

# **HANDBOEK**

## **LVB EN VERSLAVING**

JOANNEKE VAN DER NAGEL | MARION KIEWIK | ROBERT DIDDEN

# HANDBOEK

## LVB EN VERSLAVING

‘IEDEREEN GEBRUIKT TOCH?’

Boom

© 2017, J. VANDERNAGEL, M. KIEWIK & R. DIDDEN P/A BOOM UITGEVERS AMSTERDAM

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van de artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van artikel 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission from the publisher.

Vormgeving omslag en binnenwerk: Bart van den Tooren  
Drukker: Wilco, Amersfoort

ISBN 978 90 2440 4940  
NUR 777

[www.boompsychologie.nl](http://www.boompsychologie.nl)  
[www.bua.nl](http://www.bua.nl)

## VOORWOORD

Voor u ligt de tweede druk van het *Handboek LVB en verslaving*. Er is zoveel veranderd sinds vijf geleden de eerste druk verscheen, dat deze update nodig was. Begin 2016 vond de overgang plaats van AWBZ naar Wmo en Wlz. De wet- en regelgeving veranderde drastisch. Er zijn, passend bij de Rechten van de mensen met beperkingen (Verenigde Naties, 2006), mogelijkheden gecreëerd om zo gewoon mogelijk te leven. Daarbij werd de toegang tot de eerstelijnszorg verbeterd. Dat had grote voordelen, maar de expertise op dit specialistische gebied is in de eerste lijn wel zeer beperkt. Daarnaast kwamen er de afgelopen vijf jaar meer onderzoeksresultaten beschikbaar over diagnostiek en behandeling van verslaving in het algemeen en van verslaving van mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) in het bijzonder. Daarmee heeft de verslavingszorg meer LVB-vriendelijke werkwijzen ingevoerd. Ten slotte kwam in 2013 de nieuwe DSM-5 uit, waarin stoornissen gerelateerd aan middelengebruik op een andere manier zijn ingedeeld.

Mensen met verstandelijke beperkingen zijn en blijven kwetsbaar. Door de aard van hun problemen hebben zij beperkte intellectuele capaciteiten en beperkingen in hun aanpassingsvermogen. Taalvaardige mensen met een LVB worden in de eerste en tweede lijn vaak niet als zodanig herkend. Daardoor worden zij gemakkelijk overschat, vooral waar het gaat om het overzien van de consequenties van daden en beslissingen op lange termijn. Als het gaat om verslaving is er vaak sprake van bijkomende problematiek: met hun verslaving en hun LVB komen deze mensen bijvoorbeeld relatief vaak terecht in de forensische psychiatrie. De risico's van verslaving

(zoals de behoefte aan geld om middelen aan te schaffen), zijn voor mensen met verstandelijke beperkingen zelden een punt van overweging, maar dragen wel bij aan hun kwetsbaarheid.

Hoe daarmee om te gaan in de dagelijkse praktijk van de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen wordt uitstekend en voor praktijkwerkers toegankelijk behandeld in dit boek, dat overigens volkomen terecht een handboek is geworden. De onderwerpen worden steeds geïllustreerd met herkenbare casuïstiek en vervolgens nauwgezet besproken. In de vier delen van het nieuwe handboek wordt in het eerste deel de achtergrond van verslavingsproblematiek bij mensen met een LVB geschetst. In het tweede deel wordt ruimschoots aandacht besteed aan het signaleren en bespreekbaar maken van problemen op dit gebied. Het derde deel gaat in op behandeling. Het laatste deel behandelt beleid, wetgeving en preventie. Naast het handboek is een casusboek beschikbaar met casuïstiek uit de praktijk.

Het boek is geschikt voor praktijkwerkers en degenen die in opleiding zijn voor begeleider, gedragswetenschapper, (huis)arts, verslavingsarts, psychiater of arts voor verstandelijk gehandicapten. Het is verplichte literatuur voor artsen, gedragswetenschappers en begeleiders die in hun dagelijkse praktijk te maken hebben met mensen met verstandelijke beperkingen en voor diegenen die hen opleiden of voor deze beroepen in opleiding zijn.

*Prof. dr. Henny M.J. van Schrojenstein Lantman-de Valk*

# INHOUD

|                       |    |
|-----------------------|----|
| Lijst van afkortingen | 11 |
| Inleiding             | 15 |
| Leeswijzer            | 18 |

## DEEL I **LVB EN VERSLAVING** 23

|          |                                                 |    |
|----------|-------------------------------------------------|----|
| <b>1</b> | <b>Lichte verstandelijke beperking</b>          | 23 |
| 1.1      | Wat is een lichte verstandelijke beperking?     | 25 |
| 1.2      | Bijkomende problemen bij LVB                    | 39 |
| 1.3      | Herkennen van LVB                               | 41 |
| 1.4      | Bejegening van cliënten met een LVB             | 44 |
| 1.5      | Werken met een LVB als specialisme              | 48 |
| 1.6      | Samenvatting                                    | 50 |
| <b>2</b> | <b>Alcohol, tabak, drugs en verslaving</b>      | 51 |
| 2.1      | Middelen: soorten en gebruik                    | 51 |
| 2.2      | Middelengebruik in Nederland                    | 57 |
| 2.3      | Effecten van middelen                           | 60 |
| 2.4      | Gebruik en problematisch gebruik                | 65 |
| 2.5      | Eerste hulp bij middelengebruik                 | 73 |
| 2.6      | Samenvatting                                    | 74 |
| <b>3</b> | <b>Risicofactoren en gevolgen van gebruik</b>   | 75 |
| 3.1      | Samenhang tussen verslaving en andere problemen | 75 |
| 3.2      | Risicofactoren voor verslaving                  | 77 |
| 3.3      | Gevolgen van gebruik door mensen met een LVB    | 87 |

- 3.4 Positieve gevolgen van gebruik 92
- 3.5 Samenvatting 93
- 4 Waarom stoppen vaak niet lukt 95**
  - 4.1 Doorgaan ondanks de nadelen 95
  - 4.2 Kunnen, willen en gereed zijn: randvoorwaarden om te veranderen 98
  - 4.3 Verandering is een proces 100
  - 4.4 Ondersteuning bij veranderingsprocessen 102
  - 4.5 Samenvatting 104

## DEEL II **GEBRUIK SIGNALEREN** 107

### **EN ANALYSEREN**

- 5 Signaleren en bespreekbaar maken 109**
  - 5.1 Het belang van tijdig herkennen en bespreken van gebruik 109
  - 5.2 Onjuiste veronderstellingen over middelengebruik 111
  - 5.3 Signalen van gebruik bij cliënten met een LVB 113
  - 5.4 Voorwaarden voor het bespreekbaar maken 116
  - 5.5 Bespreken van gebruik met de cliënt 121
  - 5.6 Begeleiden van cliënten die middelen gebruiken 125
  - 5.7 Samenvatting 129
- 6 Analyse van gebruik 131**
  - 6.1 In kaart brengen van het gebruik 131
  - 6.2 Inventariseren van bijkomende problemen 144
  - 6.3 Inventariseren van beschermende factoren 151
  - 6.4 Functieanalyse van middelengebruik 154
  - 6.5 Samenvatting 157

