het alcoholgebruik van Jan

Bij het intakegesprek vertelt Jan dat hij meestal, bij thuiskomst na het werk, een aperitiefje neemt, dan 2 wijntjes en eventueel in de avond 3 biertjes. Als we vragen wat zoal zijn maximum is dat hij ooit heeft gedronken, vertelt Jan, dat dat ongeveer 7 pintjes zijn. Later in het traject spreekt hij over 10 glazen. Onze ervaringsdeskundige spreekt tijdens dit gesprek uit dat hij twijfelt over Jan zijn eerlijkheid. Jan bevestigt wat hij vertelde. Hij vindt zichzelf geen grote drinker en zegt dat hij nooit echt problemen heeft ondervonden door het drinken van alcohol. Zijn partner An pikt erop in. Ze vertelt dat hij heel wat medicatie neemt en dat hij heel wankel op

⁴ CGG : Centrum Geestelijke Gezondheid

zijn benen staat. Ze vertelt verder nog dat zij hem op een dag vond met een hoofdwonde. Hij stond buiten een sigaret te roken en is omvergevallen. Zij denkt dat het misschien hartproblemen kunnen zijn. Zij vraagt of het misschien kan komen door de combinatie van alle medicatie. Onze ervaringsdeskundige vertelt dat hij geen arts is, dus dat dat beter bij de dokter wordt besproken. Hij wordt opgevolgd door zijn behandelende geneesheer, gaat An verder, omdat hij problemen heeft aan de darmen. De dokter heeft ook leverfalen vastgesteld, vertelt ze nog. Sedert langere tijd neemt hij medicatie voor de schildklier. Wanneer An me vertelt over het drankgebruik, vertelt ze me tijdens een individueel gesprek wat ze de laatste 2,5 jaar heeft gezien. Ze zegt dat hij vooral bier drinkt. Zij dronk mee met hem, want Jan vulde altijd alle glazen... Ze vertelt dat het soms heel snel ging.

2.3.6 Het verhaal van An

Miguel, de zoon van An, woont met zijn vriendin Julie samen ten huize Jan en An. An vertelt dat ze is gescheiden van een agressieve alcoholist, de vader van Miguel. Er was meermaals intrafamiliaal geweld waarbij de politie ook vaststellingen kwam doen. Meerdere keren diende ze klacht in tegen haar agressieve echtgenoot. Buren vingden haar dikwijls op toen haar ex haar buiten gooide. Zij was beschermend ten opzichte van Miguel en ze bleef bij haar ex. Het contact met haar ex-man verloopt nu via Miguel. An betrapte Miguel indertijd toen hij zichzelf verminkte (automutilatie). De reden, zo vertelt ze, was dat hij zijn moeder niet durfde verdedigen tegenover de gewelddadige vader. Ze heeft na haar huwelijk nog een partner gehad, maar ook dat was geen ideale relatie, gaat ze verder. Met Jan heeft ze dus niet voor de eerste keer een relatie met een alcoholist. Ze vertelt me dat ze regelmatig samen op café gaan. Ze merkt op dat ze eigenlijk wel veel dronk. Ook voor ze Jan kende was dat zo. Ze vertelt over een dag dat ze zoveel had gedronken dat ze zich niets meer herinnert van die dag. Als we wat verder praten over haar verleden, vertelt An dat haar moeder geen contact meer met haar wil. Ze ziet haar ouders niet meer. Haar papa is wat milder, maar mengt zich niet tussen de dames. Ze vertelt met tranen in de ogen dat haar moeder kwaad is dat ze bij haar ex (de vader van Miguel) is vertrokken. Zelfs toen ze vertelde dat haar ex haar met messen aanviel, dan nog zei haar moeder dat dat niet zo erg was. Ze vertelt wel dat ze via haar broer heeft kunnen regelen om Jan alsnog kennis te laten maken met haar ouders, maar dat het niet echt een hartelijke ontmoeting was. Op de begrafenis van Chris, de broer van Jan, ervaaarde ze boosheid en ook schuldgevoelens. Zij voelt zich schuldig omdat Chris haar berichtjes had gestuurd dat hij wou praten en zij had geantwoord dat ze na haar werk zou terugbellen. Maar toen ze terugbelde, kreeg ze geen gehoor. De zelfdoding was helaas al gebeurd en ze was dus "te laat". Ze voelt zich dus schuldig, want "Had ik maar direct geantwoord?", mijmert ze. Ik heb haar bevestigd dat ze inderdaad dat gevoel kan hebben, maar dat het nog altijd Chris is die de zelfdoding heeft gedaan. Ze is niet schuldig.

Op het einde van een vervolgggesprek met An kom ik even terug op de cursus in CMiLA. Ik raad haar aan om eens naar AA te gaan bij hen in de buurt. Ze zegt dat ze wil meegaan met hem, omdat zij eigenlijk evenveel dronk als hij. Ik benoem ook Al-Anon, een groep familieleden die samenkomt en hun ervaringen deelt over het leven met een (ex-)probleemdrinker. An geeft aan dat ze schrik heeft dat Jan zijn job zal verliezen. Daarenboven willen ze beiden in het huwelijksbootje stappen en An haar voorwaarde is dat zij beiden eerst stoppen met drinken.

Wanneer Jan een positieve alcoholtest aflegt en als An te horen krijgt dat Jan wordt opgenomen in het ziekenhuis, rollen de tranen over haar wangen.

2.3.7 De behandeling van Jan

Jan start de behandeling op 22 september 2020. In principe bestaat de cursus uit een 8 weken durende residentiële begeleiding. Omwille van de coronapandemie, is de cursus nu ambulante en zal hij, gedurende 8 weken, 2 keer per week naar het CMiLA komen. Hij neemt deel aan de groepsessies (samen met de anciens), gaat bij de kinesist zijn oefeningen TRE⁵ doen en krijgt individuele AA-begeleiding van de ervaringsdeskundige van het CMiLA.

Jan vertelt tijdens een groepsessie dat hij in het weekend een "test" had gedaan. Hij is samen met zijn partner naar het café geweest waar ze gewoonlijk gaan en daar hebben ze beiden een fruitsap gedronken. Daarna zijn ze gaan eten. Onze psychisch verpleegkundige vraagt hem waarom hij persé een TEST wou doen. Ze vertelt dat er bij een test ook de kans bestaat dat je niet slaagt voor die test. Wat hij dus had gedaan was gevaarlijk. "Als je beslist om te stoppen met drinken, dan hoeft een test niet!", gaat onze begeleidster verder. "Het is een normale menselijke reactie. Maar, iets gaan drinken op een gezellig terras (of iets/ergens anders) moet je doen om je levenskwaliteit te verhogen, niet om te testen." Hij vertelt dat hij wou bewijzen aan zijn partner dat hij zonder alcohol kan. Hij zegt dat zijn RSM hem zei dat hij een test kon doen.

Gedurende 3 weken merken we dat Jan cognitief helemaal niet sterk staat. Hij onthoudt niet veel en verwaart de dagen met elkaar. Meerdere keren moet de begeleiding herhalen hoe laat de groepsvergaderingen beginnen (elke dag om 0930 u). Bij het uitleggen van een tool, snapt hij soms niet wat er wordt bedoeld of gevraagd. Helaas merkte ik ook op dat Jan tijdens de groepsvergaderingen niet altijd even aandachtig was. Hij onderbrak heel dikwijls anderen die aan het woord waren. Hij antwoordde soms naast de kwestie. Hij luisterde niet naar de begeleiders terwijl zij hem aanspraken (hij keek ze ook niet aan).

2.3.8 Een opname op de PAAZ

De begeleiders vermoeden dat Jan niet is gestopt met drinken, ook al beweert hij het tegendeel. De fysieke abstinentie is een voorwaarde om de 8 weken durende begeleiding te mogen starten. Op een maandagochtend vroeg de psychisch verpleegkundige om te blazen in een alcoholtester. Jan blies twee keer: de eerste keer was dit 0,29 promille en de tweede keer 0,32 promille. Hij beweerde dat hij niets had gedronken. Tijdens het gesprek met de ervaringsdeskundige gaf hij dan toch toe dat hij 1 blikje bier had gedronken op zondagnamiddag voor de televisie. Onze ervaringsdeskundige en alcohololoog zegt hem duidelijk dat hij zeker weet dat het er meer zijn. Hij benadrukt dat hij moet stoppen met zichzelf voor te liegen. Er wordt uiteindelijk beslist hem te laten opnemen om eerst fysiek te ontwenning. Na een week mag hij de PAAZ-afdeling verlaten en terug aan het werk gaan. Daarna zou hij in principe in een psychisch ziekenhuis verder werken aan de mentale ontwenning. An belde ons op om mee te delen dat het psychisch ziekenhuis, waar hij zou worden opgenomen, hen vertelde dat zij niet veel meer kunnen doen dan wat de PAAZ deed. Hij is steeds welkom om als "ancien" naar de terugkeerdagen van CMiLA te komen om zijn ervaringen te delen met de anderen.

Ondertussen liet An het CMiLA weten dat ze samen met Jan wekelijks naar de AA-vergaderingen gaat, bij hen in de buurt.

⁵ TRE = Tension and Trauma Release Exercises

Hoofdstuk 3 Veranderingsdoelen

In mijn bachelorproef wil ik aantonen dat de militair met een alcoholverslaving veel langer abtinent zal kunnen blijven indien hij de hulp krijgt van zijn gezinsleden die hem ondersteunen tijdens zijn behandelingsproces. In wat verder volgt, zal ik op zoek gaan naar manieren hoe de familiale context kan helpen in de ondersteuning van de cliënt en hoe het CMilA deze contextgerichte aanpak kan implementeren in het CGG. De cliënt blijft centraal staan, maar het gezin mag niet uit het oog worden verloren.

Vanuit de probleemoriëntatie, de centrale vraag en de casusbeschrijving stel ik volgende veranderingsdoelen voor :

- Wat wil ik als gezinswetenschapper veranderen in de begeleiding van de militair met een alcoholverslaving opdat zijn gezinslid hem/haar kan ondersteunen om het behandelingsproces te bevorderen ?
- Op welke manier kan het CMilA de gezinsleden meer en beter betrekken bij de begeleiding van de cliënt om abtinent te blijven?
- Hoe kan de Defensiestaf het CMilA meer mogelijkheden bieden om zijn cliënten nog beter te begeleiden?

Ik wil deze veranderingsdoelen benaderen vanuit 3 invalshoeken :

Vanuit de contextuele invalshoek ga ik op zoek naar de factoren die invloed hebben op de onderlinge relaties binnen het gezin. Vanuit de psychologische invalshoek ga ik kijken in welke mate gehechtheid, parentificatie en een intergenerationeel patroon bij verslaving een rol spelen om als volwassene, op latere leeftijd, een verslavingsproblematiek te ontwikkelen. Vanuit de invalshoek contextuele hulpverlening wil ik kijken hoe de organisatie (en dus ook de beleidsmakers) het gezin kan integreren bij het behandelingsproces van de probleemdrinker.

Hoofdstuk 4 Het specifieke karakter van Defensie

4.1 Inleiding

Defensie is een samenleving in de samenleving (Prinssen, 2010, p. 10). Het is een aparte wereld. Housen (2013, p. 13) stelt dat het beroep van militair, de eigenheid van het militair zijn, niet gemakkelijk uit te leggen is. Zelfs de militair stelt zich vragen zoals "Als ik mijn militair plunje uittrek, ben ik dan nog militair?", "Is dat nog nodig tegenwoordig, het in stand houden van gewoontes, tradities zoals het groeten naar een meerdere?" of "Waarom heeft een militair geen stakingsrecht, maar wel meer plichten dan andere Belgen, zoals ten gevolge van de tuchtwet?". Housen (2013, p. 14) schrijft dat militair zijn geen job is zoals een ander. Drie unieke en specifieke kenmerken bepalen het beroep: expertise die nodig wordt geacht, verantwoordelijkheid en de uitoefening ervan en legitimiteit, zowel binnen als buiten Defensie. Ook al zijn deze drie elementen onderhevig aan de invloed van de tijd en andere factoren, zij veranderen niet en blijven de militaire eigenheid bepalen.

Van Rompay (2008, p. 35) stelt dat de Belgische krijgsmacht vroeger samen met andere NAVO-landen opereerde tegen de bedreiging van het communisme. Vandaag neemt Defensie vooral deel aan vredesoperaties. Deze operaties omvatten *peace keeping* (de vrede bewaren) of *peace enforcing* (de vrede afdwingen). Maandenlang leven militairen gescheiden van hun familie, in moeilijke omstandigheden, in onbekend terrein en in vreemde culturen. Hierbij komt dat zij soms met gevaar voor eigen leven, lijden, geweld en in constante dreiging van aanslagen uitgezonden worden. Daarenboven blijkt hun taak, hun mandaat soms niet duidelijk. Soms weten ze niet wanneer en hoe zij mogen ingrijpen. De afstemming van de politiek met de lokale bevolking laat soms ook te wensen over. Wie deelneemt aan een buitenlandse zending moet weten dat het ervaren van schokkende gebeurtenissen tot de mogelijkheden behoort. Daarom worden ze geoefend in psychosociale vaardigheden, naast hun andere voorbereidingen. Hierbij wordt de familiale context niet vergeten, want ook voor de achterblijvers in België is het niet altijd gemakkelijk om hun familielid voor lange tijd te missen.

4.2 De drie kenmerken van het beroep

Een beroep of een job? Volgens de sociologische betekenis van het woord beroep of 'professie', stelt Housen (2013, p. 14) dat het gaat over een bepaalde groep mensen die een specifieke activiteit beoefent. Deze activiteit staat ten dienste van de samenleving en is noodzakelijk en belangrijk voor deze maatschappij. In specifieke omstandigheden wordt beroep gedaan op hun expertise, die verkregen is door ervaring na theoretische en praktische vorming. Deze professionelen mogen hun beroep autonoom uitoefenen van de samenleving. In ruil hiervoor verwacht de maatschappij hogere technische en ethische standaarden. Elk van deze beroepen berust op een of meerdere (sub)culturen. Hiermee identificeren deze mensen zich en ze onderscheiden zich zo van de samenleving die zij 'dienen'. Het gaat bijvoorbeeld over artsen, rechters, advocaten en politieagenten.

Housen (2013, p. 15) schrijft dat het militair beroep duidelijk tot deze categorie van 'professies' behoort. Het militair beroep heeft dus drie essentiële kenmerken. Vooreerst is er de aanwezigheid van een *unieke expertise* (kennis en ervaring). Daarnaast levert Defensie een onontbeerlijke dienst aan de maatschappij wat impliceert dat militairen een grote *verantwoordelijkheid* dragen. Ten slotte bezit het militair beroep een eigen *legitimiteit*. Deze

vloeit voort uit het aanvaarden van de expertise door externen, maar ook uit de ontwikkeling van een eigen cultuur, een korpsgeest binnen het beroep.

Housen (2013, p. 17) stelt dat de unieke expertise zich uit in de voorwaarden waaronder geweld wordt gebruikt, zowel bij de militairen die in de frontlinie tewerk zijn gesteld als bij de militairen die in het achtergebied ondersteunend werk leveren. Elke militair moet immers in staat zijn om op een bepaalde manier met geweld te kunnen omgaan in specifieke situaties. Het gaat dan zowel over het gebruik van geweld als over het ondergaan van geweld.

De militair heeft een bijzondere individuele verantwoordelijkheid. Wanneer de samenleving hem nodig heeft, moet hij deze dienst verlenen (Housen, 2013, p. 18). De krijgsmacht waarborgt de territoriale integriteit, beschermt de bevolking en vrijwaart de belangen van België. De veiligheid van 11 miljoen mensen ligt in de handen van Defensie. Elke militair moet dus zijn opdracht te allen tijde kunnen uitvoeren, met gevaar voor eigen leven. Dit is een heuse verantwoordelijkheid, maar ook een verplichting ten opzichte van de medemens. Rekening houdend met de wettelijke en reglementaire bepalingen en alle deontologische en ethische waarden zal de militair individueel aansprakelijk gesteld worden indien hij fout handelt. De zorg voor ondergeschikten en collega's maakt ook deel uit van deze verantwoordelijkheid (Housen, 2013, p. 19). Zorgen voor elkaar versterkt de goede cohesie. Deze zorg betreft de professionele ontwikkeling van elke militair, het goed beheer van de middelen, administratieve competenties en de integriteit en reputatie van Defensie.

Er zijn twee dimensies te onderscheiden bij de legitimiteit van het militair beroep (Housen, 2013, p. 19). De eerste dimensie laat zich vertalen in de ROE, *rules of engagement*, waar de politiek beslist wanneer en hoe geweld mag worden ingezet. Anders dan de aanvaarding door de samenleving van de professionele expertise heeft de tweede dimensie een impact op de militair zelf. Van alle militairen wordt verwacht dat ze zich de identiteit van het beroep, de cultuur ervan, eigen maken, dat ze deze in stand houden en ook overdragen aan de nieuwe rekruten. De legitimiteit heeft dus betrekking tot de eigen opvattingen van de militairen in hun functie, hun manier van werken en de risico's die daaraan zijn verbonden. Tradities die al jarenlang in stand worden gehouden, maar ook de interpretatie die de militair zelf aan zijn 'militair zijn' geeft, liggen aan de oorsprong van deze opvattingen. Housen (2013, p. 20) stelt dat de eigen identiteit van het militaire beroep kan worden samengevat in het fenomeen korpsgeest, *esprit de corps*. De vormgeving komt tot stand door de waarden, opvattingen, gedragsregels en tradities, zowel op kantoor als op het terrein. De militaire cultuur geeft structuur en richting aan militairen. Hun neuzen staan steeds in dezelfde richting. Dit komt vooral tot uiting tijdens buitenlandse zendingen waar militairen soms in levensbedreigende omstandigheden moeten blijven functioneren. De uitgesproken identiteit, met name de grote samenhang en gehechtheid tussen militairen, trekt mogelijke kandidaat-militairen aan (Housen, 2013, p. 21).

4.3 Kenmerken van een militair

Prinssen (2010, p. 9) schrijft dat militairen verschillen met burgers als *type mens*. Door hun werk zijn ze meestal heel gestructureerd. Hun dagstructuur en hun planning zit vaak goed in elkaar. Prinssen (2010, p. 9) stelt dat zij niet akkoord gaat met het beeld dat mensen hebben van militairen wat betreft hun emoties, nl. dat zij niet zo goed bij hun emoties kunnen komen. In haar ervaring bleek dit niet te kloppen, ook al had ze het zelf wel verwacht toen ze bij de Nederlandse Defensie aan de slag ging als psychologe. Ze ervaart wel dat militairen ongemakkelijk worden bij de vraag: "Wat voel je daar dan bij?". De vraag "Wat voel je in je lichaam?" kunnen ze wel beter

beantwoorden. Prinssen (2010, p. 9) merkt ook op dat militairen vaak problemen hebben met autoriteit. Ze vermoedt dat dit komt door de organisatiestructuur van Defensie. Deze mensen ervaren dikwijls moeilijkheden m.b.t. de vaderfiguur. Ze hebben vaak een vader gemist en gaan op zoek naar een 'vervanger' in het leger.

Defensie kenmerkt zich door broederschap. Prinssen (2010, p. 9) schrijft dat de reden hiervoor te zoeken valt bij het karakter van het beroep. Er wordt steevast gewerkt in teamverband. Van bij de opleiding doen de militairen alles samen. Ze gaan samen survivalen, ze slapen samen in een tentje, ze gaan samen douchen, ... (Prinssen, 2010, p. 10).

4.4 De drie verschillen en twee verplichtingen

Housen (2013, p. 15) stelt dat het militair zijn toch verschilt van de andere professies. Vooreerst gebeurt alles collectief. Militairen werken samen en zijn afhankelijk van elkaar. De opdrachten van Defensie kunnen niet door een enkele militair uitgevoerd worden. Een gezamenlijke aanpak van een als één geheel optredende Defensie, is noodzakelijk. De organisatie en specialisatie van Defensie is erop gebaseerd om aan deze collectiviteit te kunnen voldoen. Hieruit komen de organisatiestructuren, zoals de verschillende componenten (land-, lucht-, medische en marinecomponent). De gradenstructuur laat toe terug te vallen op de verantwoordelijkheden op de verschillende niveaus.

Een tweede verschil van het militair beroep met andere beroepen is dat de militairen ten dienste staan van de staat. De politiek, met name de verkozen burgerautoriteiten bepalen het functioneren en de inzet van de krijgsmacht. Een individuele militair kan dus niets betekenen zonder de omkadering binnen de organisatie van Defensie.

De Belgische krijgsmacht bezit het monopolie op collectief gebruik van geweld. Dit geweld mogen ze gebruiken met het oog op o.a. het onschadelijk maken van hun tegenstander. Dit is een derde verschil met andere beroepen. Hierin verschilt het militair beroep onder andere van de politieagent.

Housen (2013, p. 21) stelt dat het mogen aanwenden van geweld twee verplichtingen met zich meebrengt. Vanuit zijn functie is de militair verplicht effectief te zijn tijdens zijn opdracht. Defensie kan autonoom handelen om te kunnen voldoen aan deze verplichting. Om aan deze verplichting te voldoen organiseert de krijgsmacht zelf doeltreffende opleidingen en trainingen. Daarenboven past Defensie zijn organisatiestructuren aan waar nodig en het heeft ook zijn eigen personeelsstatuten. De tweede verplichting betreft de controle en het toezicht op het functioneren van Defensie door, hoofdzakelijk, het Parlement. Andere controlemechanismen zijn onder andere de militaire hiërarchie, de algemene inspectie van Defensie, de interne auditdienst, het Rekenhof, de Inspectie van Financiën en de Raad van State.

4.5 De rollen van de militair

Housen (2013, p. 22) schrijft dat de wezenskenmerken van Defensie en de collectieve verplichtingen van de militair de basis zijn van de verschillende rollen die hij of zij moet kunnen vervullen. Deze rollen eisen bepaalde individuele verplichtingen en vermogens. Housen (2013, p. 25) stelt dat het tegelijkertijd uitoefenen van de drie rollen een uitdaging is voor elke militair. De militair oefent zijn beroep namelijk uit in soms zeer moeilijke omstandigheden en over een lange periode.

- Housen (2013, p. 22) stelt dat de militair een *technisch expert* is. Deze varieert afhankelijk van de functie en het niveau van de militair. Om de krijgsmacht paraat te kunnen stellen, is deze expertise nodig. De militaire expertise is bijzonder. Dit wil zeggen dat ze bestaat uit kennis

en kunde, maar ook slechts gedeeltelijk in burgermilieu beschikbaar is. Enkel in militaire scholen zal het individu expert worden in 'militaire zaken'. Een permanente bijscholing is nodig en wordt verwacht van Defensie als organisatie, maar ook van elk individu. Zo blijft het hoge technische niveau van expertise aangehouden.

- De militair is steeds een *professioneel integer persoon* (Housen, 2013, p. 23). Militaire operaties vergen specifieke morele, mentale en lichamelijke kwaliteiten. Karakterieel en fysiek moet de militair dus in orde zijn om doeltreffend te kunnen omgaan met uitdagende omstandigheden. Moreel moet de militair ook sterk staan gezien het aanwenden van geweld veroorloofd is. Bij het gebruik maken van geweld zal de militair dus in proportionaliteit zijn zelfbeheersing en beredenering moeten inzetten. Belangrijk hierbij is dat de militair waarden ten opzichte van elkaar kan afwegen.
- Housen (2013, p. 24) stelt dat elke militair tevens een *dienaar van de overheid* is. Als de militair optreedt, is dit steeds in de naam van de Belgische Staat. In operaties krijgt dit vorm door een mandaat en door de ROE, de inzetregels. De militair krijgt als het ware een delegatie van de nationale overheid om verdragende beslissingen in haar naam te nemen. De militair die dergelijke beslissingen moet nemen, verpersoonlijkt zich met de overheid. Hij zal zijn persoonlijke belangen opzijzetten om te ageren in functie van het algemeen belang. De militair voert dus loyaal de beslissingen van de overheid uit zonder zijn persoonlijke mening hierover te geven.

4.6 Zorgplicht

Vanuit de overheid wordt een zekere wederkerigheid gecreëerd ten opzichte van de militairen die niet enkel verplichtingen hebben tegenover de Staat. Immers, wat verwacht wordt van de militair is niet altijd vanzelfsprekend. Zo stelt Housen (2013, p. 25) dat militairen bereid zijn om te sterven voor hun vaderland en daarin verschillen zij dus van de gewone ambtenaar. De zorgplicht van de Staat betreft een goede verloning, gepaste medische zorgverlening, mentale bijstand, aangepaste steun voor de achterblijvende families tijdens de missies, correcte levensomstandigheden tijdens buitenlandse operaties, vooruitzicht op loopbaanmogelijkheden en een respectvolle, waardige werkomgeving. Naast deze zorg moeten de militairen ook weten dat ze over voldoende goed materiaal kunnen beschikken en moeten ze hun chefs kunnen vertrouwen. Om de individuele verantwoordelijkheid en de loyaliteit van de militair te kunnen laten bestaan, moet de staat van Defensie voldoende kwalitatief en kwantitatief zijn (Housen, 2013, p. 26).

4.7 Een nieuwe taak

Housen (2013, p. 27) stelt dat het accent binnen Defensie is komen te liggen op de buitenlandse inzet. Samen met het opschorten van de dienstplicht leidde dit bij de bevolking tot een mindere bekendheid van de bijdragen die Defensie dagelijks levert aan de natie. De publieke opinie staat terughoudend tegenover buitenlandse operaties, omdat ze het verband niet zien tussen die buitenlandse opdrachten en problemen zoals drugstrafiek, grootschalige migratie en terrorisme waarvan de gevolgen ook in ons eigen land voelbaar zijn... Deze nieuwe dimensie wordt toegevoegd aan de *individuele verantwoordelijkheid* van de militair die moet uitleggen wat het belang en de toegevoegde waarde van de krijgsmacht is voor de samenleving. Naast het individuele aspect heeft ook, en vooral, de Defensiestaf de taak om communicatie rond de inspanningen van Defensie vol te houden. Nochtans wijzigt er niets aan de *legitimiteit* als wezenskenmerk.

De overdracht van verantwoordelijkheid is een nieuw, bijkomend fenomeen (Housen, 2013, p. 27). Jonge officieren en onderofficieren krijgen de verantwoordelijkheden van de hogere echelons. De reden hiervoor is de complexiteit van het uitvoeren van de militaire opdrachten van vandaag en dit omwille van de veranderde aard van hedendaagse conflicten. Tegenstanders gebruiken naast de moderne technologieën en communicatiemiddelen ook andere instrumenten dan de klassieke vuurkracht en manoeuvre. Zelfmoordaanslagen, criminele activiteiten en geweld tegen de civiele bevolking zijn slechts enkele voorbeelden van deze andere technieken. De commandanten van de troepen dragen een grotere verantwoordelijkheid dan hun voorgangers. Zij dragen deze zware verantwoordelijkheid als jonge chef om hun missie naar behoren uit te voeren en de veiligheid van hun soldaten, collega's en burgers te garanderen. De morele steun aan militairen wint aan belang. Optreden in dergelijke complexe situaties vergt van hen psychische en morele tol (Housen, 2013, p. 28). Housen (2013, p. 29) schrijft dat de media medeverantwoordelijk zijn voor de verhoging van het belang van de morele dimensie van het militaire beroep. De militaire acties worden 24 op 7 getoetst aan de publieke opinie. Een gezond ethisch besef als jonge militair is dus belangrijk en moet zich uiten in gedrag en handelen.

De identiteit van het militaire beroep heeft door de jaren heen een andere invulling gekregen (Housen, 2013, p. 30). De militair van vandaag heeft een andere motivatie en betrokkenheid dan de rekrut van 30 jaar geleden. De cultuur binnen Defensie is dan ook aan het veranderen. Dat heeft verschillende oorzaken. Er is een grotere diversiteit van personeelseden bij Defensie zoals de verhoging van het aantal vrouwen. De behoeften en verwachtingen van de jonge militairen zijn ook anders dan jaren geleden. Geld en een vaste baan zijn niet meer hun drijfveren. Zij gaan voluit voor persoonlijke ontwikkeling, afwisseling (jobhopping) en relevantie tegenover de maatschappij. De 'jeugd' heeft andere idealen en vindt discipline en het aanvaarden van autoriteit niet meer evident (Housen, 2013, p. 29).

Prinssen (2010, p. 10) stelt dat Defensie de laatste tijd veel aandacht besteedt aan haar medewerkers. De machocultuur daalt. Dit proces wordt versterkt als ook hogere officieren aankloppen bij het militaire CGG (MCGG). Het taboe wordt doorbroken als zij hiervoor uitkomen. Prinssen (2010, p. 10) merkt wel op dat de leeftijd ook een rol speelt. De jongeren, zeker als ze lager in rang zijn, gedragen zich stoerder en staan minder stil bij hun gevoelens.

4.8 Ondersteuning voor, tijdens en na de missie

4.8.1 Inleidend

De vredesmissies van de Belgische militairen zijn totaal niet te vergelijken met de oorlogsmissies van het Amerikaanse leger. Maar toch is het van belang te weten dat het gaat om risicovolle, gewapende opdrachten (Van Rompay, 2008, p. 36).

Van Rompay (2008, p. 36) stelt dat door de afschaffing van de dienstplicht het Belgische leger in 1995 een beroepsleger is geworden. Omdat de buitenlandse missies verder werden gezet, investeerde Defensie niet enkel in materialen, de fysieke en professionele voorbereiding van zijn militairen, maar besteedde Defensie ook aandacht aan de mentale, psychosociale en culturele aspecten van de buitenlandse zendingen. Uit een werkgroep, opgericht door de defensiestaf, die de psychosociale training vorm moest geven, bleek dat er 4 punten belangrijk waren voor de militairen die op zending vertrokken. Vooreerst willen de mensen een duidelijk zicht op de missie. De uitzending moet nuttig zijn en een doel hebben. Een tweede aspect was de ondersteuning van de militair. Deze moet er zijn op materieel en professioneel vlak. Een derde factor die militairen belangrijk vinden is dat de termijn gekend is van de opdracht. Het laatste en

belangrijkste aspect bleek de ondersteuning van en aan de thuisblijvers. Er is namelijk een sterk verband tussen het welbevinden van de militairen die in het buitenland op zending zijn en het welbevinden van de familie thuis. Van Rompay (2008, p. 39) stelt dat de draagkracht van de militair op opdracht versterkt kan worden door de cruciale rol die de familie speelt. De militair ervaart minder stress als hij weet dat het prima gaat met het thuisfront en als hij weet dat de familie, indien nodig, ondersteund wordt tijdens zijn afwezigheid. Het is daarom belangrijk de context van de militairen eveneens voor te bereiden op de langdurige afwezigheid van het gezinslid. Tijdens de buitenlandse zending zullen ze moeten worden ondersteund en opgevangen. Zij zullen ook worden voorbereid op de terugkeer van de militair.

Met de oprichting van enkele platforms in 2001 werkten hulpverleners eindelijk niet meer naast elkaar, maar als multidisciplinair team. De taakverdeling en de communicatie moest op die manier verbeterd worden. Het psychosociaal platform werd samengesteld uit de sociale dienst van Defensie, het departement gedragswetenschappen van de KMS⁶, het CGG⁷ van het MHKA⁸ en de RMO⁹. Het Welfare in Operations-platform werd gevormd door CDSCA¹⁰, de persdienst van Defensie, de generale staf en de mensen die het materiaal beheren (Van Rompay, 2008, p. 36).

4.8.2 Voor de uitzending

De Belgische militairen worden ondersteund wanneer deze op uitzending worden gezonden. Er werd tegemoet gekomen aan de noden en behoeften van de soldaten. Vandaag wordt een vademecum voorzien om de militairen voor het vertrek voldoende informatie te geven. Zo leren ze het land van bestemming kennen, leren ze de gewoontes van de lokale bevolking en de *rules of conduct* (ROC). Dit zijn gedragsregels die de NAVO opstelde (Van Rompay, 2008, p. 36). Een 'Moslimdag' bereidt de militairen voor die o.a. naar Afghanistan vertrekken. Tijdens deze dag komen enkele sprekers aan het woord: de vertegenwoordiger van de moslimgemeenschap in België, een ervaringsdeskundige en een hoogleraar politieke en sociale wetenschappen. Het mandaat van de buitenlandse missie wordt onder de vorm van de *rules of engagement* (ROE) afgesproken (Van Rompay, 2008, p. 37).

Van Rompay (2008, p. 39) schrijft dat voor de families van de militairen die weldra vertrekken op buitenlandse zending, een informatiedag wordt georganiseerd. Ze komen er allerlei praktische zaken te weten over de missie, zoals o.a. hoe ze pakketjes kunnen versturen en hoe het leven ginder dagdagelijks wordt georganiseerd. De gezinsleden hebben de mogelijkheid om te praten met de mensen van het psychosociale platform. Familieleden ervaren immers heel wat emoties en stress in de periode voor de afreis.

