



**Drugs: zet het uit je hoofd**  
Een preventieve aanpak bij LVB

**Bachelor in de geestelijke gezondheidszorg**

**Jolien Peeters**

Academiejaar 2015-2016

Campus Turnhout, Campus Blairon 800, BE-2300 Turnhout

## VOORWOORD

Als eerste wil ik Joke, mijn praktijkbegeleidster, bedanken! Zonder jouw tijd, hulp, feedback en nog zoveel meer zou het me nooit gelukt zijn dit eindwerk tot een goed einde te brengen. Woorden schieten me tekort om uit te drukken hoe dankbaar ik je ben!

De werkgroep drugs van gemeenschapsinstelling De Kempen, campus De Markt, gaf me de kans dit project uit te werken, waarbij we overlegden welke zaken we wel en niet meenamen in het eindwerk. Mede wil ik ook hen bedanken voor deze leerrijke ervaring.

Mijn collega's van het onderwijs mag ik in geen geval vergeten. Zij vingden me op als één van hen, waardoor ik mij gedurende mijn stageperiode steeds goed gevoeld heb. Bedankt voor alle steun en leerrijke gesprekken, maar ook de fijne momenten naast het werk! Jullie zijn één voor één fantastische personen die met veel liefde jullie job uitoefenen. Ik ga jullie missen!

Mijn projectbegeleiders, Peter en Dien, hebben me steeds goede feedback gegeven en stonden voor me klaar wanneer dat nodig was. Bedankt!

Verder wil ik graag mijn ouders en zus bedanken. Zonder jullie had ik deze ervaring nooit mogen meemaken. Dit is ondertussen mijn zesde jaar dat ik studeer en nooit was er iets voor jullie teveel. Jullie bleven me steeds steunen en in mij geloven. Bedankt voor alles!

Als laatste zou ik nog graag "dank u" zeggen aan mijn familie, vrienden en vriendinnen. Zij steunde me, net als alle voorgaande personen, het hele jaar door. Ze sleurden mij als het ware uit huis om even mijn zinnen te verzetten en er een fijne dag en/of avond van te maken. Tot snel!

Jolien

## **SAMENVATTING**

### **Inleiding**

Er duiken steeds vaker jonge drugsverslaafden op met een verstandelijke beperking. Er zijn laagdrempelige initiatieven nodig waar deze jongeren terecht kunnen. In Gemeenschapsinstelling De Kempen, campus De Markt, wordt er opgemerkt dat deze problematiek ook regelmatig voorkomt. Aan deze jongeren worden er sessies gegeven rond risicofactoren, maar de jongeren met een verstandelijke beperking worden hier niet bij betrokken. Begeleiders vragen zich af hoe je deze jongeren het best kan begeleiden en hoe je met hen moet of kan omgaan. De probleemstelling wordt als volgt geformuleerd: "Welke methodiek kan je gebruiken om jongeren met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en drugs- en/of middelenmisbruik weerbaarder te maken om de kwetsbaarheid naar drugs te verlagen?". Belangrijk is dat de resultaten uit dit onderzoek toepasbaar zijn binnen de gemeenschapsinstelling, omdat dit een andere aanpak vereist dan de ambulante zorgverlening of behandeling binnen de psychiatrische hulpverlening. In de instelling worden de jongeren niet behandeld, maar begeleid.

### **Methode**

Tijdens het onderzoek werd er gezocht in verschillende databanken, waaronder Pubmed en Trip. Er werden verschillende zoektermen gebruikt, waarbij het van belang was te werken met inclusie- en exclusiecriteria. Inclusiecriteria: jongeren van 12 tot maximum 23 jaar, alcoholgebruik, druggebruik, ambulante- en residentiële hulpverlening, justitie, verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid. Exclusiecriteria: volwassenen ouder dan 23 jaar, bronnen ouder dan 15 jaar en een normaal IQ. De bewijskracht van de bron werd telkens nagekeken, waarbij de voorkeur gegeven werd aan guidelines. Elders werd ook de informatie uit boeken, rapporten, artikels en websites gebruikt.

### **Resultaten**

Voor jongeren zijn er vele risicofactoren die middelengebruik kunnen doen ontstaan. In de gemeenschapsinstelling zijn vooral de adolescentieperiode, de omgeving, eventuele comorbiditeiten en de beschikbaarheid van drugs van belang. Bij vroeg begin van drugs heeft dit gevolgen op alle levensgebieden, deze nog ernstiger zijn voor personen met een verstandelijke beperking. In de behandeling van deze doelgroep is het belangrijk te richten op verandering in het functioneren en de symptomen van middelengebruik. Afhankelijk van de groep kan je behandelen in groep of individueel. Cognitieve gedragstherapie blijkt wel het meest effectief in groep. Andere behandelingen kunnen zijn: preventie, psycho-educatie, motiverende gespreksvoering, familietherapie, zelfhulpgroepen, enzovoort. Assessments als de SumID-Q en de SEM-J kunnen de ernst van het gebruik in kaart brengen.

### **Discussie**

Algemeen wordt gesteld dat behandeling van jongeren een positief effect heeft op het druggebruik en op criminele recidieven en blijkt dat het doorbreken van een afhankelijkheid omtrent middelen vaak niet mogelijk zonder professionele hulpverlening. Binnen de bijzondere jeugdzorg is er meer behoefte aan effectieve preventie- en interventieprogramma's omtrent middelen (Soyez et al., 2015). Voor gemeenschapsinstelling De Kempen werd er een preventie- en psycho-educatiebundel uitgewerkt. Toch is er geen bewijs dat dit resultaat bieden, zowel niet op korte termijn, als op langere termijn. We kunnen wel stellen dat het effect heeft op korte termijn bij de jongeren die nog niet gebruiken, maar dit zal verder onderzocht moeten worden. Het is duidelijk dat je wel over drugs mag spreken met deze doelgroep, wat een belangrijke verandering zal teweeg brengen in de begeleiding van deze jongeren.

# INHOUDSTAFEL

<b>VOORWOORD</b> .....	<b>3</b>
<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>4</b>
<b>INHOUDSTAFEL</b> .....	<b>5</b>
<b>INLEIDING</b> .....	<b>7</b>
<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>9</b>
<b>LITERATUURONDERZOEK</b> .....	<b>10</b>
<b>1 VERSTANDELIJKE BEPERKING OF ZWAKBEGAAFDHEID</b> .....	<b>11</b>
<b>2 JONGEREN EN MIDDELENGEBRUIK</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1 Drugs</b> .....	<b>12</b>
2.1.1 Wat zegt de wet met betrekking tot drugs bij jongeren? .....	12
<b>2.2 Alcohol</b> .....	<b>12</b>
2.2.1 Wat zegt de wet met betrekking tot alcohol bij jongeren? .....	12
<b>2.3 Verslaving</b> .....	<b>13</b>
2.3.1 Verschil tussen afhankelijkheid en misbruik .....	13
2.3.2 Misbruik en afhankelijkheid bij jongeren .....	14
<b>2.4 Risicofactoren</b> .....	<b>14</b>
2.4.1 De adolescentieperiode .....	15
2.4.2 Omgeving .....	16
2.4.3 Comorbiteit .....	16
2.4.4 Beschikbaarheid van middelen .....	16
<b>2.5 Een justitiële jeugdinrichting, de residentiële jeugdzorg en het speciaal onderwijs</b> .....	<b>17</b>
<b>3 JONGE GEBRUIKERS EN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1 Gevolgen</b> .....	<b>18</b>
<b>3.2 Begeleiding en behandeling</b> .....	<b>19</b>
3.2.1 In groep of individueel .....	22
3.2.2 Preventie .....	22
3.2.3 Psycho-educatie .....	24
3.2.4 Motiverende gespreksvoering .....	26
3.2.5 Cognitieve gedragstherapie .....	30
3.2.6 Familie interventies .....	31
3.2.7 Psychodynamische en interpersoonlijke benaderingen .....	32
3.2.8 Emotieregulatie .....	32
3.2.8.1 Mindfulness .....	32
3.2.8.2 Dialectische gedragstherapie .....	33
3.2.8.3 Therapie gericht op acceptatie en betrokkenheid .....	33
3.2.9 Zelfhulpgroepen .....	33
3.2.10 Assessments .....	33
3.2.10.1 SumID-Q .....	34
3.2.10.2 SEM-J .....	34
<b>INTERVENTIEONDERZOEK</b> .....	<b>35</b>
<b>4 VOORSTELLING STAGEPLAATS</b> .....	<b>36</b>
<b>4.1 Bestaand drugstraject op andere leefgroepen</b> .....	<b>37</b>
<b>4.2 Een drugstraject voor de jongeren van leefgroep M7</b> .....	<b>37</b>
4.2.1 Voorstelling jongeren .....	37
4.2.1.1 Jongere 1 (A) .....	38
4.2.1.2 Jongere 2 (B) .....	38
4.2.1.3 Jongere 3 (C) .....	39
4.2.1.4 Jongere 4 (D) .....	39
4.2.1.5 Jongere 5 (E) .....	40
4.2.2 Preventie en psycho-educatie voor de jongeren van M7 .....	40

<b>BESLUIT</b> .....	<b>46</b>
<b>LITERATUURLIJST</b> .....	<b>48</b>
<b>BIJLAGEN</b> .....	<b>52</b>
<b>Bijlage 1: "Hoe herken ik mensen met een lichte verstandelijke beperking?" ..</b>	<b>52</b>
<b>Bijlage 2: "Middelengebruik en verstandelijke beperking: een folder voor hulpverleners uit de verslavingszorg".....</b>	<b>60</b>
<b>Bijlage 3: "DSM IV en DSM 5 omtrent alcoholgebruik" .....</b>	<b>68</b>
<b>Bijlage 4: "Bestaande methodieken, programma's en/of voorzieningen" .....</b>	<b>70</b>
<b>Bijlage 5: Werkbundel</b> .....	<b>74</b>

## INLEIDING

Wanneer ik aan mijn eerste stageperiode begon, las ik een artikel over middelengebruik bij jongeren met een verstandelijke beperking. Dit artikel sprak mij meteen aan. Volgens Tom Decorte, professor criminologie aan de universiteit van Gent, duiken er in Antwerpen steeds vaker jonge drugsverslaafden op met een verstandelijke beperking. Volgens hem beseft de doelgroep vaak niet dat ze minder begaafd zijn, met alle gevolgen van dien. Ze overschatten zichzelf en mensen maken van hun kwetsbaarheid gebruik. Volgens Decorte zijn er laagdrempelige initiatieven nodig waar jongeren terecht kunnen die op dat moment met vragen zitten. Hun druggebruik kan dan gaandeweg ter sprake komen. Er is nood aan meer samenwerking en continuïteit in de zorg (Beckers, 2012).

Het eindwerk wordt uitgewerkt binnen Gemeenschapsinstelling De Kempen, campus De Markt. Er verblijven vaak jongeren met een problematiek rond middelengebruik, waaronder zij met een verstandelijke beperking. Jongeren worden in de gemeenschapsinstelling geplaatst naar aanleiding van het stellen van norm- en grensoverschrijdend gedrag. Er wordt een zorgaanbod op maat aangereikt, waarbij aandacht voor dit gedrag één van de richtinggevende principes is. Eén van de doelstellingen is het bijdragen tot het verhogen van de kansen van de jongeren op re-integratie in de samenleving. Het verkleinen van het recidiverisico is hierbij een belangrijke factor. Risicofactoren worden besproken, in kaart gebracht en geanalyseerd. Er wordt rekening gehouden met de beschermende factoren en het in ontwikkeling zijn van de jongere. Voorbeelden van risico- of beschermende factoren zijn houding en opvattingen, thuissituatie, vrienden, school, vrije tijd, middelengebruik, zelfcontrole en herstel.

Voor de jongeren met middelengebruik bestaat er de werkgroep drugs. Deze geeft deze jongeren (maximum 6 per groep) 4 maal per jaar een drugstraject, waar er rond hun problematiek gewerkt wordt. Ook wordt er gewerkt rond risicofactoren, waarbij ze na elke sessie een huiswerkopdracht meekrijgen. Zelf werk ik mijn eindwerk uit bij de jongeren met een verstandelijke beperking en eventueel middelengebruik. De werkgroep drugs laat deze jongeren niet aansluiten in de sessies, omdat deze niet op hun niveau zijn afgestemd. Anderzijds weet de werkgroep niet hoe ze deze jongeren kunnen betrekken. Ze vragen zich af welke informatie ze hen wel of niet geven en welke aanpak ze best hanteren, zodat de jongeren hier iets aan hebben. Andere personeelsleden weten, net als de werkgroep, niet goed hoe ze hiermee moeten omgaan. Als de jongeren hier nu over beginnen, blokken ze hen af en vragen ze hen om hier niet over te spreken, maar eigenlijk weten ze niet of dat zo'n goed idee is. Ze vragen zich af hoe je deze jongeren het best kan begeleiden en hoe je met hen moet of kan omgaan. De sessies die er zijn voor de jongeren met een normale intelligentie kunnen een houvast bieden bij het uitwerken van eventuele psycho-educatie voor de jongeren met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, mits aanpassingen aan hun niveau. Er bestaan interactieve filmpjes of spelvormen, die al dan niet kunnen worden aangepast en gebruikt.

Gemotiveerd door mijn persoonlijke interesse omtrent middelengebruik bij verstandelijke beperking ben ik gedurende 8 weken op zoek gegaan naar een passend antwoord op volgende probleemstelling: "Welke methodiek kan je gebruiken om jongeren met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en drugs- en/of middelenmisbruik weerbaarder te maken om de kwetsbaarheid naar drugs te verlagen?". Belangrijk is dat de resultaten uit dit onderzoek toepasbaar zijn in een gemeenschapsinstelling, omdat dit een andere aanpak vereist dan de ambulante zorgverlening of behandeling binnen de psychiatrische hulpverlening, omdat jongeren hier begeleid worden en niet behandeld.

Belangrijk is dat de lezer van dit eindwerk voldoende achtergrond heeft van de doelgroep waarmee gewerkt wordt: lichte verstandelijke beperking. Wanneer u onvoldoende kennis hebt over deze doelgroep, kunnen volgende bijlagen u meer informatie geven. Bijlage 1: "Hoe herken ik mensen met een lichte verstandelijke beperking?" en bijlage 2: "Middelengebruik en verstandelijke beperking: een folder voor hulpverleners uit de verslavingszorg."

Wanneer in het eindwerk "hij" gebruikt wordt, wordt hiermee hij/zij bedoeld, omdat er ook vrouwen zijn met een licht verstandelijke beperkingen en een drugsproblematiek. De informatie uit dit eindwerk is bruikbaar voor hulpverleners die werken met (jongeren) met een licht verstandelijke beperking en eventuele drugsproblematiek, deze eventueel verblijven in een residentiële (justitiële) setting.

## METHODOLOGIE

Tijdens mijn literatuuronderzoek zocht ik onder verschillende zoektermen, in verschillende databanken.

<b>DATABANKEN</b>	<b>ZOEKTERMEN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pubmed</li> <li>- Cochrane Library</li> <li>- Science Direct</li> <li>- CeBam</li> <li>- Trip</li> <li>- Google Scholar</li> <li>- Limo Thomas More Kempen</li> <li>- Databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugd Instituut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Drugs AND "verstandelijke beperking" AND jongeren</li> <li>- Drugs AND "mental disability" AND adolescents</li> <li>- (drugs OR middelen OR middenmisbruik OR abuse OR "substance abuse") AND (jongeren OR adolescenten OR adolescents) AND ("verstandelijke beperking" OR "mental disabilities")</li> <li>- (treatment OR therapy) AND ("mental disability" OR "verstandelijke beperking" OR "verstandelijke handicap") AND (drugs OR drug OR middenmisbruik OR abuse OR addiction)</li> <li>- ...</li> </ul>

Zoals je in de tabel hierboven kan zien, zijn de zoektermen ruim opgesteld, waardoor veel bruikbare, maar ook niet bruikbare bronnen gevonden werden. Belangrijk was te werken met inclusie- en exclusiecriteria.

<b>INCLUSIECRITERIA</b>	<b>EXCLUSIECRITERIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jongeren met de leeftijd van 12 tot maximum 23 jaar</li> <li>- Alcoholgebruik</li> <li>- Druggebruik</li> <li>- Ambulante hulpverlening</li> <li>- Residentiële hulpverlening</li> <li>- Justitie</li> <li>- Verstandelijke beperking</li> <li>- Zwakbegaafdheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Volwassenen ouder dan 23 jaar</li> <li>- Bronnen ouder dan 15 jaar</li> <li>- Normaal IQ</li> </ul>

Wanneer er een bron gevonden werd, werd er naar de bewijskracht en de ouderdom van deze bron gekeken. De meeste bronnen die in het eindwerk gebruikt worden, zijn van goede kwaliteit. Hoewel het exclusie criterium aangeeft dat bronnen niet ouder mogen zijn dan 15 jaar, werd er toch een boek uit 1997 gebruikt. Er werd geopteerd voor guidelines, maar deze zijn niet altijd voorhanden. Er werden er 4 gebruikt met een maximale ouderdom van 9 jaar. Elders werd er informatie gebruikt van boeken, rapporten, artikels en websites. Er werd steeds getracht de full-tekst van de bron te bekomen. Wanneer deze aanwezig was, werd er eerst het abstract gelezen, anders de inleiding van het document. In het theoretisch deel worden de resultaten vernoemd van het literatuuronderzoek, waarbij enkel de bronnen en de informatie vernoemd worden die geïntegreerd zijn in dit eindwerk.



## LITERATUURONDERZOEK

In onderstaande hoofdstukken zal u lezen welke bruikbare informatie verkregen werd met het literatuuronderzoek.

Als eerste zal de doelgroep verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid beschreven worden, waarna in hoofdstuk 2 er specifiek wordt toegespitst op jongeren met een gebruik rond middelen. Hierbij zal het verschil tussen bijvoorbeeld afhankelijkheid en misbruik worden aangegeven en welke risicofactoren hieraan verbonden zijn. In hoofdstuk 3 zal verder ingegaan worden op jonge gebruikers met een licht verstandelijke beperking, waarbij de gevolgen besproken worden. Van groot belang in dit eindwerk is de behandeling en begeleiding bij deze doelgroep, die uitvoerig beschreven wordt. Preventie, psycho-educatie, motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie zijn voorbeelden die in dit hoofdstuk aan bod komen. Assessments als de SumID-Q en de SEM-J worden hierna beschreven.

# 1 VERSTANDELIJKE BEPERKING OF ZWAKBEGAAFDHEID

De DSM-IV geeft aan dat er sprake is van een verstandelijke beperking wanneer (1) het niveau van intellectueel functioneren beduidend onder het gemiddeld ligt (IQ van 70 of lager, gemeten met een intelligentietest), (2) er gelijktijdig tekorten of beperkingen zijn in het adaptief functioneren en (3) de problemen moeten ontstaan zijn voor de leeftijd van 18 jaar (Rutten, Loth & Hulshoff, 2010; van der Nagel & Kea, 2013; American Psychiatric Association, 2006). In de DSM 5 is de leeftijdsgrens van 18 jaar verdwenen, maar wordt de nadruk wel hard gelegd op het adaptief functioneren, omdat dit van belang is voor het functioneren in het dagelijks leven (Kaldenbach, 2015).

Onder adaptief functioneren wordt verstaan:

- Conceptuele adaptieve vaardigheden zoals cognitieve, communicatieve en schoolse vaardigheden;
- Sociale adaptieve vaardigheden zoals contact maken met anderen of omgaan met kritiek;
- Praktische adaptieve vaardigheden die we nodig hebben om zelfstandig te kunnen wonen en leven (Neijmeijer, Moerdijk, Veneberg & Muusse, 2010; Trimbos-instituut, 2015).

Het niveau van intellectueel functioneren is als volgt onderverdeeld:

- Zwakbegaafd: IQ 70-75 tot 80-90;
- Licht verstandelijke beperking (VB): IQ 50-55 tot 70;
- Matig VB: IQ 35-40 tot 50-55;
- Ernstig VB: IQ 20-25 tot 35-40;
- Diep VB: IQ lager dan 20-25 (Rutten et al., 2010).

Zwakbegaafden hebben, evenals mensen met een verstandelijke beperking een lager intellectueel functioneren. Hun IQ mag dan wel hoger zijn dan bij mensen met een verstandelijke beperking, wanneer het op het functioneren aankomt zien we dat ze hier vaak toch gelijkenissen vertonen. Ze hebben namelijk dezelfde tekortkomingen in de adaptieve vaardigheden (Neijmeijer et al., 2010; Didden, 2006).

Zwakbegaafden komen volgens Krooshof, Kiewik & van der Nagel (2009) en Hammink & Schrijvers (2012) nog meer in aanraking met drugs, omdat ze meer in de samenleving opereren. Zij zijn, net als personen met een licht verstandelijke beperking, sociaal kwetsbaar en laten zich ook snel beïnvloeden door hun omgeving. De kans lijkt dan groter dat zij verslaafd raken aan drugs. Door het gebrek aan sociaal aanpassingsvermogen leidt het vaak tot problemen.

Verder in het eindwerk wordt gesproken over licht verstandelijke beperking, waarmee ook zwakbegaafdheid bedoeld wordt, tenzij anders vermeld.

## 2 JONGEREN EN MIDDELENGEBRUIK

In dit deel zal er gesproken worden over middelen. Middelen verwijzen over het algemeen naar psychoactieve stoffen zoals tabak, alcohol, drugs en medicijnen met een psychoactieve werking (van der Nagel & Kea, 2013). Verder in dit eindwerk wordt er enkel naar drugs en alcohol verwezen.

### 2.1 Drugs

Drugs is een verzamelnaam voor de stoffen die na inname een invloed hebben op onze hersenen (Druglijn, 2010; De Grootte et al., s.a.). Ze worden ook wel psychoactieve stoffen genoemd en hebben een invloed op onze gevoelens, zintuigen en bewustzijn. Je kan pas van een drug spreken als de stof niet om medische redenen gebruikt wordt, maar wel doelbewust voor de roes of het genot. De werking van de verschillende middelen zijn vaak verschillend, maar hebben allen gemeen dat ze verslavend kunnen werken (Druglijn, 2010).

#### 2.1.1 Wat zegt de wet met betrekking tot drugs bij jongeren?

Bezit en gebruik van drugs blijft in alle omstandigheden verboden. Wanneer een jongere betraapt wordt met drugs wordt er een proces-verbaal opgesteld en worden de ouders verwittigd. Verder beslist het parket wat er met het dossier gebeurt. Er zijn verschillende mogelijkheden:

- De zaak kan geseponeerd of geklasseerd worden zonder gevolg, bijvoorbeeld bij een éénmalig feit;
- Het Comité Bijzondere Jeugdzorg kan worden ingeschakeld. Deze zal op vrijwillige basis hulpverlening starten, mits toestemming van de ouders en de minderjarige;
- Er kan rechtstreekse doorverwijzing naar de hulpverlening plaatsvinden;
- De jeugdrechtbank wordt ingeschakeld. Deze zal op basis van een sociaal onderzoek bepalen welke maatregelen er genomen moeten worden. Mogelijkheden zijn een berisping, uitvoering van een gemeenschapsdienst, deelname aan een leerproject, plaatsing in een instelling, begeleiding in een gespecialiseerde dienst of een combinatie van deze maatregelen (De Grootte et al., s.a.; Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw., s.a.a.).

### 2.2 Alcohol

Alcohol is een kleurloze, smaakloze vloeistof (De Grootte et al., s.a.). Door gisting van suikers die in granen en fruit zitten, worden deze suikers omgezet in alcohol. De alcohol die geschikt is voor consumptie heet ethylalcohol (ethanol). Het effect van alcohol is verschillend van persoon tot persoon, maar over het algemeen word je er dronken van. Verschillende factoren hebben zo zijn invloed. Over het algemeen worden vrouwen sneller dronken dan mannen (Druglijn, 2010).

#### 2.2.1 Wat zegt de wet met betrekking tot alcohol bij jongeren?

Het is verboden om alcohol (dranken van meer dan 0,5% vol.) te verkopen, te schenken en aan te bieden aan jongeren onder de 16 jaar. Sterke drank mag men niet verkopen, schenken of aanbieden aan jongeren onder de 18 jaar (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw., 2010).

## 2.3 Verslaving

Volgens De Sleutel (s.a.) is verslaving een voortdurende, dwangmatige drang om een psychoactief middel te gebruiken, zonder dat de drang onder controle kan gehouden worden, ondanks de negatieve gevolgen die het gebruik van deze middelen met zich meebrengt. Volgens Trimbos instituut (s.a.) treedt bij verslaving het verschijnsel op van 'moeten gebruiken' in plaats van 'willen gebruiken'. Zij noemen dit ook wel afhankelijkheid. De kern van verslaving bestaat volgens Rutten et al. (2010) uit het streven naar het effect van de stof, de dwangmatigheid hierin, het verlies van controle hierover en de ontwenningverschijnselen bij stoppen. In de praktijk worden de begrippen abusief gebruik, misbruik, pathologisch gebruik, afhankelijkheid en verslaving door elkaar gebruikt (Rutten et al., 2010).

### 2.3.1 Verschil tussen afhankelijkheid en misbruik

Volgens de DSM IV is afhankelijkheid misbruikoverstijgend (Rutten et al., 2010). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2015).

Volgens de Mental Health and Drug and Alcohol Office (2008) zijn de criteria voor middelenafhankelijkheid: Een patroon van drug- en alcoholgebruik leidt tot drie of meer van de volgende binnen een periode van 12 maanden:

- Tolerantie;
- Opname;
- Middelen in grotere hoeveelheden of over een langere periode genomen dan de bedoeling;
- Hardnekkige wens of mislukte pogingen om het gebruik te wijzigen;
- Veel tijd besteden aan activiteiten die nodig zijn om het middel te verkrijgen;
- Belangrijke sociale, beroepsmatige, recreatieve activiteiten opgeven of zijn verminderd;
- Drugs- en alcoholgebruik blijft ondanks de kennis van de problemen.

De criteria voor middelenmisbruik daarentegen zijn volgens de Mental Health and Drug and Alcohol Office (2008): Een patroon van drug- en alcoholgebruik leidt tot 1 of meer van de volgende binnen een periode van 12 maanden:

- Gebrek aan belangrijke rolverplichting;
- Terugkerend gebruik in fysiek gevaarlijke situaties;
- Terugkerende drugs- en alcoholgerelateerde juridische problemen;
- Voortzetting van het gebruik ondanks aanhoudende of terugkerende problemen.

In de DSM 5 wordt er geen onderscheid gemaakt tussen alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid. Er wordt bij alcoholgebruik wel een verschil in ernst aangegeven. Bij mild alcoholgebruik wordt de aanwezigheid van 2 of 3 symptomen waargenomen, bij matig gebruik 4 tot 5 en bij ernstig gebruik 6 of meer (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2015). Deze symptomen staan in bijlage 3: "DSM IV en DSM 5 omtrent alcoholgebruik".