## DEEL III **BEHANDELING** 159

- 7 Doelen stellen 161**
  - 7.1 Het belang van een doel 161
  - 7.2 Haalbare doelen 163
  - 7.3 Doelen ten aanzien van het middelengebruik 166
  - 7.4 Doelen ten aanzien van andere levensgebieden 170

|           |                                                                         |            |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| 7.5       | Van doelen naar een plan                                                | 172        |
| 7.6       | Samenvatting                                                            | 175        |
| <b>8</b>  | <b>Behandeling van verslaving bij cliënten met een LVB</b>              | <b>177</b> |
| 8.1       | Verschillende soorten behandeling                                       | 178        |
| 8.2       | Vergroten van de mogelijkheid tot verandering van gebruik               | 184        |
| 8.3       | De basis van behandeling: kennis, inzicht, vaardigheden en samenwerking | 192        |
| 8.4       | Ambulante verslavingszorg                                               | 194        |
| 8.5       | Ambulante behandeling buiten de verslavingszorg                         | 206        |
| 8.6       | Samenvatting                                                            | 209        |
| <b>9</b>  | <b>Triplediagnose</b>                                                   | <b>211</b> |
| 9.1       | Dubbeldiagnose, triplediagnose en bijkomende problemen                  | 211        |
| 9.2       | Diagnostiek van dubbel- en triplediagnose                               | 216        |
| 9.3       | Behandeling van dubbel- en triplediagnose                               | 227        |
| 9.4       | Samenwerken in integrale diagnostiek en behandeling                     | 236        |
| 9.5       | Samenvatting                                                            | 239        |
| <b>10</b> | <b>Klinische behandeling</b>                                            | <b>241</b> |
| 10.1      | Klinische opname voor behandeling van verslaving                        | 241        |
| 10.2      | Wel of niet klinisch behandelen?                                        | 242        |
| 10.3      | Verschillende soorten klinische behandeling                             | 246        |
| 10.4      | Handreikingen voor klinische behandeling                                | 255        |
| 10.5      | Samenvatting                                                            | 260        |
| <b>11</b> | <b>Onvrijwillige behandeling en bemoeizorg</b>                          | <b>263</b> |
| 11.1      | Dwang en drang in de verslavingszorg                                    | 263        |
| 11.2      | Behandelen in een strafrechtelijk kader                                 | 266        |
| 11.3      | Behandelen in een gedwongen kader                                       | 271        |
| 11.4      | Bemoeizorg, (F)ACT en sociale verslavingszorg                           | 278        |
| 11.5      | Samenvatting                                                            | 286        |
| <b>12</b> | <b>Consolidatie en terugvalpreventie</b>                                | <b>287</b> |
| 12.1      | Doelen behalen en vasthouden                                            | 287        |
| 12.2      | Hoe ontstaat een terugval?                                              | 292        |

|      |                   |     |
|------|-------------------|-----|
| 12.3 | Terugvalpreventie | 292 |
| 12.4 | Vervolgzorg       | 296 |
| 12.5 | Samenvatting      | 298 |

## DEEL IV **BELEID EN PREVENTIE** 301

### **13 Wet- en regelgeving over middelen, zorg en behandeling** 303

|      |                                              |     |
|------|----------------------------------------------|-----|
| 13.1 | Wet- en regelgeving over middelen            | 303 |
| 13.2 | Wet- en regelgeving over zorg en behandeling | 308 |
| 13.3 | Mentorschap, bewindvoering en curatele       | 319 |
| 13.4 | Samenvatting                                 | 321 |

### **14 Preventie en beleid** 323

|      |                                                    |     |
|------|----------------------------------------------------|-----|
| 14.1 | Preventie                                          | 323 |
| 14.2 | Integraal middelenbeleid                           | 325 |
| 14.3 | Integraal middelenbeleid in LVB-zorg               | 331 |
| 14.4 | Integraal middelenbeleid binnen de verslavingszorg | 340 |
| 14.5 | Samenvatting                                       | 344 |

|           |                                 |     |
|-----------|---------------------------------|-----|
| Bijlage 1 | Effecten van middelen           | 346 |
| Bijlage 2 | Eerste hulp bij middelengebruik | 354 |
| Bijlage 3 | Wetgeving over middelen         | 356 |

|            |     |
|------------|-----|
| Literatuur | 362 |
| Register   | 369 |
| Personalia | 377 |

## LIJST VAN AFKORTINGEN

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AA                  | Anonieme Alcoholisten (Ned.), Alcoholics Anonymous (Int.)                                                                                                                                                                                                                                     |
| AAIDD               | American Association on Intellectual and Developmental Disabilities                                                                                                                                                                                                                           |
| ACT                 | Assertive Community Treatment                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ADH2-gen            | Alcohol-dehydrogenase-2-gen                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ADHD                | Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis                                                                                                                                                                                                                                                |
| AUDIT               | Alcohol Use Disorders Identification Test                                                                                                                                                                                                                                                     |
| AVG                 | Arts voor Verstandelijk Gehandicapten                                                                                                                                                                                                                                                         |
| AWBZ                | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten                                                                                                                                                                                                                                                          |
| BAC                 | Breath Alcohol Content; ook: Bloed Alcohol Concentratie                                                                                                                                                                                                                                       |
| BHV                 | Bedrijfshulpverlening                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Bopz                | Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen                                                                                                                                                                                                                                      |
| CAGE                | Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener (vragenlijst naar alcoholproblemen)                                                                                                                                                                                                                     |
| CBR                 | Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen                                                                                                                                                                                                                                                       |
| CCE                 | Centrum voor Consultatie en Expertise                                                                                                                                                                                                                                                         |
| CIZ                 | Centrum Indicatiestelling Zorg                                                                                                                                                                                                                                                                |
| CGT+                | Cognitieve Gedragstherapie - Plus                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Cluster 3-onderwijs | Scholen voor kinderen met lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen, zeer moeilijk lerende kinderen en langdurig zieke kinderen met een lichamelijke handicap, kinderen met epilepsie en meervoudig gehandicapte kinderen die zeer moeilijk leren, in combinatie met een andere handicap. |
| Cluster 4-onderwijs | Scholen voor kinderen met ernstige gedragsproblemen en/of psychiatrische problemen en voor kinderen ver-                                                                                                                                                                                      |

|           |                                                                                |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------|
|           | bonden aan pedologische instituten.                                            |
| COPD      | Chronic Obstructive Pulmonary Disease                                          |
| CRA       | Community Reinforcement Approach                                               |
| CRHR1-gen | Corticotropin-Releasing Hormone Receptor 1-gen                                 |
| DBBC      | Diagnosebehandel- en beveiligingscombinaties                                   |
| DBC       | Diagnosebehandelcombinatie                                                     |
| DD        | Dubbeldiagnose                                                                 |
| DHW       | Drank- en Horecawet                                                            |
| DIMS      | Drugsinformatie- en Monitoringsysteem                                          |
| DM-ID-2   | Diagnostic Manual – Intellectual Disability Tweede versie                      |
| DRD2-gen  | Dopaminereceptor D2-gen                                                        |
| DSM-IV    | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.                 |
| DSM-5     | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.                 |
| DUDIT     | Drug Use Disorders Identification Test                                         |
| EHBO      | Eerste Hulp Bij Ongelukken                                                     |
| EMA       | Educatieve Maatregel Alcohol                                                   |
| EMDR      | Eye Movement Desensitization and Reprocessing                                  |
| ESSEON-R  | Experimentele Schaal voor het Sociaal-emotioneel Ontwikkelingsniveau - Revisie |
| FACT      | Functionele Assertive Community Treatment                                      |
| FAS       | Foetaal Alcoholsyndroom                                                        |
| FPA       | Forensisch Psychiatrische Afdeling                                             |
| FPC       | Forensisch Psychiatrisch Centrum                                               |
| FPK       | Forensisch Psychiatrische Kliniek                                              |
| GGD       | Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst                          |
| ggz       | geestelijke gezondheidszorg                                                    |
| GHB       | Gamma-hydroxyboterzuur                                                         |
| HASI      | Hayes Ability Screening Index                                                  |
| ibs       | inbewaringstelling                                                             |
| IFZO      | Informatiesysteem Forensische Zorg                                             |
| IGZ       | Inspectie voor de Gezondheidszorg                                              |
| IMC       | Intramuraal Motivatiecentrum                                                   |
| IQ        | Intelligentie Quotiënt                                                         |
| ISD       | Inrichting voor Stelselmatige Daders                                           |

