Literatuurstudie

*‘Cognitieve gedragstherapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek’*

[](http://www.google.nl/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=0ahUKEwix38qvrPrMAhVqDcAKHZJpD38QjRwIBw&url=http://www.doc-shop.nl/pages_verslaving/drugs_verslaving.html&bvm=bv.122676328,d.ZGg&psig=AFQjCNHl91pJRv6rRsjf_Yz2LlgVMXZtgA&ust=1464441565190594)

Amsterdam, 30 januari 2017

Shelley Roby Kruiver

Studentnummer: 500230749

Klas: LD15-4GGZ1

Studiegidsnummer: 4516AFLSPA

|  |
| --- |
|  |

Aantal woorden: 2243

1e examinator: Y.M. van der Brug

2e examinator: M. van Iersel

*Inleiding:*

In de algemene bevolking komt verslavingsproblematiek regelmatig voor. Het behoort samen met angst- en stemmingsstoornissen op de top drie van meest voorkomende psychiatrische aandoeningen (1). Tegenwoordig is er een groeiend besef dat dit ook in de groep mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) voorkomt (2). Sinds 2007 staat het thema LVB en verslavingsproblematiek op de politieke en zorginhoudelijke kaart (3).

Ongeveer 15 procent van de Nederlandse bevolking heeft een IQ lager dan 85 (2). In 2008 ging het om ongeveer 55.000 mensen met een LVB; een IQ tussen 50 en 70. Tevens telde Nederland ongeveer 2,2 miljoen mensen met zwakbegaafdheid; een IQ tussen 70 en 85 (2). Naar schatting van het Sociaal en cultureel planbureau (SCP) heeft meer dan de helft, 1,4 miljoen mensen, beperkingen in het sociale aanpassingsvermogen: de verzameling van conceptuele, sociale en praktische vaardigheden om te functioneren in het dagelijks leven en daarmee meer risico op problemen met middelen zoals alcohol en drugs (2).

Hoewel het alcohol- en drugsgebruik onder deze groep mensen niet hoger is dan in de algemene populatie, lijken de gevolgen van deze comorbiditeit chronisch en wordt veelal gecompliceerd door bijkomende problematiek (3). Naast de beperkte intelligentie en problemen binnen het sociale aanpassingsvermogen kan er sprake zijn van leerproblematiek en medisch-organische problematiek (4,5).

Om cliënten met een LVB en verslavingsproblematiek goede zorg te kunnen bieden is kennis nodig van de kenmerken en impact van LVB én van alcohol, drugs en verslaving (4). De praktijk wijst uit dat één en dezelfde zorginstelling vaak niet over beide vormen van deze kennis beschikt (4,6). Een nauwe samenwerking, het identificeren van cliënten met LVB en het aanpassen van het aanbod voor preventie en behandeling op deze doelgroep is essentieel voor een effectieve aanpak van middelengebruik (4).

Op de High Care Detoxificatie (HCD) afdeling komen cliënten voor detoxificatie van alcohol en drugs (6). Daarnaast wordt er een start gemaakt met risicosituaties in het kader van een verder behandeltraject (4). De huidige behandeling van de verslavingszorg is gebaseerd op de effectief gebleken cognitieve gedragstherapie (CGT) (6).

Deze groepstherapieën bestaan uit leefstijl trainingen, voor- en nadeel balansen en veel theoretische reflecties. Er wordt geen rekening gehouden met het intelligentieniveau van cliënt(6). Een LVB-er heeft echter vaak moeite heeft met lezen en schrijven. Door gebrekkige taalontwikkeling is lange termijn- en abstract denken moeilijk. Dit uit zich in moeilijke conceptvorming en generalisatie van wat zij geleerd hebben. Denken is situatie gebonden en informatieverwerking verloopt trager. Daarnaast functioneert het werkgeheugen minder goed, er is sprake van een korte aandachtsboog en een beperkte impulscontrole. Hierdoor is gedrag moeilijker te sturen (4).