Er wordt ook een voorafgaandelijke fysieke en psychische check-up gedaan van de militairen. Zo wordt bijvoorbeeld gekeken of de militair een pathologie of behandeling compatibel acht met een uitzending van lange duur. Tijdens de gesprekken wordt ook nagegaan hoeveel uitzendingen deze militair al achter de rug heeft en of er zich ooit problemen hebben voorgedaan. Er wordt ook nagekeken of de militair het ziet zitten om voor langere tijd naar het buitenland te vertrekken. En, heel belangrijk, ook het gezin wordt bevraagd over hun kijk op het vertrek van

⁶ KMS = Koninklijke Militaire School

⁷ CGG = Centrum Geestelijke Gezondheid

⁸ MHKA = Militair Hospitaal Koningin Astrid

⁹ RMO = Raadgevers Mentale Operationaliteit

¹⁰ CDSCA = Centrale Dienst voor Sociale en Culturele Activiteiten

hun familielid. Als er twijfel lijkt, zal de militair doorgestuurd worden naar het CME¹¹. Helaas valt er niet te voorspellen wie er psychologische problemen kan oplopen n.a.v. de opdracht (Van Rompay, 2008, p. 37). Een cohesie-oefening is de kers op de taart van de voorbereiding van de missie. Scenario's die zich tijdens de missie kunnen voordoen, worden ingeoeft samen met de andere militairen die mee vertrekken op buitenlandse zending. Wanneer militairen uit verschillende kazernes samen op missie vertrekken, leren ze elkaar op die manier kennen en stemmen op elkaar af. Er wordt geopperd door ervaringsdeskundigen om ook beeldmateriaal te tonen van verwondingen waarmee de militairen ter plekke kunnen geconfronteerd worden (Van Rompay, 2008, p. 38).

4.8.3 Tijdens de uitzending

Van Rompay (2008, p. 38) stelt dat er zich soms psychosociale problemen voordoen in de kampen van de militairen. In deze *compounds* leven namelijk honderden militairen samen op een relatief kleine oppervlakte. Deze militairen hebben soms een andere nationaliteit, een ander taalstelsel, een andere job en een andere culturele achtergrond. Gelukkig zijn de meeste militairen tevreden van het leven in de compound. Sommigen zien deze ervaring als een persoonlijke verrijking. Het is belangrijk voor de militair dat hij zich nuttig voelt. Interesse voor het geleverde werk van de manschappen en extra schouderklopjes van de chefs, maken het leven van de militair aangenamer. Immers, wie de scheiding met het thuisfront als zwaar en zinloos ervaart en het gevoel heeft opgesloten te zitten, voelt zich meestal niet nuttig tijdens de opdracht. Deze militairen wenden zich tot hun familie, maar vaak tot hun directe chef. Deze chefs krijgen in België, naast de leiderschaps cursussen, ook een cursus in *combat*-stressmanagement en psychotraumapreventie.

Een multidisciplinair team gaat mee op buitenlandse zending. Deze hulpverleners staan elke militair bij als deze daar nood aan heeft. Vooreerst is er de eenheidsgeneesheer, de arts. Er is ook de RMO waarvan eerder sprake. Deze psycholo(o)g(e) kan gezien worden als adviseur van het commando maar ook als therapeut. Ze vullen zelf hun taak in. De RMO in het buitenland staat in contact met een RMO in de kazerne in België. Zo kunnen ze in geval van problemen (bij de militair of bij de familie in België) contact leggen om de bezorgdheden te verhelpen. Dan zijn er ook nog de *padrés*. Deze aalmoezeniers en morele consultants steunen de militairen bij religieuze en spirituele kwesties. Wekelijks organiseren zij een bezinningsmoment. De militairen kunnen soms makkelijker praten met deze *padrés* dan met hun chefs omdat ze bij hen geen schrik moeten hebben voor sancties. Dankzij het platform Welfare in operations kunnen post en pakketjes makkelijk verstuurd en ontvangen worden. Dit zorgt ook voor goedkope telefoonverbindingen en beschikbaar internet. Meestal eten de militairen Belgische keuken en om de dagelijkse sleur te doorbreken, worden soms muziekoptredens georganiseerd (Van Rompay, 2008, p. 39).

Van Rompay (2008, p. 40) schrijft dat de familieleden terecht kunnen in twee informatie- en opvangcentra in België. Eentje daarvan is in Vlaanderen gelegen, nl. te Leopoldsburg. Dagelijks kunnen familieleden er terecht met hun vragen en/of problemen. Maandelijks organiseert dit centrum een familiedag samen met de eenheid/kazerne die op opdracht is vertrokken. Die dag worden er foto's en filmpjes getoond over het leven van de militairen tijdens de opdracht. Voor de kinderen worden er leuke activiteiten op poten gezet. Op het einde van de familiedag is er een videoconferentie met de militairen ter plekke. Het succes van deze familiedagen is te merken aan

¹¹ CME = Centrum Medische Expertise in het MHKA

de grote opkomst van de familieleden. Zelfs nu nog, in het digitale tijdperk, waar elke militair zijn eigen laptop met webcam mee heeft. Buiten deze dagen wordt het centrum minder gecontacteerd. Mogelijks komt dit omdat het onvoldoende bekend of bereikbaar is. Een andere reden kan zijn dat de familie schrik heeft dat de hulpvragen die zij stellen niet stroken met de ideologie en cultuur van Defensie.

4.8.4 Na de uitzending

De militairen worden voorbereid op de terugkeer naar België waar tijdens de voorbije maanden de tijd niet is blijven stilstaan. Na terugkeer geniet de militair van enkele weken ontschepingsverlof. Mochten er zich psychische, fysische of relationele problemen voordoen tijdens die periode kunnen zij steeds terecht bij het psychosociale platform (Van Rompay, 2008, p. 39).

Van Rompay (2008, p. 40) schrijft dat in België de achtergebleven familieleden ook worden voorbereid op de terugkeer van hun geliefde familielid. Na enkele maanden zal de militair zijn rol in het gezin terug opnemen. De militair komt terug uit bijzondere omstandigheden en de thuisblijver heeft in de dagelijkse routine geleefd. Het is niet uitgesloten dat zich aanpassingsproblemen voordoen. Het CGG van het MHKA stuurt daarom wat informatiebrochures op naar de familieleden om te weten wat ze kunnen verwachten en hoe ze het kunnen aanpakken. Ook de reacties van de kinderen op de hereniging wordt in deze folders besproken. Uit de feedback van de militairen en hun families blijkt dat de sociale ondersteuning nodig is, zowel aan de kant van de militair als aan de kant van de familie, om te kunnen praten met elkaar over de periode van afwezigheid.

4.9 Besluit

Omdat steeds meer militairen op buitenlandse opdracht vertrekken en dus lange tijd gescheiden zijn van hun familie, is psychosociale en culturele voorbereiding en ondersteuning onontbeerlijk. Zo kan Defensie vermijden dat de militairen PTSS¹² oplopen en problemen krijgen bij het re-integreren in de samenleving in België. Defensie is de juiste weg in geslagen, wat gebleken is uit onderzoek. De ondersteuning moet blijven geboden worden aan zowel voor de militair als zijn/haar familie (Van Rompay, 2008, p. 40).

Housen (2013, p. 30) stelt dat de militaire scholen een sleutelrol spelen in het doorgeven van de militaire cultuur van de Belgische Defensie. Ze brengen de jonge soldaten karakteriële en morele vaardigheden bij, naast het aanreiken van de nodige professionele competenties. De 'jeugd' komt daar, voor het eerst, in contact met de waarden, opvattingen, regels en tradities die de militaire ethiek en cultuur maken tot wat ze is. Ze ontwikkelen daar hun militaire identiteit (Housen, 2013, p. 31).

¹² PTSS = PostTraumatische StressStoornis

Hoofdstuk 5 De werking van CMiA

5.1 Evolutie sedert de opstart

Het CMiA vindt zijn oorsprong in de jaren 50 toen de AA-beweging zijn opmars deed in Europa. Aan de hand van dit gedachtengoed werd CMiA opgericht in Leopoldsburg. Gaandeweg de jaren werden aanpassingen gedaan aan het programma aan de hand van de heersende ideologieën. Met de oprichting van het VAD¹³ en na heel wat bijscholingen door het multidisciplinair team, werd ook deze strekking geïntegreerd in het CMiA. Zo werkt het CMiA al enkele decennia. Er gebeuren wel wat veranderingen hier en daar, dankzij de opleidingen van het personeel dat er tewerkgesteld is.

5.2 Het CMiA in 't kort

CMiA is een therapeutische gemeenschap (onderdeel van het CGG) waar zorg wordt geboden aan mensen met verslavingsproblemen. Ze kunnen doorheen een 8 weken durend traject een cursus volgen waarbij ze worden gesteund in hun eigen kracht en creativiteit om voor hun verslaving een uitweg te vinden. Het is gebaseerd op 4 pijlers: een alcohol/drugsvrije omgeving, zelfzorg, eigen verantwoordelijkheid en groepswork. Tijdens het verblijf¹⁴ in CMiA wordt geen alcohol noch drugs gebruikt, met een visie van verdere onthouding op lange termijn. De deelnemer wordt begeleid in het bewust worden van zijn verslavingsprobleem. Vooral het groepsgebeuren is steunend en dynamisch in het anders leren omgaan met problemen en frustraties. Het verblijf kan op 2 manieren gebeuren voor Defensie: ofwel als 'cursus', wat de medewerking van hun overste vereist, ofwel als 'afwezigheid om gezondheidsredenen' (ziekte). De aanmelding gebeurt op eigen initiatief. Via het CMiA en de arts kan een afspraak worden gemaakt met een psychiater op het CGG. De lichamelijke ontwenning gebeurt via een kortstondige opname in een burgerhospitaal. Na overleg met het team kan de betrokkene het verdere traject volgen gedurende 8 weken. Het CMiA bestaat uit een psychiater, verpleegkundigen en een ervaringsdeskundige. Het leven binnen het centrum bestaat uit dagelijkse groepsessies, begeleidde groepsactiviteiten, sportactiviteiten, medisch-psychiatrische opvolging en de mogelijkheid om individueel psychotherapeutisch te worden begeleid. De nazorg is even belangrijk, als niet belangrijker dan de begeleiding tijdens de 8 weken. Op het einde van het traject wordt de verdere begeleiding besproken. Deze kan ambulante via het CGG worden verdergezet. Na verloop van 6 maanden wordt de mogelijkheid geboden om gedurende een week opnieuw deel te nemen aan de therapeutische sessies. Elke werkende donderdag wordt een open bijeenkomst georganiseerd. Er wordt ook sterk aangeraden om aan te sluiten bij de groepsvergaderingen van andere organisaties (dichter bij de woonplaats) zoals AA en SOS Nuchterheid.

Gedurende 8 weken worden de cliënten begeleid door o.a. het aanreiken van tools tijdens de groeps gesprekken. Zij kunnen ervaringen uitwisselen met enkele "anciens". Daarenboven worden er ook sessies TRE (Tension & Trauma Releasing Exercises) gegeven en af en toe een AA-vergadering onder de begeleiding van een ervaringsdeskundige/alcoholoog.

¹³ VAD = Vlaams expertisecentrum alcohol en andere drugs www.vad.be

¹⁴ Omwille van COVID-19 is momenteel de residentiële begeleiding opgeschort en wordt een verkort traject aangeboden. De residentiële cursus is herleid tot een ambulante cursus a rato van 2 dagen per week.

Hoofdstuk 6 Theoretische analyse vanuit 3 invalshoeken

6.1 Eerste invalshoek : de contextuele blik

6.1.1 Inleiding

Tijdens mijn stage merkte ik gauw op dat de cliënten niet spraken over hun gezin. Tijdens de groepsgesprekken vertelden ze wat zij ervaren, wat zij doen wanneer zij het moeilijk hebben en hoe zij hun verslaving aanpakken. Het was pas toen ik vroeg naar hun gezinssituatie dat het gesprek rond de familie op gang kwam. De boodschappen waren uiteenlopend. Het ging van "Mijn kinderen hebben nooit gemerkt dat ik te veel dronk!" tot "Mijn kinderen drinken geen druppel alcohol omdat ze hebben meegemaakt hoe hun vader was als hij dronk!". Ook tijdens de individuele gesprekken die ik met Jan en An had, merkte ik op dat Jan helemaal niet beseftte welke impact zijn verslaving heeft op zijn naasten. Naast het werken in de kazerne, deed hij niets, behalve drinken.

Met mijn probleemstelling in het achterhoofd, wil ik onderzoeken wat ik als gezinswetenschapper kan veranderen in de begeleiding van de militair met een alcoholverslaving opdat zijn gezinslid hem/haar kan ondersteunen om het behandelingsproces te bevorderen. Vanuit de contextuele invalshoek wil ik op zoek gaan naar factoren die invloed hebben op de onderlinge relaties binnen het gezin. Ik wil onderzoeken welke invloed de naaste heeft op de militair met een alcoholverslaving en of deze het familielid kan ondersteunen bij het stoppen met drinken. Daarenboven wil ik via deze contextuele bril kijken op welke manier het CMiA de gezinsleden meer en beter kan betrekken bij de begeleiding van de cliënt om abtinent te blijven. Veel hiervan zal ook afhangen van mijn laatste veranderingsdoel, nl. welke houding de Defensiestaf kan aannemen om het CMiA meer mogelijkheden te bieden om deze mensen nog beter te begeleiden.

In dit hoofdstuk start ik met een woordje uitleg over de alcoholverslaving. Een alcoholverslaving is een hersenziekte. In het tweede deel zal ik de gevolgen van de alcoholverslaving bespreken. Niet alleen de probleemdrinker ervaart gevolgen op korte en lange termijn, ook de context deelt in de klappen. In het derde deel bespreek ik het contextuele gedachtegoed van de Hongaarse psychiater en familietherapeut, Ivan Boszormenyi-Nagy. Vier van de vijf dimensies m.b.t. de context worden beschreven. Nagy benadrukt het belang van passend geven en ontvangen in een relatie. In dit laatste deel zal ik het ook hebben over de loyaliteitsbanden in relaties en het destructief recht waar de persoon met een verslavingsproblematiek aanspraak op maakt. Hij leunt op dit recht om met de onrechtvaardigheid in zijn leven om te gaan. Na de theoretische benadering pas ik deze toe op mijn casus uit de probleemstelling, op Jan en An als gezin.

6.1.2 *Wat is dat eigenlijk, een alcoholverslaving ?*

Verslaving werd vroeger gezien als een gebrek aan wilskracht. Vandaag is verslaving erkend als hersenziekte. Genetische aanleg, omgevingsfactoren en langdurig gebruik van middelen spelen een cruciale rol (Taktor, 2013, p. 377). Daarenboven stelt Taktor (2013, p. 379) dat drie elementen elkaar beïnvloeden bij een verslaving. Het biologische element omvat het effect van het product op de hersenen en de erfelijke belasting. Het psychologisch element bestaat uit de persoonlijkheid en de conditionering. De werking van het geheugen wanneer de persoon met een verslaving een terugval ervaart, hoort hier ook bij. Het kan dat de probleemdrinker na een periode van nuchterheid weer gaat gebruiken en dit is mogelijks de oorzaak van een sterk

verslavingsgeheugen. Het sociaal-culturele element moeten we zoeken bij de houding ten aanzien van het middelengebruik, de beschikbaarheid ervan en de life events (Taktor, 2013, p. 380).

Verslaving is een *chronische* ziekte, d.w.z. dat men levenslang rekening moet houden met de gevoeligheid voor het product om abstinente te blijven (Taktor, 2013, p. 377). Van Deun (2019, p. 15) stelt dat mensen met een verslaving hypergevoelig zijn voor signalen die verwijzen naar een bepaald product, zoals alcohol. In onze samenleving vinden we te pas en te onpas verwijzingen naar gebruik van alcohol. Het is een uitdaging voor personen met een verslaving om deze triggers te laten voor wat ze zijn (Van Deun, 2019, p. 16).

Verslaving is ook een *op zichzelf staande* ziekte. Een verslaving kan voorkomen met of zonder dat er een andere ziekte mee gepaard gaat (Taktor, 2013, p. 377). Na verloop van tijd ervaart de persoon met een verslaving geen voldoening meer bij het drinken. Stoppen met drinken helpt hem evenmin. Het meest bevredigende moment is het moment geworden vlak voor hij drinkt. De spanning en de drang zijn dan het hoogste, want de gebruiker weet dat er nu zal worden gebruikt (Van Deun, 2019, p. 29). Vroeger hadden ze voldoening in het drinken, maar nu is die zoek. Het lijkt alsof deze weggekaapt is. De ganse dag is de probleemdrinker bezig met zijn verslavingsgedrag. Er blijft geen tijd over voor ontspanning of om iets anders te doen. Deze mensen proberen te overleven (Van Deun, 2019, p. 30). Van Deun (2019, p. 31) schrijft dat verslavingsgedrag constant aandacht vergt van de probleemdrinker. Omdat hij aan niets anders meer kan denken, put het hem psychisch uit. Dikwijls komt hij dan ook terecht in een depressie. Van Deun (2019, p. 37) benadrukt dat personen met een verslaving lijden. Deze mensen hebben het gevoel dat ze een stuk van hun eigen wil kwijt zijn. Het voelt alsof ze zichzelf niet meer kunnen vertrouwen. Het raakt de kern van hun bestaan. Verslaving is een psychische ziekte omwille van dit lijden. Professionele begeleiding is hier dan ook een must (Van Deun, 2019, p. 38).

Naast een chronische, op zichzelf staande ziekte is verslaving ook *progressief*. Dat wil zeggen dat de afhankelijkheid van het product groeit als er niet wordt gestopt met gebruiken (Taktor, 2013, p.377). Hoet (2019, p. 236) stelt dat verslaving een ziekte is omwille van de tolerantieontwikkeling, de onthoudingsverschijnselen, het controleverlies en de controlezucht. Wanneer het verslavend product voor de persoon met een verslaving betrouwbaarder is dan zijn relaties met mensen, spreekt men van een verslaving (Hoet, 2019, p. 237). *Frequentie* van het gebruik, zoals bijvoorbeeld elke dag, als de werkdag erop zit of bij elke avondmaaltijd, zorgt voor automatisch gedrag. Het is een gewoonte en het vereist geen aandacht. Zo verliest men geleidelijk aan de controle over het gebruik: het is moeilijk om nog een schatting te maken hoeveel er per week is gedronken (Van Deun, 2019, p. 17). Om over een verslaving te spreken, moet er een *verlies van controle* zijn. Dat is belangrijker dan de hoeveelheid alcohol er wordt gedronken. Daarenboven is stoppen met drinken makkelijker dan voorgoed van het product afblijven (Taktor, 2013, p. 378). Hoet (2019, p. 236) verwijst naar Van Dijck die stelt dat wanneer gewenning optreedt en de tolerantie voor het product stijgt, men kan spreken van verslaving. Van Deun (2019, p. 18-19) stelt dat verslavende middelen gebruiken heel makkelijk een automatisme wordt. De gebruiker is blind voor dit *automatische* gedrag. Daarom wachten mensen zo lang om hulp te vragen. Deze gedragsgewoonte, die reeds jarenlang aan de gang is, zit ook diep in het *geheugen* gegrift.

Taktor (2013, p. 378) stelt dat al heel wat hindernissen zijn genomen vooraleer de persoon met een verslavingsproblematiek erkent en accepteert dat er een probleem is. *Ontkenning*, van zowel

de gebruiker als zijn naasten, staat erkenning van de verslaving in de weg. Schaamte en trots spelen hierbij een belangrijke rol. Daarenboven moet de persoon met een verslaving afstand nemen van zijn product als hij het probleem wil erkennen. Ook de gezinsleden vertonen deze kenmerken. Ze benoemen hun zorgen niet, ze bagatelliseren het gebruik en ze gaan er niet over in gesprek om discussies te vermijden (Taktor, 2013, p. 379). Het *egocentrisme* van de persoon met een alcoholverslaving wordt gaandeweg ook zichtbaar. Investeren in iets anders dan het product zit er niet meer in. Het feit dat de probleemdrukker zijn eigenbelang vooropstelt, heeft een enorme impact op het gezin. Het product komt centraal te staan. Het gezin komt op de tweede plaats en sociale contacten verminderen. Hun netwerk verkleint (Taktor, 2013, p. 379).

Van Deun (2019, p. 20) schrijft dat mensen die gevoelig zijn voor een verslaving tegenstrijdige keuzes moeten maken. Het is moeilijk om te kiezen om niet te drinken. Bij die beslissing blijven is daarenboven nog moeilijker. De voor- en nadelen worden afgewogen ten opzichte van elkaar en zorgen voor *ambivalentie*. Het is een interne tweestrijd. Probleemdrinkers hebben grote afkeer voor alcohol, maar niet veel later hunkeren ze naar het product. Wanneer het product voor handen is, stijgt de ambivalentie. Hoe verder de fysieke afstand van het product hoe minder ambivalent de gedachten zijn (Van Deun, 2019, p. 21). Van Deun (2019, p. 20) merkt op dat deze ambivalentie lastig is voor de naastbetrokkenen. Gezinsleden denken dat de probleemdrukker het niet ernstig neemt. Ze begrijpen het niet, want voor hen is het duidelijk: ofwel stop je met drinken ofwel niet.

Hoet (2019, p. 236) verwijst naar Van Dijk die stelt dat alcoholisten in een vicieuze, psychische cirkel zitten. Ze drinken om bepaalde gevoelens van onlust de kop in te drukken. Daardoor voelen ze zich schuldig en dat vervelende gevoel verdwijnt pas als ze terug drinken. Van Deun (2019, p. 42) stelt dat de reden waarom personen met een verslaving zich schuldig voelen is dat ze zich zwak achten en niet kunnen stoppen met drinken. Probleemdrinkers zoeken allerhande theorieën om te kunnen blijven drinken. Ze zoeken een verklaring of een houvast die hun gedrag aanvaardbaar maakt. Ze lijken goede redenen te hebben om te blijven drinken. Voor een hulpverlener is het dan moeilijk om deze mensen te motiveren om in therapie te gaan (Van Deun, 2019, p. 45). Omwille van de machteloosheid die personen met een verslaving ervaren, stellen ze therapie uit. Hun ambivalente gedachten waarvan ze niets snappen, maken dat ze er niet aan beginnen. Het ontbreekt hen aan motivatie en de verwachtingen liggen hoog. Dat maakt dat ze ook dikwijls hervallen (Van Deun, 2019, p. 49). Hoste (2018, p. 130) verwijst naar Ansoms die stelt dat het gemiddeld 12 jaar duurt vooraleer de probleemdrukker zich aanmeldt voor opname. Van Deun (2019, p.16) verwijst naar Drummond et al. die stellen dat het gemiddeld 18 jaar duurt, te tellen vanaf het begin van de problemen, vooraleer de probleemdrukker naar de hulpverlening stapt, als ze dat al doen. Het verloop van een verslaving is wisselvallig. Uitglijders en hervall gebeuren dikwijls na jaren geheelonthouding (Van Deun, 2019, p. 38). Een verslavingsprobleem is niet van de poes en kan erg lang duren. Afhankelijkheidsstoornissen hebben een immense impact op de levenskwaliteit (Van Deun, 2019, p. 41).

Van Deun (2019, p. 25) schrijft dat onze samenleving alcohol *sociaal aanvaard* heeft als drug. Er zijn amper drempels om het consumeren te hinderen. En toch kijkt onze samenleving ambivalent naar alcohol, stelt Van Deun (2019, p. 26). Zo wordt alcohol geweerd in het verkeer. Maar anderzijds is de reclame-industrie vrij in wat ze doet. Van Deun refereert hiervoor naar de reclame 'Mannen weten waarom'. Alcohol wordt geassocieerd met ontspanning, plezier, feesten, En toch wordt geadviseerd om alcohol 'met verstand' te nuttigen. Dit is misleidend, want alcohol belemmert de goede werking van de hersenen. En wie niet verstandig omgaat met alcohol, kan

in de problemen komen. Zo komt de persoon met een verslavingsproblematiek terecht in een wereld van *stigma*. Mensen die verslavingsgedrag vertonen, worden geweerd in onze samenleving. De samenleving is immers van mening dat ze het zelf gezocht hebben. Men geeft ze de stempel onbetrouwbaar, agressief, manipulatief en ongemotiveerd (Van Deun, 2019, p. 27). Van Deun (2019, p. 172) stelt dat ook de naasten van de probleemdrinker worden getroffen door het maatschappelijke stigma. Er wordt in onze samenleving nog te veel gewezen met de vinger. Het lijkt alsof iemand de oorzaak moet zijn van een verslaving. De samenleving vindt verslaving een vermijdbare kwaal. Verslaving wordt daarom negatief bekeken.

6.1.3 Gevolgen voor de persoon met een verslaving en de context

Van Deun (2019, p. 17) verwijst naar OECD dat stelt dat gebruikers van alcohol meer risico lopen op een 200-tal *ziektes* zoals kankers en hart- en vaatziekten als zij gedurende lange periode meerdere glazen per dag drinken. Van Deun (2019, p. 136) verwijst naar Kahn die stelt dat het drinken van meer dan 5 standaardglazen per dag verantwoordelijk is voor 12,5 % van de kankers. Hoet (2019, p. 236) benoemt dan weer het risico op hersenbeschadiging door gedurende lange tijd veel alcohol te nuttigen. Het vermogen om weerstand te bieden aan de hunker om te gaan drinken is hierdoor verzwakt.

Hoet (2019, p. 236) stelt dat verslavende producten meestal een prettige ervaring zijn voor onze geest. Van Deun (2019, p. 134) merkt op dat de gebruiker sommige effecten van alcohol vrij snel gewaarwordt. Omwille van de kleine alcoholmoleculen, die snel in onze hersencellen terecht komt, verandert de *stemming* van de alcoholdrinker. Dit is ook de hoofdrede waarom mensen alcohol nuttigen. Naast deze stemmingsverandering, loopt onze motoriek niet meer zoals zou moeten en onze waarneming vertroebelt. In hoeverre dit gebeurt, hangt af van de hoeveelheid alcohol die wordt genuttigd. Alcohol heeft ook een effect op de signaaloverdracht in de hersenen. Door het innemen van alcohol vertraagt de overdracht van signalen naar de hersenen en komen de signalen ook zwakker door. Dit is belangrijk voor de waarneming, het evalueren van emoties, het nemen van beslissingen en gedragsreacties. Bedenk maar eens hoe gevaarlijk dit in het verkeer kan zijn.

Van Deun (2019, p.169) stelt dat gezinsleden de eersten zijn die de negatieve consequenties van alcoholmisbruik ervaren. Zij vinden het nuchtere gezinslid een aardige mens. Daarom willen ze hun geliefde die kampt met een alcoholverslaving helpen, maar merken daarbij veel *tegenstrijdige* emoties. Ze voelen zich aan de kant geschoven, want het product komt steeds weer op de eerste plaats. Hoet (2019, p. 237) schrijft dat ruzies en spanningen ontstaan in de sociale context door het alcoholmisbruik. De persoon met een verslaving ziet zichzelf als een hopeloze alcoholmisbruiker en hij gaat ook zo handelen. De sociale cirkel is rond.

Ouders van kinderen met een alcoholverslaving voelen zich vaak *schuldig*, zo stelt Van Deun (2019, p.171). Partners van probleemdrinkers hebben minder dat gevoel. Nochtans voelen zowel ouders als partners zich *machteloos*, omdat ze geen grip krijgen op de verslavingsevolutie. Het loslaten kan rust brengen. Ze kunnen dit o.a. verkrijgen door kennis op te doen over het product en de verslaving, door het te begrijpen. Volgens Taktor (2016, p. 383) kan psycho-educatie een belangrijkste stap zijn om de naaste omgeving te betrekken bij het behandelingsproces van de persoon met een alcoholverslaving. Dit houdt in dat de hulpverlener algemene informatie geeft over het product, maar er ook hen ook attent op maakt dat zij niet de oorzaak zijn van de verslaving, dat zij er evenmin voor verantwoordelijk zijn en dat zij de verslaving niet kunnen genezen (Taktor, 2013, p.383).

Taktor (2013, p.380) vertelt ons dat met een persoon met een alcoholverslaving over de verslaving als ziekte spreken vaak moeilijk is. Dat maakt dat de gezinsleden van iemand met een verslaving zich vaak jarenlang angstig, boos en machteloos voelden. Het is belangrijk om hen te benadrukken dat de probleemdrukker zelf verantwoordelijk is voor zijn herstel. Taktor (2013, p. 383) merkt op dat bij het stoppen met drinken, die gevoelens van boosheid, verdriet, onmacht en krenking dikwijls niet onmiddellijk verdwijnen. Het vertrouwen is lange tijd geschaad en de ex-verslaafde verwacht nu vertrouwen en steun tijdens zijn herstel. Hij worstelt ook met zichzelf. Hij wordt zich stilletjes aan bewust van de schade die hij heeft aangericht. Soms herinnert hij zich niets meer omdat er veel gebeurde toen hij onder invloed was (Taktor, 2013, p. 383). Het gebeurt met de regelmaat van de klok dat een probleemdrukker de gezinsleden probeert te manipuleren zodat hij gewoon verder kan blijven drinken (Taktor, 2013, p. 381). Familieleden trachten de schadelijke gevolgen van het drinken te verminderen door o.a. schulden af te lossen of bankkaarten af te nemen. Echter, dit heeft als effect dat de probleemdrukker minder met de negatieve gevolgen van het drinken wordt geconfronteerd. Soms worden gezinsleden afhankelijk van de persoon met een alcoholverslaving. Zij trachten deze in toom te houden zodat het goed gaat met hem en dus ook met zichzelf. De *co-afhankelijkheid* maakt dat ze meer taken overnemen van de ander en zo worden hun eigen grenzen overschreden. De probleemdrukker wordt minder voorspelbaar, egocentrischer en minder verantwoordelijk. Het gezinslid wordt controlerend, inperkend en neemt meer verantwoordelijkheid. Ook Van Deun (2019, p. 171) stelt dat ouders de problemen van hun kinderen met een verslavingsproblematiek blijven oplossen. Zo blijven ze bijvoorbeeld geld geven om boetes te betalen. Ouders willen niet dat de huur wordt opgezegd of dat ze zonder auto naar het werk moeten. Maar ook de schulden worden soms vereffend. Het is te begrijpen dat ouders dit doen, maar helaas houdt dit de verslaving in stand. De kinderen met een verslaving leren niet uit ervaring.

Van Deun (2019, p. 174) merkt op dat kinderen van ouders met een verslavingsproblematiek het meest afzien van het onvoorspelbare gedrag van hun ouders. De onvoorspelbaarheid duwt de kinderen in wisselende rollen. Vaak nemen ze de rol over van de ouder. Ze nemen de ouderlijke taken over. Ze *parentificeren*. Taktor (2013, p. 382) stelt dat hulpverleners vooral bij kinderen nog andere patronen zien. Ze gaan zich rebels gedragen om de spanningen tussen de ouders af te leiden. Soms gedragen ze zich als een clown. Zo willen ze de sfeer verlichten en wat humor in het gezin brengen. Anderen gedragen zich extreem voorbeeldig. Dit ideale gedrag stellen ze om de ouders te ontlasten. Een laatste groep kinderen wordt onzichtbaar. Om de ouders niet te belasten trekken ze zich terug uit het gezinsleven. Hoet (2019, p. 240) stelt dat parentificatie onrechtvaardig is. Kinderen worden niet erkend in het ouder-zijn voor hun ouders. De ouders buiten hun blij van loyaliteit uit.

6.1.4 De dimensies m.b.t. relaties van Ivan Boszormenyi-Nagy

Nuyts en Sels (2017, p. 20) verwijzen naar het gedachtegoed van Nagy die in zijn werk spreekt over 'de context' om een kader te geven aan de complexiteit van de verhoudingen tussen mensen. Wat er gebeurt in het heden en het verleden, bepaalt de toekomst van de mens. Het gedachtegoed van Nagy verduidelijkt dat een mens pas tot zijn recht komt als die in verhouding staat tot een ander. Een gezegde van Mark Nelissen maakt duidelijk wat Ivan Boszormenyi-Nagy wil zeggen met 'de context': "*Een enkeling is eigenlijk geen mens maar slechts een deel ervan, zoals een baksteen geen huis is.*" Nagy bekijkt de werkelijkheid in al zijn relaties vanuit vijf invalshoeken die continu interageren op elkaar. Het zijn: de feiten, de psychologie, de interactie, de relationele

ethiek en het ontische (ik 'ben' niet zonder de ander). Nuyts en Sels (2017, p. 35) stellen dat de verhoudingen tussen mensen worden gekleurd door deze 5 dimensies. Elke dimensie laat de mens met een andere blik kijken op de werkelijkheid over onze relaties. Dit beseffen kan de blik van mensen verruimen om toleranter en positiever ingesteld te zijn in onze verhoudingen tot anderen.

6.1.4.1 *De eerste dimensie : de feiten (wat er is en wat er gebeurt)*

De dimensie van de feiten verwijst naar ons lot en het (on)recht dat ons wordt aangedaan. Het verwijst ook naar de interactie tussen deze twee. Elke dag steken we tijd en energie in het lot dat ons uitdaagt. Dingen die ons overkomen wijten we aan het lot dat ons gunstig of ongunstig is gezind (Nuyts & Sels, 2017, p. 21). Dat elke mens anders is omwille van zijn cultuur, sociale toestand, algemeen welzijn, gezondheid, ... bepaalt mee de dimensie van de feiten. Factoren als de afkomst, de huidskleur, de taal, de samenleving waarin mensen opgroeien, een handicap, ... zijn niet altijd voorspelbaar of controleerbaar, maar ze bepalen wel de toekomst van elkeen. Ook de volgende generatie plukt de 'vruchten' van deze feiten (Nuyts & Sels, 2017, p. 22). Bij ontmoetingen onder mensen delen we graag informatie over ons leven. We zoeken verbinding of tasten de verschillen af. De relatie tussen mensen wordt vormgegeven door de kennis die we hebben over de ander. Het is dan ook dikwijls zo dat mensen kunnen lijden als we de verkeerde of te weinig kennis hebben over deze persoon. Het is dus noodzakelijk om de juiste kennis te verschaffen over de ander. Het raamwerk dat de dimensie van de feiten ons biedt, bepaalt mee de context waarin iemand leeft. Zo kunnen we bijvoorbeeld armoede niet bekijken zonder de feitelijke achtergrond van deze persoon te leren kennen. We moeten ons hoeden voor (voor)oordelen en kortzichtige opvattingen (Nuyts & Sels, 2017, p. 23).

