Problematisch alcohol- en drugsgebruik bij mensen met een LVB: prevalentie en gerelateerde factoren

Masterthesis (201600201)
Masteropleiding Pedagogische Wetenschappen
Masterprogramma Clinical Child Family and Education Studies
Universiteit Utrecht
Collegejaar 2018-2019

Naam:	Henriëtte Dijkhoff
Studentnummer:	4150260
Naam thesisbegeleidster:	Dr. Jolanda Douma
Naam tweede beoordelaar:	Dr. Chiel Volman
Opdrachtgevers	Amerpoort, Sherpa
Datum:	10-07-2019
Aantal woorden:	4992

Voorwoord

Deze masterthesis is ter afronding van de masteropleiding Orthopedagogiek (*Clinical Child, Family and Education Studies*) geschreven en is onderdeel van het onderzoek naar mensen met een licht verstandelijke beperking en psychopathologie. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de projectgroep 'Verstandelijke beperking en psychopathologie' van Amerpoort en Sherpa en is samen met drie andere studenten van de Universiteit van Utrecht opgezet en uitgevoerd. Door de prettige samenwerking met deze studenten is het gelukt om dit onderzoek tot een succes te maken. Denise Geelhoed heeft internaliserende problematiek en gerelateerde factoren onderzocht. Elske Wendt heeft externaliserend probleemgedrag onderzocht. Mira van Alteren heeft de herkenning van psychische problematiek door begeleiders onderzocht. Ik wil al de cliënten van Amerpoort en Sherpa die hun toestemming hebben gegeven voor dit onderzoek ontzettend bedanken! Daarnaast wil ik al de betrokken gedragsdeskundigen, managers en begeleiders van Amerpoort en Sherpa bedanken voor hun inzet. Ook wil ik graag mijn thesisbegeleidster Dr. Jolanda Douma bedanken voor haar tijd en energie die ze in de begeleiding heeft gestoken, kritische blik en vertrouwen in het onderzoek. Tot slot wil ik nog graag mijn vriend bedanken voor de onvoorwaardelijke steun in deze uitdagende periode van mijn studie.

Abstract

Introduction: People with mild to borderline intellectual disability (MBID) are more vulnerable for problematic substance use. **Aim:** To gain insight in the prevalence of and related factors to problematic substance use in people with MBID. **Method:** Professional carers of 78 clients with MBID provided information about their clients through an online questionnaire, including the *Adult Behaviour Checklist* (ABCL), to measure (problematic) alcohol and drugs use and self-constructed questions about client characteristics. **Results:** Based on the ABCL, 2 clients (2.90%) had problematic alcohol use and 10 clients (13.30%) had problematic drugs use. Due to these limited number of clients, subsequent analyses were done with 2 other items from the ABCL. These analyses showed that more (problematic) alcohol use was related with male gender, attention and hyperactivity/impulsivity problems and more contact with friends. Drug use was related with antisocial personality, depressive and attention and hyperactivity/impulsivity problems. Drug use was also related to more contact with friend and loneliness and less amount of daily activities. **Discussion:** There is a high percentage of clients with problematic drug use. It is important that institutions are aware of the triple problems within this group: MBID, problematic substance use and psychopathology. For the subgroups within the MBID-group, who are vulnerable to problematic drug use, there is a need for systematic monitoring of substance use and negative related factors need to be prevented.

Keywords: problematic alcohol and drugs use, MBID, social network, daily routine, psychopathology, trauma, sex, age.

Samenvatting

Inleiding: Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) zijn kwetsbaarder voor de ontwikkeling van problematisch middelengebruik, dan mensen zonder een LVB. Desondanks dat deze problematiek samengaat met negatieve gevolgen op verschillende levensgebieden, is er een tekort aan kennis over de prevalentie en gerelateerde factoren. **Doel:** Het verkrijgen van inzicht in de prevalentie van problematisch alcohol- en drugsgebruik en gerelateerde factoren bij mensen met een LVB. **Methode:** Begeleiding van 78 cliënten met een LVB hebben de *Adult Behaviour Checklist* (ABCL) online ingevuld aangevuld met geconstrueerde vragen, om (problematisch) alcohol en drugsgebruik te meten en cliëntkenmerken. **Resultaten:** Er waren 2 cliënten (2.90%) met problematisch alcoholgebruik en 10 cliënten (13.30%) met problematisch drugsgebruik. Door het gelimiteerde aantal cliënten met problematisch middelengebruik, zijn er ook analyses gedaan met 2 andere items van de ABCL. Hieruit volgde dat (problematisch) alcoholgebruik gerelateerd is aan het mannelijk geslacht, aandachttekort en hyperactiviteit/impulsiviteitsproblemen en meer contact met vrienden. Drugsgebruik was gerelateerd aan antisociale persoonlijkheids-, depressieve-, en aandachttekort en hyperactiviteit/impulsiviteitsproblemen. Ook was drugsgebruik gerelateerd aan meer contact met vrienden, eenzaamheid en minder uur dagbesteding. **Discussie:** Er is een hoog percentage cliënten van de LVB-doelgroep met problematisch drugsgebruik. Het is van groot belang dat instellingen zich bewust worden van de mogelijke triple problematiek bij deze doelgroep, namelijk: LVB, problematisch middelengebruik en psychopathologie. Voor subgroepen die nog meer kwetsbaar zijn voor problematisch middelengebruik moet het gebruik systematisch in kaart worden gebracht en moeten negatieve factoren preventief worden verminderd.

Trefwoorden: problematisch alcohol- en drugsgebruik, LVB, sociale netwerk, dagbesteding, psychopathologie, trauma, leeftijd, geslacht.

Inleiding

Mensen met een LVB lopen risico op het ontwikkelen van problematisch middelengebruik (van Duijvenbode et al., 2015). Volgens de Nederlandse praktijkdefinitie is sprake van een licht verstandelijke beperking (LVB) bij een intelligentiequotiënt (IQ) tussen 50 en 85 en een beperkt adaptief vermogen (Moonen & Verstegen, 2006). Middelengebruik wordt als problematisch (een stoornis) aangeduid als sprake is van een maladaptief patroon, dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk. Sinds de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*- 5 (DSM-5) vallen verslaving en middelenmisbruik onder de bovenstaande definitie, waarbij de ernst bij misbruik minder groot is dan bij verslaving (American Psychiatric Association, 2013). Met middelengebruik wordt zowel alcohol- als drugsgebruik aangeduid.

