

Depressie, Persoonlijkheid, Alcohol- en Drugsgebruik en hun samenhang bij mensen met een Verstandelijke Beperking



Universiteit Twente
Tactus Verslavingszorg
Bachelorthesis

6 / 17 / 2011

Auteur:	Johanna Siefke
Faculteit:	Gedragswetenschappen
Opleiding:	Psychologie
Onderwijsrichting:	Geestelijke Gezondheidsbevordering
Begeleider UT:	Dr. Marcel Pieterse; Psychologie, Gezondheid & Technologie Maria Haagsma, MSc.;
Begeleider Tactus:	Psychologie, Gezondheid & Technologie Joanneke van der Nagel; Psychiater en onderzoeker
Plaats:	Enschede
Studentnummer:	s0163597

Samenvatting

In het verleden kwam uit onderzoek naar voren dat alcohol- en drugsgebruik bij mensen met een verstandelijke beperking een steeds een groter probleem lijkt te worden (Thijs, van der Nagel & Kiewik, 2008). Het onderzoek dat in deze scriptie beschreven wordt vond plaats in het kader van het *SumID*-project, dat het middelengebruik en de redenen ertoe bij de doelgroep probeert te inventariseren. Uit verschillende onderzoeken is bekend dat persoonlijkheid, depressiviteit, middelengebruik, de intentie ertoe en een aantal achtergrondvariabelen van een persoon met elkaar samenhangen bij mensen met een normaal begaafdheidsniveau. Deze studie onderzoekt de verbanden tussen de genoemde variabelen bij mensen met een verstandelijke beperking.

Er werd gebruik gemaakt van vier meetinstrumenten. Om het middelengebruik en de achtergrondvariabelen van de proefpersonen vast te stellen werden de *SumID-CR* en *SumID-Q* uit het *SumID*-project gebruikt. In deze twee vragenlijsten werden vragen gesteld over alcohol-, cannabis- en cocaïnegebruik en rookgedrag. Verder werd de *Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen (SDZ)* en een voor het onderzoek opgezette intentievragenlijst gebruikt. De vragenlijst *Substance Use Risk Profile Scale (SURPS)* werd gebruikt om bepaalde persoonlijkheidstrekken vast te stellen, waarvan bekend is dat ze in verband staan met alcohol- en drugsgebruik. Al deze gebruikte meetinstrumenten zijn in taal en grammatica speciaal afgestemd op de eisen van de doelgroep.

Er werden in het totaal 18 personen en hun begeleiders ondervraagd. De *SumID-Q*, *SURPS* en de intentievragenlijst werden in interviewvorm afgenomen bij de proefpersonen, de *SumID-CR* en de *SDZ* werden door hun begeleiders ingevuld. Alle data werd met behulp van correlatieanalyses en niet-parametrische toetsen geanalyseerd.

Het kwam naar voren dat het middelengebruik en de intentie ertoe samenhangen. De gebruikte en geïntendeerde hoeveelheden van middelen zijn gelijk aan elkaar. Verder werd vastgesteld dat rokers lager scoren op de depressievragenlijst dan niet-rokers. Echter kon geen samenhang tussen *SURPS*- en *SDZ*-totaalscores aangetoond worden. Er werden wel verbanden gevonden tussen geselecteerde *SDZ*-items- en *SURPS*-scores. De twee persoonlijkheidstrekken *Angstgevoeligheid* en *Sensation Seeking* correleerden met twee *SDZ*-items. Verder lijkt het alsof alleen de *SURPS*-subschalen *Angstgevoeligheid* en *Impulsiviteit* het sigaretten- en alcoholgebruik bepalen. Een beperkt aantal achtergrondvariabelen hing samen met de *SDZ*-totaalscores. Op te merken is dat het niet mogelijk was om de scores van de *SURPS*-subschalen te associëren aan het middelengebruik, de intentie ertoe en de *SDZ*-totaalscores. Het was niet mogelijk om het cannabis- en cocaïnegebruik in de analyse mee te betrekken, omdat er te weinig informatie over het gebruik hiervan was.

Abstract

Studies made in the past made clear that the use of alcohol and drugs from people with a mental retardation is turning into a growing problem (Thijs, van der Nagel & Kiewik, 2008). The study described in this paper took place in the framework of the *SumID*-project which tries to make an inventory of the severity of substance-use and its reasons in the target group. It is known from several studies that personality, depression, substance use, intention of use and some background variables are connected for people with normal intelligence. This study aims to describe the relation of these variables at the target group consisting of people with a mental retardation.

