

De Ark: een crisis- en motivatiecentrum voor verslaafden: een evaluatie

1. Ontstaan: praktische en theoretische achtergrond

In 1979 startte V.Z.W. 'De Sleutel' te Gent met een crisisinterventiecentrum 'De Ark', een opvangcentrum voor mensen in crisis en specifiek voor verslaafden.

Dit centrum is wegens zijn specificiteit een unicum in België. In Nederland en de U.S.A. bestaan er gelijkaardige projecten b.v. De Weg in Den Haag.

Krisisinterventie als hulpverleningsmethode binnen de geestelijke gezondheid, bestaat ongeveer een 10-tal jaar in Vlaanderen.¹ Er ontstonden allerlei alternatieve opvangcentra, meestal gekoppeld aan een centrum waar men ambulante hulp kon vragen (o.a. Jac's Info-Jeugd,...). Verder waren er ook de spoedopnamediensten van de ziekenhuizen. De crisisinterventiecentra situeren zich binnen de geestelijke gezondheid op de 1ste lijn.² Vanuit de reeds bestaande opvangmogelijkheden bleek een groot hiaat te bestaan voor de directe opvang en behandeling van verslaafden.³ Voor 'De Ark' opgericht werd, konden verslaafden enkel terecht in de psychiatrische sektor, waar men niet in staat is de verslaafden die opvang te bieden die ze nodig hebben.⁴

Opdat:

1. er vertrokken wordt van de filosofie dat een verslaafde ofwel een zieke is die verzorgd moet worden ofwel een misdadiger is die in de gevangenis moet blijven. Zij worden niet aanzien als verantwoordelijke wezens die slechts 'gedeeltelijk' gefaald hebben. Zij worden ook vaak als 'ongeneeslijk' bestempeld en dus gedoemd tot hervallen.⁵
2. patiënten of bewoners veelal lange afbouwschema's krijgen.
3. er meestal weinig of geen controle is op bijgebruik.
4. er geen veilige structuren aangeboden worden (b.v. iedereen kan er binnen en buiten). Meer uitleg in punt 2.2.2.

1. LIEVENS, J., ROES, T., STEVENS, E., WITTEWRONGEL, G., 'Krisiscentra en crisisinterventie in Vlaanderen, modeverschijnsel of symptoom van een kankerende hulpverlening'; Gent, *G.O.F.F.*, 125.

2. LIEVENS, J., ROES, T., STEVENS, E., WITTEWRONGEL, G., 'Krisiscentra en crisisinterventie in Vlaanderen, modeverschijnsel of symptoom van een kankerende hulpverlening'; Gent, *G.O.F.F.*, 10.

3. Evolutieverslag 'V.Z.W. De Sleutel 1975 – aug. 1979', 16-17.

4. KOOYMAN, M., BRATTER, T.E., 'De noodzaak van confrontatie en structuur bij de behandeling van drugverslaafden' in *T. Alc. Drugs* (6) nr. 1, 28, 1980.

5. KOOYMAN, M., BRATTER, T.E., 'De noodzaak van confrontatie en structuur bij de behandeling van drugverslaafden' in *T. Alc. Drugs* (6) nr. 4, 29, 1980.

5. er geen voldoende aandacht is vanwege personeel, daar er meestal personeelstekort is. Juist daarom wordt gemakkelijker medikatie gegeven.

Het gevolg hiervan is daat:

1. verslaafden gemakkelijker in het psychiatrisch circuit blijven hangen.
2. verslaafden kennis maken met vele andere vormen van medikatie, wat kan leiden tot een nieuwe verslaving aan deze medikatie.
3. verslaafden de verantwoordelijkheid kunnen afschuiven naar familie en maatschappij.

Het besluit was dat verslaafden zeer moeilijk konden ontwennen en dat Vlaanderen nood had aan een alternatief centrum en dit buiten het medisch circuit.

1.1. Doelstelling van 'De Ark'

'De Ark' is een residentiële verblijfplaats waar al wie zichzelf in nood beschouwt, voor een korte of langere periode kan verblijven.

Deze opstelling is breed en niet enkel gericht op verslavingsproblematieken.

De methode van werken en de achterliggende ideeën zijn gegroeid vanuit de studie en ervaring omtrent de persoonlijkheden van verslaafden. Het is ook specifiek bedoeld voor verslaafden, omwille van het hiaat hieromtrent binnen de geestelijke gezondheid.

Het centrum is laagdrempelig, d.w.z. dat wanneer er plaats is iedereen terecht kan die beantwoordt aan bovenstaande doelstelling. Laagdrempelig betekent niet dat men zomaar in en uit gaat. Een en ander gebeurt telkens na afspraak. Het is 24 u. op 24 u. open en 7 dagen per week.

