

Leefstijltraining-PLUS

Verantwoording



Drs. Koos de Haan
Froukje Wielenga, MSc.
Dr. Berno van Meijel

Hogeschool Inholland, Domein Gezondheid, Sport & Welzijn
Lectoraat GGZ-verpleegkunde
Juli 2012

inholland
hogeschool

 Brijder

 esdégé-reigersdaal

's Heeren Loo 

© 2012 Hogeschool Inholland/Brijder Verslavingszorg

De Leefstijltraining-PLUS is gebaseerd op de Achilles Leefstijltraining 2 (De Wildt, 2006) en is ontwikkeld binnen het project LVG en Verslaving door Hogeschool Inholland en Brijder Verslavingszorg, in samenwerking met Esdégé-Reigersdaal en 's Heeren Loo Noord-Holland.

De Leefstijltraining-PLUS wordt vrij beschikbaar gesteld via de website van het lectoraat GGZ-verpleegkunde van de Hogeschool Inholland (www.inholland.nl/lvgenverslaving). Het is niet toegestaan om de Leefstijltraining qua inhoud en/of vorm aan te passen, zonder schriftelijke toestemming en betrokkenheid van de auteurs.

Auteurs:

Drs. Koos de Haan
Froukje Wielenga, MSc.
Dr. Berno van Meijel

Illustraties:

Thomas Behringer

Contactgegevens:

Lectoraat GGZ-verpleegkunde
t.a.v. Lotte Seijsener
Postbus 403
1800 AK Alkmaar
06-31006766
Lotte.seijsener@inholland.nl

Voorwoord

In 2009 is het project *LVG en Verslaving* van start gegaan. Het project is tot stand gekomen met behulp van een SIA-RAAK subsidie en werd uitgevoerd door het lectoraat GGZ-verpleegkunde van Hogeschool Inholland in samenwerking met Brijder Verslavingszorg, Esdégé-Reigersdaal en 's Heeren Loo Noord-Holland. Het doel van het project LVG en Verslaving was de ontwikkeling van een behandel- en begeleidingsprogramma voor mensen met een Lichte Verstandelijke Beperking (LVB) met problematisch middelengebruik.

De Leefstijltraining-PLUS vormt het eindresultaat van het project en is een bundeling van wetenschappelijke kennis en van ervaringen uit de praktijk. De training is een eerste stap naar een integraal aanbod voor mensen met een LVB die een ambulante behandeling ontvangen voor hun middelenproblematiek.

In deze notitie wordt een onderbouwing gegeven voor de gemaakte keuzes tijdens de totstandkoming van de Leefstijltraining-PLUS. Het accent ligt hierbij op de afwijkingen ten opzichte van de reguliere Leefstijltraining 2. We richten ons met deze verantwoording tot hulpverleners, beleidsmakers, managers, gedragsdeskundigen, onderzoekers en anderen die geïnteresseerd zijn in de totstandkoming van de aangepaste Leefstijltraining.

We willen tot slot alle cliënten en ouders hartelijk danken voor hun medewerking aan de interviews. Daarnaast willen we ook alle hulpverleners bedanken die hun bijdrage geleverd hebben aan de enquête, de ontwikkeling van de Leefstijltraining-PLUS en de uitvoering van de pilot.

Inhoudsopgave

1. Introductie	5
1.1 Aanleiding en probleemomschrijving	5
1.2 Doel en doelgroep	6
1.3 Definities en begrippen	6
2. Werkwijze bij de totstandkoming van de training	10
2.1 Inleiding	10
2.2 Interviews met cliënten en leden van het sociale netwerk	10
2.3 Enquête onder hulpverleners	12
2.4 Expertraadpleging	12
3. Kenmerken LVB en gevolgen voor de Leefstijltraining	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Kenmerken van een Licht Verstandelijke Beperking	13
3.3 Implicaties voor de aanpassing van de Leefstijltraining	13
3.4 Cognitieve Gedragstherapie	14
3.4.1 Cognitieve gedragstherapie in de Leefstijltraining	14
3.4.2 Cognitieve gedragstherapie en LVB	15
3.4.3 Cognitieve gedragstherapie in de Leefstijltraining-PLUS	16
4. Attitude	15
4.1 Inleiding	15
4.2 Kernpunten	15
4.3 Communicatie	17
5. De inhoud van de training	18
5.1 Inleiding	18
5.2 Motivering	18
5.2.1 Mijn gebruik	19
5.2.2 Wat weet ik?	19
5.2.3 Hoe voel ik me?	19
5.2.4 Voordelen en nadelen	19
5.3 Doorbreken van het middelengebruik en terugvalpreventie	19
5.3.1 Mijn plan	20
5.3.2 Trek	20
5.3.3 Nee zeggen	21
5.3.4 Het gaat een keer mis. En dan?	21

6. De vorm van de training	25
6.1 Inleiding	25
6.2 Werkvormen	25
6.2.1 Werkbladen	25
6.2.2 Rollenspellen	26
6.2.3 Oefeningen voor thuis	26
6.2.4 E-health module	26
6.2.5 Andere werkvormen	27
6.3 De opzet van de bijeenkomsten	27
6.3.1 Een goede voorbereiding	27
6.3.2 De indeling van de bijeenkomsten	28
6.3.3 Tijdsduur	28
6.3.4 Plaats	29
6.4 Gesprekstechnieken	31
6.4.1 Taalgebruik	31
6.4.2 Motiverende Gespreksvoering	31
6.4.3 Oplossingsgerichte Methodiek	34
7. De transfer naar het dagelijks leven	36
7.1 Inleiding	36
7.2 Transfer en mensen met een LVB	36
7.3 Aandacht voor de transfer en generalisatie	36
7.4 Samenwerking	37
7.5 De rol van de persoonlijk begeleider bij de transfer	37
7.6 De rol van het sociale netwerk bij de transfer	38
Literatuur	39
Bijlage: Adviesgroep LVG en Verslaving	

1 Introductie

1.1 Aanleiding en probleemomschrijving

In 2005 bleek uit een intern onderzoek van Esdégé-Reigersdaal dat 47 cliënten met een verstandelijke beperking (dit is 3,4% van de cliënten met ondersteuning in de woonsituatie) problemen hadden met middelenverslaving of –misbruik. Ongeveer tien cliënten hadden een dusdanig ernstige problematiek dat zij hun omgeving en de begeleiding regelmatig overbelastten. De begeleiders ervoeren sterke gevoelens van onveiligheid en machteloosheid (Werkgroep Verslaving, 2005). Binnen de gehandicaptenzorg ontbreekt het aan interventies gericht op verslavingsproblematiek. De begeleiders ervaren handelingsverlegenheid met betrekking tot de complexe problematiek van deze doelgroep.

Ook voor de verslavingszorg geldt dat de begeleiding en behandeling onvoldoende is afgestemd op cliënten met een lichte verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek, omdat de bestaande programma's niet aansluiten bij de specifieke kenmerken van de doelgroep. De huidige behandelprogramma's doen een groot appel op cognitie en zelfreflectie (Mutsaers e.a., 2007), terwijl een verstandelijke beperking juist gekenmerkt wordt door verminderde leervaardigheden, begripsvermogen, abstract redeneren en sociale vaardigheden. Vooral bij groepssessies komen deze beperkingen naar voren. Bovendien ligt het tempo van de behandeling vaak te hoog voor de cliënten uit deze doelgroep (Christian & Poling, 1997).

Zowel uit de verslavingszorg als de gehandicaptenzorg komen signalen dat hulpverleners beschikken over onvoldoende kennis op het gebied van de begeleiding van verslaafde LVB-clieënten. In verslavingszorginstellingen ontbreekt het aan kennis over de verstandelijke beperking en hoe daar mee om te gaan in de behandeling en begeleiding. In de verstandelijk gehandicaptenzorg ontbreekt het aan kennis over middelengebruik en hieraan gerelateerde medische aspecten. Professionals in zowel gehandicaptenzorg als verslavingszorg missen specialistische competenties die nodig zijn om deze doelgroep van LVB-clieënten met verslavingsproblematiek te ondersteunen (Christian & Poling, 1997; Taggart e.a., 2006). Dit wordt bevestigd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010).

Er zijn volgens het Trimbos-instituut in Nederland enkele interventies ontwikkeld voor de doelgroep (Mutsaers e.a., 2007). Zowel nationaal als internationaal is er echter weinig effectonderzoek gedaan naar de ondersteuning van verslaafde cliënten met een lichte verstandelijke beperking (Didden, 2006b).

Naar aanleiding van de signalen uit het werkveld is het lectoraat *GGZ-verpleegkunde* van Hogeschool Inholland in november 2009 gestart met het programma *LVG en verslaving*. Het programma is uitgevoerd binnen een consortium bestaande uit het lectoraat *GGZ-verpleegkunde*, Brijder Verslavingszorg, Esdégé-Reigersdaal en 's Heeren Loo Noord-

Holland. In twee jaar is toegewerkt naar een op de doelgroep aangepast begeleiding- en behandelprogramma. De eerste fase bestond uit onderzoek naar de problemen in de behandeling en begeleiding zoals deze ervaren werden door cliënten, leden van het sociale netwerk en door hulpverleners. Uit dit onderzoek kwam de noodzaak van een aangepast programma helder naar voren. Cliënten gaven aan over het algemeen slechte ervaringen te hebben met de begeleiding en behandeling van hun middelengebruik. De behandelingen die ze hadden ontvangen waren naar hun oordeel vaak niet effectief. Daarnaast hadden ze veel afkeuring over zich heen gekregen van hulpverleners vanwege hun middelengebruik. Deze negatieve houding werkte volgens de cliënten averechts.

Ouders voelden zich machteloos omdat ze zagen dat de behandeling niet werkte en dat hulpverleners onvoldoende kennis en vaardigheden hadden aangaande de verslavingsproblematiek van de LVB-cliënt. Verder voelden de ouders zich vaak niet erkend als volwaardig gesprekspartner in de zorg voor hun kind.

Hulpverleners ervoeren de beïnvloedbaarheid van de cliënt en diens cognitieve beperkingen als problematisch. Het gebrek aan passende behandelmethodes en samenwerking tussen de sectoren werkten bovendien belemmerend voor hulpverleners in hun zoektocht naar passende ondersteuning voor cliënten.

De uitgevoerde probleemanalyse vormde de basis voor de ontwikkeling van een aangepast programma. Dit resulteerde in een Leefstijltraining voor LVB-cliënten: de Leefstijltraining-PLUS.

1.2 Doel en doelgroep

Het doel van de Leefstijltraining-PLUS is een effectieve behandeling en begeleiding van LVB-cliënten met verslavingsproblematiek. We richten ons in het bijzonder op LVB-cliënten die ambulante behandeling ontvangen van de verslavingszorg.

1.3 Definities en begrippen

LVB

Het aangepaste programma is gericht op mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB¹). Wij rekenen hiertoe cliënten met een IQ van 51 tot 70 en cliënten met een IQ van 71 tot 85 met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen. Zij hebben een langdurige en vaak blijvende behoefte aan ondersteuning (Moonen & Verstegen, 2006). Naast de lichte verstandelijke beperking en de verslaving is er vaak sprake van bijkomende problematiek, die tot uiting komt in gedragsproblemen (Ras e.a., 2010; Vermeulen e.a., 2007). Een schematische weergave van de LVB-problematiek is te vinden in figuur 1.

¹ Soms wordt er gesproken van licht verstandelijk gehandicapt (LVG), zoals in de naam van het project. Met 'LVG' verwijzen we naar dezelfde doelgroep als 'LVB'. In deze notitie spreken we echter bij voorkeur van 'LVB', omdat deze benaming beter past bij het gangbare ondersteuningsparadigma.