Four measurement instruments were used. The *SumID-CR* and *SumID-Q*, two questionnaires from the *SumID*-project, were used to assess substance use and background variables. Those two questionnaires contained questions about alcohol-, cannabis-, cocaine- and tobacco-use. Additionally the *Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen (SDZ)* and an intention-questionnaire that was made especially for the study were used. The questionnaire *Substance Use Risk Profile Scale (SURPS)* was used to assess personality dimensions that are known to be related to the use of alcohol and drugs. All used measurement instruments are adapted to the special needs of the target group in speech and grammar.

In total, 18 persons and their supervisors were questioned. The *SumID-Q*, *SURPS* and the *intention-questionnaire* were interviews between the target person and the researcher, the *SumID-CR* and the *SDZ* were filled in by the supervisors. All data were analysed with correlation analyses and non-parametric tests.

It can be stated that substance use and the intention of use are related. Used and planned amount of substances are the same. Furthermore, it was found that smokers had lower scores in the depression questionnaire than non-smokers. However, no relation was found between the *SURPS*- and the *SDZ*-scores. Nevertheless there was a relation between selected *SDZ*-items and *SURPS*-scores. The two personality dimensions *Angstgevoeligheid* and *Sensation Seeking* were correlated with two *SDZ*-items. Additionally it seems that cigarette- and alcohol use only depends on the *SURPS*-subscales *Angstgevoeligheid* and *Impulsiviteit*. A small number of background variables are related to the *SDZ*-scores. It was not possible to associate the *SURPS*-subscale scores with substance use, intention of use and the *SDZ*-scores. It was also not possible to involve cannabis- and cocaine use of the target group in the analysis, because there was not enough data on the use of these drugs.

Voorwoord

Voor u ligt de bachelorscriptie “*Depressie, Persoonlijkheid, Alcohol- en Drugsgebruik en hun samenhang bij mensen met een Verstandelijke Beperking*” die werd uitgevoerd in het kader van het *SumID*-project (*Substance use and misuse in Intellectual Disability*) van de twee zorginstellingen *Tactus verslavingszorginstelling* en *Aveleijn*. Dit project heeft als doel het middelengebruik en misbruik van mensen met een verstandelijke handicap te inventariseren, dus vast te stellen welke middelen worden geconsumeerd en in welke mate deze middelen worden gebruikt. In de afgelopen jaren stelden zowel verslavingszorginstellingen alsook instellingen die zorg bieden voor mensen met een verstandelijke handicap vast, dat het gebruik van middelen door de “extramuralisatie en vermaatschappelijking van deze sector steeds meer is gaan lijken op dat van de algemene bevolking” (Thijs, van der Nagel & Kiewik, 2008). Deze auteurs benadrukken, dat mensen met een verstandelijke handicap een groter risico op problematisch gebruik lopen. Redenen hiervoor zijn volgens hun dat verstandelijk gehandicapten minder in staat zijn om “nee” te zeggen, minder kennis van de gevolgen van het gebruik en door hun lichamelijke beperkingen meer prevalentie hebben op comorbide problemen. Dit wordt onder andere ook beweerd door Mutsaers et al. in 2007, die het net als de zojuist genoemde hebben over een gat in het zorgsysteem voor mensen met een verstandelijke beperking en drugsprobleem. Medewerkers van een verslavingszorginstelling hebben geen of te weinig kennis over de doelgroep “verslaafden met een verstandelijk handicap” en begeleiders in de zorg van gehandicapten weten te weinig over het omgaan met en behandelen van cliënten met een middelenafhankelijkheid. Zo komt het dat tot op heden niet alleen weinig over de prevalentie van middelengebruik bij verstandelijk gehandicapten bekend is (Bransen et al., 2008) maar als gevolg van dit gebrek aan kennis ook geen adequate behandeling kan worden toegepast. Het *SumID*-project is van plan om de basiskennis over het aantal gebruikers en de omvang van het middelenmisbruik onder de doelgroep *verstandelijk gehandicapt* te inventariseren, zodat in de toekomst zowel verslavingszorg- als ook zorginstellingen in staat zijn adequate hulp voor deze mensen te bieden.

In deze context wil ik Dr. Marcel Pieterse en Joanneke van der Nagel bedanken voor hun begeleiding en samenwerking in de afgelopen tijd bij het maken mijn bachelorthesis.

