

Drugs en Dood

Empirisch onderzoek naar de manier waarop drugsgebruikers omgaan
met het overlijden van een naaste aan een drugsgerelateerde dood

Noëmie Vanherf

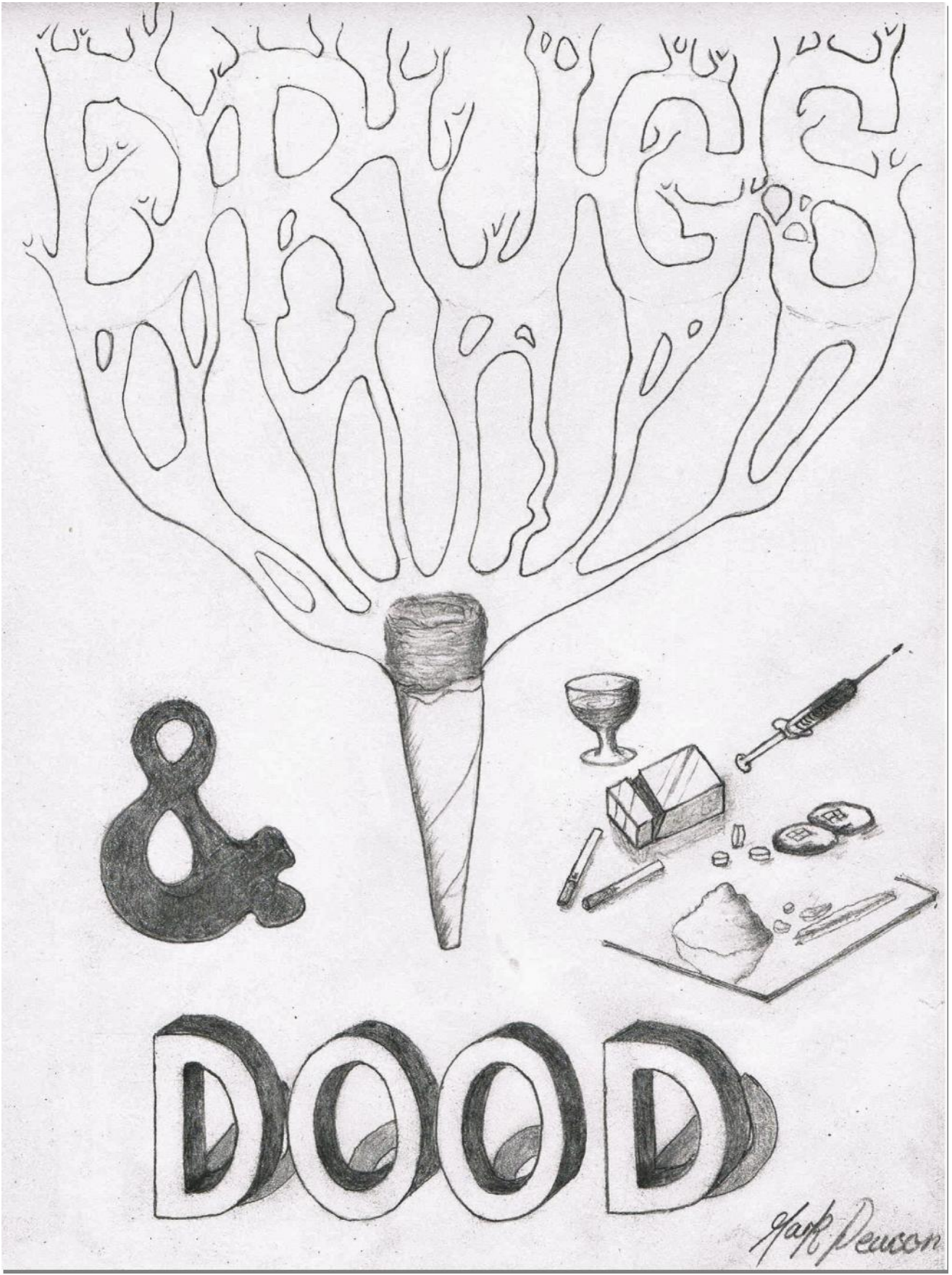
Begeleidster: Dr. Joanna Wojtkowiak

Meelezer: Dr. Martien Schreurs

April 2014

Masterscriptie

Universiteit voor Humanistiek



Ter nagedachtenis van Hans Tenwolde en Nasr Abu Zayd.
Mijn grote voorbeelden in het combineren van een kritische,
doortastende en luchtige houding.

Auteur: Noëmie Vanherf
Studentnummer: 0070013

Drugs en Dood
Empirisch onderzoek naar de manier waarop
drugsgebruikers omgaan met het overlijden van een naaste
aan een drugsgelateerde dood

Masterscriptie, april 2014
Afstudeervariant: Geestelijke Begeleiding
Universiteit voor Humanistiek, Utrecht

Begeleidster: Dr. Joanna Wojtkowiak
Universitair docent psychologische en
levensbeschouwelijke aspecten van existentiële begeleiding

Meelezer: Dr. Martien Schreurs
Universitair docent in de filosofie en de geschiedenis van
het humanisme

Afbeelding:
Gemaakt door Mark Pearson, ervaringsdeskundige

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Hoofdstuk 1: Theoretisch kader	3
1.1 Probleemstelling	6
1.2 Doelstelling	6
1.2.1 Theoretisch/wetenschappelijk doel	7
1.2.2 Praktische doel	7
1.2.3 Zingeving	8
1.2.4 Humanistiek doel	9
1.3 Vraagstelling	9
Hoofdstuk 2: Methode	10
2.1 Respondenten	10
2.2 Instrumenten	11
2.3 Analyse	11
Hoofdstuk 3: Resultaten	13
3.1 Hoog risico om te overlijden	13
3.2 Onbewogen houding tegenover de dood	14
3.3 Acceptatie	16
3.4 Afstand en nabijheid tussen gebruikers	16
3.5 Doorgaan na een overlijden	18
3.6 Afwijzende houding ten opzichte van uitvaarten	19
3.7 Invloed van drugs	20
Hoofdstuk 4: Conclusie	21
4.1 Concluderend antwoord op de vraagstelling:	21
4.2 Doelstelling:	21
4.2.1 Theoretisch/wetenschappelijk doel	21
4.2.2 Praktisch doel	23
Hoofdstuk 5: Discussie	25
5.1 Zingeving	25
5.1.1 Hidden resilience	26
5.1.2 Verborgene weerbaarheid bij gebruikers	26
5.2 Humanistiek doel	29
5.2.1 De keuzevrijheid van gebruikers	29
5.2.2 Drugsgebruik en een authentieke invulling van ‘goed leven’	30
Beperkingen	32
Aanbevelingen voor verder onderzoek	33
Persoonlijk slot	35
Samenvatting	36
Referenties:	37
Bijlage I: Major Depressive Disorder	46
Bijlage II: Tabel 1 demografische eigenschappen respondenten	48
Bijlage III: Topiclist	49

Voorwoord

Tijdens mijn stage 'Geestelijke Begeleiding' in een gevangenis kwam regelmatig het thema van de dood aan de orde. Ik herinner me een gesprek waarin een man vertelde over zijn angst voor de dood. Hij omschreef dat hij de dood voelde intrekken in zijn lichaam. Hij had meerdere vrienden verloren aan drugs, dus hij wist heel goed hoe zoiets ging. Maar de voorbeelden van zijn vrienden lieten hem koud. Hij zei dat het hem wel dwars zat hoe hij eigenhandig, met ieder shot, de dood steeds verder uitnodigde haar intrede te maken. Dat gevoel gaf hem koude rillingen.

Na dit gesprek volgden er meer gesprekken met andere drugsgebruikers. Het viel me steeds op hoeveel ervaring ze hadden met de dood. De overvloed aan verhalen lag voor het oprapen; ik hoefde er alleen maar naar te vragen. De rijkdom van de inhoud van die verhalen heeft me doen besluiten om mijn scriptie te schrijven over gebruikers en de dood.

Ik ben de respondenten ontzettend dankbaar voor het vertellen van hun verhalen. De verhalen hebben me soms gechoqueerd, soms ontroerd en soms verrast. Ze hebben me nooit verveeld. Ik wens jullie het beste! Tevens grote dank aan drugspastor Nelly Versteeg voor het openstellen van haar werkomgeving en de behulpzaamheid bij het leggen van contact tussen mij en de gebruikers. De professionaliteit waarmee ze het vak van geestelijk begeleidster uitvoert is heel inspirerend. Ook wil ik graag de instanties bedanken die me hebben toegestaan contact te leggen: de Medische Dienst Heroïne Gebruikers, Princehof en het Stoelenproject.

Mijn allergrootste dank gaat uit naar mijn scriptiebegeleidster Joanna Wojtkowiak voor haar deskundige, kritische en enthousiaste feedback. Ze gaf scherpe feedback waar nodig en opbeurende woorden als de moed me in de schoenen gezonken was. Ik ben erg onder de indruk van haar expertise! Uiteraard wil ik mijn fantastische meelezer Martien Schreurs bedanken voor de feedback en de gesprekken. Als laatste mijn lieve slimme studievrienden en familie voor de feedback, in het bijzonder Linda die vanuit het Midden-Oosten heel dicht op mijn tekst bleef.

In hoofdstuk één wordt het theoretische kader omschreven. Hier staat de inbedding van dit onderzoek in de bestaande literatuur. In hoofdstuk twee staat de methode van dit onderzoek omschreven. De resultaten hiervan worden gepresenteerd in hoofdstuk drie. Hierop volgt een conclusie in hoofdstuk vier. Ten slotte wordt in de discussie in hoofdstuk vijf een suggestie voor een interpretatie van de data gegeven. Deze scriptie sluit af met een hoofdstuk waarin aandacht is voor de beperkingen van het onderzoek en een hoofdstuk met suggesties voor verder onderzoek.

Hoofdstuk 1: Theoretisch kader

“I have to live with the knowledge that I will die”

Dan Liechty in “The flight from death: The quest for immortality”

Verlies van naasten creëert een nieuwe werkelijkheid voor nabestaanden. De dood van een naaste is een existentiële ervaring; het verandert iemands wereld op een ingrijpende manier (Neimeyer, 2009; Röcke & Cherry, 2002; Wong & Tomer, 2011). De wijze waarop nabestaanden reageren op de nieuwe situatie wordt ‘rouw’ genoemd. Rouw is een reactie op verlies. Deze reactie kan zich op verschillende manieren uiten en gaat vaak gepaard met emoties als pijn en verdriet. Rouw wordt beschouwd als een normale reactie van een nabestaande op de dood (Rando, 1994; Singg, 2009, p. 538).

Het woord ‘normaal’ is hier enigszins problematisch. Ondanks dat rouw een ‘normale’ reactie is op een verlies (*life event*) is rouw namelijk geen ‘normale’ staat van zijn (Gurova, 2013). Rouwen is een buitengewone gemoedstoestand die, wanneer de intensiteit en duur van rouwsymptomen exceptioneel hoog is, ‘abnormaal’ wordt gevonden. Het is complex om vast te stellen waar de grenzen tussen normaal en abnormaal liggen, niet in de laatste plaats omdat de manier waarop mensen rouwen verschilt per cultuur en verandert met de tijd (Nolen-Hoeksema, 2011; Röcke & Cherry, 2002). Eenvoudig gesteld wordt het in Westerse samenlevingen ‘normaal’ gevonden zich na het overlijden van een naasten enkele dagen terug te trekken uit het dagelijks leven van werk en sociale activiteiten, betrokken te zijn bij een uitvaart of andere vorm van afscheid en gemiddeld binnen 1 à 2 jaar een overlijden te hebben verwerkt en ‘een plek hebben gegeven’ (Fox & Jones, 2012; Singg, 2009).

Bij het bepalen van de grenzen tussen ‘normaal’ en ‘pathologisch’ in de psychologie en psychiatrie is de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (hierna afgekort met DSM) dominant. In 2013 is de nieuwste versie van de DSM, de DSM-5, verschenen wat leidde tot een verschuiving van die grens. Zo zijn mensen die rouwen niet langer de uitzondering op de diagnose van ‘Major Depressive Disorder’ (*Bereavement Exclusionary Criterion*). Dit wil zeggen dat mensen nu gediagnosticeerd kunnen worden met Major Depressive Disorder (MDE) wanneer zij voldoen aan een bepaalde lijst met symptomen, ongeacht of deze symptomen een reactie zijn ten gevolge

van een verlies (bijlage I)¹. Door deze verandering liggen risico's als het overmatig diagnosticeren van MDE, het medicaliseren van 'normale' rouw en het pathologiseren van culturele opvattingen over rouw op de loer (Fox & Jones, 2013; Walter, 2009). Pathologische rouw heeft een hoge mate van overlapping van symptomen met angst-stoornis en post-traumatisch-stress-syndroom (Newson, Boelen, Hek, Hofman & Tiemeier, 2011; Nolen-Hoeksema, 2011; Singg, 2009).

Bij sommige mensen verloopt het rouwproces gecompliceerder dan bij anderen (Rando, 1994; Singg, 2009; Walter, 2005). Hoewel ieder rouwproces een uniek verhaal is, zijn er verschillende groepen te onderscheiden. In deze masterscriptie onderzoek ik op welke wijze een bijzondere groep rouwt, namelijk gebruikers die iemand verliezen aan een drugsgerelateerde dood².

Bij een overdosis is het relatief eenvoudig vast te stellen dat de dood het gevolg is van drugs. Er is sprake van een overdosis wanneer de gebruikte hoeveelheid drugs levensbedreigend of dodelijk is (Jellinek, 2013). Bij andere drugsgerelateerde sterfgevallen is dit niet eenduidig. Het overlijden hangt dan indirect samen met drugsgebruik. Voorbeelden hiervan zijn geweld, suïcide, ziektes zoals aids of ongevallen onder invloed van drugs (Cruts, 2000; Trimbos Instituut, 2012; Siconolfi, Halkitis, Barton, Kindon, Perez-Figueroa, Arias-Martinez, Karpiak & Brennan-Ing, 2013).

In de literatuur wordt een drugsgerelateerde dood vaak onder de noemer van een gewelddadige of onverwachte dood (*traumatic or violent loss*) geplaatst. Andere voorbeelden die onder deze noemer vallen zijn suïcide, sneuvelen van militairen, oorlogsslachtoffers, auto-ongelukken, medische fouten met dodelijk afloop, verdrinking en moord (Kalish, 1981, p. 142). Rouw ten gevolge van een gewelddadige dood verhoogt de kans op complicaties in het rouwproces. De oorzaak hiervan is dat een gewelddadige dood moeilijker te begrijpen is (*sense-making*). Dit blijkt uit de studie van Currier, Holland & Neimeyer (2006), die de relatie hebben onderzocht tussen een gewelddadige en onverwachte dood en de mate waarin de nabestaanden symptomen van gecompliceerde rouw (*complicated grief*) vertoonden. Uit de studie van Feigelman, Jordan en Gorman (2011) blijkt dat vooral nabestaanden van een drugsgerelateerde dood en suïcides vergelijkbaar rouwen.

1 Aan de criteria voor de diagnostiek is wel een voetnoot toegevoegd die professionals helpt in het onderscheiden van rouw en MDE. De DSM-5 adviseert professionals om waakzaam te zijn voor de mogelijkheid dat er naast 'normale' rouwsymptomen sprake kan zijn van MDE (DSM-5, 2013).