|                    |                                                                              |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| KAIT               | Kaufman Adolescent and Adult Intelligence Test                               |
| lsd                | lysergeenzuurdiëthylamide                                                    |
| LVB                | Lichte Verstandelijke Beperking                                              |
| MATE               | Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie                                 |
| MEE*               | Vereniging voor ondersteuning bij leven met een beperking                    |
| MFC                | Multifunctionele Behandelcentra                                              |
| MINI               | Mini International Neuropsychiatric Interview                                |
| MoCa               | Montreal Cognitive Assessment                                                |
| MS                 | Multiple Sclerose                                                            |
| OBC                | Orthopedagogische Behandelcentra                                             |
| OBM                | Ontzegging Bevoegdheid tot besturen Motorvoertuigen                          |
| PAAZ               | Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis                                  |
| PI                 | Penitentiaire Inrichting                                                     |
| PIQ                | Performaal IQ                                                                |
| PPC                | Penitentiair Psychiatrisch Centrum                                           |
| PRI                | Perceptueel Redeneren Index                                                  |
| PTSS               | Posttraumatische-stressstoornis                                              |
| RIBW               | Regionale Instelling voor Beschermd Wonen                                    |
| RIVM               | Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu                                |
| RM                 | Rechterlijke Machtiging                                                      |
| SCIL               | Screeener voor Intelligentie en Lichte verstandelijke beperking              |
| SCP                | Sociaal en Cultureel Planbureau                                              |
| SEO-R <sup>2</sup> | Schaal voor Emotionele Ontwikkeling - Revisie                                |
| SES                | Sociaal-economische Status                                                   |
| SGLVG              | Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt                        |
| SMART              | Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden                   |
| SRZ-P              | Sociale Redzaamheidsschaal voor Verstandelijk Gehandicapten van Hoger Niveau |
| SumID-Q            | Substance Use and Misuse in Intellectual Disability – Questionnaire          |
| tbs                | terbeschikkingstelling                                                       |
| THC                | Tetrahydrocannabinol                                                         |
| TIQ                | Totaal IQ                                                                    |
| VB                 | Verstandelijke Beperking                                                     |
| VBI                | Verbaal Begrip Index                                                         |

|        |                                                    |
|--------|----------------------------------------------------|
| VG     | Verstandelijk Gehandicapten                        |
| VIQ    | Verbaal IQ                                         |
| VsI    | Verwerkingssnelheid Index                          |
| WAIS   | Wechsler Adult Intelligence Scale                  |
| Wajong | Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten |
| WGBO   | Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst   |
| WgI    | Werkgeheugen Index                                 |
| WHO    | World Health Organization                          |
| Wlz    | Wet langdurige zorg                                |
| Wmo    | Wet maatschappelijke ondersteuning                 |
| WvGGZ  | Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg         |
| WvSr   | Wetboek van Strafrecht                             |
| WVW    | Wegenverkeerswet                                   |
| WZD    | Wet zorg en dwang                                  |
| xtc    | ecstasy                                            |
| Zvw    | Zorgverzekeringswet                                |

\* Deze term is geen afkorting maar een eigennaam.

## INLEIDING

Verslavende middelen zoals tabak, alcohol en drugs zijn niet meer weg te denken uit een moderne en open maatschappij als de onze. Deze middelen worden door velen met mate gebruikt als genotsmiddel, maar er zijn ook mensen die er verslaafd aan raken. Steeds meer wordt duidelijk dat jeugdigen en volwassenen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) tot de risicogroepen behoren.

Mensen met een LVB maken in toenemende mate deel uit van de maatschappij (participatie) en komen vanzelfsprekend in aanraking met tabak, alcohol en drugs. Als we met cliënten spreken over hun gebruik, dan horen we vaak: 'Iedereen gebruikt toch?' Mensen met een LVB willen net als iedereen een zo gewoon mogelijk leven leiden. Daar hoort ook het gebruik van middelen bij.

In dit boek gaan we in op middelengebruik, en vooral ook op problematisch middelengebruik en verslaving bij mensen met een LVB. Met de term 'verslaving' wordt doorgaans tot uitdrukking gebracht dat de gebruiker van middelen de nadelige gevolgen ervan ervaart en dat het hem maar niet goed lukt om met het gebruik te stoppen. We gebruiken in dit boek de term 'verslaving' als verzamelterm voor verschillende problemen door gebruik. Dit sluit aan bij het hoofdstuk 'Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen' van de recentste versie van de DSM (DSM-5) (zie hoofdstuk 1). Tegenwoordig wordt de term 'verslaving' ook gebruikt voor niet-middelengebonden verslavingen, zoals gokken, overmatig internetten en een eet- of seksverslaving. Deze zogenaamde *behavioral addictions* hebben voor een deel vergelijkbare gevolgen voor de verslaafde en zijn omgeving, en gaan met vergelijkbare veranderingen in hersenfuncties gepaard. In dit boek beperken we ons echter tot middelengebonden problematiek.

Hoewel verslaving van alle tijden is, zijn de visies op en verklaringen voor verslaving in de loop van de tijd veranderd. Tegenwoordig vatten we verslaving op als een chronische ziekte. Verslaving ontwikkelt zich geleidelijk in iemands leven. De balans tussen de voor- en nadelen van gebruik is doorgeslagen ten gunste van de nadelen en de controle over het gebruik is verminderd. Bij mensen met een LVB spelen dezelfde mechanismen bij de verslaving een rol als bij verslaafden zonder een beperking. Het aantal risicofactoren voor verslaving onder deze doelgroep is waarschijnlijk groter. Ook de gevolgen van de verslaving op lichamelijk, psychisch en sociaal-maatschappelijk gebied zijn niet zelden ernstiger.

Verslaving als chronische ziekte betekent overigens niet dat de patiënt met verslaving geen actieve rol zou kunnen hebben in zijn herstel of poging om zijn leefsituatie te verbeteren. Net als bij veel andere chronische aandoeningen is de inzet van de patiënt belangrijk voor de kans op en de mate van herstel. Bij cliënten met een LVB is daarnaast vaak een forse inspanning van de omgeving nodig. Organisaties binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG-zorg) weten zich echter vaak geen raad met cliënten die middelen gebruiken. Aan de andere kant komt het nog regelmatig voor dat een LVB niet wordt opgemerkt bij een cliënt die is aangemeld binnen de verslavingszorg; dit geldt overigens ook voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en justitie. Dit kan ertoe leiden dat deze persoon niet de hulp krijgt die nodig is of dat de geboden hulp zonder resultaat blijft. Hulpverleners die werken met cliënten met een LVB ontberen vaak de kennis over de combinatie LVB en verslaving. Voorts wordt niet altijd rekening gehouden met de inbreng van de cliënt zelf, zijn wensen, mogelijkheden, beperkingen en behoeften wat betreft de bejegening en behandeling van de verslaving. Dit alles heeft tot gevolg dat de cliënt met een LVB en verslaving verstoken blijft van (effectieve) hulpverlening.

Inmiddels is er wel een toenemend aantal behandelmethoden die effectief zijn gebleken in het verminderen van de verslaving en de gevolgen ervan bij mensen zonder een verstandelijke beperking. Om ervoor te zorgen dat deze methoden ook werkzaam zijn bij mensen met een LVB, moeten deze worden aangepast en toegesneden op de kenmerken van deze doelgroep. De afgelopen jaren is er in Nederland een aantal

belangrijke stappen gezet in de ontwikkeling van behandelprotocollen voor mensen met een LVB (zie hoofdstuk 8). Aanpassing van methoden aan mensen uit de doelgroep is echter niet altijd voldoende. Cliënten met een LVB en verslaving bevinden zich regelmatig op het snijvlak van de sectoren van justitie, verslavingszorg, VG-zorg en ggz. Dit betekent dat organisaties binnen en buiten deze sectoren bereid moeten zijn om samen te werken. Niet in de laatste plaats zullen organisaties beleid moeten ontwikkelen over hoe om te gaan met (problematisch) gebruik van alcohol- en/of drugs van hun cliënten.

In dit boek geven wij handreikingen en tips voor het aanpassen van beleid en methodieken aan mensen met een LVB binnen de verslavingszorg en VG-zorg. Het doel is om de lezer zo breed mogelijk te informeren over aspecten van verslaving die we tegenkomen bij jeugdigen en volwassenen met een LVB. Het gaat hierbij niet alleen om wat LVB is en hoe methodieken kunnen worden aangepast aan deze mensen, maar ook hoe het gehele spectrum van signalering en bespreken van gebruik tot en met gedwongen opname eruit ziet, welke wettelijke regelingen er zijn en onder welke voorwaarden de behandeling het best kan plaatsvinden.

Dit boek is bedoeld voor hulpverleners die zijn betrokken bij de behandeling van verslaving bij jeugdigen en volwassenen met een LVB, zoals gedragsdeskundigen (orthopedagogen, psychologen, gz-psychologen), sociotherapeuten, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, groepsleiders, psychodiagnostici en psychiaters. Ook voor beleidsmakers en managers is dit boek geschikt, evenals voor hen die werken binnen de VG-zorg, ggz, jeugdzorg, verslavingszorg en justitie. Het boek kan tevens worden gebruikt als lesmateriaal voor hbo- en universitaire opleidingen en postmastercursussen.