LVB-specifieke kenmerken:	en bijkomende kernmerken / problematiek:	komen tot uiting in:
intelligentie: IQ 50-70 + 70-85	leerproblemen psychiatrische stoornissen	ernstige gedragsproblemen
beperkt sociaal aanpassingsvermogen	medisch-organische problemen problemen in gezin en sociale context	
en leiden tot: chroniciteit en een langdurige behoefte aan ondersteuning		

Figuur 1: Model van de LVB-problematiek van het Landelijk Kenniscentrum LVG (Vermeulen e.a., 2007)

Verslaving

Verslaving kan gedefinieerd worden als *'...een patroon van onaangepast gebruik van een middel, dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt, dat blijkt uit drie (of meer) van de volgende kenmerken die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen:*

- *Tolerantie (...):* er is steeds meer van het middel nodig om hetzelfde effect te creëren.
- *Onthouding (...):* als gebruik van het middel wordt geminderd of gestaakt, ontstaan er ontwenningsverschijnselen.
- *Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was.*
- *Er bestaat een aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden.*
- *Een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten die nodig zijn om aan het middel te komen of aan het herstel van de effecten ervan.*
- *Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel.*
- *Het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend sociaal, psychisch of lichamelijk probleem is dat waarschijnlijk veroorzaakt of verergerd wordt door het middel.'* (APA, 2006, p.145, 146)

Middelenmisbruik

'Onder misbruik van een middel wordt verstaan een patroon van het onaangepast gebruik van een middel dat leidt tot significante beperkingen of lijden, zoals in een periode van twaalf maanden blijkt uit ten minste één van de volgende symptomen, waarbij geldt dat de verschijnselen nooit hebben voldaan aan de criteria van afhankelijkheid van een middel:

- *Herhaaldelijk gebruik van het middel met als gevolg dat het niet meer lukt om in belangrijke mate te voldoen aan verplichtingen op het werk, school of thuis.*
- *Herhaaldelijk gebruik van het middel in situaties waarin het fysiek gevaarlijk is.*
- *Herhaaldelijk, in samenhang met het gebruik, in aanraking komen met justitie.*
- *Voortdurend gebruik van het middel ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal of intermenselijk terrein, veroorzaakt of verergerd door de effecten van het middel.'* (APA, 2006, p.150,151).

De Leefstijltraining voor LVB-cliënten kan voor zowel cliënten met middelenmisbruik als verslavingsproblematiek ingezet worden. In dit document wordt gesproken van (problematisch) middelengebruik.

Persoonlijk begeleider

Een persoonlijk begeleider is een medewerker die werkzaam is in de gehandicaptenzorg, die de cliënt ondersteuning biedt in het dagelijks leven en verantwoordelijk is voor de samenstelling, uitvoering en evaluatie van het persoonlijk ondersteuningsplan van de cliënt.

Behandelaar

Een behandelaar is een medewerker die werkzaam is in de verslavingszorg en die bevoegd en bekwaam is om een leefstijltraining te geven.

Cliënt

Onder cliënt verstaan we: een persoon met een lichte verstandelijke beperking die geïndiceerd is voor ondersteuning vanuit de gehandicaptenzorg.

De Leefstijltraining

De Leefstijltraining is een vorm van cognitieve gedragstherapie, waarbij de hulpverlener samen met de cliënt het middelengebruik analyseert om zo een betere controle te krijgen over het gebruik. De reguliere Leefstijltraining is opgebouwd uit drie elementen: motivering, doorbreking van het verslavingsgedrag en terugvalpreventie. De stimulerende en remmende factoren ten aanzien van het verslavingsgedrag worden op een rij gezet, alsmede de hiermee samengaande gedachten, gevoelens en emoties van de cliënt. Ook het omgaan met trek en sociale druk komt aan bod.

Er worden in Nederland vier typen leefstijltrainingen aangeboden. Deze worden weergegeven in figuur 2. In het behandel- en begeleidingsprogramma voor LVB-cliënten is gekozen voor de aanpassing van Leefstijltraining 2.

Type	Individueel/groep	Tijdsduur	Kenmerken
1	Individueel	4 sessies (licht)	Plannings- en evaluatiesessie, analyse risicosituaties, terugvalpreventie. Grote zelfredzaamheid van de cliënt. Veel zelfonderzoek en huiswerk in de vorm van gebruiksdagboeken, beschrijving trekmomenten en gevoelens bij trek en gebruik.
2	Individueel	10 sessies (zwaar)	Thema's: - Voor- en nadelen gebruik - Zelfcontroleplan - Herkennen van risicosituaties - Aanleren zelfcontroletechnieken - Herkennen van en omgaan met trek - Omgaan met sociale druk
3	Groep	6 sessies (licht)	Groepsvariant van 1
4	Groep	12 sessies (zwaar)	Groepsvariant van 2

Figuur 2: De verschillende typen leefstijltrainingen in Nederland

2 Werkwijze bij de totstandkoming van de training

2.1 Inleiding

Het project 'LVG en verslaving' bestond uit twee fasen. De eerste fase was erop gericht de ervaringen en problemen in beeld te krijgen van cliënten, leden van het sociale netwerk en hulpverleners aangaande de behandeling en begeleiding van verslavingsproblematiek. Na een uitgebreide analyse ontstond een overzicht van de problemen die vanuit de genoemde betrokkenen ervaren werden.

Dit vormde het fundament voor de tweede fase van het project, waarin de ontwikkeling van een aangepast behandel- en begeleidingsprogramma voor LVB-cliënten met verslavingsproblematiek centraal stond. In deze tweede fase hebben onderzoekers en professionals uit het werkveld zich gebogen over de beschikbare *evidence-based* behandelingen in de verslavingszorg, die samengebracht zijn door *Stichting Resultaten Scoren*². Uiteindelijk is besloten om Leefstijltraining 2 aan te passen voor toepassing bij LVB-cliënten. Deze individuele en langdurige leefstijltraining is een belangrijke interventie in het aanbod van de verslavingszorg. De training wordt gegeven aan cliënten die onvoldoende baat hebben bij de kortdurende training en de groepsvariant. De aangepaste variant van Leefstijltraining 2 biedt naar verwachting een antwoord op de geconstateerde problemen en komt tegemoet aan de behoeften van de cliënten uit de doelgroep.

In deze paragraaf gaan we verder in op de resultaten van het vooronderzoek naar de ervaren problemen en behoeften van cliënten, netwerkleden en professionals. Er zijn twee publicaties in voorbereiding met een volledige weergave van de resultaten. Na publicatie zullen deze vermeld worden op de website van het project (www.inholland.nl/lvgenverslaving).

2.2 Interviews met cliënten en leden van het sociale netwerk

Interviews met cliënten

Er zijn veertien semi-gestructureerde interviews gehouden met LVB-cliënten met middelenproblematiek. Twaalf van de veertien cliënten hebben in het verleden behandeling ontvangen voor hun verslaving. De cliënten hebben zowel positieve als negatieve ervaringen opgedaan in de behandeling van hun middelenproblematiek. Zij formuleerden de volgende positieve ervaringen aangaande individuele gesprekken:

- De sfeer tijdens de gesprekken was goed en de behandelaar was vriendelijk. De gesprekken werden als prettig ervaren omdat cliënten door deze gesprekken iets te doen hadden en ze het contact met de behandelaar gezellig vonden.

² Stichting Resultaten Scoren richt zich op het verbeteren van de kwaliteit en effectiviteit van preventie en behandeling in de verslavingszorg door interventieontwikkeling, implementatie en onderzoek.

- Cliënten waardeerden het dat ze met hun behandelaar konden praten, vaak ook over alledaagse zaken als het weer, voetbal of relatieproblemen.
- Voor een aantal cliënten gold dat zij de individuele gesprekken in de behandeling als leerzaam beschouwden. Ze gingen nadenken over hun gebruik en over hun gedrag. Of ze deden kennis op over hun middelengebruik. Het bleef ook voor deze cliënten echter moeilijk om de kennis toe te passen in hun dagelijks leven.
- De cliënten waardeerden de rollenspellen die gebruikt werden in de individuele gesprekken.

Cliënten formuleerden de volgende knelpunten:

- De effectiviteit was laag: cliënten gingen niet minder gebruiken na deelname aan de training. Cliënten konden de gemaakte afspraken vaak niet of moeilijk nakomen. Door de geringe resultaten raakten cliënten gedemotiveerd om verdere behandeling te ondergaan.
- De transfer van kennis en vaardigheden naar het dagelijks leven ontbrak.
- Cliënten hadden in het bijzonder moeite met het bijhouden van trekmomenten, het vragen om hulp bij trek of het formuleren van een helpende gedachte bij moeilijke momenten.
- Er werd 'teveel gepraat en te weinig gedaan'.

Interviews met leden van het sociale netwerk

Er zijn zes interviews gehouden met ouders van cliënten. Ze hadden net als de cliënten zowel positieve als negatieve ervaringen met betrekking tot de behandeling van hun zoon of dochter. De meeste ouders waren echter niet op de hoogte van de concrete invulling van de behandeling bij de verslavingszorg.

De positieve ervaringen van ouders hadden vooral betrekking op de relatie tussen de cliënt en de behandelaar:

- Cliënten konden hun verhaal kwijt bij de behandelaar en hadden daardoor een vertrouwensband met hem of haar. Dit was volgens ouders een belangrijke basis voor goede behandeling.
- Sommige ouders hadden goede ervaringen met de afstemming tussen behandelaar en cliënt. Bij goede diagnostiek kon de behandeling adequaat afgestemd worden op het cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau van de cliënt.

Enkele negatieve ervaringen die ouders noemden, waren:

- De behandeling was te vrijblijvend, waardoor er geen effect optrad.
- De aansluiting van de behandeling op de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt was gebrekkig.
- Goede screening en diagnostiek ontbraken, hetgeen een adequate behandeling belemmerde.
- De afspraken tussen cliënt en behandelaar waren vaak niet concreet genoeg.
- Het taalgebruik was vaak te moeilijk. De behandeling was volgens sommige ouders teveel gericht op taal en sociale vaardigheden die door de cliënten onvoldoende

werden beheerst (bijvoorbeeld: het schrijven van een opdrachtbrief of het zelfstandig vragen om hulp als het niet goed gaat).

2.3 Enquête onder hulpverleners

Door middel van literatuuronderzoek en een focusgroepbijeenkomst met hulpverleners ontstond een eerste inzicht in de problemen die hulpverleners ervaren in de begeleiding en behandeling van LVB-cliënten met verslavingsproblematiek. De factoren die als meest problematisch naar voren kwamen hadden vooral te maken met de beperkingen van de cliënt, namelijk:

- Het beperkte vermogen van de cliënt om het verband te leggen tussen oorzaak en gevolg.
- Het beperkte vermogen van de cliënt tot generalisering van het geleerde naar nieuwe situaties.
- De beperkte motivatie van de cliënten (NB: dit probleem werd met name ervaren door medewerkers van de verslavingszorg).
- Het niet nakomen van afspraken.

Daarnaast werden de volgende cliëntoverstijgende factoren als problematisch ervaren:

- Een gebrek aan behandelmethodes die aansluiten op de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van de cliënt.
- Verschillen in visie tussen verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg, zowel in de samenwerking als op organisatie-overstijgend niveau.
- Het niet gebruik maken van beeldend materiaal tijdens de behandeling (NB: dit probleem gold met name voor behandelaren uit de verslavingszorg).

2.4 Expertraadpleging

De tweede fase van het onderzoek begon met de inventarisatie en analyse van bestaande behandelingen in de verslavingszorg. Ook werden de bestaande aangepaste behandelingen voor LVB-cliënten met verslavingsproblematiek onderzocht. Daarna bracht een werkgroep – bestaande uit ervaren hulpverleners (zie bijlage) – advies uit over de geschiktheid van het bestaande aanbod. De Leefstijltraining werd als meest relevante interventie uitgekozen. Ook Motiverende Gespreksvoering, de rehabilitatiebenadering en casemanagement werden aangemerkt als pijlers voor een aangepast programma. Verder adviseerden de professionals dat het programma naast een aangepaste interventie een beschrijving van belangrijke attitudeaspecten en organisatorische richtlijnen diende te bevatten.

In deze verantwoording zullen we verder ingaan op de ontwikkeling van de Leefstijltraining-PLUS. Motiverende Gespreksvoering speelt een belangrijke rol in de training. De rehabilitatiebenadering en casemanagement vallen buiten het bereik van deze verantwoording. De organisatorische richtlijnen worden verder uitgewerkt in de Implementatiehandleiding, te vinden op de website van het project (www.inholland.nl/lvgenverslaving).

3 Kenmerken LVB en gevolgen voor de Leefstijltraining

3.1 Inleiding

Een belangrijke uitkomst van het vooronderzoek is dat de huidige behandelingen niet aansluiten bij de mogelijkheden en beperkingen van de doelgroep, waardoor de interventies niet effectief zijn. In dit hoofdstuk gaan we verder in op de kenmerken van een LVB en de implicaties voor de aanpassing van de Leefstijltraining. Deze aanpassingen hebben een doorwerking op de cognitief-gedragstherapeutische benadering waarop de Leefstijltraining is gebaseerd.

3.2 Kenmerken van een Lichte Verstandelijke Beperking

In de introductie hebben we een definitie gegeven van een Lichte Verstandelijke Beperking. In de *Richtlijn Effectieve Interventies LVB* (De Wit e.a., 2011) wordt nader ingegaan op de specifieke kenmerken van een LVB en de gevolgen voor de effectiviteit van interventies. De volgende kenmerken zijn van toepassing: moeite met informatieverwerking (begrip en geheugen), beperkte regulerende functies, beperkt probleemoplossend vermogen en moeite met generalisatie van kennis.

