

CASUSBOEK

LVB EN VERSLAVING

JOANNEKE VAN DER NAGEL | MARION KIEWIK | ROBERT DIDDEN

CASUSBOEK

LVB EN VERSLAVING

Boom

© 2017, J. VAN DER NAGEL, M. KIEWIK & R. DIDDEN P/A UITGEVERIJ BOOM, 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 j^o Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprerecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprerecht.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, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

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
Drukwerk: Wilco, Amersfoort

ISBN 978 90 2440 4957
NUR 777

www.boompsychologie.nl
www.bua.nl

INHOUD

Voorwoord 9

DEEL I **LVB EN VERSLAVING** 11

- 1 Lichte verstandelijke beperking 13**
 - Herkennen van een LVB: Klein geschapen 13
 - Als een LVB niet opvalt: Getrouwd en in de buitendienst 16
 - Overvraging: Uitleg is het halve werk 17
 - Kijken vanuit de beperking: Aangepast gedrag 19
 - Goed uitleggen: Vijftig hijsjes 21

- 2 Alcohol, tabak, drugs en verslaving 25**
 - Wat is verslaving? Verslaafd zijn aan stimulerende middelen 26
 - Complicaties bij onthouding: Epilepsie is het niet 28
 - Tabaksafhankelijkheid: Onderbehandelde verslavingsproblematiek 29

- 3 Risicofactoren en gevolgen van gebruik 33**
 - Complicaties bij gebruik: 'Door mijn rug gegaan' 34
 - Multiprobleem: 'Maar ik vind het niet erg, hoor!' 35
 - Risico's op gebruik: Proefkonijnen 37
 - Nicotineverslaving: De rol van begeleiding 38

- 4 Waarom stoppen vaak niet lukt 41**
 - Kunnen, willen en gereed zijn voor verandering: Rust in de tent 41
 - Het belang van goede timing: Every moment a new beauty 44

- 5 **Signaleren en bespreekbaar maken** 51
De kracht van multidisciplinair werken: Lange adem 51
Goede screening loont: Giechel 54
De controle kwijtraken: 'Af en toe een biertje moet kunnen' 56
- 6 **Analyse van gebruik** 59
Inventarisatie van gebruik: Dwaalspoor 60
Het belang van een goede inventarisatie van gebruik: Speciale sigaretten 62

- 7 **Doelen stellen** 67
Haalbare doelen: Over motiveren, aansluiten en echt contact 67
Gezamenlijk doelen stellen: Geen paniek 69
- 8 **Behandeling van verslaving bij cliënten met een LVB** 73
Ambulante behandeling: Stil verdriet 73
Outreachinge verslavingszorg en casemanagement: Met je kop tegen de muur 76
Groepsbehandeling: 'Dat heb ik zelf gedaan' 77
Ketenzorg: Afstemmen en samenwerken 80
- 9 **Triplediagnose** 83
Verslaving en trauma: 'De wereld kan wel zonder mij' 84
Multiculturele triplebehandeling: Zorg op Curaçao 86
- 10 **Klinische behandeling** 91
Klinische SGLVG-behandeling: 'Nooit meer blowen!' 92
Gedwongen ontslag: Over heimwee, onrust en overvraging 94
Het delen van ervaringen helpt: Gedeelde smart is halve smart 97

- 11 Onvrijwillige behandeling en bemoeizorg 101**
Succesvolle bemoeizorg: De dood of de gladiolen 101
(On)vrijwillige hulp: Hoop doet leven 103
Bopz-opname: Stok achter de deur 106
Ter beschikking gesteld: De bodem van de put 108
- 12 Consolidatie en terugvalpreventie 113**
Stabiliteit op de langere termijn: Eindelijk acceptatie 113

DEEL IV **BELEID EN PREVENTIE** 117

- 13 Wet- en regelgeving over middelen, zorg en behandeling 119**
Gedoogbeleid: Alleen een beetje wiet 120
Regels ter bescherming van minderjarigen: NIX18? 121
- 14 Preventie en beleid 125**
Middelenbeleid: Waterdicht krijg je het nooit 125

Personalia 128

VOORWOORD

Voor u ligt een casusboek. De opgenomen casussen illustreren de thema's die uitgebreid aan bod zijn gekomen in het *Handboek LVB en verslaving*. We hebben een groot aantal auteurs uitgenodigd om hun ervaringen en kennis te beschrijven aan de hand van een of meer casussen.