Er zijn geen eenduidige prevalentiecijfers van problematisch middelengebruik bij volwassenen met een LVB in Nederland. Deze variatie hangt samen met verschillen tussen de onderzoeken in de onderzochte populatie (de mate van verstandelijke beperking en de leeftijd), de soorten middelen (Chapman & Wu, 2012) en de methodologische aanpak (van Duijvenbode et al., 2015). In 2009 is in Nederland onderzoek gedaan naar de prevalentie van middelenmisbruik bij volwassenen met een LVB. Hieruit bleek dat bij 28% sprake was van alcoholmisbruik en bij 36% van drugsmisbruik (Didden, Embregts, van der Toorn, & Laarhoven, 2009). Hoewel alcohol het meest gebruikte middel is door mensen met een LVB, is het percentage van problematisch alcoholgebruik bij hen lager (van der Nagel, Kiewik, Buitelaar, & de Jong, 2011) dan bij mensen zonder een LVB. Van der Nagel et al. (2011) stelden dat 4% van de onderzochte doelgroep te maken had met problematisch alcoholgebruik, 5% met problematisch cannabisgebruik en 1% met problematisch gebruik van andere drugs. Uit een relatief kleine studie bleek dat mensen met een LVB die alcohol drinken, dat veelal dagelijks doen (Hammink, Schrijvers, & van de Mheen, 2014).

Er zijn meerdere negatieve gevolgen van (problematisch) middelengebruik bij mensen met een LVB. Zij lopen een groter risico dan mensen zonder een LVB op emotionele en gedragsproblemen (Didden et al., 2009), delinquentie (Chapman & Wu, 2012), seksueel en financieel misbruik, zelfschade, overdosis en verlies van de alledaagse structuur (Taggart, McLaughlin, Quinn, & McFarlane, 2007). Bovendien krijgt men door middelengebruik vaker te maken met psychopathologie (Nettelbladt, Göth, Bogren, & Mattisson, 2009). Uit onderzoek van Taggart et al. (2006) kwam naar voren dat 1 op de 5 volwassenen met een verstandelijke beperking die drugs gebruikte, dit combineerde met voorgeschreven medicatie.

Ook wordt bij mensen met een LVB veelvuldig medicatie voorgeschreven. Dit wordt onder andere aangetoond door van der Nagel et al. (2011), waarbij 44,7% medicatie krijgt. De combinatie van middelengebruik en medicatie zorgt regelmatig voor fysieke problemen, die kunnen resulteren in verwarring, slaaptoestand, dementie, coma en overlijden (Slayter, 2008).

Meerdere risicofactoren hangen samen met problematisch middelengebruik bij mensen met een LVB. Een factor die veelvuldig in de literatuur wordt genoemd is zelfmedicatie, waardoor deze doelgroep beter kan omgaan met negatieve gebeurtenissen. Mensen met een LVB zijn kwetsbaarder voor negatieve en stressvolle gebeurtenissen in het leven (Hammink et al., 2014; Scott & Havercamp, 2014). Door hun beperkte adaptieve vermogens hebben ze minder strategieën om hiermee om te gaan en op de lange termijn kan dit leiden tot problematisch middelengebruik (Didden et al., 2009).

Hetzelfde mechanisme is van toepassing op een andere risicofactor voor problematisch middelengebruik: een beperkt sociaal netwerk. Het middelengebruik dient gevoelens van eenzaamheid en isolatie te onderdrukken (Taggart et al., 2007). Familie is voor mensen met een LVB een belangrijk onderdeel van het sociale netwerk (van Asselt-Goverts, Embregts, & Hendriks, 2013). Een op de drie mensen met een LVB wil meer contact met familie. Zij zijn minder vaak tevreden met hun sociale netwerk (van Asselt-Goverts et al., 2015) en ervaren meer eenzaamheid (Petroutsou, Hassiotis, & Afia, 2018).

Vanuit de literatuur wordt verwacht dat contact met vrienden een andere invloed heeft op het middelengebruik dan contact met familie. Het is namelijk voor mensen met een LVB van groter belang om bij een groep vrienden te horen en middelengebruik heeft dan ook vaak een sociale functie (Hammink, 2012; van der Nagel, Kiewik, & Didden, 2012). Zij gebruiken alcohol en drugs om bij de peergroup te horen, waarbij de onderliggende cognities en aannames over middelengebruik vaak niet kloppen. Een voorbeeld daarvan is de overtuiging dat bijna iedereen in Nederland cannabis gebruikt (van der Nagel et al., 2012). Daarnaast worden verschillende denkfouten gemaakt, zoals overgeneralisatie (‘Mijn vrienden drinken op oudjaarsavond twintig biertjes, dus dat doen ze elke avond’) en het effect van middelengebruik op het imago (‘Alcohol drinken is stoer’). Om bij de peergroup te horen, worden volgens McLaughlin, Taggart, Quinn en Milligan (2007) zowel alcohol als drugs gebruikt. Schijven, Didden, Otten en Poelen (2019) schrijven daarentegen dat mensen die opgenomen willen worden door een groep meer geneigd zijn om alcohol te drinken en juist minder om drugs te gebruiken. Dit proces om bij een groep te gaan horen, kan een compensatie vormen voor isolatie en een tekort aan sociale vaardigheden en vriendschappen (Taggart et al., 2007). Echter, het problematische middelengebruik heeft ook een negatieve

invloed op het sociale netwerk (Hammink et al., 2014): het middelengebruik leidt namelijk tot meer (verbale) agressie, wat negatieve interacties tot gevolg heeft (Taggart, McLaughlin, Quinn, & Milligan, 2006).

Een andere risicofactor is een tekort aan dagelijkse routine (Taggart & Chapling, 2014). Bij problematisch middelengebruik zijn mensen minder goed in staat om de dagelijkse activiteiten vol te houden. Hierdoor kan te veel ongestructureerde vrije tijd ontstaan. Dit gaat samen met gevoelens van isolatie en verveling, wat kan aanzetten tot problematisch middelengebruik om met deze leegte om te gaan (Taggart et al., 2006).

Verder hangen persoonskenmerken samen met problematisch middelengebruik. Zo zijn mannen meer geneigd om drugs (Chaplin, Gilvarry, & Tsakanikos, 2011) en alcohol te gebruiken (Van der Nagel et al., 2011). Als ze gaan drinken, hebben ze een vergroot risico op alcoholvergiftiging en risicovol gedrag (Reis, Wetzel, & Häsler, 2017). Ook is er een linkt tussen leeftijd en (problematisch) middelengebruik, waarbij meer gebruik wordt gekoppeld aan een jongere leeftijd (Taggart et al., 2006).