Juist bij deze doelgroep is het belangrijk dat er wordt afgestemd op de mogelijkheden van de individuele cliënt, wil de behandeling resultaat hebben (4). Hierbij gaat het om aspecten binnen de communicatie, bejegening en structuur (8,9). Om de effectiviteit van deze beschreven afstemming te onderzoeken is de onderstaande onderzoeksvraag geformuleerd: *Welk effect heeft CGT bij de behandeling van verslavingsproblematiek onder mensen met een LVB die klinisch zijn opgenomen?*

*Methoden*

Er is gezocht in de data bank Medline (via Pubmed) met de volgende final searchstring:

*((((((effective treatment) OR treatment) OR coping strategies)) AND (((((alcohol misuse) OR substance abuse) OR substance use)) AND ((((mental retardation) OR intellectual disabilities) OR individuals with intellectual disabilities) OR intellectual disability)))) AND (((((cognitive behaviour therapy) OR cognitive therapy) OR cognitive behaviour) OR cognitive behavioral therapy) OR effective therapy)*

De gevonden resultaten zijn beoordeeld op titel en abstract. Andere selectiecriteria zijn mensen met een LVB en verslavingsproblematiek en CGT als interventie. Er zijn geen limieten op taal en jaartal ingesteld. Tevens zijn er geen Mesh termen gebruikt (Substance-Related Disorders/rehabilitation / Intellectual Disability), gezien dit geen bruikbare resultaten opleverde.

Tevens is er gezocht in de databank Cochrane Library en is er gezocht naar passende richtlijnen bij mijn onderzoeksvraag. De gevonden artikelen geven aan dat er veel onderzoek is gedaan naar de omvang van dit relatief nieuwe probleem. Echter blijkt ook dat goed onderzochte interventies nog in de kinderschoenen staat. Om de vraagstelling zo volledig mogelijk te beantwoorden is er daarom ook in de referenties van de gebruikte artikelen gezocht naar reviews.

*In- en exclusie criteria:*

De gevonden artikelen een CCT, RCT, SR of richtlijn te zijn. De onderzoeken moeten gericht zijn op mensen met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid die afhankelijk zijn of middelen misbruiken. Verder moet het effect van cognitieve gedragstherapie (of onderdelen hiervan, zoals leefstijltraining of motiverende gespreksvoering) onderzocht zijn.

Exclusiecriteria is het niet opgenomen zijn in een behandelsetting of cognitieve therapie als onderdeel van verschillende interventies, zonder daarbij als zelfstandige interventie onderzocht te worden.

Het totaal aantal artikelen is gescreend met behulp van de bovenstaande in- en exclusie criteria. De overgebleven artikelen zijn in totaliteit gelezen om te kunnen bepalen of deze bruikbaar waren voor de literatuurstudie en aan de in- en exclusie criteria voldeden.

*Beoordeling artikelen:*

De kwaliteit van de RCT’s en de SR’s zijn beoordeeld op de validiteitseisen van de Cochrane Checklist. Hierin is blindering van de participanten en behandelaren niet meegewogen gezien CGT interventies niet te blinderen zijn.

De richtlijn is beoordeeld met behulp van de AGREE-II.

*Resultaten*

*Opbrengst van de zoekstrategie:*

Er zijn 53 artikelen gevonden met de bovengenoemde searchstring. Hiervan zijn er 9 artikelen geselecteerd en beoordeeld op kwaliteit (tabel 1); één richtlijn, drie SR’s, 3 RCT’s (waarvan één met twee studies erin) en 1 RCT studieprotocol waar momenteel het onderzoek van plaatsvindt. De uitkomsten zijn nog niet bekend.

De geïncludeerde studies zijn terug te vinden in tabel 2. De resultaten van de geïncludeerde studies zijn terug te vinden in tabel 3.