De opzet van de casusbeschrijving is telkens dezelfde. Na een korte geschiedenis van achtergronden en ontstaan van de verslavingsproblematiek geven de auteurs aan wat zij hebben gedaan om deze problematiek te verminderen. Behandeling van verslavingsproblematiek is meestal een kwestie van vallen en opstaan. Dit geldt niet alleen voor de cliënt, maar ook voor zijn hulpverleners. De auteurs geven bij elke casus aan wat de valkuilen zijn en hoe deze te omzeilen zijn. De auteurs zijn afkomstig uit verschillende werkvelden: dat van de verstandelijk gehandicaptenzorg, de verslavingszorg en de forensische zorg, en uit het maatschappelijk domein. De casussen die zijn opgenomen in dit boek vormen aldus een dwarsdoorsnede van de thema's, valkuilen en benaderingen die hulpverleners vaak tegenkomen als zij te maken krijgen met cliënten die naast een LVB bijkomende problemen vertonen. De casusbeschrijvingen leveren geen geprotocolleerde *how-to-do*-richtlijnen op, maar zijn een beschrijving van hoe de auteurs de casus hebben benaderd en welke keuzen zij hierin hebben gemaakt en waarom.¹ Wij hopen hiermee de lezer van het handboek een handreiking te geven voor hoe de hulpverlening aan cliënten met een LVB en verslavingsproblematiek eruit zou kunnen zien, en hoe de

1 Voor een toelichting van de afkortingen (zoals AVG en MOCA) en termen (zoals *craving*) die worden gebruikt in de casusbeschrijvingen verwijzen wij de lezer naar het handboek: Joanneke van der Nagel, Marion Kiewik & Robert Didden (2017). *Handboek LVB en verslaving: 'Iedereen gebruikt toch?'* Amsterdam: Boom.

kwaliteit van leven van deze cliënten en hun naasten – die mede vanwege de verslavingsproblematiek fors onder druk is komen te staan – verbeterd kan worden.

Oktober 2017

Joanneke van der Nagel, Marion Kiewik & Robert Didden

DEEL I

**LVB EN
VERSLAVING**

1 LICHTE VERSTANDELIJKE BEPERKING

Mensen met een LVB vormen een heterogene groep, met uiteenlopende beperkingen en mogelijkheden. Naast beperkingen in het intellectueel functioneren hebben zij (vaak forse) problemen op het gebied van zelfredzaamheid, en van sociaal en emotioneel functioneren. Deze beperkingen kunnen risicofactoren zijn voor de ontwikkeling of instandhouding van middelenmisbruik en -afhankelijkheid. Herkenning van de verstandelijke beperking en een op de cliënt afgestemde bejegening is van belang om het functioneren optimaal te ondersteunen. De casussen in dit hoofdstuk illustreren hoe moeilijk dat kan zijn. Daarbij speelt mee dat veel mensen met een LVB (en hun naasten) moeite hebben met de stigmatisering die LVB met zich meebrengt.

In hoofdstuk 1 van het *Handboek LVB en verslaving* 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 geven we tips voor de bejegening van mensen met een LVB.

Herkennen van een LVB: Klein geschapen

MARJA KOUIJZER & JOANNEKE VAN DER NAGEL

Adam is 32 jaar en woont nog bij zijn bejaarde ouders van Syrisch-orthodoxe komaf. Via het wijkteam meldt hij zich bij de verpleegkundig casemanager van de verslavingszorg. Hij wil hulp, want hij 'wil zijn ouders niet langer verdriet doen'. Adam vertelt sinds de middelbare school steeds verder ontspoord te zijn. Leraren vonden hem een 'opgewonden standje': lastig, impulsief, druk en soms agressief. Om tot

rust te komen gebruikte hij alcohol en cannabis, waaraan hij vanaf zijn vijftiende verslaafd raakte. Later kwam daar nog heroïne bij. Om aan geld te komen voor zijn verslaving pleegde hij inbraken. Hij werd bij herhaling tot celstraffen veroordeeld.