Een andere factor betreft psychopathologie. Zoals eerder is genoemd, kan door middelengebruik psychopathologie ontstaan (Nettelbladt et al., 2009), zoals een antisociale persoonlijkheidsstoornis, depressieve stemmingsstoornis, angststoornis, Aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD; Didden et al., 2009) en andere vormen van persoonlijkheidsproblematiek (Taggert & Chaplin, 2014). Door psychopathologie worden ook eerder middelen gebruikt. Zo dempt het middelenmisbruik de onaangename symptomen van ADHD (Didden et al., 2009; Faraone, Ghirardi, Kuja-Halkola, Lichtenstein, & Larsson, 2017; Poelen, Schijven, & Vermaes, 2015;). Aan de andere kant heeft het middelengebruik een negatieve invloed op meerdere levensgebieden. Door een beperkte weerbaarheid, wordt hierdoor het risico op psychopathologie weer vergroot.

Concluderend is de samenhang van het hebben van een LVB, problematisch middelengebruik, psychopathologie en bijkomende problematiek op verschillende levensgebieden complex. Deze elementen kunnen zowel oorzaak als gevolg van elkaar zijn, waardoor een negatieve spiraal van middelengebruik kan ontstaan. Van de 39 instellingen in de gehandicaptenzorg in Nederland geeft 79% aan dat er een tekort is aan expertise over problematisch middelengebruik bij deze doelgroep. De zorg is niet of beperkt gericht op het problematische middelengebruik, wat leidt tot problemen in de dagelijkse zorg (van der Nagel et al., 2011). Toch zijn studies naar gerelateerde factoren voor problematisch alcohol- en drugsgebruik bij volwassenen met een LVB beperkt. Door dit kennistekort zijn zorgprofessionals minder goed in staat om het middelengebruik te monitoren en hierop in te

spelen. Ook is er een tekort aan prevalentiecijfers, waardoor onduidelijk is hoeveel personen in de LVB-doelgroep te maken hebben met deze problematiek. Om dit te bereiken is onderzoek noodzakelijk waarbij zwakbegaafdheid (IQ 70-85) wordt geïncludeerd, omdat deze groep in Nederland ook tot de LVB-doelgroep wordt gerekend. Het is van belang dat de kennis bij Nederlandse instellingen toeneemt over de grootte van deze problematiek (de prevalentie) en over de risicofactoren voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik (van der Nagel et al., 2017). Om die reden staan deze onderwerpen in het huidige onderzoek centraal.

Methode

Procedure en steekproef

Voor dit onderzoek zijn de volgende inclusiecriteria gehanteerd: cliënten met een LVB van 18 jaar of ouder die minstens zes maanden begeleiding krijgen bij het wonen van Amerpoort of Sherpa. Dementie of niet-aangeboren hersenletsel (NAH) zijn geëxcludeerd. Amerpoort en Sherpa hebben voor dit onderzoek toestemming gegeven. Ook hebben zij hun medewerking toegezegd. Door de gedragsdeskundigen van Amerpoort en Sherpa is ingeschat dat ongeveer duizend cliënten tot de LVB-doelgroep behoren en op welke locaties zij woonachtig zijn. Op verzoek van Amerpoort en Sherpa is de vragenlijst over de cliënten afgenomen bij de begeleiders. Zij waren minimaal zes maanden betrokken bij de cliënt.

Om de begeleiders van de doelgroep te bereiken zijn verschillende stappen doorlopen. Op de interne onlineomgevingen van beide organisaties is informatie over het onderzoek geplaatst om bekendheid aan het onderzoek te geven. Daarnaast zijn gedragsdeskundigen en managers geïnformeerd via e-mail. Verder is deelgenomen aan de vakgroepoverleggen van de gedragsdeskundigen, zodat zij het onderzoek bij de begeleiders onder de aandacht konden brengen.

Tegelijkertijd zijn informatie- en toestemmingsbrieven opgesteld. Voor de cliënten bestond dit uit informatie over de inhoud en het belang van het onderzoek, de punten waarvoor toestemming dienden te worden gegeven, anonimiteit en de vrijblijvendheid van het onderzoek. Via de post en e-mail zijn deze brieven verstuurd naar de locaties. Aan deze locaties is na ongeveer één week telefonisch gevraagd of de brieven waren ontvangen, waarbij eventuele onduidelijkheden verhelderd werden. Vervolgens zijn de woningen waarvan nog geen reactie was ontvangen meermaals gebeld en gemaild.

In totaal zijn 59 locaties benaderd. Hiervan hebben 15 locaties niet gereageerd, 10 locaties hadden tijd- en/of personeelsgebrek en 5 locaties voldeden (toch) niet aan de

inclusiecriteria. In totaal hebben 191 cliënten een toestemmingsverklaring ingevuld (ongeveer 19% van de geschatte doelpopulatie), van wie 128 cliënten toestemming gaven. De betrokken gedragsdeskundigen hebben bij toestemming van de cliënt achterhaald of de cliënt voldeed aan de inclusiecriteria en wilsbekwaam was, en of een wettelijk vertegenwoordiger benaderd moest worden. Indien dat nodig was, is de wettelijk vertegenwoordiger benaderd via een brief met een toestemmingsformulier. Van de 128 cliënten voldeden 120 cliënten aan de inclusiecriteria. Eén wettelijk vertegenwoordiger gaf geen toestemming en 3 wettelijk vertegenwoordigers hebben niet gereageerd.

Tabel 1
Demografische gegevens van de steekproef, afhankelijke variabelen en onafhankelijke variabelen.

	N (%)	**M**	**SD**	**Min.**	**Max.**
Organisaties					
- Amerpoort	31 (39.70%)				
- Sherpa	47 (60.30%)				
Afhankelijke variabelen					
- Problematisch alcoholgebruik	2 (2.90%)				
- Problematisch drugsgebruik	10 (13.30%)				
- Drinkt te veel alcohol of wordt dronken		.28	.58	.00	2.00
- Gebruikt drugs		.28	.64	.00	2.00
Onafhankelijke variabelen					
Geslacht					
- Man	46 (59.00%)				
- Vrouw	32 (41.00%)				
Leeftijd		43.21	14.50	18.00	74.00
Traumatische ervaring	42 (53.80%)				
Uren dagbesteding		23.72	12.59	.00	40.00
Sociaal netwerk					
- Mate van contact met vrienden		1.31	1.13	.00	3.00
- Mate van contact met familie		1.60	.93	.00	3.00
- Klaagt over eenzaamheid		.41	.63	.00	2.00
- Tevredenheid met sociaal netwerk		1.91	.96	.00	3.00
Psychopathologie: DSM-schalen					
- Depressieproblemen	18 (23.08%)				
- Angstproblemen	15 (19.23%)				
- Vermijdende-persoonlijkheidsproblemen	31 (39.74%)				
- Aandachtstekort en problemen met hyperactiviteit/impulsiviteit	13 (16.67%)				
- Antisociale-persoonlijkheidsproblemen	23 (29.49%)				

Noot. N= aantal participanten, %= percentage, M= gemiddelde, SD= standaarddeviatie, Min.= minimale score, Max.= maximale score.