We geven hier enkele voorbeelden van mogelijke aanpassingen die aansluiten bij de specifieke kenmerken van een LVB, zoals aanbevolen door De Wit e.a. (2011).

Moeite met informatieverwerking

- Afstemmen taalgebruik door bijvoorbeeld korte zinnen te gebruiken van ongeveer 5 woorden, rustig te praten en concrete woorden te gebruiken. Ga na of je elkaar begrijpt en gebruik visuele ondersteuning.
- Concreet maken van de oefenstof door het gebruik van schema's en herkenbare plaatjes of foto's. Gebruik doe-opdrachten en rollenspellen.
- Voorstructureren en vereenvoudigen door bijvoorbeeld het stellen van gerichte vragen, de denkrichting te sturen en samen huiswerkopdrachten te maken. Bied structuur door het gebruik van een werkboek, een schema van de opbouw van de bijeenkomst en door de bijeenkomsten steeds hetzelfde op te bouwen. Daarnaast dient de oefenstof gedoseerd te worden door tussenstappen te gebruiken, informatie te herhalen, één opdracht en één thema per bijeenkomst te behandelen. Reserveer meer tijd door meer sessies te plannen en de duur van de bijeenkomst te verkorten.
- Besteed aandacht aan het vasthouden en de generalisatie van het geleerde door bijvoorbeeld de cliënt huiswerkopdrachten in verschillende leefgebieden te laten doen.

Beperkte regulerende functies

- Voorstructureren en vereenvoudigen van de bijeenkomsten en de informatie door bijvoorbeeld samen met de cliënt opdrachten te maken en te oefenen (zie de voorbeelden bij 'moeite met informatieverwerking').

Beperkt probleemoplossend vermogen

- Concreet maken van de oefenstof door voorbeelden te gebruiken uit het dagelijks leven te gebruiken en door bijvoorbeeld een begeleider te laten participeren in de behandeling. Maak de oefenstof zichtbaar door afbeeldingen te gebruiken en laat de cliënt leren door te ervaren.
- Voorstructureren en vereenvoudigen (zie de voorbeelden bij 'moeite met informatieverwerking')

Moeite met generalisatie van kennis

- Concreet maken van de oefenstof door met voorbeelden aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënt.
- Extra aandacht besteden aan de generalisatie van de oefenstof.
- Het netwerk informeren over de behandeling en betrekken bij de oefeningen.

3.3 Implicaties voor de aanpassing van de Leefstijltraining

De resultaten van het vooronderzoek vormden de basis van de inhoud en de vorm van de Leefstijltraining-PLUS. Hier zullen we in deze paragraaf nader op ingaan.

Een goede voorbereiding

De persoonlijk begeleider en behandelaar dienen voorafgaand aan de bijeenkomsten een aantal keuzes te maken als het gaat om de voorwaarden die de cliënt nodig heeft voor een succesvolle behandeling. Een goede voorbereiding van de Leefstijltraining-PLUS is daarom onontbeerlijk. De door ons geraadpleegde ouders en hulpverleners benadrukten het belang van goede diagnostiek, waarmee de behandeling kon worden afgestemd op de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling. Ook in de *Richtlijn Effectieve Interventies LVB* (De Wit e.a., 2011) wordt het belang van uitgebreidere diagnostiek aanbevolen.

De *Handleiding* van de Leefstijltraining-PLUS begint daarom met een protocol van de voorbereiding die de persoonlijk begeleider en behandelaar uitvoeren. Dit protocol houdt in dat de behandelaar het initiatief neemt om contact te leggen met de persoonlijk begeleider. De persoonlijk begeleider brengt vervolgens met een gedragswetenschapper het cognitief en sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau van de cliënt in kaart en de noodzakelijke aanpassingen van de Leefstijltraining-PLUS. Vervolgens bespreekt de persoonlijk begeleider dit met de behandelaar en ten slotte bereidt de begeleider de cliënt voor op de behandeling.

Attitude

Uit het vooronderzoek bleek dat cliënten en verwanten een goed contact tussen hulpverlener en cliënt erg belangrijk vinden. De attitude van de hulpverlener speelt hierin

een belangrijke rol. Vertrouwen, betrokkenheid, acceptatie en duidelijkheid zijn kernpunten die het contact tussen hulpverlener en cliënt bevorderen.

Motiverende Gespreksvoering en de Oplossingsgerichte Methodiek maken deel uit van de Leefstijltraining-PLUS en zijn onder andere zichtbaar in de attitude van de hulpverlener. Empathie, aanvaarding, gelijkwaardige betrokkenheid en werken aan een sfeer van vertrouwen zijn elementen uit de Motiverende Gespreksvoering die naar voren komen in de wenselijke attitude (Miller & Rollnick, 2005). De attitude wordt verder beschreven in hoofdstuk 4.

Inhoud van de training

Uit ons vooronderzoek en uit de literatuur blijkt dat de bestaande leefstijltrainingen te hoge eisen stellen aan LVB-cliënten. De cognitief therapeutische benadering die in de reguliere leefstijltrainingen centraal staat is voor veel cliënten te moeilijk, doordat hun metacognitieve en introspectieve vaardigheden beperkt zijn. Bovendien kunnen cliënten de gemaakte afspraken niet nakomen en slagen zij er niet in de geleerde vaardigheden toe te passen in hun dagelijks leven. De Leefstijltraining-PLUS heeft dan ook een praktische en sterk gedragtherapeutische benadering, waarbij het accent ligt op het oefenen van vaardigheden tijdens de training en in de thuissituatie. Zelfgekozen en laagdrempelige doelen, afspraken en beloningen staan centraal. Zo kan de cliënt succeservaringen opdoen, hetgeen motiverend is voor de toekomst. De inhoud van de training wordt verder beschreven in hoofdstuk 5

Vorm van de training

De reguliere leefstijltrainingen worden teveel bepaald door teksten, gesprekken en schrijfoopdrachten. In de Leefstijltraining-PLUS ligt het accent op beelden, rollenspellen en andere spelvormen. Deze sluiten beter aan bij de leermogelijkheden van de doelgroep. De vorm van de training wordt verder beschreven in hoofdstuk 6.

Transfer en generalisatie

De transfer en generalisatie van kennis en vaardigheden zijn aspecten van een behandeling die bij LVB-cliënten problematisch verlopen. De transfer betreft de overgang van het geleerde tijdens de training naar de thuissituatie. Generalisatie gaat over toepassing van vaardigheden en kennis in nieuwe situaties (Didden, 2006). De Leefstijltraining-PLUS is erop gericht om de transfer van de kennis en vaardigheden naar het dagelijks leven te versterken. De persoonlijk begeleider speelt hierin een belangrijke rol, evenals het sociale netwerk van de cliënt. Zij kunnen deze overdracht versterken door met de cliënt te oefenen in het dagelijks leven. De overdracht wordt tevens versterkt doordat de persoonlijk begeleider aanwezig is bij de bijeenkomsten van de Leefstijltraining. Belangrijke personen uit het netwerk van de cliënt worden tweemaal uitgenodigd om aanwezig te zijn tijdens de bijeenkomsten. De transfer en generalisatie worden verder beschreven in hoofdstuk 7.

Organisatorische voorwaarden

Uit de enquête en de expertraadpleging kwamen enkele organisatorische problemen naar voren met betrekking tot de begeleiding en behandeling van de doelgroep. We beschouwen goede samenwerking tussen de verstandelijk gehandicaptenzorg en verslavingszorg als een essentiële voorwaarde voor goede behandeling en begeleiding, evenals een gezamenlijke visie op de hulpverlening aan de doelgroep. Een vereiste voor een effectieve leefstijltraining is verder de nauwe betrokkenheid van de persoonlijk begeleider bij de Leefstijltraining. De persoonlijk begeleider is verantwoordelijk voor de transfer van de kennis en vaardigheden naar het dagelijks leven van de cliënt. Hij gaat met de cliënt mee naar de bijeenkomsten van de Leefstijltraining om deze transfer te bevorderen. Daarnaast ondersteunt hij de cliënt bij de oefeningen voor thuis. De organisatorische voorwaarden worden uitgebreid beschreven in de Implementatiehandleiding voor de Leefstijltraining-PLUS.

3.4 Cognitieve gedragstherapie

De oorspronkelijke Leefstijltraining is gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes, die bewezen effectief zijn in de behandeling van een verslaving (Rietdijk, 2001).

Cognitieve gedragstherapie is een combinatie van cognitieve therapie en gedragstherapie. In de cognitieve therapie wordt gewerkt met een cognitief model, waarbij er vanuit wordt gegaan dat gedachten de stemming en het gedrag beïnvloeden. De therapie bestaat uit het leren herkennen en veranderen van disfunctionele gedachten, zodat het gevoel en het gedrag eveneens veranderen (Beck, 1999).

Gedragstherapie is gericht op het veranderen van gedrag door het aanleren van nieuwe gedragsvaardigheden. De vaardigheden worden in de therapeutische omgeving aangeleerd en door middel van huiswerkopdrachten in het dagelijks leven geoefend (Vandereycken, 2006).

3.4.1 Cognitieve gedragstherapie in de Leefstijltraining

De cognitief-gedragstherapeutische principes worden onder andere gebruikt in de functieanalyse die de cliënt in de reguliere Leefstijltraining maakt van zijn middelengebruik. De cliënt maakt de functieanalyse nadat hij het trainingsplan heeft opgesteld. Met de functieanalyse brengt de cliënt de risicosituaties en de effecten van het middelengebruik in kaart. Hij of zij noteert de externe risicosituaties (met wie, waar en wanneer treedt het middelengebruik op?), de interne risicosituaties (gedachten, lichamelijke ervaringen en gevoelens), het daadwerkelijke gedrag (het middelengebruik), en de gevolgen op korte en lange termijn. De training wordt vervolgens afgestemd op de specifieke behoeften van de cliënt. Als uit de functieanalyse bijvoorbeeld blijkt dat de cliënt gebruikt wanneer hij zich eenzaam voelt, kan de behandeling gericht zijn op uitbreiding of versterking van het sociale netwerk.

De cognitief-gedragstherapeutische principes zijn tevens zichtbaar in het thema over trek, omgaan met sociale druk en omgaan met terugval. Bij de analyse van risicosituaties die trek oproepen worden bijvoorbeeld situaties, gevoelens en gedachten genoteerd. Vervolgens

krijgt de cliënt gedragsvaardigheden aangereikt om de trek de baas te worden, namelijk: afleiding zoeken door activiteiten te ondernemen, erover praten met anderen, 'anders denken' en 'gevoelsurfen'. Bij 'anders denken' krijgt de cliënt een helpende gedachte aangereikt om de disfunctionele gedachten te laten verdwijnen.

Ook in de huiswerkopdrachten zijn de cognitief-gedragstherapeutische principes aanwezig. Eén van de opdrachten is bijvoorbeeld het bijhouden van het tijdstip van en de situatie rondom trekmomenten, de intensiteit van de trek en het gevoel en gedrag dat hiermee gepaard gaat.

3.4.2 Cognitieve gedragstherapie en LVB

Cognitieve therapie veronderstelt de aanwezigheid van bepaalde cognitieve vermogens, zoals het herkennen en verwoorden van gevoelens en gedachten (Vandereycken, 2006). De cognitieve vermogens van LVB-cliënten zijn beperkt. Naast algemene cognitieve beperkingen hebben zij vaak beperkingen in specifieke cognitieve functies, zoals het werkgeheugen, selectieve aandacht, logisch ordenen, plannen en organiseren (Ponsioen & Van der Molen, 2007; De Wit e.a., 2011). Deze beperkingen kunnen invloed hebben op de effectiviteit van de behandeling, vooral als er in de behandeling een appel gedaan wordt op één van de cognitieve functies, zoals bij cognitieve therapie.

Cognitieve gedragstherapie kan echter wel degelijk effectief zijn voor mensen met een verstandelijke beperking. Voorbeelden van cognitieve gedragstherapie die aangeboden worden aan de doelgroep zijn: training probleemoplossende vaardigheden, sociale-vaardigheidstraining, assertiviteitstraining, anger-management en zelfmanagementtraining (Didden, 2006b). Didden signaleert een toename van de kennis over de toepassing en effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij LVB-cliënten. De effectiviteit van bepaalde vormen van cognitieve gedragstherapie is bijvoorbeeld aangetoond voor ernstige gedragsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking (Lindsay, 2007).

De werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie bij LVB-cliënten wordt volgens Didden (2006b) beïnvloed door factoren die individueel verschillend zijn, zoals de expressieve en receptieve taalvaardigheden, het herkennen en benoemen van emoties, het in volgorde kunnen plaatsen van gebeurtenissen, de motivatie, de beleving van de eigen competentie, het inzicht in de eigen problematiek en het kunnen onderscheiden van gedachten, emoties en gebeurtenissen. Voorwaarden voor een effectieve cognitief-gedragstherapeutische behandeling bij mensen met een LVB zijn: eenvoud, kleine stappen en veel aandacht voor de generalisatie van de aangeleerde kennis en vaardigheden naar het dagelijks leven.

