

Opvoedingsondersteuning van drugverslaafde ouders en hun jonge kinderen

W. Vanderplasschen¹, I. Derluyn² & E. Broekaert³

Verschenen in In: Buisman, et al. (Red.). Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, C-3130 1-24.

1. Inleiding en probleemstelling

Lange tijd werd weinig of geen aandacht besteed aan de gevolgen van het alcohol- en druggebruik van ouders voor de ontwikkeling van hun opgroeiende kinderen. Niet voor niets werden deze kinderen dikwijls 'forgotten children' genoemd (Lindstein, 1996). Vooral sinds de jaren '80 onderkent men meer en meer de specifieke problematiek van kinderen van alcoholisten en sinds meer dan 10 jaar bestaat ook een groeiende interesse voor de gevolgen van het gebruik van illegale drugs voor de ontwikkeling van kinderen (Deren, 1986).

Alarmerende berichten over ernstige en onherstelbare schade die 'crack babies' zouden oplopen als gevolg van crackgebruik tijdens de zwangerschap hebben het onderzoek naar deze doelgroep aangezwengeld (Zuckerman & Frank, 1993). Als antwoord op deze problematiek werd in verschillende landen een aantal specifieke initiatieven uitgewerkt voor de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen, met de bedoeling opvoedings- en ontwikkelingsproblemen te voorkomen of te beperken en uiteindelijk te vermijden dat deze kinderen de drugverslaafden van morgen worden.

Drugverslaafde ouders en hun kinderen komen met verschillende diensten en voorzieningen uit de jeugdzorg, welzijnszorg, algemene gezondheidszorg, onderwijs, geestelijke gezondheidszorg en categoriale drughulpverlening in aanraking. Veel ouders staan echter eerder afkerig tegenover maatschappelijke hulp- en dienstverlening, omdat ze vrezen het hoederecht over hun kind te verliezen als de autoriteiten vernemen dat ze én moeder én verslaafd zijn. De samenhang tussen de problemen van drugverslaafde ouders en hun kinderen maakt tenslotte dat het aangewezen is een hulpverleningsaanbod te voorzien dat tegelijk gericht is op de ouders en hun kinderen en dat zich niet beperkt tot één van beide.

In dit hoofdstuk willen we ingaan op de opvoedingsproblematiek bij drugverslaafde ouders en een aantal methodieken om vanuit de verslavingszorg opvoedingsondersteuning te bieden aan deze doelgroep. We

¹ W. Vanderplasschen werkt als assistent aan de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent.

² I. Derluyn is als onderzoekster verbonden aan het Drugvrij Therapeutisch Programma De Kiem (Oosterzele) en aan de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent.

³ E. Broekaert is universitair hoofddocent en voorzitter van de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent.

beperken de doelgroep tot kinderen van ouders verslaafd aan illegale middelen (eventueel in combinatie met alcohol en psychotrope medicatie), gezien de specificiteit van deze problematiek en de meestal jonge leeftijd van deze kinderen. Tenslotte willen we nog aangeven dat, waar we in wat volgt over drugverslaafde ouders spreken, het voornamelijk drugverslaafde moeders betreft omdat in heel wat van deze gezinnen een vaderfiguur ontbreekt.

2. Situering van de kenmerken van drugverslaafde ouders en hun kinderen

2.1. Omvang van de problematiek

Schattingen over het aantal kinderen van drugverslaafde ouders lopen nogal uiteen, niet in het minst omdat een aanzienlijk aantal verslaafde moeders verborgen blijft voor de registrerende instanties. Volgens cijfers van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugproblemen in Lissabon (EWDD, 2000) heeft 18 tot 75% van de vrouwelijke druggebruikers in de Europese Unie één of meer kinderen en trendgegevens maken duidelijk dat het aantal druggebruikende vrouwen met één of meer kinderen blijft stijgen. Een aantal jaren geleden schatte men dat 1 op 10 pasgeborenen in de Verenigde Staten het kind was van een drugverslaafde moeder (Committee on Substance Abuse, 1995).

Gunning (1995) schatte het aantal kinderen van drugverslaafde ouders in Nederland op meer dan 5000. Uit een recent vergelijkend Europees onderzoek bleek dat Nederland ongeveer 2 à 3000 kinderen van intraveneuze druggebruikers telt (Leopold & Steffan, 1997). Eerder onderzoek maakte duidelijk dat ongeveer 25 tot 40% van alle drugverslaafden kinderen heeft (Groeneweg & Lechner-van de Noort, 1987).

In België zijn nauwelijks cijfers beschikbaar en het enige cijfermateriaal betreft een extrapolatie op basis van onderzoeksgegevens over de situatie in Brussel: jaarlijks zouden in België ongeveer 1000 kinderen van drugverslaafde ouders geboren worden (Piron, 1996). Uit de gegevens over druggebruikers die een beroep doen op de categoriale drughulpverlening blijkt dat één derde tot één vierde van alle geregistreerde personen één of meer kinderen heeft (Derluyn et al., 2000).

2.2. Drugverslaafde ouders en de omgeving waarin deze kinderen opgroeien

Ouderschap bij drugverslaafden wordt om verschillende redenen als problematisch ervaren, niet in het minst omdat een aantal basiskenmerken van goed ouderschap zoals 'responsiviteit' en 'grenzen stellen' in het gedrang dreigen te komen (Schippers, 2001). Nochtans blijkt dat ouderschap ook in het leven van heel wat druggebruikers een belangrijke mijlpaal vormt (Deren, 1986).

Zwangerschap

Bij veel drugverslaafde vrouwen komt de zwangerschap eerder onverwacht (Leenders et al., 1988). Veel van deze vrouwen menstrueren immers niet of onregelmatig, waardoor ze denken onvruchtbaar te zijn. Toch blijkt dat bij verschillende van deze vrouwen een latente kinderwens aanwezig is (Keesmaat, 1989) en velen zien in de zwangerschap een mogelijkheid tot verandering (Nardi, 1998). Heel wat zwangere verslaafde vrouwen gaan dan ook op eigen initiatief minder gebruiken, stoppen volledig of doen een beroep op de hulpverlening (Pajulo et al., 1999). Na de geboorte worden de idealisering van de moeder geconfronteerd met de werkelijkheid (bv. afkickverschijnselen bij het kind, gebrek aan sociale steun), waardoor de kans op herval of terugval niet denkbeeldig is.