Na toestemming van de cliënt en/of de wettelijk vertegenwoordiger is de begeleider van die cliënt via e-mail uitgenodigd om de online vragenlijst via *Limesurvey* in te vullen. De vragenlijst is uiteindelijk voor 98 cliënten verstuurd. De locaties die de vragenlijst na twee weken nog niet hadden ingevuld, hebben herinneringsmails ontvangen en zijn meermaals gebeld. Uiteindelijk zijn 78 vragenlijsten ingevuld, waarmee de steekproefgrootte voldoende is voor onderzoek (Neuman, 2013).

De steekproef bestond uit 5 cliënten die ambulante zorg kregen en 73 cliënten in de residentiële zorg. Dit wijkt af van de verhouding in de geschatte doelpopulatie van Amerpoort; daar zijn verhoudingsgewijs meer cliënten met ambulante ondersteuning. Hierdoor komen de kenmerken van de steekproef niet volledig overeen met de cliëntgroepen met een LVB die aan de inclusiecriteria voldoen, wat mogelijk een verminderde representativiteit tot gevolg heeft (Hoof, 2014). Enkele begeleiders en managers gaven aan dat cliënten met psychische problemen minder geneigd waren om te participeren dan cliënten zonder deze problemen. Het is echter onduidelijk om hoeveel cliënten dit ging en of deze uitspraak juist was; de invloed hiervan op de representativiteit is onduidelijk. De kenmerken van de steekproef zijn weergegeven in Tabel 1.

Afhankelijke variabelen

Het problematisch alcohol- en drugsgebruik is gemeten met twee items van de Adult Behavior Checklist (ABCL) (Achenbach & Rescorla, 2003), namelijk: ‘In de afgelopen 6 maanden, op hoeveel dagen was hij/zij dronken?’ en ‘In de afgelopen 6 maanden, op hoeveel dagen gebruikte hij/zij drugs (zoals marihuana, GHB, xtc of andere drugs)?’. Dit geeft de mate van alcohol- en drugsgebruik aan, waarbij vanaf de *Borderline Clinical Range* (BCR) sprake is van problematisch middelengebruik (Achenbach & Rescorla, 2003). Deze vraag betreft alle soorten drugs. In het originele item werden marihuana, lijm en cocaïne als voorbeeld genoemd. Gezien de populariteit van GHB en xtc in Nederland zijn deze drugs als voorbeelden toegevoegd. De BCR voor alcohol is voor mensen van 18-35 jaar groter dan een score van 4. Voor mensen ouder dan 35 jaar is het afkappunt hoger dan 3. Voor drugsgebruik geldt een afkappunt van hoger dan 2 (Achenbach & Rescorla, 2003). Voor 10 cliënten was geen zicht op het alcoholgebruik en voor 3 cliënten niet op het drugsgebruik, waardoor deze participanten uit de steekproef zijn gehaald. Bij relatief weinig cliënten werd op basis van deze items problematisch alcohol- of drugsgebruik vastgesteld (respectievelijk 2 en 10), waardoor het niet mogelijk was om de samenhang met de onafhankelijke variabelen te

bepalen. Daarom zijn twee andere items van de ABCL gebruikt voor die analyses, namelijk: ‘Drinkt te veel of wordt dronken’ en ‘Gebruikt drugs’, met als antwoordopties: 'Helemaal niet' (0), 'Een beetje of soms' (1) en 'Vaak of duidelijk' (2). Echter, het item over drugs meet enkel het drugsgebruik. Het item over alcoholgebruik zegt ook iets over dronken zijn en overmatig gebruik, wat meer valt onder problematisch alcoholgebruik.

De ABCL meet gedrags- en emotionele problemen bij volwassenen (18-59 jaar) in de afgelopen zes maanden en bestaat uit 128 items met de eerdergenoemde driepuntsschaal, waarbij een hogere score duidt op meer problematiek. Er zijn geen studies gedaan naar de psychometrische eigenschappen van de Nederlandse versie van de ABCL, maar gemiddeld genomen heeft de Engelse versie een goede test-hertest-betrouwbaarheid (α= .85). De gemiddelde interne consistenties voor de probleemschalen (α=.84) en DSM-schalen (α=.79) zijn goed (Achenbach & Rescorla, 2003). De ABCL is ook een betrouwbaar en valide middel om psychopathologie vast te stellen bij mensen met een LVB (Tenneij & Koot, 2007). In het huidige onderzoek zijn negen participanten ouder dan 59 jaar. Normaliter wordt dan de *Older Adult Behaviour Checklist* (OABCL) (Achenbach, Newhouse, & Rescorla, 2004) gebruikt, waarbij rekening wordt gehouden met dementie. Echter, dementie is een exclusiecriterium voor dit onderzoek en er zijn geen afwijkende scores gevonden voor cliënten ouder dan 59 jaar. Daarom is de ABCL in dit onderzoek ook gebruikt voor cliënten ouder dan 59 jaar.

Onafhankelijke variabelen

Leeftijd is bepaald met een open vraag.

Geslacht is gemeten met de vraag: ‘Wat is het geslacht?’ met de antwoordopties 'Man' en 'Vrouw'.

Uren dagbesteding is gemeten met de open vraag: ‘Hoeveel uur per week heeft de cliënt gemiddeld dagbesteding/werk/opleiding in totaal?’.

Informatie over het sociale netwerk en de beleving ervan is op een aantal manieren gemeten, namelijk door het bepalen van de ervaren eenzaamheid, de frequentie van contact met familie en vrienden en de tevredenheid over het sociale netwerk.

Eenzaamheid is gemeten met het ABCL-item ‘Klaagt over eenzaamheid’ met de eerdergenoemde antwoordschaal.

Mate van contact met vrienden is gemeten door het gemiddelde te nemen van twee geconstrueerde vragen: ‘Hoe vaak heeft de cliënt gemiddeld contact in persoon met echte vrienden of vriendinnen?’, ‘Hoe vaak heeft de cliënt gemiddeld contact via een medium (e-mail, chat, WhatsApp, sms, bellen) met echte vrienden of vriendinnen?’. De antwoordopties

hierbij waren: ‘Gemiddeld minder dan één keer per maand’ (0), 'Gemiddeld twee keer per maand’ (1), ‘Gemiddeld twee keer per week’ (2) en ‘Gemiddeld elke dag’ (3). Een hogere score staat voor meer contact met echte vrienden.

De mate van contact met familie is gemeten door het gemiddelde te bepalen van twee geconstrueerde vragen: ‘Hoe vaak heeft de cliënt gemiddeld contact in persoon met familie?’, ‘Hoe vaak heeft de cliënt gemiddeld contact via een medium (e-mail, chat, WhatsApp, sms, bellen) met familie?’. De antwoordopties kwamen overeen met de vragen over de mate van contact met vrienden. Een hogere score staat voor meer contact met familie.

