

# Handreiking **Middelengebruik en verslaving** bij mensen met een LVB

Een praktijk-theoretische beschrijving van beschikbare  
methodieken en interventies voor jeugdigen en  
volwassenen met een licht verstandelijke beperking

**Kajak**  
ACADEMISCHE WERKPLAATS



© Deze handreiking is een uitgave van de Academische Werkplaats Kajak (april 2019). De auteurs zijn leden van de Werkgroep Middelengebruik en Verslaving bij Mensen met een Licht Verstandelijke Beperking van de Academische Werkplaats Kajak.

**Auteurs:**

Dr. Neomi van Duijvenbode (Tactus Verslavingszorg)  
Dr. Joanneke van der Nagel (Tactus Verslavingszorg, Aveleijn)  
Dr. Evelien Poelen (Pluryrn)  
Dr. Marion Kiewik (Ambiq)  
Drs. Louise Kemna (Aveleijn)  
Drs. Karen Bierman (Pluryrn)

**Redactie:**

Dr. Marielle Dekker en Dr. Wouter Groen (Academische Werkplaats Kajak)  
Dr. Jolanda Douma (Landelijk Kenniscentrum LVB).

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken dient met zich tot de Academische Werkplaats Kajak te wenden.

Catharijnesingel 47  
3511 GC Utrecht  
030 7400 400  
[www.academischewerkplaatskajak.nl](http://www.academischewerkplaatskajak.nl)  
[info@awkajak.nl](mailto:info@awkajak.nl)

**Ontwerp:**

Rudi Langezaal, Odijk

# Inhoud

<b>1.</b>	Voorwoord	4
<b>1.1</b>	Leeswijzer	4
<b>2.</b>	Inleiding	5
<b>2.1</b>	Van middelengebruik tot verslaving	5
<b>2.2</b>	Middelengebruik bij mensen met een verstandelijke beperking	6
<b>3.</b>	Algemene visie en beleid	8
<b>3.1</b>	Inleiding	8
<b>3.2</b>	Algemene visie	8
<b>3.3</b>	Middelenbeleid binnen organisaties	10
<b>4.</b>	Beschikbare methodieken en interventies	11
<b>4.1</b>	Overzicht	11
<b>4.2</b>	Toelichting op beschikbare methodieken tot 2012	11
<b>4.3</b>	Toelichting op de methodieken ontwikkeld sinds 2012	11
<b>4.3.1</b>	Handboek en casusboek LVB en verslaving	13
<b>4.3.2</b>	Aangepaste intake	13
<b>4.3.3</b>	Take it personal!	15
<b>4.3.4</b>	Sterker dan de kick	16
<b>4.3.5</b>	CGT+	16
<b>4.3.6</b>	Minder Drank of Drugs	17
<b>4.4</b>	Klinisch behandel- en begeleidingsaanbod	18
<b>4.5</b>	Nieuwe ontwikkelingen	19
<b>5.</b>	Meer weten...?	21
<b>5.1</b>	Beschikbare methodieken	21
<b>5.2</b>	Boeken en artikelen	21
<b>5.3</b>	Websites	22
<b>6.</b>	Geraadpleegde literatuur	23

# 1. Voorwoord

Binnen de Nederlandse samenleving is het gebruik van tabak, alcohol en drugs een veelvoorkomend en deels geaccepteerd verschijnsel. Veel mensen zijn, vaak al op jonge leeftijd, nieuwsgierig naar deze middelen en gaan er vervolgens mee experimenteren. Dit is bij jongeren en volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) niet anders. Zij zijn door hun achtergrond en problematiek echter kwetsbaar voor het ontwikkelen van verslavingsproblematiek. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de aandacht voor middelengebruik en verslavingsproblematiek bij mensen met een LVB in de afgelopen periode sterk is toegenomen. Zo zijn er in Nederland verschillende methodieken ontwikkeld voor diagnostiek, preventie en behandeling van verslavingsproblematiek bij deze doelgroep.

Dit document biedt een overzicht van methodieken en interventies voor diagnostiek, preventie en behandeling van verslavingsproblematiek bij mensen (zowel jongeren als volwassenen) met een LVB en vormt daarmee een best practice handreiking voor professionals. Het is een aanvulling op al bestaande richtlijnen en zorgstandaarden zoals die

zijn geschreven voor de GGZ, verslavingszorg en jeugdzorg. In deze richtlijnen en zorgstandaarden wordt het hebben van een LVB vaak wel genoemd, maar wordt er niet specifiek ingegaan op de behandelopties voor deze doelgroep.

## 1.1 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat achtergrondinformatie over middelengebruik en verslavingsproblematiek, in het bijzonder bij mensen met een LVB. In hoofdstuk 3 wordt een algemene visie beschreven rondom middelengebruik bij mensen met een LVB en worden suggesties gedaan hoe deze om te zetten in beleid voor organisaties. De beschikbare methodieken en interventies voor het signaleren, bespreekbaar maken, in kaart brengen en behandelen van middelengebruik en verslavingsproblematiek bij mensen met een LVB komen in hoofdstuk 4 aan bod. Voor mensen die meer willen weten, bevat hoofdstuk 5 een referentielijst met interessante boeken, artikelen, rapporten en websites over middelengebruik en verslavingsproblematiek bij mensen met een LVB.

# 2. Inleiding

## 2.1 Van middelengebruik tot verslaving

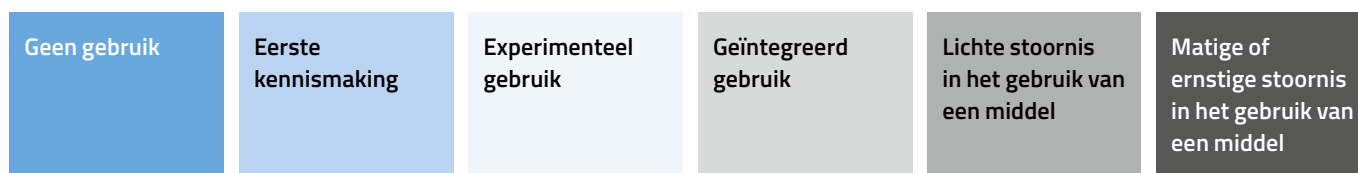
Middelengebruik komt zeer regelmatig voor in de Nederlandse samenleving. Het start meestal in de adolescentie, alhoewel het gebruik van tabak en alcohol soms ook op jongere leeftijd al voorkomt. De gemiddelde leeftijd waarop jongeren beginnen met experimenteren ligt op 13 jaar voor roken en alcohol drinken en op 14 jaar voor het gebruiken van cannabis (Van Dorsselaer et al., 2016). Opvallend is dat het 'genotsaspect' dan nog nauwelijks een rol speelt. Bijna niemand vindt het eerste sigaretje, het eerste glas bier of het eerste jointje lekker. Middelen worden in deze levensfase uitgetoet, vaak vooral uit nieuwsgierigheid. Dit kan worden gezien in het licht van een groeiende autonomie en het ontwikkelen van een eigen identiteit, passend bij de adolescentie. Jongeren zoeken uit wat zij lekker vinden, wanneer zij iets willen gebruiken en hoeveel zij aankunnen.

Op basis van de ervaring met het middel, kan experimenteel gebruik overgaan in herhaaldelijk, sociaal geïntegreerd gebruik ([zie Figuur 1](#)). Frequent middelengebruik komt regelmatig voor onder Nederlandse jongeren. Ongeveer 3% van de jongeren tussen de 12 en 16 jaar rookt, 25% drinkt alcohol en 5% rookt cannabis. Ook op volwassen leeftijd komt middelengebruik regelmatig voor. Ongeveer 26% van de volwassen Nederlanders rookt, 80% drinkt alcohol en 4% rookt cannabis (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2016). Dergelijk gebruik levert doorgaans geen (sociaal-maatschappelijke) problemen op en past

binnen de normen en waarden van de persoon zelf en diens sociale omgeving (Van der Nagel et al., 2016). Het heeft, naast de eigen voorkeur, ook te maken met regels en gewoonten die in een cultuur en in de eigen sociale omgeving (gezin, school, werk, vriendenkring) gelden. Denk bijvoorbeeld aan samen koffie drinken, een rookpauze nemen of drinken tijdens het uitgaan.