Ouderschap

Als gevolg van hun afhankelijkheid zijn drugverslaafde ouders voornamelijk begaan met het verwerven en gebruiken van drugs, waardoor de zorg voor en de opvoeding van hun kind(eren) op het achterplan dreigen te raken. Het onder invloed zijn, de wisselende gemoedstoestand en de chaotische levensstijl van de ouders kunnen de emotionele en fysieke betrokkenheid, toegankelijkheid en aandacht voor het kind verminderen (Nardi, 1998). Hierdoor kunnen voor het kind gevaarlijke situaties ontstaan, zoals onveilige speelsituaties, onregelmatige of eenzijdige voeding, slechte hygiëne, Uit Nederlands onderzoek blijkt dat ongeveer 1 op 3 kinderen van drugverslaafde ouders emotioneel verwaarloosd wordt en dat ongeveer 10% fysiek mishandeld of seksueel misbruikt wordt (Gunning, 1998). Het mag dan ook niet verbazen dat heel wat van deze kinderen vroeg of laat geplaatst worden bij pleegouders of in een instelling (Camp & Finkelstein, 1997).

Gezien hun familiale achtergrond (bv. alcoholverslaving van één van beide ouders; conflicten, ruzies en geweld in het ouderlijk gezin; verwaarlozing en mishandeling; plaatsing tijdens de eigen jeugd) en relationele problemen, hebben heel wat drugverslaafde vrouwen last van psychische en emotionele problemen (Mallouh et al., 1996; Powis et al., 2000). Bovendien kunnen veel van deze vrouwen niet terugvallen op eigen (positieve) ervaringen voor de opvoeding van hun kinderen, waardoor het hen heel dikwijls ontbreekt aan adequate opvoedings- en interactievaardigheden en aan kennis over de ontwikkeling en mogelijkheden van kinderen (Deren, 1986; Vanderplasschen, 1997).

Onderzoek bij drugverslaafde moeders maakt tevens duidelijk dat deze meer rigide en minder responsief met hun kinderen omgaan dan andere moeders, wat de hechting tussen moeder en kind kan bemoeilijken (Vos et al., 2001). De mate waarin het kind zich hecht aan de ouder en het soort hechting dat ontstaat heeft een belangrijke invloed op de latere sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind (Matthys, 2000). Anderzijds blijkt dat veel van deze ouders soms overdreven begaan zijn met hun ouderschap en het danig goed willen doen, wat tot onrealistische verwachtingen of verwenning kan leiden.

Grenzen stellen blijkt bovendien voor heel wat drugverslaafde ouders heel moeilijk.

Instabiele partnerrelaties, wisselende leefsituaties en een beperkt sociaal netwerk zorgen ervoor dat heel wat drugverslaafde moeders er voor de opvoeding van hun kind(eren) alleen voor staan (Strijker et al., 1999). Het gezin wordt meestal georganiseerd in functie van de verslaving van de ouder(s), waardoor disfunctionele gezinspatronen ontstaan met co-afhankelijkheid en parentificatie als belangrijke kenmerken. De grote loyaliteit van deze kinderen ten opzichte van hun ouders is bovendien erg opvallend en het bewaren van het familiegeheim voor de buitenwereld vormt een belangrijke bekommernis ("don't tell, don't feel, don't trust"). Tevens zijn in deze gezinnen dikwijls weinig positieve identificatiemodellen aanwezig, wat niet meteen bijdraagt tot adequaat sociaal leren. Binnen een verslaafd gezin gelden drugs vaak als coping-mechanisme bij stress en worden deze geassocieerd met gevoelens van macht en potentie (Sproet et al., s.d.). Tenslotte ontbreekt het binnen een verslaafd gezin ook dikwijls aan een terugkerende vaderfiguur (Davis, 1990).

Naast familiale en relationele problemen gaat middelenafhankelijkheid vaak gepaard met werkloosheid en financiële problemen. Als gevolg van hun financiële problemen en de illegaliteit van de gebruikte middelen komen heel wat drugverslaafde ouders in de criminaliteit of prostitutie terecht, waardoor ze geregeld in aanvaring komen met politie en justitie (Strijker et al., 1999).

Tenslotte blijkt dat de meeste drugverslaafde moeders schaamte- en schuldgevoelens hebben, onder meer omdat ze bang zijn voor het negatieve oordeel van de maatschappij, de schadelijke gevolgen van het gebruik voor het zich ontwikkelende kind, de mogelijke plaatsing van het kind en hun verdere maatschappelijke isolatie (Klee & Jackson, 1998). Uit angst voor stigmatisering onttrekken heel wat drugverslaafde moeders zich aan de hulpverlening (Whiteside-Mansell et al., 1999). Hun schuldgevoelens kunnen bovendien versterkt worden door problemen bij het kind, omdat sommige moeders bepaalde reacties interpreteren als signalen van verwerping door hun eigen kind (Reder & Duncan, 1995).

Beschermende en bedreigende factoren

Ondanks de verschillende risico's die in verband gebracht kunnen worden met drugverslaving en ouderschap, slagen sommige drugverslaafde ouders er opmerkelijk goed in om hun ouderrol op te nemen. Hoewel dit op het eerste gezicht niet altijd zo lijkt voelen drugverslaafde ouders zich verantwoordelijk voor hun kind en putten ze hieruit de motivatie om iets aan hun problemen te doen (Hughes et al., 1995).

Adequaat ouderlijk functioneren hangt voornamelijk samen met de aanwezigheid van een sociaal netwerk rond het gezin (bv. steun van grootouders), gestabiliseerd druggebruik, het in stand houden van bepaalde rituelen (bv. elke avond samen eten), de aanwezigheid van een terugkerende

vaderfiguur en het intact zijn van een aantal leefgebieden (bv. een stabiele relatie, goede huisvesting, werk) (Derluyn et al., 2000). Hoewel verschillende bedreigende factoren een verarmd ouderschap tot gevolg kunnen hebben (Hans et al., 1999), beschikken zeker niet alle drugverslaafde moeders over beperkte opvoedingsvaardigheden (Kettinger et al., 2000) of besteden ze onvoldoende aandacht aan hun kind (Brady, 1994). Onderzoek toont aan dat het ouderschap vooral bemoeilijkt wordt, wanneer naast het druggebruik nog andere risicofactoren aanwezig zijn (Peterson et al., 1996). Drugverslaving moet dan ook veeleer gezien worden als een factor die het ouderschap kan bemoeilijken, dan als een factor die goed ouderschap in de weg staat (Marcenko et al., 2000).