Tevredenheid met het sociale netwerk is gemeten met de geconstrueerde vraag: ‘Hoe tevreden lijkt de cliënt met zijn/haar netwerk?’. De antwoordopties waren: ‘Ontevreden’ (0), ‘Een beetje tevreden’ (1), ‘Behoorlijk tevreden’ (2) en ‘Helemaal tevreden’ (3). Een hogere score geeft meer tevredenheid met het sociale netwerk aan.

Traumatische ervaringen is met de volgende vraag gemeten: ‘Heeft de cliënt traumatische ervaringen meegemaakt (zoals mishandeling, verwaarlozing of een ernstig ongeluk)?’. Hierbij waren de antwoordopties 'Weet ik niet' (0), 'Nee' (1) en 'Ja' (2). Voor één cliënt is 0 gescoord; deze score is niet meegenomen in de analyses.

Psychopathologie is gemeten met de DSM-schalen van ABCL. Deze worden hieronder nader toegelicht. De interne consistentie (α) in het huidige onderzoek wordt per schaal weergegeven. De DSM-schaal depressieve problemen (α=.85) omvat zowel dysthymie als depressieve-stemmingsstoornis en bestaat uit 15 items, zoals ‘Huilt veel’ en ‘Voelt zich waardeloos of minderwaardig’. De DSM-schaal angstproblemen (α=. 81) omvat gegeneraliseerde-angststoornis, separatieangststoornis en specifieke fobieën. Deze schaal bestaat uit 6 items, zoals ‘Maakt zich zorgen over zijn/haar toekomst’ en ‘Is te angstig of te bang’. De DSM-schaal vermijdende-persoonlijkheidsproblemen (α=.70) bestaat uit 7 items, bijvoorbeeld ‘Kan niet goed opschieten met andere mensen’ en ‘Is liever alleen dan met anderen’. De DSM-schaal aandachtstekort en problemen met hyperactiviteit/impulsiviteit (AD/H; α=.87) bestaat uit 13 items, zoals ‘Is te vergeetachtig’ en ‘Kan zich niet concentreren, kan niet lang de aandacht ergens bij houden’. De DSM-schaal antisociale-persoonlijkheidsproblemen (α=.84) bestaat uit 20 items, zoals ‘Maakt veel ruzie’ en ‘Lijkt zich niet schuldig te voelen na zich misdragen te hebben’. De alpha van de DSM-schaal vermijdende-persoonlijkheidsproblemen (α=.70) is weliswaar relatief lager, maar dit onderzoek is uitgevoerd op groepsniveau, waardoor dit geen directe of zwaarwegende consequenties heeft op persoonsniveau. Deze interne consistentie wordt dan ook als

voldoende beschouwd (Cho & Kim, 2015). In de analyses is aan de hand van de normen van de ABCL per DSM-schaal onderscheid gemaakt tussen cliënten met een score in de normale of in de BCR.

Data-analyse

Het programma IBM SPSS Statistics 24.0 is gebruikt om de data te analyseren. Uit de Kolmogorov-Smirnov-Z-test (*p*=.00) en de Shapiro-Wilk-test (*p*=.00) is naar voren gekomen dat beide afhankelijke variabelen niet voldeden aan de assumptie van een normale verdeling. Daarom is non-parametrisch getoetst. Spearman's Rho is gebruikt om de samenhang tussen de mate van alcohol- en drugsgebruik en de onafhankelijke variabelen met een continue uitkomstmaat te analyseren. De Mann-Whitney-U-test is gebruikt om het verschil in alcohol- en drugsgebruik vast te stellen voor de dichotome onafhankelijke variabelen. Vanwege het exploratieve karakter van dit onderzoek is tweezijdig getoetst en is een significantieniveau van *p*<.05 aangehouden.

Resultaten

Tabel 2
Spearman's Rho correlaties voor de samenhang van de cliëntkenmerken met alcohol- en drugsgebruik (n=78).

	Alcoholgebruik		**Drugsgebruik**	
	r_s	*p*	r_s	*p*
- Mate van contact met vrienden	.277	.014*	.257	.023*
- Mate van contact met familie	.150	.190	.111	.334
- Eenzaamheid	.139	.224	.338	.002**
- Tevredenheid met netwerk	-.028	.805	-.206	.071
- Uren dagbesteding	-.116	.311	-.240	.035*
- Leeftijd	-.223	.050	-.209	.066

Noot. r_s= Spearman's Rho, *p*= significantieniveau tweezijdig getoetst, * = p< .05, ** = p < .01

De gemiddelde score voor zowel 'Drinkt te veel alcohol of wordt dronken' als 'Gebruikt drugs' is .28, zie tabel 1. Verder blijken 61 personen 'helemaal niet' te veel te drinken of dronken te worden, 12 doen dit soms en 5 vaak. Er waren 64 personen die helemaal geen drugs gebruikten, 6 gebruikten 'beetje of soms' en 8 gebruiken 'duidelijk of vaak' drugs. Uit de Spearman's Rho analyse komt een significante positieve correlatie tussen alcoholgebruik en mate van contact met vrienden (r_s=.277, p=.014; 7.7% verklaarde variantie). Daarnaast is er bijna een significant negatieve correlatie tussen alcoholgebruik en leeftijd (r_s=-.223, *p*=.050; 4.8% verklaarde variantie). Er zijn significante positieve correlaties tussen drugsgebruik en mate van contact met vrienden (r_s=.257, *p*=.023; 6.6% verklaarde variantie) en met eenzaamheid (r_s=.338, *p*=.002; 11.4% verklaarde variantie). Daarnaast is er

een significante negatieve correlatie tussen uren dagbesteding en drugsgebruik (r_s=-.240, *p*=.035; 4.2% verklaarde variantie). Er is ook samenhang tussen drugsgebruik, tevredenheid met netwerk en leeftijd, echter is deze net niet significant. De sterkte van de correlaties kan worden beschreven als zwak tot matig (Field, 2014). Voor de rest van de variabelen is geen samenhang gevonden, zie tabel 2.

Tabel 3
Mann-Whitney U test voor het verschil in alcohol- en drugsgebruik voor cliëntkenmerken (n=78).