*Beschrijving van de studies:*

In de studie van Mc Gillycuddy (5) wordt er een assertiviteit interventie vergeleken met een rolmodel interventie. Beide interventies zijn aangepast: het interview is korter, meer pauzes, kleinere groepen, korte concrete vragen, meer begeleiding zodat individuele aandacht gegarandeerd wordt en praktijkgerichter door rollenspellen. Op de korte termijn leerden de participanten in beide interventies nieuwe vaardigheden aan, echter leidde dit bij de follow-up niet tot verminderd gebruik. De studie van Didden (10) beschrijft dat de effectiviteit van CGT bepaald wordt door individueel verschillende factoren. Voorwaarde van slagen is eenvoud, kleine stappen en aandacht voor generalisatie van geleerde kennis naar de praktijk. In de Richtlijn effectieve interventies LVB (8) wordt CGT als veelbelovende interventie gezien, omdat deze gestructureerd kan worden aangeboden met aanpassingen in de volgende categorieën; uitbreiding van diagnostiek, het afstemmen van communicatie, concreet maken van oefenstof, voor structureren en vereenvoudigen, netwerk en generalisatie en een veilige en positieve leeromgeving.

In veel van de onderzochte artikelen wordt gebruik gemaakt van selfreports, waarbij er vraagtekens worden gezet of dit bij mensen met een LVB wel betrouwbaar te meten is gezien de cognitieve beperkingen. Uit de studie van Mc Gillycuddy (11) bleek juist dat misbruik van alcohol en drugs gepaard ging met een hoger IQ dan niet-gebruikers. Deze misbruikers hadden in dit onderzoek ook meer moeite in risicosituaties en het onderscheid maken tussen slechte- en goede rolmodellen dan niet-gebruikers. In de studie van Willner (12) en Vereenooghe (13) vonden de selfreports een klein, niet significant effect terwijl de behandelaren wel een toename in de geleerde vaardigheden en afname in agressie bij de follow-up zagen. Self reports worden ook gebruikt in de studie van Schrijven (14), welke momenteel nog in uitvoering is. In de studie van Duijvenbode (15) is de cognitie onderzocht door middel van eye tracking data. De drie groepen, allen bekend met verslavingsproblematiek en ingedeeld op IQ, moesten afbeeldingen herkennen en vervolgens korte concrete vragen beantwoorden. Er bleken geen significante verschillen te zijn in eye tracking tussen de diverse IQ-groeperingen. In het verbale IQ versus het bijbehorende gedrag werd een significant verschil gevonden.

In de studie van Willner (12) had de CGT een klein, niet significant effect op de deelnemers na groepstherapie. De studie van Vereenooghe (13) kwam tot de uitkomst dat individuele CGT effectiever is dan groepstherapie. Echter is er verder nog weinig onderzoek naar gedaan door de moeilijkheidsgraad in het creëren van een vergelijkbare doelgroep. Het effect van de interventie blijft hierdoor discutabel. In Vereenooghe (13) en Willner (12) is er geen sprake van directe verslavingsproblematiek, maar van gedragsproblematieken die hier vaak de oorzaak van zijn, zoals depressies en agressie. De werking van CGT bij iemand met LVB wordt hierin onderzocht en om die reden is er gekozen deze informatie te gebruiken.