#### ➤ **Even uitweiden: de ICD- classificatie van middelenafhankelijkheid volgens Rutten et al. (2010):**

- *Sterke hunkering of drang om psychoactieve middelen tot zich te nemen (craving);*
- *Besef van een verminderd vermogen om inname van het middel te beheersen en te controleren;*
- *Besef dat gebruik van psychoactieve stoffen onthoudingsverschijnselen verlicht en deze aanpak ook hanteren;*

- Door gebruikerspatronen wordt het persoonlijk gedragsrepertoire ingeperkt. Bijvoorbeeld de tendens om middelen te gebruiken op dezelfde wijze door de week als in het weekend, ongeacht wat als gepast gedrag wordt beschouwd;
- Plezier en/of interesses verminderen ten gunste van het gebruik van de middelen;
- Doorgaan met gebruik ondanks duidelijke negatieve gevolgen op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied;
- Snelle opkomst van symptomen bij gebruik na een periode van onthouding. Dit verschijnsel treedt sneller op bij verslaafde individuen dan bij niet-verslaafden.

### 2.3.2 Misbruik en afhankelijkheid bij jongeren

De diagnostische criteria voor middelenmisbruik en middelenafhankelijkheid zijn bij jongeren minder gestandaardiseerd, omdat jongeren en volwassenen verschillen vertonen in ontwikkeling, maar ook psychologisch en sociaal van elkaar verschillen. Jongeren gebruiken bijvoorbeeld minder vaak middelen, maar in grotere hoeveelheden. Dit verhoogt het risico voor directe nadelige effecten, maar vermindert de kans op tolerantie of onthoudingsverschijnselen. Daarnaast vertonen jongeren met een verslavingsproblematiek vaak niet alle DSM-IV criteria van middelenmisbruik en middelenafhankelijkheid, doordat deze zijn opgesteld voor volwassenen. Er wordt nog gezocht naar goed omschreven criteria voor problematisch middelengebruik bij jongeren, maar toch zijn er al enkele die hieronder beschreven staan. We kunnen spreken van problematisch middelengebruik bij jongeren als deze in samenhang met het gebruik, problemen in het dagelijks functioneren ontwikkelt en er sprake is van een jonge startleeftijd (Dom et al., 2013).

Dom et al. (2013) stelt dat elk middelengebruik onder de 16 jaar problematisch is. Voor alcoholgebruik vanaf 16 jaar is het advies:

- Best drinken jongens minder dan 2 glazen per dag, meisjes minder dan 1;
- Best drink je niet als je nog aan het verkeer moet deelnemen of de volgende dag iets belangrijks te doen hebt.

Voor cannabisgebruik vanaf 16 jaar is er sprake van misbruik wanneer iemand gedurende drie maanden minstens wekelijks cannabis gebruikt. Voor harddrugsgebruik zijn er geen normen, omdat dit waarschijnlijk telkens als problematisch wordt gezien (Dom et al., 2013).

## 2.4 Risicofactoren

Risicofactoren zijn deze gedrags- of omgevingsfactoren die gepaard gaan met een verhoogd of verlaagd risico op het betreffende gezondheidsprobleem (Brug, Schaalma, Kok, Meertens & van der Molen, 2001). Middelengebruik ontstaat niet vanuit één welbepaalde factor, maar vanuit verschillende factoren die bij de jongeren in een dynamische interactie voorkomen (Bijttebier, 2006).

Volgens de Adviescommissie Kwetsbare Jeugd & Verslaving (2011) verhogen onderstaande factoren een risico bij het ontstaan van probleemgebruik bij jongeren:

- Jongeren van verslaafde ouders of uit families waar verslaving voorkomt;
- Jongeren van ouders met psychische problemen;
- Jongeren met psychische problemen (regulering van emoties en gedrag), in het bijzonder jongeren met ADHD en tevens een gedragsstoornis, depressie of angststoornis;
- Getraumatiseerde jongeren (mishandeling of misbruik);
- Jongeren die blootgesteld zijn of blootgesteld worden aan hoge stress;
- Jongeren uit multiprobleemgezinnen;
- Jongeren met een lage sociaaleconomische status, levend in armoede of gemarginaliseerd;

- Jongeren die omgaan met delinquente of deviante leeftijdsgenoten;
- Zwerfjongeren;
- Jongeren die spijbelen of zij die van school gestuurd worden;
- Jongeren uit het beroepsonderwijs;
- Jongeren die al op jonge leeftijd zijn begonnen met middelengebruik (Dom et al., 2013; National Institute for Health and Care Excellence, 2007b).

Vroegsignalering op basis van bovenstaande risicofactoren is van belang om eventuele gevolgen te voorkomen. Middelen hebben bijvoorbeeld een negatieve invloed op het brein dat nog volop in ontwikkeling is. Dit kan gevolgen hebben voor de toekomst (Dom et al., 2013). De hulpverlener evalueert wenselijk regelmatig samen met de jongeren de risicofactoren en past het behandelplan hierop aan. Risicobeheer is een belangrijk onderdeel van psychosociale interventies en kan gebruikt worden om de therapeutische relatie en het behandelprogramma te verbeteren (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008).

Bovenstaande factoren hebben een invloed op de ontwikkeling van de jongere. Binnen de gemeenschapsinstelling zien wij echter dat de adolescentieperiode, de omgeving, eventuele comorbiditeiten en de beschikbaarheid van middelen de grootste invloed uitoefenen. Vandaar dat er hieronder nog verder op wordt ingegaan.

#### **2.4.1 De adolescentieperiode**

Tijdens de adolescentieperiode moeten de hersenen zich nog volop ontplooiën. De gebieden die nodig zijn voor het vermogen tot adequate zelfregulatie in interactie met de omgeving ontwikkelen zich als laatste. Hierdoor is het reguleren van emoties en impulsen, het plannen overzien van gevolgen van gedrag moeilijk voor jongeren. Emotie krijgt sneller de bovenhand in plaats van verstand. Toch heeft dit vele voordelen. Zij zien, in tegenstelling tot volwassenen, meer mogelijkheden in plaats van risico's. Dit is nodig om geleidelijk aan te groeien naar volledige autonomie. Toch worden onvoldoende werking van de beloningssystemen en een zwakker werkende zelfcontrolesysteem geassocieerd met risico-zoekend gedrag (Dom, et al., 2013). Pas op jongvolwassen leeftijd is het brein volledig ontwikkeld. Tot dan groeien verbindingen nog voort, die van belang zijn voor de beheersing van impulsiviteit en het in staat zijn langeretermijndoelen op te stellen en daarvoor zelfbeheersing op te brengen (Rutten et al., 2010).

Genetische variatie heeft een invloed op de kans tot verslaving (Dom & Bogaerts, 2005), maar ook op zaken als comorbiditeit, gevoeligheid voor stress, impulsiviteit en sensatiedrang, die elk weer de kans op gebruik van middelen en de kans op verslaving beïnvloeden. Recente studies van Poelen (2008) en Volkow en Li (2004) laten bijvoorbeeld zien dat alcoholgebruik voor het 13<sup>e</sup> levensjaar een genetische kwetsbaarheid activeert bij een bepaalde groep jongeren. Drinkt diezelfde groep op latere leeftijd voor het eerst, dan vindt deze activering van genetische kwetsbaarheid niet plaats (Rutten et al., 2010).

Vaak wordt de adolescentieperiode geassocieerd met het eerste experimenteren van alcohol- en drugsgebruik en soms met de start van verslavingsproblemen (Dom et al., 2013; Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008; De Groote et al., s.a.).

### **2.4.2 Omgeving**

De jongerencultuur biedt grote uitdagingen om als jongere je weg te vinden in de maatschappij. Voor zij met vaardigheidstekorten zoals moeite met sociale vaardigheden of problemen in de informatieverwerking en zelfregulatie, zijn deze uitdagingen nog groter. Ze hebben sneller problemen op school, met leeftijdsgenoten of met de politie en ze hebben een vergroot risico op problematisch middelengebruik. Gebruik van alcohol of opwekkende middelen kunnen leiden tot afname van de zelfbeheersing en tot versterking van agressieve impulsen. Omgevingsfactoren bepalen of jongeren in aanraking komen met middelen. Nieuwsgierigheid, de behoefte om grenzen af te tasten en te experimenteren, groepsdruk en -cultuur zijn factoren die bepalen of jongeren overgaan tot gebruik van middelen (Dom & Bogaerts, 2005; Dom et al., 2013). Groepsdruk blijkt vaak de belangrijkste reden om met gebruik van middelen te beginnen, terwijl het verder zetten van gebruik vaak te maken heeft met het functionele aspect. Functioneel gebruik kan bijvoorbeeld te maken hebben met zelfmedicatie, om problemen te vergeten of om met stress om te gaan (van der Nagel & Kea, 2013; Hammink & Schrijvers, 2012).

### **2.4.3 Comorbiteit**

Cliënten met comorbiditeit hebben meer problemen op verschillende terreinen van functioneren dan cliënten zonder comorbiditeit. Zowel op somatisch als psychiatrisch gebied, sociaal- en maatschappelijk functioneren, maar ook hun levensverwachting is korter (Dom, et al., 2013).

Verstandelijke beperking en persoonlijkheidsproblemen kunnen de kans op het ontwikkelen van een verslaving vergroten. Erfelijke aanleg, puberteit, stress en persoonlijkheidskenmerken beïnvloeden in hoge mate de kwetsbaarheid voor verslaving (Rutten et al., 2010). Bij cliënten met een psychiatrische problematiek, die daardoor extra kwetsbaar zijn, levert verslaving vaak veel schade op. Zij hebben meer problemen op andere levensgebieden. Voorbeelden hiervan zijn: schulden, huisvestingsproblemen, lichamelijke klachten, maar ook ernstigere psychiatrische klachten (Dom, et al., 2013).

Veel cliënten met comorbiditeiten staan niet te trappelen om hun gebruik te veranderen. Dat kan soms verklaard worden door gebrek aan kennis of motivatie, maar vaker door een gebrek aan vertrouwen of mogelijkheden te kunnen veranderen (Dom, et al., 2013). Het doorbreken van de afhankelijkheid dan wel het misbruik lijkt zonder professionele hulpverlening vaak niet mogelijk (Rutten et al., 2010).

Jongeren met een licht verstandelijke beperking lopen mogelijk meer risico op problematisch middelengebruik vanwege een hogere prevalentie van psychosociale risicofactoren zoals psychiatrische comorbiditeit, problemen in interactie, werk, dagbesteding en relaties. Vele van hen komen uit gezinnen met een lage sociaal economische status en speelt bij vele groepsdruk een grote rol (van der Nagel & Kea, 2013).

### **2.4.4 Beschikbaarheid van middelen**

Beschikbaarheid van middelen is een centraal thema van de sociologie van verslaving (Dom & Bogaerts, 2005; Rutten et al., 2010). Verkooppunten, prijs en het budget van experimenterende jongeren hebben een direct effect op de omvang van de consumptie. Die omvang heeft een effect op de hoeveelheid misbruik en het aantal verslaafden. De economie van de maatschappij is een omgevingsfactor die we niet mogen vergeten. De verkoop van bijvoorbeeld cannabis levert de Nederlandse overheid, alleen al door de verkoop uit coffeeshops via belastingen, honderden miljoenen op (Rutten et al., 2010). Natuurlijk moet de jongere dan nog wel over voldoende financiële middelen beschikken (Hammink & Schrijvers, 2012).

## **2.5 Een justitiële jeugdinstelling, de residentiële jeugdzorg en het speciaal onderwijs**

Bij jongeren in een justitiële jeugdinstelling, in niet-justitiële residentiële jeugdzorg en in het speciaal onderwijs zou middelengebruik vaker voorkomen dan bij jongeren uit het regulier middelbaar onderwijs. Naast middelengebruik vertonen zij vaker delinquent gedrag en hebben ze een bijkomende diagnose. Bovendien beïnvloeden jongeren elkaar in de instelling met hun risicogedrag. Ze hebben vaker te maken met gezinsproblemen zoals verwaarlozing of misbruik. Ouders van deze jongeren hebben vaker een psychiatrische problematiek, middelenverslaving of beiden (Vermeulen-Smit, Kepper & Monshouwer, 2014). Uit een onderzoek van Soyez, Baeten & Rosiers (2015) werd eveneens geconcludeerd dat jongeren uit de bijzondere jeugdzorg meer ervaring hebben met het gebruik van middelen en deze dan vaker gebruiken dan andere jongeren. Soyez et al. (2015) besloten dat de bijzondere jeugdzorg meer behoefte heeft aan effectieve preventie- en interventieprogramma's omtrent middelen.



### **3 JONGE GEBRUIKERS EN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING**

Er wordt geschat dat ongeveer 3% van de gehele populatie van mensen met een verstandelijke beperking problemen heeft met middelengebruik (Dom et al., 2013). In Nederland schatten ze dat 20 tot 50% van de cliënten uit de geestelijke gezondheidszorg met verslavingsproblemen kampen, waarbij 60 tot 80% van deze cliënten nog een andere psychische problematiek heeft (Rutten et al., 2010). Volgens Didden e.a. (2009) zien we risicofactoren (zie punt 2.4) vaker voorkomen bij mensen met een licht verstandelijke beperking dan bij hun gemiddeld begaafde leeftijdsgenoten (Dom, et al., 2013).

Door de beperkingen bij mensen met een verstandelijke beperking lopen zij volgens McGillicuddy (2006) een verhoogd risico op problematisch gebruik wanneer ze eenmaal kennis gemaakt hebben met middelen. Ze zijn door hun beperkingen minder in staat 'nee' te zeggen tegen gebruik of om dat op maat te houden. Een beperkt kennisniveau, verminderde sociale weerbaarheid en een vergrote kans op contact met middelen maken de risico's nog groter (van der Nagel & Kea, 2013; Beckers, 2012). Volgens McGillicuddy (2006) en Barret en Paschos (2006) zijn er aanwijzingen dat mensen met een verstandelijke beperking middelen gebruiken om niet sociaal buitengesloten te worden en om hun psychische klachten te onderdrukken (van der Nagel & Kea, 2013).

Het valt op dat cannabis en alcohol het meest door jongeren wordt gebruikt. Ook compulsief internetgebruik wordt in toenemende mate gezien (Dom, et al., 2013). Bij jongeren met een licht verstandelijke beperking wordt in Nederland vooral het gebruik van cannabis gezien, bij volwassenen daarentegen is dat dan weer vooral het gebruik van alcohol (van der Nagel & Kea, 2013).

#### **3.1 Gevolgen**

Wanneer de jongere al vroeg begint met drugs- of alcoholgebruik, dan mist deze al snel een groot deel van zijn emotionele- en sociale ontwikkeling. Zijn achterstand op school zal hierbij eveneens van belang zijn. De cliënt wordt ouder, zonder dat hij basale zaken als 'Wat is...?, Wat verwacht men van...? Hoe verdraag ik...?' geleerd te hebben. Daarom zal een behandeling, zeker bij jongverslaafde cliënten, altijd sociale training moeten omvatten. Wanneer eerdere opnames 'faalden', mag je deze niet als mislukt beoordelen. Zij waren immers nodig om de cliënt de grenzen te leren kennen die hij nodig had en miste door zijn ontwikkelingsachterstand. Zij moeten leren om met sociale structuren in de buitenwereld om te gaan. Leren op tijd te komen, zich aan afspraken te houden, niet agressief te reageren op afwijzing, enzovoort, zijn zaken die de cliënt eerder niet kon (Dom et al., 2013; Vandenbussche, Volckaert, d'Hont & Sools, 2006).

Voor verslaafden met een comorbiditeit ligt dit nog anders. Zij moeten ook leren omgaan met hun bestaand psychiatrisch hulpverleningssysteem, waar ze waarschijnlijk langdurig op aangewezen zullen zijn. Wanneer de cliënt zich in een behandelgroep sociaal kan gedragen, mogen we verwachten dat hij dit ook in een beschermende woonvorm zal kunnen (Dom et al., 2013). De gevolgen bij personen met een verstandelijke beperking kunnen volgens McGillicuddy (2006) en Sturmey e.a. (2003) ernstiger zijn dan bij mensen met een normale begaafdheid. Het leidt eerder tot problemen met werk, problemen in de sociale omgang, enzovoort (Rutten et al., 2010). Mogelijk zijn jongeren met een licht verstandelijke beperking nog gevoeliger voor dit soort effecten van gebruik (van der Nagel & Kea, 2013).

Ondanks de dramatische gevolgen voor leven en toekomst, lukt het verslaafden niet logische keuzes te maken. Zolang de verslavende stof als het ware hun emoties en gedrag in gijzeling houdt, is maar één ding belangrijk: deze stof blijven gebruiken. Toch hebben deze cliënten daarnaast, wanneer ze stoppen met gebruiken, wel de normale behoeften aan bijvoorbeeld respect, liefde en zelfontplooiing en ze blijken daar dan in te kunnen investeren (Dom et al., 2013).

Tegenwoordig zien we de gevolgen van middelengebruik vooral in de jeugdzorg, bij psychiatrische patiënten, justitiabelen en in verschillende culturele minderheden. Het is niet noodzakelijkerwijs zo dat gebruik van middelen daar vaker voorkomt, maar deze groepen komen door middelengebruik wel sneller en ernstiger in maatschappelijke problemen. Bij de groep licht verstandelijke beperkten gaat het om verminderde zelfbeheersing, het niet kunnen overzien van consequenties en minder weerstand hebben tegen sociale druk op bijvoorbeeld veel drinken (Rutten et al., 2010). Uit Nederlands onderzoek van Douma (2007) blijkt dat 10 tot 20% van de jongens met een licht verstandelijke beperking antisociaal of delinquent gedrag vertoont, vaker dan hun leeftijdsgenoten zonder verstandelijke beperking. Van de jongeren tot en met 18 jaar die zich aanmelden bij de ambulante verslavingszorg is 42% ooit in aanraking geweest met justitie (van der Nagel & Kea, 2013).

Het kan gebeuren dat personen hervallen. De voornaamste voorspeller van herval blijkt stress. De samenhang is tweedelig. Enerzijds is er het psycho-emotionele effect van de stoffen zelf via het 'beloningssysteem', wat het gemakkelijker maakt om op korte termijn met negatieve emoties en stress om te gaan. Op lange termijn worden de problemen uiteraard alleen maar erger, wat opnieuw gebruik uitlokt. Dit is een belangrijke spiraal van gebruik. Er is echter een direct fysiologisch effect. Er zijn vele neurotransmittersystemen relevant. Een verlaagde activiteit van het stresshormoonsysteem zien we bij jongeren met oppositioneel opstandig gedrag en antisociale gedragsstoornissen (Rutten et al., 2010).

### **3.2 Begeleiding en behandeling**

Behandelprogramma's in de verslavingszorg zijn voor jongeren met een licht verstandelijke beperking vaak niet geschikt, omdat ze meestal verbaal zijn en teveel inzicht van de jongeren vragen. Ze bieden vaak te weinig herhaling en vaardigheidstraining aan. De behandelaars leggen de verantwoordelijkheid vaak te veel bij de cliënt en ze verwachten te veel motivatie van de jongeren (van der Nagel & Kea, 2013).

Professionals moeten hun behandelingen aanpassen aan jonge cliënten met opkomende problemen. Dat zal niet zijn in de inhoud van psychosociale interventies, maar wel in het proces van betrokkenheid. De behandeling zal zich moeten richten op de verandering in functioneren en de symptomen van middelengebruik. Belangrijk is dat professionals begrijpen dat de jongere die gebruikt, niet gewoon een jongere versie is van de volwassene die gebruikt. De adolescentie is een tijd waar jongeren onafhankelijker worden, waar relaties met leeftijdsgenoten belangrijk zijn. Je moet dit als professional erkennen en het gebruik van strategieën, zoals humor, zullen helpen bij het behandelproces. Je moet de jongeren stimuleren in de ontwikkeling van activiteiten buiten de therapie, zoals sporten, muziek, ... Je moet hier de focus leggen in je behandeling en deze activiteiten versterken. Jongeren hebben een hogere graad van energie dan ouderen dus moet je als professional bereid zijn op een actieve, energieke rol behandelingen op te stellen, in plaats van te vertrouwen op een passieve, reflectieve behandeling (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008).

Hulpverleners in de verslavingszorg vinden het vaak lastig een verstandelijke beperking te signaleren en behandelingen hierop aan te passen. Zij verwachten vaak teveel inzicht, eigen verantwoordelijkheid en vaardigheden van de cliënt (Dom, et al., 2013).

De Richtlijn effectieve interventies LVB adviseert aanpassing op 6 categorieën voor gedragsinterventies bij jongeren met een licht verstandelijke beperking (van der Nagel & Kea, 2013):

- Uitgebreidere diagnostiek (cognitie, sociaal emotioneel niveau, gedragsproblemen, interactie)
- Afstemmen van communicatie (vereenvoudig taalgebruik, visuele ondersteuning)
- Concreet maken van de oefenstof (belevingswereld jongere, ervaringsleren)
- Voorstructureren en vereenvoudigen (externe sturing, structuur, doseer en orden informatie, reserveer meer tijd)
- Netwerk en generalisatie
- Veilige en positieve leeromgeving (motivatie, zelfvertrouwen, improvisatie en flexibiliteit)

Een integrale benadering is noodzakelijk met als doel het verbeteren van het functioneren van de cliënt op alle levensgebieden. Naast aandacht voor alcohol en drugs moet de hulpverlener de cliënt motiveren om (langdurig) begeleiding te (gaan) accepteren en zorgen voor voldoende zelfzorg, hem of haar toeleiden naar aangepast werk of dagbesteding, mee helpen overzicht te krijgen van zijn financiën en bijvoorbeeld maatregelen nemen waardoor cliënt uit een criminele omgeving geraakt en/of weer in contact te brengen met familie (Dom, et al., 2013).

Een aantal studies suggereren dat goede interpersoonlijke vaardigheden, empathie en het vermogen om cliënten te voorzien van een warme, ondersteunende omgeving waarin hun middelengebruik kan besproken worden, betere resultaten geeft. Het is algemeen aanvaard dat, ongeacht de behandeling, de therapeutische alliantie en omgeving een grote invloed hebben op de uitkomsten van de behandeling (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008; Copeland, Frewen & Elkins, 2009).

Er kan verondersteld worden dat onderliggende kwetsbaarheden aansterken door training, medicatie en sociale interventies, de ontwikkeling van verslaving op latere leeftijd kan vermijden (Dom, et al., 2013).

Er is inmiddels veel praktijkervaring opgedaan waaruit blijkt dat veel mensen met een licht verstandelijke beperking hun problematisch gebruik van alcohol en/of drugs kunnen minderen of zelf stoppen. Belangrijke voorwaarde is onder andere dat de effectief gebleken programma's bij gemiddeld begaafden worden aangepast aan de doelgroep, er sprake is van multidisciplinaire diagnostiek en een integrale benadering, maar ook bemoeizorg (Dom, et al., 2013).

De volgende aspecten verdienen bijzondere aandacht in het contact met mensen met een licht verstandelijke beperking (Dom, et al., 2013):

- Contactopbouw en communicatie:
  - Opbouw van contact heeft bij een cliënt met licht verstandelijke beperking meer tijd en aandacht nodig.
  - Houd er rekening mee dat de cliënt 'gestuurd' is, een beperkte eigen hulpvraag heeft of misschien wel verwacht dat hem de les wordt gelezen.
  - Over 'koetjes en kalfjes' praten helpt het ijs te breken. Sluit aan bij de leef- en belevingswereld van de cliënt.
  - Vermijd gesloten of voorgestructureerde vragen. Zij verhogen het risico op gokken en sociaal wenselijke antwoorden.
  - Complimenteer regelmatig. Een positieve gesprekssfeer en zelfvertrouwen versterken de mogelijkheden tot veranderen.
  - Gebruik korte zinnen, vermijd het stellen van meer dan één vraag tegelijk en het gebruik van moeilijke woorden. Controleer regelmatig of de cliënt het besprokene heeft begrepen door hem samen te laten vatten.

- Gebruik plaatjes en/of voorwerpen om het gesprek te ondersteunen.
- Aanpassingen van de planning:
- Reken op een langer behandeltraject met veel herhaling. Kies vanwege een beperkte aandachtspanne en werkgeheugen voor frequente korte contacten.
  - Ga niet te snel, werk per sessie aan één doelstelling.
  - Begin vervolcontacten met een samenvatting (lieft op papier) van de vorige sessie. Vraag aan de cliënt of het goed is samengevat. Dit helpt om de draad weer op te pakken, en creëert een kader waarin de cliënt zich gehoord voelt. Vraag of deze samenvatting naar de begeleiding mag.
- Aanpassingen van de behandeling en systemisch werken:
- Investeer in het contact met het systeem van de cliënt. Draagvlak en goede samenwerking met dagelijkse begeleiders en werkers uit andere sectoren zijn noodzakelijk voor een succesvolle behandeling (onder andere ten behoeve van generalisatie).
  - Maak met de cliënt en begeleiders een functieanalyse van gebruik en een overzicht van zijn sterke kanten, interesses en sociale steunfactoren. Deze analyses geven inzicht in de problematiek, begrip bij begeleiders waarom cliënt gebruikt, en helpen focussen op wat er wél goed gaat. Dit geeft aanknopingspunten voor interventies zoals alternatieve copingstrategieën, vermijden van risicovolle situaties, interventies op systeemniveau en het optimaal gebruik maken van vaardigheden van de cliënt.
  - Meer aandacht voor vaardigheden, minder op inzicht werken. Maak stap-voor-stap scenario's voor lastige situaties. Oefen in rollenspelen en spreek gerichte oefeningen in de dagelijkse praktijk af. Begeleiders kunnen hierbij als co-trainer optreden.
  - Schets de kans op terugval als reëel. Voor cliënten en/of omgeving leidt terugval vaak tot een gevoel (opnieuw) gefaald te hebben. Label daarom terugval niet als 'terug bij af', maar als 'doorstart'.

Interventies op het vlak van huisvesting, gezondheid, sociale contacten, dagbesteding/werk, of financiën/schulden vergroten de kwaliteit van leven (en daarmee de mogelijkheden tot veranderen) van de cliënt en betekenen veel voor het vertrouwen in de hulpverlening (Dom, et al., 2013).

In Nederland zijn een aantal expertise- en behandelcentra die klinische behandeling bieden aan mensen met een licht verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek. Bij de behandeling is er aandacht voor het functioneren van de cliënt op allerlei levensgebieden waaronder dagbesteding, dag- en nachtritme, adaptieve vaardigheden en waar mogelijk opbouwen van een sociaal netwerk. Het contact met de familie is eveneens een belangrijk onderdeel van de behandeling (Dom, et al., 2013).