Wanneer het middelengebruik vastere vormen aanneemt of leidt tot problemen voor de gebruiker zelf of diens omgeving, wordt gesproken van problematisch middelengebruik. Het middel en het gebruik ervan heeft in deze fase van middelengebruik een grotere rol in het leven gekregen en wordt vaak automatisch gekoppeld aan bepaalde situaties of gevoelens (functioneel gebruik). Ook de frequentie en hoeveelheid van het middelengebruik nemen toe (excessief gebruik). Excessief gebruik kan ook incidenteel zijn. Soms gebeurt het dat mensen in een bepaalde periode veel gaan gebruiken, bijvoorbeeld bij grote problemen. Dit kan negatieve lichamelijke, psychische, sociaal-maatschappelijke consequenties hebben. Wanneer er precies sprake is van problematisch middelengebruik hangt onder andere af van de frequentie, reden en gevolgen van het gebruik, de hoeveelheid die gebruikt wordt, de context waarin gebruikt wordt en de persoon zelf (denk bijvoorbeeld aan erfelijke factoren, persoonlijkheidskenmerken en leeftijd) (Rutten & De Haan, 2009).

Wanneer de persoon niet meer kan functioneren zonder (gebruik van) het middel, spreekt men in de volksmond van verslaving. Verslavingsproblematiek



**Figuur 1.** Stadia van middelengebruik

is een psychische stoornis. In de DSM-5 is verslaving terug te vinden in het hoofdstuk 'Middelengerelateerde stoornissen' en wordt het een 'stoornis in het gebruik van een middel' genoemd (American Psychiatric Association, 2013). Het wordt geclassificeerd op basis van elf criteria, waaronder beperkte controle over middelengebruik, sociaal disfunctioneren, riskant middelengebruik en tolerantie en onthouding. Verslavingsproblematiek gaat gepaard met ernstige gevolgen op alle levensgebieden: de kans op ziekte of sterfte neemt toe, het psychische welbevinden neemt af, en de persoon kan belangrijke sociale rollen (op school/werk, binnen de familie en bij vrienden) niet of nauwelijks meer vervullen. Kenmerkend voor verslavingsproblematiek is dat er sprake is van een chronisch, recidiverend en drangmatig middelengebruik, ondanks (kennis hebben van) al deze negatieve consequenties. Deels kan dit worden verklaard door structurele veranderingen die als gevolg van langdurig en/of overmatig middelengebruik optreden in het belonings- en informatieverwerkingsstelsel van de hersenen (Van Duijvenbode, 2016). Deze veranderingen maken dat verslavingsproblematiek een hardnekkige stoornis is, met een min of meer chronisch karakter.

## 2.2 Middelengebruik bij mensen met een verstandelijke beperking

Mensen met een verstandelijke beperking vormen een risicogroep voor het ontwikkelen van verslavingsproblematiek. Een verstandelijke beperking (VB) is één van de 'Neurobiologische Ontwikkelingsstoornissen' in de DSM-5 (American

Psychiatric Association, 2013). Volgens de DSM-5 wordt een verstandelijke beperking gekenmerkt door beperkingen in zowel het verstandelijke functioneren (waarbij een IQ < 70 als indicatie voor een mogelijke VB gezien kan worden) als in het adaptieve functioneren in het conceptuele, sociale en praktische domein. Deze beperkingen komen bijvoorbeeld tot uiting op het gebied van communicatie, gezondheid en zelfverzorging, sociale en relationele vaardigheden, werk en ontspanning. De intellectuele en adaptieve beperkingen zijn ontstaan gedurende de ontwikkelingsperiode. Vaak is er binnen deze groep daarnaast sprake van bijkomende problematiek, zoals leerproblemen, een psychiatrische stoornis, lichamelijke problemen of sociaal-maatschappelijke problemen (Moonen & Verstegen, 2006; De Beer, 2016). In Nederland wordt de groep mensen met (forse) adaptieve problemen en een intelligentie op zwakbegaafd niveau (IQ 70-85) veelal ook tot de groep LVB gerekend, in verband met de vaak grote overlap in benodigde ondersteuning en begeleiding.

Middelengebruik onder mensen met een verstandelijke beperking komt hoofdzakelijk voor binnen de groep met een LVB (IQ 50-70) of zwakbegaafdheid (IQ 70-85). Ook onder mensen met een matige verstandelijke beperking is middelengebruik echter zeker geen zeldzaamheid, zeker niet waar het tabaksgebruik betreft. Sinds de toegenomen nadruk op extramuralisatie in de verstandelijk gehandicaptenzorg is het middelengebruik van mensen met een LVB mogelijk steeds meer gaan lijken op dat van de algemene bevolking (McGillicuddy, 2006). Nederlandse studies laten bijvoorbeeld zien dat ongeveer driekwart van de jongeren met een LVB af en toe tot regelmatig alcohol drinkt en een vijfde af en toe tot regelmatig

cannabis of harddrugs gebruikt (Bransen et al., 2009; Poelen et al., 2015; Steenhuis & Van der Poel, 2009). Van de volwassenen met een LVB rookt 69% en drinkt 66% alcohol. Cannabisgebruik (14%) en overig drugsgebruik (3%) komen minder vaak voor dan roken en drinken, maar komen nog steeds vaker voor onder volwassenen met een LVB dan onder volwassenen zonder een LVB (Van der Nagel et al., 2017).

Hoewel cijfers over middelengebruik onder mensen met een LVB grotendeels overeenkomen met die van mensen zonder een LVB, wordt gedacht dat mensen met een LVB vaker schadelijke patronen van middelengebruik laten zien dan mensen zonder een LVB en een groter risico lopen op het ontwikkelen van verslavingsproblematiek (Van Duijvenbode et al., 2015). Zo was er bij één op de vijf jongeren met een LVB sprake van problematisch middelengebruik (Poelen et al., 2015). Uit onderzoek onder volwassenen met een LVB bleek dat ongeveer 15% van hen problematisch alcohol dronk en zo'n 8% problematisch cannabis en/of harddrugs gebruikte (Van der Nagel et al., 2012). Ook ervaren zij meer en ernstigere negatieve consequenties van hun middelengebruik dan mensen zonder een LVB (Didden et al., 2009). Als gevolg van een accumulatie van biologische, psychologische en sociaal-maatschappelijke risicofactoren vormen zij daarom een risicogroep voor het ontwikkelen van verslavingsproblematiek (Van der Nagel et al., 2017). Hierbij kan onder andere worden gedacht aan veelvoorkomende persoonlijkheidskenmerken binnen deze doelgroep (impulsiviteit, sensatie zoeken); de vaak hogere prevalentie van co-morbide psychiatrische problematiek; het gebruik van psychofarmaca; en nadelige gezins- en buurtkenmerken (opvoedstijl, problemen van ouders, armoede, weinig sociale controle). Al deze factoren maken dat middelengebruik relatief vaak voorkomt onder mensen met een LVB en dat de gevolgen van middelengebruik groter zijn bij mensen met een LVB dan bij anderen.



# 3. Algemene visie en beleid

## 3.1 Inleiding

Binnen de Nederlandse samenleving is het gebruik van alcohol en drugs een veelvoorkomend en deels geaccepteerd verschijnsel. Naast deze algemene trends is het echter ook een realiteit dat mensen met een LVB een risicogroep vormen voor het ontwikkelen van verslavingsproblematiek. Veel organisaties kenden tot enkele jaren geleden dan ook een 'zero-tolerance' beleid rondom middelengebruik bij cliënten, althans waar het drugsgebruik (en soms ook alcoholgebruik) betrof. Gebruik van tabak werd doorgaans minder streng benaderd, of zelfs gefaciliteerd. Soms was er hierbij sprake van een discrepantie tussen het officiële beleid en het oogluikend toestaan van gebruik. Dit werkt vaak niet en soms zelfs averechts: cliënten worden uitgesloten van geaccepteerde sociale gebruiken of verbergen hun middelengebruik uit angst voor consequenties. Dit hoofdstuk beschrijft daarom een algemene visie op het gebruik van alcohol en drugs door mensen met een LVB in zorg bij een instelling. In dat opzicht spreken we in dit hoofdstuk van 'cliënten' in plaats van 'mensen met een LVB'. Het is 'normvoorschrijvend' geschreven, waarbij een vertaling gemaakt kan worden naar de specifieke doelgroep, instelling of setting.

