Case study

*‘Minder begaafd en verslaafd’*



Amsterdam, 30 januari 2017

Shelley Roby Kruiver

Studentnummer: 500230749

Klas: LD15-4GGZ1

Studiegidsnummer: 4500AFCS16

Aantal woorden: 2998

Projectbegeleiding: -

1e examinator: Y.M. van der Brug

2e examinator: M. van Iersel

*Inleiding:*

Marie is een 40 jarige vrouw met een licht verstandelijke beperking (LVB) die wegens alcoholafhankelijkheid door de huisarts wordt aangemeld bij de High Care Detox (HCD) voor crisisopname. Door fors alcoholgebruik (3 flessen wijn per dag) en slechte zelfzorg is zij op moment van aanmelding somber, vermagerd en verwaarloosd.

Marie is eerder in crisis opgenomen geweest en heeft een geschiedenis van behandeling omtrent haar depressies. Pas na jaren behandeling kwam de behandelaar erachter dat Marie een LVB heeft (IQ 70). Eind 2015 heeft zij een reguliere deeltijdbehandeling cognitieve gedragstherapie (CGT)gedaan. Dit bleek niet voldoende. In de deeltijdbehandeling is weinig begeleiding en dit vergt veel zelfstandigheid van de cliënten. Zij kwam steeds minder op de behandelafspraken opdagen en viel weer terug in haar oude gebruik. Dit is herkenbaar voor deze complexe doelgroep wanneer zij overvraagd worden (1). Door de eerdere niet geslaagde behandelingen heeft Marie geen vertrouwen meer in de hulpverlening en zichzelf. Om die reden is het van belang om binnen de huidige opname passende interventies in te zetten, rekening houdend met haar LVB om weer vertrouwen in zichzelf te krijgen en haar lijdensdruk te verminderen.

Volgens psychiater Joanneke van der Nagel van verslavingsinstelling Tactus (2) wordt bovenstaand probleem onderschat en komen er steeds meer vragen van verslavingsinstellingen over mensen met een LVB. Uit een onderzoek van de Universiteit van Twente (1) blijkt tevens dat er behoefte is aan aanpassing van de behandelstrategieën van de verslavingszorg bij multiple problematiek; verslaving, psychiatrische problematiek en verstandelijke beperking (3).

De bovenbeschreven multiple problematiek zal in deze casestudy aan de hand van de casus van Marie geschetst worden. Om Marie deze keer zo effectief mogelijk te behandelen wordt het volgende onderzocht in deze casestudy:

*In hoeverre is cognitieve gedragstherapie een effectieve interventie om Marie haar alcoholgebruik te verminderen of stoppen wanneer deze wordt aangepast op haar LVB?*

*Gevalsbeschrijving:*

Volgens DSM-IV classificatie is Marie gediagnosticeerd met alcohol-afhankelijkheid en een depressieve stoornis (recidiverend) op as I. Op as II staat haar LVB. Op as III is er sprake van ondergewicht en op as IV van problemen gebonden aan de sociale omgeving, werkproblemen en woonproblemen. Haar GAF score is 45 (sociaal functioneren wordt beperkt door alcohol afhankelijkheid en LVB).

Marie gebruikt sinds haar 20ste alcohol. In het verleden heeft zij veel behandelingen gehad voor depressie episodes en eenzaamheid. De behandelingen maakte zij vaak niet af. Na jaren behandeling werd er ontdekt dat Marie een LVB heeft. Dit zou het falen van de behandelingen kunnen verklaren (1).

Sinds enige tijd ging het wat beter met Marie. Dit kan te verklaren zijn doordat zij een man heeft ontmoet met wie zij inmiddels samenwoont. Zij hebben geen kinderen. Anton, de vriend van Marie, is degene die signaleerde dat Marie in toenemende mate teveel dronk. Regelmatig trof hij haar na zijn werk dronken aan. Marie geeft aan dat zij zich verveelt en drinkt om de dag door te komen. Door de overlast die Marie bezorgt wanneer zij dronken is, hebben zij problemen met de buren en woningbouw. Marie had dagbesteding, maar na meerdere keren dronken op haar werk te verschijnen is deze gepauzeerd. Zij mag terugkomen indien haar behandeling voor de verslaving succesvol is.