1.2. Functies van 'De Ark'

- crisisopvang met of zonder ontwenning.
- afkickfunctie.
- motivatiefunctie.
- verwijzingsfunctie.
- therapiefunctie.

1.3. Theoretische achtergronden

Het is reeds gebleken dat een louter fysische afkick op zichzelf niet voldoende is om lang 'clean' of 'droog' te blijven.⁶

Tijdens de fysische afkick is de verslaafde het gemakkelijkst bereikbaar en het meest bereid zijn situatie te veranderen. Dit geldt trouwens voor iedereen

6. MAERTENS, Johan, 'De drugvrije therapeutische gemeenschap "De Sleutel" in *T. Alc. Drugs* (8) nr. 1, 27-31, 1982.

BRATTER, T.E., 'Motivating the unmotivated: the selfhelp therapeutic communities biggest challenge', *The addiction therapist*, special edition vol. 2 nr. 3 & 4, 86, 1978.

die in een crisisfase verkeert, volgens D. Isha en N.W. de Smit in hun boek 'Crisisinterventie: therapie of strategie'.⁷

Een volgende probleem is de fase van de psychische afkick of anders gezegd 'motivatie'.⁸

Bratter T.E. schrijft dat de meeste bewoners ongemotiveerd binnenkomen. Zij willen niet van de dope af en zijn niet bereid verantwoordelijkheid te nemen voor hun gedrag in deze maatschappij. Het is het gerecht (jeugdrechtbank, probatie...) dat hier vaak moet tussenkomen om hen te dwingen zichzelf en/of de maatschappij te beschermen.⁹

Het fundamentele punt hier is dat volgens Kooyman en Bratter een verslaafde niet in staat is grenzen te stellen aan zijn gedrag door een te geringe ikssterkte. Een ander belangrijk element is het inbrengen van ex-verslaafden in de programma's met als functie:

- rolmodel voor de bewoners.
- assistent van de staf¹⁶
- volwaardige stafleden.

Casriel M.D. schrijft dat verslaving een symptoom is van een persoonlijke problematiek en dat dit doorgaans een emotionele problematiek is. Casriel schrijft verder dat een verslaafde geen zieke is maar een mens die veel en dikwijls pijn heeft ervaren en zelfs zeer vroeg in zijn kinderjaren. Hij spreekt van een karaktergestoorde persoonlijkheid.¹⁰

Door de zeer negatieve benadering en handeling van verslaafden in 1962 in Amerika zijn verschillende onderzoekers — A. Bassin en D. Casriel M.D. — op zoek gegaan naar andere behandelingsvormen voor verslaafden. Zij ontdekten Synanon¹¹ en besloten dit te bezoeken. Later is hieruit Daytop-Village New York¹² gegroeid en deze nieuwe behandelingsvorm kwam begin 1970 overgewaaid naar Europa. Ondertussen is reeds in diverse centra (in U.S.A., Engeland, Nederland en ook België) gebleken dat een democratisch werkende behandelingsvorm¹³ ontoereikend is voor het werken met verslaafden.

Hiertegenover werd het hiërarchisch gestructureerde model van Daytop gesteld.¹⁴

7. ISTHA, D., DE SMIT, N.W., 'Crisisinterventie: therapie of strategie', Alphen aan de Rijn, Samsom, 1977, 12.

8. BRATTER, Thomas Edward, 'Motivating the unmotivated: the selfhelp therapeutic communities biggest challenge', *The addiction therapist*, special edition, vol. 2 nr. 3 § 4, 90, 1978.

9. MAES, K., MAERTENS, J., CARLIER, F., DE RUYVER, B., 'De Witte Cirkel: het drugbeleid in Vlaanderen', Van Loghum Slaterus, 1984.

10. CASRIEL, D., 'A scream away from hapiness', Grosset & Dunlop, New York, 1976.

11. CASRIEL, D. & GROVER, A., 'Daytop: three addicts and their cure', Hill and Wang New York, 1971.

12. CASRIEL, D. & GROVER, A., 'Daytop: three addicts and their cure', Hill and Wang New York, 1971.

13. SCHAAP, G., 'Democratic and concept-based therapeutic communities', Proceedings of the 5th World Conference of T.C. Den Haag, 1980, 155-166.

14. SCHAAP, G., 'Democratic and concept-based therapeutic communities', Proceedings of the 5th World Conference of T.C. Den Haag, 1980, 155-166.

