

Praktijkboek triple problematiek

Een psychische stoornis, verslaving en
een licht verstandelijke beperking

Neomi van Duijvenbode, Joanneke van der Nagel, Robert Didden



Praktijkboek triple problematiek

Een psychische stoornis, verslaving en een licht verstandelijke beperking

Neomi van Duijvenbode, Joanneke van der Nagel, Robert Didden

ISBN 978 90 8850 822 6

NUR 875/770

THEMA MKLD

BISAC MED105000

© 2020 Uitgeverij SWP Amsterdam

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

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met Uitgeverij SWP voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen door een onderwijsinstelling van een gedeelte uit deze uitgave, in papieren vorm of digitaal, (bijvoorbeeld voor plaatsing ervan op uw digitale leeromgeving of in een reader) kunt u zich richten tot: Stichting UvO, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, Tel. 023-8700212, www.stichting-uvo.nl UvO@cedar.nl.

INHOUD

Introductie	9
Leeswijzer	10
Belangrijke begrippen	10

Deel 1: De doelgroep in beeld

1. Triple problematiek	15
Drie soorten problemen	15
Een diverse doelgroep	20
Tussen wal en schip	22
2. Een veelvoorkomend verschijnsel	27
Comorbiditeit	27
Psychische stoornis en verslaving	29
Psychische stoornis bij mensen met een licht verstandelijke beperking	31
Verslaving bij mensen met een licht verstandelijke beperking	36
Triple problematiek	40
3. Drie met elkaar samenhangende problemen	43
Kip of ei?	44
Triple? Trouble!	49

Deel 2: Triple problematiek in de praktijk

4. Signaleren en screenen	55
Het belang van screening	56
Rode vlaggen en handige vragen	58
Signalen bespreken	67
Alles op een rijtje	68
5. Communicatie en bejegening	69
Communicatie	70
Opbouwen van een werkrelatie	74

Bejegening	77
Een ezelsbruggetje	80
6. Begeleiding als stevige basis	85
Methodieken	85
Is dat mijn taak?!	93
Verschillende petten	94

Deel 3: Het inschakelen van extra hulp

7. Verwijzen: maar waarheen?	99
Safety first	99
Passende zorg volgens de patiënt	100
Passende zorg volgens de hulpverlener	104
Wáár vind je passende zorg?	105
Hoe regel je passende zorg?	110
8. Diagnostiek en behandeling	111
Diagnostiek	111
Je wilt veel weten!	113
Waar moet je beginnen?	120
Wat is er nodig om verder te komen?	121
Uitgangspunten in behandeling	123
Passende zorg	124
Psychotherapie bij triple problematiek	127
Medicamenteuze behandeling bij triple problematiek	128
De rol van de begeleider	129
9. Samenwerken: tobben of teamwork?	133
Uitgangspunten bij teamwork	133
Effectief teamwork	136
Samenwerking op steeds hoger niveau	137
Tegengif bij tobben over teamwork	138
We komen er samen gewoon niet uit...	142

Deel 4: Bijlagen en achtergrondinformatie

Bijlage 1: Verstandelijke beperking	145
Een verstandelijke beperking gedefinieerd	145
Verschillende gradaties	148
Oorzaken van een verstandelijke beperking	150
 Bijlage 2: Psychische stoornissen	 152
Ziek en gezond; gek en normaal	152
Psychiatrie door de jaren heen	155
Classificatiesystemen	156
 Bijlage 3: Middelengebruik en verslaving	 159
Stadia van middelengebruik	159
Middelen en hun werking	161
 Bijlage 4: Meer weten...?	 174
Psychische stoornissen en verslaving	174
Psychische stoornissen bij mensen met een lvb	174
Middelengebruik en verslaving bij mensen met een lvb	175
Triple problematiek	175
Signaleren en in kaart brengen	175
Verwijzen en samenwerken	176
Behandeling van psychische stoornissen bij mensen met een lvb	176
Behandeling van verslaving bij mensen met een lvb	176
Behandeling van triple problematiek	177
 Aangehaalde literatuur	 179
 Over de auteurs	 183

INTRODUCTIE



Kevin (21 jaar) gaat op aandringen van zijn moeder naar de huisarts. Hij heeft een blauw oog en een gescheurde lip. Moeten er foto's worden gemaakt of zijn er hechtingen nodig? Gelukkig blijkt de lichamelijke schade mee te vallen. Maar hoe is dit nu gebeurd? Kevin laat niet veel los; hij is niet zo'n prater en vindt het lastig om dingen uit te leggen.