Hoet (2019, p. 236) stelt dat contextuele therapie kijkt naar feiten in het leven van een persoon met een alcoholverslaving. Deze feiten zijn de farmacologie en de cerebrale beschadiging. Maar het gaat evenzeer over het feit of er een voorgeschiedenis is van verslaving en of er problemen zijn die gerelateerd zijn aan verslaving, zoals het verliezen van de job of in contact komen met Justitie. Ook andere zaken, niet noodzakelijk gerelateerd aan verslaving, zoals een erfelijke ziekte, een echtscheiding, het sociale milieu, de herkomst, een adoptie, een instellingsverleden, incest, zelfdoding of andere traumatische gebeurtenissen zijn van belang.

6.1.4.2 *De tweede dimensie : de psychologie (hoe we alles beleven en verwerken)*

Elkeen ervaart op zijn eigen manier wat we beleven en hoe we dat verwerken. Deze gebeurtenissen worden in ons geheugen verwerkt en opgeslagen en het creëert ons referentiekader. Het bepaalt mee hoe we denken, voelen en handelen. Om te weten wie we zijn, moeten we kennis hebben van onze psyche en hoe ons brein werkt. Zo kunnen we o.a. uitpluizen hoe we omgaan met rouw. We detecteren hoe onze hechtingsrelaties zijn verlopen en wat dat als gevolg heeft op onze ontwikkeling. We kunnen dan begrijpen waarom we vertrouwen hebben in mensen of net niet (Nuyts & Sels, 2017, p. 23). Nuyts en Sels (2017, p. 24) stellen dat er een continue dynamiek is in de mogelijkheden van onze hersenen. Zo zijn o.a. onze taal, ons denken, onze emoties, onze gehechtheid constant onderhevig aan veranderingen. Ook de cultuur waarin we groot worden, bepaalt mee de ziel van ons bestaan. Recent onderzoek binnen verschillende wetenschappen leert ons dat omgevingsfactoren onze persoonlijkheid en onze psyche mee vorm geven. De grens tussen wat aangeboren is en wat aangeleerd is, wordt dus vager. De persoonlijkheid van elke mens is uniek en constant beïnvloedbaar door de dynamiek tussen psyche, omgeving, life events en relaties met anderen. De dimensie van de psychologie heeft aan

belangstelling gewonnen gedurende de jaren. Mensen willen de psyche verkennen. Mensen willen elkaar beter begrijpen. Dankzij deze dimensie kunnen we ook kijken naar relaties tussen mensen en hun generationele verbindingen.

Hoet (2019, p. 236) zegt dat nog geen enkel onderzoek liet uitschijnen dat personen met een verslaving een bepaalde type persoonlijkheid hebben. Hoet (2019, p. 236) verwijst naar Walburg die stelt dat alcoholverslaving via de mechanismen van de sociale leertheorie kan worden aangeleerd. Cliënten zullen vaardigheden onder de knie moeten krijgen om van de verslaving af te raken en om met moeilijkheden en negatieve gevoelens te leren omgaan. Een andere mogelijke theorie over verslaving is het feit dat innerlijke onbewuste conflicten de oorzaak zijn om naar de fles te grijpen (de psychoanalytische theorie). Vanuit de ontwikkelingspsychologie weten we ook dat bepaalde fasen in de ontwikkeling zeer cruciaal zijn. Deze theorieën zijn belangrijk om contextuele hulpverlening op poten te zetten (Hoet, 2019, p. 237).

6.1.4.3 *De derde dimensie : de interactie (communicatie in relaties)*

Nuyts en Sels (2017, p. 26) stellen dat Watzlawicks axioma het basisprincipe vormt van de communicatie: *'Alle gedrag is communicatie, dus kan men niet niet-communiceren.'* Het verbale aspect, het gesproken woord, is van belang. Maar hier benadrukt het axioma het non-verbale aspect van communicatie (onze houding, ons gedrag, onze mimiek). De omstandigheden waarin of wanneer we iets communiceren zijn ook belangrijk. Dit kader bepaalt mee of iemand onze boodschap begrijpt of niet. Wie maakte het nog niet mee dat iemand iets zei op het verkeerde moment, wat leidde tot een vrij beschamende situatie? Nuyts en Sels (2017, p.27) stellen dat communicatie en gedrag een brug vormen van de binnenwereld van de ene persoon naar het innerlijke van de andere persoon. Mensen leren elkaar écht kennen. Communicatie is wel gebonden aan regels. Deze kunnen universeel of cultuurgebonden zijn. Zo zal hier in Europa 'boeren' als ongemanierd worden beschouwd, terwijl dat in China hoort bij de tafelmanieren (en dat wil zeggen dat het eten heeft gesmaakt). Deze ongeschreven regels zijn dynamisch, want ze evolueren mee met de tijd. Hoe we tegenover elkaar staan wordt bepaald door communicatie en interactie. Zo veranderen we van positie in de relatie moeder-kind ten opzichte van de relatie werkgever-werknemer. Ons karakter, ons temperament zorgt tevens mee voor de communicatie en dat heeft een invloed op de interactie tussen mensen (Nuyts & Sels, 2017, p. 28). Deze derde dimensie toont aan anderen hoe we feiten beleven. Elkeen creëert zijn eigen realiteit. Ons eigen verhaal wordt beïnvloed door dat van anderen en omgekeerd. We vullen elkaar aan. Het is boeiend om te zien hoe mensen interageren en communiceren. Het leert ons ook dat we een aandeel hebben in elk verhaal en we moeten beseffen dat we verantwoordelijk zijn voor onze inbreng (Nuyts & Sels, 2017, p. 29).

Hoet (2019, p.237) stelt dat verslaving een pathologische balans in een gezin kan instandhouden opdat bepaalde overgangen van fases in dat gezin kunnen worden overwonnen. Wil men oprukken tegen verslaving, dan zal men moeten werken aan de relaties, de interacties tussen de gezinsleden. Verslaving komt voor in verschillende soorten gezinnen en hét verslaafde gezin bestaat niet. Hoet (2019, p. 237) verwijst naar Van Dijck die zegt dat het vanzelf spreekt dat de kans groter is op alcoholmisbruik als alcohol geaccepteerd is in het gezin, makkelijk te verkrijgen is of als alcohol de status verhoogt. De contextuele therapie benadrukt de belangrijkheid van de axioma's van de communicatietheorie, maar ook de verhoudingen tussen mensen, andere systemen en mechanismen mogen niet worden genegeerd.

6.1.5 De vierde en belangrijkste dimensie : de relationele ethiek (hoe rechtvaardig is een ander)

Nuyts en Sels (2017, p. 29) stellen dat Nagy met zijn vierde dimensie "relationele ethiek" niet wil verwijzen naar een moraal, maar naar de gedrevenheid van mensen die wordt gehaald uit het rechtvaardigheidsbeginsel. Het menselijk handelen heeft gevolgen. Elk individu is zelf verantwoordelijk voor zijn handelen binnen het gezin, familie, vrienden en andere relaties. Rechtvaardigheid is een begrip dat enkel voorkomt in relatie met de ander. De mens wikt en weegt over het geven en ontvangen en uit daarmee zijn betrouwbaarheid. Rechtvaardig handelen gaat over het heden, het verleden en de toekomst (Nuyts & Sels, 2017, p. 30).

Nuyts en Sels (2017, p. 45) stellen dat iedereen de uitspraak "Het leven is geven en nemen!" wel kent. Relaties worden als gezond gezien als de balans tussen geven en nemen in evenwicht is. Een gebrek aan balans tussen geven en nemen brengt conflicten, breuken en afstand in de relatie teweeg. Nagy plaatst, middels zijn werk, de samenhang tussen het welbevinden en dit geven en nemen in de kijker. Hij maakt van deze samenhang de grond die hij gebruikt om de familieleden te betrekken bij de behandeling van een cliënt. Nagy veranderde de uitspraak 'geven en nemen' naar 'geven en ontvangen'. Zijn mening is dat geven therapeutisch of gezond kan zijn, maar de ontvanger moet ook bereid zijn om wat wordt gegeven aan te nemen.

Nuyts en Sels (2017, p. 46) stellen dat Nagy twee soorten relaties onderscheidt. De gekozen, gelijke relatie, zoals de partnerrelatie, is de eerste. In een *gekozen relatie*, zoals de partnerrelatie, trachten beide partners het evenwicht tussen geven en ontvangen te behouden. Doorheen hun relatie hebben ze beiden het gevoel dat het klopt. De partners houden rekening met elkaar en nemen ook hun verantwoordelijkheid op. Dat heeft een positief effect op het vertrouwen en de energie binnen de relatie. Binnen relaties biedt men steun aan elkaar, luistert men en gunt men elkaar succes. Maar omdat relaties nu eenmaal verschillen van elkaar, kan ook het geven verschillen. Dat is voor anderen soms niet zichtbaar. Daarnaast heb je de *ouder-kindrelatie* die hij ziet als een ongelijke, asymmetrische relatie. Deze (on)gelijkheid in de relatie heeft volgens Nagy gevolgen voor het geven en ontvangen. Nuyts en Sels (2017, p. 49) vertellen dat Nagy in zijn werk de gevolgen voor de balans tussen geven en ontvangen verduidelijkt bij de ouder-kindrelatie omdat het een ongelijke relatie is. Kinderen op de wereld zetten, betekent voor Nagy dat kinderen 'het leven krijgen'. Kinderen krijgen het gerief en de context mee om aan het leven te beginnen. Het lijkt een *schuld* die het kind meekrijgt van de ouders. Als klein kind is men sterk afhankelijk van de ouder. Deze ouder draagt dan ook de verantwoordelijkheid voor de opvoeding van het kind en de kwaliteit van hun relatie. Als het kind later groot is, kan deze als volwassene zelf kinderen op de wereld zetten. Op deze manier lost hij zijn 'schuld' af en is de balans tussen de generaties terug in evenwicht. Nagy bekijkt het generationele aspect als een boekhouding tussen generaties. Lusten en lasten van de ene generatie worden overgedragen op de andere (Nuyts & Sels, 2017, p. 50). Nuyts en Sels (2017, p. 51) stellen dat de balans van geven en ontvangen tussen ouders en kinderen de basis vormt voor andere balansen. Wie geluk heeft, leert op zo'n manier geven dat het goed is voor de ander én voor zichzelf.

Nuyts en Sels (2017, p. 47) vertellen ons dat de fundamenten van een partnerrelatie bepalend zijn voor hoe mensen geven en ontvangen. Kan de man rekenen op zijn vrouw en omgekeerd? Drukken beide partners hun respect uit voor elkaar? Kunnen de partners affectie tonen voor elkaar? Elke dag moet men binnen de relatie zoeken wat de partner nodig heeft en dat is geen makkelijke job. Wil de partner steun of dat we luisteren? Heeft de partner ruimte nodig, waardering of vriendschap? Hoet (2019, p. 237) stelt dat wanneer mensen met een

verslavingsproblematiek zich laten opnemen, het evenwicht tussen geven en ontvangen meestal ontregeld is tussen hem en zijn omgeving. Het vertrouwen tussen hen is dan al verstoord.

Nuyts en Sels (2017, p. 48) ontcrachten nog twee mythes over 'geven in relaties'. Binnen de relatie denkt de partner meestal te weten wat de ander wil, maar soms zitten we er helemaal naast. Het komt frequent voor dat mensen bewust of onbewust anderen misleiden, zichzelf opofferen of uit angst voor conflicten niet tonen wat ze echt willen. Daarnaast is er de romantische idee dat binnen relaties belangeloos aan elkaar wordt gegeven. Mensen merken dat het niet goed voelt als ze te lang geven zonder iets terug te ontvangen. Maar ook kunnen problemen boven komen als één van de partners te lang te weinig vraagt. Het '*passend geven*' staat tegenover deze twee mythes. Partners houden rekening met de belangen van de ander en verliezen daarbij de eigen belangen niet uit het oog. Ze dragen op die manier zorg en verantwoordelijkheid voor de relatie. In de relatie moet men opletten met de idee dat wat men nodig acht voor zichzelf, ook wel goed zal zijn voor de ander. In de relatie moeten partners blijven zoeken naar wat de ander nodig heeft. Mensen kunnen best hun nieuwsgierigheid naar wat maakt dat de andere anders is, levendig houden. Partners moeten oog blijven hebben voor hoe de ander geeft. Als partner moet je ervoor zorgen dat je ook zelf wordt gezien in het geven. De relatie klopt als we passend geven en ontvangen. Partners kunnen zich daarom best als partners gedragen en niet als moeder of vader. Constant in dialoog gaan en afstemmen op de partner is hierbij cruciaal om passend te geven en te ontvangen (Nuyts & Sels, 2017, p. 49).

Hoet (2019, p. 238) meent dat iedere persoon wordt geboren met banden van loyaliteit. Door de geboorte heeft elkeen een band met beide ouders. Dat gaat zo door, generatie op generatie. Ook mensen met een verslaving zijn dus loyaal, ook al maken ze meestal een onbetrouwbare eerste indruk. Maar omdat mensen met een verslavingsproblematiek het soms moeilijk hebben met het tonen van hun loyaliteit, noemt Hoet dit *onzichtbare loyaliteit*. Bij het behandelen van personen met een verslaving is het dan ook belangrijk het onvrije, afhankelijke en gespannen aspect dat hierrond hangt, aan te pakken. De erkenning van de banden van loyaliteit is dus onontbeerlijk. Binnen de familiebanden is ook gekeken naar generationele verslavingsproblematieken. Hoet (2019, p. 239) verwijst naar van der Keuken en Carmiggelt die stelden dat uit onderzoek is gebleken dat kinderen van ouders met een alcoholverslaving een grotere kans lopen om ook verslaafd te raken. Uiteraard zijn er nog meer risico's verbonden aan dit generationeel probleem. Banden van loyaliteit onderzoeken is niet het focussen op de alcoholverslaving. Het is een zoektocht naar de relatie en of deze rechtvaardig is. Het is zoeken naar de balans tussen geven en ontvangen die verstoord is. De onzichtbare loyaliteit zal zichtbaar worden en het onrecht dat is aangedaan zal erkend worden. Zo kan de persoon met een verslaving de eerste stappen terugzetten naar autonoom leven. Mensen met een verslavingsproblematiek vragen zich soms af waarom zij verslaafd zijn. Ze weten wel dat er nadelen aan verbonden zijn. Maar ze kunnen niet weerstaan en hervallen keer op keer. Ze zoeken naar oorzaken van onrecht die hun werd aangedaan. Zo leden ze bijvoorbeeld een groot en onrechtvaardig verlies. Ze bevinden zich in een vicieuze cirkel. Was de verslaving nu de oorzaak van hun verlies? Of is het door hun verlies dat ze verslaafd raakten? Ze raken verslaafd omdat ze op inadequate manier omgaan met de onrechtvaardigheid. Wie verlies zegt, zegt ook sterfelijkheid. Personen met een verslaving flirten met de dood. Hoet (2019, p. 240) verwijst naar Beimers die stelt dat een verslaving een langzame vorm van zelfdoding kan zijn.

Onrechtvaardigheid, het is niet voor iedereen makkelijk ermee om te gaan (Hoet, 2019, p. 240). Mensen die vertrouwen en rechtvaardigheid hebben ervaren in hun leven, leren met het onrecht

om te gaan. Ze hadden relaties waar in vertrouwen en met zin voor verantwoordelijkheid voor elkaar gezorgd werd. Deze mensen hebben het recht om aanspraak te maken en vertrouwen te hebben door hun verdienste in hun relaties. Mensen die weinig vertrouwen hebben opgebouwd in hun verleden, hebben het veel moeilijker om met deze onrechtvaardigheid om te gaan. Zij denken gerechtigd te zijn gedrag te mogen stellen dat destructief is. Deze mensen leerden in het verleden dat betrouwbaar zijn en vertrouwen schenken niet uithaalt. Ze denken het recht te hebben destructief wraak te nemen. Meestal richten personen met een verslaving deze wraak op onschuldige anderen, maar ook op zichzelf. Zo ervaren kinderen van ouders met een verslavingsproblematiek dikwijls een ontwikkelingsachterstand of worden ze affectief verwaarloosd. Hoet (2019, p. 240) verwijst naar van der Keuken en Carmiggelt die stellen dat als de vader drinkt, er vaker incest voorkomt in het gezin. We noemen dit de *roulerende rekening*. In deze gevallen wordt die aan de verkeerde mensen voorgeschoteld. Alcoholisten beschadigen zichzelf. De roofofbouw op hun gezondheid is enorm. Ze bevinden zich in een toestand waar ze zelden nog vertrouwen kunnen verdienen. Alweer ervaren ze onrecht door hun eigen destructief gedrag. Voor hen blijft dit een bevestiging dat de maatschappij en de mensen die erin leven onbetrouwbaar zijn.

6.1.6 Praktische toepassing op de casus

Bij de casus van Jan en An herkende ik sommige *kenmerken van verslaving*. Uit de gesprekken met Jan blijkt dat zijn verleden hem parten heeft gespeeld. De vele life events en tegenslagen hielpen hem niet in zijn verhaal met alcohol. Zijn ouders komen uit een bewogen milieu waar dagelijks alcohol werd geconsumeerd. Jan is ook erfelijk belast. Hij begon alcohol te drinken in volle puberteit. Hij stopte niet meer sindsdien. Hij zag dat alcohol deel uitmaakte van het dagelijkse leven. Lange tijd werkte Jan in de bar in de kazerne, waar de drank steeds voor handen was. Door het jarenlange gebruik is hij ook vaak teruggevallen en maakte hij dikwijls uitschuivers. Waar Jan ook komt, overal ziet hij triggers die met alcohol hebben te maken: reclame, zijn hobby, zijn vrienden, zijn werk, ... In CMiA leerde hij hiermee omgaan via de 'stoomketel'¹⁵. Jan sukkelde ook jarenlang met depressieve gevoelens. Hij kwam tot niets, alles draaide rond zijn product: waar kan ik het halen, waar kan ik het verstoppen, enzovoort. Hij voelde zich futloos en in de steek gelaten door de dochter die hem niet meer wenst te zien. Hij bleef maar drinken, meer en meer. Jan kon zelfs niet vertellen hoeveel hij dronk. Elke keer verloor hij de controle. Hij gebruikte heel frequent: een aperitief na het werk, bij het avondeten, voor de tv, op café, bij vrienden en op het werk. Het was een automatisme geworden. Bij het intakegesprek hoor ik Jan nog zeggen "Maar ik heb geen probleem, ik kan zo stoppen." Zijn ontkenning verstopte zijn trots, zijn schaamte. Ook An ontkende op een bepaalde manier. Ze gaf toe dat ze gewoon meedronk met Jan, dus dan is er toch geen probleem? Zo drinken ze al jaren samen.... Vrienden zijn weggevallen. Er restte hun enkel nog de drinkebroers. Ik merk ook de ambivalentie op in hun verhaal. Hij vertelde dat hij wil stoppen, maar liegt zichzelf steeds voor. Hij blaast dan ook positief als hij op maandagochtend een alcoholtest moet afleggen. An was boos op hem, want het stoppen met drinken was de voorwaarde om te huwen met haar. Maar toch drinkt ze mee. Ze vermoedt daarenboven dat hij het stoppen niet "au sérieux" neemt. Ook worden beiden gestigmatiseerd. De ruzies met de burens tonen dat ze worden aanzien als dronkaards. Jan heeft de stempel gekregen niet betrouwbaar te zijn, want hij kreeg een andere job. In de plaats van in

¹⁵ De stoomketel is een instrument waarmee de cliënt zelf kan aangeven welke uitlaatkleppen hij wil gebruiken tijdens moeilijke momenten. Vroeger zou hij op die momenten naar de fles grijpen. ([Bijlage 1](#))

de bar te werken, verplaatsten ze Jan naar een hangar waar hij in het atelier moest werken. Hij zou ook niet gemotiveerd zijn om te stoppen met drinken, zo zei zijn RSM. Jan was wel vrijwillig naar CMilA gekomen, maar deed dit pas nadat zijn chef aan de alarmbel had getrokken. Jan erkende zijn verslaving niet, dus voor hem was er dan ook geen probleem. Pas wanneer hij zijn job dreigde te verliezen, stapte hij naar de hulpverlening. Het traject in CMilA is gestart met een gesprek bij de psychiater. Bij Jan was het vooral belangrijk eerst fysiek te ontwennen (stoppen met drinken) en daarna mentaal te ontwennen (het gestopt blijven). De fysieke ontwenning is geen probleem gebleken, dat lukte vrij vlot bij Jan. Helaas zorgde het automatische drinkgedrag (Jans verslavingsgeheugen) ervoor dat gestopt blijven een pak moeilijker is voor hem. Dat maakt duidelijk dat een verslaving een chronische ziekte is waarmee de ex-verslaafde zijn ganse leven rekening moet houden.

De jarenlange verslaving heeft nare *gevolgen* voor Jan. De medische problemen stapelden zich op: leverproblemen, wankel op de benen, vergeetachtig, Als hij met de auto rijdt, moet hij regelmatig stoppen en dan gooit hij water in zijn gezicht: zijn waarneming, motoriek en denken lijden onder de verslaving. An voelde zich verdrietig en boos. Zij ziet het mogelijke huwelijk met Jan als een opportuniteit om hem te 'doen' stoppen met drinken. Ze voelt zich onbelangrijk, want zijn 'pintjes' komen op de eerste plaats. Nochtans blijft zij Jan graag zien. Ze doet alles voor hem opdat hij zijn product niet moet missen. Ze heeft het ganse huishouden voor zich genomen en Jan geniet met volle teugen van de zorgende An. Hij wil enkel worden verzorgd. De co-afhankelijkheid van het koppel had vanaf dag 1 mijn aandacht getrokken. Noch Jan, noch An lieten elkaar los. Wie Jan zag, zag An en omgekeerd. Hun complementaire, symbiotische relatie zou wel eens kunnen helpen om te stoppen met drinken. Tijdens de abstinentie zullen ze wel uit die collusie moeten geraken om terug evenwicht te brengen in hun vernieuwde relatie. Het is dan ook de vraag of An haar gevoelens van boosheid of verdriet gaan verdwijnen als het Jan zou lukken om te stoppen met drinken. Het is ook mogelijk dat Jan na het stoppen met drinken zal worstelen met zijn gevoelens. An voelde zich eveneens machteloos. Om dit los te laten, zou zij wat kennis moeten opdoen over wat verslaafd zijn betekent. Toen Jan meer informatie kreeg over alcohol en verslaving, via de ervaringsdeskundige van CMilA, wou An dit meevolgen. Helaas laat het beleid binnen CMilA niet toe dat de context de cursus mee kan volgen. Tijdens de groepsessies, samen met de 'anciens' werd meermaals herhaald dat de persoon met een verslaving zelf verantwoordelijk is voor wat hij doet en zijn herstel. Maar uiteraard draagt de directe omgeving ook de gevolgen. Zo nam Jans dochter afstand van hem. Ze wil hem niet meer zien. Het was voor haar genoeg geweest. Dat leek voor Jan dan weer een goede reden om te blijven drinken.... Jan zijn sociale netwerk werd alweer teruggeschroefd. Zijn motivatie om de therapie bij CMilA te blijven volgen verzwakte en plots stapte hij ook zelf uit de therapie. Hij kwam niet meer terug na de positieve alcoholtest. Jan zag zijn probleem niet. An verstopte ook haar gevoelens bij Jan als het over alcohol ging. Ze was bang voor de discussie als het over alcohol ging.

Het passend *geven en ontvangen* leerde Jan niet. Hij is van jongs af aan blootgesteld aan ellende. Het heden en verleden bepaalt Jans toekomst. De relaties in zijn leven zijn er van verdriet, pech en eenzaamheid. Zijn verhoudingen tot anderen voelden niet goed aan. Hij heeft veel afscheid moeten nemen van mensen in zijn leven, veelal zonder inspraak: zijn moeder die het gezin verliet, zijn stiefmoeder die hem op straat zette, gestrande huwelijken, zijn broer die zelfdoding pleegde en zijn dochter die hem niet meer wil zien. Jan ziet dit onrecht dat hem is aangedaan als een oorzaak van zijn ellende, de reden waarom hij meer en meer is beginnen drinken. De

onrechtvaardigheid die hij ervaart, geeft hem het *destructief recht* om roofofbouw te plegen op zijn gezondheid. Dit tekort draagt Jan onbewust met zich mee en hij denkt gerechtigd te zijn om alsnog te ontvangen wat hij heeft gemist. Hij presenteert zijn naastbetrokkenen de rekening voor dit onrecht dat hij in zijn leven heeft ervaren. Erkenning geven aan Jan dat dit onrecht dat hem is aangedaan, kan deze roulerende rekening verbreken. Het welbevinden van Jan en zijn levenskwaliteit zijn ver te zoeken. En dat komt omdat hij zich niet goed voelt in zijn vel. De relaties met anderen zijn er niet of zijn slecht. Als die relaties hersteld en terug in evenwicht kunnen worden gebracht, zal Jan zijn welbevinden terug stijgen. Dat kan gebeuren door de context te betrekken bij het behandelingsproces. Jan nam de kans niet om te geven in relaties en ontving alleen maar. De balans tussen geven en ontvangen helde volledig over naar de kant van ontvangen. Alcohol was zijn (enige) beste vriend geworden, waar hij altijd op kon rekenen. Vertrouwen binnen een relatie en verantwoordelijkheid opnemen kent hij amper. Hij heeft nooit geleerd, noch van zijn ouders, noch van vervangfiguren hoe hij passend geeft en ontvangt. Omdat hij het binnen de generationele context niet leerde, kan Jan ook binnen zijn partnerrelaties niet passend geven en ontvangen. Zijn leven is gemaakt door de vele interacties en gebeurtenissen in zijn bestaan. An vermijdt het onderwerp aan te snijden uit schrik voor conflicten. Ze offert zich op omdat ze bang is dat de relatie zou eindigen. De co-afhankelijkheid van de twee wordt in stand gehouden en An verliest haar eigen belangen uit het oog. Alles draait rond de verslaving van Jan. An gedraagt zich eerder als een moeder, als een verzorgende voor Jan. Daarenboven komt Jan er niet toe zijn schuld af te lossen naar zijn ouders toe. Er is hernieuwd contact met zijn moeder, maar het verleden wordt niet besproken en men doet alsof alles koek en ei is. Het verloren contact met zijn dochter raakt hem diep, maar tijdens de gesprekken laat hij dit niet blijken. Integendeel, hij doet alsof het hem niets kan schelen. Het lijkt hem niet gegund zijn generationele boekhouding in evenwicht te brengen.

6.1.7 Besluit

Uit de theorie kunnen we opmaken dat de erfelijke factor en de omgeving mee bepalend zijn voor alcoholverslaving. De militairen die, net als Jan, bij het CMilA aankloppen, hebben dikwijls een verhaal te vertellen over een ellendig verleden. Hun jeugd was er eentje om snel te vergeten. Ook traumatische gebeurtenissen in hun leven, zoals bij Jan tijdens een gewapende opdracht in Afghanistan, doen hen dikwijls naar de fles grijpen.

Momenteel is het CMilA beperkt in hun behandelingsproces en werkt het bijna uitsluitend met de cliënten. Het beleid dat Defensie voert beperkt zich tot de gratis hulpverlening voor de probleemdrinker en nergens in het verhaal wordt de context actief betrokken. Er wordt wel aangeraden om ook naast het traject bij CMilA naar groepsvergaderingen te gaan bij de AA of SOS Nuchterheid. Als een cliënt op intake komt met zijn partner, dan kan het personeel van CMilA niet anders dan de partner door te verwijzen naar andere organisaties. De familieleden worden, bij CMilA, niet betrokken. Bij een intake gebeurt het meestal dat de cliënten zwijgen over hun kinderen, partner en familie. Het lijkt alsof hoe meer mensen weten van hun wil om te stoppen met drinken, hoe sneller ze afscheid moeten nemen van hun geliefde product.

De theorie vertelt ons dat de context van de militair met een alcoholverslaving belangrijk is om van deze verslaving af te geraken. Het contextuele gedachtegoed van Nagy leert ons dat het welbevinden van de cliënt samenhangt met het geven en ontvangen in een relatie. Het is belangrijk dat gezinsleden de militair met een alcoholverslaving kunnen ondersteunen tijdens het behandelingsproces. Dankzij deze ondersteuning gaan ze een abstinente leven langer kunnen

volhouden. Het is dan ook belangrijk, naar de toekomst toe, dat CMiA hieraan tegemoet kan komen of mogelijkheden kan bieden. Daarbij zal het ook belangrijk zijn dat de Defensiestaf hier het nut van inziet en de nodige stappen onderneemt om de nodige middelen en personeel te voorzien binnen het CGG of eventuele connecties legt met andere hulporganisaties.

6.2 Tweede invalshoek : de psychologische kijk op alcoholverslaving

6.2.1 Inleiding

We keren terug naar de casus van mijn probleemstelling. An en Jan hebben in hun partnerrelatie elk een rugzak vol levensgebeurtenissen meegebracht. Hun familiale achtergrond maakt dat ze elk op hun eigen manier zijn omgegaan met de gebeurtenissen die op hun levenspad zijn verschenen. Hun ervaringen uit hun kindertijd, puberteit, adolescentie en jongvolwassenheid maken hen tot de volwassenen die ze vandaag zijn. Ze kregen van thuis uit normen en waarden mee. Ze leerden hoe ze moeten omgaan met regels en hun ouders gaven de gewoontes en tradities van de vorige generaties door aan hun kinderen. Deze erfenis was helaas niet altijd even positief. De erfenis die Jan meekreeg, was problematisch. Tijdens zijn puberjaren zag hij zijn ouders uit elkaar groeien, moest hij een echtscheiding verteren en werd vervolgens door de stiefmoeder op straat gezet. De gehechtheid van Jan met zijn opvoeders kunnen we wel degelijk onveilig noemen.

Het glas bier dat hij na zijn werkdag "verdiend" had, zorgde ervoor dat hij zijn zorgen kon vergeten. Dat dacht hij tenminste. Jan deelde zijn leven met zijn collega's, die net als hij, in een klein kamertje in de kazerne, genoten van de roes van hun product, alcohol genaamd. Hij gaf het slechte voorbeeld aan zijn dochter en dat bracht dan weer de breuk tussen vader en dochter teweeg.

Ik besprak in de eerste invalshoek dat een alcoholverslaving een hersenziekte is. Ik koppelde daarook de gevolgen van de alcoholverslaving aan vast. Want naast de persoon met een alcoholverslaving, lijdt ook de familie onder dit probleem. Bij het beschrijven van het contextuele gedachtegoed van de Hongaarse psychiater en familietherapeut Ivan Boszormenyi-Nagy heb ik de nadruk gelegd op het belang van passend geven en ontvangen in een relatie. Ik heb toen afgesloten met de loyaliteitsbanden in relaties en het destructief recht waar de persoon met een verslavingsproblematiek aanspraak op maakt om met de onrechtvaardigheid in zijn leven om te gaan.

In het eerste deel van deze invalshoek zal ik wat uitleg geven over gehechtheidsrelaties. Ik zal trachten te verduidelijken wat het verschil is tussen veilige en onveilige gehechtheid, waarbij ik zal aantonen hoe dit proefondervindelijk is onderzocht. In het tweede deel zal ik dieper ingaan op parentificatie. Ik zal de verschillen bespreken, alsook de vormen. Zo zal ik het ook hebben over de projectieve identificatie als uitgangspunt van deze parentificatie. Ik zal afsluiten met enkele protectieve factoren die het kind weerhouden om niet geparentificeerd te raken. In het laatste deel zal ik het hebben over intergenerationele overdracht bij verslaving. Ik zal bespreken dat we een rugzak meekrijgen van onze ouders met daarin zaken die we graag en minder graag hebben. De minder goede aspecten uit onze immateriële erfenis kunnen wel eens leiden tot een verslaving. Na de theoretische benadering zal ik deze opnieuw toepassen op Jan en An als gezin.

6.2.2 Gehechtheid

Kinderen die in een gezin vertoeven waar één of beide ouders alcoholverslaafd zijn, hebben het niet altijd gemakkelijk. Thuis kan voor hen een onveilige plek worden door de gedragsveranderingen van de zieke ouder. Ze zijn alert voor de onvoorspelbaarheid van deze ouder. Hun voelsprietten werken als de beste. Het parentificatiemechanisme beïnvloedt deze kinderen. Ze parentificeren. Ze houden het gedrag van de ouder in het oog. Als de stemming verandert, reageren ze erop om ruzies, geweld en escalaties te voorkomen. Ze willen niet dan

hun ouder verdrietig is. Ze plaatsen hun eigen gevoelens en noden op de achtergrond. Deze kinderen zijn uitermate kwetsbaar omdat de omgeving meestal niets merkt. Dit gezin sluit zich te vaak af van de 'gezonde' omgeving. De kans bestaat dat de hechting tussen ouder en kind verstoord raakt. De reden hiervoor is de emotionele instabiliteit van de eerste verzorger, de ouder. Er is geen balans meer tussen zelfvertrouwen en het vertrouwen in de ander. En dat is nu net wat nodig is om van een veilige gehechtheid te spreken. Deze kinderen hebben een verhoogde kans op de ontwikkeling van gedesorganiseerde of vermijdende hechting (Sorée, 2013, p. 252).

