

**PASTORALE BERADING AS DEEL VAN DIE
MULTIDISSIPLINÊRE VOORTGESETTE
BEHANDELING VAN MIDDELAFHANKLIKE
PERSONE**

DANIEL VAN WYK



Tesis as gedeeltelike vereiste vir die graad

Meesters in Praktiese Teologie

UNIVERSITEIT
STELLENBOSCH
UNIVERSITY

aan die

100
Universiteit van Stellenbosch

SUPERVISOR: Prof C.H. Thesnaar

March 2018

VERKLARING

Hiermee verklaar ek, die ondergetekende, dat die geheel van die werk in hierdie tesis vervat, my eie, oorspronklike werk is, dat ek die alleenouteur daarvan is (behalwe in die mate uitdruklik anders aangedui), dat reproduksie en publikasie daarvan deur die Universiteit van Stellenbosch nie derdepartyregte sal skend nie en dat ek dit nie vantevore, in die geheel of gedeeltelik, ter verkryging van enige kwalifikasie aangebied het nie.

Copyright © 2018 Stellenbosch University

All rights reserved

ABSTRACT

This research investigates the current contribution of pastoral counseling to the continuous care of persons recovering from substance abuse in the Western Cape from the viewpoint of increasing the involvement of pastoral counselors in this regard.

Although the treatment of substance abuse can be discussed from a variety of research fields, it is the belief of the researcher that pastoral counseling, within the research field of practical theology, can contribute to the continuous care of persons recovering from substance abuse. People recovering from substance abuse report a negative affect of the disease on their spiritual lives, which often requires them to seek treatment for problems involving themes like forgiveness or a search for meaning and identity.

Current literature, as well as empirical findings, suggest that there is a lack of pastoral counseling being provided to persons recovering from substance abuse in the Western Cape, specifically during the phase of continuous treatment. Findings also suggest the need for cooperation between pastoral counselors and other treatment providers like the CAD (Christian Action for Dependence). The researcher does not portray the lack of pastoral counseling as the *only* reason for a lack of continuous care services in the Western Cape, but views the lack of pastoral counseling as a contributing factor in this regard.

The overall aim of this study is to present a practical model that could be used by pastoral counselors within their faith communities to increase the support and treatment provided to persons in the continuous phase of the recovery process of substance abuse.

A sample was taken to determine the current climate of continuous care treatment in the Western Cape. Individual interviews were conducted with the directors of four treatment institutions responsible for a wide variety of treatment options available in the Western Cape.

This study proved that there is a lack of informed and trained therapists that are able to provide continuous treatment for persons recovering from substance abuse. The study also proved the lack of pastoral counselors that can provide this treatment, even though pastoral counselors are in a good position to do so.

Feedback received from the directors of four treatment institutions in the Western Cape would suggest that there is a lack of awareness amongst pastoral counselors as to the true nature of substance abuse as a chronic illness and the needs of the person in recovery.

The research also found that pastoral counselors should be made aware of the way in which pastoral counseling can contribute to the continuous treatment of substance abuse, the current needs of persons in recovery that are not being met and the way in which pastoral counselors can work to effect change within their faith communities.

OPSOMMING

Hierdie navorsing ondersoek die rol wat pastorale berading tans speel tydens die voortgesette behandeling van middelafhanklikheid in die Wes-Kaap, met die oog daarop om die betrokkenheid van pastorale beraders in hierdie verband te verbeter.

Hoewel middelafhanklikheid uit meer as een studieveld benader kan word, is dit die navorser se oortuiging dat pastorale berading in die studieveld van die praktiese teologie 'n rol kan speel in die voortgesette behandeling van die middelafhanklike persoon. Aangesien ook 'n persoon se geloofslawe geraak word deur middelafhanklikheid, is daar dikwels die behoefte by pasiënte om pastorale berading te ontvang vir spirituele probleme soos onvergewensgesindheid of 'n soeke na identiteit en betekenis.

Die beskikbare literatuur sowel as die praktyk dui 'n gaping aan in die rol wat pastorale berading kan speel tydens die voortgesette behandeling van 'n middelafhanklike persoon, spesifiek in die konteks van die Wes-Kaap, asook in die samewerking tussen pastorale beraders en ander aktiewe rolspelers soos die CAD (Christelike Afhankheidsdiens). Die navorser stel dit egter nie as feit dat pastorale beraders se betrokkenheid die *enigste* oorsaak van 'n tekort aan voortgesette behandeling is nie, maar wel dat dit een van die bydraende faktore is.

Die oorkoepelende doelstelling van hierdie navorsing is om 'n model voor te stel wat deur pastorale beraders, as leiers in hulle afsonderlike geloofsgemeenskappe, gebruik kan word om meer betrokke te raak by voortgesette behandeling.

'n Steekproef is gedoen om te bepaal hoe voortgesette behandeling tans in die Wes-Kaap benader word. Individuele onderhoude is gevoer met die bestuurders van vier verskillende behandelingsinstansies. Alhoewel slegs vier rolspelers by die navorsing betrek is, dek hulle werksaamhede 'n wye spektrum van behandeling in die Wes-Kaap.

In hierdie navorsing is bewys dat daar tans 'n gebrek is aan voortgesette behandeling wat aan pasiënte in die Wes-Kaap gebied word deurdar daar nie genoeg opgeleide/ingeligte terapeute is wat hierdie diens lewer nie. Daar is ook 'n beperkte betrokkenheid van pastorale beraders in hierdie verband, alhoewel hulle dikwels in 'n goeie posisie is om voortgesette behandeling aan middelafhanklike persone en hul gesinne te bied.

Die terugvoering van diensverskaffers in die veld van middelafhanklikheid het aangedui dat pastorale beraders dikwels onbewus is van die werklike aard van middelafhanklikheid as 'n chroniese siekte en die behoeftes van die middelafhanklike persoon.

Laastens het die navorsing bevind dat pastorale beraders bewus moet word van die rol wat hulle kan speel tydens voortgesette behandeling, die behoeftes waaraan tans nie voldoen word nie en die manier hoe hulle te werk kan gaan om verandering in hul geloofsgemeenskappe te bewerkstellig.

ERKENNINGS

Talle mense het die voltooiing van hierdie navorsing en die voltooiing van hierdie dokument moontlik gemaak.

Ek wil erkenning gee aan die verskeie rolspelers wat behandeling in die Wes-Kaap aanbied en bereid was om hul ervaring met my te deel.

Ek wil erkenning gee aan die ondervinding en wysheid van my supervisor, Professor Christo Thesnaar, Fakulteit Teologie, Universiteit van Stellenbosch.

Ek wil erkenning gee aan Me. Jelleke Wierenga, wat seker gemaak het dat hierdie dokument taalkundig versorg is.

Ek wil ook dankie sê aan my ouers, sonder wie se volgehoue ondersteuning en motivering ek nie hierdie studie sou kon voltooi nie.

INHOUDSOPGAWE

1. DIE AARD EN OMVANG VAN DIE NAVORSING	1
1.1. OORSPRONG VAN DIE NAVORSING	1
1.2. KERNKONSEPTE	1
1.2.1. Middelaafhanklikheid	1
1.2.2. Multidissiplinêre behandeling	2
1.2.3. Rehabilitasieprogram	2
1.2.4. Voortgesette behandeling	3
1.2.5. Kerk en geloofsgemeenskap.....	3
1.2.6. Pastorale berader	4
1.3. DIE NAVORSINGSPROBLEEM.....	4
1.3.1. Oorsig.....	4
1.3.2. Probleemstelling	7
1.3.2.1. Navorsingsvraag	7
1.3.2.2. Doelstellings.....	7
1.4. NAVORSINGSMETODOLOGIE.....	7
1.4.1. Benadering	7
1.4.2. Metode.....	8
1.4.2.1. Literatuurstudies.....	8
1.4.2.2. Empiriese studie.....	9
1.4.3. Struktuur	10
1.5. GEVOLGTREKKING	12
2. VOORTGESETTE BEHANDELING VAN MIDDELAFHANKLIKHEID – HISTORIESE ONTWIKKELING EN HUIDIGE TENDENSE	13
2.1. INLEIDING.....	13
2.2. HISTORIESE ONTWIKKELING VAN BEHANDELING	14
2.2.1. Inleiding	14
2.2.2. Vroeë geskiedenis	15
2.2.3. 1600 - 1749	16
2.2.4. 1750 - 1899	17
2.2.5. 1900 - 1999	21
2.2.5.1. 1900 - 1929.....	21

2.2.5.2. 1930 - 1969.....	22
2.2.5.2.1. Alkoholiste Anoniem.....	22
2.2.5.2.2. National Committee for Education on Alcoholism	24
2.2.5.2.3. Ontwikkelinge in Suid-Afrika.....	25
2.2.5.3. 1970 - 1999.....	26
2.2.6. Gevolgtrekking.....	27
2.3. BEHANDELING IN DIE 21STE EEU	28
2.3.1. Inleiding	28
2.3.2. Verslawingsmodelle van middelafhanklikheid	28
2.3.2.1. Morele verslawingsmodel.....	28
2.3.2.2. Mediese verslawingsmodel	29
2.3.2.3. Sosio-kulturele verslawingsmodel	29
2.3.2.4. Psigologiese verslawingsmodel.....	29
2.3.2.5. Bio-psigo-sosiale verslawingsmodel.....	30
2.3.3. Die siekte-konsep van middelafhanklikheid.....	30
2.3.3.1. Eienskappe van die siekte-konsep	30
2.3.3.2. Kritiek op die siekte-konsep.....	31
2.3.3.3. Voordele van die siekte-konsep.....	32
2.3.4. Vorme van behandeling	32
2.3.4.1. Binne-pasiënt behandeling	33
2.3.4.2. Buite-pasiënt behandeling	33
2.3.4.3. Terapeutiese gemeenskappe	34
2.3.5. Pastorale berading as erkende dissipline.....	34
2.3.5.1. In die verlede.....	34
2.3.5.2. Bio-psigo-sosiale-spirituele model	36
2.3.5.3. Debatte teen.....	36
2.3.5.4. Debatte vir.....	36
2.3.6. Effektiewe behandeling	38
2.3.7. Gevolgtrekking.....	39
2.4. VOORTGESETTE BEHANDELING IN DIE WES-KAAP	39
2.4.1. Oorsig.....	39
2.4.1.1. Individuele terapie	40
2.4.1.2. Ondersteuningsgroepe.....	40
2.4.1.2.1 Christelike Afhanklikheidsdiens (CAD).....	40
2.4.2. Voortgesette behandeling in die Wes-Kaap	41
2.4.2.1. Die belangrikheid van voortgesette behandeling	41
2.4.2.2. Voortgesette behandeling wat verskaf word	42

2.4.2.3. Rolspelers in die veld van voortgesette behandeling	43
2.4.2.4. Betrokkenheid van pastorale beraders by voortgesette behandeling	45
2.4.2.5. Die behoefte van die middelafhanklike persoon	47
2.5. GEVOLGTREKKING	48
3. DIE ONBEVREDIGDE BEHOEFTE VAN DIE MIDDELAFHANKLIKE PERSOON	49
3.1. INLEIDING	49
3.2. GEVOLGE VAN 'N GEBREK AAN VOORTGESETTE BEHANDELING	49
3.2.1. Mediese perspektiewe	49
3.2.2. Sosiologiese perspektiewe.....	51
3.2.3. Psigologiese perspektiewe.....	51
3.3. OORSAKE VAN 'N GEBREK AAN VOORTGESETTE BEHANDELING	52
3.3.1. Mediese perspektiewe	52
3.3.1.1. Mediese dokters en medikasie tydens voortgesette behandeling	52
3.3.1.2. Terminale pasiënte.....	52
3.3.2. Sosiologiese perspektiewe.....	53
3.3.2.1. Geografiese ligging en afstand	53
3.3.2.2. Beplanning	53
3.3.2.3. Ongemotiveerde pasiënte	53
3.3.3. Psigologiese perspektiewe.....	54
3.3.3.1. Bewusmaking.....	54
3.3.3.2. Aanmoediging van die kliënt.....	55
3.3.3.3. Aanmoediging van die terapeut.....	55
3.3.4. Ervaring van die diensverskaffers	55
3.3.4.1. Kommunikasie tussen terapeute	55
3.4. DIE AFWESIGHEID VAN PASTORALE BERADING TYDENS VOORTGESETTE BEHANDELING.....	58
3.4.1. Mediese perspektiewe	58
3.4.2. Sosiologiese perspektiewe.....	58
3.4.2.1. 'n Tekort aan empiriese navorsing.....	58
3.4.3. Psigologiese perspektiewe.....	59
3.4.3.1. Persepsie van pastorale beraders se rol	59
3.4.3.2. Kompetisie tussen psigologie en pastorale berading	59
3.4.4. Ervaring van die diensverskaffers	60
3.5. GEVOLGTREKKING	61

4. DIE MOONTLIKE ROL WAT PASTORALE BERADING KAN SPEEL TYDENS VOORTGESETTE BEHANDELING.....	62
4.1. INLEIDING.....	62
4.2. MULTIDISSIPLINÊRE PERSPEKTIEWE.....	63
4.2.1. Mediese perspektiewe	63
4.2.2. Psigologiese perspektiewe.....	63
4.2.3. Sosiologiese perspektiewe.....	64
4.3. PRAKTIES TEOLOGIESE PERSPEKTIEWE.....	65
4.3.1. Die eienskappe van 'n pastorale berader	65
4.3.2. Verskillende teorieë en benaderings in pastorale berading	68
4.3.2.1. Modelle van pastorale berading.....	68
4.3.2.2. Logoterapie	70
4.3.2.3. Narratiewe terapie	71
4.3.3. Pastorale berading tydens voortgesette behandeling.....	72
4.3.3.1. Pastorale berading en die middelafhanklike individu	73
4.3.3.2. Pastorale berading en die gesin	76
4.3.3.2.1. Mede-afhanklikheid (<i>Co-dependency</i>).....	76
4.3.3.2.2. Behandeling	77
4.3.3.3. Pastorale berading en die gemeenskap	79
4.4. SAMEWERKING IN 'N MULTIDISSIPLINÊRE BENADERING	80
4.5. GEVOLGTREKKING	82
5. DIE VERANTWOORDELIKHEID VAN PASTORALE BERADERS.....	83
5.1. INLEIDING.....	83
5.2. IMPLIKASIES VAN DIE GEVOLGTREKKINGS TOT DUSVER	83
5.2.1. Konteks in die Wes-Kaap.....	83
5.2.1.1. Historiese verloop en huidige konteks	83
5.2.1.2. Gevolgtrekkings uit die empiriese studie	85
5.2.1.3. Implikasies	86
5.2.2. Die behoefte van die middelafhanklike persoon	87
5.2.2.1. Oorsake en gevolge van 'n gebrek aan voortgesette behandeling.....	87
5.2.2.2. Die afwesigheid van pastorale berading	88
5.2.2.3. Gevolgtrekkings uit die empiriese studie	89
5.2.2.4. Implikasies	89

5.2.3.	Die moontlike rol van die pastorale berader	90
5.2.3.1.	Multidissiplinêre perspektiewe	90
5.2.3.2.	Implikasies	90
5.3.	PASTORALE BERADERS SE BETROKKENHEID BY VOORTGESETTE BEHANDELING – 'N PRAGMATIESE MODEL	91
5.3.1.	Wisselwerking tussen die sisteme	93
5.3.2.	Veranderingsproses in 'n geloofsgemeenskap	93
5.3.2.1.	Insette – die visie en missie van 'n geloofsgemeenskap	94
5.3.2.2.	Transformasie – revolusionêre of evolusionêre verandering?	95
5.3.2.3.	Uitsette	96
5.3.2.3.1.	Opleiding en bewusmaking van pastorale beraders	96
5.3.2.3.2.	Bewusmaking van die publiek	98
5.3.2.3.3.	Ondersteuningsgroepe	99
5.3.2.4.	Terugvoering	100
5.4.	GEVOLGTREKKING	101
6.	SAMEVATTING	102
6.1.	INLEIDING	102
6.2.	PROBLEEMSTELLING EN NAVORSINGSVRAAG	102
6.3.	DOELSTELLINGS	103
6.3.1.	Hoofstuk 2	104
6.3.2.	Hoofstuk 3	104
6.3.3.	Hoofstuk 4	105
6.3.4.	Hoofstuk 5	105
6.4.	BEVINDINGE	105
6.4.1.	Hoofstuk 2	105
6.4.2.	Hoofstuk 3	106
6.4.3.	Hoofstuk 4	106
6.4.4.	Hoofstuk 5	106
6.5.	AANBEVELINGS	107
6.5.1.	Bewusmaking en opleiding van pastorale beraders	107
6.5.2.	Kommunikasie in die veld van middelafhanklikheidsbehandeling	108
6.5.3.	Ondersteuningsgroepe	108
6.6.	VERDERE NAVORSING	109
6.7.	ALGEMENE KONKLUSIE	110

7. BIBLIOGRAFIE	111
ADDENDUM A	121
ADDENDUM B	126
ADDENDUM C	127

LYS VAN FIGURE

Figuur 5.1:	92
-------------------	----

HOOFSTUK 1

1. DIE AARD EN OMVANG VAN DIE NAVORSING

1.1. OORSPRONG VAN DIE NAVORSING

My belangstelling in middelafhanklikheid het reeds op universiteit tydens my voorgraadse studies begin toe meer as een van my goeie vriende vasgeval het in alkohol- en dwelmmisbruik. Sommige van dié wat by rehabilitasiesentrums behandel is, het sober gebly, ander het onmiddellik weer teruggeval in hul ou gewoontes.

Alkohol- en veral dwelmmisbruik het gewoonlik 'n invloed op baie mense om die gebruiker; sommige word selfs by die gebruik van die middels betrek. Wanneer ek terugkyk na daardie deel van my lewe, is dit nie die alkohol- en dwelmgebruik wat my die meeste bekommer nie, maar die onvermoë om ook vanuit 'n spirituele perspektief hulp en moontlike oplossings te bied. Predikante wat wonderlike pastorale beraders is, het net nie die antwoorde gehad nie.

Intussen het ek praktiese ondervinding in die veld van middelafhanklikheid by 'n rehabilitasiesentrum in die Wes-Kaap opgedoen. Tydens my werk by hierdie sentrum het ek 'n paar kwessies opgemerk wat my gemotiveer het om hierdie navorsing aan te pak. Eerstens het ek besef dat die meeste mense nie die aard van middelafhanklikheid behoorlik verstaan nie; dit sluit opgeleide professionele persone soos dokters, maatskaplike werkers en pastorale beraders in. Tweedens het ek besef dat die middelafhanklike persoon in sy/haar geheel behandel moet word: daar moet aandag gegee word aan die mediese, sielkundige, sosiale en spirituele aspekte van die persoon se lewe. Derdens het dit duidelik geword dat uiters hoë verwagtinge van die werk van rehabilitasiesentrums gekoester word terwyl die middelafhanklike persoon se behoeftes dikwels afgeskeep word wanneer hy/sy terugkeer na sy/haar tuisomgewing. Hierdie drie aspekte wat ek persoonlik ervaar het, het my gemotiveer om 'n navorsingsprobleem in die veld van middelafhanklikheid te identifiseer en om 'n teologiese bydrae te lewer om moontlike oplossings vir hierdie probleem te bied.

1.2. KERNKONSEPTE

Dit is belangrik dat sekere kernkonsepte verduidelik word wat in hierdie studie onder die loep kom. Die navorser verstaan die volgende konsepte soos volg:

1.2.1. Middelafhanklikheid

ASAM (2011:1) verskaf die volgende formele definisie van middelafhanklikheid: "A primary, chronic disease of brain reward, motivation, memory and related circuitry. Dysfunction in

these circuits leads to characteristic biological, psychological, social and spiritual manifestations.”

Middelafhanklikheid veroorsaak 'n verandering in breinfunksionering en moet dus verstaan word as 'n chroniese mediese toestand waar 'n persoon afhanklikheidsvormende middels misbruik ondanks mediese, sielkundige, sosiale en spirituele probleme as direkte gevolg van hierdie misbruik. Bogenoemde definisie lig “primary” en “chronic” uit as eienskappe van die toestand, wat volgens Cojocaru & Dima-Cozma (2014:150) aandui dat die gedrag van 'n middelafhanklike persoon beskou moet word as simptome van die siekte, en dat die behandeling en beheer van die siekte 'n lewenslange proses is.

1.2.2. Multidissiplinêre behandeling

Die definisie van middelafhanklikheid dui aan dat die toestand probleme op byna alle gebiede van 'n persoon se lewe veroorsaak. Die behandeling van die toestand moet dus al hierdie gebiede insluit. 'n Holistiese benadering behoort gevolg te word, waar 'n persoon behandeling uit meer as een professionele oord (Hitzeroth & Kramer, 2010:20) ontvang, byvoorbeeld 'n span maatskaplike werkers, mediese dokters, sielkundiges, arbeidsterapeute, pastorale beraders, ens.

Dit is belangrik om te beseef dat die behandeling van middelafhanklikheid verdeel kan word in twee fases, nl. die primêre en die sekondêre fase van behandeling. Dié fases word hier net kortliks toegelig; albei word in meer besonderhede in die volgende hoofstuk bespreek.

1.2.3. Rehabilitasieprogram

Die primêre fase van behandeling is die tydperk wanneer 'n middelafhanklike persoon 'n formele rehabilitasieprogram volg, gewoonlik aangebied deur 'n instansie wat in hierdie behandeling spesialiseer. Van die middelafhanklike persoon kan vereis word om 'n bepaalde tyd in die instansie opgeneem te word as pasiënt. Dit staan bekend as binne-pasiënt behandeling (Hitzeroth & Kramer, 2010:20).

'n Ander vorm van primêre behandeling is buite-pasiënt behandeling, waar die middelafhanklike persoon nie in 'n instansie opgeneem word nie. 'n Formele rehabilitasieprogram word steeds gevolg deur terapeutiese sessies by te woon, maar die persoon word nie uit sy/haar tuisomgewing verwyder nie (Sussman & Ames, 2001:104). Hierdie twee behandelingsmetodes, asook ander vorms van behandeling, sal in die volgende hoofstuk in meer besonderhede bespreek word. Enige vorm van primêre behandeling moet egter opgevolg word deur voortgesette behandeling.

1.2.4. Voortgesette behandeling

Die sekondêre fase van behandeling staan bekend as voortgesette behandeling. Tydens hierdie fase ontvang die middelafhanklike persoon voortgaande ondersteuning en behandeling ná die voltooiing van 'n intensiewe rehabilitasieprogram (Rosenberg, 2008:126). Hierdie behandelingstyd kan ook *nasorg* genoem word, alhoewel die term *voortgesette behandeling* tans meer gebruik word om aan te dui dat dit 'n voortdurende proses is (McKay, 2005:1596).

Algemene aktiwiteite tydens voortgesette behandeling sluit in terapeutiese groepsessies, individuele terapie, telefoniese gesprekke en die bywoning van ondersteuningsgroepe (McKay, 2009:132). Dr. Ray Eberlein (2010:213), wat 'n persoonlike verbintenis met die Christelike Afhanklikheidsdiens (CAD) het, skryf vanuit 'n Suid-Afrikaanse konteks en fokus in sy boek grotendeels op voortgesette behandeling, wat volgens hom die grootste deel (95%) van die totale behandelingsproses uitmaak, maar ook die deel van behandeling is wat die meeste nagelaat word.

Die navorser sal in hierdie studie veral op voortgesette behandeling fokus en beskou dit as 'n fase van behandeling wat lewenslank deur 'n middelafhanklike persoon onderhou moet word.

1.2.5. Kerk en geloofsgemeenskap

Die terme *kerk* en *geloofsgemeenskap* is soortgelyk in betekenis. Die term *kerk* kan immers gedefinieer word as 'n gemeenskap van gelowiges, wat impliseer dat *kerk* en *geloofsgemeenskap* uitruilbaar as terme gebruik kan word.

In die konteks van die huidige studie, wat veral fokus op die take van leiers in kerke en geloofsgemeenskappe, moet daar egter onderskeid tussen hierdie twee terme getref word. Wanneer die navorser verwys na die leier van 'n kerk, word bedoel die Christelike prediker wat verantwoordelik is vir die leiding van 'n gestruktureerde religieuse organisasie. Die leier van 'n geloofsgemeenskap, daarteenoor, verwys na iemand wat een van vele leierskapsposisies in daardie gemeenskap kan beklee.

Die kerk, as religieuse organisasie, sal in die meeste gevalle net een of twee leiers (predikers) hê wat verantwoordelik is vir die leiding van hul gemeente. Dieselfde kerk as *geloofsgemeenskap* kan egter verskeie leiers hê wat verantwoordelik is vir afsonderlike take in die gemeente, soos uitreikaksies, lofsang en aanbidding, kinder- en jeugbediening, gebedsaksies, ondersteuningsgroepe en pastorale berading.

1.2.6. Pastorale berader

Volgens Collins (2008:4) is pastorale berading, of Christelike berading, 'n gespesialiseerde vorm van terapie met die doel om kliënte te help genees, te leer en aan te moedig om persoonlik en spiritueel te groei. Die pastorale berader is dus uniek in die sin dat hy/sy terapie aanbied vanuit Bybelse beginsels.

Magezi (2007:655) is van mening dat pastorale beraders in Afrika veral moet fokus op die unieke sosio-kulturele sisteemdenke van die mense waarmee hulle werk. Die rol van die gemeenskap/familie en die geloof in bonatuurlike oorsake van probleme is twee van die grootste faktore wat in ag geneem moet word wanneer pastorale berading in Afrika aangebied word. Die Suid-Afrikaanse konteks bied 'n unieke uitdaging aan pastorale beraders, aangesien hulle in staat moet wees om met persone van verskillende kulture en gemeenskappe te werk. Dit is belangrik dat pastorale beraders bewus moet wees van die manier waarop die kulturele agtergrond en wêreldbeskouing van 'n kliënt die pastorale beradingsproses kan beïnvloed.

In hierdie studie verwys die term *pastorale berader* na gespesialiseerde pastorale beraders, asook predikante, pastore en ander spirituele leiers wat teologiese opleiding ontvang het en pastorale berading beoefen as deel van hul taak as leier in 'n kerk of geloofsgemeenskap. In sekere gevalle kan die leier (leraar) van 'n kerk pastorale berading beoefen as een van sy/haar take in die gemeente, maar hierdie taak kan ook toevertrou word aan 'n leier of leiers in die geloofsgemeenskap wat spesialiseer in pastorale berading.

1.3. DIE NAVORSINGSPROBLEEM

1.3.1. Oorsig

Middelafhanklikheid het 'n krisis in die Suid-Afrikaanse samelewing geword. Alkoholmisbruik is net een van die gevare. Dwelmmisbruik in die Wes-Kaap, veral onder jeugdiges, is 'n toenemende probleem. Van der Westhuizen (2013:1) berig dat die beskikbaarheid van dwelmmiddels in die Wes-Kaap een van die groot redes hiervoor is. 'n Studie (Johnson & Lazarus, 2008:20) onder jeugdiges in die Wes-Kaap het bevind dat huise (11.8%), partytjies (21.3%) en skole (24.8%) die algemeenste plekke is waar dwelmmiddels bekom kan word. Volgens 'n opname oor risiko gedrag onder Suid-Afrikaanse jeugdiges, soos berig deur Williams (2016:1), gebruik die Suid-Afrikaanse bevolking hoofsaaklik alkohol (40%), tabak (30%) en dagga (8%). 15% van Suid-Afrikaanse jeugdiges erken dat hulle toonbankmedikasie misbruik het, terwyl 11,5% van jeugdiges "harder" dwelmmiddels soos heroïen, Mandrax of metamfetamien (tik) gebruik het. SACENDU (2016:1) se verslag oor die behandeling van middelafhanklikheid in die Wes-Kaap in 2016 toon dat dagga die mees

algemene dwelmmiddel is wat jeugdiges (persone onder 20 jaar) misbruik teenoor metamfetamien (tik) vir volwassenes.

Dié syfers skets 'n duidelike prentjie van die uitdaging wat middelafhanklikheid aan die Suid-Afrikaanse samelewing bied. Om behandeling vir middelafhanklikheid in hierdie sosiale omstandighede aan te bied, is nie altyd 'n maklike taak nie. Tog is die navorser oortuig dat pastorale beraders in die Wes-Kaap by behandeling betrek moet word.

'n Persoon wat gediagnoseer word met middelafhanklikheid kan verskeie behandelingsmetodes volg. Formele behandeling in die Wes-Kaap kom hoofsaaklik in twee vorme voor, nl. binne-pasiënt behandeling en buite-pasiënt behandeling. Soos reeds gestel, is dit belangrik om te besef dat ongeag watter vorm van primêre behandeling 'n persoon ondergaan, daar altyd opvolgbehandeling moet wees, bekend as voortgesette behandeling.

Die behandeling van 'n middelafhanklike persoon kan vergelyk word met dié van 'n pasiënt wat 'n rugoperasie ondergaan het. Alhoewel die pasiënt uit die hospitaal ontslaan is, duur dit steeds 'n tyd voor hy/sy ten volle herstel het; fisioterapie en medikasie speel steeds 'n rol in die behandelingsproses. Net so moet die middelafhanklike persoon ná behandeling by 'n rehabilitasiesentrum voortgesette behandeling ontvang in die vorm van opvolg afspraak by 'n gekwalifiseerde terapeut en die bywoon van ondersteuningsgroepe.

'n Algemene voorbeeld van 'n rehabilitasieproses is die volgende: Tydens primêre behandeling word 'n terapeut, gewoonlik 'n maatskaplike werker, aangestel as 'n pasiënt se saakbestuurder. Alhoewel die pasiënt deur 'n multidissiplinêre span behandel word, is dit hierdie terapeut se verantwoordelikheid om die pasiënt se behandeling te bestuur. Sy/hy verwys die pasiënt byvoorbeeld na 'n sielkundige indien die behoefte daarvoor tydens behandeling na vore kom. Dit is ook hierdie terapeut se verantwoordelikheid om 'n uitplasingverslag te skryf wat die verloop van die pasiënt se behandeling in een dokument saamvat. Na voltooiing van die primêre behandeling word hierdie verslag oorgedra na 'n terapeut buite die rehabilitasiesentrum, gewoonlik ook 'n maatskaplike werker, wat verantwoordelik is vir die pasiënt se voortgesette behandeling. Tydens die voortgesette behandeling verskuif die verantwoordelikheid vir die pasiënt se behandeling van terapeute binne die rehabilitasiesentrum na terapeute buite. Die terapeut wat die uitplasingverslag ontvang, word nou die nuwe saakbestuurder van die pasiënt. Die groot verskil tussen binne- en buitebehandeling is dat die multidissiplinêre struktuur buite die rehabilitasiesentrum nie duidelik uiteengesit is nie. 'n Pasiënt kan byvoorbeeld steeds die behoefte hê om 'n sielkundige te spreek, maar die onus rus nou op die nuwe saakbestuurder om die pasiënt na 'n nuwe sielkundige te verwys, wat dikwels onafhanklik werk. Net so kan die spirituele behoeftes van

die middelafhanklike pasiënt dikwels nie in die beperkte behandelingstyd in die rehabilitasiesentrum ten volle bevredig word nie. Die pastorale berader in die rehabilitasiesentrum (indien die sentrum van 'n pastorale berader se dienste gebruik maak) lê gewoonlik net die grondslag waarop voortgebou kan word tydens voortgesette behandeling. Die spirituele behoeftes van die pasiënt word tydens voortgesette behandeling meestal oorgelaat aan ondersteuningsgroepe soos die Alkoholiste Anoniem (AA) en die CAD. Ondersteuningsgroepe speel 'n geweldig belangrike rol tydens voortgesette behandeling, maar dit kan wees dat 'n persoon ook die behoefte het aan individuele aandag in die vorm van een-tot-een pastorale berading. In so 'n geval kan 'n pastorale berader 'n groot rol speel in die persoon se voortgesette behandeling.

Dit is belangrik om te beseft dat daar 'n oorgangsfase is tussen die primêre behandeling wat deur 'n sentrum aangebied word en die voortgesette behandeling. Hierdie oorgangsfase moet in teorie tot die minimum beperk word. Die prosesse wat begin is tydens 'n persoon se primêre behandeling behoort dadelik voort te gaan tydens sy/haar voortgesette behandeling, waar alle terapeute bewus is van die behoeftes wat steeds tydens voortgesette behandeling aangespreek moet word.

In die praktyk verloop hierdie proses nie altyd so glad nie. Die grootste rede hiervoor is myns insiens dat baie terapeute 'n wanpersepsie het van die belangrikheid van voortgesette behandeling. Persone wat primêre behandeling voltooi het, word in baie gevalle as 'n "suksesverhaal" beskou, wat meebring dat sy/haar voortgesette behandeling afgeskeep word of bloot nie plaasvind nie. Die wanpersepsie word gedeel deur maatskaplike werkers wat as saakbestuurders optree sowel as pastorale beraders en ander terapeute wat eintlik deel behoort te vorm van 'n persoon se voortgesette behandeling.

Hoewel middelafhanklikheid uit meer as een studieveld benader kan word, is dit die navorser se oortuiging dat pastorale berading binne die studieveld van die praktiese teologie 'n rol kan speel in die voortgesette behandeling van die middelafhanklike persoon. Jordan en Kirkland-Harris (2013:67) is van mening dat pastorale berading 'n regmatige posisie binne die behandeling van middelafhanklikheid beklee, maar dat slegs 12% van pastorale beraders in die VSA opleiding het in die veld van middelafhanklikheid. Soortgelyke statistieke is ongelukkig nie in Suid-Afrika beskikbaar nie. Aangesien 'n persoon se geloofslewe ook geraak word deur middelafhanklikheid, is daar dikwels die behoefte by pasiënte om pastorale berading te ontvang vir spirituele probleme soos onvergewensgesindheid of spirituele vraagstukke soos 'n soeke na identiteit en betekenis. Dit is egter nie die doel van hierdie navorsing om pastorale berading se posisie binne die behandeling van middelafhanklikheid te verdedig nie; hierdie soort navorsing is reeds

gedoen deur onder andere Howard Clinebell (1968) en meer onlangs deur Pardini *et al.* (2001). Die gaping in die beskikbare literatuur, asook in die praktyk, lê volgens die navorser eerder in die rol wat pastorale berading kan speel tydens die voortgesette behandeling van 'n middelafhanklike persoon, en spesifiek binne die konteks van die Wes-Kaap, asook in die samewerking tussen pastorale beraders en ander aktiewe rolspelers soos die CAD.

1.3.2. Probleemstelling

Hierdie studie fokus dus op die klaarblyklike probleem dat daar tans nie voldoende pastorale berading plaasvind tydens die voortgesette behandeling van middelafhanklike persone in die Wes-Kaap nie. Die navorser doen terselfdertyd voorstelle aan die hand om hierdie probleem op te los.

1.3.2.1. Navorsingsvraag

Na aanleiding van bogenoemde probleemstelling word die navorsingsvraag geformuleer as: *Wat kan gedoen word om pastorale beraders, as leiers in geloofsgemeenskappe, deel te maak van die multidissiplinêre voortgesette behandeling van middelafhanklike persone in die Wes-Kaap?*

1.3.2.2. Doelstellings

Die doelstellings van die navorsing is:

- Om te bepaal wat die historiese ontwikkeling van behandeling en voortgesette behandeling van middelafhanklikheid in Suid-Afrika is, die rol wat pastorale berading hierin gespeel het, asook die huidige tendense.
- Om in gesprek te tree met ander wetenskaplike dissiplines en rolspelers wat betrokke is by behandeling in die Wes-Kaap en te bepaal waarom pastorale beraders tans nie voldoende betrokke is by voortgesette behandeling in die Wes-Kaap nie.
- Om weer in gesprek te tree met ander wetenskaplike dissiplines en praktiese teologiese perspektiewe te bied oor die rol wat pastorale berading wel behoort te speel tydens voortgesette behandeling.
- Om 'n model te skets wat deur pastorale beraders gebruik kan word om die voortgesette behandeling van middelafhanklike persone in die Wes-Kaap te verbeter.

1.4. NAVORSINGSMETODOLOGIE

1.4.1. Benadering

'n Anti-positivistiese standpunt word in hierdie navorsing ingeneem, aangesien die navorsing interpretatief benader word (Maree, 2007:31-32). Hayes (2000:8) stel:

Anti-positivism emphasises a phenomenological approach to understanding people. That means that in order to catch the meaning of a social event, we need to look at it through the eyes of the people actively involved - to see it as they see it.

Die navorser het besluit om in hierdie studie te fokus op die behandelingsinstansies wat voortgesette behandeling aanbied, eerder as die pasiënte wat tans voortgesette behandeling ontvang. Die siening van die betrokke behandelingsinstansies word dus in hierdie navorsing gebruik om tot sekere bevindinge te kom oor die moontlike rol wat pastorale berading kan speel tydens voortgesette behandeling in die Wes-Kaap.

Bogenoemde standpunt gee aanleiding tot kwalitatiewe navorsing, wat volgens Neuman (2007:109) inhou dat die navorser 'n sekere sosiale aspek beoordeel, ten einde nuwe konsepte of hipoteses te vorm. In die huidige studie word kwalitatiewe navorsing beoefen deur data insameling, analise en interpretasie volgens die onderhoude wat gevoer is met betrokke behandelingsinstansies. Die besonderhede van hierdie onderhoude word verduidelik in afdeling 1.4.2.2. van hierdie hoofstuk.

Die navorsing kan ook geklassifiseer word as 'n *verklarende* studie, soos gedefinieer deur Mouton & Marais (1996:45), naamlik dat verklarende studies poog om 'n gegewe aspek te verduidelik na aanleiding van 'n spesifieke oorsaak. In die huidige studie is die gegewe aspek 'n tekort aan voortgesette behandeling en die voorgestelde oorsaak is die beperkte betrokkenheid van pastorale beraders. Die navorser stel dit egter nie as feit dat pastorale beraders se betrokkenheid die *enigste* oorsaak van bogenoemde probleem is nie, maar wel dat dit een van die bydraende faktore is.

1.4.2. Metode

Om die bogenoemde probleem te ondersoek, het die navorser van sowel literatuurstudies as empiriese data gebruik gemaak.

1.4.2.1. Literatuurstudies

Dit is die navorser se siening dat middelafhanklikheid op 'n multidissiplinêre wyse benader moet word en dat die huidige studie dus 'n gesprek met ander studievelds moet vorm. Alhoewel die huidige studie plaasvind binne die navorsingsveld van praktiese teologie, word daar in die loop van die studie ook verwys na mediese navorsing, asook navorsing in psigologie en sosiologie.

1.4.2.2. Empiriese studie

'n Doelgerigte steekproef is gedoen om te bepaal hoe voortgesette behandeling tans in die Wes-Kaap benader word. Individuele onderhoude is gevoer met die bestuurders van vier verskillende behandelingsinstansies, na wie ook verwys sal word as *rolspelers* in die veld van middelafhanklikheid. Die navorser het doelgerigte steekproefneming, as onderafdeling van die nie-waarskynlikheidsmetode van steekproefneming, geïmplementeer om hierdie rolspelers by die navorsing te betrek. Acharya, Prakash, Saxena & Nigam (2013:332) verduidelik soos volg:

Non-probability samples are those in which the probability that a subject is selected is unknown and results in selection bias in the study ... The sample is chosen on the basis of the convenience of the investigator.

Die navorser is oortuig dat hierdie vorm van steekproefneming verband hou met Osmer (2008:4) se *Core Tasks of Practical Theological Interpretation*, soos dit sal blyk in die struktuur wat die navorsing volg. Die navorser erken ook dat hierdie vorm van steekproefneming die gevolg inhou dat bevinding in die studie nie veralgemeen kan word nie, maar dat die bevindinge spesifiek sal verwys na die manier waarop voortgesette behandeling tans beoefen word in die Wes-Kaap.

Die navorser het 'n aantal behandelingsinstansies in die Wes-Kaap uitgenooi om aan die studie deel te neem, waarvan slegs vier instansies positief op hierdie uitnodiging reageer het. Die bestuurders van bogenoemde instansies is volgens die navorser in die beste posisie om 'n geheelbeeld te verskaf van hul instansies se betrokkenheid by voortgesette behandeling en die moontlike rol wat pastorale berading daarin speel. Alhoewel slegs vier rolspelers by die navorsing betrek is, dek hulle werksaamhede 'n wye spektrum van behandeling in die Wes-Kaap. Die vier rolspelers is onderskeidelik betrokke by 'n instansie wat landwyd fokus op voortgesette behandeling en ondersteuningsgroepe; 'n instansie wat 'n buite-pasiënt program in dele van Kaapstad aanbied; 'n instansie net buite Kaapstad wat 'n binne-pasiënt program aanbied vir persone in die Wes-Kaap; en 'n instansie in 'n Wes-Kaapse dorp wat 'n binne- sowel as buite-pasiënt program aanbied. Drie van die vier rolspelers gebruik 'n Christelike uitgangspunt tydens hul behandelings, alhoewel hul dienste toeganklik is vir alle persone, ongeag hul geloofsoortuigings.

Bogenoemde deelnemers is per e-pos uitgenooi om aan die navorsing deel te neem. Hierdie e-pos het bestaan uit 'n formele uiteensetting van die doel en fokus van die navorsing, asook die etiese riglyne wat gevolg sal word om die identiteit van die deelnemers vertroulik te hou. Vertroulikheid is 'n belangrike element van die etiese riglyne vir empiriese navorsing, soos

uiteengesit deur die Research Ethics Committee (REC) van die Universiteit van Stellenbosch (2015:33). 'n Formele aansoekproses is gevolg om goedkeuring vir die navorsing te verkry en die betrokke dokumente wat die etiese riglyne van die navorsing uiteensit is ook per e-pos aan die deelnemers gestuur.^{1 2} Deelnemers aan die navorsing het hierdie dokumente onderteken voordat enige onderhoude met hulle gevoer is.

Die onderhoude met bogenoemde rolspelers is op oudioband opgeneem en het bestaan uit een sessie van ongeveer 'n uur lank. Elf gestruktureerde vrae is aan die deelnemers gevra, met die moontlikheid van addisionele vrae afhangende van die antwoorde van die deelnemers.³ Die vrae is op so 'n manier gestruktureer sodat verskeie afdelings van die navorsing aangeraak word. Kwalitatiewe data-analise is toegepas, terwyl die oudio opnames van die onderhoude deur die navorser getranskribeer is om verifikasie te verseker.