3.4.3 Cognitieve gedragstherapie in de Leefstijltraining-PLUS

De belangrijkste verandering ten opzichte van de oorspronkelijke training is dat de Leefstijltraining-PLUS minder cognitieve en meer gedragstherapeutische principes bevat. Daarnaast wordt veel gebruik gemaakt van kleine stappen, herhaling, beeldend materiaal en aandacht voor transfer en generalisatie.

De functieanalyse wordt bijvoorbeeld gespreid over meerdere bijeenkomsten uitgevoerd. De nadruk ligt hierbij op het beschrijven van concreet gedrag: met wie, wanneer en waar het middelengebruik plaatsvindt. Cliënten verrichten in principe geen analyse van de interne risicosituaties, zoals de gedachten en gevoelens die met het gebruik gepaard gaan. Alleen in het derde thema 'Hoe voel ik me?' komen de gevoelens vóór en na het gebruik aan de orde. Voorafgaand aan de training maken de persoonlijk begeleider en de gedragsdeskundige de inschatting of de cliënt in staat is tot het herkennen en beschrijven van deze gevoelens. Indien dit niet het geval is, wordt het thema overgeslagen.

De persoonlijk begeleider en behandelaar proberen in het eerste deel van de training zoveel mogelijk inzicht te verkrijgen in de functie van het gebruik en van de gedachten en gevoelens die hieraan vooraf gaan. Het accent ligt vervolgens op het bieden van alternatieven en vaardigheden om de gewenste doelen te bereiken. Door een alternatief te bieden voor de functie van het gebruik, kan het problematisch middelengebruik worden gereduceerd (Didden, 2006b). Voorbeelden van alternatieven zijn (sociale) vaardigheidstraining, ontspanningsoefeningen en plezierige sociale activiteiten. De vaardigheden worden tijdens de training geoefend door middel van rollenspellen, waarbij de cliënt de situaties oefent die zo dicht mogelijk bij de werkelijke situatie in de buurt komen. De persoonlijk begeleider ondersteunt de cliënt in het toepassen van de aangeleerde vaardigheden in de thuissituatie.

Een belangrijk principe in de Leefstijltraining-PLUS is flexibiliteit. In de toepassing van cognitief-gedragstherapeutische methoden zijn de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt leidend. In de voorbereiding van de Leefstijltraining legt de persoonlijk begeleider daarom contact met een gedragswetenschapper om de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling in beeld te brengen, te bepalen welke onderdelen van de Leefstijltraining haalbaar zijn voor de cliënt en op welke wijze de Leefstijltraining-PLUS dient te worden aangepast.

4 Attitude

4.1 Inleiding

Uit het vooronderzoek bleek dat de attitude een bepalende factor is voor de tevredenheid van cliënten en ouders over de begeleiding en behandeling. Uit de ervaringen van cliënten, ouders en hulpverleners hebben we een aantal kernpunten afgeleid die kunnen dienen als richtlijn voor een passende attitude van de begeleider en behandelaar naar de cliënt toe. De kernpunten komen overeen met de aanbevelingen van De Wit e.a. (2011), waaronder het creëren van een veilige en positieve leeromgeving.

4.2 Kernpunten

Vertrouwen

De sleutel tot een goed contact tussen cliënt en hulpverlener is *vertrouwen*. Dit is belangrijk voor een veilige werkrelatie. Tijdens de behandeling en begeleiding dient de hulpverlener telkens te laten zien dat de cliënt hem kan vertrouwen. Dit blijft gedurende de gehele Leefstijltraining een belangrijk aandachtspunt voor de hulpverlener. De hierop volgende kernpunten dragen bij aan deze vertrouwensrelatie.

Betrokkenheid

Cliënten en ouders vinden het belangrijk dat de hulpverlener een betrokken en empathische houding heeft en dat hij laat zien dat hij daadwerkelijk geïnteresseerd is in de cliënt. Een confronterende houding is volgens hen minder gepast. Het leidt ertoe dat de cliënt zich afgewezen voelt en de behandeling vervolgens staakt. Een betrokken, empathische houding is een van de vier principes van Motiverende Gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2005).

Serius nemen

Een ander kernpunt dat bijdraagt aan vertrouwen tussen hulpverlener en cliënt, is dat de hulpverlener laat zien dat hij de cliënt serieus neemt. Cliënten willen gehoord worden en ervaren dat hun ideeën en problemen geaccepteerd en gewaardeerd worden. Zij reageren in de regel slecht op een betuttelende of veeleisende hulpverlener. Deze geeft de cliënt het gevoel overheerst en niet gehoord te worden. Hierdoor kan een machtsstrijd ontstaan. Dit wordt door de hulpverlener op zijn beurt geïnterpreteerd als weerstand van de cliënt tegen verandering. Het is belangrijk dat de hulpverlener weerstanden van de cliënt ten aanzien van de behandeling of begeleiding niet eenzijdig bij de cliënt neerlegt, maar deze ook plaatst binnen de aard van de samenwerkingsrelatie. Binnen een goede samenwerkingsrelatie waarbinnen de cliënt serieus wordt genomen, kunnen veel weerstanden effectief worden verminderd.

Cliënten vinden het belangrijk dat ze invloed hebben op hun dagelijks leven. Het is belangrijk dat hulpverleners overleggen met de cliënt en de verantwoordelijkheid voor verandering bij de cliënt laten. Door Motiverende Gespreksvoering toe te passen kan de hulpverlener aansluiten bij de behoefte van de cliënt om regie te hebben over hun eigen leven (Miller & Rollnick, 2005).

Voor cliënten is het van belang om te weten dat de hulpverlener hen steunt wanneer ze dat nodig hebben. Het oplossen van praktische, maar voor de cliënt urgente zaken kan hierbij helpen. De cliënt krijgt hierdoor het gevoel dat de zaken waar hij of zij mee zit beantwoord worden met praktische ondersteuning die daadwerkelijk bijdraagt aan de oplossing van de ervaren problemen. De Oplossingsgerichte Methodiek biedt handvatten om samen met de cliënt te zoeken naar een oplossing voor het probleem dat hij ervaart. Daarom is deze methodiek opgenomen in de Leefstijltraining-PLUS.

Acceptatie

Voor cliënten is het belangrijk dat de hulpverlener onvoorwaardelijke steun geeft, zich flexibel opstelt en de cliënt accepteert in zijn mogelijkheden, beperkingen, middelengebruik en terugval.

Sommige cliënten verzwijgen hun worstelingen en terugslagen uit angst voor de negatieve, afwijzende reacties van de hulpverlener. Ze schamen zich vaak wanneer zaken niet goed lukken in hun leven. Ze hebben in hun verleden veel afkeuring ondervonden, waardoor hun zelfvertrouwen en het vertrouwen in hulpverleners beschadigd is.

Positief

Voor cliënten is het belangrijk dat de hulpverlener een positieve houding toont. De cliënt vindt het belangrijk dat de hulpverlener gelooft in zijn of haar mogelijkheden en dat niet de problemen of de tekortkomingen voortdurend op de voorgrond staan. Ook in de Motiverende Gespreksvoering is het stimuleren van geloof en hoop belangrijk. Het wederzijdse geloof in de mogelijkheden tot verandering beïnvloedt de uitkomsten van de behandeling en begeleiding positief.

In de Leefstijltraining gaan we uit van realistische doelen, waarbij de verwachtingen ten aanzien van de cliënt niet te hooggespannen zijn. Hierdoor kunnen successen worden behaald wat het positieve klimaat in de behandeling stimuleert en het zelfvertrouwen van de cliënt ondersteunt. De Oplossingsgerichte Methodiek kan hierbij eveneens van pas komen, omdat de hulpverlener met deze benadering de focus legt op de successen die de cliënt heeft geboekt.

Duidelijkheid

Hoewel cliënten graag zelf de regie willen hebben over hun dagelijks leven, zijn ze ook van mening dat er grenzen moeten zijn. Cliënten vinden het belangrijk dat hulpverleners open en eerlijk zijn, zodat de cliënten precies weten wat zij van hen kunnen verwachten. Voor een

goede samenwerkingsrelatie is het daarom van belang dat er heldere afspraken zijn die in samenspraak met de cliënt tot stand komen. Het spreekt voor zich dat de hulpverlener deze afspraken dan ook consequent na dient te komen.

4.3 Communicatie

Bovenstaande aspecten van samenwerking komen tot uiting in de concrete communicatie met de cliënt. Door cliënten werd 'de manier van praten' van hulpverleners meerdere malen aangestipt. Ze hebben hier negatieve ervaringen mee, bijvoorbeeld wanneer ze zich teveel als nummer of als patiënt behandeld voelen, of wanneer ze het gevoel hebben dat ze gecommandeerd worden. Cliënten vinden het vervelend als een hulpverlener zich boven de cliënt stelt. Gelijkwaardigheid wordt echter zeer gewaardeerd.

Cliënten vinden het belangrijk dat hulpverleners in hun houding aansluiten bij de beleving, de wensen en behoeften van de cliënt. Soms kan de hulpverlener dit bereiken door een neutrale of luchtige toon te gebruiken, of grapjes te maken als dit past bij de cliënt en de situatie. Soms is deze luchtige toon minder gepast en voelt de cliënt zich meer gehoord bij een serieuze ondertoon in de communicatie. Motiverende Gespreksvoering en de Oplossingsgerichte Methodiek bieden gesprekstechnieken waarmee de hulpverlener aan de kernpunten van goede communicatie vorm kan geven. Deze komen verder aan bod in hoofdstuk 6.

5 De inhoud van de training

5.1 Inleiding

De Leefstijltraining is ontwikkeld door mw. dr. Wencke de Wildt binnen het project *Resultaten Scoren* van GGZ Nederland. De training kent vier varianten: een kortdurende en een langdurende individuele training en twee groepsvarianten. Wij hebben gekozen voor aanpassing van de individuele, langdurige leefstijltraining. Op basis van de door ons uitgevoerde probleemanalyse en het advies van de professionals (zie hoofdstuk 2) zijn de bijeenkomsten inhoudelijk aangepast.

In dit hoofdstuk wordt een verantwoording gegeven van de keuzes die gemaakt zijn ten aanzien van de inhoud van de training. De aangepaste training bestaat – net als de reguliere training – uit de componenten motivering, doorbreken van het middelengebruik door middel van zelfcontrole, en terugvalpreventie. Per component is een aantal thema's uitgewerkt. De eerste helft van de training is gericht op motivering van de cliënt en het nemen van een beslissing ten aanzien van het middelengebruik. In de tweede helft staan het doorbreken van het middelengebruik en het voorkomen van terugval centraal.

Motivering

Thema 1: *Mijn gebruik*

Thema 2: *Wat weet ik?*

Thema 3: *Hoe voel ik me?*

Thema 4: *Voordelen en nadelen*

Doorbreken van het middelengebruik en terugvalpreventie

Thema 5: *Mijn plan*

Thema 6: *Trek*

Thema 7: *Nee zeggen*

Thema 8: *Het gaat een keer mis. En dan?*

We besluiten dit hoofdstuk met een verantwoording van de gebruikte cognitief-gedragstherapeutische elementen. De cognitieve gedragstherapie vormt het inhoudelijke fundament van de reguliere Leefstijltraining. In de Leefstijltraining-PLUS zijn deze principes aangepast aan het cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau van de doelgroep.

5.2 Motivering

Het eerste deel van de Leefstijltraining-PLUS is gericht op het vergroten van de motivatie van de cliënt. In de oorspronkelijke Leefstijltraining wordt de motivatie vergroot door een balans op te maken van de voor- en nadelen van het middelengebruik en van stoppen met het middelengebruik. Voor LVB-clieñten kan het echter moeilijk zijn om voor- en nadelen van

gebruik tegen elkaar af te wegen. In de Leefstijltraining-PLUS wordt er daarom relatief meer tijd besteed aan motivering alvorens een trainingsplan wordt opgesteld. In hoofdstuk 5 komt motivering uitgebreider aan bod.

5.2.1 Mijn gebruik

De aangepaste training begint met het in kaart brengen van het middelengebruik. Hierdoor wordt de cliënt zich bewust van zijn gebruik, waardoor motivatie om te veranderen op gang kan komen. De inventarisatie dient zo concreet mogelijk te zijn, zodat de cliënt het thema met succes kan afronden.