## 3.2 Algemene visie

In deze algemene visie is de huidige wet- en regelgeving het uitgangspunt rondom het al dan niet toestaan van middelengebruik. Conform deze wet- en regelgeving is het jongeren tot 18 jaar niet toegestaan middelen (tabak, alcohol, soft- en harddrugs) te gebruiken, dan wel in bezit te hebben. Volwassenen vanaf 18 jaar mogen zelf beslissen om wel of niet te roken of alcohol te drinken. Desondanks is het ontmoedigen van gebruik en/of het behandelen van middelennisbruik, ongeacht de leeftijd, van groot belang voor het voorkomen van schade door (overmatig) gebruik. Men spreekt dus tegenwoordig veel liever van een 'ontmoedigingsbeleid'. Dit betekent een verschuiving van 'verbieden' naar 'ontmoedigen' en 'begeleiden bij beperken van middelengebruik en schade'. Zo is gebruik van illegale middelen binnen veel instellingen niet toegestaan. Het in bezit hebben van en handel in deze middelen is volgens de Opiumwet een strafbaar feit en wordt daarom ook niet getolereerd. Een integraal verbod op het gebruik van alcohol en tabak voor cliënten ligt juridisch en ethisch veel ingewikkelder, omdat het beschouwd kan worden als een oneigenlijke inperking van de autonomie van de cliënt.

Uitgangspunt bij het ontmoedigingsbeleid voor alle middelen is dat het gebruik van deze middelen het functioneren van de cliënt niet zodanig mag beïnvloeden dat het begeleidings- of behandelklimaat eronder lijdt. Het behoort dus tot de taak van de (LVB-)organisatie om cliënten voor te lichten en



te begeleiden bij hun middelengebruik, zonder gebruik per definitie af te wijzen. De benadering kan vergeleken worden met die bij thema's als seksualiteit of kindwens. Dit betekent dat middelengebruik structureel in kaart wordt gebracht, waar aan de orde een vast onderdeel is van bijvoorbeeld het zorgplan, en een doorlopend onderwerp van gesprek is tussen medewerker, cliënt en netwerk. Voorlichting geven over middelen en (verantwoord) middelengebruik, preventie van problematisch middelengebruik, en tijdig en adequaat reageren bij (dreigend) problematisch middelengebruik horen daarom tot de taken van begeleiding van deze cliënten.

De invulling van deze begeleiding c.q. behandeling is maatwerk en hangt onder andere af van de achtergrond en kenmerken van de cliënt, de individuele hulpvraag, de motivatie voor verandering en de fase van het middelengebruik. Waar nodig wordt gebruik gemaakt van de expertise van gedragsdeskundigen, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten (AVG), of verslavingszorginstellingen. Bij voorkeur wordt er hiervoor een samenwerkingsovereenkomst gesloten tussen de (LVB-)organisatie en de lokale verslavingszorginstelling, waarin afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld intake, diagnostiek en behandeling, maar ook scholing en deskundigheidsbevordering van medewerkers (zie ook Van der Nagel et al., 2017).

Een dergelijke visie is gebaseerd op vertrouwen en samenwerking tussen cliënten en medewerkers. Over alcohol en drugs mag dus gepraat worden! Dit betekent dat medewerkers met cliënten in gesprek gaan over middelengebruik: hoeveel en hoe vaak gebruikt de cliënt, wat vindt de cliënt fijn aan het gebruik, welke functie heeft het gebruik in het leven van de cliënt, wat zijn de voor- en nadelen van gebruik, hoe staat de cliënt tegenover minderen of stoppen met gebruik, wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren in dit proces? De manier van benaderen is dus niet verbiedend en belerend, maar motiverend, open en nieuwsgierig om zo te

komen tot een positieve gedragsverandering. Een betrokken, empathische (invoelende) en respectvolle houding zijn hierin essentieel. Het competentiegericht werken en de motiverende gespreksvoering vormen de uitgangspunten voor de houding en attitude van medewerkers.

In deze visie hebben medewerkers bovendien een voorbeeld- en signaleringsfunctie voor cliënten. Ten aanzien van middelengebruik betekent dit dat medewerkers:

- Niet roken in het zicht van cliënten.
- Cliënten niet in hun bijzijn laten roken (vanuit het ontmoedigingsbeleid en het recht op een rookvrije werkplek).
- Niet roken in (de ingang van) gebouwen of auto's van de desbetreffende instelling.
- Geen alcohol, cannabis of andere drugs gebruiken tijdens of vlak voor hun werk.
- Geen middelen (tabak, alcohol, cannabis, overige drugs) kopen voor of verstrekken aan cliënten.

Het is van belang dat medewerkers op de hoogte zijn van en zich conformeren aan de visie en het beleid omtrent middelengebruik. Medewerkers dienen zich bewust te zijn van de voorbeeldfunctie die zij vervullen ten aanzien van middelengebruik. Er wordt van medewerkers verwacht dat zij kennis hebben over wat middelen zijn, hoe middelen werken in het lichaam, brein en geest van mensen en wat de risico's zijn van problematisch middelengebruik. Ook wordt er van hen verwacht dat zij zich de benodigde eigenschappen en vaardigheden voldoende eigen maken die te maken hebben met het uitvoeren van de visie en het beleid. Het gaat hier dan bijvoorbeeld om competentiegericht werken, motiverende gespreksvoering en houdingsaspecten passend bij een open gesprek (nieuwsgierig, oprecht, betrokken, etc.).

### 3.3 Middelenbeleid binnen organisaties

Deze visie op middelengebruik van cliënten kan vertaald worden naar een middelenbeleid, specifiek voor de desbetreffende instelling en bijbehorende doelgroep. Op basis van best practice zou het middelenbeleid over de volgende onderwerpen kunnen gaan:

- Visie op middelengebruik.
- Middelengebruik door cliënten: wijze van screening/intake, risicotaxatie, preventie/voorlichting, begeleiding, behandeling en nazorg.
- Middelengebruik door medewerkers en/of verwanten/netwerk (invulling van voorbeeldfunctie).
- Protocollen over hoe om te gaan met overschrijding van wet- en regelgeving (bezit van illegale middelen, dealen).
- Visie op het al dan niet willen inzetten van controlerende maatregelen (zoals urinecontroles, kamercontroles, etc.), waar van toepassing vergezeld van protocollen over het inzetten en de uitvoering hiervan.
- Samenwerking met de (lokale) verslavingszorg (denk aan taakverdeling, wijze van doorverwijzing, benutten ketenzorgexpertise, etc.).
- Wijze van implementatie middelenbeleid, rol van eventuele aandachtsfunctionarissen, taakhouders, projectgroep, etc.
- Wijze van deskundigheidsbevordering/scholing.
- Wijze waarop middelengebruik in het zorgplan/ECD wordt vastgelegd.

Desgewenst kunnen lokale verslavingszorginstellingen ondersteunen bij het opstellen van het beleid en het vormgeven van de samenwerking.

# 4. Beschikbare methodieken en interventies

## 4.1 Overzicht

Sinds de eerste politieke aandacht voor verslavingsproblematiek bij mensen met een LVB in 2007 is er veel gebeurd in de zorg voor deze cliënten. Er zijn en worden richtlijnen en behandelmethodieken ontwikkeld passend bij de verschillende stadia van gebruik ([zie Figuur 1](#)), er wordt geïnvesteerd in ketenzorg en gespecialiseerde klinische faciliteiten en er zijn wetenschappelijke en vakinhoudelijke publicaties rondom dit thema. Mensen met een LVB en verslavingsproblematiek hebben immers gespecialiseerde zorg van multidisciplinaire teams nodig waarin kennis en expertise met betrekking tot zowel de LVB als de verslavingsproblematiek aanwezig zijn. Samenwerking tussen de verstandelijk gehandicaptenzorg en de verslavingszorg is dan ook cruciaal. De methodieken die verderop in dit hoofdstuk beschreven worden zijn daar een voorbeeld van. We hopen dat deze trend zich ook in de aankomende jaren zal voortzetten. Zo kunnen we samen de zorg voor mensen met een LVB en verslavingsproblematiek blijven verbeteren.