Maar bij doorvragen van de huisarts barst hij uiteindelijk in tranen uit. Kevin is door zijn dealer in elkaar geslagen. Hij blijkt een forse schuld te hebben vanwege de grote hoeveelheid cannabis die hij gebruikt. 'Rotspul,' vindt Kevin zelf, maar hij kan ook niet zonder, want 'dan komen die afschuwelijke dromen weer...'

Wat begon als een eenvoudige vraag op het spreekuur van de huisarts (moeten er foto's gemaakt worden of zijn er hechtingen nodig?) bleek na enig aandringen toch meer complex te zijn. Kevin vindt het lastig om hulp te vragen en zijn problemen te beschrijven. Hij gebruikt drugs, er zijn schulden en hij blijkt last te hebben van nachtmerries. Aan de huisarts de ingewikkelde taak om uit te zoeken wat er precies aan de hand is en wat er nodig is om Kevin verder te helpen. Moet hij naar de verslavingszorg? Of moeten eerst zijn 'afschuwelijke dromen' worden onderzocht? En hoe kan hij het best geholpen worden als hij zoveel moeite heeft om zich uit te drukken en om hulp te vragen?

Een dergelijke combinatie van problemen komt wel vaker voor. De problemen van patiënten passen zelden in één vakje. Net zoals bij Kevin. Er is bijvoorbeeld sprake van zowel verslaving als van een psychische stoornis. Of van een psychische stoornis en een licht verstandelijke beperking (vaak afgekort tot LVB). Gelukkig is er steeds meer aandacht voor deze zogenaamde 'dubbeldiagnose'-problematiek of comorbiditeit. Maar soms zijn de problemen nog complexer. Soms gaan zowel verslaving, een psychische stoornis en een licht verstandelijke beperking samen. In dat geval spreken we van 'triple problematiek'. Daarover gaat dit boek.

Vanwege de verschillende problemen hebben patiënten met triple problematiek vaak contact met diverse hulpverleners. Professionals in de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, forensische zorg en maatschappelijke opvang kunnen daarom patiënten met triple problematiek tegenkomen. Maar ook huisartsen, praktijkondersteuners en sociale wijkteams hebben in toenemende mate met deze patiënten te maken. Zij vormen een belangrijke schakel in de indicatiestelling en verdere doorverwijzing naar specialistische hulpverlening. Voor al deze hulpverleners is dit boek bedoeld.

Leeswijzer

Het boek is opgedeeld in vier delen. Deel 1 beschrijft waar het om gaat bij triple problematiek. Wat kenmerkt patiënten met triple problematiek? Hoe vaak komt triple problematiek voor? En hoe hangen de verschillende problemen onderling samen? In deel 2 worden handvatten voor de praktijk beschreven. Deze zijn onder andere bedoeld om samenwerking te vergroten tussen hulpverleners uit de verschillende sectoren die nodig zijn bij triple problematiek. Daarbij wordt beschreven hoe in de begeleiding, communicatie en bejegening rekening gehouden kan worden met de behoeften, mogelijkheden en beperkingen van patiënten met triple problematiek. Je zult in dit deel van het boek veel tips voor de dagelijkse praktijk vinden. Deel 3 behandelt de organisatie van hulpverlening. Welke verwijsmogelijkheden zijn er? Hoe kunnen verschillende partijen in de keten samenwerken en afstemmen? En welke beleidsafspraken zijn er nodig om rekening te houden met deze complexe triple problematiek? Ook in dit deel weer veel tips voor de dagelijkse praktijk. Deel 4 bevat bijlagen, waarin een uitgebreide literatuurlijst, alsmede achtergrondinformatie over psychische stoornissen, verslavende middelen en een licht verstandelijke beperking zijn opgenomen.