Sinds begin 2016 is cliënte teruggevallen is haar alcoholgebruik. Op dit moment is zij met lichamelijke verwaarlozing opgenomen op de HCD. Bij opname had zij een blood-alcohol-concentration (BAC) van 3.4‰ (de range loopt van 0,000-4,000 ‰). De gezondheidsproblemen en de gevolgen voor het functioneren zijn vanuit deze momentopname beschreven.

*Psychopathologie en pathofysiologie*

Volgens de definitie van DSM-IV heeft iemand een verstandelijke beperking wanneer er sprake is van de volgende drie criteria (3):

* Niveau van verstandelijk functioneren: IQ <70
* Er zijn gelijktijdige tekorten aanwezig in of beperkingen van het aanpassingsgedrag.
* De beperkingen zijn bekend vanaf de geboorte, of in ieder geval bekend voor het achttiende levensjaar.

Zoals uit de bovengenoemde definitie blijkt, is het IQ niet het enige criterium dat telt (1). Er is altijd sprake van tekorten op het gebied van sociale aanpassing en redzaamheid. Dit blijkt voornamelijk uit tekorten in de zelfverzorging, leerstoornissen, stoornissen in de motorische vaardigheden, communicatiestoornissen, gebrek aan sociale vaardigheden en pervasieve ontwikkelingsstoornissen (1).

LVB kan een groot aantal oorzaken hebben, die terug te vinden zijn in de biologische, sociale en omgevingsfactoren. De wetenschap lijkt er vanuit te gaan dat een IQ aanleg bepaald is, echter lijkt verbetering van de pedagogische en sociale omstandigheden wezenlijk bij te dragen aan het terugdringen van de prevalentie van LVB (4,5).

De Beer (5) beschrijft hoe deze factoren van invloed op elkaar zijn. In het cognitieve domein is er sprake van een vertraagde ontwikkeling in het werkgeheugen. In het werkgeheugen wordt informatie gelijktijdig opgeslagen en bewerkt. Hierdoor zijn executieve functies, als het vermogen om te organiseren, te focussen en impulsen onder controle te houden minder ontwikkeld. Dit betekent dat mensen met een LVB moeite hebben met het onthouden en verwerken van informatie, oorzaak-gevolg denken en plannen (2). Ook de kennis over het eigen leerproces, het terughalen van situaties om deze te analyseren en reflecteren zijn beperkt ontwikkeld. Deze meta-cognitieve vaardigheden spelen een belangrijke rol in de behandeling van LVB mensen (2,3,5).

De emotionele ontwikkeling van LVB mensen stagneert vaak op het niveau van een schoolkind. Deze beperkingen in het empathische vermogen, naast de meta-cognitieve vaardigheden, leidt tot gebrekkig zelfsturen en een beperkte impulscontrole (5).

Mensen met LVB hebben een afwijkende sociale informatieverwerking. Informatie waarnemen om vervolgens passend gedrag bij de ingeschatte situatie laten zien is lastig. Mensen met LVB focussen zich meer op de letterlijk gesproken informatie en hebben minder assertieve oplossingsvaardigheden. Hierdoor wordt een situatie vaker opgelost met agressief- of passief gedrag (5).