## 4.2 Toelichting op beschikbare methodieken tot 2012

In 2012 is door het Trimbos-instituut [de Toolkit LVB en Verslaving](#) uitgebracht. Deze toolkit bevat een overzicht van de op dat moment beschikbare methodieken op het gebied van preventie, behandeling en begeleiding van problematisch middelengebruik c.q. verslavingsproblematiek bij mensen met een LVB ([zie Tabel 1](#) en [Schema Beschikbare Interventies LVB & verslavingsproblematiek](#)). Voor een inhoudelijke bespreking van deze methodieken wordt verwezen naar de [Toolkit LVB en Verslaving](#) (Trimbos-instituut, 2012).

## 4.3 Toelichting op de methodieken ontwikkeld sinds 2012

Sinds 2012 zijn er een aantal nieuwe methodieken ontwikkeld. Deze methodieken worden hier omschreven (zie ook: [Schema Beschikbare Interventies LVB & verslavingsproblematiek](#)).

**Tabel 1.** Een overzicht van beschreven methodieken in de Toolkit LVB en Verslaving (Trimbos-instituut, 2012).

<b>Visie en beleid</b>	<p><b><u>Open en Alert, alcohol- en drugspreventie in LVB-setting</u></b> Een programma voor de ontwikkeling van visie en beleid omtrent middelengebruik bij cliënten met een LVB.</p>
<b>Diagnostiek</b>	<p><b><u>SumID-Q</u></b> Een vragenlijst voor het in kaart brengen van risicofactoren, gebruik en gevolgen van gebruik van alcohol en drugs.</p> <p><b><u>SCIL</u></b> Een screener voor intelligentie en LVB.</p>
<b>Selectieve preventie</b>	<p><b><u>Bekijk 't nuchter</u></b> Een pakket van 13 bijeenkomsten voor het geven van voorlichting over middelen en middelengebruik aan jongeren en jongvolwassenen met een LVB.</p> <p><b><u>Brochures 'Zonder flauwekul'</u></b> Verschillende brochures voor het geven van voorlichting over middelen en middelengebruik aan jongeren en jongvolwassenen met een LVB.</p> <p><b><u>Spel TRIP, een reis door de wereld van drank en drugs</u></b> Een bordspel bedoeld om middelengebruik op een laagdrempelige manier bespreekbaar te maken met jongeren en (jong)volwassenen met een LVB.</p>
<b>Geïndiceerde preventie</b>	<p><b><u>Bekijk 't nuchter - Motivatietraining</u></b> Een training van 5 groepsbijeenkomsten gericht op het vergroten van de motivatie voor verandering bij volwassenen met een LVB en problematisch middelengebruik.</p> <p><b><u>Wijs op weg</u></b> Een training van 8 groepsbijeenkomsten gericht op het geven van voorlichting aan en het vergroten van de motivatie voor verandering bij jongeren met een LVB en problematisch middelengebruik.</p>
<b>Behandeling</b>	<p><b><u>Omgaan met middelen en verslaving</u></b> Een serie van drie trainingen voor jongeren en (jong)volwassenen met een LVB en verslavingsproblematiek, gericht op het stoppen met middelengebruik.</p> <p><b><u>Leefstijltraining-PLUS</u></b> Een individuele behandeling voor jongeren en (jong)volwassenen met een LVB en verslavingsproblematiek gericht op het stoppen met middelengebruik.</p> <p><b><u>Leefstijltraining Beter omgaan met alcohol en drugs</u></b> Een training van 40 groepsbijeenkomsten voor jongeren en (jong)volwassenen met een LVB en verslavingsproblematiek gericht op het stoppen met middelengebruik.</p> <p><b><u>Minder drank of drugs</u></b> Een training van 12 groepsbijeenkomsten en 12 individuele bijeenkomsten voor (jong)volwassenen met een LVB en verslavingsproblematiek gericht op het stoppen met middelengebruik.</p>
<b>Deskundigheidsbevordering</b>	<p><b><u>Training verslaving en verstandelijke beperking</u></b> Een training voor professionals in de verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg of GGZ over de begeleiding en behandeling van mensen met LVB en verslavingsproblematiek.</p> <p><b><u>Training motiverende gespreksvoering bij cliënten met een LVB</u></b> Een training voor professionals in de verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg of GGZ over de toepassing van motiverende gespreksvoering bij mensen met een LVB.</p>

### 4.3.1 Handboek en casusboek LVB en verslaving

**Titel:** Handboek LVB en verslaving/Casusboek LVB en verslaving (2017).

**Samenvatting:** Het handboek LVB en verslaving beschrijft de stand van zaken op het gebied van screening, preventie, behandeling, beleid en wetgeving rondom mensen met LVB en verslaving in Nederland. Het is geschreven voor professionals die werkzaam zijn in de verstandelijk gehandicaptenzorg, verslavingszorg, jeugdzorg, forensische zorg en GGZ. Het biedt een stevig fundament waar deze complexe en specifieke problematiek om vraagt. Bij het handboek hoort het Casusboek LVB en verslaving, met nog meer verhalen, tips en valkuilen uit de praktijk.

In het eerste deel van het handboek wordt de achtergrond van verslavingsproblematiek bij mensen met een LVB geschetst. In het tweede deel wordt aandacht besteed aan het signaleren en bespreekbaar maken van middelengebruik en verslavingsproblematiek. Met name het belang van vroegsignalering wordt benadrukt. Ook worden er tips gegeven over hoe dit onderwerp bespreekbaar gemaakt kan worden met cliënten. Het derde deel gaat in op behandeling. Het handboek bevat de nieuwste ontwikkelingen op dit gebied in het licht van de DSM-5. Het vierde en laatste deel van het handboek behandelt beleid, wetgeving en preventie.

**Onderbouwing:** Het handboek is het eerste handboek wereldwijd die de problemen rondom mensen met LVB en verslaving in al haar facetten beschrijft. In een recensie in Markant wordt het boek als volgt omschreven: "Het handboek leest gemakkelijk; de schrijvers hebben een aansprekende, praktische insteek gekozen en hun tekst voorzien van verhelderende casussen. De specifieke kwetsbaarheid van mensen met LVB voor verslaving, de risicofactoren, en de gevolgen worden goed besproken. De functie-analyse is een must voor elke situatie waarin sprake is van gebruik."

Ontwikkelaar: Het handboek is geschreven door Joanneke van der Nagel, Marion Kiewik en Robert Didden, werd uitgegeven door [Uitgeverij BOOM](#), en is in boekhandel en online verkrijgbaar.