	Alcoholgebruik					**Drugsgebruik**				
	M (SD)	MR	U	Z	*p*	M (SD)	MR	U	Z	*p*
Geslacht			573,500	-2.29	-.022*			729,000	-.11	.915
Man (n=46)	.41 (.69)	43.03				.28 (.66)	39.35			
Vrouw (n=32)	.09 (.30)	34.42				.28 (.63)	39.72			
Traumatische ervaringen			670,500	-.91	.362			656,000	-1.20	.229
Ja (n=42)	.33 (.61)	40.54				.33 (.65)	40.88			
Nee (n=35)	.23 (.55)	37.16				.23 (.65)	36.74			
Depressie-			493,500	-.77	.443	.61 (.92)	46.11	421,000	-2.11	.035*
problemen						.18 (.50)	37.52			
Ja (n=18)	.39 (.70)	42.08								
Nee (n=60)	.25 (.54)	38.73								
Angst- problemen			454,000	-.33	.744			381,500	-1.73	.084
Ja (n=15)										
Nee (n= 63)	.27 (.46)	40.73				.53 (.83)	45.57			
	.29 (.61)	39.21				.22 (.58)	38.06			
Vermijdende-persoonlijkheidsproblemen			691,500	-.53	.600			700,500	-.43	.669
Ja (n=31)	.29 (.53)	40.69				.35 (.76)	40.40			
Nee (n=47)	.28 (.62)	38.71				.23 (.56)	38.90			
Aandacht en hyperactiviteit/impulsiviteitsproblemen			252,000	-3.18	.001**			233,500	-3.79	.000**
Ja (n=13)	.77 (.83)	52.62				.92 (.95)	54.04			
Nee (n=65)	.18 (.46)	36.88				.15 (.48)	36.59			
Antisociale-persoonlijkheidsproblemen			547,000	-1.30	.193			401,500	-3.79	.000**
Ja (n=23)	.43 (.73)	43.22				.70 (.88)	49.54			
Nee (n=55)	.22 (.50)	37.95				.11 (.42)	35.30			

Noot. n = aantal participanten, M = gemiddelde, SD = standaard deviatie, MR = gemiddelde rank, U = Mann-Whitney U, Z = z-score, p =significantieniveau, * = p < .05, ** = p < .01.

Uit de resultaten van de Mann-Whitney U test blijkt dat significant meer mannen te veel alcohol gebruiken dan vrouwen. Cliënten met AD/Hproblemen scoren significant hoger op zowel alcohol- als drugsgebruik. Cliënten met depressieproblemen en/of antisociale persoonlijkheidsproblemen scoren significant hoger op drugsgebruik, maar niet op alcoholgebruik. Voor de andere variabelen zijn geen significante verbanden gevonden, zie tabel 3.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om de prevalentie van problematisch alcohol- en drugsgebruik en gerelateerde factoren bij volwassenen met een LVB te onderzoeken. Van de 78 cliënten scoorden 2 cliënten (2.90%) in de BCR van problematisch alcoholgebruik en 10 cliënten (13.30%) in de BCR van problematisch drugsgebruik. In lijn met de verwachting zijn er meer personen met problematisch drugsgebruik dan alcoholgebruik (van der Nagel et al., 2011). Echter, het verschil tussen alcohol- en drugsgebruik is groter dan in andere studies (Didden et al., 2009; van der Nagel et al., 2011). De scores op de items 'Drinkt te veel of wordt dronken' en 'Gebruikt drugs' komen redelijk overeen met bovenstaande scores. Een grote groep (*N*=61) drinkt niet te veel of wordt niet vaak dronken, 12 personen doen dit soms en 5 personen doen dit vaak. Voor drugsgebruik waren 64 personen die helemaal geen drugs gebruikten, 6 gebruikten soms en 8 gebruikten vaak drugs.

Naast de prevalentie is de samenhang tussen alcohol- en drugsgebruik met verschillende persoonskenmerken onderzocht. Jongere mensen lijken meer alcohol en drugs te gebruiken, echter was deze samenhang net niet significant. Mannen gebruiken meer alcohol dan vrouwen, wat overeenkomt met de literatuur (van der Nagel et al., 2011). In tegenstelling tot de verwachting gebruikten mannen niet meer drugs dan vrouwen (Chaplin et al., 2011). Cliënten gebruiken meer drugs als zij minder dagbesteding krijgen en andersom. Er waren 10 cliënten die geen dagbesteding, werk of opleiding hadden, waarbij er mogelijk veel ongestructureerde vrije tijd ontstaat. Het is wenselijk dat deze personen worden ondersteund in het structureren van deze vrije tijd of meer dagbesteding krijgen.

In tegenstelling tot de verwachting is er geen verschil tussen alcohol- en drugsgebruik wat betreft traumatische ervaringen (Scott & Havercamp, 2014). Bij dit item zijn voorbeelden van traumatische ervaringen genoemd. Achteraf dekken deze voorbeelden niet volledig de lading van traumatische ervaringen, zoals voor pesten. Voor toekomstig onderzoek is het van belang om eerst een definitie van traumatische ervaringen te geven, aangevuld met passende voorbeelden van verlies, mishandeling, pesten, ziekte en verandering.

De volgende verschillen in alcohol- en drugsgebruik zijn gevonden omtrent psychopathologie. In overeenstemming met de literatuur wordt er door personen met depressie-, AD/H-, en antisociale persoonlijkheidsproblemen (Didden et al., 2009) meer drugs gebruikt en door mensen met AD/Hproblemen meer alcohol (Faraone et al., 2017). Er is geen verband gevonden tussen angstproblemen en alcohol- en drugsgebruik. Mogelijk dat bij angstproblemen iemand ook angstig is voor de sensaties van fysieke opwinding die door middelengebruik ontstaan en dit een drempel vormt voor het gebruik van middelen (Otten,

Didden, & Poelen, 2017). Ook is er voor vermijdende persoonlijkheidsproblemen geen verschil in alcohol- en drugsgebruik. Een alternatieve verklaring is dat mensen die alcohol en drugs gebruiken sensatiezoekend zijn (Otten et al., 2019) en mensen met vermijdende persoonlijkheidsproblematiek zich vooral afwenden van deze sensaties door de bijkomende risico's.

Het sociale netwerk hangt op verschillende manieren samen met alcohol- en drugsgebruik. Contact met vrienden hangt positief samen met alcohol- en drugsgebruik. Beide middelen worden waarschijnlijk gebruikt om bij de groep te horen, wat o.a. een tekort aan sociale vaardigheden compenseert (Taggart et al., 2007). Er is geen (negatief) verband gevonden tussen contact met familie en alcohol- en drugsgebruik. Een alternatieve verklaring is dat er meer behoefte is aan contact met vrienden dan met familie, waardoor dit meer samenhang met alcohol- en drugsgebruik. Van de 78 personen hebben namelijk 23 personen minder dan één keer per maand contact met hun echte vrienden. Voor contact met familie ligt dit lager, namelijk 11 personen. Tevredenheid met het netwerk hangt niet samen met alcohol- en drugsgebruik. Ondanks dat 1 op de 3 personen klaagt over eenzaamheid is 73.10% van de steekproef behoorlijk tot helemaal tevreden met het sociale netwerk. Naar aanleiding van het aantal personen die eenzaam zijn wordt verwacht dat er minder personen tevreden zijn met hun sociale netwerk. Mogelijk komt dit doordat 'Tevredenheid over het netwerk' een subjectieve vraag is, waardoor dit item mogelijk een lage betrouwbaarheid heeft (Perry & Felce, 2002). Eenzaamheid hangt niet samen met alcoholgebruik, maar wel met drugsgebruik, dit wordt in de volgende alinea toegelicht.