5.2.2 Wat weet ik?

Het tweede thema is gericht op het bespreekbaar maken van het middelengebruik. De cliënt wordt beschouwd als de expert. Het gaat bij dit thema niet om waarheidsvinding, maar om de bespreekbaarheid. Bij dit thema komen tevens voor- en nadelen van het middel aan bod als voorbereiding voor het vierde thema, waarin de voor-en-nadelenbalans centraal staat.

5.2.3 Hoe voel ik me?

Het derde thema gaat over de gevoelens die de cliënt vóór en na het gebruik ervaart. In de reguliere Leefstijltraining maakt dit element deel uit van de functieanalyse. In de aangepaste training wordt het beschrijven van de gevoelens benut als opmaat naar de voor-en-nadelenbalans en als methode voor de behandelaar en persoonlijk begeleider om de functie van gebruik in beeld te krijgen.

Voor een aantal LVB-cliënten zal dit thema in cognitief opzicht te hoog gegrepen zijn, omdat er een beroep gedaan wordt op introspectie en het geheugen van de cliënt. Daarom is het van belang dat de gedragswetenschapper en de persoonlijk begeleider van de instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg voorafgaand aan de Leefstijltraining onderzoeken of de cliënt in staat is dit thema te behandelen. Indien dit niet het geval is, wordt dit thema overgeslagen.

5.2.4 Voordelen en nadelen

In de oorspronkelijke training wordt de voor-en-nadelenbalans behandeld in de eerste bijeenkomst. Voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking kan het moeilijk zijn om de voor- en nadelen van gebruik te benoemen, omdat hierbij een beroep gedaan wordt op cognitieve vermogens die bij onze doelgroep minder ontwikkeld zijn. In de eerdere thema's zijn stapsgewijs al voor- en nadelen ter sprake gekomen, vooral bij het thema over kennis en over gevoelens. De ingevulde werkbladen kunnen benut worden om de voor- en nadelen in kaart te krijgen. Daarnaast worden kaartjes gebruikt om de balans visueel te maken.

5.3 Doorbreken van het middelengebruik en terugvalpreventie

De tweede helft van de training is gericht op het doorbreken van het middelengebruik en het voorkomen van terugval. De thema's die aan bod komen, zijn respectievelijk 'Mijn plan', 'Omgaan met trek', 'Nee zeggen' en 'Omgaan met terugval'.

5.3.1 *Mijn plan*

In de oorspronkelijke training is het zelfcontroleplan onderdeel van het tweede thema. Wij hebben ervoor gekozen om cliënten meer tijd te geven om een plan te formuleren. Het verloop van de leefstijltraining dient echter flexibel aangepast te worden aan de fase van verandering, de motivatie en het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Het kan betekenen dat de behandelaar een aantal thema's minder diepgaand behandelt, overslaat of in een andere volgorde aan bod laat komen.

Als de cliënt een besluit heeft genomen over hoe hij het middelengebruik wil doorbreken, is hij terecht gekomen in de fase 'beslissen'. Dit betekent dat de cliënt op dat moment de bereidheid, het vermogen en de gereedheid heeft om zijn gedrag te veranderen. De behandelaar sluit hierop aan door het thema 'mijn plan' te introduceren. Hierin wordt het individuele veranderplan van de cliënt beschreven.

In dit plan komt een haalbaar, laagdrempelig doel te staan. Deze wordt gekozen door de cliënt zelf en dient op korte termijn behaald te kunnen worden. De persoonlijk begeleider en behandelaar zien erop toe dat het doel eventueel in kleinere afspraken wordt opgedeeld om het afgesproken doel realiseerbaar te maken. Door de kleine stappen en afgebakende doelen kan de cliënt succeservaringen opdoen (Didden, 2006; De Wit e.a., 2011).

In samenwerking met de begeleider wordt een beloning afgesproken die de cliënt ontvangt wanneer het doel behaald is. Het is belangrijk dat de beloning realiseerbaar is en aansluit bij de wensen van de cliënt. De persoonlijk begeleider zal in de meeste gevallen betrokken zijn bij het realiseren van de beloning, bijvoorbeeld wanneer de cliënt als beloning samen met de begeleider een kopje koffie gaat drinken in een restaurant.

Positieve bekrachtiging vormt een belangrijke factor in het aanleren van nieuwe gedragsvaardigheden (www.goldstein.nl). De bekrachtiging kan bestaan uit complimenten over het positieve gedrag dat de cliënt laat zien en uit succeservaringen van de cliënt. Daarnaast spreken de persoonlijk begeleider en behandelaar af met de cliënt welke beloning hij ontvangt bij het halen van het afgesproken doel. In de bijlage van de *Handleiding voor de trainers* zijn suggesties voor beloningen opgenomen. Voorwaarden voor een effectieve beloning zijn:

- Het type bekrachtiging sluit aan bij de interesses van de cliënt.
- De cliënt ontvangt de beloning onmiddellijk na het gewenste gedrag.
- De beloning is evenredig aan de prestatie van de cliënt.
- De dosering van de beloning is niet te sterk en niet te zwak.
- De cliënt krijgt voldoende gelegenheid om het gedrag te oefenen.
- Om het gewenste gedrag te laten beklijven, ontvangt de cliënt steeds kleinere beloningen (onderbroken bekrachtigingschema's).

Met het oog op deze voorwaarden kan de bekrachtiging het beste afgestemd worden op de individuele cliënt. De beloning van het gewenste gedrag wordt dan ook in overleg met de cliënt en begeleider afgesproken.

5.3.2 Trek

Trek kan verklaard worden vanuit het principe van klassieke conditionering. Bepaalde prikkels veroorzaken bij een persoon met een verslaving het gevoel van trek, zoals het zien van alcohol, een café of andere mensen die gebruiken. Ook een bepaalde psychische toestand die in het verleden samenging met middelengebruik kan een gevoel van trek veroorzaken. Voorbeelden hiervan zijn stress en verveling. Door deze prikkels bereidt het lichaam zich voor op het middelengebruik, wat iemand als trek ervaart (De Wildt, 2001). Als vervolgens het middel niet kan worden genomen, kan een stressreactie optreden (De Jong e.a., 2009).

Omgaan met trek is een van de basisaspecten van de reguliere Leefstijltraining.

Vaardigheden om met trek om te gaan zijn:

- *Afleiding zoeken door activiteiten te ondernemen*: vooral lichamelijke inspanning wordt aangeraden.
- *Erover praten met vrienden of familieleden*: dit kan angstgevoelens doen verminderen.
- *Anders denken*: irrationele gedachten worden geïdentificeerd en vervangen door een helpende gedachte.
- *Gevoelsurfen*: de cliënt neemt een ontspannen houding aan en richt de aandacht op het gevoel van trek in het lichaam (De Wildt, 2001).

Ook in de aangepaste training wordt gestreefd naar inzicht in de trekmomenten en het leren toepassen van vaardigheden om met de trek om te gaan. Voor cliënten met een LVB is het vaak moeilijk om zich bewust te zijn van trek en om hierop te reflecteren. De nadruk ligt bij dit thema daarom op het oefenen in de praktijk. In de Leefstijltraining-PLUS bestaan de vaardigheden vooral uit afleiding zoeken en het praten met iemand uit het sociale netwerk. De persoonlijk begeleider ondersteunt de cliënt in de thuissituatie bij het toepassen van de vaardigheden.

5.3.3 Nee zeggen

Uit de enquête onder hulpverleners bleek dat de beïnvloedbaarheid van mensen met een LVB met verslavingsproblematiek door hulpverleners wordt gezien als een groot probleem. Ook uit het literatuuronderzoek bleek dat de sociale kwetsbaarheid van mensen met LVB een risicofactor vormt voor middelenmisbruik. Door sociale isolatie, eenzaamheid en een tekort aan sociale vaardigheden zijn ze extra kwetsbaar voor middelenmisbruik (McGillicuddy & Blane, 1999; Taggart e.a., 2006; 2007; Cocco & Harper, 2002).

Thema 7 van de Leefstijltraining-PLUS gaat over het weigeren van middelen. Deze sociale vaardigheid heeft tevens centrale plaats in de oorspronkelijke Leefstijltraining. In de aangepaste training is het thema vereenvoudigd door materialen uit de Goldsteinmethode in te zetten. Cliënten oefenen de sociale vaardigheid met een rollenspel (in paragraaf 5 komt het rollenspel uitgebreider aan bod). De persoonlijk begeleider ondersteunt de cliënt bij de

toepassing van deze vaardigheid in het dagelijks leven door in gesprek te gaan en situaties te oefenen.

5.3.4 *Het gaat een keer mis. En dan?*

Het laatste thema gaat over terugval. In dit thema staat de bespreekbaarheid van terugval centraal en krijgt de cliënt vaardigheden aangereikt om terugval te doorbreken. Structurele afspraken over terugvalpreventie worden in het ondersteuningsplan van de cliënt vastgelegd. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over de dagstructuur die een cliënt nodig heeft om 'clean' te blijven en de permanente ondersteuning die de cliënt nodig heeft om deze structuur te handhaven.

6 De vorm van de training

6.1 Inleiding

De vorm van de Leefstijltraining-PLUS is op verschillende wijzen aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van de doelgroep. We bespreken achtereenvolgens hoe de werkvormen, de opzet van de bijeenkomsten en de gesprekstechnieken zijn aangepast in de Leefstijltraining-PLUS.

6.2 Werkvormen

Om aan te sluiten bij de leermogelijkheden van de doelgroep bevat de aangepaste training alternatieve werkvormen, zoals eenvoudige werkbladen en rollenspellen. Daarnaast is een E-health module ontwikkeld die bij Brijder Verslavingszorg aangeboden wordt.

6.2.1 Werkbladen

De reguliere leefstijltraining bevat veel schrijfoopdrachten. Uit de interviews tijdens ons vooronderzoek kwam echter naar voren dat deze vaak te moeilijk zijn voor LVB-cliënten. Dit heeft te maken met beperkingen op het gebied van (verbale) informatieverwerking, reflectief denkvermogen, inzicht in het verband tussen oorzaak en gevolg en tenslotte de ordening, rangschikking en differentiatie van informatie (De Wit e.a., 2011). In de Leefstijltraining-PLUS komen schrijfoopdrachten daarom in beperkte mate en in een sterk vereenvoudigde vorm voor. De opdrachten zijn aangepast op de volgende manieren:

- De cliënt ontvangt per opdracht een werkblad dat alleen de meest relevante informatie bevat.
- De cliënt krijgt in de bijeenkomst alleen het werkblad uitgereikt dat van toepassing is.
- De tekst op het werkblad wordt ondersteund door aansprekende afbeeldingen.
- De tekst en de afbeeldingen op het werkblad worden van tevoren door de behandelaar aangepast aan de individuele situatie van de cliënt.
- De behandelaar en de cliënt vullen samen het werkblad in.
- De cliënt krijgt een map, die hij elke sessie mee neemt. Voorin de map zit een afsprakenkaart met daarop de noodzakelijke telefoonnummers. De ingevulde werkbladen worden in de map gedaan.

Voor de ontwikkeling van de afbeeldingen op de werkbladen is gebruik gemaakt van enkele principes van de Goldsteinmethode. De afgebeelde figuur toont zowel het inadequate als het adequate gedrag. Dit wordt 'modeling' genoemd. *Modeling* is effectiever naarmate het model:

- Een meer bedreven of deskundige indruk maakt.
- Een hogere status heeft.
- Meer overeenkomst heeft met de deelnemer, bijvoorbeeld in geslacht en leeftijd.
- Vriendelijk en behulpzaam is.

- Positieve gevolgen ervaart door het gewenste gedrag.

Het gedrag wordt beter aangeleerd wanneer:

- Het gedrag duidelijk en gedetailleerd is.
- Het meerdere malen wordt getoond.
- De volgorde van de voorbeelden van gemakkelijk naar moeilijk verloopt.
- Onbelangrijk gedrag wordt weggelaten.
- Verschillende modellen het gedrag tonen.

(www.goldstein.nl)

6.2.2 Rollenspellen

Mensen met een LVB hebben over het algemeen een minder goed ontwikkelde (verbale) informatieverwerking, een korte concentratie en een beperkt werkgeheugen. Rollenspellen kunnen daarom een goede afwisseling vormen met de gesprekken tijdens de bijeenkomsten (De Wit e.a., 2011). De aangepaste training bevat meer rollenspellen dan de oorspronkelijke leefstijltrainingen, waar rollenspellen alleen worden ingezet bij het onderwerp 'nee leren zeggen'. In de aangepaste training worden rollenspellen benut in de volgende situaties:

- Bewustwording van gevoel vóór en na het middelengebruik.
- Omgaan met trek.
- Nee zeggen.
- Omgaan met terugval.