### 4.3.2 Aangepaste intake

**Titel:** (H)erkend en juist behandeld. Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg (2017).

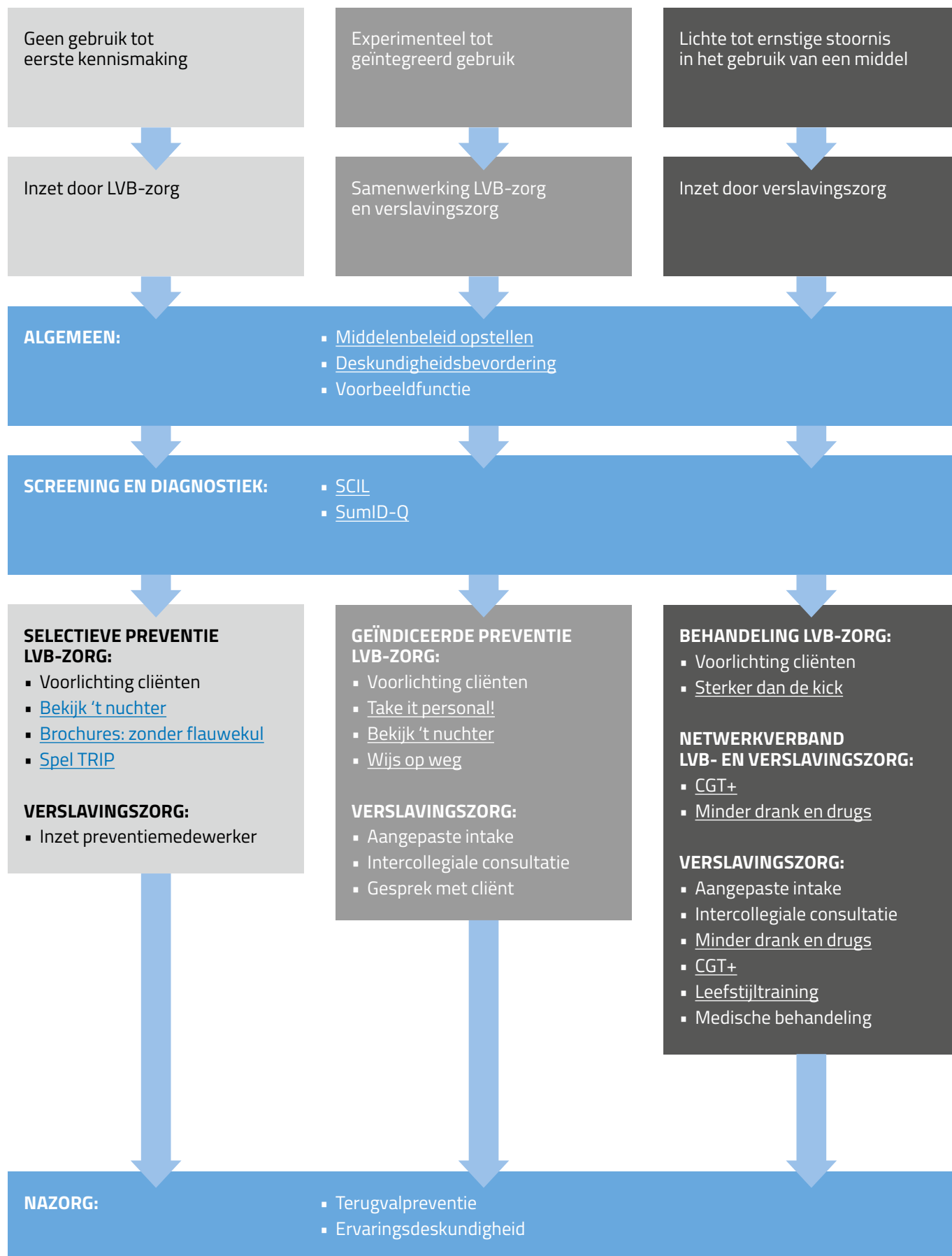
**Samenvatting:** De handreiking is bedoeld voor professionals in de verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en andere ketenzorgpartners. In de handreiking wordt aangegeven op welke wijze een intakeproces in de verslavingszorg LVB-vriendelijk(er) gemaakt kan worden. Het bevat praktische tips waarmee professionals in samenwerking met hun ketenzorgpartners eigen lokale afspraken kunnen maken.

Deel I beschrijft per stap van het intakeproces aandachtspunten en verbetermogelijkheden voor de intake van cliënten bij wie bij aanmelding bekend is dat zij een LVB hebben. Deel II beschrijft hoe bij cliënten, bij wie dit bij intake nog niet bekend is, de LVB tijdig kan worden opgespoord en hoe er geschakeld kan worden naar voor cliënten met een LVB aangepaste intake. Deel III bevat informatie over randvoorwaarden om een LVB-vriendelijke intake mogelijk te kunnen maken.

Doel van de handreiking is het bevorderen van een cliëntvriendelijke, valide en tegelijk efficiënte intake en indicatiestelling voor (jong)volwassenen met een LVB die zich aanmelden of worden aangemeld bij de verslavingszorg vanwege problematisch middelengebruik.

**Onderbouwing:** Toegang tot verslavingszorg is ingewikkeld voor mensen met een LVB. Dit heeft verschillende oorzaken, waarbij de verwijzing naar de verslavingszorg, de intake en de samenwerking

## Schema Beschikbare [interventies](#) LVB & verslavingsproblematiek



tussen verslavingszorg en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg een rol spelen. Om de verslavingszorg toegankelijker te maken, werd een handreiking voor een 'LVB-vriendelijke voordeur' ontwikkeld en getest. De handreiking is ontwikkeld op basis van bevindingen van 6 focusgroepen, een literatuurstudie en expert opinions, en gepilot door vier verslavingszorginstellingen met hun ketenpartners.

**Ontwikkelaar:** De handreiking is ontwikkeld door Tactus en het IVO, in opdracht van Resultaten Scoren. Het kan gratis worden gedownload van de website ([www.resultatenscoren.nl](http://www.resultatenscoren.nl)) en is via In Perspectief Uitgeverij in hardcopy te bestellen.

### 4.3.3 Take it personal!

**Titel:** Take it personal! Een interventie voor middelengebruik en comorbide gedragsproblemen voor jongeren met een licht verstandelijke beperking (2017).

**Samenvatting:** Take it personal! is een geïndiceerd preventieprogramma gericht op het verminderen van alcohol- en drugsgebruik bij jongeren met een LVB en (ernstige) gedragsproblemen. Het is gebaseerd op de assumptie dat persoonlijkheid een belangrijk construct is bij het begrijpen van middelengebruik onder jongeren. Eerder onderzoek heeft vier persoonlijkheidsprofielen onderscheiden die geassocieerd worden met een verhoogd risico op problematisch middelengebruik, namelijk sensatie zoeken, impulsiviteit, angstgevoeligheid en negatief denken. Take it personal! is geschikt voor jongeren met een LVB die vallen binnen één van deze persoonlijkheidsprofielen.

Take it personal! heeft een looptijd van zes weken. Elke week is er een individuele sessie en een groepsessie in een groep van drie à vier jongeren. In de sessies leren jongeren competenties om om te gaan met het gedrag dat voortvloeit uit

hun persoonlijkheidsprofiel, en daarbij horende motieven voor middelengebruik. Aangezien elk risicoprofiel een eigen patroon van en motieven voor middelengebruik kent, bestaat de interventie uit vier verschillende versies. De opbouw van de training is voor elk persoonlijkheidsprofiel hetzelfde, maar elke interventie richt zich specifiek op het persoonlijkheidsprofiel door andere spellen, oefeningen en opdrachten.

**Onderbouwing:** Take it personal! gaat uit van een persoonlijkheidsrisico voor middelengebruik en kan op basis van dit persoonlijkheidsprofiel aangepast worden aan kenmerken van jongeren. Dit is effectief gebleken in het verminderen van middelengebruik bij jongeren zonder een LVB. Binnen de interventie wordt gebruik gemaakt van principes van motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie en psychomotore therapie. De combinatie van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie is effectief in interventies voor problematisch middelengebruik bij gemiddeld begaafden. Zij worden, in aangepaste vorm, ook succesvol toegepast bij jongeren met een LVB. Oefeningen vanuit de psychomotore therapie zijn hieraan toegevoegd als actieve werkvorm (het doen van lichamelijke activiteiten, oefeningen en opdrachten).

In pilotonderzoek is de uitvoerbaarheid, de gebruikersvriendelijkheid en de potentiële effectiviteit van Take it personal! onderzocht. Bevindingen laten zien dat de interventie uitvoerbaar is en jongeren het leuk vinden om de interventie te volgen. Bovendien is er een afname te zien in middelengebruik na het volgen van de training. Grootschaliger onderzoek is op dit moment in uitvoering.

**Ontwikkelaar:** Take it personal! is uitgegeven door Pluryn en werd ontwikkeld i.s.m. Tactus en het Trimbos-instituut. Meer informatie over de interventie kan worden opgevraagd bij Esmée Schijven, via [eschijven@pluryn.nl](mailto:eschijven@pluryn.nl), of in de [Databank Effectieve Jeugdinterventies](#) (Nederlands Jeugdinstituut).



#### 4.3.4 Sterker dan de kick

**Titel:** Sterker dan de kick (2013)

**Samenvatting:** Sterker dan de kick is bedoeld voor volwassenen met een LVB die als gevolg van middelengebruik, internetten of gamen lichamelijke, psychische en/of sociaal-maatschappelijke problemen ondervinden. Het is specifiek ontwikkeld voor mensen die vanuit zichzelf niet of nauwelijks gemotiveerd zijn hun gedrag te veranderen. Met behulp van motiverende gespreksvoering krijgen zij (meer) zicht op hun gebruik en worden zij zich meer bewust van de voor- en nadelen ervan. Het doel van de interventie is niet zozeer het daadwerkelijk verminderen van het gebruik, maar juist het motiveren van de deelnemer om zijn of haar gedrag te veranderen.

Sterker dan de kick bestaat uit tien wekelijkse bijeenkomsten van 45-60 minuten. Het is een individuele interventie die in aangepaste vorm ook groepsgewijs aangeboden kan worden. Aan de hand van werkbladen wordt er tijdens elke bijeenkomst een onderwerp besproken. Elke bijeenkomst kent daarbij een vaste interne structuur, waarin wordt gestart met een terugblik op de vorige bijeenkomst, vervolgens nieuwe theorie wordt uitgelegd, er wordt geoefend met actieve werkvormen en wordt afgesloten met een samenvatting en uitleg over het huiswerk.