2.3. Kinderen van drugverslaafde ouders: mogelijke gevolgen voor de psycho-sociale ontwikkeling

Het meeste onderzoek naar de gevolgen van druggebruik voor het zich ontwikkelende kind is gericht op effecten van gebruik tijdens de zwangerschap. Hoewel – omwille van methodologische tekortkomingen – de kwaliteit van een aantal van deze onderzoeken in vraag gesteld kan worden (Kaltenbach, 1994), maken deze duidelijk dat kinderen van drugverslaafde ouders vooral tijdens de zwangerschap, de neonatale periode en de rest van het eerste levensjaar een verhoogd risico lopen op een aantal uiteenlopende problemen. Nadien worden minder éénduidige bevindingen gerapporteerd, omdat dan vooral omgevingsfactoren een rol spelen en in mindere mate de prenatale blootstelling aan drugs. Toch blijkt dat het gebruik van bepaalde drugs (bv. amfetamines, alcohol) tijdens de zwangerschap ook op lange termijn gevolgen kan hebben voor de psycho-sociale ontwikkeling (Billing et al., 1994; Streissguth et al., 1994). Het is echter moeilijk om de gevolgen van prenatale blootstelling aan drugs te onderscheiden van omgevingsinvloeden en allicht is de invloed van opvoedings- en omgevingsfactoren veel groter (Mayes et al., 1992). Bovendien worden heel wat kinderen van drugverslaafde ouders niet blootgesteld aan drugs tijdens de zwangerschap, omdat de moeder toen niet of weinig gebruikte of pas op latere leeftijd begonnen is met gebruiken.

Tenslotte is het belangrijk om aan te geven dat heel wat van deze kinderen opgroeien buiten het ouderlijk gezin (bv. in een pleeggezin of gezinsvervangd tehuis). Onderzoek naar de ontwikkeling van kinderen van drugverslaafde ouders maakt duidelijk dat kinderen die opgroeien in een pleeggezin soms meer probleemgedrag vertonen dan kinderen die door hun natuurlijke ouders opgevoed worden (Groeneweg & Lechner-van de Noort, 1987). Ook het onderzoek van Tyler et al. (1997) wees uit dat kinderen van drugverslaafde ouders die bij hun moeder konden blijven tot de leeftijd van 6 maanden een betere ontwikkeling kenden dan kinderen die bij verwanten geplaatst waren. Deze bevindingen illustreren het belang van (het ondersteunen van) de moeder-kind relatie en tonen aan dat verschillende factoren een rol spelen tijdens de opvoeding en ontwikkeling: kenmerken van de ouder, kenmerken van het kind, de interactie tussen ouder en kind, omgevingsfactoren,

Risico's voor het zich ontwikkelende kind

Blootstelling aan drugs tijdens de zwangerschap kan onder meer aanleiding geven tot vroeggeboorte, bloedarmoede en groeiretardatie. Bij 60 tot 90% van alle kinderen van opiaatafhankelijke moeders stelt men het Neonataal Abstinentie Syndroom (NAS) vast, een geheel van ontwenningssymptomen als gevolg van opiaatgebruik tijdens de zwangerschap zoals een versnelde ademhaling, diarree, stuip trekkingen, koorts, beven, braken of een onrustig slaappatroon (Soepatmi, 1992). Tijdens de eerste levensmaanden stelt men bij kinderen van drugverslaafde moeders dikwijls een meer opgewonden toestand vast, wat onder meer blijkt uit het feit dat ze onrustig slapen, snel irriteerbaar zijn, weigeren om geknuffeld te worden,

Bij jonge kinderen van drugverslaafde ouders (tot 6 jaar) kunnen verschillende ontwikkelingsproblemen vastgesteld worden, zoals een vertraagde sociale, cognitieve en emotionele ontwikkeling, gedragsproblemen, groeiretardatie, motorische stoornissen, aandachts- en concentratieproblemen, impulsiviteit, hyperactiviteit en een vertraagde taalontwikkeling (cf. Dawe et al., 2000; van Baar et al., 1993). Afname van gedragsvragenlijsten (bv. CBCL) bij kinderen van drugverslaafde ouders en een vergelijkbare controlegroep wijst op het vaker voorkomen van internaliserend (bv. teruggetrokkenheid, depressie) en externaliserend gedrag (bv. agressie, gebrek aan sociale inhibitie) bij de eerste groep (Gunning, 1998).

Het ontbreekt kinderen van drugverslaafde ouders dikwijls aan de nodige basisveiligheid, een bron van angst en onzekerheid (Vos et al., 2001). Ontgoochelingen, loze beloften en wisselende leefomstandigheden maken vaak deel uit van hun leefwereld (Leopold & Steffan, 1997). Problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling kunnen onder meer blijken uit volgende klachten : woedeaanvallen, labiele gemoedstoestand, ontkenning en dissociatie van gevoelens, psychosomatische klachten, aangeleerde hulpeloosheid, sociale isolatie, gevoelens van schaamte en schuld, laag zelfbeeld, problemen met intimiteit, etc. (Rivinus, 1991).

Bij schoolgaande kinderen van drugverslaafde ouders komen vaak leerproblemen, aandachts- en concentratiestoornissen en gedragsproblemen voor. Veel van deze kinderen moeten tijdens de lagere school een jaar overzitten of ervaren problemen in de omgang met leeftijdsgenootjes als gevolg van hun gedrag. Bij kinderen van 8 tot 17 jaar stelt men dikwijls wangedrag, spijbelen, delinquentie of druggebruik vast (Deren, 1986). Uiteindelijk lopen deze kinderen het risico om het destructieve gedrag van hun ouders over te nemen en om de verslaving van de ene generatie op de andere over te dragen.

Ook uit de resultaten van tweelingonderzoek en adoptiestudies blijkt het verband tussen het gebruik van alcohol en drugs in verschillende generaties, wat de aanwezigheid van een soort 'overerfbare kwetsbaarheid' doet vermoeden (Vanderplasschen, 1997). Een aantal biochemische, fysiologische en psychologische markers dragen bij tot een gebrekkige inhibitie waardoor kinderen van drugverslaafde ouders een groter risico lopen om later ook verslaafd te raken (Sproet et al., s.d.). De aanwezigheid van een dergelijke overerfbare factor vormt echter geen voldoende verklaring voor het ontstaan van drugproblemen in deze of volgende generaties.

Veerkracht

Hoewel verschillende ontwikkelingsproblemen in verband gebracht worden met het druggebruik van (één van) beide ouders, verloopt de ontwikkeling van heel wat van deze kinderen voorspoedig. Nederlands onderzoek (Leenders, 1992) maakt duidelijk dat ongeveer 1 op 3 kinderen van drugverslaafde ouders zich 'normaal' ontwikkelt; nog eens 1/3 van deze kinderen kampt met kleine (tijdelijke) problemen, terwijl het overige derde van deze kinderen grote (meer langdurige) problemen ervaart.

