Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 43 (2017)
Heft: 5

Artikel: Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung
Autor: VanDerNagel, Joannecke E.L. / van Horsen, Saskia W.L.
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800175

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 07.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Sucht bei Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit einer geistigen Behinderung bilden eine Risikogruppe für Suchtprobleme. Leider stellen Strukturmerkmale der traditionellen Suchtkrankenhilfe oft Barrieren für diese Menschen dar. In den Niederlanden erhält diese Gruppe immer mehr Aufmerksamkeit. Verschiedene Leitlinien zur Behandlung von Suchtproblemen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung oder Lernbeeinträchtigung sind veröffentlicht worden.

Joanneke E.L. VanDerNagel
MD. PhD., Fachärztin für Psychiatrie, Tactus Suchthilfe, Zentrum für Geistige Behinderung und Sucht, Raiffeisenstraat 75, NL-7514 AM Enschede, +31 (0)88 382 28 87, j.vandernagel@tactus.nl, www.lvbenverslaving.nl

Saskia W.L. van Horsen
Msc., Pädagogin, Aveleijn, Dienstleister für Menschen mit geistiger Behinderung/Behindertenhilfe, Grotestraat 260, NL-7622 GW Borne, +31 (0)74 255 66 00, s.vanhorsen@aveleijn.nl

Schlagwörter:
geistige Behinderung | Doppeldiagnose | integrierte Behandlung | Hilfsangebot |

Einleitung

Menschen mit einer geistigen Behinderung oder Lernbeeinträchtigung und Missbrauch oder Abhängigkeit von einer oder mehreren psychotropen Substanzen (Alkohol/ Drogen), waren bis vor einigen Jahren kaum im Visier der Öffentlichkeit und erhielten in der Behinderten- und Suchthilfe wenig Aufmerksamkeit und Anerkennung. In den vergangenen Jahren hat in den Niederlanden jedoch diese Art der Doppeldiagnose zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Fallbeispiel[1]

Melvin (37 Jahre) ist seit etlichen Jahren wegen seiner Suchtkrankheit in Behandlung. Bereits im Alter von 10 begann er mit dem schädlichen Konsum von Cannabis und Alkohol und später, in seiner Jugend, kam der Gebrauch von Heroin und Kokain dazu. Einige der Folgen waren Schulschwänzen und Konflikte mit dem Gesetz (u.a. Diebstahl und Körperverletzung).
Melvin erzählt, dass er in seiner Kindheit mehrere Schulen und Jugendeinrichtungen besuchte, es aber nie schaffte, sein Konsumverhalten in den Griff zu bekommen. Seit seinem 17. Lebensjahr liess er sich wegen seiner Suchtkrankheit behandeln. Wiederholt wünschte er sich ein neues Leben ohne Drogen und Alkohol. In der Klinik gelang ihm mehrmals der Entzug. Dennoch war und ist es für Melvin schwierig, sich von seiner Drogensucht loszusagen. Melvin ist eindeutig ein Mann der Strasse: Er hat einen harten Blick, ein gutes Mundwerk und weiss in der Drogenszene zu überleben.
Auch die «schwächeren Seiten», andere Auffälligkeiten von Melvin, kommen immer mehr ans Licht. Er hat grosse Schwierigkeiten bei der Planung und Organisation. Er kommt oft zu spät oder erscheint erst gar nicht zu einem Termin.
Das Managen und Verwalten verschiedener Aufgaben führt zu einer Überforderung. Solche Probleme können sicher auch auf die Sucht- und Abhängigkeitsproblematik von Melvin zurückgeführt werden. Dies gilt jedoch nicht für sein unzureichendes Verständnis von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen, seine Naivität und seine sehr begrenzte soziale Belastbarkeit. Melvin sieht nicht, welchen Risiken er sich aussetzt, wenn er z.B. Dutzende von Autos auf seinen Namen anmeldet.
Ein IQ-Test (Melvin machte diesen, nachdem er einen Monat clean war) ergab eine unerwartet niedrige Punktzahl. Melvins Sprachverständnis-Index lag bei einem Wert von 82, der Index für Wahrnehmungsgebundenes logisches Denken bei nur 63. Melvin ist laut diesem Testergebnis geistig zurückgeblieben. Wegen Melvins Auftreten, seiner gewieften Sprache und seiner Aussage, dass seine Probleme durch die Sucht verursacht worden seien, wurde seine geistige Behinderung nicht eher entdeckt.