Het ging hier vooral om directe en confronterende aanpak op het gedrag.¹⁵ Het gedrag van een verslaafde is onbetrouwbaar. Hij weet niet meer wat eerlijk en oneerlijk is.

Een verslaafde heeft zeer destructieve attitudes gericht naar zichzelf en zijn omgeving.

Deze destructieve attitudes zijn hoofdzakelijk¹⁷:

- fundamenteel niet graag gezien worden.
- niet goed genoeg zijn.
- geen recht hebben op aandacht en
- niet het besef hebben van 'iemand' te zijn.

Het waarde- en normbesef is totaal zoek en moet opnieuw aangeleerd worden.

Het gaat om universele waarden als eerlijkheid, respect, verantwoordelijkheid en vriendschap.

Door gebrek aan een adequaat normbesef is het gedrag erg onaangepast en negatief.

Dit onaangepast en negatief gedrag is hoofdzakelijk:

- vluchten in allerlei marginale toestanden.
- zich terugtrekken in isolement.
- vechten.
- niet betrouwbaar gedrag.
- criminele feiten plegen.
- nonchalante houding in de omgang met anderen, geld, ontspanning.
- seksuele problemen: prostitutie, aanranding, ...

Aan de hand van deze ervaring en studie hebben wij het volgende programma uitgewerkt.

2. Programma

2.1. Populatie:

- De populatie bestaat hoofdzakelijk uit verslaafden of gebruikers van middelen. Sinds de oprichting is het percentage verslaafden sterk toegenomen (cfr. lager tabel nr. 3). Eén en ander heeft te maken met het steeds meer richten op deze problematiek, de ervaring, onze bekendheid en studie.
- De overigen zijn mensen die op één of andere manier in crisis zijn (in verband met financies, familie, relaties, huisvesting,...) m.a.w. mensen die emotioneel, sociaal of financieel ontredderd zijn.
- De meerderheid van de opgenomenen verbleven reeds in een psychiatrisch ziekenhuis, home of andere opvangcentra.
- Leeftijd: varieert van 15 j. tot onbeperkt (+/- 60 j.).

15. KOOYMAN, M., BRATTER, 'De noodzaak van confrontatie en structuur bij de behandeling van verslaafden', *T. Alc. Drugs* (6) nr. 1, 32, 1980.

16. KEYMEULEN, Robrecht, 'Zelfhulp en drugverslaving' in *Handboek Zelfhulptechnieken* nr. 2, 1984.

17. CASRIEL, D., 'A scream away from happiness', Grosset & Dunlap, New York, 1976.

Tegenindicaties voor opname:

1. delirium tremens.
2. comateuze toestand (b.v. tengevolge van een hoge dosis drugs).
3. zware bloedingen (b.v. door zelfmoordpoging of gebruik).
4. acute psychotische toestand (b.v. voor L.S.D.-gebruik).
5. acting-out gedrag (agressieve aanvallen).

Bij de aanmelding is er een directe doorverwijzing naar een dichtbijgelegen ziekenhuis.

2.2. Behandeling:

De Ark heeft 4 functies:

1. crisisprogramma (crisisploeg).
2. motivatieprogramma (motivatieploeg).
3. verwijzingsfunctie:
 - introductiegesprekken.
 - motivatiegesprekken.
4. therapiefunctie.

2.2.1. Het crisisprogramma (crisisploeg):

Het crisisprogramma vangt aan bij het intake-gesprek. De intake: is het gesprek voor opname, waarin gecheckt wordt of de kandidaat-bewoner kan en wil opgenomen worden.

De kandidaat-bewoner wordt op de hoogte gebracht van de uitsluitingsregels:

- geen gebruik van alcohol, drugs en medikatie (exclusief ontwenningsschema).
- geen fysisch geweld of dreigen hiermee.

Bij overtreding van de regels wordt de bewoner uitgewezen.

De huisregels zijn:

- geen seks met andere bewoners.
- niet alleen naar buiten.
- tijdens crisisperiode geen contact met de buitenwereld.
- paspoort en geld afgeven.

Deze regels zijn in de eerste plaats opgesteld om het huis clean en veilig te houden. In tweede instantie geven ze de opgenomenen de kans tot rust en confrontatie met zichzelf. De kandidaat-bewoner moet ook bereid zijn een aantal administratieve formulieren in te vullen (o.a. subsidie, post,...). Ook mag zijn problematiek geen tegenindicatie zijn.

Het gesprek is van zeer korte duur om de drempel zo laag mogelijk te houden.

Wanneer beide partijen het eens zijn, wordt de bewoner gecheckt op het bezit van drugs e.a. Het checken is zowel fysisch als kleren en bagage. Zo komt de bewoner terecht in de crisisruimte.