➤ **Even uitweiden: behandeling bij comorbiditeiten**

*Comorbiditeiten zijn belangrijk bij het overwegen van de behandeling van middelengebruik. Het komt vaker voor dan verwacht en heeft een aanzienlijke verhoging van het risico op bijkomende aandoeningen tot gevolg. Als je de ene aandoening behandelt, zal dat invloed hebben op de andere aandoening, en omgekeerd. Resultaten van behandeling zullen beter zijn wanneer deze cliënten betrokken zijn in een geïntegreerd systeem van de geestelijke gezondheid en drugs- en alcoholbehandeling. Psychosociale behandelingen zullen aanwezig moeten zijn bij de behandeling van deze cliënten. Bovendien kunnen professionals de ontwikkeling van ondersteunende activiteiten en relaties aanmoedigen, deze buiten de helpende context liggen. Het ondersteunen en onderhouden van de betrokkenheid van de cliënt bij reguliere activiteiten als sport, muziek, sociale clubs, ... kan helpen bij de stabiliteit en normaliteit in andere gebieden van de cliënt zijn leven (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008).*

### **3.2.1 In groep of individueel**

Psychosociale interventies kunnen worden aangeboden in groep of individueel, afhankelijk van de noden van de cliënt. Het is belangrijk op te merken dat de groep niet altijd geschikt is voor iedereen met een problematisch drugs- en alcoholgebruik (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008). Bij het samenstellen van de groep moet je rekening houden met een aantal factoren die invloed kunnen hebben zoals leeftijd, fase van ontwikkeling, intensiteit van het eventuele druggebruik en de omgeving van de jongeren (Copeland et al., 2009).

Groepswerking blijkt een belangrijke en efficiënte werkvorm. Hierbij staan (herval)preventie, sociale vaardigheden en individuele planning op diverse domeinen, zoals bijvoorbeeld school en sociale relaties, op de voorgrond. De individuele begeleiding focust zich enerzijds op het gebruik van de jongeren, waaronder de betekenis die zij eraan geven en hervalpreventie. Anderzijds is er veel ruimte om een vertrouwensband te scheppen, stil te staan bij de belevingswereld van de jongere, zijn zelfwaardegevoel en de zoektocht naar zijn eigen identiteit te vergroten (Dom & Bogaerts, 2005).

Terwijl personen vaak de voorkeur geven aan een individuele benadering, blijkt cognitieve gedragstherapie wel het meest effectief wanneer dit in groep gebeurt (Copeland et al., 2009).

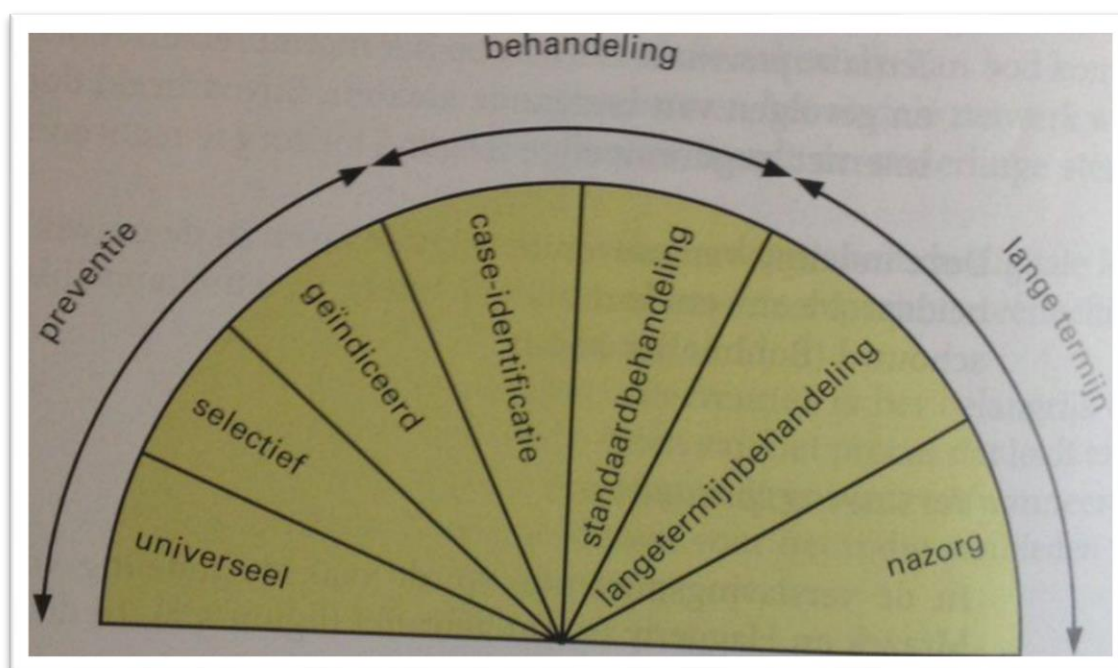
### **3.2.2 Preventie**

Een algemene definitie van preventie van Witte (2007) luidt: "Preventie is het voorkomen van ziekten en het bevorderen van gezondheid door het wegnemen van risico's, bevorderen van gezond gedrag en creëren van voorwaarden voor een gezond bestaan, alsmede het beperken van de gevolgen van ziekte door vroegtijdige opsporing met als doel het bevorderen van een lang en gezond leven voor zoveel mogelijk mensen". Iedere professional in de gezondheidszorg voert preventietaken uit. Denk hierbij maar aan handen wassen, condooms verstrekken, voorlichting geven, ... Allemaal maatregelen die helpen veel leed te voorkomen (Rutten et al., 2010).

Er zijn vele programma's ter preventie van middelengebruik gebruikt op schoolgaande jeugdigen. Tot 1991 was dit helaas met weinig succes. Deskundigen wijten dit aan de toen nog gebrekkige kennis van het ontstaan van middelenaafhankelijkheid. Naast voorlichting over de gevaren van middelengebruik, werden er programma's ontwikkeld om jongeren weerbaarder te maken tegen de sociale druk uitgeoefend door leeftijdsgenoten, massamedia en advertenties. Deze leken toekomstperspectief te bieden. De preventieprogramma's zijn of waren gebaseerd op de 'social learning' theorie van Bandura. Er werden bijvoorbeeld manieren aangeleerd om situaties te herkennen, te vermijden of ermee om te gaan, waarin er een grote kans is dat er druk van leeftijdsgenoten zal ontstaan om te roken of middelen te gebruiken. Via discussie en rollenspel werden argumenten aangeleerd om op de meest effectieve manier een aanbod om te roken of middelen te gebruiken te weigeren (Verhulst, 1997).

Tijdig ingrijpen is bij preventie van middelengebruik erg belangrijk. Bij het leren kennen van de 'grote' wereld, horen risico's van alcohol en roken. Zo bestaan er in het lagere onderwijs digitale voorlichtingsprogramma's om zowel de leerlingen als de school te informeren over roken en alcohol. Het doel hiervan is om de jongeren bewust te maken van hun houding ten opzichte van deze middelen (Rutten et al., 2010).

In de verslavingspreventie wordt vaak de indeling volgens het schema van Mrazek en Haggerty (1994) gebruikt (zie figuur 3.1), waarin de preventieve interventies worden weergegeven. Het onderscheid tussen die interventies wordt gemaakt op basis van het moment waarop wordt ingegrepen met een interventie. Er kan worden ingegrepen op het moment dat er nog geen probleem is, maar ook wanneer een gezondheidsprobleem zich aan het ontwikkelen is. Tot slot wordt soms pas ingegrepen wanneer het gezondheidsprobleem al zichtbaar aanwezig is, in de vorm van nabehandeling en nazorg (Rutten et al., 2010).



Figuur 3.1 Interventiespectrum van Mrazek en Haggerty (1994).

*Noot* Rutten, R., Loth, C., & Hulshoff, A. (2009). *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen, Nederland: Elsevier gezondheidszorg.

Een activiteit kan bewezen effectief zijn, maar bij het verzorgen van voorlichting is het erg belangrijk aan te sluiten bij de doelgroep. Informatieoverdracht moet volgens Stel (2004) aan een aantal voorwaarden voldoen om effectief te zijn.

- Baken het onderwerp goed af;
- Sluit aan bij de belevingswereld van de cliënt;
- Maak duidelijk aan de doelgroep waarom het zo belangrijk is en wat het voor hen oplevert;
- Geef hen het idee dat hun vrijheid niet wordt ingeperkt, maar net wordt uitgebreid;
- Biedt goede alternatieven;
- De boodschap dient een realistisch gedragsalternatief te bevatten. Je kan hen ook zelf laten nadenken over goede alternatieven voor hun huidige gedrag;
- Herhaal de boodschap die je wil overbrengen voldoende. Dit zorgt voor begrip en dat het zeker juist begrepen wordt. Belangrijk is dat je ze onopvallend herhaalt in verschillende vormen, omdat er anders irritatie kan opgewekt worden;
- De doelgroep moet zich kunnen identificeren met de boodschap
- Spreek de doelgroep aan op hun eigen verantwoordelijkheidsgevoel;
- Bouw ruimte in voor (positieve) terugkoppeling (Rutten et al., 2010).

Je kan via verschillende methoden voorlichting geven: mondeling (individueel of in groep), schriftelijk, (audio)visueel, multimediaal en massamediaal (Rutten et al., 2010).

### **3.2.3 Psycho-educatie**

Psycho-educatie is een specifieke vorm van onderwijs dat gericht is cliënten te helpen met een probleem met betrekking tot middelengebruik om duidelijk en beknopt feiten over een breed scala van onderwerpen mee te geven. Boeken, informatiebrochures en computerprogramma's zijn gebruikt als aanvulling op de face-to-face behandeling sinds de jaren 70. Psycho-educatie zou gegeven moeten worden in overeenstemming met de principes van motiverende gespreksvoering, welke ervan uitgaan dat de cliënt betere keuzes kan maken wanneer hij voldoende kennis heeft, bewust is van zijn eigen gedrag en vaardigheden bezit om besluiten te maken. Onderzoek heeft aangetoond dat hoe meer mensen zich bewust zijn van hun probleem en hoe dat hun leven en dat van anderen beïnvloed, hoe meer controle ze hebben over hun probleem. Psycho-educatie kan zowel individueel als in groep gegeven worden. Eén van de belangrijkste factoren is de gegeven informatie koppelen aan de ervaringen van de cliënt (Copeland et al., 2009).

Bij cliënten met comorbiditeiten is psycho-educatie meer dan het verstrekken van brochures of lezingen. Het effect van comorbiditeiten op het cognitieve functioneren, de motivatie en de aandachtsproblemen vereisen van de therapeut een flexibele, zo nodig creatieve, presentatie van de informatie. Psycho-educatie blijkt zeer effectief te zijn bij psychiatrische stoornissen (Copeland et al., 2009).

Psycho-educatief materiaal moet volgens Copeland et al. (2009) aantrekkelijk zijn en idealiter volgende onderdelen bevatten:

- Nauwkeurig zijn, ook over de dingen die ze nog niet weten;
- Gebruik verhalen van personen die dezelfde problemen hebben of hadden;
- Pas de informatie aan het de persoon (geslacht, leeftijd en opleidingsniveau) en presenteer de informatie boeiend;
- Wees realistisch en eerlijk;
- Herhaal voldoende;
- Breng voorbeelden naar voor die voor de cliënt relevant zijn;
- Laat de cliënten hun verhaal vertellen wanneer ze hier nood aan hebben.

Wanneer je bij druggebruikers psycho-educatie geeft over middelen is het belangrijk objectieve informatie te geven over de effecten en risico's van deze middelen. Sommige jongeren zullen het gevoel hebben dat je hen de les spelt en jij kan als hulpverlener het gevoel hebben dat zij het beter weten. De meerwaarde van het aanbieden van productinformatie ligt dat deze informatie neutraal en correct is, omdat er vele mythes de ronde gaan die ontkracht moeten worden. Wanneer je de juiste informatie en kennis doorgeeft, kan dit gedragsverandering omtrent middelengebruik in de hand werken. De sessie kan de cliënten de gelegenheid bieden allerhande vragen te stellen, die ze eerder niet durfde of mochten stellen (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw., 2004).

Het is belangrijk aan te sluiten bij de wensen, noden, mogelijkheden en verwachtingen van de doelgroep en hier vooraf een zo duidelijk mogelijk beeld van te krijgen. Het is niet de bedoeling dat je de jongeren aanzet tot gebruik, maar hen wel de effecten van de producten meegeeft. Er kan ruimte gemaakt worden om tijdens de sessie een vragenronde te houden om na te gaan hoe de deelnemers zich voelen wanneer ze spreken over een bepaald onderwerp. Wanneer er een gevoel van craving optreedt is het belangrijk andere begeleiders deze bevinding mee te geven (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw., 2004).

Enkele tips:

- Bespreek een selectie van producten;
- Start met een kort overzicht van verschillende groepen producten en welke drugs hiertoe behoren;
- Leg het accent bij de effecten, risico's, wetgeving en percentage van gebruikers van een product;
- Maak de sessie zo interactief mogelijk door bijvoorbeeld een korte kennistest te gebruiken of met spelmateriaal te werken. Vertrek vanuit de vragen van de deelnemers en kom zo te weten wat er bij hen leeft en wat hun voorkennis is en hun ervaringen zijn;
- Geef aan dat kennis van middelen niet genoeg is om met de problematiek om te kunnen gaan. Benadruk dat gebruik van middelen verschillende oorzaken heeft zoals bijvoorbeeld omgeving, beschikbaarheid van middelen, genen, adolescentieperiode, ...;
- Wanneer er thema's zijn waarop nog niet dieper is ingegaan, zet deze dan op de eerst volgende educatiesessie of verwijst door naar een collega voor een persoonlijke bespreking (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw., 2004).

Je hoeft geen drugsspecialist te zijn om een sessie te begeleiden. Wat wel van belang is, is dat je de informatie die je geeft correct is. Wanneer je een vraag niet kan beantwoorden, kan je samen met de jongeren op zoek gaan naar het antwoord. Belangrijk is te benadrukken dat uiterlijke, fysieke signalen zoals bijvoorbeeld bleekheid en vermoeidheid, die zich op korte termijn kunnen voordoen, slechts betekenis krijgen in combinatie met gedrag dat zich op langere termijn situeert zoals bijvoorbeeld spijbelen, gewijzigd eet- en slaappatroon, andere vrienden, enzovoort. Benoem wat er goed gaat, maar hou ook toezicht op eventueel risicogedrag. Dit kan moeilijk zijn om de vertrouwensrelatie te ontwikkelen en in stand te houden, maar zonder grenzen kan de jongere zijn zelfstandigheid, eigenwaarde en gevoel van emotionele en sociale verbondenheid niet ontplooiën (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw., 2004).



### 3.2.4 Motiverende gespreksvoering

Motivatie is een complex begrip en moeilijk te beschrijven. Het verwijst naar een interne kracht die iemand in beweging zet richting specifiek gedrag. Motivatie voor behandeling veronderstelt de motivatie om te starten, de behandelonderdelen uit te voeren en deze vol te houden (Dom, et al., 2013).

Van Dale definieert motivatie als: 'het geheel van factoren waardoor het gedrag bepaald wordt.' Het is een ruime beschrijving, die ruim wordt toegepast. Rutten et al. (2010) gaan ervan uit dat motivatie de aandrang is om bepaald gedrag te vertonen. Het zet ons aan tot een bepaalde manier van handelen. Er bestaat een onderscheid tussen interne- en externe motivatie. Bij externe motivatie hebben we het over de omgevingsfactoren die aanzetten tot bepaald gedrag. Interne motivatie heeft te maken met het feit dat bepaald gedrag ervoor zorgt dat je je prettiger of beter voelt. We hebben het dan vooral over dat gedrag dat ons gevoel van autonomie en zelfontplooiing versterkt, of dat ons het gevoel geeft effectiever en vaardiger in het leven te staan.

Om de motivatie te vergroten bestaat er een directieve en cliëntgerichte benadering, namelijk 'motiverende gespreksvoering' (Dom et al., 2013; Trimbos-instituut, 2015), met het doel mensen te helpen hun problemen te onderkennen en hen vervolgens aan te zetten tot en te ondersteunen bij gedragsverandering. Tijdens deze benadering worden autonomie, samenwerking en inzicht uitgelokt. Het is goed bruikbaar bij personen die geen inzicht hebben in de gevolgen van hun gedrag, weigerachtig zijn, weerstand vertonen en tegen verandering zijn. De hulpverlener neemt een uitnodigende en niet-oordelende basishouding aan, gericht op samenwerking en met respect voor de autonomie van de cliënt. Het is tenslotte de cliënt die vanwege zijn eigen argumenten zijn keuzes maakt met betrekking tot leefstijlverandering, waarbij de hulpverlener hem helpt op zoek te gaan naar de argumenten om te veranderen (Dom et al., 2013).

Er zijn 4 principes met het doel de cliënt zo gericht mogelijk te ondersteunen bij het maken van weloverwogen keuzes:

1. Empathie uitdrukken. De hulpverlener probeert, door reflectief te luisteren, zowel inhoudelijk als op gevoelsniveau aan te sluiten en te weerspiegelen wat de cliënt wil overbrengen;
2. Hier gaat de hulpverlener met de cliënt de ervaren weerstand tegen gedragsverandering bespreken en uitvergrooten. De cliënt wil vaak zowel de voordelen van de huidige situatie weten, als de voordelen van de verandering;
3. Bij het derde principe ga je als hulpverlener meebewegen met de weerstand van de cliënt ten opzichte van verandering. Je toont begrip en belangstelling voor de argumenten van de cliënt in plaats van in discussie te treden of hem proberen te overtuigen. Zo wordt de cliënt uitgenodigd om zelf argumenten voor verandering te zoeken;
4. Ten slotte gaat de hulpverlener het gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen van de cliënt versterken door samen te zoeken naar eerdere succeservaringen. Zo kan de cliënt de moed vinden en kiezen voor verandering (Dom et al., 2013; Copeland et al., 2009).

Rollnick, Miller en Butler (2007) stelde 4 basisvaardigheden op voor motiverende gespreksvoering tussen hulpverlener en cliënt:

- Vragen kunnen stellen, waarbij vooral open vragen van belang zijn.
- Reflectief luisteren en samenvatten van wat de cliënt gezegd heeft.
- Op een motiverende manier informatie kunnen geven en de cliënt te bevestigen
- Zoeken naar verandertaal. Dat zijn uitspraken die gaan over de intentie tot verandering. Zo zijn er 5 soorten:
  - Het verlangen om te veranderen (ik zou graag willen...);
  - De redenen om te veranderen (Als ik het doe dan...);
  - De noodzaak om te veranderen (ik moet wel want anders...);
  - Het vertrouwen hebben in verandering (ik kan het wel);
  - De vastbeslotenheid om te veranderen (ik ga het doen) (Dom et al., 2013).

Uit onderzoek van Amrhein e.a. (2003) blijkt dat hoe sterker de vastbeslotenheid is om te veranderen, hoe groter de kans op daadwerkelijke gedragsverandering is. Op het einde van een gesprek kan je bijvoorbeeld vragen wat zijn voornemen is. Dit is vaak voorspellend voor zijn gedrag op lange termijn, waarbij er een verschil is tussen antwoorden zoals 'ik zie het wel' (zwak) en 'ik ga er vanaf maandag mee aan de slag' (sterk) (Dom et al., 2013).

Om de jongeren te motiveren is het belangrijk om realistisch te zijn, maar kan je de lat ook steeds iets hoger leggen, door de realistische mogelijkheden een beetje te overschatten om door innerlijke motivatie het doel te bereiken. Het werk moet niet te moeilijk, maar ook niet te gemakkelijk zijn. Het moet optimaal uitdagend zijn. Het moet iets zijn wat iemand nog niet kan, maar met enige inspanning wel kan leren. Het moet leiden tot wat iemand uiteindelijk wil bereiken (einddoel) en het moet inzicht geven in de vorderingen die worden gemaakt (voortgangsfeedback). Het aangeboden programma en de activiteiten moeten dus steeds worden getoetst op moeilijkheidsgraad, de graad van uitdaging en duidelijkheid voor wat betreft de doelstelling en de behaalde resultaten (Rutten et al., 2010).

Voor cliënten met een comorbiditeit is het aanbevolen dat je de motiverende gespreksvoering aanpast aan de complexiteit van de comorbiditeit. Enerzijds missen deze cliënten vaak de motivatie voor behandeling en is er terugval in psychiatrische klachten en/of middelengebruik (Dom, et al., 2013). Anderzijds worden zij vaak gedwongen om in behandeling te gaan en doen ze dit niet uit vrije wil (Dom & Bogaerts, 2005). Hier richt motiverende gespreksvoering zich vooral op het terugdringen van middelengebruik, vergroten van ziekte-inzicht en behandeltrouw en het werken aan doelen. Belangrijk is dat alle leden van een behandelteam deze techniek kunnen toepassen en hij alleen wordt ingezet in situaties waar de cliënt daadwerkelijk keuzemogelijkheden heeft (Dom et al., 2013).

Om het motivatiestadium voor verandering of behandeling vast te stellen waarin de cliënt zich bevindt, bestaan er specifieke meetinstrumenten, de meeste zelfrapportage. In Nederland wordt voor cliënten met een ernstige psychiatrische stoornis en middelengebruik veelal de Readiness to Change Questionnaire gebruikt. Vaak is ondersteuning bij het invullen van de vragenlijst nodig, omdat deze soms moeilijkheden kan geven. De Substance Abuse Treatment Scale is een observatielijst die is ontwikkeld op basis van het fasemodel voor behandeling, zodat de fase van behandeling in kaart kan worden gebracht. In een gesprek kan de bereidheid om te veranderen worden nagevraagd met bijvoorbeeld een vraag als: 'op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 is 'ik doe het niet' en 10 'ik ga ervoor', hoe bereid bent u om te stoppen met blowen?' In een gesprek kunnen de stadia van verandering besproken en getoond worden, waarna de cliënt kan worden gevraagd in welk stadium die zich bevindt voor een bepaalde gedragsverandering (Dom et al., 2013).

➤ **Even uitweiden: fasemodel voor behandeling**

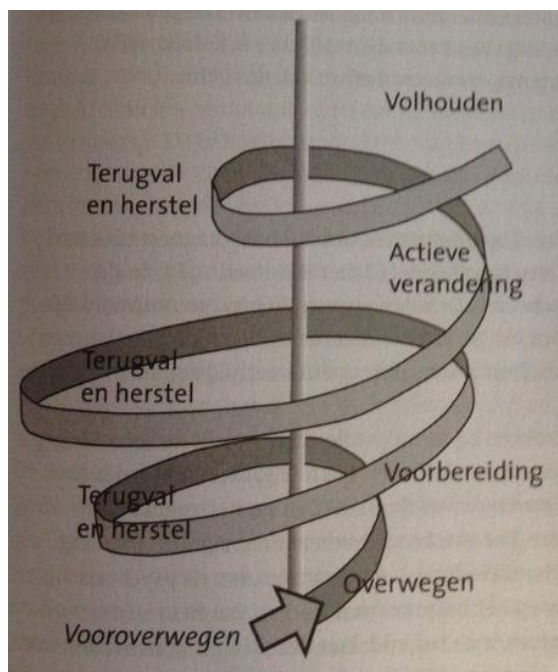
*Het fasemodel voor behandeling is gebaseerd op observatie van cliënten met comorbiditeiten die een behandelproces doormaakten op weg naar herstel. Hierin worden vier behandelfasen onderscheiden: betrokkenheid, overtuiging, actieve behandeling en terugvalpreventie.*

*Wanneer cliënten nog niet betrokken zijn bij de hulpverlening, richt de behandeling zich op het verleiden van de cliënten om een behandelcontract aan te gaan en proberen ze een behandelrelatie op te bouwen. Bij een cliënt met bijvoorbeeld cannabisgebruik, verleidt de behandelaar de cliënt na te denken over zijn gebruik, dit door middel van motiverende gespreksvoering. Wanneer de cliënt regelmatig contact zal hebben met zijn behandelaar en een afweging gaat maken of hij iets wil veranderen, is er sprake van een toename in motivatie voor behandeling en bevindt de cliënt zich in de fase van overtuiging. In deze fase zal de cliënt meer betrokken worden bij de hulpverlening, maar wordt er nog niet gewerkt aan zijn problemen. Je gaat samen met de cliënt de voor- en nadelen van bijvoorbeeld zijn gebruik bespreken, zodat hij op deze manier eigen redenen voor verandering vindt. Je kan samen met je cliënt naar dagbesteding zoeken, waardoor hij er meer van overtuigd geraakt dan verandering mogelijk is. Wanneer de cliënt effectief besluit om zijn gedrag te veranderen door bijvoorbeeld niet meer te gaan gebruiken, bevindt hij zich in de fase van actieve behandeling. Pas hier start de feitelijke behandeling. Je gaat samen de cliënt leren hoe hij controle kan hebben over het verderzetten van zijn gedrag. Hoe langer de periode dat de C toenemende controle ervaart over zijn gebruik en hoe groter het aantal succeservaringen in het omgaan met trek en verleiding, hoe meer het accent in de behandeling zal gaan liggen op het voorkomen van een terugval in gebruik. Je gaat geleidelijk over naar de laatste fase, deze van terugvalpreventie. Hier ligt het accent op de ondersteuning van de gedragsverandering. Wanneer er sprake is van terugval, maak je opnieuw een schatting van de motivatie voor behandeling. Van belang is dat terugvalmomenten in de behandeling worden ingezet als leermomenten. Dat kan gebeuren door met de cliënt na te gaan waardoor de terugval is veroorzaakt en wat een volgende keer kan helpen om een terugvalmoment te voorkomen of uit te stellen (Dom et al., 2013).*

*De wetenschappelijke duidelijkheid voor het model voor gedragsverandering en de effectiviteit van fasegerichte interventies is op dit moment nog beperkt, maar toch worden beide modellen veel gebruikt in de praktijk en blijkt de tevredenheid van de cliëntendoelgroep groot. Deze tevredenheid zou kunnen voortkomen uit het feit dat behandelaars de wensen en doelen van de cliënt centraal stellen en hun interventies hierbij aansluiten (Dom et al., 2013).*

➤ **Even uitweiden: model voor verandering van Prochaska en DiClemente**

In het model voor verandering van Prochaska en DiClemente (1983) zijn er 5 stadia van verandering: vooroverwegen, overwegen, voorbereiding, actieve verandering en volhouden (zie figuur 3.2) (Dom et al., 2013; Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2013).



Figuur 3.2 Spiraal van verandering

*Noot* Dom, G., Dijkhuizen, A., Van der Hoorn, B., Kroon, H., Muusse, C., Van Rooijen, S., ... Van Wamel, A. (2013). *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.