Naast de verstandelijke beperking heeft Marie ook een alcoholafhankelijkheid. Volgens de DSM-IV is er sprake van alcoholafhankelijkheid wanneer een persoon minstens aan drie van de volgende criteria voldoet (6):

* Men drinkt vaak grotere hoeveelheden of langer dan men van plan was.
* Men wil beslist minderen of stoppen met drinken of heeft zonder succes dit geprobeerd te doen.
* Er wordt veel tijd gestoken in het verkrijgen van alcoholhoudende drank en in de consumptie ervan.
* Iemand heeft een sterke gewenning of tolerantie.
* Bij stopzetting of onderbreking van drinken is er sprake van ontwenningsverschijnselen. Het drinken heeft vaak het doel om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te voorkomen.
* De persoon offert sociale en beroepsmatige activiteiten en andere besteding van vrije tijd op.
* Iemand gaat door met drinken, al kent men de nadelen daarvan voor het functioneren of de gezondheid (6).

Verslaving kan neurobiologisch worden gezien als een stoornis van het beloningssysteem. Alcohol en drugs grijpen in op delen van de hersenen die betrokken zijn bij bekrachtiging van gedrag dat overleving en voortplanting bevorderd. Deze hersenstructuren worden in hun functionele samenhang aangeduid als het beloningscircuit (7).

Verslavende middelen beïnvloeden gevoel, cognities en gedrag. Alcohol bindt onder andere aan GABA receptoren en beïnvloed tevens de natrium-kalium en calciumbegeleiding door middel van glutaminerge mechanismen. Uiteindelijk hebben alle drugs effect op het extracellulaire dopaminegehalte. Een toename van het extracellulaire dopamine in de nucleus accumbens (NA), zorgt voor activering van andere beloningssystemen welke gepaard gaat met een gevoel van welbevinden (7).

Naast een individuele biologische of genetische kwetsbaarheid kunnen ook de omgevingsfactoren of directe effecten van drugs op de hersenen een verklaring vormen voor het misbruik en afhankelijkheid.

Alcoholafhankelijkheid komt voor bij ongeveer 0,7% van de volwassenen (18-65 jaar) in Nederland. In absolute aantallen ging het om ruim 82.400 mensen per 1 januari 2009 (6). Van de mensen uit een lage opleidingscategorie geeft 13.7% aan een zware drinker te zijn, tegenover hoogopgeleiden met 6.9% (4,6).

Marie is bekend met depressieve episodes. De eenzaamheid die hiermee gepaard gaat is momenteel aanwezig. Echter wordt er in de DSM-IV criteria genoemd dat de symptomen behorende bij depressiviteit niet voort mogen komen uit een stemmingsstoornis door gebruik van een middel (7,8). Omdat Marie nog middelen gebruikt, kan er op dit moment geen depressieve stoornis worden vastgesteld. Pas wanneer cliënte abstinent is, kan diagnostiek betreffende haar somberheidsklachten plaatsvinden (7).

*ICF*

*Context en persoonlijke factoren:*

Marie is van Nederlandse afkomst. Is niet gelovig en heeft een niveau 2 opleiding afgerond, maar nooit een reguliere baan kunnen behouden. Sinds het overlijden van haar ouders drinkt zij fors alcohol. Haar vriend drinkt niet. Marie is door de huisarts verwezen voor een vrijwillige crisisopname ter detoxificatie.

*Functies:*

De mentale functies, temperament en persoonlijkheid zijn door cliënte haar laag verstandelijke beperking (IQ 70) en alcoholafhankelijkheid ernstig verstoord. Haar stemming is matig tot ernstig verstoord gezien recidiverende depressies en haar huidige somberheidsklachten. Daarnaast is het lichaamsgewicht ernstig verstoord door het alcoholgebruik.

*Activiteiten:*

Het omgaan met verveling en stress is door haar LVB en verminderde coping vaardigheden beperkt. Het zorgdragen van de eigen gezondheid is door haar LVB en verslavingsproblematiek ook ernstig beperkt.

*Participatie:*

Marie was werkzaam in een bejaardentehuis, maar dit is gepauzeerd. Zij is sociaal en gaat graag naar de kroeg om mensen te ontmoeten, verder heeft zij geen dagbesteding. Binnen formele relaties zijn er matige participatieproblemen. In vorige deeltijdbehandelingen kwam zij niet meer opdagen omdat zij het te druk vond en zich niet begrepen voelde.