Door het hele boek heen vind je boxen, praktijkopdrachten, citaten van patiënten en hulpverleners en casusbeschrijvingen. De boxen zijn bedoeld voor mensen die meer informatie willen over een thema dat in de tekst is aangehaald. De praktijkopdrachten toetsen kennis (wat weet je van dit onderwerp af?), zetten aan tot reflectie (wat vind je van dit onderwerp?), bieden oefenmogelijkheden (hoe ervaar je dit onderwerp zelf?) en verbinden de theorie met de praktijk (hoe zit dat in jouw eigen caseload?). Ze kunnen ingezet worden in formele scholingsactiviteiten, maar ook toegepast worden voor zelftoetsing of als manier om de theorie te verbinden aan je eigen werk. De antwoorden op kennisvragen zijn te vinden op de website van Uitgeverij SWP: www.swpbook.com/2071 (button Extra materiaal met de code op de volgende pagina). De citaten zijn deels afkomstig uit het project 'Complexe zorg leer je van elkaar'. Dit project is gefinancierd door het RadboudCSW Innovatiefonds. Patiënten en hulpverleners van Tactus Verslavingszorg, Trajectum, GGNet en Pluryn hebben hieraan bijgedragen. De casusbeschrijvingen zijn gebaseerd op bestaande patiënten. Hun namen zijn gefingeerd om de privacy te bewaken.

Belangrijke begrippen

Voordat je verder gaat met lezen, willen we toelichten hoe we een aantal begrippen gebruiken. Een aantal termen hebben namelijk in verschillende sectoren ook verschillende betekenissen.

In dit boek gebruiken we de term **patiënt** voor personen met triple problematiek die hiervoor begeleiding ontvangen vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg of maatschappelijke zorg en/of voor hun problematiek in behandeling zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg. We hebben voor deze term gekozen vanwege de per definitie

complexe problematiek van deze personen en de noodzaak voor behandeling ervan. Die behandeling kan verschillende vormen aannemen (bijvoorbeeld ambulante of klinische) en in verschillende sectoren plaatsvinden, waaronder huisartsenzorg, verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg (ggz). Onder **behandelaar** verstaan we iedereen die voor zijn beroep patiënten indiceert, diagnosticeert of behandelt. In dit boek gebruiken we de term zowel voor professionals in de verstandelijk gehandicaptenzorg als de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of huisartsenzorg. De term **behandeling** wordt op een vergelijkbaar brede wijze gebruikt: het omvat zowel medische behandeling als orthopedagogische, psychologische en vaktherapeutische behandeling. Het begrip **begeleider** gebruiken we voor de professionals die patiënten ondersteunen in het dagelijks functioneren. Het kan gaan om bijvoorbeeld het sociaal functioneren, zelfzorg, dag- en vrijetijdsbesteding, leefstijl, et cetera. In dit boek gebruiken we deze term voor alle ondersteuning die patiënten met triple problematiek krijgen in het dagelijks functioneren, zowel vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg, verslavingszorg als vanuit sociaal-maatschappelijke zorg (**begeleiding**). Je zult merken dat sommige delen specifiek gaan over behandeling en andere over begeleiding. Alhoewel ze nauw samenwerken, hebben behandelaars en begeleiders deels verschillende taken en verantwoordelijkheden. Soms is het daarom nodig om dit onderscheid te maken. Maar het meeste is voor iedereen van toepassing. In dit boek gebruiken we de term **hulpverlener** daarom als overkoepelende term voor iedere professional die als behandelaar of begeleider te maken krijgt met patiënten met triple problematiek.