Ook in de Goldsteinmethode wordt gebruik gemaakt van rollenspellen, waarin de deelnemers het gewenste gedrag oefenen. De rollenspellen worden opgebouwd van gemakkelijk naar moeilijk door te beginnen met imitatie, en daarna steeds meer variatie en improvisatie in te brengen. Condities die bijdragen aan succesvolle gedragsoefening zijn:

- Participatie aan rollenspel is eigen keuze van cliënt.
- Het aangeleerde gedrag sluit aan bij het natuurlijke gedrag van de cliënt.
- De cliënt krijgt de gelegenheid te oefenen met improvisatie.
- De cliënt ervaart bijval, beloning en bekrachtiging tijdens de gedragsoefening.

(www.goldstein.nl)

6.2.3 Oefeningen voor thuis

Door de moeite met (verbale) informatieverwerking en generalisering is het van belang om extra aandacht te besteden aan de transfer van de kennis en vaardigheden (De Wit e.a., 2011). Om de transfer te bevorderen krijgt de cliënt oefeningen die hij thuis kan uitvoeren. Dit zijn eenvoudige opdrachten die samen met de persoonlijk begeleider uitgevoerd worden. De oefeningen zijn zo aangepast, dat ze haalbaar zijn voor cliënten en bijdragen aan de motivatie van de cliënt.

Een verschil met de oorspronkelijke Leefstijltraining is bijvoorbeeld dat de opdrachten samen met de persoonlijk begeleider worden uitgevoerd. Een inhoudelijk verschil is dat de cliënt geen trek, gedachten en gevoelens bijhoudt, maar alleen concreet gedrag, namelijk het middelengebruik. Daarnaast krijgen de cliënten de opdracht om de aangeleerde gedragsvaardigheden te oefenen in het dagelijks leven, zodat er transfer en generalisatie

plaatsvindt. De persoonlijk begeleider biedt de benodigde ondersteuning en creëert de voorwaarden die de cliënt nodig heeft om succeservaringen op te doen. Bovendien vormen de oefeningen een gelegenheid om de bespreekbaarheid van het onderwerp 'middelengebruik' te vergroten.

6.2.4 E-health module

Naast de werkbladen is er een E-health module ontwikkeld. Deze bestaat uit eenvoudige opdrachten met dezelfde illustraties als in de werkbladen en weinig tekst. De cliënt kan de opdrachten maken op de computer als aanvulling op de face-to-face-contacten met de behandelaar en persoonlijk begeleider.

Met de E-health module heeft de behandelaar een extra optie tot zijn beschikking om de Leefstijltraining aan te passen aan het ontwikkelingsniveau en de interesses van de cliënt. Zo kunnen cliënten antwoorden aanklikken of typen in plaats van schrijven. Dit kan een drempelverlagende werking hebben voor cliënten met minder goed ontwikkelde schrijfvaardigheden. De E-health module biedt tevens de mogelijkheid om de opgedane kennis en vaardigheden te herhalen in de thuissituatie. Daarnaast kan de cliënt in contact komen met de behandelaar via het 'contactscherf'.

6.2.5 Andere werkvormen

In de aangepaste training wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van werkvormen die aansluiten bij de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van de cliënt. De behandelaar kan bijvoorbeeld een flap-over of white board gebruiken om letterlijk de situatie te schetsen. Zo kunnen de cliënt, behandelaar en persoonlijk begeleider een helder beeld krijgen van bijvoorbeeld een situatie waarin de cliënt trek krijgt. Andere werkvormen zijn het spel TRIP en de kaartjes met voor- en nadelen (zie figuur 3). De behandelaar heeft zo de mogelijkheid om variatie aan te brengen in werkvormen, zodat hij de bijeenkomst aan kan passen aan de begeleidingssituatie van dat moment. In de *Handleiding voor de trainers* van de Leefstijltraining-PLUS worden nog meer suggesties gedaan voor alternatieve werkvormen.

TRIP

TRIP is een bordspel dat gebruikt wordt om LVG-jongeren voorlichting te geven over alcohol en drugs. Het is ontwikkeld door Brijder Verslavingszorg en het Trimbos-instituut. Het spel is verkrijgbaar via het Trimbos-instituut: www.trimbos.nl.

Kaartjes met voor- en nadelen

De kaartjes zijn ontworpen voor de Leefstijltraining voor LVB-clienten. Het zijn kaartjes met afbeeldingen en een beschrijving van mogelijke voor- en nadelen die gepaard gaan met middelengebruik. De cliënt kan een visuele balans maken door de kaartjes te kiezen die op zijn situatie van toepassing zijn. De formats voor de kaartjes zijn te downloaden via www.inholland.nl/lvgenverslaving.

Figuur 3: Het bordspel TRIP en de kaartjes met voor- en nadelen

6.3 De opzet van de bijeenkomsten

De vorm van de Leefstijltraining-PLUS wordt niet alleen bepaald door de beschikbare materialen. De opzet van de bijeenkomsten is eveneens een belangrijke factor in de uitvoering van de training. We denken hierbij aan de indeling, de tijdsduur en de plaats van de bijeenkomsten. De persoonlijk begeleider en behandelaar stemmen de vorm van de training af op de beperkingen en mogelijkheden van de cliënt.

6.3.2 De indeling van de bijeenkomsten

De bijeenkomsten worden gekenmerkt door duidelijkheid, herhaling, een beperkte hoeveelheid informatie, afwisseling en aandacht voor actuele zorgen.

De structuur van de bijeenkomsten dient helder te zijn voor de cliënt, zodat hij weet wat hem te wachten staat (Miller & Rollnick, 2005; De Wit e.a., 2011). Aan het begin van de bijeenkomst wordt daarom in overleg met de cliënt een agenda gemaakt. Omdat het tijdsgevoel van cliënten vaak niet goed ontwikkeld is, is het belangrijk dat de behandelaar met de cliënt tevens een afspraak maakt over de tijdsduur van de sessies. Er is een klok aanwezig zodat de tijd bewaakt kan worden.

Door de cognitieve beperkingen is het voor cliënten moeilijk om veel nieuwe informatie te verwerken. Elke bijeenkomst bevat daarom herhaling en een beperkte hoeveelheid nieuwe informatie. Veel cliënten hebben bovendien een korte spanningsboog. Daarom is het van belang dat de trainer zorgt voor korte en gevarieerde activiteiten. De Leefstijltraining-PLUS voorziet hierin door de aangepaste opbouw en afwisselende werkvormen.

De structuur van de bijeenkomst dient flexibel te worden aangepast aan het cognitieve en sociaal-emotionele niveau van de individuele cliënt. Per cliënt wordt samen met een gedragswetenschapper geschat welke beperkingen en mogelijkheden de cliënt heeft en welke gevolgen deze hebben voor de gewenste structuur van de training. De training wordt vervolgens op een zodanige manier aangepast, dat de cliënt de bijeenkomsten succesvol kan volgen.

Als een cliënt andere actuele zorgen heeft, kan het moeilijk zijn om concentratie op te brengen, omdat de aandacht wordt afgeleid (Klinger & Cox, 2004; Wiers, 2007). Aan het begin van de sessie is het daarom van belang te vragen hoe het met de cliënt gaat en wat hem bezig houdt. Soms is het belangrijk om andere zaken prioriteit te geven, bijvoorbeeld als een cliënt zich zorgen maakt over post, financiën, huisvesting of relationele zaken. Dit is een verandering vergeleken met de reguliere leefstijltraining, waarin de behandelaar pas in het laatste deel van de Leefstijltraining in gaat op andere problemen die de cliënt aandraagt.

6.3.3 Tijdsduur

Naast de indeling is tevens de tijdsduur van de bijeenkomsten van belang, omdat mensen met een LVB vaak moeite hebben met een langdurige concentratie en met (verbale) informatieverwerking (De Wit e.a., 2011). Het kan voor de cliënten drempelverhogend werken wanneer de bijeenkomst naar hun mening te lang duurt. Daarom wordt in overleg met de gedragswetenschapper, de persoonlijk begeleider en de cliënt afgesproken hoe lang

de bijeenkomst duurt. Dit is mede afhankelijk van de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van de cliënt en van eventuele bijkomende problematiek, zoals ADHD. Daarnaast kan een cliënt ontwenningverschijnselen vertonen doordat hij gedurende de bijeenkomst geen middelen gebruikt. Over het algemeen geldt: hoe lager het IQ en de sociaal-emotionele ontwikkeling en hoe groter de bijkomende problematiek, hoe korter de bijeenkomst dient te zijn. De drempel om aanwezig te zijn, dient zo laag mogelijk te worden gehouden, zodat de cliënt de training met succes kan afronden. Wat het succes inhoudt, is per cliënt verschillend en wordt van tevoren ingeschat door de behandelaar en persoonlijk begeleider.

6.3.4 Plaats

Voorafgaand aan de training overleggen de behandelaar, persoonlijk begeleider en de cliënt over de locatie van de behandeling. De training kan bijvoorbeeld plaatsvinden bij de cliënt thuis of bij de instelling voor verslavingszorg. De keuze is afhankelijk van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt enerzijds, en de beschikbaarheid van de behandelaar en persoonlijk begeleider anderzijds.

De woning van de cliënt kan een geschikte optie zijn wanneer de drempel voor de cliënt hoog is om naar de instelling te reizen. Een ander argument voor de keuze van deze locatie is de transfer van de aangeleerde kennis en vaardigheden. Deze verloopt beter naar mate de besproken of in een rollenspel nagespeelde situatie meer lijkt op de werkelijke situatie. De effectiviteit van de training kan dus groter zijn wanneer de training bij de cliënt thuis plaatsvindt.

Soms kan het wenselijk zijn om de bijeenkomsten plaats te laten vinden op het adres van de verslavingszorginstelling. Een van de redenen is bijvoorbeeld het strakke tijdschema van de leefstijltrainers. Zij hebben niet altijd de mogelijkheid om naar de woning van de cliënt te reizen.

6.4 Gesprekstechnieken

6.4.1 Taalgebruik

Uit de interviews en de bijeenkomsten met de hulpverleners is gebleken dat het taalgebruik van de bestaande leefstijltrainingen te moeilijk is voor LVB-cliënten. Een organisatie met expertise op het gebied van onder andere begeleiding en training van mensen met een beperking is MEE. Deze organisatie adviseert concrete en eenvoudige teksten te gebruiken. De zinnen dienen gemiddeld te bestaan uit 6 à 7 woorden en geen bijzinnen en abstracte begrippen te bevatten. Alleen de kern van de boodschap dient te worden verteld. Deze sluit zoveel mogelijk aan bij de belevingswereld van de lezer (voor meer informatie, zie [www. MEE.nl](http://www.MEE.nl) en De Wit e.a., 2011). We hebben de terminologie van de Leefstijltraining aangepast en door de adviesgroep *LVG en Verslaving* laten beoordelen (zie bijlage).

6.4.2 Motiverende Gespreksvoering

Een belangrijke interventiestrategie die wordt toegepast tijdens een Leefstijltraining is Motiverende Gespreksvoering, ontwikkeld door de Amerikaanse psycholoog Miller. Motiverende Gespreksvoering is een wetenschappelijk onderbouwde methode en wordt zowel als losse interventie aangeboden als in combinatie met andere interventies. De effectiviteit van Motiverende Gespreksvoering is niet aangetoond bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Toch wordt Motiverende Gespreksvoering net als bij de reguliere leefstijltrainingen ingezet bij de Leefstijltraining-PLUS, omdat de professionals van de adviesgroep *LVG en Verslaving* hiermee goede ervaringen hadden.

Motiverende Gespreksvoering is ‘een cliëntgerichte, directieve methode om te bevorderen dat de cliënt intrinsiek gemotiveerd wordt tot verandering, door ambivalentie te verkennen en op te lossen’ (Miller & Rollnick, 2005, p.49). Belangrijker dan de gesprekstechnieken is het fundament van Motiverende Gespreksvoering, namelijk het begrijpen en ervaren van de belevingswereld van de ander. Het fundament bestaat uit drie basiswaarden:

- *Samenwerking*. De hulpverlener heeft geen autoritaire houding, maar stelt zich coöperatief en betrokken op.
- *Evocatie*. De toon van de gespreksvoerder is uitlokkend in plaats van onderwijzend. De hulpverlener zoekt naar innerlijke motivatie bij de cliënt en roept deze op.
- *Autonomie*. De verantwoordelijkheid voor verandering ligt bij de cliënt. De hulpverlener heeft respect voor de autonomie van de cliënt. De cliënt is vrij om hulp te vragen of om dat niet te doen.