Gemäss American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAID) wird ein Individuum als geistig behindert bezeichnet, wenn

- der Intelligenzquotient (IQ) eingeschränkt ist,
- starke Einschränkungen im adaptiven Verhalten vorliegen,
- diese Bedingungen sich bereits vor dem 18. Lebensjahr manifestiert haben.[2]

Ein Intelligenzquotient im Bereich von 50-70 weist auf eine leichte geistige Behinderung, ein IQ im Bereich 70-85 auf eine Lernbehinderung hin. Die Bezeichnung «leicht» für den Grad der Behinderung ist jedoch verwirrend, da die Probleme dieser Personen im Alltag meistens sehr gross sind.
Die Gruppe umfasst Personen mit verschiedensten Problemen einschliesslich sozialer Benachteiligungen, begrenzter sozialer Unterstützung, Gesundheitsproblemen, einem schlechteren Zugang zu spezialisierten Diensten und einer Überrepräsentation im forensischen System.[3] Es ist auch erwiesen, dass mit einer geistigen Behinderung oft psychische Krankheitsbilder einhergehen. Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung können diese bis zu viermal häufiger auftreten als in der Normalbevölkerung.[4] Individuelle kognitive Beeinträchtigungen können von den Betroffenen überspielt oder versteckt werden. Daher bleibt die geistige Behinderung bei diesen Menschen oft unerkannt, was zusätzlich zu ihren Problemen beiträgt.

Prävalenz des Suchtmittelkonsums

Obwohl grosse Studien zum Suchtmittelkonsum von Personen mit geistiger Behinderung fehlen, deuten Daten darauf hin, dass

in dieser Gruppe alle Arten von Substanzen gebraucht werden.[5] Alkohol ist auch in der Gruppe geistig behinderter Personen die am häufigsten konsumierte und missbrauchte Substanz.[6] In einer niederländischen Umfrage schien die Prävalenz des Konsums und Missbrauchs von Cannabis und anderen illegalen Drogen bei Personen mit einer geistigen Behinderung dagegen relativ hoch zu sein, verglichen mit der bei Personen ohne geistiger Behinderung.[7] Das Geschlecht, das Alter und das Fehlen eines geregelten Tagesablaufs waren mit dem Konsum von Suchtmitteln assoziiert, die betreuten Wohnformen und der Grad der Behinderung waren es nicht. Auch demographische und kontextuelle Faktoren waren von geringer Bedeutung, im Gegensatz zum Konsum von Suchtmitten im sozialen Umfeld. Ergebnisse aus einer Vollerhebung in Nordrhein-Westfalen zeigen ebenfalls, dass in der Gruppe der geistig Behinderten neben unproblematischen auch problematische Konsummuster und Abhängigkeit von legalen und illegalen Suchtmitteln vorkommen.[8]
Allerdings ist die Prävalenz von Suchtmittelkonsum und –missbrauch stark von den Merkmalen der untersuchten Gruppe abhängig. In einer britischen Studie[9] hatten 1% der 1'023 Erwachsenen mit einer leichten bis schweren geistigen Behinderung ein Problem mit Suchtmitteln, während in einer amerikanischen Studie[10] unter 122 Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung 21% Alkoholmissbrauchende gefunden wurden. In Gruppen mit geistig behinderten Personen und psychiatrischen, forensischen oder Verhaltensproblemen werden noch höhere Prozentsätze von Suchtmittelmissbrauch festgestellt.[11]
Daten zur Anzahl Personen mit einer geistigen Behinderung in der Suchthilfe sind noch kaum vorhanden. In einer forensischen Suchtklinik in den Niederlanden war die Prävalenz von Personen mit einer geistigen Behinderung 39%. Der durchschnittliche Gesamt-IQ der gesamten Gruppe lag mit 87,9 Punkten deutlich unter dem Durchschnitt der Normgruppe mit 100 Punkten.[12]

Identifikation des Suchtmittelkonsums

Den fehlenden Prävalenzdaten entsprechend wird in der Behindertenhilfe der Suchtmittelkonsum und – missbrauch einzelner Individuen oft nicht erkannt.[13] In vielen Einrichtungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung fehlt es an systematischen Screenings. Um einen Konsum von Suchtmitteln zu erschliessen, berufen sich die meisten Mitarbeitenden auf ihr klinisches Urteil, auch wenn sie selber darauf hinweisen, dass ihnen die nötigen Fähigkeiten und Kenntnisse hierzu fehlen.[14] Wenn ein Suchtmittelproblem erkannt wird, wäre es zudem wichtig, auch auf einen allfälligen Konsum weiterer psychoaktiver Substanzen achtzugeben.