DEEL 1:

DE DOELGROEP IN BEELD



1. TRIPLE PROBLEMATIEK



Albert, behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg: ‘Het lijkt wel alsof de problematiek van patiënten steeds ernstiger en gecompliceerder wordt. Er is steeds vaker een combinatie van problemen: middelengebruik, psychische klachten, schulden, contact met politie of justitie, een licht verstandelijke beperking. Het loopt allemaal door elkaar heen, als één grote warboel van ellende. Misschien heeft dat te maken met de veranderingen in de zorg. Of misschien letten we er nu gewoon beter op. Dat kan natuurlijk ook.’

Een ongeluk komt zelden alleen. Oftewel: als er iets misgaat, gaat er vaak nog meer mis. Binnen de hulpverlening noemen we dat ook wel comorbiditeit: een patiënt heeft verschillende aandoeningen of problemen tegelijkertijd. Er is bijvoorbeeld sprake van zowel verslaving als van een psychische stoornis. Of van een psychische stoornis en een licht verstandelijke beperking (een LVB). Dit wordt ook wel ‘dubbeldiagnose’ genoemd. Soms gaan zowel verslaving, een psychische stoornis en een licht verstandelijke beperking samen. We spreken dan van ‘triple problematiek’. In dit hoofdstuk bespreken we wat triple problematiek nu eigenlijk is. We beantwoorden de volgende vragen:

- Wat is triple problematiek?
- Hoe vaak komen psychische stoornissen, verslavingsproblematiek en een licht verstandelijke beperking voor?
- Wat hebben patiënten met triple problematiek met elkaar gemeen?

Drie soorten problemen

Triple problematiek is het samengaan van drie soorten problemen (figuur 1.1):

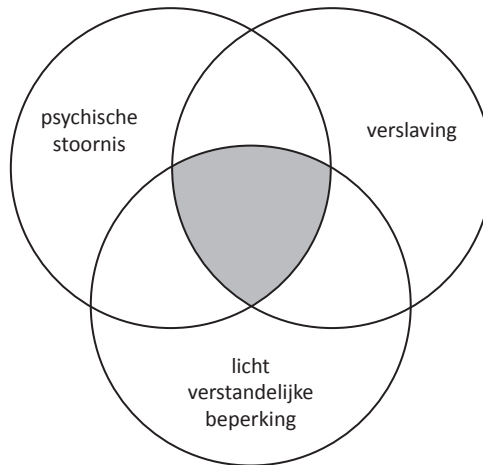
- een psychische stoornis;
- verslavingsproblemen;
- een licht verstandelijke beperking.



PRAKTIJKOPDRACHT 1.1

Psychische stoornissen, verslavingsproblemen en een licht verstandelijke beperking komen – afzonderlijk van elkaar – regelmatig voor. Hoe vaak denk jij dat ze voorkomen in Nederland? Zou dat in het buitenland anders zijn?

Wat er met die drie termen bedoeld wordt en hoe ze worden gedefinieerd, staat in de *DSM*. Dit is het classificatiesysteem dat wereldwijd door behandelaars gebruikt wordt en waarin afspraken staan over welke klachten bij welke stoornis voorkomen.