*Gemiddeld gaan rokers volgens Prochaska en DiClemente 3 keer door alle stadia van verandering voor zij definitief lange tijd (meer dan 6 maanden) stopten met roken. Daadwerkelijke gedragsverandering vraagt doorgaans veel tijd en gaat gepaard met vallen en opstaan. De stadia zijn zowel van toepassing op de psychiatrische zorg als op de verslavingszorg (Dom et al., 2013).*

Motiverende gespreksvoering is een effectieve behandeling om de betrokkenheid en therapietrouw van personen met middelengebruik te bevorderen (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008). Om motiverende gespreksvoering goed te kunnen uitvoeren is echter uitgebreide training en langdurige supervisie nodig om voldoende vaardigheidsniveau te bereiken in de dagelijkse praktijk. De implementatie in de praktijk vraagt draagkracht binnen de gehele organisatie (Dom et al., 2013).

### 3.2.5 Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is volgens Brusse (2006) de meest gebruikte behandelmethode bij de behandeling van verslaafde jongeren. Er bestaat een cognitief gedragsmatig behandelprotocol waarin de sessies volgens een vaste opbouw worden uitgevoerd. Drie belangrijke technieken staan hierin centraal:

- Het aanleren van zelfcontroletechnieken;
- Het aanleren van (sociale) vaardigheden (o.a. verbeteren van vaardigheden om met risicosituaties om te gaan);
- Terugvalpreventietechnieken.

Het basisprotocol bestaat uit acht sessies en is gericht op motivatieverhoging, inzicht in de factoren die invloed hebben op het gebruik (met behulp van analyses), interventies gericht op het aanleren van vaardigheden en zelfcontroletechnieken en een terugval/noodplan (Rutten et al., 2010).

De Mental Health and Drug and Alcohol Office (2013) geeft een samenvatting van gemeenschappelijke cognitieve gedragstherapietechnieken:

- Typische cognitieve strategieën:
  - Identificeren en uitdagen van disfunctionele gedachten over middelen;
  - Herkennen van irrelevante beslissingen die leiden tot een terugval.
- Typische gedragsstrategieën:
  - Omgaan met craving voor middelen;
  - Blootstelling aan cue's;
  - Bevorderen van niet-druggerelateerde activiteiten;
  - Omgaan met onvoorziene omstandigheden;
  - Relaxatietraining;
  - Voorbereiden op noodsituaties;
  - Omgaan met recidieven.
- Andere technieken:
  - Sociale vaardigheidstraining;
  - Verbeteren probleemoplossend vermogen.

Volgens de Mental Health and Drug and Alcohol Office (2013) moet elke sessie van cognitieve gedragstherapie volgende structuur omvatten:

1. Terugblik op de vorige sessie, agenda invullen voor deze sessie en bespreken van het huiswerk;
2. Introduceren van een nieuwe techniek van cognitieve gedragstherapie;
3. Samenvatting van de sessie, huiswerk tegen volgende sessie, terugblik op de vooruitgang van de cliënt en aanpakken van eventuele andere zaken.

De copingvaardigheden die bij cognitieve gedragstherapie worden aangeleerd zijn volgens Copeland et al. (2009):

- Technieken voor het beheren van driften en verlangens;
- Het herkennen van triggers voor druggebruik;
- Het ontwikkelen van persoonlijke strategieën voor zowel het voorkomen of omgaan met dergelijke triggers, ontwenningverschijnselen leren beheren en strategieën aanleren in verband met terugvalpreventie;
- Technieken om negatieve invloeden uit de omgeving te beheren;
- Vaardigheden om met stress om te gaan;
- Assertiviteit en communicatievaardigheden;
- Vaardigheden om te leren ontspannen.

Cognitieve gedragstherapie wordt beoordeeld als de meest effectieve behandeling voor de drugs- en alcoholpopulatie. Het is gelijkwaardig aan farmacotherapie en wordt goed geaccepteerd door cliënten. Het kan hen helpen terugval tegen te gaan (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008).

### 3.2.6 Familie interventies

Een rapport uit 2008 merkte op dat ongeveer 10% van de jongeren leeft in huishoudens waar de ouders of anderen drugs gebruiken. Bovendien bleek dat er vaak jongeren onder de 12 jaar worden blootgesteld aan ten minste één persoon die dagelijks cannabis gebruikt. De familie betrekken bij de behandeling is daarom een belangrijk aspect om in overweging te nemen, in het bijzonder bij de behandeling van jongeren (Copeland et al., 2009).

Volgens Copeland et al (2009) is het belangrijk volgende zaken te weten wanneer men overweegt de familie te betrekken bij de behandeling:

- Het kan leiden tot betere resultaten;
- Cliënten zijn de beste 'rechters' om de bepalen wie hun familie is en in welke mate ze betrokken moeten worden bij de therapie;
- Families kunnen vaak bereid zijn individuele behandeling te ondersteunen;
- Medewerkers moeten voldoende opgeleid zijn om te kunnen werken met gezinnen.

Multidimensional Family Therapy (MDFT) is een interventie waarbij de ouders betrokken worden bij de behandeling van de jongere en zijn druggebruik. Bij MDFT wordt, volgens Rutten et al. (2010) uitgegaan van de volgende punten:

- Druggebruik door jongeren wordt gezien als een multidimensionaal fenomeen;
- Problematische situaties worden niet gezien als problematisch, maar als kans voor extra informatie en behandeling;
- Verandering komt van meerdere kanten en heeft meerdere gezichten;
- Motivatie is iets wat de behandelaar kan creëren;
- Planmatig denken en flexibel werken zijn twee kanten van dezelfde medaille;
- Behandeling verloopt in fasen;
- Therapie is multisystemisch, interventies zijn individueel;
- De band met en de houding van de therapeut zijn fundamenteel voor het welslagen van de therapie.

Thema's die volgens Rutten et al. (2010) aan bod komen zijn:

- Actief handelen bij praktische problemen;
- Het bevorderen van de communicatie tussen ouders en de jongere;
- Het herkennen en doorwerken van emotionele thema's;
- Herstel van de autoriteit van de ouders;
- Onderzoeken van de reden en de functie van gebruik;
- Bevordering van de zelfstandigheid van de jongere en van een 'gezond' sociaal netwerk.

Volgens Rutten et al (2010) zijn er verschillende fasen in de MDFT behandeling:

1. Het opbouwen van een therapeutische band met het gezin;
2. Het werken met de thema's die vanuit fase 1 naar voren zijn gekomen;
3. Het bestendigen van de veranderingen en het afscheid nemen.

De fasen zijn niet statisch en zullen soms door elkaar lopen.

MDFT is gestoeld op 4 modules (Rutten et al., 2010 & Zoon, 2012):

- De ouder-jongere/gezinsmodule waarbij gekeken wordt naar de interactie tussen de ouder(s) en de jongere;
- Module jongere waarbij er gekeken wordt naar de leefwereld van de jongere;
- Module ouder en opvoeden met de vraag hoe de ouderschapsvaardigheden zijn, welke regels er gehanteerd worden en waar grenzen liggen;
- De extrafamiliaire module die verband houdt met de buitenwereld van de jongere zoals bijvoorbeeld omgang met vrienden, hobby's en de interactie tussen het gezin en de buitenwereld.

In de Verenigde Staten zijn positieve resultaten gevonden. Een jaar na de behandeling is het cannabisgebruik nog meer afgenomen en het functioneren van de jongere op alle levensgebieden verbeterd. Er wordt een afname van wetsovertredingen en arrestaties gezien, het spijbelgedrag is minder en jongeren hebben betere cijfers op school. Uithuisplaatsingen zijn beperkt, omdat het gezinsfunctioneren verbeterd is. De jongeren zoeken minder omgang met criminele groepen en er is een algehele afname in internaliserende en externaliserende psychosociale problematiek geconstateerd (Rutten et al., 2010).

In de leefstijltraining van De Wildt (2000), die Rutten et al. (2010) bespreken, gaat het om een volwaardig, tien sessies durende behandeling. Er is veel tijd om dieper op thema's in te gaan en om hierbij te oefenen. Thema's zijn bijvoorbeeld:

- Voor- en nadelen van gebruik;
- Abstinentie (=onthouding);
- Herkennen van risicosituaties;
- Aanleren van zelfcontroletechnieken;
- Herkennen van en omgaan met trek;
- Omgaan met sociale druk.

### **3.2.7 Psychodynamische en interpersoonlijke benaderingen**

Psychodynamische therapie stimuleert de cliënt te kijken naar de onbewuste betekenis en motivatie achter zijn gedrag en symptomen. Psychotherapie bleek effectief bij depressie, angst en persoonlijkheidsstoornissen, maar moet nog verder onderzocht worden of het werkt bij middelengebruik (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008).

### **3.2.8 Emotieregulatie**

Emotieregulatie is de laatste jaren een populaire behandeling gezien de sterke associatie tussen iemands stemming en zijn druggebruik. Emotieregulatie houdt verschillende benaderingen in waaronder mindfulness, acceptatie en betrokkenheid therapie (ACT) en dialectische gedragstherapie (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008).

#### **3.2.8.1 Mindfulness**

Mindfulness wordt bij cliënten met middelenmisbruik gebruikt voor terugvalpreventie. Na een follow-up van 6 maanden bleek dat cliënten een vermindering hadden in problematisch gebruik, verbeterende psychische gezondheid en verbeterde de bereidheid en motivatie tot verandering (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008).

### 3.2.8.2 Dialectische gedragstherapie

Dialectische gedragstherapie is voorzien van componenten als aanleren van vaardigheden die nodig zijn in groep, telefonische begeleiding, gedrags- en cognitieve modificatie van probleemgedrag, reflectie, empathie en acceptatie. Individuele- en groepsessies werden in een studie gecombineerd over een 12 maanden durende periode, waarbij cliënten 24/24 telefonisch contact konden maken, wanneer ze zich in een crisissituatie bevonden (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008).

### 3.2.8.3 Therapie gericht op acceptatie en betrokkenheid

Therapie gericht op acceptatie en betrokkenheid komt voort uit cognitieve gedragstherapie en mindfulness om met een reeks aandoeningen als pijn, chronische ziekte en stress om te gaan. Het is gericht op de cliënt die meestal zijn pijnlijke gebeurtenissen vermijdt, bijvoorbeeld gedachten, herinneringen, gevoelens en lichamelijke gewaarwordingen. Door middel van acceptatie en betrokkenheid gaat hij leren zijn gewaarwordingen meer comfortabel te gaan ervaren en deze gebeurtenissen te voelen (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008).

## 3.2.9 Zelfhulpgroepen

Een zelfhulpgroep is elke groep die als doel heeft de cliënt te ondersteunen, praktische hulp te bieden en zorg te bieden voor groepsleden die een gemeenschappelijk probleem delen (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008).

Eén grote gerandomiseerde studie gaf aan dat een 12-stappenprogramma voor alcoholproblemen resulteerden in gelijkwaardige verbeteringen in het gebruik van alcohol als cognitieve gedragstherapie en motiverende interventies. Het is wenselijk dat de effectiviteit nog verder onderzocht wordt (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008).

Meer recent zijn SMART-groepen. Zij zijn gericht op zelfmanagement en hersteltraining, specifiek gericht op het herstel van problematisch middelengebruik. Er zijn weinig klinische onderzoeken gedaan naar de werkzaamheid van zelfhulpgroepen. Echter worden ze beschouwd als een belangrijk instrument om mensen te bereiken en hun doelen te behouden in relatie tot het middelengebruik (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008).

## 3.2.10 Assessments

Een uitgebreide evaluatie van drugs- en/of alcoholgebruik moet onderstaande componenten bevatten:

- Ernst van de afhankelijkheid;
- Tekenen en symptomen van terugtrekking;
- Fysieke gevolgen voor de gezondheid;
- Het nemen van risicogedrag geassocieerd met het gebruik;
- Stadia voor verandering van het gebruik;
- Patroon en context van het gebruik;
- Eerdere pogingen om gebruik te stoppen (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008).

Bij het maken van een assessment en het ontwikkelen en vaststellen van een behandelplan, dient het personeel rekening te houden met:

- Medische, psychologische, sociale en professionele behoeften van de cliënt;
- Geschiedenis van zijn druggebruik;
- Ervaringen met eventuele eerdere behandelingen;
- Doelen met betrekking tot de cliënt zijn druggebruik;



- Voorkeur van behandeling (National Institute for Health and Care Excellence, 2007a).

Er zijn niet veel assessments beschikbaar voor het in kaart brengen van middelengebruik bij personen met een verstandelijke beperking en deze voor jongeren met een verstandelijke beperking en een problematiek omtrent middelen ontbreken vaak. In onderstaande worden de SumID-Q en de SEM-J beschreven.

#### 3.2.10.1 SumID-Q

De SumID-Q is recent ontwikkeld om middelengebruik bij verstandelijke beperking in kaart te brengen. Bij de SumID-Q worden allerlei aspecten gemeten die samengaan met het gebruik van een soort middel. SUMID staat voor Substance Use in individuals with Mild Intellectual Disabilities. Door middel van SUMID-Q krijgt men niet alleen informatie over het actuele gebruik van alcohol en drugs, maar kan ook informatie worden verzameld over de kennis die mensen met een licht verstandelijke beperking hebben over deze middelen, kunnen risicosituaties worden geïdentificeerd en kan bijvoorbeeld worden nagegaan in welk stadium van verandering problematische gebruikers verkeren (Dom et al., 2013; van der Nagel & Kea, 2013).

#### 3.2.10.2 SEM-J

De SEM-J is een screeningsinstrument voor alcohol en andere drugs dat begeleiders kunnen gebruiken in het kader van een individuele begeleiding van een jongere van 12 tot 18 jaar. Op deze manier kan er op een eenvoudige manier een ernstinschatting gemaakt worden van eventueel middelengebruik en de nood aan eventuele verdere begeleiding hierbij. Het instrument bestaat uit 40 vragen, gegroepeerd in 5 schalen: probleemernst, onwaarschijnlijkheid en defensiviteit, gebruiksgeschiedenis en psychosociale indicatoren (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw, s.a.c).

## **INTERVENTIEONDERZOEK**

In onderstaande hoofdstukken zal als eerste de voorstelling van de stageplaats besproken worden. Binnen de stageplaats is er al een specifiek traject aanwezig voor jongeren met middelengebruik dat ik kort zal schetsen. Daarna zal er gekeken worden naar een drugstraject voor de jongeren van M7. Hierbij wordt er eerst een korte voorstelling gegeven van de jongeren, waarna de verschillende benaderingen besproken worden. Deze zijn wel of niet mogelijk binnen de instelling en er zal ook telkens aangehaald worden waarom. Hierbij worden ook de preventie en psycho-educatiesessies uitgelegd, waarmee er bij de doelgroep gewerkt zal worden.

In bijlage 4 vind je bestaande methodieken, programma's en/of voorzieningen terug die reeds gebruikt zijn in de behandeling en/of begeleiding bij jongeren en middelengebruik.

## 4 VOORSTELLING STAGEPLAATS

De doelgroep waar ik het meest mee werk zijn jongeren met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid die in Gemeenschapsinstelling De Kempen, campus De Markt verblijven, binnen leefgroep M7. Dit zijn alle jongeren met een MOF of VOS statuut. Dat wil zeggen dat de jongeren een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd of ze in een verontrustende opvoedingssituatie verkeerden. Elk van hen is in de instelling geplaatst onder toezicht van de jeugdrechter.

Campus De Markt is een open campus. We moeten "open" verstaan binnen het kader van een gemeenschapsinstelling. Er is een structurerende opvoedingsklimaat in een infrastructuur besloten kader, maar met minder nadruk op het belang van tralies en hoge muren. De jongeren kunnen niet gaan en staan waar en wanneer ze willen. Maatschappijdeelname is echter wel belangrijk om de weg naar re-integratie te bevorderen. Dit gebeurt zowel individueel als in groep en zal door het personeel gestructureerd worden inzake inhoud, tijd en plaats. Zo beperkt de leefwereld van de jongere zich niet enkel tot zijn leefgroep, maar ook tot de interne school, de straat, de omgeving en de thuissituatie. Aan de hand van gewoonten, huisregels, afspraken en via duidelijke opties en bijsturingen proberen we het verblijf van de jongeren een veilig en voorspelbaar karakter te geven. Blijkt dit hier niet te lukken, dan moet elders een oplossing gezocht worden.

De jongeren van leefgroep M7 kunnen niet opgevangen worden binnen een gewone begeleidingsleefgroep. Deze leefgroep richt zich tot jongeren die omwille van hun complexe problematiek niet kunnen opgevangen worden binnen een gewone leefgroep. Het zijn jongeren met ernstige gedrags- en emotionele moeilijkheden (GES +), al dan niet in combinatie met een mentale- en/ of psychiatrische beperking en/of drugproblematiek.

Belangrijk is een intensief en geïndividualiseerd programma te realiseren, voorzien van stevige structuur. Met het programma willen we bereiken dat de gedragsproblematiek vermindert of beheersbaar wordt gemaakt zodat jongeren op een meer verantwoorde en aanvaardbare manier kunnen functioneren. We willen een hulpverleningstraject uitwerken opdat jongeren kunnen doorstromen naar een minder beveiligde setting en aansluiting kunnen vinden bij het reguliere hulpverleningsaanbod.

Volgende doelstellingen worden binnen de leefgroep M7 expliciet nagestreefd:

1. Alledaagse activiteiten kunnen volbrengen, individueel of met ondersteuning van een begeleider.
2. Het in kaart brengen van de problematiek en mogelijkheden van de jongere en diens context.
3. Het verminderen van probleemgedrag door competenties van de jongere te verhogen, delictgerelateerde factoren te veranderen en/of door de context aan te passen.
4. Het beheersen van risicovol gedrag om doorstromen naar reguliere hulpverlening mogelijk te maken.

Wanneer er met de jongeren gewerkt wordt is het mogelijk om 1 op 1 te werken, bijvoorbeeld tijdens een kamermoment, maar ook in groep kan een mogelijkheid zijn.

## **4.1 Bestaand drugstraject op andere leefgroepen**

Samen met 6 jongeren en 2 begeleiders wordt er rond het thema 'middelen' gewerkt. Onder middelen wordt zowel drugs, alcohol, medicatie als nog anderen verstaan. Er wordt gesproken over het alcoholgebruik, combinatie-gebruik, drugs en de hersenen, positieve en negatieve gevolgen, gebruik en misbruik en nog eventuele andere onderwerpen. Het traject is er voor jongeren die in het verleden of heden problemen ondervinden op gebied van jeugdrechtsbanken en instellingen en/of een thuissituatie die moeilijk en stroef loopt. Moeilijkheden met contacten met school en/of vrienden, het ervaren van een achteruitgaande gezondheid kunnen ook redenen zijn om met het traject te starten. Vooral wanneer de jongere, zijn familie, vrienden en/of de jeugdrechtsbank vindt dat het gebruik van middelen mee aan de oorzaak ligt van verschillende problemen, zal het traject gevolgd moeten worden. Het is de beslissing van de jongere dat hij deelneemt of niet, hij wordt niet verplicht. Wel wordt er van hem verwacht, als hij eenmaal deelgenomen heeft, hij het traject tot het einde volhoudt. In het verslag naar de jeugdrechter, als ook de communicatie naar de ouders, zal worden opgenomen dat de jongere heeft deelgenomen.

## **4.2 Een drugstraject voor de jongeren van leefgroep M7**

Voor de jongeren van M7 is er, zoals eerder al vermeld, geen programma rond middelengebruik. Voorgenoemde doelstellingen (zie hoofdstuk 4: voorstelling stageplaats) zijn specifiek voor deze jongeren, maar zijn voor alle jongeren van de instelling van toepassing. Elke hulpverlener zal deze doelen proberen te realiseren met de jongeren. Zelf ga ik me vooral toespitsen op het laatste doel: "Het beheersen van risicovol gedrag om doorstroom naar reguliere hulpverlening mogelijk te maken.", waaraan ik zal werken via de resultaten van mijn literatuuronderzoek. Ik ga het doel proberen te realiseren door middel van psycho-educatie en preventie te bieden aan de jongeren van M7. Hiervoor zal ik eerst het screeningsinstrument "SEM-J" (zie 3.2.10.2) afnemen, om de problematiek in kaart te brengen (doel 2).

### **4.2.1 Voorstelling jongeren**

In onderstaand deel wordt er een korte voorstelling gegeven van de jongeren die zullen deelnemen aan de preventie- en psycho-educatiesessies. Ondanks ik voorstander was om de SumID-Q te gebruiken als assessment, kon de instelling deze niet aankopen door budgetredenen. Er bestaan al enkele assessments binnen de instelling en deze worden niet gebruikt, waardoor ze denken dat de SumID-Q later niet meer gebruikt zal worden. Hierdoor ging ik op zoek naar een ander assessment en vond ik de SEM-J. Met elke jongere waarbij ik psycho-educatie geef, heb ik eerst de SEM-J afgenomen om hun eventuele problematiek in kaart te brengen. Bij de test werden er enkele bijvragen gesteld die vooral gingen over hun medicatiegebruik dat van belang kan zijn tijdens de sessies, omdat medicatie hun gedrag of concentratie kan beïnvloeden. Onderstaand wordt er van elke jongere een korte anamnese weergegeven, waaronder de resultaten van de SEM-J weergegeven zijn.

#### 4.2.1.1 Jongere 1 (A)

##### Korte anamnese:

A is een jongen van 16 jaar met een totaal IQ van 60, waarbij er een agressieprobleem is vastgesteld, deze hij sinds kort wel onder controle heeft. Toch is hij soms zeer zelfbepalend, waarbij hij zijn zin probeert door te drijven. Hierdoor heeft hij nood aan strikte regels en een goede structuur. Je weet niet wanneer A "zijn emmer vol is" en dan kan hij wel eens gevaarlijk zijn. Het valt op dat A weinig vertrouwen heeft in zijn eigen kunnen, maar mits motivering en positieve bekrachtiging toch doorzet. Al op jonge leeftijd maakte A kennis met hulpverlening tijdens een eerste opname. A groeide op in een MPC. Telkens er in het MPC agressie werd vastgesteld, wou zijn moeder hem opnieuw thuis laten wonen, maar ook daar liep de agressie al wel eens uit de hand. Mama is een zeer betrokken moeder die heel haar leven in functie stelt van A, maar ook de stiefvader heeft A geaccepteerd. Zowel zijn moeder als zijn stiefvader werken in een beschutte werkplaats. Nu A in de instelling verblijft, zijn zij nog steeds begaan met A. Als het kon zou zijn moeder dagelijks bellen, maar dit is maar eens per week mogelijk. Zowel de weekends als de dagbezoeken die A thuis geniet, verlopen momenteel wel goed. Hierbij wordt er geen agressie vastgesteld.

##### Resultaten SEM-J:

Volgens de SEM-J kunnen we concluderen dat de resultaten betrouwbaar zijn en de jongere niet overdrijft. Het middelengebruik van A is waarschijnlijk niet problematisch, toch roept het resultaat op de psychosociale indicatoren bezorgdheid op, omdat hij zich vaak zorgen maakt zonder reden om kleine dingen.

#### 4.2.1.2 Jongere 2 (B)

##### Korte anamnese:

B is een jongen van 13 jaar met een totaal IQ van 69. Hij heeft gedragsproblemen, durft agressief uit de hoek komen, is al een aantal keer de instelling ontvlucht en heeft reeds meerdere delicten gepleegd. Faalangst treed echter op de voorgrond. Hij geeft vaak op, alvorens aan iets begonnen te zijn. Wanneer je hem de nabijheid biedt die hij nodig heeft, blijkt het vaak toch te lukken. B is een jongere die zeer beïnvloedbaar is. Hij kan zichzelf snel verliezen in het (negatieve) gedrag van anderen. B zijn gezinssituatie is zeer complex. Zijn ouders zijn gescheiden, waardoor hij niet alleen een broer en zus heeft, maar ook halfbroers en -zussen, stiefbroers en -zussen. B mag tijdens de weekends op weekend of dagbezoek. Toch lopen deze weekends vaak problematisch. Onlangs is B nog weggelopen en heeft hij samen met een vriend nieuwe feiten gepleegd. Hij krijgt thuis weinig grenzen aangeboden en komt zo regelmatig in aanraking met de politie. Er bestaat het vermoeden dat de moeder van B nog middelen gebruikt en conflicten tussen de ouders komen vaak voor. B heeft geen goed rolmodel, waarbij hij opkijkt naar zijn oudere broer, deze ook al verschillende feiten op zijn naam heeft staan. Dit verontrust de begeleiding naar de toekomst.

##### Resultaten SEM-J:

De resultaten van B zijn volgens de SEM-J betrouwbaar te noemen. Er is voor hem een problematisch gebruik ten aanzien van alcohol in meerdere contexten. Belangrijk is om na te gaan hoeveel alcohol hij drinkt, op welke momenten hij dit doet, hoe regelmatig dit gebeurt, in welke omstandigheden enzovoort. B werd voor het eerst dronken op de lagere school en voor het eerst high in eerste middelbaar, maar dit was eenmalig. Wanneer we kijken naar de psychosociale factoren merken we dat B zich vaak zorgen maakt zonder reden om kleine dingen, soms last heeft van ongewone gedachten, zich vaak niet goed in zijn vel voelt en een familielid hem slaat wanneer deze kwaad is. B gaf aan vaak last te hebben van hoofdpijn en hij geeft aan dat er iets mis is in zijn hoofd.

Deze indicatoren roepen toch bezorgdheid op en kunnen eventueel geassocieerd worden met zijn alcoholgebruik, maar moet nog verder geëxploreerd worden. B is, zoals eerder vernoemd, zeer beïnvloedbaar door anderen, waardoor de vaardigheid om "nee" te zeggen verder geëxploreerd zal moeten worden tijdens de sessies.

#### 4.2.1.3 Jongere 3 (C)

##### Korte anamnese:

C is een jongen van 12 jaar met een norm overschrijdende gedragsstoornis, dat zich vooral uit op het seksuele vlak. Hij heeft een totaal IQ van 88 en is verbaal zeer sterk. Hij is sterk zelfbepalend en durft zich opstandig, onbeleefd opstellen. C krijgt sinds de leeftijd van 3 jaar al hulpverlening. In het verleden heeft hij echter een aantal zelfmoordpogingen ondernomen en kampte hij met zelfmoordgedachten, waarschijnlijk vanuit een roep naar aandacht. Belangrijk is dat C voortdurend onder begeleiding staat, waarbij een strikte en zeer beperkende aanpak vereist is. De ouders van C zijn gescheiden en hebben beide gezondheidsproblemen en een beperkte draagkracht. Zij staan achter een langdurige plaatsing. C kijkt op naar zijn vader, die verschillende regels hanteert. Deze zal C steeds volgen wanneer zijn vader toezicht houdt. Valt dit toezicht echter weg, dan zijn er voor C geen regels meer en zoekt hij grenzen op. Dit zien we ook binnen de gemeenschapsinstelling, waarbij hij de begeleiding vaak sociaal wenselijke antwoorden geeft.