Fallbeispiel[15]

Eine 38-jährige Frau mit Down-Syndrom (geschätzter IQ: 50) wurde nach mehreren Alkoholintoxikationen mit Einlieferung in die Notfallabteilung des örtlichen Krankenhauses für eine psychiatrische Beratung in einer Behinderteneinrichtung eingewiesen. Anscheinend hatten einige Freunde sie dazu gebracht, Alkohol zu trinken. Nachdem die Betreuenden erklärt hatten, dass das Trinken von mehr als zwei Alkoholeinheiten ungesund sei, blieben die Trinkvorfälle aus. Sie erklärte, jetzt nur Zigaretten von ihren Freunden zu akzeptieren. Auf Nachfrage erzählte sie, dass es sich dabei um «besondere Zigaretten, die dich schläfrig machen» handelt. Angeblich wurde die Klientin dazu gedrängt, sexuelle Handlungen mit diesen «Freunden» durchzuführen, während sie unter dem Einfluss von Alkohol oder Cannabis stand.

KlientInnen mit Suchtproblemen werden in der Behindertenhilfe schneller erkannt, nachdem ein systematisches Screening für den Konsum von Suchtmitteln implementiert worden ist. Leider sind jedoch viele allgemeine Screening-Tools für Drogenkonsum und Suchtprobleme nicht für KlientInnen mit einer geistigen Behinderung geeignet: Der Ansatz ist zu direkt und der Satzbau und die Wortwahl in den Fragebögen sind zu komplex. Aus diesem Grund wurde im Jahr 2011 in den Niederlanden das «Substance use and misuse in Intellectual Disability-Questionnaire» (SumID-Q)[16] entwickelt. Um eine zuverlässige Antwort zu erhalten, wurde eine der Zielgruppe angepasste Version des Screenings entwickelt, mit einer simplen und eindeutigen Wortwahl, visuellen Trägerplatten und einem entgegenkommenden, nicht zu konfrontierenden Ansatz.
Inzwischen gibt es auch eine flämische und dänische Fassung des SumID-Q, und an weiteren Übersetzungen wird gearbeitet.

Wenn in der Behindertenhilfe der Suchtmittelkonsum oft nicht erkannt wird, fehlt es umgekehrt auf Seiten der Mitarbeitenden der Suchtmittelberatungsstellen an genügend Kenntnissen und Fähigkeiten, um bei ihren KlientInnen eine geistige Behinderung oder Lernbeeinträchtigung zu erkennen. Auffälliges Verhalten wird oft nicht weiter hinterfragt und falsch zugeordnet.
In beiden Fällen trägt der Mangel an geeigneten Screening-Instrumenten zu einer Verzögerung der Identifizierung dieser Art von Komorbidität bei.

Herausforderungen für die Suchthilfe

Strukturmerkmale der traditionellen Suchtkrankenhilfe, wie z.B. ein hohes verbal-intellektuelles Klima, Gruppentherapie sowie hohe Anforderungen hinsichtlich Motivation und Selbstreflektion, stellen oft Barrieren für Menschen mit einer geistigen Behinderung dar. Leider sind in der Suchthilfe auch die Behandlungsprotokolle und der Hilfsprozess oft nicht ausreichend auf die Bedürfnisse von KlientInnen mit einer geistigen Behinderung abgestimmt. Probleme können z.B. bereits beim Zugang entstehen, denn viele Personen mit einer geistigen Behinderung suchen keine Hilfe. Sie sind nicht in der Lage, ihre Bedürfnisse und Probleme in Worte zu fassen, sich gut auszudrücken. Oder aber sie lassen einen Brief mit den Terminabsprachen einfach ungeöffnet. Diese Beeinträchtigungen können leicht mit einem Mangel an Motivation verwechselt werden. Behandlungsprotokolle in der Suchthilfe sind oft sehr verbal ausgerichtet und verlangen ausreichende Lesefähigkeiten. Es müssen auch Hausaufgaben gemacht werden.
Den meisten Personen mit einer geistigen Behinderung fehlt es an diesen Fähigkeiten. Darüber hinaus haben viele von ihnen mit der Suchtbehandlung negative Erfahrungen gemacht. Sie haben regelmässig das Gefühl, versagt zu haben, und wenig Vertrauen in einen neuen Versuch.