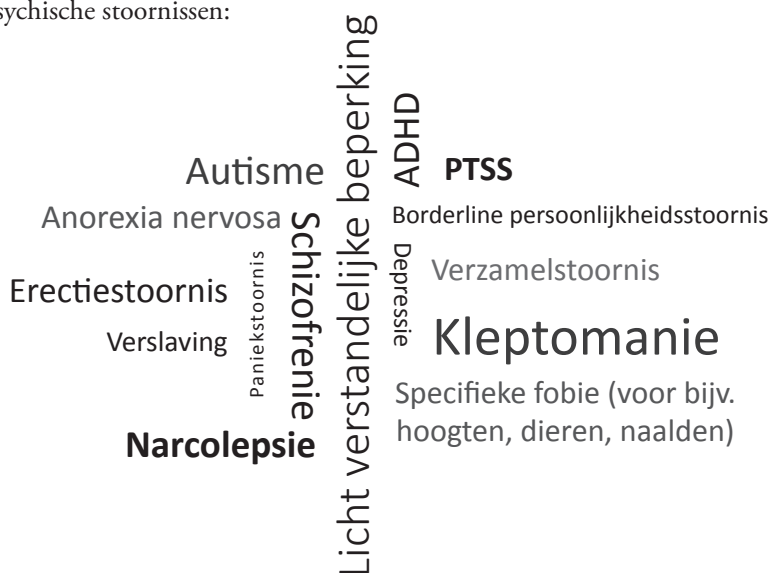


FIGUUR 1.1 **TRIPLE PROBLEMATIEK**

Bij een psychische stoornis is er sprake van een ontregeling in hoe iemand denkt, voelt of zich gedraagt. Psychische stoornissen zijn er in allerlei soorten en maten (zie figuur 1.2). Behandelaars kijken niet alleen naar *welke* stoornis er speelt, maar ook naar *hoe erg* de klachten zijn en *hoeveel last* iemand ervan heeft. Iedereen heeft namelijk weleens psychische klachten. Je voelt je een tijdje somber en futloos, je bent bang voor spinnen, je hebt een dierbare verloren en daar moet je nog vaak aan terugdenken. Dat is heel normaal. Pas wanneer iemand gedurende een aantal maanden daaronder lijdt en niet goed meer kan functioneren op het werk, school of binnen het gezin spreken we van een psychische stoornis.

Uit onderzoek blijkt dat ruim veertig procent van alle volwassenen ooit in zijn of haar leven een psychische stoornis heeft gehad (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010). Angst- en stemmingsstoornissen komen het vaakst voor. Ongeveer twintig procent van de Nederlandse volwassenen heeft ooit in zijn of haar leven te maken gehad met een stemmingsstoornis, zoals een depressie. Een vergelijkbaar percentage heeft te kampen gehad met een angststoornis, zoals een sociale angst (angst om in het middelpunt van de belangstelling te staan of om vernederd te worden) of een specifieke angst voor bijvoorbeeld dieren, hoogten, naalden of bloed. Dus: de kans is groot dat iemand een stoornis krijgt in zijn leven en dat veel mensen nu (tijdens het lezen van dit hoofdstuk) last hebben van een psychische stoornis.

Er zijn meer dan honderd verschillende psychische stoornissen. De *Diagnostic and Statistical Manual* – oftewel de *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013) – bevat afspraken over de termen die behandelaars gebruiken voor deze verschillende stoornissen en welke klachten (of symptomen) erbij horen. Een aantal voorbeelden van psychische stoornissen:



FIGUUR 1.2 VERSCHILLENDE SOORTEN PSYCHISCHE STOORNISSEN

Verslaving is ook een psychische stoornis. We spreken van een verslaving wanneer iemand niet meer goed kan functioneren zonder het gebruik van alcohol of drugs of ander verslavend gedrag, zoals gamen, gokken of internetten. Ook een verslaving heb je in allerlei soorten en maten (zie tabel 1.1). Kenmerkend voor een verslaving is dat er sprake is van herhaaldelijk en drangmatig gedrag, ondanks dat de persoon zich bewust is van de negatieve gevolgen ervan. De controle over het gedrag neemt met andere woorden na verloop van tijd af. Andere kenmerken van verslaving zijn: alcohol of drugs gebruiken in situaties waarin dat gevaarlijk kan zijn, steeds meer nodig hebben om hetzelfde effect te krijgen en lichamelijke of psychische klachten wanneer het middel niet wordt gebruikt.