**Onderbouwing:** Sterker dan de kick maakt gebruik van de zelfdeterminatietheorie als onderliggend theoretisch kader. In deze theorie wordt onderscheid gemaakt tussen 'gecontroleerde motivatie' en 'autonome motivatie'. De kans op blijvende gedragsverandering is het grootst wanneer deze wordt gedaan vanuit autonome motivatie, oftewel verandering omdat dit door de persoon zelf als persoonlijk waardevol wordt gezien. Motiverende gespreksvoering is een methode die deze autonome motivatie kan versterken en effectief gebleken is bij de behandeling van verslavingsproblematiek. Uit onderzoek blijkt dat motiverende gespreksvoering in aangepaste vorm ook toepasbaar is voor mensen met een LVB.

De bruikbaarheid en effectiviteit van Sterker dan de kick zijn onderzocht in een pilotstudie met 6 cliënten met een LVB, van wie 5 cliënten de interventie hebben afgerond. Bij hen is er een verschuiving te zien in de motivatie: waar zij voorafgaand aan de training wilden veranderen vanwege beloningen, straffen of verwachtingen (gecontroleerde motivatie), wilden zij dit na afloop van de training omdat zij dit persoonlijk waardevol vonden (autonome motivatie). Bovendien waren cliënten tevreden over de duur en inhoud van de interventie. De training had volgens hen bijgedragen aan het vergroten van de motivatie voor gedragsverandering en het aanpakken van hun alcohol- of drugsgebruik, internetten of gamen. Sterker dan de kick is opgenomen in de [Databank Erkende Interventies](#) van Vilans met de erkenning theoretisch goed onderbouwd.

**Ontwikkelaar:** Sterker dan de kick is uitgegeven door Dichterbij, in samenwerking met de Academische Werkplaats Leven met een verstandelijke beperking van Tranzo, Tilburg University. Meer informatie over de interventie kan worden gevonden op [www.sterkerdandekick.nl](http://www.sterkerdandekick.nl), of in de [Databank Erkende Interventies van Vilans](#).

#### 4.3.5 CGT+

**Titel:** CGT+. Cognitief gedragstherapeutische behandeling van problematisch middelengebruik bij mensen met een licht verstandelijke beperking (2016).

**Samenvatting:** CGT+ is een ambulante cognitief gedragstherapeutische interventie voor volwassenen met een LVB of zwakbegaafdheid en problematisch middelengebruik (een matig of ernstige stoornis in het gebruik van een middel) die - in ieder geval in enige mate - hun middelengebruik willen en kunnen verminderen. Het doel van de interventie is het stoppen of minderen van problematisch middelengebruik en de ernst en frequentie van een terugval in middelengebruik beperken.

CGT+ bestaat uit 9 individuele bijeenkomsten en 9 groepsbijeenkomsten die eventueel aan te vullen zijn met een aantal keuze- en/of herhalingsbijeenkomsten. Bij de individuele bijeenkomsten wordt een vertrouwenspersoon betrokken. CGT+ kent een thematische opbouw, met als kern het aanleren en trainen van zelfcontroletechnieken (de 6 A'tjes). Daarnaast is er aandacht voor psycho-educatie, belonen, doorbreken van verslavingsgedrag, groepsdruk en terugvalpreventie, en de transfer naar de dagelijkse praktijk.

**Onderbouwing:** In CGT+ wordt gebruik gemaakt van de principes van de cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering, die binnen de verslavingszorg als evidence based behandelingen gelden. Het CGT+ protocol volgt in opzet en inhoud (thema's en methoden die aan bod komen) het reguliere behandelprotocol beschreven in het Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken (Schipper, G.M & Merckx, M.J.M, 2014). Belangrijke verschillen met het basisprotocol zijn het aantal bijeenkomsten, waardoor meer oefening en herhaling mogelijk is; de samenwerking met een vertrouwenspersoon uit het netwerk van de cliënt; en het gebruik van actieve werkvormen en visuele en andere non-verbale ondersteuning.

In een pilotstudie naar de bruikbaarheid van CGT+ werden 23 cliënten met een LVB en 9 therapeuten gevraagd naar hun ervaringen met het behandelprotocol. In totaal maakten 16 cliënten de gehele behandeling af. Zij lieten allen een significante vermindering in het middelengebruik zien na afloop van de behandeling. De therapeuten ervoeren de behandeling als zeer intensief. Het bleek niet altijd mogelijk om twee sessies per week te plannen.

**Ontwikkelaar:** CGT+ is ontwikkeld door Joanneke van der Nagel en Marion Kiewik in opdracht van Resultaten Scoren en werd uitgegeven door uitgeverij Perspectief. De interventie is onder andere verkrijgbaar via

[www.zorg-perspectief.nl/handleiding-cgt/](http://www.zorg-perspectief.nl/handleiding-cgt/). Meer informatie over CGT+ kan worden opgevraagd bij Rianne Kasander, via [rkasander@resultatenscoren.nl](mailto:rkasander@resultatenscoren.nl).

### 4.3.6 Minder Drank of Drugs 2.0

**Titel:** Minder drank of drugs 2.0 (2015)

**Samenvatting:** Minder Drank of Drugs 2.0 (MDOD) is een cognitief gedragstherapeutische interventie voor volwassenen met een LVB of zwakbegaafdheid en verslavingsproblematiek in de ambulante verslavingszorg. Het doel van MDOD is het doorbreken van het middelengebruik: na afloop van de interventie is de cliënt gestopt met het gebruik van middelen of heeft hij het gebruik ervan geminderd en kan hij adequaat omgaan met een terugval.

Het bestaat uit 12 groepsbijeenkomsten en 12 individuele bijeenkomsten met intensieve betrokkenheid van een vertrouwenspersoon (ouder/partner/persoonlijk begeleider/mentor). De individuele bijeenkomsten zijn gericht op de introductie en uitleg van nieuwe informatie (het 'snappen'). Ook bieden deze bijeenkomsten de mogelijkheid om het systeem te ondersteunen, generalisatie naar praktijksituaties te bevorderen en individuele moeilijkheden te bespreken. De groepsbijeenkomsten zijn gericht op het oefenen van vaardigheden en het organiseren van sociale steun. In deze bijeenkomsten ontmoet de cliënt lotgenoten met wie hij ervaringen kan uitwisselen en vaardigheden kan trainen.

MDOD heeft een thematische opbouw, waarin training van zelfcontroletechnieken (de 6 A'tjes) centraal staat. Daarnaast is er aandacht voor psycho-educatie, belonen, doorbreken van het verslavingsgedrag, groepsdruk en terugvalpreventie, en de transfer naar de dagelijkse situatie.

**Onderbouwing:** MDOD is gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische principes, waarin gebruik gemaakt wordt van groeps- en systeeminterventies.

Cognitieve gedragstherapie is in de Nederlandse verslavingszorg de basis van de behandeling. Het samenwerken met LVB-ketenzorgpartners wordt door verschillende richtlijnen alsook door experts gezien als doorslaggevend in het bieden van goede zorg aan cliënten met een LVB.

De eerste versie van MDOD werd bij 27 cliënten gepilot naar de haalbaarheid en effecten van de interventie. MDOD werd door de behandelaren als goed uitvoerbaar beschouwd met een groep van minimaal 4 en maximaal 8 cliënten. Abstinentie werd bereikt bij 10 cliënten, een vermindering van middelengebruik en verslavingsproblematiek bij 6 cliënten. Het behandelresultaat van MDOD is voor cliënten die MDOD hebben afgemaakt significant beter dan voor cliënten die eerder stopten of uitvielen. Er werden geen verschillen gevonden in behandelresultaten op basis van duur van de verslavingsproblematiek, intelligentie of persoonlijkheidskenmerken.

**Ontwikkelaar:** [MDOD](#) is ontwikkeld door het Kenniscentrum LVB en Verslaving van Tactus Verslavingszorg i.s.m. Avelijn gehandicaptenzorg. Meer informatie kan worden opgevraagd bij Marike van Dijk, via [info@lvbenverslaving.nl](mailto:info@lvbenverslaving.nl).