Deze ruimte is een voorbehouden plaats waar men altijd terecht komt als men in 'De Ark' binnenkomt.

De krisissruimte wil een rustplaats zijn, waar men met de steun van ex-verslaafden kan ontzuichten of detoxificeren. De bewoner krijgt een medisch onderzoek en desgewenst een afbouwschema.

Het belangrijkste hier is dat de fysische afkick moet kaderen in een totale therapeutische aanpak.

Heel wat gevoelens zoals angst, agressie, pijn, die dikwijls de ontwenningsverschijnselen opwekken of versterken, moeten vooral niet-medicamenteus aangepakt worden. Door menselijke nabijheid en ondersteuning wordt vaak de vicieuze cirkel (angst - onrust - pijn) doorbroken.

Hier vooral moeten ex-verslaafden ingeschakeld worden. Zij herkennen de problematiek en weten vaak hoe zij dit kunnen aanpakken.

Het gebeurt regelmatig dat bewoners vragen om het afbouwschema in te korten.

Het konkrete afbouwschema:

<i>Verslavingsmiddel</i>	<i>Medikatie</i>
Alkohol	Distraneurine beginndosis: 5 gel/dag af te bouwen binnen de 5 dd. (uitzonderlijk tot 8 dd.)
Heroïne tot 2 gr/dag meer dan 2 gr/dag	Depronol beginndosis: 5 gel/dag af te bouwen binnen de 5 dd. Mephenon = Methadon beginndosis tot 8 tab. (= 40 mgr.) en dan afbouwen binnen de 5 à 10 dd. naargelang de ernst van de verslaving en verloop van de ontwenning
Benzodiazipines b.v. Temesta Valium e.d.	plotse stop kan epileptische toeval veroorzaken, ongeacht de dosis - Mathoïne, Vethoïne met beginndosis van 2 tab. Mathoïne en 1 Vethoïne af te bouwen in 6 tot 14 dd.
Cocaïne	geen
Wekaminen en mixed gebruik	magistraal op basis van meprobamaat en amobarbital af te bouwen binnen de 5 à 12 dd.

De verblijfsduur in de krisisploeg is 3 à 5 dagen. De criteria om over te gaan naar de motivatieploeg:

- de fysische konditie moet op peil zijn.
- levensverhaal schrijven (3 blz.).
- anamnese werd afgenomen door staf.
- informatie doornemen over het verdere programma.

Niet alle criteria moeten in orde zijn.

Het dagprogramma is niet vast bepaald.

De therapie bestaat hoofdzakelijk uit individuele gesprekken, gebaseerd op het bewustzijn van hun verblijf, rust geven en perspectief voor de komende dagen.

In deze periode is er voor bewoners geen contact met de buitenwereld.

2.2.2. Het motivatieprogramma: (motivatieploeg)

Het motivatieprogramma dient om de bewoners te motiveren om met zichzelf bezig te zijn: hun gedrag onder ogen te zien, hun gedrag stilaan te veranderen en leren inzien hoe zij dit in de toekomst verder kunnen aanpakken. Het doel van dit programma is: komen tot een keuze voor verdere en betere oriëntatie.

Vertrekpunt: uit de literatuur en uit ervaring weten wij dat de meeste verslaafden niet gemotiveerd zijn¹⁸ of een negatieve motivatie hebben.

Duidelijker gezegd, bewoners hoeven niet gemotiveerd te zijn voor een opname. Vele hulpverleners stoppen hier hun hulp maar vergeten hierbij dat ze eigenlijk nu pas kunnen beginnen. Het is dus de opdracht van het motivatieprogramma de bewoners te motiveren.

Dit gebeurt door:

1. een gestructureerd dagprogramma.
2. vast omliggende verantwoordelijkheden.
3. het contact met ex-verslaafden.

Het dagprogramma: (het begint om 7.00 u. 's morgens tot 23.00 u. 's avonds).

Het omvat:

- leermomenten: seminaries (over de achterliggende problematieken van verslaving, over verdedigingsmiddelen, over waarden en normen, over kiezen, over gedrag,...), groepssessies, leven in groep.
- ontspanningsmomenten: sport, spelletjes: dit is vaak bedoeld als afreageermiddel, het gebruik van het lichaam.
- karweien: d.i. eigen huis volledig onderhouden.