**Tabel 1:**

**Kwaliteitsbeoordeling**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RICHTLIJNEN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Naam RL** | **D1 Onderwerp en doel1** | | | **D2 betrokkenheid van belanghebbenden** | | | **D3 Methodologie** | | | | **D4 Helderheid en presentatie** | | | **D5 Toepassing** | | | **D6 Onafhankelijkheid van de opstellers** | | |
| Richtlijn effectieve interventies LVB (8) | 94% | | | 89% | | | 81% | | | | 77% | | | 91% | | | 83% | | |
| **SYSTEMETIC REVIEWS** |  |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |
| **Auteur, jaartal, (referentie-nummer)** | **Vraagstelling adequaat geformuleerd** | | **Zoekactie adequaat uitgevoerd** | | **Selectieproce-dure artikelen adequaat uitgevoerd** | | | | **Kwaliteits-beoordeling adequaat uitgevoerd** | | **Data-extractie adequaat beschreven** | | **Belangrijkste kenmerken onderzoeken beschreven** | | | **Statistische pooling correct uitgevoerd** | | **Klinische en statistische heterogeniteit adequaat gehanteerd** | |
| Neil B, McGillicuddy 2006 (5) | + | | + | | ? | | | | - | | - | | - | | | - | | - | |
| Didden R et al. 2006 (10) | + | | + | | ? | | | | ? | | ? | | + | | | - | | + | |
| Vereenoog L, Langdon P. 2006 (13) | + | | + | | + | | | | + | | + | | + | | | + | | + | |
| **RANDOMISED CONTROLLED TRIALS EN CONTROLLED CLINICAL TRIALS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Auteur, jaartal, (referentie-nummer) | **Randomisatie** | | | | **Geblindeerde toewijzing van de interventie** | | | | | | **Blindering van effectbeoordelaars** | | | | | **Volledigheid van de follow-up** | | | |
| McGillicud, Blane 1999, studie I (11) | + | | | | ? | | | | | | ? | | | | | ? | | | |
| McGillicud Blane 1999, studie II (11) | + | | | | + | | | | | | ? | | | | | ? | | | |
| Schijven E et al. 2015 *(studieprotocol (14))* | + | | | | + | | | | | | + | | | | | ? | | | |
| Willner P et al. 2013. (12) | + | | | | + | | | | | | ? | | | | | + | | | |
| Duijvenbode et al. 2012 | + | | | | - | | | | | | + | | | | | ? | | | |

**Tabel 2:**

**Geïnduceerde studies**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Auteurs** | **Jaartal** | **Design** | **Steek-proef-grootte** | **Studie-populatie** | **Experimentele interventie** | **Controle-interventie** | **Outcomes** |
| Wit de M, et al. (8) | 2011 | RL | - | - | - | - | - |
| Neil B, McGillicuddy (5) | 2006 | SR | 449 | LVB met verslavings-problematiek | Educatie/preventieprogramma’s gebaseerd op CGT/ rollenspellen/ groepstherapie aangepast op LVB niveau. | - | - |
| Didden R (10) | 2006 | SR |  | LVB met verslavings-problematiek | Gedrags-interventies + cognitieve interventies | - | Percentage verschil in gebruik |
| Vereenooghe et a, (13) | 2013 | SR | 682 | LVB met mentale gezondheidsproblematiek | CGT / individuele therapie, aangepast op LVB. | CGT / groepstherapie aangepast op LVB. | Subgroep agressie NAS-PI / Subgroep depressie; BDI II |
| McGillicud, Blane, studie I (11) | 1999 | RCT | 122 | LVB met verslavings-problematiek | Op LVB aangepaste self-reports om variabelen en gebruik te meten | Gegeneraliseerde meetmiddelen door anderen afgenomen om variabelen en gebruik te meten |  |
| McGillicud, Blane, studie II (11) | 1999 | RCT | 84 | LVB met verslavings-problematiek | Aangepaste CGT voor LVB gericht op assertiviteit | Aangepaste CGT voor LVB, focus op rolmodellen. | Selfreports / PPVT IQ, Lie ScaleScore |
| Schijven E, *studieprotocol (14)* | 2015 | RCT  *studieprotocol* | 140 | LVB met verslavings-problematiek | CGT behandeling + motiverende gespreksvoering (individueel + groeps) | - | *Onderzoek is nog in uitvoering.* |
| Willner P et al. (12) | 2013 | RCT | 179 | LVB mensen met mentale gezondheidsproblematiek | Cognitieve gedragstherapie | - | Provocation index |
| Duijvenbode et al. (15) | 2012 | RCT | 57 | LVB met verslavings-problematiek | Eye tracking data tijdens aangepaste CGT therapie. | Diverse IQ groepen. | AUDIT score & IQ |