Sommige kinderen beschikken daarentegen – ondanks de doorstane problemen – over een verbazingwekkende veerkracht ('resilience'). Deze wordt toegeschreven aan individuele kenmerken (bv. persoonlijkheid, zelfbeeld, eigenschappen als alertheid, responsiviteit, verantwoordelijkheid en autonomie) en eigenschappen uit de omgeving (bv. familierituelen, positieve rolmodellen, steun van de naaste omgeving, uitgebreide vriendengroep). Wolin & Wolin (1995) spreken over 7 vormen van veerkracht: inzicht in de verslaving van de ouders; onafhankelijkheid tegenover het gezin; intieme en bevredigende relaties; initiatief nemen; creativiteit; humor; moraliteit. Andere kinderen vertonen een opmerkelijk ontwikkelingsherstel nadat ze aanvankelijk grote problemen hebben gehad.

Tenslotte is het belangrijk rekening te houden met het feit dat niet het objectief meetbaar gedrag van de ouders of de aanwezigheid van een potentiële risicofactor bepaalt of kinderen ontwikkelingsproblemen zullen ervaren, dan wel hoe het kind de eigen situatie subjectief aanvoelt en hoe het ermee omgaat. Immers, de eigen creatieve inbreng van het kind in zijn ontwikkeling valt niet te minimaliseren (Scarr, 1992).

3. Bestaande aanpak van de problematiek

Op basis van het onderzoek naar opvoedingsondersteunende methodieken in de drughulpverlening (Derluyn et al., 2000) wordt in wat volgt een overzicht gegeven van een aantal mogelijke aanpakken van deze problematiek. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen structurele oplossingen (programma's) en benaderingen die meer gericht zijn op opvoedingsondersteuning van deze doelgroep (methodieken). Daarnaast worden de voornaamste knelpunten bij de benadering van deze doelgroep binnen de categoriale en niet-categoriale hulpverlening belicht en worden een aantal aanbevelingen geformuleerd.

3.1. Programma's voor drugverslaafde ouders en hun kinderen

Zowel categoriale (de drughulpverlening) als niet-categoriale initiatieven (bv. algemene ziekenhuizen, centra voor maatschappelijk werk, kinderopvang en jeugdzorg) komen geregeld in contact met deze doelgroep, maar binnen de meeste voorzieningen hanteert men meestal geen eenduidige of specifieke aanpak voor de gezins- en opvoedingsondersteuning van deze ouders en hun kinderen.

Binnen de ambulante categoriale drughulpverlening ontstonden de afgelopen jaren een aantal gespecialiseerde initiatieven met de bedoeling om ook het aspect opvoedingsondersteuning op te nemen binnen de begeleiding van drugverslaafde ouders (bv. HADOK, Den Haag; DOEK, Utrecht; Bubbels & Babbels, Antwerpen). Deze omschakeling gaat dikwijls gepaard met verschillende obstakels: gebrek aan deskundigheid omtrent kinderzorg en opvoedingsondersteuning; moeilijkheden bij de samenwerking met

kindgerichte voorzieningen (belang van het kind); niet ter sprake brengen van opvoedingsproblemen door de ouders (angst voor plaatsing van het kind); conflicterende visies en aanpak.

Ook binnen de residentiële categoriale drughulpverlening werden een aantal specifieke initiatieven genomen om tegemoet te komen aan de noden van deze doelgroep (Kroon et al., 2000). Er werden verschillende gespecialiseerde voorzieningen opgericht voor de opname van verslaafde moeders en hun kind(eren) (bv. Project 4, Den Haag; De Lage Kamp, Paterswolde; de Tipi, Oosterzele; de Kangourou, Charleroi) en in bepaalde residentiële voorzieningen worden extra inspanningen geleverd om tegemoet te komen aan de noden van druggebruikers die ook vader of moeder zijn (bv. organisatie van oudergroepen, aangepaste bezoeksregeling voor kinderen).

Het betreft meestal kleinschalige programma's, omdat men een intieme en huiselijke gezinssfeer wil creëren. Dit heeft echter voor gevolg dat het aantal residentiële opvangplaatsen voor drugverslaafde moeders én hun kind(eren) beperkt blijft. Bovendien bestaat nagenoeg geen hulpverleningsaanbod voor de opname van verslaafde vaders of koppels en hun kind(eren) en meestal richt men zich tot kinderen jonger dan 6 jaar. Het behandelingsaanbod van de Lage Kamp vormt hierop een uitzondering (Sproet et al., s.d.).

Deze programma's vertonen op een aantal punten duidelijke verschillen:

- In een aantal voorzieningen beschikken de gezinnen over een eigen woning, terwijl men elders hoofdzakelijk in gemeenschappelijke leefruimtes woont.
- Bepaalde programma's voor moeder en kind ontstonden in de schoot van een therapeutische gemeenschap, terwijl andere een specifiek hulpverleningsaanbod hebben uitgewerkt onafhankelijk van een bestaande hulpverleningsvorm.
- Op inhoudelijk vlak kan meestal een onderscheid gemaakt worden tussen programma's met een sterk individueel gerichte aanpak en programma's waarbij het groepsgebeuren meer centraal staat.
- Sommige initiatieven richten zich vooral op de oorzaken van verslaving (bv. traumatische ervaringen tijdens de jeugd), terwijl andere zich meer op het hier-en-nu concentreren en de rehabilitatie in de samenleving beogen (bv. werken rond opleiding en tewerkstelling).

Wat de opvoedingsondersteuning van de ouders betreft, worden in deze residentiële programma's verschillende methodieken gehanteerd zoals individuele begeleiding van de moeder, videohometraining, moeder-kind supervisie, ouderklassen en -groepen, speltherapie met moeder en kind, gesprekken met moeder en kind, meehelpen in de crèche, creatieve therapie en babymassage.

Overdag worden deze kinderen meestal opgevangen in een kinderdagverblijf. Sommige voorzieningen beschikken over een eigen (gespecialiseerd) kinderdagverblijf (Leopold & Steffan, 1997). Oudere kinderen gaan gewoon naar school. Soms wordt extra ondersteuning voorzien voor deze kinderen voorzien voor de kinderen, onder meer onder de vorm van creatieve therapie, individuele begeleiding en speltherapie.

Hoewel duidelijk wordt dat verschillende opvangvormen bestaan voor de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen, zijn er weinig onderzoeksgegevens beschikbaar die aangeven welke de meest efficiënte interventies zijn ten aanzien van deze doelgroep (Marcenko, et al. 2000).