Bij de tweede editie van dit handboek verschijnt ook een casusboek met verhalen uit de praktijk. De waargebeurde casussen illustreren de informatie uit dit handboek. Casus- en handboek vullen elkaar dus aan, en vormen door dezelfde hoofdstukindeling en door kruisverwijzingen één geheel.

## Leeswijzer

Het boek bestaat uit vier delen. Deel I bestaat uit vier hoofdstukken en geeft achtergrondinformatie over LVB en verslaving. Hoofdstuk 1 geeft informatie over wat een LVB is en welke consequenties dit heeft voor de behandeling en begeleiding. In hoofdstuk 2 wordt beschreven welke middelen er zijn, hoe alcohol en drugs worden gebruikt en welke effecten deze middelen hebben op de gebruiker. In hoofdstuk 3 komen de factoren aan bod die zowel bij het ontstaan als bij het voortbestaan van verslavingsproblemen een rol spelen. Daarnaast staan we stil bij de positieve en negatieve consequenties van gebruik voor de cliënt. In hoofdstuk 4 geven we een antwoord op de vraag waarom het voor veel mensen lastig is om hun gebruik te stoppen.

Deel II gaat over het signaleren en bespreken van gebruik, het begeleiden van gebruikende cliënten en het analyseren van gebruik. In hoofdstuk 5 beschrijven wij signalen die kunnen wijzen op gebruik bij de cliënt en methoden waarmee gebruik kan worden gesignaleerd door hulpverleners. In hoofdstuk 6 staan methoden waarmee op gebruik kan worden gescreend centraal, en hoe de functie van de verslaving kan worden vastgesteld en eventueel bijkomende problemen kunnen worden geïnventariseerd.

Deel III gaat over behandeling en bestaat uit zes hoofdstukken. In hoofdstuk 7, over doelen stellen, geven we handreikingen voor het vaststellen van doelen en voorbeelden van onderwerpen die kunnen worden opgenomen in een plan van aanpak. Hoofdstuk 8 geeft een introductie op enkele behandelmethodieken uit de verslavingszorg, zoals motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken,

trainingen en ambulante verslavingsbehandeling. In dit hoofdstuk wordt ook stilgestaan bij de vraag hoe hulpverleners de methodieken kunnen afstemmen op de behoeften en mogelijkheden van cliënten met een LVB. Hoofdstuk 9 gaat over de behandeling van tripleproblematiek, waarbij LVB, verslaving en een psychiatrische stoornis in combinatie voorkomen bij een cliënt. Naast ambulante behandeling zijn er vormen van klinische behandeling. Daarover gaat hoofdstuk 10. In hoofdstuk 11 bespreken we de mogelijkheden van onvrijwillige hulp en bemoeizorg. Hoofdstuk 12 gaat over het bestendigen en consolideren van de resultaten van behandeling en methodieken waarmee wordt getracht een terugval te voorkomen.

Deel IV, ten slotte, gaat over beleid en preventie en beslaat twee hoofdstukken. In hoofdstuk 13 beschrijven we hoe in de Nederlandse wetgeving en het beleid ten aanzien van middelengebruik naast het handhaven van de openbare orde ook de bescherming van en zorg voor de gebruiker centraal staan. In hoofdstuk 14 worden verschillende vormen van preventie beschreven en geven we handreikingen voor het ontwikkelen en implementeren van een integraal beleid voor organisaties binnen de verslavingszorg en VG-zorg.

De informatie in dit boek is een afspiegeling van onze kennis over dit thema. De informatie is gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek, allerlei zorgvernieuwingsprogramma's en onze ervaringen met de behandeling van cliënten met een LVB en verslaving. Het wetenschappelijk onderzoek op dit gebied staat nog steeds in de kinderschoenen, ook in internationaal opzicht, hoewel het aantal studies op dit terrein gestaag groeit. In de praktijk is een toenemend aantal organisaties bezig met het ontwikkelen van behandelprogramma's en -modules en instrumenten voor de screening en diagnostiek van verslaving die geschikt zijn voor mensen met een LVB. Met dit boek beogen wij een stimulans te geven aan de verdere verbetering van de zorg voor en behandeling van mensen met een LVB die verslaafd zijn.

#### *Noot bij de herziene versie*

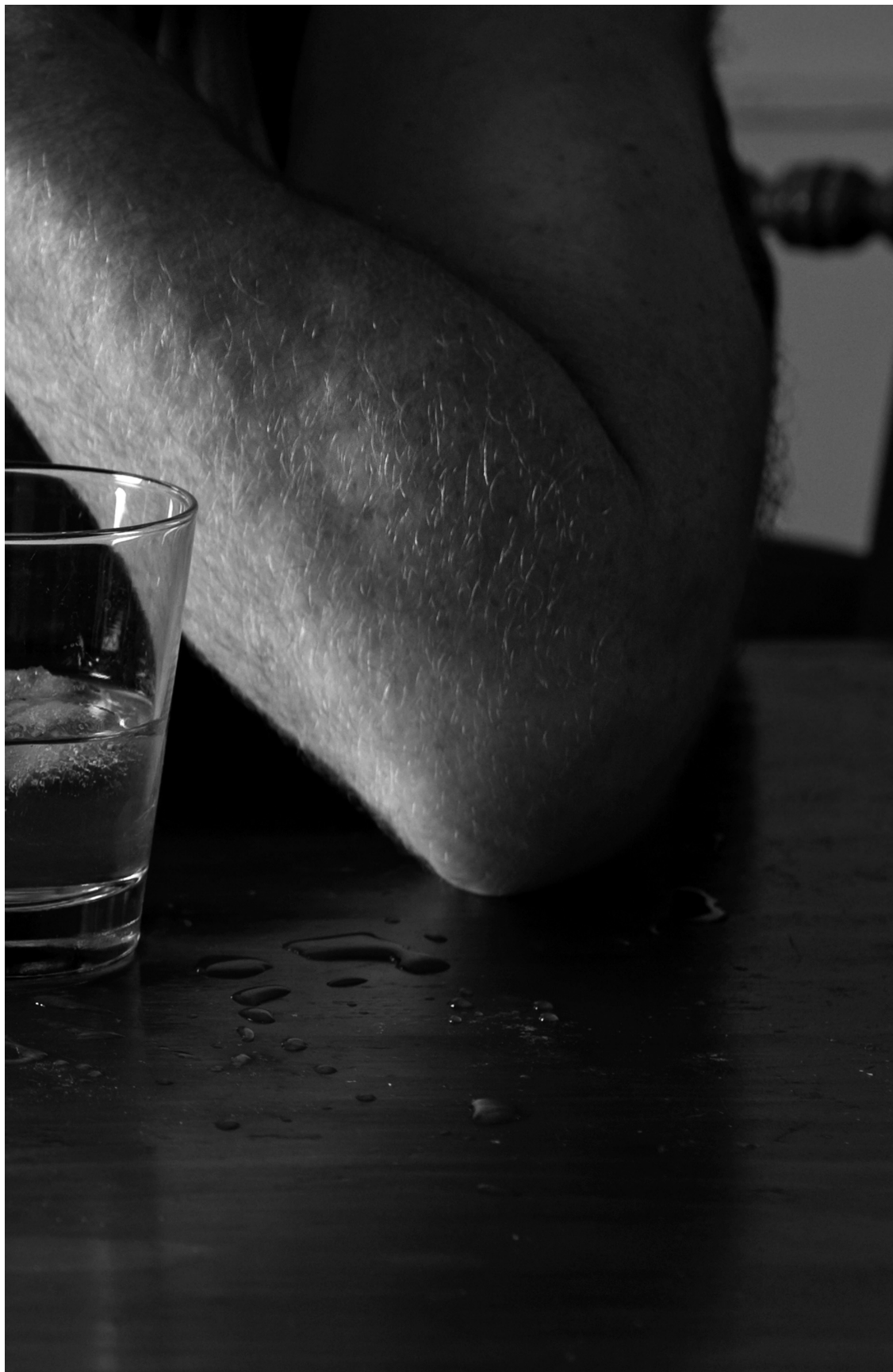
Sinds de publicatie van de eerste editie van dit boek zijn er wijzigingen geweest in het classificatiesysteem van psychiatrische stoornis-

sen (DSM-5), en in wet- en regelgeving. Definities en criteria voor zowel verstandelijke beperking als verslaving zijn in de recentste versie van de DSM (DSM-5) gewijzigd, en enkele nieuwe wetten en regels zijn van kracht geworden. Deze wijzigingen hebben wij doorgevoerd in de herziene versie van het boek. In de DSM-5 zijn ook niet-middelgerelateerde verslavingen zoals pathologisch gokken opgenomen in het hoofdstuk 'Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen'. Wij hebben ons in dit boek echter beperkt tot de middelengebonden verslavingen. Voor het overige is de inhoud van het boek aangepast aan recente ontwikkelingen op het gebied van bijvoorbeeld methoden en instrumenten voor de diagnostiek van de verstandelijke beperking en de verslaving, en op het gebied van de behandeling van verslaving bij mensen met een LVB.