**Tabel 3:**

**Resultaten**

**Tabel 3 Overzicht van resultaten**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Studie** | **Outcomes** | **Effectmaten** | **Gevonden effect** |
| Richtlijn effectieve interventies LVB (7) | - | - | - |
| Neil B, McGillicuddy 2006 (5) | Gemiddeld verschil van score tussen interventie-en controlegroep. | Verschilscore tussen interventie- en controlegroep. | 55% gestopt of geminderd met roken. \* |
| Didden R et al. 2006 (10) | Percentage verschil in gebruik | - | Positief effect, 38% |
| Vereenoog L, Langdon P. 2006 (13) | Subgroep agressie NAS-PI / Subgroep depressie; BDI II | NAS-PI Schaalgrootte 76-89  BDI: schaalgrootte 0-63 afkappunt 10 | Agressie: 0.827 95% CI (0.508-1.146) = p0.014  Depressie: 0.742 95% CI (-0.116 – 1.599) = p0.007  Over-all: 0.682, 95% CI (0.379-0.985) |
| McGillicud, Blane 1999, studie I (11) | Selfreports / PPVT IEWPI | ANCOVA | F(1-116) = 13.81, Refusial skills p <0.1  F(1-118) = 5.11, Test of social inference p < 0.5 |
| McGillicud Blane 1999, studie II (11) | Selfreports | ANCOVA | Modeling: F(1.80) = 8.84, p <.0.1,  follow up;  Assertiviteit: F(1.80) = 5.21 p <.05 |
| Willner P et al. 2013. (12) | Provocation index | Range 76-89 | 4.4, 95% CI -0.6 tot 9.4 bij 16 weken, p 0.083  2.8, 95% CI -1.7 tot 7.4 bij follow up 10 mnd, p 0.210 |
| Duijvenbode et al. 2012 (15) | AUDIT score & IQ | - | p. < 0.001 (craving/audit) p. < 0.002 (attentional bias score) |

* \* *(geen volledige data dus geen betrouwbaar effect)*
* Schijven E et al. 2015 *(studieprotocol) is uit de resultaten gelaten, gezien er nog geen resultaat van deze RCT is.*

*Discussie & conclusie*

In de hiërarchie van evidence staat de richtlijn op het hoogste niveau, hierna de SR en daarna de RCT (16). De methodologische kwaliteit van de RCT’s is gezien matig tot onvoldoende. De richtlijn is matig tot voldoende, maar bestaat uit aanbevelingen en interventies die voortkomen uit aanbevelingen vanuit wetenschappelijk onderzoek. Deze aanbevelingen zijn echter nog niet wetenschappelijk onderbouwd (8). Deze beperking is tevens terug te zien in de overige artikelen. In de SR’s van McGillicuddy et al (5), Didden et al. (10) missen data, effectmaten en betrouwbaarheidsintervallen, als follow-up gegevens. Hierdoor is het onduidelijk is of gemeten effecten betrouwbaar zijn. Vereenooghe (13) laat wel kleine significante resultaten zien op onderliggende gedragsproblematieken als agressie en depressie, echter blijft verslavingsproblematiek achter in dit onderzoek.

Uit de gevonden studies komen dezelfde aanbevelingen, zonder methodologisch onderbouwd wetenschappelijk bewijs; dat CGT effectief lijkt te zijn voor mensen met LVB, indien het aangepast wordt op de beperking. De studie van Mc Gillycuddy (5,11) sluit aan bij deze aanbeveling. Uit de studie is gebleken dat er sprake is van toegenomen assertiviteit en imitatieleren door gebruik van een rolmodel op de korte termijn.

Tijdens de follow-up was dit effect helaas verdwenen. Echter, laat dit wel zien hoe belangrijk de continue begeleiding bij deze doelgroep is. Het vergt een nauwe samenwerking tussen de verslavings- en de LVB zorginstelling om deze continuïteit te kunnen bieden (4).

Veelal wordt er op IQ gerandomiseerd, zoals bij het onderzoek van Duijvenbode (15) en Mc Gillycuddy (11), terwijl bij LVB de beperkte cognitieve functie en het beperkte sociale aanpassingsvermogen een grote rol spelen (4). Deze variabelen, plus de verschillende stadia van alcohol of drugs- afhankelijkheid en misbruik of verslaving maken het moeilijk om gelijkwaardige groepen te verkrijgen, te randomiseren en het effect van de interventie te kunnen meten. Wellicht ligt daar de moeilijkheidsgraad. Daarnaast kan het feit dat dit een relatief nieuw probleem is ook meespelen. Er zijn veel RCT studieprotocollen te vinden. Deze zijn echter nog in uitvoering. Tevens wordt er in elk onderzoek genoemd dat er nog meer methodologisch kwaliteitsonderzoek gedaan moet worden.