Een hartelijke dank gaat aan Marike van Dijk, onderzoeksmedewerkster bij *Tactus Verslavingszorg* en het *SumID-project*. Marike was altijd bereid vragen te beantwoorden en te helpen bij het werven van proefpersonen.

In het bijzonder wil ik Tom bedanken. Hij stond mij vanaf het begin met raad en daad bij. Door zijn kritische opmerkingen en zijn geduld heeft hij mij bij het maken van de bachelorscriptie steeds weer vooruit gebracht.

Inhoud

Samenvatting	2
Abstract	3
Voorwoord	4
1. Inleiding	8
1.1 Depressiviteit en middelengebruik	10
1.2 Depressie en middelengebruik bij de doelgroep verstandelijk gehandicapten?	12
1.3 Persoonlijkheid, depressie en middelenaafhankelijkheid – is er een samenhang?	14
1.4 De intentie tot gebruik	16
1.5 Onderzoeksvragen	16
2. Methoden	19
2.1 Respondenten	19
2.2 Gebruikte meetinstrumenten	21
2.2.1 De SDZ – de Signaalijst Depressie voor Zwakzinnigen	21
2.2.2 De SURPS – de Substance Use Risk Profile Scale	23
2.2.3 De intentievragenlijst	25
2.2.4 De SumID-Collateral Report en de SumID-Questionnaire	26
2.3 Procedure	30
2.4 Data-Analyse – gebruikte toetsen	31
3. Resultaten	33
3.1 Betrouwbaarheidsanalyse	33
3.2 Normaliteit	34
3.3 Correlatieanalyses en hypothesetesten	34
3.3.1 Gebruik en intentie	36
3.3.2 SDZ-scores, middelengebruik, de intenties daartoe en SURPS-subschalen	38
3.3.3 SURPS-subschalen, middelengebruik en de intentie daartoe	41
3.3.4 SDZ-scores met achtergrondvariabelen uit de SumID-CR	45
3.3.5 SDZ-kernitems	48
3.4 Cannabis- en cocaïnegebruik	54
4. Conclusies en discussie	56
4.1 Het aantal proefpersonen	56
4.2 Normaliteit	57

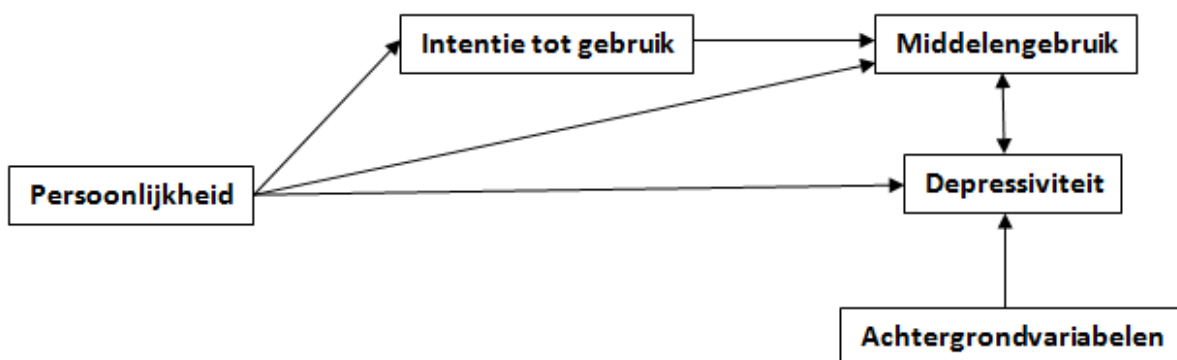
4.3 De conclusies getrokken uit de onderzoeksvragen	57
4.4 Cocaïne gebruik.....	62
4.5 De zwakke punten van de SDZ.....	62
4.6 Andere valkuilen en discussiepunten	64
4.7 Aanleiding tot verder onderzoek	65
Referenties.....	67
Bijlagen.....	70
Bijlage 1.....	70
Bijlage 2.....	71
Bijlage 3.....	77

1. Inleiding

“Zodra de antidepressiva niet meer in mijn bloed waren begon ik weer te drinken”. Deze korte zin vat duidelijk de jarenlange probleemsituatie van Nick Johnstone samen, waarover hij in zijn autobiografie “Mit 14 war ik zum ersten Mal betrunken” (Johnstone, 2002) schrijft. Johnstone was sinds zijn vroege jeugd alcoholist en dronk excessief omdat het de enige mogelijkheid voor hem was om af te komen van “het gebrom” in zijn hoofd, dat sinds hij zich kon herinneren een vast onderdeel van zijn persoonlijkheid vormde. In zijn boek omschrijft hij het tientallen jaren aanhoudende leed in de vicieuze cirkel van depressiviteit, alcoholverslaving, suïcidale gedachten en het meesteren van het alledaagse leven met een alcoholafhankelijkheid.