1.4.3. Struktuur

Die struktuur van die navorsing volg Osmer (2008:4) se *Core Tasks of Practical Theological Interpretation*, waarin vier take geïdentifiseer word wat die basis vorm van interpretasie binne praktiese teologie. Die struktuur van die huidige navorsing is ingedeel volgens hierdie vier take, waar 'n hoofstuk toegeken is aan elk.

Die eerste taak tydens navorsing word deur Osmer (2008:31) beskryf as die beskrywende-empiriese taak en poog om die vraag te antwoord: "Wat gebeur?" Die navorser van hierdie studie wil bepaal hoe pastorale berading tans betrokke is by voortgesette behandeling. Om hierdie vraag te beantwoord, sal die navorser begin deur te kyk na die historiese ontwikkeling van voortgesette behandeling en ook hoe dit in die Suid-Afrikaanse konteks plaasgevind het. Huidige tendense in behandeling sal daarna bespreek word, met die fokus weer op die Suid-Afrikaanse konteks. Die hoofstuk word afgesluit met bevindinge uit die onderhoude wat met rolspelers in die Wes-Kaap gevoer is. Wat hierdie eerste afdeling van die navorsing betref, wil die navorser bepaal wat die verskillende rolspelers se siening van voortgesette behandeling is; die voortgesette behandeling wat hulle self aanbied; hulle skakeling met ander rolspelers in die veld van middelafhanklikheid; en die betrokkenheid en ondersteuning wat hulle van pastorale beraders ontvang.

¹ 'n Voorbeeld van die toestemmingsvorm wat deur deelnemers aan die navorsing onderteken is en geformuleer is volgens die riglyne soos uiteengesit deur die REC van die Universiteit van Stellenbosch, word aangeheg as Addendum A.

² 'n Voorbeeld van die institusionele toestemmingsvorm wat geformuleer is volgens die riglyne soos uiteengesit deur die REC van die Universiteit van Stellenbosch, word aangeheg as Addendum B.

³ Die vraelys wat gebruik is tydens die onderhoude gevoer met rolspelers in die Wes-Kaap, word aangeheg as Addendum C.

Osmer (2008:79) se tweede taak, die vertolkende taak, handel oor die vraag: “Waarom gebeur dit?” In die derde hoofstuk sal navorsing deur ander studieveldde ondersoek word, o.m.in die psigologie, sosiologie en mediese navorsing. Die navorser sal hier fokus op die redes waarom daar nie genoeg aandag gegee word aan voortgesette behandeling nie, hoe pastorale berading by hierdie probleem betrokke is en wat dit beteken in ’n Suid-Afrikaanse konteks. Om vas te stel waarom individuele, groep- en gemeenskapspastorale berading nie altyd ’n prominente rol speel binne die huidige struktuur van multidissiplinêre terapeute wat voortgesette behandeling kan bied nie, tree die tweede doel van die onderhoude gevoer met die bogenoemde rolspelers in werking, nl. om te bepaal waarom pastorale beraders tans nie betrokke is by voortgesette behandeling nie. Is daar byvoorbeeld ’n behoefte aan beter kommunikasie tussen terapeute/rolspelers in die veld van middelafhanklikheid, of is dit net die verantwoordelikheid van pastorale beraders om bewus te word van hul kliënte/lidmate se behoeftes?

Osmer (2008:129) identifiseer die derde taak binne praktiese teologie as die normatiewe taak, wat die vraag stel: “Wat behoort te gebeur?” In die vierde hoofstuk van hierdie navorsing sal die navorser in gesprek tree met ander vakdissiplines soos die psigologie, sosiologie en mediese navorsing om te bepaal wat hul beskouings is van die moontlike rol wat pastorale berading kan speel tydens voortgesette behandeling. Die navorser sal ook prakties teologiese konsepte bespreek wat ’n aanduiding sal gee van die unieke bydrae wat pastorale berading kan lewer binne voortgesette behandeling. Die fokus van hierdie hoofstuk sal dus wees op die rol van pastorale berading tydens terapie aan die middelafhanklike persoon, spesifiek tydens die tydperk van voortgesette behandeling. Dit is die navorser se doel om die rol van pastorale berading tydens voortgesette behandeling op hierdie manier af te baken; dus watter rol behoort pastorale berading te speel en watter rol behoort dit nie te speel nie. Die onderhoude gevoer met rolspelers in die Wes-Kaap is ook hier ter sake met die uiteensetting van hul verwagtinge van pastorale beraders.

Die laaste taak wat Osmer (2008:175) identifiseer, is pragmaties en stel die vraag: “Hoe kan ons reageer?” Die inhoud van hierdie hoofstuk bou voort op bevindinge in die vorige hoofstukke, veral op die normatiewe taak wat in die vierde hoofstuk behandel word. Die vyfde hoofstuk betrek die oorkoepelende doel van die studie, naamlik wat gedoen kan word om pastorale beraders te betrek by die multidissiplinêre voortgesette behandeling van middelafhanklike persone.

Die navorsing sluit af met ’n samevatting van die gevolgtrekkings in die afsonderlike hoofstukke, asook praktiese voorstelle om pastorale beraders te betrek by die multidissiplinêre voortgesette behandeling van middelafhanklike persone. Daar word o.m.

gekyk na maniere om kommunikasie tussen rolspelers te verbeter, inskakeling by reeds bestaande opleidingsgeleenthede binne die veld van middelafhanklikheid waarby ook pastorale beraders baat kan vind, en die belangrikheid van ondersteuningsgroepe vir die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin.

1.5. GEVOLGTREKKING

Die navorser sal die studie as suksesvol beskou indien bevindinge uit die studie gebruik kan word vir groter bewusmaking van die werklike aard en behandeling van middelafhanklikheid. Dit is belangrik dat hierdie bewusmaking geskied onder die publiek van die Wes-Kaap, maar veral ook onder terapeute soos pastorale beraders, wat 'n groot verskil in middelafhanklike persone se lewens kan maak. Dit is dus die navorser se hoop dat hierdie studie 'n daadwerklike bydrae sal lewer om die voortgesette behandeling van middelafhanklikheid in die Wes-Kaap te verbeter.

In die volgende hoofstuk kyk die navorser na die historiese ontwikkeling van die behandeling en voortgesette behandeling van middelafhanklikheid, die huidige tendense van behandeling in Suid-Afrika en hoe voortgesette behandeling tans in die Wes-Kaap aangebied word.

HOOFSTUK 2

2. VOORTGESETTE BEHANDELING VAN MIDDELAFHANKLIKHEID – HISTORIESE ONTWIKKELING EN HUIDIGE TENDENSE

2.1. INLEIDING

Pogings om 'n bydrae te lewer tot die behandeling van middelafhanklikheid vanuit 'n spirituele perspektief is nie 'n nuwe konsep nie. Die gebruik van afhanklikheidsvormende middels is van die vroegste tye af in die mens se geskiedenis aangeteken, waar die gebruik volgens die UNODC (2009) meestal deel gevorm het van spirituele seremonies. Cojocarú en Dima-Cozma (2014:149) meld dat die afhanklikheidsvormende eienskappe van hierdie middels ook vanuit 'n spirituele perspektief vertolk is, maar dat persone wat van middels afhanklik geword het, meestal deur hul gemeenskappe verwerp is as sondaars en swakkelinge.

Die mens se begrip van middelafhanklikheid het intussen aansienlik verbeter. Onlangse navorsing deur McLellan, Lewis, O'Brien en Kleber (2000:1689) toon dat die funksionering van die mens se brein vanweë die oormatige gebruik van sekere chemikalieë verander. Dit dui dus daarop dat middelafhanklikheid as 'n mediese toestand beskou moet word. Dit is vanuit hierdie hoek dat pastorale berading vandag steeds poog om 'n bydrae te lewer tot die behandeling van middelafhanklikheid.

Hierdie navorsing fokus hoofsaaklik op een aspek van behandeling, nl. voortgesette behandeling. Die behandeling van middelafhanklikheid het oor baie eeue heen ontwikkel, maar die belangrikheid van voortgesette behandeling is 'n relatief nuwe konsep. White (2004:84) meld dat die Washingtonian Homes, werksaam in die VSA, in die 1850's die eerste instansie was wat ondersteuningsgroepe gestig het vir middelafhanklike persone wat formele behandeling voltooi het. Om die belangrikheid van voortgesette behandeling te verstaan, is dit nodig om die historiese ontwikkeling van behandeling en die ontdekking van voortgesette behandeling as 'n kritieke deel van die suksesvolle herstel van die middelafhanklike persoon in oënskou te neem. Die doel van hierdie deel van die navorsing is nie om 'n breedvoerige historiese oorsig van bogenoemde ontwikkeling te gee nie, maar eerder om te fokus op die ontwikkeling van die mens se begrip van die werklike aard van middelafhanklikheid, die besef van die belangrikheid van voortgesette behandeling en die rol wat pastorale berading hierin kan speel, nie net wêreldwyd nie, maar ook in Suid-Afrika en spesifiek in die Wes-Kaap.

Ná die bespreking van die historiese ontwikkeling sal die navorser die huidige tendense van behandeling onder die loep neem. Verskeie konsepte sal in hierdie afdeling bespreek word, nl. die verskillende modelle van middelafhanklikheid, die siekte-konsep van middelafhanklikheid, die verskillende behandelingsmetodes wat beskikbaar is en pastorale berading as erkende dissipline binne hierdie behandeling. Die hoofstuk sluit af met 'n uiteensetting van voortgesette behandeling soos dit tans in die Wes-Kaap toegepas word, en die rol wat pastorale beraders hierin speel. Die navorser verwys in hierdie afdeling van die hoofstuk hoofsaaklik na terugvoering wat ontvang is van vier behandelingsinstansies wat betrokke is by voortgesette behandeling in die Wes-Kaap. Dit is die navorser se mening dat hierdie behandelingsinstansies die beste geheelbeeld verskaf van die belangrikheid van voortgesette behandeling in die Wes-Kaap, tot watter mate dit tans aangebied word, die verskillende rolspelers wat daarby betrokke is, die behoeftes van die middelafhanklike persoon en pastorale beraders se betrokkenheid in hierdie opset.

Hierdie hoofstuk behandel die eerste taak van Osmer (2008:4) se *The Core Tasks of Practical Theological Interpretation*. Die doel van hierdie eerste taak is beskrywend-empiries van aard. Die navorser wil bepaal wat die historiese ontwikkeling van behandeling en voortgesette behandeling van middelafhanklikheid in Suid-Afrika is, die rol wat pastorale berading hierin gespeel het en ook die huidige tendense in hierdie verband. Gevolgtrekkings uit hierdie hoofstuk sal in die volgende hoofstuk vertolk word. Latere hoofstukke sal ook die inhoud van hierdie hoofstuk in ag neem wanneer praktiese voorstelle gedoen word in reaksie op die navorsingsprobleem. Dit is die navorser se hoop dat die inhoud van hierdie hoofstuk 'n geheelbeeld sal skep van die navorsingsprobleem en sal bydra tot die vertolking en die moontlike oplossings van hierdie probleem.

2.2. HISTORIESE ONTWIKKELING VAN BEHANDELING

2.2.1. Inleiding

Durrant & Thakker (2003:60) verwys na die geskiedenis van middelmisbruik wanneer hulle stel dat:

The study of the past can have social relevance in dealing with the problems and issues that we face in the present, as well as those that we might have to cope with in the future.

Die navorser sal heelwat aandag skenk aan die historiese ontwikkeling in die VSA, nie net omdat baie van die huidige navorsing op die VSA fokus nie, maar ook omdat die navorsing

in die VSA meestal op die voorpunt was van die ontwikkeling van nuwe teorieë en die bekendstelling van nuwe behandelingsmetodes.

Daar word deurgaans ook aandag geskenk aan soortgelyke ontwikkelinge in Suid-Afrika en wat dit vir gemeenskappe in die Wes-Kaap beteken. Dit is die navorsers se siening dat die uitdagings van middelafhanklikheid nie bespreek kan word sonder 'n verwysing na die historiese ontwikkelings wat bygedra het tot hierdie probleem nie. De Miranda (1987:1) stel dit dat verskeie politieke en kulturele aspekte van 'n land in ag geneem moet word om die probleem van middelafhanklikheid in daardie land werklik te verstaan en gaan verder deur te sê:

Suid-Afrika is geen uitsondering nie. Met die vermenging van verskillende bevolkingsgroepe, verskillende kulturele waardes en uiterste verskille in sosio-ekonomiese ontwikkeling, verteenwoordig dit 'n selfs meer komplekse patroon as in meeste ander lande.

Dit is die navorsers se hoop dat hierdie historiese oorsig sal aandui hoe die konsep van middelafhanklikheid en voortgesette behandeling deur die loop van die geskiedenis ontwikkel het. Hierdie afdeling van die hoofstuk wil ook aandui hoe die probleem van middelafhanklikheid spesifiek in die Wes-Kaap ontwikkel het, sodat die konteks in ag geneem word wanneer praktiese voorstelle aan die hand gedoen word.

2.2.2. Vroeë geskiedenis

Argeoloë het bevind dat die mensdom van die begin van sy bestaan af met gemoedsveranderende middels begin eksperimenteer het (Saah 2005:9). Die gebruik van hierdie middels het egter nie net by eksperimentering gebly nie, maar het dikwels 'n permanente verandering in 'n persoon meegebring; 'n toestand wat ons vandag beskou as middelafhanklikheid. Hierdie toestand is vir die grootste deel van die mens se geskiedenis nie daadwerklik behandel nie. Die term *middelafhanklikheid* is nie ouer as 200 jaar nie (Levine 1978:493).

Crothers (1893:18) skryf dat antieke mense hierdie verandering in sekere persone opgemerk en probeer behandel het. Egiptiese slawe het dit byvoorbeeld probeer behandel deur masseringstegnieke. Die Grieke het opgelet dat die gebruik van sekere middels tot sielsversteurings lei en geneties oordraagbaar is. White (soos aangehaal deur Henninger & Sung, 2013:2257) meld dat antieke Griekse en Romeinse bronne verwys na inrigtings waar persone behandel kon word.

Parry en Bennetts (1998:3) meld dat swart bevolkingsgroepe in Suid-Afrika tydens die pre-koloniale tydperk hul eie bier gebrou het en dat hierdie bier 'n belangrike rol gespeel het in spirituele seremonies en feeste. In 'n skynbare poging om die gevare van alkoholgebruik te beperk, is streng norme ingestel. Alkohol is byvoorbeeld slegs tydens seremonies en feeste gebruik; daaglikse en alleen-gebruik van alkohol is nie toegelaat nie. Brady & Rendall-Mkosi (2005:4) verklaar dat ook die inheemse bevolking van die Wes-Kaap, die Khoi-Khoi, hul eie alkohol en dwelmmiddels vervaardig het, lank voor die koms van die Nederlandse setlaars aan die Kaap. Die wortels, stam en blare van die kannaplant is deur die Khoi-Khoi gebruik vir mediese doeleindes, maar ook as dwelmmiddel tydens rituele en ander spesiale geleenthede.

Middelafhanklikheid is egter vir die grootste deel van die mens se geskiedenis hoofsaaklik as 'n soort kranksinnigheid beskou, wat tydens die Middeleeue in sommige Europese lande gesien is as versagende omstandighede vir persone wat die wet oortree het terwyl hulle onder die invloed was (Crothers 1893:19). Forbes (1948:57) stel dit dat drank met 'n hoë alkoholpersentasie eers in die 1100's ontstaan het toe distilleringstegnieke ontwikkel is, maar dat dit in hierdie vorm aanvanklik slegs beskou was as medisyne. Ander middels soos opium is aanvanklik ook eers in verskeie vorms as medisyne (Flood 1975:103) gebruik. Alkohol, in die vorm van wyn, het ook 'n belangrike rol gespeel in die kerk se gebruik van nagmaal. Baie kloosters het selfs hulle eie wyn vervaardig, maar Edwards (soos aangehaal deur Anderson, P. & Baumberg, B., 2006:38) verklaar dat dronkenskap veroordeel is as 'n vorm van vraatsug, wat as 'n sonde beskou is. Dit is dus veilig om die afleiding te maak dat die kerk op daardie stadium middelafhanklikheid streng vanuit 'n morele perspektief sou benader het.

2.2.3. 1600 - 1749

In 1652 arriveer die Nederlandse setlaars aan die Kaap en onmiddellik word die inheemse bevolking, die Khoi-Khoi en San, blootgestel aan nuwe dwelmmiddels in die vorm van sterker alkohol, tabak en ook dagga (Brady & Rendall-Mkosi, 2005:6). Hierdie middels is deur die setlaars gebruik om die inheemse bevolking te betaal vir werk wat gedoen is op hul plase. Christie (1991:32) haal die dagboek van die eerste goewerneur van die Kaap, Jan van Riebeeck, aan dat die inheemse bevolking, asook slawe van Suidoos-Asië, aangemoedig is om die Christelike geloof aan te neem en daaglikse gebede te leer in ruil vir alkohol en tabak. Dit is moeilik om te bepaal in watter mate die inheemse bevolking bekend was met die konsep van middelafhanklikheid, maar dit is duidelik dat sterker alkohol en dwelmmiddels makliker bekombaar was ná die aankoms van die Europese setlaars en dat

die misbruik en afhanklikheid van dwelmmiddels onder hierdie inheemse bevolkings toegeneem het (Brady & Rendall-Mkosi, 2005:6).

Alkohol is ook deur die Europese setlaars gebruik en dronkenskap was 'n daaglikse deel van die setlaars en slawe se lewens (Brady & Rendall-Mkosi, 2005:5). Alkoholproduksie het 'n groot rol gespeel in die kommersiële sukses van die Kaap in hierdie tydperk. Parry & Bennetts (1998:6) verduidelik dat wyn en bier aan matrose verskaf is, wat dit gebruik het om skeurbuik te voorkom. Plaaswerkers is met alkohol vergoed met die instelling van die sogenaamde Dopstelsel (Shell, 1994:79), 'n gebruik wat sou voortduur tot lank ná die afskaffing van slawerny en tot in die 20ste eeu. Die Dopstelsel was 'n direkte oorsaak van middelafhanklikheid onder slawe en werkers op plase in die Kaap (Falletisch, 2008:55; Parry & Bennetts, 1998:5).

Elders in die wêreld het sterk alkohol (spiritualieë) in groot mate beskikbaar begin word, ook vir die armes in die samelewing. Katcher (1993:274) meld dat die Britse Parlement in 1690 die produksie van spiritualieë vir nie-mediese doeleindes wettig verklaar het. Namate die sterkte en beskikbaarheid van alkohol toegeneem het, het alkoholmisbruik en verslawing ook begin toeneem, asook die behoefte aan behandeling. Coffey (soos aangehaal deur Katcher, 1993:274) beweer dat die misbruik van sterk alkohol soos jenerwer een van die grootste oorsake van siektes en sterftes in die eerste helfte van die 18de eeu in Londen was, in so 'n mate dat dit beskryf is as 'n epidemie.

Volgens Levine (1978:494) is alkoholmisbruik tydens die koloniale tydperk in Amerika as aanvaarbaar beskou op byna enige sosiale geleentheid. Claybaugh (2006:1153) maak melding van 'n Puriteinse predikant, Increase Mather, wat reeds in 1673 twee preke gepubliseer het waarin hy alkoholmisbruik teenstaan. Alhoewel die kerk, en hoofsaaklik die Puriteine, op daardie stadium aan die spits van sosiale hervorming teen alkoholmisbruik gestaan het, het hulle die kwessie streng vanuit 'n morele standpunt benader. Dit is eers in die tweede helfte van die 18de eeu dat die moderne wetenskaplike begrip van middelafhanklikheid ontwikkel is.

2.2.4. 1750 - 1899

In die tweede helfte van die 18de eeu het lande regoor die wêreld begin optree teen die probleme wat ontstaan het weens 'n toename in alkoholmisbruik en só word die "matigheidsbeweging" gebore (Anderson, P. & Baumberg, B., 2006:40). Dié beweging, wat matige alkoholgebruik voorgestaan het, het in Amerika ontstaan en later na Europa uitgebrei (Levine 1978:31). Die beweging se ledetal in Europa het begin groei, maar meer in Protestante lande soos Engeland en Noorweë as in katolieke lande en gemeenskappe

(Levine 1993:20). Ook in Suid-Afrika het die matigheidsbeweging begin groei. Falletisch (2008:55) noem dat lede van die matigheidsbeweging in Stellenbosch buite Kaapstad in die 19de eeu gepoog het om die Dopstelsel af te skaf, maar hierdie inisiatief is teengestaan deur sowel die werkgewers as die werknemers van die plase wat die stelsel gebruik het. Volgens Parry & Bennetts (1998:4) was daar in die laat 19de eeu 'n tydperk in die Kaap toe die Britse regering alkoholgebruik deur die inheemse bevolking verbied het omdat dit tot sosiale agteruitgang onder dié groepe gelei het. Die geveg om die Dopstelsel in Suid-Afrika af te skaf, sou egter tot in die tweede helfte van die 20ste eeu voortduur.

Navorsing in die VSA was aan die spits van 'n wetenskaplike begrip van middelafhanklikheid. White (2004:82) noem 'n hele aantal rolspelers wat in die 18de en 19de eeu bygedra het tot ons begrip van die behandeling van middelafhanklikheid. Dr. Benjamin Rush skryf in 1784 in sy *Inquiry into the Effects of Ardent Spirits on the Human Mind and Body* dat alkoholisme beskou moet word as 'n mediese probleem, nie 'n morele probleem nie. Rush het, interessant genoeg, wel waarde geheg aan spirituele bekering as deel van 'n moontlike genesing vir alkoholisme (White, 2004:82). In 1790 begin hy daarop aandring dat alkoholiste spesiale behandeling moet ontvang in hospitale wat spesifiek daarvoor ingerig moet word. Levine (1978:498) meld dat die wetenskaplike konsep van middelafhanklikheid as 'n siekte egter nie bloot aan Benjamin Rush toegeskryf kan word nie, maar dat dit die einde van 'n lang proses is wat 'n denkskuif in die samelewing veroorsaak het. Die aanloop tot hierdie denkskuif word uitgelig in afdeling 2.2.2 en 2.2.3 van hierdie hoofstuk. Benjamin Rush het wel die filosofiese fondament gelê waarop wetenskaplike navorsing kon voortbou. Peyser (1988:157) verwys na hierdie vroeë ontwikkeling wanneer hy stel:

Changes in philosophic outlook occur before and prepare the way for scientific discovery. It was first necessary to regard these people as patients, as ill, before one could begin to deal with them humanely, objectively, and medically and seek causes and treatments.

Teen die begin van die 1800's is die idee van middelafhanklikheid as 'n mediese probleem deur talle medici bevorder. Die mediese wetenskap was egter nie alleen in sy pogings om middelafhanklikheid te behandel nie; daar was ook ontwikkeling vanuit spirituele oord. Claybaugh (2006:1155) meld die belangrike bydrae van Lyman Beecher, 'n Presbiteriaanse predikant, se *Six Sermons on the Nature, Occasions, Signs, Evils, and Remedy of Intemperance*. Waar skrywers soos Benjamin Rush slegs matigheid voorgeskryf het, gaan Beecher 'n stap verder deur geheelonthouding aan te beveel as die enigste manier om middelafhanklikheid te voorkom. Volgens Beecher kan 'n mens nie onderskei tussen sterk en minder sterk drank nie, dus is onthouding van alle vorms van alkohol die enigste

oplossing. Beecher skryf vanuit 'n spirituele perspektief, maar, anders as die Puriteine in die 1600's en 1700's, fokus hy nie net op die morele aspek van middelafhanklikheid nie, maar ook op die mediese gevolge vir die mens se liggaam en die ekonomiese gevolge vir die samelewing. Beecher lewer duidelik 'n belangrike bydrae tot die begrip van middelafhanklikheid, terwyl hy terselfdertyd ook die klem plaas op 'n multidissiplinêre benadering.

In die 1840's ontstaan die eerste beweging deur alkoholiste om mekaar onderling te help: die groep bekend as die Washingtonians (White 2004:87). Clinebell (1978:147) meld dat die groep aanvanklik baie suksesvol was om ondersteuning en hulp aan alkoholiste te bied. Die groep se lede het egter nie net uit alkoholiste bestaan nie en talle voorstanders van die matigheidsbeweging het hulle by die groep aangesluit. Hierdie nuwe lede het die groep so oorgeneem dat dit uiteindelik net nog 'n organisasie in die matigheidsbeweging geword het.

Danksy die groeiende matigheidsbeweging word die eerste inrigting vir die behandeling van middelafhanklikheid in 1857 in Boston oopgemaak (White, 2004:84). Die eerste inrigtings is deur spirituele groepe gestig, met 'n sterk fokus op morele verandering as behandeling vir middelafhanklikheid. In 1864 word die eerste staatshospitaal in New York geopen wat spesialiseer in die nie-morele behandeling van verslawing aan alkohol en ander dwelmmiddels (White 2004:84). Ons sien hier duidelike pogings tot 'n multidissiplinêre behandeling: medies sowel as sielkundig. Hierdie soort behandeling is ook in lande in Europa toegepas (Anderson & Baumberg, 2006:41).

Jerry McAuley het in 1872 die Water Street Mission in New York op die been gebring en só verder bygedra tot die behandeling van middelafhanklikheid vanuit 'n spirituele perspektief (White 1999a:10). McAuley het na die hawelose alkoholiste in die stad uitgereik en hulle skooling aangebied, terwyl hulle ook bedien is met die Evangelie. Die Salvation Army (in Afrikaans bekend as die Heilsleër) is in 1878 deur William Booth in Engeland gestig (Bale, 1990:16). Hulle het ook met uitreikaksies na hawelose alkoholiste in stedelike gebiede begin (Clinebell, 1978:93). Die Water Street Mission, Heilsleër en ander spirituele aksies en instansies van hierdie tydperk het die behandeling van middelafhanklikheid en spirituele wedergeboorte/bekering as onafskeidbaar beskou (White 1999a:10, Clinebell 1978:86).

Matigheidsinstansies met 'n spirituele inslag is ook in Suid-Afrika op die been gebring. Mills (1980:204) maak melding van die Independent Order of Good Templars (I.O.G.T.) wat in die 1870's in die destydse Kaapkolonie gestig is as deel van die wêreldwye matigheidsbeweging. Spanning tussen verskillende rassegroepe het die matigheidsbeweging in die Kaapkolonie egter van die begin af ontwrig. Die I.O.G.T. het gelykheid tussen die verskillende rassegroepe in die Kaapkolonie voorgestaan, maar dit is

deur die Europese bevolkingsgroepe teengestaan. Dit lei tot die stigting van die Independent Order of True Templars (I.O.T.T.) deur onder andere Henry Kayser van die Londen Missionary Society (Mills, 1980:205). Die I.O.T.T. het alle rassegroepe en kerkdenominasies aanvaar en is deur die Presbiteriaanse en die Anglikaanse Kerk ondersteun. Die Metodiste en Anglikaanse kerke het ook hul eie matigheidsgroepe gestig. Die NG Kerk het die Blue Ribbon Army Society gestig, wat hoofsaaklik deur Europeërs ondersteun is. Daar is ook 'n Red Ribbon Army Society gestig wat hoofsaaklik deur nie-Europeërs ondersteun is (Mills, 1980:205). Dit is nog 'n voorbeeld van hoe spanning tussen rassegroepe die matigheidsbeweging in Suid-Afrika beïnvloed het. Desondanks het instansies soos die I.O.T.T. in ledetal gegroei en 'n hoogtepunt aan die einde van die 19de eeu bereik (Mills, 1980:209).

Mills (1980:211) meen dat die matigheidsbeweging in Suid-Afrika nie net op grondvlak 'n praktiese rol gespeel het om die gevare van alkoholmisbruik te beveg nie, maar dat dit ook as 'n filosofiese beweging beskou moet word. In Suid-Afrika, net soos in die res van die wêreld, het die matigheidsbeweging ontstaan as uitdrukking van wat Mills (1980:211) noem "postmillennial Christianity". Mills (1980:212) verduidelik dat die matigheidsbeweging deel gevorm het van die samelewing se strewe na volmaaktheid, op individuele sowel as gemeenskapsvlak. Alkohol is gesien as 'n "kwaad" wat uitgeroei/verban moet word sodat hierdie volmaakte samelewing tot stand kan kom. Nie-Europese bevolkingsgroepe in Suid-Afrika het die matigheidsbeweging ook beskou as 'n manier om rasseongelykhede in Suid-Afrika reg te stel, aangesien die verspreiding van alkohol 'n groot rol in die segregasie van rassegroepe gespeel het. Hierdie segregasie het egter eers werklik in die 1900's 'n hoogtepunt bereik met die aanvang van apartheid en sal in die volgende afdeling in meer besonderhede bespreek word.

Saam met 'n toename in alkoholgebruik was daar in die 1800's wêreldwyd ook 'n toename in die gebruik van ander verslawende middels soos opium en kokaïen (White 2004:81). MacCoun & Reuter (2001:184) meld dat kokaïen, wat in 1884 ontdek is, aanvanklik gedien het as medikasie vir 'n hele aantal siektes en kwale. Sigmund Freud het selfs in die 1880's kokaïen begin voorskryf om verslawing aan alkohol en opium te genees (Centre for Addiction and Mental Health, 2006:1). Kokaïen was aanvanklik vrylik beskikbaar, maar die afhanklikheidsvormende eienskappe van hierdie middel is met verloop van tyd ontdek en die soeke na 'n oplossing vir middelafhanklikheid het toegeneem – 'n soeke wat tot drastiese stappe deur sommige lande in die 1900's sou lei.

2.2.5. 1900 - 1999

2.2.5.1. 1900 - 1929

Volgens Levine (1978:506) het daar met die oorgang van die 19de na die 20ste eeu 'n verandering in die matigheidsbewegings oor die wêreld heen plaasgevind. Die stigters van die onderskeie bewegings het begin afsterf en 'n nuwe geslag leiers het begin oorneem. Met nuwe leierskap het daar ook 'n nuwe visie gekom: die verbanning van alkohol. Volgens Hall (2010:1165) is geglo dat indien alkohol gebruik onmoontlik is, sou verslawing aan alkohol verdwyn. Hierdie uitgangspunt is gesetel in die nuwe leierskap se oortuiging dat middelafhanklikheid 'n morele kwessie is wat opgelos kan word deur die gebruik van middels te verhoed (Henninger & Sung, 2013:2261). Weg was die filosofiese siekte-konsep van Benjamin Rush.

Die VSA het hier weer die voortou geneem. Dwelmmiddels soos kokaïen en opium is ingevolge die Harrison Act in 1914 verbied (Henninger & Sung, 2013:2261). Onder druk van die matigheidsbeweging is alkoholproduksie en -verkope in die VSA totaal verbied. Dit was die begin van die sogenaamde Prohibition Era in die 1920's (MacCoun & Reuter, 2001:157). Soortgelyke wette is ook in sommige Europese lande (Anderson & Baumberg, 2006:40) ingestel, alhoewel dit slegs in Finland so streng soos in die VSA toegepas is (Levine, 1993:27).

Behalwe vir die kort tydperk toe die Britse regering alkoholinnome deur inheemse bevolkingsgroepe in die Kaap verbied het, was daar in Suid-Afrika geen sprake van 'n prohibisie-era nie. Alkoholproduksie en -verspreiding is toenemend gebruik om Europese en ander bevolkingsgroepe te segregeer. Parry & Bennetts (1998:4) maak melding van die sogenaamde Durban System, waarvolgens inheemse Suid-Afrikaners slegs alkohol by staatsbeheerde instansies kon verkry. Só is die geografiese beweging van inheemse bevolkingsgroepe beheer, terwyl die inkomste gebruik is om segregasie te finansier.

Die Prohibisie in die VSA het presies die teenoorgestelde bereik as wat daarmee beoog is: alkoholmisbruik het toegeneem terwyl die behandeling van middelafhanklikheid afgeneem het. Volgens Clinebell (1978:104) was die Emmanuel Movement, 'n spirituele en psigoterapeuties-georiënteerde instansie gestig in 1906, een van die weinig suksesvolle tydens die Prohibisie. White (1999b:4) meld dat die meeste behandelingsentrums in die VSA teen 1925 toegemaak het, maar daar was ook ander politieke, ekonomiese en selfs etiese faktore wat daartoe bygedra het. Die fokus op die *behandeling* van middelafhanklikheid sou grootliks op die agtergrond bly tot in die 1930's.

2.2.5.2. 1930 - 1969

Levine (1978:504) noem die ontwikkelinge in die 1930's en 1940's die "herontdekking" van alkoholisme as 'n siekte. Hy verwys hier na die begin van die Modern Alcoholism Movement, wat deur White (2004:95) beskryf word as 'n gesamentlike beweging bestaande uit die werk van verskeie instansies:

- Die stigting van Alkoholiste Anoniem (AA).
- Die Research Council on Problems of Alcohol se belofte dat wetenskaplike navorsing gedoen sal word om die probleme van alkoholgebruik te bestuur.
- Bydraes deur die Yale Centre of Studies on Alcohol ten opsigte van navorsing, opleiding en behandeling.
- Die stigting van die National Committee for Education on Alcoholism deur Marty Mann in 1944.

Twee van die bogenoemde rolspelers, die AA en National Committee for Education on Alcoholism, het 'n unieke bydrae gelewer om die siekte-konsep van middelafhanklikheid te bevorder. Die navorser sal kortliks verder uitbrei op die aktiwiteite van hierdie twee rolspelers, asook verwys na verdere ontwikkelinge in Suid-Afrika in hierdie tydperk.

2.2.5.2.1. Alkoholiste Anoniem

Henninger & Sung (2013:2262) meld dat die beweging bekend as Alkoholiste Anoniem in 1935 gestig is deur Bill Wilson en dr. Robert Smith, wat besef het dat alkoholiste mekaar kan help om sober te bly. Die beweging het uit die sogenaamde Oxford Group ontstaan, wat sosiale verandering teweeg wou bring deur op individuele spiritualiteit te fokus. Sommige lede van die Oxford Group, soos Bill Wilson, het besef dat hierdie groep- en spiritueel-georiënteerde benadering die perfekte ondersteuningsbron sal wees vir alkoholiste wat sober wil bly (Henninger & Sung, 2013:2262; Clinebell, 1978:124). Alkoholiste is dus aangemoedig om groepsessies by te woon waarin hulle kan getuig van hul geskiedenis met alkoholgebruik en die skade wat daarmee gepaard gaan. Die beweging is baie prakties-georiënteerd, soos blyk uit die bekende Twaalf Stappe, (Clinebell, 1978:138) wat lede aangemoedig word om te volg:

1. Ons het erken dat ons magteloos was teenoor ons verslawing en dat ons lewe onbeheerbaar geword het.
2. Ons het mettertyd begin glo dat 'n Mag groter as onself ons gesonde verstand aan ons kan teruggee.

3. Ons het 'n besluit geneem om ons wil en ons lewens op te dra aan die sorg van God, *soos ons God verstaan het*.
4. Ons het 'n deeglike en vreeslose morele inventaris van onself opgestel.
5. Ons het aan God, aan onself en aan 'n ander persoon die presiese aard van ons foute bely.
6. Ons was heeltemal bereid dat God al hierdie karakterfoute kon verwyder.
7. Ons het God nederig gevra om ons tekortkominge te verwyder.
8. Ons het 'n lys opgestel van alle persone aan wie ons kwaad berokken het, en het bereid geword om sake tussen ons reg te stel.
9. Ons het sovêr moontlik sake direk met sulke mense reggestel, behalwe as ons hulle of ander sou seermaak deur dit so te doen.
10. Ons het voortgegaan om selfondersoek in te stel, en wanneer ons verkeerd was, het ons dit dadelik erken.
11. Ons het gestreef om deur gebed en meditasie ons bewuste kontak met God, *soos ons God verstaan het*, te verbeter, en gebid alleenlik vir kennis van God se wil vir ons en die krag om dit uit te voer.
12. As gevolg van hierdie stappe het ons 'n spirituele ontwaking beleef. Ons het probeer om hierdie boodskap aan verslaafdes oor te dra en om hierdie beginsels in al ons doen en late toe te pas.

AA is een van die groot suksesverhale van alkoholiste behandeling in die 20ste eeu. Clinebell (1978:144) meld dat die ledetal in die eerste 30 jaar van die beweging se bestaan gegroei het tot 375 000 mense. Levine (1993:27) meld die volgende redes vir die suksesvolle groei van AA:

- Dit word goed georganiseer en goed befonds.
- Dit bevat 'n evangeliese element, die Twaalfde Stap, waarin lede die boodskap van AA moet uitdra aan ander.
- Ná die Tweede Wêreldoorlog het die Amerikaanse kultuur lande regoor die wêreld begin beïnvloed, ook wat betref hul idees oor middelafhanklikheid (sien ook Anderson & Baumberg, 2006:41).

AA-lede het ook hard gewerk om die siekte-konsep van middelafhanklikheid, en spesifiek alkoholisme, te bevorder. Henninger & Sung (2013:2263) stel dat AA dit reggekry het om:

- Hospitale te oortuig om alkoholisme te behandel.
- Hospitale te wys *hoe* om alkoholisme te behandel.
- Aparte sale in hospitale in te rig vir die behandeling van alkoholisme.
- AA-lede beskikbaar te stel om hospitaalpersoneel by te staan in hulle werk.
- Die hospitaalgeld te betaal van alkoholiste wat dit nie self kon bekostig nie.

Uit bogenoemde behoort dit duidelik te wees watter geweldige trefkrag Alkoholiste Anoniem op die samelewing se begrip van die middelafhanklike persoon, oftewel alkoholis, gehad het. Die impak van hierdie beweging is vandag steeds sigbaar en sal in afdeling 3 van hierdie hoofstuk verder bespreek word.

2.2.5.2.2. National Committee for Education on Alcoholism

White (2004:95) stel dat Marty Mann die National Committee for Education on Alcoholism in 1944 gestig het gegrond op die volgende vyf beginsels wat sy aan die publiek verkondig het:

- Alkoholisme is 'n siekte.
- Die alkoholis is dus 'n siek persoon.
- Die alkoholis kan gehelp word.
- Die alkoholis het waarde as mens.
- Alkoholisme is 'n gesondheidsprobleem waarvoor die publiek verantwoordelikheid moet aanvaar.

Die Modern Alcoholism Movement het daarin geslaag om die publiek se begrip van middelafhanklikheid terug te swaai na hoe dit was tydens die matigheidsbewegings van die 1800's (Levine, 1978:504). Peyser (1988:157) meld dat navorsing in die 1900's bewys het dat alhoewel die filosofie van die 1800's korrek was, die begrip van die oorsaak van middelafhanklikheid nie voldoende was om suksesvolle behandeling te kon bied nie. In die 1800's is middelafhanklikheid begryp as 'n siekte geleë in die organe van die mens. Navorsing deur E.M. Jellinek in die 1950's het gelei tot die ontwikkeling van sy siektemodel van alkoholisme in 1960 (Fisher & Harrison, 2013:42), waarin hy alkoholisme beskryf as 'n progressiewe siekte wat bestaan uit drie fases, elk met kenmerkende eienskappe. Hierdie navorsing het gelei tot die aanvaarding van alkoholisme as 'n siekte deur instansies soos die Wêreldgesondheidsorganisasie.

Tydens die 1940's, '50's en '60's het die baie bekende Minnesota Model ontstaan, gebaseer op die siekte-konsep van AA (Henninger & Sung, 2013:2263) en ondersteun deur die

navorsing van Jellinek. Tesame met publieke bewusmaking en die suksesverhaal van AA, kon die middelafhanklike persoon dus begryp word as 'n pasiënt en met simpatie behandel word. Die fondament is gelê vir 'n wêreldwye toename in behandeling van middelafhanklikheid in die 1970's en 1980's (White, 2004:95).

2.2.5.2.3. Ontwikkelinge in Suid-Afrika

Die navorser het reeds melding gemaak van die Dopstelsel en die Durban System wat deur Europese Suid-Afrikaners toegepas is om 'n mate van politieke en finansiële beheer oor nie-Europese Suid-Afrikaners uit te oefen. Dit is ook gebruik om segregasie tussen die verskillende bevolkingsgroepe van Suid-Afrika tydens apartheid te bewerkstellig. Falletisch (2008:34) noem hierdie ontwikkeling in die Suid-Afrikaanse konteks "a legacy of slavery". Alhoewel slawerny in 1834 afgeskaf is, het die finansiële en politieke uitwerking daarvan steeds voortgeduur. Grond en besighede was byvoorbeeld steeds hoofsaaklik in die besit van Europese Suid-Afrikaners (Falletisch, 2008:35). Segregasie is aktief deur die apartheidsregering bevorder deur groot groepe van die nie-Europese bevolking van Suid-Afrika van woongebiede te verskuif. Hierdie verpligte verskuiwings het trauma veroorsaak en bygedra tot die ontwikkeling van huishoudelike en bendegegeweld, werkloosheid, armoede en middelmisbruik, sosiale probleme wat vandag steeds in Suid-Afrika waargeneem word (Thesnaar, 2011:30).

Alhoewel die Dopstelsel in 1961 in Suid-Afrika onwettig verklaar is, het dit nie 'n onmiddellike uitwerking op die sosiale probleme van plaaswerkers in die Wes-Kaap gehad nie (Falletisch, 2008:57). Intussen het alkoholmisbruik ook 'n vorm van opstand teen die apartheidsregering geword, wat kookpunt sou bereik in die 1970's (Brady & Rendall-Mkosi, 2005:9). Dit is duidelik dat die politieke ontwikkelinge in Suid-Afrika 'n groot invloed op die sosiale welstand van mense in die land gehad het en dus 'n besliste rol gespeel het in die groot aantal mense wat vasgeval het in middelafhanklikheid. Die nood was daar vir die behandeling van middelafhanklike persone.

Die AA het sy eerste groep in Suid-Afrika in 1946 in Johannesburg gestig en die eerste AA-groep in Kaapstad word in 1948 gestig (AA, 2017:1). Die AA-ledetal groei aanvanklik baie vinnig en teen 1968 is daar 'n totaal van 126 AA-groepe regoor Suid-Afrika (AA, 2017:1).