2 Met drugs wordt, zowel in de literatuur als in deze scriptie, harddrugs bedoeld. Meestal wordt er met harddrugs gerefereerd aan cocaïne, crack, crystal methamphetamine en heroïne. Er wordt in de genoemde literatuur of in dit onderzoek nooit alcohol of tabak mee bedoeld.

Feigelman, Jordan & Gorman (2011) en Gaines & Kandall (1992) stellen dat nabestaanden minder steun ontvangen van de omgeving, wanneer er een verband is tussen de doodsoorzaak en drugsgebruik. Stroebe en Schut (2001) en Rando (1993; 1994) geven aan dat de mate waarin de nabestaanden steun ontvangen van de omgeving bepalend is voor een rouwproces. Hiervoor geldt: hoe minder steun, hoe gecompliceerder het rouwproces.

In publicaties over het rouwproces bij nabestaanden die iemand verliezen aan een drugsgerelateerde dood, wordt met de nabestaanden meestal gerefereerd aan ouders en andere familieleden (Feigelman et. al., 2011). In mijn scriptie wordt onderzocht hoe een specifieke groep nabestaanden rouwt, namelijk diegene die zelf ook drugsgebruikers zijn³. Uit de literatuur over drugsgebruikers blijken enkele significante verschillen met niet-drugsgebruikers:

Ten eerste hebben drugs invloed op de belevingswereld van de gebruiker. In de biomedische wetenschap wordt deze invloed verklaard in termen van neurologische processen. Op basis van de neurologische werking is harddrugs grofweg te onderscheiden in twee groepen. De ene groep bestaat uit stimulerende middelen die ervoor zorgen dat de gebruiker ervan meer energie krijgt en een sneller reactievermogen krijgt. Voorbeelden hiervan zijn amfetamine (speed), cocaïne en crack. De andere groep bestaat uit verdovende middelen die een slaperige roes bewerkstelligen. Een voorbeeld hiervan is heroïne (Jellinek; Nolen-Hoeksema, 2011). Drugs zijn lichamelijk en/of geestelijk verslavend waardoor het verzamelen en gebruiken van drugs centraal staan in het leven van een gebruiker.

Als tweede significant verschil uit de literatuur hebben drugsgebruikers, om verschillende redenen, een hogere kans om te sterven dan niet-drugsgebruikers (Darke, Mills, Ross & Teesson, 2011; Davstad, Allebeck, Leifman, Stenbacka & Romelsjo, 2011; Farrell & Marsden, 2011; Rosca, Haklai, Goldberger, Zohar, Margolis & Ponizovsky, 2012). Met name drugsgebruikers die een tijd in een andere omgeving verkeren waarin drugs niet voorhanden zijn, zoals een gevangenis of kliniek, hebben een hogere kans om daarna, al dan niet per ongeluk, te overdoseren (Andrews & Kinner, 2012; Ravndal & Amundsen, 2010). Daarbij komt het feit dat hoe langer iemand drugsgebruiker is, hoe hoger het risico is op een dood door overdosis (Odegard, Amundsen & Kielland, 2007).

³ Er is om verschillende redenen bewust gekozen voor de term drugs 'gebruiker' in plaats van drugs 'verslaafde'. Ten eerste is het als buitenstaander complex om te oordelen wanneer een respondent verslaafd is. Ten tweede is 'verslaving' vooral gedefinieerd in psychologische literatuur en is dit een humanistiek scriptieonderzoek.

Ten derde is er een link tussen drugsgebruik en het niveau van sociale relaties in iemands leven (Coll, Thobro & Haas, 2004). Minder ontwikkelde sociale relaties kenmerken zich door weinig intimiteit, weinig integriteit en zich eenzaam voelen. Hoe minder ontwikkeld iemands sociale relaties, hoe hoger het risico op middelenmisbruik.

Ten slotte blijkt dat bij het merendeel van de gebruikers de intensiteit van rouwsymptomen bij een verlieservaring hoger zijn sinds ze drugs zijn gaan gebruiken, dan dat deze daarvoor waren. Dit blijkt uit de studie van Rugani, Maremmani, Rovai, Mautone, Perugi, Pani, Dell'Osso & Maremmani (2011). Zij onderzochten hoe heroïnegebruikers reageerden op verschillende verlieservaringen (*life events*) en vergeleken de reacties van voor en na de verslaving met elkaar. De heroïnegebruikers die deelnamen aan het onderzoek gaven aan dat hun meest ingrijpende ervaringen (*life events*) zijn: “dood van een dierbare naaste”, “scheiding” en “verlaten of verwaarloosd zijn”.

Het thema van deze scriptie is rouw bij gebruikers, wanneer zij iemand hebben verloren aan een drugsgelateerde dood. Hieruit volgt de volgende probleemstelling, die uiteenvalt in een doelstelling en een vraagstelling (Maso & Smaling, 2004):

1.1 Probleemstelling

Drugsgebruikers zijn mensen die in bepaalde opzichten buiten de maatschappij vallen (marginalisatie). Zij gebruiken een product (drugs), dat illegaal, duur en maatschappelijk niet geaccepteerd is. Het gebruik van drugs heeft een hoge correlatie met dakloosheid en criminaliteit (Coll, Kenneth, Patti Thobro & Robin Haas, 2004). Uit de bestaande (èn de afwezige) literatuur blijkt dat gebruikers als onderzoeksgroep alleen interessant zijn wanneer dit economisch of maatschappelijk rendement heeft, zoals een bijdrage aan de kennis over het afkicken van drugs of het verminderen van drugsgelateerde criminaliteit. De Britse arts en psychiater Dalrymple (2004) stelt dat mensen, zoals gebruikers, die leven aan de onderkant van de samenleving hun posities zelf creëren en in stand houden. Het moge duidelijk zijn dat er in de literatuur weinig tot geen aandacht is voor de ervaringsdimensie van gebruikers. Ik vind dat de verhalen van gebruikers beluisterd moeten worden; simpelweg omdat het mensen zijn en zij een (gemarginaliseerd) onderdeel uitmaken van de samenleving. Met dit onderzoek wil ik kijken naar de ervaringsdimensie van gebruikers, waarbij het existentiële proces van rouwverwerking centraal staat.

1.2 Doelstelling

In deze paragraaf worden in verschillende sub paragrafen de doelstellingen van dit onderzoek uiteengezet.

1.2.1 Theoretisch/wetenschappelijk doel

In de vele wetenschappelijke studies die gedaan zijn naar de relatie tussen drugsgebruik en de dood ligt de focus op sterftcijfers en doodsoorzaken, niet op de ervaring van de nabestaanden. Deze wetenschappelijke studies naar sterftcijfers onder drugsgebruikers zijn bovendien allemaal uitgevoerd buiten Nederland. Voorbeelden van deze studies over drugsgebruik en doodsoorzaken zijn: Andrews & Kinner (2012); Odegard et al., (2007); Ravndal & Amundsen (2010); Darke et al., (2011); Davstad et al., (2011); Dias, Araujo, Dunn, Sesso, de Castro & Laranjeira (2011); Farrell & Marsden, 2011; Rosca et al., (2012); Huang & Lee (2013). De studies die wèl focussen op de ervaring van de nabestaanden bij een drugsgerelateerde dood hebben als onderzoekspopulatie *niet*-drugsgebruikers (vaak de ouders). Voorbeelden hiervan zijn: Gaines & Kandall (1992); Feigelman et al., (2011); Currier et al., (2006).

Er zijn enkele onderzoeken met de focus op verlieservaringen bij ex-drugsgebruikers die in behandeling zijn. Voorbeelden zijn: Streifel & Servaty-Seib (2009); Knight & Simpson (1996); Jennings (1991). Deze studies richten zich op de invloed van verlieservaringen bij de behandeling van mensen die stoppen met drugsgebruik, bijvoorbeeld het verlies van drugs zelf, dus niet per definitie bij het overlijden van een naaste.

Niet eerder is onderzoek gedaan naar het rouwproces van gebruikers die iemand verliezen aan een drugsgerelateerde dood. Met mijn onderzoek wil ik aan de bestaande literatuur over drugsgebruikers en dood een beschrijving toevoegen van gebruikers die zelf rouwen na het verliezen van een naaste aan een drugsgerelateerde dood.

1.2.2 Praktische doel

Met dit scriptieonderzoek wil ik een bijdrage leveren aan de praktijk van humanistisch geestelijk begeleiding. Allereerst vereist deze term enige toelichting. Humanistisch geestelijk begeleiding is een denominatie binnen geestelijke verzorging. Geestelijke begeleiders⁴ uit andere denominaties zijn bijvoorbeeld de pastor, de dominee, de imam, de pandit en de rabbijn⁵. De klassieke werkvelden van geestelijke begeleiders zijn de zorg, het gevangeniswezen en defensie. Het zendend genootschap van de humanistische denominatie is het Humanistisch Verbond.

4 In sommige werkvelden ook betiteld als humanistisch raadsman of -vrouw.

5 In dit scriptieonderzoek wordt met geestelijke begeleiders de humanistische geestelijk begeleiders bedoeld. De verschillende denominaties hebben zowel in inhoud als uitvoering veel overlap waardoor inzichten en kennis tussen de verschillende denominaties uitgewisseld kan worden.

Geestelijke begeleiders zijn geen behandelend therapeuten maar bieden, middels presentie, aandacht voor de existentiële ontwikkeling van mensen (Baart, 2001). Jaap van Praag, geestelijk vader van humanistische geestelijke begeleiding, verwoordt het als *“de ambtshalve, systematische benadering van mensen in hun situatie, in een sfeer van veiligheid en empathie, zodanig dat hun vermogen geactiveerd wordt tot zingeving, oriëntatie en zelfbestemming, mede door confrontatie met de mogelijkheden van het mens-zijn naar humanistisch inzicht, waardoor zij zelfstandig een levensvisie kunnen ontwerpen en hanteren”* (1978, p. 210).

Binnen humanistisch geestelijk werk krijgen geestelijke begeleiders te maken met een diversiteit aan mensen, waaronder gebruikers (Mooren, 1999; 2010). Met de onderzoeksresultaten uit deze studie beoog ik een praktische aanbeveling te kunnen schrijven voor geestelijke begeleiders die te maken krijgen met het existentiële aspect van rouwende gebruikers.

1.2.3 Zingeving

Zoals in de inleiding reeds staat geschreven, is de dood van een naaste een existentiële ervaring. Het overlijden van de naaste creëert een nieuwe werkelijkheid voor de nabestaanden. De wijze waarop nabestaanden zich aanpassen aan deze nieuwe situatie noemen we een rouwproces. Een rouwproces heeft directe raakvlakken met zingeving. Bij zingeving gaat het over de verhouding die mensen hebben tot het leven en de samenleving en hoe deze verhouding tot stand is gekomen (Universiteit voor Humanistiek). Door het verlies van een naaste ontstaat er een nieuwe situatie die tot verandering van het huidige zingevingskader leidt. Met dit onderzoek tracht ik voorbij het psychologische kader te kijken naar rouw. Zonder te pathologiseren wil ik dus kijken naar de zingevingservaring van mensen waarbij het existentiële proces van rouwverwerking centraal staat. Hiermee wil ik aansluiten bij het onderzoeksproject 'Geestelijke weerbaarheid en Humanisme' dat inzet op een *“gezamenlijke zoektocht in plaats van op vastliggende antwoorden en vraagt om een wijze omgang met eindigheid, onzekerheid, en verschillen”* (Universiteit voor Humanistiek, 2012). Dit onderzoeksproject stelt zichzelf meerdere vragen omtrent 'Geestelijke weerbaarheid en Humanisme'. Ik wil een bijdrage leveren aan een van deze vragen die luidt: *“Hoe moet geestelijke weerbaarheid worden opgevat zodanig dat het een geloofwaardig antwoord kan zijn op de positieve (kanshebbende) en negatieve (bedreigende) uitdagingen die door de genoemde [21e eeuwse] sociaal-cultureel-historische context aan hedendaagse individuen en groepen worden gesteld?”*. Bij mijn zoektocht naar een opvatting van geestelijke weerbaarheid buiten een pathologiserend kader heb ik gebruikt gemaakt van de theorie over 'Hidden Resilience' (toegelicht in 5.1).

1.2.4 Humanistiek doel

Humanistiek is de wetenschappelijke doordenking van levensbeschouwing, in het bijzonder humanisme in de samenleving (Universiteit voor Humanistiek, 2014). Het woord 'humanisme' vraagt om enige toelichting. Het humanisme is een levensbeschouwing die ervan uitgaat dat mensen zelf zin en vorm aan hun leven kunnen geven (al dan niet in contact met andere) zonder per definitie uit te gaan van een transcendente entiteit of bijzondere openbaring. De mens is binnen de afhankelijkheden waarin hij geplaatst is in wezen steeds ook de vormgever van het eigen bestaan (Van Praag, 1953). In het humanisme staan waarden centraal zoals: autonomie, vrijheid, authenticiteit, rechtvaardigheid en waardering voor de kracht van diversiteit (Universiteit voor Humanistiek, 2014). Het Humanistisch Verbond drukt het humanisme uit in het motto: *'Zelf denken, samen leven'*.

Humanistiek buigt zich over de vraag naar 'goed leven' en gaat ervan uit dat mensen zelf expert zijn op de invulling van een persoonlijk antwoord. Humanistiek neemt daarmee het ervaringsperspectief van mensen uiterst serieus. Waar het gebruikers betreft roept dit een spanning op. Allereerst staan humanistische idealen zoals autonomie en vrijheid haaks op de afhankelijkheid van een middel. De vraag rijst of drugsgebruikers keuzevrijheid hebben en hoe deze eruit ziet. Ten tweede is binnen het humanisme het fenomeen van zelfdestructie problematisch. Kan het humanisme respect hebben voor mensen die hun eigen gezondheid om zeep helpen? Is het flirten met de dood, zoals drugsgebruik, een authentieke invulling van 'goed leven'? In deze scriptieonderzoek zoek ik naar een humanistiek antwoord op deze vragen.

1.3 Vraagstelling

Op welke manier gaan gebruikers om met het overlijden van een naaste aan een drugsgerelateerde dood?

Hoofdstuk 2: Methode

"By three methods we may learn wisdom: first, by reflection, which is the noblest; second, by imitation, which is the easiest; and third by experience, which is the bitterest."
Confucius

2.1 Respondenten

Naast literatuur maken interviews deel uit van de data voor dit onderzoek. De respondenten voor dit onderzoek zijn benaderd door contact te leggen op plaatsen waar drugsgebruikers verblijven of op bezoek komen. Hierbij is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode (Evers, 2007, p. 44-45; Maso & Smaling, 2004, p. 74).

De respondenten zijn benaderd op, of met medewerking van vier verschillende instanties. Dit zijn het Drugspastoraat, de Medische Dienst Heroïne Gebruikers, het Stoelenproject en het Inloophuis Princehof. Alle vier instanties bevinden zich in Amsterdam. Er zijn elf respondenten geïnterviewd.