Netwerkvorming

Gezien meestal verschillende actoren betrokken zijn bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen en deze doelgroep hierdoor soms tussen wal en schip valt, ontstonden in Nederland en België netwerken van – vooral ambulante – diensten met de bedoeling de hulpverlening aan deze gezinnen beter te coördineren en op te volgen. Hoewel focus en opzet van deze netwerken kunnen verschillen, kunnen een viertal verschillende aanpakken onderscheiden worden :

- Eén persoon neemt de coördinatie op, fungeert als link tussen verschillende voorzieningen en is tegelijk ook begeleider van het gezin (case management).
- Eén persoon of instantie staat in voor de coördinatie en opvolging van de hulpverlening aan een bepaald gezin, maar is zelf niet de begeleider (case management).
- Op initiatief van één of meer voorzieningen komen hulpverleners samen om een uitweg te zoeken voor een bepaalde vastgelopen situatie (zorgcoördinatie).
- Met het oog op deskundigheidsbevordering worden vormingsmomenten en studiedagen georganiseerd voor voorzieningen uit verschillende sectoren.

Bij deze netwerkvorming stelt zich de vraag welke partner uit het netwerk de coördinatie op zich zal nemen en waar deze coördinator of case manager zijn uitvalsbasis zal hebben: kiest men voor een 'onafhankelijke' instantie, voor een voorziening uit de categoriale drughulpverlening of voor een niet-categoriale voorziening?

3.2. Opvoedingsondersteunende methodieken

Voor de opvoedingsondersteuning bij drugverslaafde ouders maakt men gebruik van een aantal specifieke methodieken.

'Individuele begeleiding' vormt in dit opzicht de meest gebruikte methodiek, waarbij de moeder gesprekken heeft met een hulpverlener over allerlei aspecten die verband houden met de opvoeding van haar kind(eren). Een andere veel gebruikte methodiek is het tonen van voorbeeldgedrag ('modeling'), waarbij wenselijk gedrag of een bepaalde techniek door een hulpverlener wordt voorgetoond of samen met de ouder wordt gedaan (bv. wassen van de baby; belonen van het kind). Bij de invulling van deze beide methodieken zal de invloed van de eigen kennis, ervaringen, handelwijzen, waarden en normen van de hulpverlener zeer groot zijn.

Voorbeelden van meer groepsgerichte opvoedingsondersteunende methodieken zijn 'ouderschapsklassen' en 'oudergroepen'. Tijdens 'ouderschapsklassen' (parenting classes) probeert men aan de ouders bepaalde kennis en vaardigheden bij te brengen aan de hand van video-opnames, rollenspelen, discussiegroepen of uitleg door een deskundige (Camp & Finkelstein, 1996; Peterson et al., 1996). 'Oudergroepen' zijn gebaseerd op het zelfhulpprincipe en hierbij wisselen ouders onder elkaar ervaringen uit over de opvoeding van hun kinderen en ondersteunen ze elkaar (Leopold & Steffan, 1997; Luthar & Suchman, 2000). Het aanleren van ouderschapsvaardigheden komt niet enkel het kind en zijn ontwikkeling ten goede, maar draagt ook bij tot de zelfwaarde en competentiegevoelens van de moeder (Camp & Finkelstein, 1999). Uit verschillende onderzoeken (cf. Camp & Finkelstein, 1997; Catalano et al., 1999) is bovendien gebleken dat ouderschapstrainingen de moeder-kind interacties en ouderschapsvaardigheden significant verbeteren, wat ook preventief werkt ten aanzien van het ontwikkelen van gedragsproblemen bij deze kinderen.

Binnen de verslavingszorg vormt 'videohometraining' of 'video-interactiebegeleiding' één van de best uitgewerkte opvoedingsondersteunende methodieken in zowel de ambulante als residentiële hulpverlening aan drugverslaafde ouders en hun kinderen (Derluyn et al., 2002). Men vertrekt hierbij van interacties tussen ouder en kind die (in de thuissituatie) op video opgenomen worden en die – na analyse door de begeleider – achteraf samen met de ouder(s) bekeken en besproken worden. Bij de bespreking focust men op een aantal elementen van basiscommunicatie (bv. toewenden, instemmend benoemen, vriendelijke intonatie) en legt men vooral de nadruk op positieve aspecten in de interactie tussen moeder en kind (Dekker & Biemans, 1994; Janssens & Kemper, 1996). Het lage zelfbeeld en de schuld- en schaamtegevoelens bij de ouders maken van de opvoeding immers een moeilijk bespreekbaar thema. Het zal dan ook belangrijk zijn om als hulpverlener een niet-veroordelende, positieve houding aan te nemen, waarbij de ouder als grootste deskundige en verantwoordelijke over het kind wordt aangesproken. Een open attitude, gebaseerd op een vertrouwensrelatie tussen ouder en hulpverlener zal essentieel zijn om ouders adequaat te kunnen ondersteunen in hun opvoedingstaak (Hans et al., 1999).

Binnen de jeugdzorg maakt men sinds een aantal jaren gebruik van verschillende vormen van intensieve ambulante thuisbegeleiding (bv. Families First, Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding, Integrale Orthopedagogische Gezinsondersteuning) voor de hulpverlening aan zogenaamde multi-problemegezinnen (Baartman, 1991). Hierbij biedt één hulpverlener aan huis ondersteuning met betrekking tot alle mogelijke gebieden van het gezinsleven. Gezien heel wat drugverslaafde gezinnen als multi-problemegezinnen gekarakteriseerd kunnen worden (Sproet et al., s.d.), kan deze methodiek ook toegepast worden bij de hulpverlening aan deze doelgroep.

3.3. Knelpunten

Veel hulpverleners – voornamelijk uit de niet-categoriale hulpverlening – hebben het moeilijk met een aantal ‘typische’ eigenschappen van drugverslaafden, zoals herval of terugval, het niet nakomen van afspraken, liegen, wantrouwen, gebrek aan probleeminzicht, andere (opvoedings-)normen, Bovendien roept de begeleiding van drugverslaafde ouders heel wat ethische vragen op en hulpverleners kampen vaak met gevoelens van machteloosheid en angst omtrent de veiligheid en goede ontwikkeling van de kinderen, wat kan resulteren in een soort ‘beschermingsreflex’ (Derluyn et al., 2000). Men stelt weinig vertrouwen in de kennis en kunde van drugverslaafde ouders en gaat soms snel over tot ingrijpende maatregelen (bv. plaatsing). Tenslotte hebben heel wat hulpverleners het gevoel dat het hen ontbreekt aan kennis en deskundigheid, ofwel omtrent de opvoeding van jonge kinderen (binnen de drughulpverlening) ofwel omtrent verslaving en de effecten van druggebruik (binnen de kinder- en jeugdzorg).