In de vakliteratuur is de samenhang tussen de persoonlijkheid, het hebben van een depressie en het alcohol- of drugsgebruik van een persoon al lang bekend en het onderbouwt de praktijkervaringen van Nick Johnstone. Ook is bekend dat middelengebruik in een bepaalde mate bepaald wordt door de intentie daartoe en daarom vormt deze variabele naast de persoonlijkheid, het hebben van een depressie en het alcohol- of drugsgebruik, een vierde onderdeel van deze studie. Het onderzoeksmodel, dat de bovenstaande onderzoeksvariabelen uitbeeldt, staat hieronder vermeld.

Het onderzoeksmodel



Het onderzoeksmodel veronderstelt dat de persoonlijkheid van een persoon de intentie tot gebruik bepaald en de intentie wederom het daadwerkelijke middelengebruik. Echter is het ook mogelijk dat persoonlijkheidstrekken direct invloed hebben op het alcohol- of drugsgebruik. Ook bepaalt de persoonlijkheid of iemand aanleg heeft tot het ontwikkelen van een depressie. Depressie en middelengebruik beïnvloeden elkaar wederzijds. Sommige personen drinken omdat ze depressief zijn en sommige zijn depressief omdat ze middelen gebruiken. Ook is uit verschillende onderzoeken bekend dat bepaalde achtergrondvariabelen van een persoon van invloed kunnen zijn op het krijgen van een

depressie. Bijvoorbeeld is bekend dat meer vrouwen dan mannen in hun leven gevaar lopen een depressie te ontwikkelen. Hoe de verschillende variabelen volgens de vakliteratuur precies samenhangen wordt in de hierop volgende paragrafen beschreven.

Het bijzondere aan het in deze scriptie beschreven onderzoek is de doelgroep. De doelgroep is mensen met een verstandelijke beperking. In het voorwoord werd al benadrukt dat er tot op heden maar weinig bekend is over het middelengebruik en de gevolgen hiervan bij deze doelgroep. Deze studie probeert naar aanleiding van het onderzoeksmodel verbanden tussen de variabelen bij deze doelgroep aan te tonen en deze zo veel mogelijk te verklaren.

1.1 Depressiviteit en middelengebruik

Depressiviteit en middelengebruik hangen vaak samen. De definities van de twee psychologische aandoeningen, zoals beschreven in de *DSM-IV*, staan vermeld in tabel 1. Depressiviteit is een psychische aandoening die onder de Nederlandse bevolking een lifetime-prevalentie bij mensen tussen de 18 en 65 jaar van 19% en een jaarprevalentie van 7,6% heeft (van der Does & Zitman, 2008). Volgens de *World Health Organization (WHO)* hebben stemmingsstoornissen aanzienlijke gevolgen in zowel sociaal, beroepsmatig, economisch en medisch opzicht en staan ze op de vierde plaats van ziektelast wereldwijd (van der Does & Zitman, 2008). Verder is bekend dat jongere volwassenen tussen de 35 en 44 jaar een twee keer zo grote kans op depressie hebben dan oudere volwassenen tussen de 55 en 65 jaar. Er is ook bekend dat er geslachtsspecifieke verschillen zijn. Bij vrouwen komen depressies vaker voor dan bij mannen, namelijk twee keer zo vaak. Een juist omgekeerd patroon vertoont zich bij de aandoening middelengebruik. Meer mannen dan vrouwen leiden aan alcoholmisbruik. In het geheel komt alcoholmisbruik bij 4,6% van de Nederlandse bevolking voor, 7,3 % van de mannelijke en slechts 1,8% van de vrouwelijke bevolking leidt aan alcoholmisbruik. Uit de *Nationale Drugmonitor 2009* (Trimbos Instituut, 2010) kwam naar voren dat in 2007 tot 0,5% van de Nederlandse bevolking tussen 18 en 64 jaar volgens de *DSM-IV* problematisch cannabisgebruik vertoonden. In 2005 gebruikten 0,1 tot 0,6% van de bevolking tussen 15 en 64 jaar cocaïne, waarvan de meerderheid mannen waren, namelijk 82%. De getallen voor zwaar alcoholmisbruik boven de 12 jaar liggen met 10-12% aanzienlijk hoger dan voor cannabis en cocaïne. In 2008 was 29,8% van de Nederlandse mannelijke bevolking boven de 15 jaar roker en 23,8% van de vrouwelijke bevolking boven de 15 jaar.

Volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* drinken veel depressiepatiënten alcohol vanwege de dempende werking, net zoals Nick Johnstone (van der Does & Zitman, 2008). Verder kan depressiviteit een gevolg van zowel alcohol-, opiaat-, cocaine- en cannabisgebruik zijn (Schipper & van den Brink, 2008). De Rick et al. (2009) vonden dat 67% van de alcoholverslaafde proefpersonen in hun onderzoek ooit leden aan een depressieve episode en 52,5% zelfs in de afgelopen 30 dagen.

Tabel 1 Definitie depressie en middelenafhankelijkheid

Major Depressive Episode – Overheersende Depressieve Episode (DSM-IV-TR, 2000)	Substance Abuse – Middelenmisbruik (DSM-IV-TR, 2000)
Gedurende ten minste twee weken heeft de persoon last van vijf of meer van de volgende symptomen, die een duidelijke verandering zijn ten opzichte van het vorige functioneren. Ten minste een van de symptomen is (1) depressieve stemming of (2) het verlies van interesse of plezier in activiteiten. Uitgesloten worden symptomen die een zekere onderdeel vormen van hallucinaties, algemene medische condities of stemmings incruente wanen (1) depressieve stemming gedurende de grootste deel van de dag, bijna elke dag, homoanamnetisch of heteroanamnetisch (2) duidelijk verlaagd interesse of plezier in alle, bijna alle, activiteiten gedurende de dag bijna elke dag (3) significant gewichtsverlies die geen gevolg van een dieet is, of gewichtsaankomst, of een daling of stijging van de eetlust bijna elke dag (4) slaapstoornissen, bijna elke dag (5) psychomotorische agitatie of retardatie bijna elke dag (6) vermoeidheid of gebrek aan energie bijna elke dag (7) gevoelens van waardeloosheid of excessief ongepaste schuldgevoelens, bijna elke dag (8) verlaagd concentratievermogen, bijna elke dag (9) terugkerende doodsgedachten, terugkerende suïcidegedachten zonder een specifiek plan, suïcidepogingen of een specifieke plan voor het plegen van suïcide	Een ongepast patroon van middelengebruik dat een klinisch significante beschadiging of nood ter gevolg heeft. Het wordt gemanifesteerd door een of meer van de volgende symptomen gedurende een periode van 12 maanden: (1) terugkerend middelengebruik dat uitblijvend succes op school, werk of thuis ter gevolg heeft (bijvoorbeeld slechte schoolprestatie gerelateerd aan het middelengebruik; het niet verschijnen op werk of school omdat middelen werden gebruikt, suspensies of negeren van kinderen en de huishoud) (2) terugkerend middelengebruik in situaties die fysiek gevaarlijk zijn (bijvoorbeeld bij het autorijden of het gebruiken van machines) (3) terugkerende wettelijke problemen gerelateerd aan het middelengebruik (bijvoorbeeld arrest ter gevolg van slecht gedrag vanwege middelengebruik) (4) continu middelengebruik terwijl er terugkerende en permanente sociale of inter-persoonlijke problemen zijn die oorspronkelijk uitgelokt werden door het middelengebruik (bijvoorbeeld fysieke gevechten of discussies met familieleden of vrienden)

1.2 Depressie en middelengebruik bij de doelgroep verstandelijk gehandicapten?

Uit de boven genoemde voorbeelden uit de vakliteratuur en de autobiografie van Johnstone komt duidelijk naar voren dat depressiviteit en middelengebruik bij normaal begaafde mensen een aanzienlijk probleem vormen. Ook werd vastgesteld dat deze twee psychische aandoeningen bij mensen met een normaal begaafdheidsniveau vaak samenhangen. De doelgroep van dit onderzoek bestaat uit mensen met een verstandelijke beperking en de vraag is of depressie in samenhang met middelengebruik ook bij deze doelgroep een probleem is. Depressie en middelenafhankelijkheid worden bij deze doelgroep niet anders gedefinieerd dan bij de rest van de bevolking. Er zijn verschillende definities om een “verstandelijke beperking” te beschrijven omdat deze beperkingen niet eenduidig zijn en er geen algemeen geldige vakterm bestaat – sommige onderzoekers spreken van verstandelijk handicap, anderen van zwakzinnigheid en weer anderen hanteren zelfs het begrip *borderline disability* (Didden, Collin & Curfs, 2008). In het SumID-project wordt uitgegaan van de definitie van de *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)*. Omdat dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van het SumID-project wordt de AAIDD-definitie overgenomen. Deze en de indeling en classificatie van de IQ-scores van mensen met een verstandelijke beperking volgens Resing en Blok (2002) staan vermeld in tabel 2.