6.2.2.1 *Hechting*

Baars et al. (2013, p. 33) stellen dat de persoonlijkheid van een kind ontwikkelt dankzij de dyadische relatie met een ouder. Het kind moet zich gezien en gehoord voelen. Het is geliefd. Dit proces van hechting uit zich in het ontstaan van het 'zelf' van het kleine persoon. Hierbij ontwikkelt de binnenkant zich. Om de buitenkant van de persoon te ontwikkelen, heeft het kind een triade nodig. Het moet leren omgaan om driehoeksverhoudingen om zich zo een plaats in een groep toe te eigenen. De identiteit zal zo worden ontwikkeld. Baars et al. (2013, p. 33) verwijzen naar Bowlby die stelt dat elke baby die wordt geboren, nood heeft aan hechting met de ouder en dat deze er alles aan zal doen om fysiek en psychologisch te overleven. Baars et al. (2013, p. 33) verwijst naar Gervai die stelt dat het dynamisch hechtingsproces tussen ouder en kind een wederzijds proces is. Het eerste levensjaar van een individu is het belangrijkste in dit proces van hechting. De baby zoekt afstemming met de eerste zorgfiguur. Als de moeder de signalen begrijpt en ernaar handelt, zal er een wisselwerking tot stand komen die alsmat beter wordt. Er ontstaat een probleem met het vertrouwen als de moeder niet goed afstemt met de baby. De wisselwerking hapert. Baby's hebben een drang om te overleven. Daarvoor zoeken ze troost en verbinding. Als ze deze niet vinden, dan zijn ze emotioneel ontregeld. Op het einde van dat eerste levensjaar zijn deze baby's doelgericht en baseren ze zich op specifieke verwachtingen. Hoe kleine kinderen leren wat de beste manier is om te worden getroost of beschermd door de ouder, uit zich in het uiteindelijke gehechtheidssysteem (Baars et al., 2013, p. 34).

6.2.2.2 *Gehechtheidsstijlen*

Er zijn verschillende gehechtheidsstijlen. Zo is er de veilige en de onveilige gehechtheid. Deze laatste wordt onderverdeeld in drie types: de vermijdende hechting, de ambivalente hechting en de gedesoriënteerde hechting (Baars et al., 2013, p. 34). Via een experiment werden de verschillende stijlen van gehechtheid zichtbaar. Baars et al. (2013, p. 34) verwijzen naar het *strange situation*-experiment van Ainsworth et al. Een kind werd samen met de moeder in een ruimte gebracht. Na een tijdje kwam er een vreemde persoon bij. Nog eventjes later verliet de moeder de ruimte. De vreemde kan het kind niet troosten. De vreemde verlaat de kamer. Na enkele minuten komt de moeder terug in de kamer. Thoomes-Vreugdenhil (2016, p. 11) stelt dat bij veilige gehechtheid het kind na een korte separatie met de moeder een minimum onveilig gehechtheidsgedrag vertoont. Een vermijdend gehecht kind vermijdt actief de moeder na een korte separatie. Een afwerend gehecht kind vertoont tegenstrijdig gedrag door zich vast te klampen aan de moeder na een korte separatie. Helaas is het daarbij ontoestbaar. Dat maakt dat het afwerende aspect overheerst. Gedesoriënteerd gehecht wil zeggen dat het kind ambivalent gedrag vertoont. Het kind heeft angst van de moeder, maar het wil ook worden getroost door de moeder.

Kinderen hechten zich met meer dan één persoon. Er kan wel een verschil zijn in die gehechtheidsrelaties wat betreft betekenis en intensiteit. Ook gedurende de jaren veranderen de behoeften van het kind en opvoedingsfiguren moeten zich hieraan aanpassen. Wanneer een kind onveilig gehecht is, kunnen andere personen waarmee het kind een veilige band heeft, helpen compenseren. Deze systemen van gehechtheid worden actief bij verlies, gevaar, pijn, ziekte of als de gehechtheidspersoon afwezig is. Veiligheid creëren en emoties reguleren is het doel van het activeren van dit gehechtheidssysteem. Elkeen moet zijn emoties kunnen reguleren, levenslang, met een veilige verbinding om te kunnen vertrouwen (Baars et al., 2013, p. 35).

Baars et al. (2013, p. 35) stellen dat kinderen die niet veilig zijn gehecht, problemen krijgen met zelfvertrouwen en met het vertrouwen van anderen. De gehechtheid is een belangrijke basis voor de ontwikkeling op latere leeftijd. Baars et al. (2013, p. 35) verwijzen naar Bowlby en Sroufe die stellen dat de latere ontwikkeling kan worden voorspeld aan de hand van de gehechtheid tijdens het eerste levensjaar. Baars et al. (2013, p. 35) verwijzen naar Diamond die stelt dat er later alsnog een veilige gehechtheid tot stand kan komen dankzij therapie of dankzij een relatie met een veilig gehecht persoon.

6.2.3 Parentificatie

6.2.3.1 Constructief of destructief?

Wanneer een baby wordt geboren, zorgen ouders voor hun kind. Dit is een natuurlijk fenomeen. Maar soms is de ouder door bepaalde omstandigheden niet in staat om te zorgen voor het kind. Het gezin als systeem komt dan in gevaar. Heel vaak neemt het kind dan de rol van de ouder over om terug balans te brengen in het gezin. Kinderen zorgen dus ook voor hun ouders (Nuyts & Sels, 2017, p. 151). Nuyts en Sels (2017, p. 152) stellen dat kinderen heel veel bezig zijn met zorgen. Soms ziet de volwassene dit niet. Zo kan stout of kinderlijk gedrag een uiting zijn van betrokkenheid op de ouder. Wanneer een kind de rol van de ouder overneemt, spreken we van *parentificatie*. Het kind wil dat zijn gezin blijft bestaan. Daardoor wil het kind tot het uiterste gaan in zijn rol omdat het nergens anders heen wil. De situatie kan hij niet ontkomen, maar ook de relatie met zijn ouder is een vaststaand gegeven.

Lam (2016, p. 43) stelt dat het kind in het gezin soms de rol van steungever (aan de ouder) op zich neemt. Hulpverleners en deskundigen vinden deze rolwisseling dikwijls problematisch. Maar deze wisseling van rol kan ook een houvast bieden aan het kind. Het kan iets goed zijn voor de zelfwaardering van het kind. Het kind voelt zich nodig en belangrijk. Lam (2016, p. 44) verwijst naar Boszormenyi-Nagy Ivan, die de term parentificatie introduceerde. Het 'gevende' kind draagt uit loyaliteit zorg voor de ouder. Het zelfvertrouwen van het kind en zijn verantwoordelijkheidsgevoel zullen groeien, op voorwaarde dat deze ondersteuning gebeurt binnen zijn mogelijke, leeftijdsadequate ontwikkeling én dat de ouder dit erkent. We spreken dan over de *constructieve* vorm van parentificatie.

Ook Nuyts en Sels (2017, p. 153) verwijzen naar Boszormenyi-Nagy die zowel de destructieve als de constructieve effecten van parentificatie erkent. Geven en ontvangen is belangrijk in het leven van een volwassene. Dat leert eenieder in zijn kinderjaren. Als het kind voldoende wordt erkend voor zijn geven en als het niet te lang duurt of er niet te veel wordt gevraagd van het kind, dan hoeft parentificatie niet negatief te zijn voor zijn ontwikkeling. Het kind doet zo ervaring op voor zijn latere leven en het is een boost voor o.a. zijn zelfvertrouwen.

Hoste (2018, p. 129) stelt dat *constructieve* parentificatie soms voortvloeit uit een kortdurende verslaving. Het kind voert taken uit die beperkt en leeftijdsadequaaf zijn. Het is een soort gecontroleerde parentificatie, die volgens Heylen en Janssens zelfs ten goede kan komen van de persoonsontwikkeling en identiteitsvorming.

Kinet (2018, p. 14) verwijst naar Nagy die het gedrag van de ouder, die een kind parentificeert, als een vorm van symbiotische afhankelijkheid beschouwt. De constructieve vorm van parentificatie beschouwt hij als een functionele afhankelijkheid. Het kind neemt dan een aantal praktische taken over van de ouder. Dit kan worden gezien als het oefenen van verantwoordelijkheid. Dit kan positief zijn voor het kind, indien de taak adequaat is voor de leeftijd van het kind en het hiervoor mandaat en erkenning krijgt. Het geparentificeerde kind ervaart dan dat het iemand is, dat het wordt gezien en dat het bestaat. De zelfafbakening kan verder evolueren. Het kind zijn gevoel van zelfwaarde zal ook stijgen. Het kind dat geparentificeerd is, voelt dat het ertoe doet en dat het waardevol is voor anderen, maar ook voor zichzelf.

Tegenover de constructieve parentificatie plaatst Kinet (2018, p. 14) de destructieve vorm. Hij spreekt over de zijnsafhankelijkheid. Het kind krijgt de kans niet om zich te ontwikkelen tot een zelfstandig persoon. Het kind moet tegemoetkomen aan de noden van de ouders. Dit betekent een hypotheek op de volwassenheid van het kind op vlak van ontwikkeling en functionering. Het kind zit gevangen in een existentiële loyaliteit ten aanzien van zijn ouder. Het zit gevangen in het gezinssysteem en kan er amper uit ontsnappen. Het is een *rotte roeping* die boven zijn hoofd hangt. De zorg en verantwoordelijkheid wordt van de ouder overgenomen. Het kind houdt zichzelf groot. Het wordt als het ware zijn grootouder van zichzelf. Helaas zal het kind daar de rekening voor voorgeschoteld krijgen. Zowel op cognitief, sociaal, emotioneel als biologisch vlak kunnen er zich problemen voordoen. De pathologische impact van parentificatie wordt door de ouders niet erkend. Door te parentificeren verhinderen ouders hun kind zich te ontplooien. Een identiteitsstoornis kan het gevolg zijn van de opoffering van het kind.

Nuyts en Sels (2017, p. 153) stellen dat het gebeurt dat een kind te veel en te lang zorgen op zich moet nemen. Als ouders hun gevoelens en behoeften gaan projecteren op hun kinderen, dan loopt het kind gevaar om slachtoffer te worden van *projectieve identificatie*. Het kind is gedoemd om te mislukken in zijn poging de ouder te helpen met zijn kwetsuren, zijn gemis. Het is namelijk niet mogelijk om deze noden over te nemen. Gevolg is natuurlijk dat het kind zich schuldig gaat voelen en boos zal worden. De loyaliteit naar zijn ouders toe en de ambivalente gevoelens maken dat het kind te veel verstrengeld raakt met hen (Nuyts en Sels, 2017, p. 154). Nagy noemt dit *destructieve parentificatie* als voor de inzet van het kind geen erkenning wordt gegeven door ouders en familie of vrienden. Er is een verstoorde balans tussen geven en ontvangen en de ontwikkeling van het kind komt hier in het gedrang. Lam (2016, p. 44) stelt dat een kind soms wordt belast door de ouders met ontwikkelingsinadequate taken. Het kind geeft dan 'iets' aan de ouder, wat het eigenlijk zelf nodig heeft. Hoste (2018, p. 129) stelt dat een destructieve parentificatie meestal het gevolg is van een langdurige of korte, maar hevige verslaving. Door de geparentificeerde rol mist het kind belangrijke identiteitsontwikkelingen zoals ervaringen en vaardigheden. Hoste (2018, p. 129) verwijst naar Michielsen die schrijft dat er een evenredige verhouding bestaat tussen de zwaarte van de verwaarlozing en de loyaliteit van het kind dat zorgt. KOAP (Kinderen van Ouders met een Afhankelijkheidsprobleem) ontwikkelen eerder destructieve parentificatie omdat hun ouder te lang wacht om naar de hulpverlening te stappen enerzijds. Anderzijds speelt het veelvuldige herval een rol (Hoste, 2018, p. 130). Het kind koestert

hoop na maanden abstinentie, maar blijft alert om opnieuw de zorgtaak te moeten opnemen. Hoste (2018, p. 130) verwijst naar Byng-Hall die stelt dat sommige kinderen zich helemaal identificeren met hun geparentificeerde rol. Relationele factoren, zoals de erkenning spelen ook een rol. Hoste (2018, p. 130) verwijst naar Michielsen die stelt dat het vele geven door het kind niet wordt gezien bij destructieve parentificatie. Ook de zaken die het kind tekortkomt, blijven onzichtbaar. Hoste (2018, p. 130) verwijst tevens naar Nagy die stelt dat ouders hun kinderen opzadelen met schuldgevoelens door de vele aantijgingen die ze krijgen en het ontbreken van erkenning van wat ze doen voor het gezin. Hoe subtieler deze schuld wordt geïnduceerd, hoe erger de destructieve parentificatie.

Lam (2016, p. 44) stelt dat Alice van der Pas kritiek heeft op de term parentificatie. Ze is van mening dat de ouder zich niet kan ontdoen van de verantwoordelijkheid die deze heeft ten aanzien van het kind. Het kind kan nooit dit besef van verantwoordelijkheid overnemen. De term parentificatie diskwalificeert de ouders, volgens van der Pas. Lam (2016, p. 44) gebruikt liever het woord rolwisseling. In de constructieve vorm van parentificatie is deze rolwisseling tijdelijk, functioneel en leerzaam. Als de draaglast voor het kind daarentegen te groot wordt, omwille van niet-passende verantwoordelijkheden die van hem worden verwacht, ontstaat er een situatie die niet gewenst noch gezond is. Het geven en ontvangen in de ouder-kindrelatie is in disbalans. We vergelijken dit met de destructieve vorm van parentificatie.

6.2.3.2 *De overschrijding van de generatiegrens*

Hoste (2018, p. 127) verwijst naar Caroll die stelt dat uit onderzoek blijkt dat parentificatie meer voorkomt bij KOAP (Kinderen van Ouders met een Afhankelijkheidsprobleem) dan niet-KOAP. Hoste (2018, p. 127) verwijst ook naar Kelley die stelt dat KOAP met een drinkende moeder meer kans hebben op parentificatie dan met een drinkende vader. Hoste (2018, p. 127) verwijst naar Chase die schrijft dat parentificatie optreedt als de ouder niet meer "good-enough" is of als deze zich te veel focust op de conflicten met de partner. Hoste (2018, p. 127) verwijst ook naar Nagy die stelt dat kinderen vanuit hun natuurlijke loyaliteit en bezorgdheid naar de ouder toe, de grens tussen generaties laten vervagen. Door de werking van alcohol heeft de ouder het niet gemakkelijk om een "good-enough" ouder te zijn voor het kind. De balans afstand-nabijheid, het bieden van structuur en continuïteit, het model van identificatie vormen, het informeren van kinderen en vragen van sociale steun wordt bemoeilijkt. De grens vervaagt, mede door de conflicten tussen de ouders en de vele zorgen van de niet-drinkende ouder. Zo wordt nog meer op de loyaliteit van het kind gesteund. Het kind neemt een actieve rol op in het gezin. Dit kind tracht het "tekort" in het gezin op te vullen. Door deze rol, een geparentificeerde rol weliswaar, op te nemen kan het kind alsnog een vorm van nabijheid ervaren met zijn ouder. De plicht als verantwoordelijke ouder verdwijnt stilletjes aan met als gevolg dat de relatie ouder-kind wordt omgedraaid. Er is sprake van parentificatie (Hoste, 2018, p. 128). Kinet (2018, p. 15) verwijst naar Alice van der Pas die als kenmerk van parentificatie, het overschrijden van de generatielijn noemt. Voor haar is parentificatie een onbewust pathologisch proces waarin emotionele verlangens diep vanbinnen, zowel ouder als kind, sturen. Het geparentificeerde kind wordt door de ouders afgewezen in het kind zijn. De parentificerende ouder verkiest ouderachtig gedrag van het kind boven leeftijdsadequaat gedrag. Met dit ouderachtig gedrag bedoelt Alice van der Pas gedrag dat het vermogen van bevatten door het kind te boven gaat. Het kind kan er niet goed greep op houden en schiet dan tekort in de ouderrol. De ouder accepteert het kind pas als het hen steun, affectie of leiding geeft. Het geparentificeerde kind verzet zich amper. Als het protesteert zal het tegen verandering zijn. Daarenboven identificeert het kind zich met zijn

ouder. Dit kunnen we vergelijken met het Stockholmsyndroom waar gijzelaars sympathiseren met de gijzelnemers¹⁶. De verantwoordelijkheid die het kind krijgt, kan hem ook paaien. Omdat het kind ook vaak weinig contact heeft met leeftijdsgenoten, zoekt het kind dus zijn affectie 'thuis'. Het kind verzet zich dan ook als zijn verantwoordelijkheden (en de bijhorende affectie) worden afgenomen (Kinet, 2018, p. 16).

6.2.3.3 *Projectieve identificatie*

Hoste (2018, p. 131) verwijst naar Verheul die stelt dat bij meer dan de helft van de psychiatrische populatie met een afhankelijkheidsprobleem een dubbeldiagnose wordt gesteld. Probleemdrinkers hebben vaak ook te kampen met andere problemen. De ouder met eveneens een persoonlijkheidsstoornis legt het kind op om afgesplitste delen van zichzelf verder uit te leven (projectieve identificatie) en het kind moet ook aan de niet- vervulde of onbewuste wensen van de ouder voldoen. Doordat het kind hier steeds op ingaat, omwille van zijn loyaliteit, ontstaat er een stijgende co-afhankelijkheid tussen ouder en kind. Dit belast de ouder, maar ook de ontwikkeling van het kind wordt hierdoor eenzijdiger. In toekomstige belangrijke relaties zal dit patroon zich herhalen. Door de vele ellende die deze multi-probleem gezinnen kennen, herkent men soms het drankprobleem niet meer. Hoste (2018, p. 130) verwijst naar Cuijpers die stelt dat regelmatig alcoholmisbruik wordt vastgesteld waar kindermishandeling plaatsvindt. Hoste (2018, p. 130) verwijst naar Widom die schrijft dat alcoholmisbruik een rol speelt in meer dan de helft van de gezinnen waar incest en seksueel misbruik wordt geconstateerd.

Kinet (2018, p. 16) schrijft dat gezinstherapeuten vaak een brug slaan naar de psychoanalyse door parentificatie in verband te brengen met projectieve identificatie. Projectieve identificatie is volgens Kinet 'het projecteren van afgesplitste delen van de persoonlijkheid in de ander, waarbij de ander in de interactie zodanig wordt beïnvloed dat hij zich steeds meer conform gaat gedragen.' Kinet (2018, p. 17) verwijst naar Oppenoorth die stelt dat projectieve identificatie de fundering is van de parentificatie. Dit afweermechanisme van de ouders heeft een enorme impact op het kind. Het geparentificeerde kind assimileert met het afgesplitste deel van de ouder. Dit versterkt de primitieve afweer van die ouder. Ouder en kind zitten in een vicieuze cirkel van co-afhankelijkheid. Als dit kind op volwassen leeftijd de band verbreekt met de ouder, neemt het dit interactioneel patroon met zich mee. Het noodlot bestaat erin dat dit proces transgeneratieel kan worden doorgegeven en zich zo zal herhalen. Kinet (2018, p. 17) verwijst naar Van Mierlo die het belang van projectieve identificatie nog dieper uitwerkt. Afhankelijk van welk deel de ouder projecteert op het kind, variëren de vormen van parentificatie. Daarbij is het ook belangrijk in welk thema de ouder is vastgelopen. Daarbij worden twee uitersten vernoemd. Vooreerst is er de ouder die verwacht dat het kind aan de orale zorgbehoeften voldoet. De andere pool veronderstelt dat het kind voldoet aan de narcistische gedragsverwachtingen van de ouder.

¹⁶ [Op Wikipedia](#): De benaming komt van de Norrmalmstorg-overval op de *Kreditbanken* aan het Norrmalmstorg in Stockholm en de daaropvolgende gijzeling van 23 tot 28 augustus 1973. De gegijzelden namen het voor hun gijzelnemers op, zelfs nog ná de zesdaagse gijzeling. Tijdens de verhoren hielden ze zich in ten voordele van de gijzelnemers. De criminoloog en psychiater Nils Bejerot, die de politie toen bijstond, gaf uiteindelijk de naam aan dit verschijnsel. Aangenomen wordt dat het stockholmsyndroom tot ontwikkeling kan komen in een omstandigheid waar de gijzelnemer absolute controle over de gegijzelden kan uitoefenen en binnen die absolute controle voorziet in de basisbehoeften van het slachtoffer, bijvoorbeeld door het geven van voedsel of beschutting. Voor buitenstaanders is dit een paradoxale situatie, omdat het ook bij de gegijzelde bekend is dat hij zich slechts in een afhankelijke situatie bevindt als gevolg van de acties van de gijzelnemer.

6.2.3.4 *Vormen van parentificatie*

In een gezin waar verslaving huist, draait alles rond alcohol. Dit alles is ten koste van de individuele noden van elke persoon uit dat gezin. Hoste (2018, p. 133) verwijst naar Chase die stelt dat sommige gezinsleden een beschermende rol opnemen omdat het gezinssysteem wordt bedreigd. De projectieve identificatie bij het kind versterkt. Het kind bevestigt het afgesplitste deel van de probleemdrukker. Hoste (2018, p. 133) verwijst naar Michielsen die in overeenstemming met de gekende collusies van Jurg Willi enkele vormen van parentificatie beschrijft. Dit doen ze volgens de ontwikkelingsthema's van kinderen. Het gebeurt dat er zich binnen één gezin verschillende parentificatievormen voordoen. Maar het kan ook zijn dat een kind meerdere vormen op zich neemt en dus regelmatig wisselt. Alle vormen van parentificatie hinderen de persoonsontwikkeling. Het kind verwaarloost immers zijn eigen behoeften en zet de noden van het gezin voorop. Onbewust overschrijdt het kind de generatielijn. Pas als het zelf als volwassene in het leven stapt, zal hij zich hiervan bewust worden. Wanneer het kind wordt gescheiden van de opgenomen geparentificeerde rol, zullen problemen rond intimiteit en identiteit de kop opsteken. Hoste (2018, p. 133) verwijst naar Chase die zegt: "De narcistische gratificatie valt weg".

6.2.3.4.1 *Het zorgende kind*

De parentificatievorm die het meest wordt herkend, is het *zorgende kind* (Hoste, 2018, p. 133). Het KOAP steunt en troost zowel de ouder met een alcoholverslaving als de niet-verslaafde ouder, op instrumenteel en emotioneel vlak. Het kind 'geeft' voortdurend en is niet in staat om te ontvangen. Als het al ontvangt, heeft het kind een gevoel dat het de andere persoon tekortdoet of dat deze te veel geeft. Tot overmaat van ramp biedt deze zorg ook geen garantie dat de ouder stopt met drinken. De probleemdrukker belooft wel te stoppen, maar dat gebeurt zelden. Daarom zal het kind zich schuldig voelen en denken dat het niet competent is. Het kind slaagt er immers niet in om de ouder te doen stoppen met drinken. Dit kind krijgt een negatief zelfbeeld en voelt zich minderwaardig. Ze blijven zich zorgen maken, met uitputting en depressie tot gevolg. Deze parentificatievorm stopt niet als de probleemdrukker abtinent is. Door het zorgen voor de ouder heeft het kind controle verworven. Het kind geeft deze controle soms moeilijk op. Het KOAP zal dan wel veel empathie aan de dag kunnen leggen, maar is zich niet bewust van zijn eigen wensen en behoeften. Telkens is dit kind teleurgesteld omdat de 'andere' nooit evenredig geeft wat het kind geeft. Ze voelen dat hun onrecht wordt aangedaan. Deze frustratie brengt hen dikwijls zelf in een spiraal van alcoholmisbruik opdat ze deze onaangename ervaringen niet bewust zouden moeten meemaken (Hoste, 2018, p. 134). Kinet (2018, p. 17) stelt dat deze meest klassieke parentificatie van het zorgende kind draait rond het orale thema 'zorg'. Deze vorm wordt makkelijk herkend en gesignaleerd. Een zorgend kind doet taken in het huishouden. Daarnaast biedt het emotionele steun aan de ouders en de siblings. Het kind troost hen ook. Daarenboven dienen zij als gesprekspartner voor zowel de ouders als de broers of zussen. Ze zijn een steun en toeverlaat. Dit zorgend kind leerde al snel om empathisch te zijn en zich in te leven in hun ouder. Ze willen voldoen aan de behoefte van de ouder. Onbewust trachten ze de pijn van de ouder weg te nemen. Deze pijn van de ouders komt voort uit het onverwerkte verleden. De ouders hebben vaak een geschiedenis van tekort aan ouders die voor hen zorgden. Deze zijn vaak overbelast. De kinderen kunnen niet op hen rekenen (Kinet, 2018, p. 18).

6.2.3.4.2 *Het kind-dat-kind-moet-blijven*

Hoste (2018, p. 134) vervolgt met een tweede vorm van parentificatie, nl. het *kind-dat-kind-moet-blijven*. Dit kind is loyaal aan de behoefte aan zorg van de ouder en blijft er dus afhankelijk van. Het kind is meestal jong en de situatie wordt erger als het aanstalten maakt uit huis te trekken. Wanneer de partner die niet drinkt te veel frustratie heeft omdat de partner maar niet stopt met drinken, moet het jonge kind de verzorging op zich nemen. Voor de niet-drinkende partner blijft er ook een andere interactie bestaan met het kind en blijft deze niet alleen achter met de partner. De drinkende ouder voelt zich schuldig en gaat mee in verwennerij. Deze ouder overbeschermt het kind. Dat beschadigt het recht van geven van het kind. Het kind voelt zich verraden en tekortgedaan: het is ervan overtuigd dat de anderen geven wat ze denken dat het kind nodig heeft zonder dat het daar iets voor moet doen. Dit verwennen zal op latere leeftijd zorgen dat hij of zij snel gefrustreerd raakt. Wanneer negatieve kritiek wordt geuit, zal het geparentificeerde kind een lage frustratietolerantie vertonen. Het heeft niet geleerd deze frustraties om te buigen. Als hier een alcoholproblematiek uit ontstaat, zal dit kind het ontstaan van het drankmisbruik en de oplossingen ervan ten onrechte in de ander zijn schoenen schuiven. Kinet (2018, p. 18) stelt dat het kind-dat-kind-moet-blijven een subtielere vorm is van parentificatie. Dikwijls komt dit voor bij de jongste kinderen van het gezin. Dit kinderachtig klein houden van het kind is nefast voor de individuatie en de seksuering. Er ontstaat onevenwicht in de balans geven-ontvangen bij het kind. Het zal blijven verwachten dat iedereen geeft wat het nodig heeft, zonder er zelf wat voor te moeten doen. Het kind leert niet geven. Het ontvangt alleen maar. De ouders voelen zich hier wel de verantwoordelijken. Het kind leert niet wat wederkerigheid is en kent geen symmetrische verhoudingen. Het leert geen sociale interacties. Op lange termijn voelen deze kinderen zich tekortgedaan. Ze kunnen moeilijk omgaan met frustratie. Ze verwachten steeds een ja als antwoord; een neen kunnen ze niet aanvaarden. Deze verwennende vorm van parentificatie kenmerkt zich met gevoelens van almacht, grenzeloosheid en moeilijkheden met hiërarchie. Kritiek kunnen ze amper verdragen en deze kinderen manipuleren anderen.

6.2.3.4.3 *Het perfecte kind*

Het *perfecte kind* is een derde vorm van parentificatie (Hoste, 2018, p. 134). Dit kind wil alle verwachtingen van de ouders inlossen. Veelal doen ze dit omdat er al genoeg spanningen in het gezin aanwezig zijn. Omdat hun leven zo onvoorspelbaar is, houden ze er zo controle over. Het kind heeft geen aandacht voor zijn eigen emoties, noch de eigen behoeftes. De eigenheid van het kind verdwijnt door de vele aanpassingen. Deze kinderen ervaren stress en psychosomatische klachten. Hulpverleners hebben het moeilijk om hen te bereiken omdat zowel het kind als de ouder geen hulp vraagt of toelaat. Zij leven in functie van de ander. Ze hebben het moeilijk om met hun eigen wensen om te gaan. Daarom kunnen zij ook gemakkelijk zelf verslaafd raken. Meestal gebeurt het dan ook stiekem. Ze laten het alcoholmisbruik ver komen en dat maakt de problematiek ernstiger.

6.2.3.4.4 *De zondebok*

Hoste (2018, p. 135) beschrijft het kind in een vierde vorm van parentificatie als de *zondebok*. Het kind dient als bliksemafleider voor de spanningen in het gezin. Vooral als een ouder ermee dreigt om op te stappen, dan komt deze vorm van parentificeren vaak voor. Deze vorm zet ook de ouder met de neus op de feiten dat hij of zij het ouderschap moet opnemen. Andere gezinsleden doen dan alsof hun neus bloedt, alsof er geen problemen zijn rond verslaving of in de partnerrelatie. Ze ontkennen het ganse gebeuren. Als de spanning in het gezin hoog oploopt, wordt veelal de

zondebok verbannen uit het gezin. Het kind toont zijn loyaliteit door het slechte pad te kiezen en dat kan ook alcoholmisbruik omvatten. In latere levensfasen zal het kind moeilijk relaties kunnen aangaan omwille van het wantrouwen dat hij heeft ervaren als geparentificeerd kind. Het kind voelt zich niets waard en isoleert zich op sociaal vlak. De zondebok laat geen hulp meer toe. Kinet (2018, p. 18) stelt dat het narcistisch thema aan bod komt bij de zondebok. De ouders sluiten het kind op door hun verwachtingen. De ouders verwachten namelijk van het kind dat het verantwoordelijk is voor de ouder. Opdat het nog wat greep zou krijgen op de gespannen situatie, stelt het zich op als bliksemafleider. Het kind is als het ware de schuldige van de vele hoogoplopende ruzies. Het is in het voordeel van het gezin dat dit kind zich opoffert. Het zelfbeeld van de zondebok is geraakt en het voelt zich minderwaardig. Het is jaloers en vertrouwt niemand. Hieruit kunnen verschillende persoonlijkheidsstoornissen voortgroeien (Kinet, 2018, p. 19).

6.2.3.4.5 *Het geslacht*

Als laatste vertelt Hoste (2018, p.135) ons dat het geslacht van de probleemdrinker de parentificatievorm beïnvloedt. Een vader gebruikt o.a. meer woede, geweld en mishandeling. Er komen vaker ruzies voor. Het kind zal makkelijk de klappen opvangen voor de andere gezinsleden. In deze gezinnen wordt ook seksueel misbruik vastgesteld. Wanneer de moeder de probleemdrinker is, wordt er vaak emotionele verwaarlozing opgemerkt in het probleemgezin. Ze besteedt geen aandacht aan regelmaat, structuur en beleving. Hoste (2018, p. 135) verwijst naar Cuijpers die stelt dat de moeder soms moeilijk het huishouden kan runnen. De kinderen nemen deze verantwoordelijkheid vrij snel over.

6.2.3.5 *Beschermende factoren*

Kinderen kunnen problemen krijgen als zij geen sociale steun ontvangen, geen activiteiten buitenshuis doen, geen ruimte hebben voor andere intieme relaties en ze geen reëel beeld hebben van hun drinkende ouder. Kortom, er ontbreken beschermende factoren. In iedere leeftijdsfase manifesteren de gevolgen van dit ontbreken op een andere manier. Wanneer de problemen met de ouder zich voordoen, is de invloed op de ontwikkeling van het kind groter als het kind jong is. Het kind zal parentificeren, d.w.z. dat deze de rol van de ouder overneemt (Sorée, 2013, p. 253).

Hoste (2018, p. 131) stelt dat de parentificatiegraad afhangt van de aan- of afwezigheid van beschermende factoren. Zo wordt er meer of minder appel gedaan op het kind. Een eerste protectieve factor is het de *aanwezigheid van een andere zorgverstreker*. Dat kan bijvoorbeeld de niet-verslaafde andere ouder zijn. Deze persoon kan bepaalde tekorten opvangen en de zorg voor de kinderen en de partner met een verslavingsproblematiek op zich nemen. Leerkrachten, grootouders of burens kunnen ook een beschermende rol op zich nemen. Lam (2016, p. 38) schrijft dat een 'gezonde' ouder die betrokken is als buffer kan dienen voor het geparentificeerde kind.

De *aanwezigheid van een partnerrelatie of de kwaliteit* ervan kan een tweede beschermende factor zijn (Hoste, 2018, p. 131). Uit onderzoek bleek dat in twee-ouder gezinnen minder geparentificeerde kinderen wonen. Deze kinderen hoeven meestal geen ouderrol op zich te nemen.

Hoste (2018, p. 132) beschrijft een derde factor die bescherming biedt aan kinderen binnen het gezin. Het zijn de *overblijvende pedagogische vaardigheden* van de probleemdrinker. We weten

dat er nefaste impact is van de verslaving op het kind wat betreft het bieden van structuur, afgrenzen, emotionele beschikbaarheid en het vermogen tot mentaliseren¹⁷.

Het komt de gehechtheid echter wel ten goede als de ouder tijdens zijn nuchtere momenten positief gedrag stelt. Meestal gaat dit samen met de aanwezigheid van veilige hechting met de ouder tijdens de eerste levensjaren van het kind. Lam (2016, p. 40) stelt dat buistenstaanders soms in de verleiding komen om te denken dat ouders met een verslaving een slechte relatie hebben met hun kind. Maar deze uitspraak is niet altijd waar. Een ouder-kindrelatie bestaat uit tweerichtingsverkeer. Het geparentificeerde kind heeft ook zijn inbreng. Als de ouder met een verslavingsproblematiek betrokken kan en wil zijn, kan de relatie alsnog goed of slecht te noemen zijn. Dat hangt dus van beiden af.