Een belangrijk knelpunt bij de samenwerking tussen voorzieningen vormt het omgaan met het beroepsgeheim (welke informatie kan doorgegeven worden aan andere voorzieningen?). Bovendien wordt niet altijd duidelijk gecommuniceerd tussen voorzieningen en ontbreekt het soms aan een eenduidige visie omtrent de aanpak van de hulpverlening, wat kan leiden tot onnodige of weinig adequate interventies.

Voor heel wat drugverslaafde ouders blijkt het hulpverleningscircuit tevens te hoogdrempelig. Zeker wanneer men geen concrete hulpvraag heeft, kan men soms moeilijk een beroep doen op bepaalde vormen van ondersteuning. Dit wordt soms nog extra bemoeilijkt door de bureaucratie in de hulpverlening (bv. specifieke intakeprocedures, wachtlijsten). Gezien deze moeilijke toegankelijkheid komen zwangere vrouwen en moeders dikwijls pas heel laat in contact met de hulpverlening, wat de kans op ontwikkelingsproblemen bij het kind verhoogt en het vormen van een goede hulpverlener-cliënt relatie in de weg kan staan.

Bovendien blijkt het hulpverleningsaanbod voor drugverslaafde moeders en hun kinderen beperkt (bv. weinig projecten ambulante thuiszorg) en dikwijls onvoldoende afgestemd op de noden van de doelgroep. De mogelijkheid tot gezamenlijke opname van moeder en kind is belangrijk, gezien uit onderzoek blijkt dat moeders significant langer in behandeling blijven – en het dus achteraf ook beter doen – wanneer ze samen met hun kind opgenomen kunnen worden (Hughes et al., 1995). Maar meestal wringt hier het schoentje en weigeren zwangere vrouwen en moeders juist de stap naar de hulpverlening te zetten, omdat ze niet willen gescheiden worden van hun kind (Volpicelli et al., 2000).

Eén van de voornaamste inhoudelijke knelpunten in heel wat programma’s voor drugverslaafde ouders en hun kinderen is het gebrek aan pedagogische ondersteuning. Bovendien blijken bestaande methodieken niet altijd voldoende aangepast aan de specifieke noden van deze doelgroep. Tenslotte

merken een aantal hulpverleners op dat ook extra aandacht besteed moet worden aan drugverslaafde moeders met bijkomende psychiatrische problemen, gezien dit een doelgroep is die vaak tussen wal en schip valt.

4. Naar een meer geschikte aanpak

Het is in de eerste plaats belangrijk dat hulpverleners hun visie op drugverslaafde ouders proberen bij te stellen in de richting van een positief-kritische visie (Derluyn et al, 2000). Tijdens intervisie- en supervisiemomenten kan gezocht worden naar antwoorden op de vraag welke verwachtingen en eisen gesteld kunnen worden aan deze ouders en welke waarden en normen gehanteerd kunnen worden.

Om bovenstaande vragen en bedenkingen beter te kunnen beantwoorden, zal ook deskundigheidsbevordering nodig zijn. Het betreft zowel kennis en deskundigheid omtrent kinderzorg, hulpverlening aan gezinnen als verslavingszorg. Dit kan ook bijdragen tot een vroegere detectie van de problematiek in de niet-categoriale hulpverlening en tot een betere afstemming van het hulpverleningsaanbod op de noden en behoeften van de doelgroep.

Wat de samenwerking tussen voorzieningen betreft is het belangrijk dat voorzieningen elkaars visie en werking beter leren kennen en bepaalde afspraken maken met betrekking tot bv. doorverwijzing, methadondosis tijdens de zwangerschap, belangenbehartiging van ouders en kind(eren), veiligheid van het kind, beroepsgeheim, Deze samenwerking kan ook uitmonden in de vorming van een formeel netwerk, waarbij verschillende keuzes overwogen moeten worden, onder meer:

- Betreft het de coördinatie van de hulpverlening of ook de inhoudelijke afstemming en opvolging van de hulpverlening en /of het gezin?
- Ligt de focus op de veiligheid van het kind of op het gezinsfunctioneren?
- Hoe gebeurt de aanmelding en intake?
- Wie heeft de leiding over het netwerk? Waar is de coördinator gehuisvest?

De uitbouw van een hulpverleningsaanbod voor drugverslaafde ouders en hun kinderen dient gepaard te gaan met het uitwerken van een visie over verslaving, familie, de doelstellingen en theoretische achtergrond van het programma. Bovendien moet de hulp tegemoetkomend en toegankelijk zijn en een beroep doen op het sociaal netwerk van deze ouders. De conceptualisering en invulling van de pedagogische ondersteuning vormt een andere belangrijke opdracht. Daarnaast zal het ook belangrijk zijn om een aantal kindgerichte interventies in te bouwen in het programma (bv. speltherapie, kindergroepen) en aandacht te hebben voor de psychiatrische problematiek van de moeders. Tevens bestaat binnen de verslavingszorg een grote nood aan residentiële opvang voor drugverslaafde moeders én hun kinderen. In de ambulante sector bestaat een duidelijke nood aan initiatieven van thuisbegeleiding voor deze

doelgroep en bestaat bovendien geen echt specifiek aanbod voor drugverslaafde zwangere vrouwen.

Tot slot willen we hier het belang benadrukken van een geïndividualiseerde aanpak, gekenmerkt door zorg op maat en zorgcontinuïteit ('case management'). Op die manier kan immers tegemoet gekomen worden aan de complexe, meestal langdurige en sterk verweven problematiek van deze gezinnen (Vanderplasschen et al., 2001). Bovendien dient men voldoende aandacht te besteden aan preventie en vroeginterventie ten aanzien van de kinderen (Van der Stel, 2002).

5. Samenvatting en nabeschuwing

Hoewel uiteenlopende cijfers bestaan over het aantal kinderen van drugverslaafde ouders, schat men dat minstens $\frac{1}{4}$ tot $\frac{1}{3}$ van alle druggebruikers kinderen heeft. Heel wat drugverslaafde ouders kampen naast hun verslaving met verschillende andere psycho-sociale problemen en ervaren moeilijkheden bij de opvoeding van hun kinderen door onder meer een gebrek aan ouderschapsvaardigheden. Bovendien kunnen problemen bij ouders en kinderen het gezinsfunctioneren verstoren. Anderzijds is het opvallend dat sommige drugverslaafde ouders er vrij goed in slagen om hun ouderrol op te nemen, waarbij vooral het bestaan van familierituelen en het kunnen terugvallen op een sociaal netwerk een belangrijke rol speelt.