## 4.4 Klinisch behandel- en begeleidingsaanbod

De meeste behandelingen voor verslavingsproblemen (stoornissen in het gebruik van middelen) vinden ambulant plaats. Wanneer dit echter ontoereikend is - bijvoorbeeld vanwege de ernst van de verslavingsproblematiek of bijkomende problematiek - is een klinische opname geïndiceerd. Tijdens een opname wordt begeleiding en behandeling geïntegreerd aangeboden. Dit wil zeggen dat er sprake is van een multidisciplinair behandelteam die begeleiding en behandeling biedt op alle levensgebieden van de cliënt. Zowel de begeleiding als

de behandeling dienen aangepast te worden aan de specifieke behoeften van mensen met een LVB (Van der Nagel et al., 2017).

Voorafgaand aan de opname krijgt het behandelteam vaak al informatie toegestuurd over de cliënt. Het gaat daarbij bij voorkeur niet alleen om algemene, anamnestiche en diagnostische informatie, maar ook om adviezen voor bejegening (hoe kan een cliënt het beste worden aangesproken, wat is er nodig als iemand emotioneel of agressief is), het functioneren (over welke praktische vaardigheden beschikt een cliënt, wat vindt de cliënt leuk om te doen) en begeleiding (wat is een haalbaar programma voor de cliënt, waar heeft hij hulp of ondersteuning bij nodig). Dit bevordert de kans van slagen van een opname.

Bij de start van de opname is het belangrijk om de cliënt informatie te verschaffen over de opname. Een rondleiding door de kliniek, uitleg over het programma en een aantal praktische zaken (bijvoorbeeld verlof en bezoek) en ruimte voor vragen zijn hierin essentieel. Het verdient de voorkeur om de informatie ook op papier, in de vorm van een cliëntenfolder of opnamemap, uit te reiken. Naast tekst kunnen hierin namelijk ook foto's gebruikt worden van bijvoorbeeld de werk- of sportzaal, maar ook de belangrijkste behandelaren waar een cliënt mee te maken gaat krijgen gedurende de opname. Dit bevordert de kennismaking en verkleint mogelijk de stap voor de cliënt om vragen te stellen of deel te nemen aan programmaonderdelen.

Het reguliere dagprogramma op klinische afdelingen is voor veel cliënten met een LVB te vol en/of te groepsgericht. Het verdient daarom de voorkeur om in overleg met de cliënt een afwisselend en gevarieerd dagprogramma aan te bieden. Zo kunnen momenten van behandeling afgewisseld worden met momenten van rust en ontspanning. Door het toevoegen van bijvoorbeeld vaktherapie kunnen cognitieve of verbale behandelvormen worden afgewisseld met meer lichaamsgerichte of ervaringsgerichte behandelvormen. Ook het afwisselen van individuele

contacten met groepsbehandelingen kan helpen om het programma dragelijker te maken.

De opname duurt niet langer dan noodzakelijk en niet korter dan verantwoord. Gedurende de opname is het daarom belangrijk om alvast afspraken te maken over het vervolgtraject. Een geleidelijke afbouw van zorg en ondersteuning is hierin noodzakelijk. Tijdens de opname kan dit bijvoorbeeld worden bereikt door de nadruk te verschuiven van therapie naar daginvulling of door steeds langere verloven in te plannen. In het vormgeven van het vervolgtraject wordt een afbouw richting beschermd of begeleid wonen (bijvoorbeeld binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg) soms aangeraden, bijvoorbeeld bij langerdurende opnames of wanneer verwacht wordt dat een cliënt langdurige begeleiding en ondersteuning nodig zal hebben. Aanbevolen wordt om in deze gevallen tijdig overleg te zoeken met ketenpartners om onderbrekingen van de zorg te voorkomen.

Op dit moment zijn er een beperkt aantal instellingen die speciale klinische afdelingen hebben voor mensen met een LVB en verslavingsproblemen. Een deel van deze afdelingen heeft ook een bovenregionale functie, waarbij doorgaans alleen als derdelijnsvoorziening gewerkt wordt. Dit betekent dat voor klinische zorgvragen rondom LVB en verslaving in beginsel altijd eerst een beroep gedaan moet worden op de lokale verslavingszorg. Zij kunnen desgewenst voor een deel van de behandeling doorverwijzen naar een bovenregionale voorziening.

## 4.5 Nieuwe ontwikkelingen

Naast bovengenoemde nieuwe methodieken is er in de afgelopen jaren ook onderzoek gedaan naar het gebruik van zogenoemde impliciete maten voor het diagnosticeren en bovenal behandelen van verslavingsproblematiek bij mensen met een LVB. Hoewel dit onderzoek niet heeft geleid tot methodieken die direct ingezet

kunnen worden in de praktijk, vormen ze wel een belangrijke nieuwe ontwikkeling waar ook de komende jaren meer onderzoek naar gedaan zal worden. Het onderzoek naar de neuropsychologie van verslavingsproblematiek - en daarmee het gebruik van impliciete maten in de praktijk - wordt samengevat in deze paragraaf.

Verslavingsproblematiek wordt gekenmerkt door structurele veranderingen in onder andere het belonings- en informatieverwerkingssysteem van de hersenen (Hyman et al., 2006; Koob, 2013). Het beloningssysteem raakt bijvoorbeeld hypergevoelig voor de belonende eigenschappen van alcohol en drugs (en stimuli die daaraan gerelateerd zijn). Hierdoor ontstaan er cognitieve vertekeningen (biases) in automatische processen zoals het richten en vasthouden van de aandacht, automatische actietendensen en interpretatie en associatie (Stacy & Wiers, 2010). Ook de executieve functies verzwakken als gevolg van langdurig en overmatig middelengebruik, wat zich onder andere uit in een lagere werkgeheugencapaciteit en meer moeite met gedragsinhibitie en uitstel van directe behoeftebevrediging (Hyman et al., 2006). Impliciete maten brengen deze veranderingen in kaart en kunnen worden gebruikt als methodieken voor screening, diagnostiek en behandeling van verslavingsproblematiek.

Een reeks studies naar deze verstoringen in het belonings- en informatieverwerkingssysteem bij mensen met een LVB en alcoholproblematiek leverde echter geen sluitende resultaten op (Van Duijvenbode, 2016). Er werden geen aanwijzingen gevonden voor beperkingen in het executief functioneren bij problematische drinkers. Problematische drinkers hadden geen kleinere werkgeheugencapaciteit en hadden ook niet meer moeite met gedragsinhibitie dan lichte drinkers. Ook de verwachte vertekeningen (biases) in aandacht en automatische actietendensen werden niet teruggevonden. Problematische drinkers reageerden niet sneller op plaatjes van alcoholische dranken, waren niet meer geneigd hun

aandacht te richten op plaatjes van alcoholische dranken en keken ook niet langer of meer naar deze plaatjes dan lichte drinkers. Wel vertoonden zij een zogenoemde interpretatie- of associatiebias. In een woordassociatietask werden zij gevraagd om dubbelzinnige of ambigue scenario's af te maken, zoals: "Filmavond bij je vrienden. "Nog eentje?", zegt één van je maatjes. De verleiding is groot en je pakt een...". Problematische drinkers waren meer geneigd om deze scenario's af te maken met alcoholgerelateerde antwoorden ('een biertje') in plaats van met neutrale antwoorden ('een nieuwe film').

Van Duijvenbode en collega's (2016) concluderen dat er een aantal methodologische uitdagingen aangepakt moet worden in toekomstig onderzoek voordat impliciete maten geïmplementeerd kunnen worden in de praktijk. Het gebruik van impliciete maten voor screening, diagnostiek en behandeling - zoals dat bijvoorbeeld gebeurt in Cognitieve Bias Modificatieprocedures - wordt daarom vooralsnog afgeraden. De klinische relevantie van woordassociatietaken is daarentegen rooskleuriger. Deze taken zouden bijvoorbeeld kunnen worden ingezet in de terugvalpreventie, omdat zij risicovolle situaties voor (een terugval in) middelengebruik op een laagdrempelige manier kunnen identificeren.