Suid-Afrikaanse kerke het in die 1950's soortgelyke selfhelpgroepe begin stig in reaksie op die probleem van alkoholmisbruik en -afhanklikheid. In 1956 word die Onesimus Vereniging deur ds. Dan de Beer gestig, wat die voorloper was van die Christelike Alkoholistevereniging (CAV), wat op sy beurt die voorloper is van die Christelike Afhanklikheidsdiens (CAD) (CAD, 2008a). In 1957 word op 'n kongres van die NG Kerk melding gemaak van die Onesimus

Vereniging en 'n beroep word op alle kerke gedoen om soortgelyke groepe op die been te bring om alkoholafhanklikheid te bestry (Gefedereerde Nederduitse Gereformeerde Kerke van Suidelike Afrika, 1957:155). Hierdie oproep het gelei tot die stigting van twee behandelingsinstansies deur die NG Kerk, nl. Staanvas in Pretoria (1961) en Ramot in Kaapstad (1964). Die Onesimus Vereniging het verskeie ondersteuningsgroepe in samewerking met hierdie instansies op die been gebring. Soortgelyke groepe het ook onafhanklik in die Wes-Kaap ontstaan, soos die Saamstaangroep in Heidelberg onder leiding van ds. Piet du Toit. Op hierdie manier het kerke sedert die 1960's 'n bydrae begin lewer tot die voortgesette behandeling van middelafhanklikheid (CAD, 2008a).

2.2.5.3. 1970 - 1999

White (2004:98) maak melding van twee belangrike ontwikkelings in die VSA tussen 1970 en 1980:

- In die vroeë 1970's het daar 'n toename in die behandeling van middelafhanklikheid in die VSA plaasgevind namate versekeringsmaatskappye, soos vir enige ander siekte, dekking vir die behandeling van middelafhanklikheid begin bied het.
- Deur die loop van hierdie dekade het daar ook geweldige groei plaasgevind in die infrastruktuur van instansies wat behandeling vir middelafhanklikheid in die VSA kon bied.

Hierdie ontwikkelinge kan slegs toegeskryf word aan die werk, soos uiteengesit in afdeling 2.2.5.2 hierbo, wat gedoen is om die Amerikaanse publiek en regering bewus te maak van die ware karakter van middelafhanklikheid.

In Suid-Afrika bereik die opstand teen die apartheidsregering kookpunt in 1976. Swart jeugdiges in Soweto vernietig skole en staatskantore, asook die instansies wat bier aan die swart gemeenskap verkoop. Laasgenoemde is gesien as 'n manier om die inheemse bevolkingsgroepe van Suid-Afrika te onderdruk en jeugdiges van hierdie bevolkingsgroepe het eerstehands ervaar hoe sommige van hul ouers stelselmatig van alkohol afhanklik word in 'n poging om toenemende onderdrukking te hanteer (Parry & Bennetts, 1998:6). Terselfdertyd het sosiale probleme op plase in die Wes-Kaap toegeneem ondanks die afskaffing van die Dopstelsel. Falletisch (2008:57) verklaar dat daar nie motivering vir verandering op voetsoolvlak op die plase was nie; 'n probleem wat vandag steeds voortduur.

Bewustheid van die nood van middelafhanklike persone, veral dié in 'n lae sosio-ekonomiese klas, het toegeneem met Suid-Afrika se oorgang na 'n demokratiese regering in 1994 (Parry & Bennetts, 1998:7). Alhoewel hierdie nuwe bewustheid van middelafhanklikheid gelei het tot vooruitgang in die ontwikkeling van behandeling, is dit eers

met die oorgang na die 21ste eeu dat die moderne begrip van behandeling sy volwasse stadium bereik het.

2.2.6. Gevolgtrekking

Ons sien deur die loop van die geskiedenis, en veral in die 20ste eeu, 'n pendulumbeweging in mense se opvatting van en houding teenoor middelafhanklikheid en die middelafhanklike persoon. Sommige tye is die middelafhanklike persoon afgeskryf as 'n verlore mens weens die publiek se opvatting dat middelafhanklikheid nie behandel kan word nie. Diegene wat wel in behandeling geglo het, het volgehou dat middelafhanklikheid oorwin kan word deur wilskrag en toewyding aan morele waardes. Op ander tye het die siekte-konsep van middelafhanklikheid weer die publiek aangegryp en kon die middelafhanklike persoon met deernis behandel word.

Wat ons egter leer uit die historiese ontwikkeling van die behandeling van middelafhanklikheid is dat geen benadering perfek is nie. Terapeute en ander weldoeners het deur die loop van die geskiedenis die middelafhanklike persoon probeer help, maar selfs met die beste bedoelings het hulle dikwels meer kwaad as goed gedoen. Vandag verstaan ons middelafhanklikheid beter as 'n eeu gelede. Ons benadering tot die behandeling van middelafhanklikheid verskil ook van 100 en selfs 20 jaar gelede.

In hierdie hoofstuk het dit ook duidelik geword dat middelmisbruik, en veral alkoholmisbruik, 'n unieke rol gespeel het in die geskiedenis van Suid-Afrika. Ongelukkig is daar deur die loop van die geskiedenis weinig op die *behandeling* van middelafhanklikheid gefokus. Dit is hoofsaaklik sedert die afskaffing van die Dopstelsel in 1961 en die oorgang na 'n demokratiese regering in 1994 dat die probleem van middelafhanklikheid in alle erns aan die bod gekom het. Die historiese ontwikkeling verklaar waarom middelafhanklikheid vandag steeds 'n groot probleem in Suid-Afrika en veral in die Wes-Kaap is. Dit is die navorser se mening dat daar 'n sensitiwiteit vir hierdie historiese ontwikkeling en die huidige konteks moet wees wanneer praktiese voorstelle gedoen word vir pastorale beraders se betrokkenheid by voortgesette behandeling in die Wes-Kaap.

Eers moet egter gekyk word na hoe behandeling tans beoefen word en op watter manier voortgesette behandeling in die Wes-Kaap plaasvind.

2.3. BEHANDELING IN DIE 21STE EEU

2.3.1. Inleiding

In die vorige hoofstuk het die navorser 'n oorsig gegee oor die ontwikkeling van die behandeling van middelafhanklikheid. Dit is duidelik dat daar deur die loop van die geskiedenis heelwat behandelingsvorme ontstaan het, waarvan sommige nie baie suksesvol was nie. Ander navorsing en die behandelings wat daaruit gespruit het, was weer uiters suksesvol en word vandag steeds toegepas. In hierdie afdeling wil die navorser spesifiek fokus op die behandelings wat ons uit die verlede oorgehou het. Die navorser sal ook kyk na die unieke bydrae wat navorsing in die 21ste eeu gelewer het en watter soort behandelings tans in Suid-Afrika beoefen word.

2.3.2. Verslawingsmodelle van middelafhanklikheid

Deur te let op die historiese ontwikkeling van die behandeling van middelafhanklikheid kan vasgestel word hoe die verskillende behandelingsvorme ontstaan het. Deur die loop van die geskiedenis is verskeie oorsake van middelafhanklikheid voorgestel, wat gelei het tot die verskillende soorte behandeling wat vandag steeds gebruik word. Ons kan die volgende modelle van middelafhanklikheid identifiseer:

2.3.2.1. Morele verslawingsmodel

Die morele verslawingsmodel is volgens Fisher & Harrison (2013:39) gebaseer op die oortuiging dat middelafhanklikheid die gevolg is van 'n persoon se keuse om die middel te gebruik. Hierdie model word aangehang deur baie gelowe, wat dronkenskap en middelafhanklikheid bloot as 'n sonde beskou. Die model word ook deur die gereg toegepas wanneer 'n persoon gestraf word vir oortredings wat onder die invloed gepleeg is, ongeag of daar middelafhanklikheid bestaan of nie.

In afdeling 2.2.5 van hierdie hoofstuk is daar verwys na sommige voorstanders van hierdie model, soos lede van die matigheidsbeweging in die vroeë 1900's en hul oortuiging dat alkohol verbied moet word, asook die Salvation Army (Heilsleër) se evangeliese uitreikaksies na haweloses in stedelike gebiede. Vandag hoef ons ook nie ver te soek om tekens van die morele model te vind nie. In Suid-Afrikaanse kerkgemeenskappe word die middelafhanklike persoon dikwels as 'n swakkeling beskou, as iemand wat *kies* om aan te hou drink of dwelmmiddels te gebruik. Hierdie stigma dryf die middelafhanklike persoon somtyds weg van die kerk, 'n instansie wat veronderstel is om hulp en ondersteuning te bied.

2.3.2.2. Mediese verslawingsmodel

Hitzeroth (2010:19) meld dat middelafhanklikheid deur die mediese verslawingsmodel beskou word as 'n siekte wat deur 'n uitwendige agent veroorsaak word. Volgens hierdie model is sekere persone weens genetiese redes meer geneig om middelafhanklikheid te ontwikkel indien hulle aan die middels blootgestel word. Die siekte word volgens hierdie model aan sekere simptome uitgeken soos verlies aan beheer en 'n obsessiewe drang om 'n spesifieke middel te gebruik.

In afdeling 2.2.4 van hierdie hoofstuk het die navorser melding gemaak van dr. Benjamin Rush, wat reeds in 1784 voorgestel het dat middelafhanklikheid beskou moet word as 'n mediese probleem. Hitzeroth (2010:20) verklaar dat die moderne tegnologie en navorsing hierdie opvatting onderskryf en bewys het dat middelafhanklikheid 'n siekte van die brein is.

2.3.2.3. Sosio-kulturele verslawingsmodel

Volgens Fisher & Harrison (2013:39) beskou die sosio-kulturele model middelafhanklikheid as 'n gevolg van die sosio-ekonomiese omstandighede waarin 'n persoon woon en die kultuur waarin sy/hy grootword. Navorsing deur Westermeyer (1999:270) het bevind dat verskeie sosiologiese en kulturele faktore aanleiding gee tot middelafhanklikheid onder adolessente. Onder hierdie faktore tel hy armoede, wat 'n persoon se opvoeding en gesondheid beïnvloed en dus die risiko vir die ontwikkeling van middelafhanklikheid vergroot. Die norme van die samelewing waarin 'n persoon grootword, is ook 'n bepalende faktor. Indien alkohol- en dwelmgebruik sosiaal aanvaarbaar is, is daar 'n groter moontlikheid dat middelafhanklikheid ontwikkel.

Die sosiale en kulturele invloede op middelafhanklikheid blyk duidelik uit die geskiedenis. Soos in afdeling 2.2.3 van hierdie hoofstuk bespreek, het middelafhanklikheid byvoorbeeld in 1690 in Engeland begin toeneem namate sterk alkohol in groot maat aan die armer lede van die samelewing beskikbaar geword het. Clinebell (1978:170) beweer dat alkoholisme 'n teken is van 'n "siek" samelewing waarin 'n tekort aan sekuriteit, waardes en hulpbronne aanleiding gee tot 'n probleem soos alkoholisme. Clinebell (1978:60) lig egter ook die positiewe kant van kulturele invloede uit wanneer hy verwys na die klein getal alkoholiste in die Joodse subkultuur. Dit word toegeskryf aan die Joodse siening van alkoholgebruik en dui daarop dat kultuur 'n besliste rol speel in die ontwikkeling of voorkoming van alkoholisme.

2.3.2.4. Psigologiese verslawingsmodel

Fisher & Harrison (2013:40) stel dat daar talle psigologiese verduidelikings vir die probleem van middelafhanklikheid bestaan. Hier word middelafhanklikheid egter altyd beskou as die simptome van 'n onderliggende sielkundige probleem. Alkohol kan byvoorbeeld deur 'n

persoon gebruik word om die simptome van depressie te verlig en die aanhoudende gebruik kan lei tot middelafhanklikheid. Volgens die psigologiese model kan middelafhanklikheid dus nie behandel word tensy die persoon eers doeltreffend vir depressie behandel word nie.

2.3.2.5. Bio-psigo-sosiale verslawingsmodel

Die bio-psigo-sosiale model is volgens Fisher & Harrison (2013:49) – en soos die naam aandui – 'n kombinasie van biologiese, psigologiese en sosiologiese modelle van middelafhanklikheid. Volgens hierdie model lê die oorsaak van middelafhanklikheid in 'n wye verskeidenheid faktore. Die biologiese/fisiologiese, psigologiese en sosiale/kulturele aspekte van 'n persoon word in ag geneem wanneer ondersoek ingestel word na die oorsaak van middelafhanklikheid. Volgens hierdie model kan die oorsaak van middelafhanklikheid nooit beperk word tot slegs een van hierdie faktore nie. Vir behandeling om effektief te wees, moet terapiees aandag gegee word aan elkeen van hierdie faktore (Sremac, 2013:40). Die bio-psigo-sosiale model onderskryf die siekte-konsep van middelafhanklikheid.

2.3.3. Die siekte-konsep van middelafhanklikheid

2.3.3.1. Eienskappe van die siekte-konsep

In afdeling 2.2.4 en 2.2.5 van hierdie hoofstuk het die navorser 'n oorsig gegee oor die ontwikkeling van die siekte-konsep van middelafhanklikheid soos dit ontwikkel is deur onder andere dr. Benjamin Rush in 1784 en later deur E.M. Jellinek. Fisher & Harrison (2013:42) bespreek Jellinek se siekte-konsep van middelafhanklikheid en lig die volgende elemente uit:

- Middelafhanklikheid is 'n ongeneeslike, chroniese siekte wat tot die dood sal lei indien dit nie behandel word nie.
- Middelafhanklikheid is 'n primêre siekte; dit bestaan dus onafhanklik van enige ander siekte soos depressie.
- Middelafhanklikheid bestaan uit drie progressiewe, opeenvolgende fases wat nie omkeerbaar is nie.
- 'n Diagnose van middelafhanklikheid onderskei nie tussen alkohol en ander dwelmmiddels nie. 'n Middelafhanklike persoon is outomaties afhanklik van enige afhanklikheidsvormende middel ongeag die middel van sy keuse.
- Geheelonthouding van alle afhanklikheidsvormende middels is die enigste effektiewe behandeling vir middelafhanklikheid.

Die siekte-konsep is die hoofeenskap van die mediese verslawingsmodel. Soos reeds genoem in afdeling 2.3.2.2 van hierdie hoofstuk word dit deur moderne navorsing ondersteun. McLellan, Lewis, O'Brien en Kleber (2000:1689) het bevind dat

middelafhanklikheid verskeie ooreenkomste met ander chroniese siektes soos diabetes, hipertensie en asma toon, soos genetiese oordraagbaarheid, reaksie op behandeling, patofisiologiese eienskappe en die invloed van leefstylkeuses (soos dieet) op die siekte. Vandag word middelafhanklikheid volgens die mediese verslawingsmodel gedefinieer as:

A primary, chronic disease of brain reward, motivation, memory and related circuitry. Dysfunction in these circuits leads to characteristic biological, psychological, social and spiritual manifestations. This is reflected in an individual pathologically pursuing reward and/or relief by substance use and other behaviors (ASAM; 2011).

2.3.3.2. Kritiek op die siekte-konsep

Een van die sterkste besware teen die siekte-konsep is dat persone dit kan gebruik as verskoning vir hulle gedrag. Die rol van “slagoffer” word soms deur middelafhanklike persone ingeneem om verantwoordelikheid vir hulle optrede te ontduik. Clinebell (1978:173) verklaar dat psigoterapie en die suksesverhaal van AA die beste antwoord op hierdie kritiek bied. Psigoterapie toon dat 'n persoon nie verantwoordelikheid vir sy/haar aksies aanvaar deur meer skuldig daarvoor te voel nie. 'n Persoon kan dalk deur sosiale druk gedwing word om sekere morele waardes aan te hang, maar die verandering in sy/haar gedrag is oppervlakkig en nie blywend nie. AA bewys dit prakties deur die getuienisse van mense wat selfaanvaarding en verlossing in die siekte-konsep van middelafhanklikheid gevind het.

Baie mense het ook moeite om die siekte-konsep te aanvaar aangesien middelafhanklikheid 'n soeke na plesier insluit, wat dit laat voorkom asof die persoon 'n wilsbesluit neem om weer 'n middel te gebruik. Volgens hierdie beskouing kan middelafhanklike persone nie “allergies” vir gemoedsveranderende middels wees nie aangesien persone met 'n allergie sal kies om daardie middel te vermy. Wat die “allergie” van middelafhanklikheid egter van ander allergieë onderskei, is dat middelafhanklikheid wel 'n element van plesier insluit; die middelafhanklike persoon ervaar 'n mate van plesier en verligting wanneer hy/sy die middel gebruik. Die siekte van middelafhanklikheid word immers toegeskryf aan 'n verandering in die plesier-afdeling van die brein, die amigdala, (U.S. Department of Health and Human Services, 2016:2-2). Die plesier-funksie van die brein van 'n middelafhanklike persoon funksioneer dus anders as dié van 'n persoon wat nie middelafhanklik is nie. Om hierdie rede sal 'n middelafhanklike persoon gedurig terugkeer na sy/haar middel ongeag die verwoesting wat dit in sy/haar lewe veroorsaak.

Die bogenoemde kritiek het 'n duidelike morele ondertoon. Kritici van die siekte-konsep is gewoonlik oortuig daarvan dat middelafhanklikheid 'n morele oorsprong het en dus moreel

behandel moet word. Clinebell (1978:177) meen dat die oorsprong en behandeling van middelafhanklikheid 'n etiese vraagstuk is wat elke terapeut eers moet beantwoord voor die middelafhanklike persoon behandel kan word. Fisher & Harrison (2013:48) verklaar dat elke terapeut 'n eie benadering tot middelafhanklikheid sal ontwikkel afhangende van die soort middelafhanklike persone met wie hulle te doen het. Collins (2008:57) verklaar dat dit 'n fout sal wees om te beweer dat middelafhanklikheid slegs 'n siekte of slegs 'n sonde is. Hy stel voor dat die terapeut 'n ewewigtige benadering volg waar middelafhanklikheid beskou word as 'n siekte wat nie die morele verantwoordelikheid van die middelafhanklike persoon ontken nie. Clinebell (1978:174) verwys na AA se beskouing dat 'n persoon nie verantwoordelik is vir die feit dat hy/sy 'n "allergie" het nie, maar wel verantwoordelik is vir 'n gesonde leefstyl, ondanks die allergie. 'n Middelafhanklike persoon het dus die verantwoordelikheid om sy lewe só in te rig dat die kanse vir vergryp verminder word. Soos 'n persoon met diabetes 'n hoë suikerinname moet vermy, moet iemand met middelafhanklikheid byvoorbeeld hoë stresvlakke of verkeerde vriende vermy.

2.3.3.3. Voordele van die siekte-konsep

Een van die grootste voordele van die siekte-konsep is dat die stigma van swak wilskrag of lae morele waardes verwyder word. Die siekte-konsep toon juis dat die middelafhanklike persoon nie moreel verantwoordelik is vir die feit dat hy/sy die siekte het nie. Aanvaarding hiervan bevry die middelafhanklike persoon van skuldgevoel en maak hom/haar meer ontvanklik vir behandeling en herstel, soos die eerste AA-lede besef het. In afdeling 2.2.5.3 van hierdie hoofstuk het die navorser melding gemaak van versekeringsmaatskappye wat toenemend bereid is om vir behandeling te betaal aangesien middelafhanklikheid as 'n siekte geklassifiseer is. Fisher & Harrison (2013:46) meld ook dat mediese navorsing toegeneem het weens die aanvaarding van die siekte-konsep. Ten slotte is terapeute wat die siekte-konsep aanvaar suksesvoller in hul behandeling van middelafhanklike persone as met ander benaderings (Clinebell, 1978:172).

Die bio-psigo-sosiale model en die siekte-konsep van middelafhanklikheid word vandag deur die meeste behandelingsprogramme aanvaar en lei tot 'n multidissiplinêre benadering tot behandeling.

2.3.4. Vorme van behandeling

In afdeling 2.3.2 het die navorser verwys na die verskillende modelle van middelafhanklikheid wat tot 'n groot verskeidenheid behandelingsopsies gelei het. Die meeste fokus op 'n multidissiplinêre behandelingsplan, waar 'n middelafhanklike persoon behandel word deur onder andere mediese dokters en susters, sielkundiges, psigiaters, maatskaplike werkers, arbeidsterapeute, gespesialiseerde beraders en, soos ons in afdeling

2.4 van hierdie hoofstuk sal sien, pastorale beraders. Die beskikbaarheid, kombinerings en rol van hierdie rolspelers verskil van program tot program. Dit is nie die doel van hierdie studie om die verskillende behandelingsprogramme in diepte te bespreek nie, maar die navorser wil tog melding maak van die volgende belangrike behandelingsvorme:

2.3.4.1. Binne-pasiënt behandeling

Tradisionele binne-pasiënt behandeling is die bekendste algemene vorm van behandeling van middelafhanklikheid. Pasiënte word tydens binne-pasiënt behandeling in 'n instansie of sentrum opgeneem waar hulle ongeveer 'n maand onder 24-uur-toesigdeurbring. Hierdie soort behandeling bestaan gewoonlik eerstens uit 'n ontgiftigingsfase, waartydens die pasiënt onthou word van sy/haar dwelmmiddel/s. Ná onttrekking is 'n pasiënt gereed vir die terapeutiese fase van die behandeling, wat kan bestaan uit individuele en groepsterapie, opvoedings- en inligtingsessies oor die aard van middelafhanklikheid en die ontwikkeling van nuwe vaardighede soos selfgeldende gedrag en gesonde streshantering.

Die voordeel van hierdie vorm van behandeling is dat pasiënte nie die geleentheid het om gemoedsveranderende middels te gebruik nie. Pasiënte is gewoonlik onder streng toesig en het gevolglik die geleentheid om terapie in 'n sober en dwelmvrye omgewing te ontvang. Die nadeel is dat hierdie omgewing nie die werklike omstandighede van die pasiënt weerspieël nie. Fisher & Harrison (2013:149) meen dat die pasiënt nie die geleentheid het om dít wat tydens hierdie vorm van behandeling geleer word, prakties toe te pas nie. Wanneer die pasiënt na sy/haar omstandighede terugkeer, kan uitdagings hom/haar oorweldig en 'n terugval veroorsaak. Dié kritiek teen binne-pasiënt behandeling beteken nie dat dit nie doeltreffend is nie, maar onderstreep juis watter uitdaging daar op pasiënte wag wanneer hulle na hul omstandighede by die huis terugkeer en die belangrike rol wat voortgesette behandeling (wat die navorser in afdeling 2.5 van hierdie hoofstuk bespreek) in 'n pasiënt se volgehoue herstel speel.

2.3.4.2. Buite-pasiënt behandeling

Met buite-pasiënt behandeling word probeer om bogenoemde negatief uit te skakel deur pasiënte al die behandelingsopsies van 'n binne-pasiënt te bied, maar sonder die vereiste dat hulle hul huislike omstandighede moet verlaat en in 'n sentrum/instansie opgeneem moet word. Dié soort behandeling duur gewoonlik langer as binne-pasiënt behandeling aangesien terapie beperk is tot 'n sekere aantal sessies per week, afhangende van die program wat gevolg word.

Buite-pasiënt behandeling is ideaal vir persone wat nie verpligtinge soos skool of werk opsy kan skuif nie. Die grootste voordeel van buite-pasiënt behandeling is egter dat die pasiënt

dadelik tuis kan toepas wat hy/sy tydens terapie geleer het. Die nadeel is natuurlik dat die versoeking om alkohol of dwelms te gebruik baie groter is vanweë die beskikbaarheid daarvan buite die beskermende omgewing van 'n behandelingsentrum/-instansie. Fisher & Harrison (2013:149) meld dat buite-pasiënt behandeling baie meer bekostigbaar as binne-pasiënt behandeling is aangesien daar nie kostes vir voedsel en verblyf is nie.

2.3.4.3. Terapeutiese gemeenskappe

Terapeutiese gemeenskappe funksioneer amper soos binne-pasiënt programme, maar pasiënte bly baie langer van hul huisomgewings weg. Fisher & Harrison (2013:148) verklaar dat terapeutiese gemeenskappe gewoonlik 'n laaste uitweg vir baie pasiënte is nadat ander behandelings onsuksesvol was. NIDA (2010:228) meld dat hierdie vorm van behandeling, wat streng fokus op leefstylveranderinge, veral ook goed werk vir persone onder korrektiewe toesig. NIDA noem in dieselfde asem dat behandeling nie vrywillig hoef te wees om doeltreffend te wees nie. Dit geld enige vorm van behandeling aangesien 'n pasiënt wat aanvanklik weerstand bied, later tot insig gebring kan word om sy/haar leefwyse te verander.

Die voordeel van terapeutiese gemeenskappe is dat pasiënte nuwe leefstylgewoontes in 'n nuwe sosiale groep kan aanleer. Fisher & Harrison (2013:148) meen egter dat die isolasie wat met verblyf in terapeutiese gemeenskappe gepaard gaan daartoe lei dat baie pasiënte vroegtydig padgee.

2.3.5. Pastorale berading as erkende dissipline

2.3.5.1. In die verlede

In afdeling 2.2 van hierdie hoofstuk is die spirituele invloede op die begrip en behandeling van middelafhanklikheid oor die jare uitgelig. Clinebell (1978:101) het ondersoek ingestel na evangelistiese benaderings soos die Heilsleër se uitreiking na hawelose alkoholiste in stedelike gebiede. Die voordeel van hierdie benadering is dat sekere hawelose alkoholiste positief gereageer het: hulle bekering het bygedra tot 'n nuwe alkoholvrye lewe. Die nadeel is dat hierdie benadering outoritêr is, terwyl die meeste alkoholiste rebelleer teen outoriteit. In 2.3.2.1 en 2.3.3.2 van hierdie hoofstuk het die navorser ook verwys na die feit dat die middelafhanklike persoon negatief op 'n streng morele benadering tot behandeling reageer. Indien 'n benadering streng evangelies-georiënteerd is, sal die hulp van ander dissiplines benut moet word om werklik suksesvol te wees.

In afdeling 2.2.5.1 van hierdie hoofstuk het die navorser verwys na die Emmanuel Movement, gestig in 1906, wat die eerste formele poging was om 'n psigoterapeutiese en spirituele benadering te kombineer. Alhoewel die beweging nie meer vandag bestaan nie, meen Clinebell (1978:117) dat dit die waarde van 'n multidissiplinêre benadering uitlig. Die

oorsprong van middelafhanklikheid is sielkundig begryp, maar terselfdertyd is die terapeutiese waarde van spirituele beginsels beseft in die behandeling van kwessies soos skuldgevoel, verantwoordelikheid en selfaanvaarding – kwessies waarmee elke middelafhanklike persoon gekonfronteer word.

In afdeling 2.2.5.2.1 van hierdie hoofstuk het die navorser verwys na Alkoholiste Anoniem se spirituele benadering tot die behandeling van middelafhanklikheid en die groot invloed op die begrip en behandeling van alkoholiste in die 20ste eeu. Die eerste kenmerkende eienskap van AA is dat die beweging 80 jaar ná sy ontstaan steeds bestaan. In afdeling 2.2 van hierdie hoofstuk het dit geblyk dat verskeie behandelingsmetodes uitgesterf het, dikwels met die sterfte van die persoon wat die beweging/instansie begin het, soos die Washingtonians en Elwood Worcester se Emmanuel Movement (Clinebell, 1978:106). Die feit dat AA vandag steeds 'n dinamiese bestaan voer, getuig daarvan dat die beweging tog bygedra het tot ons begrip van die middelafhanklike persoon. Van die belangrikste kenmerke wat AA so doeltreffend maak, is volgens Clinebell (1978:145):

- Die onmiddellike stresverligting wat AA aan alkoholiste bied deur praktiese planne en nuwe denkpattre voor te stel.
- Die aanvarende omgewing en gemeenskap wat deur AA-lede onderhou word, almal self herstellende alkoholiste.
- Die verhouding wat AA met hospitale en instansies het wat met alkoholiste werk, om ondersteuning te bied waar hulle kan.
- AA bied 'n groep waartoe die alkoholis kan behoort om sy eensaamheid te verlig.
- Die Twaalf Stappe van AA verskaf 'n program wat die alkoholis kan volg om spiritueel te groei.
- Die stappe kweek verantwoordelikheid en lewensvervulling by die alkoholis.
- Die nie-ouderwetlike opset van AA.
- Die ondersteuningstelsel in die vorm van groepe wat gereeld bymekaar kom.

Die tweede opvallende eienskap van AA is die uitbreiding na ander terreine. Aanvanklik was die fokus net op alkoholiste, maar gou is ook die families van alkoholiste deur Al-Anon betrek. Dwelmafhandlikes het hul eie beweging, Narcotics Anonymous (NA), begin geskoei op die lees van AA (White 2004:88).

Clinebell (1978:151) som die invloed van AA, wat vandag steeds geld, goed op wanneer hy verklaar:

... AA has developed a means of conveying the experience of acceptance to the alcoholic. Through its accepting fellowship it has been more successful than any

previous approach in helping the alcoholic to feel accepted by life and, therefore, to accept himself ... this is what has been described as “salvation through faith”. Thus AA has found an answer to the alcoholic’s deep feeling of isolation, loneliness, and rejection. In this sense, AA is a religious therapy par excellence for alcoholism.

2.3.5.2. Bio-psigo-sosiale-spirituele model

Buiten die biologiese, psigologiese en sosiale faktore wat bydra tot die ontwikkeling van middelafhanklikheid, is daar ook ’n vierde faktor wat uitgelig moet word: spiritualiteit. Navorsing deur Miller (1998:979) bewys dat fokus op ’n persoon se spirituele lewe deel vorm van die herstelproses van middelafhanklikheid. Horvath *et al.* (2016) deel hierdie vier faktore in twee groepe: mediese invloede soos genetiese oordraagbaarheid, en omgewingsinvloede soos interpersoonlike verhoudings, kultuur en spiritualiteit.

2.3.5.3. Debatte teen

Een van die grootste besware teen spirituele betrokkenheid by die behandeling van middelafhanklikheid is dat die indruk gewek kan word dat spirituele toewyding die enigste oplossing vir die probleem is. In so ’n geval kan ’n middelafhanklike persoon sielkundige, maatskaplike en selfs mediese hulp weier. Clinebell (1978:159) verklaar dat alkoholiste ’n afhanklikheid van alkohol kan vervang deur ’n afhanklikheid van spiritualiteit, maar dat hierdie vorm van spiritualiteit onvolwasse is. Die middelafhanklike persoon se ware probleme, wat gelei of bygedra het tot sy middelafhanklikheid, kan in so ’n geval nie opgelos word nie; dikwels is dit net ’n kwessie van tyd voor die persoon terugval in middelgebruik.

2.3.5.4. Debatte vir

Clinebell (1978:159) beweer “alcoholism is to be understood as in part a tragic attempt to satisfy spiritual needs”, wat voortbou op sy opvatting dat alkoholisme en spiritualiteit dieselfde behoeftes in ’n persoon kan bevredig. Hy beskou dus die alkoholiste as ’n persoon met diep spirituele behoeftes, maar wat daardie behoeftes vir ’n lang tyd met alkohol probeer bevredig het. Om hierdie rede is Clinebell daarvan oortuig dat ’n spirituele benadering tot die behandeling van alkoholisme ’n groot voorsprong het bo ’n nie-spirituele benadering. Clinebell (1978:159) stel, ter opsomming, die volgende:

- ’n Geloof in iets groter as die middelafhanklike persoon self, die Hoër Mag waarna in die stappe van AA verwys word, help hom/haar om probleme wat met middelafhanklikheid gepaard gaan, op te los.
- Die middelafhanklike persoon word deur ’n nuwe groep aanvaar vir wie hy/sy is, en word gelei om daarom ook hom- of haarself te aanvaar.

- Die middelafhanklike persoon word deel van 'n groter narratief wanneer hy/sy aanvaar dat God 'n plan en 'n doel met sy/haar lewe het. Dit bied dus antwoorde op die eksistensiële vraagstukke waarmee die middelafhanklike persoon moontlik worstel.
- Geloof gee orde, struktuur en betekenis aan die middelafhanklike persoon se lewe.
- Die groep waartoe die middelafhanklike persoon behoort, is self ook deel van 'n groter narratief; deel van God se plan. Dit skep eenheid en doelgerigtheid in die geloofsgeoriënteerde groep.

Sremac (2013:162) toon in sy navorsing dat narratiewe pastorale berading 'n positiewe bydrae kan lewer in die behandeling van middelafhanklikheid. Bekering en getuienis speel 'n belangrike rol om die middelafhanklike persoon deel te maak van 'n geloofsgeoriënteerde groep met 'n groter narratief as sy/haar eie narratief.

Sremac (2013:155) verklaar dat:

Narrative pastoral care, then, describes how we form and organize our religious experience in story-like forms. If pastoral intervention tries to understand how meaning is to be found as human narratives are incorporated into God's narrative, then the main question is how can we connect the individual's story and the story of God? The primary task for a pastoral caregiver in the recovery context is to focus on the aspects of the encounter between the personal life story and the religious story, aspects that are often ignored or underestimated by those using medical and psychological perspectives.

Bill Wilson het die waarde hiervan reeds in 1934 met sy eie bekering besef en dit het direk gelei tot die stigting van AA (Morreim,1991:46). AA pas hierdie narratiewe beginsels in hulle byeenkomste toe wanneer lede getuig oor hulle verlede, hulle inkeer en hul lewe sonder alkohol en dwelms. Die waarde van so 'n benadering kan duidelik gesien word in die suksesvolle ondersteuning wat AA die afgelope 80 jaar aan middelafhanklike persone bied.

Die waarde van pastorale berading tydens die behandeling van middelafhanklikheid word ook deur sogenaamde sekulêre bronne onderstreep. Eberlein (2010:219) meen dat daar ruimte tydens behandeling moet wees vir die behoefte van middelafhanklike persone om spiritueel te ontwikkel. Humphreys & Gifford (2006:272) wys daarop dat wetenskaplikes en spirituele leiers van mekaar moet leer. Wetenskaplikes in die veld van middelafhanklikheid moet die spirituele behoeftes van pasiënte in ag neem en die waarde erken wat geloof in die herstel van middelafhanklikheid speel. Spirituele leiers moet ingelig wees oor die

wetenskaplike aard van middelafhanklikheid en moet nie probeer om kitsoplossings of konserwatiewe morele behandeling af te dwing nie.

2.3.6. Effektiewe behandeling

Volgens White (2014) is daar nie so iets soos die “beste” of “perfekte” behandelingsprogram nie. Die effektiwiteit van behandeling is gebaseer op hoe die behandeling by die spesifieke behoeftes van ’n middelafhanklike persoon aansluit. Behandeling wat vir ’n sekere pasiënt help is, is nie noodwendig effektief vir ’n ander pasiënt nie aangesien hul behoeftes verskil. White (2004:100) stel dit só:

... substance use disorders spring from multiple etiological pathways, unfold in diverse patterns and needs, respond to a variety of treatments, and resolve themselves through multiple pathways and styles of long-term recovery.

Fisher & Harrison (2013:151) stem saam dat die behandeling van middelafhanklikheid kompleks is omdat soveel faktore ’n rol speel in die ontwikkeling van middelafhanklikheid en dus aandag moet geniet tydens behandeling. White (2004:100) onderstreep hoe belangrik dit is dat hierdie faktore uitgelig moet word deur middel van goeie assesseringshulpbronne sodat ’n middelafhanklike persoon die behandelingsprogram volg wat die beste by sy/haar behoeftes pas. Volgens die bio-psigo-sosiale-spirituele behandelingsmodel sluit dit mediese, sielkundige, sosiale en spirituele faktore in. Goeie assessering is dus belangrik sodat spesiale aandag gegee kan word aan middelafhanklike pasiënte wat ook gediagnoseer is met ander mediese toestande. NIDA (2010:228) bespreek die belangrikheid van spesiale berading aan pasiënte wat gediagnoseer is met aansteeklike siektes soos HIV/VIGS, tuberkulose of hepatitis B en C sodat die skade en verspreiding van hierdie siektes beperk kan word. Tydens assessering moet ook gelet word op ’n dubbel-diagnose, waar pasiënte terselfdertyd behandel moet word vir psigiese versteurings soos major depressie of skisofrenie. Sosiale faktore moet ook deeglik geassesseer word om die behandeling van veral etniese minderheidsgroepe, pensionarisse, vroue, kinders/adolessente, gestremdes en pasiënte in die LGBT-gemeenskap meer effektief te maak (Fisher & Harrison 2013:153).

Fisher & Harrison (2013:152) en White (2004:100) skryf vanuit ’n Amerikaanse perspektief wanneer hulle meld dat hul regering klem lê op “evidence-based treatment”, behandeling wat wetenskaplik nagevors is en deurlopend gemonitor en geëvalueer word om die effektiwiteit en relevansie van die behandeling te verseker. In die Suid-Afrikaanse konteks word dieselfde doel nagestreef in die beleid oor die behandeling van middelafhanklikheid soos opgestel deur die DSO (Departement van Sosiale Ontwikkeling, 2013:4). Belangrike navorsing word ook gedoen deur Sacendu (The South African Community Epidemiology

Network on Drug Use), 'n inisiatief van die Mediese Navorsingsraad, sodat alle behandeling in Suid-Afrika so effektief moontlik is (Parry, 2016).

2.3.7. Gevolgtrekking

Die verskillende benaderings tot die behandeling van middelafhanklikheid wat in hierdie afdeling bespreek is, is universeel. Die manier waarop behandeling in die Wes-Kaap aangebied word, is egter uniek ten opsigte van kultuur, taal, geloof en ouderdom, asook sosiale, ekonomiese en geografiese faktore. Dit sal duideliker na vore kom tydens die ontleding van empiriese data in die volgende afdeling van hierdie hoofstuk.

In hierdie hoofstuk het dit duidelik geblyk dat die bio-psigo-sosiale-spirituele behandelingsmodel algemeen aanvaar word as die beste benadering omdat dié behandeling fokus op al die fasette van 'n middelafhanklike persoon se menswees. Dit is die navorser se mening dat spirituele terapie in die vorm van pastorale berading 'n rol in hierdie multidissiplinêre benadering behoort te speel, veral tydens voortgesette behandeling.

2.4. VOORTGESETTE BEHANDELING IN DIE WES-KAAP

Die navorser het in hierdie hoofstuk die historiese ontwikkeling van die behandeling van middelafhanklikheid bespreek, asook die tendense wat tans in hierdie veld gesien word. Dit was deurgaans egter die fokus van die navorsing om die rol van pastorale berading te ondersoek.

Ter afsluiting van die hoofstuk sal die navorser 'n kort oorsig verskaf oor voortgesette behandeling oor die algemeen, waarna gefokus word op voortgesette behandeling in 'n Suid-Afrikaanse konteks, spesifiek in Kaapstad en die omliggende gebiede in die Wes-Kaap, asook die rol van pastorale berading in voortgesette behandeling.

2.4.1. Oorsig

Voortgesette behandeling is die finale fase in die behandeling van middelafhanklikheid en word algemeen beskou as 'n fase wat lewenslank onderhou moet word. Hitzeroth (2010:117) verklaar dat die middelafhanklike persoon in hierdie stadium verantwoordelikheid vir sy verslawing moet aanvaar het, goed ingelig moet wees oor die siekte van middelafhanklikheid en bewus moet wees van gevaartekens en situasies wat 'n terugval kan veroorsaak. Hierdie aspekte behoort deel te vorm van die primêre behandelingsfase, wat voortgesette behandeling voorafgaan.

NIDA (2010:228) onderstreep die belangrikheid van voortgesette behandeling vir die middelafhanklike persoon en wys daarop dat dit 'n langtermynproses kan wees:

As is the case with other chronic, relapsing diseases, recovery from drug addiction can be a long-term process and typically requires multiple episodes of treatment, including “booster” sessions and other forms of continuing care.

Voortgesette behandeling neem vandag hoofsaaklik die vorm aan van individuele terapie en groepterapie.

2.4.1.1. Individuele terapie

'n Middelaafhanklike persoon word ná primêre behandeling aangemoedig om steeds van individuele terapie gebruik te maak, hetsy maatskaplik, sielkundig of enige ander vorm van terapie. In sommige gevalle kan 'n persoon van twee of meer terapeute gebruik maak, afhangende van sy/haar behoeftes. In hierdie geval word een terapeut gewoonlik aangestel as saakbestuurder wat verantwoordelik is vir die koördinerende van die terapie.

2.4.1.2. Ondersteuningsgroepe

Sommige persone gebruik ondersteuningsgroepe as hul enigste vorm van behandeling. Die gereelde bywoning van sulke groepe word beskou as 'n langtermyn onderneming tydens voortgesette behandeling. Die belangrikheid hiervan kan nie onderskat word nie. McLellan (2006:280) noem dat verskeie ondersoeke na die effektiwiteit van AA-groepe toon dat aktiewe betrokkenheid by enige ondersteuningsgroep direk bydra tot 'n langer sober tydperk.

In 'n ondersteuningsgroep word die middelaafhanklike persoon aangemoedig om deel te neem aan narratiewe terapie in 'n groep-opset; mense deel hulle stories met mekaar. Die persoon word nie net aangemoedig om sy/haar storie te deel nie, maar ook om deel te word van 'n nuwe narratief. Die persoon word betrek by 'n nuwe sosiale groep, waar aanvaarding en wedersydse begrip 'n groot rol speel om die persoon tuis te laat voel. Mercer en Woody (1999:51) verwys na bogenoemde as 'n vorm van spiritualiteit, waar betrokkenheid by die groep gesien word as 'n manier waarop die middelaafhanklike persoon kan fokus op 'n doelwit buite hom- of haarself. AA lig dit uit as een manier waarop 'n middelaafhanklike persoon kan fokus op 'n Hoër Mag. Hier kan die groep self dien as die hoër mag waarop die middelaafhanklike persoon fokus.

2.4.1.2.1 Christelike Afhankheidsdiens (CAD)

Eberlein (2010:219), 'n spesialis in die veld van menslike hulpbronne, skryf vanuit 'n Suid-Afrikaanse perspektief en beskou spirituele ontwikkeling as 'n belangrike deel van voortgesette behandeling. Hy het ook 'n nou verbintenis met die Christelike Afhankheidsdiens (CAD) wat middelaafhanklike persone op soortgelyke wyse as die AA ondersteun deur bewusmaking, motivering vir formele behandeling, samewerking met behandelingsinstansies en volgehoue groepsondersteuning. Die CAD se fokus is streng

Christelik en spirituele groei is volgens die organisasie 'n onlosmaaklike deel van die herstelproses (CAD, s.a.). In afdeling 2.2.5.2 van hierdie hoofstuk het die navorser melding gemaak van die rol wat die CAD en die organisasie se voorlopers gespeel het in die historiese ontwikkeling van behandeling in Suid-Afrika. Die belang van die CAD se werk is reeds in 1985 deur ds. Vlampie (1985:1) uitgelig, maar die organisasie verrig vandag steeds 'n belangrike taak in baie gemeenskappe in die Wes-Kaap.