*Oktober 2017*

*Joanneke van der Nagel, Marion Kiewik en Robert Didden*





DEEL I

**LVB EN  
VERSLAVING**



# 1 LICHTE VERSTANDELIJKE BEPERKING

De term ‘verstandelijke beperking’ is bij vrijwel iedereen bekend maar wordt uiteenlopend geïnterpreteerd. Daarnaast worden ook andere termen gehanteerd, waardoor spraakverwarring kan ontstaan. Zo wordt er binnen de verslavingszorg en ggz nog regelmatig gesproken van ‘benedengemiddelde intelligentie’, ‘laagbegaafdheid’ of ‘mentale retardatie’, terwijl binnen de gehandicaptensector de term ‘lichte verstandelijke beperking’ wordt gebruikt. In dit hoofdstuk geven we een definitie van een (lichte) verstandelijke beperking (LVB), bespreken we kenmerken van LVB en de mogelijke risico’s die mensen met een LVB lopen op (problematisch) middelengebruik. Ook gaan we in op de typen zorg die binnen de gehandicaptensector worden geboden. Ten slotte noemen wij een aantal aandachtspunten waarmee in de bejegening van mensen met een LVB rekening moet worden gehouden.

## 1.1 Wat is een lichte verstandelijke beperking?

De term ‘lichte verstandelijke beperking’ zou kunnen suggereren dat er sprake is van lichte problemen. Het woord ‘lichte’ is echter misleidend omdat de verstandelijke beperking vaak ernstige gevolgen heeft voor het functioneren van de cliënt. In deze paragraaf gaan we nader in op de definitie van LVB, het aantal mensen met een LVB en het functioneren van mensen met een LVB.

## Een definitie van (lichte) verstandelijke beperking

Het niveau van intelligentie (of de hoogte van het intelligentiequotient (IQ)) is relevant, maar niet het enige of belangrijkste bij de vraag of iemand een verstandelijke beperking heeft. Ook de mate waarin iemand zich kan redden in de samenleving moet hierin worden meegenomen. De American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (Schalock et al., 2010) hanteert de volgende definitie van een verstandelijke beperking:

Een verstandelijke beperking verwijst naar functioneringsproblemen die worden gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als het adaptieve gedrag zoals dat tot uitdrukking komt in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. De functioneringsproblemen ontstaan vóór de leeftijd van 18 jaar.

Internationaal zijn er afspraken gemaakt over wanneer een classificatie verstandelijke beperking wordt toegekend. Deze criteria staan beschreven in classificatiesystemen zoals de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vijfde editie* (DSM-5; APA, 2014). De verstandelijke beperking valt hierin onder de neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en wordt ook wel aangeduid met ‘verstandelijke-ontwikkelingsstoornis’. In vergelijking met de DSM-IV-TR valt op dat er veel minder nadruk ligt op het IQ, ten gunste van het sociaal aanpassingsvermogen. Overigens blijven resultaten van een IQ-test belangrijk, maar ze staan niet meer op de voorgrond. De DSM-5-criteria vallen grotendeels samen met de definitie zoals de AAIDD deze hanteert: Er zijn beperkingen in het intellectueel of verstandelijk functioneren en in het adaptief functioneren. Deze uiten zich in drie domeinen: het conceptuele domein (onder andere geheugen, rekenen en problemen oplossen), het sociale domein (onder andere communicatieve vaardigheden en relaties aangaan), en het praktische domein (onder andere zelfzorg en vrijetijdsbesteding). Het begin van de verstandelijke beperking ligt in de ontwikkelingsperiode.

Hoewel IQ-gegevens minder op de voorgrond staan in de DSM-5, worden ze in de praktijk nog vaak gebruikt. Op basis van de hoogte van het IQ worden vier niveaus van een verstandelijke beperking onderscheiden (zie tabel 1.1).

Tabel 1.1 Niveaus van verstandelijke beperking op basis van IQ (DSM-IV-TR)

| <b><i>IQ-niveau</i></b> | <b><i>Mate van beperking</i></b>  |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 50/55 – 70              | lichte verstandelijke beperking   |
| 35/40 – 50/55           | matige verstandelijke beperking   |
| 20/25 – 35/40           | ernstige verstandelijke beperking |
| 20/25 of lager          | diepe verstandelijke beperking    |

De problemen in het dagelijks functioneren lopen voor mensen met verschillende niveaus van beperking sterk uiteen. Iemand met een LVB kan bijvoorbeeld moeite hebben met lezen en schrijven, terwijl een persoon met een ernstige verstandelijke beperking moeite heeft met basale zelfzorg zoals zelfstandig eten of aan- en uitkleden. Ook tussen mensen met *hetzelfde* niveau van een verstandelijke beperking kunnen aanzienlijke verschillen bestaan. Levenservaring, sociale context en bijkomende problemen maar ook emotioneel niveau (zie hierna) spelen daarbij een rol. Zo is iemand met een IQ van 60 en een jarenlange alcoholverslaving in zijn gedrag en cognitief functioneren op veel punten anders dan iemand met hetzelfde IQ maar zonder deze bijkomende stoornis. Daarnaast kan bijvoorbeeld iemand met een IQ van 65 weliswaar een lagere intelligentie hebben dan iemand met een IQ van 80, maar wat betreft sociale of praktische vaardigheden gelijk of beter functioneren.

CASUS: GELIJK NIVEAU, VERSCHILLENDE CAPACITEITEN  
Henk woont in een eigen appartement en wordt ambulant begeleid. Hij heeft een lichte verstandelijke beperking. Zijn vader was vroeger wethouder van een nabijgelegen gemeente. Henk heeft vier broers en zussen, met wie hij altijd veel heeft opgetrokken. Thuis werd ondanks zijn beperking ook van Henk verwacht dat hij meehielp met tafeldekken, afwassen en dat hij zelf zijn kamer

opruimde. Zijn oudere zus heeft hem leren koken. Dat doet hij nog steeds graag. Af en toe nodigt hij zijn hele familie uit om bij hem te komen eten. Henk presenteert zich als een man van de wereld, gaat met een aktetas achter op de fiets naar zijn werk. Hij werkt op de montageafdeling van de sociale werkvoorziening. Lucy is de buurvrouw van Henk. Ook zij heeft een lichte verstandelijke beperking. Omdat haar ouders ook beperkt waren en niet voor haar konden zorgen, is zij al op jonge leeftijd uit huis geplaatst. Lucy is daardoor opgegroeid in internaten. Ze is gewend aan het wonen in groepen en aan de aanwezigheid van professionele begeleiding. Ze heeft meer moeite met persoonlijk contact, en met het zelfstandig maken van keuzes. Lucy wacht liever af totdat iemand haar zegt wat er van haar wordt verwacht. Lucy vraagt daarom nogal wat ondersteuning bij zorg voor de huishouding, daginvulling en vrijetijdsbesteding. Ze bezoekt een dagactiviteitencentrum, waar ze het liefst schildert en breit.