Tabel 2 Definitie van “verstandelijke handicap” volgens de AAID

Verstandelijke handicap (Didden et al, 2008)	
a)	Het intellectueel functioneren van de persoon ligt duidelijk onder het gemiddelde.
b)	Naast dit is er sprake van aan de beperkte intelligentie gerelateerde beperkingen van het aanpassingsgedrag op twee of meer van de volgende tien gebieden: ▪ communicatie ▪ zelfverzorging ▪ zelfstandig kunnen wonen ▪ sociale en relationele vaardigheden ▪ gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen ▪ zelfstandig beslissingen nemen ▪ gezondheid en veiligheid ▪ functionele intellectuele vaardigheden ▪ vrijetijdsbesteding en werk
c)	De verstandelijke handicap manifesteert zich voor de leeftijd van 18 jaar.
Indeling en classificatie voor de IQ-scores van mensen met een verstandelijke beperking	
80 - 89	Beneden gemiddeld
70 - 89	Laag begaafd/moeilijk lerend
50 – 69	Licht zwakzinnig/lichte verstandelijke beperking
35 – 49	Matig zwakzinnig/matige verstandelijke beperking
20 – 34	Ernstig zwakzinnig/ernstige verstandelijke beperking
> 20	Diep zwakzinnig/diepe verstandelijke beperking

Verschillende studies laten zien dat ook mensen met een verstandelijke handicap lijden aan depressie. Esbensen et al. (2003) vatten in hun studie gevonden prevalenties van verschillende onderzoekers samen. De resultaten lopen met gevonden life-time prevalenties van 4,8% en 8,2% ver uit elkaar. Esbensen et al. concludeerden echter ook dat de prevalentie voor psychopathologische aandoeningen, waaronder ook depressie valt, voor mensen met een verstandelijke beperking hoger is dan voor mensen met een normaal begaafdheidsniveau. Volgens Hermesen et al. (2001) zijn er verschillende aanleidingen voor een depressie bij mensen met een verstandelijke beperking. Cliënten willen niet accepteren dat ze verstandelijk gehandicapt zijn; er kunnen leeftijd, dementie, lichamelijke aandoeningen, veranderingen in de omgeving of verandering in de begeleiding een rol spelen, of er worden te lage eisen aan ze gesteld. Verder sluiten Hermesen et al. de mogelijkheid niet uit dat een depressie, net als bij normaal begaafde mensen, door gebruik van alcohol of drugs veroorzaakt kan worden.

Ook Masi et al. onderzochten in 1998 het voorkomen van depressie bij mensen met een verstandelijke beperking, maar dan specifiek bij adolescenten. Zij gebruikten de *DSM-IV* criteria om bij de doelgroep te screenen op het aanwezig zijn van stemmingsstoornissen. De auteurs beweerden dat depressie inderdaad aanwezig is bij deze doelgroep omdat 25% van de 60 gescreende personen volgens de *DSM-IV* criteria leden aan een depressie.

Spreekt Hermesen et al. van een stemmingsstoornis als gevolg van alcohol- of drugsgebruik, zo hebben andere onderzoekers aangetoond, dat negatieve ervaringen en psychologische trauma's risicofactoren zijn om alcohol te gebruiken (Taggart, 2007). Volgens Taggart speelt ook het gevoel van sociale afstand van de gemeenschap een rol bij het riskant gebruik van alcohol. Zijn bevindingen onderbouwt Taggart door uitspraken van de proefpersonen als "I kept going to the pub for company. Even though I sit at the bar and get drunk by myself, at least it gets me out of the house." en "It made me forget the past (...)". Alcohol wordt hier gebruikt als een vorm van zelfmedicatie.