Het criterium voor de selectie van respondenten was *harddrugs* gebruik. Deze manier van onderzoek doen, wordt '*criterion based sampling*' genoemd (Evers, 2007, 20). De respondenten van dit onderzoek zijn voornamelijk crack en heroïne gebruikers⁶. Verdere demografische eigenschappen van de onderzoekspopulatie zijn als volgt (zie ook bijlage II): de gemiddelde leeftijd van de respondenten is 39,5 jaar (variërend van 27 tot 55 jaar). Met één uitzondering zijn alle respondenten van het mannelijk geslacht⁷. Bijna alle respondenten zijn lager opgeleid⁸. Drie respondenten zijn geboren en getogen in Nederland. De overige respondenten hebben een dubbele of een andere nationaliteit. Alle respondenten verblijven in (de regio van) Amsterdam. Van de elf respondenten zijn er zes expliciet christen. Vier hiervan zijn geboren in een christelijk milieu en

6 Ongeveer drie kwart van de heroïne gebruikers gebruikt ook crack. Het gaat om een 'vaste' groep die zo'n 30 jaar geleden begonnen is met gebruiken (Jellinek, 2014; Nationale Drug Monitor, 2012).

7 Dit heeft vermoedelijk verschillende oorzaken. Ten eerste bestaan er in verhouding mindere vrouwelijk dan mannelijke drugsgebruikers. Ten tweede is het moeilijker met vrouwen in contact te komen omdat er minder vrouwen in inloophuizen of andere soort opvang komen. Van de vijf vrouwen die benaderd zijn stemde één vrouw in met een interview.

8 Vermoedelijk is de belangrijkste oorzaak hiervan dat het merendeel van de respondenten is begonnen met gebruiken in de tienerjaren waardoor middelbaar onderwijs onderbroken en/of nooit afgemaakt is. Het verband tussen de afwezigheid van voortgezet of hoger onderwijs en een kansarme omgeving is moeilijk te stellen. Drie respondenten benoemden expliciet in een liefdevolle omgeving met mogelijkheden te zijn opgegroeid. Twee respondenten beschreven een kansarme jeugd waarin drugs op zeer jonge leeftijd reeds voorhanden was. Bij de overige zes respondenten is de omgeving waarbinnen ze opgroeiden niet voldoende ter sprake gekomen om er valide uitspraken over te doen.

twee hebben zich later bekeerd tot het christendom. De overige vijf respondenten hangen geen specifieke denominatie aan.

2.2 Instrumenten

De data zijn verzameld met behulp van kwalitatieve half gestructureerde interviews (Evers, 2007, p. 123). Daarbij is gebruik gemaakt van een topiclist (zie bijlage III) (Evers, 2007, p. 35; Maso & Smaling, 2004, p. 95). Het doel van het interview was om het narratief betreffende het verlies van een naaste zo precies mogelijk te omschrijven. Het verloop van het gesprek was daarbij open. De respondenten bepaalden zelf wie zij beschouwen als naasten en wat zij verstaan onder rouw.

De interviewfase is doorgegaan totdat er een theoretische verzadiging is bereikt (Maso & Smaling, 2004, p. 75). De interviews duurden variërend van dertig minuten tot tweeënhalf uur. Alle interviews zijn opgenomen met een geluidsrecorder en daarna getranscribeerd (Maso & Smaling, 2004, p. 54-56).

De interviews hebben plaatsgevonden op een door de respondent gekozen locatie. Dit waren meestal cafés of andere publieke locaties. De vertrouwelijkheid van de interviews is gewaarborgd door de respondenten zelf een schuilnaam te laten kiezen. Bijna alle respondenten hebben een vergoeding gekregen van tien euro. Met sommigen was het voor aanvang duidelijk afgesproken dat er een vergoeding stond voor dertig minuten interview omdat dat voor hen een voorwaarde was.

2.3 Analyse

Alle interviews zijn getranscribeerd en samengevoegd tot één bestand. Van de elf respondenten was er één respondent afgekickt van harddrugs; één respondent gebruikte sporadisch in de weekenden en één respondent gebruikt geen drugs, maar deelt hetzelfde sociale milieu en dezelfde levensstijl als die van gebruikers. In de analyse is de data van deze drie respondenten kritisch bekeken en hebben zij gefungeerd als *control cases* (Brinkmann, 2013, p. 48-49).

De analyse is gebeurd door middel van 'open coderen' zoals beschreven in de *grounded theory* (Charmaz 2008; Given [ed.] 2008, p. 374- 377). De analyse heeft plaatsgevonden in verschillende fases. Als eerste is er in het bestand met transcripten door middel van open coderen gekeken wat terugkerende thema's waren (Given [ed.] 2008, p. 581-582). De volgende codes zijn aan verschillende fragmenten in de tekst gekoppeld: 'eigen suïcide (pogingen)'; 'leven na de dood/hiernamaals'; 'langer leven dan verwacht'; 'hoge mate van in aanraking komen met de dood'; 'hoog

risico te overlijden' en 'verantwoordelijkheidsgevoelens voor de dood van de ander'. Per code zijn de bijbehorende interview fragmenten samengevat in één tekstbestand.

In de tweede fase van de analyse is de reeds gevonden literatuur opnieuw gelezen. Ook is er nieuwe literatuur gezocht die gerelateerd is aan de codes en aan wat er naar voren kwam uit de eerste analyse. Met deze nieuwe literatuur is het theoretisch kader aangevuld.

In de laatste fase van de analyse zijn de codes en de literatuur gereduceerd op relevantie met betrekking tot de hoofdvraag van dit onderzoek (Boeije, 2005). Uit de codes en literatuur zijn fragmenten geselecteerd die beschrijven hoe gebruikers omgaan met het overlijden van naasten en de fragmenten die relateren aan zingeving en humanisering. Hierbij is geprobeerd om zo dicht mogelijk bij de woorden van de respondenten te blijven als ook abstracte thema's te destilleren. De geselecteerde data hebben geresulteerd in de afbakening van enkele thema's die samen een beschrijving vormen van de manier waarop gebruikers omgaan met het overlijden van een naaste aan een drugsgelateerde dood. Deze thema's zijn: een hoog risico om te overlijden, een onbewogen houding tegenover de dood, acceptatie, afstand en nabijheid tussen gebruikers, doorgaan na een overlijden, een afwijzende houding ten opzichte van uitvaarten en de invloed van drugs.

Hoofdstuk 3: Resultaten

“Dit is gewoon een feit: mensen worden geboren en één ding is zeker: mensen gaan dood. En uh dat kun je afvragen: op wat voor manier ga je dood? Maar dat is allemaal inherent aan het feit. En als mensen overlijden dan heb ik zoiets van: nou dan hoop ik dat ze genoten hebben van het leven”

Respondent Johan, 2013

3.1 Hoog risico om te overlijden

Uit de data blijkt, net als uit de literatuur, dat drugsgebruikers in hoge mate in aanraking komen met de dood. Respondent Rushka zegt hierover: *“Ongeveer 75% van mijn omgeving heb ik begraven”*. Uit de data blijkt dat het veel voorkomend is dat naasten van gebruikers overlijden aan een drugsgelateerde dood. Karel vertelt: *“In de jaren '90 was ik in een ritueel van een sjamaan. Cactussen eten. Er waren 20 mensen in dat ritueel en 10 daarvan zijn dus al weg gewoon”*.

Hoe langer een persoon gebruikt, hoe hoger de kans dat hij/zij naasten heeft verloren aan een drugsgelateerde dood. Respondenten, voornamelijk diegenen die al decennia gebruiken, hebben talrijke verhalen over naasten die gestorven zijn. De diversiteit binnen deze verhalen is groot. Ieder verlies van een naaste aan een drugsgelateerde dood is een uniek verhaal. Tevens is de kans om zelf 'plotseling' te overlijden voor gebruikers een reële mogelijkheid. Het merendeel van de respondenten is zich hier van bewust. Een voorbeeld is John: *“But I am not stupid. If you do cocaine it makes your heart rate go faster and if your heart rate goes faster there is the possibility of a heart attack... or a stroke”*.

Waar gebruikers de ene situatie onverwachts overleven is het besef er dat een volgende situatie kan leiden tot de dood. Bob zegt: *“Ik kan op ieder moment doodgaan. Vandaag hij, morgen ik”*. Gebruikers realiseren zich dat de dood niet te voorspellen is. Bob vertelt hierover: *“Verschilt van persoon tot persoon. Het is een soort Russische roulette toch? Gaat het goed of gaat het niet goed. Maar meestal denk je er niet aan maar ja soms ineens stopt je hart”*. Dit toeval om te overlijden is hoger voor gebruikers die injecteren (bijvoorbeeld heroïne) dan bij gebruikers die roken (bijvoorbeeld crack). Gebruikers weten, meestal uit ervaring, dat de hoeveelheid drugs bij injecties moeilijk in te schatten is. Een voorbeeld is Hans: *“Ik weet hoe het werkt. Ik weet dat ik een persoon ben dat als ik shot dat ik dan snel dood ben, omdat ik vrij grenzeloos ben, ik altijd het randje opzoek, dat zit in me. Het is gewoon Russische roulette”*.

De levensstijl die (veelal) gepaard gaat met drugs gebruiken draagt bij aan het verhoogde risico om te overlijden. Voorbeelden hiervan zijn het gebruik van besmette naalden, het deelnemen

aan gewelddadige situaties, het slikken van bolletjes of onveilige seks, zoals bij Marck: *“Ik wist het gewoon, het speelde [aids]”*. Ook Bob verhoogt door zijn gedrag het risico om te overlijden. Bob is tegenstrijdig in zijn opvatting over zijn eigen dood. Hij zegt: *“Leven heeft eigenlijk geen waarde. Als ie dood is heeft ie nog minder waarde”*. Hij heeft tevens een expliciet idee hoe hij zijn mogelijke dood betekenisvol wil maken voor anderen: *“Daar hadden we het ook over als bolletjesslikkers hè, als je samen op reis gaat en één gaat dood, dan heb ik altijd gezegd als ik doodga dan moet je mijn buik opensnijden en de drugs eruit halen en dat moeten jullie verkopen en van het geld genieten, maar laat het alsjeblieft niet achter voor de politie”*.

3.2 Onbewogen houding tegenover de dood

De hoge mate waarin respondenten in aanraking komen met de dood lijkt gepaard te gaan met een onbewogen houding. Verliezen zijn een *“normale zaak”* en rouwen wordt beschreven als iets dat *“er gewoon bij hoort”*. Alle respondenten realiseren zich dat de dood onomkeerbaar is en zeggen niet zo lang stil te staan bij verliezen. Karel formuleert deze houding als volgt: *“Je kunt ook niet de hele tijd nadenken over mensen die dood zijn en hoe erg je dat vindt. Het is nu eenmaal zo, ja”*.

Volgens Hans wordt over de dood van een naaste *“heel erg laconiek gedaan in de gebruikersscène”*. De meeste respondenten beschrijven de dood alsof ze zich er niet druk om maken. De respondenten gaven aan dat ze er, (vóór het interview), zelden mee bezig waren. Ze laten in hun verhalen niet blijken dat ze emotioneel betrokken zijn bij het verwerken van een verlies. Hans vindt dat *“bizar, alsof diegene er nooit geweest is, beetje raar”*. Voor een enkele respondent betekent dit dat de dood haar niet interesseert; Rushka: *“Wat mij betreft loop ik de hoek om en knallen ze me neer, interesseert me niet”*. Ook respondent Hans denkt dat gebruikers zich niet veel bezighouden met het overlijden van naasten: *“Ik denk dat het hun ook niet interesseert”*. Een andere respondent geeft aan dat de onbewogen houding niet hetzelfde betekent als ongeïnteresseerdheid. Johan: *“Iemand is dood, het ga je goed! En ja, ik sta daar heel nuchter in. Misschien omdat ik heel vaak tegen de dood heb aangezetten, nog steeds eigenlijk zoiets heb van: het kan vandaag gebeurd zijn. Mijn motto is echt: carpe diem, pluk de dag, en ja dat werkt heel goed voor mij. Dat wil niet zeggen dat ik geen gevoel meer in me heb, integendeel”*. Wat de respondenten kenmerkt is dat ze *“laconiek”* lijken over het thema van de dood.

De onbewogen houding ten opzichte van de dood wordt bij de respondenten zichtbaar in hun gedrag ten opzichte van het thema ‘overdosering’. Wanneer het in de interviews over ‘de verhouding ten opzichte van de dood’ ging bleek ‘de hoge kans om zelf dood te gaan door een overdosis’ een

terugkerend onderwerp. Op één na (Milo) kwam bij alle respondenten het thema 'overdosis' ter sprake. Soms, omdat er direct naar gevraagd werd, maar meestal bracht een respondent het zelf ter sprake. Bijna iedere drugsgebruiker komt vroeg of laat in aanraking met het thema 'overdosering'. John zegt: *“We have all crossed that line”*. De ervaring met een overdosis kwam bij sommigen al vroeg zoals bij Lucas: *“My first injection of heroine [...] I had overdose”*.

Bijna alle respondenten vertellen dat de kans op een overdosis een risico van gebruiken is. John zegt: *“Every time I take one puff: that is the chance: it could be my last one”*. De respondenten weten, uit ervaring dat gebruiken de kans om te sterven verhoogt en schijnen zich nonchalant te verhouden tot dit gegeven. Een 'overdosis als ongelukje' is voor deze respondenten iets wat nu eenmaal inherent is aan gebruiken. Bob: *“Ik denk er gewoon niet aan. Ik kan ook een hartstilstand krijgen, maar ik denk er niet aan”*.

De uitzonderingen op de onbewogen houding zijn enkele respondenten die een overdosis bewust uitlokken. Deze respondenten proberen een staat van 'zijn tussen leven en dood' te bereiken. Johan verwoordt het als volgt: *“Hij [overleden vriend] had een overdosis genomen. Ik ken het, zo gebruikte ik vroeger ook: net on the edge. Net zo veel gebruiken dat je enorm high bent maar net niet dood gaat, dus echt de extremen opzoeken”*. De respondenten die 'de extremen opzoeken' door de grens met een overdosis te verkennen doen dit bijvoorbeeld door bewust te experimenteren met bepaalde drugs of bepaalde hoeveelheden. Een voorbeeld hiervan is Gerard: *“Dus op een gegeven moment dacht ik ‘ik moet ook een overdosis kunnen roken’ dus [combinatie van verschillende drugs], en toen hoorde ik ‘TAK’, net of er een knop in mijn hoofd omging en toen dacht ik ‘O, da’s een overdosis’; da’s gewoon een knop die in je kop overgaat”*. Karel ziet het uitlokken van een overdosis als iets leerzaams. Hij probeert met drugs bijna-doodervaringen te genereren. Karel: *“Ik ben niet suïcidaal. Ik denk dat je het leven meer leert waarderen als je weet wat de dood is. Ja, ik heb veel gestudeerd daarover, over leven en dood. [...] Daar was ik dan een maand mee bezig om elke dag die wereld op te zoeken”*. Naast dat Karel probeert bijna-dood ervaringen te genereren geeft hij ook aan dat het hem hielp bij zijn rouwverwerking om te 'weten' waar zijn overleden naasten heen gaan. Dit maakt hem een uitzondering, omdat hij niet onbewogen met een overdosis omgaat maar een overdosis ervaart als leerzaam en waardevol. Karel: *“Waarschijnlijk is het een stukje verwerking ook, die mensen die allemaal zijn verdwenen, daarvan weet ik dat het goed met ze gaat, dat zij in die wereld zitten. Ja dat het dus allemaal goed is uiteindelijk. Door middel van die drugs kan ik beter die mensen loslaten”*.