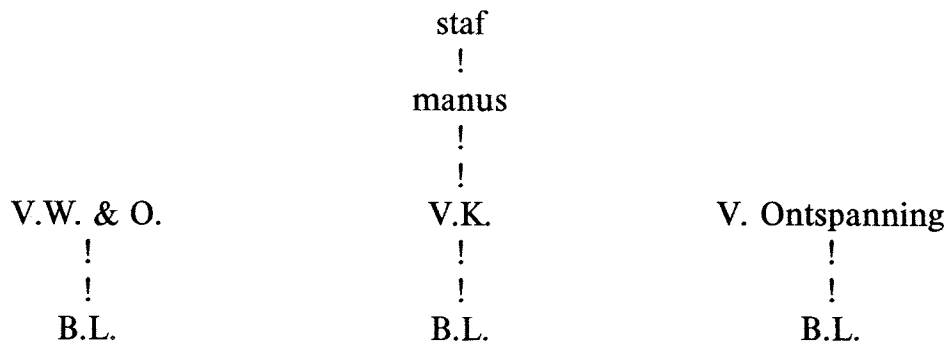
Er is weinig vrije tijd voorzien om het piekeren te beperken.

Een verslaafde is geen zieke en hoeft niet verpleegd te worden. Na de fysieke ontwenning zijn bewoners in staat een volledig dagprogramma mee te maken. Vandaar dat zij hun ganse huishouding zelf runnen. Er is een huishoudster onder het personeel, die de konstante is in het doorgeven en behouden van alle praktische informatie over de running in het huis. Alle activiteiten gebeuren in groep. Het in groep leven is belangrijk als vorm van controle en betrokkenheid op mekaar.

Het 24 u. op 24 u. bij mekaar leven geeft een radarwerk van interactie dat bereikbaar wordt in groepssessies. Er wordt gewerkt op het hier en nu en met principes uit de gedragstherapie (sociaal learning).

18. SCHAAP, G., 'Democratic and concept-based therapeutic communities', Proceedings of the 5th World Conference of T.C. Den Haag, 1980, 155-166.

De structuur:



De structuur is hiërarchisch en heeft als doel een duidelijk afgebakende situatie te creëren.

De structuur is er concreet:

- om leersituaties te creëren (b.v. hoe voert iemand opdrachten uit en/of hoe aanvaardt iemand opdrachten ...).
- om efficiënt te werken (b.v. bepaalde taken moeten uitgevoerd worden, zoals keuken, onderhoud).
- om druk te geven (b.v. hoe reageert iemand op spanning? Hoe hoog of laag is zijn frustratiedrempel?).

Hierdoor kan men leren verantwoordelijkheid op te nemen voor de taken en de medebewoners.

Deze structuur valt weg bij therapiemomenten.

De structuur wisselt regelmatig en wordt bepaald door staf en na sollicitatie van de bewoner.

De manus is de hoogste trap in de bewonersstructuur en is de verbindingspersoon met de staf.

V. = verantwoordelijke.

W. & O. = was en onderhoud.

K. = keuken.

O. = ontspanning

B.L. = bemanningslid (= lid van een ploeg).

De manus krijgt opdrachten van de staf en geeft deze door aan de verantwoordelijken van de ploeg. De manus checkt na hoe ze uitgevoerd zijn en laat ze opnieuw uitvoeren of keurt ze goed. De manus brengt verslag uit bij de staf.

Deze wisselwerking staf – manus wordt voortdurend besproken en geëvalueerd (b.v. de manus geeft te veel werk op korte tijd, de manus zijn gedrag is te eisend waardoor de opdrachten niet genomen worden,...).

Dit kan gans de structuur door zo gebeuren: manus – verantwoordelijke; verantwoordelijke – bemanningslid. De veiligheid ontstaat wanneer het programma en de verantwoordelijkheden goed opgevolgd worden. Het is duidelijk of iemand zich houdt aan de opdrachten (ze al dan niet uitvoert).

Dit geheel geeft dagelijks vele spanningen die gekanaliseerd worden naar ontladingsmomenten onder de vorm van: encounter- en prospektoefeningen, meditaties, bio-energetica-oefeningen, praat sessies... Er wordt op deze momenten ingegaan op hun gedrag, emotie, attitude. De normen en waarden worden

hier ingebracht. Het is ook het moment om feedback te geven op hun 'image' (is de manier waarop iemand zich voordoet), hoe ziet iemand eruit, welke functie heeft dit 'image' voor hem? Wat mist hij erdoor? Hoe reageert hij als het voorstel komt van dit image te laten vallen?...

De therapie is gericht op hier en nu en niet bedoeld om intra-psychische gegevens op te klaren. Ze worden enkel geduid.