# 5. Meer weten...?

## 5.1 Beschikbare methodieken

- Kroon, A. C. C., Frielink, N., & Embregts, P. J. C. M. (2016). *Sterker dan de kick: Een handleiding voor trainers*. Gennepe: Dichterbij.
- Van der Nagel, J. E. L., Van Dijk, M., Kemna, L. E. M., Barendregt, C., & Wits, E. (2017). *(H)erkend en juist behandeld: Handleiding voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg*. Utrecht: Perspectief.
- Van der Nagel, J. E. L., & Kiewik, M. (2016). *CGT+: Cognitieve gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: Perspectief.
- Van der Nagel, J. E. L., Westendorp, H., Van Dijk, M., & Kiewik, M. (2016). *Minder Drank of Drugs 2.0*. Deventer: Tactus Verslavingszorg.
- Schijven, E. P., Van der Nagel, J. E. L., Lammers, J., & Poelen, E. A. P. (2014). *Trainershandleiding Take it personal!: Een interventie voor middelengebruik en comorbide gedragsproblemen voor jongeren met een licht verstandelijke beperking*. Nijmegen: Pluryn.

## 5.2 Boeken en artikelen

- Van Duijvenbode, N., & Van der Nagel, J. E. L. (2016). *Van hete aardappel naar hot topic: Verslavingsproblematiek bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. *De Psycholoog*, 51, 10-18.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering: Mensen helpen veranderen*. Amsterdam: Ekklesia.
- Van der Nagel, J. E. L., Didden, R., Van Duijvenbode, N., Kemna, L., & Trentelman, M. (2016). *Middelengebruik en verslaving*. In R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 157-169). Utrecht: De Tijdstroom.
- Van der Nagel, J. E. L., Kiewik, M., & Didden, R. (2014). *Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. In G. M. Schippers, M. Smeerdijk, & M. J. M. Merx (Red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken* (pp. 337-352). Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Van der Nagel, J. E. L., Kiewik, M., & Didden, R. (2017). *Casusboek LVB en verslaving*. Amsterdam: Boom Uitgeverij.
- Van der Nagel, J. E. L., Kiewik, M., & Didden, R. (2017). *Handboek LVB en verslaving*. Amsterdam: Boom Uitgeverij.

## 5.3 Websites

[www.lvbenverslaving.nl](http://www.lvbenverslaving.nl)

[www.bekijkhetnuchter.nl](http://www.bekijkhetnuchter.nl)

[www.nix18.nl](http://www.nix18.nl)

[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

[www.rokeninfo.nl](http://www.rokeninfo.nl)

[www.alcoholinfo.nl](http://www.alcoholinfo.nl)

[www.drugsinfo.nl](http://www.drugsinfo.nl)

[www.drugsinfoteam.nl](http://www.drugsinfoteam.nl)

[www.youtube.com/user/drankendrugs/playlists](https://www.youtube.com/user/drankendrugs/playlists) (Alcohol; Drugs)

[www.youtube.com/watch?v=ao8L-0nSYzg](https://www.youtube.com/watch?v=ao8L-0nSYzg) (Verslaving)

[www.youtube.com/watch?v=pqjRCj5DIRs](https://www.youtube.com/watch?v=pqjRCj5DIRs) (Presentatie: Dr. Drs. Els A. Noorlander Psychiater - Verslaving, behandeling en valkuilen)



# 6. Geraadpleegde literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- De Beer, Y. (2016). *Kompas Licht verstandelijke beperking: Definitie, aspecten en ondersteuning*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Bransen, E., Schipper, H., & Blekman, J. (2009). *Middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke handicap: Een eerste verkenning van aard en omvang*. Tijdschrift voor Verslaving, 4, 37-49.
- Didden, R., Embregts, P., Van der Toorn, M., & Laarhoven, N. (2009). *Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study*. Research in Developmental Disabilities, 30, 927-932.
- Van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Verdurmen, J., Spit, M., Van Laar, M., & Monshouwer, K. (2016). *Jeugd en riskant gedrag 2015: Kerngegevens uit het Peilstationonderzoek Scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Duijvenbode, N. (2016). *"It's all between my ears!" Deficiencies in information processing in problematic drinkers with mild to borderline intellectual disability*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Van Duijvenbode, N., Didden, R., Korzilius, H. P. L. M., & Engels, R. C. M. E. (2016). *"Het zit allemaal tussen mijn oren!" De neuropsychologie van verslavingsproblematiek*. Onderzoek & Praktijk, 14(1), 32-42.
- Van Duijvenbode, N., Van der Nagel, J. E. L., Didden, R., Engels, R. C. M. E., Buitelaar, J. K., Kiewik, M., & De Jong, C. A. J. (2015). *Substance use disorders in individual with mild to borderline intellectual disability: Current status and future directions*. Research in Developmental Disabilities, 38, 319-328.
- Hyman, S. E., Malenka, R. C., & Nestler, E. J. (2006). *Neural mechanisms of addiction: The role of reward-related learning and memory*. Annual Review of Neuroscience, 29, 565-598.
- Koob, G. F. (2013). *Addiction is a reward deficit and stress surfeit disorder*. Frontiers in Psychiatry, 4, 1-18.
- Van Laar, M. W., & Van Ooyen-Houben, M. M. J. (2016). *Nationale drug monitor: Jaarbericht 2016*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- McGillcuddy, N. (2006). *A review of substance use research among those with mental retardation*. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 12, 41-47.
- Moonen, X. & Verstegen, D. (2006). *LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving*. Onderzoek en Praktijk, 4(1), 23-28.
- Van der Nagel, J. E. L., Didden, R., Van Duijvenbode, N., Kemna, L., & Trentelman, M. (2016). *Middelengebruik en verslaving*. In R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (Eds.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 157-169). Utrecht: De Tijdstroom.

- Van der Nagel, J. E. L., Van Dijk, M., Kemna, L. E. M., Barendregt, C., & Wits, E. (2017). *(H)erkend en juist behandeld: Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg*. Utrecht: Perspectief.
- Van der Nagel, J. E. L., Kiewik, M., & Didden, R. (2017). *Handboek LVB en verslaving*. Amsterdam: Boom Uitgeverij.
- Van der Nagel, J. E. L., Kiewik, M., Didden, R., Buitelaar, J. K., & De Jong, C. A. J. (2012). *ZonMW, Dossiernummer: 31160202 (SumID project): Final report*. Deventer: Tactus.
- Van der Nagel, J. E. L., Kiewik, M., Van Dijk, M., Didden, R., Korzilius, H. P. L. M., Van der Palen, J., . . . De Jong, C. A. J. (2017). *Substance use in individuals with mild to borderline intellectual disability: A comparison between self-report, collateral-report and biomarker analysis*. *Research in Developmental Disabilities*, 63, 151-159.
- Poelen, E. A. P., Schijven, E. P., & Vermaes, I. P. R. (2015). *De prevalentie van middelengebruik bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen in een orthopedagogisch behandelcentrum*. *Onderzoek & Praktijk*, 13(1), 25-37.
- Rutten, R., & De Haan, H. (2009). Verslaving. In R. Rutten, C. Loth, & A. Hulshoff (Eds.), *Verslaving: Handboek voor zorg, begeleiding en preventie* (pp. 157-169). Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- Schippers, G. M. & Merx, M. J. M. (Eds.) (2014). *Handboek CGT bij middelengebruik en gokken*. Utrecht: Perspectief Uitgevers
- Stacy, A. W., & Wiers, R. W. (2010). *Implicit cognition and addiction: A tool for explaining paradoxical behaviour*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 551-575.
- Steenhuis, I. H. M., & Van der Poel, E. (2009). *Alcohol- en drugsgebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren in de leeftijd van 15-25 jaar*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64, 66-78.
- Trimbos-instituut (2012). *Toolkit LVB en Verslaving*. Utrecht: Trimbos-instituut.

...the first of the ...

...the second of the ...

...the third of the ...

...the fourth of the ...

...the fifth of the ...

...the sixth of the ...

...the seventh of the ...

...the eighth of the ...

...the ninth of the ...

...the tenth of the ...

...the eleventh of the ...

...the twelfth of the ...

...the thirteenth of the ...

...the fourteenth of the ...

...the fifteenth of the ...

...the sixteenth of the ...

...the seventeenth of the ...

...the eighteenth of the ...

Kajak

ACADEMISCHE WERKPLAATS

Catharijnesingel 47  
3511 GC Utrecht  
030 7400 400

[www.academischewerkplaatskajak.nl](http://www.academischewerkplaatskajak.nl)  
[info@awkajak.nl](mailto:info@awkajak.nl)