2.4.2. Voortgesette behandeling in die Wes-Kaap

In Kaapstad en die omliggende gebiede in die Wes-Kaap is daar 'n geweldige probleem met middelafhanklikheid. Soos ons reeds in hierdie hoofstuk bespreek het, is daar baie faktore wat bydra tot die ontwikkeling van middelafhanklikheid. Dit is egter grootliks 'n sosiale kwessie wat dreig om die jeug se toekoms te steel, gesinne uitmekaar te skeur, armoede te vererger en geweld aan te hits. Alhoewel middelafhanklikheid 'n probleem is wat regoor die wêreld voorkom, is die situasie in die Wes-Kaap in sekere aspekte uniek. Ons het hier te doen met 'n kultuur enig in sy soort. Dwelmmiddels soos Mandrax, wat nêrens anders in die wêreld misbruik word nie, vier hier hoogty. Die ondervinding van terapeute wat hier diens lewer, is dus ook uniek, soos weerspieël word in die onderhoude met hierdie terapeute en die bevindinge van die navorser.

Vier rolspelers is genader om voortgesette behandeling te bespreek. Wat hierdie hoofstuk betref, sal gekyk word na die voortgesette behandeling wat aangebied word en die rol wat pastorale berading tans daarin speel.

2.4.2.1. Die belangrikheid van voortgesette behandeling

Dit was eerstens vir die navorser belangrik om vas te stel hoe elke rolspeler voortgesette behandeling beskou en wat hul aandeel daaraan is. Die meeste van die rolspelers lewer meer as een diens, insluitend primêre behandeling wat voortgesette behandeling voorafgaan. Die rolspelers beskou die belangrikheid van voortgesette behandeling soos volg:

My persoonlike opinie en die opinie van [die instansie] is dat voortgesette behandeling ná behandeling by 'n rehabilitasiesentrum ongeveer 95% vorm van genesing, dit wil sê, dis vir die res van jou lewe. Ek het al baie gesien dat ouens gaan na 'n rehab toe, hulle kom uit en hulle hou vir 'n jaar of twee terwyl hulle nasorg doen, woon groepe by en dan sê hulle "Ag nee wat, ek het nou genoeg nasorg gedoen, ek kan dit nou weer op my eie doen", en dis net daar waar die probleem kom ... So ek dink nasorg, dit gaan nie ook net oor die vergaderings

nie, dit gaan oor 'n totale nuwe lewenswyse en as dit nie gebeur nie, is daar baie min sukses. (Onderhoud 1)

I would say it [aftercare] is extremely important, because it is a continued walk. Something we found is that what particularly brings the man to sobriety is that they have a network here. What we try and do of course is to help them to recreate that network outside. That's the big aim. (Onderhoud 4)

Behandeling, binne-pasiënt, is net 'n klein deeltjie, as jy hier uitgaan, moet jy [volhou met terapie] en ek dink daar is navorsing wat bewys die mense wat opgevolg word staan beter, hulle hou beter. So dis ongelooflik belangrik. 'n Mens kan nie in vyf weke alles regmaak wat verkeerd gegaan het nie. (Onderhoud 3)

The centre views it in a clinical way that it is absolutely vital. We can't continue to see or hope for sobriety or recovery unless we're going to persuade people to get into aftercare. Recovery really starts when treatment ends. So as a centre we advocate for aftercare as much as we can. (Onderhoud 2)

Dit blyk dus dat die rolspelers eensgesind is oor die belangrikheid van voortgesette behandeling en dat behandeling nie gesien kan word as iets wat binne 'n vasgestelde tydperk afgehandel kan word nie. Hoewel elke pasiënt se omstandighede verskil, sal daar altyd 'n vorm van voortgesette behandeling moet wees indien die persoon sy/haar lewe suksesvol wil herbou.

2.4.2.2. Voortgesette behandeling wat verskaf word

Tweedens wou die navorser bepaal tot watter mate elke rolspeler direk betrokke is by voortgesette behandeling. Omdat die primêre funksie van die rolspelers verskil, het hul verskil in fokus duidelik na vore gekom in die response:

Ek dink ons volg die pasiënte op [telefonies]. En ons probeer in kontak bly met ons maatskaplike werkers en ons skakel in by die ondersteuningsgroepe en ek dink dis waar ons rol stop, omdat dit nie regtig ons primêre fokuspunt is nie ... En ons skryf die terugvoer vir die verwysers. Ons sê vir hulle wat ons dink moet gebeur [tydens voortgesette behandeling], ons maak die eerste afspraak [tussen verwyser en pasiënt], ek sien dat dit mooi realiseer. (Onderhoud 3)

However, our extent of offering it [aftercare] is limited, because you know, we can only have a case load of a certain amount, because we only have so many therapists. So if he or she is going to be dealing with aftercare on a long term basis, that could be problematic in itself. So we extend it to another six weeks

after the treatment model and then after that, if they (patients) are really wanting, then we encourage them to come to the lectures on a frequent basis, but we reduce the number of one-on-one sessions. So it is as long as the client needs it, but there is a cut-off after six weeks for aftercare. (Onderhoud 2)

Die groepe is baie belangrik, want dit is soos 'n roetine. Jy gaan elke week na die groep toe en dit is waar jy sterk word en waar jy oefen om dit wat jy in die rehab geleer het, toe te pas. Dan doen ons ook ondersteuning tydens en na behandeling vir die familie. Ons gaan besoek hulle by die huise en ons praat hulle moed in. Ons help ook vir hulle, in 'n groep of individueel, hoe moet hulle verander. En 'n baie eenvoudige voorbeeld is as ek nou ophou drink, moet my vrou ook ophou drink, wat 'n sosiale drinker is. Okay en dan die laaste gedeelte is spirituele ontwikkeling. ... Dit hang af van watter vlak die persoon is, jy weet elke ou is anders. Maar dit gaan by die groep ook oor die spirituele rol wat in die groep gespeel moet word. Die jong mense is natuurlik nie so maklik om spiritueel te oortuig nie. ... By ons kampe, ons konferensies doen ons ook partykeer spirituele ontwikkeling, hetsy deur getuïenisse of 'n spirituele boodskap of 'n motiveringspreker of wat ook al. (Onderhoud 1)

You see, that is where our weakness is. We don't have any control. We would tell them: "It's vitally important that you become part of a support group, whether that is a Bible study group, an AA group, a youth group or something, but you have to be part of that." They would get a list of all the names and telephone numbers of the AA groups and when they meet and that sort of thing. But we literally leave it up to them to follow through. (Onderhoud 4)

Die rolspelers wat primêre behandeling aan binne- of buite-pasiënte bied, het 'n beperkte betrokkenheid by die direkte lewering van voortgesette behandeling. Hoewel hulle die pasiënte bewus maak van die belangrikheid van voortgesette behandeling, beskik hulle nie oor die hulpbronne om dieselfde soort diens te lewer as die rolspelers wat op voortgesette behandeling fokus nie. Daar kan dus in sekere gevalle 'n gaping wees tussen 'n pasiënt se primêre behandeling en sy voortgesette behandeling. Om hierdie rede is kommunikasie tussen rolspelers wat hierdie twee soorte dienste lewer uiters belangrik.

2.4.2.3. Rolspelers in die veld van voortgesette behandeling

Dit was vir die navorser belangrik om vas te stel hoe rolspelers in die veld van middelafhanklikheid saamwerk om voortgesette behandeling te lewer, en of die nodige kommunikasiekanale en strukture hiervoor bestaan:

Although a family can refer a patient here, a pastor can, a doctor can, but we're actually encouraging for social workers to process the applications. For a sneaky reason, is that once they've referred a patient here, that once the person is released, then they fall into the care of that social worker. (Onderhoud 4)

So they [patients] will go to NA or AA and so they will also be doing their part to continue having support. A lot of them said that the support service is not available, and so we started an NA group at the centre. So we got NA to come in and offer that service. So we just loan our space and they would offer it once a week ... So clearly that was a barrier, because I think they [patients] found a sense of community here. So now they are sent to another group, where they have to re-establish that sense of belonging. Whereas here, everybody seems to know each other, so they come to the NA group and they're able to speak a lot more freely. Or they come into a context that is familiar to them. So that is also a huge barrier for people accessing support services outside of the treatment model that they attend. (Onderhoud 2)

Ons (moet) toeganklik wees vir almal. Alle kerke, alle gemeenskappe, alle gelowe, skole, enigiets. So ons probeer ook met almal netwerk. Ons probeer op gemeenskapsnetwerke kom. (Onderhoud 1)

So ek dink wat belangrik is vir my, is dat persone wat hiernatoe verwys, dat 'n mens definitief met daardie verwyser, voor die pasiënt ontslaan is, in gesprek moet tree. Via e-pos of via telefoon of via 'n gesamentlike sessie as die pasiënt hier is. Sodat jy saam kan identifiseer wat is belangrik vir as die ou hier uitgaan. Soos ek gesê het, ons stuur vir hulle 'n verslag, en ons probeer opvolg hoe dit gaan. ... Die ideaal is as 'n mens in die laaste week saam met die verwyser kan sit, al is dit 'n telefoniese gesprek, en kan oorgee, amptelik oorgee, dat daardie pasiënt terug [-gaan] na [die terapeut] wie hom [aanvanklik] verwys het. (Onderhoud 3)

Uit die onderhoude het dit duidelik geblyk dat probleme kan opduik wanneer 'n pasiënt van primêre behandeling na voortgesette behandeling oorgaan. Soms sukkel 'n persoon om verskeie redes om by 'n nuwe ondersteuningsgroep in te skakel. In baie gevalle beskou terapeute 'n persoon wat primêre behandeling voltooi het as 'n suksesverhaal en dan word voortgesette behandeling verwaarloos. By navraag oor hierdie probleem het die rolspelers soos volg geantwoord:

Daar word natuurlik gepoog om maatskaplike werkers en dominees te kry om dit te doen, maar hulle is te besig. En maatskaplike werkers se werk is so oorweldigend, sy het nie nog tyd om met 'n suksesverhaal tyd te spandeer nie, of oënskynlike suksesverhaal, want onthou gewone maatskaplike werkers verstaan ook nie die veld nie. (Onderhoud 1)

Ons sien nie dat dit gebeur nie, baie min ... maar ek dink jou gewone maatskaplike werker het nie die vermoë of die kennis om in besonderhede nasorg te lewer nie. Jou dokters wat verwys kan ook nie nasorg lewer nie, want dis geld. Ja, so ek dink, en jou maatskaplike werkers, as dit okay gaan met 'n ou, dis nou dalk 'n cliché, dan is dit nie prioriteit nie. Daar is baie ander prioriteite, kinders wat verwaarloos raak...As dit goed gaan, is hulle nie prioriteit nie. (Onderhoud 3)

Die redes waarom pasiënte dikwels nie opgevolg word nie, is verstaanbaar, maar dit is duidelik dat daar 'n behoefte is aan terapeute wat voortgesette behandeling kan bied.

2.4.2.4. Betrokkenheid van pastorale beraders by voortgesette behandeling

Een van die belangrikste vrae in hierdie deel van die studie gaan oor die betrokkenheid van pastorale beraders by voortgesette behandeling. Die deelnemers het soos volg gereageer:

Dominees verwys, ja, daar is dominees wat verwys ... so van ons pasiënte word 7,7% deur kerke en moskees verwys [wat dan ook verantwoordelik is vir die voortgesette behandeling]. (Onderhoud 3)

Yes, we do have referrals from the churches as well. So when I say community leaders, it would encompass not just the kind of social workers out there or NPO's [Non-Profit Organizations], but also churches and mosques. So they would be referring quite a bit. And ideally I'd like to believe that, well what we're seeing is that it's almost at a point where they've already attempted to resolve the problem. And we're wanting pastors to know that the moment they hear that, or even have suspicion [of dealing with substance abuse, they should refer the person to us]. The same way we deal with schools. We're telling teachers to come to this introduction program so that they can understand the illness and also have early detection of this kind of experimental phases. So when they see that there is smoke, they should call the fire department, you know what I mean? So that they can get it out. So what we're saying to pastors is: "Don't try to help the family or the individual, let us do it." You know, and then when he's done here, let us send him back there so that he can continue his support program.

But it seems as though they are trying, and maybe in my opinion, point of professional opinion, the fact that there's a stigma linked to it, they're wanting to still protect and without realising that they're actually enabling or rather trying to rescue the individual. So yes, there are referrals from churches, but very insufficient. (Onderhoud 2)

Kyk, baie van die groepe hier in die Kaapse Vlakte en Eersterivier en so aan, is jou pastore, juis ouens wat op dwelms was wat tot bekering gekom het en opgelei is as pastore. En hulle is uitstekend, want hulle ken altwee. Hulle ken die veld van bendes, dwelms, tronk en nou as pastoor kan hy baie goed uitreik na mense wat nog steeds daar is. Nou daardeur sê ek nie almal moet nou eers tronk toe gaan en dwelms gebruik nie. Maar dit wys jou dat daar tog 'n leemte is in, ek wil amper sê die, die eerste-wêreld-samelewing. (Onderhoud 1)

I don't think there is a shortfall as far as therapy [is concerned], but pastoral care, yes, maybe because a lot of that can be met in the context of the local church. That to me is the ultimate, because then it's not just, they're not just taking care of his sobriety, but they're taking care of him as a whole being. They're taking care of him as a person, so if he's married, his wife and his children, his family, and that happens within body life, within the body of church. That to me is the ultimate, because it's continuous, it's ongoing, it's not finishing a course, it's not doing two years, three years, it's, God willing, a lifetime ... And that's the challenge. I think, sometimes I think, when a patient leaves, I think there are pastors, their pastors, sometimes think, "Okay, they're fixed up now." ... in a way that is true, but in actual fact, they've got to keep working with them ... and this is where we're dependant on God, is to bring a realization to churches and church groups that there is an opportunity of ministry ... So it's a question of: May God open the eyes of the church to see the opportunity that lies, especially in the Western Cape. (Onderhoud 4)

Pastorale beraders is dus tans wel besig om pasiënte vir behandeling na hierdie rolspelers te verwys. Dit is dikwels juis die pastorale berader wat as eerste terapeut die behandelingsproses aan die gang sit. Wat egter kommerwekkend is, is dat die primêre behandeling dan in meeste gevalle gesien word as die totale oplossing vir die middelafhanklike persoon. Voortgesette behandeling word in so 'n geval nie aangebied deur die pastorale berader wat as verwysers opgetree het nie.

2.4.2.5. Die behoefte van die middelafhanklike persoon

Die laaste vraag waarop die navorser in hierdie afdeling fokus, handel oor die spirituele behoeftes van die middelafhanklike persoon.

... as dit [behandeling] natuurlik kan voortgaan aan die buitekant, met 'n pastorale berader is dit soveel beter, en daar is 'n groot leemte. Onthou, die ouens is bang, hulle is bang vir veroordeling. Hy is bang hy kan nie die standaard maak nie, want baie van die ouens kom letterlik uit die bos uit en nou moet hy ewe skielik op dieselfde vlak funksioneer as ouens wat skatryk is. So ek persoonlik dink daar is 'n groot behoefte aan pastorale berading.

En hul gesinne?

Baie beslis. Dat daar ook pastorale ingrype moet kom. Die klassieke geval wat ek Saterdag hanteer het: die ou is 'n jaar sober, maar sy vrou en sy seun wil hom nie vergewe nie. Niks verander nie en hulle wag eintlik net dat hy moet terugval. Hulle moedig hom eintlik aan. En dis wat ek dink, die vrou is in beheer in daardie geval. En nou word die ou nugter. Hy het 'n goeie werk, hy het nou vir hom 'n kar gekoop. En nou begin hy sy rol terugneem, en nou hou sy vrou nie daarvan nie, want nou moet sy weer van die mag afgee. Die seun het klomp mag gehad oor sy pa se geld en kar en so aan. Nou is pa nugter, so seun moet nou vir hom gaan werk soek en verantwoordelikheid neem, en hy wil nie. So dis hoekom die gesin, dis so belangrik. En onthou, die gesin gaan nie saam rehab toe nie. So watter hulp kry hulle nou? ... Ja, en dis nie net die gesin nie. Wat van sy vriende? Wat van sy kollegas by die werk? Wat van sy jagmaats, sy sport maats, sy familie? So die ding kring baie verder uit. (Onderhoud 1)

... ek dink 'n pastorale persoon is die ideale persoon om nasorgdienste te lewer, want hulle is in jou gemeenskap, jou kerk is in jou gemeenskap, so dis eintlik die beste. Kyk, deel van nasorg is reïntegrasie in die gemeenskap. En is dit nie eintlik wat die kerk doen nie? Die kerk wil eintlik almal as 'n familie integreer, so eintlik is die kerk amper in die beste posisie om dit te doen en ook eintlik omdat hulle gaan weet wat by daardie huis aangaan, dink ek hulle kan 'n baie goeie nasorgdiens lewer. (Onderhoud 3)

You would find that a lot of problems stem from the family, dysfunctional families. Father is an alcoholic, mother is absent, or whatever the case might be. So yes, we find more and more so that families are needing pastoral care ... And it's also

education, so that they [the family] can understand the concept of the disease.

(Onderhoud 4)

Dat daar wel 'n spirituele behoefte by middelafhanklike pasiënte bestaan, word dus nie betwis nie. Wat ook duidelik geword het, is dat daar meer as een gaping bestaan in die manier waarop voortgesette behandeling tans aangebied word. Daar is 'n behoefte aan meer terapeute, maar daar is ook 'n behoefte aan die opvoeding van hierdie terapeute sodat hulle middelafhanklikheid en die belangrikheid van voortgesette behandeling beter kan verstaan om 'n beter diens aan die middelafhanklike persoon en sy/haar familie te bied.

2.5. GEVOLGTREKKING

Deur die geskiedenis is pastorale berading in verskeie vorms gebruik om die middelafhanklike persoon te help. Sommige pogings was tot 'n mate suksesvol, terwyl ander meer kwaad as goed gedoen het. Vandag het pastorale berading steeds 'n rol te speel in die behandeling van die middelafhanklike persoon. Die navorser kom in hierdie hoofstuk tot die volgende gevolgtrekkings:

- Die middelafhanklike pasiënt moet in sy geheel behandel word, wat 'n multidissiplinêre benadering vereis – pastorale berading kan 'n deel hiervan vorm.
- Daar is tans 'n gaping in die voortgesette behandeling wat aan pasiënte in die Wes-Kaap gebied word deurdat daar nie genoeg opgeleide/ingeligte terapeute is wat hierdie diens lewer nie.
- Hoewel daar pastorale beraders is wat pasiënte verwys na instansies om behandeling te ontvang, pas hierdie beraders nie altyd voortgesette behandeling toe ná die primêre behandeling voltooi is nie.
- Pastorale beraders is dikwels in 'n goeie posisie om voortgesette behandeling aan pasiënte en hul families te bied, maar beskik nie altyd oor die nodige kennis van middelafhanklikheid nie.

In hierdie hoofstuk het 'n behoefte na vore gekom dat pastorale beraders by die voortgesette behandeling van middelafhanklike pasiënte betrek word. Die vraag is waarom hierdie pastorale plig tans nie behoorlik nagekom word nie. Om hierdie vraag te beantwoord, sal die navorser in die volgende hoofstuk verwys na studievelds soos die sosiologie en psigologie se redes waarom voortgesette behandeling afgeskeep word en pastorale berading se betrokkenheid by hierdie probleem. Empiriese data verkry uit onderhoude met instansies wat behandelingsdienste in die Wes-Kaap verskaf sal ook toeligting verskaf.

HOOFSTUK 3

3. DIE ONBEVREDIGDE BEHOEFTE VAN DIE MIDDELAFHANKLIKE PERSOON

3.1. INLEIDING

In die vorige hoofstuk het dit duidelik geblyk dat daar tydens die voortgesette behandeling van middelafhanklikheid 'n spirituele behoefte by middelafhanklike pasiënte en hulle gesinne bestaan. Daar is 'n gaping vir pastorale beraders om hierdie behoefte te vervul.

In hierdie derde hoofstuk wil die navorser begin deur ondersoek in te stel na die redes waarom voortgesette behandeling soms afgeskeep word in die veld van middelafhanklikheid. Tweedens wil die navorser ook spesifiek bepaal waarom pastorale berading meestal afwesig is tydens voortgesette behandeling. In beide gevalle sal verwys word na o.m. psigologiese, sosiologiese en mediese navorsing, asook na terugvoering uit die onderhoude wat gevoer is met rolspelers wat betrokke is by behandeling in die Wes-Kaap.

Die inhoud van hierdie hoofstuk is rondom die tweede taak van Osmer (2008:4) se *Core Tasks of Practical Theological Interpretation* saamgestel. Die doel van hierdie hoofstuk is dus interpreterend van aard. Die navorser wil in hierdie hoofstuk in gesprek tree met ander wetenskaplike dissiplines en bepaal waarom pastorale beraders tans nie voldoende betrokke is by voortgesette behandeling in die Wes-Kaap nie. Gevolgtrekkings uit hierdie hoofstuk sal in die volgende hoofstuk gebruik word om te bepaal watter rol pastorale berading wel tydens voortgesette behandeling behoort te speel. Latere hoofstukke van hierdie navorsing sal ook die inhoud van hierdie hoofstuk in ag neem wanneer praktiese voorstelle gedoen word in reaksie op die navorsingsprobleem. Die navorser hoop dat die inhoud van hierdie hoofstuk sal bydra tot die interpretasie van die navorsingsprobleem, asook die moontlike oplossings hiervoor.

3.2. GEVOLGE VAN 'N GEBREK AAN VOORTGESETTE BEHANDELING

3.2.1. Mediese perspektiewe

Volgens Thompson (2016:1) word die risiko van 'n terugval in middelmisbruik dikwels deur terapeute onderskat en is dit een van die algemeenste foute van mediese dokters tydens

voortgesette behandeling. Hy stel dat ongeveer 80% van alle pasiënte in die eerste jaar ná formele behandeling terugval. Die terugval ná twee jaar van soberheid is 40% en ná vyf jaar heelwat laer. Daar is egter altyd 'n risiko van terugval aangesien middelafhanklikheid geklassifiseer word as 'n chroniese toestand (ASAM, 2011:1). Thompson (2016:1) verklaar dat dokters bewus moet wees van gevaartekens in hul pasiënte se gedrag wat kan aandui dat hulle teruggeval het. Van die gevaartekens is die nie-nakoming van afsprake of 'n weiering om ondersteuningsgroepe by te woon.

'n Terugval in middelmisbruik het verskeie mediese gevolge. Brick (2008:9) noem die volgende mediese gevolge van akute en chroniese alkoholmisbruik:

- Verswakte bestuursvermoë, wat kan lei tot ongelukke, beserings en selfs sterfte.
- Verswakte motorneuronfunksies oor die algemeen, wat kan lei tot allerlei ongelukke soos brandwonde, kneusplekke, beenfrakture, ens.
- Selfdood.
- Osteoporose.
- 'n Mikroskopiese verandering in beenstruktuur, asook ander skeletsiektes weens 'n vitamientekort.
- Verswakte lewerfunksie.
- Verswakte hartfunksie.
- Hipertensie en 'n groter kans op beroerte.

Akute en chroniese alkohol- of dwelmmisbruik het volgens Moser en Frantz (2004:49) die volgende neuro-psigologiese gevolge:

- Verswakte breinfunksies wat betref motoriese bewegings, koördinasie, aandagspan, konsentrasie, gehoor, spraak en video-ruimtelike vermoë.
- Korsakoff-sindroom en permanente geheueverlies wat vererger indien die pasiënt nie 'n sober leefstyl handhaaf nie.
- 'n Geskiedenis van breintrauma/-skade vererger negatiewe effekte van dwelmgebruik op breinfunksionering.
- Toestande soos skisofrenie, Alzheimersiekte en major depressie.

Die mediese gevolge van akute en chroniese alkohol- en dwelmmisbruik is dikwels permanent en sal vererger indien 'n pasiënt vasgevang bly in die misbruik. Dokters moet dus toesien dat pasiënte so lank moontlik in voortgesette behandeling bly om die kans van 'n terugval te verminder.

3.2.2. Sosiologiese perspektiewe

Lee *et al.* (2014:130) verwys na navorsing deur Ford & Zarate dat pasiënte wat primêre behandeling ondergaan en daarna van voortgesette behandelingsdienste gebruik maak, positiewe gevolge op sosiale vlak beleef. Sonder voortgesette behandeling is daar 'n korter tydperk van soberheid, 'n groter kans op arrestasie en tronkstraf, asook 'n groter moontlikheid van werkloosheid, armoede en haweloosheid.

Hierdie gevolge spruit uit die bevinding (McKay, 2005:1606) dat pasiënte wat nie van voortgesette behandeling gebruik maak nie, 'n groter kans het om terug te val in middelmisbruik. Ander sosiale probleme wat kan opduik, sluit in huweliks- en gesinsprobleme, geweld en kinders wat uit ouers se sorg verwyder word.

3.2.3. Psigologiese perspektiewe

Die term *comorbidity*, oftewel dubbel-diagnose (*dual diagnosis*), verwys na middelafhanklike pasiënte wat terselfdertyd gediagnoseer word met een of meer psigiatriese toestande (Weich, 2013:4). Volgens Thesnaar (2011:30) en Lachman (2012:1) gaan die volgende psigiatriese toestande dikwels gepaard met 'n diagnose van middelafhanklikheid:

- Delirium
- Gemoedsversteurings – distemie (chroniese laegraadse depressie), depressie
- Aandaggebrek-hiperaktiwiteitsindroom (AGHS) – *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD)
- Eetversteurings
- Psigose –hallusinasies, aggressie
- Paranoia – skisofrenie, vervolgingsbedrog

Volgens Weich (2013:4) hou hierdie toestande direk verband met 'n persoon se middelmisbruik, waar die middels sowel die oorsaak as die gevolg van 'n psigiatriese toestand kan wees. Sommige pasiënte soek ontvlugting van hul psigiatriese toestande in middels – gedrag wat as selfmedikasie (*self medication*) bekend staan (Weich, 2013:4) – maar word in die proses afhanklik daarvan.

Wat ook al die geval, 'n persoon met 'n dubbel-diagnose kry gewoonlik 'n voorskrif vir psigiatriese medikasie. Indien die persoon egter terugval in middelmisbruik, is die kans baie groot dat hy/sy versuim om die medikasie korrek te gebruik. In so 'n geval sal die oorspronklike simptome van die psigiatriese toestand weer opduik. Voortgesette behandeling is dus belangrik om te verseker dat die middelafhanklike persoon voorgeskrewe psigiatriese medikasie korrek bly gebruik.

3.3. OORSAKE VAN 'N GEBREK AAN VOORTGESETTE BEHANDELING

In Hoofstuk 2 van hierdie studie het dit duidelik geword dat die voortgesette behandeling van middelafhanklike persone in sekere mate afgeskeep word. Een van die redes wat reeds in die vorige hoofstuk genoem is, is die tekort aan opgeleide terapeute. Die navorser meen egter dat daar ook ander redes is waarom voortgesette behandeling soms afgeskeep word, wat sal blyk uit bydraes van verskeie studieveldde, asook die sieninge van rolspelers wat betrokke is by behandeling in die Wes-Kaap.

3.3.1. Mediese perspektiewe

3.3.1.1. Mediese dokters en medikasie tydens voortgesette behandeling

McKay (2009:140) fokus op die verantwoordelikheid van middelafhanklike persone en meen dat daar verskeie redes is waarom hulle dikwels nie voortgesette tradisionele behandeling wil volg nie, byvoorbeeld by 'n instansie wat op voortgesette behandeling fokus of 'n ondersteuningsgroep soos AA of CAD. Sommige persone wat rehabilitasiebyeenkomste moet bywoon, glo dikwels dat daar 'n stigma aan kleef en wil dit vermy, ander is onwillig om die AA-stappe te volg en nog ander het te veel ander verantwoordelikhede om 'n intensiewe voortgesette behandelingsprogram te volg. McKay (2009:140) stel voor dat gereelde afsprake by 'n mediese dokter 'n welkome alternatief kan wees. Hierdie sessies kan belangrik wees om 'n middelafhanklike persoon wat medikasie gebruik, te monitor sodat 'n terugval in middelmisbruik voorkom kan word. 'n Besoek aan 'n mediese dokter sal ook die probleem van stigma verwyder aangesien die persoon 'n dokter om enige mediese rede kan besoek.

Medikasie speel soms 'n belangrike rol tydens voortgesette behandeling en dit is belangrik dat 'n mediese dokter in so 'n geval deel vorm van die span terapeute wat betrokke is. Ongelukkig is mediese besoeke nie bekostigbaar vir die meeste middelafhanklike persone in die Wes-Kaap nie. Mediese dokters beskik ook nie altyd oor die nodige kennis om alle aspekte van voortgesette behandeling aan te bied nie. Waar 'n middelafhanklike persoon net op 'n mediese dokter staatmaak vir voortgesette behandeling, kry sosiale, sielkundige en spirituele probleme nie altyd genoeg aandag nie.

3.3.1.2. Terminale pasiënte

Middelmisbruik kan lei tot 'n groot verskeidenheid mediese toestande en voortgesette behandeling moet soms gelewer word aan terminaal siek persone. Kirsh & Passik (2009) meld dat hierdie pasiënte 'n groot uitdaging aan medici bied aangesien voorskrifmedikasie misbruik kan word en tot 'n terugval kan lei. Hulle stel voor dat medici in sulke gevalle streng

moet let op die hoeveelheid medikasie wat voorgeskryf word en moet aandrang op gereelde uriene toetse om middelmisbruik te kontroleer. Dit is ook belangrik dat medici steeds deel bly van 'n multidissiplinêre span wat behandeling aanbied en die pasiënt aanmoedig om in behandeling te bly.

3.3.2. Sosiologiese perspektiewe

3.3.2.1. Geografiese ligging en afstand

Schmitt, Phibbs & Piette (2003) het bevind dat die ligging van instansies wat voortgesette behandeling aanbied 'n beslissende rol speel in die bywoningsgetalle van middelafhanklike persone en dus hoeveel behandeling hulle ontvang. Persone wat ver moet reis om by 'n instansie uit te kom, is geneig om die behandeling af te skeep of na te laat. Lee *et al.* (2014:138) bevestig hierdie bevinding en stel voor dat instansies vervoer verskaf of ander metodes soos telefoonoproepe gebruik om seker te maak dat persone sonder vervoer nie sonder behandeling gaan nie.

Geografiese ligging is ook 'n bepalende faktor in die Suid-Afrikaanse konteks. Persone in lae sosio-ekonomiese omstandighede het dikwels nie vervoer nie. Die bogenoemde studie se bevindinge berus op afstande van 15km en 80km vanaf die behandelingsinstansie. Die navorser het egter persoonlik ondervind dat baie persone in Suid-Afrika dit moeilik vind om selfs binne 'n enkele dorp, waar die afstande nie meer as 10km is nie, rond te beweeg. Hoewel toegang tot vervoer 'n rol speel, is daar ook ander faktore. Bende-aktiwiteite, rooftogte en aanrandings is van die groot redes waarom Suid-Afrikaners huiwerig is om vrylik op straat rond te beweeg, veral ná sononder.

3.3.2.2. Beplanning

In teorie behoort 'n gestruktureerde behandelingsplan tydens die primêre behandelingsfase vir 'n middelafhanklike persoon opgestel word. Dit behoort 'n oorsig oor die verloop van die behandeling tot dusvêr te bied en hoe die behandeling gaan oorskakel na die voortgesette behandelingsfase. Lee *et al.* (2014:138) dui aan dat 'n tekort aan beplanning een van die redes is waarom baie middelafhanklike persone se behandeling onderbreek word en uiteindelik onsuksesvol is. Indien 'n terapeut optree as 'n saakbestuurder en 'n plan opstel wat die middelafhanklike persoon moet volg, het hierdie persoon 'n beter kans om in behandeling te bly.

3.3.2.3. Ongemotiveerde pasiënte

'n Algemene kenmerk van baie middelafhanklike persone is 'n gebrek aan motivering om behandeling te ontvang. Terapeute het dikwels te doen met persone wat bloot net nie gemotiveerd is om aan die behandelingsproses deel te neem nie. Ekendahl (2007:157) het

in 'n studie onder maatskaplike werkers in Swede bevind baie werk word gedoen tydens voortgesette behandeling onder middelafhanklike persone wat steeds ongemotiveerd is om behandeling te ontvang. Hierdie persone is verplig om primêre behandeling te ontvang, maar het steeds weerstand gebied ná hierdie behandelingsfase voltooi is. Ekendahl (2007:157) het bevind dat maatskaplike werkers in hierdie situasies dit hul plig moet ag om self na die middelafhanklike persoon uit te reik, eerder as om te wag dat die persoon vir voortgesette behandeling moet opdaag. Soms moet die maatskaplike werker die huis van die persoon besoek en probleme hanteer wat spruit uit huislike of werksomstandighede, gesinsverhoudinge, ens.

Dit lei tot die etiese vraagstuk of die maatskaplike werker wel só in die middelafhanklike persoon se lewe behoort in te gryp. Is dit nie 'n persoon se reg om behandeling te weier nie? Pienaar (2000:83) het hierdie vraagstuk ondersoek in die konteks van behandeling aan alkoholafhanklike persone in die Wes-Kaap en tot die gevolgtrekking gekom dat middelafhanklikheid soveel skade aan die middelafhanklike persoon se gesin en gemeenskap aanrig dat dit 'n terapeut se plig is om in te gryp en behandeling aan te bied, ongeag die persoon se vlak van motivering.

3.3.3. Psigologiese perspektiewe

3.3.3.1. Bewusmaking

'n Gebrek aan bewusmaking is een van die grootste redes waarom voortgesette behandeling afgeskeep word. Baie middelafhanklike persone is nie bewus van die belangrikheid van voortgesette behandeling, die rol wat dit in hulle totale behandeling speel en die dienste wat beskikbaar is nie. Hierdie bewusmaking kan in die algemeen onder die publiek geskied, maar dit is veral belangrik tydens 'n middelafhanklike persoon se primêre behandeling. Lash (2009) het in 'n studie bevind dat middelafhanklike persone wat tydens primêre behandeling 'n een-tot-een bewusmakingsessie van 20 minute bygewoon het, 70% meer geneig was om voort te gaan met behandeling. Tydens die sessie is verduidelik waarom voortgesette behandeling belangrik is en die persoon is gemotiveer om voortgesette behandeling te ontvang deur 'n kontrak te teken.

Die navorser self het soortgelyke bewusmakingsessie aangebied, hoewel meestal in groepsverband, en is oortuig daarvan dat bewusmaking 'n baie belangrike rol in Suid-Afrika behoort te speel. Bewusmaking het egter beperkinge deurdat die onus steeds by die middelafhanklike persoon berus om van die beskikbare voortgesette behandelingsdienste gebruik te maak.

3.3.3.2. Aanmoediging van die kliënt

Die bogenoemde studie vorm deel van 'n groter inisiatief waar middelafhanklike persone nie net 'n behandelingskontrak teken nie, maar ook gereeld aangemoedig word om voortgesette behandeling te gebruik. Lash *et al.* (2013:452) maak melding van twee metodes: Persone kan telefonies en/of skriftelik aangespoor word om voortgesette behandeling te ondergaan; en hulle kan beloon word met 'n sertifikaat of medalje indien hulle wel die dienste gebruik en die behandeling suksesvol voltooi het. Studies (Lash *et al.*, 2001; Lash *et al.*, 2007) toon dat waar hierdie metodes gebruik is om middelafhanklike persone aan te moedig, hulle geneig is om voortgesette behandelingsdienste langer te gebruik en ook langer sober en dwelmvry te wees.

Die afleiding kan dus gemaak word dat middelafhanklike persone wat nie gereeld aangemoedig word om voortgesette behandelingsdienste te gebruik nie, meer geneig is om hierdie behandeling af te skeep en dus 'n groter kans het om terug te val in middelmisbruik.

3.3.3.3. Aanmoediging van die terapeut

Carroll (1997:4) is van mening dat navorsers nie net moet fokus op die sosiologiese en psigologiese aspekte van die middelafhanklike kliënt nie, maar ook op maniere waarop terapeute aangemoedig kan word om kliënte in behandeling te hou. Shepard *et al.* (2006:633) het bevind dat ekstra finansiële vergoeding aan terapeute 'n positiewe effek het op die getal kliënte wat voortgaan om voortgesette behandeling te ontvang. In die studie het die terapeute 'n finansiële bonus gekry vir elke kliënt wat 'n aanvaarbare getal sessies tydens voortgesette behandeling voltooi. Met die instelling van hierdie aanmoediging het die persentasie suksesvolle gevalle van 33% na 59% gestyg.

Dit blyk dus dat die aanmoediging van terapeute 'n groot bydrae kan lewer tot suksesvolle voortgesette behandeling. Shepard *et al.* (2006:633) meen dat die aanmoediging van terapeute ook 'n invloed op kliënte het aangesien die kliënt positiewer sal reageer as die terapeut positief en gemotiveerd voorkom. Indien die terapeut nie gemotiveerd is nie, is daar 'n groter kans dat die voortgesette behandelingsproses onsuksesvol sal wees.

3.3.4. Ervaring van die diensverskaffers

3.3.4.1. Kommunikasie tussen terapeute

In afdeling 2.4.2.3 van Hoofstuk 2 het die navorser reeds bevind dat die kommunikasie tussen terapeute in die veld van middelafhanklikheid nie altyd goed genoeg is vir die behoorlike voortgesette behandeling van 'n pasiënt nie. Die behandelingsproses word soms onderbreek wanneer die pasiënt oorgaan van primêre behandeling na voortgesette behandeling. Die redes hiervoor is in die vorige hoofstuk uitgelig. In hierdie hoofstuk wil die

navorser bepaal hoe wankommunikasie tussen terapeute bydra tot onsuksesvolle voortgesette behandeling. Die rolspelers wat betrokke is by behandeling in die Wes-Kaap het soos volg gereageer:

Ek dink ons moet baie meer mekaar besoek en baie meer praat oor die dinge wat gebeur. En wat die behoefte in die gemeente is en wat so 'n ondersteuningsgroep kan doen om daardie probleem te hanteer. So ja, ons moet baie meer kommunikeer. (Onderhoud 1)

The simple answer is, yes. There is a desperate need [for better communication], because there is this triangulating with clients that they don't realise the damage that it's causing to themselves. So when he [the patient] is here [for inpatient treatment] and he has maybe failed after five weeks or just finishes and relapses, he doesn't come back [to us]. So what happens is, he goes there [home] and by the time they find out that he's been here [for inpatient treatment], it's already far into the [relapse] process. So there's no communication really between the role players and it's very necessary ... But what we need is a more specific tool where there is a database of sorts that will allow us to have minute by minute info, or live information, about where a client has been involved with treatment. So it obviously needs to go through an ethical board and it needs to be given approvals for the level of access. But the same like Discovery does, where a GP can access what other treatment you have kind of seeked and also what medication you have been given ... to be able to do that, it would really help the recovery of any users. So aftercare would be a lot more effective if we had communication with each other. But I do think that the relation[ship] way is not going to cut it. Yes, it would be nice and that needs to exist, but the actual clinical method is going to be the way to go, where we have a database that can help us understand all these services ... The other thing is that our outpatient services and our inpatient services need to speak a lot more to each other. I say this and I often try and bite my tongue when I say it, because I'm almost afraid that my inpatient counterparts are going to feel like I'm rubbishing what they do or I'm treading on their domain or on their toes, but I often say that a client, when he goes to inpatient, is removed from his reality. And so the triggers are almost distant during his period inside the inpatient service. When he comes out, there is not enough link between the inpatient and the community he is coming from. So unless he goes directly to an outpatient, his chances of a relapse is very great ... So if inpatient and outpatient service providers can speak a lot more openly

with each other, foster a relationship that doesn't necessarily need to be an [official] service agreement. They can basically just have the communication where they know that if a client leaves there, he's going to be referred to one of the outpatient services. I think that would allow for aftercare of a different level or a different kind of model, but it will allow the client to stay in recovery for a much longer period. (Onderhoud 2)

... oor die algemeen is daar 'n behoefte aan beter kommunikasie. Kom ons sê nou 'n pasiënt is in die sentrum [vir binne-pasiënt behandeling], kom ek vat vir jou 'n voorbeeld. Die ander dag toe kom hier nou iemand hier aan met 'n verwysing, ek dink die kind was al hier gewees. So toe die kind by ons was, was hy verwys deur [’n instansie]. So ons lewer sy uitplasingverslag dan nou aan [hierdie instansie] of wie ook al die nasorg gedoen het. So daardie kind stap 'n pad daar. Nou hardloop hy [weg]; kom sy aansoek weer op ons tafel. Nou het hy na [’n ander instansie] toe gegaan. Nou vul hulle weer 'n aansoek in, nou is dit 'n nuwe proses wat begin ... Ek het netnou 'n aansoek gehad van iemand wat hier was by ons, en toe is die persoon ontslaan en nou doen hulle weer aansoek. Maar nadat sy by ons was, was sy al by vier ander rehabs wat sy nie voltooi het nie. So my vraag sou wees, hoe het sy haar nasorg gewerk? Sodat ons kan weet, is dit die moeite werd om haar weer op te neem, sit sy iets van haar kant af in? Maar nou daardie inligting het jy nie, jy hoor? So ek dink tog daar is 'n plek vir beter kommunikasie as wat iemand spring, dis nou nie noodwendig net nasorg nie, maar as wat iemand spring van plek tot plek ... En as 'n persoon weer kom vir behandeling sou ek wou gehoor het wat het in daardie ou se nasorg gebeur. Okay, so ons stuur 'n verslag uit, ek dink aan die [voorbeeld], wat ons sê: “Ons beveel aan hierdie kind bly nie meer by sy ouers nie, want daar is alkoholgebruik in sy huis en ons beveel aan hierdie kind word op Ritalin gesit.” En dan gaan hierdie kind huis toe en niks gebeur nie. Nou moet ons hom weer opneem, maar niks wat ons aanbeveel het of ooreengekom het met die nasorgwerker is in plek gesit nie ... Dit maak vir my sin in terme van kommunikasie. Ek sal wil weet voor ek iemand weer opneem, wat het in terme van sy nasorg gebeur. Die aanbevelings wat 'n mens die eerste keer gegee het, het dit gewerk? (Onderhoud 3)

Uit die onderhoude het dit duidelik geblyk dat wankommunikasie direk bydra tot onsuksesvolle voortgesette behandeling. Dit is ook nie net die kommunikasie tussen terapeute wat belangrik is nie, maar ook kommunikasie met die middelafhanklike persoon en

sy/haar familie. Wanneer kommunikasie tussen al die rolspelers in die proses van voortgesette behandeling afgeskeep word, neem sowel die terapeute as die middelafhanklike persoon en sy/haar familie oningeligte besluite.