Verslavingsproblematiek behoort samen met angst- en stemmingsstoornissen tot de top drie van de meest voorkomende problemen. In Nederland heeft ongeveer twintig procent van de volwassen bevolking gedurende zijn of haar leven te kampen met verslavingsproblematiek. De meesten zijn verslaafd aan legale middelen, zoals tabak, alcohol en slaap- en kalmeringsmiddelen. Ook verslavingen aan cannabis en andere drugs (zoals cocaïne, XTC,

GHB of heroïne) komen echter regelmatig voor. Mensen kunnen bovendien niet alleen verslaafd raken aan middelen, maar ook aan bepaald gedrag. Gamen, gokken en seks zijn hier de meest bekende voorbeelden van.

Mensen kunnen verslaafd raken aan het gebruik van middelen. Er zijn verschillende soorten middelen, met elk hun eigen werking. Mensen kunnen ook verslaafd raken aan bepaald gedrag. In deze tabel staan een aantal voorbeelden van middelen en gedragingen waaraan mensen verslaafd kunnen raken. De indeling in verdovende, stimulerende en hallucinogene middelen is niet zo strikt als het lijkt. Sommige middelen hebben verschillende soorten effecten en vallen dus in meerdere categorieën.

TABEL 1.1 VERSCHILLENDE SOORTEN MIDDELEN

<i>Verdovende middelen</i>	<i>Stimulerende middelen</i>	<i>Hallucinogene middelen</i>	<i>Verslavend gedrag</i>
Alcohol	Tabak	LSD	Gokken
Cannabis	Cocaïne	Paddo's	Gamen
GHB	Speed		Internetten
Heroïne	XTC		Seks

Met uitzondering van gokken wordt verslavend gedrag als zodanig nog niet erkend als een ‘verslaving’ in de DSM-5. In de praktijk worden echter wel veel patiënten met gedragsverslavingen gezien.

Bij een verstandelijke beperking zijn er beperkingen in het intellectueel en adaptief functioneren die al vroeg in de ontwikkeling zichtbaar zijn. In dit hoofdstuk leggen we kort uit wat hiermee wordt bedoeld. Meer informatie hierover is ook te vinden in bijlage 1. Intellectueel functioneren is een breed begrip. Redeneren, plannen, problemen oplossen, oordelen en abstract denken vallen er bijvoorbeeld onder. Deze vaardigheden worden gemeten met IQ-tests. Adaptief functioneren verwijst naar vaardigheden die nodig zijn om zelfstandig te kunnen functioneren in het dagelijks leven. Denk hierbij aan kunnen lezen, schrijven en rekenen, met geld om kunnen gaan, jezelf kunnen verzorgen, vriendschappen kunnen aangaan en met anderen kunnen communiceren. Hoe ernstig een verstandelijke beperking is, wordt vooral bepaald op basis van (de beperkingen in) het adaptief functioneren (zie tabel 1.2).

Beperkingen in het intellectueel en adaptief functioneren kunnen meer of minder ernstig zijn. Iemand kan meer of minder begeleiding nodig hebben. In de praktijk wordt – net als in de *DSM-5* – de ernst van de verstandelijke beperking ingedeeld in vier gradaties.