Anpassungen

Um den Bedürfnissen von Menschen mit einer geistigen Behinderung besser gerecht zu werden, sind verschiedene Anpassungen indiziert.[17] Sie betreffen den Inhalt, vor allem aber die Dauer der Behandlung und die Art und Weise, wie der Inhalt präsentiert und kommuniziert wird.
Der erste und vielleicht auch wichtigste Schritt zu einer erfolgreichen Behandlung ist eine gute Arbeitsbeziehung und Zusammenarbeit. Dies erfordert bei KlientInnen mit einer geistigen Behinderung mehr Aufwand von den TherapeutInnen, als bei KlientInnen ohne Behinderung. Viele Menschen mit einer geistigen Behinderung sind angespannt, wenn sie mit einem neuen Therapeuten, einer neuen Therapeutin konfrontiert werden, und brauchen etwas Zeit, bis eine gemeinsame gute Basis gefunden ist. Es ist oft hilfreich, wenn einE MentorIn (z.B. ein oder eine vertrauenswürdigeR FamilienangehörigeR oder eine Begleitperson der Behindertenhilfe) mit zur Therapie

kommt. Während der Kommunikation mit den PatientInnen ist es wichtig, kurze Sätze zu verwenden und abstrakte Konzepte und komplexe Phrasen zu vermeiden. Es kann hilfreich sein, Bilder und Requisiten zu verwenden (z.B. Bierflaschen, Waschpulver als gefälschtes Kokain, Kräuter für Cannabis).
Schwerpunkt der Therapie sollte es sein, den PatientInnen die Möglichkeit zu geben, sich dafür zu öffnen, und ihnen zu helfen, Lösungen zu finden, statt Probleme zu betonen (oder zu verleugnen). Wichtig ist also ein positives Feedback statt konfrontierender Gesprächstechniken oder belehrender Vorträge. Eine Analyse der Funktion des Substanzgebrauchs (welchen Vorteil bietet der Konsum von Suchtmitteln) sowie die Beachtung der persönlichen Qualitäten und Interessen der betroffenen Person sowie von deren Unterstützung im sozialen Umfeld (Familie, betreuende Personen) helfen, neue Perspektiven zu finden. Mit etwas Unterstützung sind die meisten KlientInnen mit einer geistigen Behinderung in der Lage, ein (vereinfachtes) Anmeldeformular auszufüllen, vorausgesetzt, dass dies während einer Sitzung erfolgt. Dabei sollte auch erklärt werden, dass ein Rückfall nicht ein Totalversagen ist, sondern zu einem Entwöhnungsprozess und Therapieverlauf dazu gehört. Durch einen solchen Einstieg reduziert sich der Druck und die Angst bei den KlientInnen, (erneut) zu versagen.

Angepasste Richtlinien

In den Niederlanden wurden in den letzten Jahren mehrere Leitlinien zur Behandlung von Suchtproblemen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung oder Lernbeeinträchtigung veröffentlicht. So wurden in Zusammenarbeit zwischen der Sucht- und Behindertenhilfe Richtlinien für eine angemessene Überweisung und ein geeignetes Aufnahmeverfahren entwickelt.[18] Zusätzlich wurde eine Behandlungsleitlinie für die kognitive Verhaltenstherapie für Menschen mit dieser Art von Doppeldiagnose entwickelt.[19] Die Erfahrungen sind sehr positiv. Obwohl grosse Studien fehlen, zeigen Erfahrungen aus der Praxis, dass sich die Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und Behindertenhilfe verbessert hat und dass der Suchtmittelkonsum der PatientInnen nach der Behandlung gesunken ist oder gar bei null liegt.[20]