Die navorser is van mening dat 'n pastorale berader beskou kan word as 'n terapeut wat voortgesette behandeling kan aanbied en dus deel van bogenoemde kommunikasieproses kan wees. Die vraag is nou egter: Waarom sien ons nie baie pastorale beraders wat aktief by hierdie proses betrokke is nie?

3.4. DIE AFWESIGHEID VAN PASTORALE BERADING TYDENS VOORTGESETTE BEHANDELING

Tot dusvêr in die studie het dit duidelik geblyk dat pastorale beraders nie altyd aktief betrokke is tydens die voortgesette behandeling van middelafhanklike persone nie en sommige van die redes hiervoor is reeds bespreek. Die navorser wil hierdie probleem in meer besonderhede in hierdie afdeling bespreek, met die fokus weer op bydraes van ander studieverdele en die ervaring van rolspelers wat betrokke is by behandeling.

3.4.1. Mediese perspektiewe

Cojocar & Dima-Cozma (2014:155) meld dat medici dikwels spiritualiteit oor die hoof sien as 'n faktor wat kan bydra tot die suksesvolle behandeling van middelafhanklikheid. Daar is immers suksesverhale wat die belangrike rol van spiritualiteit onderstreep, soos die Oxford Group en AA, wat albei reeds in Hoofstuk 2 bespreek is. Bogenoemde studie van Cojocar & Dima-Cozma bied 'n interessante voorbeeld van mediese navorsing wat stel dat religieuse/spirituele terapie by die behandeling van middelafhanklikheid ingesluit moet word.

3.4.2. Sosiologiese perspektiewe

3.4.2.1. 'n Tekort aan empiriese navorsing

Bliss (2007:21) het in 'n breedvoerige literatuuroorsig bevind dat, hoewel navorsing tans bewys dat daar 'n positiewe korrelasie tussen spirituele betrokkenheid en psigiese gesondheid is, word daar steeds min empiriese navorsing gedoen om vas te stel hoe spirituele betrokkenheid beïnvloed word deur middelafhanklikheid en hoe dit deel behoort te vorm van die behandelingsproses. Hier vind ons dus 'n oproep vanuit die sosiologie vir navorsing wat kan help om ons begrip van die spirituele element van die behandeling van middelafhanklikheid te verbeter. Dit is die navorser se hoop dat die huidige studie as deel van hierdie proses beskou kan word.

3.4.3. Psigologiese perspektiewe

3.4.3.1. Persepsie van pastorale beraders se rol

Een van die kenmerke van AA is die fokus op spiritualiteit, wat duidelik na vore kom in die Twaalf Stappe, soos bespreek in afdeling 2.2.5.2.1 van hierdie studie. Volgens Bliss (2007:6) het die sukses van AA (soos verduidelik deur Henninger & Sung, 2013:2263) navorsers gelei om, veral tydens die laaste dekades van die 20ste eeu, ondersoek in te stel na die redes daarvoor, asook die rol van spiritualiteit in die behandeling van middelafhanklikheid.

In sy navorsing het Jones (1994:185) bevind dat pastorale beraders gereeld deur sielkundiges gebruik word as verwysers van kliënte. In aansluiting hierby meld Winzelberg & Humphreys (1999:790) dat baie sielkundiges en psigiaters huiwerig is om middelafhanklike persone ná afloop van primêre behandeling te verwys na spirituele ondersteuningsgroepe vir voortgesette behandeling, veral as die middelafhanklike persoon nie 'n geskiedenis van spirituele betrokkenheid het nie. Hul studie het egter getoon dat 'n nie-spirituele middelafhanklike persoon steeds baat sal vind by 'n spirituele ondersteuningsgroep en 'n beroep word dus op sielkundiges gedoen om spirituele ondersteuning tydens voortgesette behandeling te oorweeg. Huidige navorsing (sien byvoorbeeld Cojocararu & Dima-Cozma, 2014:155 en Sneed, 2008:18) bevestig bogenoemde bevinding en herhaal die oproep dat spirituele ondersteuningsbronne deel vorm van die multidissiplinêre behandeling van middelafhanklikheid. Dié bronne sal in afdeling 4.2 van die volgende hoofstuk in meer besonderhede bespreek word wanneer die navorser verwys na die moontlike rol wat pastorale berading kan speel tydens voortgesette behandeling.

Dit is egter belangrik om te meld dat pastorale beraders dikwels met ernstige gevalle te doen kry waar dit nodig mag wees om die persoon na 'n sielkundige of psigiater te verwys. Die siening dat pastorale beraders net as verwysers moet optree en die grootste deel van die behandelingsproses aan sielkundiges en ander professionele persone moet toevertrou, kan een van die redes wees waarom pastorale beraders dikwels nie by die behandeling van middelafhanklikheid betrek word nie. Die navorser is egter van mening dat pastorale beraders meer as blote verwysers in die veld van middelafhanklikheid kan wees, en veral ook betrokke kan wees tydens die fase van voortgesette behandeling.

3.4.3.2. Kompetisie tussen psigologie en pastorale berading

Humphreys & Gifford (2006:260) meld in 'n bespreking oor die Amerikaanse situasie dat "clergy and mutual help organizations are sought out for help with mental health and addiction problems at a much greater frequency – and at a much lower financial cost – than

are mental health professionals, which creates a natural tension.” Hierdie spanning en kompetisie tussen opgeleide professionele persone in die veld van middelafhanklikheid, soos sielkundiges en psigiaters, en pastorale beraders wat in die veld betrokke raak, kan ’n verdere rede wees waarom pastorale beraders versigtig is om aanvanklik by die behandeling van middelafhanklikheid betrokke te raak.

3.4.4. Ervaring van die diensverskaffers

Rolspelers wat betrokke is by behandeling in die Wes-Kaap het eerstehandse ondervinding van die betrokkenheid van pastorale beraders en kan volgens die navorser dus ’n belangrike perspektief bied op die afwesigheid van pastorale berading tydens voortgesette behandeling. Hulle het as volg gereageer:

Well, I think there is maybe two aspects about it that I can think of. The one is that the patient, the client, has to get to that pastor, to someone that can give him pastoral counselling. The other one is that, the other side of the coin is that sometimes pastoral carers outside [the centre] is not always aware what the challenges are for an addict ... they don't know always what the client needs to know and sometimes, you know, the challenges that the client might have will maybe be far more, far different, than the regular congregants have. So if they are familiar with the whole thing of addiction, it will stand them in far better stead in guiding and helping them. (Onderhoud 4)

Ek dink daar is ’n *gap* en hulle [pastorale beraders] kan die *gap* vat en baie meer betrek word. Die vraag is, ek wonder of ’n predikant daarvoor gaan kans sien. Ek is nou eerlik as ek daarvoor dink. Ek bedoel, ’n mens dink, ek is nie een van die mense wat voel ’n predikant moet huisbesoek doen nie. Ek voel, as ek hom nodig het, gaan ek hom bel. Maar ek kry die idee, ek dink hulle is so versadig van mense, dat ek dink jy gaan dalk moet gaan kyk in ’n Ring. Ek praat nou van die NG Kerk, sal ek dink daar is sekere mense wat baie goed daarin sal wees ... Ek dink, net soos wat ons verskillende gawes het, dink ek nie dit gaan elke predikant se *cup of tea* wees nie ... Ek dink jy moet ’n aanvoeling vir terapie hê en nie net vir preek nie. Ja, en ’n aanvoeling vir *addiction*. En min veroordelend. (Onderhoud 3)

I think in the Christian arena I always tell pastors “your counselling skill that you’ve gained when you went through your theology seminary, it only has a certain value when it comes to the addiction model of treatment. So I’m pleading with you, and I say this very liberally when I’m on the pulpit, because I feel, I’ve

studied theology, that was my background, but when I came to understand addiction, I smacked myself to say, man, goodness, this is a very different scenario, very different context. So I actually have no business dabbling here and think that my counselling technique is going to help this position.” So what I’m saying is, there is the spiritual model that is brilliant and it is based on Bible study and prayer and a lot of devotion, but there is also the need for a clinical, you know, treatment process to be followed. (Onderhoud 2)

Uit die onderhoude het dit duidelik geblyk dat pastorale beraders nie altyd goed genoeg oor middelafhanklikheid ingelig is nie, en hoewel hulle dalk die nood raaksien, is hulle pogings meestal onsuksesvol. Pastorale beraders het dikwels ook nie ’n aanvoeling vir een-tot-een terapie in die behandeling van middelafhanklikheid nie.

Hierdie bevindinge sal in die volgende hoofstuk deeglik in ag geneem word wanneer oorweeg word hoe pastorale beraders wel by voortgesette behandeling betrokke kan wees.

3.5. GEVOLGTREKKING

In hierdie hoofstuk het dit duidelik geblyk dat heelwat faktore bydra tot die gebrek aan voortgesette behandeling in die Wes-Kaap. Hierdie faktore sal in ag geneem word wanneer praktiese voorstelle in die laaste hoofstuk van hierdie studie gedoen word.

Die gebrek aan pastorale berading tydens die fase van voortgesette behandeling kom die sterkste in hierdie hoofstuk na vore. Die terugvoering van diensverskaffers in die veld van middelafhanklikheid het aangedui dat pastorale beraders dikwels onbewus is van die werklike behoeftes van die middelafhanklike persoon. Die navorser meen dat hierdie onvermoë ’n direkte gevolg kan wees van pastorale beraders se wanbegrip van die werklike aard van middelafhanklikheid. Om die middelafhanklike persoon te behandel, sal ’n terapeut ’n deeglike begrip van middelafhanklikheid moet hê en terapie in samewerking met ander professionele persone kan aanbied. Die navorser sal hierdie stelling in die volgende hoofstuk in meer besonderhede bespreek.

HOOFSTUK 4

4. DIE MOONTLIKE ROL WAT PASTORALE BERADING KAN SPEEL TYDENS VOORTGESETTE BEHANDELING

4.1. INLEIDING

Tot dusver in die studie het die navorser bevind dat daar tans 'n tekort is aan terapeute wat betrokke is by voortgesette behandeling in die Wes-Kaap. Die navorser sien pastorale beraders as terapeute wat 'n bydrae kan lewer in hierdie verband. Die navorser het ook die gevolge van beperkte betrokkenheid van pasiënte by voortgesette behandeling bespreek, asook verskeie redes waarom voortgesette behandeling soms afgeskeep word en waarom daar beperkte betrokkenheid deur pastorale beraders tydens voortgesette behandeling is.

In hierdie vierde hoofstuk is dit belangrik om te bepaal wat presies van pastorale beraders verwag word ten opsigte van hul betrokkenheid by voortgesette behandeling. Die inhoud van hierdie hoofstuk is saamgestel om die normatiewe taak van Osmer (2008:4) se *Core Tasks of Practical Theological Interpretation* te behandel. Osmer (2008:173) stel dat 'n gesprek tussen teologie en ander wetenskaplike vakdissiplines deel vorm van elk van die take van sy *Core Tasks of Practical Theological Interpretation*, maar dat die praktiese teologie se verhouding met hierdie vakdissiplines die duidelikste na vore kom tydens die normatiewe taak. In die vorige hoofstuk het die navorser verwys na ander vakdissiplines se interpretasie van die belangrikheid van voortgesette behandeling en die afwesigheid van pastorale berading in hierdie verband. In hierdie hoofstuk wil die navorser in gesprek tree met hierdie vakdissiplines om te bepaal tot watter mate pastorale berading, binne die studieveld van die praktiese teologie, betrokke kan wees by voortgesette behandeling in samewerking met hierdie vakdissiplines.

Die navorser begin hierdie hoofstuk deur ondersoek in te stel na ander wetenskaplike dissiplines se beskouing van die rol wat pastorale berading wel tydens voortgesette behandeling kan speel. Die tweede afdeling van hierdie hoofstuk fokus op praktiese teologiese perspektiewe oor die unieke bydrae wat pastorale berading kan lewer tydens voortgesette behandeling, terwyl die derde afdeling van die hoofstuk fokus op samewerking tussen pastorale beraders en ander professies in 'n multidissiplinêre benadering.

Dit is die navorser se hoop dat pastorale berading se rol tydens voortgesette behandeling in hierdie hoofstuk afgebaken kan word, dus watter rol behoort pastorale berading te speel en

nie te speel nie. Dit is ook die navorser se hoop dat gevolgtrekkings uit hierdie hoofstuk 'n bydrae sal lewer om die moontlike rol van pastorale berading tydens voortgesette behandeling duidelik uiteen te sit, sodat die praktiese verantwoordelikheid van pastorale beraders bespreek kan word in die volgende hoofstuk van hierdie studie.

4.2. MULTIDISSIPLINÊRE PERSPEKTIEWE

Die navorser wil in hierdie afdeling fokus op mediese, psigologiese en sosiologiese perspektiewe oor die rol wat pastorale beraders tydens voortgesette behandeling kan speel.

4.2.1. Mediese perspektiewe

Cojocaru & Dima-Cozma (2014:155) bespreek die aard van middelafhanklikheid en meld dat medici tot op hede nie 'n genesing vir die siekte gevind het nie; die fokus is op medikasie wat help om onttrekkingsimptome tydens ontgiftiging te verlig, asook medikasie vir liggaamlike of psigiese skade wat middelmisbruik veroorsaak het. Hul studie ondersteun die opvatting dat die behandeling van middelafhanklikheid 'n multidissiplinêre onderneming moet wees wat pastorale berading insluit. Melding word gemaak van die effektiwiteit van ondersteuningsgroepe soos Alkoholiste Anoniem, wat in die bogenoemde studie beskou word as 'n ondersteuningsgroep met 'n spirituele basis wat 'n belangrike rol speel tydens die behandeling van middelafhanklikheid.

Humphreys & Gifford (2006:271) maak ook melding van ondersteuningsgroepe en kom tot die gevolgtrekking dat ander wetenskaplike dissiplines erkenning moet gee aan die effektiewe rol wat spiritualiteit tydens voortgesette behandeling speel.

4.2.2. Psigologiese perspektiewe

Sussman & Ames (2001:127) verwys na voortgesette behandeling as "an essential component of the treatment process". Alhoewel hulle nie direk verwys na pastorale berading of enige ander spesifieke vorm van terapie tydens voortgesette behandeling nie, noem hulle die volgende dienste as belangrike elemente in hierdie stadium van behandeling: "individual counselling, group sessions, crisis intervention, environmental advocacy and social support." Die navorser is van mening dat 'n pastorale berader betrokke kan wees by elkeen van hierdie elemente.

Pardini *et al.* (2000:351) het bevind dat betrokkenheid by spirituele ondersteuningsgroepe 'n positiewe uitwerking op die geestesgesondheid van middelafhanklike persone het. Dit sluit in beter streshantering, 'n optimistiese lewensuitkyk, laer angs vlakke, goeie sosiale ondersteuning en beter hantering van algemene uitdagings. Hierdie eienskappe is uiters

belangrik tydens voortgesette behandeling, aangesien 'n gebrek aan enigeen kan lei tot die moontlikheid van 'n terugval in middelmisbruik. Volgens die bogenoemde studie het pastorale beraders dus 'n beslissende rol om te speel tydens voortgesette behandeling, aangesien die berader betrokke kan wees by 'n spirituele ondersteuningsgroep en sodoende kan bydra tot die ontwikkeling van bogenoemde eienskappe.

4.2.3. Sosiologiese perspektiewe

Sosiale herintegrasie speel 'n uiters belangrike rol tydens voortgesette behandeling. Die middelafhanklike persoon het 'n beter kans om oor die lang termyn sober te bly indien hy/sy deel word van 'n nuwe groep/gemeenskap wat soberheid hoog ag. Inskakeling by 'n ondersteuningsgroep is 'n goeie voorbeeld van sosiale herintegrasie. Miller & Carroll (2006:307) wys daarop dat "connection or reconnection with spiritual/religious communities" 'n belangrike vorm is van sosiale herintegrasie. Pastorale beraders kan dus 'n belangrike rol speel om die middelafhanklike persoon te betrek by 'n gemeente, gebedsgroep of algemene vriendegroep waarin 'n sober leefstyl aanvaar en aangemoedig word.

Sneed (2008:18) bespreek 'n verskeidenheid literatuur en kom tot die gevolgtrekking dat daar tans 'n groter fokus is op die voordele van spiritualiteit tydens die behandeling van middelafhanklikheid, maar dat terapeute steeds huiwerig is om in die praktyk op spiritualiteit te fokus. Hierdie huiwering kan volgens haar beskou word as oneties, aangesien daar reeds bewys is dat middelafhanklike persone 'n behoefte het aan spirituele herstel (McDowell *et al.*, 1996:55; Pardini *et al.*, 2000:347) en dat hulle betrokkenheid by spiritualiteit toeneem tydens behandeling en voortgesette behandeling (Borman & Dixon, 1998:287). Terapeute het dus 'n verantwoordelikheid om aandag te gee aan die spirituele behoeftes van middelafhanklike persone en pastorale beraders by die behandeling te betrek indien nodig.

Falletisch (2008:122) meld dat plaaswerkers in die Wes-Kaap dikwels spirituele bekering gebruik om middelafhanklikheid te bekamp, maar dat dit positiewe sowel as negatiewe gevolge kan hê. Middelafhanklike persone wat op hierdie manier tot spirituele bekering kom, weier dikwels om professionele terapie te ontvang, woon nie professionele ondersteuningsgroepe by nie en woon steeds in 'n omgewing waarin middelmisbruik die norm is. Elk van hierdie elemente kan bydra tot 'n terugval in middelmisbruik. Falletisch (2008:122) meld egter dat, afgesien van die moontlike negatiewe gevolge, spirituele bekering dikwels die beste opsie vir 'n plaaswerker in die Wes-Kaap is om 'n sober leefstyl te handhaaf. Spirituele bekering vind binne 'n sekere sosiale konteks plaas en hoewel die middelafhanklike persoon steeds in dieselfde omgewing woon, vind hy/sy 'n nuwe subkultuur en ondersteuningsbron binne die spirituele gemeenskap.

Falletisch (2008:122) se bevindinge weerspieël die teoretiese debatte wat in afdeling 2.3.5 bespreek is. In hierdie afdeling het die navorser die debatte teen en vir pastorale berading as erkende dissipline binne die behandeling van middelafhanklikheid bespreek. Dit is egter belangrik om weer op Clinebell (1978:159) se bevinding te let dat alkoholiste 'n afhanklikheid aan alkohol kan vervang deur 'n afhanklikheid aan spiritualiteit, maar dat hierdie vorm van spiritualiteit nie volwasse is nie.

Pastorale berading, asook spirituele betrokkenheid, sal altyd gepaard moet gaan met ander vorms van terapie. Suksesvolle behandeling van middelafhanklikheid sluit mediese, sosiologiese en psigologiese terapie in. Middelafhanklike persone wat kies om spirituele bekering deel te maak van hul nuwe leefstyl, moet gelei word om spiritualiteit nie te beskou as plaasvervanger vir middelafhanklikheid nie. Praktiese teologie en pastorale berading kan hier 'n belangrike rol speel.

4.3. PRAKTIES TEOLOGIESE PERSPEKTIEWE

In sy bespreking van pastorale beraders se bydrae in 'n multidissiplinêre gesprek sê Thesnaar (2011:28) die volgende oor die praktiese teologie:

It is not a second-class science. It uses the concepts, methods and sources of theological discourse to develop a constructive theological perspective. Secondly it brings this perspective into dialogue with other fields, including other theological disciplines, as well as the arts and sciences.

In afdeling 2.3.5 van Hoofstuk 2 het die navorser pastorale berading bespreek as een van die dissiplines wat betrokke kan wees by die behandeling van middelafhanklikheid. Debatte teen en vir pastorale berading se rol in hierdie verband is reeds bespreek, asook die perspektiewe van ander wetenskaplike vakdissiplines. In hierdie afdeling wil die navorser prakties teologiese perspektiewe bespreek in die hoop dat die unieke bydrae van pastorale berading tydens die voortgesette behandeling van middelafhanklikheid duidelik na vore sal kom. Die navorser se fokus is op die eienskappe van 'n pastorale berader, verskillende teorieë en benaderings in pastorale berading en hoe pastorale berading beoefen kan word tydens voortgesette behandeling.

4.3.1. Die eienskappe van 'n pastorale berader

Soos vroeër in hierdie studie gestel, definieer Collins (2008:4) pastorale of Christelike berading as 'n gespesialiseerde vorm van terapie met die doel om kliënte te help genees, op te voed en aan te moedig om persoonlik en spiritueel te groei. Collins (2008:32) bespreek

die doelwitte van pastorale berading en meld dat, ongeag die spesifieke probleme wat tydens pastorale berading behandel mag word, die volgende heel moontlik ter sprake sal wees:

- Selfbegrip – om bewustheid van identiteit te ontwikkel en die manier waarop die persoon met hom-/haarself en die res van die wêreld in verhouding staan.
- Kommunikasie – om vaardighede in kommunikasie te ontwikkel, waarsonder verhoudings sal verbrokkel.
- Gedragsverandering – om ongewenste gedragspatrone af te leer en nuwe gewenste gedrag aan te leer.
- Selfverwesenliking – om te streef na die bereiking van jou volle potensiaal, ook ten opsigte van spirituele volwassenheid.
- Ondersteuning – om hulp en aanmoediging te bied sodat bogenoemde potensiaal verwesenlik kan word.
- Spirituele volwassenheid – om 'n vertikale dimensie, verhouding met God, deel te maak van die beradingsproses, waarin die berader erkenning gee aan die spirituele aspekte van 'n betrokke probleem, asook die spirituele groei wat kan plaasvind tydens die oplossing van die probleem.

Pastorale beraders sal gewoonlik tydens enige pastorale beradingsproses aandag gee aan bogenoemde doelwitte. Die aard en behandeling van middelafhanklikheid is egter kompleks en sal vereis dat pastorale beraders ook aandag moet skenk aan meer spesifieke doelwitte, wat beskou kan word as onderafdelings van bogenoemde doelwitte. Die Amerikaanse Department of Health and Human Services (HHS) (2013:9) noem die volgende spirituele kwessies waarmee middelafhanklike persone dikwels sukkel:

- Verskeidenheid van spirituele ervarings
- Trots en nederigheid
- Oorgawe en onderwerping
- Skuldgevoel en sonde
- Skuldbelydenis en vergifnis
- Verlies en herstel van hoop
- Die aard van spirituele groei
- Die werking van die Heilige Gees in hul lewe
- Identiteit
- Betekenis
- Waardes en gedrag

- Familiegeskiedenis en verantwoordelikheid

Hierdie kwessies stem ooreen met die breë doelwitte van pastorale berading wat Collins (2008:33) geïdentifiseer het. In die navorser se persoonlike ondervinding van pastorale berading aan middelafhanklike persone in die Wes-Kaap stem die bogenoemde bevindinge ooreen met die kwessies waarmee hulle sukkel. Die navorser is dus oortuig dat 'n pastorale berader in 'n goeie posisie is om tydens berading aandag hieraan te skenk.

Alle pastorale beraders beskik egter nie oor dieselfde eienskappe nie en sekere beraders mag dit moeilik vind om by die behandeling van middelafhanklikheid betrokke te raak. SAMHSA (2015:49) identifiseer die volgende belangrike eienskappe waarvoor 'n berader moet beskik om met middelafhanklike persone te werk:

- Bewustheid van die definisie van middelafhanklikheid as 'n chroniese siekte en die sosiale stigma wat daarmee gepaard gaan.
- Kennis oor die simptome van middelafhanklikheid en die invloed wat dit op die middelafhanklike persoon se gesin/familie het.
- Bewustheid dat middelafhanklikheid dikwels gepaard gaan met ander probleme soos konflik in die huwelik, selfmoordneigings, geweld, ens.
- Bereidwilligheid om die middelafhanklike persoon te lei in spirituele groei as deel van die herstelproses.
- Bereidwilligheid om pastorale berading aan die middelafhanklike persoon se gesin te bied.
- Vermoë om hoop en sorg aan die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin te bied.
- Vermoë om in samewerking met beskikbare bronne in die gemeenskap, soos ondersteuningsgroepe en ander terapeute, te sorg dat die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin voortgesette ondersteuning ontvang.
- Kennis oor die werking van ondersteuningsgroepe soos AA.
- 'n Eie standpunt jeens middelgebruik, -misbruik en -afhanklikheid.
- 'n Vermoë om 'n omgewing te skep, bv. in 'n geloofsgemeenskap, wat ondersteuning kan bied en die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin welkom laat voel.
- Bewustheid van die belangrikheid van voorkoming van middelmisbruik deur bewusmaking en opvoeding van die gemeenskap.

Vir pastorale beraders om bogenoemde eienskappe te ontwikkel, sal hulle bewus gemaak en opgelei moet word ten opsigte van die verskillende aspekte wat in hierdie afdeling bespreek is. Bewusmaking en opleiding sal in die volgende hoofstuk in meer besonderhede bespreek word. Vir die doel van die huidige hoofstuk is dit egter belangrik om te meld dat

pastorale beraders bogenoemde eienskappe moet ontwikkel indien hulle deel wil vorm van 'n multidissiplinêre behandelingsproses van middelafhanklikheid.

4.3.2. Verskillende teorieë en benaderings in pastorale berading

Dit is belangrik vir die doel van hierdie hoofstuk om aan te dui watter unieke bydrae pastorale berading kan lewer tydens voortgesette behandeling. Hierdie bydrae kan egter nie voldoende bespreek word sonder 'n kort verwysing na die verskillende teorieë en benaderings in pastorale berading nie, asook die verband met teorieë en benaderings uit ander wetenskaplike vakdissiplines.

4.3.2.1. Modelle van pastorale berading

Keller (2004:2) bespreek verskillende benaderings in pastorale berading aan die hand van die verband met teorieë en benaderings uit die psigologie. Keller verdeel die verskillende benaderings in vier groepe, wat hy *modelle* van pastorale berading noem.

Keller (2004:2) noem die eerste groep die *Levels of Explanation Model*. Volgens hierdie benadering handel praktiese teologie en psigologie met afsonderlike dimensies van die mens en geen vorm van integrasie moet tussen die twee vakdissiplines plaasvind nie. Psigologie moet fokus op die funksie van die mens se brein (hoe mense in sekere omstandighede reageer en aanpas), terwyl teologie fokus op die mens se verhouding met God. Sielkundige metodes kan dus gebruik word sonder enige verwysing na Bybelse beginsels. Keller (2004:2) kritiseer hierdie standpunt en stel dat psigologie en teologie juis te doen het met verskeie ooreenstemmende aspekte van die mens soos motivering, lyding, misbruik, woede, angs, vrees en 'n soeke na betekenis in die lewe.

Keller (2004:3) noem die tweede groep die *Integration Model*, waar bevindinge in die psigologie gekombineer word met teologiese perspektiewe. In gevalle van teenstrydighede tussen die psigologie en teologie word Bybelse beginsels gevolg. Keller (2004:3) meld dat beraders wat hulleself as *Integrationists* beskou egter van 'n wye verskeidenheid metodes gebruik kan maak. In 'n streng Bybelse benadering kan gebruik gemaak word van 'n paar sielkundige metodes, of in 'n streng sielkundige benadering kan 'n paar Bybelse beginsels betrek word. Die *Integration Model* dek dus 'n wye spektrum van verskillende benaderings.

Die derde groep word gedefinieer as die *Christian Psychology Model* (Keller, 2004:3). Volgens hierdie benadering moet die berader se praktyk gegrondves wees in Bybelse beginsels, hoewel sekere insigte uit die studie van die psigologie gebruik kan word. Dié benadering neem in ag dat die psigologie nie 'n objektiewe wetenskap is nie, maar beïnvloed word deur filosofiese beskouinge van die mens se natuur. Volgens hierdie benadering kan beraders nie sielkundige metodes gebruik indien dit strydig met Bybelse

beginsels is nie. Volgens Keller (2004:3) lewer hierdie benadering 'n sterker kritiek op die psigologie, hoewel daar steeds ruimte vir beraders is om van sommige sielkundige metodes gebruik te maak.

Die vierde groep word deur Keller (2004:4) genoem die *Biblical Counseling Model*. Hierdie benadering is die mees kritiese teenoor die psigologie en is baie huiwerig om van enige sielkundige metodes gebruik te maak. Keller (2004:4) meld dat beraders wat van die *Biblical Counseling Model* gebruik maak, dikwels gekritiseer word dat hulle te konfronterend is, meestal fokus op bekering en nie genoeg erkenning gee aan sielkundige konsepte soos motivering, gedragspatrone en familiegeskiedenis nie.

Collins (2008:43) definieer die term *eklektisisme* as die proses waartydens beraders gebruik maak van konsepte en tegnieke uit 'n verskeidenheid benaderinge, eerder as om van 'n enkele teorie gebruik te maak. Die meeste beraders gaan op hierdie wyse te werk, aangesien die omstandighede en behoeftes van hul kliënte baie kan verskil. Keller (2004:10) wys daarop dat beraders daarna moet streef om 'n gebalanseerde benadering te volg. Die berader behoort getrou te bly aan Bybelse beginsels sonder om die bydrae van die psigologie te ontken.

Pastorale berading tydens die voortgesette behandeling van 'n middelafhanklike persoon kan dus enige van die vier bogenoemde modelle volg as teoretiese vertrekpunt in die behandelingsproses. Soos reeds bespreek, vereis die behandeling van middelafhanklikheid egter 'n multidissiplinêre benadering. Volgens die navorser se persoonlike ondervinding sal pastorale beraders wat nie die bydrae van die psigologie erken nie, dit moeilik vind om by 'n multidissiplinêre proses betrokke te raak. Sulke pastorale beraders sal in die meeste gevalle aanklank vind by die morele verslawingsmodel wat in afdeling 2.3.2.1 van hierdie studie bespreek is. In afdeling 2.3.6 het die navorser die tekortkominge van die morele verslawingsmodel bespreek, asook die redes waarom middelafhanklikheid op 'n multidissiplinêre wyse behandel moet word.

Ongeag die teoretiese vertrekpunt van 'n pastorale berader is dit belangrik dat hy/sy bereid moet wees om deel te vorm van 'n behandelingsproses wat bydraes uit die psigologie en ander wetenskaplike dissiplines aanvaar. Thesnaar (2011:28) verklaar dat praktiese teoloë (en dus pastorale beraders) dit dikwels moeilik vind om in gesprek te tree met ander wetenskaplike dissiplines, moontlik juis as gevolg van onsekerheid oor die rol wat praktiese teologie kan speel in 'n komplekse saak soos die behandeling van middelafhanklikheid. Thesnaar (2011:28) stel tereg dat Osmer (2008:19) 'n beroep doen op praktiese teoloë (en dus pastorale beraders) om op verantwoordelike wyse in gesprek te tree met ander

wetenskaplike vakdissiplines. Laasgenoemde beroep is veral gerig op die leiers van kerke en geloofsgemeenskappe wat verantwoordelik is vir die spirituele groei en genesing van die mense in hul gemeenskap, maar gekonfronteer word met die kompleksiteit van die behandeling van middelafhanklikheid.

Thesnaar (2011:32) gaan verder deur te stel dat pastorale berading 'n hermeneutiese proses moet wees, aangesien dit te doen het met begrip en interpretasie. In hierdie lig moet pastorale berading, as deel van 'n multidissiplinêre benadering, verantwoordelikheid aanvaar vir die spirituele genesing van individue, families en gemeenskappe wat beïnvloed word deur middelafhanklikheid.

Thesnaar (2011:26) bespreek die geval van Ellen Pakkies, 'n Wes-Kaapse vrou wat haar middelafhanklike seun vermoor het, en dui aan dat daar dikwels 'n noue verband bestaan tussen huishoudelike geweld en middelafhanklikheid. Davies & Dreyer (2014:6) bespreek ook die rol wat pastorale beraders kan speel in die behandeling van slagoffers van huishoudelike geweld en verwys na twee belangrike vorms van terapie, logoterapie en narratiewe terapie. Die navorser is oortuig dat hierdie vorms van terapie ook tydens die voortgesette behandeling van middelafhanklikheid gebruik kan word.

4.3.2.2. Logoterapie

Logoterapie, ontwikkel deur Viktor Frankl (1992:103), fokus op 'n soeke na 'n dieper betekenis van die lewe. Middelafhanklikheid is dikwels die gevolg van moeilike omstandighede en emosionele lyding, waar 'n persoon aan sy/haar omstandighede wil ontsnap deur middelmisbruik (Sremac, 2013:162). Logoterapie stel dat persone nuwe hoop en spirituele en emosionele herstel deur betekenis in hul lewens kan vind. Volgens Frankl (1992:115) word hierdie betekenis gevind:

- (1) by creating or doing a deed;
- (2) by experiencing something or encountering someone;
- and (3) by the attitude we take toward unavoidable suffering.

Hierdie drie riglyne help 'n persoon om op iets buite homself/haarself te fokus. Davies & Dreyer (2014:6) stel dat selfverwesenliking bereik word deur ander mense in liefde te dien. Hierdie beginsels is ook sentraal aan die Twaalf Stappe van AA, wat reeds bewys is as 'n suksesvolle vorm van behandeling vir middelafhanklikheid. 'n Pastorale berader kan die beginsels van logoterapie doeltreffend toepas in die behandelingsproses van middelafhanklikheid, waar 'n persoon dikwels gelei moet word om spiritueel en emosioneel te herstel ondanks moeilike omstandighede.

4.3.2.3. Narratiewe terapie

Morgan (2000:5) verklaar dat ons as mense voortdurend besig is om gebeurtenisse in ons lewens te vertolk. Die woord *narratief* verwys na die draad wat verskeie gebeurtenisse in ons lewens saamtrek om 'n storie met betekenis te vorm. Volgens Morgan (2000:11) het mense die hulp van 'n terapeut nodig wanneer hulle met 'n moeilike probleem in hul lewens worstel. Die terapeut wat narratiewe terapie gebruik, sal kyk na maniere waarop die huidige, ongewenste narratief vervang kan word deur 'n nuwe narratief wat duidelik deur die kliënt verkies en beskryf word. Die proses van narratiewe terapie (Morgan, 2000:17) volg gewoonlik die volgende stappe:

- Identifisering van die probleem.
- Vertolking van die geskiedenis wat aanleiding gegee het tot die ontwikkeling van die probleem.
- Bespreking van die negatiewe uitwerking van die probleem.
- Plasing van die probleem in 'n konteks; ontleding van idees en gewoontes wat bygedra het tot die ontwikkeling van die probleem.
- Identifisering van unieke uitkomst (dele van die persoon se lewe wat skynbaar nie deur die probleem beïnvloed word nie en dus die basis kan vorm van 'n nuwe narratief).
- Interpretasie van die betekenis van bogenoemde unieke uitkomst en die identifisering van 'n nuwe narratief.

Davies & Dreyer (2014:6) bespreek narratiewe pastorale berading as 'n behandelingsmetode vir slagoffers van huishoudelike geweld. Binne narratiewe pastorale berading word 'n persoon gelei om deel te word van 'n groter narratief. Die Christelike Evangelie is in der waarheid 'n uitnodiging vir 'n persoon om deel te word van Christus se verhaal. 'n Persoon se lewe en omstandighede word hervertolk in die lig van die evangelie. Ook in gewone narratiewe terapie kan 'n persoon gelei word om deel te word van iets groter as hom-/haarself. Sremac (2013:148) kom tot die gevolgtrekking dat middelafhanklike persone deur narratiewe terapie 'n nuwe identiteit vir hulleself skep as deel van die herstelproses. Verskeie narratiewe is tydens hierdie proses betrokke. Daar is die persoonlike narratief van die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin, waar sekere aanpassings plaasvind ten opsigte van sy/haar leefstyl en keuses. Daar is die spirituele narratief waar Christene hulle bekering beskou as 'n sentrale deel van hulle "nuwe lewe" en 'n groter narratief waarin hulle betrek word. Daar is ook die sosiale narratief, waar die middelafhanklike persoon betrek word by 'n ondersteuningsgroep soos AA of die CAD en só ook deel word van 'n groter narratief. Sremac (2013:148) stel dat getuienis 'n groot rol speel

deurdat middelafhanklike persone hul nuwe identiteit keer op keer bevestig en hulleself deel maak van die nuwe narratief waarin hulle hulleself bevind. Hierdie getuienis kan tydens 'n pastorale terapeutiese proses plaasvind, asook in 'n ondersteuningsgroep en geloofsgemeenskap.

Fodor (2004:154) stel dat 'n persoon se identiteit as Christen gevorm word in die manier waarin daardie persoon omgaan met die Skrif. Die tyd, plek en spesifieke gewoontes wat gepaardgaan met Skriflesing dra by om die spirituele en etiese identiteit van 'n persoon te vorm. Skriflesing, deur die individu en as deel van 'n gemeenskap, speel dus 'n belangrike rol in die identiteit van 'n Christen en moet daarom 'n definitiewe rol speel tydens narratiewe terapie. Dit sal die pastorale berader se plig wees om toe te sien dat die middelafhanklike persoon tydens voortgesette behandeling op 'n verantwoordelike manier omgaan met die Skrif. Hierdie verantwoordelikheid verwys nie net na 'n goeie begrip van die Skrif nie, maar ook waarna Fodor (2004:154) verwys as 'n lewenslange vakleerlingskap. Die Skrif moet werklik deel word van die middelafhanklike persoon se nuwe narratief, soos hy/sy die Skrif lees en leef binne 'n geloofsgemeenskap.

4.3.3. Pastorale berading tydens voortgesette behandeling

Osmer (2004:17) stel dat pastorale berading, as 'n hermeneutiese proses, nie bloot net op 'n individu self moet fokus nie, maar ook op verskeie verhoudings en sisteme wat 'n rol speel in die lewe van die individu. Dit is dus nie moontlik om pastorale berading se betrokkenheid tydens voortgesette behandeling te bespreek sonder 'n verwysing na die algemene sisteemteorie nie. Nel (1996:68) verduidelik dat die algemene sisteemteorie oorspronklik in 1937 deur 'n bioloog, Ludwig von Bertalanffy, voorgestel is. Volgens Viljoen (2013:1) is die begrip *sisteem*:

'n uitvloeisel van 'n aantal holistiese benaderings (veral die Gestalt-psigologie) waarin verskynsels nie in isolasie beskou word nie, maar as behorende tot 'n groter geheel. "Die geheel is meer as die som van sy onderdele" is 'n bekende slagspreuk daarvan.

Die Gestalt-teorie in die psigologie verklaar dat mense 'n begrip het van 'n entiteit se geheel sonder om bewus te wees van die dele wat daardie geheel vorm (O'Donnell, 2017:2). Die Gestalt-teorie is egter net een voorbeeld van 'n sisteembenadering. Nel (1996:72) verklaar immers dat Von Bertalanffy se algemene sisteemteorie 'n paradigmaskuif veroorsaak het waar wetenskaplike dissiplines wegbeweeg het van 'n positivistiese benadering na 'n wêreldbeskouing wat fokus op die persepsie van die mens. Die *Family Systems Theory* is 'n

ander voorbeeld van 'n sisteembenadering, een wat dikwels in pastorale berading gebruik word (Jones, 2017:1).

In afdeling 2.3.2 het die navorser verduidelik hoe middelafhanklikheid deur verskeie faktore veroorsaak word en talle aspekte van 'n persoon se lewe raak. Dit lei tot 'n bio-psigo-sosiale-spirituele benadering tot middelafhanklikheid waar verskeie aspekte van 'n persoon se lewe behandel word. Die algemene sisteemteorie impliseer egter dat nie net die middelafhanklike persoon behandel moet word nie, aangesien die persoon nie in afsondering beskou kan word nie, maar deel is van 'n groter geheel.

Tydens die behandeling van middelafhanklikheid is daar dus meer as een sisteem ter sprake. Die eerste sisteem verwys na die persoon self, waar aandag gegee word aan sy biologiese/fisiologiese, psigologiese, sosiale en spirituele behoeftes. Die tweede sisteem betrek die gesin of familie van die middelafhanklike persoon. Die derde sisteem is die gemeenskap waarin die middelafhanklike persoon leef. Die navorser wil in hierdie afdeling pastorale berading se moontlike betrokkenheid tydens voortgesette behandeling aan die hand van hierdie drie sisteme bespreek.

4.3.3.1. Pastorale berading en die middelafhanklike individu

Die stelling van die algemene sisteemteorie dat die geheel meer is as die som van sy dele het belangrike implikasies wanneer die middelafhanklike individu tydens behandeling as 'n *sisteem* benader word. Die middelafhanklike persoon as *sisteem* het biologiese, psigologiese, sosiologiese en spirituele behoeftes waarin aandag gegee moet word. Hierdie aspekte van die middelafhanklike persoon se menswees staan almal in verhouding tot mekaar en kan daarom as 'n sisteem beskou word (Viljoen, 2013:1).

Soos reeds gestel, is die bio-psigo-sosiale-spirituele benadering holisties van aard en 'n goeie voorbeeld van die gebruik van die algemene sisteemteorie om, soos Nel (1996:73) dit stel, reduksionisme te voorkom. Behandeling van die middelafhanklike persoon sal immers onvoldoende wees indien daar byvoorbeeld slegs aan sy/haar biologiese behoeftes aandag geskenk word.

Die navorser meen dus dat die *voortgesette* behandeling van 'n middelafhanklike persoon ook holisties benader moet word. Pastorale berading en die spirituele behoeftes van die middelafhanklike persoon kan daarom nie beskou word as die enigste fokuspunt tydens voortgesette behandeling nie. Terselfdertyd kan pastorale berading se rol tydens voortgesette behandeling ook nie ignoreer word nie.

In Hoofstuk 3 van hierdie studie het die navorser tot die gevolgtrekking gekom dat pastorale berading tydens voortgesette behandeling dikwels afgeskeep word weens 'n wanpersepsie van die werklike aard van middelafhanklikheid en die spirituele behoeftes van die middelafhanklike persoon. Indien pastorale berading 'n suksesvolle rol tydens voortgesette behandeling wil speel, is dit belangrik dat terapeute van alle dissiplines kennis sal dra van die spirituele behoeftes van die middelafhanklike persoon en die rol wat pastorale berading kan speel om in hierdie behoeftes te voorsien. Frantz (s.a.:38) skryf vanuit 'n Rooms-Ortodokse perspektief en kom tot die volgende gevolgtrekkings:

- Die middelafhanklike persoon moet opvoeding oor die siekte-konsep van middelafhanklikheid ontvang tydens pastorale behandeling.
- Sondebelydenis, gebed, meditasie en die nagmaal speel 'n belangrike rol in die spirituele herstelproses.
- Die pastorale berader speel 'n belangrike rol in hierdie herstelproses, waartydens hy/sy die middelafhanklike persoon se valse geloofsoortuigings en vraagstukke oor geloof kan aanspreek.
- Die pastorale berader kan ook die rol van spirituele mentor vervul en die middelafhanklike persoon blootstel aan nuwe spirituele en sosiale ondersteuningsbronne.
- Spirituele herstel moet saam met fisieke herstel plaasvind. Terwyl die middelafhanklike persoon se liggaam herstel van die fisieke skade van middelmisbruik moet die pastorale berader toesien dat ook die spirituele toestand genesing ondergaan.