3.3 Acceptatie

De respondenten geven aan dat 'acceptatie' een belangrijk thema is, wat betreft 'de verhouding tot de dood'. De dood is voor het merendeel van de respondenten een gegeven dat onvermijdelijk bij het leven hoort. Gebruikers definiëren acceptatie als de aanvaarding van de eigen sterfelijkheid. Ze hebben er vrede mee dat ze op enig moment komen te overlijden. De onbewogen houding is een uiting van acceptatie. Johan zegt dat hij deze houding heeft ontwikkeld om met de dood om te kunnen gaan. Johan: *“Dat is iets wat ik in het leven heb geleerd en al op heel vroege leeftijd al: het leven is een en al acceptatie. Als ik dingen niet accepteer dan kom ik in de knoop met mezelf.[...] kan zijn door hoe ik met rouwen heb leren omgaan [...] En ja ik sta daar heel nuchter in. Misschien omdat ik heel vaak tegen de dood heb aangezet, nog steeds eigenlijk zoiets heb van: het kan vandaag gebeurd zijn”*. De respondenten geven aan de dood te accepteren, omdat ze zich realiseren dat er geen ontkomen is aan de dood. Milo: *“In the end I mean, every person has to go. I mean every person is coming, but normally he dies, it is normal”*. Omdat er geen ontkomen is aan de dood is het volgens de respondenten onnodig om er bang voor de zijn. Lucas: *“I am not afraid of it. One day it comes”*.

Een ander voorbeeld is Bob. Hij geeft aan de onvermijdelijkheid van de dood te accepteren en er niet veel gedachten aan te besteden: *“Ja, die dag gaat komen. Ik probeer het van me af te zetten, er niet over te denken, als het komt dan komt het, wat kunnen we doen? Ik kan niet schuilen [...] Ik moet het accepteren, of ik het wil of niet”*. Hij beschrijft dat hij er vrede mee heeft dat hij sterfelijk is en lijkt de waarde van het leven op zich niet (meer) te zien *“ik hoef eigenlijk niet meer te bestaan weet je, maar als ik aan mijn kinderen denk dan vind ik een beetje wilskracht om door te stoten maar als het aan mezelf lag... doet er eigenlijk niet meer toe. [...] Leven heeft eigenlijk geen waarde. Als ie dood is heeft ie nog minder waarde”*.

3.4 Afstand en nabijheid tussen gebruikers

De sociale kring van gebruikers bestaat veelal uit medegebruikers. Het gebruik van drugs heeft daarbij invloed op de beleving van sociale contacten. Meerdere respondenten benadrukken dat sociale relaties fundamenteel anders zijn tussen gebruikers. Karel: *“Als junk heb je geen vrienden, alleen medegebruikers”*. Drugsgebruik gaat gepaard met een leven waarin sociale relaties vaak instrumenteel zijn. Voor het vergaren en gebruiken van drugs zijn respondenten soms afhankelijk van elkaar en gebruikers zijn zich bewust van die afhankelijkheid. Volgens Marck is het *“eten of gegeten worden”*. Door deze instrumentele omgangsnormen tussen gebruikers is het bestaan van

een drugsgebruiker heel individualistisch. Het verschilt per gebruiker of ze aan hun sociale contacten refereren als 'junks', 'kennissen' of 'vrienden'.

Het is geen uitzondering dat gebruiker en naasten elkaar al kenden uit de periode voordat er drugs in beeld was, bijvoorbeeld uit hun jeugd. Jeugdvrienden verkeerden dan in eenzelfde vriendengroep, die tegelijkertijd drugs begonnen te gebruiken, of zij hebben drugs direct aan elkaar geïntroduceerd. Respondenten vertellen ook voorbeelden van vriendschappen, die in korte tijd heel intensief zijn geworden, bijvoorbeeld doordat ze op straat zijn gaan samenleven. De sociale relaties tussen gebruikers kenmerkt zich zowel door afstand, als door nabijheid. Volgens Karel is dat *“typerend voor gebruikers sowieso: dat ze allemaal op zichzelf staan, ze hebben niks aan elkaar maar toch zijn ze heel sterk verbonden door dezelfde ervaringen: hallucinerende ervaringen of gewoon dezelfde drugs die ze gebruiken. Het is dus aan de ene kant heel hecht verbonden met elkaar en aan de andere kant niet”*.

Een voorbeeld waarbij voorgaande noties tot uitdrukking komen is het verhaal van Bob. Zijn jeugdvriend stierf tijdens het gebruiken waar Bob bij was. Bob was *“kind aan huis”* bij zijn jeugdvriend omdat de moeders goede vriendinnen waren. Bob vertelt in enkele zinnen het verhaal waar een laconieke toon in lijkt te zitten: *“We zijn samen opgegroeid, vanaf kleins af aan. En ja dat was wiet roken eerst, dan met meisjes, we hadden een auto ter beschikking. Feesten. Naarmate zijn we aan de drugs gegaan. Door het frequente roken, ja de één kan daar tegen en de ander niet. Dus hij heeft een hartstilstand gehad. Hij is op de grond gevallen. Dood ja. In Suriname, daar is het anders met drugs regels enzo dus we hebben hem achtergelaten daar. Alsof er niets gebeurd was, hij was al dood, dus om problemen te voorkomen”*.

Het verhaal van Bob staat niet op zichzelf. Het verhaal van John vertoont opvallende gelijkenissen. Net als bij Bob is ook Johns jeugdvriend tijdens het gebruiken overleden waar hij bij was. Ook hun levens verliepen parallel: moeders die bevriend waren, samen softdrugs gebruiken in de tienerjaren en later samen aan de harddrugs. Johan: *“My mom was his mother’s best friend so we grew up together [...] I just remember him saying “I am tired, I think I will close my eyes and go to sleep for a while” [...] There was foam from his mouth. When we shook him he just fell, the man died right in front of us and nobody did a thing about it”*.

Ook Hans vertelt in een beknopt verhaal hoe hij een vriend heeft verloren. Hans' goede vriend overleed aan een overdosis toen hij bij Hans op visite was: *“Een vriend belde van “waar is hij nou? Is hij weg?” maar dat was niet want zijn tas stond er nog. Toen gingen we kijken en toen zagen we dat er iemand op zijn knieën voorover op de grond op het toilet hing. Toen hebben we de*

deur opengemaakt met een schroevendraaier en toen zat hij daar op zijn knieën met zijn kop op de toiletbril. Dood dus. Naald nog in zijn arm”.

Bovenstaande citaten zijn enkele voorbeelden uit een grote hoeveelheid verhalen over het overlijden van naasten. Uit ervaring weten gebruikers dat sociale relaties plotseling kunnen veranderen. Soms is dit tijdelijk, zoals bij onenigheid, een opname of een arrestatie, maar gebruikers realiseren zich dat veranderlijkheid, zoals bij overlijden, definitief is. Gebruikers geven aan te anticiperen op deze veranderlijkheid. Karel stelt *“dat verwerking dan makkelijker is omdat die mensen niet heel dichtbij je staan”*.

3.5 Doorgaan na een overlijden

Gebruikers geven aan zich niet zo bezig te houden met afscheid nemen. Na een overlijden wordt het leven zoals dat ging snel hervat. Het afscheid nemen beperkt zich veelal tot de dag van het overlijden. Hans zegt: *“Als ik om me heen zie dat mensen soms eigenlijk op dezelfde dag gelijk al diegene vergeten zijn. Dat is heel bizar eigenlijk”*. Er kan volgens Hans nog wel later aan iemand herinnerd worden *“maar dat gebeurt dan meestal niet door gebruikers zelf maar door mensen die zeg maar met gebruikers werken. Ja gebruikers onderling hebben het daar niet zo over. Wat ik al zei: ze hebben het maar over één ding [drugs]”*.

Hans zegt om te gaan met het overlijden van zijn vriend door *“gewoon doorgaan”*. Hans refereert aan de ervaring als *“minder leuk”*. De respondenten zeggen om te gaan met het overlijden van een naaste door weer door te gaan met het eigen leven. Met betrekking tot het verlies van zijn jeugdvriend, wiens hart stopte tijdens het gebruiken, gebruikt Bob de woorden *“even verwerken”*. Hans stelt *“Niet bijzonder afscheid genomen”* te hebben van zijn naasten. Hans is een representatief voorbeeld van hoe de meesten respondenten omschrijven om te gaan met het verlies van naasten. Hij formuleert het als volgt: *“Je sluit iets af voor jezelf. Ik weet niet hoe ik dat doe. Dat doe je gewoon. Ik denk hetzelfde als jij dat doet. Ik weet het niet. Gewoon: je gaat door. Het klinkt hard maar zo is het wel. Je mist iemand maar je moet ook door. Ja”*.

Karel heeft verschillende vrienden verloren die gebruikten. Hij lijkt wat tegenstrijdig in zijn opvatting. Hij zegt een verlies erg te vinden en zegt ook er verder niet kapot van te zijn. Karel: *“De verwerking is uh ja, dat heb je dan niet echt. Het is gewoon zonde van die mensen dat ze weg zijn [...] ja ik kan dus niet zeggen dat ik daar helemaal kapot van ben. Dat ze heel dichtbij mij staan zoals familie of zo, maar ik vind het wel erg”*.

3.6 Afwijzende houding ten opzichte van uitvaarten

Van de actief gebruikende respondenten gaat niemand (meer) naar een georganiseerd afscheid zoals een uitvaart. De respondenten hebben een sterk afwijzende houding ten opzichte van uitvaarten. Op de vraag hoe Karel afscheid neemt zegt hij: *“Nou ja nooit dus. Ik ga ook nooit naar begrafenissen, dat vind ik verschrikkelijk”*. Net als Karel en Marck kiest Gerard ervoor om niet meer naar uitvaarten te gaan of op een andere gangbare manier, zoals het bezoek van het graf, te rouwen. Deze respondenten hebben dat besloten na een negatieve ervaring met een uitvaart. Gerard: *“maar daar heb ik zo’n knauw van gehad van begrafenissen dat ik dacht ‘ik ga nooit meer naar begrafenissen’”*.

Ook John heeft een afwijzende opvatting van een georganiseerde uitvaart. Hij heeft op een zelf gekozen moment afscheid genomen van zijn jeugdvriend. John: *“I do not agree with funerals. I don’t like funerals. You bury them and then you go back to somebody’s house to drink beer and wine and laugh where somebody is in the ground. I do not agree with that. That is the vilest thing that I have seen in my life. Yeah... you know... so I went to the grave all on my own and I settled my peace, I said what I had to say”*.

Er zijn twee hoofdredenen waardoor gebruikers niet naar uitvaarten gaan. Een belangrijke reden is dat veel respondenten negatieve ervaringen hebben waar familie van de nabestaanden hen (mede) verantwoordelijk houden voor het overlijden van de dierbare. Gebruikers worden bij uitvaarten niet altijd hetzelfde behandeld als de andere nabestaanden. Gerard zegt: *“Wij zaten ook apart van de familie [...] Als ze ons al aankeken dan was het alsof we stront waren”*. Het komt heel regelmatig voor dat gebruikers expliciet niet welkom zijn bij de uitvaart. Sommige respondenten deert het niet omdat ze sowieso niet willen gaan maar de meeste respondenten stoot 'onuitgenodigd zijn' tegen de borst. Hans: *“Ik vroeg wanneer het was maar nee we mochten niet komen. Zo werd dat gezegd: dat wil de familie niet. Klaar. Het kon gewoon niet. Punt. [vraag wat Hans daarvan vindt] ja bullshit natuurlijk. Logisch haha. Ja toch? Ik bedoel: ik zag hem meer dan zijn eigen familie die nooit iets voor hem deed. Snap je?”*.

Een tweede reden waarom gebruikers niet naar uitvaarten gaan is omdat het vergaren van drugs een hogere prioriteit heeft. Het vergaren van drugs neemt alle tijd en energie in waardoor een uitvaart iets is *“waar je niet aan toe komt”*. Marck heeft jarenlang intensief samen geleefd met iemand die is overleden aan een drugsgelateerde dood. Hij is niet naar de uitvaart geweest. Marck omschrijft in enkele zinnen wat veel respondenten aangeven: *“Als je heroïne verslaafd bent dan is*

de eerste prioriteit middelen, als je genoeg middelen hebt dan ga je cocaïne zoeken, als je dat hebt dan ga je onderdak en eten zoeken. Ik zat dus vooral in een roes, ik ben er niet aan toe gekomen”.

3.7 Invloed van drugs

De respondenten geven aan dat het gebruik van drugs, om verschillende redenen, invloed heeft op hoe zij zich bezig houden met het verlies van een naaste. Zij geven de volgende factoren aan die een rol spelen: ten eerste is voor veel gebruikers het verwerven en gebruiken van drugs iets dat alle tijd en energie in beslag neemt. Hun behoefte aan drugs is dan prioriteit en al het andere komt daarna aan de orde. Ten tweede hebben drugs een grote invloed op iemands beleving. Drugsgebruik versterkt of verzwakt de beleving van emoties. Waar het de beleving van het verlies van een naaste betreft stompt drugs voornamelijk af. Respondent Johan omschrijft beide aspecten: *“uh in de tijd dat mijn vader is overleden toen was ik heel zwaar aan de coke, toen gebruikte ik dag in dag uit, ik maakte iets van 500 of 600 euro uh gulden op per dag en dat was dus 24 per dag doorgebruiken en ja dan sta je er eigenlijk niet zo bij stil. Heroïne onderdrukt je gevoel, daar stomp je van af, en cocaïne, krijg je eigenlijk een illusie van ‘ik kan de hele wereld aan’ maar daar stomp je uiteindelijk ook van af. Je hebt wel gevoel maar dat komt niet zuiver binnen zeg maar. Van gebruiken komt het wel binnen maar minder intensief”.* Ook Hans is zich bewust van de invloed van drugsgebruik. Op de vraag of Hans denkt dat drugsgebruikers anders omgaan met het verlies van een naaste dan niet-drugsgebruikers zegt Hans: *“Ja absoluut, tuurlijk! Wat ik al zei: je emoties worden helemaal geblokt, door heroïne vooral. Het maakt dus absoluut veel uit dan, absoluut”.*

Bob is na een periode clean te zijn geweest nu weer aan de drugs. Hij kent dus de verschillen in beleving tussen wel gebruiken of niet gebruiken. Hij stelt dat, door het gebruik van drugs, verliezen niet echt doordringen omdat het leven dan een soort waas is. Bob: *“Ik was zwaar aan de drugs. Dus je weet wel dat hij dood is maar je beseft het eigenlijk niet. Zo had ik ook mijn moeder verloren toen ik aan die drugs zat. Zij is niet door de drugs dood gegaan. Maar toen ik haar verloor was het een normale zaak, pas later weet je toen ik clean was, dan ga je beseffen, toen pas heb ik ook een beetje gehuild en zo”.*

Hoofdstuk 4: Conclusie

“There are an immense numbers of possible responses to the death of a loved person that are all part of the normal grieving process”
Kalish, (1981, p. 220)

In dit hoofdstuk wordt teruggekeken naar de probleemstelling. Als eerste wordt een concluderend antwoord op de hoofdvraag gegeven. Daarna wordt omschreven in hoeverre het wetenschappelijke gedeelte van de geformuleerde doelstelling behaald is. Dit gebeurt middels een terugkoppeling naar het theoretisch kader. Dit hoofdstuk sluit af met een paragraaf waarin dit onderzoek zijn praktische relevantie vind voor de geestelijke begeleiding van gebruikers die te maken hebben het overlijden van naasten.