TABEL 1.2 ERNST VAN EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

Mate van ernst:	
Licht	• <i>Conceptuele vaardigheden</i>: problemen met lezen, schrijven, rekenen, klok-kijken en geldbeheer waarbij ondersteuning nodig is. • <i>Sociale vaardigheden</i>: beperkingen in communicatie (bijvoorbeeld woordenschat of taalbegrip) en sociaal verkeer (bijvoorbeeld inzicht in sociale situaties, oppikken van sociale signalen). • <i>Praktische vaardigheden</i>: beperkingen in praktische vaardigheden (zelfzorg, schoonmaak, vrijetijdsinvulling) waarbij ondersteuning nodig is.
Matig	• <i>Conceptuele vaardigheden</i>: schoolse vaardigheden zijn basaal ontwikkeld; er is dagelijkse, structurele ondersteuning op dit gebied nodig van anderen. • <i>Sociale vaardigheden</i>: ondersteuning op communicatief en sociaal gebied is noodzakelijk. • <i>Praktische vaardigheden</i>: zelfstandig uitvoeren van praktische vaardigheden (zoals zelfzorg of schoonmaken) is mogelijk, maar duurt langer om aan te leren en vraagt langdurige begeleiding daarin.
Ernstig	• <i>Conceptuele vaardigheden</i>: weinig begrip van getallen, hoeveelheden, tijd en geld. • <i>Sociale vaardigheden</i>: gesproken taal is beperkt tot korte zinnen of woorden; sociale relaties beperken zich tot familie of andere bekenden. • <i>Praktische vaardigheden</i>: zelfstandig uitvoeren van praktische vaardigheden (zoals zelfzorg of schoonmaken) is vaak niet mogelijk; dagelijkse ondersteuning op dit gebied is noodzakelijk.
Zeer ernstig	• <i>Conceptuele vaardigheden</i>: schoolse vaardigheden zijn afwezig. • <i>Sociale vaardigheden</i>: communicatie vindt hoofdzakelijk non-verbaal plaats; het begrip van gesproken taal is zeer minimaal. • <i>Praktische vaardigheden</i>: op alle aspecten van de lichamelijke verzorging, gezondheid en veiligheid is dagelijkse ondersteuning nodig.

Omdat triple problematiek vooral voorkomt bij mensen met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, richten we ons in dit boek op deze groep. We nemen mensen met een licht verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid samen onder de noemer 'LVB'. LVB en zwakbegaafdheid wordt in Nederland vaak samengenomen in één doelgroep. Dat komt omdat zij veel overeenkomsten hebben met elkaar in problemen waar zij tegenaan lopen in het dagelijks leven en in zorgbehoeften. Mensen met zwakbegaafdheid kunnen daarom ook aanspraak maken op verstandelijk gehandicaptenzorg, mits er sprake is van ernstige bijkomende psychische of sociaal-maatschappelijke problematiek waarvoor begeleiding noodzakelijk is.

Een inschatting van hoe vaak een licht verstandelijke beperking voorkomt, wordt vaak gedaan aan de hand van het IQ. We spreken van een licht verstandelijke beperking als iemand een IQ heeft tussen de 50 en 70. Dit is bij ongeveer twee procent van de Nederlandse bevolking het geval. Omgerekend komt dit neer op zo'n 74.000 mensen. Daarnaast is ongeveer dertien procent van de Nederlanders zwakbegaafd. Hiermee bedoelen we een IQ tussen de 70 en 85. In Nederland komt dit neer op ongeveer 2,2 miljoen mensen (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2016). Dit betekent dat ongeveer één op de acht mensen een licht verstandelijke beperking heeft volgens de IQ-criteria. Maar: veel mensen zijn goed redzaam of krijgen ondersteuning vanuit hun eigen netwerk. Zij hebben met andere woorden geen beperkingen in het adaptief functioneren en ontvangen dan ook geen zorg vanuit de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Een diverse doelgroep

Uit de omschrijving van triple problematiek blijkt al dat de doelgroep heel divers is. Er zijn namelijk veel verschillende combinaties van psychische stoornissen en verslaving mogelijk. Ook de beperkingen bij mensen met een licht verstandelijke beperking verschillen onderling. Vergelijk bijvoorbeeld de volgende drie casussen eens met elkaar.



Tim is 27 jaar. Vroeger kon hij niet goed leren en heeft hij speciaal onderwijs gevolgd. Inmiddels woont hij zelfstandig en werkt hij twee dagen per week als vakkenvuller in de supermarkt. Een paar maanden geleden is de supermarkt overvallen. Tim is hier ontzettend van geschrokken en heeft sindsdien last van nachtmerries. Ook durft hij niet meer naar zijn werk. Hij is bang dat het nog een keer zal gebeuren. Maar omdat hij zijn baan niet wil verliezen, gaat hij toch! Om dit vol te kunnen houden, drinkt hij voordat hij naar het werk gaat stiekem een paar glazen bier. Hierdoor is hij niet steeds zo gespannen en denkt hij tijdens het werk niet steeds maar weer aan die overval.