*Externe factoren:*

Marie ervaart steun van haar vriend. Ook op de HCD voelt zij zich veilig en prettig. Zij woont samen, heeft weinig contact met haar zus. Haar ouders zijn overleden. Haar werk- en woonproblemen baren haar zorgen.

***Verpleegkundige diagnosen en multidisciplinaire gezondheidsproblemen***

P: Gezondheidsverontachtzaming.
E: Alcoholafhankelijkheid, passieve levensstijl, somberheid, cognitieve beperking.
S: Verwaarloost, ondergewicht, gebrek aan motivatie/vertrouwen, emotionele fragiliteit.

*Beoogde resultaat:* Client kan gezondheid bevorderend gedrag in praktijk brengen. Kan belemmeringen noemen, herkennen en hiernaar handelen.

P: Inadequate Therapiediscipline.
E: Alcoholafhankelijkheid, LVB.
S: Niet afmaken eerdere behandelingen, te complexe behandeling (cognitief), onvoldoende sociale ondersteuning, eerdere slechte ervaringen, moeilijk kunnen beslissen.

*Beoogde resultaat:* Cliënte kan omstandigheden beschrijven die het goed blijven hanteren van de situatie/therapie kunnen bedreigen. Beschrijft deze zelfzorgtechnieken en past deze toe in de praktijk (7).

*Huidige beleid*

Op dit moment wordt Marie behandeld voor haar alcoholafhankelijkheid. Zij krijgt Chloordiazepine 4x daags 50mg voorgeschreven, waarna deze weer afgebouwd worden. Deze detoxificatieperiode zal twee weken duren, met 12 weken vervolgbehandeling.

Het multidisciplinaire team bestaat uit de verslavingsarts, verpleegkundigen, maatschappelijk werk en een psychomotorische therapeut. De verslavingsarts is verantwoordelijk voor de farmacologische behandeling van de detoxificatie en overige gezondheidsproblemen. De verpleegkundigen hebben een uitvoerende functie. Zij voeren uit volgens behandelplan, observeren en rapporteren, daarnaast geven zij de CGT.

*Gezondheidsprobleem*

Het gezondheidsprobleem, welke de aanleiding is geweest om deze casus te bespreken, is Marie haar afhankelijkheid van alcohol in combinatie met haar LVB en de lichamelijk verwaarlozing die daardoor is ontstaan.

Tijdens de klinische opname kan het verpleegkundig team interventies uitoefenen om Marie inzichten, adequate copingstrategieën en vaardigheden te leren. Normaliter wordt dit met elementen uit de CGT gedaan. Deze therapieën blijken uit vorige behandelingen te hoog gegrepen te zijn voor Marie. Een hypothetische interventie kan zijn de therapieën individueel te geven, aangepast qua inhoud en communicatie op haar LVB.

Daarnaast is het ondersteunen bij haar ADL van belang gezien de verwaarlozing en ondergewicht, ontwenningsverschijnselen en gebruik spierverslappende medicatie.

*Methoden*

Het onderzoek bestaat uit een dossier- en literatuuronderzoek. Het cliëntendossier van Marie is geraadpleegd voor de casuïstiek. Daarnaast is er in Medline gezocht naar artikelen met de volgende 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 is er gezocht in de databank Cochrane Library en is er gezocht naar passende richtlijnen bij mijn onderzoeksvraag op Trimbos Instituut.

De gevonden artikelen een CCT, RCT, SR of richtlijn te zijn. Exclusiecriteria betekent het niet opgenomen zijn in een behandelsetting of CGT als onderdeel van verschillende interventies.

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

*Verdieping*

Er zijn 53 artikelen gevonden. Hiervan zijn 9 artikelen geselecteerd en beoordeeld op kwaliteit: één richtlijn, drie SR’s, 3 RCT’s en 1 RCT waar momenteel het onderzoek van plaatsvindt en nog geen outcomes zijn.