De onderzoeken die er gedaan zijn, zijn veelal gemeten op selfreports. Iets waar ook nog vraagtekens bij moet worden gezet in verband met de cognitieve beperkingen in de taal, het geheugen, het conceptuele en abstracte denken en het generaliseren. In het onderzoek van Duijvenbode (15) en Mc Gillycuddy (11) leken de selfreports te rooskleurig ingevuld te zijn. Tevens bleken het verbale IQ niet overeen te komen met het non-verbale gedrag wat zij daarbij lieten zien. In de studie van Willner (12) leek er ook geen significant effect te zijn, terwijl de behandelaren duidelijk een afname van het agressieve gedrag observeerden.

Duidelijk is dat er nog weinig goed methodologisch onderzoek is gedaan. De sample-sizes zijn klein, wat de generaliseerbaarheid en de betrouwbaarheid verkleind. In de praktijk wordt er echter wel al gebruik gemaakt van de aanbevelingen betreft de aanpassingen in de CGT. Dit blijkt zowel uit de richtlijn (8), als uit de lezing van Resultaten Scoren over LVB gecombineerd met middelengebruik (17), die is bijgewoond voor dit literatuuronderzoek. In deze lezing kwamen de onderzoekers van enkele gebruikte artikelen aan het woord.

Doordat de richtlijn, de artikelen en de lezing dezelfde kant op wijzen, kan er een conclusie gesteld worden met betrekking tot de generaliseerbaarheid. De demografische gegevens en prognostische variabelen binnen de studies komen overeen met de populatie zoals die bij de HCD gezien wordt. Voor het bepalen van de haalbaarheid qua kosten en middelen zijn er nog niet genoeg gegevens, dit wordt verder onderzocht in de casestudy.

*Conclusie:*

In antwoord op de onderzoeksvraag kan gesteld worden dat er nog te weinig onderbouwd methodologisch onderzoek is gedaan om de effectiviteit van CGT bij mensen met een LVB en verslavingsproblematiek te bewijzen of onderbouwen.

Daarentegen is er wel voldoende bewijs dat CGT effectief is bij verslavingsproblematiek (4,8,17). De huidige vorm is echter niet aangepast op de beperkingen in het cognitieve- en sociale vermogen van iemand met LVB. In de praktijk zien we nu vaak mensen met een LVB voortijdig stoppen met de therapieën, soms zelfs de gehele behandeling of naderhand om individuele uitleg vragen. Op basis van de praktijkervaringen en een klein aantal wetenschappelijke studies op dit gebied kan er een voorlopige conclusie worden getrokken.

Aanpassingen in de volgende facetten zouden bij kunnen dragen aan vermindering of zelfs stoppen van het gebruik en het langer in behandeling blijven (4,8,17).

* *Contactopbouw en communicatie:* Opbouwen van contact vergt meer tijd en aandacht. Communiceren met korte zinnen, regelmatig controleren of cliënt het besprokene begrepen heeft. Plaatjes gebruiken ter ondersteuning.
* *Aanpassingen in de planning:* Meerdere kortdurende afspraken dan een langdurende. Veel herhalingen vanwege beperkte spanningsboog en het korte termijn heugen.
* *Aanpassingen in de behandeling en systematisch werken:* Nauwe samenwerking met andere zorgbegeleiders en steunsysteem om generalisatie te bevorderen. Praktische vaardigheden verbeteren door het oefenen van risicosituaties (4).

Ondanks dat deze aanbevelingen worden gegeven, is het belangrijk te beseffen dat deze nog niet wetenschappelijk zijn onderbouwd. Ondanks de boeken (4), de handleidingen en werkboeken (17) die de onderzoekers van zeer kundige organisaties als Tactus verslavingszorg, Aveleijn hebben geschreven en uitgegeven na een pilot, moet er nog meer methodologisch onderzoek worden gedaan naar effectieve interventies voor mensen met een LVB met verslavingsproblematiek.