##### Resultaten SEM-J:

Tijdens de SEM-J zijn er geen aanwijzingen dat C overdrijft of sociaal wenselijke antwoorden geeft. De resultaten kunnen betrouwbaar worden genoemd. C heeft nog nooit alcohol gedronken of andere drugs genomen. Dit kan te maken hebben met zijn jonge leeftijd. Er zijn geen aanwijzingen dat C psychosociale problemen heeft, maar er blijkt toch dat hij niet eerlijk durfde te antwoorden op de vragen, omdat uit de anamnese blijkt dat hij wel eerdere zelfmoordpogingen ondernomen heeft, maar deze niet aangaf tijdens de test.

#### 4.2.1.4 Jongere 4 (D)

##### Korte anamnese:

D is een jongen van bijna 15 jaar met een agressieproblematiek en een licht verstandelijke beperking. D heeft een totaal IQ van 63. Hij vertoont verontrustend gedrag dat zeer onvoorspelbaar is. D kan agressief optreden zonder duidelijke aanleiding, met wraakzuchtige taferelen tot gevolg. Hij heeft een beperkt probleeminzicht en begripsvermogen. Thuis en op school gaat het niet goed, hij vertoonde hier al eerder weglooptgedrag, waarna hij 3 dagen later opnieuw verscheen. D kwam op 11 jarige leeftijd van Kaap-Verdië over naar België. Met de moeder heeft D een, naar eigen zeggen, goede band. Met stiefvader verloopt dit contact minder vlot. Deze heeft veel frustratie naar D toe en wil zijn vrouw en dochter beschermen tegen de soms agressieve uitingen van D. D zou veel puberaal gedrag vertonen. Weglopen wanneer hij zijn zin niet krijgt, rondhangen op straat en conflictueus gedrag op school zijn hier enkele voorbeelden van. Hij zou ook zeer beïnvloedbaar zijn door andere jongeren.

##### Resultaten SEM-J:

Het middelengebruik van D zou niet problematisch zijn. Belangrijk in ons achterhoofd te houden is dat hij voor het eerst alcohol dronk in het eerste of tweede middelbaar, maar dit is context gebonden. In D zijn familie is het normaal om bij gelegenheden alcohol te drinken, maar is het absoluut een taboe dat er andere drugs gebruikt worden. Wanneer we kijken naar zijn psychosociale indicatoren zien we dat hij zich vaak zorgen maakt om kleine dingen en last heeft van ongewone gedachten.

D geeft aan dat er een familie is dat hem slaat wanneer deze boos is. Belangrijk is dat we deze indicatoren verder gaan exploreren, zodat we de ernst ervan kunnen inschatten.

#### 4.2.1.5 Jongere 5 (E)

##### Korte anamnese:

E is een jongen van Marokkaanse origine van 14 jaar met een hechtingsproblematiek en gedragsstoornis en heeft een totaal IQ van 78. Krijgt hij zijn gelijk niet, dan gaat E in discussie met anderen en zal hij het zo keren dat hij zijn gelijk krijgt of hij er niet mee te maken heeft. Hij kan (verbaal) agressief reageren, maar heeft wel de intentie om het goed te doen. Hij heeft nabijheid van begeleiding nodig en vraagt deze voortdurend, vaak door grote stoere verhalen te vertellen, die naar ons vermoeden niet altijd kloppen. E heeft nood aan structuur en vaste regels, die hij zo kan volgen. Elke verandering zorgt voor grote verwarring. De vader van E verblijft in Marokko. Vervolgens heeft E een bedlegerige broer, deze alle aandacht van zijn moeder krijgt. E heeft nog een andere, oudere, broer die in het criminele milieu vertoeft, waarnaar hij opkijkt. Dit verontrust ons naar de toekomst, omdat hij deze broer imiteert en hij hem ziet als zijn rolmodel.

##### Resultaten SEM-J:

Volgens de resultaten van de test, zou het kunnen dat E overdrijft in zijn antwoorden. Hij gebruikt volgens de resultaten problematisch cannabis. Het voorbije jaar gebruikte hij 20-39 maal cannabis, geeft hij zelf aan. Belangrijk is nu met E te bespreken wanneer hij cannabis gebruikt, hoeveel hij dit doet, hoe regelmatig dit gebeurt en in welke context, bijvoorbeeld met of zonder vrienden, ... E werd voor het high op de lagere school en gebruikte, naar waarheid van zijn antwoorden, regelmatig cannabis in het eerste middelbaar. E geeft aan dat er geen psychosociale problemen zijn. Belangrijk is om de waarheid van zijn antwoorden na te gaan en dit gebruik verder te exploreren, omdat hij in zijn antwoorden misschien "stoer" wou doen.

## **4.2.2 Preventie en psycho-educatie voor de jongeren van M7**

Binnen de gemeenschapsinstelling is er de mogelijkheid om zowel individueel als in groep te werken met de jongeren. Zowel op school als in de leefgroep is het mogelijk om de jongeren in groep of individueel te zien. Op school wordt er geopteerd om in groep te werken, meestal in groepjes van 3. Wanneer de jongeren achteraf nog met vragen zitten kunnen ze deze steeds aan hun klastitularis stellen, de trajectcoördinator of aan hun individuele begeleider op de leefgroep. Op de leefgroep wordt er geopteerd om deze gesprekken individueel te houden.

Binnen de instelling is motiverende gespreksvoering (zie 3.2.4) en cognitieve gedragstherapie (zie 3.2.5) aan de jongeren weggelegd voor de trajectcoördinator. Wel nemen andere begeleiders zaken van deze behandelingen mee in hun begeleiding. Zo zal elke begeleider een uitnodigende en niet-oordelende basishouding aannemen, waarbij deze gericht is op samenwerking met de cliënt en er met respect gekeken wordt naar de autonomie van de cliënt en de keuzes die hij maakt. Tijdens gesprekken of sessies wordt er empathisch gereageerd op zaken die de cliënt aangeeft. De 4 basisvaardigheden die Rollnick et al. (2007) aanhaalden (zie 3.2.4) voor motiverende gespreksvoering zullen worden nagestreefd. Verder is het belangrijk dat er ingezet wordt op het aanleren van (sociale) vaardigheden, deze de cliënt nodig heeft in het verdere leven binnen en buiten de instelling.

Hoewel de jongeren vaak uit een verontrustende opvoedingssituatie komen, is het binnen de gemeenschapsinstelling niet mogelijk om met de familie te werken. Bij MDFT (zie 3.2.6) zijn de houding en relatie van en met de therapeut belangrijk voor het al dan niet slagen van de behandeling. Tijdens de behandeling wordt er gezocht naar problemen en deze te herkennen en herstellen, eveneens problemen met de ouder-jongererelatie. Binnen de gemeenschapsinstelling is het niet mogelijk om een therapeutische band op te bouwen met het gezin. We kunnen bij MDFT niet werken rond de modules "Ouder en opvoeden" en "ouder-jongere/gezinsmodule". Wanneer er met de ouders gecommuniceerd wordt, is dit meestal in verband met weekendregeling. Eveneens worden de ouders geïnformeerd over de observaties die hier plaatsvinden en wordt hen gevraagd of dit ook thuis voorkomt. Binnen de gemeenschapsinstelling wordt er geen behandeling aangeboden, maar wordt er wel begeleiding gegeven. Er worden aan de ouders adviezen meegegeven, maar tegelijkertijd zijn ze vrijblijvend om deze op te volgen of niet. Wel kan er binnen de gemeenschapsinstelling gewerkt worden aan de module jongere, maar kan er ook gekeken worden naar het extrafamiliaire deel. Hier hebben ook de ouders wel inspraak in, waarbij ook naar hun kant van het verhaal geluisterd wordt. Het is jammer dat MDFT niet mogelijk is, omdat er veel positieve resultaten mee geboekt kunnen worden (Rutten et al., 2010). Er mag echter niet vergeten worden dat we werken in een gemeenschapsinstelling en niet in een psychiatrische setting, waarbij familie wel betrokken kan worden binnen de behandeling.

Emotieregulatie (zie 3.2.8), waaronder mindfulness, dialectische gedragstherapie en therapie gericht op acceptatie en betrokkenheid worden in de interventie met de doelgroep niet of weinig toegepast. Er zijn geen cliënten die verslaafd zijn of waren, waardoor mindfulness niet wordt toegepast. Dit bleek te helpen bij terugvalpreventie (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008). Er worden wel elementen van dialectische gedragstherapie geïntegreerd in de begeleiding van de doelgroep. Er worden hun vaardigheden in groep aangeleerd, er wordt gereflecteerd over hun gedrag en er wordt rekening gehouden met hun interesses door empathie te tonen en rekening te houden met hun acceptatie hierrond. Bij dialectische gedragstherapie kunnen cliënten 24/24 telefonisch contact hebben wanneer ze een crisissituatie hebben, dit is niet zo binnen de instelling. Cliënten verblijven vaak geen 12 maanden in de gemeenschapsinstelling, waardoor de therapie niet geïmplementeerd kan worden.

Jongeren kunnen binnen de instelling niet naar een zelfhulpgroep. De informatie over zelfhulpgroepen kunnen wel meegedeeld en meegegeven worden wanneer ze de instelling verlaten. Eventueel is het wel mogelijk dat een medewerker van het JAC met de jongere kan komen werken, maar dit wanneer de jongere meestal al verslaafd is of er een vermoeden is van problematisch middelengebruik.

Preventie en psycho-educatie is wel mogelijk binnen de gemeenschapsinstelling. Via deze zal de begeleiding proberen het gezonde gedrag van de jongere te bevorderen. Bij preventie is tijdig ingrijpen van groot belang, omdat bij het verkennen van de 'grote' wereld ook het verkennen van drugs hoort, samen met de risico's die hieraan verbonden zijn. Voorlopig is er maar 1 jongere met een vermoeden van gebruik, dit omtrent cannabis. Anderzijds is er zijn medejongere die tijdens de SEM-J aangaf toch wel veel alcohol te drinken voor zijn jonge leeftijd. Er is het vermoeden dat bij deze jongens er een gezondheidsprobleem aan het ontwikkelen is, of dit mogelijks al aanwezig is, maar we dit door de strenge gestructureerde omgeving niet verder kunnen exploreren.



Om de sessies wetenschappelijk te onderbouwen en de kans op effectiviteit te vergroten worden de voorwaarden van Stel (2004), deze beschreven staan in het handboek van Rutten et al. (2010) in acht genomen. Om een zo duidelijk mogelijk beeld te scheppen van alles wat aan bod zou kunnen komen, werd er eerst met de jongeren de SEM-J afgenomen (zie 4.2.1 voor de resultaten). Er zal gewerkt worden rond selectieve preventie van Mrazek en Haggerty (1994) (zie 3.2.2), omdat de jongeren vaak uit een verontrustende opvoedingssituatie komen, waarbij er in het gezin eventueel een middelenproblematiek aanwezig is.

Tijdens de verschillende sessies worden verschillende doelen nagestreefd die voor elke jongere van toepassing zijn:

- De jongere houdt zich aan de gemaakte afspraken.
- De jongere kan aangeven welk gevoel hij ervaarde bij het gebruiken van alcohol- of ander druggebruik.
- De jongere kan nadelen en/of gevolgen van alcohol, nicotine en drugs in het algemeen aangeven.
- De jongere kan verschillende nadelen plaatsen bij 'nadelen op korte termijn' of 'nadelen op lange termijn'.
- De jongere kan op een gepaste manier "nee" zeggen tegen alcohol- of druggebruik.
- De jongere kent de wet omtrent alcoholgebruik of alcoholverkoop.
- De jongere kent de wet omtrent alcohol en vervoer (auto, fiets).
- De jongere kan zijn mening geven over verschillende stellingen omtrent alcohol- en druggebruik.
- De jongere kan aangeven dat alcohol- en andere drugs duur zijn.
- De jongere kan aangeven wat ze met het geld zouden kunnen als ze niet zouden gebruiken.
- De jongere weet wat drugs zijn.
- De jongere kan voor zichzelf aangeven hoe ernstig hij een gegeven situatie vindt en kan hierbij uitleggen waarom.
- De jongere weet wat verslaving is.
- De jongere kan aangeven wat hij zou doen in een gegeven situatie.
- De jongere kan redenen aangeven om wel of te roken, drugs te gebruiken of alcohol te drinken.

Alcohol, nicotine en drugs in het algemeen zijn de onderwerpen die aan bod komen. Voordelen van gebruik zullen niet aangehaald worden, hier te voorkomen dat ze enkel de voordelen zullen onthouden. Indien ze deze zelf aanhalen, wordt hier kort op ingegaan. De nadelen daarentegen zullen voldoende worden geëxploreerd. Aan het begin van elke sessie zal er de jongens gevraagd worden om na te denken en te vertellen wat ze de vorige sessie gezien hebben. Mede zal er een spel gespeeld worden, een filmpje getoond worden, telkens herhaling van wat er tijdens de sessie aan bod is gekomen. Dit zorgt voor voldoende herhaling, waarbij de kans vergroot op inslijping. Tijdens de sessie zal er gepeild worden naar hun meningen en wordt de nadruk gelegd op hun eigen verantwoordelijkheid. De jongeren zijn zelf verantwoordelijk voor de keuzes die ze maken. Tijdens de sessies zal er gebruik worden gemaakt van psychodynamische therapie waarbij de cliënt gestimuleerd wordt om te kijken naar de onbewuste betekenis en motivatie achter zijn gedrag. Ze worden op geen enkel moment gedwongen om te stoppen met gebruik, maar krijgen wel de nadelen hiervan mee, zodat ze zelf tot gedragsverandering kunnen komen. Ze zullen vaardigheden aangeleerd krijgen om te reageren op situaties, waarin hen eventueel drugs wordt aangeboden. Hierover zal er een kleine discussie aangegaan worden, waarin iedereen zijn mening mag geven. De jongeren hebben de vaardigheid om verantwoorde keuzes te maken nodig in het dagelijks leven buiten de instelling. Ze worden bewust gemaakt van hun eigen gedrag en vaardigheden om deze keuzes te maken, waarbij ze voldoende kennis meekrijgen omtrent de verschillende onderwerpen die aan bod komen. Belangrijk is dat de gegeven informatie aansluit bij hun ervaringen, verwachtingen en noden.

Alle informatie wordt op een creatieve manier overgebracht, waarbij flexibiliteit voorop staat. Het is geen probleem als de sessies enkele weken langer duren. Dit kan mogelijk te maken hebben met eventuele afspraken die een jongere heeft of de afwezigheid van de begeleider.

De werkbundel (zie bijlage 5) bevat realistische en eerlijke informatie. De informatie wordt weergegeven op een niveau dat verwerkt kan worden door de jongeren, zij met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen. Er zal naar voorbeelden gevraagd worden, maar er zullen ook voorbeelden gegeven worden. Duidelijk is dat er in het begin van de sessies afspraken worden gemaakt omtrent verhalen vertellen. Ze mogen hun verhaal doen, maar grote stoere verzonden verhalen hoeven niet. Hier kunnen ze de vragen stellen, die ze eerder niet mochten stellen, omdat hen gevraagd werd hierover te zwijgen.

De effecten en risico's van elke besproken drug komen het meest aan bod, waarbij wetgeving en percentages worden meegegeven. Wanneer ze op het einde van alle sessies nog informatie missen, mogen zij deze noteren en afgeven aan de begeleider. Eventueel kan dit dan verder opgevolgd worden tijdens individuele sessies.

Belangrijk is om grenzen te blijven aangeven, omdat de jongeren deze wel eens snel kunnen aftasten en overschrijden. Vandaar dat er in het begin afspraken worden gemaakt, die elke sessie herhaald worden. Zonder grenzen kunnen we niet aan de zelfstandigheid, eigenwaarde, verantwoordelijkheid en gevoel van emotionele en sociale verbondenheid van de jongeren werken. Dit kan eventueel de vertrouwensrelatie beïnvloeden, ook al zijn dit één van de weinige uren waarbij ze over dit onderwerp mogen en kunnen praten.

- Interpretaties uit de sessies

- Jongere 1 (A)

A gaf aan geen drugs te gebruiken. Wel heeft A even gerookt door druk van anderen. Hij gaf aan dit heel vies te vinden en zei dat hij er misselijk van werd. Emoties kan A zeer goed benoemen en hij weet ook dat deze bij dronkenschap kunnen voorkomen. De regels omtrent middelengebruik zijn voor hem zeer duidelijk en kent hij ook. Zo gaf hij zelf aan dat je geen alcohol mag drinken onder de 16 jaar, en geen sterke drank onder de 18 jaar. Ook gaf hij aan dat medicatie geen drug is wanneer het voorgeschreven wordt door de dokter. Tijdens één van de eerste sessies is dit besproken en gaf hij later opnieuw aan. Hij haalt vaak ook andere dingen aan die eerder besproken werden, waardoor opgemerkt wordt dat dit bij hem toch een bepaalde invloed heeft. A is er de laatste sessies niet bij geweest, door afspraken buiten de instelling, waarbij hij vaak voor een aantal dagen weg is. We merken op dat A van thuis uit goede waarden en normen meekreeg. Toch is A bezweken aan groepsdruk, maar omdat hij meer waarde hecht aan het oordeel van zijn ouders en begeleiding, is hij met sigarettengebruik gestopt. A heeft een steunend netwerk thuis, wat ons een goed gevoel geeft naar de toekomst toe.

- Jongere 2 (B)

B laat zich wat overdonderen door het drukke gedrag van een medejongere. Hij heeft het moeilijk om zelf ook dingen te vertellen. Wanneer hij hiertoe de kans krijgt, wil hij er niet meer over spreken. Zo gaf hij aan eenmaal cocaïne gebruikt te hebben, maar wanneer hem hierover gevraagd werd waarom hij dit deed, met wie en in welke situatie, wou hij het hier niet over hebben. Het is ook de vraag of hij dit werkelijk gedaan heeft, omdat hier geen bewijzen van zijn en we vermoeden dat dit eerder stoere praat is. B kan goed aangeven welke nadelen er verbonden zijn aan drugs en wat hij met het geld zou kunnen doen, wanneer dit niet aan drugs wordt uitgegeven.

Doordat B een aantal sessies gemist heeft door verschillende afspraken binnen de instelling, is er weinig informatie wat hij nu wel en niet heeft onthouden en geleerd heeft uit de sessies. Als we de SEM-J en de anamnese naast deze interpretaties leggen wordt er opgemerkt dat hij enerzijds stoere praat verkoopt in de sessie om erbij te horen, omdat hij weinig over zijn gebruik kan vertellen. Belangrijk is wel te weten dat B beïnvloedbaar is en delicten pleegde als gevolg van groepsdruk. B vindt het moeilijk om nee te zeggen en heeft ook geen goed rolmodel, wat ons zorgen maakt naar de toekomst toe.

- Jongere 3 (C)

C bepaalt de regels graag zelf, vooral tijdens spelgelegenheden. Hij omzeilt ze graag en doet graag zijn eigen zin. Vanuit zijn problematiek begint hij over zaken als verkrachting, wat hij ziet als een nadeel van alcohol of drugs gebruiken, omdat je dan niet meer weet wat je doet. Wanneer de nadelen bij korte of lange termijn geplaatst moesten worden kon C deze goed aangeven en plaatsen in de juiste kolom. Hij gaf aan ook nooit te willen roken. C kan op gepaste wijze zijn mening geven over verschillende situaties. Hij geeft aan dat zijn vader zeer sterk tegen middelengebruik is. Van hem mag er geen alcohol of drugs gebruikt worden. C hecht veel belang aan de waarden en normen van zijn vader. Er is het vermoeden dat wanneer de regels en het toezicht wegvallen, er voor C geen regels meer zijn en deze zal overtreden.

Vermoedelijk heeft dit ook te maken met zijn jonge leeftijd. Hij kan aangeven dat er andere alternatieven zijn om je zorgen te vergeten in plaats van drugs te gebruiken. Hij geeft aan nooit te willen roken. Ook C is er vaak niet bij tijdens de sessies door afspraken buiten de instelling, waardoor er niet meer informatie is.

- Jongere 4 (D)

D houdt zich aan de gemaakte afspraken en wordt lastig wanneer zijn medejongeren dit niet doen. Hij heeft respect voor de mening van anderen, maar heeft zelf ook een eigen mening die hij op gepaste wijze kan uiten, bijvoorbeeld bij het beargumenteren van verschillende situaties. Hij kan op een gepaste manier aangeven waarom hij niet wil gebruiken. Toch moet hij soms beperkt worden in de verhalen die hij vertelt, omdat deze niet altijd bij het onderwerp van de sessie passen. D kan de nadelen van druggebruik goed aangeven en plaatsen bij de effecten op korte- of lange termijn. Hij kan ook aangeven wat er met het begrip "verslaving" bedoeld wordt. Hij hecht veel belang aan normen en waarden. D zegt dat je een goed leven moet hebben en vanuit zijn cultuur is het gebruik van alcohol een normaliteit, terwijl andere drugs slecht zijn. Toch geeft hij aan dat alcohol problemen geeft, maar deze ook even oplost, zodat je ze kan vergeten. Hij geeft aan dat deze problemen dan nog wel steeds aanwezig zijn. Vanuit zijn cultuur is het verboden om drugs te gebruiken, maar alcohol bij gelegenheden is een normaliteit. Daardoor dronk hij al op vroege leeftijd (eerste middelbaar), maar dit gebruik blijkt niet problematisch en eerder cultuurgebonden. Wanneer we de resultaten van de SEM-J hiernaast leggen, blijken deze te kloppen. D heeft ook goede waarden en normen omtrent middelengebruik, wat ons een gerust gevoel biedt naar de toekomst toe.

- Jongere 5 (E)

E houdt zich vaak niet aan de gemaakte afspraak om geen grote stoere verhalen te vertellen. "2 gram weed in mijne joint." is hier een voorbeeld van. Wanneer er over gevoelens werd gesproken die ervaren kunnen worden tijdens het gebruik van alcohol of andere drugs, kon E aangeven dat hij agressief wordt van zijn cannabisgebruik en zich dan in een andere wereld bevindt. Volgens hem kan je na het gebruik van alcohol geen andere emoties ervaren dan wanneer je niet gedronken hebt. Dit kan te maken hebben met het feit dat E geen alcohol drinkt. Dit is volgens de Islam verboden. E is vol lof over cannabis. Waar hij in het begin alleen de voordelen van cannabis zag, terwijl hij van alle andere drugs alleen maar nadelen ziet.

Na verloop van tijd begon E toch te beseffen dat ook cannabis niet goed is. Deze nadelen kan hij ook makkelijk plaatsen bij korte- en lange termijneffecten en hij wordt hier bang van, wat hem tot nadenken zet over zijn eigen gedrag. Hij gaf aan ondertussen 2 maanden gestopt te zijn, omdat hij geen kanker wil krijgen en nog een heel leven voor de boeg heeft. Over deze nadelen had hij eerder nooit nagedacht, waar hij dit de laatste sessies wel deed. Wanneer E situaties krijgt waar hij moet aangeven hoe bezorgd hij hierover is kan hij dit goed verwoorden en beargumenteren. E beseft dat drugs niet goedkoop zijn, maar maakt zich hier geen zorgen om. Wanneer de interpretaties uit de sessies en zijn anamnese naast de resultaten van de SEM-J worden gelegd, blijft de vraag of hij de waarheid spreekt over zijn gebruik. Enerzijds zijn er geen bewijzen dat hij effectief gebruikt. Anderzijds zijn de antwoorden die hij tijdens de sessies gaf wel gelijkaardig met de antwoorden die hij gaf tijdens de SEM-J. Doordat de broer van E in het criminele milieu vertoeft, heeft hij mogelijks al veel gehoord en gezien. Dit zijn echter louter veronderstellingen. Opvallend is wel dat E na de sessies negatiever staat ten opzichte van cannabis dan voor de sessies. Belangrijk hierbij is opnieuw te denken of E ons niet naar de mond praat en sociaal wenselijke antwoorden geeft. Het baart ons zorgen dat wanneer de broer van E zegt dat het wel goed is om middelen te gebruiken, of dat E hier dan ook nee tegen kan zeggen of toch aan de verleiding toegeeft.

## BESLUIT

Het is onmogelijk om op volgende probleemstelling "Welke methodiek kan je gebruiken om jongeren met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en drugs- en/of middelenmisbruik weerbaarder te maken om de kwetsbaarheid naar drugs te verlagen?" een kort antwoord te bieden.

Als eerste worden de gevolgen van middelengebruik in de jeugdzorg vaak gezien. Zij gebruiken niet meer dan anderen, maar komen wel sneller in maatschappelijke problemen. Bij jongeren met een licht verstandelijke beperking, gaat het om verminderde zelfbeheersing en kunnen ze de consequenties van hun gedrag niet overzien. Ook hier is groepsdruk een belangrijke factor (Rutten et al., 2010). Wanneer mensen met een verstandelijke beperking eenmaal kennism gemaakt hebben met middelen, lopen zij nog meer kans op problematisch gebruik.

Er is goed bewijs dat programma's met bijhorende psychosociale elementen resultaten geven in termen van verminderd middelengebruik, beter psychisch functioneren en minder criminele activiteiten. Er zijn aanwijzingen dat wanneer sociale en ecologische factoren worden aangepakt, naast de aandacht voor het middelengebruik, meer succesvol zijn (Mental Health and Drug and Alcohol Office, 2008).

Een groot deel van de jongeren met een licht verstandelijke beperking in het strafrechtstelsel krijgt echter onvoldoende specialistische zorg. Er bestaat het gevaar dat er interventies worden aangeboden die bij de jongeren niet blijven en er bestaat de mogelijkheid tot nieuwe faalervaringen (van der Nagel & Kea, 2013).

Algemeen wordt gesteld dat behandeling van cliënten een positief effect heeft op het druggebruik en op criminele recidieven en blijkt dat het doorbreken van een afhankelijkheid omtrent middelen vaak niet mogelijk is zonder professionele hulpverlening. Hierbij zou cognitieve gedragstherapie meest effectief zijn en gelijkwaardig zijn aan farmacotherapie (Mental Health and Drugs and Alcohol Office, 2008). Soyez et al. (2015) besloten dat er in de bijzondere jeugdzorg meer behoefte is aan effectieve preventie- en interventieprogramma's omtrent middelen.

Vaak komen jongeren nog voor de leeftijd van 18 jaar meermaals via de jeugdrechtbank in de gemeenschapsinstelling terecht. Belangrijk is de vorige opname niet als gefaald te interpreteren, maar als een belangrijk leerproces, waarin hen sociale structuren werden geleerd, deze ze nodig hebben in het leven buiten de instelling. Sociale training zal steeds een onderdeel moeten zijn naar de benadering bij jongverslaafden.