Zijn oudere broers en zussen hebben partners en kinderen, geschoold werk en een goede onderlinge verstandhouding. Adam past niet in dit harmonieuze plaatje, maar lijkt dat niet heel erg te vinden. Hij komt over als iemand die streetwise is en die zelf weinig problemen ziet in zijn gebruik, behalve dat zijn ouders erdoor van streek raken. Vanwege zijn gedragsproblemen in de puberteit en zijn impulsieve gebruik wordt hij aangemeld voor een psychiatrisch consult, met de vraag of er sprake is van ADHD. Ontregeld en impulsief gedrag is inderdaad aanwezig. In het oog springen verder Adams bijzondere lichaamsbouw: bijzonder klein, met een rond kinderlijk gezicht. Bij het uitvragen van andere fysieke bijzonderheden vertelt Adam dat hij na zijn geboorte is geopereerd aan een 'gaatje in zijn hart'. Vervolgens zwijgt hij, wiebelt op zijn stoel en voegt daar dan zachtjes aan toe: 'Ik ben inderdaad klein van stuk, maar ook klein geschapen.' Adam blijkt een aangeboren afwijking aan zijn penis te hebben. Het is een afwijking die relatief vaak voorkomt bij mensen met een genetisch syndroom. Zulke syndromen gaan vaak gepaard met een scala aan andere afwijkingen. Vandaar dat niet alleen genetisch, maar ook lichamelijk en psychologisch onderzoek gedaan wordt.

Uit alle onderzoeken komt geen duidelijke oorzaak voor Adams bijzondere lichaamskenmerken naar voren. Wel blijkt hij tot verbazing van zijn hulpverleners een IQ van slechts 56 te hebben. Achteraf blijkt Adam op basis van gedegen psychodiagnostisch onderzoek op de basisschool al naar het speciaal onderwijs te zijn verwezen. Zijn ouders waren daar niet mee akkoord gegaan en stuurden hem naar een brede scholengemeenschap, waar hij al snel uitviel. Voor zijn ouders is de diagnose 'verstandelijke beperking' moeilijk te accepteren: 'Hij redt zich toch prima?' Zij wijten zijn schoolproblemen aan een gebrek aan 'klik' met zijn leerkrachten. En Adam zelf? Voor hem is de diagnose 'verstandelijke beperking' een verklaring waarom hij zo anders is dan zijn broers en zussen. 'Ik kan er dus eigenlijk niets aan doen, toch?', zegt hij met enige opluchting. Begeleiding door specialistische hulpverlening wijst hij echter af.

Wat was er aan de hand?

Adam heeft een voorgeschiedenis van ten minste zeventien jaar problematisch middelengebruik en talloze middelengerelateerde overtredingen. Hoewel hij het zwarte schaap van de familie is, wordt hij nog steeds liefdevol opgevangen door zijn inmiddels bejaarde ouders. In zijn levensverhaal worden zijn schoolproblemen en maatschappelijk falen gekoppeld aan gebruik, een gebrek aan motivatie en interesse voor school, en aan de daaruit voortvloeiende conflicten. Met zijn stoere streetwise-houding lijkt Adam zich helemaal een identiteit van *bad guy* aangemeten te hebben.

Wat hebben we gedaan?

Een breed ingezet onderzoek naar Adams gedragsproblemen, lichamelijke bijzonderheden en algemeen functioneren levert een verrassend lage score op een IQ-test op. Pas bij het bespreken van de test-scores blijkt dat er al op lagereschoolleeftijd sprake was van een forse leerachterstand. Zowel cliënt als ouders waren hiervan op de hoogte, maar hebben dit gegeven – uit schaamte? – niet vermeld bij de ontwikkelingsanamnese. Gezien deze scores in de kindertijd is er bij Adam eerder sprake van een LVB dan van een laag IQ dat door middelengebruik is veroorzaakt.

Valkuilen & tips

Uit Adams levensverhaal komt een relatie naar voren tussen enerzijds middelengebruik en anderzijds beperkte motivatie en slechte schoolresultaten. Maar waarschijnlijk heeft deze relatie juist andersom gewerkt: op school overvraagd worden en keer op keer falen kan ook een verklaring zijn voor Adams moeilijke gedrag en vlucht in middelengebruik. Onder ogen zien dat Adam een verstandelijke beperking heeft, is voor zijn ouders echter nog steeds een brug te ver, waardoor essentiële informatie over eerdere tests in het basisonderwijs pas laat boven water komt. Meegaan in Adams beeld van de relaties tussen, en oorzaken van, zijn problemen blijkt een valkuil. Een open diagnostische blik en objectief onderzoek leveren uiteindelijk een nieuw perspectief op, tot opluchting van de cliënt. Of het in praktische zin veel gaat betekenen, moet nog blijken.