Bij een vrij groot aantal kinderen van drugverslaafde ouders worden ontwikkelingsproblemen gerapporteerd tijdens de eerste levensjaren, die soms blijven aanhouden tijdens de verdere ontwikkeling. Ongeveer $\frac{1}{5}$ van deze kinderen zou later zelf een verslavingsprobleem ontwikkelen. In de omgeving waarin deze kinderen opgroeien kunnen immers verschillende risicofactoren geïdentificeerd worden (bv. dysfunctioneel gezin, geweld, verwaarlozing, negatieve rolmodellen), naast een eventuele prenatale blootstelling aan drugs of de aanwezigheid van een overerfbare kwetsbaarheid. Andere kinderen ervaren echter weinig of geen problemen of beschikken over een opmerkelijke veerkracht ('resilience').

Gezien de complexe en samenhangende problematiek van drugverslaafde ouders en hun kinderen vormt de uitwerking van een samenhangend en omvattend hulpverleningsaanbod voor deze doelgroep een belangrijke opdracht, waarbij de hulpverlening aan de kinderen niet losgekoppeld kan worden van de hulpverlening aan de ouders en omgekeerd. Heel wat drugverslaafde moeders staan echter afkerig tegenover de hulpverlening (in het bijzonder residentiële opname), omdat ze hierdoor hun kind dreigen te verliezen. Het creëren van opnamemogelijkheden voor drugverslaafde ouders én hun kinderen, het voorzien van ambulante thuisbegeleiding en het verzekeren van pedagogische ondersteuning aan ouders via bv. videohometraining en ouderschapsklassen vormt een belangrijke uitdaging. Tevens is het belangrijk om het zorgaanbod van de niet-categoriale hulpverlening beter aan te passen aan de noden van deze doelgroep.

Netwerkvorming en coördinatie van de hulpverlening tussen categoriale en niet-categoriale voorzieningen is nodig wil men zorg op maat en zorgcontinuïteit verzekeren. Tenslotte is het noodzakelijk aandacht te schenken aan preventie en vroeginterventie ten aanzien van deze kwetsbare kinderen.

6. Literatuur

- Baartman, H. (red.) (1991). Praktisch-pedagogische thuishulp in bewerkelijke gezinnen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Billing, L., Eriksson, M., Jonsson, B., Steneroth, G. & Zetterström, R. (1994). The influence of environmental factors on behavioural problems in 8-year-old children exposed to amphetamine during foetal life. Child Abuse & Neglect, 18, 3-9.
- Brady, J.P., Posner, M., Lang, C. & Rosatie, M.J. (1994). Risk and Reality: the implications of prenatal exposure to alcohol and other drugs. New York: The Education Development Center, Inc. (<http://aspe.os.dhhs.gov/hsp/cyp/drugkids.htm>).
- Camp, J.M. & Finkelstein, N. (1997). Parenting training for women in residential substance abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 14 (5), 411-422.
- Catalano, R.F., Gainey, R.R., Fleming, C.B., Haggerty, K.P. & Johnson, N.O. (1999). An experimental intervention with families of substance abusers: one-year follow-up of the focus on families project. Addiction, 94 (2), 241-254.
- Committee on Substance Abuse (1995). Drug-exposed infants. Pediatrics, 96 (2), 364-367.
- Davis, S.K. (1990). Chemical dependency in women: a description of its effects and outcome on adequate parenting. Journal of Substance Abuse Treatment, 7, 225-232.
- Dawe, S., Harnett P.H., Staiger, P. & Dadds, M.R. (2000). Parent training skills and methadone maintenance: clinical opportunities and challenges. Addiction, 60, 1-11.
- Dekker, J.M. & Biemans, H.M.B. (1994). Video-hometraining in gezinnen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Deren, S. (1986). Children of substance abusers: a review of the literature. Journal of Substance Abuse Treatment, 3, 77-94
- Derluyn, I., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2000). Drugverslaafden met jonge kinderen: een exploratief onderzoek naar modellen en opvoedingsondersteunende methodieken bij de hulpverlening aan drugverslaafde ouders met jonge kinderen (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Gent – Brussel : De Kiem –Vereniging voor Alcohol- en andere drugproblemen (VAD).
- Derluyn, I., Calle, D. & Vanderplasschen, W. (2002). Drugverslaafden met jonge kinderen: Concept- en methodiekontwikkeling voor pedagogische ondersteuning in een residentiële setting (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Oosterzele – Brussel : De Kiem – Vereniging voor Alcohol- en andere drugproblemen (VAD).
- Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving (EWDD) (2000). Jaarverslag voor de stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie – 2000. Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen.
- Finkelstein, N. (1993). Treatment programming for alcohol- and drug-dependent pregnant women. International Journal of the Addictions, 28, 1275-1309.
- Groeneweg, B. & Lechner-van de Noort, M. (1988). Kinderen van drugverslaafde ouders: opvoeding en ontwikkeling. Delft: Eburon.
- Gunning, W. (1995). Verslaving. In J. Sanders-Woudstra, F. Verhulst & H. de Witte (red.), Kinder- en Jeugdpsychiatrie I: psychopathologie en behandeling (pp. 34-54). Assen: Van Gorcum.
- Gunning, W. (1998). "Je bent moeder, verslaafd en onder behandeling van Brijder/KVO: vind je daar wat je nodig hebt?" (voordracht op de conferentie over verslaafde ouders en hun kinderen 5 maart 1998). Alkmaar: Triversum, Bijder Stichting en Academisch Medisch Centrum.
- Hans, S.L., Bernstein, V. & Henson, L.G. (1999). The role of psychopathology in the parenting of drug-dependent women. Development and Psychopathology, 11, 957-977.
- Hughes, P.H., Coletti, S.D., Neri, R.L., Urmann, C.F., Sicilian, D.M. & Anthony, J.C. (1995). Retaining cocaine-abusing women in a therapeutic community: The effect of a child live-in program. American Journal of Public Health, 85, 1149-1152.

Janssens, J.M. & Kemper, A. (1996). Uitgangspunten en effecten van Videohometraining. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 35, 178-193.

Kaltenbach, K. (1994). Effects of in-utero opiate exposure: new paradigms for old questions. Drug and Alcohol Dependence, 36, 83-87.

Keesmaat, M. (1989). Harddruggebruikende vrouwen: verslag van een verkenning. Amsterdam: Stichting de Maan.

Kettinger, L.A., Nair, P. & Schuler, M.E. (2000). Exposure to environmental risk factors and parenting attitudes among substance-abusing women. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 26 (1), 1-11.

Klee, H. & Jackson, M. (1998). Illicit drug use, pregnancy and early motherhood. Manchester: SRHSA, Centre for Social Research on Health and Substance Abuse, The Manchester Metropolitan University.