4.1 Concluderend antwoord op de vraagstelling:

Op de vraagstelling: *'Op welke manier gaan gebruikers om met het overlijden van een naaste aan een drugsgelateerde dood?'* is de conclusie dat gebruikers in hoge mate in aanraking komen met het overlijden van naasten en ze daarbij een onbewogen houding vertonen. Deze houding is een uiting van de acceptatie dat de dood onvermijdelijk bij het leven hoort. Gebruikers geven aan dat ze zich niet zo bezig houden met het verlies van een naaste. Ze gaan bijna nooit naar een uitvaart en hervatten het eigen leven. Sociale contacten tussen gebruikers kenmerken zich door enerzijds grote afstand en anderzijds nabijheid. Gebruikers zijn meestal zeer individualistisch ingesteld (omdat relaties vaak instrumenteel zijn) en tegelijkertijd zijn zij sterk verbonden door dezelfde ervaringen. Voor de hand ligt dat drugs een grote invloed hebben op de belevingswereld en houding van gebruikers.

De houding van gebruikers lijkt een noodzakelijk copingmechanisme, om het hoofd te kunnen bieden aan de hoge mate van abrupte en confronterende sterfgevallen. Gebruikers anticiperen op het mogelijk wegvallen van naasten. Mijn voorstel is om de wijze waarop gebruikers omgaan met de dood van een naaste te zien als een blijk van onverwachte geestelijke weerbaarheid. De argumenten en theoretische inbedding hiervoor volgen in hoofdstuk 5.

4.2 Doelstelling:

4.2.1 Theoretisch/wetenschappelijk doel

Zoals uit de inleiding bleek is niet eerder onderzoek gedaan naar het rouwproces bij gebruikers wanneer zij iemand verliezen door sterfte. In de maatschappij en de wetenschap zijn gebruikers een achtergestelde groep wiens problematiek alleen interessant is wanneer er een

economisch rendement mogelijk is. Het belevingsperspectief van gebruikers is zelden tot niet onderzocht. Tegenover stellige publicaties zoals die van Dalrymple (2004)⁹ heb ik getracht een genuanceerd beeld te omschrijven. Met mijn onderzoek geef ik invulling aan de kennislacune door aan de bestaande literatuur over drugsgebruikers en dood een beschrijving toe te voegen van de manier waarop gebruikers omgaan met de drugsgelateerde dood van naasten. Gebruikers maken nu eenmaal, gewenst of niet, deel uit van dezelfde samenleving. Dit scriptieonderzoek is voor een deel in overeenstemming met de literatuur. Op andere vlakken is het slechts gedeeltelijk of helemaal niet overeenkomstig. Hieronder zal ik beginnen met het omschrijven van de overeenkomsten en eindigen met de verschillen.

Ten eerste blijkt zowel uit de literatuur als uit de data van dit onderzoek dat gebruikers in hoge mate in aanraking komen met de eigen dood. Gebruikers hebben, om verschillende redenen, een hogere kans om te sterven dan niet-drugsgebruikers (Andrews & Kinner, 2012; Darke et al., 2011; Davstad et al., 2011; Farrell & Marsden, 2011; Odegard et al., 2007; Ravndal & Amundsen, 2010; Rosca et al., 2012). Hieruit volgt logisch dat hoe langer een persoon gebruikt, hoe hoger de kans is dat de persoon een naaste heeft verloren aan een drugsgelateerde dood.

Ten tweede komen twee noties uit de literatuur gedeeltelijk overeen met de resultaten van dit onderzoek: een is afkomstig uit het artikel van Coll, Thobro & Haas (2004). Zij stellen dat hoe minder ontwikkeld iemands sociale relaties zijn, hoe hoger het risico op middelenmisbruik. Minder ontwikkelde sociale relaties kenmerken zich volgens hen door weinig intimiteit, weinig integriteit en zich eenzaam voelen. De resultaten van mijn scriptieonderzoek onderschrijven deze theorie gedeeltelijk. De respondenten van mijn onderzoek geven aan dat hun bestaan meer individueel is. Echter, de respondenten stellen dat er naast de grote afstand tussen gebruikers ook sterke nabijheid is. Respondenten vertellen dat ze zich heel verbonden kunnen voelen met hun naasten, al was het alleen om de drugservaringen die ze delen. De tweede notie uit de literatuur die gedeeltelijk overeenkomt met de resultaten van dit onderzoek gaat over de verhouding tussen een drugsgelateerde dood en de steun van de omgeving bij rouwverwerking. Rando (1993; 1994) stelt dat hoe minder steun er is vanuit de omgeving, hoe gecompliceerder het rouwproces kan verlopen. Uit onderzoek van Feigelman et al. (2011) en Gaines & Kandall (1992) blijkt dat nabestaanden minder steun van de omgeving ontvangen wanneer er sprake is van drugsgebruik. Uit het onderzoek van deze scriptie blijkt ook dat respondenten weinig tot geen steun krijgen wanneer een naaste

⁹ In de probleemstelling staat dat de Britse arts en psychiater Theodore Dalrymple stelt dat mensen, zoals gebruikers, die leven aan de onderkant van de samenleving hun posities zelf creëren en in stand houden.

overlijdt aan een drugsgelateerde dood. Sommige respondenten geven aan bewust gehinderd te worden bij het afscheid nemen, meestal door de niet-gebruikende nabestaanden. In deze scriptie is niet onderzocht waardoor dit komt.

Ten slotte is er in de terugkoppeling van de conclusie naar het theoretisch kader een verschil in standpunt. Rugani, Maremmani, Rovai, Mautone, Perugi, Pani, Dell'Osso & Maremmani (2011) stellen dat bij het merendeel van de gebruikers de intensiteit van rouwsymptomen bij een verlieservaring hoger is nádat ze zijn gaan gebruiken dan vóórdát ze zijn gaan gebruiken. Rugani et al. (2011) hebben onderzocht hoe heroïnegebruikers reageerden op verschillende verlieservaringen (*life events*) en hebben de reacties van voor en na de verslaving met elkaar vergeleken. Uit de data van deze scriptie blijkt echter precies het tegenovergestelde: de respondenten stellen dat verliezen minder zwaar zijn sinds ze gebruiken. De gebruikers vertonen een onbewogen en accepterende houding ten opzichte van het overlijden van naasten. Mogelijke verklaringen zijn dat drugsgebruik emoties kan afzwakken en dat een dergelijke houding noodzakelijk is voor gebruikers om te kunnen omgaan met de veelheid van bekenden die plotseling komen te overlijden.

4.2.2 Praktisch doel

*“Here is a test to find out whether your mission on earth is finished:
if you're alive, it isn't”*
Richard Bach

In het veld van geestelijk werk krijgen geestelijke begeleiders te maken met een diversiteit aan mensen, zo ook met gebruikers. De praktijk van geestelijke begeleiding bij gebruikers is weerbarstig omdat gebruikers op een onconventionele wijze omgaan met sterfgevallen en ogenschijnlijk geen behoefte hebben aan begeleiding bij de verwerking daarvan. Wat kan een geestelijk begeleider betekenen voor een gebruiker in deze situatie?

Als normatieve professionals zijn geestelijke begeleiders er van doordrongen dat zoiets als een 'normaal gestandaardiseerd rouwproces' niet bestaat, of op zijn minst onhoudbaar is (Jacobs, Meij, Tenwolde & Zomer, 2008; Hoogeveen, 1995). De praktijk van geestelijk werk is complexer dan een theoretisch model. Voor de praktijk van humanistisch geestelijke begeleiding betekent dit dat iedere ervaring met het overlijden van een naaste enig is in zijn soort. Het (in de literatuur) voorgeschreven theoretische recept om een rouwproces te 'doorleven', is niet het enige heilzame medicijn (zie hoofdstuk 5 discussie). Ieder mens, gebruiker of niet, verhoudt zich op zijn/haar eigen manier tot het overlijden van een naaste. Een praktische aanbeveling voor geestelijke begeleiders die te maken krijgen met het existentiële aspect van rouwende gebruikers is, dat zij deze 'fijnafstemming' op de gebruiker (blijven) waarborgen (Jorna, 2008). De wijze waarop gebruikers omgaan met het overlijden van een naaste aan een drugsgelateerde dood, is veelzijdig. Het is aan

te bevelen dat geestelijke begeleiders op authentieke wijze contact maken met de innerlijke beleving van een cliënt. Dit vraagt om moed, oog voor narratieve microprocessen en de erkenning van de eigenheid van de ander (Bru, 2008; Mooren, 2010; 1999; van Praag, 1978).

Een tweede praktische aanbeveling voor geestelijke begeleiders in contact met gebruikers is dat de geestelijk begeleider, indien gewenst, kan faciliteren in een vorm van afscheid nemen en/of herdenken van de overledene die past bij de behoefte van de gebruikende nabestaanden. Zoals eerder beschreven gaan gebruikers, om verschillende redenen, zelden tot nooit naar een georganiseerd afscheid. Daarna kan er wel aan iemand herinnerd worden “*maar dat gebeurt dan meestal niet door gebruikers zelf maar door mensen die zeg maar met gebruikers werken*” (Hans). Het komt voor dat professionals een afscheid-of herdenk dienst organiseren die toegankelijk is voor de gebruikende nabestaanden. Gebruikers die deze gebeurtenissen hebben bijgewoond geven aan dit te waarderen. Vooralsnog hebben deze bestaande diensten een Christelijk karakter¹⁰. Hier is wellicht een begeleidingsvacuüm binnen de humanistische (en andere) denominatie te vullen.

10 Een voorbeeld van een *good practice* is het Drugspastoraat in Amsterdam.

Hoofdstuk 5: Discussie

“Het is de roeping van de mens om mens te zijn”
Multatuli

In het voorgaande is het onderzoek dicht op de huid van de gebruiker uiteengezet. Met dit onderzoek beoog ik echter niet alleen het beschrijven van deze situatie, maar deze ook in een breder normatief levensbeschouwelijk kader te plaatsen. In dit hoofdstuk duid ik daarom de conclusie van dit scriptieonderzoek. Bij de verwoording hiervan laat ik het beschouwende karakter los en maak ik een verstaalslag naar hoe er op abstracter normatief niveau naar de doelstellingen gekeken kan worden.

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in twee paragrafen waarin wordt besproken in hoeverre de humanistische doelstellingen zijn behaald. De eerste paragraaf gaat over zingeving. In de tweede paragraaf onderzoek ik welke uitspraken we kunnen doen op het gebied van vrijheid, met betrekking tot gebruikers en de manier waarop zij omgaan met de drugsgelateerde dood van naasten.

Om de doelstelling binnen een abstract normatief levensbeschouwelijk kader te duiden introduceer ik hier nieuwe theorieën die nog niet uiteengezet werden in het theoretisch kader. Dit komt omdat ik deze interpretatieslag van de onderzoeksresultaten in de laatste fase van dit scriptieproces heb gemaakt en deze theorieën dus geen rol hebben gespeeld bij de totstandkoming van de onderzoeksresultaten. Voor het zingevingdoel betreft het de theorie van *‘hidden resilience’* en voor het humanistische doel gaat het om nieuwe literatuur over vrijheid en authenticiteit.

5.1 Zingeving

“Het verschil tussen een bloem en onkruid is een oordeel”
Geschreven door een gedetineerde
op een tegel in een vrouwengevangenis

De eerste verstaalslag naar een abstracter normatief niveau gaat over zingeving. Zoals in het theoretisch kader werd omschreven ontstaat door het overlijden van een naaste een nieuwe situatie, die tot verandering van het zingevingskader leidt. Dit onderzoek gaat over de zingevingservaring van mensen, waarbij het existentiële proces van rouw centraal staat. In dit paragraaf zoek ik naar opvattingen van geestelijke weerbaarheid buiten het kader van de psychopathologie.

De wijze waarop drugsgebruikers omgaan met het overlijden van een naaste aan een drugsgelateerde dood lijkt in eerste instantie *niet* op wat beschouwt wordt als een ‘normaal’

rouwproces (DSM-5, 2013; Kalish, 1981; Singg, 2009). Er lijkt sprake van een gemankeerd copingsmechanisme. In mijn optiek is dit echter een foutieve redenering. Hieronder wordt onderzocht of er wellicht sprake is van een noodzakelijk copingsmechanisme om het hoofd te kunnen bieden aan de veelheid van plotselinge en confronterende sterfgevallen. Een theorie die hierbij toepasselijk lijkt is die van de hidden resilience.

5.1.1 Hidden resilience

Michael Ungar, die aan de basis van de theorie over resilience staat, omschrijft resilience als het geheel van gedragingen tussen het individu en de omgeving die de mogelijkheden voor groei weerspiegelen (2012a, p. 14). Resilience (hierna: weerbaarheid) is de wijze waarop het individu het hoofd biedt (*cope*) aan stress en tegenspoed. Weerbaarheid verwijst naar de capaciteit van het individu om zich te beroepen op bronnen die zowel het eigen welzijn als de conditie van familie, gemeenschap en cultuur bevorderen (Malindi & Theron, 2010; Ungar, 2006, 2012). Dit kan op conventionele maar ook op alternatieve en onverwachte wijze. Mensen in ongebruikelijke omstandigheden kunnen ongebruikelijke manieren ontwikkelen om daarmee om te gaan. Weerbaarheid is daarmee geen persoonlijke karaktertrek maar een proces (Canvin, Marttila, Burstrom & Whitehead, 2009).

Wanneer weerbaarheid verborgen zit in onconventionele en alternatieve bronnen wordt het 'Hidden Resilience' genoemd. 'Hidden resilience' (hierna: verborgen weerbaarheid) is een relatief nieuw concept dat verwijst naar leefpatronen die niet echt stroken met wat doorgaans in de psychologie of de maatschappij gezien wordt als gepast gedrag maar die desalniettemin uitingen zijn van weerbaarheid (Ungar, 2004, 2012). Weerbaarheid kan verborgen zitten in alternatief en wellicht destructief gedrag, zoals het gebruik van verdovende middelen (Malinidi & Theorin, 2010, p. 319; Harvey, 2012).

5.1.2 Verborgene weerbaarheid bij gebruikers

Hieronder wordt de verborgen weerbaarheid van gebruikers onderzocht aan de hand van de zeven aspecten die te maken hebben met de manier waarop gebruikers omgaan met de drugsgelateerde dood van een naaste (zie hoofdstuk 3: Resultaten). Het doel hiervan is om te onderzoeken in hoeverre er sprake is van een noodzakelijk- (in plaats van een gemankeerd) copingsmechanisme om het hoofd te kunnen bieden aan de veelheid van plotselinge en confronterende sterfgevallen. Het zal blijken dat er bij zes aspecten sprake lijkt te zijn van verborgen weerbaarheid.

Ten eerste is voor gebruikers de drugsgerelateerde dood van een naaste een confrontatie met het verhoogde risico om zelf te sterven. Drugsgebruikers hebben een hoger risico om te sterven en zijn zich daar zeer van bewust. Vaak hebben nabestaanden de behoeften om een sterfgeval in een begrijpelijk perspectief te plaatsen, zeker als de dood een ongeluk is. Nabestaanden zoeken dan naar een logische oorzaak-gevolg relatie (Kalish, 1981, p. 227). Bij drugsgebruikers ligt het verband tussen oorzaak en gevolg vaak voor het oprapen. Ondanks dat drugs zelden wordt aangewezen als ‘de’ directe doodsoorzaak is de causaliteit tussen drugs en sterfte zeer duidelijk aanwezig bij sterfgevallen. Om deze gedachte te hanteren ontwikkelt een gebruiker een manier om hiermee om te kunnen gaan.