Een vierde protectieve factor kan de *leeftijd* van het kind zijn. Bij jonge kinderen is de zorgtaak meestal niet aangepast aan de leeftijd. Hoste (2018, p. 132) verwijst naar Chase die stelt dat de hulpbronnen van het kind sneller opraken en dat heeft een impact op de ontwikkelingstaken waar het kind vóór staat.

De *aanwezigheid van een broer en/of zus* in het gezin kan ook een beschermende determinant zijn. De taken om de probleemdrinker te verzorgen, kunnen bijvoorbeeld worden verdeeld. Als de taken op één kind zijn schouder terecht komen, is dat natuurlijk niet zo. Zo kan het zijn dat het oudste kind zorgt voor de veiligheid van de siblings (meestal de oudste broer) of de huishoudelijke taken en emotionele taken (meestal de oudste zus) op zich neemt. De "oudsten" kunnen de anderen ondersteunen en de nodige empathie aan de dag brengen om tot een volwaardig persoon uit te groeien. De sterke relaties tussen broers en zussen hebben tevens een beschermende werking voor gedragsproblemen. Zo leren zij ook al wat gelijkwaardige relaties zijn en deze sociale interacties kunnen op latere leeftijd van pas komen.

Lam (2016, p. 39) stelt dat bepaalde ervaringen het leven van een kind sterker beïnvloeden naarmate het jonger is. Het kind ervaart deze gebeurtenissen als normaal, als bekend en dat wordt opgeslagen in het brein. Lam (2016, p. 39) verwijst naar Bruce Perry, een Amerikaanse kinderpsychiater, die stelt dat de hersenen op basis van deze geheugensjablonen de wereld tracht te begrijpen. Dit sjabloon gebruiken we onbewust. Zo verwerken we nieuwe informatie. Lam (2016, p. 39) stelt dat het jonge kind ook meer aangewezen is op de zorg en de aandacht van de opvoeders. Een moeder die gedurende lange tijd kampt met een verslaving zal bijvoorbeeld onvoldoende de behoeften van haar baby waarnemen. Een normale ouder-kindrelatie komt in het gedrang en bezoedelt de emotionele ontwikkeling van het kind.

Als laatste beschermende factor vermeldt Hoste (2018, p. 132) het *contact met leeftijdsgenoten*. Toch is het ook mogelijks een risicofactor omdat deze kinderen vaak door hun leeftijdsgenoten worden aanzien als te ernstig en verantwoordelijk. Het contact met hun peers wordt ook vaak verhinderd door de probleemdrinker. Hoste (2018, p. 133) verwijst naar Jurkovic die stelt dat dit contact het krijgen van zorg (dat het kind hen geeft) zou verhinderen.

6.2.4 Een intergenerationeel patroon bij verslaving

Hoste (2018, p. 136) stelt dat KOAP een grotere kans hebben om een verslavings- of ander psychisch probleem te ontwikkelen. Er moet worden gezocht naar een oorzaak omdat het lijkt dat deze mechanismen transgenerationeel worden overgedragen. Onderzoeken hieromtrent

¹⁷ Mentaliseren betekent dat gedrag kan worden begrepen door ze te koppelen aan overtuigingen, wensen, gevoelens en gedachten.

kunnen leiden tot middelen ter preventie voor de volgende generaties (Hoste, 2018, p. 137). Deze mechanismen die generatie op generatie lijken terug te komen, moeten worden verklaard vanuit meerdere determinanten. Hoste (2018, p. 137) verwijst naar Hebbrecht die stelt dat erfelijke invloeden, omgevings- en ontwikkelingsfactoren samen een rol spelen bij het ontstaan van o.a. een verslaving. Er moet steeds worden gedacht aan multifactoriële oorzaken als we willen beschrijven wat de mogelijke invloed van parentificatie is op het ontstaan van verslavingen bij KOAP. Daarenboven vormen deze KOAP geen homogene groep. Er zijn tal van beschermende, maar ook risicofactoren die bepalen wat de omvang van de parentificatie is. Het is ook gekend dat er KOAP zijn die niet geparentificeerd zijn, ook al werkt het verslavingsproces dit in de hand.

Wiers en Engels (2014, p. 473) stellen dat door het bestuderen van adoptiekinderen en tweelingen de erfelijke component van verslaving is onderzocht. Middelengebruik en – misbruik is voor 40 tot 60 % te verklaren door erfelijke factoren. Voor alcohol ligt het percentage rond de 50 %. Erfelijke factoren spelen dus een belangrijke rol. Interacties tussen genen en omgevingsfactoren zijn hierbij cruciaal. Deze erfelijke factor speelt vooral een grote rol bij het ontwikkelen van overmatig gebruik, misbruik en verslaving en minder bij het beginnen met drinken. Sommige genen hangen meer samen met het algemene risico om verslaafd te raken. Hieronder valt bijvoorbeeld de persoonlijkheid van een individu. Het risico voor een bepaalde verslaving moet dan weer samen worden gezien met andere genen. De individuele verschillen in hoe het individu reageert op alcohol valt hieronder. Sommige genen werken beschermend, zoals slecht alcohol verdragen (Wiers & Engels, 2014, p. 473). Uit onderzoek naar de invloed van de sociale directe omgeving van adolescenten werd vastgesteld dat er een verband bestaat tussen het gebruik van alcohol en het ouderlijk alcoholmisbruik op de ontwikkeling van de adolescenten. Daarnaast stelde men ook vast dat de opvoeding van de ouders (met focus op voorkomen van alcoholgebruik) en de kwaliteit van de ouder-kindrelatie *preventief* werken. De invloed van leeftijdsgenoten is, blijkt niet zo duidelijk uit onderzoek. Studies, gericht op de interactie tussen genen en omgeving, tonen aan dat het afhangt van stressvolle gebeurtenissen in de jeugd of de genetische kwetsbaarheid zich uit in alcoholmisbruik. Een studie van Rose et al. bevestigt dat de ontwikkeling van een verslavingsproblematiek het gevolg kan zijn van de interactie tussen omgevingsfactoren, zoals opvoeding en woonsituatie, en genetische kwetsbaarheid (Wiers & Engels, 2014, p. 474). Wiers en Engels (2014, p. 481) stellen dat genetische beschermende factoren ook een rol spelen in het gebruik van alcohol. Zo veroorzaakt deze factor een ongunstige reactie op alcohol. Samen met de kwetsbaarheidsfactoren ontwikkelen deze genetische factoren een relatief gunstige cognitie wat alcohol betreft. Relatief negatieve verwachtingen en zelfs een automatische aversieve reactie op alcohol worden soms opgemerkt. Uit ouder onderzoek blijkt dat intelligentie een protectieve factor is. Het feit dat ouders niet zelf drinken, ondersteunend, controlerend en superviserend (en dus geen sterke emotionele afstand nemen van hun adolescent) zijn, maakt dat deze gunstige familiale omstandigheden beschermend zijn (Wiers & Engels, 2014, p. 482).

Wiers en Engels (2014, p. 480) stellen dat de rol van de ouders bij het ontwikkelen van een verslaving recentelijk terug onder de aandacht is gebracht. De sociale beïnvloeding, waarvan men vroeger uitging dat die enkel door de leeftijdsgenoten gebeurde, wordt nu ook aan de ouders toegeschreven. Ouders hebben wel degelijk invloed op de ontwikkeling van hun adolescenten. Ouders kunnen in de beginfase van middelengebruik van jongeren een grote rol spelen op vlak van preventie. Het gebruik van alcohol door de ouders zelf heeft een *indirect* effect op de jongere. Deze overmatig drinkende ouders zijn permissiever: ze laten makkelijker toe dat

de jongere zelf gaat drinken. Deze jongeren krijgen minder steun van hun ouders. Het is ook zo dat deze ouders een niet al te beste huwelijkskwaliteit ervaren. Dit is dan weer een risicofactor voor problemen bij kinderen. Deze ouders bespreken het gebruik van alcohol ook niet op een constructieve en functionele manier met hun kinderen. De opvoeding die de ouders hanteren heeft ook een *direct* effect op de adolescent. Studies tonen aan dat kinderen minder snel alcohol gaan drinken als de ouders op expliciete manier regels opleggen aan hun kinderen. Daarbij is de belangrijkste regel: verbiedt het alcoholgebruik. Dit werkt bij zowel jongens als meisjes en in de loop der tijd. Zelfs in de late adolescentie wordt het effect opgemerkt van deze strenge regels. Naast het opstellen van regels lijkt het constructief bespreken van alcoholgebruik een tweede direct effect te zijn op het nuttigen van alcohol bij jongeren. Uit studies is gebleken dat kinderen van ouders die vaak en niet-constructief praten over alcohol eerder naar het product grijpen. Kennis over het gebruik van alcohol van hun kinderen, maar ook van hun vrienden, lijkt een belangrijke rol te spelen. Ouders onderschatten meestal het alcoholgebruik van zoon of dochter. Ze ondernemen dan ook niets om hun kinderen tegen te houden om te drinken net omdat ze het alcoholgebruik miskennen. Adolescenten gaan minder alcohol tot zich nemen en kiezen ook minder snel vrienden die drinken als hun ouders ondersteunend en controlerend omgaan met alcoholgebruik.

6.2.4.1 *Schatkist of verdoemenis ? Legaat of delegaat ?*

De erfenis die we meekrijgen van onze (groot)ouders dragen we allemaal mee in onze rugzak. Het is een schatkist vol mogelijkheden, talenten en vaardigheden. Wat we leerden dankzij én ondanks onze voorouders zit in onze rugzak. Een goed gevulde schatkist komt tot stand door ouders die hun kinderen steunen, die vertrouwen geven en kinderen de kans laten om de erfenis passend te veranderen. Zo kan het kind, met de schatkist op de rug, een goed leven leiden (Nuyts & Sels, 2017, p. 134). Ouders willen het beste voor hun kinderen. Daar gaan we van uit. Het resultaat hiervan is er niet altijd. We moeten een onderscheid maken tussen de goede bedoelingen en het resultaat ervan. Dat geldt zeker voor onze immateriële erfenis. Ouders geven liefst een goed gevulde schatkist mee met hun kind. Wanneer het ouders niet lukt om hun kinderen het nodige geluk mee te geven, ligt dit meestal aan de gebrekkige afstemming tussen wat ouders willen meegeven en wat het kind echt nodig heeft. Ouders willen kinderen alle kansen geven. Ouders wiens verlangens onvervuld zijn, projecteren deze dikwijls op hun kinderen. Zo worden hun eigen dromen alsnog waar. Zo kan een mama die zelf niet mocht studeren, haar kind onder druk zetten om een universitair diploma te behalen. Impliciet geven ouders boodschappen door. Ook complimenten naar het kind toe, kunnen een projectie zijn van de eigen behoeften. Wanneer de boodschap van het compliment aansluit bij de noden van het kind, is er geen probleem. Maar, ouders slagen er niet steeds in hun eigen dromen aan te passen aan de interesses en mogelijkheden van het kind (Nuyts & Sels, 2017, p. 135). Nuyts en Sels (2017, p. 136) stellen dat dit de ontwikkeling en het welbevinden van het kind in de weg staat. De teleurstelling is dan ook groot bij de familie als het kind niet aan de verwachtingen voldoet, zeker als er veel geld en energie is gestopt in de ontwikkeling van de grote 'talenten' van het kind. En het kind zelf? Die zal zich schuldig of boos voelen. Deze kinderen zullen er als volwassene een gevoel van mislukking en schuld aan overhouden. Ook broers en zussen van deze kinderen stonden misschien jarenlang in de schaduw ... Zij moeten het ook niet makkelijk hebben. Ook de strijd tussen de eigenheid van het kind en de hoop en verwachtingen op vlak van studies kan als gevolg hebben dat het studieparcours met vele hindernissen wordt doorlopen. Naast dromen, kunnen ouders ook hun angsten projecteren op hun kinderen. Vanuit de nare ervaringen in hun jeugd

gaan zij (on)bewust hoge verwachtingen stellen aan hun kind. De richting waarin ze hun kind duwen, strookt niet met de persoonlijkheid van hun kind. Nuyts en Sels (2017, p. 137) stellen dat kinderen goede voelsprieten hebben als het aankomt op de kwetsuren van ouders. Ze proberen tegemoet te komen aan deze kwetsuren en tekorten bij de ouders, die het wel allemaal goed bedoelen. Dit is helaas een opdracht die niet haalbaar is. Er zijn verschillende redenen om toch bewust en onbewust het pad te bewandelen van onze familie. Onze eigen keuzes zijn dan eigenlijk niet de onze. We zijn niet wie we willen zijn en we doen niet wat we willen doen. Onze toekomst is dus generationeel bepaald. Nagy noemt dit een delegaat. Dat wil zeggen dat we ons gedwongen voelen om onze (voor)ouders te volgen. Het kan soms wel enkele generaties duren om dit delegaat om te buigen in een legaat (Nuyts & Sels, 2017, p. 137).

6.2.4.2 Wat doe ik met de schatkist?

Net zoals de materiële erfenis, erven we soms ook schulden of schuldgevoelens. Ouders die te veel hebben moeten geven in hun leven, kunnen de kinderen onder druk zetten om aan hen terug te geven. Ze moeten dan voldoen aan de verwachtingen van de ouders. Kinderen voelen zich soms niet vrij om te doen wat zij wensen. Loyaliteit bemoeilijkt het proces om los te komen van die erfenis. Een eigen weg inslaan wordt belemmerd omdat het kind zich schuldig gaat voelen (Nuyts & Sels, 2017, p. 137). Nuyts en Sels (2017, p. 138) vertellen dat voorouders die misdaden pleegden of anderen uitbuiten, de volgende generaties hiermee kunnen belasten. Het is niet evident om van deze schuld iets constructiefs te maken en er zich van te bevrijden. Hoe we vormgeven aan ons leven hangt af van hoe we omgaan met deze erfenis. Stimuleert of hindert de nalatenschap ons? Ligt de vrijheid om ons eigen leven te leiden zoals we dat willen voor het grijpen? Misschien is ze eerder onbereikbaar of zuurverdiend? Uiteraard moeten we deze immateriële erfenis ook relativeren. Door het leven voor te leven voor hun kinderen – ouders kunnen ook niet anders – geven ouders naar best vermogen de erfenis door. Dat is hun verantwoordelijkheid (Nuyts & Sels, 2017, p. 138). Nuyts en Sels (2017, p. 139) stellen dat het voor ouders soms onmogelijk is om het 'juiste' voor het kind te doen omdat het soms niet overeenstemt met wat de ouders graag doorgeven. Ouders kunnen wel normen en waarden meegeven aan hun kind, de afstemming ervan op de noden van het kind is niet altijd perfect. Dat is de realiteit. Perfectie is onmogelijk en ook onwenselijk. Iedereen haalt uit de nalatenschap wat hij of zij kan gebruiken en laat de rest links liggen. Het is een uitdaging voor ieder van ons om de erfenis in te zetten voor de toekomst en er kracht uit te putten voor de volgende generaties. Ons doel is een kwaliteitsvol leven en het nageslacht helpen te overleven (Nuyts & Sels, 2017, p. 139).

6.2.5 Praktische toepassing op de casus

Als we de gehechtheid bekijken bij de casus van Jan en An, kunnen we vermoeden dat beiden als kind een onveilige hechting hebben gekend met hun ouders. Jan groeide op in een gezin met ruzie, waar zijn moeder het niet zo nauw nam met de trouw aan haar partner binnen het huwelijk. Ook toen zijn vader samenwoonde met Jans stiefmoeder kwam Jan op straat te staan. Een gelukkig jeugd heeft Jan niet gehad. Het vertrouwen in zijn opvoedfiguren was zoek.

Ook An ervaarde dit toen ze niet meer gewenst was bij haar ouders na de echtscheiding met haar partner. Zij ging ervan uit dat ouders toch van hun kind bleven houden. Boven op het verdriet van een scheiding, kwam een teleurstelling. Het vertrouwen in anderen verdween stilletjes aan.

Ik heb onvoldoende informatie over de baby- en peuterjaren van het koppel om te weten of de ouders voldoende aanwezig en alert waren opdat de identiteit van het kind kon worden

ontwikkeld. Is er voldoende afstemming geweest naar de eerste zorgfiguur? Was er een goede afstemming tussen moeder Elisabeth en Jan? Of is daar al een probleem met vertrouwen ontstaan? Welke rol speelde Philip, Jans vader gedurende die hele baby- en kleutertijd? De manier waarop de zorgfiguren zijn omgegaan met Jan, maakt dat hij onveilig gehecht is. Ik zou willen stellen dat Jans gehechtheidsstijl een gedesoriënteerde stijl is. Hij vertoont tegenstrijdig gedrag. Jan zijn netwerk was niet groot toen hij er op 19-jarige leeftijd alleen voor stond. Vele mensen kwamen en gingen in zijn leven. Maar Jan kon niemand vertrouwen. Ook zijn zelfvertrouwen had een flinke deuk gekregen. Mijn vermoeden dat Jan ook tijdens zijn baby- en kleutertijd geen veilig hechting ontving vanwege zijn opvoedfiguren, staaf ik omdat deze beginjaren in het leven van een persoon belangrijk zijn voor de ontwikkeling van de persoon.

De vraag die we ons dan moeten stellen is of Jan door zijn ouders is geparentificeerd. Vanuit de verhalen die ik hoorde, werd Jan veel ingezet om te helpen met het huishouden toen moeder Elisabeth niet thuis was. Ze was veel uit huis, omdat (zo bleek achteraf) zij afspraken had met haar minnaar. Op één of andere manier nam Jan de rol van Elisabeth over en zorgde voor het eten op tafel. Hij ontfermde zich over zijn jongere broer Chris. Zeker toen moeder het huis verliet, kwamen bijna alle huishoudelijke taken bij Jan terecht. Vader dronk graag een pint bier en liet zich verzorgen door zijn oudste zoon. Toen Philip een andere dame leerde kennen, werd alles anders. Jan kon niets goed doen. Hij kreeg overal de schuld van. Hij werd als het ware de zondebok van de familie die niet meer in het gezin thuishoorde. Jan werd aan de deur gezet en moest voor zichzelf zorgen. Hij kreeg alweer een deuk in het vertrouwen in anderen, deze keer van zijn vader Philip. Hij vroeg zich af waarom hij dit zomaar liet gebeuren. Alcoholmisbruik zal hier zeker wel een rol gespeeld hebben. Ondertussen had Jan bij zijn vader gezien dat hij best een pint kon drinken om zijn problemen te vergeten. En zo geschiedde. De start van een lange lijdensweg was gegeven. Jan kreeg de kans niet om de verschillende ontwikkelingstaken te doorlopen. Hij deed leeftijdsinadequate taken en dat heeft waarschijnlijk een impact gehad op zijn volwassen leven en functioneren. De ontwikkeling van zijn pathologie, nl. de alcoholverslaving, vindt zijn oorsprong wellicht in deze destructieve parentificatie. Naast deze parentificatie merkte ik in Jans verhaal ook op dat hij verwaarloosd werd. Alleen al het feit dat hij op straat stond, met enkel zijn wagen in zijn bezit, laat blijken dat zijn noden en wensen niet gezien werden door belangrijke derden, nl. zijn ouders. Jans vader heeft hem nooit erkenning gegeven voor de vele zorgen die hij hem gaf. Hoe de jeugd van Jans vader er uit zag, daar heb ik ook het raden naar. Een mogelijkheid zou zijn dat de geschiedenis zich heeft herhaald. Misschien was Philips vader net zoals hij nu is. In dat geval berust Philip op zijn destructief recht. Hij heeft dan altijd moeten zorgen voor zijn vader en/of moeder. Hij wil nu zelf worden verzorgd. En dat deel splitst hij wellicht nu onbewust af op Jan. Philip projecteert zijn tekorten op Jan. Jan wordt nu verwacht om voor hem te zorgen, want vroeger kreeg hij geen zorg. Jan identificeert zich op deze manier ook met de rol die hem wordt opgedragen. De projectieve identificatie is een feit. Er is voor Jan steeds een disbalans geweest tussen het geven en ontvangen. Ook voor Jan herhaalt de geschiedenis zich. Hij heeft vroeger steeds maar gegeven en wil nu eindelijk eens ontvangen. Hij laat zich verzorgen door An en hij vindt dat zijn goed (destructief) recht. Jan projecteert zijn behoeften op An en An identificeert zich eraan. Ze neemt de rol aan waarin Jan haar duwt. Er ontstond eerder een co-afhankelijkheid tussen vader Philip en zoon Jan. Deze co-afhankelijkheid zien we nu ook tussen An en Jan. Jan zegt zelf dat hij het zonder An niet zou redden. Zij is zijn rots in de branding, zijn steun en toeverlaat, zijn alles.

Naast het probleemdrinken heeft Jan ook een depressie opgelopen. Omdat hij pas na vele jaren naar de hulpverlening is gestapt, komt het besef van de impact op zijn leven nu pas naar boven. De gesprekken die hij heeft gehad bij de psychiater en de psycholoog, deden hem beseffen dat hij verzonken was in depressie en ook om moest gaan met een PTSS die hij opliep tijdens zijn opdracht in Afghanistan.

Als ik bekijk welke vorm van parentificatie zich bij Jan voordeed, denk ik te mogen stellen dat we met een zorgend kind te maken hebben. Jan zorgde voor vader toen moeder zonder blozen vertrok en kinderen en echtgenoot achterliet. Jan ontfermde zich ook over Chris, zijn jongere broer. Ook vandaag nog zoekt hij vader op om te zien hoe het met hem gaat. Het contact met moeder is hersteld, maar nooit werd met één woord gesproken over wat er in het verleden is gebeurd. Zij zetten hun leven verder alsof er nooit iets is gebeurd. Jan verwacht nu misschien in de relatie met zijn moeder dat zij nu zal geven wat zij nooit gedaan heeft. En hij wil nu eindelijk eens ontvangen.

Jan kwam terecht in heel benarde situaties. Hij miste tal van beschermende factoren om beter te kunnen omgaan met de problematieken die op zijn pad kwamen. Vooreerst miste hij de aanwezigheid van een andere zorgverstrekker. Vader bleef alleen achter met de twee zonen en Jan was dus op zichzelf aangewezen. Er was geen partnerrelatie in het gezin en het valt ook te betwijfelen of de partnerrelatie die er voorheen was, wel een kwaliteitsvolle was. Toen er opnieuw een partnerrelatie kwam, moest Jan vertrekken. Over de pedagogische vaardigheden van vader Philip weet ik weinig. Ik vermoed dat, gezien de alcoholverslaving en de problematiek van Jan, deze niet goed waren. Tijdens Jans jeugd was er geen structuur, waren er geen grenzen en waren de ouders emotioneel niet beschikbaar. Maar het zou ook kunnen zijn dat er tijdens de heldere, nuchtere momenten van Philip wel een goed contact was. Jan was ook nog jong toen de problemen met zijn ouders startten. In volle puberteit (en de daarbij horende identiteitsvorming) zag hij zijn ouders scheiden. Hij zag zijn moeder vertrekken na het vele vreemdgaan en vader gebruikte/misbruikte alcohol om zijn problemen te vergeten. Hij had nog niet voldoende vaardigheden geleerd om de zorgende taken die hij in het gezin moest volbrengen, op zich te nemen. De zorg voor zijn broer nam hij ook op zich, ook al was dat niet zijn verantwoordelijkheid. Omwille van de vele zorgen die Jan had binnen het gezin, had hij ook onvoldoende tijd om contacten te onderhouden met zijn leeftijdsgenoten. Vader Philip legde beslag op de tijd van zijn zoon en hypothekeerde hem op die manier om contact te houden met zijn peers. Pas toen hij bij Defensie in dienst trad, leerde hij andere mensen kennen. Soort zoekt soort, zegt men en helaas vond hij al vrij snel enkele drinkebroers.

De alcoholverslaving herhaalt zich van generatie op generatie. Zo zagen we dit ook in het verhaal van Jan en diens vader Philip. Als er niet wordt ingegrepen, kan je spreken van een rotte roeping bij een kind van een ouder met een alcoholverslaving. Meerdere factoren liggen aan de basis van dit transgeneratieel proces bij Jan. Vooreerst zijn er de erfelijke invloeden van vader Philip. De kans is groot (ongeveer 50 %) dat hij de genen van zijn vader heeft geërfd. Daarnaast groeide Jan op in een omgeving waar drankmisbruik een 'normaal' fenomeen was. Als je als kind niets anders ziet, dan ga je ervanuit dat je problemen oplost door ze te 'verdrinken'. Jans ouders hebben geen constructieve gesprekken met hem gehad rond het thema 'alcohol'. Als laatste zijn er ook nog de ontwikkelingsfactoren die in Jan zijn nadeel spelen. Hij moest noodgedwongen enkele ontwikkelingsfasen overslaan en anderen zijn niet goed afgewerkt. Geparentificeerde kinderen

krijgen een erfenis mee die de rugzak, het leven te veel belast. Deze factoren maken mogelijks dat Jan in deze alcoholproblematiek is terecht gekomen.

6.2.6 Besluit

Gehechtheid en hechtingsstijlen spelen een belangrijke rol in ons leven. Hoe we thuis opgroeien en de manier waarop we een band smeden met onze opvoedfiguren in onze eerste levensjaren is bepalend voor de persoon die we worden als volwassene. Onveilig gehechte kinderen zien we vaak terug als volwassenen in de geestelijke gezondheidszorg. Het is dan ook belangrijk dat deze kinderen kunnen terugvallen op andere steunfiguren dan een, in deze casus, probleemdrinker. Ze hebben nood aan een netwerk rondom zich om alsnog een veilige hechting op te bouwen met 'andere' zorgfiguren. We kunnen het gedachtengoed van Hillary Clinton "It takes a village to raise a child" hiervoor wel in ons achterhoofd houden. De context, waaronder de andere gezinsleden, familie, vrienden, burens, sporttrainers, leerkrachten, ... is belangrijk voor de ontwikkeling van elk kind. Allen maken ze deel uit van het netwerk. Zij spelen een belangrijke rol bij de preventie van problemen. Zij zijn daarenboven dikwijls de eersten die kunnen detecteren dat het fout gaat. Zorgen voor andere beschermende factoren, opdat het kind alsnog uit de jeugdhulp kan wegblijven, is eveneens eens taak die door de context kan worden opgenomen als de ouder er niet toe komt. Zo kunnen zij bijvoorbeeld het kind 'verlossen' van de taken zodat het alsnog met zijn peers kan omgaan.

Wanneer iemand uit het netwerk merkt dat het kind een andere rol opneemt, zou deze aan de alarmbel moeten trekken. Ze kunnen het kind erkenning geven voor de taken die het doet. Erkennen dat de lasten die het draagt eigenlijk te hoog zijn, kan het kind helpen niet in de negatieve parentificatie te belanden. De dialoog aangaan met het kind kan wonderen doen. Een geparentificeerd kind is op latere leeftijd meestal gedoemd om psychische problemen te krijgen. De geschiedenis kan zich zelfs herhalen. Kinderen die regelmatig eens een taak overnemen van hun ouders, zullen niet onmiddellijk negatief geparentificeerd zijn. Integendeel. Het komt vaak hun ontwikkeling ten goede omdat ze op die manier vaardigheden en verantwoordelijkheden leren. Het is een constructieve manier van parentificatie. De parentificatie wordt pas destructief als het kind taken of verantwoordelijkheden krijgt die niet aangepast zijn aan zijn leeftijd of te lang duren. Kinderen van ouders met een alcoholverslaving meten zich soms een rol aan, zodat de ouder-kindrelatie niet meer asymmetrisch is. De grens van de generaties is overschreden.

Daarenboven gebeurt het regelmatig dat ouders afgesplitste delen van zichzelf, onbewust, projecteren op hun kind. Het kind zal zich identificeren met de rol waarin het door de ouder wordt geduwd. We spreken van projectieve identificatie bij het kind.

Mensen die, net als Jan, een rugzak vol bagage meesleuren omwille van een slechte kindertijd, moeten de kans krijgen dit te boven te komen. Daarbij kan de omgeving helpen. Deze militairen hebben soms een heel beperkt of quasi onbestaand netwerk. Als er al een netwerk is, is dat meestal toxisch. Het spreekt voor zich dat dergelijk netwerk te vermijden is als iemand wil stoppen met drinken. Een behandelingsproces waarbij de naaste omgeving wordt betrokken, ter ondersteuning, is een meerwaarde voor de cliënt. Omgaan met een huisgenoot die een verslavingsproblematiek heeft, is een moeilijke taak voor het gezin. Zij hebben ook nood aan ondersteuning als het voor hen te veel wordt. Het beleid van Defensie zal de context actief moeten betrekken als ze een lang en stabiel abstinent leven wil helpen waarborgen. Andere organisaties betrekken bij het behandelingsproces zou moeten worden bekeken.

6.3 Derde invalshoek: de invalshoek contextuele hulpverlening

6.3.1 Inleiding

Omdat de behandeling in het CMiLA niet contextueel is, heb ik gekozen voor deze invalshoek. Contextueel wil zeggen dat we de context, de naasten, betrekken bij het behandelingsproces. Tijdens mijn stage zag ik voornamelijk cliëntgerichte hulpverlening. Er wordt dan gewerkt aan een gedragsverandering bij de cliënt en psycho-educatie is daarbij de eerste stap. De groeps gesprekken zijn een meerwaarde, zeker in een milieu waar kameraadschap belangrijk is. Toch kan het gezin betrekken bij het behandelingsproces een pluspunt zijn op verschillende domeinen. De cliënt voelt zich meer ondersteund. De familie voelt zich betrokken. De cliënt kan daarenboven zijn ouderrol (terug) opnemen. Naast de individuele gesprekken kan er ook relatie- en koppeltherapie worden voorzien. Dankzij verschillende hulporganisaties, te vinden via de sociale kaart (bijvoorbeeld AA en SOS Nuchterheid), kan zowel de militair met een alcoholprobleem als zijn gezin ook onafhankelijk van het CMiLA verder werken aan een levenslang abtinent leven. Daarom wil ik bij deze invalshoek benadrukken wat het belang kan zijn om contextueel te werken bij het behandelen van verslavingen.

Men mag er niet naast kijken: contextuele hulpverlening biedt een meerwaarde aan de cliënt en zijn naasten. Omdat het CMiLA genoodzaakt is om enkel te werken met de cliënten en niet met hun context, merk ik op dat het tijd is om een nieuwe belangrijke verandering te implementeren in hun werking. Daarboven denk ik dat de digitalisering ook binnen de militaire hulpverlening moet worden aangepakt. Een combinatie van online- en fysieke hulpverlening opent deuren om nog meer militairen nog beter te kunnen ondersteunen in hun problematieken.

Zo kom ik naadloos tot mijn veranderingsdoelen.

- Wat wil ik als gezinswetenschapper veranderen in de begeleiding van de militair met een alcoholverslaving opdat zijn gezinslid hem/haar kan ondersteunen om het behandelingsproces te bevorderen?
- Op welke manier kan het CMiLA de gezinsleden meer en beter betrekken bij de begeleiding van de cliënt om abtinent te blijven?
- Hoe kan de Defensiestaf het CMiLA meer mogelijkheden bieden om zijn cliënten nog beter te begeleiden?

Ik besprak in de eerste invalshoek dat alcoholverslaving een psychische ziekte is. De familie ervaart als eerste de negatieve gevolgen daarvan. Ik benadrukte het belang van passend geven en ontvangen in relaties. Ik haalde de loyaliteitsbanden aan en ook het destructief recht waar de militair met een alcoholverslaving aanspraak op maakt om verder te blijven drinken. In de tweede invalshoek beschreef ik wat gehechtheid betekent binnen relaties. Ik ging dieper in op het fenomeen 'parentificatie' en de gevolgen daarvan op het leven van deze jongeren. Daarbij legde ik uit wat projectieve identificatie is. Ik beschreef enkele beschermende factoren die preventief werken om niet geparentificeerd te raken. Als laatste sprak ik over de immateriële erfenis die we meekrijgen van onze ouders. De intergenerationele overdracht bij verslaving mogen we niet onderschatten.

Ik zal in deze invalshoek starten met wat informatie m.b.t. de motivatie van een probleemdrinker. Iedereen heeft daar zo zijn eigen idee over. Daarna zal ik ingaan op wat nodig is om tot herstel te komen. Zo moet de hulpverlener de militair met een alcoholprobleem én zijn gezin de juiste informatie verstrekken. De hulpverlener ondersteunt hen bij de erkenning met de

gepaste zorg. Dit doet de hulpverlener door meerzijdig partijdig op te treden. De hulpverlener gaat mee op zoek naar relationele hulpbronnen. Voor het proces van herstel is het tevens belangrijk dat de nodige personen worden *ontschuldigd*. De dialoog in de contextuele hulpverlening staat in dit alles centraal. Daarna zal ik het kort hebben over hoe de omgeving best zijn leven terug oppikt na jarenlang niet aan zelfzorg te hebben gedaan. Afsluiten wil ik doen met het bestuderen van herval. Na de theoretische benadering zal ik deze toepassen op Jan en An als gezin.