Het middelengebruik van mensen met een verstandelijke beperking werd evenals het voorkomen van depressie bij deze doelgroep in de afgelopen jaren onderzocht. Thijs et al. (2008) hebben de resultaten van een aantal studies samengevat om een overzicht over de actuele stand van zaken te geven. De auteurs spreken over een geschatte prevalentie van middelengebruik bij mensen die zelfstandig wonen van 2 - 10%. Verder beweren de auteurs dat in 2004 en 2005 bij 42% van cliënten in vijf SGLVG-klinieken (*Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten*) sprake was van middelenmisbruik (Thijs et al, 2008). Lottman (2001) vat in zijn onderzoek de resultaten van verschillende onderzoekers samen en kwam tot sterk uiteenlopende resultaten. Volgens Lottmans

studie vonden sommige onderzoekers dat het middelengebruik tussen normaal begaafden en mensen met een verstandelijke beperking niet verschillen. McGillicuddy heeft in 2006 alle gevonden resultaten uit studies over alcohol- en drugsgebruik bij mensen met een verstandelijke beperking samengevat. Volgens hem zijn er in de literatuur ver uiteenlopende resultaten te vinden, net als Lottman eerder beschreef. Echter, McGillicuddy kwam tot de conclusie dat op basis van de door hem onderzochte studies mensen met een verstandelijk handicap iets minder alcohol consumeren dan mensen met een normaal begaafdheidsniveau. Maar wat het drugs- en alcoholprobleem voor deze doelgroep volgens hem vooral problematisch maakt is dat er geen specifieke hulp geboden kan worden.

Depressie en stemmingstoornissen vormen een probleem bij mensen met een verstandelijke beperking. Over de omvang van de gevolgen van middelmisbruik bij mensen met een verstandelijke beperking bestaat nog enige onduidelijkheid. Het *SumID*-project is een poging om licht in het duister te brengen. Er bestaan echter anders dan bij gewoon begaafde mensen amper studies naar de samenhang tussen depressie en middelengebruik bij mensen met een verstandelijke handicap. Alleen Taggart heeft in zijn onderzoek aandacht aan dit onderwerp besteed. Juist omdat er zo weinig studies over werden gedaan wordt in deze scriptie getracht een relatie tussen de twee variabelen in kaart te brengen.

1.3 Persoonlijkheid, depressie en middelenafhankelijkheid – is er een samenhang?

Uit de vorige paragraaf werd duidelijk, dat er bij normaal begaafde mensen een samenhang lijkt te bestaan tussen depressie en middelengebruik. Ook werd duidelijk dat er een aantal achtergrondvariabelen bestaan die de kans op het krijgen van een depressie vergroten, zoals het geslacht van een persoon. De wederzijdse invloed van depressie en middelengebruik die in het onderzoeksmodel vermeld staat werd toegelicht. Verder wordt in het onderzoeksmodel verondersteld dat de persoonlijkheid van iemand bepaald of hij/zij naar alcohol- en drugsmisbruik neigt of een depressie ontwikkelt. Een aantal onderzoekers konden inderdaad een verband tussen het hebben van een bepaald persoonlijkheidstype, depressie en alcohol- en drugsgebruik aantonen. Zo spreken Joyce et al. (2003) in hun studie over verhoogd alcohol- en cannabisgebruik bij depressieve mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Van de groep met een borderline persoonlijkheidsstoornis is de life-time comorbiditeit voor alcoholgebruik 50% en voor cannabis 40%. In de groep zonder een persoonlijkheidsstoornis is deze kans maar 23% voor alcoholgebruik en 8% bij cannabisgebruik. Daarnaast heeft 83% van de groep met een borderline persoonlijkheidsstoornis een depressie met een chronisch karakter, terwijl maar 51% van de groep zonder persoonlijkheidsstoornis een depressie met een chronisch karakter heeft.

Pelissier & O'Neil onderzochten in 2000 het verband tussen de hoeveelheid verschillende soorten drugs die gevangenen gebruikten en het voorkomen van depressie en een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Zij concludeerden dat des te meer verschillende soorten drugs er gebruikt werden, des meer mensen er aan een depressie en een antisociale persoonlijkheidsstoornis leden. Ter illustratie, bij de subgroep mannen die maar 1 soort drugs gebruikten leed 9,7% aan een depressie en 27,0% aan een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Bij de subgroep mannen die 3 soorten drugs gebruikten leed 11,9% aan een depressie en 43,3% aan een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Omdat er bij deze doelgroepen wel een verband tussen depressie, middelengebruik en persoonlijkheid werd gevonden is het interessant om te onderzoeken, of zich hetzelfde patroon ook bij mensen met een verstandelijke beperking vertoont.