Ten tweede geven gebruikers aan een houding te hebben ontwikkeld om te kunnen omgaan met de vele verliezen. Ze geven aan dat deze houding noodzakelijk is om de situatie hanteerbaar te maken. De afwezigheid van een emotioneel en langdurig rouwproces bij gebruikers lijkt dus *geen* uiting van geestelijk problematiek maar is een blijk van een onverwachte weerbaarheid om de onvermijdelijkheid van ieders sterfelijkheid te kunnen verdragen. Een mogelijke verklaring hiervoor is te vinden in onderzoek van Creighton, Oliffe, Butterwick en Saewyc (2013). Uit hun onderzoek blijkt dat een stoïcijnse houding na het overlijden van een naaste overeenstemt met het maatschappelijk ideaal van mannelijkheid dat mannen hun rouwgevoelens zoals verdriet (bijvoorbeeld huilen) *niet* maar rouwgevoelens zoals boosheid (bijvoorbeeld agressief gedrag) *wel* mogen uiten. Dit komt overeen met de normen die veel gebruikers hanteren doordat zij op straat leven. Het is voor hen, gezien hun leefomstandigheden, gewenster zich stoïcijns of agressief op te stellen dan emoties als verdriet te uiten.

De respondenten accepteren hun eigen sterfelijkheid als een onvermijdelijk gegeven dat nu eenmaal bij het leven hoort. Een mogelijke verklaring hiervoor is, zoals respondent Johan suggereerde, dat gebruikers al heel vaak tegen de dood hebben aangezetten. Bijna alle respondenten hebben op het randje van leven en dood gebalanceerd wat maakt dat de dood geen abstracte ver-van-mijn-bed-show is maar een reële uitkomst van drugsgebruik. De meeste gebruikers hebben (al dan niet met opzet) de dood recht in de ogen aangekeken en weten dat zij de dans niet zullen ontspringen. De acceptatie van de dood versterkt de weerbaarheid die het toestaat om op dagelijkse basis, middels drugsgebruik, met het onvermijdelijke lot van de dood te flirten.

Een vierde vorm van verborgen weerbaarheid is de manier waarop gebruikers zichzelf plaatsen ten opzichte van hun naasten. Op het eerste gezicht lijken de sociale verhoudingen tussen gebruikers hard en instrumenteel. Gebruikers zijn vaak afhankelijk van elkaar om te kunnen voorzien in hun basisbehoeften, in eerste instantie drugs. Doordat familiebanden vaak

gecompliceerd zijn, bestaat de sociale kring van gebruikers uit medegebruikers. Uit ervaring weten gebruikers echter ook dat de naasten uit die sociale kring plotseling kunnen verdwijnen door onenigheid, arrestatie, of definitief door de dood. Wat in eerste instantie een oppervlakkige en instrumentele verhouding tot een naaste is, lijkt bij nader inzien op een noodzakelijke manier van omgaan met anderen. Om weerstand te bieden aan de veranderlijkheid van sociale relaties, anticiperen gebruikers op het mogelijke vertrek van naasten.

In de huidige samenleving wordt het gezien als ‘gezond’ om op enig moment na een overlijden het leven weer te hervatten en niet chronisch in een verdriet te blijven ‘hangen’ (Kübler-Ross, 1969; Kübler-Ross & Kessler, 2005). Gebruikers hervatten het leven echter een stuk sneller dan niet-gebruikers, vaak nog dezelfde dag. Er zijn verschillende verklaringen waarom gebruikers zich niet conformeren aan de norm van hoe men afscheid ‘hoort’ te nemen. Ten eerste is het verzamelen van drugs een levensbehoefte die prioriteit heeft. Ten tweede kan het zijn dat gebruikers geen behoefte hebben aan bezinning omdat zij reeds geanticipeerd hebben op een vertrek. Bovendien zijn ze op een georganiseerd afscheid vaak niet welkom. Dit zou gedeeltelijk de afwijzende houding verklaren ten opzichte van uitvaarten. De respondenten hebben geen tijd en behoefte voor bezinning. Zo snel mogelijk doorgaan lijkt voor hen de best mogelijk optie.

Het laatste aspect dat hier wordt onderzocht op bronnen van verborgen weerbaarheid is ‘de invloed van drugs’. Voor nabestaanden is het redelijk gewoon om een borrel te nemen “*om de pijn te verzachten*”. In deze lijn lijkt men te verwachten dat gebruikers, na een overlijden, hogere dosering drugs tot zich nemen om emoties te verzwakken¹¹. Respondenten geven echter aan dat dit niet het geval was. De meesten respondenten geven aan onbewogen ‘gewoon door te gaan’ met het eigen gebruikerspatroon en niet meer of minder te gebruiken¹². Wederom is dit een onverwachte manier van omgaan van een bijzondere groep in een ongebruikelijke situaties. De invloed van drugs is het enige aspect, van de wijze waarop gebruikers omgaan met de drugsgelateerde dood van een naaste, waarbij ik twijfel om het te duiden als een uiting van verborgen weerbaarheid. Gebruikers

11 Een tweede mogelijkheid is dat het overlijden een *wake-up-call* is voor de gebruikende nabestaande die besluit te minderen/stoppen met drugs. Deze mensen heb ik echter niet gesproken omdat dit onderzoek over gebruikers gaat. De *control-cases* voor dit onderzoek geven voorbeelden van een andere aard. Zo is niet-gebruikende *control-case* Rushka door het overlijden van een naaste juist nieuwsgierig geworden naar drugs: “*om te weten wat ze voelde en wat die rotzooi nou eigenlijk aantrekt [...] nee het was zo goor en zo vies heroïne, op een folie, je moest overgeven en dingen en weet ik veel wat*”. Voor recreatief-gebruiker Floris had het overlijden van zijn vriend geen invloed op zijn gebruik: “*want ik ben nooit in de situatie gekomen dat ik echt een probleem heb*”.

12 De uitzondering is John die op een dag doseert wat hij gebruikt omdat: “*enough is enough, I don't want other people to experience what I went through with my friend*”.

blijven hetzelfde gebruiken en nemen niet meer in om rouwgevoelens te temperen. In andere woorden: ze copen niet met het verlies door verandering in het gebruik maar gaan onverstoord door.

In deze paragraaf heb ik gezocht naar een opvatting van geestelijke weerbaarheid bij een ongebruikelijke groep namelijk gebruikers die een naaste hebben verloren aan een drugsgerelateerde dood. Wat blijkt is dat gebruikers een eigen wijze vinden in de vorm van een ongebruikelijk copingsmechanisme en zich niet laten meeslepen in een dominante opvatting; in dit geval hoe rouwt hoort. Met uitzondering van het gebruikerspatroon pleit ik dat er bronnen van verborgen weerbaarheid ten grondslag liggen aan de onconventionele manier waarop gebruikers omgaan met het overlijden van een naaste. Ik stel voor om de wijze waarop gebruikers omgaan met de dood van een naaste te zien als een blijk van een gedegen verhouding tot de dood (Wong & Tomer, 2011) in plaats van een gemankeerd copingsmechanisme. Mijn bijdrage aan het onderzoeksproject van 'Geestelijke weerbaarheid en Humanisme' is dat geestelijke weerbaarheid, bij een uitzonderlijk groep zoals gebruikers, opgevat kan worden als verborgen weerbaarheid in een onconventionele manier van omgaan met de dood.

5.2 Humanistiek doel

*“Freedom is to be yourself, to do things without being judged by other people.
Before you judge me stop for a moment and look at yourself:
do you judge me for what you recognize in yourself?”*
Respondent John, 2013

In deze paragraaf volgt een tweede abstracte interpretatie van de onderzoeksresultaten. Hier wordt vanuit de humanistiek een normatief antwoord geformuleerd op de volgende twee vragen uit de humanistische doelstelling: hebben gebruikers keuzevrijheid en hoe ziet deze eruit? En: is het flirten met de dood, zoals drugsgebruik, een authentieke invulling van ‘goed leven’?

5.2.1. De keuzevrijheid van gebruikers

De respondenten van dit onderzoek geven aan zichzelf, over het algemeen, als vrij in het handelen te ervaren. Veel gebruikers zeggen te hebben gekozen voor drugsgebruik. Deze respondenten denken echter anders over wanneer dat keuze moment was: de allereerste keer drugs, de tweede keer drugs (vooral bij heroïne omdat dit de eerste keer heel ziek maakt), om nog een ander middel erbij te gaan gebruiken (tijdens/na heroïne ook crack gebruiken of andersom) of om te blijven gebruiken (of stoppen). Iedere respondent zag voor zichzelf een moment waarop hij kon kiezen maar allen ervoeren dit op een ander moment. Respondent Karel zit op de rand van het vrijheidsspectrum omdat hij de enige respondent is die stevast naar zichzelf refereert als ‘junk’ met de afhankelijkheid van een middel. Bij Lucas ligt de keuzevrijheid op een ander niveau namelijk

omtrent het introduceren van drugs bij anderen. Hij is gestopt met het opbouwen van een klandizie in zijn sociale kring nadat een vriend overleed *“I introduced him to heroine, and although he didn't like it the first time, you come back to try it again”*. John denk anders over de afhankelijkheid van middelen dan Lucas. John zegt: *“I am not addicted [...] what you buy on the streets here in the Netherlands is not real. It is like 35% proof, the rest is chemicals, ammoniac, salt whatever”*. Voor Marck was het opnieuw gebruiken na een drugsvrije periode *“een keuze die je op een gegeven moment maakt”*. Volgens Marck zit deze keuzevrijheid in het wezen van de mens *“toen god de mens schiep heeft hij hem geen ziekte en verslaving geschonken, maar gezegend met een vrije geest, maar wij zijn gaan dwalen”*.

Gebruikers ervaren keuzevrijheid maar denken verschillend over hoe deze eruit ziet. Ze beschouwen zichzelf in bepaalde mate als vrij. Dit komt overeen met wat de filosoof Peter Bieri (2011) verstaat onder vrijheid. Bieri stelt dat mensen voorwaardelijk vrij zijn. Mensen ervaren dat ze keuzemogelijkheden hebben in de wereld of ten minste daar een zekere invloed op kunnen uitoefenen. Mensen zijn niet gedetermineerd maar zijn, in verschillende mate, vrij. Volgens Bieri moet vrijheid worden opgevat als een speelruimte van mogelijkheden. Deze speelruimte is niet eindeloos maar is begrensd. Zowel de mogelijkheden als de begrenzing komen tot uiting in de gelegenheid, in middelen, in vaardigheden en in de wil zelf. Bieri stelt dus dat vrijheid afhankelijk is van voorwaarden. Ook gebruikers hebben mogelijkheden, echter begrensd. Enerzijds kunnen ze gaan en staan waar ze willen en anderzijds hebben drugs altijd prioriteit op al het andere. Vermoedelijk zou Bieri de respondenten ‘windvanen’ noemen omdat de meeste respondenten zelf stellen onafhankelijk en vrij te zijn en weinig blijk geven van de begrenzing. Volgens Bieri hebben windvanen geen besef van de eigen *onvrijheid*. Windvanen gaan de toekomst zonder plan of structuur tegemoet, dit is wat de respondenten sterkt in hun vrijheidsbeleving maar wat volgens Bieri een gebrek aan actorschap is.

5.2.2 Drugsgebruik en een authentieke invulling van ‘goed leven’

Binnen het humanisme is het fenomeen van zelfdestructie problematisch. De vraag of het humanisme zelfdestructie waardeert als een authentieke invulling van ‘goed leven’ is complex. Voor de beantwoording van deze vraag is het nodig enkele begrippen te exploreren. Zelfdestructie betekent het moedwillig schade toebrengen aan de eigen lichamelijke gezondheid. Voorbeelden zijn automutilatie, roken, overmatige voedselinname, voedselonthouding of drugsgebruik. Onder authenticiteit wordt eigenheid en echtheid verstaan. Volgens de filosoof Joep Dohmen (2008) is in onze huidige samenleving een mens authentiek wanneer die afstemt met zijn innerlijk wezen en dit combineert met een vrije zelfbeschikking. Naast ‘jezelf zijn’ ligt in authenticiteit ook de taak vervat

zichzelf toe te leggen op waarden wat leidt tot zelfverwerkelijking (Taylor, 2009). Dohmen stelt dat het antwoord op de vraag naar een goed leven een authentiek antwoord moet zijn wat wil zeggen dat het een persoonlijk antwoord is. Als laatste is ‘goed leven’ een belangrijk begrip binnen het humanisme. De vraag naar ‘het goede’ is een eeuwenoude filosofische vraag waar verschillende stromingen een ander antwoord op geven (Dohmen, 2002). Het humanisme zoekt binnen existentiële en sociale vraagstukken naar ‘het goede’ met de veronderstelling dat ‘het goede’ niet per definitie gelijk is aan ‘het dominante’. Een actueel voorbeeld is de onderzoeksgroep ‘Goed ouder worden’ binnen de Humanistiek die onderzoekt buiten het maatschappelijk discours waar ‘goed ouder worden’ wordt opvat als ‘jong blijven’.

Volgens Bieri en Dohmen zou het in principe mogelijk zijn om een authentiek gebruiker te zijn mits het een weloverwogen keuze is binnen een reëel bewustzijn van de begrenzing van de speelruimte. Zoals gezegd ervaren gebruikers een zekere speelruimte maar hebben ze geen (volledige) erkenning van hun onvrijheid. Gebruikers zijn zich er amper van bewust dat hun keuze begrensd is, bijvoorbeeld dat het vergaren van drugs een tijdrovende en dure activiteit is. Ze nemen deze begrenzing voor lief.

Een andere begrenzing is daar waar de vrijheid van anderen begint. De praktijk wijst uit dat gebruikers weinig eerbied hebben voor de vrijheid van anderen. De respondenten¹³ van dit onderzoek waren op een of meerdere momenten gedetineerd voor activiteiten waarbij op enige manier de vrijheid van een ander geschonden werd. Het toebrengen van schade aan een ander (bijvoorbeeld middels diefstal of agressie) is geen uitzondering en voor sommige respondenten de orde van de dag. Daar waar de eigen (voorwaardelijke) vrijheid een groot goed is wordt die van een ander ondermijnd. Gebruikers lappen in die zin de voorwaarden aan hun laars.

Drugsgebruik kan dus alleen een authentieke invulling van ‘goed leven’ zijn wanneer er een volledig bewustzijn en erkenning is van de begrenzing van de speelruimte. Bij de respondenten van dit onderzoek blijkt dit niet (volledig) het geval. Waar er wel (enig) besef is van de begrenzing van vrijheid binnen drugsgebruik worden in de praktijk de begrenzing daarvan en de vrijheid van *anderen*, volstrekt genegeerd.

13 Met uitzondering van de control-cases.

Beperkingen

“There’s no right, there’s no wrong, there is only popular opinion”
Brad Pitt in Twelve Monkeys

In mijn scriptieonderzoek wordt gesproken over 'gebruikers'. De resultaten van dit onderzoek zijn echter niet blindelings te generaliseren naar 'alle' gebruikers (externe validiteit). Dit komt omdat de respondenten van deze scriptie met een gemiddelde leeftijd van 39,5 jaar relatief oud zijn¹⁴. Ouderen gebruiken over het algemeen andere soorten drugs dan jongeren¹⁵. Wellicht heeft dit invloed op de manier waarop gebruikers omgaan met het overlijden van een naaste aan een drugsgerelateerde dood. Het is mogelijk dat jongere gebruikers minder onbewogen omgaan met het overlijden. Het merendeel van de respondenten van dit scriptieonderzoek gebruikt decennia lang. Sommige respondenten geven aan dat het overlijden van een naaste aan een drugsgerelateerde dood *“in het begin”* anders is (Lucas: *“first time I saw an accident, with my own eyes where a person died, I was in shock. The second time it was like: ok, I have seen this before”*).