Laasgenoemde punt beklemtoon weer dat die behandeling van 'n middelafhanklike persoon holisties benader moet word. Die belangrikheid van die samewerking tussen pastorale berading en ander dissiplines sal in die volgende afdeling van hierdie hoofstuk in meer besonderhede bespreek word.

Collins (2008:585) bespreek pastorale berading en die behandeling van alkoholisme en identifiseer die volgende agt verantwoordelikhede van 'n pastorale berader:

- Kry die alkoholis sover om te erken dat hulp nodig is – die middelafhanklike persoon moet tot die besef kom dat sy/haar lewe buite beheer is en dat hy/sy self verantwoordelikheid moet aanvaar vir die herstelproses wat voorlê.
- Staak die drinkery – die middelafhanklike persoon moet in 'n sober toestand wees vir terapie om suksesvol te wees. Die staking van middelgebruik en die gepaardgaande

ontgiftiging kan egter gevaarlik wees en moet dus altyd deur 'n kundige in die mediese veld hanteer word.

- Verskaf ondersteuning – die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin moet deur die loop van die hele behandelingsproses ondersteun word, van die oomblik dat die middelafhanklike persoon gekonfronteer word met sy/haar toestand totdat hy/sy formele behandeling ontvang en veral ook wanneer die primêre behandeling voltooi is en voortgesette behandeling begin.
- Hulp met streshantering – stres word geïdentifiseer as een van die groot struikelblokke wat veroorsaak dat middelafhanklike persone terugval in middelmisbruik (Van der Westhuizen, 2013:6). Stres kan veroorsaak word deur verskeie faktore, waaronder verhoudings, werk, finansies, gesondheid, ens.
- Moedig selfbegrip en 'n verandering van leefstyl aan – tydens die behandeling van middelafhanklikheid gaan dit nie bloot oor die staking van middelmisbruik nie, maar oor die verandering van leefstyl sodat dit vir die middelafhanklike persoon makliker word om nie in middelmisbruik vas te val nie (Eberlein, 2010:10).
- Berading aan die gesin – die persone naaste aan die middelafhanklike persoon, sy/haar gesin, behoort ook berading te ontvang. Dit word in die volgende afdeling van hierdie hoofstuk in meer besonderhede bespreek.
- Wees voorbereid op terugvalle – 'n terugval in middelmisbruik is 'n harde realiteit wat nie deur die berader of middelafhanklike persoon geïgnoreer moet word nie. Alhoewel daar sekere gevaartekens is dat 'n terugval besig is om plaas te vind, beskryf middelafhanklike persone dikwels hul terugval as 'n skok. Beraders moet bewus wees dat 'n terugval maklik kan plaasvind en moet bereid wees om volgehoue ondersteuning aan die middelafhanklike persoon te bied.
- Aanvaar die Evangelie en dissipelskap as kernbeginsels – Hoewel daar altyd die gevaar is dat middelafhanklike persone 'n afhanklikheid aan 'n middel kan vervang deur 'n afhanklikheid aan spiritualiteit (Clinebell, 1978:159), meen Collins (2008:590) dat 'n pastorale berader steeds evangelisasie en dissipelskap deel moet maak van die behandelingsproses. Pastorale beraders moet wel daarteen waak om spirituele bekering voor te stel as 'n oplossing vir die middelafhanklike persoon se probleme. Die gevare hiervan is reeds bespreek (afdeling 2.3.5.2 en 4.2.3). Met inagneming hiervan moet pastorale beraders besef dat middelafhanklike persone wel 'n behoefte het om met die Evangelie bedien te word; om Clinebell (1978:159) se stelling te herhaal: “Alcoholism is to be understood as in part a tragic attempt to satisfy spiritual needs.”

Bogenoemde verantwoordelikhede gee 'n aanduiding van die stappe in die behandelingsproses. 'n Terugval kan egter veroorsaak dat van die stappe meer as een keer herhaal moet word. Pastorale beraders wat betrokke word by voortgesette behandeling moet ook bewus wees van die middelafhanklike persoon se behoeftes tydens vroeër behandeling.

4.3.3.2. Pastorale berading en die gesin

4.3.3.2.1. Mede-afhanklikheid (*Co-dependency*)

In afdeling 4.3.1 van hierdie hoofstuk het dit duidelik geword dat, veral in SAMHSA (2015:49) se identifisering van belangrike eienskappe waarvoor 'n pastorale berader moet beskik, nie net die middelafhanklike persoon behandel moet word nie, maar ook sy/haar gesin. Die konsep mede-afhanklikheid is veral belangrik in die behandeling van die middelafhanklike persoon se gesin.

Gillette (2014:4) definieer mede-afhanklikheid as “a dysfunctional pattern of living and problem solving which is nurtured by a set of rules within the family system”. Amariei (s.a.:24) verklaar dat mede-afhanklikheid 'n aanduiding is dat die gesin behandeling moet ontvang aangesien die volgende eienskappe in so 'n gesin geïdentifiseer kan word:

- Die gesin voel skuldig en blameer hulleself vir die middelafhanklike persoon se toestand en die gepaardgaande gedrag.
- Die gesinslede ontwikkel 'n lae selfbeeld weens herhaalde mislukte pogings om die middelafhanklike persoon te “help”.
- Die gesin neem verantwoordelikheid vir die middelafhanklike persoon se toestand en die gepaardgaande gedrag deur probleme te probeer wegsteek, die verantwoordelikhede van die middelafhanklike persoon op hulleself te neem, die behoeftes van die middelafhanklike persoon hoër te ag as dié van die ander gesinslede en deur die middelafhanklike persoon te probeer manipuleer.
- Die gesin word emosioneel en spiritueel uitgeput; daar is permanente angs oor die middelmisbruik van die middelafhanklike persoon en die gepaardgaande gedrag. Dit veroorsaak dat gesinslede bedreig voel en kan in uiterste gevalle lei tot moord of selfdood.

Thesnaar (2011:26) bespreek so 'n ekstreme geval waar 'n moeder haar middelafhanklike seun vermoor ná jare se saamleef met sy middelafhanklikheid. Pastorale beraders moet dus die behandeling en ondersteuning van die middelafhanklike persoon se gesinne/families in 'n ernstige lig beskou. Amariei (s.a.:25) stel immers dat mede-afhanklikheid net soos middelafhanklikheid beskou moet word as 'n chroniese toestand wat behandel moet word.

Gillette (2014:5) stel dat mede-afhanklike gesinslede dikwels die volgende karaktereienskappe openbaar:

- Vind dit moeilik om emosies te identifiseer.
- Vind dit moeilik om uiting te gee aan emosies.
- Vind dit moeilik om verhoudings te bou en in stand te hou.
- Is geneig om perfeksionisties te wees.
- Is geneig om rigiede houdings en gedrag te openbaar.
- Vind dit moeilik om hulle by verandering aan te pas.
- Voel verantwoordelik vir die gevoelens en gedrag van ander.
- Het 'n voortdurende behoefte aan die aanvaarding van ander.
- Vind dit moeilik om besluite te neem.
- Voel oor die algemeen magteloos.
- Voel gewoonlik skuldig en het 'n lae selfbeeld.

Gillette (2014:9) verduidelik dat bogenoemde karaktereienskappe in enige gesin kan voorkom waar sekere reëls bestaan. Hierdie reëls, wat dikwels nie uitgespel word nie, veroorsaak dat gesinslede mede-afhanklik word. Gillette (2014:10) lig die volgende reëls uit:

- Gesinslede beskerm en isoleer hulleself deur risiko's te vermy en geen intieme verhoudings te ontwikkel nie.
- Gesinslede besef nie dat kommunikasie, veral oor probleme, in ander gesinne aangemoedig word nie.
- Gesinslede is nie in staat om emosies openlik te wys nie.
- Gesinslede vrees kritiek op enige foute wat hulle begaan.
- Gesinslede kan nie kwesbaar wees of om hulp vra nie.

Hierdie reëls word deur Amariei (s.a.:28) opgesom met die bekende uitdrukking: "Don't talk, don't feel, don't trust." Gesinslede van 'n middelafhanklike persoon voel hulle moet hierdie reëls gehoorsaam om hul oorlewing in die gesin te verseker. Die reëls veroorsaak egter dat die gesinslede saam met die middelafhanklike persoon vasgevang word in 'n siklus van afhanklikheid: mede-afhanklikheid.

4.3.3.2.2. Behandeling

Wanneer die pastorale berader die gesinslede van 'n middelafhanklike persoon behandel, moet aandag geskenk word aan die karaktereienskappe van mede-afhanklikheid wat na vore mag kom. Gesinslede sal dus eerstens bewus gemaak moet word van die werklike aard van middelafhanklikheid as 'n mediese toestand en die ooreenstemmende eienskappe

van mede-afhanklikheid wat in die lewens van die gesinslede veroorsaak is. Amariei (s.a.:28) verwys in hierdie verband na die “C.T.C. of recovery”, waarvolgens die familie van ’n middelafhanklike persoon bewus gemaak moet word dat:

- Hulle nie die oorsaak (*cause*) van die middelafhanklikheid is nie.
- Hulle nie die middelafhanklikheid kan genees (*treat*) nie.
- Hulle nie die middelafhanklike persoon kan beheer (*control*) nie.

Tydens die voortgesette behandelingsfase is dit veral belangrik dat die gesin ook hulp en ondersteuning ontvang om aan te pas by die middelafhanklike persoon se nuwe sober leefstyl. Soos reeds gestel, vind mede-afhanklike gesinslede dit egter dikwels moeilik om hulle by nuwe omstandighede aan te pas. Die gesinslede sal veral hulp moet ontvang met die afsonderlike rolle in die gesin.

Van der Westhuizen (2013:6) identifiseer die behoefte van middelafhanklike persone, veral jeugdiges, om tydens die voortgesette behandelingsfase hul verhoudings met lede van hul gesinne te herstel. Middelafhanklikheid en gepaardgaande gedrag soos leuenagtigheid, diefstal en mislukte pogings om sober te bly, berokken gewoonlik baie skade aan gesinsverhoudings. Gesinslede is dus dikwels skepties oor die verandering wat die middelafhanklike persoon ondergaan en moet aangemoedig word om hom/haar die geleentheid te bied om hom-/haarself in ’n nuwe sober leefstyl te bewys. Die gesinslede, asook die middelafhanklike persoon self, moet egter beseft dat dit tyd sal neem vir hul verhoudings om te herstel. Gillette (2014:58) stel dat dit die berader se plig is om:

- Toe te sien dat die hele gesin so gesond as moontlik funksioneer, dus moet die middelafhanklikheid en die mede-afhanklikheid behandel word.
- Klein, realistiese en praktiese doelwitte vir die gesinslede te stel.
- Gesinslede na ’n ander professionele persoon soos ’n psigiater te verwys indien nodig.
- Aandag te skenk aan die wantroue tussen die gesinslede, asook die vrees dat die middelafhanklike persoon gaan terugval in middelmisbruik.
- Nuwe vaardighede aan die gesinslede te leer sodat hulle die verandering in hul lewens suksesvol kan hanteer.

Collins (2008:590) meen dat verandering risiko’s vir die gesin inhou, maar dat dit suksesvol kan wees indien dit deur ’n berader of ’n ondersteuningsgroep buite die gesin aangemoedig word. Al-Anon is ’n goeie voorbeeld van ’n ondersteuningsgroep vir die gesinslede van middelafhanklike persone (Humphreys & Gifford, 2006:268).

4.3.3.3. Pastorale berading en die gemeenskap

SAMHSA (2015:50) onderstreep die rol van die gemeenskap in die behandeling van middelafhanklikheid met die stelling dat 'n pastorale berader bewus moet wees van hulpbronne in die gemeenskap soos ondersteuningsgroepe, wat 'n bydrae kan lewer tydens die voortgesette behandeling van die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin.

Die gemeenskap speel ook 'n belangrike rol in narratiewe terapie tydens voortgesette behandeling. Morgan (2000:74) stel dat 'n nuwe narratief, soos die sober leefstyl van 'n middelafhanklike persoon, versterk kan word deur 'n gehoor. Tydens voortgesette behandeling is daar verskeie maniere om 'n gehoor by die nuwe narratief van die middelafhanklike persoon te betrek. Morgan (2000:75) identifiseer die volgende:

- Die middelafhanklike persoon kan by ondersteuningsgroepe soos AA sy/haar nuwe narratief met ander middelafhanklike persone deel. Ondersteuningsgroepe kan ook die vorm aanneem van 'n Bybelstudie- of selgroep in 'n geloofsgemeenskap. Die vereiste is dat die middelafhanklike persoon openlik oor sy/haar nuwe narratief kan praat en in die proses ondersteuning van die gehoor kan ontvang.
- Die middelafhanklike persoon kan ook betrek word by seremonies of rituele wat sy/haar nuwe narratief vier, soos sober verjaardae en mylpale in groepe soos AA.
- Die middelafhanklike persoon kan ook by geleenthede en plekke soos skole getuig oor sy/haar geskiedenis met middelmisbruik en die gevolge daarvan. Hierdie geleenthede dien as bewusmaking van die gemeenskap, maar versterk ook die middelafhanklike persoon se nuwe narratief.

Sremac (2013:57) stel dat die nuwe narratief hoofsaaklik te doen het met die vorming van identiteit. Middelafhanklikheid veroorsaak 'n aftakeling van die selfbeeld en identiteit wat tydens die behandelingsproses herbou moet word. Sremac (2013:58) stel voor dat spirituele bekering 'n rol kan speel in die bou van die nuwe narratief. Getuienis van spirituele bekering in 'n ondersteuningsgroep sal verder bydra om die nuwe narratief van die middelafhanklike persoon te versterk.

Soos reeds gestel, sal pastorale beraders egter versigtig moet wees met die rol van spirituele bekering tydens die behandeling van middelafhanklikheid. Keller (2004:8) verklaar:

We must beware of giving people the impression that through individual repentance for sin they should be able to undo their personal problems. Obviously, we should not go to the other unbiblical extreme of refusing to acknowledge personal responsibility for sinful behavior as well. But in ordinary

pastoral practice, it will be as important to build great community as to become skilled in personal counseling.

Pastorale beraders is dus nie net verantwoordelik vir die middelafhanklike persoon se inskakeling in die gemeenskap nie, maar ook verantwoordelik vir die opvoeding en bewusmaking van die gemeenskap, sodat begrip en aanvaarding vir die middelafhanklike persoon gekweek kan word. Bewusmaking in hierdie verband sal in die volgende hoofstuk in meer besonderhede bespreek word.

4.4. SAMEWERKING IN 'N MULTIDISSIPLINÊRE BENADERING

Een van die groot struikelblokke in doeltreffende dienslewering in die veld van middelafhanklikheid lê in die wan kommunikasie tussen verskillende rolspelers en instansies wat behandeling aanbied. Dit lei tot swak samewerking en veroorsaak dat talle middelafhanklike persone deur die krake van die stelsel val. Dit is die navorser se mening dat goeie samewerking tussen pastorale beraders en ander professies, soos sielkundiges en maatskaplike werkers, 'n groot bydrae kan lewer tot doeltreffender behandeling. Cojocarú & Dima-Cozma (2014:159) bespreek die eienskappe van goeie samewerking en stel dat:

Today, treatment providers for addictive persons are multidisciplinary, being psychiatrists, psychologists, social workers, addiction specialists, and priests or spiritual counsellors. All of them have to work as a team, providing empathy, an open mind, self-efficacy, and breaking down stereotypes, thus providing efficient contemporary treatment and long-term recovery of addiction.

Hierdie samewerking tussen pastorale beraders en ander professies is egter nie sonder uitdagings nie en sal vereis dat alle partye gewillig is om by mekaar te leer. Humphreys & Gifford (2006:272) som dit mooi op wanneer hulle stel dat:

For these partnerships to form, certain prejudices must be overcome: scientists must be willing to ask scientific questions about the role of religion/spirituality in addiction and recovery, and religious leaders must value the scientific process and its rigorous humility.

Aan die einde van hulle versamelwerk, wat biologiese, psigologiese en sosiologiese navorsing insluit, kom Miller & Carroll (2006:302) tot die volgende gevolgtrekking oor die samewerking tussen professies en ander terreine van die samelewing:

We recommend that screening, prevention, and intervention for substance use disorders should be integrated within mainstream health and social services, and more generally should be a shared responsibility among social institutions including schools, sports, employers, religions, and the judicial and correctional systems. This is not a problem to be understood or addressed in isolation.

Hierdie konsep word ook deur Suid-Afrikaanse navorsers ondersteun, soos Hitzeroth & Kramer (2010:20) wat stel:

Ons almal moet saamwerk om middelmisbruikers en hul gesinne by te staan waar ons kan. Dit sal noodwendig 'n mediese, sielkundige, sosiale en spirituele benadering insluit ... Hoewel sekere praktisyns en sekere modelle in bepaalde fases en omgewings van die behandeling op die voorgrond kan wees, moet die oorhoofse benadering tot behandeling in 'n gees van oorleg met ander benaderings wees, gegrond op 'n spanpoging waarby die middelmisbruiker, sy gesin en breër familiekring sentraal betrek word.

Thesnaar (2011:29) stel dit só:

... a transdisciplinary approach would lead to the creation of a transdisciplinary professional team which would consist mainly of a social worker, medical practitioner, psychologist, youth worker and a pastoral interpretive guide. The requirements for these role players within the team would be to: be concerned about the addict because they care; have expert knowledge of the phenomenon of drug addiction; have enough objective knowledge, be able to exert and be able to work holistically. It is essential that the role or function of the transdisciplinary professional team be to create a space for healing, to move at the pace of the client, to support, motivate, confront or refer as the need arises, and to assist people to find meaning in their situation.

Jones (1994:193) bespreek die verhouding tussen teologie en psigologie en kom tot die gevolgtrekking dat interaksie kan plaasvind ondanks verskille. Hy stel voor dat die dissiplines van teologie en psigologie op wetenskaplike wyse by mekaar moet leer. Studente in die psigologie moet besef dat teologie 'n groot bydrae lewer om die mens te verstaan, terwyl studente in die teologie moet besef dat hulle nie met mense kan werk sonder 'n wetenskaplike begrip van daardie mense nie. Die navorser is van mening dat laasgenoemde stelling, in die konteks van die huidige studie, bevestig dat pastorale beraders nie die probleem van middelafhanklikheid afsonderlik van ander dissiplines kan behandel nie.

Samewerking tussen terapeute van verskillende professies is dus volgens die teorie uiters belangrik vir suksesvolle behandeling. Dit is die navorsers se ervaring dat samewerking in die praktyk die suksesvolste is wanneer die middelafhanklike persoon intensiewe primêre behandeling ontvang, maar dat die samewerking tussen terapeute verswak wanneer die persoon oorgaan na voortgesette behandeling. Dit is nie die doel van hierdie navorsing om te fokus op al die aspekte wat samewerking tydens voortgesette behandeling kan verbeter nie, maar wel om op een aspek te fokus, nl. die bydrae wat pastorale beraders kan lewer.

4.5. GEVOLGTREKKING

In hierdie hoofstuk het dit duidelik geword dat pastorale berading 'n besliste rol het tydens voortgesette behandeling, maar dat dit nie afsonderlik van ander ondersteuningsbronne kan geskied nie. Samewerking tussen pastorale beraders, dokters, sielkundiges, maatskaplike werkers, arbeidsterapeute en ander professionele persone is uiters belangrik sodat die voortgesette behandelingsdiens so suksesvol moontlik kan wees.

Vir pastorale beraders om suksesvol deel te vorm van hierdie behandelingsproses, is dit nodig om die publiek sowel as pastorale beraders bewus te maak van die rol wat pastorale berading kan speel. Hierdie bewusmaking vorm deel van die praktiese verantwoordelikhede van pastorale beraders wat die navorsers in besonderhede in die volgende hoofstuk van hierdie studie bespreek.

HOOFSTUK 5

5. DIE VERANTWOORDELIKHEID VAN PASTORALE BERADERS

5.1. INLEIDING

Die inhoud van hierdie hoofstuk is saamgestel om die vierde taak van Osmer (2008:4) se *Core Tasks of Practical Theological Interpretation* te behandel. Hierdie pragmatiese taak is volgens Osmer (2008:176): “The task of forming and enacting strategies of action that influence events in ways that are desirable.” Die fokus tydens hierdie laaste taak is dus om ’n model te skets wat pastorale beraders kan gebruik om ’n gewenste verandering in hul kerke en geloofsgemeenskappe te bewerkstellig.

Tot dusver in die studie het dit duidelik geword dat daar tans ’n behoefte aan pastorale berading is onder middelafhanklike persone in die Wes-Kaap, veral tydens die stadium van voortgesette behandeling (Hoofstuk 2 – die beskrywend-empiriese taak). Die navorser het verskeie redes bespreek waarom hierdie behoefte tans nie voldoende deur pastorale beraders hanteer word nie (Hoofstuk 3 – die interpreterende taak); en die navorser het ’n aanduiding gegee van die moontlike rol wat pastorale beraders wel in hierdie verband kan speel (Hoofstuk 4 – die normatiewe taak).

In hierdie hoofstuk bou die navorser voort op gevolgtrekkings uit die vorige hoofstukke, veral dié wat bespreek is tydens die normatiewe taak. In die eerste afdeling van hierdie hoofstuk verwys die navorser na die gevolgtrekkings uit vorige hoofstukke en die implikasies hiervan vir die inhoud van die huidige hoofstuk. Hierdie afdeling dien egter nie as blote opsomming van die navorsing tot dusver nie, aangesien die bevindinge versterk sal word deur bronne wat tot dusver nog nie bespreek is nie. Dit is die navorser se hoop dat dié bespreking sal dien as inleiding vir die tweede afdeling van hierdie hoofstuk, waarin ’n pragmatiese model bespreek word.

5.2. IMPLIKASIES VAN DIE GEVOLGTREKKINGS TOT DUSVER

5.2.1. Konteks in die Wes-Kaap

5.2.1.1. Historiese verloop en huidige konteks

Die geskiedenis van Suid-Afrika word onder meer gekenmerk deur tye van politieke onrus en die verdrukking van sekere bevolkingsgroepe. In Hoofstuk 2 het die navorser verwys na

die uitwerking van sekere praktyke tydens die tydperk van kolonisasie en slawerny, asook wetgewing van die apartheidsregering, op die sosiale welstand van bevolkingsgroepe in Suid-Afrika. Hierdie politieke geskiedenis speel ook 'n rol in die ontstaan van middelafhanklikheid in die Wes-Kaap en moet dus in ag geneem word wanneer die behandeling van middelafhanklikheid bespreek word.

Buiten bogenoemde uniek Suid-Afrikaanse kenmerke het middelafhanklikheid ook 'n "normale verskynsel" geword, soos elders in die wêreld. Die beskikbaarheid van sterker alkohol en dwelmmiddels het met verloop van tyd in Suid-Afrika toegeneem net soos in die res van die wêreld. Middelafhanklikheid is geensins beperk tot 'n sekere bevolkingsgroep of inkomsteklas nie, maar het 'n invloed op elke vlak van die Suid-Afrikaanse samelewing gehad, soos vandag steeds (Levine, 1978:506; AA, 2017:1).

Alhoewel die dopstelsel en apartheid iets van die verlede is, word die gevolge hiervan vandag steeds gevoel. Volgens die Oxfam-verslag, soos berig deur Quintal (2017:1), het Suid-Afrika een van die grootste gapings tussen inkomsteklasse ter wêreld. Die werkloosheidsyfer in die land is ook die hoogste in 13 jaar (Menon, 2017:1). Volgens Pollack (2002:7) is swak ekonomiese omstandighede een van die groot faktore wat bydra tot middelafhanklikheid in 'n gemeenskap. Die sosio-ekonomiese toestand van plaaswerkers in die Wes-Kaap is 'n goeie voorbeeld hiervan (Falletisch, 2008:89).

Die opvatting dat middelafhanklikheid 'n probleem is wat net in arm gemeenskappe voorkom en die gepaardgaande stigmatisering moet egter vermy word. Die verslawingsmodelle wat in Hoofstuk 2 van hierdie studie bespreek is, het getoon dat middelafhanklikheid ook deur mediese, psigologiese en sosiologiese faktore veroorsaak word. Pollack (2002:12) dui egter aan dat die meeste gevalle van middelafhanklikheid wel in arm gemeenskappe voorkom. Met inagneming van stigmatisering wat vermy moet word, is die navorser steeds oortuig dat die ekonomiese omstandighede in Suid-Afrika 'n groot rol speel in die probleem van middelafhanklikheid.

Hoewel die huidige ekonomiese toestand van die land nie alleen aan apartheid gewyt kan word nie, is daar steeds duidelike tekens van die uitwerking van die verlede op mense se lewens vandag, veral wat middelafhanklikheid betref. Een van die beste voorbeelde hiervan is die lewens van baie plaaswerkers in die Wes-Kaap. Falletisch (2008:189) bevind dat die huidige alkoholmisbruik onder plaaswerkers in die Wes-Kaap wel in sekere mate toegeskryf kan word aan die uitwerking van apartheid en die Dopstelsel. Werkers is in die gewoonte om al hul geld op alkohol uit te gee, veral oor naweke, en sit dan vas in 'n siklus van afhanklikheid, geld skuld en chaos (Falletisch, 2008:97). 'n Verdere bewys van die sosio-

ekonomiese ongelykhede is die relatief klein getal swart Afrikane wat behandeling vir middelafhanklikheid in die Wes-Kaap ontvang. SACENDU (2016:2) berig dat die persentasie swart pasiënte in die Wes-Kaap nie ooreenstem met die verwagte syfers volgens bevolkingsgetalle nie. Hierdie “tekort” aan swart pasiënte is volgens bogenoemde verslag ’n aanduiding van die beperkte beskikbaarheid van behandelingsdienste vir swart pasiënte.

Middelafhanklikheid het ’n krisis in die Suid-Afrikaanse samelewing geword. Alkoholmisbruik is net een van die gevare. Dwelmmisbruik in die Wes-Kaap, veral onder jeugdiges, is ’n toenemende probleem. Van der Westhuizen (2013:1) berig dat die beskikbaarheid van dwelmmiddels in die Wes-Kaap een van die groot redes hiervoor is. ’n Studie (Johnson & Lazarus, 2008:20) onder jeugdiges in die Wes-Kaap het bevind dat huise (11.8%), partytjies (21.3%) en skole (24.8%) die algemeenste plekke is waar dwelmmiddels bekom kan word. Volgens ’n opname oor risiko gedrag onder Suid-Afrikaanse jeugdiges, soos berig deur Williams (2016:1), gebruik die Suid-Afrikaanse bevolking hoofsaaklik alkohol (40%), tabak (30%) en dagga (8%). 15% van Suid-Afrikaanse jeugdiges erken dat hulle toonbankmedikasie misbruik het, terwyl 11,5% van jeugdiges “harder” dwelmmiddels soos heroïen, Mandrax of metamfetamien (tik) gebruik het. SACENDU (2016:1) se verslag oor die behandeling van middelafhanklikheid in die Wes-Kaap in 2016 toon dat dagga die mees algemene dwelmmiddel is wat jeugdiges (persone onder 20 jaar) misbruik teenoor metamfetamien (tik) vir volwassenes.

Dié syfers skets ’n duidelike prentjie van die uitdaging wat middelafhanklikheid aan die Suid-Afrikaanse samelewing bied. Om behandeling vir middelafhanklikheid in hierdie sosiale omstandighede aan te bied, is nie altyd ’n maklike taak nie. Tog is die navorser oortuig dat pastorale beraders in die Wes-Kaap by behandeling betrek moet word.

5.2.1.2. Gevolgtrekkings uit die empiriese studie

Die navorser se oortuiging dat daar ’n behoefte bestaan aan pastorale beraders wat voortgesette behandeling in die Wes-Kaap kan aanbied, is bevestig en versterk deur onderhoude met rolspelers by instansies wat behandeling in Kaapstad en die omliggende gebiede aanbied. Uit hierdie onderhoude kom die navorser tot die volgende gevolgtrekkings:

- Volgehoue ondersteuning tydens voortgesette behandeling is uiters belangrik.
- Instansies wat primêre behandeling verskaf, het dikwels beperkte hulpbronne, dus word voortgesette behandeling meestal die verantwoordelikheid van terapeute buite hierdie instansies.

- Voortgesette behandeling word in die meeste gevalle die verantwoordelikheid van die terapeut wat die middelafhanklike pasiënt oorspronklik vir primêre behandeling verwys het.
- Primêre behandeling moet direk opgevolg word deur voortgesette behandeling, wat goeie kommunikasie tussen die betrokke terapeute vereis.
- Middelafhanklike pasiënte wat primêre behandeling voltooi, word dikwels verkeerdelik as 'n afgehandelde “suksesverhaal” beskou en ontvang dan nie voldoende ondersteuning tydens voortgesette behandeling nie.
- Die werklading van terapeute (veral maatskaplike werkers) speel 'n groot rol in hierdie opvatting van “suksesverhale” omdat daar soveel noodgevalle is waaraan aandag gegee moet word.
- Daar is 'n behoefte aan meer terapeute wat opgelei is om voortgesette behandeling aan te bied.
- Pastorale beraders verwys soms pasiënte na instansies wat primêre behandeling aanbied, maar beskou in die meeste gevalle hierdie behandeling as die hele oplossing en versuim om voortgesette behandeling aan te bied.
- Die meeste middelafhanklike pasiënte dui aan dat hulle spirituele behoeftes het waaraan aandag gegee moet word tydens behandeling.
- Daar is dus 'n behoefte aan meer pastorale beraders wat voortgesette behandeling kan verskaf, maar ook 'n behoefte dat pastorale beraders bewus gemaak word van die belangrikheid van voortgesette behandeling.

5.2.1.3. Implikasies

Pastorale beraders wat betrokke wil raak by die behandeling van middelafhanklikheid sal 'n sensitiwiteit moet hê vir die historiese verloop soos uiteengesit in hierdie hoofstuk. Dit is belangrik dat pastorale beraders kennis sal dra van die rol wat afhanklikheidsvormende middels speel in die omgewing waarin baie middelafhanklike persone leef.

Dit is die navorser se persoonlike ondervinding dat die sosio-ekonomiese status van 'n middelafhanklike persoon dikwels verskeie uitdagings aan die berader bied. Persone in lae sosio-ekonomiese omstandighede kan soms nie lees of skryf nie, beskik dikwels nie oor die hulpbronne om mediese of sielkundige behandeling te ontvang nie en sit moontlik vasgevang in omstandighede van armoede, geweld of ander sosiale probleme. Die omstandighede van elke middelafhanklike persoon is uniek en beïnvloed dus sy/haar behandeling. Pastorale beraders moet 'n sensitiwiteit hê vir hierdie omstandighede en die historiese ontwikkeling wat daartoe bygedra het.

Dit is ook die navorser se ondervinding dat die meeste persone, ongeag hul sosio-ekonomiese status, oningelig is oor die uitwerking en gevare van afhanklikheidsvormende middels. Hierdie onkunde is gevaarliker in 'n omgewing waar afhanklikheidsvormende middels maklik bekombaar is. Dit sal dus 'n pastorale berader se plig wees om nie net op hoogte te kom van die uitwerking en gevare van afhanklikheidsvormende middels nie, maar ook 'n bydrae te lewer om die publiek daarvan bewus te maak. Pastorale beraders sal egter slegs by die behandeling van middelafhanklikheid betrokke kan raak indien hulle self eerstens bewus gemaak word van die rol wat hulle kan speel, veral tydens voortgesette behandeling.

5.2.2. Die behoefte van die middelafhanklike persoon

5.2.2.1. Oorsake en gevolge van 'n gebrek aan voortgesette behandeling

Sowel die oorsake as die gevolge van 'n gebrek aan voortgesette behandeling hou verband met 'n terugval in middelmisbruik. 'n Terugval (*relapse*) word gedefinieer as die proses waarin 'n middelafhanklike persoon middels begin misbruik ná 'n tydperk van soberheid (White & Ali, 2010:7). Dit kan veroorsaak word deur 'n gebrek aan voortgesette behandeling wat aan die middelafhanklike persoon gebied word. 'n Terugval kan egter ook veroorsaak word deur ander faktore wat die persoon weerhou van voortgesette behandeling. Dit is dus onmoontlik om die oorsake en gevolge van 'n gebrek aan voortgesette behandeling te bespreek sonder om te verwys na terugval in middelmisbruik. In afdelings 3.2 en 3.3 van die huidige studie het die navorser die oorsake en gevolge van 'n gebrek aan voortgesette behandeling in besonderhede bespreek. Die wisselwerking tussen 'n terugval en 'n gebrek aan voortgesette behandeling het duidelik na vore gekom.

Indien 'n middelafhanklike persoon nie voortgesette behandeling ontvang nie, is daar 'n groot kans dat hy/sy mediese, sosiale en sielkundige agteruitgang in sy/haar lewe sal beleef. Allerlei fisieke en psigiese toestande hou direk verband met 'n terugval in middelmisbruik en dus ook met 'n gebrek aan voortgesette behandeling, soos bespreek in afdeling 3.2 van hierdie studie. Sosiale probleme kan terselfdertyd opduik, soos verhoudings- en geldprobleme, selfs werkloosheid of tronkstraf.

'n Gebrek aan voortgesette behandeling kan deur verskeie faktore veroorsaak word, wat elk in besonderhede in afdeling 3.3 van hierdie studie bespreek word. Een van die groot oorsake is egter 'n gebrek aan motivering by die middelafhanklike persoon en die terapeut wat met hom/haar werk. Indien een of albei partye nie voldoende gemotiveerd is nie, sal die behandelingsproses heel moontlik onsuksesvol wees. 'n Ander belangrike oorsaak van 'n gebrek aan voortgesette behandeling is blote onkunde oor die belangrikheid daarvan.

Middelafhanklike persone moet ingelig word dat voortgesette behandeling 'n belangrike deel van hul herstelproses vorm, waarsonder hulle heel moontlik sal terugval in middelmisbruik. Terapeute moet beseft dat middelafhanklike persone in hul gemeenskappe nie ten volle herstel het ná 'n tydperk van primêre behandeling nie en dat hulle steeds voortgesette behandeling moet ontvang. Net so moet die gesinne/families van middelafhanklike persone, asook die publiek, bewus gemaak word van die belangrikheid van voortgesette behandeling en die werklike aard van middelafhanklikheid as 'n chroniese toestand.

Ter samevatting kan gesê word dat kommunikasie uiters belangrik is tydens die behandelingsproses van middelafhanklikheid. Hierdie kommunikasie vind plaas tydens die bewusmaking van die publiek, die bewusmaking van die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin/familie, die duidelike uiteensetting van die behoeftes van 'n middelafhanklike persoon en die kommunikasie tussen die verskillende terapeute wat by die behandelingsproses betrokke is.

5.2.2.2. Die afwesigheid van pastorale berading

In afdeling 3.4 van hierdie studie het die navorser verwys na oproepe uit ander vakdissiplines dat pastorale beraders meer betrokke raak by die behandeling van middelafhanklikheid. Een van die groot redes vir hul onbetrokkenheid is onkunde oor middelafhanklikheid. Alhoewel pastorale beraders die nood van middelafhanklike persone raaksien, beskik hulle dikwels nie oor die kennis om hulp aan te bied nie.

Van der Westhuizen (2013:4) het ondersoek ingestel na die spesifieke behoeftes van middelafhanklike jeugdiges tydens voortgesette behandeling en bevind dat hul behoeftes in die volgende drie hoofgroepe verdeel kan word:

- Intrapersoonlike behoeftes – afbreek van ou gewoontes; afbreek van verdedigingsmeganismes soos oneerlikheid; probleemoplossing; hantering van emosies, finansiële beplanning; behoefte aan 'n voortgesette behandelingsprogram; weerstaan van versoekings; opbou van 'n positiewe selfbeeld; en ondersteuning met spirituele groei.
- Interpersoonlike behoeftes – wegbreek van vorige sosiale groep en betrokkenheid by 'n nuwe sosiale groep; stres hantering; woedebestuur; selfgeding; en die herstel van gesinsverhoudings.
- Omgewingsbehoefte – herintegrasie in 'n skool-/werksomgewing; en herintegrasie in die gemeenskap.

Hieruit blyk dit dat pastorale beraders 'n groot rol kan speel tydens voortgesette behandeling. Die behoefte van middelafhanklike persone om spiritueel te groei, lê spesifiek

op die terrein van die pastorale berader. Die middelafhanklike persoon het ook hulp nodig om weer in sy/haar gesin, werk en die gemeenskap te pas. Betrokkenheid by 'n nuwe sosiale groep soos 'n geloofsgemeenskap waar die middelafhanklike persoon nie gestigmatiseer of veroordeel word nie, kan 'n groot bron van ondersteuning wees. Pastorale beraders is gewoonlik in 'n goeie posisie om met hierdie sake te help.

5.2.2.3. Gevolgtrekkings uit die empiriese studie

Die tweede doel van die empiriese studie was om te bepaal waarom daar tans 'n tekort is aan pastorale beraders wat voortgesette behandeling aanbied. Uit onderhoude met rolspelers by behandelingsinstansies in die Wes-Kaap het die navorser tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

- Die kommunikasie tussen terapeute wat verantwoordelik is vir primêre behandeling en dié betrokke by voortgesette behandeling moet doeltreffender wees sodat die behandelingsproses nie ná die primêre behandelingsfase eindig nie.
- Die kommunikasie tussen terapeute en die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin moet ook doeltreffender wees sodat ingeligte besluite oor die verloop van die behandelingsproses geneem word.
- Alhoewel pastorale beraders die nood van middelafhanklike persone raaksien, beskik hulle dikwels nie oor genoeg kennis oor die behandeling van middelafhanklikheid om suksesvol terapie aan te bied nie.
- Sommige pastorale beraders verkies om die behandeling van middelafhanklikheid heeltemal aan spesialiste op die gebied oor te laat en besef nie watter rol hulleself in die proses kan speel nie.

5.2.2.4. Implikasies

In die derde hoofstuk van hierdie studie het dit duidelik geblyk dat pastorale beraders tans nie voldoende betrokke is by die voortgesette behandeling van middelafhanklikheid in die Wes-Kaap nie. Die terugvoering wat ontvang is van diensverskaffers in die veld van middelafhanklikheid het aangedui dat pastorale beraders dikwels onbewus is van die werklike behoeftes van die middelafhanklike persoon. Dit is die navorser se mening dat dit 'n direkte gevolg kan wees van pastorale beraders se wanopvatting van die werklike aard van middelafhanklikheid.

Om die middelafhanklike persoon te behandel, sal 'n pastorale berader middelafhanklikheid moet verstaan en terapie in samewerking met ander professionele persone kan aanbied. Goeie kommunikasie tussen die pastorale berader en ander terapeute, asook tussen die

pastorale berader en die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin, is uiters belangrik om die kans op 'n terugval te verlaag.

5.2.3. Die moontlike rol van die pastorale berader

5.2.3.1. Multidissiplinêre perspektiewe

In die vierde hoofstuk van hierdie studie het die navorser gepoog om die moontlike rol van pastorale berading tydens voortgesette behandeling af te baken. Die navorser het in hierdie hoofstuk verwys na verskillende vakdissiplines wat aangedui het hoe pastorale beraders betrokke kan raak. In hierdie hoofstuk het dit duidelik geblyk dat spirituele betrokkenheid 'n positiewe uitwerking op die psigiese welstand van mense het. Pastorale beraders kan veral ook 'n belangrike rol speel tydens die herintegrasieproses wanneer 'n middelafhanklike persoon by 'n nuwe sober leefstyl moet aanpas.

Die navorser het ook melding gemaak van die gevare wat spirituele betrokkenheid vir middelafhanklike persone kan inhou. Pastorale beraders moet bewus wees dat middelafhanklike persone, soos Clinebell (1978:159) stel, afhanklikheid aan alkohol (of ander afhanklikheidsvormende middels) kan vervang deur 'n afhanklikheid aan spiritualiteit. In uiterste gevalle kan persone selfs mediese of sielkundige behandeling weier weens hierdie nuwe afhanklikheid. Pastorale beraders is in 'n goeie posisie om hierdie probleem te hanteer en te help om ewewig in die middelafhanklike persoon se lewe te bring, mits die pastorale berader genoeg kennis dra van die werklike aard van middelafhanklikheid en die feit dat pastorale berading en spirituele betrokkenheid beskou moet word as deel van 'n multidissiplinêre benadering.

5.2.3.2. Implikasies

Pastorale beraders moet dus nie net kennis dra van die werklike aard van middelafhanklikheid as 'n chroniese toestand nie, maar ook van hul eie rol in die behandeling van hierdie toestand. Pastorale beraders sal bewus gemaak moet word van die gevare van te veel betrokkenheid, waar oordrewe spirituele betrokkenheid 'n negatiewe impak op die middelafhanklike persoon se lewe kan hê, asook die gevare van te min betrokkenheid, aangesien spirituele betrokkenheid wel 'n positiewe uitwerking op die psigiese toestand van middelafhanklike persone kan hê. Die kernwoord hier is *balans*. Middelafhanklike persone sukkel oor die algemeen om balans in hul lewens te handhaaf en spirituele betrokkenheid is geen uitsondering nie. In menige geval sal pastorale beraders dus die spirituele betrokkenheid van middelafhanklike persone so moet hanteer dat 'n nuwe vorm van afhanklikheid voorkom word.

Alhoewel bogenoemde op die oog af gekompliseerd voorkom, is dit die navorser se mening dat pastorale beraders nie spesialiste in die veld van middelafhanklikheid moet word voordat hulle betrokke word by die proses van voortgesette behandeling nie. Hulle moet wel bewus wees van die werklike aard van middelafhanklikheid, die behoeftes van middelafhanklike persone en die rol wat hulle as terapeute tydens voortgesette behandeling kan speel.