*Onderzochte interventies:*

CGT is effectief gebleken bij verslavingsproblematiek (7). Of het ook effectief is bij mensen met een LVB moet echter nog blijken. Tijdens het bestuderen van de interventies in de eerder genoemde databanken bleek dat zeer weinig gedragsveranderde interventies specifiek ontwikkeld voor deze populatie (1,3).

In de studie van Mc Gillycuddy (9,10) wordt een assertiviteit interventie vergeleken met een rolmodel interventie. Op de korte termijn leerden de participanten in beide interventies nieuwe vaardigheden aan, echter leidde dit bij de follow up niet tot verminderd gebruik. Didden (11) 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 (3) wordt individuele, aangepaste CGT als veelbelovende interventie gezien. De studie van Vereenooghe voegt hier nog aan toe dat individuele CGT effectiever is dan groepstherapie (12). In de studie van Willner (13) had CGT een klein, niet significant effect op de deelnemers na groepstherapie, terwijl behandelaren wel een afname van ongewenst gedrag zagen. Echter is het gevonden bewijs binnen de studies matig tot onvoldoende . Ook de richtlijn geeft deze aanbevelingen, met de kanttekening dat er nog weinig wetenschappelijk bewijs voor is te vinden (3).

*Bespreking*

Wanneer het gaat om specifieke therapievormen voor verslaving bij mensen met LVB wordt CGT door verschillende onderzoekers aanbevolen (3). Voorwaarden voor het inzetten van deze therapievorm zijn vereenvoudigde taal, werken in kleine stappen en aandacht voor de generalisatie van de oefenstof naar andere contexten. Voor deze generalisatie raden verschillende onderzoekers aan om een rolmodel te gebruiken en om belangrijke personen uit de directe omgeving erbij te betrekken (9,10).

Om de tekorten in de verbale informatiewerking te ondervangen wordt aanbevolen om gedoseerd aan te bieden, veel te herhalen en visuele ondersteuning te gebruiken. Daarnaast is het belangrijk om meer te oefenen in plaats van informeren. Binnen de CGT betekent dit meer nadruk op exposure dan op inzicht (1,3,5).

Ondanks dat de gevonden literatuur weinig draagkracht heeft qua bewijs voor deze interventie, wordt er in de praktijk al veel mee gewerkt na diverse pilots gedraaid te hebben (1,2). Het aanleren van nieuwe cognitieve handvaten kost veel tijd, waarbij risicosituaties gepaard gaan met terugval in gebruik. Een LVB vraagt nog meer tijd en begeleiding. Wanneer er intensieve begeleiding en een rolmodel ingezet wordt, is de verwachting dat dit een effectieve interventie kan zijn (3).

De interventie grijpt in op de symptomen van een LVB en de alcoholverslaving (etiologie). De CGT interventie werkt in op de cognitieve beloningssystemen (6). De ondersteunende farmacotherapie dempt de elektrische prikkels in de hersenen om ontwenningsverschijnselen zoals zweten, trillen en insulten te beperken.

De interventie is aanvaardbaar voor Marie. Haar vriend zou als rolmodel kunnen fungeren. De kans van slagen neemt toe als er vanuit het netwerk op dezelfde manier gestimuleerd wordt (1,2,10). De CGT therapieën worden aangepast op haar mogelijkheden en behoefte, welke samen met haar en begeleiding vanuit de verwijzende instelling worden besproken. Hier zitten geen nadelen of risico’s voor Marie aan.

CGT zou kunnen worden toegepast aangezien de verpleegkundigen hier al mee werken. Een specifieke LVB training zou bijdragen, echter brengt dit kosten met zich mee. Ook de intensiviteit en structuur die deze interventie vergt een uitdaging op de afdeling. Het betrekken van een rolmodel is mogelijk en het toewijzen van een casemanager behoort ook tot de mogelijkheden.