Uiteindelijk is het gedrag het belangrijkste. Overdag destructief gedrag stoppen en positief gedrag aanwenden. Het 'act as if' concept toepassen. M.a.w. het doen alsof, het nog kunnen volhouden en het uiten van de gevoelens die hiermee gepaard gaan.

Een andere belangrijke pijler van het programma is 'perspektief' geven. Perspektief volgt als iemand geleerd heeft:

- dat het gedrag in kleine stappen kan veranderen.
- dat het mogelijk wordt zich goed te voelen zonder drugs en zijn spanning kwijt te geraken in groepssessies, sport,...
- door contact met mensen die het al geleerd hebben: ex-gebruikers.

Stafleden:

De staf bestaat uit een combinatie van verpleegkundigen en ex-verslaafden. Zij zijn confronterend en aanvullend voor elkaar.

De interventie van stafleden is hoofdzakelijk bedoeld om de verschillende concepten, vooropgestelde waarden en normen te garanderen.

In een crisiscentrum, waar de gemiddelde verblijfsduur (zie vorige tabel 6) ongeveer 14 dagen is, kunnen bewoners onder mekaar niet voldoende garant staan voor het korrekt uitvoeren van concepten, het op peil houden van normen en het voorhouden van waarden als respect, eerlijkheid, verantwoordelijkheid.

De staf moet hier blijven voor instaan en moet hiervoor de nodige kennis en attitudes bijschaven. Hiervoor is er een kontinu opleidingsprogramma en staf-groepsessies.

Ouderwerking en bezoek:

Bewoners in 'De Ark' kunnen bezoek ontvangen, maar dit bezoek mag geen negatieve invloed uitoefenen op het verblijf van deze bewoners in 'De Ark'.

De familiewerking leidt deze bezoeken en begeleidt gesprekken met ouders en/of kinderen. De familiewerking is een programma waarin familieleden van de bewoners in terecht kunnen en een specifiek programma volgen voor zichzelf.

2.2.3. Verwijzingsfunctie:

De verwijzing is het eindpunt van de behandeling in 'De Ark'. Tijdens het dagprogramma zijn er momenten voorzien waarop de bewoners hun voorstel tot verdere behandeling of terugkeer naar huis kunnen voorbereiden.

Hierin zijn twee richtingen aangegeven:

- introductie voor de behandeling in een therapeutische gemeenschap. Dit gebeurt door het introteam van de betreffende therapeutische gemeenschap.
- verwijzingsgesprekken met het begeleidend staf lid. Een begeleidend staf lid is een

staflid dat specifiek iemands begeleiding volgt en/of doet. Begeleider en cliënt zoeken naar een geschikte oplossing.

Tabel 1: Verwijzingen 1979-1983:

<i>Naar:</i>	'79	'80	'81	'82	'83
Therapeutische Gemeenschap	32	40	42	35	46
Huis	16	17	10	17	35
Home	11	14	10	13	12
Ambulant Centrum	8	4	3	5	5
Alleen wonen	6	--	--	3	4
Kliniek	4	12	12	5	16
Gevangenis	1	5	5	2	7
Onbekend	13	24	37	41	26
A.A.	--	2	--	--	--
Dagcentrum	--	1	1	1	--
Totaal	91	119	121	122	151

Besluit:

1. Eén derde van het aantal opnames van 'De Ark' gaat naar een therapeutische gemeenschap. Dit cijfer komt overeen met het cijfer van een gelijkaardig centrum in Rotterdam.¹⁹
2. Onbekend betekent: weggelopen of tegen advies vertrokken. Zij hebben zonder hulp van 'De Ark' een eigen oplossing gevonden.
3. Home: kan combinatie zijn van een ander crisisinterventiecentrum, pleeggezin of tehuis.

2.2.4. *Therapiefunctie:*

Krisisinterventie is een proces op zich. In 'De Ark' kan men ook een sluitende behandeling hebben, d.w.z. dat men niet altijd verder moet behandeld worden in een ander centrum (zie tabel 1).

Een krisifase is een groeimoment en voor een aantal mensen in 'De Ark' is het voldoende om adequaat te gaan reageren.

Het programma van deze mensen is identiek aan het motivatieprogramma.

Het gaat hier meestal om mensen met geen verslavingsproblematiek of waar de verslaving sterk secundair is. Er wordt hier regelmatig verwezen naar de familiewerking waar dan ouders en/of andere familieleden aan hun trekken komen en gespecialiseerde familietherapeuten ter beschikking staan.

3. Statistieken

Deze cijfers geven een beeld en een evolutie van 5 jaar 'De Ark' weer.