Ook wat betreft de classificatie 'zwakbegaafdheid' is er een verschil tussen de DSM-IV-TR en DSM-5. Terwijl de DSM-IV-TR nog IQ-grenzen (70-85) hanteerde, wordt in de DSM-5 de zwakbegaafdheid als V-code genoemd, waarbij criteria ten aanzien van het IQ zijn komen te vervallen. In de praktijk worden ook bij zwakbegaafdheid nog vaak de IQ-grenzen van de DSM-IV-TR gebruikt. Het algehele functioneren van mensen die zwakbegaafd zijn vertoont echter belangrijke overeenkomsten met dat van mensen met een LVB. Dit geldt vooral voor mensen met zwakbegaafdheid en bijkomende problemen, zoals een psychiatrische stoornis of sociaal-maatschappelijke problemen. Cliënten met zwakbegaafdheid profiteren daarom doorgaans meer van behandelingen en een bejegeningstijl die geschikt zijn voor mensen met een LVB dan van behandelingen en een bejegeningstijl gericht op mensen met een gemiddeld IQ. In Nederland worden mensen die zwakbegaafd zijn en bijkomende psychische en sociaal-maatschappelijke problematiek hebben dan ook gerekend tot de doelgroep van LVB. Waar wij in dit boek LVB schrijven, bedoelen we zodoende ook mensen met zwakbegaafdheid en bijkomende problemen.

## **Aantal mensen met een (lichte) verstandelijke beperking**

We weten niet precies hoeveel mensen met een lichte verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid er in Nederland zijn. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) schat dat er in Nederland in 2013 ongeveer 142.000 mensen met een verstandelijke beperking en 1,4 miljoen mensen met zwakbegaafdheid waren. Bij een deel van de mensen met een LVB is de beperking nooit formeel vastgesteld. Een ander deel is wel als zodanig gediagnosticeerd, maar krijgt geen specifieke LVB-zorg. Hoewel het aantal personen met zwakbegaafdheid dat een beroep doet op LVB-voorzieningen toeneemt, krijgt het overgrote deel van deze groep geen LVB-zorg.

## **Intellectueel functioneren**

In de definitie van de AAIDD is een significante beperking van het intellectueel functioneren een van de kenmerken van een verstandelijke beperking. Intelligentie is het vermogen om relaties tussen personen, situaties of gebeurtenissen te begrijpen, problemen op te lossen en zich aan te passen aan nieuwe situaties. Dit soort vaardigheden kan worden gemeten met intelligentietests. Enkele voorbeelden van intelligentietests (IQ-tests) die regelmatig worden gebruikt bij mensen met een LVB zijn de *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS) en de *Kaufman Adolescent and Adult Intelligence Test* (KAIT). Zo heeft de WAIS-III meerdere subtests, die in twee hoofdgroepen kunnen worden ingedeeld: een verbaal of talig deel (verbaal IQ (VIQ)) en een performaal deel (performaal IQ (PIQ)). Het verbale deel meet hoe een persoon taal begrijpt en gebruikt. Een voorbeeld is de woordenschat van de persoon. Bij het performale deel krijgt de persoon opdrachten die hij moet uitvoeren, zoals het namaken van een blokpatroon of het ordenen van plaatjes tot een logisch verhaal. Het performale deel vraagt om inzicht en vaardigheden die voor het oplossen van een probleem nodig zijn, zoals ruimtelijk en praktisch inzicht. Inmiddels is de WAIS-IV verschenen en deze versie wijkt op een aantal punten af van de WAIS-III, zoals op de factor- en indexstructuur. Zo kent de WAIS-IV vijftien subtests die de factoren Verbaal Begrip (VBI), Perceptueel Redeneren (PRI), Werkgeheugen (Wgl) en Verwerkingssnelheid (Vsl) meten. De subtests uit de VBI meten verbale vaardigheden die redeneren, begrip en

conceptualisering vereisen; de subtests uit de PRI meten non-verbaal redeneren en perceptuele organisatie; de subtests uit de WgI meten het werkgeheugen (specifieker: de simultane en sequentiële verwerking), aandacht en concentratie, en de subtests uit de Vsl meten de snelheid van mentale en grafomotorische verwerking.

De KAIT bestaat uit twee andere onderdelen: het *fluid*-deel en het *crystallized*-deel. Het fluid-deel meet vaardigheden als abstract redeneren, associatief leren, verbaal begrip en perceptuele organisatie. Het crystallized-deel meet de mate waarin iemand processen kan integreren, problemen kan oplossen, kan conceptualiseren en redeneren. Met de hiervoor genoemde intelligentietests kan ook een totaal IQ (TIQ) worden berekend. Het totaal IQ geldt als globale maat voor het intellectueel functioneren.

De beperkingen in het intellectueel functioneren van mensen met een LVB hebben betrekking op een scala aan cognitieve functies. Ze hebben consequenties voor het (dagelijks) functioneren, voor het leren op school, maar ook daarbuiten, zoals voor een (verslavings)behandeling. Zo is bij veel cliënten het (werk)geheugen beperkt. Het verbaal kortetermijngeheugen (onthouden van wat iemand zegt) is doorgaans zwakker dan het visueel-ruimtelijk kortetermijngeheugen (onthouden van wat je ziet). Dit betekent dat het gangbare aanbod vanuit de verslavingszorg regelmatig niet goed aansluit omdat het te talig is. Ook vinden mensen met een LVB het vaak moeilijk om onderscheid te maken tussen hoofd- en bijzaken. Zij kunnen daardoor minder gemakkelijk de kern uit een brij van informatie halen (moeite met informatieverwerking). Veel informatie die in één keer wordt aangeboden beklijft niet.

Leerprocessen verlopen langzamer bij mensen met een LVB, en er is meer herhaling nodig voordat kennis en vaardigheden beklijven. Het leerproces verloopt het best door concrete ervaringen en vanuit herkenbare voorbeelden. Het begrip en gebruik van abstracte begrippen en het denken in hypothetische situaties ('Stel dat ...') is vaak beperkt. Daarbij komt dat mensen met een LVB minder gemakkelijk oorzaak-gevolgrelaties kunnen leggen. Consequenties van eigen gedrag en keuzes en inzicht in complexe situaties is daardoor beperkt. Ook hebben ze problemen met organiseren, plannen en beredeneerd keuzes maken (executieve functies).

Het handelen wordt daardoor meer bepaald door behoeften, impulsen en externe invloeden in het hier en nu dan door na te denken over de mogelijke gevolgen op (lange) termijn van een keuze. Mensen met een LVB hebben beperkte mogelijkheden om na te denken over zichzelf of het eigen gedrag aan te sturen of bij te stellen in verschillende sociale situaties (beperkte zelfreflectie en zelfcontrole). Zij kunnen zich moeilijk verplaatsen in wat anderen willen, voelen of van plan zijn. De kans is hierdoor groot dat iemand met een LVB gedrag laat zien dat niet passend is bij een situatie. Daarbij hebben mensen met een LVB moeite om datgene wat ze in de ene situatie (bijvoorbeeld een therapieruimte) leren toe te passen in andere situaties (bijvoorbeeld thuis) te gebruiken (moeite met generalisatie). Dit heeft consequenties voor situaties in het dagelijks leven, maar ook bijvoorbeeld voor de behandeling van verslaving. Nieuwe inzichten of vaardigheden uit de behandeling beklijven niet als de cliënt niet wordt geholpen deze toe te passen in allerlei situaties waarmee hij in het dagelijks leven wordt geconfronteerd.

De hiervoor genoemde kenmerken hangen samen met de stand of fase van de ontwikkeling, de opgedane leerervaringen en eventueel bijkomende stoornissen en kunnen bij mensen met een LVB verschillende problemen opleveren wat betreft ernst of samenhang. Wat voor de een problematisch is, hoeft voor de ander geen problemen op te leveren omdat hij heeft geleerd ermee om te gaan of alternatieven heeft gevonden.

### *Disharmonisch intelligentieprofiel*

Wanneer er een groot verschil zit tussen de prestaties van een cliënt op verschillende onderdelen van een IQ-test, wordt er gesproken van een 'disharmonisch intelligentieprofiel'. Het is dan niet wenselijk op basis van de indexscores een totaal IQ (TIQ) uit te rekenen. In plaats daarvan worden de verschillende indexscores weergegeven, bijvoorbeeld: VBI = 85, PRI = 67, VSL = 68, WGI = 64. Cliënten met een disharmonisch profiel hebben op het ene gebied meer vaardigheden dan op het andere gebied. Door de uiteenlopende vaardigheden is het moeilijk in te schatten wat de cliënt wel en niet kan. Cliënten met een disharmonisch profiel worden dan ook vaak overschat.