Er wordt binnen de gemeenschapsinstelling gezien dat de ouders van de jongeren die hier verblijven, vaker een psychiatrische problematiek en/of middelenafhankelijkheid hebben dan de jongeren in de reguliere samenleving. De jongeren van M7, zij met een verstandelijke beperking en eventuele persoonlijkheidsproblemen, hebben vaak moeite met sociale vaardigheden en/of zelfregulatie. Binnen de instelling worden problemen op school vaak opgemerkt, al dan niet met leeftijdsgenoten. Elk van hen is in aanraking gekomen met de politie en de jeugdrechtbank. Ze ervaren problemen in interactie met anderen en zijn sociaal kwetsbaar, waardoor ze deze interactie verkeerd interpreteren. Groepsdruk blijkt hierbij een belangrijke factor om mee te willen met anderen, maar dit niet te kunnen. Binnen de instelling beïnvloeden jongeren elkaar met hun risicogedrag. Hierdoor kan het leiden tot conflicten, waarbij ze deze conflicten niet begrijpen en niet opgelost krijgen. Dit kan dan weer leiden tot agressieve uitbarstingen, al dan niet fysiek.

Bij één jongere van M7 is er het vermoeden van problematisch middelengebruik, maar blijft de vraag of hij werkelijk gebruikt of gebruikt heeft. Bij deze jongere speelde groepsdruk en functioneel gebruik een belangrijke rol. Hij gebruikte om niet sociaal buitengesloten te worden en om psychische klachten te onderdrukken, deze we vaak zien bij mensen met een verstandelijke beperking (van der Nagel & Kea, 2013).

In de gemeenschapsinstelling wordt er geen behandeling aangeboden, waardoor de mogelijkheid tot nieuwe faalervaringen bestaat. Het is niet mogelijk om met de familie te werken. Binnen de instelling is er een sterk steunend netwerk, wat ze thuis vaak missen. Jongeren binnen de instelling kunnen eveneens niet naar zelfhulpgroepen. Wel kan hen de informatie meegegeven worden voor wanneer ze eenmaal buiten de instelling zijn.

Behandeling wordt er binnen gemeenschapstelling de Kempen, zoals eerder vermeld, niet geboden, maar werd er binnen deze thesis wel een preventie- en psycho-educatiebundel uitgewerkt in de hoop jongeren aan het denken te zetten en te laten stilstaan bij de gevaren van middelengebruik.

Volgens Dom en Bogaerts (2005) is groepswerking een belangrijke en efficiënt werkvorm bij middelengebruik. Dit werd tijdens de sessies ook nagestreefd, waarbij preventie, sociale vaardigheden en omgaan met sociale relaties aan bod kwamen. Tijdens de sessies werd er enkel objectieve informatie gegeven over de effecten en risico's van middelengebruik, maar werd ook naar hun mening en ervaringen gevraagd, waarbij ze niet het gevoel kregen dat hen de les gespeld werd. Waar het belangrijk is aan te sluiten bij de mogelijkheden en verwachtingen van de doelgroep, werd er eerst een grondige anamnese verricht van de jongeren en werd de SEM-J afgenomen. Bij jongeren zijn er vaak mythes die de ronde gaan over de effecten van verschillende middelen, deze tijdens de sessies ontkracht werden. Waar de jongeren hier eerder niet over mochten spreken, ook niet met begeleiding, mag dit nu wel. Dit is voor de begeleiders van de instelling een belangrijke stap in een volgende richting.

Toch is er geen bewijs dat preventie en psycho-educatie resultaat bieden, zowel niet op korte termijn, als op langere termijn. We kunnen wel stellen dat het effect heeft op korte termijn bij de jongeren die nog niet gebruiken. Dit zal verder onderzocht moeten worden. Het is duidelijk dat je wel over drugs mag spreken met deze doelgroep, wat een belangrijke verandering zal teweeg brengen in de begeleiding van deze jongeren.

## LITERATUURLIJST

- Antes groep. (2014a). *Geschiedenis roken*. Geraadpleegd van <http://www.maakjekeus.nl/drugsinfo/roken/geschiedenis-roken/>
- Antes groep. (2014b). *Nadelen van roken*. Geraadpleegd van <http://www.maakjekeus.nl/drugsinfo/roken/nadelen/>
- Antes groep. (2014c). *Alcohol*. Geraadpleegd van <http://www.maakjekeus.nl/drugsinfo/alcohol/>
- Antes groep. (2014d). *Gevolgen alcoholgebruik*. Geraadpleegd van <http://www.maakjekeus.nl/drugsinfo/alcohol/gevolgen/>
- American Psychiatric Association. (2006). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*. Geraadpleegd van <https://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>
- Beckers, L. (2012, 18 mei). *Druggebruikers met verstandelijke handicap vinden nog moeilijker hulp*. De Morgen, p. 11.
- Bijttebier, P. (2006, december). *De ontwikkeling van problematisch middelengebruik: een verhaal van kwetsbaarheid en weerbaarheid*. Psychopraxis, 8(6), 227-230.
- Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R. M, & Van der Molen, H. T. (2001). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak* (2e ed.). Assen, Nederland: Van Gorcum.
- Copeland, J., Frewen, A., & Elkins, K. (2009). *Management of cannabis use disorder and related issues. A clinician's guide*. Geraadpleegd van <https://ncpic.org.au/media/1594/management-of-cannabis-use-disorder-and-related-issues-a-clinicians-guide.pdf>
- De Groote, S., Gheyle, A., Kempeneers, S., Mertens, V., Mostien, B., Roos, D., ... Tack, M. (s.a.). *Jongeren en druggebruik: een leidraad voor ouders*. Geraadpleegd van <http://www.dr-vanwambeke.be/ouderbrochure.pdf>
- De Sleutel. (s.a.). *Wat is verslaving?* Geraadpleegd van <http://www.desleutel.be/verslaving/benikverslaafd/definities>
- Didden, R. (2006). *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dom, G., & Bogaerts, J. (2005). *Middelengebruik en -misbruik bij adolescenten*. Geraadpleegd van [https://books.google.be/books?id=0k3\\_gUhh52kC&pg=PA45&lpg=PA45&dq=\(%22middelengebruik+en+-misbruik+bij+adolescenten%22\)&source=bl&ots=fD6tq1NCqI&sig=PgX2EAUxnJXSxEIsv9zttJb1EX4&hl=nl&sa=X&ved=0ahUKewjwvqvRidTKAhXGtBoKHScqBc8Q6AEIJjAC#v=onepage&q=\(%22middelengebruik%20en%20-misbruik%20bij%20adolescenten%22\)&f=false](https://books.google.be/books?id=0k3_gUhh52kC&pg=PA45&lpg=PA45&dq=(%22middelengebruik+en+-misbruik+bij+adolescenten%22)&source=bl&ots=fD6tq1NCqI&sig=PgX2EAUxnJXSxEIsv9zttJb1EX4&hl=nl&sa=X&ved=0ahUKewjwvqvRidTKAhXGtBoKHScqBc8Q6AEIJjAC#v=onepage&q=(%22middelengebruik%20en%20-misbruik%20bij%20adolescenten%22)&f=false)
- Dom, G., Dijkhuizen, A., Van der Hoorn, B., Kroon, H., Muusse, C., Van Rooijen, S., ... Van Wamel, A. (2013). *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.
- Druglijn. (2015). *Wat is alcohol?*. Geraadpleegd van <http://www.druglijn.be/drugs-abc/alcohol/wat-is-alcohol>

- Druglijn. (2015). *Wat zijn drugs?*. Geraadpleegd van <http://www.druglijn.be/drugs-abc/wat-zijn-drugs>
- Expertisecentrum De Borg. (2013). *Hoe herken ik mensen met een lichte verstandelijke beperking?*. Geraadpleegd van <http://www.de-borg.nl/images/stories/algemeen/hoe%20herken%20ik%202013.pdf>
- GGD Gelre-IJssel. (2010, 20 september). *Alcoholmatiging Jeugd in de Achterhoek*. Geraadpleegd van <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Alcoholmatiging-Jeugd-in-de-Achterhoek>
- Hammink, A., & Schrijvers, C. (2012). *Middelengebruik en gokken onder jongeren en volwassenen met een licht verstandelijke beperking in de regio Rotterdam*. Geraadpleegd van [http://www.ivo.nl/UserFiles/File/Publicaties/Definitief%20rapport%20LVB%20en%20middelengebruik\\_IVO.pdf](http://www.ivo.nl/UserFiles/File/Publicaties/Definitief%20rapport%20LVB%20en%20middelengebruik_IVO.pdf)
- Intermetzo. (2015, 11 december). *Brains4use*. Geraadpleegd van <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/Brains4use>
- Jellinek Preventie. (2011, 22 september). *De Cannabisshow*. Geraadpleegd van <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/De-Cannabisshow>
- Kaldenbach, Y. (2015). *De verstandelijke beperking (verstandelijke-ontwikkelingsstoornis) in de DSM 5*. Geraadpleegd van [http://www.dsm-5-nl.org/documenten/dsm-5\\_whitepaper\\_yaron\\_kaldenbach\\_verstandelijke\\_beperking.pdf](http://www.dsm-5-nl.org/documenten/dsm-5_whitepaper_yaron_kaldenbach_verstandelijke_beperking.pdf)
- Katarsis. (2016). *Programma aanbod: algemeen*. Geraadpleegd van <http://www.katarsis.be/programma-aanbod-algemeen.php>
- Kiewik, M., & Den Ouden, R. (2011, juli). *Minder Drank of Drugs*. Geraadpleegd van [https://www.tactus.nl/storage/98b2a5c21c9b587e417b3bd360e96308aec2a41b/files/40459\\_Tactus\\_factsheet-4-7LR.pdf](https://www.tactus.nl/storage/98b2a5c21c9b587e417b3bd360e96308aec2a41b/files/40459_Tactus_factsheet-4-7LR.pdf)
- Krooshof, T., Kiewik, M., & Van der Nagel, J. E. L. (2009). *Middelenproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. Een inventarisatie in Nederland*. Geraadpleegd van [http://essay.utwente.nl/59452/1/scriptie\\_T\\_Krooshof.pdf](http://essay.utwente.nl/59452/1/scriptie_T_Krooshof.pdf)
- Mental Health and Drug and Alcohol Office. (2008). *Drug and Alcohol Psychosocial Interventions Professional Practice Guidelines (03/8301)*. Geraadpleegd van [http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2008/pdf/GL2008\\_009.pdf](http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2008/pdf/GL2008_009.pdf)
- Mondriaan Verslavingspreventie. (2012, 12 april). *Moti-4*. Geraadpleegd van <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/Moti-4>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2015). *Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM-IV and DSM-5* (No. 13-7999). Geraadpleegd van <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/dsmfactsheet/dsmfact.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2007a). *Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions ([CG51])*. Geraadpleegd van <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51/resources/drug-misuse-in-over-16s-psychosocial-interventions-975502451653>



- National Institute for Health and Care Excellence. (2007b). *Substance misuse interventions for vulnerable under 25s* ([PH4]). Geraadpleegd van <https://www.nice.org.uk/guidance/ph4/resources/substance-misuse-interventions-for-vulnerable-under-25s-55454156485>
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.
- Rutten, R., Loth, C., & Hulshoff, A. (2009). *Verslaving. Handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Maarssen, Nederland: Elsevier gezondheidszorg.
- Soyez, V., Baeten, I., & Rosiers, J. (2015). *Prevalentie van middelengebruik bij jongeren in de residentiële voorzieningen voor bijzondere jeugdzorg in Vlaanderen*. *Verslaving*, 11(1), 2-16. Geraadpleegd van <http://link.springer.com/article/10.1007/s12501-015-0004-3>
- Tactus Verslavingszorg. (2013). *SmartConnection*. Geraadpleegd van <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/SmartConnection>
- Trimbos instituut. (s.a.). *Verslaving. Wat is verslaving?* Geraadpleegd van <http://www.drugsinfo.nl/publiek/verslaving>
- Trimbos-instituut. (2012, 28 juni). *De gezonde school en genotmiddelen voor het middelbaar beroepsonderwijs*. Geraadpleegd van <http://www.nji.nl/nl/Databank/De-gezonde-school-en-genotmiddelen-voor-het-middelbaar-beroepsonderwijs>
- Trimbos-instituut. (2012). *Wiet-Check*. Geraadpleegd van <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/Wiet-Check>
- Trimbos-instituut. (2014, januari). *Wat iedereen over drugs zou moeten weten*. Geraadpleegd van [http://www.eerste-hulp-online.nl/pluginfile.php/2020/mod\\_resource/content/1/Folder%20Wat%20iedereen%20over%20drugs%20zou%20moeten%20weten.pdf](http://www.eerste-hulp-online.nl/pluginfile.php/2020/mod_resource/content/1/Folder%20Wat%20iedereen%20over%20drugs%20zou%20moeten%20weten.pdf)
- Trimbos-instituut. (2015). *Waar bemoei ik me mee? Handreiking voor begeleiders van mensen met een lichte verstandelijke beperking die alcohol of drugs gebruiken*. Geraadpleegd van <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/KNP%20GS/LVB/trimbos-handreiking-zelfbeschikking-lvb-en-middelengebruik.pdf>
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw. (s.a.a). *Minderjarigen die illegale drugs bezitten en/of gebruiken*. Geraadpleegd van <http://www.vad.be/alcohol-en-andere-drugs/wetgeving/illegale-drugs-minderjarigen.aspx>
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw. (s.a.b). *BackPAC - Persoonlijkheidsspecifieke interventie voor jongeren die vroeg experimenteren met Alcohol en Cannabis | draaiboek*. Geraadpleegd van <http://www.vad.be/materiaal/draaiboekenrichtlijnen/backpac.aspx?from=1489>
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw. (s.a.c). *SEM-J: individueel Screeningsinstrument Ervaringen met Middelengebruik voor Jongeren*. Geraadpleegd van <http://www.vad.be/sectoren/onderwijs/secundair-onderwijs/sem-j.aspx>

- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw. (2004, maart). *Didactische fiche psycho-educatie*. Geraadpleegd van [http://www.vad.be/media/9234/drugsetc\\_factsheet\\_psychoeeducatie.pdf](http://www.vad.be/media/9234/drugsetc_factsheet_psychoeeducatie.pdf)
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw. (2010, 18 januari). *Geen alcoholverkoop aan jongeren onder de 16 jaar!* Geraadpleegd van <http://www.vad.be/media/44946/geen%20alcoholverkoop%20aan%20jongeren%20onder%20de%2016%20jaar.pdf>
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw. (2012). *Middelengebruik en verstandelijke beperking: een folder voor hulpverleners uit de verslavingszorg*. Geraadpleegd van [http://www.vad.be/media/1053164/verstandelijke\\_beperking\\_en\\_middelengebruik\\_and.pdf](http://www.vad.be/media/1053164/verstandelijke_beperking_en_middelengebruik_and.pdf)
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw. (2015a). *Alcohol zonder boe of bah*. Geraadpleegd van [http://www.vad.be/media/476698/alcohol\\_zonder\\_boe\\_of\\_bah.pdf](http://www.vad.be/media/476698/alcohol_zonder_boe_of_bah.pdf)
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw. (2015b). *Hasj en wiet zonder boe of bah*. Geraadpleegd van [http://www.vad.be/media/477468/hasj\\_wiet\\_zonder\\_boe\\_of\\_bah.pdf](http://www.vad.be/media/477468/hasj_wiet_zonder_boe_of_bah.pdf)
- Vandenbussche, I., Volckaert, K., d'Hont, I., & Sools, J. (2006, december). *De behandeling van jongeren met drugsmisbruik en psychiatrische problemen in een residentiële setting*. *Psychopraxis*, 8(6), 231-234.
- Van der Nagel, J., & Kea, R. (2013). *Jonge delinquenten van 16-23 jaar met een lichte verstandelijke beperking en problematisch middelengebruik. Een verkenning op basis van literatuur en ervaringen van experts van de (jeugd)reclassering*. Geraadpleegd van [http://www.canonsociaalwerk.eu/2013\\_delinquentenLVB/Jonge-delinquenten-met-LVB-problematisch-middelengebruik.pdf](http://www.canonsociaalwerk.eu/2013_delinquentenLVB/Jonge-delinquenten-met-LVB-problematisch-middelengebruik.pdf)
- Van der Veen, C., & Van Leeuwen, L. (2009). *Open en Alert. Alcohol- drugspreventie in de justitiële jeugdinrichting. Resultaten procesevaluatie*. Geraadpleegd van <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/756a8bd5-b9ad-4e54-a6ad-180216027dda.pdf>
- Van Montfoort, Spirit Jeugd en Opvoedhulp, & William Schrikker Groep. (2010, maart). *NPT-LVB: Nieuwe Perspectieven bij Terugkeer. Nazorg en preventie van terugval voor jongeren met een licht verstandelijke beperking na vrijheidsbeneming*. Geraadpleegd van <http://www.williamschrikkergroep.nl/upload/pages/NPT-LVB.pdf>
- Verhulst, F. C. (1997). *Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie* (2e ed.). Assen, Nederland: Van Gorcum.
- Vermeulen-Smit, E., Kepper, A., & Monshouwer, K. (2014). *Preventie van problematisch genotmiddelengebruik onder jongeren in risicosettingen: een systematische literatuurstudie naar de effectiviteit van interventies in justitiële jeugdinrichtingen, residentiële jeugdzorg en speciaal onderwijs en het aanbod van interventies in Nederland*. Geraadpleegd van <http://dSPACE.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/304544/risicosettingen.pdf?sequence=1>

## BIJLAGEN

### Bijlage 1: "Hoe herken ik mensen met een lichte verstandelijke beperking?"



Hoe herken ik mensen  
met een lichte  
verstandelijke beperking?

## Voor wie is deze folder?

Deze folder is voor medewerkers van politie, justitie, maatschappelijk werk, reclassering en andere medewerkers die in de dagelijkse praktijk meer (in)zicht willen hebben in het herkennen van mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB).

Steeds vaker komt u in aanraking met mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB). Omdat er steeds meer een verschuiving plaats vindt van wonen binnen een beschermende instelling naar kleinschalig en/of begeleid zelfstandig wonen ontmoet u mensen met een LVB in de maatschappij. Velen van hen functioneren, soms met met behulp van hun sociaal netwerk, goed. Anderen hebben meer moeite om zich in onze ingewikkelde maatschappij staande te houden. Er worden immers hoge eisen aan mensen gesteld. Door de lichte verstandelijke beperking is het voor deze burgers soms moeilijk om de regie over hun leven te voeren. Zij worden aangesproken als 'gewone burgers', maar hebben door hun lichte verstandelijke beperking niet altijd een juist inzicht in de consequenties van hun handelen op korte of lange(re) termijn. Daardoor is de kans groter dat zij grensoverschrijdend gedrag vertonen en strafbare feiten begaan. En natuurlijk komen ook zij dan in aanraking met politie en justitie.

Al vele jaren is er sprake van een groeiend aantal mensen met een (lichte) verstandelijke beperking die in detentie verblijven. Ook daar worden zij veelal aangesproken als burgers met een normale verstandelijke ontwikkeling. De informatie die wordt verstrekt, is vaak te moeilijk en/of te snel voor mensen met een LVB. Soms ervaren zij problemen in de omgang met anderen.

Medewerkers binnen justitie hebben in toenemende mate behoefte aan informatie en kennis over deze kwetsbare groep mensen. Deze folder is een eerste handreiking daarin. Kijk voor meer informatie op [www.deborg.nl](http://www.deborg.nl)

## Hoe herkent u mensen met een lichte verstandelijke beperking?

Op het eerste gezicht niet. Meestal ziet of merkt u bij een vluchtig contact niets bijzonders aan mensen met een LVB. Pas als u ze beter leert kennen, valt het op dat zij moeite hebben om zich aan te passen aan de eisen van de omgeving. Zodra gespreksonderwerpen ingewikkelder worden, haken ze meestal af. Leren in theorie is moeilijk. Vaak is leren eenvoudiger door te oefenen in de praktijk.

Mensen met een LVB zijn soms weinig sociaal vaardig. Indien er sprake is van bijkomende psychiatrische problemen zoals autisme, angststoornissen, depressies of waanbeelden, dan zijn deze mensen extra kwetsbaar. Soms kan deze problematiek zo op de voorgrond treden dat de verstandelijke beperking over het hoofd wordt gezien. Juist dan hebben deze mensen een helpende hand nodig om mee te kunnen komen in de maatschappij.

Iemand met een LVB herkennen is niet altijd eenvoudig. Deze mensen zijn vaak meester in het verbergen van hun beperking(en). En dat is logisch. Immers, toegeven dat je langzaam leert of niet echt handig bent in dagelijkse sociale vaardigheden doet niemand graag. Het gevolg is dan wel dat mensen met een LVB voortdurend 'op hun tenen moeten lopen' om hun beperking(en) voor de buitenwereld te verbergen. Zij ontwijken dan ook bij voorkeur moeilijke situaties om niet door de mand te vallen.

## Waarom is belangrijk om een lichte verstandelijke beperking te herkennen?

Mensen met een LVB hebben er baat bij als de omgeving op de hoogte is van hun (on)mogelijkheden en daar rekening mee houdt. Als mensen in de directe omgeving minder hoge eisen stellen, hoeven zij niet de schijn op te houden dat ze alles snappen of kunnen.

Mensen met een verstandelijke beperking zijn vaak gemakkelijk te beïnvloeden; ook door mensen met minder goede bedoelingen. Door een goede ondersteuning vanuit hun sociale netwerk is er minder kans dat deze kwetsbare mensen in moeilijke of risicovolle situaties terecht komen.

Als de verstandelijke beperking niet wordt herkend en mogelijk zelfs genegeerd, dan worden deze mensen continue aangesproken op een manier die zij niet begrijpen. Als dat vaak en langdurig gebeurt, dan veroorzaakt dat stress en spanning. Uiteindelijk kan dat leiden tot psychische- en gedragsstoornissen.

## Kenmerken van mensen met een lichte verstandelijke beperking

Enkele tips voor het herkennen van een LVB

### SCHOOLOPLEIDING

Mensen met een LVB hebben vaak alleen speciaal of praktijkgericht onderwijs gevolgd op MLK of ZMLK niveau. Soms is met regelmatig van school gewisseld, is vervolgonderwijs niet afgemaakt of is iemand regelmatig 'blijven zitten'.

*Tip: Vraag eens welke opleiding is gevolgd of naar de naam van de school.*

### SOCIALE CONTACTEN

Er is veelal sprake van een beperkt sociaal netwerk. Het is moeilijk om sociale contacten aan te gaan en te onderhouden. Er zijn weinig vrienden en contacten met leeftijdsgenoten zijn minimaal.

*Tip: Vraag de persoon naar de namen van vrienden en waar de vriendschap uit bestond.*

### REKENEN

Mensen met een LVB hebben vaak moeite met rekenen. Eenvoudige rekensommen lukken niet en vermenigvuldigen en delen is vaak te moeilijk. Begrijpelijk dat er vaak problemen zijn met wisselgeld in winkels.

*Tip: Laat de persoon een aftreksom maken (bijvoorbeeld 21 - 9). Kijk in de winkel eens mee als iemand wisselgeld terug krijgt bij de aankoop van een artikel.*

*Let eens op of de persoon de tijd op de klok goed heeft.*

### SCHRIJVEN

Mensen met een LVB schrijven soms slecht. Dan wordt dat ontweken uit angst om fouten te maken.

*Tip: Let eens op hoe iemand iets opschrijft; bij het versturen van een brief bijvoorbeeld.*

### Taal en begrip

Mensen met een LVB gebruiken uitdrukkingen vaak verkeerd of begrijpen bepaalde woorden niet. Grapjes worden vaak verkeerd begrepen of uitdrukkingen worden te letterlijk genomen. Oorzaak en gevolg worden niet overzien. Algemene (abstracte) regels worden niet onthouden waardoor het lijkt dat veel zaken steeds nieuw zijn.

*Tip: Vraag iets in de tijd terug, veelal kan de chronologische volgorde niet worden aangebracht in het verhaal. Of heeft de betrokkene moeite met abstracte vragen. Vraag eens hoe iets is gebeurd (verbanden leggen is lastig).*

### Georganiseerd

Mensen met een LVB hebben slecht inzicht in de consequenties van hun handelen. Zij hebben een voorkeur voor repeterende zaken, veilige en herkenbare dagelijkse dingen. Deze personen hebben soms een hobby die niet bij hun leeftijd past en kijken op de TV of computer naar programma's die gemaakt zijn voor mensen jonger dan zij.

*Tip: Kijk eens mee naar de dagindeling van de persoon en hoe hij of zij iets organiseert. Vraag eens wat de favoriete tv-programma's zijn.*

*In het algemeen geldt: neem geen genoegen met een kort antwoord maar vraag door.*

## Tips in de dagelijkse omgang

In de omgang met mensen met een LVB kunnen onderstaande tips u wellicht helpen.

### Communicatie

- Gebruik korte zinnen.
- Gebruik eenvoudige woorden.
- Gebruik geen beeldspraak, dit kan verwarrend zijn.
- Eén opdracht of boodschap tegelijk.
- Bij keuzes: beperk tot 2 tot 3 mogelijkheden.
- Goed luisteren en samenvatten.
- Controleer of de boodschap is begrepen: laat in de eigen woorden terug vertellen.

### Houding

- Wees consequent en voorspelbaar in je gedrag.
- Neem de tijd.
- Wees duidelijk in je verwachting.

- Bied extra hulp, bijvoorbeeld door samen een oplossing te zoeken of afspraken vast te leggen.
- Voel je betrokken maar laat je niet meeslepen in alle problematiek.

### **Bejegening**

- Benader de persoon respectvol en neem de tijd.
- Probeer goed en aandachtig te luisteren.
- Bied aan om te helpen door bijvoorbeeld mee te gaan naar de rechtbank of doktersbezoek. Zo kun je dan naderhand nog eens uitleggen wat er besproken is.
- Maak een stappenplan voor ingewikkelde situaties en gebruik hiervoor een kalender, agenda of schrijfbord.
- Geef concrete tips hoe iemand zich anders kan gedragen en spreek de persoon aan op gedrag dat ergernis of overlast veroorzaakt.
- Herhaal met regelmaat.

## **Wanneer schakelt u een deskundige in?**

Een deskundige kunt u inschakelen als de communicatie en omgang met de persoon in kwestie bijvoorbeeld zo problematisch verloopt dat het als een last wordt ervaren. Maar ook als de betreffende persoon zichtbaar hinder heeft van zijn of haar gedrag en dat er van 'sociaal lijden' kan worden gesproken.

Binnen de vier aangesloten instellingen van De Borg kunt u terecht met uw vragen. De instellingen hebben veel kennis als het gaat om de behandeling van mensen met een LVB. Deze door de overheid erkende instellingen hebben zich verder gespecialiseerd in de behandeling van mensen met bijkomende problematiek in de vorm van psychiatrische stoornissen en/of gedragsstoornissen.



Neem gerust contact op voor meer informatie. De instellingen zijn u graag van dienst.