19. Verslag Heemraadsingel; jaarverslag van crisis- en detoxificatiecentrum; Uitgeverij Heemraadsingel, Rotterdam, 1977-1978.

Tabel 2: Opname-aantal:

	'79	'80	'81	'82	'83	T	%
Mannen	73	89	94	91	113	460	73,3
Vrouwen	18	30	26	31	38	143	23,7
Totaal	91	119	120	122	151	603	100

Opmerkingen:

In het aantal zijn de heropnames begrepen.

1. Er is een groot verschil in opnames in 1979 en 1983 t.o.v. 1980, 1981, 1982. 1979: heeft te maken met de start.

1983: heeft te maken met de start van de revalidatiekonventie met het R.I.Z.I.V. (d.w.z. meer beddenaantal en meer personeel).

2. Vrouwen (23,7 %) zijn overduidelijk minder vertegenwoordigd dan mannen (73,3 %). Redenen?

Tabel 3: Indikaties:

	'79	'80	'81	'82	'83	T	%
Drugs	23	12	26	26	35	122	20,23
Alkohol	34	41	43	35	51	204	33,83
Kombinatie van verslavingsmiddelen	8	30	22	27	23	110	18,24
Identiteitsproblemen	23	27	18	20	35	123	20
Medikatie	3	9	11	14	7	44	7,3
Totaal	91	119	120	122	151	603	100

Opmerkingen:

1. Van de 603 opnames in 5 jaar tijd zijn er 480 met verslavingsproblemen opgenomen.

Het grootste aantal 33,83 % zijn alcoholverslaafden, gevolgd door drugverslaafden (20,23 %).

2. Het aantal verslaafden aan medikatie is eerder gering (7,3 %). Dit is te wijten aan het feit dat de meeste medikatiegebruikers ook andere substanties (alkohol, drugs) misbruiken en aldus opgenomen zijn in de categorie 'kombinatie'. Een andere verklaring voor dit laatste is dat medikatie meer sociaal aanvaard is en ook niet zo vlug leidt tot sociaal-afwijzend gedrag. Hierdoor worden veel minder medikatieverslaafden in behandeling genomen, dan drug- en alcoholverslaafden.

3. Telkens is enkel de hoofding aangegeven.

Kombinatie betekent verslaving aan verschillende middelen en waar een van de twee of drie middelen expliciet gebruikt worden.

Tabel 4: Leeftijd

	'79	'80	'81	'82	'83	T	%
- 20	10	13	14	14	14	65	10,8
+ 20-22	19	27	31	25	34	136	22,6
23-25	20	19	19	25	24	107	17,7
26-28	26	30	24	21	23	124	20,6
29-31	6	13	15	12	14	60	9,9
32-34	3	8	8	13	27	111	18,4
+ 35	7	9	9	12	15	111	18,4
	91	119	120	122	151	603	100

Konklusies:

1. De categorieën 20-22 (22,6 %) en 26-28 (20,6 %) zijn meest vertegenwoordigd.

Dit is te wijten aan het feit dat in 'De Ark' voornamelijk een jongere populatie drugverslaafden (20-22) en een oudere populatie alcoholverslaafden (26-28) opgenomen zijn.

2. Diegenen jonger dan 20 jaar komen niet zo vaak voor. Reden is waarschijnlijk het feit dat in België het verslavingsprobleem nog niet zo groot is, dat het zich toegespitst heeft naar erg jonge mensen of dat deze zeer jonge mensen niet of nog niet in 'De Ark' komen.

3. Een belangrijke categorie is ook die van + 32 jaar, nl. 18,4 %. In deze categorie zit waarschijnlijk ook voor een groot deel alcoholverslaafden die op oudere leeftijd in de problemen raken, aan het zwerven gaan, enz...

Tabel 5: Geografische herkomst

	1979	1980	1981	1982	1983
Antwerpen	19/20,9 %	27/22,7 %	27/22,5 %	27/22 %	32/21 %
Oost-Vl. (-Gent)	22/24,2 %	22/18,5 %	23/19,2 %	18/14,7 %	33/22 %
Gent	18/19,8 %	21/17,6 %	27/22,5 %	22/18 %	37/24,5 %
West-Vl.	14/15,4 %	22/18,5 %	20/16,7 %	31/25,4 %	21/14 %
Limburg	5/ 5,5 %	7/ 5,9 %	4/ 3,3 %	6/ 4,9 %	12/ 8 %
Brabant	11/12,1%	19/16 %	14/11,7 %	13/10,6 %	9/ 6 %
Wallonie + buitenland	2/ 2,2 %	1/ 0,8 %	5/ 4,2 %	5/ 4 %	7/ 4,5 %
	<i>Totaal</i>		<i>%</i>		
Antwerpen	132		21,9		
Oost-Vl. (-Gent)	118		19,6) 40,3		
Gent	125		20,7)		
West-Vl.	108		17,9		
Limburg	34		5,64		
Brabant	66		10,93		
Wallonië + buitenland	20		3,33		
	603		100		