#### CASUS: STREETWISE, MAAR MET EEN BEPERKING

Melvin (37 jaar) is sinds jaren in behandeling voor zijn verslaving. Al op 10-jarige leeftijd begon hij met cannabis en alcohol, en vanaf zijn puberteit kwamen daar heroïne en cocaïne bij. Vanaf de brugklas spijbelde hij veel, en kwam hij na vechtpartijen en diefstal in aanraking met justitie. Melvin vertelt dat hij door plaatsing in verschillende (justitiële) jeugdinstellingen zijn school nooit heeft kunnen afmaken. Sinds zijn zeventiende is hij in behandeling bij de verslavingszorg. Van tijd tot tijd geeft hij aan van de 'dope' af te willen en een ander leven te willen opbouwen. Alhoewel bij herhaling het afkicken in de kliniek goed lukt, blijkt het moeilijker om clean te blijven. Melvin is duidelijk een man van de straat: hij heeft een stoere uitstraling, is goed gebekt en weet zich staande te houden in de drugscene. Toch vallen ook zijn minder sterke kanten op. Melvin heeft grote moeite met plannen en organiseren. Hij komt vaak te laat of niet opdagen voor een afspraak, en zijn huishouding en administratie zijn een janboel. Dit soort problemen kan worden toegeschreven aan het verslaafd zijn. Dat geldt niet voor Melvins gebrekkige inzicht in oorzaak-gevolgrelaties, zijn naïviteit en zijn beperkte sociale weerbaarheid. Melvin ziet niet in welke risico's hij loopt als hij tientallen auto's op zijn naam laat zetten. Hij weet medegebruikers niet buiten de deur te houden, ook niet in periodes dat hij zelf clean wil blijven. Een IQ-test (afgenomen nadat Melvin een maand clean is) geeft een onverwacht lage score: Melvins Verbaal Begrip Index is 82, zijn Peceptueel Redeneren Index slechts 63. Melvin blijkt zwakbegaafd te zijn, waarbij een aantal indexscores eerder op LVB-niveau ligt. Door zijn stoere presentatie, streetwise taalgebruik en de verklaring dat zijn problemen door verslaving werden veroorzaakt, werd dat niet eerder opgemerkt.

#### *De beperkte waarde van een IQ-test*

Uitkomsten van een IQ-test dienen met enig voorbehoud te worden gebruikt. De scores op een IQ-test hangen niet alleen af van het cognitieve functioneren van een persoon. Ook andere factoren kunnen van invloed zijn, zoals:

- de gehanteerde test;
- het moment van de dag (vermoeidheid kan een nadelig effect hebben op de prestaties);
- de lichamelijke of psychische gesteldheid van de persoon (somberheid, faalangst of stress);
- visuele of auditieve beperkingen;
- het onder invloed zijn van een middel tijdens de testafname (de persoon kan versuft of ongeconcentreerd zijn door gebruik van verdovende middelen of juist verward door gebruik van bewustzijnsveranderende middelen).

Het is van belang om niet alleen de IQ-score te vermelden op het scoreformulier, maar ook de observaties van het gedrag en de presentatie tijdens een testafname. Op deze wijze ontstaat er een completer beeld van de persoon tijdens de testafname. Daarnaast is de geldigheidsduur van de uitslag van een IQ-test beperkt omdat cliënten zich verder kunnen ontwikkelen, of juist stagneren in hun intellectueel functioneren. Alleen IQ-tests die hooguit twee jaar oud zijn kunnen een redelijke afspiegeling van het huidige intellectueel functioneren geven. Overigens wordt aangeraden niet vaker dan eens per twee jaar te testen, aangezien er bij herhaalde testafname een leereffect kan plaatsvinden.

### **Aanpassingsvermogen**

Hoewel IQ-grenzen in classificatiesystemen (zoals de DSM-IV-TR) worden gebruikt om het niveau van verstandelijke beperking te bepalen, wordt steeds duidelijker dat alleen het IQ niet zoveel zegt over de mate waarin mensen zich kunnen redden in de samenleving. De verandering in denken hierover komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in de gewijzigde definitie en criteria van de DSM-5 (zie hiervoor). Een tweede aspect waar naar moet worden gekeken bij mensen met een verstandelijke beperking is het aanpassingsvermogen (ook wel ‘aanpassingsgedrag’ of ‘adaptief vermogen’ genoemd). Het gaat daarbij om vaardigheden die nodig zijn om in het dagelijks leven en in de maatschappij te functioneren. In de DSM-5-definitie vallen uiteenlopende vaardigheden onder het aanpassingsgedrag: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruikmaken van gemeenschapsvoorzie-

ningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid.

Volgens de DSM-5 moeten er tekorten of beperkingen zijn in het conceptuele, sociale en praktische domein, wil men van een verstandelijke beperking kunnen spreken. Deze domeinen bestrijken de meeste zo niet alle levensgebieden. De term 'lichte verstandelijke beperking' is wat dat betreft dan ook misleidend: zowel op het gebied van intellectueel functioneren als in het aanpassingsvermogen zijn er vaak behoorlijke beperkingen. Deze problemen in het aanpassingsvermogen zien we terug in elk van de drie genoemde domeinen.

### *Beperkingen in conceptuele vaardigheden*

Onder beperkingen in conceptuele vaardigheden worden beperkingen verstaan in bijvoorbeeld taal, lezen, schrijven en rekenen, en in het begrijpen van bijvoorbeeld de waarde van geld. Het taalgebruik (woordenschat, zinsbouw) is vaak beperkt. Veel cliënten weten dit echter te verbloemen door het gebruik van 'moeilijke woorden' of straattaal. Soms valt hierbij op dat de cliënt termen incorrect gebruikt of woorden verkeerd uitspreekt. Naast het beperkte taalgebruik blijft ook het taalbegrip achter. Dit laatste valt vaak niet op in het gewone contact. De cliënt heeft mogelijk niet altijd door dat hij de boodschap mist of zal weinig geneigd zijn aan te geven dat hij iets niet begrijpt. Ook de problemen met lezen en schrijven vallen vaak pas op als daar gericht op wordt gelet. Veel mensen met een LVB kunnen een tekst wel lezen (technisch lezen), maar hebben moeite de inhoud ervan te begrijpen (begrijpend lezen). Teksten in kranten en tijdschriften, bijsluiters van medicijnen, gebruiksaanwijzingen van apparaten maar ook brieven van instanties worden vaak nauwelijks begrepen. Zo is het invullen van formulieren voor hen vaak te hoog gegrepen. Hoewel veel mensen met een LVB kunnen klokkijken, is het tijdsbesef soms wel beperkt. Veel cliënten hebben daarom steun aan een vaste dag- en weekstructuur. Voor anderen geldt dat ze vaak te laat komen, taken vergeten of voor hun planning sterk leunen op anderen. Een beperkt begrip van de waarde van geld en de noodzaak tot budgetteren kan mensen met een LVB in grote problemen brengen. Ook hier zijn er cliënten die profiteren van een duidelijke

structuur, door bijvoorbeeld vaste weekbudgetten voor boodschappen te hanteren.

### *Beperkingen in praktische vaardigheden*

Taken die nodig zijn voor een zelfstandig leven, zoals persoonlijke verzorging, zorg voor het huishouden, reizen en werken, maar ook zorgen voor veiligheid en gezondheid, vereisen naast praktische vaardigheden (om de taken uit te voeren) ook enig organisatorisch vermogen (plannen, organiseren) en sociale vaardigheden. Veel cliënten zijn op handelingsniveau wel in staat een niet al te complexe activiteit te verrichten, maar ze zijn onvoldoende in staat om deze activiteit in een sociale context uit te voeren of deze adequaat in te plannen. Het doen van boodschappen lukt bijvoorbeeld wel, maar het overleggen met huisgenoten over het menu of het opstellen van een boodschappenlijstje voor enkele dagen niet.

Veel cliënten met een LVB overschatten hun vaardigheden en zelfredzaamheid. Zij vragen weinig steun of begeleiding, en geven aan zichzelf goed te redden. Deze groep wordt gekenmerkt door een grote behoefte aan autonomie, en vaak irreële verwachtingen van zichzelf en anderen. Andere cliënten met een LVB hebben juist weinig vertrouwen in hun eigen kunnen, hebben een negatief zelfbeeld en stellen zich afhankelijk van anderen op.