Kroon, L., Franken, I. & Hendriks, V. (2000). Behandeling van verslaafde moeders en hun kinderen: een evaluatie-onderzoek naar de effectiviteit van behandeling in Project 4. Den Haag: Parnassia Addiction Research Centre (PARC).

Leenders, F. (1992). Drug-addicted parents and their children: harm reduction in the Netherlands. International Journal on Drug Policy, 3 (4), 204-210.

Leenders, F., Lechner-van de Noort, M. & Groeneweg, B. (1988). Drugverslaafde ouders en hun kinderen: bedreigende en beschermende factoren in opvoeding en ontwikkeling. In P. Goudena, H. Groenedaal & F. Swets-Gronert (red.), Kind in geding: bedreigende en beschermende factoren in de psychosociale ontwikkeling van kinderen (pp. 119-138). Leuven/ Amersfoort: Acco.

Leopold, B. & Steffan, E. (1997). Special needs of children of drug misusers. Final Report. Strasbourg: Council of Europe, Pompidou-group, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs.

Lindstein, T. (1996). Working with children of alcoholics. Stockholm: Stockholm University, School of Social Work.

Luthar, S.S. & Suchman, N.E. (2000). Relational psychotherapy mothers group: a developmentally informed intervention for at-risk mothers. Development and Psychopathology, 12 (2), 235-253.

Mallouh, C. (1996). The effects of dual diagnosis on pregnancy and parenting. Journal of Psychoactive Drugs, 28 (4), 367-379.

Marcenko, M.O., Kemp, S.P. & Larson, N.C. (2000). Childhood experiences of abuse, later substance abuse and parenting outcomes among low-income mothers. American Journal of Orthopsychiatry, 70 (3), 316-323.

Matthys, F. (2000). Leven met een verslaafde. Leuven/Apeldoorn: Garant

Mayes, L., Granger, R., Bornstein, M. & Zuckerman, B. (1992). The problem of prenatal cocaine exposure: a rush to judgement. Journal of the American Medical Association, 267 (3), 406-408.

Nardi, D. (1998). Addiction recovery from low-income pregnant and parenting women: a process of becoming. Archives of Psychiatric Nursing, 12 (2), 81-89.

Pajulo, M., Savonlahti, E. & Piha, J. (1999). Maternal substance abuse: infant psychiatric interest: a review and a hypothetical model of interaction. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25 (4), 761-769

Peterson, L., Gable, S. & Saldana, L. (1996). Treatment of maternal addiction to prevent child abuse and neglect. Addictive Behaviors, 21 (6), 789-801.

Piron, P. (1996). Treatment and care for drug-using young and future parents and their children in Europe: draft report (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Brussels: International Parenthood-drug abuse network.

Powis, B., Gossop, M.K., Bury, C., Payne, K & Griffiths, P. (2000). Drug-using mothers: social, psychological and substance use problems of women opiate users with children. Drug and Alcohol Review, 19, 171-180.

Reder, P. & Duncan, S. (1995). The meaning of the child. In P. Reder & C. Lucey (red.), Assessment of Parenting. London: Routledge.

Rivinus, T. (red.) (1991). Children of chemically dependent parents: multiperspectives from the cutting edge. New York: Brunner / Mazel Publishers.

Scarr, S. (1992). Developmental theories for the 1990s: development and individual differences. Child development, 63, 1-19.

Schippers, G. (2001). Kunnen verslaafde ouders opvoeden? (voordracht op het Symposium Goed Gezin(d), 11 mei 2001). Groningen: Dr. Kuno Van Dijkstichting.

Soepatmi, S. (1992). De ontwikkeling van kinderen van drugafhankelijke moeder: een longitudinaal onderzoek. Amsterdam: Rodopi.

Sproet, M., Vos, R.C. & Verheij, F. (s.d.). Goed gezin(d): klinische gezinsbehandeling in verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg. Groningen: Dr. Kuno Van Dijkstichting.

Streissguth, A., Barr, H., Sampson, P. & Bookstein, F. (1994). Prenatal alcohol and offspring development: the first fourteen years. Drug and Alcohol Dependence, 36, 89-99.

Strijker, J., Dickscheit, J., Zandberg, Tj. & Rink, J.E. (1999). Samen sterk. Een evaluatie-onderzoek van De Herberg betreffende drugsverslaafde ouders met hun kinderen (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Pedagogiek en Onderwijskunde, Stichting Kinderstudies.

Tyler, R., Howard, J., Espinosa, M. & Doakes, S.S. (1997). Placement with substance-abusing mothers vs placement with other relatives. Child Abuse & Neglect, 21 (4), 337-349.

Van Baar, A.L., Boer, K. & Soepatmi, S. (1993). De gevolgen van drugsverslaving van de moeder voor haar kinderen: de huidige stand van zaken met betrekking tot kennis en zorgbeleid in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 137 (36), 1811-1815.

Vanderplasschen, W. (1997). Een exploratief onderzoek in de drugvrije Therapeutische Gemeenschap naar de situatie van drugverslaafde ouders en hun kinderen (niet-gepubliceerde licentiaatsverhandeling). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001). Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 14). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

Vander Stel, J. (2002). De effectiviteit van sociale vaardigheidstrainingen en terugvalpreventie in de verslavingszorg. In Buisman et al. (red). Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid. Houten : Bohn Stafleu Van Loghum.

Volpicelli, J.R., Markman, I., Monterosso, J., Filing, J. & O'Brien, C.P. (2000). Psychosocial enhanced treatment for cocaine-dependent mothers. Evidence of efficacy. Journal of Substance Abuse Treatment, 18, 41-49.

Vos, H., Bos, L. & Brook, F. (2001). Dubbelspoor: over hechting en verslaving. Groningen: Dr. Kuno Van Dijkstichting.

Whiteside-Mansell, L. et al. (1999). The development and evaluation of an alcohol and drug prevention and treatment program for women and children: The AR-CARES program. Journal of Substance Abuse Treatment, 16 (3), 265-275.

Wolin, S. & Wolin, S. (1995). Resilience among youth growing up in substance-abusing families. Pediatric Clinics of North America, 42 (2), 415-429.

Zuckerman, B. & Frank, D. (1993). Crack kids: not broken. Pediatrics, 89, 337-339.

Dit hoofdstuk is tot stand gekomen dankzij de medewerking van Mevr. Marijs Geirnaert en Dhr. Geert Verstuyf (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), Brussel); Dhr. Dirk Calle en Dhr. Dirk Vandevelde (Drugvrij Therapeutisch Programma De Kiem, Moortsele); Mevr. Katrien Demunck en Dr. Jan Van Bouchaute (Medisch-sociaal opvangcentrum voor druggebruikers (MSOC) Gent).