5.3. PASTORALE BERADERS SE BETROKKENHEID BY VOORTGESETTE BEHANDELING – 'N PRAGMATIESE MODEL

Tydens die bespreking van die normatiewe taak in afdeling 4.3.3 het die navorser verwys na die algemene sisteemteorie en hoe pastorale berading tydens voortgesette behandeling beoefen kan word binne drie sisteme: dié van die middelafhanklike individu, dié van die gesin en dié van die gemeenskap.

In sy bespreking van die pragmatiese taak verwys Osmer (2008:177) spesifiek na die leiers van 'n geloofsgemeenskap en verklaar dat hulle verantwoordelik is vir enige verandering wat in daardie gemeenskap moet plaasvind. Die leierskap kan drie vorms aanneem: taakvaardigheid (*task competence*), waar die leier 'n spesifieke rol in 'n organisasie speel en spesifieke take verrig; transaksionele leierskap (*transactional leadership*), waar die leier toesien dat die groepe met hul verskillende agendas in 'n organisasie saamwerk om die oorkoepelende doelwitte van die organisasie te bereik; en transformerende leierskap (*transforming leadership*), waar die leier 'n organisasie lei deur 'n proses van verandering in identiteit, missie, kultuur en bedryfsprosedures.

Die navorser is oortuig dat kerkleiers en leiers in geloofsgemeenskappe al drie bogenoemde take, maar veral transformerende leierskap, moet beoefen om aan die behoeftes van middelafhanklike persone en hul gesinne tydens die stadium van voortgesette behandeling te voldoen. In die vorige hoofstuk het die navorser aangedui dat die probleem van middelafhanklikheid nie beperk is tot die individu en sy/haar gesin nie, maar ook die gemeenskap as sisteem betrek. Pastorale beraders, as leiers in 'n geloofsgemeenskap, het dus 'n verantwoordelikheid om toe te sien dat gewenste veranderinge in hul gemeenskappe plaasvind sodat die probleem van middelafhanklikheid gehanteer kan word. Die vraag is egter: Hoe kan 'n pastorale berader hierdie veranderinge bewerkstellig?

In die konteks van die huidige studie sal 'n pastorale berader dus eerstens bewus moet word van die behoefte van middelafhanklike persone tydens voortgesette behandeling, waarna die berader hom-/haarself moet afvra: "Hoe kan ek reageer? Wat kan ek in my

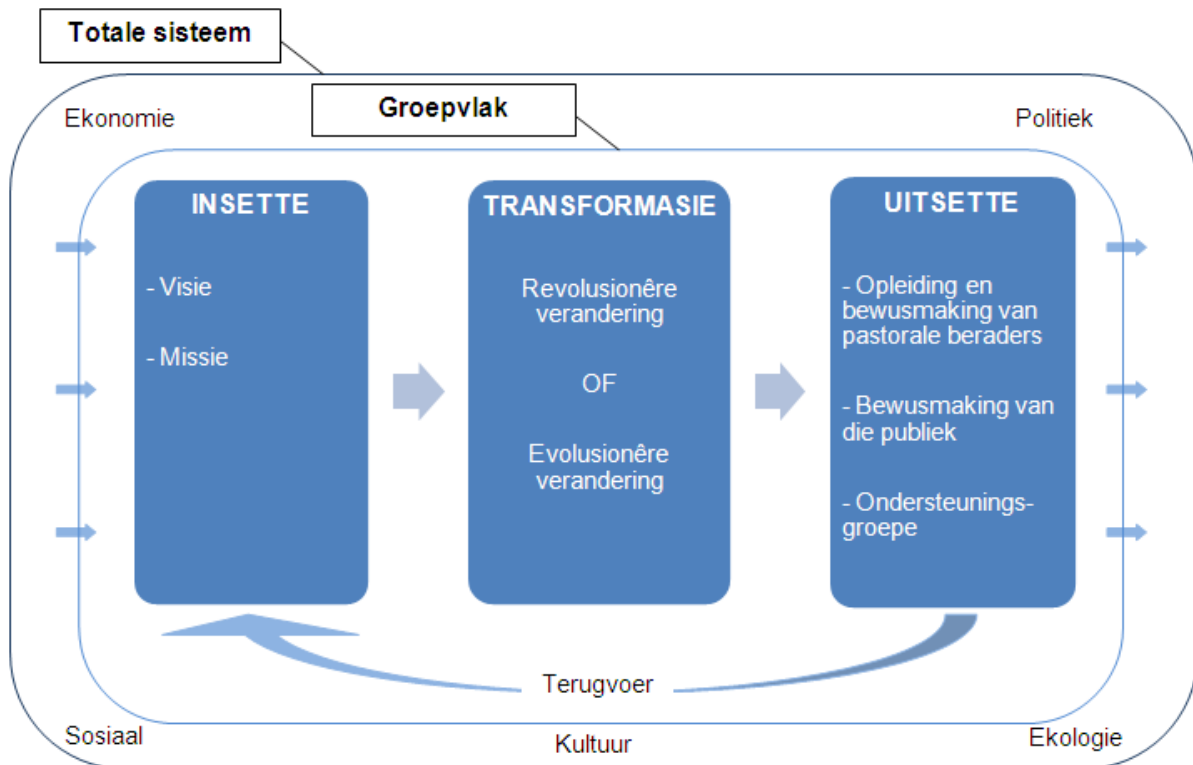
geloofsgemeenskap doen sodat ons, as geloofsgemeenskap, hierdie behoefte kan vervul?” Dit is die pragmatiese taak.

Osmer (2008:199) stel dat die sisteemteorie 'n moontlike antwoord kan bied op bogenoemde vraag indien die leierskap van 'n geloofsgemeenskap beskou word as 'n sisteem. Osmer (2008:201) verklaar:

It (open systems theory) situates leadership within the congregation as an organizational system, composed of subsystems and interacting with other systems in its environment. It offers a model of change that takes account of factors internal and external to the organization, as well as their interaction.

Die navorser neem die oop-sisteem-model as vertrekpunt om 'n model te skets wat gebruik kan word om praktiese veranderinge in 'n geloofsgemeenskap teweeg te bring. Die navorser is oortuig dat die oop-sisteem model verband hou met die bio-psigososiale-spirituele benadering tot die behandeling van middelafhanklikheid en dat die voorgestelde model dus toegepas kan word in 'n omgewing waarin hierdie benadering gevolg word.

Die navorser sal die werking van hierdie model (figuur 5.1) verduidelik deur te verwys na die interaksie tussen die verskillende sisteme en subsisteme in die geloofsgemeenskap, asook die proses van verandering wat die leiers moet bewerkstellig.



Figuur 5.1

5.3.1. Wisselwerking tussen die sisteme

'n Geloofsgemeenskap as groep funksioneer nie in afsondering nie, maar word beïnvloed deur verskeie faktore in die totale sisteem. Ekonomiese, politieke, sosiale, kulturele en selfs ekologiese faktore dra by tot die unieke identiteit van die geloofsgemeenskap. Hierdie faktore kan ook unieke uitdagings aan die geloofsgemeenskap bied wanneer die leierskap probeer om verandering te bewerkstellig. Soos reeds bevind in afdeling 5.2.1 van hierdie hoofstuk bied die konteks in die Wes-Kaap verskeie uitdagings in hierdie verband.

Die Wes-Kaap bestaan uit 'n wye verskeidenheid gemeenskappe van verskillende kulturele en sosio-ekonomiese agtergronde. Leiers in Wes-Kaapse geloofsgemeenskappe sal deeglik bewus moet wees van die sosio-ekonomiese omstandighede van die lede in hul gemeenskappe, asook hul kultuuragtergrond. Die ekonomiese en politieke omstandighede van die provinsie en die land moet ook in ag geneem word omdat dit 'n uitwerking het op die manier waarop die geloofsgemeenskap funksioneer. Ekonomiese faktore beïnvloed die finansiële posisie van die lede in 'n geloofsgemeenskap terwyl politieke faktore soos munisipale dienslewering ook 'n uitwerking op die funksionering van die geloofsgemeenskap kan hê. Voorbeelde van sosio-ekonomiese faktore wat deur leiers in geloofsgemeenskappe in ag geneem moet word, sluit ook werkloosheid, huisvesting, geweld, bende-aktiwiteite en vervoer in. Laastens behoort leiers van geloofsgemeenskappe ook die ekologiese omstandighede van die gebied in ag te neem. Kaapstad ervaar tans die grootste waterskaarste in die geskiedenis van die stad (Dolley, 2017:1). Die waterbeperkings plaas ekstra ekonomiese en sosiale druk op mense in die provinsie.

Die veranderingsproses in die model fokus op die verandering wat op groeplvlak plaasvind. Die groep waarna hier verwys word, is die geloofsgemeenskap as sisteem. Soos reeds gestel, bestaan hierdie sisteem uit verskeie subsysteme wat onderling 'n invloed op mekaar uitoefen. Die individue in die geloofsgemeenskap sal veral deur die uitsette van die veranderingsproses geraak word wanneer hulle die verandering prakties beleef. Die verandering op individuele vlak behoort die geloofsgemeenskap as groep te verander en dié verandering sal weer 'n invloed op die totale sisteem hê.

5.3.2. Veranderingsproses in 'n geloofsgemeenskap

Die navorser fokus in hierdie studie hoofsaaklik op die proses van verandering soos dit in die geloofsgemeenskap as sisteem plaasvind. Die proses van verandering volg drie stappe: insette, transformasie en uitsette.

Die insette verwys na die visie en missie van daardie spesifieke geloofsgemeenskap, wat beïnvloed word deur die ekonomiese, politieke, sosiale, kulturele en ekologiese faktore in die

totale sisteem. Leiers van 'n geloofsgemeenskap wat diepgaande verandering probeer bewerkstellig, sal volgens Osmer (2008:177) transformerende leierskap beoefen en begin deur die visie en missie aan te pas. Die verandering (transformasie) in die geloofsgemeenskap sal revolusionêr of evolusionêr van aard wees en behoort te lei tot 'n verandering in die bedryfsprosedures (uitsette) van die geloofsgemeenskap. In die huidige konteks behoort hierdie uitsette te fokus op die bewusmaking en opleiding van pastorale beraders, die bewusmaking van die publiek en die instelling van ondersteuningsgroepe vir middelafhanklike persone.

Laastens is dit ook die taak van leiers in die geloofsgemeenskap om die uitsette van die veranderingsproses aan die hand van terugvoering te evalueer en om dan weer sekere aanpassings aan die visie en missie van die geloofsgemeenskap te doen. Die uitsette van die veranderingsproses behoort ook 'n invloed te hê op faktore in die totale sisteem, aangesien sisteme volgens die algemene sisteemteorie 'n invloed op mekaar uitoefen. Die geloofsgemeenskap moet dus nie net intern fokus nie, maar ook na buite op lede van die breër gemeenskap.

Die navorser sal vervolgens elk van die stappe in die veranderingsproses bespreek.

5.3.2.1. Insette – die visie en missie van 'n geloofsgemeenskap

Osmer (2008:201) identifiseer die visie en missie van 'n geloofsgemeenskap as die eerste belangrike element van die veranderingsproses en stel dat dit gegrond moet wees in die konteks van die spesifieke geloofsgemeenskap. Elke geloofsgemeenskap funksioneer in 'n unieke konteks wat lei tot unieke uitdagings.

Wanneer die geloofsgemeenskap as sisteem beskou word, moet nie net die plaaslike konteks in ag geneem word wanneer 'n visie en missie geformuleer word nie. Die provinsiale, nasionale en internasionale konteks moet ook betrek word aangesien die geloofsgemeenskap as sisteem in interaksie is met aspekte van al dié vlakke. Osmer (2008:202) stel dat leiers in geloofsgemeenskappe dus konteks én sisteme in ag moet neem wanneer 'n visie en missie vir die geloofsgemeenskap geformuleer word.

Sou 'n leier van 'n geloofsgemeenskap in die Wes-Kaap byvoorbeeld bewus word van die behoeftes van middelafhanklike persone in sy/haar omgewing, behoort die eerste vraag te wees: Kan aan hierdie behoeftes binne die visie en missie van my geloofsgemeenskap voldoen word? Indien nie, watter veranderinge is nodig om aan hierdie behoeftes te voldoen? Om laasgenoemde vraag behoorlik te kan beantwoord, stel Osmer (2008:201) voor dat leiers in geloofsgemeenskappe bewus moet wees van internasionale navorsing en tendense oor die behandeling van middelafhanklikheid, Suid-Afrikaanse beleid oor die

behandeling van middelafhanklikheid, die behoeftes van middelafhanklike persone in die Wes-Kaap en die spesifieke behoeftes van lede van die geloofsgemeenskap.

Die navorser hoop dat die inhoud van hierdie studie gebruik kan word om leiers in geloofsgemeenskappe in te lig oor die konteks en sisteme waarin hulle funksioneer sodat hulle bewus sal word van die probleem van middelafhanklikheid in die Wes-Kaap, maar ook sodat hulle 'n gepaste visie en missie vir hul geloofsgemeenskappe kan formuleer.

5.3.2.2. Transformasie – revolusionêre of evolusionêre verandering?

In die *Organization Change Theory* verwys revolusionêre verandering na 'n skielike, vinnige verandering in 'n organisasie, dikwels veroorsaak deur 'n krisis (Gersick, 1991:19). Ou strukture, leierskap, identiteit en bedryfsprosedures word oor 'n kort tydperk verander om die krisis die hoof te bied. Evolusionêre verandering vind oor 'n langer tydperk plaas en begin gewoonlik in een van die subsisteme in 'n organisasie. Evolusionêre verandering sal nie altyd lei tot 'n verandering in die identiteit van 'n organisasie nie, maar dit kan gebeur indien die subsisteem wat verander ander subsisteme in die organisasie krities beïnvloed tydens hul interaksie met mekaar (Burke, 2008:78).

Osmer (2008:203) stel dat leiers in geloofsgemeenskappe moet bepaal of die organisasie 'n revolusionêre of evolusionêre verandering moet ondergaan. Die verandering sal bepaal word deur die konteks van die spesifieke geloofsgemeenskap en die sisteme waarmee die gemeenskap in interaksie verkeer.

'n Leier in 'n Wes-Kaapse geloofsgemeenskap het byvoorbeeld die behoeftes van middelafhanklike persone in sy/haar gemeenskap raakgesien, besluit dat die visie van die geloofsgemeenskap aangepas moet word en moet nou besin oor hoe te werk gegaan moet word. Indien die leier ondersteuningsgroepe stig en leiers in die geloofsgemeenskap identifiseer om hierdie groepe te bestuur, sal dit 'n voorbeeld wees van evolusionêre verandering, aangesien ondersteuningsgroepe 'n subsisteem in die geloofsgemeenskap is. Hierdie subsisteem kan egter 'n uitwerking op ander subsisteme hê, wat 'n verandering in die geloofsgemeenskap as geheel kan meebring. Soos reeds genoem, is die stigma om middelafhanklikheid een van die groot faktore wat veroorsaak dat middelafhanklike persone nie voldoende ondersteun word nie. Indien 'n geloofsgemeenskap 'n ondersteuningsgroep op die been bring en aktief werk om hierdie stigma te verwyder, kan dit die res van die geloofsgemeenskap se siening van middelafhanklikheid beïnvloed en hulle oorreed om stigmatisering te vermy.

Verandering in 'n geloofsgemeenskap kan revolusionêr plaasvind wanneer die geloofsgemeenskap byvoorbeeld 'n nuwe leier aanstel wat 'n geskiedenis van

middelmisbruik en middelafhanklikheid het en besig is met voortgesette behandeling. Hierdie leier sal heel moontlik aanklank vind by die behandeling en voortgesette behandeling van ander middelafhanklike persone en hierdie bediening deel maak van die geloofsgemeenskap se visie en missie. Hierdie leier kan ook deur sy/haar getuie die stigmasering van middelafhanklikheid in die geloofsgemeenskap verander.

Die navorser is van mening dat veranderinge in geloofsgemeenskappe meestal op 'n evolusionêre wyse sal plaasvind wanneer begin word om die behoeftes van middelafhanklike persone tydens voortgesette behandeling te vervul. Leiers van geloofsgemeenskappe in die Wes-Kaap is egter self verantwoordelik vir die soort verandering wat hul geloofsgemeenskap moet ondergaan na aanleiding van die konteks waarin hulle hulleself bevind.

5.3.2.3. Uitsette

Volgens Osmer (2008:204) reageer individue op verskillende maniere op veranderinge in 'n organisasie omdat elke persoon verskil wat betref persoonlikheid, lewensverhaal, norme, geloofsoortuigings en die aard van hul betrokkenheid by die organisasie. Individue bied normaalweg weerstand teen verandering omdat verandering 'n vorm van verlies is. Osmer (2008:204) noem dat leiers hierdie gevoel van verlies in ag moet neem tydens die proses van verandering. Indien daar nie sensitiwiteit hiervoor is nie, sal die weerstand waarskynlik toeneem en die proses van verandering belemmer.

Dit is ook belangrik dat individue betrek word by verandering. Osmer (2008:204) noem dat individue ingelig moet word oor die redes vir die verandering sodat hulle aan die proses kan deelneem. In die konteks van die huidige studie sal dit dus die leiers van 'n geloofsgemeenskap se taak wees om die lede van die gemeenskap bewus te maak van die behoeftes van middelafhanklike persone tydens voortgesette behandeling en die redes waarom die geloofsgemeenskap by die behandeling betrokke behoort te raak. Die leiers sal egter self eers bewus gemaak moet word van die behoeftes.

Dit is dus belangrik om weer te verwys na die bewusmaking en opleiding van pastorale beraders oor die voortgesette behandeling van middelafhanklikheid, asook hul taak daar om aan lede van hul gemeenskappe oor te dra.

5.3.2.3.1. Opleiding en bewusmaking van pastorale beraders

Die literatuur wat tot dusver in hierdie studie bespreek is, dui daarop dat pastorale beraders 'n besliste rol kan speel in die behandeling van middelafhanklikheid. Tog ontvang pastorale beraders beperkte opleiding en blootstelling in dié opsig. Humphreys & Gifford (2006:267) bespreek statistieke in die VSA en stel dat:

Although churches, temples, and mosques provide naturalistic settings for access to treatment services, clergy seldom receive training in pastoral counselling for substance abuse ... Although 94% of clergy report that substance use is a major concern in their congregation, only 12.5% ever received any training on the topic, and few clergy report referring congregants to mental health professionals for addiction treatment.

Die navorser vermoed dat die statistieke in Suid-Afrika nie veel anders lyk nie. In die lig van persoonlike ondervinding kan die navorser verklaar dat pastorale beraders nie behoorlike bewusmaking kry oor die werklike aard van middelafhanklikheid en die uitdagings van die behandeling daarvan nie. Rolspelers in die veld van middelafhanklikheid in die Wes-Kaap het soortgelyke ervarings:

Ek dink as predikante byvoorbeeld net by die sinodesittings bewus gemaak kan word van hierdie spesialiteitsveld en wat hulle rol is, gaan dit al klaar baie help ... So, ek dink die dominees kan bewus gemaak word van die goed en ook dat hulle nie die leier hoef te wees nie, dit gaan nie al sy tyd in beslag neem nie, maar hy kan deel wees van die proses. (Onderhoud 1)

The sort of thing I can almost see is maybe having ... in-house training. I don't think they [pastors] necessarily have to go get a degree or a diploma [in addiction counselling], but if there was, say, something like an afternoon course, or two afternoons, a seminar or that sort of thing, and if one was, to say for instance in the Western Cape area, in localised regions, to say: "Okay, invite pastors along, to come along and have a look at this course and discuss some of these areas." I think it would help a lot. I'm not saying it's going to be a total cure, but it would certainly help a lot. (Onderhoud 4)

Pastorale beraders hoef dus nie spesialiste te word deur 'n graad of diploma in die behandeling van middelafhanklikheid te verwerf nie. Die werklike aard van middelafhanklikheid en die rol van pastorale beraders in die behandeling daarvan behoort in 'n seminar van een of twee dae voldoende behandel te word. In so 'n seminar kan die volgende punte bespreek word:

- Die jongste statistieke oor die probleem van middelafhanklikheid en hoe dit gemeenskappe in die Wes-Kaap raak (die gevolge en gevare van middelmisbruik).
- Die werklike aard van middelafhanklikheid as 'n chroniese toestand.
- Die multidissiplinêre benadering tot die behandeling van middelafhanklikheid.

- Die verskillende stadiums van behandeling en die belangrikheid van voortgesette behandeling.
- Die unieke bydraes wat pastorale beraders kan lewer in die behandeling van middelafhanklikheid, veral tydens voortgesette behandeling.

Vir pastorale beraders wat 'n dieper belangstelling in middelafhanklikheid het, is daar geleenthede vir spesialiteitsopleiding. ACCSA (Addiction Counsellor Certifications South Africa) lewer 'n wye verskeidenheid dienste, o.m. bewusmaking van die publiek oor die aard en gevare van middelafhanklikheid, professionele opleiding in die behandeling van middelafhanklikheid volgens internasionale standaarde, internskappe, navorsingsbronne, lidmaatskap en 'n netwerk van gekwalifiseerde terapeute (ACCSA, 2017:1). Die Universiteit van Stellenbosch (2017:1) bied soortgelyke gespesialiseerde opleiding aan in die vorm van 'n nagraadse diploma in *Addiction Care*. Dit is 'n deeltydse tweejarige kursus en beskikbaar vir terapeute met 'n B-graad en ondervinding van middelafhanklikheidsbehandeling.

Daar is dus nie 'n gebrek aan opleidingsgeleenthede vir pastorale beraders wat in die behandeling van middelafhanklikheid wil spesialiseer nie. Die navorser is egter oortuig dat gekwalifiseerde pastorale beraders reeds voldoende opleiding het om betrokke te word by die voortgesette behandeling van middelafhanklikheid mits hulle bewus is van die rol wat hulle kan speel.

'n Pastorale berader kan byvoorbeeld help om 'n middelafhanklike persoon in 'n geloofsgemeenskap of nuwe sosiale groep te integreer. Die berader behoort in so 'n geval reeds oor die nodige vaardighede te beskik om as leier of fasiliteerder op te tree.

5.3.2.3.2. Bewusmaking van die publiek

Goeie samewerking tussen pastorale beraders en wetenskaplikes in die veld van middelafhanklikheid sal lei tot goeie geleenthede om die publiek beter op te voed oor die gevare van middelafhanklikheid, voorkomende aksies en middelbehandeling. Daar is reeds 'n oproep van Suid-Afrikaanse navorsers dat gesondheidsorgwerkers en die publiek bewus gemaak moet word van die basiese eienskappe van middelafhanklikheid (Hitzeroth & Kramer, 2010:20).

Humphreys & Gifford (2006:263) meen dat pastorale beraders, en veral predikers, in 'n ideale posisie is om deel te neem aan hierdie bewusmaking aangesien hulle 'n baie groter deel van die publiek bereik as enige joernaal waarin wetenskaplikes hul bevindinge publiseer. Hierdie siening word gedeel deur rolspelers in die veld van middelafhanklikheid in die Wes-Kaap:

Hulle [die NG Kerk] praat oor gays, maar ek meen dit is een van die grootste probleme in Suid-Afrika: alkohol en dwelmmisbruik. Ek weet dit was al op die sinode bespreek, maar ek kan nie dink dat dit so prominent is dat ... dit ooit die voorblaaie van die koerant haal nie. Jy weet, ons praat oor armoede in die kerk, ons praat nie eintlik oor alkohol en dwelms in die kerk nie ... En 'n mens moet eintlik daaroor praat, met die kinders ook, met die Sondagskoolkinders of watter kinders ook al ... En aan die ander kant is daar ook, dink ek, is dit dalk die kerk se opvoedingstaak om vir mense te sê, weet jy wat, so lyk "safe drinking", en dít is wanneer 'n mens te veel drink, lyk dit so. Want ek dink baie mense drink te veel. (Onderhoud 3)

5.3.2.3.3. Ondersteuningsgroepe

Groepe in organisasies word deur Osmer (2008:205) gedefinieer as "specialized subsystems that accomplish some aspect of the organization's purpose". Burke (2008:97) stel dat groepe die belangrikste subsisteem in 'n organisasie is om die volgende redes:

- Groepe is die primêre skakel tussen die individu en die organisasie.
- Verhoudings word gebou in groepe; dit is waar die individu ondersteuning verkry.
- Groepe bepaal die individu se beskouing van die organisasie.

Osmer (2008:205) stel dat groepe in geloofsgemeenskappe een of meer van die bogenoemde eienskappe openbaar. Alle individue is nie by alle groepe in 'n geloofsgemeenskap betrokke nie en hul ervaring van die geloofsgemeenskap as organisasie kan dus effens verskil. Kinders wat betrokke is by jeugbyeenkomste sal byvoorbeeld 'n ander beskouing van die geloofsgemeenskap hê as 'n volwasse persoon wat hoofsaaklik betrokke is by sendingaksies in die gemeenskap.

In afdeling 2.4.1.2 van hierdie studie het die navorser die belangrikheid van ondersteuningsgroepe tydens voortgesette behandeling bespreek. Dit het in hierdie afdeling ook duidelik geword dat geloofsgemeenskappe in Suid-Afrika dikwels saam met groepe soos die CAD en AA werk om ondersteuning te bied aan middelafhanklike persone. In afdeling 4.3.3.2 het dit egter duidelik geword dat nie net die middelafhanklike persoon ondersteun moet word nie, maar ook sy/haar gesin, veral tydens voortgesette behandeling. Indien groepe in die geloofsgemeenskap die subsisteem is waar individue ondersteuning ontvang, is dit uiters belangrik dat die leiers van 'n geloofsgemeenskap die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin by hierdie groepe betrek.

Ondersteuning kan verskeie vorms aanneem. Buiten ondersteuningsgroepe wat primêr fokus op voortgesette behandeling, sal dit ook voordelig vir die middelafhanklike persoon en

sy/haar gesin wees om betrek te word by ander groepe in die geloofsgemeenskap en deel te word van 'n nuwe sosiale groep. Die middelafhanklike persoon se insluiting sal bydra tot die nuwe narratief wat in sy/haar lewe gevorm word. Die belangrikheid van hierdie nuwe narratief tydens voortgesette behandeling is reeds in besonderhede in afdeling 4.3.2.3 bespreek.

Leiers van geloofsgemeenskappe moet toesien dat middelafhanklike persone suksesvol by groepe in die gemeenskap ingeskakel word. Hierdie verantwoordelikheid het twee aspekte: Eensyds vereis dit dat die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin gemotiveer moet word om by die groepe in te skakel wat die leier aanbeveel; andersyds moet die res van die geloofsgemeenskap ingelig wees sodat die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin met begrip en sensitiwiteit behandel word. Die inligtingstaak geskied op individuele vlak soos bespreek in die vorige afdeling van hierdie hoofstuk. Indien hierdie taak suksesvol uitgevoer word, behoort die geloofsgemeenskap as organisasie op groeplvlak te verander om meer ondersteunend te reageer op die behoeftes van die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin. Hierdie siening word ondersteun deur rolspelers in die veld van middelafhanklikheid in die Wes-Kaap:

Wat ek wel dink, persoonlik, as meer predikante meer betrokke gaan wees en die mense in hulle gemeentes gebruik om ouens te help, gaan daar baie meer sukses wees. Ek persoonlik dink nie die oplossing is om meer rehabs te bou nie.
(Onderhoud 1)

5.3.2.4. Terugvoering

Die laaste stap wat leiers in die geloofsgemeenskap tydens die veranderingsproses moet volg, is om terugvoering uit verskeie bronne te verkry oor die verandering wat plaasgevind het.

Die eerste en moontlik belangrikste bron is die middelafhanklike persoon self. Leiers in die geloofsgemeenskap sal goeie kommunikasie met die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin moet behou om te bepaal of die ondersteuning wat aangebied word in hul behoeftes voorsien. Só kan leiers bepaal watter veranderinge suksesvol was.

'n Tweede belangrike bron is die "ander lede" van die geloofsgemeenskap. Leiers van die geloofsgemeenskap moet bepaal of en hoeveel weerstand daar teen die verandering in die gemeenskap is en hoe hulle te werk kan gaan om hierdie weerstand te oorkom. Soos reeds gestel, is weerstand teen verandering in die meeste gevalle onvermydelik, dus moet leiers daarop voorbereid wees. Leiers moet terselfdertyd ook bepaal of die stigma om

middelafhanklikheid op 'n positiewe manier verander het. Die bewusmaking van lede van die werklike aard van middelafhanklikheid behoort tot 'n gewenste verandering te gelei het.

Laastens moet die leiers ook terugvoering uit verskeie bronne in die totale sisteem ontvang. Dit sal voordelig wees om goeie kommunikasie bande te bou met lede van die polisie, ander professionele terapeute, behandelingsinstansies wat met middelafhanklike persone werk en ondersteuningsgroepe soos AA en CAD. Hierdie netwerk van bronne kan belangrike terugvoering verskaf oor hoe doeltreffend die verandering in die geloofsgemeenskap is, asook die omvang van die probleem van middelafhanklikheid in die totale sisteem.

Vir terugvoering om suksesvol te wees, sal leiers van die geloofsgemeenskap ontvanklik moet wees vir insette van die hele sisteem. Terselfdertyd behoort leiers ook aktief toe te sien dat die uitsette van die veranderingsproses 'n invloed het op die totale sisteem waarin die geloofsgemeenskap funksioneer.

5.4. GEVOLGTREKKING

In hierdie hoofstuk het die navorser begin deur te verwys na gevolgtrekkings uit die vorige hoofstukke van die studie. Hieruit het dit duidelik geword dat middelafhanklike persone tydens voortgesette behandeling 'n spirituele behoefte het en dat pastorale beraders, as leiers in geloofsgemeenskappe, 'n verantwoordelikheid het om in hierdie behoefte te voorsien.

In die tweede afdeling van hierdie hoofstuk is hierdie praktiese verantwoordelikheid van pastorale beraders verduidelik aan die hand van die algemene sisteemteorie, asook die *organization change theory*. Dit het duidelik geword dat pastorale beraders verandering in hul gemeenskappe moet benader in die lig van die konteks en behoeftes van die gemeenskap. Die navorser het 'n model voorgestel wat deur pastorale beraders gebruik kan word om verandering in hul geloofsgemeenskappe te bewerkstellig.

Die geloofsgemeenskap moet beskou word as 'n sisteem wat beïnvloed word deur die totale sisteem waarin dit funksioneer. Terselfdertyd word die totale sisteem ook deur die werking van die geloofsgemeenskap beïnvloed. Pastorale beraders wat aandag skenk aan die voortgesette behandeling van middelafhanklikheid in hul geloofsgemeenskap maak terselfdertyd ook 'n verskil in die breër gemeenskap.

Die navorser is oortuig dat pastorale beraders bewus moet word van die rol wat hulle kan speel tydens voortgesette behandeling, die behoeftes waaraan tans nie voldoen word nie en die manier hoe hulle te werk kan gaan om verandering in hul geloofsgemeenskappe te bewerkstellig.

HOOFSTUK 6

6. SAMEVATTING

6.1. INLEIDING

Middelafhanklikheid het 'n krisis in die Suid-Afrikaanse samelewing geword. Dwelmmisbruik in die Wes-Kaap, veral onder jeugdige, is toenemend 'n probleem. Die statistieke in SACENDU (2016:1) se verslag oor die behandeling van middelafhanklikheid in die Wes-Kaap skets 'n duidelike prentjie van die uitdaging wat middelafhanklikheid aan die Suid-Afrikaanse samelewing bied. Behandeling vir middelafhanklikheid in die sosiale omstandighede van die Wes-Kaap is nie altyd 'n maklike taak nie. Tog is die navorser oortuig dat pastorale beraders in die Wes-Kaap by behandeling betrek moet word.

Middelafhanklike persone het 'n behoefte om ook spirituele terapie tydens behandeling te ontvang, hetsy as binne- of buite-pasiënt, tydens primêre of voortgesette behandeling. Clinebell (1978:159) het reeds in die 1970's verklaar: "Alcoholism is to be understood as in part a tragic attempt to satisfy spiritual needs." Navorsing deur Miller (1998:979), Pardini *et al.* (2001), Sremac (2013:162), Jordan en Kirkland-Harris (2013) en Horvath *et al.* (2016) ondersteun hierdie stelling van Clinebell en beklemtoon die feit dat daar ook aandag gegee moet word aan die spirituele behoeftes van middelafhanklike persone tydens behandeling.

Eberlein (2010:213), wat in die Suid-Afrikaanse konteks skryf, meld dat voortgesette behandeling 95% van die totale behandelingsproses behoort te vorm, maar dat dit weens verskeie redes dikwels nagelaat word. Eberlein (2010:219) meen ook dat daar ruimte tydens behandeling moet wees vir die behoefte van middelafhanklike persone om spiritueel te ontwikkel. Rolspelers wat betrokke is by behandeling in die Wes-Kaap het eerstehandse ondervinding van die rol van pastorale beraders en verklaar dat daar 'n behoefte bestaan dat hulle meer betrokke sal raak.

6.2. PROBLEEMSTELLING EN NAVORSINGSVRAAG

Middelafhanklikheid word in hierdie studie beskou as 'n chroniese mediese toestand waartydens 'n persoon afhanklikheidsvormende middels misbruik ondanks mediese, sielkundige, sosiale en spirituele probleme wat ontstaan as direkte gevolg van hierdie misbruik. Cojocar & Dima-Cozma (2014:150) dui aan dat die gedrag van 'n middelafhanklike persoon beskou moet word as simptome van die siekte, aangesien dit

veroorzaak word deur 'n verandering in breinfunksionering en dat die behandeling en beheer van die siekte 'n lewenslange proses is. Hierdie behandeling behoort holisties te wees, aangebied deur 'n multidissiplinêre span terapeute, sodat elke aspek van die middelafhanklike persoon behandel kan word (Hitzeroth & Kramer, 2010:20).

Hoewel middelafhanklikheid uit meer as een studieveld benader kan word, is dit die navorser se oortuiging dat pastorale berading in die studieveld van die praktiese teologie 'n rol kan speel in die voortgesette behandeling van die middelafhanklike persoon. Aangesien ook 'n persoon se geloofslewe geraak word deur middelafhanklikheid, is daar dikwels die behoefte by pasiënte om pastorale berading te ontvang vir spirituele probleme soos onvergewensgesindheid of 'n soeke na identiteit en betekenis.

Die beskikbare literatuur sowel as die praktyk dui 'n gaping aan in die rol wat pastorale berading kan speel tydens die voortgesette behandeling van 'n middelafhanklike persoon, en spesifiek in die konteks van die Wes-Kaap, asook in die samewerking tussen pastorale beraders en ander aktiewe rolspelers soos die CAD. Hierdie studie fokus dus op die klaarblyklike probleem dat daar tans nie voldoende pastorale berading plaasvind tydens die voortgesette behandeling van middelafhanklike persone in die Wes-Kaap nie.

Na aanleiding van die bogenoemde probleemstelling is die navorsingsvraag geformuleer as: *Wat kan gedoen word om pastorale beraders, as leiers in geloofsgemeenskappe, deel te maak van die multidissiplinêre voortgesette behandeling van middelafhanklike persone in die Wes-Kaap?*

Hierdie vraag is beantwoord in Hoofstuk 5 van die studie, waarin die navorser, met inagneming van die bevindinge in Hoofstuk 2, 3 en 4, 'n pragmatiese model voorstel wat deur 'n pastorale berader, as leier in sy/haar geloofsgemeenskap, gebruik kan word om meer betrokke te raak by voortgesette behandeling. Die model dien as antwoord op die oorkoepelende doel van die studie, soos sal blyk uit die spesifieke doelstellings wat die navorser geformuleer het.

6.3. DOELSTELLINGS

Die doelstellings van die navorsing is geformuleer om die vier take van Osmer (2008:4) se *Core Tasks of Practical Theological Interpretation* te behandel. Die navorser het dit goedgevind om 'n hoofstuk aan elk van hierdie doelstellings (take) toe te ken.

6.3.1. Hoofstuk 2

Die eerste doelstelling: Om te bepaal wat die historiese ontwikkeling van behandeling en voortgesette behandeling van middelafhanklikheid in Suid-Afrika is, die rol wat pastorale berading hierin gespeel het, asook die huidige tendense.

Hierdie doelstelling is geformuleer na aanleiding van Osmer (2008:31) se eerste taak, die beskrywende-empiriese taak, wat poog om die vraag te antwoord: “Wat gebeur?” Die navorser het die hoofstuk begin deur te verwys na die historiese ontwikkeling van die behandeling van middelafhanklikheid op internasionale sowel as nasionale vlak. Die fokus was deurgaans op die rol wat pastorale berading in hierdie ontwikkeling gespeel het, asook die spesifieke ontwikkeling van voortgesette behandeling. Die navorser het die huidige tendense in die behandeling van middelafhanklikheid bespreek, met spesifieke verwysing na die verskillende verslawingsmodelle, die siekte-konsep, die verskillende vorme van behandeling en pastorale berading as ’n erkende dissipline tydens hierdie behandeling. Die navorser het die hoofstuk afgesluit met ’n bespreking oor die manier waarop voortgesette behandeling tans in die Wes-Kaap aangebied word, asook tot watter mate pastorale beraders by hierdie behandeling betrokke is. Laasgenoemde afdeling is ondersteun deur empiriese navorsing, waar onderhoude gevoer is met rolspelers wat betrokke is by behandeling in die Wes-Kaap.

6.3.2. Hoofstuk 3

Die tweede doelstelling: Om in gesprek te tree met ander wetenskaplike dissiplines en rolspelers wat betrokke is by behandeling in die Wes-Kaap en te bepaal waarom pastorale beraders tans nie voldoende betrokke is by voortgesette behandeling in die Wes-Kaap nie.

Hierdie doelstelling is geformuleer na aanleiding van Osmer (2008:79) se tweede taak, die vertolkende taak, wat handel oor die vraag: “Waarom gebeur dit?” In Hoofstuk 3 het die navorser verwys na die gevolge en oorsake van ’n gebrek aan voortgesette behandeling. Hier het die navorser verwys na bydraes uit die mediese, sosiologiese en psigologiese navorsingsvelde. Die oorsake van ’n gebrek aan voortgesette behandeling is ook ondersteun deur empiriese navorsing, waar onderhoude gevoer is met rolspelers wat betrokke is by behandeling in die Wes-Kaap. Die navorser het die hoofstuk afgesluit deur die afwesigheid van pastorale berading tydens voortgesette behandeling te bespreek. Weer is verwys na bydraes uit die mediese, sosiologiese en psigologiese navorsingsvelde, asook onderhoude wat gevoer is met rolspelers in die Wes-Kaap.

6.3.3. Hoofstuk 4

Die derde doelstelling: Om weer in gesprek te tree met ander wetenskaplike dissiplines en praktiese teologiese perspektiewe te bied oor die rol wat pastorale berading wel behoort te speel tydens voortgesette behandeling.

Hierdie doelstelling is geformuleer na aanleiding van Osmer (2008:129) se derde taak, die normatiewe taak, wat die vraag stel: "Wat behoort te gebeur?" Die navorser het in Hoofstuk 4 begin deur te verwys na die perspektiewe in die mediese, psigologiese en sosiologiese navorsingsvelde oor die moontlike rol wat pastorale berading kan speel tydens voortgesette behandeling. Hierna het die navorser verwys na verskillende teorieë en benaderings in die praktiese teologie en die moontlike unieke bydrae wat 'n pastorale berader kan lewer tydens voortgesette behandeling. Die navorser het die hoofstuk afgesluit deur te verwys na die belangrikheid van goeie samewerking in 'n multidissiplinêre benadering.

6.3.4. Hoofstuk 5

Die vierde doelstelling: Om 'n model te skets wat pastorale beraders kan gebruik om die voortgesette behandeling van middelafhanklike persone in die Wes-Kaap te verbeter.

Hierdie doelstelling is geformuleer na aanleiding van Osmer (2008:175) se laaste taak, die pragmatiese taak, wat die vraag stel: "Hoe kan ons reageer?" Die navorser het Hoofstuk 5 begin deur te verwys na die gevolgtrekkings tot in hierdie stadium van die studie en die implikasies hiervan op die verantwoordelikheid van pastorale beraders tydens voortgesette behandeling. Die navorser het daarna 'n pragmatiese model voorgestel wat pastorale beraders in 'n spesifieke geloofsgemeenskap kan gebruik sodat die pastorale berader en sy/haar geloofsgemeenskap meer betrokke kan word by die voortgesette behandeling van middelafhanklike persone.

6.4. BEVINDINGE

Bogenoemde doelstellings, geformuleer volgens Osmer (2008:4) se *Core Tasks of Practical Theological Interpretation*, het gelei tot die volgende bevindinge in die afsonderlike hoofstukke van hierdie studie.

6.4.1. Hoofstuk 2

In die tweede hoofstuk van hierdie studie het die navorser tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

- Die middelafhanklike pasiënt moet in sy geheel behandel word, wat aanleiding gee tot 'n multidissiplinêre benadering, waarvan pastorale berading 'n deel kan vorm.

- Daar is tans 'n gebrek aan voortgesette behandeling wat aan pasiënte in die Wes-Kaap gebied word deurdat daar nie genoeg opgeleide/ingeligte terapeute is wat hierdie diens lewer nie.
- Hoewel daar pastorale beraders is wat pasiënte na behandelingsinstansies verwys, is hierdie beraders nie altyd betrokke by voortgesette behandeling ná die primêre behandeling nie.
- Pastorale beraders is dikwels in 'n goeie posisie om voortgesette behandeling aan pasiënte en hul gesinne te bied, maar beskik nie altyd oor die nodige kennis van middelafhanklikheid nie.

6.4.2. Hoofstuk 3

In hierdie hoofstuk het dit duidelik geblyk dat heelwat faktore bydra tot die gebrek aan voortgesette behandeling in die Wes-Kaap. Die gebrek aan pastorale berading tydens die fase van voortgesette behandeling kom die sterkste in hierdie hoofstuk na vore. Die terugvoering van diensverskaffers in die veld van middelafhanklikheid het aangedui dat pastorale beraders dikwels onbewus is van die werklike behoeftes van die middelafhanklike persoon. Die navorser meen dat hierdie onvermoë 'n direkte gevolg kan wees van pastorale beraders se wanbegrip van die werklike aard van middelafhanklikheid. Om die middelafhanklike persoon te behandel, sal 'n terapeut 'n deeglike begrip van middelafhanklikheid moet hê en terapie in samewerking met ander professionele persone moet kan aanbied.