6.3.2 Motivatie om te stoppen met drinken

Hoet (2019, p. 243) stelt dat motivatie, binnen de hulpverlening, een thema is dat geen geheimen heeft. Veel personen met een verslaving staan niet open voor een behandeling. Doorverwijzingen naar ontwenningcentra slaan niet aan. Wanneer hun toestand danig ernstig is, kloppen sommigen alsnog aan bij de hulpverlening. Vaak melden ze zich aan na druk van hun omgeving of van het gerecht. Als ze dan eindelijk in behandeling zijn, zetten ze die behandeling vaak stop. Van Deun (2019, p. 155) stelt dat de personen met een alcoholverslaving vaak pas starten met een behandeling als de problemen zo hoog zijn dat ze worden verplicht een afspraak te maken. Soms wordt de afspraak voor hen gemaakt door de naastbetrokkenen die deze verplichting opleggen: de partner, de ouders, broers of zussen. Het is menselijk dat de cliënt weerstand biedt tegen de behandeling. Hoet (2019, p. 244) resumeert dat probleemdrinkers gekend zijn als slecht gemotiveerd voor behandeling. En is het niet zo dat een behandeling slechts wordt gestart als de cliënt gemotiveerd is? Wanneer we van het voorgaande uitgaan, lopen we het gevaar elke persoon met een alcoholverslaving als onbehandelbaar te bestempelen. Motivatie kunnen we dus beter zien als een interactie tussen de persoon met een alcoholverslaving, zijn omgeving en de hulpverlener. Hoet (2019, p. 244) verwijst naar Van Bilsen en Van Emst en ook naar Bloemkolk die stellen dat motivatie geen statische eigenschap van een individu is, maar een proces dat we kunnen beïnvloeden. Wie wel cruciaal is bij de motivatie van een persoon met verslavingsproblematiek, is de hulpverlener. Heeft de hulpverlener zin en voldoende doorzettingsvermogen om ook de 'moeilijke' cliënten te behandelen? Vanuit de vierde dimensie van de contextuele hulpverlening, de relationele ethiek, spreekt de therapeut de cliënt aan in zijn bestaan. De bestaansgrond van de mensen existeert vanuit de loyaliteitsbanden die ze hebben. Als mensen geen loyaliteitsbanden hebben, gekwetst zijn in deze banden of als zij onvermogen zijn om te geven, kunnen zij niet bestaan. Het is letterlijk een kwestie van leven of dood. De uiterst belangrijke rol van de hulpverlener in dit proces van motiveren is het geven van erkenning voor de inzet en de (on)rechtvaardigheid ervan binnen de loyaliteitsbanden. De therapeut doet dit door de cliënt te behandelen als een loyale mens. Deze cliënten hebben het recht en zijn in staat om te geven. De balans zoeken tussen geven en nemen, wat we passend geven noemen, motiveert personen met een verslaving omdat ze zich hierdoor niet bedreigd voelen. Daarenboven spreekt het hen aan. Probleemdrinkers voelen een soort bevrijding van een ondraaglijke last. De motivatie om iets te doen aan de verslaving is dus, gezien vanuit contextuele hoek, een proces. Het is geen startpunt of noodzakelijke voorwaarde om therapie te volgen.

6.3.3 Behoeften om te komen tot herstel

6.3.3.1 Informatie

Taktor (2013, p. 383) stelt dat er verschillende manieren zijn om verslavingen te behandelen. Een eerste stap als hulpverlener kan zijn om ervaringen op cognitief en emotioneel niveau te delen met de cliënt en zijn naastbetrokkenen. Zo krijgen ze meer kennis en inzicht in de verslavingsproblematiek. De hulpverlener zet dus in op psycho-educatie. Het is belangrijk om eveneens drie belangrijke punten te benadrukken. Vooreerst moet aan de naaste omgeving van de persoon met de alcoholverslaving duidelijk worden gemaakt dat zij de verslaving niet hebben *veroorzaakt*. Zij zijn aldus niet *verantwoordelijk* voor de addictie. Daarenboven zijn zij onmachtig om de verslaving te *genezen*. Deze informatie geeft de hulpverlener best mee samen met de achtergronden van verslaving en de mogelijke invloeden die deze problematiek op de persoon met een verslaving en op de context heeft. Taktor (2013, p. 385) stelt dat het lezen van boeken en websites over verslavingen veel informatie en herkenning kan geven aan zowel de persoon met een verslaving als de naastbetrokkenen.

Hoste (2018, p. 143) stelt dat de hulpverleners in de ontwenningkliniek in Pittem¹⁸ familieleden niet uit het oog verliezen. Men staat stil bij de problemen van verslaving en de gevolgen die het gezin ervaart. Een ontwenningkliniek zal aan het gezin duidelijk maken dat als een kind opgroeit in een gezin waar een alcoholprobleem aanwezig is, de behoeften van het kind niet meer voldoende worden bevredigd. Kinderen gaan met de spanning die er thuis heerst om op een eigen, vaak onduidelijke manier. De hulpverleners trachten helderheid te brengen bij de verschillende vormen van parentificatie. Op die manier kan het ruimere gezin dit ook herkennen. Bepaalde reacties dikken het beeld van de 'flinke kinderen' aan. Zo wordt het proces van parentificatie versterkt door het kind bijvoorbeeld te vragen niet te huilen, omdat de ouders het zo al moeilijk genoeg hebben. Een andere reactie die duidelijk maakt dat de omgeving het proces van parentificatie kan doen verergeren, is dat het kind niet voor problemen moet zorgen nu de ouder abtinent is.

6.3.3.2 Erkenning

Nuyts en Sels (2017, p. 269) stellen dat erkenning belangrijk is. Wil niet iedereen graag worden gezien? En wil niet iedereen van betekenis zijn voor iemand anders? Het verlangen naar erkenning is voor elkeen een basisbehoefte. Mensen groeien in hun zelfwaarde. Hierdoor is de afbakening van het Zelf mogelijk (Nuyts & Sels, 2017, p. 270). Wanneer mensen onvoldoende erkenning krijgen, gaan ze compenseren. Het is ondenkbaar om een relatie aan te gaan zonder erkenning te geven of te krijgen. Erkenning geven is niet gewoon iemand waarderen of complimentjes geven. Het is iemand 'echt' zien vanuit alle opzichten. Erkenning voor de goede dingen in het leven, zoals bijvoorbeeld de kookkunsten, wil elke persoon. Maar als iemand onrecht wordt aangedaan en hierdoor pijn (mentaal en fysiek) ervaart, wil deze persoon ook erkenning voor deze ervaringen. De last en de daarbij gepaard gaande kost van het geleden onrecht, mag niet in de doofpot worden gestoken. Ook het geven in relaties moet worden erkend. De hulpverlener kan hier de eerste aanzet geven tot erkenning. Hij is als het ware de tussenpersoon opdat de cliënt zichzelf en anderen erkenning kan geven. De contextuele

¹⁸ Kliniek Sint-Jozef Pittem

hulpverlener tracht de erkenning in de context van de cliënt mogelijk te maken. Hij wil zo pogen de balansen in de relatie terug in evenwicht te brengen.

Hoet (2019, p. 241) stelt dat een hulpverlener vooreerst erkenning moet geven voor het onrecht dat de cliënt werd aangedaan. Hij zal ruimte creëren voor de pijn, het verdriet en de boosheid omwille van dat onrecht. Deze fase van therapie is soms tijdrovend. De reden hiervoor is dat personen met een alcoholverslaving dikwijls als kind geparentificeerd werden. Deze cliënten beseffen soms niet dat zij onrecht hebben geleden. Wanneer de probleemdrinkers erkenning krijgen voor het geleden onrecht, kunnen ze minder gaan leunen op het destructief recht. De hulpverlener zal hen doen inzien dat ze zelf andere beschadigen.

Hoet (2019, p. 241) stelt dat het jammer is dat het zich laten opnemen in een ontwenningssklinik op aandringen van de omgeving vaak negatieve reacties uitlokt bij de hulpverlener. Het feit dat men zich laat behandelen 'voor een ander' is in contrast met de heersende opvatting dat je het voor jezelf moet doen. Het gevolg hiervan is dat het gevend karakter (naar de familie) van de opname niet wordt gewaardeerd en ook niet wordt erkend. Het wordt aanschouwd als een zwakke motivatie. Hoet (2019, 241) verwijst naar van Veen die stelt dat het belangrijk is dat de hulpverlener erkent dat de cliënt het ontvangen ruilt voor het geven. De cliënt, die enorm leunt op destructief recht, moet tijd krijgen om de opname ook voor zichzelf belangrijk te vinden. Daar moet de hulpverlener naar streven.

Hoet (2019, p. 243) verwijst naar Van Heusden en van den Eerenbeemt die stellen dat de hulpverlener erkenning moet geven aan de probleemdrinker als deze zijn verantwoordelijkheid opneemt, als hij zorgzaam is of als hij met anderen rekening houdt. Binnen contextuele hulpverlening geeft de therapeut erkenning voor het herstel van contact met anderen. Het is immers een uiting van verantwoordelijkheidszin. Voor de omgeving is het vaak onmogelijk om de kleine stapjes die de persoon met een verslaving zet, te zien. Deze mini-inspanningen waarderen, is helemaal te veel gevraagd. Familieleden voelen zich vaak zelf ten onrechte behandeld. De hulpverlener zal hier de taak op zich nemen om dit, voor de omgeving onzichtbare gedrag te stimuleren en te waarderen. De therapeut kadert deze belangrijke stap, de eerste tekenen van verantwoordelijkheid binnen de verdienste van de cliënt. Personen met een alcoholverslaving kunnen terug autonoom leven als ze passende zorg kunnen geven aan hun omgeving. Het helpt hen niet om familie de rug toe te keren. Wanneer de probleemdrinker zijn loyaliteitsbanden met familieleden erkent en betrouwbaar omgaat met de belangrijke andere, kan hij komen tot zelfvalidatie dankzij de verschuldigde zorg voor die anderen. Zo kan de hulpverlener ouders attent maken op hun rol als ouder. Deze personen met een alcoholverslaving kunnen veel betekenen voor hun kinderen, ook al twijfelen ze aan hun eigen herstel. Hoet (2019, p. 243) verwijst naar van den Eerenbeemt en Oele die stellen dat vertrouwen cliënten vrijmaakt. Zo maakt het mensen gerechtigd en minder leunend op destructief recht als zij zorgen voor de toekomst. Het is belangrijk dat de hulpverlener tijdens de behandeling benadrukt dat de cliënt voortdurend passend moet zorgen. Het evenwicht tussen geven en nemen kan enkel worden bereikt door over te gaan tot actie.

6.3.3.3 *Meerzijdige partijdigheid*

Nuyts en Sels (2017, p. 267) stellen dat de *meerzijdige partijdigheid* een belangrijke basishouding is als hulpverlener. De hulpverlener richt zich niet alleen op de cliënt, maar ook op de ouders, kinderen, partners en andere betrokkenen. Nuyts en Sels (2017, p. 268) stellen dat ook mensen die afwezig zijn en zelfs de mensen die aan de oorsprong liggen van het onrecht, niet mogen worden vergeten. De hulpverlener die contextueel wil werken stelt zich niet neutraal of bemiddelend op. Hij zal partijdig zijn, wisselend, met iedereen. De hulpverlener wil werken aan herstel van dialoog en wil het isolement doorbreken. Daarom is zijn doel een eerlijke relatie met de cliënt, maar ook met de context. Samen zoeken naar verzachting van pijnpunten, hoe passend met elkaar kan worden omgegaan en nieuwe connecties mogelijk maken, is de taak van de contextuele hulpverlener. Meerzijdig partijdig zijn houdt o.a. in dat iedereen zijn verhaal mag doen. Mensen geven allen op een andere manier aan elkaar en dat mag/moet worden gezien. Elke betrokken partij, in eender welke relatie, wordt aangepord tot besef van verantwoordelijk. Als er sprake is van kinderen, vaak de meest kwetsbare betrokkenen, moeten de ouders hier hun verantwoordelijkheid opnemen. Vaak haalt men het beste in een persoon naar boven als men toont dat we hem zien, dat hij meetelt. Zo voorkomt de meerzijdige partijdigheid dat de situatie op de spits wordt gedreven (als het slechtste in de persoon naar boven komt). Omdat ook hulpverleners gewoon maar mensen zijn, met gevoelens die kunnen leiden tot (ver)oordelen en (on)begrip, kan de meerzijdige partijdigheid nooit compleet zijn. De hulpverlener kan er enkel naar streven. De cliënt en zijn context zullen aanvoelen of deze meerzijdige partijdigheid van de hulpverlener als 'echt' wordt ervaren of als 'truc' wordt ingezet. Hulpverleners hebben ook hun verleden in hun rugzak zitten (Nuyts & Sels, 2017, p. 269). Om te vermijden dat de hulpverlener te veel vanuit zijn eigen waarden en normen handelt, is het belangrijk dat hij zijn eigen geschiedenis kent en daarmee aan de slag gaat. Meerzijdige partijdigheid is een meerwaarde voor wie wil werken met mensen.

Hoet (2019, p. 241) stelt dat de hulpverlener rekening zal houden met iedere persoon die effecten van de behandeling kan ondervinden, ook als zij niet (altijd) bij de therapie aanwezig zijn. Zo kan de therapeut bij een opname meedelen dat de mensen voor wie de cliënt zich laat opnemen, zullen worden betrokken bij het behandelingsproces. De hulpverlener zal moeten oordelen over de intensiteit van deze betrokkenheid. Een periode van rust kan bijvoorbeeld nodig (en welkom) zijn als het gezin een uitputtingsstrijd heeft geleverd in de afgelopen periode. De hulpverlener zal dan zorgen dat de zorg om de cliënt tijdelijk wordt overgenomen. Hij vergeet daarbij niet het gezin voldoende te erkennen voor hun inzet en (vaak) opoffering. De aandacht van de hulpverlening zal niet alleen naar de probleemdrinker gaan, maar ook naar diens familieleden. Daarbij zal de persoon met een alcoholverslaving steeds moeten blijven stilstaan bij de vraag voor wie zijn behandeling betekenis heeft (Hoet, 2019, p. 242).

Veel personen met een verslavingsproblematiek willen hun kinderen liever niet betrekken bij het behandelingsproces. Ze staan er wat weigerachtig tegenover. Nochtans is het voor de kinderen belangrijk dat ze zien dat hun ouder zich laat opnemen uit zorg voor hen. Vaak hebben deze kinderen gedurende lange tijd veel gegeven. Om deze kinderen te kunnen deparentificeren is het belangrijk om te beginnen met erkenning vanwege de ouders en de hulpverlener.

Nuyts en Sels (2017, p. 271) stellen dat mensen het niet makkelijk ervaren om zich uit te drukken. Dat is al helemaal zo, als het over delicate zaken gaat. Wanneer de hulpverlener in gesprek gaat met de cliënt zal hij belangrijke afwezigen betrekken in de dialoog. Een voorbeeld van een vraag

kan zijn: "Wie weet dat u hier bent?" of "Hoe was het voor uw vader toen uw moeder ...?". Het spreken vanuit verbinding wordt met dergelijke vragen bevorderd. De meerzijdige partijdigheid is een belangrijke grondhouding om aan te nemen tijdens de gesprekken met de cliënt. Het houdt de dialoog open om mogelijks, op termijn, met die belangrijke anderen in dialoog te treden. Wanneer een hulpverlener in gesprek gaat met een kind en daarbij respect heeft voor de loyaliteiten van het kind voor beide ouders, zorgt dit ervoor dat het kind voelt dat het openlijk met beide ouders mag verbonden blijven. Ook het bespreken en benoemen van de transgenerationale schatkist, is een vorm van verbindend spreken.

6.3.3.4 *Relationele hulpbronnen*

Nuyts en Sels (2017, p. 270) stellen dat wat de cliënten vertellen moet worden genuanceerd, bevestigd en gekaderd. Zo kan hun omgeving, die hun lijden of hun inzet hebben gezien, getuigen opdat de cliënt zichzelf zou kunnen valideren tijdens de behandeling. Deze getuigen kunnen een belangrijke rol spelen door resten van vertrouwen terug boven te brengen, de welbepaalde tijdsgeest te vernoemen en complementaire verhalen uit het verleden te vertellen. De cliënt biedt soms ook minder weerstand naar deze naastbetrokkenen als deze de probleemdrinker wijzen op o.a. het aandeel van de cliënt zelf. De hulpverlener ervaart minder toelating van de cliënt om hem hierop te wijzen. Elke steunende of complementaire persoon is belangrijk. Dat kan familie zijn, maar ook vrienden of burens. De relationele hulpbronnen kenmerken zich in de wederkerigheid. Het 'geven' zorgt voor beide partijen voor zelfvalidatie. Omwille van de moeilijkheden in het verleden, vindt men soms moeizaam hulpbronnen. De hulpverlener mag niet te snel opgeven in zijn zoektocht naar deze (voor de cliënt) belangrijke anderen.

Hoet (2019, p. 242) vertelt ons dat probleemdrinkers dikwijls geen contact meer hebben met belangrijke anderen. Hun netwerk is klein. Hun relationele hulpbronnen zijn op. Ze zitten vast in de dynamiek van geven en nemen. De reden om geen contact te onderhouden met de persoon met een verslavingsproblematiek valt bij het starten of het stoppen van een behandeling voor de omgeving vaak weg. Deze redenen waren dikwijls de onrust, de bezorgdheid en de boosheid omwille van het misbruik. Hulpverleners zien families die de cliënt wel willen helpen op het moment van de opname. Ook de cliënt wil zijn omgeving laten zien dat het beter gaat. Het herstellen van dit contact gebeurt zelden spontaan. Soms moeten hulpverleners een zoektocht helpen opstarten om vertrouwenspersonen in de familie terug te vinden. Pas daarna moet worden getracht de dialoog herop te starten.

Volgens traditie richt de hulpverlening zich binnen de verslavingszorg op de patiënt als individu. Door gebrek aan middelen worden maatregelen ter preventie van de kinderen van deze patiënten als bijkomstig gezien. Hoste (2018, p. 144) verwijst hier naar de Jong die bevestigt dat de context een krachtige en motiverende factor vormt voor de persoon met een alcoholverslaving. Zo stijgt het effect van de behandeling als zij worden betrokken. Als hulpverleners zich naar de context zouden richten, kan de patiënt zijn ouderrol (her)opnemen. Hij zou zich terug een volwaardig individu voelen.

6.3.3.5 *Ontschuldigen*

Taktor (2013, p. 383) stelt dat familieleden denken dat zij deels verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van de verslaving van hun dierbare. Nochtans wordt de alcoholverslaving veroorzaakt door zowel genetische factoren, omgevingsdeterminanten en effecten van gebruik in het

verleden. Familieleden zijn niet verantwoordelijk voor de verslaving. Het is belangrijk hierbij te vertellen dat ze dat ook niet zijn voor het herstel. De abstinentie is de verantwoordelijkheid van de persoon met de alcoholverslaving zelf. Hij zal dus gedrag aan de dag moeten leggen dat bevorderend is om sober te worden of te blijven. Familieleden kunnen het niet overnemen van de probleemdrinker. Ze kunnen hem hierin enkel ondersteunen (Taktor, 2013, p. 384). De naastbetrokkenen kunnen de probleemdrinker niet verplichten om het leven anders aan te pakken. De cliënt zal dit zelf moeten doen om zo de kans te verkleinen op terugval. Dit is nodig omdat verslaving een chronische ziekte is. Wanneer dit duidelijk is voor de familieleden, kan verslaving een gezamenlijk probleem worden en niet meer het schuld inducerend probleem van de patiënt met de alcoholverslaving. Een gezamenlijk probleem heeft het voordeel dat iedereen mee kan zoeken naar wie wat kan doen om de nuchterheid van de probleemdrinker te bevorderen en de terugval te minimaliseren. Familieleden kunnen interveniëren door elk een brief te schrijven naar de persoon met een alcoholverslaving. Zo onderstrepen ze de gezamenlijkheid van de verslaving. Onder begeleiding kunnen deze brieven met elkaar worden besproken. De hulpverlener kan ook een duit in het zakje doen door de term 'verslaafde' niet meer te gebruiken. Zo is het beter om te spreken over 'degene met een verslaving of afhankelijkheidsprobleem'. Er zijn nog andere, minder harde termen die kunnen worden gebruikt.

Hoet (2019, p. 242) schrijft dat het een vaststaand feit is, dat zomaar wordt aanvaard, dat probleemdrinkers geen contact hebben met hun familie en dat ook niet belangrijk vinden. Binnen contextuele hulpverlening wordt nochtans aangedrongen om zelf contact te zoeken met familieleden. Ook worden de cliënten uitgenodigd om zich te informeren over afwezige of overleden familieleden. Deze start van *ontschuldiging* is eigenlijk het terug op gang brengen van de dynamiek tussen geven en ontvangen. Zo kan de verkregen informatie van deze familieleden een nieuw licht werpen op feiten die als vaststaand werden geïnterpreteerd.

6.3.4 Familieleden pikken hun leven terug op

Wie samenleeft met een probleemdrinker ondervindt dikwijls dat hij of zij sociaal geïsoleerd raakt. Ze zijn enkel nog bezig met de verslaving en de gevolgen ervan. Hun eigen grenzen en belangen gaan op in het niets. Om uit deze problemen te raken, kan het familielid starten met terug dingen te ondernemen. Een haalbare activiteit ondernemen is goed om de controle wat los te laten. Sociale contacten terug aanspreken om zo de nodige steun te krijgen en de grenzen opnieuw af te tasten, is ook een mogelijkheid om uit de isolatie te raken. Samen met hun netwerk kunnen ze reflecteren en oordelen over hun eigen beïnvloeding door de verslavingsproblematiek. De kijk van deze sociale contacten is meestal niet vertroebeld. Het netwerk kan soms beter waarnemen wat er gaande is in het alcoholverslaafd gezin dan de betrokkenen zelf. Zij zijn immers zelf te nauw betrokken bij hun eigen bewogenheid. Dit netwerk kan bestaan uit familie, burens of vrienden (Taktor, 2013, p. 385). Mensen die zelf ervaren wat het is om met een persoon met een alcoholverslaving samen te leven en die dus in een vergelijkbare situatie verkeren, kunnen ook deel uitmaken van de sociale contacten. Zo zijn er tal van zelfhulpgroepen. Een voorbeeld hiervan is Al-Anon. Een belangrijk kenmerk van zelfhulpgroepen is het feit dat deze mensen geen waardeoordeel hebben over de ander. De reden hiervoor is dat ze allen ervaringsdeskundigen zijn die hun eigen belevenissen delen met elkaar. Dit maakt dat deze zelfhulpgroepen enorm behulpzaam kunnen zijn. Mensen die bijvoorbeeld Al-Anon frequenteren kiezen zelf wat hen kan helpen. Ze moeten geen adviezen opvolgen van

hulpverleners. Zo herontdekken ze hun eigen grenzen, wat een individueel proces is. Deze eigen grenzen terugvinden, helpt het familielid om de verantwoordelijkheid voor zichzelf terug te nemen. Hulpverleners trappen soms in de valkuil van adviseren. Ze geven vaak gerichte adviezen aan de naastbetrokkenen omdat ze zien dat deze zich machteloos voelen.

Taktor (2013, p. 385) stelt dat de gekende uitspraak 'liefdevol loslaten' een uiting is van opnieuw grenzen stellen. Hiermee wil men zeggen dat men niet meer de verantwoordelijkheid overneemt van de probleemdrukker. Niettemin is men nog steeds in hem of haar geïnteresseerd en men zal hem of haar niet aan zijn lot overlaten. De naastbetrokkene zal dus de nodige emotionele steun geven aan de cliënt, maar zal de praktische problemen die volgen uit zijn drankmisbruik niet meer oplossen. Zo zal er bijvoorbeeld geen nieuwe tv worden gekocht als die zou verkocht zijn.

Vershillende problemen steken hun kop op bij verslavingsproblematieken. Het is belangrijk dat men vooral bekrachtigt wat goed gaat. Nochtans wordt opgemerkt dat iedereen vaak bezig is met wat niet goed gaat. Omdat het beloningssysteem (in de hersenen) bij mensen met een verslaving niet zo gevoelig is, kan bekrachtiging helpen. Taktor (2013, p. 385) verwijst naar Roozen die stelt dat vormen van positieve reacties, complimentjes en andere tastbare beloningen kunnen helpen om positief gedrag vol te houden en negatieve gewoontes achterwege te laten.

6.3.5 Terugval – herval

Hoet (2019, p. 244) stelt dat herval een vervelend probleem is bij de behandeling van personen met een verslavingsproblematiek. Het gebeurt vaak plots. De persoon met een alcoholverslaving zet zich in. Hij wil een goede cliënt zijn. De inzet die hij toont, wordt gewaardeerd en alle problemen worden aangepakt. Maar ondanks de behandeling valt herval nooit uit te sluiten. Tijdens het behandelingsproces zijn de cliënten loyaal aan de hulpverleners. Maar als ze worden ontslagen uit het ontwenningencentrum, verdwijnt deze horizontale loyaliteit. Het is daarom belangrijk om tijdens de behandeling voldoende aandacht te besteden aan de verticale en horizontale loyaliteiten¹⁹. Als de hulpverlening dit niet doet, is alles voor niets geweest (Hoet, 2019, p. 245).

Het onderzoeken naar verticale, horizontale en de kruising van deze loyaliteitsbanden hoort bij de hervalpreventie. Een persoon met een verslavingsproblematiek leeft binnen verschillende contexten. Net zoals elk van ons leeft hij in een gezin, in een straat, in een buurt. Hij heeft een familie en daarnaast heeft hij de mensen in de kliniek en de hulpverlening, zoals een AA-groep. Hij werkt en heeft hobby's. Personen met een verslaving vertoeven dikwijls in toxische omgevingen. Ze organiseren hun kennissen rond het product. Ze mijden plaatsen waar geen alcohol is en waar dit product wel rijkelijk vloeit, voelen ze zich goed. Hoet (2019, p. 245) verwijst naar Van Heusden en van den Eerenbeemt die stellen dat belangrijke keuzes in ons leven verschuivingen teweegbrengen in de huishoudingen van loyaliteit. Een keuze om anders om te gaan met alcohol is zo'n cruciale ommezwaai in het leven van de persoon met een verslaving. Cliënten moeten leren omgaan met deze bewegingen in loyaliteiten. Hervalpreventie moet er eveneens op gericht zijn te leren omgaan met loyaliteitsconflicten.

¹⁹ Verticale loyaliteit = loyaliteit naar boven en naar onder, naar je ouders of naar je kinderen. Horizontale loyaliteit = loyaliteit naar je naasten, links en rechts van je. Bijvoorbeeld je hulpverleners, je broers en zussen, ...

6.3.6 Toepassing op het gezin van Jan en An

Jan kwam naar het CMiA na een aanmaning van zijn RSM. Deze stelde hem voor de keuze: ofwel ging hij aan zijn probleem werken, ofwel zouden ze sancties nemen in de kazerne. Tijdens het intakegesprek van Jan bleek al heel snel het ambivalente karakter van het willen stoppen met drinken. Jan vertelt over de moeilijke momenten die hij heeft gehad na de zelfdoding van zijn broer en zijn wens om te trouwen met An. Maar heel kort daarna zegt hij ons dat hij niet vindt dat hij te veel drinkt. Hij is zelfs vrolijk en insinueert dat hij hier op CMiA een paar sessies zal volgen en dat dan wel zal blijken dat hij geen probleem heeft. Het was ook de RSM die contact had opgenomen met onze ervaringsdeskundige om hem aan te melden.

Jan is gemotiveerd om te stoppen met drinken, maar toch merken de ervaringsdeskundige en ikzelf dat hij niet zo goed beseft dat het stoppen met drinken op zich niet zo moeilijk is, maar het gestopt blijven voor velen een harde noot is om te kraken. In het CMiA zien we gaandeweg dat de mensen meer en meer tot het besef komen van het belang van hun abstinentie. De motivatie om gestopt te blijven groeit gedurende het behandelingsproces. Bij Jan zagen we de motivatie niet groeien. Uit de gesprekken bleek wel dat hij wil stoppen omdat hij wil huwen met An. Hij beseft ook dat zijn gezondheidsproblemen moeten worden aangepakt, maar hij legt geen verband tussen zijn gezondheid en het drinken van alcohol. Het CMiA zet alles in het werk om Jan te helpen. Na het intakegesprek en het akkoord van Jan om te starten met de ontwenning, werd een afspraak gemaakt met de psychiater van het centrum. Zij geeft de GO om te starten.

Bij het starten van de behandeling kreeg Jan informatie over het product 'alcohol'. Deze psycho-educatie is nodig om tot inzicht te komen in de problematiek rond alcoholverslaving. Ook voor An was het belangrijk om te horen dat zij niet verantwoordelijk is voor zijn probleem. Zij heeft het evenmin veroorzaakt. Zij kreeg ook te horen dat zij hem niet kan genezen, maar dat ze voor hem wel een grote ondersteuning kan zijn tijdens en na zijn behandeling. Tijdens mijn stage heb ik haar meermaals aangeraden om veel te lezen over de problematiek. Ik raadde haar ook enkele websites aan om te zien wat lotgenoten daar zeggen over de problematiek. Gezien er geen jonge kinderen meer in het gezin wonen, ging ik niet dieper in op eventuele problemen van parentificatie.

Jan heeft er nood aan dat zijn problemen worden erkend. De verhalen over zijn slechte jeugd, de uitsluiting door zijn familie, het feit dat zijn dochter hem niet meer wil zien en ook de zelfdoding van zijn broer komen regelmatig voor in het gesprek. Tijdens mijn stage en de gesprekken met Jan en An, kwam ik regelmatig terug op deze moeilijke momenten in Jans leven. De erkenning van het onrecht dat hem is aangedaan, kan een aanzet zijn tot herstel van de alcoholverslaving. Naar An toe heb ik erkenning gegeven naar haar zorg voor Jan, naar het geven in de partnerrelatie. Jan ontvangt momenteel alleen maar en er is nog wel wat werk aan de winkel om dat passend geven en ontvangen tot stand te brengen in deze co-afhankelijke relatie. Omdat Jan vroegtijdig stopte met de behandeling, heb ik dit niet verder kunnen afwerken.

Het CMiA verwacht uiteraard een bepaalde inzet van de mensen, maar als de motivatie bij de start van het behandelingsproces nog niet maximaal is, is dat niet erg. Door de ervaring van het centrum weten we dat de mensen met een alcoholverslaving elkaar het best kunnen overtuigen van het belang van abstinentie. Als ervaringsdeskundigen zijn de cliënten het best geplaatst om de andere te adviseren, te helpen en te overtuigen.

Jan zette geen grote stappen bij de start van zijn behandeling. De kleine inspanningen die hij leverde, zetten wij als hulpverlener extra in de verf. Op deze manier merkte hij dat ook de kleine stapjes die hij zette naar het abtinent leven door ons gezien werden. De omgeving, zijn werk en An zien deze kleine inspanningen vaak niet. Dat komt omdat zij zelf ervaren dat hen onrecht werd gedaan. Zij zoeken zelf ook erkenning van hun leed.

Binnen het CMiLA wordt nog niet echt contextueel gewerkt. De meerzijdige partijdigheid is een basishouding die wel aanwezig is bij de hulpverleners, maar die vaak niet expliciet wordt gebruikt. Zo praten de deelnemers tijdens de groepsgesprekken, vooral over zichzelf. Sommigen zullen wel eens over hun ouders, partner of hun kinderen praten, maar daar wordt niet verder op ingepikt door de hulpverleners. Ook Jan vertelde tijdens de groepsgesprekken niet veel over zijn naasten. Voor hen kan het nochtans goed zijn als de hulpverlener de context erbij betreft, ook al zijn ze niet aanwezig tijdens de gesprekken. Zo gooide ik regelmatig een 'visje' in de groep om te vragen "En hoe zou je partner (of je kind) nu reageren als hij of zij hier aanwezig was? Hoe zou hij of zij erover denken?". Ook bij Jan vroeg ik naar zijn dochter. Ik liet hem even stilstaan bij het feit dat zij afstand heeft genomen van hem. Wat hij daarbij voelde en of hij zich kon inleven om te begrijpen waarom ze deze beslissing had genomen. Groot was mijn verbazing toen hij zei dat dat hem niets kon schelen. Jammer genoeg heb ik niet meer de tijd gekregen om hier dieper op in te gaan, gezien hij zijn behandeling had gestopt. Het feit dat An wel betrokken was bij de behandeling maakte wel dat zij ook inzag dat het drinken moest stoppen. Zij merkte wel wat verbetering, maar maakte zich toch nog zorgen over Jans gezondheid.

Het netwerk van Jan en An is eerder beperkt. De vrienden die zij frequenteren zijn toxisch voor hen, omdat alles verbonden is door alcohol. Het is dus belangrijk om nieuwe netwerken te creëren en dus relationele hulpbronnen te zoeken om ze te kunnen aanspreken. Het feit dat Jans moeder terug met hem contact heeft, is alvast een eerste stap. De draad terug oppikken met oude bekenden en nieuwe vriendschappen sluiten, kan een teken zijn dat het herstel vordert. Dankzij deze betrokkenen stijgt het effect van de behandeling omdat ze kracht en motivatie geven aan de persoon met een alcoholverslaving, zoals Jan.

Voor de naastbetrokkenen is het ook belangrijk om te stellen dat ze niet verantwoordelijk zijn voor verslaving. Zo kon ik tijdens de gesprekken met An duidelijk stellen dat zij niet schuldig is aan Jans probleem. Zij kan evenmin verantwoordelijk worden gesteld voor het herstel. De verantwoordelijkheid om te stoppen met drinken ligt volledig in Jans handen. Wat ik wel heb benadrukt tijdens mijn gesprekken met An, is het feit dat ze een ondersteunende rol kan spelen in zijn herstel. Dit is vooral belangrijk omdat de alcoholverslaving een chronische ziekte is waarbij de cliënt zijn ganse leven alert moet blijven om niet te hervallen. Jan zal, als hij kiest voor een abtinent leven, op zijn hoede moeten blijven om niet die 'eerste' pint terug te drinken.