Met andere woorden, er lijkt een verschil te zijn tussen personen die alcohol gebruiken en personen die drugs gebruiken. Mensen met depressie-, AD/H- en antisociale persoonlijkheidsproblemen gebruiken meer drugs. Het drugsgebruik gaat samen met minder structuur in het dagelijkse leven. Desondanks dat er meer contact is met vrienden, wordt er meer eenzaamheid ervaren. Mogelijk dat men binnen deze vriendschappen geen steun ontvang, wat samengaat met gevoelens van eenzaamheid. Mensen die alcohol gebruiken zijn vaker man en hebben vaker AD/Hproblemen. Overeenkomstig tussen deze twee kenmerken is dat beide kenmerken samengaan met meer impulsiviteit (Yoshimasu et al., 2018). Mogelijk wordt het verschil in drugs- en alcoholgebruik verklaard doordat alcoholgebruik sterk samenhangt met impulsiviteit en drugsgebruik niet. Alcohol is direct beschikbaar, waardoor mensen die impulsief zijn eerder alcohol gebruiken (Otten et al., 2017). Het is opvallend dat mensen die meer alcohol gebruiken alsnog tevreden zijn met het sociale netwerk en niet meer klagen over eenzaamheid, dan mensen zonder problematisch alcoholgebruik. Mogelijkerwijs

geeft dit de sociale functie van alcoholgebruik aan (Simpson, 2012) en gaat dit samen met gelijkwaardige vriendschappen. Bovendien hangt alcoholgebruik niet samen met dagbesteding. Het is aannemelijk dat deze positieve vriendschappen ervoor zorgen dat men geen of minder gevoelens van isolatie en eenzaamheid krijgt, desondanks er eventueel meer ongestructureerde vrije tijd is. Gezien de verschillen in gerelateerde factoren voor alcohol- en drugsgebruik wordt geadviseerd om in vervolgstudies alcohol- en drugsgebruik als losstaande variabelen te onderzoeken.

Het huidig onderzoek heeft enkele methodologische limitaties. Informatie over cliënten is verkregen via begeleiding. Begeleiding heeft de neiging om middelengebruik van cliënten te onderschatten (Swerts et al., 2017) en bij gebruik van enkel één databron wordt middelengebruik ook onderschat (van der Nagel et al., 2014). Door het (enkel) gebruiken van de begeleiding als informatiebron kan het problematisch alcohol- en drugsgebruik zijn onderschat. Voor toekomstig onderzoek wordt geadviseerd om zelfrapportage en *by-proxy*vragenlijsten te gebruiken. Een andere limitatie betreft de representativiteit van de steekproef: cliënten die ambulant zorg ontvangen zijn namelijk verhoudingsgewijs onder gerepresenteerd. Bij ambulante ondersteuning raakt men eenvoudiger in aanraking met middelen (Bransen, Schipper, & Blekman, 2009) en speelt er meer eenzaamheid, wat samenhangt met meer problematisch middelengebruik (Swerts et al., 2017). Het is aannemelijk dat vooral bij deze cliënten problematisch alcohol- en drugsgebruik prevalent is en dat de resultaten van dit onderzoek het werkelijke problematische middelengebruik onderschat. Daarnaast is het, gezien de heterogene doelgroep (van der Nagel et al., 2014), wenselijk om een grotere steekproef te gebruiken. Voor toekomstige studies is het van belang om cliënten met ambulante ondersteuning meer te includeren in een grotere steekproef. Een andere limitatie is de manier waarop problematisch middelengebruik gemeten. Lijdensdruk wordt namelijk niet meegenomen, terwijl dit essentieel onderdeel is van problematisch gebruik. Voor toekomstig onderzoek wordt geadviseerd om een specifieke screeninglijst voor middelengebruik te gebruiken.

Op basis van de resultaten, worden een aantal aanbevelingen gedaan zodat er betere zorg aan cliënten met een LVB en problematisch alcohol- of drugsgebruik gegeven kan worden. Het is van groot belang dat de instellingen zich bewust worden van het hoge percentage problematisch drugsgebruik onder cliënten met een LVB, wat samengaat met negatieve gevolgen in verschillende levensgebieden. Ook moet de samenhang tussen de triple problematiek (LVB, middelengebruik en psychopathologie) welbekend worden, omdat dit de behandeling van zowel middelengebruik als psychopathologie complex maakt. De hierboven

beschreven subgroepen binnen de LVB-doelgroep, die kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik, moeten systematisch gemonitord worden en negatieve omgevingsfactoren (die samenhangen met problematisch middelengebruik) moeten worden voorkomen. Om dit te bereiken moeten verwanten, begeleiders en behandelaars op de hoogte zijn van de signalen van problematisch gebruik en ook weten welke stappen ondernomen moeten worden als een cliënt deze signalen laat zien. Dit betekent dat het scholingsaanbod hierop ingestoken moet worden.

Literatuur

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles.* Burlington, Vermont: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Achenbach, T. M., Newhouse, P. A., & Rescorla, L. A. (2004). *Manual for the ASEBA Older Adult Forms & Profiles.* Vermont: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5de versie).* Washington: American Psychiatric Association.

Bransen, E., Schipper, H., & Blekman, J. (2009). Middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke handicap. *Verslaving*, *5*(4), 37-49.

Chaplin, E., Gilvarry, C., & Tsakanikos, E. (2011). Recreational substance use patterns and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, *32*, 2981-2986. doi: 10.1016/j.ridd.2011.05.002

Chapman, C. S., & Wu, L.T. (2012). Substance abuse among individuals with intellectual disability. Research in Developmental Disabilities, 33, 1147-1156. doi: 10.1016/j.ridd.2012.02.009

Cho, E., & Kim, S. (2015). Cronbach's coefficient alpha: Wellknown but poorly understood. *Organizational Research Methods*, *18*, 207-230. doi: 10.1177/1094428114555994

Didden, R., Embregts, P., van der Toorn, M., & Laarhoven, N. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: a pilot study. *Research in Developmental Disabilities*, *30*, 927-932. doi: 10.1016/j.ridd.2009.01.002

Faraone, S. V., Ghirardi, L., Kuja-Halkola, R., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2017). The familial co-aggregation of attention-deficit/hyperactivity disorder and intellectual disability: a register-based family study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*, 167-174. doi: 10.1016/j.jaac.2016.11.011

Field, A. (2014). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics.* London: Sage Publications.