De vier principes van Motiverende Gespreksvoering zijn:

1. *Empathie uitdrukken*. De hulpverlener heeft een cliëntgerichte en empathische hulpverleningsstijl door reflectief te luisteren. Hij verkent het perspectief van de cliënt zonder zelf te oordelen. Ambivalentie wordt beschouwd als een normaal onderdeel van verandering.
2. *Discrepantie ontwikkelen*. Er kan verandering op gang komen als de cliënt discrepantie ontdekt tussen de huidige situatie en belangrijke doelen van de cliënt. De cliënt draagt zelf de argumenten aan voor verandering.
3. *Meegaan met weerstand*. De hulpverlener hoeft weerstand niet te bestrijden. Weerstand is een signaal dat de hulpverlener een andere benadering moet kiezen. De cliënt wordt beschouwd als bron van antwoorden en oplossingen. De hulpverlener vermijdt discussie.
4. *Persoonlijke effectiviteit ondersteunen*. Het geloof in eigen kunnen is belangrijk voor verandering. Als de hulpverlener gelooft dat de cliënt kan veranderen, krijgt de cliënt meer vertrouwen. De cliënt blijft zelf verantwoordelijk voor de keuze en uitvoering van verandering (Miller & Rollnick, 2005).

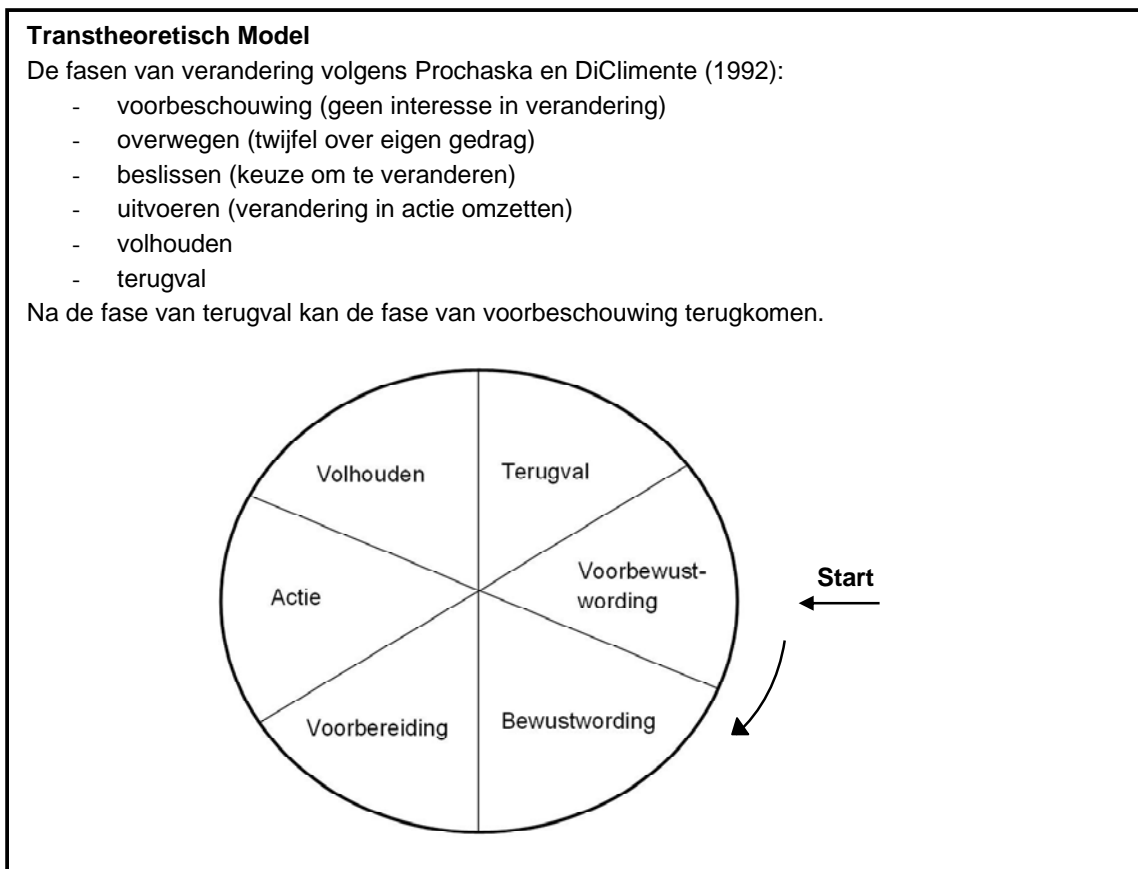
Deze principes zijn belangrijk voor de houding van de hulpverlener. Vijf gesprekstechnieken kunnen ingezet worden gedurende het gehele hulpverleningsproces:

1. *Open vragen stellen*. De hulpverlener werkt aan een vertrouwensbasis door zorgvuldig te luisteren en de cliënt te stimuleren tot openheid. Hij stelt bij voorkeur

niet meer dan drie vragen achter elkaar en laat de cliënt zoveel mogelijk aan het woord zijn.

2. *Reflectief luisteren*. De hulpverlener brengt verdieping aan in het gesprek door reflectief te luisteren en zo kleine stapjes verder te gaan.
3. *Bevestigen*. De hulpverlener uit complimenten, waardering en begrip.
4. *Samenvatten*. De hulpverlener maakt regelmatig een samenvatting tussendoor (vaak afgesloten met 'en verder?') en om het gesprek te beëindigen.
5. *Verandertaal uitlokken*. De hulpverlener gebruikt directieve taal, waarmee de ambivalente houding van de cliënt ten aanzien van het middelengebruik zichtbaar wordt en opgelost kan worden.

Het is belangrijk dat de hulpverlener aansluit bij de fase waarin de cliënt zich bevindt met betrekking tot het ontwikkelen van motivatie. Als de cliënt er klaar voor is, kan er een plan opgesteld worden. Het Transtheoretisch Model van Prochaska en DiClemente (2004) geeft de verschillende fasen van verandering weer (Rutten e.a., 2009; Hetteema e.a., 2005).



Figuur 4: Het Transtheoretisch Model van Prochaska en DiClemente (2004)

De sessies die gericht zijn op motivering passen bij de fase 'overwegen'. De cliënt twijfelt over zijn middelengebruik. In deze fase werkt de cliënt samen met de behandelaar en begeleider toe naar een voor-en-nadelenbalans. De eerste drie thema's (inventarisatie

gebruik, kennis en gevoel) bereiden de cliënt voor op het vierde thema: de voor-en-nadelenbalans.

De sessies overlappen deels. Door de herhaling kan de cliënt zich de kennis en vaardigheden beter eigen maken. De cliënt krijgt bovendien meer tijd om een afweging te maken om te stoppen of te minderen. Daarnaast krijgt de behandelaar informatie over de motivatie van de cliënt, bijvoorbeeld over de drie componenten van motivatie, zijnde bereidheid, vermogen en gereedheid (Miller & Rollnick, 2005).

1. *Bereidheid*: de cliënt ziet het belang van verandering omdat hij een discrepantie ervaart tussen de huidige en de gewenste toestand. Als de stand van zaken voldoende afwijkt van het gewenste of verwachte ideaal, ontstaat de motivatie om te veranderen. Als de cliënt vooral voordelen ervaart van zijn verslaving, is de kans klein dat hij het besluit neemt om in behandeling te gaan.
2. *Vermogen*: de cliënt heeft vertrouwen in verandering. Als een cliënt er niet in gelooft dat hij daadwerkelijk kan afkicken, is de kans klein dat hij daarin slaagt.
3. *Gereedheid*: de cliënt geeft prioriteit aan de verandering. Als er zich voor de cliënt meer urgente problemen voordoen, is de kans op gedragsverandering klein.
Bijvoorbeeld: Als een cliënt dakloos is of net een dierbare heeft verloren, is de kans kleiner dat hij wil afkicken van zijn verslaving.

De behandelaar dient zich bewust te zijn van deze drie componenten van motivatie. Hij past de gesprekstechnieken aan op de mate waarin de cliënt bereidheid, vermogen en gereedheid heeft om te veranderen.

Gedragsverandering komt op gang wanneer iemand zich kan verbinden aan een doel dat in zijn ogen waardevol is (Miller & Rollnick, 2005). Dat geldt ook voor LVB-cliënten. Uit het vooronderzoek komt naar voren dat cliënten het belangrijk vinden dat zij invloed kunnen uitoefenen op hun dagelijks leven. Zij vinden het belangrijk dat hulpverleners hun wensen, mogelijkheden en beperkingen serieus nemen. Het is daarom belangrijk dat de hulpverlener aansluit bij de bereidheid, het vermogen en de gereedheid van de cliënt en de fase van verandering waarin hij verkeert. Dit is tevens een belangrijk uitgangspunt van Motiverende Gespreksvoering: gebrek aan bereidheid, vermogen of gereedheid is een normaal stadium in het veranderingsproces. De hulpverlener past de gesprekstechnieken aan al naar gelang het proces waarin de cliënt zich bevindt (Miller & Rollnick, 2005; De Wit e.a., 2011).

6.4.3 Oplossingsgerichte Methodiek

Naast Motiverende Gespreksvoering is de Oplossingsgerichte Methodiek verwerkt in de Leefstijltraining-PLUS. Deze benadering sluit aan bij de wensen van cliënten en verwanten ten aanzien van de houding van de hulpverleners, namelijk een positieve benadering waarin de cliënt zich serieus genomen en geaccepteerd voelt. In elk thema van de Leefstijltraining-PLUS worden suggesties gedaan voor oplossingsgerichte vragen.

Een professional die oplossingsgericht werkt, richt zich niet op het probleem, maar op de wensen van de cliënt en de oplossingen die de cliënt ziet om deze wensen te realiseren. Hij stimuleert de cliënt om zelf oplossingen te vinden voor de ervaren problemen. De aandacht

is gericht op het doel, de oplossingen en competenties van de cliënt. De professional gebruikt oplossingsgerichte vragen om effectieve oplossingen te bevorderen (Roeden & Bannink, 2007).

Het gaat hier om vijf soorten vragen, die in de Leefstijltraining terugkomen:

1. *De vraag naar verandering voor het eerste gesprek*

Tussen de aanmelding en het eerste gesprek zit vaak tijd. De Oplossingsgerichte Methodiek gaat ervan uit dat cliënten zelf al hebben geprobeerd het probleem op te lossen. De hulpverlener sluit aan bij de actie die de cliënt zelf heeft ondernomen en geeft de cliënt een compliment voor de bereikte verandering. Deze vraag kan gesteld worden in de eerste bijeenkomst.

2. *De vraag naar uitzonderingen*

De hulpverlener zoekt samen met cliënten naar de momenten dat het probleem er minder of niet was en vraagt hierover door. Deze vraag komt bijvoorbeeld terug in thema 6 over 'Trek': *Wanneer lukte het om niet te gebruiken? Wat deed je toen?*

3. *De vraag naar het doel*

De hulpverlener stelt een vraag om de wenselijke situatie in kaart te krijgen. Dit kan plaatsvinden op meerdere momenten, zoals in het gesprek in voorbereiding op de training en in thema 5 'Mijn plan'. De hulpverlener vraagt: *Wat wil je bereiken? Wat vind jij belangrijk?* De cliënt bedenkt zelf een doel dat gericht is op het middelengebruik of de gevolgen die hij ondervindt van het middelengebruik.

4. *De vraag: En wat nog meer?*

De hulpverlener vraagt door bij elke positieve ervaring en vergroot de succesvolle details uit. Dit kan in elk thema voorkomen. De hulpverlener vraagt bijvoorbeeld bij thema 2 'Wat weet ik' door over de kosten, smaak en het effect van het middelengebruik.

5. *De vraag naar vaardigheden (competenties) waar de cliënt al over beschikt*

De hulpverlener gaat ervan uit dat de cliënt al beschikt over vaardigheden om het probleem op te lossen. De competentievragen beginnen vaak met 'hoe', bijvoorbeeld: *Hoe deed je dat?*

Door positieve bekrachtiging stimuleert de hulpverlener de vaardigheden van de cliënt. Dat kan op drie manieren:

- Een direct compliment geven: *'Wat goed van je om daarheen te gaan'*.
- Een indirect compliment geven: *'Hoe kwam je op het goede idee om...?'*
- Een positieve karakteraanwijzing geven: *'Dan moet je wel heel geduldig zijn'*.

Deze positieve bekrachtiging is gedurende de gehele Leefstijltraining van belang.

7 De transfer naar het dagelijks leven

7.1 Inleiding

Transfer of generalisatie betekent dat '*...het gedrag dat in specifieke situaties is aangeleerd, ook wordt vertoond in andere situaties*' (Rigter, 2004, p. 57). De generalisatie verloopt beter wanneer de nieuwe situatie overeenkomt met de oorspronkelijke situatie en wanneer de persoon in kwestie een beloning krijgt voor het vertonen van het aangeleerde gedrag.