Zusammenarbeit mit der Behindertenhilfe

Die Zusammenarbeit zwischen der Sucht- und Behindertenhilfe ist momentan leider noch unzureichend und nicht optimal. Die Mitarbeitenden beider Bereiche sollten daher berücksichtigen, dass unter ihren KlientInnen wahrscheinlich viele mit einer Doppeldiagnose zu finden sind. Es ist eine wichtige Aufgabe, diese Gruppe zu unterstützen. Da Menschen mit Suchtproblemen und einer geistigen Behinderung zwei (oder mehr) unterschiedliche, aber einander beeinflussende Störungen haben, sollten sie auch Hilfe aus zwei Sektoren erhalten.
Weiterbildungen und ein interdisziplinärer Austausch können die Qualität der Beratung und Behandlung sowie die Zusammenarbeit verbessern. Die Behandlung dieser Art von Doppeldiagnosen findet vorzugsweise in spezialisierten Teams statt, in denen das Wissen sowohl der Behindertenhilfe als auch der Suchthilfe vorhanden ist. Da es einen Mangel an Interventionen gibt, die an die Bedürfnisse von Personen mit einer geistigen Behinderung angepasst sind, müssen Suchtbehandlungseinrichtungen und Behindertenhilfe Strategien der Zusammenarbeit für eine integrierte Behandlung entwickeln. Interventionen von grösserer

Intensität und Dauer, die gezielt auf die biologischen, psychologischen und sozialen Aspekte der Abhängigkeit eingehen, sind erforderlich. Es braucht weitere Schritte, um diese Interventionen zu erweitern und das Zusammenspiel von psychiatrischen Störungen mit forensischen Fragen zu berücksichtigen.
Schliesslich dürfen der Konsum von Suchtmitteln oder eine Suchtmittelabhängigkeit kein Ausschlusskriterium für die Unterstützung durch die Behindertenhilfe sein.
Umgekehrt sollte der Zugang zur Suchthilfe für Personen mit einer geistigen Behinderung nicht eingeschränkt sein.

Fazit und Ausblick

Mit dem Einsatz von angepassten Screenings und Behandlungsansätzen ist es möglich, mehr und genauere Merkmale des Konsums von Suchtmitteln und einer geistigen Behinderung zu ermitteln.
Die Suchtberatungsstellen der Niederlande sind wichtige Vorreiter bezüglich der Zusammenarbeit beider Organisationen.
Ziel müssen eine bestmögliche Abstimmung und ein guter Austausch sein, um den KlientInnen die besten Behandlungschancen zu bieten. Die Innovationen in den Niederlanden zeigen, dass es möglich ist, innerhalb eines relativ kurzen Zeitrahmens die Betreuung von Personen mit geistiger Behinderung und einer Substanzgebrauchsstörung drastisch zu verbessern. Diese Entwicklungen und Erfahrungen könnten von anderen europäischen Ländern genutzt werden, um ihre eigenen Angebote für diese Dualdiagnose-Gruppe zu entwickeln bzw. zu verbessern.●

Literatur

AAID – American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (2012): Definition of intellectual disability. www.tinyurl.com/ycj2j3ny, Zugriff 20.09.2017.

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(6): 2981-2986.

Cooper, S.-A./Smiley, E./Morrison, J./Williamson, A./Allan, L. (2007): Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science 190: 27-35.

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(5): 927-932.

Duijvenbode, N.v./VanDerNagel, J.E.L./Didden, R./Engels, R. C.M.E./Buitelaar, J.K./Kiewik, M./Jong, C.A.J. (2015): Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: Current status and future directions. Research in developmental disabilities 38: 319-328.

Hassiotis, A./Strydom, A./Hall, I./Ali, A./Lawrence-Smith, G./Meltzer, H./... Bebbington, P. (2008): Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. Journal of Intellectual Disability Research 52: 95-106.

Hassiotis, A./Gazizova, D./Akinlonu, L./Bebbington, P./Meltzer, H./Strydom, A. (2011): Psychiatric morbidity in prisoners with intellectual disabilities: analysis of prison survey data for England and Wales. The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science 199(2): 156-157.

Kretschmann-Weelink, M. (2013): Prävalenz von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse einer Vollerhebung in Einrichtungen der Behinderten- und Suchthilfe. AWO Unterbezirk Ennepe-Ruhr. www.tinyurl.com/yaj6x6kz, Zugriff 01.09.2017.

Lindsay, W.R./Carson, D./Holland, A.J./Taylor, J.L./O'Brien, G./Wheeler, J.R./Steptoe, L. (2013): Alcohol and its relationship to offence variables in a cohort of offenders with intellectual disability. Journal of Intellectual and Developmental Disability 38(4): 325-331.