Konklusies:

1. Het is vrij duidelijk dat 'De Ark' een populatie krijgt uit het gehele Nederlandstalige land.
2. Het grootste aantal komt uit Oost-Vlaanderen met de nadruk op Gent, wat logisch is gezien de ligging van 'De Ark' (40,3 %).
3. Verder is een groot deel afkomstig uit Antwerpen (21,9 %). Dit is te verklaren door het feit dat Antwerpen een verzamelpunt voor veel druggebruikers is. De concentratie gebruikers is daar erg groot, zodat het aantal vandaar afkomstig evenredig ook groot moet zijn.
4. Ook West-Vlaanderen is vrij goed vertegenwoordigd (17,9 %).

Tabel 6: Verblifsduur:

<i>n-dagen/ n-bewoners</i>	1979	1980	1981	1982	1983	<i>T</i>
drugs	254/23	410	390/28	282/32	967/52	2303/161
alkohol	480/34	398/32	534/50	510/36	565/63	2487/215
identiteit	333/23	215/20	205/15	128/10	166/12	1047/80
medikatie	70/3	160/9	93/7	224/15	175/9	722/43
kombinatie	100/8	190/11	211/18	325/27	248/13	1074/77

<i>gemiddeld n-dagen</i>	1979	1980	1981	1982	1983	<i>T</i>
drugs	11,0	15,8	13,9	8,8	18,6	14,3
alkohol	14,1	12,4	10,7	14,2	9	11,6
identiteit	14,5	10,7	13,7	12,8	13,8	13,1
medikatie	23,3	17,8	13,3	14,9	19,4	16,8
kombinatie	12,5	17,3	11,7	12	19,1	13,9

Opmerkingen:

1. Medikatieverslaafden blijven over de gehele lijn het langst in 'De Ark' (gemiddeld 16,8 dagen).
2. Opvallend is het feit dat alcoholverslaafden minst lang (11,6 dagen) blijven. Het is wel zo dat er grote schommelingen merkbaar zijn tussen de verschillende jaren.

(b.v. 1982 - 14,2 dagen
1983 - 9 dagen).

Belangrijk is het feit dat alcoholverslaafden het meest vertegenwoordigd zijn in 'De Ark' (215). Een gemiddelde van deze groep geeft een veel duidelijker beeld dan een gemiddelde van bijvoorbeeld medikatieverslaafden, waar de proefgroep slechts uit 43 bewoners bestaat. Een vertekend beeld kan bij deze laatste groep zodoende gemakkelijk ontstaan.

3. Het aantal dagen dat drug-, identiteits- en combinatieverslaafden in 'De Ark' blijven is +/- gelijklopend. Maar ook hier zijn grote schommelingen merkbaar van jaar tot jaar.

b.v. drugverslaafden 1982 - 8,8 dagen.
1983 - 18,6 dagen.

De grote stijging van het aantal drugverslaafden tussen 1982 en 1983 is waarschijnlijk te wijten aan het feit dat in 1983 kortdurende behandelingsprogramma's voor minder gemotiveerde drugverslaafden ingevoerd werden.

4. Globaal genomen verblijft een verslaafde gemiddeld niet langer dan twee weken in 'De Ark'.

Het crisiscentrum beantwoordt in deze zin aan zijn doelstelling, namelijk mensen in crisis gedurende een korte tijd opvangen.

4. Konklusie

'De Ark' heeft in 5 jaar 603 mensen behandeld. Hiervan zijn 480 verslaafden. Er is een klein percentage (7,3 %) medikatieverklaafden. Wil dit zeggen dat er minder medikatieverklaafden zijn, of komen ze niet tot in 'De Ark', of is het sociaal beter aanvaard?

'De Ark' kent 2 bevolkingsgroepen: de jonge populatie drugverslaafden en de oudere populatie alcoholverslaafden.

De gemiddelde verblijfsduur in 'De Ark' is ongeveer 14 dagen. Dit beantwoordt aan de opzet als 'crisis'-centrum.

Gedurende deze 5 jaar was het programma in evolutie en werd het regelmatig aangepast.

De vaste vorm zoals hierboven beschreven zal in grote lijnen behouden blijven, doch is flexibel genoeg voor aanpassing.

Magda Baukeland
Programmadirecteur