### Regio FRIESLAND - DRENTHE - OVERIJSEL - GELDERLAND



#### STICHTING TRAJECTUM

Centraal Kantoor:  
 Hanzeallee 2, 8017 KZ Zwolle  
 Postbus 40012, 8004 DA Zwolle  
 Telefoon Algemeen: 0561 - 422 222  
 Cliënt Service Bureau: 088 - 929 50 02  
[info@trajectum.info](mailto:info@trajectum.info)  
[www.trajectum.info](http://www.trajectum.info)

### Regio UTRECHT - NOORD-HOLLAND - FLEVOLAND



#### ALTRICHT - WIER

Citroenvlinder 4, 3734 AD Den Dolder  
 Telefoon: 030 - 225 63 06  
[wier\\_frontoffice@altrecht.nl](mailto:wier_frontoffice@altrecht.nl)  
[www.altrecht.nl](http://www.altrecht.nl)

### Regio ZUID-HOLLAND - ZEELAND



#### IPSE DE BRUGGEN BEHANDELCENTRUM SGLVG(+)

Spoorlaan 19, 2471 PB Zwammerdam  
 (dependance in Kijvelanden, Poortugaal)  
 Zorgbemiddelaar: 06 - 23 36 07 68  
 Klantencontact: 0800 - 998 87 77  
[zorgloketbehandeling@ipsedebruggen.nl](mailto:zorgloketbehandeling@ipsedebruggen.nl)  
[www.ipsedebruggen.nl](http://www.ipsedebruggen.nl)

### Regio NOORD-BRABANT - LIMBURG



#### DICHTERBIJ - STEVIG

Wanssumseweg 14, 5803 EA Oostrum  
 Postbus 5029, 5800 CA Venray  
 Telefoon: 0478 - 529 600  
[stevig@dichterbij.nl](mailto:stevig@dichterbij.nl)  
[www.dichterbij.nl/stevig](http://www.dichterbij.nl/stevig)

Dit is een uitgave van expertisecentrum De Borg.  
© Expertisecentrum De Borg, Den Dolder. Uitgave: juni 2013

## Expertisecentrum De Borg

Vuurvlinder 4

(gebouw Camper)

3734 BN Den Dolder

Telefoon: 030 - 225 64 05

[deborg@altrecht.nl](mailto:deborg@altrecht.nl)

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

BEJEGENEN ▼ BEHANDELEN ▼ BEVEILIGEN

**de Borg** 

( Expertisecentrum De Borg, 2013).

**Bijlage 2: "Middelengebruik en verstandelijke beperking: een folder voor hulpverleners uit de verslavingszorg".**



**MIDDELENGEBRUIK  
EN VERSTANDELIJKE  
BEPERKING**

**EEN FOLDER VOOR  
HULPVERLENERS UIT DE  
VERSLAVINGSZORG**

*Eric komt in begeleiding om zich te laten behandelen voor alcohol- en cannabisgebruik. Hij doet vlot zijn verhaal. Zijn alcoholprobleem minimaliseert hij en over zijn drugprobleem vertelt hij met veel zwier. Hij lijkt een echte praatjesmaker. Als je op de zaken wil ingaan om een tijdslijn in zijn verhaal te krijgen, is dit moeilijk. Je geeft hem de opdracht om een en ander op papier te zetten. Bij het tweede gesprek is hij zijn opdracht vergeten, 'maar hij kan het je beter allemaal vertellen'. Je herhaalt de opdracht met duidelijke instructies. Volgende keer heeft hij wel iets bij. Hij excuseert zich voor de schrijffouten, 'want ik ben al vroeg gestopt met school'.*



### **Middelengebruik en verstandelijke beperking: een plus een is meer dan twee!**

Als begeleider in de verslavingszorg word je al eens geconfronteerd met cliënten bij wie je gewone aanpak niet werkt. Op zo'n moment ga je op zoek naar oplossingen, want je wil je verantwoordelijkheid niet ontlopen. Je stuit op je eigen professionele grenzen om dit probleem op een adequate manier aan te pakken. Deze folder helpt je na te gaan of een verstandelijke beperking mee aan de basis van het probleem ligt.

## Wat is een verstandelijke beperking?

Een verstandelijke beperking heeft te maken met verschillende dimensies, niet enkel met het verstand of het denken.

Eenzijds zijn er problemen met het intellectueel functioneren (o.a. aandacht, geheugen, herkennen, rekenen, begrijpen ...), anderzijds is er sprake van beperkingen in het aanpassingsgedrag. Dat wil zeggen dat men zich minder goed kan aanpassen aan de eisen van zijn omgeving zoals een persoon van die leeftijd normaal zou doen. Er is moeite met levensvaardigheden bijvoorbeeld communicatie, zorg voor zichzelf, wonen, werken, vrije tijd, veiligheid ...

De omgeving van de persoon kan stimulerend of remmend op die beperkingen inwerken. Dit bepaalt hoe sterk de beperkingen een 'handicap' vormen.

Naast de verstandelijke beperking kunnen deze personen ook moeilijkheden onderkennen op emotioneel en psychologisch vlak. De gezondheid kan een bijkomend probleem vormen.

## Wisselwerking met je werkrelatie

In de praktijk is het niet altijd duidelijk of iemand een verstandelijke beperking heeft of niet. Je beperking accepteren en toegeven, is niet eenvoudig. Mensen proberen hun moeilijkheden te verbergen, daardoor wordt de beperking vaak niet opgemerkt en mist men de gepaste ondersteuning. Deze mensen kunnen in moeilijke of risicovolle situaties terechtkomen omdat zijzelf of de omgeving hun mogelijkheden overschat. Jullie werkrelatie zal er dus anders uitzien eenmaal je de mogelijkheden en beperkingen van je cliënt in rekening brengt. Op die manier kan je de achterliggende betekenis van 'vreemd' gedrag beter begrijpen, invoelen en kan je dus beter handelen en ondersteunen.

## Hoe kan ik iemand met een verstandelijke beperking herkennen?

Wees opmerkzaam, observeer en vraag door bij je cliënt.

Ook informatie van netwerkpartners kan je totaalbeeld scherpstellen, bijvoorbeeld resultaten van recente IQ-testen, ingeschreven zijn bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap of contacten met hulpverlening voor mensen met een verstandelijke beperking of buitengewoon onderwijs.

Onderstaande kenmerken van de cliënt kunnen een indicatie van een verstandelijke beperking zijn.

- ! Moeilijkheden met:

  - rekenen;
  - taal: lezen en schrijven geeft problemen. Gebruikt eenvoudige taal of net moeilijke, grootse woorden zonder ze te begrijpen. De cliënt herhaalt zinnen zonder meer.
  - snel informatie verwerken;
  - een agenda gebruiken, planning en kloklezen;
  - meer dan één taak tegelijk uitvoeren;
  - onthouden wat er gezegd is;
  - lange tijd de aandacht erbij houden.
- ! Had moeilijke schoolcarrière (niet afgemaakt, dubbelen in het lager onderwijs, buitengewoon onderwijs of extra ondersteuningsmaatregelen in gewoon onderwijs).
- ! Begrijpt bepaalde abstracte concepten (tijd, richting, afstand) niet ten volle. Is gericht op hier en nu en heeft moeite met hypothetische vragen. Heeft moeite om de levensgeschiedenis in chronologische volgorde weer te geven.
- ! Beschikt over een beperkt sociaal netwerk: vaak familie of vrienden/kennissen met een verstandelijke beperking, veel hulpverleners. Heeft contacten met hulpverlening uit diverse sectoren, vaak specifiek omwille van beperking.
- ! Neemt ongemakkelijke houding aan bij moeilijke of gevoelige vragen, of antwoordt naast de kwestie. Reageert vaker gevoelsmatig en valt in herhaling over emotionele zaken die er in die situatie niet toe doen.
- ! Stelt vaak beperkt grenzen waardoor hij of zij gemakkelijk beïnvloedbaar is; vertoont sociaal wenselijk gedrag. Heeft verhoogde kwetsbaarheid voor misbruik (psychisch, fysisch ...).
- ! Camoufleert zijn of haar beperking door bravouregedrag, nonchalance of door het vertellen van fantasieverhalen.
- ! Loopt sneller en vaker tegen de lamp. De gevolgen van middelengebruik op verschillende domeinen zijn groter.

## Blijf niet bij de pakken zitten!

Heb je een cliënt bij wie je een verstandelijke beperking vermoedt?

Zoek contact en info bij de betrokken persoon zelf en (mits zijn toestemming) bij zijn persoonlijk of hulpverleningsnetwerk. Wanneer je de ervaringen van de persoon en zijn familie naar waarde kunt schatten, krijg je ook meer inzicht in de context en thuiscultuur van de cliënt. Bovendien schept inzicht in zijn omgeving mogelijkheden voor een betere ondersteuning.

Ga ook op zoek naar expertise en samenwerking bij mensen uit de gehandicaptensector.



## STEUNPUNT EXPERTISE NETWERKEN (SEN)

SEN helpt je in je zoektocht naar informatie en expertise inzake preventie, diagnose en (be)handeling met betrekking tot het functioneren van personen met een handicap.

[www.senvzw.be](http://www.senvzw.be) – [info@senvzw.be](mailto:info@senvzw.be) – 03 270 16 32

Op [www.senvzw.be](http://www.senvzw.be) vind je het digitale informatiepakket 'Verstandelijke beperking en middelengebruik'.

## DIENSTEN ONDERSTEUNINGSPLAN (DOP)

De DOP werken met personen met (een vermoeden van) een beperking. Er hoeft nog geen sprake te zijn van een officiële diagnose. Een medisch attest van de betrokken arts volstaat. In dialoog met de cliënt en zijn netwerk realiseert men een intersectoraal ondersteuningsplan.

WEST-VLAANDEREN:	<a href="mailto:info@dop-wvl.be">info@dop-wvl.be</a>	0490 44 34 04
OOST-VLAANDEREN:	<a href="mailto:info@dop-ovl.be">info@dop-ovl.be</a>	0473 73 87 68
ANTWERPEN:	<a href="mailto:info@opmaatvzw.be">info@opmaatvzw.be</a>	03 889 00 07
	<a href="mailto:info@trajectvzw.be">info@trajectvzw.be</a>	03 366 29 93
LIMBURG:	<a href="mailto:info@doplimburg.be">info@doplimburg.be</a>	011 35 34 10
BRUSSEL:	<a href="mailto:brussel@dop-vbb.be">brussel@dop-vbb.be</a>	02 201 76 43
HALLE-VILVOORDE:	<a href="mailto:hallewilvoorde@dop-vbb.be">hallewilvoorde@dop-vbb.be</a>	02 460 69 60
LEUVEN:	<a href="mailto:leuven@dop-vbb.be">leuven@dop-vbb.be</a>	016 56 56 30

## PROVINCIALE AFDELINGEN VAPH

Het VAPH (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap) heeft in iedere provincie een afdeling en een antennepunt voor Brussel. Hier kan je terecht met al jouw vragen over administratieve verplichtingen, inschrijvingsprocedures en diensten en voorzieningen in jouw provincie. Hier kan je ook afoetsen of je cliënt reeds ingeschreven is bij het VAPH.

WEST-VLAANDEREN:	<a href="mailto:brugge@vaph.be">brugge@vaph.be</a>	050 40 67 11
OOST-VLAANDEREN:	<a href="mailto:gent@vaph.be">gent@vaph.be</a>	09 269 23 11
ANTWERPEN:	<a href="mailto:antwerpen@vaph.be">antwerpen@vaph.be</a>	03 270 34 40
LIMBURG:	<a href="mailto:hasselt@vaph.be">hasselt@vaph.be</a>	011 27 43 54
VLAAMS-BRABANT:	<a href="mailto:leuven@vaph.be">leuven@vaph.be</a>	016 31 12 11
BRUSSEL:	<a href="mailto:brussel@vaph.be">brussel@vaph.be</a>	02 225 84 62



## VAD

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen overkoepelt het merendeel van de Vlaamse organisaties die werken rond alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie en gokken. VAD heeft een opdracht in deskundigheidsbevordering. VAD heeft materiaal beschikbaar en verwijst je gericht door bij professionele vragen of bij de nood aan een middelenbeleid.

**www.vad.be** – vad@vad.be – 02 423 03 33

Ook op **www.vad.be** kan je het digitale informatiepakket 'Verstandelijke beperking en middelengebruik' downloaden. Klik door naar 'gehandicaptensector'.

Deze brochure is een gemeenschappelijk initiatief van:



VERENIGING VOOR  
ALCOHOL- EN ANDERE  
DRUGPROBLEMEN vzw



Met ondersteuning van Overlegplatform Geestelijke  
Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen.

Projectfinanciering door het Fonds ter Bestrijding van  
de Verslavingen.



.be

V.U. F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel | VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw | Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel | T 02 423 03 33 | vad@vad.be | www.vad.be  
Ontwerp en druk www.epo.be | afbeeldingen www.shutterstock.com | D/2012/6030/13 | © 2012 | VAD wordt gefinancierd door de Vlaamse overheid.



## Bijlage 3: “DSM IV en DSM 5 omtrent alcoholgebruik”



### Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM-IV and DSM-5

In May 2013, the American Psychiatric Association issued the 5th edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). Although there is considerable overlap between DSM-5 and DSM-IV, the prior edition, there are several important differences:

#### Changes Disorder Terminology

- » DSM-IV described two distinct disorders, alcohol abuse and alcohol dependence, with specific criteria for each.
- » DSM-5 integrates the two DSM-IV disorders, alcohol abuse and alcohol dependence, into a single disorder called alcohol use disorder (AUD) with mild, moderate, and severe sub-classifications.

#### Changes Diagnostic Thresholds

- » Under DSM-IV, the diagnostic criteria for abuse and dependence were distinct: anyone meeting one or more of the “abuse” criteria (see items 1 through 4) within a 12-month period would receive the “abuse” diagnosis. Anyone with three or more of the “dependence” criteria (see items 5 through 11) during the same 12-month period would receive a “dependence” diagnosis.
- » Under DSM-5, anyone meeting any two of the 11 criteria during the same 12-month period would receive a diagnosis of AUD. The severity of an AUD—mild, moderate, or severe—is based on the number of criteria met.

#### Removes Criterion

- » DSM-5 eliminates legal problems as a criterion.

#### Adds Criterion

- » DSM-5 adds craving as a criterion for an AUD diagnosis. It was not included in DSM-IV.

#### Revises Some Descriptions

- » DSM-5 modifies some of the criteria descriptions with updated language.

#### DSM History and Background

The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) initially developed out of a need to collect statistical information about mental disorders in the United States. The first attempt to collect information on mental health began in the 1840 census. By the 1880 census, the Bureau of the Census had developed seven categories of mental illness. In 1917, the Bureau of the Census began collecting uniform statistics from mental hospitals across the country.

Not long afterwards, the American Psychiatric Association and the New York Academy of Medicine collaborated to produce a “nationally acceptable psychiatric nomenclature” for diagnosing patients with severe psychiatric and neurological disorders. After World War I, the Army and Veterans Administration broadened the nomenclature to include disorders affecting veterans.

In 1952, the American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics published the first edition of the *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders* (DSM-I). The DSM-I included a glossary describing diagnostic categories and included an emphasis on how to use the manual for making clinical diagnoses. The DSM-II, which was very similar to the DSM-I, was published in 1968. The DSM-III, published in 1980, introduced several innovations, including explicit diagnostic criteria for the various disorders, that are now a recognizable feature of the DSM. A 1987 revision to the DSM-III, called the DSM-III-R, clarified some of these criteria and also addressed inconsistencies in the diagnostic system. A comprehensive review of the scientific literature strengthened the empirical basis of the next edition, the DSM-IV, which was published in 1994. The DSM-IV-TR, a revision published in 2000, provided additional information on diagnosis. Since 1952, each subsequent edition of the DSM aimed to improve clinicians’ ability to understand and diagnose a wide range of conditions.



## A Comparison Between DSM-IV and DSM-5

DSM-IV		DSM-5	
In the past year, have you:		In the past year, have you:	
<b>Any 1 = ALCOHOL ABUSE</b>	Found that drinking—or being sick from drinking—often interfered with taking care of your home or family? Or caused job troubles? Or school problems?	1	Had times when you ended up drinking more, or longer, than you intended?
	More than once gotten into situations while or after drinking that increased your chances of getting hurt (such as driving, swimming, using machinery, walking in a dangerous area, or having unsafe sex)?	2	More than once wanted to cut down or stop drinking, or tried to, but couldn't?
	More than once gotten arrested, been held at a police station, or had other legal problems because of your drinking? <b>**This is not included in DSM-5**</b>	3	Spent a lot of time drinking? Or being sick or getting over other aftereffects?
	Continued to drink even though it was causing trouble with your family or friends?	4	Wanted a drink so badly you couldn't think of anything else? <b>**This is new to DSM-5**</b>
<b>Any 3 = ALCOHOL DEPENDENCE</b>	Had to drink much more than you once did to get the effect you want? Or found that your usual number of drinks had much less effect than before?	5	Found that drinking—or being sick from drinking—often interfered with taking care of your home or family? Or caused job troubles? Or school problems?
	Found that when the effects of alcohol were wearing off, you had withdrawal symptoms, such as trouble sleeping, shakiness, restlessness, nausea, sweating, a racing heart, or a seizure? Or sensed things that were not there?	6	Continued to drink even though it was causing trouble with your family or friends?
	Had times when you ended up drinking more, or longer, than you intended?	7	Given up or cut back on activities that were important or interesting to you, or gave you pleasure, in order to drink?
	More than once wanted to cut down or stop drinking, or tried to, but couldn't?	8	More than once gotten into situations while or after drinking that increased your chances of getting hurt (such as driving, swimming, using machinery, walking in a dangerous area, or having unsafe sex)?
	Spent a lot of time drinking? Or being sick or getting over other aftereffects?	9	Continued to drink even though it was making you feel depressed or anxious or adding to another health problem? Or after having had a memory blackout?
	Given up or cut back on activities that were important or interesting to you, or gave you pleasure, in order to drink?	10	Had to drink much more than you once did to get the effect you want? Or found that your usual number of drinks had much less effect than before?
	Continued to drink even though it was making you feel depressed or anxious or adding to another health problem? Or after having had a memory blackout?	11	Found that when the effects of alcohol were wearing off, you had withdrawal symptoms, such as trouble sleeping, shakiness, restlessness, nausea, sweating, a racing heart, or a seizure? Or sensed things that were not there?
			The presence of at least 2 of these symptoms indicates an <b>Alcohol Use Disorder (AUD)</b> .  The severity of the AUD is defined as: <b>Mild:</b> The presence of 2 to 3 symptoms <b>Moderate:</b> The presence of 4 to 5 symptoms <b>Severe:</b> The presence of 6 or more symptoms



NIH . . . Turning Discovery Into Health®

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

www.niaaa.nih.gov • 301.443.3860

NIH Publication No. 13-7999

July 2015

## **Bijlage 4: “Bestaande methodieken, programma’s en/of voorzieningen”**

### **Open en alert / Bekijk ‘t nuchter**

Open en alert is een methodiek die gebruikt wordt om alcohol- of druggebruik bij jongeren te voorkomen of de jongeren zo goed mogelijk te begeleiden. Voor cliënten met een licht verstandelijke beperking is er het preventieprogramma “Bekijk ‘t nuchter” dat bestaat uit voorlichtingsbijeenkomsten en een motivatietraining wanneer er al gebruik van alcohol- en/of druggebruik aanwezig is (van der Nagel & Kea, 2013). Het succes dat geboekt wordt met het programma is volgens Van der Veen en Van Leeuwen afhankelijk van de openheid waarmee er over alcohol of drugs gesproken mag worden.

### **Minder drank of Drugs**

Bij minder drank of Drugs wordt er in groep gewerkt met gebruikers met een licht verstandelijke beperking (van der Nagel & Kea, 2013). Hierbij worden er vaardigheden aangeleerd die het gebruik kunnen stoppen of verminderen. Als eerste wordt er met de cliënt individueel besproken over wat er geleerd gaat worden, omdat een vaardigheid aanleren voor deze doelgroep vaak moeilijk is. Als tweede hebben de cliënten vaak baat bij sociale steun en uitwisseling van ervaringen. De bijeenkomsten in groep zijn gericht op oefenen van de geleerde vaardigheden, positieve bevestiging en sociale steun. Als laatste is er de inslijpingsfactor. Herhaling is zeer belangrijk en daarom komt elk thema 3 maal aan bod. Kennis en toepassing van cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering is bij de begeleider noodzakelijk om “minder drank of Drugs” te kunnen geven (Kiewik & Den Ouden, 2011).

### **Nieuwe perspectieven bij terugkeer licht verstandelijke beperking (NPT-LVB)**

NPT-LVB is er voor jongeren van 16 tot 23 jaar die terugkeren uit een justitiële instelling (van der Nagel & Kea, 2013). Het is een nazorgprogramma van 12 maanden voor (zwarte) criminele jongeren met een licht verstandelijke beperking, deze een hoog recidiverisico hebben en gemiddelde tot ernstige delictgerelateerde problemen hebben op het gebied van vaardigheden, denkpatronen en gedrag. Er wordt gestreefd het recidiverisico te verminderen door verschillende risicofactoren aan te pakken. Voorbeelden hiervan zijn: verkrijgen en behouden van huisvesting, werk of opleiding, ondersteunend door een professioneel netwerk. Er wordt eveneens gewerkt aan het gedrag van de jongere, steeds in de context van de jongere, bij voorkeur met de ouders. Het werkboek is een belangrijk middel tijdens de begeleiding. Met elke jongere wordt dit op maat ingevuld tijdens het traject. Het geeft de begeleiding structuur en visualiseert en ‘bewaart’ de ontwikkelingsstappen die in het traject zijn gemaakt. Eventueel biedt het werkboek een vertrekpunt voor een eventueel vervolgetraject en biedt het de jongere ondersteuning bij het dagelijks functioneren na afloop van de begeleiding (Van Montfoort, Spirit Jeugd en Opvoedhulp & William Schrikker Groep, 2010).

Continuïteit is belangrijk en net daarom is het wenselijk dat het programma start op het moment dat de jongere nog in de instelling verblijft. Zo kunnen de ouders en andere betrokkenen worden voorbereid op de jongere zijn thuiskomst (Van Montfoort et al, 2010).

### **Preventieproject Alcoholgebruik Scholieren (PAS)**

PAS is er voor jongeren tussen 12 en 16 jaar en hun ouders, waarbij er geprobeerd wordt het alcoholgebruik bij deze jongeren uit te stellen. De jongeren wordt aangeleerd zelfcontrole en een gezonde houding aan te nemen ten aanzien van alcoholgebruik,

waarbij ouders gemotiveerd worden om regels te hanteren. De interventie bestaat uit een ouderdeel dat bestaat uit 3 ouderavonden en een programma voor de jongeren via 4 digitale lessen en een herhalingsles op papier. PAS zou effectief zijn om het wekelijks drinken uit te stellen of te beperken tot maximum 3 jaar (Zoon, 2012).

### **Alcoholmatiging Jeugd in de Achterhoek**

Alcoholmatiging Jeugd is een project gericht op jongeren van 10 tot 18 jaar uit de Achterhoek met als doel het alcoholgebruik te matigen en daarmee de negatieve effecten op jonge leeftijd te verminderen. De interventie bestaat uit voorlichting, regels, regelgeving en handhaving en richt zich op plaatsen waar jongeren vaak in aanraking komen met alcohol zoals bijvoorbeeld thuis, op straat, tijdens het uitgaan, ... Na het project, dat plaatsvond tussen 2003 en 2007, bleek dat het percentage jongeren dat alcohol drinkt, aanzienlijk is gedaald. Dit geldt zowel voor het ooit gebruik, recent gebruik en bingedrinken (GGD Gelre-IJssel, 2010).

### **De Cannabisshow**

De show is een eenmalige interventie voor jongeren van 12 tot 25 jaar in het speciaal onderwijs. Het doel is om door middel van een interactieve show van ongeveer anderhalf uur riskant blowgedrag te verminderen en de schadelijke effecten van cannabisgebruik te beperken. Informatie en entertainment wisselen elkaar tijdens de show af, waarbij de jongeren over verschillende thema's met elkaar in discussie kunnen gaan. Het taalgebruik tijdens de show en de show zelf worden telkens aangepast aan de leeftijd van de doelgroep. In 2009 werd er onderzoek verricht naar de effectiviteit van de Cannabisshow. Er werd een voor- en nameting verricht aan de hand van een geconstrueerde vragenlijst. In de interventiegroep werd er een significant verschil waargenomen ten opzichte van de controlegroep. Na 12 maanden waren veel van deze positieve effecten nog steeds zichtbaar (Jellinek Preventie, 2011).

### **SmartConnetion**

SmartConnection is er voor uitgaande jongeren van 16 tot en met 24 jaar, waar het doel is een bijdrage te leveren aan geen of verantwoord alcoholgebruik. Als eerste wordt er een risico-inventarisatie opgesteld bij evenementen, waarbij er een materieel beloningssysteem gehanteerd wordt, dat op korte termijn plaatsvindt, zodat het meer invloed heeft dan wanneer het op lange termijn gegeven wordt. Opvallend is dat het een project is voor en door jongeren, waarbij er alcoholvrije cocktails worden aangeboden op evenementen. Peers spelen een centrale rol in het bereiken van de doelgroep. In Zwitserland is het project 'Go4points', de voorloper van SmartConnecten, geëvalueerd als effectief. 25% van de jongeren is minder gaan drinken, 74% voelt zich sterker om niet of minder te drinken en alle jongeren vonden het beloningssysteem dat gebruikt werd aantrekkelijk (Tactus Verslavingszorg, 2013).

### **Afdeling Pathways van Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen**

De afdeling Pathways biedt de mogelijkheid tot observatie en gespecialiseerde residentiële behandeling voor 20 jongeren van 12 tot 18 jaar met een drugs- en psychiatrische problematiek. Er is de mogelijkheid tot dagkliniek of nachthospitalisatie, dat 5 plaatsen kent. Enerzijds wordt er rond de drugproblematiek van de jongere en anderzijds aan hun psychiatrische problematiek. De jongeren worden gemotiveerd tot gedragsverandering, waarbij er gekeken wordt hoe het druggebruik tot stand gekomen is en wat maakt dat de jongeren doorgingen met gebruiken. Hierbij worden de risicofactoren geanalyseerd en gezocht naar de mogelijkheden tot verandering. Het hele proces vergt veel inzet en volharding, wat maakt dat de jongere een ondersteunende omgeving nodig heeft, deze hij vaak mist in zijn gezin (Vandenbussche et al., 2006).

### **Katarsis te Genk**

Katarsis is een revalidatiecentrum voor mannen en vrouwen vanaf 16 jaar met problemen rond drugs, alcohol en/of medicatie. Er wordt een residentieel, groepsgericht en sterk gestructureerd programma aangeboden, waarnaast er aandacht is voor de specifieke noden van de cliënt via een individuele begeleiding. Zo krijgt iedereen een programma op zijn/haar maat. Ze kunnen zowel voor een ontwenningprogramma als voor een langdurig behandelprogramma terecht bij Katarsis. Het is een open instelling, waarbij cliënten vrijwillig zijn opgenomen, al dan niet met een juridisch statuut en/of gerechtelijke condities. Voortijdig uitstappen is steeds mogelijk. Essentieel voor opname is dat je bereid moet zijn om stil te staan bij je verslaving en kritisch te kijken naar jezelf. Voor opname bij Katarsis moet je dus al verslaafd zijn (Katarsis, 2016).