Voor An kan het belangrijk zijn om de draad terug op te pakken zodat ook zij terug een sociaal leven kan leiden. Helaas merkten we op dat dit symbiotische koppel alles samendoet. Zij ondernemen niets alleen. De enige momenten die zij niet samen doorbrengen, zijn de uren dat Jan aan het werk is. Het zou voor An goed zijn om terug sociale contacten te onderhouden. Ik moedigde haar ook aan, tijdens mijn stage, om lotgenoten op te zoeken. Zo liet ik haar kijken of er ergens bij hen in de buurt Al-Anon vergaderen werden georganiseerd. An zou wat ervaringen kunnen delen met anderen of luisteren hoe anderen het binnen het gezin aanpakken. Ze zou tevens wat kunnen loskomen uit de co-afhankelijk relatie. Op deze manier stelt ze grenzen door liefdevol los te laten.

6.3.7 Besluit

Contextuele hulpverlening wil zeggen dat we met de cliënt werken, maar ook met diens context. Een gezinswetenschapper zal aandacht besteden aan de gezinsleden van de cliënt met een alcoholverslaving. Dikwijls is er al contact geweest met één van deze belangrijke naasten omdat deze de aanmelding deed voor de persoon met een alcoholverslaving. Om te komen tot mijn eerste veranderingsdoel, nl. wat ik als gezinswetenschapper wil veranderen in de begeleiding van de militair met een alcoholverslaving, is het belangrijk om het proces van motivatie tijd te geven. De motivatie van de cliënt is een proces dat meestal groeit tijdens de behandeling. Om dan uiteindelijk te komen tot een behandelingsproces in het CMiA waar bij de gezinsleden kunnen worden betrokken, is het eveneens van belang om voldoende informatie te bezitten over het product waarrond de verslaving draait, alcohol in dit geval. Zo kan er geleidelijk aan worden overgegaan tot herstel. Wanneer deze kennis er is, kan men overgaan tot erkenning van de problemen die de cliënt en zijn gezin ervaren. Het onrecht dat hun werd aangedaan en waarop zij terugvallen om te kunnen drinken moet worden gezien en erkend.

De hulpverleners van CMiA kunnen via de grondhouding 'meerzijdige partijdigheid' de cliënt en zijn naasten betrekken in het gesprek. Ook al is niet iedereen aanwezig in het gesprek, de hulpverlener zal rekening houden met deze belangrijke afwezigen. Omdat de hulpverlening merkt dat personen met een alcoholverslaving dikwijls een klein netwerk hebben, is het belangrijk te gaan zoeken naar nieuwe netwerken. Oude netwerken hernieuwen is ook een mogelijkheid. Het is een meerwaarde voor het behandelingsproces dat belangrijke naastbetrokkenen de cliënt ondersteunen. Deze put er namelijk motivatie en kracht uit en dat doet de kans op een abtinent leven stijgen. Daarbij mogen we niet vergeten dat die familieleden worden *ontschuldigd*. Het is belangrijk hun te vertellen dat zij niet verantwoordelijk zijn, noch voor het probleem, noch voor het herstel. De naastbetrokkenen kunnen best ook hun eigen leven op de rails zetten. Ze starten de zelfzorg op en kunnen zo gaan investeren in hun relatie. De relatie zal veranderen en het geven en ontvangen moet terug in balans geraken. Professionele hulp is hierbij soms onontbeerlijk, gezien het aanslepende karakter van de problematiek. CMiA zou hier een cruciale rol in kunnen spelen. Daarenboven merkt de hulpverlening binnen de verslavingszorg dat herval veel voorkomt. Om dit herval te verminderen is het cruciaal dat de ondersteuning van de context blijft bestaan als de professionele hulp op zijn einde is gekomen. Als er geen steunende netwerken meer zijn, merken we binnen de hulpverlening veel terugval. De hulpverlener moet dus voldoende aandacht besteden, tijdens de behandeling, aan de verticale en horizontale loyaliteiten opdat de cliënt later kan terugvallen op deze banden als de professionele hulpverlening is gestopt. Het is daarom belangrijk dat we ook gaan kijken hoe de houding van Defensie kan veranderen om het CMiA meer mogelijkheden te bieden om de cliënten én hun gezin beter te begeleiden binnen de professionele context.

Hoofdstuk 7 Drie veranderingsgerichte strategieën

7.1 Inleiding

Vanuit de probleemoriëntatie, de centrale vraag en de casusbeschrijving heb ik volgende veranderingsdoelen voorgesteld:

1. Wat wil ik als gezinswetenschapper veranderen in de begeleiding van de militair met een alcoholverslaving opdat zijn gezinslid hem/haar kan ondersteunen om het behandelingsproces te bevorderen?
2. Op welke manier kan het CMiA de gezinsleden meer en beter betrekken bij de begeleiding van de cliënt om abstinente te blijven?
3. Hoe kan de Defensiestaf het CMiA meer mogelijkheden bieden om zijn cliënten nog beter te begeleiden?

In dit hoofdstuk zal ik voor deze drie veranderingsdoelen een veranderingsvoorstel uitwerken. Deze veranderingsstrategieën zijn gericht op de concrete praktijksituatie in het CMiA. De eerste veranderingsstrategie is een voorstel op microniveau om een antwoord te bieden op het eerste veranderingsdoel. De hulpverleners die tewerkgesteld zijn in het CMiA zullen de '*gezinsreflex*' aanleren opdat de context van de cliënt van bij de start van het behandelingsproces wordt betrokken indien zij dat wensen. Daarbij kunnen ze de uitnodigingsbrief gebruiken die ik heb opgesteld. De tweede veranderingsstrategie doet zich voor op mesoniveau. Het CMiA kan een meerwaarde betekenen voor de cliënt en zijn gezin door mijn voorstellen te implementeren en toe te voegen aan hun bestaande hulpverlening. Daarenboven kan de sociale kaart worden gebruikt om de cliënten zowel als hun familieleden door te verwijzen naar bestaande organisaties, dichterbij huis. Zo kan de nazorg consequenter gebeuren. De laatste veranderingsstrategie is gericht op macroniveau en biedt een antwoord op het laatste veranderingsdoel. De Defensiestaf zou kunnen inzetten op een meer laagdrempelig en outreachend aanbod om zo aan detectie en preventie te doen wat betreft alcoholgebruik bij militairen. Dankzij corona hebben we ook geleerd dat de onlinehulpverlening een toegevoegde waarde kan zijn aan de traditionele 'face-to-face' therapie van de cliënt. Met het besluit zal ik dan ook evalueren of deze veranderingsvoorstellen haalbaar zijn om mijn veranderingsdoelen te bereiken. Ik zal ook enkele mogelijke hiaten opsommen.

7.2 Eerste veranderingsstrategie

In de tweede invalshoek besprak ik het psychologische aspect bij alcoholverslaving. Bij het lezen van de boeken waarop ik me baseerde om deze invalshoek te schrijven, was ik verbaasd wat een impact de omgeving tijdens je kinderjaren onbewust heeft op je leven als volwassene. Ik heb er nooit bij stilgestaan dat een erfenis er niet alleen is na de dood van je ouders of grootouders, maar dat je gedurende je ganse leven, maar vooral tijdens je kinderjaren, dingen oppikt van je naasten om zo te ontwikkelen tot de volwassene die je later zal zijn. In de verschillende relaties die je aangaat, zoals o.a. je partnerrelatie, wordt de immateriële erfenis pas duidelijk als je volwassene bent. Je gedraagt je net als je moeder of vader. Of nog, je partner lijkt wel heel hard op één van je ouders. Ook al had je je voorgenomen om niet zoals je ouders te worden als volwassene, toch merk je hier en daar gelijkenissen. Wie het geluk heeft gehad om in een veilig gehecht gezin te mogen opgroeien en een 'quasi' zorgeloze jeugd heeft gekregen, zal zich zonder veel problemen door het leven worstelen. Anders is het voor mensen zoals Jan uit mijn casus. Van veilige gehechtheid was geen sprake. Vermoedelijk onderging hij ook het proces van

parentificatie. Relaties liggen moeilijk voor Jan. Het drinken van alcohol leerde hij al heel vroeg en zijn erfenis over de generaties heen werd een verdoemenis.

7.2.1 De gezinsreflex en de uitnodigingsbrief

Mijn inspiratie voor mijn eerste veranderingsstrategie heb ik opgedaan toen ik las over de 'kindreflex'²⁰. Wanneer een volwassene hulp vraagt aan hulpverleners in de GGZ, zouden deze automatisch de reflex moeten hebben om te vragen naar de kinderen in het gezin. Mijn veranderingsstrategie heb ik hierop gebaseerd, maar ik heb dit ruimer bekeken. Ik maakte er de 'gezinsreflex' van. Als elke hulpverlener in een ontwenningsskliniek tijdens het intakegesprek zou vragen naar de naastbetrokkenen van de cliënt, kan de hulpverlener deze gezinsleden ook betrekken bij het behandelingsproces. Zo zal ook opvolging en ondersteuning kunnen gebeuren door de betrokken familieleden, eenmaal de cliënt niet meer verblijft in de ontwenningsskliniek. Deze hebben dikwijls zelf ook nood aan wat ondersteuning omdat ze zichzelf, meestal gedurende verschillende jaren, in een vergeethoek hebben gezet.

Als veranderingsstrategie stel ik voor dat de hulpverleners in het CMiA de 'gezinsreflex' maken. Zowel de ervaringsdeskundige die het intakegesprek doet, als de psychiater die de 'start' geeft voor het behandelingsproces, als de psychologen en de psychiatisch verpleegkundigen van het CGG moeten vragen naar de context van de cliënt. Zo kunnen zij voorstellen om de partner, de kinderen, de ouders of andere belangrijke derden te betrekken bij de behandeling. Wanneer de cliënt het intakegesprek alleen komt doen, stel ik voor om een brief mee te geven aan de cliënt (zie [bijlage 2](#)). In overleg met de hulpverlener kan de cliënt één of meerdere gezinsleden uitnodigen. De cliënt kan ook beslissen om geen naasten uit te nodigen. Dat kan dan misschien een alarmsignaal zijn voor de hulpverlener. Waarom wil de cliënt het gezin niet betrekken? Kan de reden zijn dat het netwerk niet op de hoogte is van zijn aanmelding in het CMiA? De hulpverlener zal hiermee ook aan de slag moeten gaan.

Als kanttekening wil ik hier wel stellen dat het CMiA momenteel onderbemand is. Het personeelstekort dat momenteel bij Defensie heerst (omwille van de vele pensioneringen en het jarenlange tekort aan rekruten), maakt het moeilijker voor de mensen in het CGG om ook nog gesprekken te voeren met de familieleden van de cliënten. Een enkel gesprek of een intakegesprek moet wel nog lukken voor het personeel, maar de opvolging en begeleiding van het ganse gezin is momenteel niet mogelijk door de huidige personeelsproblematiek bij Defensie. Mijn [tweede](#) veranderingsstrategie kan hier misschien een oplossing voor bieden.

7.2.2 Zijn de naasten betrokken?

Wanneer de naasten worden betrokken in het behandelingsproces, kan het CMiA met hen aan de slag. Op lange termijn zal de cliënt daardoor wellicht langer abtinent kunnen blijven. Ook de gezinsleden zelf zullen zich betrokken en begrepen voelen. De hulpverlener zal meer voldoening ervaren omdat hij ziet hoe de cliënt zowel op korte als op lange termijn vooruitgang boekt. Natuurlijk hangt het succes van de 'gezinsreflex' en de bijhorende brief af van de wensen en behoeften van de cliënt en zijn omgeving. Het zal daarom belangrijk zijn dat de hulpverleners van CMiA belang hechten aan de relaties en verbindingen tussen de cliënt en diens netwerk. Wanneer de naastbetrokkenen echter niet ingaan op de vraag, is het belangrijk om dit dan los te laten en verder aan de slag te gaan met de cliënt. Het is wel belangrijk dat de hulpverlener onderzoekt waarom de cliënt zijn gezin liever niet betreft bij de behandeling. De omgeving kan

²⁰ <https://kindreflex.be>

bijvoorbeeld toxisch zijn voor de cliënt en dan is het zelfs beter dat de cliënt uit dit giftige netwerk wordt gehaald.

De nazorg bij verslaving is heel cruciaal. Gezien de ziekte chronisch is, moet er extra aandacht worden besteed aan hervulpreventie. Daar kunnen gezinsleden een belangrijke rol spelen in het ondersteunen van de cliënt. Naast de terugkeerdagen in het CMiA is de cliënt voornamelijk aangewezen op hulpverlening bij andere organisaties, zoals de zelfhulpgroep AA, en op de steun die ze in hun omgeving vinden. Daarom is het belangrijk dat de hulpverleners in CMiA het netwerk gaan versterken.

Ik moet hier een tweede kanttekening maken. De zorg in het CMiA is gratis voor militairen. De wachtlijsten zijn er zo goed als onbestaand. Helaas stelt zich hier een probleem als de partner of de kinderen vragen om ook ondersteuning te krijgen in ons CGG of als het CMiA hen wil betrekken bij de behandeling van een cliënt. Het CMiA kan en mag geen begeleiding geven aan mensen die niet bij Defensie werken. Hier zal dus moeten worden ingezet op goede doorverwijzing in de burgersector via de sociale kaart, in de buurt van het gezin. Dit zal een extra taak zijn voor het personeel van het CMiA. Dit project om dergelijk doorverwijssysteem uit te werken of samen te werken met andere organisaties zal éénmalig veel tijd in beslag nemen, maar moet op langere termijn enkel up-to-date worden gehouden.

7.2.3 Evaluatie van de 'gezinsreflex' en de uitnodigingsbrief

Tijdens mijn stage in CMiA merkte ik al van de eerste dag dat de omgeving helemaal niet betrokken werd bij het behandelingsproces. Ik stelde zelfs vast dat er amper werd gevraagd naar de partner of de kinderen van de cliënten. Groot was mijn vreugde toen Jan samen met An een intakegesprek kwam doen. Nu kon ik eindelijk mijn werk als gezinswetenschapper gaan doen. In overleg met mijn mentor had ik gevraagd of ik met An enkele gesprekken kon voeren en een soort contextuele begeleiding kon opstarten. Omdat ik tijdens de afgelopen drie jaar bij Odisee geleerd had hoe belangrijk de naasten van een cliënt zijn in het behandelingsproces, aarzelde ik niet om zowel individuele als familiegesprekken te organiseren. An was tevreden dat ze betrokken werd zodat ze Jan beter kon ondersteunen. Zij was immers ten einde raad. Doordat ik de gezinsreflex maakte, merkte ik aan An dat ze deugd had van onze gesprekken. Voor haar werkte ons gesprek al helend. 'Eindelijk' vroeg ook eens iemand hoe het met haar ging. 'Eindelijk' werd naar haar verhaal geluisterd. An had ondersteuning nodig, alleen had ze dat nooit beseft. De focus op Jan verdween en ze kon haar eigen problemen aan iemand kwijt. Ik gaf haar ook informatie mee over verschillende organisaties bij haar in de buurt. Ze bedankte me enige tijd later met een geschenkje. Ik hoorde, na mijn stage, dat ze contact hadden opgenomen met de plaatselijke AA en Al-Anon.

Bij een andere cliënt heb ik mijn uitnodigingsbrief kunnen meegeven. De jongeman wilde zijn moeder uitnodigen omdat hij had opgemerkt dat ze het moeilijk had met zijn situatie. Enkele weken later maakte de moeder een afspraak en had ik een helpend gesprek met haar. Zowel moeder als zoon waren nadien enthousiast over deze aanpak. Ik gaf de moeder voor alle zekerheid ook nog wat informatie mee over de Al-Anon groepen in West-Vlaanderen, zodat ze dichterbij huis te rade zou kunnen gaan. Ook het personeel van CMiA ziet deze verandering als een echte meerwaarde voor de abstinentie van de cliënt. Ze maakten helaas de opmerking die ik eerder neerpande: "Wie gaat dat doen als jij hier niet meer op stage bent?" De problematiek van het personeelstekort kwam hier, alweer, op de proppen.

7.3 Tweede veranderingsstrategie

In de invalshoek 'contextuele hulpverlening' beschreef ik theoretisch hoe personen met een alcoholverslaving tot herstel kunnen komen. Ik heb toen ook stilgestaan bij de familieleden en hoe zij de cliënt beter kunnen ondersteunen als zij betrokken zijn bij het behandelingsproces en daarenboven aan zelfzorg doen. Als zij leren om te gaan met de valkuilen die de probleemdrukker op zijn levenspad zal tegenkomen, staan ze sterker om hem daarin te ondersteunen. Dit zal een langer abstinente leven voor de cliënt kunnen betekenen. De inspiratie voor mijn veranderingsstrategie vond ik in de vele hoofdstukken die ik las en de websites die ik tegenkwam. De motivatie van een persoon met een alcoholverslaving is soms ver te zoeken. Maar door erover te lezen, kwam ik tot het inzicht dat die motivatie kan groeien en dat het dus niet erg hoeft te zijn als die nog niet van in het begin aanwezig is. Dankzij het verwerven van kennis en het bijwonen van groepsgesprekken, kan de cliënt gemotiveerd raken. Eénmaal de cliënt zijn wil tot herstel heeft uitgedrukt, is het aan de hulpverlener om hem hierin zo goed mogelijk te ondersteunen. Erkenning geven, 'ontschuldigen', meerzijdig partijdig zijn, maar ook relationele hulpbronnen aanspreken, zijn taken die de hulpverlener moet vervullen. Om tot herstel te komen en herval te vermijden, is het belangrijk dat de hulpverlener hier de nodige aandacht aan besteedt. Naastbetrokkenen kunnen hier een belangrijke rol spelen. Hier wil ik dan ook mijn tweede veranderingsstrategie aan koppelen.

7.3.1 Een vernieuwd traject

Het CMilA kan aan de slag gaan met de naastbetrokkenen van een cliënt. Ook al kunnen ze deze niet 'apart' begeleiden, in functie van de behandeling van de militair kan de familie hier wel worden betrokken. Van zodra één of meerdere gezinsleden hebben toegestemd om de cliënt te ondersteunen, kan het CMilA een *contextueel traject* opstarten. Naast de huidige individuele gesprekken bij de psychiater, de psycholoog en de psychiatrisch verpleegkundigen van het CGG, de groepssessies AA en de terugkeerdagen met de anciens, kan er aandacht worden besteed aan een vernieuwd traject. In de volgende tabel wordt een overzicht gegeven van het bestaande en het nieuwe traject zodat mijn voorgestelde veranderingen duidelijk terug te vinden zijn.

<u>BESTAANDE traject</u>	<u>NIEUWE traject</u>
1. Een intakegesprek met de cliënt	1. Een intakegesprek met de cliënt en de naastbetrokkenen
2. Een psycho-educatieve infonamiddag (vorming) voor cliënten	2. Een psycho-educatieve infonamiddag (vorming) voor cliënten en hun familie
3. Individuele gesprekken cliënt	3. Individuele gesprekken cliënt
4. Groepssessies AA met cliënten	4. Groepssessies AA met cliënten
5. Terugkeerdagen anciens en cliënten	5. Terugkeerdagen anciens en cliënten
	6. Systeemgesprekken met cliënt en zijn gezinsleden
	7. Een maandelijks terugkeernamiddag met activiteiten voor cliënt en zijn gezinsleden
	8. Maandelijks familiegroepsgesprek onder lotgenoten (eventueel online, rond een bepaald thema)

In het CMiLA zal het volgende niet haalbaar zijn, maar via doorverwijzing kunnen ook deze zaken een meerwaarde zijn voor de cliënt en zijn familie:

1. Kinderwerking/therapie omdat zij extra kwetsbaar zijn
2. Familietussenkomst om het probleembesef bij de cliënt te vergroten
3. Relatieondersteuning en/of -bemiddeling

7.3.2 Inspiratie

Als mensen zich een mening willen vormen over een bepaald thema, zouden ze zich eerst en vooral moeten informeren. Als het over verslavingszorg gaat, hebben veel mensen nog altijd vooroordelen: het gaat over mensen die niet gemotiveerd zijn en die geen karakter hebben om te stoppen met drinken. Om deze ideeën de wereld uit te helpen, is psycho-educatie nodig. De juiste informatie verstrekken aan de cliënten en hun familie is een belangrijke taak van een hulpverlener, en dus ook een gezinswetenschapper. Zo kan de cliënt verdere stappen zetten in de behandeling van zijn verslaving. De hulpverlener zal blijf geven van erkenning voor de moeilijkheden waarin het gezin zich bevindt. Daarenboven zal de hulpverlener inzetten op het netwerk van de cliënt. Samen moeten zij uitzoeken wie de cliënt kan ondersteunen (het helend netwerk) en wie daarentegen uit diens omgeving moet worden geweerd (het toxisch netwerk). Hierover vond ik veel informatie in de boeken die ik las voor de tweede invalshoek te schrijven, maar ik vond heel wat praktische informatie op de website van een organisatie in Nederland die aan verslavingszorg doet: *triora*²¹. Daar vond ik de idee van de familiedagen. Deze vormde ik om naar terugkeernamiddagen met activiteiten voor de cliënt en zijn gezin, in het CMiLA. Ook de groepsgesprekken onder lotgenoten en de eventuele onlinesessies vond ik terug op hun website. De systeemgesprekken vond ik er ook terug. Over deze laatste hadden we bij Odisee al meer informatie gekregen in het OPO²² Systeemtherapie. Ook in België bestaat er een (privé-) organisatie die gekend is omwille van zijn verslavingszorg. *Nova Vida*²³ bevindt zich in Antwerpen, maar werkt ook samen met ontwenningklinieken in Portugal en Zuid-Afrika. Ook daar vond ik mijn inspiratie voor de familiebijeenkomsten en systeemgesprekken. Hier wordt ook extra aandacht besteed aan de kinderen en de tussenkomsten bij families die zich machteloos voelen als de cliënt het probleem niet voldoende ernstig neemt. Gezien het CMiLA geen begeleiding kan starten bij niet-militairen, zal dit voor het CMiLA een noodzaak zijn om hierin door te verwijzen als de omgeving van de cliënt hier nood zou aan hebben.

7.3.3 Haalbaarheid

Zoals ik bij de eerste veranderingsstrategie aangaf, zou het tekort aan personeel de uitwerking van het vernieuwde traject kunnen belemmeren. Veel hangt af of de Defensiestaf een andere aanpak kan/zal kunnen uitwerken om de GGZ binnen Defensie uit te breiden. De coronapandemie betekende voor onze samenleving het wegvallen van dagelijkse structuur en dat is voor de mens als sociaal wezen niet evident. De uitbraak van het coronavirus en de door de Regering afgekondigde maatregelen hebben invloed op de mentale gezondheid van bijna iedereen²⁴. De GGZ zal erover moeten waken dat mensen met of zonder psychische kwetsbaarheid worden opgevangen. Misschien is dit een kans die Defensie moet grijpen om de GGZ bij Defensie anders aan te pakken. In de derde veranderingsstrategie ga ik hier dieper op in.

²¹ <https://triora.nl/>

²² OPO = OPLEIDINGSONDERDEEL

²³ <https://novavidarecovery.be>

²⁴ www.trimbos.nl

Om het traject alsnog te kunnen uitwerken opdat de cliënt langer abtinent zou kunnen leven, is de doorverwijzing van het gezin (naargelang gewenst samen met de militair) naar andere organisaties hier perfect toepasbaar. Helaas zullen de lange wachtlijsten in de GGZ mijn veranderingsstrategie bemoeilijken. Zoals ik in de eerste veranderingsstrategie beschreef, kan het personeel van CMiA werk maken van het bestuderen van de sociale kaart om de mensen door te sturen naar andere organisaties. Deze organisaties kunnen dan dichterbij de woonplaats van de cliënt zijn, wat het wel laagdrempeliger maakt. Het is namelijk niet voor iedereen evident en makkelijk om op regelmatige tijdstippen naar Brussel te reizen (Het CMiA ligt namelijk in Neder-Over-Heembeek). Voor bepaalde stukken uit het traject kan dan gekozen worden om niet naar het CMiA te gaan, maar naar een andere voorziening in verslavingszorg. Zo heb je bijvoorbeeld 'De sleutel' in de provincies Antwerpen, Oost- en West-Vlaanderen. Er zijn daarenboven tal van CGG's en psychiatrische ziekenhuizen die mensen met een verslaving kunnen helpen. De website van de sociale kaart kan het CMiA op weg helpen.

Door corona leerden we ook anders omgaan met de technologie. Om toch maar in verbinding te kunnen blijven met anderen, gebruikten we allerlei tools zoals skype, teams of zoom om connectie te maken met anderen. Ook dit kan een hulpmiddel zijn om het tekort aan personeel enigszins op te vangen. Laat me duidelijk zijn: de onlinehulpverlening kan de traditionele hulpverlening, met fysieke contacten, niet vervangen. Maar ik denk wel dat het een waardige aanvulling kan zijn. Het kan een tijdelijke oplossing bieden tot er meer handen zijn om te helpen in het CMiA. De 'face-to-face' contacten tussen hulpverlener en familie van de cliënt kunnen worden aangevuld met onlinehulpverlening. Deze combinatie lijkt me perfect haalbaar.

7.4 Derde veranderingsstrategie

Mijn eerste invalshoek bestond uit een contextuele blik op alcoholverslaving. Om de cliënt te begeleiden naar het 'beste' herstel, is het belangrijk om te weten waarover ik spreek. Daarom las ik veel over deze addictie. Ik vatte de theorie samen, maar ging dieper in op de theorie van Ivan Boszormenyi-Nagy. Relaties hebben een impact op ons leven. Zonder deze verbinding kunnen we als mens niet zijn. Denk maar aan de film 'Cast Away' met Tom Hanks. Na een vliegtuigcrash belandt de man op een onbewoond eiland. In één van de pakketten die aanspoelden op het eiland vindt hij een volleybal. Met een bebloede hand (hij sneed zich immers in een poging om vuur te maken) maakt hij een afdruk die op een gezicht lijkt. 'Wilson', genoemd naar het merk van de volleybal, is zijn nieuwe vriend waarmee hij praat om de eenzaamheid te verdrijven. Alleen op een eiland zocht hij naar contact, manieren om in verbinding te staan met anderen. Zonder relaties kan de mens niet leven. Die relaties zijn extra belangrijk voor personen met een verslavingsproblematiek. Op deze relaties moet de cliënt kunnen terugvallen, zoniet is herstel onmogelijk.

7.4.1 Hoe lang drink je al?

Alcohol is een sociaal aanvaarde drug. Niemand kijkt ervan op als je een glas wijn vraagt of een wodka. Maar alcohol is en blijft een drug. De roes die iemand ervaart na het drinken van alcohol, geeft vaak een fijn gevoel: even geen problemen meer en even los van deze drukke, haastige maatschappij. Maar om die roes te ervaren, heeft een mens steeds meer alcohol nodig. Ik was enorm verbaasd toen ik las dat mensen heel lang wachten om naar de hulpverlening te stappen met een alcoholverslaving. Zonder het zelf te beseffen, gaat een drinker van alcohol over van alcoholgebruik naar alcoholmisbruik om uiteindelijk verslaafd te zijn aan het goedje. De alcohol drinker kan niet meer zonder. Het is maar weinig ouders gegeven om constructief te praten met hun kinderen over drugs en alcohol. Wie werd als volwassene ooit ingelicht over een alcoholverslaving als op zichzelf staande, chronische en progressieve hersenziekte? Als het te laat is, komen deze personen met een alcoholverslaving er zelf achter. Het is daarom belangrijk om aan detectie en preventie te doen. Jongeren moeten ingelicht worden over de gevaren van alcohol. Defensie kan hier een belangrijke rol spelen. Jonge rekruten die Defensie vervoegen, krijgen de kans om van meer vrijheid te genieten. Daarenboven ontvangen ze soms voor het eerst een salaris. 'Eindelijk' zijn ze weg van onder moeders vleugels of weg van vaders strenge opvoeding. De machocultuur die nog steeds bij Defensie terug te vinden is, kan jongeren aanzetten om mee te doen met de 'bende'. Ze durven geen 'nee' te zeggen als ze een pint voorgeschoteld krijgen, want ze zouden kunnen worden uitgelachen. En voor ze het beseffen, hebben sommigen dagelijks één of meerdere glazen alcohol nodig.

7.4.2 Cel Addict

Jaren geleden bestond bij Defensie een cel, een team van militairen, die in de verschillende kazernes en vooral in opleidingscentra preventief werk verrichtte. Ze gingen het ganse land rond om vormingen te geven over drugs in het algemeen en stonden wat langer stil bij alcohol. Ze werkten preventief om verslavingen aan 'alcohol & drugs' te voorkomen. Ter plekke konden ze vaak ook detecteren dat er hier en daar wel wat problemen waren. Helaas, pensioneringen en herstructureringen, maakten dat deze cel werd opgedoekt. Deze mensen werkten aan een sensibiliseringscampagne waar de hulpverleners naar de (potentiële) cliënten toestapten. Ze werkten outreachend. Ze waren een aanspreekpunt voor mensen die al tot het besef waren

gekomen dat ze eigenlijk een alcoholprobleem hadden. Zowel jongere als oudere militairen vonden op deze manier de weg naar het CMiLA.

CMiLA krijgt regelmatig te horen dat de nood aan dit outreachend werk nooit is verdwenen. Ook door de mentale impact van de coronapandemie zijn de hulpverleners van CMiLA van mening dat deze cel 'Addict' toch opnieuw leven moet worden ingeblazen. Daarom wil ik als derde veranderingsstrategie het (her)oprichten van deze cel Addict voorstellen. Dit multidisciplinair team van militairen moet *outreachend* werken. Door naar de mensen toe te stappen werken ze ook laagdrempelig. Het aanbod binnen het CGG zal meer bekend worden. Ze geven *vormingen* in de verschillende kazernes en opleidingscentra. De nadruk moet liggen op psycho-educatie bij zowel jong als oud. Er zijn te veel misverstanden over het gebruik van alcohol. Naast dit *preventieve* luik kan er ook gewerkt worden rond *detectie*. Daar heb je de hiërarchische chefs voor nodig. Zij kennen hun medewerkers het beste en kunnen vaststellen dat er iets niet klopt. Op dat moment zou men de cel Addict kunnen inschakelen, al was het maar voor een gesprek met de hiërarchische meerdere of de 'verdachte' alcoholgebruiker.

Vanuit het CMiLA is de noodkreet om hulp luid. Mijn idee om de cel Addict terug op te laten starten werd warm onthaald. Meer zelfs, de medewerkers van het CMiLA hebben het altijd een tekort gevonden in de preventie van verslavingen bij Defensie dat de cel Addict er niet meer was.

7.4.3 Onlinehulpverlening

Zoals ik eerder beschreef, kan de traditionele hulpverlening worden aangevuld met onlinehulpverlening. Vanuit het (her)oprichten van de cel Addict, wat ik als veranderingsvoorstel naar voor bracht, kan hier worden geïnvesteerd in dit almaar groeiend aanbod. Zo bestaan er al tal van websites die de onlinehulpverlening reeds naar voor schoven. De Belgische website www.alcoholhulp.be biedt een zelfhulpprogramma aan dat 12 weken duurt. De zelfhulpmodule is volledig gratis en anoniem. Je kan er elke dag terecht. Ook de online begeleiding, die drie maanden duurt, is kosteloos, anoniem en 24/7 toegankelijk. Deze website biedt ook de mogelijkheid om samen te werken met een CGG. Hier zie ik een opening voor de cel Addict of het CMiLA om hierop in te tekenen. Omdat de stigmatisering en het taboe rond verslavingen nog steeds niet uit de samenleving is verdwenen, kan deze onlinehulpverlening een laagdrempelig duwtje in de rug zijn voor sommige militairen die nog niet onmiddellijk naar het CGG durven te stappen.

Wat belangrijk zal zijn, is dat Defensie op zijn website, zowel intranet (intern) als internet (extern) een link plaatst naar deze onlinehulpverlening. Uiteraard mogen we onze Franstalige collega's niet vergeten (<https://aide-alcool.be/home>).

Wat momenteel niet haalbaar is, maar wat zou moeten worden bestudeerd, is een website voor hulpverlening, specifiek voor militairen. Uiteraard moet deze niet enkel over verslaving gaan, maar over de geestelijke gezondheid in het algemeen. Het CGG zou hier de leiding in kunnen nemen. Voorwaarde is wel dat er voldoende informatici ter beschikking zijn. Als dat niet het geval is, zou Defensie de website ook door een externe firma kunnen laten ontwerpen en onderhouden. Een voorbeeld kan zijn: de website van www.awel.be voor jongeren en kinderen of www.druglijn.be. Op de website <https://www.onlinehulp-vlaanderen.be/kennismaking/> kan Defensie meer informatie vinden om dergelijke website op te starten.

7.4.4 Ook voor de familie

Naast de militairen, kunnen ook familieleden van militairen op de website (vandaar ook een externe internetsite) terecht voor ondersteuning als zij merken dat het niet goed gaat met hun

militaire gezinslid. Wanneer zij zelf ondersteuning zouden willen, kan Defensie voorzien in enkele links naar websites van CGG's of andere burgerorganisaties waar zij terecht kunnen.

Voor deze specifieke materie kan ook een gratis nummer, type 0800-telefoonlijnen, worden geopend. Een militair of een gezinslid van een militair kan dit gratis nummer bellen om informatie of ondersteuning te verkrijgen in verband met de problematiek.