Een tweede beperking in de externe validiteit is het geringe aantal vrouwelijke respondenten van dit onderzoek. De enige vrouwelijk respondent fungeerde als control-case. De respondenten die hierover bevraagd zijn denken overigens niet dat gender invloed heeft op de manier waarop een gebruiker omgaat met de drugsgerelateerde dood van een naaste, Hans: *“Ik denk niet dat het uitmaakt of je man of vrouw bent hoe je daarmee om gaat. Het ligt meer aan de persoon denk ik, iemands karakter en niet geslacht”*. Ook uit het onderzoek van Siconolfi et al. (2013) blijkt er geen significante relatie tussen drugs gebruik en gender.

Tot slot is een veelvoorkomende beperking bij kwalitatief onderzoek de mogelijkheid tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden in de interviewfase (Evers, 2007; Maso & Smaling, 2004). Ik kreeg tijdens de dataverzameling soms de indruk dat de respondenten me tevreden wilden stellen met hun antwoorden. Voorbeelden hiervan waren de respondenten die vrome christelijke uitspraken deden. Dit verschijnsel nam af wanneer tijdens het interview bleek dat ik atheïstisch ben. Ik vermoed dat geld een belangrijk motief was voor de respondenten om hun best te doen om de vragen te beantwoorden (Gerard: *“krijg ik een euro extra als ik daar antwoord op geef?”*).

14 Het was relatief moeilijk om met jongeren in contact te komen. Redenen hiervoor zijn:
-Jongeren zijn minder zichtbaar gebruiker of geven niet toe drugs te gebruiken.
-De opvang (zowel de crisis- als de langdurige-) en voorzieningen voor jongeren zijn gescheiden van die van volwassenen.

15 Ouderen gebruiken vaker heroïne en crack. Jongeren vaker party drugs zoals: Cocaine, XTC, MDMA en GHB. (Trimbos Instituut)

Aanbevelingen voor verder onderzoek

"Now this is not the end. It is not even the beginning of the end".

Winston Churchill

Naast 'zingeving' is het thema 'humanisering' een wezenlijk onderdeel van humanistiek. Humanisering gaat over processen van in- en uitsluiting. Dit scriptieonderzoek heeft slechts een tipje van de sluier opgelicht wat betreft het inzichtelijk krijgen van processen van in- en uitsluiting bij rouwende gebruikers. Het bevestigt de literatuur (in hoeverre mogelijk), die stelt dat nabestaanden weinig tot geen steun krijgen wanneer een naaste overlijdt aan een drugsgerelateerde dood. Om duidelijkheid te krijgen hoe dit proces van uitsluiting precies verloopt is vervolgonderzoek nodig. In dit scriptieonderzoek bleef onduidelijk of dit direct te wijten is aan het drugsgebruik van de overledenen. De data doen vermoeden dat de levensstijl van de gebruiker invloed heeft op het gebrek aan steun uit de niet-gebruikende omgeving. Er is vervolgonderzoek nodig om meer inzicht te geven in de processen van sociale in- en uitsluiting bij rouwende drugsgebruikers.

Een laatste aanbeveling voor verder onderzoek is ten behoeve van de professionals die met gebruikers werken. Gezien de onderzoekspopulatie van dit scriptieonderzoek (gemiddeld 39,5 jaar en een lange geschiedenis van harddrugsgebruik) zijn dit professionals die werken binnen het beleid¹⁶ van 'Harm Reduction'¹⁷. Op de plaatsen waar professionals werken met gebruikers is veel kennis en inzicht aanwezig. Veel professionals die met gebruikers werken waren zelf ooit cliënt. In de praktijk blijken de grenzen tussen gebruiker en hulpverlener soms moeilijk te trekken.

Het karakter van de hulpverlening bij gebruikers is laagdrempelig waardoor contacten (bijna) altijd persoonlijk en zelden zakelijk zijn. De professionals opereren met hun (ervarings)deskundigheid in de 'frontlinie' waar ze frequent worden geconfronteerd met de complexe problematiek van gebruikers. Ze krijgen, naast de vele verliezen uit hun (gebruikers) verleden, te maken met de verliezen van anderen. De mensen die met gebruikers werken hanteren

16 In de Opiumwet staan op twee lijsten (I voor harddrugs, II voor softdrugs) vast dat drugs verboden zijn in Nederland. Daartegenover staat dat er ten opzicht van soft drugs een gedoogbeleid gehanteerd wordt en in de verslavingszorg de gedachte van 'Harm Reduction' regeert (www.rijksoverheid.nl).

17 Bij een beleid van Harm Reduction (HR) wordt ingezet op een daling van drugsgerelateerde schade en hangt het succes van de aanpak niet noodzakelijk af van een daling van gebruik. Beleidsmatig is dit het tegenovergestelde van het criminaliseren van drugsgebruik. Belangrijke doelen bij HR zijn vermindering van criminaliteit en het beperken van de verspreiding van ziektes zoals hepatitis C en HIV. In de praktijk betekent dit de inrichting van gebruikersruimten, het kosteloos omwisselen van spuiten en heroïne-en methadonverstrekking (*Maintenance Treatment*). Voor de niet-gebruikers is HR gunstig omdat het drugsgerelateerde criminaliteit vermindert (www.socialekaart.amsterdam.nl; Jellinek).

niet per definitie dezelfde onbewogen houding daarbij als de respondenten. Voor de professionals is de hoge frequentie van in aanraking komen met de dood een confronterende ervaring; *“Every death opens all the old graves”* (Shepard, 2013, p. 8). De mate waarin zij naasten (zowel medegebruikers als cliënten) verliezen aan een drugsgelateerde dood kan leiden tot stress doordat zij niet (meer) een onbewogen houding hebben die zich kenmerkt door acceptatie van de dood. Bovendien hebben professionals (hoogstwaarschijnlijk) geen instrumenteel contact.

Het is voor professionals die met gebruikers werken zeer relevant dat ze een authentieke manier ontwikkelen hoe ze zich staande houden in de omgang met mensen die neigen naar zelfdestructie en met de opstapeling van overlijdensgevallen van naasten aan een drugsgelateerde dood. Een dominante factor in deze ontwikkeling blijkt de cultuur van de instelling waarbinnen de professionals werken, in het bijzonder de mate waarin de instelling zelfzorg en zorg voor collega's faciliteert (Shepard, 2013). Er is verder onderzoek nodig om te definiëren hoe een authentieke omgang van professionals met verlies eruit kan zien. Ook is vervolgonderzoek aan te bevelen naar de manier waarop instellingen kunnen investeren in programma's die bijdrage aan de totstandkoming en het behoud van een cultuur van zelfzorg en zorg voor elkaar. Voorbeelden van dit laatste zouden educatieve programma's kunnen zijn waarin intervisie methodes worden aangeleerd waardoor professionals zelf worden uitgerust met vaardigheden en zelfkennis om met en van elkaar te leren.

Persoonlijk slot

*“it’s done, I will see you there
I know you’re well prepared,
Put aside all your fears,
Jah will answer all your prayers”
Sean Paul*

Voorafgaand aan dit onderzoek heb ik getwijfeld of ik mijn masterscriptie wilde schrijven over het thema ‘gebruikers.’ Ik had regelmatig, tijdens mijn vrijwilligerswerk en mijn stage in een gevangenis, ervaren dat gebruikers leugenachtig, wispelturig, agressief en gemeen kunnen zijn. Maar ik heb een zwak voor laagopgeleide mensen met een uitzonderlijke levensstijl die lak hebben aan de beschaving omdat deze mensen in mijn ogen rauwe wijsheid bezitten. Deze groep staat ontzettend ver van mij af maar laat me in het contact ook enorm verbonden voelen. Tijdens dit onderzoek werd ik verrast door de kleurrijkheid van de respondenten. Ik weet nu ook dat gebruikers ontzettend grappig, bezorgd, spiritueel, kwetsbaar en behulpzaam kunnen zijn. Ik vond het heel waardevol om opnieuw te mogen ervaren hoe veelzijdig mensen kunnen zijn!

Samenvatting

*“There’s something about death that is comforting.
The thought that you could die tomorrow frees you to appreciate your life now”
Angelina Jolie*

Deze scriptie voor de master humanistiek is een empirisch onderzoek naar de manier waarop drugsgebruikers omgaan met het overlijden van een naaste aan een drugsgerelateerde dood. Hiervoor zijn elf harddrugsgebruikers in de leeftijd tussen 27 en 55 jaar geïnterviewd. Alle interviews zijn geanalyseerd middels ‘open coderen’ (*grounded theory*).

De uitkomst van dit scriptieonderzoek is dat gebruikers in hoge mate in aanraking komen met het overlijden van naasten en dat ze daarbij een onbewogen houding vertonen. Deze houding is een uiting van de acceptatie dat de dood onvermijdelijk bij het leven hoort. Gebruikers geven aan dat ze zich niet zo bezig houden met het verlies van een naaste. Ze gaan bijna nooit naar een uitvaart en hervatten het eigen leven. Sociale contacten tussen gebruikers kenmerken zich door grote afstand enerzijds en nabijheid anderzijds. Voor de hand ligt dat drugs een grote invloed hebben op de belevingswereld en houding van gebruikers. De wijze waarop gebruikers omgaan met de dood van een naaste lijkt een noodzakelijk copingsmechanisme om het hoofd te kunnen bieden aan de hoge mate van abrupt en confronterend overlijden van naasten. Gebruikers anticiperen op het mogelijk wegvallen van naasten. Mijn voorstel is om de houding waarmee gebruikers omgaan met het overlijden van een naaste te zien als een blijk van onverwachte geestelijke weerbaarheid.

Referenties:

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, (5th Ed.,). Arlington: Amer Psychiatric Pub Incorporated
ISBN: 9780890425541

Andrews, Jessica Y. & Stuart A. Kinner (2012). Understanding drug-related mortality in released prisoners: a review of national coronial records. BMC Public Health, doi:10.1186/1471-2458-12-270

Baart, A. (2001). Een theorie van de presentie, Utrecht: Lemma (derde vermeerderde druk 2004; her- en bijdrukken in 2006, 2009 en 2011

Bieri, Peter (2011). Het handwerk van de vrijheid: Over de ontdekking van de eigen wil.
Amsterdam: Wereldbibliotheek
ISBN: 9789028421615

Blanken, Peter, Vincent M. Hendriks, Jan M. van Ree & Wim van den Brink (2010). Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands. Publicatie van Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden
DOI:10.1111/j.1360-0443.2009.02754.x

Boeije, Hennie (2005). Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen. Den Haag: Boomonderwijs
ISBN: 9085060788

Brinkmann, Svend (2013). Qualitative interviewing: Understanding Qualitative Research. New York: Oxford University Press
ISBN: 9780199344000

Bru, Denijs (2008). Horen, verstaan en uitwisselen: in professionele gesprekken. Amsterdam: Uitgeverij SWP
ISBN: 9789066659834

- Canvin, Krysia, Anneli Marttila, Bo Burnstrom & Margaret Whitehead (2009). Tales of the unexpected? Hidden resilience in poor households in Britain. *Social Science & Medicine*, 69, 238-245
DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.05.009
- Charmaz, K. (2008). What is Grounded Theory? [Powerpoint].
Geraadpleegd op:
<http://www.docstoc.com/docs/2298501/What-is-Grounded-Theory-Kathy-Charmaz-Imagine-collecting-intriguing-qualitative-data-early-in-your-research-I-So-how-has-life-been-for-you-S-Well-as-you-can-tell-it-s-been-v>
- Coll, Kenneth, Patti Thobro & Robin Haas (2004). Relational and Purpose development in Youth Offenders. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 43, 41-49
ISSN: 19310293
- Creighton, Genevieve, John L. Oliffe, Shauna Butterwick & Elizabeth Saewyc (2013). After the death of a friend: Young Men's grief and masculine identities. *Social Science & Medicine*, 84, 35-43
DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.02.022
- Cruts, Augustinus A.N. (2000). The social construction of drug-related death. *International Journal of Drug Policy*, 11, 381-385
ISSN: 09553959
- Currier, Joseph H., Jason M. Holland, Robert A. Neimeyer (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: toward a meditational model. *Death Studies*, 30, 403-428
DOI: 10.1080/07481180600614351
- Dalrymple, Theodore (2004). *Leven aan de onderkant: het systeem dat de onderklasse instand houdt*. Utrecht: Spectrum
ISBN: 9027499179
- Darke, S., K.L. Mills, J. Ross & M. Teesson (2011). Rates and correlates of mortality amongst heroin users: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS), 2001-2009. *Drug and alcohol dependence*, 115(3), 190-195
ISSN: 03768716

- Davstad, I., P. Allebeck, A. Leifman, M. Stenbacka & A. Romelsjo (2011). Self-reported drug use and mortality among a nationwide sample of Swedish conscripts- A 35-year follow-up. *Drug and alcohol dependence*, 118, 383-390
ISSN: 03768716
- Dias, A.C., M.R. Araujo, J. Dunn, R.C. Sesso, V. de Castro & R. Laranjeira (2011). Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: A 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *Journal of substance abuse treatment*, 41(3), 273-278
ISSN: 07405472
- Dohmen, Joep (2008). *Het leven als kunstwerk*. Zutphen: Lemniscaat
ISBN: 9789047700654
- Dohmen, Joep (2002). *Over levenskunst: De grote filosofen over het goede leven*. Amsterdam: Ambo
ISBN: 9789026319310
- Evers, Jeanine (red.) (2007). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Uitgeverij LEMMA
ISBN: 9789059310742
- Farrell, Micheal & John Marsden (2011). Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction*, 103(2), 251-555
DOI: 10.1111/j.1360-0443.2007.02081.x
- Feigelman, William, John Jordan & Bernard Gorman (2011). Parental Grief After a Child's Drug Death Compared to Other Death Causes: Investigating a Greatly Neglected Bereavement Population. *Journal of Death & Dying*, 63, 291-316
DOI: 10.2190/OM.63.4.a
- Fox, Jesse & Dayle Jones (2013). DSM-5 and bereavement: The Loss of Normal Grief? *Journal of Counseling & Development*, 13, 113-119
ISSN: 07489633