### **BackPAck**

BackPAck is een interventie voor jongeren van 12 tot en met 15 jaar die vroeg experimenteren met alcohol en cannabis, specifiek gericht op persoonlijkheidstypes, bijvoorbeeld sensatiezoekend, impulsief, angstgevoelig of negatief denkend. Jongeren, waarvoor deze interventie bedoeld is, gebruiken al alcohol en/of cannabis, maar nog niet problematisch. Ze krijgen inzicht in hun persoonlijkheid en de manier waarop ze omgaan met moeilijke situaties. De interventie bestaat uit 2 gesprekken. Begeleiders van CLB, bijzondere jeugdzorg en andere jeugdhulp kunnen ermee aan de slag (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw, s.a.b).

### **Brains4use**

Brains4use is een gedragsinterventie voor jongeren van 12 tot 23 jaar die in een justitiële jeugdinrichting verblijven of in een niet gesloten residentieel setting. Het doel is om delict- en risicovol gedrag te verminderen door het drug- en alcoholgebruik aan te pakken. Er zijn 12 wekelijkse gesprekken, met een mogelijke verlenging voor bijzondere doelgroepen. Motiverende gespreksvoering staat centraal, waarin cognitieve en praktische vaardigheden worden aangeleerd. Belangrijk is de jongeren te motiveren en inzicht te geven in hun probleem en een positief sociaal netwerk en vrijetijdsbesteding te bekomen (Intermetzo, 2015).

### **Moti-4**

Het grote doel van Moti-4 is om het middelengebruik, gokgedrag en/of gamegedrag bij jongeren van 14 tot 24 jaar, die beginnend problematisch middelen gebruiken, gokgedrag en/of gamegedrag vertonen, te verminderen. Hiervoor wordt er gekeken naar het aantal geld dat uitgegeven wordt aan het gebruik en de fase van verandering van Prochaska en Diclemente, waarin de jongere zich bevindt. Tijdens 4 individuele bijeenkomsten van 1 uur gedurende 1 maand wordt er aan het gedrag gewerkt. Er bestaat een draaiboek voor de interventie evenals materiaal voor de training van preventiemedewerkers. Het is niet volledig duidelijk of Moti-4 een effectieve interventie is. Moti-4 moet volgens Mondriaan Verslavingspreventie (2012) verbeterd worden (Mondriaan Verslavingspreventie, 2012).

### **De gezonde school en genotmiddelen voor het middelbaar beroepsonderwijs**

Deze interventie is er om roken en overmatig alcohol- en drugsgebruik te voorkomen, te beperken of te verminderen bij jongeren van 16 tot 25 jaar. Aan de hand van een interactieve en educatieve manier wordt er geprobeerd hun kennis over middelen te vergroten en hen weerbaarder te maken tegen groepsdruk. Uit onderzoek blijkt dat de interventie een aanzienlijk resultaat oplevert. Meer dan de helft van de jongeren gaf aan dat ze meer geleerd hebben over middelen, 25% denkt nu anders over alcohol en drugs en 17% heeft de intentie om minder alcohol te gaan drinken (Trimbos-instituut, 2012, 28 juni).

### **Wiet-Check**

Wiet-Check is er voor jongeren van 14 tot 21 jaar die cannabis gebruiken of waarvan er een vermoeden van gebruik is en ze zelf (nog) geen hulpvraag hebben. Het doel is om het problematisch gebruik te voorkomen of verminderen. Wiet-Check bestaat uit 2 onderdelen. Eerst is er een assessmentsessie waarbij informatie verzameld wordt over het middelengebruik van de jongere en de rol dat het speelt in zijn leven. Deze informatie wordt in een persoonlijk feedbackrapport weergegeven. Ongeveer een week later is er de feedbacksessie waarbij het rapport samen met de jongere doorgenomen wordt, waarbij de hulpverlener gebruik maakt van motivationele gespreksvoering. Wanneer de jongere ervoor openstaat, wordt er aan het einde veranderingsmogelijkheden besproken en krijgt de jongere daar informatie en advies over. In Australië is de Wiet-Check al onderzocht en blijkt het effectief voor reductie van cannabisgebruik. In Nederland zijn ze bezig met een effectonderzoek (Trimbos-instituut, 2012).



## Bijlage 5: Werkbundel

Naam: .....

---

▪   ▪   ▪   ▪   ▪          ▪   ▪                ▪   ▪   ▪   ▪   ▪   ▪   ▪

### **Galgje: Welke woorden zoeken we?**

Je kan kiezen uit alle letters van het alfabet. Streep de letters die je gekozen hebt door, ook de letters die je klasgenoot koos. Wanneer jullie de woorden gevonden hebben, weten we onze titel. Vul deze op de stippen in.

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z



## **AFSPRAKEN**

---

### **Algemeen**

→ We vertellen **geen grote stoere verhalen**, het is de bedoeling dat we iets leren.

### **Respect!**

→ We hebben respect voor elkaars mening, ook al is die anders dan die van jou.

→ Je luistert naar elkaar en laat elkaar uitspreken.

→ Er worden geen scheldwoorden gebruikt.

### **Vertrouwen!**

→ Alles wat er gezegd wordt, blijft binnen deze groep. We bespreken dit niet met andere jongens.

### **Vragen?**

→ Als je vragen hebt stel je deze aan je IB, aan mevrouw Jolien of aan mevrouw Lies.



**Opdracht: Schrijf de juiste drug bij de juiste foto.** Je kan kiezen uit volgende mogelijkheden:

Cannabis – XTC – cocaïne – heroïne – LSD – alcohol – medicatie – nicotine – GHB



# Nicotine



Heb jij al eens een sigaret gerookt? JA / NEE

Wat voelde je toen?

.....  
.....  
.....  
.....

De geschiedenis van roken gaat al duizenden jaren terug. Wist je dat Columbus in 1492 niet alleen Amerika ontdekte, maar ook tabak? Bij de Indianen werd tabak, waaruit een sigaret bestaat, gebruikt om wonden te genezen en om pijn te bestrijden. De tabak werd vooral opgesnoven of in een pijp gerookt. De sigaret had toen nog niet deze vorm. In 1975 rookte .....% van de bevolking in Europa. Zij wisten toen nog niet dat roken slecht was voor de gezondheid. Vanaf dat mensen wisten dat longkanker en het roken van sigaretten vaak samen voorkwamen, stopten vele mensen met roken.

Nicotine is de werkzame stof in tabak. Wanneer we inademen worden onze borstholte en longen ..... Als we een sigaret roken gebeurt hetzelfde en dan komt de nicotine via onze longen in ons ..... Nicotine zorgt ervoor dat je bloedplaatjes gaan klonteren. Zo hebben we veel kans op een hersenbloeding. Het is niet aan de sigaret waar je verslaafd aan raakt, maar aan de nicotine die erin zit. Je kan zowel geestelijk als lichamelijk verslaafd raken.

**Welke nadelen zijn er bij roken? Misschien kan je aan iemand denken die je kent die rookt.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

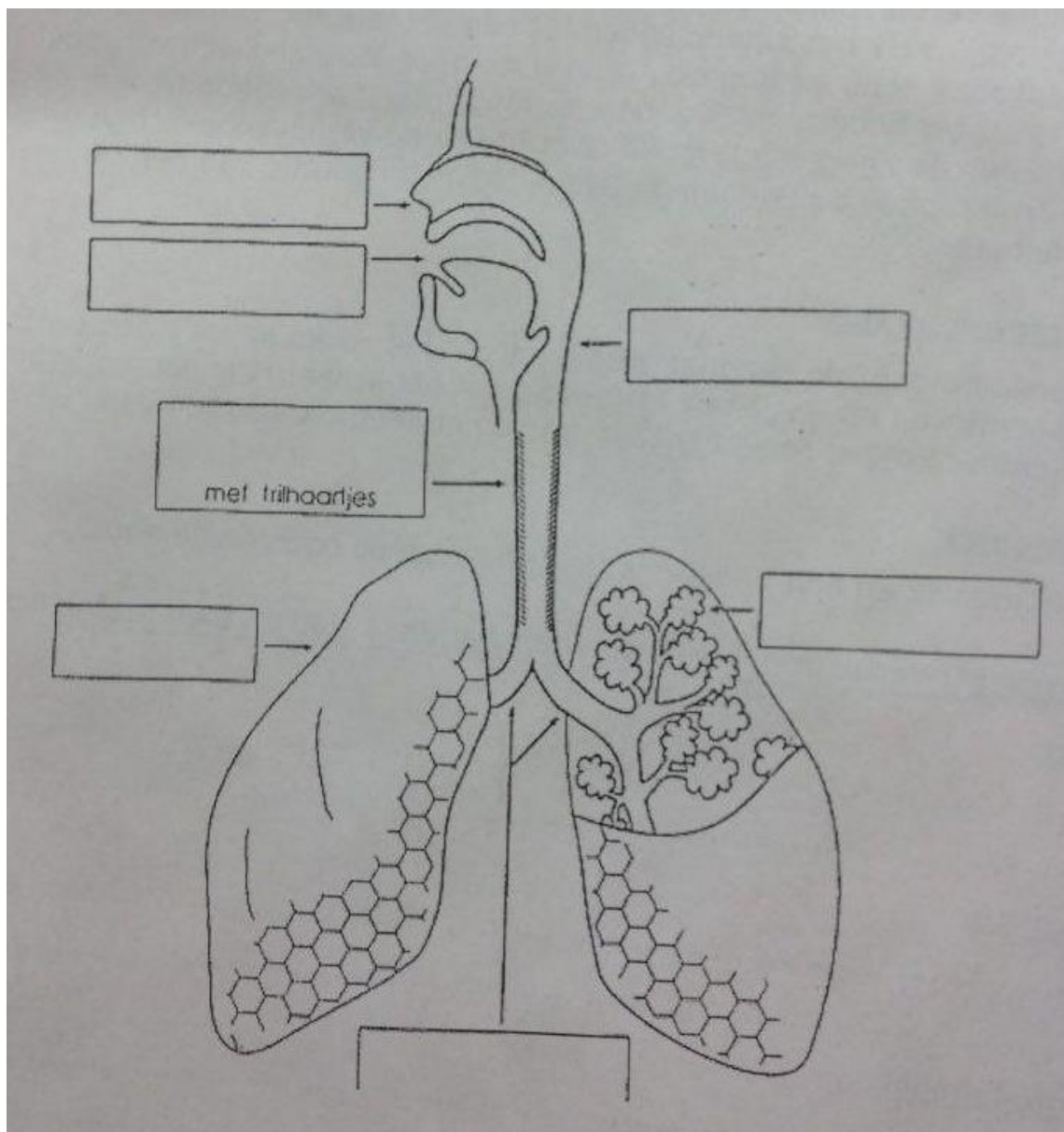
Dit zijn 2 foto's van longen. De ene foto is een rokerslong, de andere een gezonde long. Welke long is van de roker? Omcirkel



**Proefje:** "Wat doet roken met je longen?"  
→ <https://www.youtube.com/watch?v=cDLAFZ2f7N4>  
**Spel:** **Ganzenbord (gele pakketje)**

**Benoem de organen die met de ingeademde sigarettenrook in aanraking komen.** Je kan kiezen uit volgende organen:

Mondholte – neusholte – luchtpijp – keelholte – long – luchtpijptakken – longblaasjes



# Alcohol



Heb jij al eens alcohol gedronken? JA / NEE

Wat voelde je toen?

.....  
.....  
.....

Alcohol is zeer giftig. Wanneer je alcohol puur zou drinken, zou je eraan doodgaan. In bier bijvoorbeeld, wordt alcohol gemengd met water en nog andere stoffen, maar ook dat is gevaarlijk, want de alcohol blijft aanwezig. Als je teveel alcohol drinkt, word je dronken. Vaak hoor je mensen zeggen dat ze de dag na het uitgaan hoofdpijn hebben en misselijk zijn, dit heet een .....

Welke nadelen kan het drinken van alcohol nog hebben?

.....  
.....  
.....

Als je alcohol drinkt, werken je hersenen niet meer goed. Hoe meer je drinkt, hoe slechter ze werken. Als je jong bent en veel alcohol drinkt, kan dit heel schadelijk zijn, je hersenen moeten dan nog verder ..... . De alcohol zorgt ervoor dat de groei niet goed gaat. Als je lang en veel drinkt, kan het gebeuren dat je dingen gaat vergeten, je geheugen werkt niet goed meer. Je kan ook problemen krijgen met andere organen zoals.....

Je denkt dat je nog goed kan bewegen, maar dat is niet zo. Soms beweeg je langzamer, maar heb je dat zelf niet door. Ook praten kan een probleem worden, soms verstaan mensen je niet meer goed, het kan dan zijn dat je praat met een ..... tong. Het kan soms ook zijn dat je dubbel begint te zien door de alcohol, je hersenen passen zich niet meer aan. Als je veel alcohol drinkt, kan je zelfs bewusteloos geraken.

We kunnen ook verschillende emoties ervaren door het drinken van alcohol, som er enkele op.

.....  
.....  
.....

Soms drink je meer alcohol dan de bedoeling was, dat kan om verschillende redenen:

- Omdat je met een groepje vrienden bent;
- Omdat je het stoer vindt om te drinken;
- Omdat je vrienden zeggen: "Toe, drink er nog één."





## Drugs algemeen



Heb je ooit al eens drugs gebruikt?

JA/NEE

Zo ja, welke drugs?

.....

.....

Wat voelde je toen?

.....

.....

.....

Drugs zijn middelen die je hersenen prikkelen. Hierdoor verandert je stemming en de manier waarop je jezelf en je omgeving beleeft. Je gaat je ook anders gedragen. Je hebt verschillende soorten drugs. Alcohol is ook een drug, medicatie ook. Drugs zijn altijd gevaarlijk.

Er bestaan verschillende risico's. Duidt voor jezelf aan welke risico's je het meest ernstig vindt, kleur deze rood. Voor de risico's die je nog niet wist, kleur deze dan oranje. De risico's die je niet ernstig vindt, kleur je groen. Wanneer je niet goed weet welke kleur je moet kiezen, kan je ze beide kleuren geven.

**ROOD:** ernstig

**ORANJE:** dit risico wist ik niet

**GROEN:** niet ernstig

1. Door het nemen van drugs krijg je veel bijwerkingen zoals bijvoorbeeld hoofdpijn, duizeligheid, agressiviteit, vermoeidheid en geheugenverlies.
2. Ik kan door te gebruiken het bewustzijn verliezen.
3. Door drugs te kopen, kom ik in geldproblemen.

Als je veel of vaak drugs gebruikt, kan je verslaafd raken. Je weet dat je een probleem hebt en je weet dat drugs gebruiken gevaarlijk is, maar je blijft toch doorgaan met gebruiken.

### Wanneer ben je verslaafd? Wat is verslaving?

.....

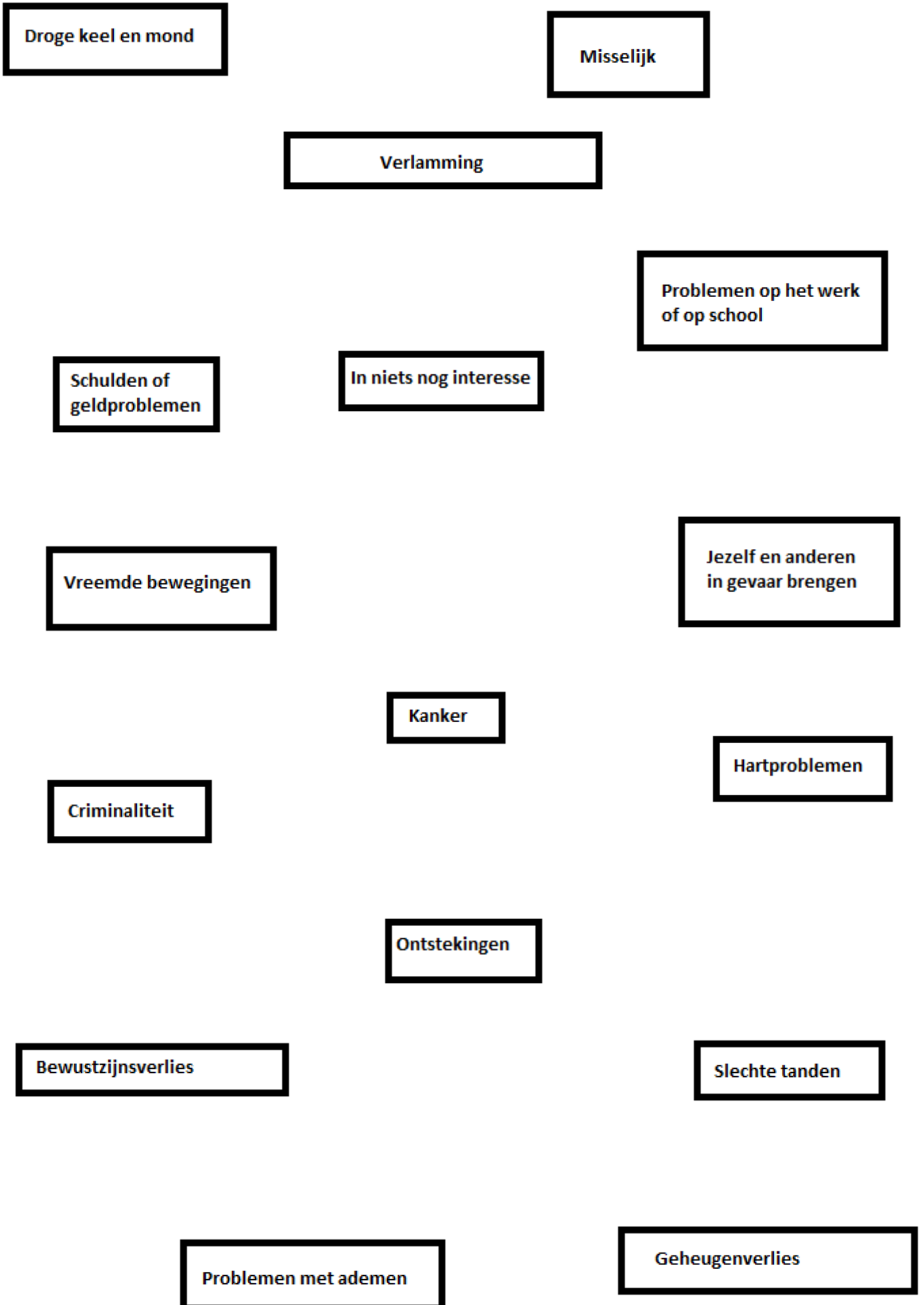
.....

.....

Als je verslaafd bent kom je vaak in verschillende problemen terecht. Je kan bijvoorbeeld hartklachten krijgen. Soms kan je depressief worden of heb je in niets nog interesse, alleen in drugs. Je gaat je anders gedragen, waardoor anderen je misschien niet meer leuk gaan vinden. Je gaat je best niet meer doen op school of op je werk, waardoor je ontslagen wordt. Dan verdien je geen geld meer en dat heb je nodig om te leven. Drugs kosten geld, heel veel geld, zo kom je in schulden terecht.

**De gevolgen:** Plaats de gevolgen van drugs in de juiste kolom. Sommige gevolgen zijn al zichtbaar op korte termijn, andere op lange termijn.

<b><u>KORTE TERMIJN</u></b>	<b><u>LANGE TERMIJN</u></b>



**Bezorgheidsmeter: Hoe bezorgd ben jij over volgende situaties?**

**Rood:** zeer bezorgd

**Oranje:** een beetje bezorgd

**Groen:** niet bezorgd

**Situatie 1: Thomas (13 jaar)**

"Ik ga binnenkort eens drugs proberen. Vrienden van mij doen daar nogal stoer over. Ik wil het effect ook wel een ervaren."

**Situatie 2: Gert (22 jaar)**

"Ik heb mijn middelbare school niet afgemaakt, maar sinds september ben ik bezig met tweedekansonderwijs. Zo hoop ik mijn kansen op een goede job te vergroten. Ik rook af en toe een joint met vrienden. In het weekend werk ik als nachtwaker in een bedrijf. Om te tijd de doden, rook ik dan ook wel eens een joint."

**Situatie 3: Hanne (18 jaar)**

"Ik woon sinds kort alleen. Ik ben nogal verlegen en heb ook niet veel vrienden. Nu ik alleen woon, weet ik niet goed wat ik met de rest van mijn leven aan moet. 's Avonds gebeurt het wel eens dat ik een joint rook om even al mijn zorgen te vergeten."

**Situatie 4: Mike (19 jaar)**

"Toen ik 15 jaar was, startte ik met veel joints te roken. XTC deed ik af en toe, bij 'speciale gelegenheden'. Blowen deed ik regelmatig. 's Avonds voor het slapengaan stak ik er eentje op. Overdag blowde ik niet. Eerst studeerde ik en dan pas begon ik met blowen. Mijn ouders hebben nooit iets vermoed."

**Wat zou jij doen in volgende situaties?**

1. *Je komt je beste vriend tegen. Hij rookt een joint. Maar hij moet straks naar zijn werk. Wat doe jij?*

- A. Je zegt: "Ben je gek geworden? Als je blowt voordat je naar je werk gaat, ga je allemaal fouten maken!"
- B. Je zegt niets.
- C. Je zegt: "Hé, mag ik ook eens proberen?" Je denkt dat je vriend dat stoer zal vinden.

2. *Je vrienden vinden het stoer om af en toe te blowen. Wat doe jij?*

- A. Je blijft ze opzoeken, maar blowt niet mee. Als het echte vrienden zijn, begrijpen ze dat.
- B. Je gaat op zoek naar andere vrienden.
- C. Je blowt met ze mee, maar je zegt niet hoe vies je het vindt.

3. *In het groepje waar jij bij hoort, gaat een joint rond. Jij krijgt de joint aangeboden. Wat doe jij?*

- A. Je neemt ook een trekje.
- B. Je zegt dat je straks nog iets belangrijks moet doen. Daarom moet je helder blijven.
- C. Je zegt dat je niet blowt.

4. *Stel dat je zou blowen. Hoe zou dat gaan bij jou?*

- A. Je zou waarschijnlijk regelmatig blowen.
- B. Je zou dat alleen samen met vrienden of op een feestje doen.
- C. Je weet het zeker: 'Ik ga nooit blowen.'

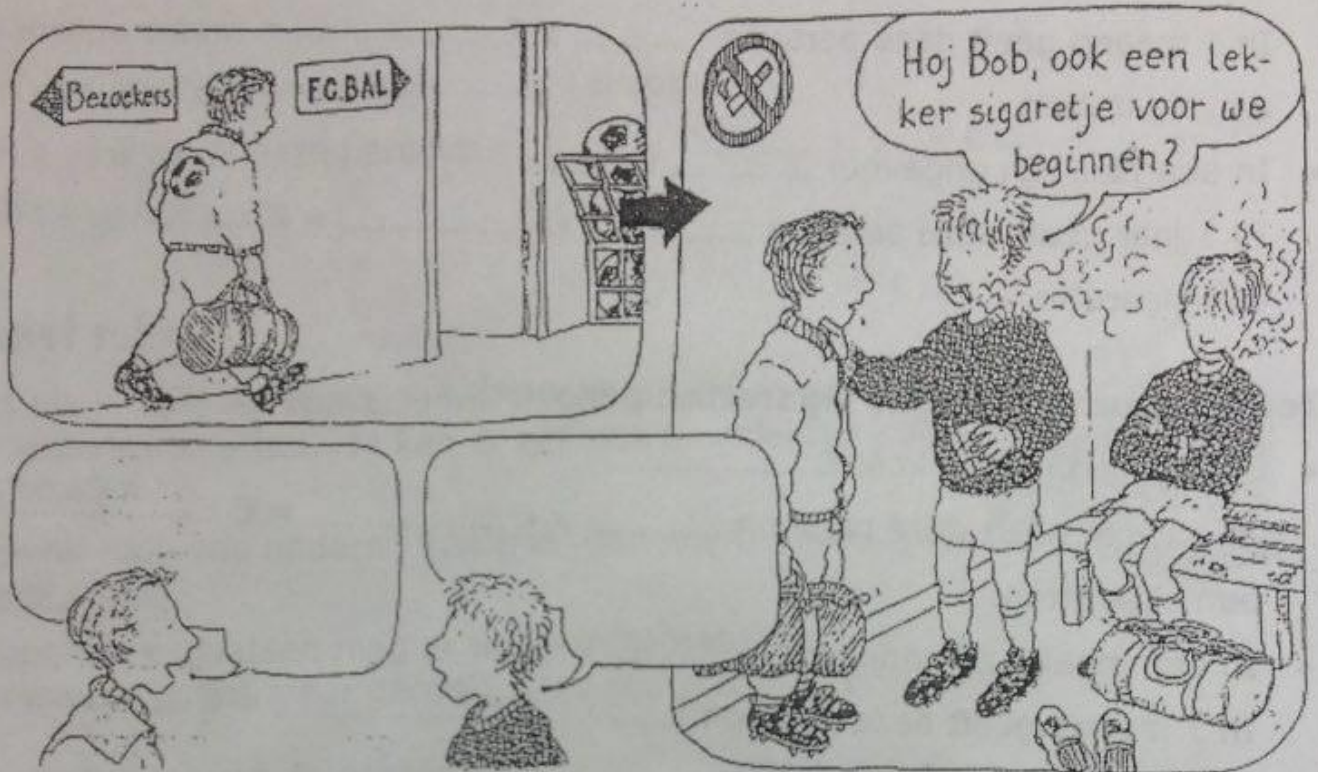
**Redenen om NIET te roken, drugs te gebruiken of alcohol te drinken.** Wanneer er een reden voor jou van toepassing is, kleur je het vierkantje dat ervoor staat.

- Het is schadelijk voor mijn gezondheid
- Als ik rook, krijg ik gele vingers.
- Het is verslavend.
- Het bezorgd me een vieze adem.
- Het kost veel geld.

**Doe nu hetzelfde, maar geef aan welke redenen om WEL te roken, drugs te gebruiken of alcohol te drinken voor jou van toepassing zijn.**

- Het is gezellig.
- Als ik het doe, zie ik er stoerder uit.
- Het is lekker.
- Nu verveel ik me niet.
- Als ik geen alcohol drink, vinden mijn vrienden mij flauw.

**Stripverhaal:** Het kan gebeuren dat je geconfronteerd wordt met vervelende situaties. Je bent niet van plan om te roken, maar de druk van de groep kan soms groot zijn. Op zo'n moment moet je proberen op de juiste manier te reageren. **Geef een goede reactie op het voorstel in de tekstballonnen.**



(Antes groep, 2014a; Antes groep, 2014b; Antes groep, 2014c; Antes groep, 2014d; Trimbos-instituut, 2014; Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw, 2015a; Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw, 2015b)