Luteijn, I./Didden, R./VanDerNagel, J.E.L. (2017): Individuals with Mild Intellectual Disability or Borderline Intellectual Functioning in a Forensic Addiction Treatment Centre: Prevalence and Clinical Characteristics. Advances in Neurodevelopmental Disorders: 1-12.

McGillicuddy, N.B./Blane, H. (1999): Substance use in individuals with mental retardation. Addictive Behaviors 24 (6): 869-878.

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(2): 133-143.

Simpson, M. (2012): Alcohol and intellectual disability Personal problem or cultural exclusion? Journal of Intellectual Disability Research 16: 183-192.

VanDerNagel, J.E.L./van Dijk, M./Kemna, L.E.M./Barendregt, C./Wits, E. (2017): (H)erkend en juist behandeld, Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg. Utrecht: Perspectief.

VanDerNagel, J.E.L./Kiewik, M. (2016): CGT+, Cognitieve gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een Lichte Verstandelijke Beperking. Utrecht: Perspectief.

VanDerNagel, J./Kemna, L./Didden, R. (2013): Substance use among persons with Mild Intellectual Disability: approaches to screening and interviewing. NADD Bulletin 16(5): 87-92.

VanDerNagel, J./Kiewik, M./Didden, R. (2012): Iedereen gebruikt toch? Boom: Amsterdam.

VanDerNagel, J./Kiewik, M./VanDijk, M./DeJong, C./Didden, R. (2011): Handleiding SumID-Q, Meetinstrument voor het in kaart brengen van Middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Deventer: Tactus.

VanDerNagel, J./Kiewik, M./Van Dijk, M. (2015): Cognitieve gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een Lichte Verstandelijke Beperking, een pilot studie. Deventer: Tactus.

VanDerNagel, J./Kiewik, M./Didden, R./Korzilius, H./van Dijk, M./van der Palen, J./... de Jong, C.A.J. (im Druck): Substance use in individuals with mild to borderline intellectual disability in the Netherlands: An exploration of Risks and Rates. Advances in Neurodevelopmental Disorders.

VanDerNagel, J.E.L/Kiewik, M./van Dijk, M./Didden, R./Korzilius, H.P.L.M./Van der Palen, J./Buitelaar, J.K./Uges, D.R.A./Koster, R.A./De Jong, C.A.J. (2017): Substance use in individuals with mild to borderline intellectual disability: A comparison between self-report, collateral-report and biomarker analysis. Research in Developmental Disabilities 63: 151-159.

Wieland, J./Haan, S. K./Zitman, F. G. (2014): Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: comparison with both outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. Canadian Journal of Psychiatry 59: 213-219.

Wieland, J./Zitman, F.G. (2015): It is time to bring borderline intellectual functioning back into the main fold of classification systems. British Journal of Psychiatry Bulletin: 1-3.

Endnoten

1 Vgl. VanDerNagel/Kiewik/Didden 2012.
2 Vgl. AAIDD 2012.
3 Vgl. Wieland/Zitman 2015.
4 Vgl. Hassiotis 2008; Wieland/Haan et al. 2014.
5 Vgl. z.B. Van Duijvenbode/VanDerNagel et al. 2015.
6 Vgl. z.B. Simpson 2012.
7 Vgl. VanDerNagel/Kiewik et al. 2017; VanDerNagel/Kiewik et al. im Druck.
8 Vgl. Kretschmann-Weelink 2013.
9 Vgl. Cooper/Smiley et al. 2007.
10 Vgl McGillicuddy/Blane 1999.
11 z.B. Chaplin/Gilvarry et al. 2011; Didden/Embregts et al. 2009; Hassiotis/Gazizova et al. 2011; Lindsay/Carson et al. 2013.
12 Vgl. Luteijn/Didde et al. 2017.
13 Vgl. VanDerNagel/Kiewik et al. 2011.
14 Vgl. McLaughlin/Taggart et al. 2007.
15 Vgl. VanDerNagel/Kemna et al. 2013.
16 Vgl. VanDerNagel/Kiewik et al. 2011.
17 Vgl. VanDerNagel/Kiewik et al. 2012.
18 Vgl. VanDerNagel/van Dijk et al. 2017.
19 Vgl. VanDerNagel/Kiewik 2016.
20 Vgl. VanDerNagel/van Dijk et al. 2009; VanDerNagel/Kiewik et al. 2015.