Transfer en generalisatie worden in de literatuur op verschillende wijzen gedefinieerd en aan elkaar gelieerd. In de aangepaste training maken we een onderscheid tussen de twee begrippen. Met transfer doelen we op de mate waarin de kennis en vaardigheden die tijdens de training zijn aangeleerd in het dagelijks leven worden toegepast. Onder generalisatie verstaan we de toepassing van vaardigheden en kennis in situaties die verschillen van de geoefende situatie (Didden, 2006).

7.2 Transfer en mensen met een LVB

Extra aandacht voor de transfer en generalisatie van aangeleerde kennis en vaardigheden is een voorwaarde voor een effectieve behandeling bij mensen met een LVB (Didden, 2006; Moonen, 2007; De Wit e.a., 2011). Uit de enquête, de interviews en de gesprekken met professionals is gebleken dat de transfer van kennis en vaardigheden naar de dagelijkse situatie van cliënten zeer beperkt is. Hierdoor is het effect van de reguliere Leefstijltraining bij veel mensen met een LVB gering. Een struikelblok vormt bijvoorbeeld het toepassen van kennis en vaardigheden in nieuwe situaties, evenals het nakomen van gemaakte afspraken.

De beïnvloedbaarheid van cliënten vormt volgens hulpverleners bovendien een belemmerende factor in de transfer. Door sociale kwetsbaarheid zijn cliënten extra vatbaar voor dealers en kennissen die hen middelen aanbieden. Wanneer cliënten buiten de behandelsetting komen, vallen zij snel terug in het oude gedrag. De aangeleerde kennis en vaardigheden worden dan niet of onvoldoende benut in het dagelijks leven.

7.3 Aandacht voor de transfer en generalisatie

De vaardigheden die cliënten krijgen aangereikt, worden tijdens de training geoefend zodat de cliënten deze ook in het dagelijks leven weten toe te passen. In de rollenspellen worden situaties uit het dagelijks leven van de cliënt centraal gesteld. Deze situaties worden zo concreet mogelijk beschreven en steeds verder uitgebreid. De generalisatie en transfer worden bevorderd als de cliënt heeft geleerd de vaardigheid toe te passen in uiteenlopende situaties. Daarnaast is de kans op een succesvolle transfer groter naarmate de trainingssituatie meer overeenkomsten vertoont met de leefsituatie van de cliënt

(www.goldstein.nl). Daarom wordt vooraf besproken of het mogelijk is om de training bij de cliënt thuis te houden.

Daarnaast krijgt de cliënt oefeningen mee voor de thuissituatie. Het is belangrijk dat de cliënt ook in deze situatie feedback en bekrachtiging ontvangt. De persoonlijk begeleider en het sociale netwerk vervullen hierbij een sleutelpositie. De oefeningen voor thuis worden vervolgens in de training herhaald en geëvalueerd.

7.4 Samenwerking

Om de transfer en generalisatie beter te laten verlopen, is een goede samenwerking tussen de cliënt, het sociale netwerk, de behandelaar en persoonlijk begeleider noodzakelijk. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk dat er een goede afstemming plaatsvindt over de doelen van de cliënt en de ondersteuning die de cliënt nodig heeft om deze doelen te bereiken. De afstemming begint al voorafgaand aan de training, wanneer de persoonlijk begeleider en behandelaar contact met elkaar zoeken. De persoonlijk begeleider brengt daarna – samen met een gedragswetenschapper – de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van de cliënt in beeld, zodat de training optimaal aangepast kan worden aan de mogelijkheden van de cliënt. Op deze wijze kan eveneens vastgesteld worden welke ondersteuning de cliënt nodig heeft om de transfer goed te laten verlopen.

De persoonlijk begeleider gaat bovendien in gesprek met de cliënt om afstemming te bereiken over de wenselijke koers tijdens de training en de benodigde ondersteuning.

7.5 Rol van de persoonlijk begeleider bij de transfer

De persoonlijk begeleider kent de cliënt vanuit de woonsituatie. De begeleider vervult op twee manieren een belangrijke rol in de transfer en generalisatie van de aangeleerde kennis en vaardigheden.

Ten eerste ondersteunt de persoonlijk begeleider de cliënt tijdens de bijeenkomsten door met hem mee te denken bij de antwoorden op de vragen over bijvoorbeeld de analyse van het middelengebruik of de mogelijke alternatieven voor het gebruik.

Ten tweede ondersteunt de begeleider de transfer van de opgedane kennis en vaardigheden tijdens de training naar de woonsituatie. Dit vindt plaats op een aantal manieren:

- Samen met de cliënt wordt nagedacht over diens toekomstperspectief. Zo kan de training ingebed worden in de ondersteuningsvraag van de cliënt en kunnen concrete doelen worden opgesteld en nagestreefd die passen binnen deze vraag.
- Samen met de cliënt wordt nagedacht over welke beloningen en alternatieven ingezet kunnen worden om de gedragsverandering te bereiken.
- De cliënt wordt ondersteund in de afspraken die hij gemaakt heeft tijdens de training door de juiste randvoorwaarden te creëren.
- De huiswerkopdrachten worden geoefend in de praktijk, bijvoorbeeld in welke situaties de cliënt 'nee kan zeggen', hoe om te gaan met de vriendenkring of hoe om te gaan met trek.

7.6 Rol van het sociale netwerk bij de transfer

Voor een effectieve uitvoering van de Leefstijltraining-PLUS is het van belang om het sociale netwerk zoveel mogelijk te betrekken bij de behandeling, met name als het gaat om het toepassen van de oefenstof in het dagelijks leven.

Uit de interviews met de ouders kwam naar voren dat zij het belangrijk vinden om samen te werken met de betrokken hulpverleners. Vaak zijn contacten met familie en anderen echter verbroken of beschadigd. Veel cliënten hebben naast de begeleiders weinig sociale contacten. Hierdoor kan het lastig zijn om het sociale netwerk te betrekken bij de behandeling.

Op twee manieren kan het sociale netwerk een rol spelen tijdens de behandeling. Ten eerste kunnen belangrijke personen uit het netwerk van de cliënt de transfer naar de dagelijkse situatie bevorderen door de cliënt te ondersteunen bij het bereiken van zijn of haar doel. Daarom is het van belang om deze bestaande contacten te versterken en indien mogelijk en wenselijk het sociale netwerk uit te breiden.

Ten tweede kan de begeleider of de behandelaar de cliënt ondersteunen door de leden van het sociale netwerk te informeren over de behandeling. Veel cliënten gebruiken hun middelen onder invloed van anderen, omdat ze aansluiting zoeken bij een groep of omdat ze zich eenzaam voelen. De leden van het sociale netwerk kunnen bijvoorbeeld stoppen met het aanbieden van drank of drugs (zie ook De Wit e.a., 2011).

De reguliere Leefstijltraining biedt in twee bijeenkomsten de mogelijkheid om belangrijke personen uit het netwerk uit te nodigen. Dit is in de Leefstijltraining-PLUS eveneens het geval. In overleg met de cliënt en de persoonlijk begeleider wordt besloten wie de cliënt sociale steun kan bieden en tijdens welke bijeenkomsten deze persoon aanwezig zal zijn.

Literatuur

- APA, American Psychiatric Association (2006). *Beknopte Handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Barrett, N. en Paschos, D. (2006). Alcohol-related problems in adolescents and adults with intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry* 19, pp. 481-485.
- Christian, L., en Poling, A. (1997). Drug abuse in persons with mental retardation: a review. *American Journal on Mental Retardation* 102 (2), p.126-136.
- Cocco, K.M. en Harper, D.C. (2002). Substance use in people with mental retardation: a missing link in understanding community outcomes? *Rehabilitation Counseling Bulletin* 46 (1), pp. 33-40.
- Didden, R. (2006a). *Gedragsanalyse en –therapie bij mensen met een verstandelijke beperking*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Didden, R. (Red.) (2006b). In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hettema, J., Steele, J. en Miller, W.R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review Clinical Psychology* 1, pp. 91–111.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010). *Gebrekkige Indicatiestelling en Samenwerking Bedreiging voor Kwaliteit van Zorg voor Licht Verstandelijk Gehandicapten*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Jong, C. de, Haan, H. de en Wetering, B. van de (red.) (2009). *Verslavingsgeneeskunde: Neurofarmacologie, Psychiatrie en Somatiek*. Assen: Van Gorcum.
- Klinger, E and Cox, W.M. (2004). Motivation and the theory of current concerns. Uit: Cox, W.M. and Klinger, E. (Ed.). *Handbook of Motivational Counseling - Concepts, Approaches, and Assessment*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.
- Lindsay, W.R. (2007). Offenders with mild intellectual and developmental disabilities: Epidemiology, assessment and treatment. In: Didden, R. en Moonen, X. (red.). *Met het oog op behandeling 2: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Utrecht / Den Dolder: Landelijk Kenniscentrum LVG / Expertisecentrum De Borg.
- McGillicuddy, N.B. en Blane, H.T. (1999). Substance use in individuals with mental retardation. *Addictive Behaviors* 24 (6), pp. 869-878.
- Miller, W.R. en Rollnick, S. (2005). *Motiverende Gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Theologische uitgeverij Ekklesia.
- Moonen, X.M.H. en Verstegen, H.A.P. (2006). LVG-Jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek & Praktijk* 4 (1), pp. 23-28.
- Mutsaers, K., Blekman, J.W. en Schipper, H.C. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik: wat is er tot op heden bekend?* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ponsioen, A. en Molen, M. van der (2007). Leervaardigheden van jongeren met een licht verstandelijke beperking. In: Didden, R. en Moonen, X. (red.). *Met het oog op*

- behandeling 2: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.* Utrecht / Den Dolder: Landelijk Kenniscentrum LVG / Expertisecentrum De Borg.
- Prochaska J.O., DiClemente, C.C. en Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist* 47 (9), pp. 1102-1114.
- Ras, M., Woittiez, I., Van Kempen, H. en Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rietdijk, E. (2001). Literatuurstudie. Effectiviteit van Cognitieve Gedragstherapie bij verslaving: een review van de empirische evidentie. In: Wildt, W.A.J.M. de. *Leefstijltraining 2. Langer durende individuele verslavingsbehandeling.* Zeist: Cure and Care Publishers.
- Rigter, J. (2004). *Psychologie voor de praktijk.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Roeden en Bannink (2007). *Handboek Oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten.* Amsterdam: Pearson.
- Rutten, R., Loth, C. en Hulshoff, A. (red.) (2009). *Verslaving: handboek voor zorg, begeleiding en preventie.* Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B. en McFarlane, C. (2007). Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health and Social Care in the Community* 15 (4), pp. 360-368.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B. en Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 50 (8), pp. 588-597.
- Vermeulen, T., Jansen, M en Feltzer, M. (2007). LVG: een lichte verstandelijke handicap met zware gevolgen. Een onderzoek naar de problematiek van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen. *Onderzoek en Praktijk* 5 (2), pp. 4-15.
- Werkgroep Verslaving (2005). *Eindrapportage werkgroep verslavingsproblematiek op Esdégé-Reigersdaal, Heerhugowaard.*
- Wiers, R. (2007). *Slaaf van het onbewuste: over emotie, bewustzijn en verslaving.* Amsterdam: uitgeverij Bert Bakker.
- Wildt, W.A.J.M. de (2001). *Leefstijltraining 2. Langer durende individuele verslavingsbehandeling.* Zeist: Cure and Care Publishers.
- Wit, M. de, Moonen, X.M.H. en Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking.* Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Bijlage

Leden adviesgroep *LVG en Verslaving*

De Leefstijltraining voor LVB-cliënten is tot stand gekomen in samenwerking met de adviesgroep *LVG en Verslaving*.

Naam	Functie	Organisatie
Petra Moritz	Senior kliniek De Ronde	Esdégé-Reigersdaal
Anuscka Smalenburg	Senior begeleider	Esdégé-Reigersdaal
Drs. Tim Schonk	Psycholoog 'De Waaier'	Esdégé-Reigersdaal
Sonja van Rossum	Begeleider	's Heeren Loo
Marc Mulder	Teammanager	's Heeren Loo
Alex Meijer	Gedragskundige	's Heeren Loo
Astrid Beers	Persoonlijk begeleider Team Ambulante Ondersteuning	's Heeren Loo
Mirjam Hermans	HBO-behandelaar jeugd	Brijder Verslavingszorg
Hester Douma	Behandelaar	Brijder Verslavingszorg
Saskia Goedhart	Behandelaar	Brijder Verslavingszorg
Drs. Nanda den Hollander	Teammanager Zorg Brijder Leefstijl Alkmaar, GZ-psycholoog, projectleider combibehandeling	Brijder Verslavingszorg
Simone Bakker	Behandelaar	Brijder Verslavingszorg
Ernst Cartigny	Docent	Hogeschool Inholland
Anja Knoope	Docent	Hogeschool Inholland
Alex Albrecht	Docent	Hogeschool Inholland