Hammink, A., Schrijvers, C., & van de Mheen, D. (2014). Alcohol- en drugsgebruik onder mensen met een licht verstandelijke beperking. *Verslaving*, *10*, 57-70. doi: 10.1007/s12501-014-0016-4

Hoof, A. (2014). *Mastering Modern Psychological Testing. Theory & Methods.* Utrecht: Pearson. pp 74.

McLaughlin, D. F., Taggart, L., Quinn, B., & Milligan, V. (2007). The experiences of professionals who care for people with intellectual disability who have substance-related problems. *Journal of Substance Use, 12,* 13-143. doi: 10.1080/14659890701237041

Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). LVB-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek & Praktijk*, *4*(1), 23-28. Verkregen via: https://www.kenniscentrumlvb.nl/wp-content/uploads/2019/06/OenP_voorjaar_2011.pdf

Nettelbladt, P., Göth, M., Bogren, M., & Mattisson, C. (2009). Risk of mental disorders in subjects with intellectual disability in the Lundby cohort 1947–97. *Nordic Journal of Psychiatry, 63,* 316-321. doi: 10.1080/08039480902759192

Neuman, W. L. (2014). *Understanding Research.* US: Pearson Education.

Otten, R., Didden, R., & Poelen, E. A. (2017). De relatie tussen persoonlijkheidsdimensies en middelengebruik bij mensen met een licht verstandelijke beperking. *Verslaving*, *13*, 262-273. doi: 10.1007/s12501-017-0142-x

Perry, J., & Felce, D. (2002). Subjective and objective qualityof life assessment: Responsiveness, response bias, and resident: proxy concordance. *Mental Retardation, 40*, 445–456. https://doi.org/10.1352/0047-6765(2002)040<0445:saoqol>2.0.co;2

Petroutsou, A., Hassiotis, A., & Afia, A. (2018). Loneliness in people with intellectual and developmental disorders across the lifespan: A systematic review of prevalence and interventions. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *31*, 643-658. doi: 10.1111/jar.12432

Reis, O., Wetzel, B., & Häßler, F. (2017). Mild or borderline intellectual disability as a risk for alcohol consumption in adolescents–A matched-pair study. *Research in developmental disabilities*, *63*, 132-141. doi: 10.1016/j.ridd.2015.11.007

Schijven, E. P., Didden, R., Otten, R., & Poelen, E. A. (2019). Substance use among individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning in residential care: Examining the relationship between drinking motives and substance use. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *32*, 871-878. doi: 10.1111/jar.12578

Scott, H. M., & Havercamp, S. M. (2014). Mental health for people with intellectual disability: The impact of stress and social support. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, *119*, 552-564. doi: 10.1352/1944-7558-119.6.552

Simpson, M. (2012). Alcohol and intellectual disability: Personal problem or cultural exclusion? *Journal of Intellectual Disability Research, 16,* 183–192. doi: 10.1177/1744629512455595

Slayter, E. M. (2008). Understanding and overcoming barriers to substance abuse treatment access for people with mental retardation. *Journal of social work in disability & rehabilitation*, *7*, 63-80. doi: 10.1080/15367100802009780

Swerts, C., Vandevelde, S., van der Nagel, J. E., Vanderplasschen, W., Claes, C., & de Maeyer, J. (2017). Substance use among individuals with intellectual disabilities living independently in Flanders. *Research in developmental disabilities*, *63*, 107-117. doi: 10.1016/j.ridd.2016.03.019

Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & McFarlane, C. (2007). Listening to people with intellectual disabili- ties who abuse substances. *Journal of Health and Social Care, 15*, 360-368. doi: 10.1111/j.1365-2524.2007.00691.x

Tenneij, N. H., & Koot, H. M. (2007). A Preliminary Investigation into the Utility of the Adult Behavior Checklist in the Assessment of Psychopathology in People with Low IQ. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20*, 391-400. doi: 10.1111/j.1468-3148.2007.00383.x

Taggart, L., & Chapling, E. (2014). Substance Misuse. In Tsakanikos, E., & McCarthy, J. (Eds.), *Handbook of Psychopathology in Intellectual Disability. Research, Practice, and Policy.* Springer: New York.

Taggart L., McLaughlin D., Quinn B., & Milligan V. (2006). Anexploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 5*, 588-597. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00820.x

van Asselt-Goverts, A. E., Embregts, P. J., & Hendriks, A. H. (2013). Structural and functional characteristics of the social networks of people with mild intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, *34*, 1280-1288. doi: 10.1016/j.ridd.2013.01.012

van Asselt-Goverts, A. E., Embregts, P. J., & Hendriks, A. H. (2015). Social networks of people with mild intellectual disabilities: characteristics, satisfaction, wishes and quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, *59*, 450-461. doi: 10.1111/jir.12143

van der Nagel, J. E., Kiewik, M., Buitelaar, J. K., & de Jong, C. A. (2011). Staff perspectives of substance use and misuse among adults with intellectual disabilities enrolled in Dutch disability services. *Journal of Policies and Practices in Intellectual Disability, 8,* 143-149. doi: 10.1111/j.1741-1130.2011.00304.x

van der Nagel, J. E., Kiewik, M., Didden, R., Korzilius, H. P., van Dijk, M., van der Palen, J., ... & de Jong, C. A. (2017). Substance use in individuals with mild to borderline intellectual disability: An exploration of rates and risks in the Netherlands. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, *1*, 283-293. doi: 10.1007/s41252-017-0035-3

van Duijvenbode, N., van der Nagel, J. E., Didden, R., Engels, R. C., Buitelaar, J. K., Kiewik, M., & de Jong, C. A. (2015). Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: current status and future directions. *Research in Developmental Disabilities*, *38*, 319-328. doi: 10.1016/j.ridd.2014.12.029

van der Nagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2012). *Iedereen gebruikt toch? Verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.* Amsterdam: Boom.

van der Nagel, J. E., Kiewik, M., Postel, M. G., van Dijk, M., Didden, R., Buitelaar, J. K., & de Jong, C. A. (2014). Capture recapture estimation of the prevalence of mild intellectual disability and substance use disorder. *Research in Developmental Disabilities, 35,* 808-813. doi: 10.1016/j.ridd.2014.01.018

Yoshimasu, K., Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Voigt, R. G., Killian, J. M., Weaver, A. L., & Katusic, S. K. (2018). Adults with persistent ADHD: Gender and psychiatric comorbidities- A population-based longitudinal study. *Journal of attention disorders*, *22*, 535-546. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.219