- Gaines, Judith & Stephen R. Kandall (1992). Counseling issues related to maternal substance abuse and subsequent sudden infant death syndrome in offspring. *Clinical Social Work Journal*, 20(2), 169-177
DOI: 10.1007/BF00756506
- Given, Lisa M. [ed.] (2008). *The SAGE Encyclopedia of QUALITATIVE RESEARCH METHODS* (2 volume set). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications
ISBN: 9781412941631
- Gurova, Lilia (2013). 'Understanding it makes it normal': is it a reasoning fallacy or not? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19, 524-527.
DOI: 10.1111/jep.12051
- Hoogeveen, E. (1995). Humanistisch geestelijk werk: Methodiek en praktijk. In: Paul Cliteur & Douwe van Houten (red.). *Humanisme: Theorie en Praktijk* (pp. 279-291). Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom
ISBN: 9035214862
- Huang, C.L.C. & C.W. Lee (2013). Factors associated with mortality among heroin users after seeking treatment with methadone: a population-based cohort study in Taiwan. *Journal of substance abuse treatment*, 44(3), 295-300
ISSN: 07405472
- Jacobs, Gaby, Ruud Meij, Hans Tenwolde & Yanaika Zomer (2008). Normatieve professionalisering: Over het 'doen van waarden', 'messy business' en het gebruik van spiegels. In: Gaby Jacobs, Ruud Meij, Hans Tenwolde & Yanaika Zomer, *Goed werk: Verkenningen van normatieve professionalisering* (pp. 7-14). Amsterdam: Uitgeverij SWP
ISBN: 978906665898
- Jennings, Pamela S. (1991). To surrender drugs: A grief process in its own right. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8(4), 221-226
DOI: 10.1016/0740-5472(91)90042-9
- Jorna, A. (2008). *Echte woorden. Authenticiteit in de geestelijke begeleiding*. Amsterdam: Humanistics University Press SWP
ISBN: 9789066659650

- Kalish, Richard A. (1981). *Death, grief, and caring relationships*. Belmont, CA: Brooks/Cole Publishing Company
ISBN: 9780818504174
- Knight, Danica K. & D. Dwayne Simpson (1996). Influences of family and friends on client progress during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8(4), 417-429
DOI: 10.1016/S0899-3289(96)90003-6
- Kübler-Ross, Elisabeth & David Kessler (2005). *On Grief and grieving: Finding Meaning of Grief Trough Five Stages of Loss*. New York: Scribner
ISBN: 9780743266291
- Kübler-Ross, Elisabeth (1969). *On Death and Dying*. New York: Scribner
ISBN: 9780684839387
- Malindi, Macalane J. & Linda C. Theron (2010). The hidden resilience of street youth. *South African Journal of Psychology*, 40(3), 318-326
ISSN: 00812463
- Maso, Ilja & Adri Smaling (2004). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom
ISBN: 9053524460
- Mooren, J.H.M. (red.) (2010). *De moed om te zien: Humanistisch raadswerk in justitiële instellingen*. Utrecht: Uitgeverij de Graaff
ISBN: 9789077024324
- Mooren, J.H.M. (1999). Een methodiek van humanistisch geestelijk werk. In: J.M.H. Mooren (red.) *Bakens in de stroom: Naar een methodiek van humanistisch geestelijk werk* (109-125). Utrecht: Uitgeverij SWP
ISBN: 9066652993
- National Cancer Institute at the National Institute of Health. (2013). *Risk Factors for Complicated Grief and Other Negative Bereavement Outcomes*. Geraadpleegd op <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/bereavement/HealthProfessional/page4>

- Neimeyer, R. (2009). Grief and bereavement counseling. In C. Bryant, & D. Peck (Eds.),
Encyclopedia of death and the human experience. (pp. 543-547). Thousand Oaks, CA:
SAGE Publications
DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781412972031.n177>
- Newson, Rachel S, Paul A. Boelen, Karin Hek, Albert Hofman & Henning Tiemeier (2011). The
prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective
Disorders*, 132, 231-238
DOI: 10.1016/j.jad.2011.02.021
- Nolen-Hoeksema, Susan (2011). *Abnormal Psychology*. New York: McGraw-Hill Companies
ISBN: 9780071221627
- Odegard, E., E.J. Amundsen & K.B. Kielland (2007). Fatal Overdoses and deaths by other causes in
a cohort of Norwegian drug abusers- A competing risk approach. *Drug and alcohol
dependence*, 89, 176-182
ISSN: 03768716
- Praag, J.P. van (Ed.). (1953). *Geestelijke verzorging op humanistische grondslag*. In Peter Derkx
(Ed.), *J.P. van Praag: Om de geestelijke weerbaarheid van humanisten* (pp. 40-77). Breda:
Uitgeverij Papieren Tijger
ISBN: 9789067282413
- Praag, J.P. Van (1978). *Grondslagen van het humanisme. Inleiding tot een humanistische levens-en
denkwereld*. Meppel/Amsterdam: Boom
ISBN: 9060092864
- Rando, T.A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, Il: Research Press
ISBN: 9780878223299
- Rando, T.A. (1994). *Grief and Mourning: Accommodating to Loss*. In: H. Wass & R.A. Neimeyer
(ed.), *Dying: Facing the Facts* (pp. 211-241). Washington: Taylor & Francis
ISBN: 9781560322863
- Ravndal, E. & E.J. Amundsen (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient
treatment: An 8-year prospective study. *Drug and alcohol dependence*, 108(1-2), 65-69
ISSN: 03768716

- Röcke, Christina & Katie E. Cherry (2002). Death at the end of the 20th century: individual processes and developmental tasks in old age. *International Journal of Aging and Human Development*, 54(4), 315-333
ISSN: 00914150
- Rosca, P., Z. Haklai, N. Goldberger, P. Zohar, A. Margolis & A. Ponizovsky (2012). Mortality and causes of death among users of methadone maintenance treatment in Israel, 1999-2008. *Drug and alcohol dependence*, 125(1-2) 160-163
ISSN: 03768716
- Rugani, Fabio, Angelo Giovanni Icro Maremmani, Luca Rovai, Salvatore Mautone, Giulio Perugi, Pier Paolo Pani, Liliana Dell'Osso & Icro Maremmani (2011). Life events (loss and traumatic) and emotional responses to them in heroin-dependent patients before and after the dependence age of onset. *Heroin Addiction Related Clinical Problems*, 13(3), 17-26
ISSN: 15921638
- Shen, P., Bennick, G. (Producers) & Shen, P. (Director) (2003). *Flight from Death: The quest for immortality* [tv-documentaire]. USA: Transcendental Media
- Shepard, Benjamin C. (2013). Between harm reduction, loss and wellness: on the occupational hazards of work. *Harm Reduction Journal*, 10(5)
ISSN: 14777517
- Siconolfi, Daniel E., Perry N. Halkitis, Staci C. Barton, Molly, J. Kingdon, Rafael E. Perez-Figueroa, Vanessa Arias-Martinez, Stephan Karpiak & Mark Brennan-Ing (2013). Psychosocial and Demographic Correlates of Drug Use in a Sample of HIV-Positive Adults Ages 50 and Older. *Prevention Science* 14(6), pp 618-627
DOI: 10.1007/s11121-012-0338-6
- Singg, S. (2009). Types of Grief, Counseling of grief. In C. Bryant, & D. Peck (Eds.), *Encyclopedia of Death and the Human Experience*, (pp. 538-542). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications
DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781412972031>

- Stroebe W, Schut H (2001). Risk factors in bereavement outcome: a methodological and empirical review. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, et al., eds.: *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care* (pp. 349-371). Washington, DC: American Psychological Association
ISBN: 9781557987365
- Streifel, Cathy & Heather L. Servaty-Seib (2009). Recovering From Alcohol and Other Drug Dependency: Loss and Spirituality in a 12-Step Context. *Alcohol Treatment Quarterly*, 27, 184-198
DOI: 10.1080/07347320902785558
- Taylor, Charles (2009). *Bronnen van het zelf: De ontstaansgeschiedenis van de moderne identiteit*. Rotterdam: Lemniscaat
ISBN: 9789047701583
- Ungar, Michael (2012). Researching and theorizing resilience across cultures and contexts. *Preventive Medicine* 55, 387-389
DOI: 10.1016/j.ypmed.2012.07.021
- Ungar, Michael [editor] (2012). *The social Ecology of Resilience: A Handbook of Theory and Practice*. New York: Springer
ISBN: 9781461405856
- Ungar, Michael (2006). Nurturing Hidden Resilience in At-Risk Youth in Different Cultures. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15(2), 53-58
ISSN: 17198429
- Ungar, M. (2004). *Nurturing hidden resilience in troubled youth*. Toronto: University of Toronto Press
ISBN: 0802085652
- Walter, Tony (2005). What is complicated grief? A social constructionist perspective. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52(1), 271-276
ISSN: 00302228

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. Ministerie van Veiligheid en Justitie
(2012). *Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2012*. Geraadpleegd op:
http://www.trimbos.nl/~media/Themas/7_Feiten_Cijfers_Beleid/AF1196%2013-772%20NDM%20jaarbericht%202012%20digitaal.ashx#page=112

Wong, Paul T. P. & Adrien Tomer (2011). Beyond Terror and Denial: The positive Psychology of Death Acceptance. *Death Studies*, 35(2), 99-106
DOI: 10.1080/07481187.2011.535377

Bijlage I: Major Depressive Disorder

Diagnostic Criteria:

A. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure.

Note: Do not include symptoms that are clearly attributable to another medical condition.

1. Depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e.g., feels sad, empty, hopeless) or observation made by others (e.g., appears tearful). (Note: In children and adolescents, can be irritable mood).
2. Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation).
3. Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day. (**Note:** In children, consider failure to make expected weight gain.)
4. Insomnia or hypersomnia nearly every day.
5. Psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down).
6. Fatigue or loss of energy nearly every day.
7. Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick).
8. Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others).
9. Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide.

B. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

C. The episode is not attributable to the physiological effects of a substance or to another medical condition.

Note: Criteria A-C represent a major depressive episode.

Note: Responses to a significant loss (e.g., bereavement, financial ruin, losses from a natural disaster, a serious medical illness or disability) may include the feelings of intense sadness, rumination about the loss, insomnia, poor appetite, and weight loss noted in Criteria A, which may resemble a depressive episode. Although such symptoms may be understandable or considered appropriate to the loss, the presence of a major episode in addition to the normal response to a significant loss should also be carefully considered. This decision inevitably requires the exercise of clinical judgment based on the individual's history and the cultural norms for the expression of distress in the context of loss.¹⁸

- D. The occurrence of the major depressive episode is not better explained by schizoaffective disorder, schizophrenia, schizophreniform disorder, delusional disorder, or other specified and unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorders.
- E. There has never been a manic episode or a hypomanic-episode.

Note: This exclusion does not apply if all of the manic-like or hypomanic-like episodes are substance-induced or are attributable to the physiological effects of another medical condition.

¹⁸ In distinguishing grief from a major depressive episode (MDE), it is useful to consider that in grief the predominant affect is feelings of emptiness and loss, while in MDE it is persistent depressed mood and the inability to anticipate happiness or pleasure. The dysphoria in grief is likely to decrease in intensity over days to weeks and occurs in waves, the so-called pangs of grief. These waves tend to be associated with thoughts or reminders of the deceased. The depressed mood of MDE is more persistent and not tied to specific thoughts or preoccupations. The pain of grief may be accompanied by positive emotions and humor that are uncharacteristic of the pervasive unhappiness and misery characteristic of MDE. The thought content associated with grief generally features a preoccupation with thoughts and memories of the deceased, rather than the self-critical or pessimistic ruminations seen in MDE. In grief, self-esteem is generally preserved, whereas in MDE feelings of worthlessness and self-loathing are common. In self-derogatory ideation is present in grief, it typically involves perceived failings vis-à-vis the deceased (e.g., not visiting frequently enough, not telling the deceased how much he or she was loved). If a bereaved individual thinks about death and dying, such thoughts are generally focused on the deceased and possibly about "joining" the deceased, whereas in MDE such thoughts are focused on ending one's own life because of feelings of worthlessness, undeserving of life, or unable to cope with the pain of depression.

Bijlage II: Tabel 1 demografische eigenschappen respondenten

Nr.	Naam:	Leeftijd:	Gebruikt:	Land herkomst:
1	Milo	30	Wiet en paddenstoelen	Roemenië
2	John	40	Crack	Noord-Amerika
3	Johan	45	Heroïne	Nederland en [Spanje]
4	Gerard	35	Crack, heroïne	Nederland en [Colombia]
5	Marck	50	Niks. In het verleden heroïne. <i>Control Case</i>	[Nederlandse Antillen]
6	Bob	55	Heroïne	Suriname
7	Rushka	45	Niks. <i>Control case</i>	Nederland
8	Karel	38	LSD, ketamine,	Nederland
9	Lucas	28	Crack, heroïne	Polen
10	Floris	27	Cocaïne (sporadisch). <i>Control case</i>	Nederland
11	Hans	42	Crack	Nederland

De schets hierboven is een beeld van de respondenten. Wanneer iets tussen vierkante haakjes staat is het niet het eigenlijke feit maar een equivalent ervan. De namen zijn (bijna) altijd verzonnen door de respondenten zelf.

Bijlage III: Topiclist

1) Informed consent:

“Ten eerste bedankt dat je de tijd hebt gemaakt voor dit gesprek. Ik wil benadrukken dat ik je verhaal anonimiseer. Als je je op enig moment bedenkt en je wilt toch niet dat ik je verhaal meeneem in mijn onderzoek dan kun je me dat laten weten dan is dat ok. Ok? “

2) Openingsvraag:

- Zou je jezelf kort willen voorstellen? Als je wilt kun je een eigen naam verzinnen
- Geïnterviewde: leeftijd, opleiding, beroep, levensbeschouwing, geboorteland, geboorteland vader en moeder, verslaafd aan? Verslaafd sinds? Ooit opgenomen geweest? Geprobeerd af te kicken?

3) Rouw:

“Zoals ik eerder heb aangegeven is het thema van mijn scriptie hoe drugsverslaafden rouwen wanneer ze iemand verliezen aan drugs. Heb je ervaring met dit thema? Wil je me deze ervaring vertellen?”.

- Overleden naaste: leeftijd, beroep, levensbeschouwing, geboorteland, waaraan was hij/zij verslaafd? Hoe lang al?
- Hoe kenden jullie elkaar? Kun je jullie band omschrijven?
- Hoe is hij/zij gestorven? Was je erbij? Wie heeft hem/haar gevonden? Wat gebeurde er toen?
- Hoe lang is het geleden? Wat is er veranderd in de tijd? Hoe verliep het verlies? (Hoe voelde je je toen? Wat voel je nu? Wat dacht je toen? Wat denkt je nu?)
- Was er een uitvaart? Wie heeft die georganiseerd? Was je erbij?

4) Thema's

Indien één van deze thema's aan bod is gekomen hierop doorvragen.

- Verantwoordelijkheid. Wat versta je onder verantwoordelijkheid? Hoe speelt dit een rol in je leven? Hoe verhoudt dit zich tot waar we het eerder over hadden bij rouw?
- Vrijheid. Wat versta je onder vrijheid? Hoe speelt dit een rol in je leven? Hoe verhoudt dit zich tot waar we het eerder over hadden bij rouw? Hoe verhoudt zich dit tot waar we het eerder over hadden bij vrijheid?

- Heb je zelf wel eens een overdosis gehad of genomen? Was dit bewust? Wat beoogde je hiermee? Heb je wel eens een ander zien overdoseren? Wat deed je toen? Wat dacht je toen?
- Hgv & gb. Heb je ooit contact gehad met een geestelijk begeleider (religieus of humanist)? Kun je me dat contact beschrijven?
- Advies. Wat zou je geestelijke begeleiders (of andere hulpverleners) adviseren met betrekking tot rouw en drugsverslaafden?
- Wat zou je andere drugsverslaafden willen adviseren wanneer zij een naaste verliezen aan drugs?

5) Afronden

“We zijn nu .. lang aan het praten en ik wil zo gaan afronden. Na alles wat we besproken hebben: wil je nog iets toevoegen aan hetgeen we besproken hebben?”

“Hartelijk dank voor je openheid en je tijd.”