6.4.3. Hoofstuk 4

In hierdie hoofstuk het dit duidelik geblyk dat pastorale berading 'n besliste rol het tydens voortgesette behandeling, maar dat dit nie afsonderlik van ander ondersteuningsbronne kan geskied nie. Samewerking tussen pastorale beraders, dokters, sielkundiges, maatskaplike werkers, arbeidsterapeute en ander professionele persone is uiters belangrik sodat die voortgesette behandelingsdiens so suksesvol moontlik kan wees.

Vir pastorale beraders om suksesvol deel te vorm van hierdie behandelingsproses, vereis dat die publiek sowel as pastorale beraders bewus gemaak moet word van die rol wat pastorale berading kan speel.

6.4.4. Hoofstuk 5

In hierdie hoofstuk is die praktiese insette van pastorale beraders verduidelik aan die hand van die algemene sisteemteorie, asook die *organization change theory*. Hiervolgens behoort pastorale beraders verandering in hul gemeenskappe te benader in die lig van die konteks

en behoeftes van die gemeenskap. Die navorser het 'n model voorgestel wat pastorale beraders kan gebruik om verandering in hul geloofsgemeenskappe te bewerkstellig.

Die geloofsgemeenskap is 'n sisteem wat beïnvloed word deur die totale sisteem waarin dit funksioneer. Terselfdertyd word die totale sisteem ook deur die geloofsgemeenskap beïnvloed. Pastorale beraders wat betrokke raak by die voortgesette behandeling van middelafhanklikheid in hul geloofsgemeenskap maak terselfdertyd ook 'n verskil in die breër gemeenskap.

Die navorser is oortuig dat pastorale beraders bewus moet word van die rol wat hulle kan speel tydens voortgesette behandeling, die behoeftes waaraan tans nie voldoen word nie en die manier hoe hulle te werk kan gaan om verandering in hul geloofsgemeenskappe te bewerkstellig.

6.5. AANBEVELINGS

Die navorser wil 'n aantal praktiese aanbevelings doen om pastorale beraders te betrek by die multidissiplinêre voortgesette behandeling van middelafhanklike persone. Daar word o.m. gekyk na die bewusmaking en opleiding van pastorale beraders oor die aard van middelafhanklikheid, die maniere om kommunikasie tussen rolspelers te verbeter en die belangrikheid van ondersteuningsgroepe vir die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin.

6.5.1. Bewusmaking en opleiding van pastorale beraders

Dit is belangrik dat pastorale beraders bewus gemaak moet word dat hulle 'n besliste rol het om te speel omdat middelafhanklike persone spirituele/pastorale behoeftes het wat op hulle terrein lê. Hierdie behoeftes sal verantwoordelik behandel moet word en dus moet pastorale beraders bewus wees van die werklike aard van middelafhanklikheid as 'n chroniese toestand en die samewerking tussen verskillende vakdissiplines in die behandeling daarvan. Laastens moet pastorale beraders ook bewus wees van die unieke behoeftes van die gemeenskappe waarin hulle werk. Daar moet 'n sensitiwiteit wees vir die rol wat middelmisbruik en middelafhanklikheid in die loop van die geskiedenis in die gemeenskap gespeel het en hoe die huidige behoeftes van die gemeenskap ontwikkel het.

Vir pastorale beraders wat 'n dieper belangstelling in middelafhanklikheid het, is daar geleenthede vir spesialiteitsopleiding. Die navorser is egter oortuig dat dit nie nodig is dat pastorale beraders spesialiteitsopleiding ontvang voor hulle by voortgesette behandeling betrokke raak nie. Pastorale beraders moet wel bewus gemaak word van die geleentheid en verantwoordelikheid wat hulle het om by voortgesette behandeling betrokke te raak, asook

die unieke bydrae wat hulle kan lewer. Dit is belangrik om 'n goeie begrip van middelafhanklikheid te ontwikkel. Een van die rolspelers wat behandeling in die Wes-Kaap aanbied, het dit goed opgesom:

I think the bottom line, too, is it [therapy] needs to be compassionate. An understanding for the person, no condemnation, no judgment, that's all. So yes, I think it would be helpful to have training for the [pastoral] counsellors, but it's not essential. You know what I'm saying? You can always have specialised counsellors that you can refer them [the patients] to, that have got the degrees and the background, but the important thing is a heart for, a love for the people.
(Onderhoud 4)

6.5.2. Kommunikasie in die veld van middelafhanklikheidsbehandeling

In hierdie studie het dit duidelik geword dat pastorale beraders dikwels optree as verwysers wat middelafhanklike persone na professionele instansies vir behandeling verwys. Pastorale beraders moet egter besef dat middelafhanklike persone nie *genees* is ná die primêre behandeling nie en dat sekere behoeftes tydens voortgesette behandeling aandag moet kry.

Tydens hierdie stadium is dit belangrik dat pastorale beraders nie in isolasie werk nie. Daar moet gekommunikeer word met die instansie wat primêre behandeling aangebied het om te bepaal watter behoeftes daardie terapeute geïdentifiseer het sodat die pastorale berader daarop kan voortbou. Behandelingsinstansies waardeur ook gereelde terugvoering oor die voortgesette behandeling wat hul pasiënte ontvang.

Goeie kommunikasie en samewerking met ander professionele persone in die pastorale berader se gemeenskap is ook belangrik. Die middelafhanklike persoon het moontlik sekere mediese, sielkundige of sosiale behoeftes wat die pastorale berader nie self kan hanteer nie. In so 'n geval moet die berader bereid wees om met ander professionele persone saam te werk en deel te vorm van 'n multidissiplinêre span wat verantwoordelik is vir die voortgesette behandeling van die middelafhanklike persoon.

6.5.3. Ondersteuningsgroepe

Vir die meeste middelafhanklike persone wat tans in voortgesette behandeling is, speel ondersteuningsgroepe 'n deurslaggewende rol in die herstelproses. Tydens primêre behandeling word sterk aanbeveel dat pasiënte so spoedig moontlik by ondersteuningsgroepe in hul tuisomgewing betrokke raak. Die internasionale sukses van AA en plaaslike groepe soos die CAD getuig dat ondersteuningsgroepe uiters belangrik is.

Pastorale beraders wat by voortgesette behandeling betrokke wil raak, kan begin deur in te skakel by 'n reeds bestaande ondersteuningsgroep in hul gebied. Indien daar nie een is nie, is dit 'n goeie geleentheid om een te begin. Daar sal altyd behoefte aan ondersteuning wees.

In hierdie studie het die navorser die werkinge van ondersteuningsgroepe bespreek wat fokus op die middelafhanklike persoon, asook groepe wat fokus op die middelafhanklike persoon se gesin. Die navorser het ook verwys na die waarde van groepe in 'n geloofsgemeenskap en die rol wat pastorale beraders kan speel om die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin deel te maak van hierdie ondersteuningsbronne. Enige pastorale berader wat aktief werk om middelafhanklike persone en hul gesinne by ondersteuningsgroepe te betrek, lewer 'n waardevolle bydrae tot voortgesette behandeling.

6.6. VERDERE NAVORSING

Die navorser stel die volgende temas voor as geleentheid vir verdere navorsing:

- Empiriese navorsing wat fokus op onderhoude met middelafhanklike persone in voortgesette behandeling in die Wes-Kaap oor hul behoefte aan pastorale berading.
- Empiriese navorsing wat fokus op onderhoude met middelafhanklike persone in voortgesette behandeling in die Wes-Kaap wat hulle nie met 'n spesifieke godsdienst vereenselwig nie, maar wel spirituele behoeftes tydens behandeling ervaar.
- Navorsing wat fokus op die netwerk van terapeute wat tans onafhanklik in die Wes-Kaap werk, maar deel kan vorm van 'n multidissiplinêre span wat voortgesette behandeling aanbied.
- Navorsing wat fokus op middelafhanklike persone in korrektiewe dienste in die Wes-Kaap wat 'n behoefte aan voortgesette behandeling en pastorale berading het.
- Ontwikkeling van opleidingsmateriaal wat gebruik kan word om pastorale beraders in die Wes-Kaap bewus te maak van die werklike aard van middelafhanklikheid as chroniese toestand.
- Ontwikkeling van opleidingsmateriaal vir pastorale beraders in die Wes-Kaap oor die primêre en voortgesette behandeling van middelafhanklikheid.

6.7. ALGEMENE KONKLUSIE

Die navorser het tydens sy dienstermyn by 'n reabilitasiesentrum waar middelafhanklikheid behandel word, sekere waarnemings gedoen wat hom gemotiveer het om hierdie studie aan te pak.

Eerstens het die navorser bewus geword van die werklike aard van middelafhanklikheid as 'n chroniese mediese toestand en dat dit multidissiplinêre behandeling vereis. Daar is 'n duidelike behoefte by middelafhanklike persone om pastorale berading tydens behandeling te ontvang en die navorser het besef dat daar 'n gulde geleentheid vir pastorale beraders bestaan om deel van die multidissiplinêre behandelingspan te vorm.

Tweedens het die navorser waargeneem dat voortgesette behandeling in die Wes-Kaap tekort skiet. Die navorser het persoonlik beleef dat talle pasiënte weens verskeie redes nie voortgesette behandelingsdienste gebruik nie en dat verskeie terapeute om verskeie redes versuim om hierdie diens te lewer. Die navorser het hierdie twee waarnemings gekombineer om die doel van die huidige studie te formuleer.

Die navorser het besluit om 'n literatuurstudie te kombineer met empiriese navorsing. Tydens hierdie proses is die navorser se aanvanklike waarnemings bevestig: pastorale beraders het die geleentheid om meer betrokke te raak by die voortgesette behandeling van middelafhanklike persone. Die redes vir die gebrek aan voortgesette behandeling het ook duidelik na vore gekom.

Die oorkoepelende doel van die studie was dus om 'n praktiese model te ontwikkel wat pastorale beraders in 'n geloofsgemeenskap kan gebruik om 'n bydrae te lewer tydens voortgesette behandeling. Die navorser het hierdie model ontwikkel deur te fokus op die historiese ontwikkeling en huidige konteks van behandeling in die Wes-Kaap, die redes vir die gebrek aan voortgesette behandeling, die afwesigheid van pastorale berading en die bydrae wat pastorale berading, in die studieveld van die praktiese teologie, kan lewer tot effektiewe voortgesette behandeling.

Dit is die navorser se hoop dat die bevindinge in hierdie studie gebruik kan word om pastorale beraders bewus te maak van die geleentheid om by voortgesette behandeling betrokke te raak. Die navorser is bewus daarvan dat nie elke pastorale berader aanklank sal vind by die behandeling van middelafhanklikheid nie. Tog is die navorser oortuig dat, indien pastorale beraders bewus gemaak word van die bevindinge in hierdie studie, daar 'n toenemende begrip sal wees vir die middelafhanklike persoon en sy/haar gesin, asook 'n verbetering in die voortgesette behandeling wat in die Wes-Kaap aangebied word.

7. BIBLIOGRAFIE

AA *kyk* Alkoholiste Anoniem.

ACCSA *kyk* Addiction Counsellor Certifications South Africa.

Acharya, A.S., Prakash, A., Saxena, P. & Nigam, A. 2013. Sampling: Why and How of it? *In* Indian Journal of Medical Specialities, 4(2):330-333.

Addiction Counsellor Certifications South Africa. 2017. About US: Our Services. <https://www.accsa.co.za/about-us> Datum van gebruik: 01 Augustus 2017.

Alkoholiste Anoniem. 2017. History of Alcoholics Anonymous in South Africa. <http://www.aasouthafrica.org.za/History/HistoryofAAinSouthAfrica.aspx> Datum van gebruik: 28 Junie 2017.

Amariei, N. S.a. Alcoholism as a family disease. (*In* The Pastoral Care of Addicts. <http://www.stlukeorthodox.com/files/careofaddicts.pdf> Datum van gebruik: 08 Mei 2017. p. 22-31.)

Anderson, P. & Baumberg, B. 2006. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies.

ASAM (American Society of Addiction Medicine). 2011. Definition of Addiction. <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction> Datum van gebruik: 04 Augustus 2015.

Bale, M., ed. 1990. Marching On. St Albans: The Campfield Press.

Bliss, D.L. 2007. Empirical Research on Spirituality and Alcoholism: A Review of the Literature. *In* Journal of Social Work Practice in the Addictions, 7(4):5-25.

Borman, P.D. & Dixon, D.N. 1998. Spirituality and the 12 Steps of Substance Abuse Recovery. *In* Journal of Psychology and Theology, 26(3):287-291. (Abstract).

Brady, M. & Rendall-Mkosi, K. 2005. Tackling Alcohol Problems: Strengthening Community Action in South Africa. Cape Town: University of the Western Cape.

Brick, J. 2008. Medical Consequences of Acute and Chronic Alcohol Abuse. (*In* Brick, J., ed. Handbook of the Medical Consequences of Alcohol and Drug Abuse: second edition. New York: Routledge. p. 9-38).

Burke, W.W. 2008. Organization Change: Theory and Practice. Los Angeles: Sage Publications.

CAD. 2008a. Ontstaangeskiedenis van CAD. <https://www.cad.org.za/afr/about/geskiedenis/>
Datum van gebruik: 25 April 2017.

CAD. s.a. Die Rol van die CAD in die Gemeenskap. <https://www.cad.org.za/afr/about/the-role/> Datum van gebruik: 26 April 2017.

Carroll, K.M. 1997. Enhancing Retention in Clinical Trials of Psychosocial Treatments: Practical Strategies. *In* NIDA Research Monograph, 165:4-24.

Centre for Addiction and Mental Health. 2010. Do you know... Cocaine. http://www.camh.ca/Flat_PDFs/dyk_cocaine Datum van gebruik: 07 Maart 2016.

Christie, P. 1991. The Right to Learn. *The International Journal of African Historical Studies*, DOI: 10.2307/219898

Claybaugh, A. 2006. Temperance. (*In* Gabler-Hover, J. & Sattlemeyer, R., eds. *American History Through Literature, 1820-1870*. Detroit: Charles Scribner's Sons. p. 1152-1158).

Clinebell, H.J. 1968. *Understanding and counseling the alcoholic: Revised*. Nashville: Abingdon Press.

Cojocar, D.C. & Dima-Cozma, C. 2014. Exploring Medical and Spiritual Side of Addiction and Recovery. *In* *European Journal of Science and Theology*, 10(3):149-160.

Collins, G.R. 2008. *Die A-Z van Berading*. Kaapstad: Struik Christelike Boeke.

Crothers, T.D. 1893. *The Disease of Inebriety*. New York: E.B. Treat.

Davies, P.J. & Dreyer, Y. 2014. A Pastoral Psychological Approach to Domestic Violence in South Africa. *In* *HTS Theological Studies*, 70(3), Art. #2802, 8 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/hts.v70i3.2802>

De Miranda, S. 1987. *Dwelms en Dwelmmisbruik in Suider-Afrika*. Pretoria: J.L. Van Schaik.

Departement van Sosiale Ontwikkeling *kyk* South Africa. Department of Social Development.

Durrant, R. & Thankker, J. 2003. *Substance Use & Abuse*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Dolley, C. 2017. Cape Town's water crisis: 5 things you should know. *News24*, 19 September. <https://www.news24.com/SouthAfrica/News/cape-towns-water-crisis-5-things-you-should-know-20171019> Datum van gebruik: 17 Nov. 2017.

Eberlein, R. 2010. *Lifestyle Changes to Beat Addiction*. Randburg: Knowres Publishing.

- Ekendahl, M. 2007. Aftercare and Compulsory Substance Abuse Treatment: A Venture With Potential? *In Contemporary Drug Problems*, 34(1):137-161.
- Falletisch, L.A. 2008. Understanding the Legacy of Dependency and Powerlessness Experienced by Farm Workers on Wine Farms in the Western Cape. Stellenbosch: SU (Thesis – MA).
- Fisher, G.L. & Harrison, T.C. 2013. Substance abuse: Fifth edition. Boston: Pearson.
- Flood, B.P. 1975. Sources and Problems in the History of Drug Commerce in Late Medieval Europe. *Pharmacy in History*, 17(3):101-105.
- Fodor, J. 2004. Reading the Scriptures: Rehearsing Identity, Practicing Character. (*In* Hauerwas, S. & Wells, S., eds. *The Blackwell Companion to Christian Ethics*. Malden, MA: Blackwell Publishing. p. 141-155).
- Forbes, R.J. 1948. *Short History of the Art of Distillation*. Leiden, Nederland: EJ Brill.
- Frankl, V.E. 1992. *Man's Search for Meaning*. Boston: Beacon Press.
- Frantz, F. S.a. Praxis Outline. (*In* *The Pastoral Care of Addicts*. <http://www.stlukeorthodox.com/files/careofaddicts.pdf> Datum van gebruik: 08 Mei 2017. p. 31-39.)
- Gefedereerde Nederduitse Gereformeerde Kerke van Suidelike Afrika. 1957. *Die Drankvraagstuk in Suid-Afrika*. Pretoria.
- Gersick, C.J.G. 1991. Revolutionary Change Theories: A Multilevel Exploration of the Punctuated Equilibrium Paradigm. *In Academy of Management Review*, 16(1):10-36.
- Gillette, R. 2014. Substance Abuse, Co-Dependency and Family Systems Across Generations. http://mhaok.org/wp-content/uploads/2014/09/307_-Substance-Abuse-Co-Dependency-and-Family-Systems-Across-Generations.pdf Datum van gebruik: 27 September 2017.
- Hall, W. 2010. What are the policy lessons of National Alcohol Prohibition in the United States, 1920-1933? *Addiction*, 105(7):1164-1173.
- Hayes, N. 2000. *Doing Psychological Research: Gathering and Analysing Data*. Buckingham: Open University Press.

Henninger, A. & Sung, H.-E. 2013. History of substance abuse treatment. (In Bruinsma, G. & Weisburd, D., eds. *Encyclopedia of criminology and criminal justice*. New York: Springer. p. 2257-2269).

HHS *kyk* U.S. Department of Health and Human Services.

Hitzeroth, V. & Kramer, L. 2010. *Die Einde van Verslawing*. Kaapstad: Human & Rousseau.

Horvath, T., Misra, K., Epner, A.K. & Cooper, G.M. 2016. The Many Causes Of Addiction And Bio-Psycho-Social-Spiritual Model. <https://www.mentalhelp.net/articles/the-many-causes-of-addiction-and-bio-psych-social-spiritual-model> Datum van gebruik: 18 Januarie 2017.

Humphreys, K. & Gifford, E. 2006. Religion, Spirituality and the Troublesome Use of Substances. (In Miller, W.R. & Carroll, K.M., eds. *Rethinking Substance Abuse*. New York: The Guilford Press, p. 257-274).

Humphreys, K. & Gifford, E. 2006. Religion, Spirituality, and the Troublesome Use of Substances. (In Miller, W.R. & Carroll, K.M., eds. *Rethinking Substance Abuse*. New York: The Guilford Press. p. 257-274).

Johnson, B. & Lazarus, S. 2008. The Role of Schools in Building the Resilience of Youth Faced with Adversity. *In Journal of Psychology in Africa*, 18(1):19-30.

Jones, D.L. 2017. "Differentiated" pastoral care: Historical and practical reflections on family systems theory. <http://pres-outlook.org/2017/03/differentiated-pastoral-care-historical-practical-reflections-family-systems-theory/> Datum van gebruik: 6 September 2017.

Jones, S.L. 1994. A Constructive Relationship for Religion With the Science and Profession of Psychology. *In American Psychologist*, 49(3):184-199.

Jordan, D. & Kirkland-Harris, L. 2013. Spirituality: An Approach for Addressing Behavioral Health Needs. http://hbcucfe.net/wp-content/uploads/sites/3/2014/09/Pastoral-Care_-_Ministering-to-the-Addicted-and-Those-Who-Love-Them_Mr.-David-B.-Jordan-HBCU-CFE-June-2013_20.pdf Datum van gebruik: 23 Januarie 2016.

Katcher, B.S. 1993. Benjamin Rush's educational campaign against hard drinking. *American Journal of Public Health*, 83(2):273-281.

Keller, T. 2004. Four Models of Counselling in Pastoral Ministry. http://www.nlcwh.org/files/counseling_toolbox/definition/4_models_of_counseling_in_pastoral_ministry_tim_keller_2.pdf Datum van gebruik: 5 September 2017.

- Kirsh, K.L. & Passik, S.D. 2009. Palliative Care of the Terminally Ill Drug Addict. *In* *Cancer Investigation* 24(4):425-431. (Abstract).
- Kritsonis, A. 2005. Comparison of Change Theories. *In* *International Journal of Management, Business, and Administration*, 8(1):1-7.
- Lachman, A. 2012. Dual Diagnosis in Adolescence – An Escalating Health Risk. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 24(1):v-vii. (Abstract).
- Lash, S.J. 2009. Increasing participation in Substance Abuse Aftercare Treatment. *In* *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(1):31-36. (Abstract).
- Lash, S.J., Burden, J.L., Parker, J.D., Stephens, R.S., Budney, A.J., Horner, R.D., Datta, S., Jeffreys, A.S. & Grambow, S.C. 2013. Contracting, Prompting and Reinforcing Substance Use Disorder Continuing Care. *In* *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(4):449-456.
- Lash, S.J., Petersen, G.E., O'Connor, E.A. & Lehmann, L.P. 2001. Social Reinforcement of Substance Abuse Aftercare Group Therapy Attendance. *In* *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(1):3-8. (Abstract).
- Lash, S.J., Stephens, R.S., Burden, J.L., Grambow, S.C., DeMarce, J.M., Jones, M.E., Lozano, B.E., Jeffreys, A.S., Fearer, S.A. & Horner, R.D. 2007. Contracting, Prompting and Reinforcing Substance Use Disorder Continuing Care: a Randomized Clinical Trial. *In* *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(3):387-397. (Abstract).
- Lee, M.T., Horgan, C.M., Garnick, D.W., Acevedo, A., Panas, L., Ritter, G.A., Dunigan, R., Babakhanlou-Chase, H., Bodorini, A., Campbell, K., Haberlin, K., Huber, A., Lambert-Wacey, D., Leeper, T. & Reynolds, M. 2014. A Performance Measure For Continuity Of Care After Detoxification. *In* *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(2):130-139.
- Levine, H.G. 1978. The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(2), 143-174.
- Levine, H.G. 1993. Temperance Cultures: Alcohol as a problem in Nordic and English-speaking Cultures. (*In* Lader, M., Edwards, G. & Drummon D.C., eds. *The Nature of Alcohol and Drug-Related Problems*. New York: Oxford University Press. p. 16-36).
- MacCoun, R.J. & Reuter, P. 2001. *Drug war heresies: Learning from other vices, times & places*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Magezi, V. 2007. Pastoral Counselling: towards a diagnostic and interpretational approach in Africa. *In* *die Skriflig*, 41(4):655-672.

- Maree, K. (red.). 2007. *First Steps in Research*. Pretoria: Van Schaick.
- McDowell, D., Galantre, M., Goldfarb, L. & Lifshutz, H. 1996. Spirituality and the treatment of the dually diagnosed: An investigation of patient and staff attitudes. *In Journal of Addictive Diseases*, 15(2):55-68. (Abstract).
- McKay, J.R. 2005. Is There a Case For Extended Interventions For Alcohol and Drug Use Disorders? *In Addiction*, 100(11):1594-1610.
- McKay, J.R. 2009. Continuing Care Research: What We've Learned and Where We're Going. *In Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2): 131-145.
- McLellan, A.T. 2006. What We Need Is a System. (*In Miller, W.R. & Carroll, K.M., eds. Rethinking Substance Abuse*. New York: The Guilford Press. p. 275-292).
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P. & Kleber, H.D. 2000. Drug Dependence, a Chronic Medical Illness. *Journal of the American Medical Association*, 284(13):1689-1695.
- Menon, S. 2017. SA's unemployment rate hits a 13-year high. *Times Live*. 1 Jun. <https://www.timeslive.co.za/news/south-africa/2017-06-01-sas-unemployment-rate-hits-a-13-year-high/> Datum van gebruik: 12 Julie 2017.
- Mercer, D.E. & Woody, G.E. 1999. *Individual Drug Counselling*. U.S. Department of Health and Human Services (HHS): Rockville, Maryland.
- Miller, W. R. (1998), Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*, 93: 979–990. doi:10.1046/j.1360-0443.1998.9379793.x
- Miller, W.R. & Carroll, K.M. 2006. Drawing the Science Together. (*In Miller, W.R. & Carroll, K.M., eds. Rethinking Substance Abuse*. New York: The Guilford Press. p. 293-311).
- Mills, W.G. 1980. The Roots of African Nationalism in the Cape Colony: Temperance 1866-1898. *In The International Journal of African Historical Studies*, 13(2): 197-213.
- Morgan, A. 2000. *What is narrative therapy?* Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Morreim, D.C. 1991. *Changed Lives*. Minneapolis: Augsburg.
- Moser, R.S. & Frantz, C.E. 2004. The Neuropsychological Consequences of Alcohol and Drug Abuse. (*In Brick, J., ed. Handbook of the Medical Consequences of Alcohol and Drug Abuse*. New York: The Haworth Press. p. 49-138).

Mouton, J. & Marais, H.C. 1996. Basic Concepts in the Methodology of the Social Sciences. Pretoria: HSRC Publishers.

Nel, F.B.O. 1996. A Practical Theological Study of Community Pastoral Work: An Ecosystemic Perspective. Pretoria, Unisa: University of South Africa. (Dissertation – Ph.D.).

Neuman, W.L. 2007. Basics of Social Research: Qualitative and Quantitative Approaches.. 2de uitg. Boston: Pearson.

NIDA (National Institute on Drug Abuse). 2010. Treatment approaches for drug addiction. (*In* Van Wormer, K. & Thyer, B.A., eds. Evidence-based practice in the field of substance abuse. Los Angeles: SAGE Publications, p. 225-228).

O'Donnell, M.J. 2017. Visual Communication – Gestalt. University of St. Thomas (study material, COJO 232: Visual Communication). <http://courseweb.stthomas.edu/mjodonnell/cojo232/pdf/gestalt.pdf> Datum van gebruik: 6 September 2017.

Osmer, R.R. 2008. Practical theology: an introduction. Grand Rapids, Michigan: Eerdmans Publishing Company.

Pardini, D.A., Plante, T.G., Sherman, A. & Stump, J.E. 2000. Religious Faith and Spirituality in Substance Abuse Recovery: Determining the Mental Health Benefits. *In* Journal of Substance Abuse, 19(4):347-354.

Pardini, D.A., Plante, T.G., Sherman, A. & Stump, J.E. 2001. Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547200001252 Datum van gebruik: 23 Januarie 2016.

Parry, C. 2016. About. <http://www.mrc.ac.za/adarg/adarg.htm> Datum van gebruik: 24 April 2017.

Parry, C.D.H. & Bennetts, A.L. 1998. Alcohol Policy and Public Health in South Africa. Cape Town: Oxford University Press.

Peyser, H.S. 1988. Implications of the Disease Model for Psychotherapy and Counselling. (*In* Gitlow, S.E. & Peyser, H.S., eds. Alcoholism: A Practical Treatment Guide. Philadelphia: Grune & Stratton. p. 156-171).

Pienaar, W.P. 2000. Outonomie Versus Sorg In Die Behandeling Van Alkohol-afhanklikheid: Etiese Perspektiewe. Stellenbosch: US (Thesis – Magister in Filosofie).

Pollack, H.A., Danzinger, S., Seefeldt, K.S. & Jayakody, R. 2002. Substance Use Among Welfare Recipients: Trends and Policy Responses. https://www.researchgate.net/profile/Sheldon_Danziger/publication/228695560_Substance_Use_among_Welfare_Recipients_Trends_and_Policy_Responses/links/0912f5110fbb3b23be000000/Substance-Use-among-Welfare-Recipients-Trends-and-Policy-Responses.pdf

Datum van gebruik: 19 Julie 2017.

Quintal, G. 2017. SA's rich-poor gap is far worse than feared, says Oxfam inequality report. *Business Day*, 16 Jan. <https://www.businesslive.co.za/bd/national/2017-01-16-sas-rich-poor-gap-is-far-worse-than-feared-says-oxfam-inequality-report/> Datum van gebruik: 12 Julie 2017.

Rosenberg, L. 2008. To Preserve, Strengthen and Expand America's Mental Health and Addictions Treatment Capacity. *In Journal of Behavioural Health Services and Research*, 35(3):237–239.

Saah, T. 2005. The evolutionary origins and significance of drug addiction. *Harm Reduction Journal*, 2:8–14.

SACENDU *kyk* South African Community Epidemiology Network on Drug Use.

SAMHSA *kyk* Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Schmitt, S.K., Phibbs, C.S. & Piette, J.D. 2003. The influence of distance on utilization of outpatient mental health aftercare following inpatient substance abuse treatment. *In Addictive Behaviors*, 28(6):1183-1192. (Abstract).

Shell, R.C.H. 1994. *Children of Bondage: A Social History of the Slave Society at the Cape of Good Hope, 1652-1838*. Johannesburg: Witwatersrand University Press.

Shepard, D.S., Calabro, J.A.B., Love, C.T., McKay, J.R., Tetreault, J. & Yeom, H.S. 2006. Counselor Incentives to Improve Client Retention in an Outpatient Substance Abuse Aftercare Program. *In Administration and Policy in Mental Health*, 33(6):629-635.

Sneed, K.J. 2008. Divine Intervention: Integrating Spirituality into Addiction Services. Paper presented at the Annual Convention of the North American Association of Christians in Social Work, Orlando, FL., 7 February, <http://www.nacsw.org/Publications/Proceedings2008/SneedKDivineIntervention.pdf> Datum van gebruik: 15 Mei 2017.

South Africa. Department of Social Development. 2013. National Drug Master Plan : 2013-2017. Pretoria.

South African Community Epidemiology Network on Drug Use. 2016. Update November 2016: Alcohol and Other Drug Use Trends January-June 2016. <http://www.mrc.ac.za/adarg/sacendu/SACENDUupdateDec2016.pdf> Datum van gebruik: 19 Julie 2017.

Sremac, S. 2013. Addiction and Spiritual Transformation. Zurich: Lit Verlag.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2015. Spiritual Caregiving to Help Addicted Persons and Families. <http://nacoa.org/wp-content/uploads/2015/11/clergy-handbook-toolkit.pdf> Datum van gebruik: 08 Mei 2017.

Sussman, S. & Ames, S.L. 2001. The Social Psychology of Drug Abuse. Buckingham: Open University Press.

Thesnaar, C.H. 2011. Substance Abuse and Domestic Violence Within Families: A Pastoral Hermeneutical Response. *In Dutch Reformed Theological Journal*, 52(1):25-36.

Thompson, W. 2016. Alcoholism Follow-up. <http://emedicine.medscape.com/article/285913-followup> Datum van gebruik: 28 Junie 2017.

U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Office of the Surgeon General. 2016. Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health. Washington, DC: HHS. Publication No. (SMA) 16-4991.

U.S. Department of Health and Human Services (HHS). 2013. Understanding Addiction and Supporting Recovery: Strategies and Tools for Clergy and Other Congregational Leaders.

Universiteit Stellenbosch. 2017. Department of Psychology: Postgraduate Diploma in Addiction Care. <http://www.sun.ac.za/english/faculty/healthsciences/psychiatry/education/postgraduate-education/subspecialty-programmes/postgraduate-diploma-in-addiction-care> Datum van gebruik: 01 Augustus 2017.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). 2009. A century of International Drug Control. Vienna: Vienna International Centre.

US (Universiteit Stellenbosch). 2015. Getting Ethics Approval for Your Research Project. <http://www0.sun.ac.za/research/research-integrity-and-ethics/human-research-humanities-ethics-1.html> Datum van gebruik: 03 Maart 2016.

Van der Westhuizen, M., Alpaslan, A.H. & De Jager, M. 2013. Aftercare to Chemically Addicted Adolescents: An Exploration of Their Needs. *In Health SA Gesondheid*, 18(1):Art. #599, 11 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v18i1.599>

Vlampie. 1985. *Wie is dit wat onnodig seerkry?* Pretoria: NG Kerkboekhandel.

Weich, L. 2013. Comorbidity: The Dual Diagnosis Dilemma. *Toevlug Newsletter*. 4.

Westermeyer, J. 1999. The role of cultural and social factors in the cause of addictive disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2):253-271.

White, B. 2014. <https://pointsadhsblog.wordpress.com/2014/07/22/the-points-interview-special-edition-william-l-white/#more-11424>

White, W.L. & Ali, S. 2010. Lapse and Relapse: Is it time for a new language? <http://www.williamwhitepapers.com/pr/2010%20Rethinking%20the%20Relapse%20Language.pdf> Datum van gebruik: 01 Augustus 2017.

White, W.L. 1999a. A lost world of addiction treatment. *Counselor*, 17(2):8-11.

White, W.L. 1999b. A cautionary tale: The fall of America's first treatment institutions. *Counselor*, 17(3):3-10.

White, W.L. 2004. History of drug problems and drug policies in America. (In Coombs, R., ed. *Addiction counseling review: Preparing for comprehensive certification exams*. Lahaska Press, p.81-104).

White, W.L. Significant events in the history of addiction treatment and recovery in America.

Williams, D. 2016. 'Drug abuse is growing in SA'. *The Citizen*. 27 Jun. <http://citizen.co.za/news/news-national/1179509/drug-abuse-is-growing-in-sa/> Datum van gebruik: 12 Julie 2017.

Winzelberg, A. & Humphreys, K. 1999. Should Patients' Religiosity Influence Clinicians' referral to 12-Step Self-Help Groups? Evidence From a Study of 3,018 Male Substance Abuse Patients. *In Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 67(5):790-794.

ADDENDUM A



UNIVERSITEIT•STELLENBOSCH•UNIVERSITY
jou kennisvenoot • your knowledge partner

UNIVERSITEIT STELLENBOSCH

INWILLIGING OM DEEL TE NEEM AAN NAVORSING

Pastorale berading as deel van die multidisiplinêre voortgesette behandeling van middelafhanklike persone.

U word gevra om deel te neem aan 'n navorsingstudie uitgevoer te word deur Daniel van Wyk (BA Hons), van die Fakulteit Teologie aan die Universiteit Stellenbosch. Die resultate van die studie sal deel word van 'n navorsingstesis vir die verkryging van 'n Meesters graad in Praktiese Teologie. U is as moontlike deelnemer aan die studie gekies aangesien u in die veld van middelafhanklikheid en voortgesette behandeling werksaam is die Wes-Kaap.

DOEL VAN DIE STUDIE

Die oorkoepelende doel van die studie is om te bepaal wat gedoen kan word om pastorale beraders te betrek by die multidisiplinêre voortgesette behandeling van middelafhanklike persone.

Die spesifieke subdoele van die studie is om:

te ondersoek watter rol pastorale berading beklee binne die huidige struktuur van multidisiplinêre terapeute wat voorgesette behandeling kan bied;

te bepaal tot watter mate pastorale berading wel 'n rol kan speel tydens voortgesette behandeling.

PROSEDURES

Dit is my voorneme om 'n onderhoud met u te voer van ongeveer 1 uur lank.

Ongestruktureerde vrae sal bespreek word, wat aanpasbaar is na aanleiding van hoe die onderhoud verloop.

Die vrae sal handel rondom u betrokkenheid by voortgesette behandeling en u ervaring van die moontlike rol wat pastorale berading daarin kan speel.

Die onderhoud sal op oudio band opgeneem word.

MOONTLIKE RISIKO'S EN ONGEMAKLIKHEID

Vir u gemak is die voorstel dat die onderhoud by u werkplek plaasvind, maar dit kan ook plaasvind by enige ander ligging van u keuse.

Die onderhoud kan plaasvind op enige werksdag in die maand van Mei 2016.

Datum, tyd en ligging van die onderhoud sal vroegtydig met u vasgemaak word.

MOONTLIKE VOORDELE VIR PROEFPERSONE EN/OF VIR DIE SAMELEWING

Die voordeel vir u as rolspeler in die veld van middelafhanklikheid, lê daarin dat u sal bydra tot die verstaan van pastorale berading se plek en rol binne in dié veld. 'n Beter verstaan hiervan kan vir u en u werkgewer waardevolle insigte bied ten opsigte van die moontlike skakeling met pastorale beraders, asook die waarde van pastorale berading tydens voortgesette behandeling.

VERGOEDING VIR DEELNAME

Geen vergoeding word gebied nie.

VERTROUOLIKHEID

Enige inligting wat deur middel van die navorsing verkry word en wat met u in verband gebring kan word, sal vertroulik bly en slegs met u toestemming bekend gemaak word of soos deur die wet vereis.

U besit die reg om die oudio opname op enige stadium tydens die onderhoud te stop. Die enigste persoon met toegang tot die data, sal die navorser self wees. Die oudio band sal skoongevee word na die studie voltooi is.

Vertroulikheid sal gehandhaaf word deur middel van u persoonlike besonderhede vertroulik te hou tydens publikasie van die resultate.

DEELNAME EN ONTTREKKING

U kan self besluit of u aan die studie wil deelneem of nie. Indien u inwillig om aan die studie deel te neem, kan u te eniger tyd u daaraan onttrek sonder enige nadelige gevolge. U kan ook weier om op bepaalde vrae te antwoord, maar steeds aan die studie deelneem. Die ondersoeker kan u aan die studie onttrek indien omstandighede dit noodsaaklik maak.

IDENTIFIKASIE VAN ONDERSOEKERS

Indien u enige vrae of besorgdheid omtrent die navorsing het, staan dit u vry om in verbinding te tree met:

Hoofnavorser

Daniel van Wyk

Sel: 072 944 6420

Tel: 023 342 1162 (werk)

E-pos: danvansa@gmail.com

Supervisor

Christo Thesnaar

Tel: 021 808 3257 (werk)

E-pos: cht@sun.ac.za

REGTE VAN PROEFPERSONE

U kan te eniger tyd u inwilliging terugtrek en u deelname beëindig, sonder enige nadelige gevolge vir u. Deur deel te neem aan die navorsing doen u geensins afstand van enige wetlike regte, eise of regspraak nie. Indien u vrae het oor u regte as proefpersoon by navorsing, skakel met Me Maléne Fouché [mfouche@sun.ac.za; 021 808 4622] van die Afdeling Navorsingsontwikkeling.

VERKLARING	DEUR	PROEFPERSOON	OF	SY/HAAR
REGSVERTEENWOORDIGER				

Die bostaande inligting is aan my, [*naam van proefpersoon/deelnemer*], gegee en verduidelik deur [*naam van die betrokke persoon*] in [*Afrikaans/English/Xhosa/other*] en [*ek is/die proefpersoon is/die deelnemer is*] dié taal magtig of dit is bevredigend vir [*my/hom/haar*] vertaal. [*Ek/die deelnemer/die proefpersoon*] is die geleentheid gebied om vrae te stel en my/sy/haar vrae is tot my/sy/haar bevrediging beantwoord.

[*Ek willig hiermee vrywillig in om deel te neem aan die studie/Ek gee hiermee my toestemming dat die proefpersoon/deelnemer aan die studie mag deelneem.*] 'n Afskrif van hierdie vorm is aan my gegee.

Naam van proefpersoon/deelnemer

Naam van regsverteenwoordiger (indien van toepassing)

Handtekening van proefpersoon/deelnemer of regsverteenwoordiger Datum

VERKLARING DEUR ONDERSOEKER

Ek verklaar dat ek die inligting in hierdie dokument vervat verduidelik het aan [*naam van die proefpersoon/deelnemer*] en/of sy/haar regsverteenwoordiger [*naam van die regsverteenwoordiger*]. Hy/sy is aangemoedig en oorgenoeg tyd gegee om vrae aan my te stel. Dié gesprek is in [*Afrikaans/*Engels/*Xhosa/*Ander*] gevoer en [*geen vertaler is gebruik nie/die gesprek is in _____ vertaal deur _____*].

Handtekening van ondersoeker

Datum

Goedgekeur Subkomitee A 25 Oktober 2004

ADDENDUM B



UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
jou kennisvenoot • your knowledge partner

UNIVERSITEIT STELLENBOSCH

TOESTEMMING OM DEEL TE NEEM IN NAVORSING

TITEL VAN NAVORSINGSPROJEK: Pastorale berading as deel van die multidissiplinêre voortgesette behandeling van middelafhanklike persone.

VERWYSINGSNOMMER: SU-HSD-002182

NAVORSER: Daniel van Wyk (18921442)

ADRES: *Praktiese Teologie*

KONTAK NOMMER: 072 944 6420

Hiermee gee [naam van werkgewer/instansie] toestemming dat bogenoemde navorser 'n onderhoud mag voer met ons verteenwoordiger, [naam van proefpersoon], in ooreenstemming met die tema soos aangedui in die titel van die navorsingsprojek.

Naam van werkgewer/instansie

Naam van proefpersoon/deelnemer

Handtekening van proefpersoon/deelnemer of regsverteenvoordiger Datum

ADDENDUM C

VRAELYS VIR ONDERHOUDE GEVOER MET ROLSPELERS WAT BEHANDELING AANBIED IN DIE WES-KAAP

- 1. Hoe belangrik is die voortgesette behandeling van 'n middelafhanklike persoon? (Hoe lank behoort voortgesette behandeling te duur?)**
- 2. Tot watter mate is u organisasie direk betrokke by voortgesette behandeling?**
- 3. Tot watter mate skakel u organisasie met ander rolspelers in die veld wanneer dit kom by voortgesette behandeling?**
- 4. Watter soort terapeute is in u ondervinding meestal verantwoordelik vir 'n persoon se voortgesette behandeling? (Maatskaplike werkers, sielkundiges, pastorale beraders?)**
- 5. Is daar in u ondervinding 'n behoefte onder pasiënte om tydens voortgesette behandeling ook pastorale berading te ontvang? (Hetsy dit individueel, groep of gemeenskaps pastorale berading is.)**
- 6. Ontvang u organisasie enige ondersteuning van pastorale beraders? Indien wel, tot watter mate? (Treë hulle op as terapeute, konsultante, verwysers, nasorgwerkers?)**
- 7. Is u van mening dat pastorale beraders huidiglik genoeg betrek word by die voortgesette behandeling van persone?**
- 8. Is daar huidiglik sisteme in plek waarby pastorale beraders kan inskakel om by te dra tot voortgesette behandeling?**
- 9. Is daar 'n behoefte aan beter kommunikasie tussen rolspelers in die veld van voortgesette behandeling?**
- 10. Hoe belangrik is die opleiding van middelafhanklikeheid aan rolspelers in die gemeenskap?**
- 11. Is daar enige opleidings-/bewusmakingsgeleenthede waarby pastorale beraders kan inskakel?**
- 12. Addisionele vrae/bespreking (afhangend van die verloop van die onderhoud)**