Maar familieleden zouden ook terecht kunnen bij Similes, een pluralistische organisatie die de familie en naasten van psychisch kwetsbare mensen ondersteunt. Alcoholverslaving is opgenomen in het handboek DSM-5 en is dus een psychische ziekte. Similes benadrukt dat de impact op het gezin groot is wanneer je familielid kampt met ernstige psychische problemen. Het is aan het CMiLA om de context te laten weten dat deze organisatie(s) bestaat(n).

7.5 Besluit

Deze drie veranderingsstrategieën zijn ambitieus. Zoals ik beschreef zal het, mits de nodige inspanningen van zowel de hulpverleners in CMiLA als de Defensiestaf, haalbaar zijn om deze veranderingsstrategieën te implementeren. Het eerste veranderingsdoel werd al toegepast tijdens mijn stage, het tweede veranderingsvoorstel vraagt nog uitwerking door het CMiLA en voor de derde veranderingsstrategie moet Defensie zich aanpassen door de heroprichting van de cel Addict. Ik hoop dat mijn bachelorproef de Defensiestaf kan overtuigen om deze stappen te nemen om zo het welzijn van de militairen te verbeteren.

Dankzij de uitnodigingsbrief en de gezinsreflex kan ik als gezinswetenschapper de gezinsleden betrekken in het behandelingsproces van de cliënt. Dit zal het herstel bevorderen tijdens de behandeling van hun familielid die zij beter zullen kunnen ondersteunen. Het CMiLA zal o.a. familie-activiteiten kunnen organiseren om de relatie tussen de cliënt en zijn gezin te herstellen of te verbeteren. Het zal wel een inspanning vragen (een mindswitch) van de hulpverleners bij CMiLA. Het vernieuwde traject is een toevoeging aan de bestaande hulpverlening. Door kleine veranderingen in de mindset van de hulpverleners en een wijziging naar een contextuele aanpak zal ook de familie beter betrokken worden bij de begeleiding van de cliënt die werkt aan een abstinente leven. Dankzij de samenwerking met of de doorverwijzing naar andere organisaties, kan de militair en zijn familie soms ook dichterbij zijn woonplaats terecht voor hulp. Het nadeel is dat de opvolging minder makkelijk zal zijn dan als de hulpverlening van het ganse gezin binnen dezelfde organisatie, binnen het CMiLA, zou kunnen gebeuren.

Om de Defensiestaf te overtuigen van de noodzaak om de cel Addict terug op te richten, zal een achterban nodig zijn. Ik hoop dat zij de kansen en mogelijkheden zien van dit multidisciplinair team dat laagdrempelig en outreachend kan werken. Daarenboven werkt de cel Addict het stigma tegen en wil ze ook het taboe rond verslavingen doorbreken. Defensie zal zo preventief kunnen werken aan het verhogen van het welzijn van elke militair. Het CMiLA zal terug op de kaart worden gezet.

De onlinehulpverlening kan soelaas brengen om het CMiLA enigszins te helpen en het aanbod aan hulpverlening voor de militairen uit te breiden. De militair die kampt met een alcoholverslaving kan dan zonder medeweten van collega's of chefs online hulp zoeken.

Hoofdstuk 8 Algemeen besluit

"Ik ben een alcoholist", zei mijn collega op onze nieuwjaarsreceptie. Hij had een tas koffie voor zijn neus staan. De thermos stond ernaast. "Hoe kan die man alcoholist zijn?", dacht ik terwijl ik van mijn glas prosecco dronk. Dit moment is de aanleiding geweest om mijn bachelorproef te schrijven.

Met dit besluit van mijn bachelorproef wil ik graag terugblikken op de centrale vraag uit mijn probleemstelling. *"Hoe kan ik als gezinswetenschapper de gezinsleden (de context) van de militair met een alcoholverslaving mee betrekken in het behandelingsproces van ons CGG, meer specifiek het CMilA?"* Aan de hand van de drie deelvragen die ik hierbij formuleerde, neem ik jullie in het kort mee doorheen mijn eindwerk.

- Welke rol kan het gezinslid spelen in het ondersteunen van de militair die alcoholverslaafd is?
- Wat kan het CMilA betekenen voor het gezin van de cliënt wat betreft de contextuele benadering?
- Hoe kan de Defensiestaf zijn militairen en hun families in het behandelingsproces m.b.t. verslavingsproblematiek ondersteunen?

Tijdens mijn stage wilde ik met eigen ogen zien en ondervinden welke rol een gezinslid kan spelen in het ondersteunen van de militair die alcoholverslaafd is. De meeste militairen die er komen, hebben een laatste kans gekregen van hun chefs. Het was nu of nooit. Het herval is vrij groot bij mensen met een alcoholverslaving. Ik wou achterhalen hoe dat komt, maar vooral hoe we dat zouden kunnen vermijden. Ik zocht naar wat ik als gezinswetenschapper wil veranderen in de begeleiding van de militair met een alcoholverslaving opdat zijn gezinslid hem/haar kan ondersteunen om het behandelingsproces te bevorderen. In mijn eerste veranderingsstrategie kwam ik tot een antwoord op dit eerste veranderingsdoel. De hulpverleners die tewerkgesteld zijn in het CMilA zullen de 'gezinsreflex' toepassen opdat de familieleden van de cliënt, indien zij dat wensen, van bij de start van het behandelingsproces wordt betrokken. De impact van de verschillende gebeurtenissen tijdens je kinderjaren op je bestaan, mag niet onderschat worden. Wanneer het CMilA de problemen van de militair met een alcoholverslaving bespreekbaar wil maken, zal ook de context van de militair hierbij moeten worden betrokken. De ondersteuning van het netwerk van de militair werkt immers preventief om herval te voorkomen, zeker wanneer de professionele hulpverlening op zijn einde loopt. Gezinsleden kunnen worden betrokken om het behandelingsproces te verbeteren en een ondersteuning te bieden voor een langer abstinente leven. Om deze gezinsleden uit te nodigen voor een gesprek, kan het CMilA een uitnodigingsbrief gebruiken die ik heb opgesteld en uitgetest tijdens mijn stage. De erkenning en de 'ontschuldiging' die gezinsleden krijgen tijdens dergelijke gesprekken zijn cruciaal voor de zelfzorg, maar ook in de verdere ondersteuning van de militair met een alcoholprobleem. Als hulpverlener kan je deze mensen helpen door te luisteren naar hun verhaal, door er voor hen te zijn. Om tot deze veranderingsstrategie te komen, liet ik me inspireren door de contextuele blik van de Amerikaans-Hongaarse psychiater Ivan Boszormenyi-Nagy en zijn dimensies met betrekking tot relaties. Vanuit de contextuele invalshoek ging ik op zoek naar factoren die invloed hebben op de onderlinge relaties binnen het gezin. De gevolgen van een alcoholverslaving zijn groot. Ze hebben een impact op de cliënt zelf, maar ook op zijn naaste

omgeving. Deze familieleden lijden. Een alcoholverslaving is immers een chronische, op zichzelf staand en progressieve psychische ziekte, waar je niet enkel met wilskracht vanaf geraakt. Deze ziekte brengt ambivalentie met zich mee. Probleemdrinkers willen stoppen met drinken, maar toch blijven ze hunkeren naar dat glas alcohol. Nagy leerde me dat er moet worden gekeken naar wat er is en naar wat er gebeurt (de feiten). Daarnaast bekijkt hij hoe we als individu alles beleven en verwerken (de psychologie). Een derde belangrijk aspect waar rekening mee moet worden gehouden, is de communicatie in relaties (de interactie tussen mensen). Maar de belangrijkste dimensie is de rechtvaardigheid van de andere persoon (de relationele ethiek). Een mens is niemand als hij niet in relatie kan staan tot een ander. Het passend 'geven en ontvangen' in relaties is daarbij een essentieel begrip. Ook (transgenerationale) loyaliteit is een belangrijke topic bij relaties tussen mensen. Het onrecht dat militairen met een verslaving werd aangedaan in hun vorige relaties met hun ouders en/of belangrijke anderen, vertaalt zich dikwijls in het destructief recht dat zij zich toe-eigenen. Ze blijven drinken, omdat het leven hen tegenzit. "Ik moet drinken om te vergeten, want ik heb zoveel ellende gekend in mijn leven!". Daarom moet de context van de militair betrokken worden in het behandelingsproces om te kunnen afstappen van dit destructief recht. Naast dit inzicht, liet ik me eveneens inspireren voor deze eerste veranderingsstrategie door de *invalshoek contextuele hulpverlening*. Ik zocht naar manieren om in het CMiA het gezin te betrekken bij het behandelingsproces van de probleemdrinker. Hierbij mocht ik de staf van Defensie niet vergeten, want zij schrijven de krijtlijnen uit van de werking van het CGG in Neder-over-Heembeek. Wanneer er zaken moeten worden veranderd, zal de Defensiestaf eerst een goedkeuring moeten geven. CMiA werkt vandaag immers (nog) niet contextueel. Vaak worden mensen aangemeld door iemand anders. Dat kan een gezinslid zijn, maar ook een directe chef of een korpscommandant. Een organisatie die instaat voor de ondersteuning van mensen met een alcoholverslaving, zou ervanuit moeten gaan dat de motivatie een proces is. Iedereen hoorde ooit wel eens: "Als je niet gemotiveerd bent om te stoppen met drinken, dan zal het niet lukken". Ik zal deze uitspraak proberen te weerleggen. De motivatie om te stoppen met drinken kan groeien. Daarom is het van belang dat iedereen die dit zelf wil, kan en mag starten in het CMiA, ook al is zijn motivatie bij de start nog niet optimaal. Deze groei in motivatie kan gerealiseerd worden door o.a. psycho-educatie: de cliënt en zijn gezin verwerven dan de nodige kennis over een 'alcoholverslaving'. Om tot herstel te komen, zal dan ook moeten worden ingezet op de erkenning van de problemen die de probleemdrinkers en hun gezin ervaren. Een meerzijdig partijdig hulpverlener is hier de geknipte persoon om de gesprekken te leiden. Deze gemotiveerde 'gezinswetenschapper' zal ook mee helpen zoeken naar netwerken die het gezin, dat geconfronteerd werd met deze alcoholverslaving, kunnen helpen ondersteunen. Netwerken en relaties zijn essentieel om als mens te kunnen bestaan. De hulpverlener zal de loyaliteitsbanden tussen mensen bespreken met de cliënt en zijn gezin. Het is ook belangrijk om de gezinsleden te wijzen op het feit dat ze geen schuld treffen aan de verslaving van hun geliefde partner of ouder. Vanuit dat perspectief moeten zij ook weten dat zij ook hun eigen leven weer op de kaart moeten zetten, want veelal leefden zij jarenlang in de schaduw van hun geliefde met een alcoholverslaving. Zelfzorg is hier aan de orde. Om herval te voorkomen is het van essentieel belang dat de persoon met een alcoholverslaving, op het einde van de professionele hulpverlening, terug kan vallen op de omgeving. Het is de taak van de hulpverlener om de nodige aandacht te besteden aan deze ondersteunende netwerken opdat de persoon met een alcoholverslaving een langer abstinente leven kan leiden samen met zijn gezin.

De *tweede veranderingsstrategie* die ik voorstelde, was een vernieuwd contextueel traject. Dat biedt een antwoord op de tweede deelvraag in mijn bachelorproef: "Op welke manier kan het CMiA de gezinsleden meer en beter betrekken bij de begeleiding van de cliënt om abstinente te blijven?" Uit bestaande methodes van hulpverlening vond ik goede ideeën terug om toe te passen in het CMiA. De begeleiding van cliënten in het CMiA kan naar een hoger niveau worden getild door mijn contextuele voorstellen te implementeren en toe te voegen aan hun bestaande hulpverlening. Om tot herstel te komen en herval te vermijden, zal de hulpverlener de nodige aandacht moeten schenken aan het aanspreken van relationele hulpbronnen. Deze familieleden of belangrijke derden, kunnen de militair met een alcoholverslaving ondersteunen en helpen. Daarenboven kan het team van CMiA de sociale kaart gebruiken om de cliënten en hun familieleden door te verwijzen naar bestaande organisaties, dichterbij huis. Dankzij het doorverwijzen naar andere organisaties kan de nazorg in sommige gevallen consequenter gebeuren. Ik baseerde dit veranderingsvoorstel op de *psychologische invalshoek* in mijn eindwerk. Ik keek in welke mate gehechtheid, parentificatie en een intergenerationeel patroon bij verslaving een rol spelen om als volwassene een verslavingsproblematiek te ontwikkelen. Militairen die als kind opgegroeid zijn in een onveilig gezin, waar vaak een ouder met een alcoholverslaving woont, hebben een grotere kans om later zelf ook een alcoholverslaving te ontwikkelen. De verschillende hechtingsstijlen spelen daarin een essentiële rol. Er zijn voor deze kinderen tal van risicofactoren om net als hun ouder te maken te krijgen met deze problematiek. Maar er bestaan uiteraard ook beschermde factoren om geen alcoholverslaving te ontwikkelen. Zo kan de beschikbaarheid van andere zorgfiguren tijdens de kinderjaren een belangrijke factor zijn om wel of niet 'aan de drank' te geraken. Een kind past zich ook makkelijk aan in bepaalde omstandigheden. Sommige kinderen zullen zelfs een bepaalde rol opnemen in het gezin, als ze in een moeilijke thuissituatie opgroeien. Wanneer het kind de rol van de ouders overneemt, spreken we van parentificatie. Ouders die geparentificeerd zijn door hun eigen ouder(s) projecteren vaak hun problematiek op hun eigen kind(eren). Het mechanisme wordt 'projectieve identificatie' genoemd. Als gevolg hiervan gaan kinderen zich gedragen zoals hun ouders dat willen. Het ene kind zal de verzorgende rol op zich nemen. Andere kinderen zullen kind blijven, omdat hun ouders hen tegenhouden verder te ontwikkelen. De perfecte kinderen zullen dan weer alle verwachtingen van de ouders willen inlossen. De zondebok zal alle schuld op zich nemen en dient als bliksemafleider in het gezin. Soms wordt deze problematiek, het parentificeren, telkens weer doorgegeven aan de volgende generatie. Ter preventie van dit transgenerationeel probleem zal men moeten kijken naar de oorzaken van het verslavingsprobleem. Welke erfelijke invloeden spelen een rol? Welke omgevings- en ontwikkelingsfactoren moeten bekeken worden om het doorgeven van generatie op generatie een halt toe te roepen? We krijgen allemaal een immateriële erfenis mee met normen en waarden van onze ouders. Het ene kind zal wat meer geluk hebben dan het andere. Denk maar aan de kinderen waarvan de ouders hun wensen en verlangens projecteren op hun kind. "Ik heb nooit mogen studeren van je grootouders. Jij moet dat nu goed doen!". Draagkracht en draaglast zullen in evenwicht moeten worden gebracht om tot een passend 'geven en ontvangen' te kunnen komen.

De derde deelvraag beantwoordde ik met de laatste veranderingsstrategie. De Defensiestaf zou moeten inzetten op een meer laagdrempelig en outreachend aanbod om zo aan detectie en preventie te doen wat betreft alcoholgebruik bij militairen. Omdat alcohol een sociaal aanvaarde drug is, zien we de gevolgen vaak pas als het te laat is. Jonge militairen zien er geen gevaar in om

dagelijks met de collega's een pint te gaan pakken. Ze blijven dit doen tot ze niet meer zonder kunnen en de nood hoog is om die gekende 'dagschotel(s)' dagelijks te nuttigen. De machocultuur binnen Defensie heeft hier een negatieve impact op. Als je een pint wordt aangeboden, kan je toch geen 'neen' zeggen? Je collega's zouden je uitlachen als je een frisdrank zou vragen. De cel Addict, die vroeger heel nuttig preventief werk verrichtte, zou terug in het leven moeten worden geroepen. Dit multidisciplinair team werkte outreachend. Ze bezochten de verschillende kazernes en lichtten de jonge rekruten in over het gevaar van deze stille moordenaar, alcohol genaamd. Het was een laagdrempelige hulpverlening waar militairen vaak zonder medeweten van hun chefs een gesprek konden hebben met iemand van het team. Door personeelsgebrek is de stekker uit dit team getrokken. Naast de heroprichting van de cel Addict kan ook worden ingezet op onlinehulpverlening. Deze recente vorm van hulpverlening kan de traditionele hulpverlening aanvullen. Door de coronapandemie hebben we ook geleerd dat de onlinehulpverlening een toegevoegde waarde kan zijn aan de traditionele 'face-to-face' therapie van de cliënt. Een website, specifiek voor militairen en hun gezin, waar ze terecht kunnen met al hun vragen rond verslaving, kan een beperkte oplossing bieden aan het personeelstekort binnen de GZZ bij Defensie. Daarenboven is deze vorm van hulpverlening laagdrempelig (en vaak anoniem). Het is dus toegankelijk voor iedereen met internettoegang. Er bestaan reeds heel wat van deze websites, waar Defensie ideeën kan opdoen. Zo is er www.awel.be voor jongeren en kinderen. Op www.druglijn.be kan iedereen terecht. Een gratis telefoonnummer, type 0800-telefoonlijnen, is ook een optie die de Defensiestaf zou moeten bekijken. Vanuit de drie invalshoeken en het specifieke karakter van het militaire beroep, kwam ik tot dit veranderingsvoorstel. Onze Belgische militairen hebben een "missie". De rollen die rusten op de schouders van onze militairen maken dat de Defensiestaf een zorgplicht ten opzichte van zijn militairen moet opnemen. Het CGG in het militair hospitaal in Neder-over-Heembeek stelt gratis hulpverlening ter beschikking. Militairen kunnen hier gebruik van maken wanneer zij terecht komen in een moeilijke fase in hun leven. In het CGG werkt een multidisciplinair team samen om militairen met een alcoholverslaving te begeleiden naar een leven zonder alcohol. Het CMilA kan worden vergeleken met een ontwenningsskliniek. Onder professionele begeleiding krijgen militairen de kans om zich te herpakken.

Deze veranderingsvoorstellen zijn weliswaar ambitieus, maar zeker haalbaar. Nochtans moet ik enkele kanttekeningen maken. Defensie kampt momenteel met een personeelstekort. Er komen te weinig jongeren binnen en ondertussen draait de afvloeiing, omwille van de golf van pensioneringen, op volle toeren. Dit personeelstekort kan een probleem vormen voor het CMilA. Het werk van de personeelsleden van het CGG wordt hierdoor bemoeilijkt. Om de cel Addict opnieuw leven in te blazen, zal de personeelsproblematiek moeten worden herbekeken. Defensie kan bij gebrek aan nieuwe, jonge militairen ook burgers aanwerven. Dat kunnen psychiaters zijn, maar ook psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen, gezinswetenschappers, ervaringsdeskundigen en andere hulpverleners. Daarnaast kan de Defensiestaf ook inzetten op samenwerkingsakkoorden met andere organisaties. Helaas moet ik hierbij een tweede bemerking neerpennen. Deze organisaties hebben vaak te kampen met lange wachtlijsten. Daarenboven werken zij niet gratis voor militairen. De Defensiestaf zal daarom een duidelijke overeenkomst moeten opstellen in samenspraak met de organisatie, opdat de militair nog steeds kan genieten van gratis geestelijke gezondheidszorg. Het personeel van het CMilA zal de sociale kaart goed moeten bestuderen, zowel voor Vlaanderen als Wallonië. Dit personeelstekort noodzaakt me ook om stil te staan bij de onvoldoende beschikbare

informatici bij Defensie om een gebruiksvriendelijke website uit te werken. Daarom zal moeten worden bekeken om een externe firma aan te schrijven opdat de onlinehulpverlening voor militairen en hun gezin kan worden opgestart.

Hoe je het draait of keert, een alcoholverslaving hebben is geen pretje. Het ambivalente karakter ervan maakt dat de gebruiker wel wil stoppen, maar telkens weer hunkert hij terug naar deze duivelse drank. Het sociaal aanvaarde aspect van alcohol maakt het er niet makkelijker op. Om de hulpverlening nog te verbeteren bij Defensie, zal moeten worden ingezet op een contextuele aanpak. Familieleden of naastbetrokkenen kunnen een belangrijke ondersteunende rol spelen in het abstinente leven van de militair met een alcoholverslaving. Om dit te kunnen tot stand brengen, moeten drie partijen zich bereid voelen om deze vernieuwde aanpak uit te rollen. Vooreerst zal elke hulpverlener tewerkgesteld bij CMiA de reflex moeten maken om de cliënt te bevragen naar zijn gezin of familie. De hulpverlener zal, indien mogelijk, deze familieleden betrekken bij het behandelingsproces. Daarenboven zal het CMiA zijn traject moeten bijsturen opdat het contextuele aspect van de hulpverlening wordt geïntegreerd. Als laatste zal de Defensiestaf hiervoor de nodige aanpassingen moeten doen aan het beleid. Ook het personeelstekort zal hier de nodige aandacht moeten krijgen. De Defensiestaf zal de hulpverlening bij het CMiA kunnen ondersteunen door de heroprichting van de cel Addict. De onlinehulpverlening moet eveneens een plaats krijgen van de Defensiestaf om het welzijn en de GGZ van zijn militairen te verbeteren. De coronapandemie deed ons nadenken over de GGZ van onze samenleving. Ik hoop dat de nood aan ondersteuning omwille van deze crisis ook de ogen van onze beleidsmakers, meer specifiek, de Defensiestaf heeft geopend. Inzetten op extra personeel en multidisciplinaire teams (waaronder een gezinswetenschapper of equivalent) voor het CGG, is een must in deze onzekere tijden. Maar ook in de periode na COVID-19, mogen we de GGZ van Defensie niet vergeten. Om mijn veranderingsstrategieën te kunnen uitwerken, zal ik de Defensiestaf moeten trachten te overtuigen. Ik zal mijn best doen om een voldoende draagvlak te creëren zodat mijn veranderingsvoorstellen in de praktijk kunnen worden omgezet. Het is mijn ambitie om de organisatie, met name Defensie, te helpen verbeteren op het vlak van welzijn en geestelijke gezondheidszorg. Als militair en gezinswetenschapper ben ik ervan overtuigd dat ik een meerwaarde kan zijn binnen Defensie ten voordele van het welzijn van elke militair en in het bijzonder diegenen die de pech hebben met een verslavingsproblematiek te worden geconfronteerd. Nochtans blijf ik realistisch. Ik besef dat Rome niet op één dag is gebouwd.

"Realiteit is een hallucinatie die optreedt bij gebrek aan alcohol."

Wiet van Broeckhoven, 1949 – 2019
Belgisch radioprenstator en media-persoonlijkheid

Hoofdstuk 9 Bronnenlijst

Alcoholverslaving: Cijfers & Context-Oorzaken en gevolgen. (z.d). Geraadpleegd op 19 oktober 2020, via <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/alcoholverslaving/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen#node-oorzaken-4>

Baars, J., Wagenaar, K., & van Meekeren, E. (2013). Wat clinici moeten weten over families en naastbetrokkenen. In J. Baars, & E. van Meekeren (Red.). *Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families & naastbetrokkenen.* (hoofdstuk 1, pp. 27-75). Amsterdam: Boom.

Havermans, R., & Wiers, R. (2010). Makkelijk meer, moeilijk minder. In A. Jansen, M. van den Hout, & H. Merckelbach (Red.). *GEK. Experimentele psychopathologie. Over angst, verslaving, depressie en andere ellende.* (hoofdstuk 12, pp. 191-207). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hoet, J. (2019). Wanneer de relationele hulpbronnen droogstaan: een contextuele visie op verslaving. In M. Michielsen, W. van Mulligen, & L. Hermkens (Red.). *Leren over leven in loyaliteit. Over contextuele hulpverlening.* (hoofdstuk 10, pp. 235-246). Leuven: Acco.

Hoste, M. (2018). Verslaving: de ideale voedingsbodem voor parentificatie. In M. Kinet (Red.). *Parentificatie. Als het kind te snel ouder wordt.* (hoofdstuk 7, pp. 123-146). Antwerpen: Garant.

Housen, R. (2013). Militair zijn. *Belgisch militair tijdschrift*, 2013 (7), pp. 13-31. Geraadpleegd op 20 maart 2021, via <http://www.irsd.be/website/images/livres/rmb/07/rmb7-roger-housen.pdf>

Kinet, M. (2018). Parentificatie: een rotte roeping. In M. Kinet (Red.). *Parentificatie. Als het kind te snel ouder wordt.* (hoofdstuk 2, pp. 9-28). Antwerpen: Garant.

Lam, E. (2016). *Risicokind of evenwichtskunstenaar? Kind zijn ondanks een moeilijke thuissituatie.* (hoofdstuk 2, pp. 38-53). Schiedam: Scriptum.

Meyers, R.J., & Wolfe, B.L. (2012). *Een verslaving in huis. Zelfhulpboek voor naastbetrokkenen.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Nuyts, A., & Sels, L. (2017). *Tussen mensen: Contextueel denken over relaties, familie en samenleving.* Tiel: Lannoo.

Prinssen, R. (2010). Defensie kijkt meer naar de mens. *Psychopraktijk*, 2 (2), pp. 7-10. Geraadpleegd op 29 maart 2021, via <https://link-springer-com.odisee.ezproxy.kuleuven.be/content/pdf/10.1007/BFo3089955.pdf>

Slaats, M. (2013). Ervaringen van familieleden en naastbetrokkenen. In J. Baars, & E. van Meekeren (Red.). *Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families & naastbetrokkenen.* (hoofdstuk 6, pp. 143-159). Amsterdam: Boom.

Sorée, M. (2013). Ouderschap. In J. Baars, & E. van Meekeren (Red.). *Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families & naastbetrokkenen.* (hoofdstuk 13, pp. 251-262). Amsterdam: Boom.

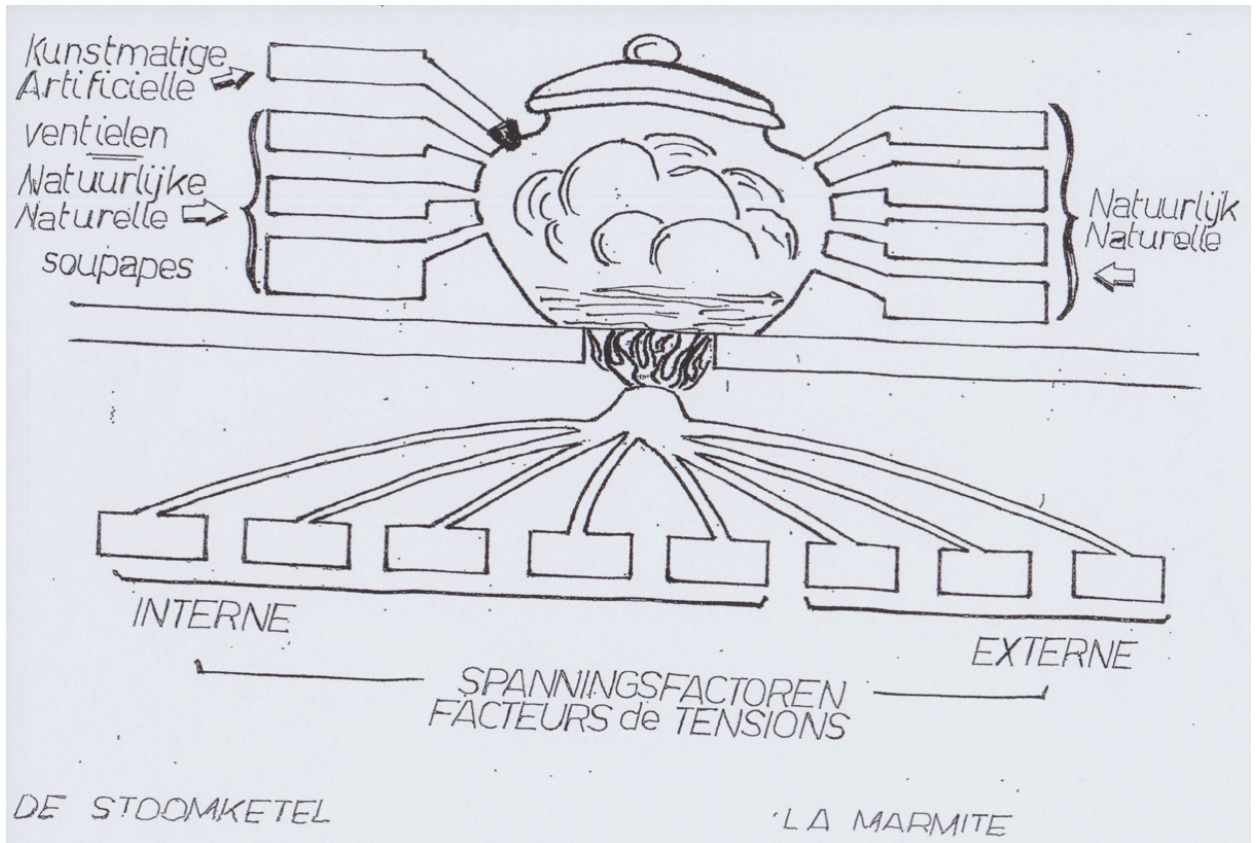
Taktor, B. (2013). Verslaving. In J. Baars, & E. van Meekeren (Red.). *Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families & naastbetrokkenen.* (hoofdstuk 6, pp. 143-159). Amsterdam: Boom.

Thoomes-Vreugdenhil, A. (2016). *Behandeling van problematische gehechtheid.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Van Deun, P. (2019). *Het gekaapte brein: Verslavingsgedrag beter begrijpen*. Kalmthout: Pelckmans Pro.
- Van Rompay, A. (2008). Training voor uitzending. *Bijblijven*, 24 (8), pp. 35-41. Geraadpleegd op 20 maart 2021, via <https://link-springer-com.odisee.ezproxy.kuleuven.be/content/pdf/10.1007/BF03076378.pdf>
- Vansevenant, K. (17 januari 2019). *Alcohol maakte alles wat hem lief was kapot*. Geraadpleegd op 10 oktober 2020, via <https://sociaal.net/verhaal/alcohol-armoede/>
- Vormen van problematisch drinken*. (z.d.). Geraadpleegd op 19 oktober 2020, via <https://www.alcoholhulp.be/probleemgebruik-soorten>
- Wenselaar, L. (2015). *Integrale hulpverlening aan ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en hun kinderen. Een praktisch handboek voor de hulpverlener*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wiers, R., & Engels, R. (2014). Middelenmisbruik en verslaving. In P. Prins, & C. Braet (Red.). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*. (hoofdstuk 20, pp. 467-490). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hoofdstuk 10 Bijlagen

10.1 Bijlage 1 : De stoomketel



10.2 Bijlage 2 : Brief aan familielid



MHKA
CMIIA

Brussel, vrijdag 16 april 2021

Beste familie van Xxxxx,

Een behandeling of kuur omwille van een verslaving heeft meestal ernstige impact op de omgeving van de gebruiker. Als nauw betrokken persoon wordt een behandeling van een familielid of partner vaak beleefd als een ingrijpende stap. Wij vinden het belangrijk om familie en naasten van onze cliënten te betrekken in de behandeling.

In een eerste fase richten we ons vooral op uw familielid, de cliënt, waarbij het opbouwen van een vertrouwensrelatie en het scheppen van een veilig klimaat centraal staan. Desalniettemin willen we u graag uitnodigen voor een gesprek. Als behandelend team gaan wij hierbij steeds transparant te werk en vragen dus ook de toestemming aan Xxxxx om met u te praten. Wij hebben dan ook begrepen dat Xxxxx jullie/jou graag eens wil laten kennismaken met onze werking.

Gedurende het verdere verloop van de cursus worden vaak ook belangrijke derden uitgenodigd. Dat kan naast de partner ook de ouders, de kinderen en/of broers en zussen zijn. Uiteraard is het ook mogelijk zelf de vraag te stellen om een gesprek aan te gaan met iemand van het behandelend team. Misschien passeerden enkele vragen al uw gedachten.

Om een zicht te krijgen op uw verwachtingen/vragen/ideeën/bezorgdheden vragen wij om dit formulier in te vullen, in voorbereiding van een gesprek.

1. Hoe zou u de huidige problemen/moeilijkheden van uw partner/zoon/dochter/vader/moeder/... omschrijven ?

2. Wat is naar uw mening een mogelijke oorzaak/factor in het ontstaan/voortbestaan van deze problemen ?

Correspondent: Abc Xyz
Alcoholoog
Recovery Coach
Tel: 02/4432010 of 9-6321-32010
E-mail : abc.xyz@mil.be



Militair Hospitaal Koningin Astrid

Militair Centrum voor Addictie
Bruynstraat 1
1120 Brussel



MHKA
CMiIA

3. Wat verwacht u van de behandeling en van CMiIA ? Wat zijn voor u belangrijke doelen ?

4. Wat zijn voor u de bezorgdheden naar de behandeling toe?

5. Heeft u op dit moment behoefte aan een gesprek met het behandelend team ?
Indien ja, welke zaken wil u dan graag bespreken ?

Vindt u het moeilijk om dit allemaal in te vullen, maar wenst u toch graag een gesprek, dan is dat geen enkel probleem.

Wij kijken er alvast naar uit met u kennis te mogen maken en zijn ervan overtuigd dat het een meerwaarde zal zijn u te kunnen betrekken in het behandelingsproces van Xxxxx.

Met vriendelijke groeten.

Het team van CMiIA.

Correspondent: Abc Xyz
Alcoholoog
Recovery Coach
Tel: 02/4432010 of 9-6321-32010
E-mail : abc.xyz@mil.be



Militair Hospitaal Koningin Astrid

Militair Centrum voor Addictie
Bruynstraat 1
1120 Brussel