### *Beperkingen in sociale vaardigheden*

Het functioneren in de maatschappij, maar ook het aangaan en onderhouden van vriendschappelijke en functionele contacten vergt veel van cliënten met een LVB. Het ontbreekt hen vaak aan voldoende contactuele vaardigheden, weerbaarheid, inzicht in sociale situaties en zelfvertrouwen. Door slechte ervaringen in het verleden (gepest of buitengesloten worden) hebben sommige cliënten weinig vertrouwen in anderen. Vooral in combinatie met zelfoverschatting kan zich dit uiten in wantrouwen ten opzichte van onbekenden, maar ook ten opzichte van gezagsdragers of hulpverleners ('Waar bemoeit u zich mee? Ik kan het zelf wel!'). Andere cliënten zijn juist gericht op sociale bevestiging en op het 'erbij horen'. Dit kan zich uiten in overdreven meegaandheid, sociale naïviteit, tot en met uitgebuit worden,

zoals de volgende casus illustreert. Weer andere cliënten proberen door ‘stoer’ of risicovol gedrag aan te sluiten bij personen voor wie zij ontzag hebben.

#### CASUS: ‘DE HENNIES’

Een stel uit Twente, van wie zowel de man als de vrouw ‘Hennie’ heette, werd in maart 1998 door hun buurvrouw uitgenodigd om op haar kosten een reis naar Turkije te maken. Op het vliegveld in Istanbul bleek dat in de tas die ze van haar hadden meegekregen vijf kilo heroïne was verborgen. Al snel werd duidelijk dat de twee niet het doorsneetype drugskoerier waren. Beide Hennies bleken een verstandelijke beperking te hebben en zich niet te realiseren waaraan ze ongemerkt hadden meegewerkt. Desalniettemin werden ze veroordeeld tot tien jaar cel. De Hennies werden nationale beroemdheden en heel Nederland leefde mee toen ze in juni 1999 trouwden. Het Turkse avontuur duurde ruim 22 maanden. Mede door de druk van acties als ‘Help de Hennies’, en een lobby van Kamerleden werden ze in januari 2000 vrijgelaten. De buurvrouw bleek later lid te zijn van een organisatie die zwakbegaafden ronselde voor drugssmokkel. Zij werd veroordeeld en moest het echtpaar € 150.000,- smartengeld betalen.

#### *Samenhang IQ en aanpassingsvermogen*

Het wordt steeds duidelijker dat er slechts een matige samenhang is tussen het IQ (in de range van 50-85) en het vermogen zich aan te passen aan situaties in het dagelijks leven. Dit aanpassingsvermogen hangt af van meerdere factoren, waaronder:

- de voorgeschiedenis van de persoon (de wijze waarop de persoon is opgevoed, gebeurtenissen uit het verleden zoals huiselijk geweld of seksueel misbruik);
- de steun van anderen (het netwerk of systeem van de persoon);
- bijkomende problematiek (psychiatrische aandoeningen, gedragsproblemen, verslaving).

De (beperkingen in) adaptieve vaardigheden hebben inmiddels een belangrijkere positie in de definitie van LVB gekregen dan het intel-

lectueel functioneren (zie DSM-5). Om de adaptieve vaardigheden in kaart te brengen en te kwalificeren zijn er diverse instrumenten ontwikkeld. Enkele schalen die verschillende aspecten van adaptief vermogen meten zijn:

- *Sociale Redzaamheidsschaal voor Verstandelijk Gehandicapten van Hoger Niveau (SRZ-P)*: dit is een vragenlijst die door familie of begeleiders kan worden ingevuld, met items over primaire zelfzorg, (maatschappelijke) zelfredzaamheid en verbale en numerieke vaardigheden;
- *de Vineland-Z*: deze lijst moet worden ingevuld door iemand die de cliënt goed kent en kennis heeft van de ontwikkelingsstadia bij kinderen. Subschalen zijn communicatie (receptief, expressief, geschreven taal), dagelijkse vaardigheden (persoonlijk, huishoudelijk, maatschappelijk) en socialisatie (interpersoonlijk, spel en vrije tijd, sociale vaardigheden).

### **Emotioneel niveau van functioneren**

In de definitie van een verstandelijke beperking zijn beperkingen in het intellectueel en adaptief functioneren de belangrijkste elementen. Het functioneren van mensen met een LVB wordt echter niet alleen hierdoor bepaald, maar ook door het emotionele niveau van functioneren van de cliënt. We spreken van een laag emotioneel niveau wanneer een cliënt zich bijvoorbeeld erg afhankelijk opstelt ten opzichte van een ander terwijl we dit niet zouden verwachten op grond van zijn IQ en adaptieve vaardigheden. Onder een laag emotioneel niveau van functioneren verstaan we ook bijvoorbeeld angst en verlegenheid in het contact, de ander nodig hebben voor bevestiging en zich veilig voelen. Ook verstaan we hieronder zaken als moeite hebben met het reguleren van emoties, emotionele diepgang, of moeite met het uitstellen van beloning of het verdragen van frustraties.

Het inschatten van het emotionele niveau is complex en wordt bemoeilijkt doordat er geen gevalideerde meetinstrumenten bestaan. Er zijn de laatste jaren wel instrumenten verschenen die behulpzaam kunnen zijn bij het inschatten van verschillende aspecten van het niveau van emotioneel functioneren. Het gaat bij de ESSEON-R (Experimentele Schaal voor het Sociaal-emotioneel Ontwikkelingsniveau – Revisie) bijvoorbeeld om sociale onafhankelijkheid, morele ontwikkeling, impulscontrole, ik-bewustzijn in sociale context, zelfbeeld, realiteitsbesef,

emotionele onafhankelijkheid en emotieregulatie. De ESSEON-R wordt bij voorkeur door een gedragskundige ingevuld in samenspraak met enkele informanten. Met de ESSEON-R kan een sociale en een emotionele ontwikkelingsleeftijd worden berekend. De SEO-R<sup>2</sup> (Schaal voor Emotionele Ontwikkeling – Revisie) bestaat uit dertien domeinen, waaronder omgaan met ‘emotioneel belangrijke anderen’, beleving van zichzelf in interactie met de omgeving, omgaan met ‘gelijken’ en morele ontwikkeling. Ook de SEO-R<sup>2</sup> wordt bij voorkeur afgenomen door een gedragskundige samen met anderen die de cliënt goed kennen.

### *Disharmonische ontwikkelingsprofielen*

Het ontwikkelingsniveau van mensen met (L)VB kan per ontwikkelingsdomein (intellectueel, adaptief, emotioneel) aanzienlijk verschillen. We spreken in dit soort gevallen van een disharmonisch profiel (net als bij disharmonische profielen van scores op IQ-tests). Vaak is het niveau van cognitief en adaptief vermogen (dat wat een cliënt kan) hoger dan het emotioneel niveau van functioneren (dat wat de cliënt aankan). Begeleiders moeten hun begeleidingsstijl dus niet alleen afstemmen op wat cliënten kunnen en willen maar vooral ook op wat zij aankunnen. Bij ‘kunnen’ gaat het dan om het praktisch uitvoeren van een bepaalde handeling. Bij ‘aankunnen’ om de toepassing en inpassing in de praktijk. Sommige cliënten kunnen bijvoorbeeld zelfstandig alle handelingen uitvoeren die horen bij het zelfstandig wonen, maar krijgen gevoelens van angst en onveiligheid als ze langdurig alleen in huis zijn. Langdurige overvraging (meer van een cliënt vragen dan hij aankan) kan leiden tot stress, weerstand tegen of juist afhankelijkheid van bemoeienis van begeleiders, en uiteindelijk ook probleemgedrag. Juist bij mensen met een disharmonisch ontwikkelingsprofiel is het afstemmen van de begeleidingsstijl op de mogelijkheden, beperkingen en wensen van de cliënt complex.

### CASUS: OVERVRAGING

Erik functioneert goed in zijn werk op de inpakafdeling van de sociale werkvoorziening. Op een maandagochtend wordt hem gevraagd of hij gedurende drie weken op een andere afdeling wil werken. Erik vindt het een eer dat hij is gevraagd en geeft aan dat hij graag op de andere afdeling wil komen wer-