*Discussie, conclusie en aanbevelingen*

CGT kan worden ingezet als interventie in de bestaande taak- en verantwoordelijkhedenstructuur, waarbij deze uitgevoerd wordt door de verpleegkundige. De primair behandelaar, de verslavingsarts, is verantwoordelijk voor de organisatie en de team coördinator (coördinerend verpleegkundige) voor de coördinatie van de interventies. Die verantwoordelijkheid wordt gedeeld in multidisciplinaire vergaderingen en behandelbesprekingen. Deze rol en taakverdeling doet recht aan de verpleegkundige rol en behoeft geen andere invulling.

De zoekstrategie was gericht op het effect van CGT bij mensen met een LVB en verslavingsproblematiek. Uit de geselecteerde artikelen kan worden geconcludeerd dat er geen significant effect is van deze interventie, omdat er nog geen kundig methodologisch onderzoek is gedaan. De aanbevelingen en interventies komen voort uit pilot studies met een kleine sample size, wat de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid beperkt. Binnen de gevonden literatuur is er dus geen bewijs voor het effect van CGT binnen de behandeling van verslavingsproblematiek van iemand met een LVB.

*Conclusie:*

Het aanbieden van aanpassingen in de CGT is aanvaardbaar voor de cliënt, haalbaar voor de verpleging, maar niet bewezen effectief als interventie. De aanbevelingen wijzen echter de andere kant op (1,2,3). Deze aanpassingen zijn niet schadelijk voor cliënt of verpleging wanneer deze toegepast worden, dus zouden kunnen worden ingezet om eventuele effectiviteit zelf te observeren. Echter is methodologisch onderzoek nodig om de wetenschappelijke bewezen effectiviteit te onderzoeken.

Het toevoegen van deze individuele aangepaste therapie vraagt om specifieke kennis en vaardigheden van verpleegkundigen. Er moet worden gekeken naar wie hier kundig, bekwaam en gemotiveerd voor zijn. In het beginstadium kunnen er kosteloze aanpassingen gedaan worden door de handleiding te gebruiken (2). Maar op de langere termijn kan dit betekenen dat hier trainingen voor ingezet moeten worden. Indien de aanpassingen goed vormgegeven worden en geïmplementeerd zijn, kan het aanbieden van deze interventies leiden tot een betere aansluiting bij cliënten met een LVB. In de praktijk zorgt dit voor een beter aansluitend zorgaanbod, wat de kwaliteit verhoogd en wellicht zorgt voor minder terugval.

*Aanbevelingen:*

* Inventariseren wie er binnen het verpleegkundig team interesse heeft in deze verdieping tot deze populatie. Een projectgroep starten en klinische les geven.
* Een nauwe samenwerking met verwijzer en vervolgafdeling om structuur te bieden.
* Kortere, meer frequente, individuele CGT therapieën. Deze zijn aangepast op mogelijkheden en behoeften cliënt.
* Een rolmodel binnen het steunsysteem vinden.
* Een casemanager in de behandeling betrekken, zodat alcoholgebruik, crisis of terugval tijdig gesignaleerd kan worden.
* Op de langere termijn verpleegkundigen trainen op CGT bij mensen met LVB.

*Literatuur:*

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

**2:** Van der Nagel 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.

**3:** 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.

**4:** De Graaf R, ten Have MM, van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.

**5:** Beer de Y. De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking. Deventer: Kluwer; 2011.

**6:** Franken I, Brink W. Handboek Verslaving. Neurobiologie. Utrecht; De Tijdstroom; 2009.

**7:** Carpenito-Moyer LJ. Zakboek verpleegkundige diagnosen. Groningen/Houten; Noordhof Uitgevers; 2008.

**8:** Nationaal Kompas. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie/omvang/> (geraadpleegd 25 mei 2016)

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

**10:** 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.

**11:** 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.

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

**13:** 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.