*Literatuur:*

**1:** De Graaf R, Ten Have M, Van Gool C, van Dorseselaer S. Prevalence of   
 mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands   
 Mental Health Survey and Incidence Study-2. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012;47:203-213.

**2:** [Sociaal Cultureel Planbueau.   
 http://www.scp.nl/Publicaties/Alle\_publicaties/Publicaties\_2014/Zorg\_beter\_begrepen](file:///C:\Users\Gebruiker\Documents\School\Scriptie\Literatuurstudie\Sociaal%20Cultureel%20Planbueau.%20%09http:\www.scp.nl\Publicaties\Alle_publicaties\Publicaties_2014\Zorg_beter_begrepen) (geraadpleegd op 21 januari 2017)

**3:** Hammink A, Schrijvers C. Middelen en drugsverslaving onder jongeren en volwassenen met een lichtverstandelijke beperking in de regio Rotterdam. Rotterdam: IVO; 2012.

**4:** Van der Nagel J, Kiewik M, Didden R. Iedereen gebruikt toch?. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2013.

**5:** McGillicuddy NB. A review of substance use research among those with mental retardation. Ment Retard Dev Disabil Res Rev 2006;12:7-41.

**6:** Mentrum. <http://www.mentrum.nl/professionals/behandelaanbod/kortdurende-opnameklinieken/verslaving-psychiatrie/> (geraadpleegd op 16 april 2016)

**7:** Didden R. Gedragsanalyse en cognitieve gedragstherapie bij mensen met een   
 verstandelijke beperking: Een tussenbalans in perspectief: Gedragsproblemen,   
 psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking. Houten: Bohn Stafleu Lochum 2006;101-126.

**8:** De Wit M, Douma J. Richtlijn Effectieve Interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedrag veranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG; 2011.

**9:** Mutsaers K, Blekman J, Schipper H. Licht verstandelijk gehandicapten en

middelengebruik. Wat is er tot op heden bekend?. Utrecht; Trimbos-instituut; 2007

**10:** Didden R, Korzilius H, Oorsouw van W, Sturmey P. Behavioral Treatment of Challenging Behaviors in Individuals With Mild Mental Retardation: Meta-Analysis of Single-Subject Research. Am J Intellect Dev Disabil 2006;111:290-298.

**11:** Mcgillycuddy NB, Blane HT. Substance use in individuals with mental retardation. [Addict Behav](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Mcgillycuddy+NB%2C+Blane+HT.+Substance+use+in+individuals+with+mental+retardation.) 1999;24:869-78.

**12:** Willner P, Rose J, Jahoda A, Kroese BS, Felce D, Cohen D, et al. Group based cognitive-behavioral for people with mild to moderate intellectual disabilities; cluster randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2013;203:288-296.

**13:** Vereenooghe L, Langdon PE. Psychological therapies for people with intellectual disabilities; A systamatic review and meta analysis. Res Dev Disabil 2013;34;4085-102.

**14:** Schrijven E, Engels R, Kleinjan M, Poelen E. Evaluatinga selective prevention program for substance use and comorbid behavioral problems in adolescents with mild to borderline intellectual disbilities: study protocol of a randomized trial. BMC Psychiatry 2015;15-167.

**15:** Dujivenbode N, Didden R, Voogd H, Korzilius H, Engels R. Cognitive biases in individuals with mild to borderline intellectual disability and alcohol use-related problems. Res Dev Disabil 2012;33:1928-1936.

**16:** Cox K, De Louw D, Verhoef J, Kuiper C. Evidence-based practice voor verpleegkundigen. Methodiek en toepassing. Den Haag: Boom Lemma; 2010.

**17:** Van derNagel J, Kiewik M. Handleiding CGT + Cognitief gedragstherapeutische behandeling van problematisch middelengebruik bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Stichting Resultaten Scoren Kenniscentrum Verslaving. Amersfoort; 2016.