Uit de studie van Joyce komt naar voren dat de persoonlijkheid van iemand invloed heeft op het hebben van een stemmingsstoornis. Echter zijn er in de literatuur ook aanwijzingen te vinden dat het hebben van een depressie de scores op een persoonlijkheidstest beïnvloedt. Spittlehouse et al. (2010) vonden in hun onderzoek dat de subschalen *harm avoidance* en *self directedness* van de *Cloninger's Temperament and Character Inventory (TCI)* bij mensen met een depressie lager waren voor een behandeling van de depressie dan daarna. Costa et al. (2005) vonden hetzelfde effect bij de *NEO-PI-R*, de *Revised Neuroticism-Extroversion-Openness Personality Inventory*, waar hoger werd gescoord op *neuroticisme* en lager op *extraversie* en *zorgvuldigheid* in vergelijking met een testafname 14 tot 26 weken na het begin van een behandeling voor depressie.

Deze twee studies hebben betrekking op mensen met een normaal begaafdheidsniveau en daarom is het interessant na te gaan of het patroon ook bij mensen met een verstandelijk handicap te vinden is. Omdat deze studie niet alleen probeert een verband aan te tonen tussen depressiviteit en persoonlijkheid maar ook het verband tussen persoonlijkheid en middelengebruik algemeen, wordt er gebruik gemaakt van een vragenlijst die screent op verschillende persoonlijkheidstrekken waarvan bekend is dat ze samenhangen met alcohol- en drugsgebruik. Deze vragenlijst is de SURPS, de *Substance Use Risk Profile Scale* (Conrod, Pihl & Vassileva, 1998). De SURPS is een persoonlijkheidsvragenlijst waarmee middelengebruik goed voorspeld kan worden en gaat uit van vier persoonlijkheidsdimensies, namelijk 'hopelessness', 'anxiety sensitivity', 'impulsivity' en 'sensation seeking' (Woicik et al., 2009). Volgens Woicik et al. wordt van deze vier subschalen verondersteld dat ze in relatie staan met middelengebruik. Ook zijn onder andere het gevoel van hopeloosheid en het hebben van angstgevoelens symptomen van een depressie (zie paragraaf 1.2, tabel 1). Daarom sluit de SURPS met zijn persoonlijkheidstrekken niet alleen aan bij middelengebruik maar ook bij depressie. In deze studie

wordt de in zijn woord- en grammaragebruik speciaal op de doelgroep verstandelijk gehandicapten afgestemde Nederlandstalige versie van de SURPS van Bergsma (2010) gebruikt.

1.4 De intentie tot gebruik

De verbanden tussen de drie variabelen persoonlijkheid, depressie en middelengebruik, die in het onderzoeksmodel verondersteld worden, werden in de voorafgaande twee paragrafen uitgelegd. Daarbij werd ook aandacht besteed aan de samenhang tussen depressiviteit en bepaalde achtergrondvariabelen van een persoon. In het onderzoek wordt echter ook verondersteld dat de intentie tot gebruik bepalend kan zijn voor het daadwerkelijke middelengebruik. Uit de literatuur is bekend dat het gedrag, in dit geval het gebruik van alcohol of drugs, bepaald wordt door de intentie het gedrag te vertonen. Deze samenhang is terug te voeren op het theoretisch model van Ajzen, de *Theory of Planned Behaviour* (Lechner et al, 2007). Het complete model zoals Ajzen het heeft opgesteld is te vinden in bijlage 1. Basaal wordt er in het model verondersteld, dat een achtergrondvariabele een aantal cognitieve variabelen beïnvloedt, die wederom de intentie tot gedrag beïnvloeden. De intentie is bepalend voor het uitvoeren van het gedrag. Het uitgevoerde gedrag wordt beoordeeld door de persoon en daarop volgt eventueel een aanpassing van de cognitieve variabelen. Omdat de variabele *intentie* ontbreekt in het *SumID*-interview wordt deze in dit onderzoek opgenomen. Er wordt nagegaan of *intentie*, net als de persoonlijkheid van een persoon, een variabele is die uiteindelijk het middelengebruik bepaald.

1.5 Onderzoeksvragen

Voor het opstellen van de onderzoeksvragen en voor het begrip van deze studie in het algemeen, is belangrijk dat er altijd van middelengebruik en niet middelenafhankelijkheid wordt gesproken. De doelgroep is mensen met een verstandelijke beperking in het algemeen en niet specifiek verstandelijk gehandicapten met een middelenafhankelijkheid. Deze nuancering had het onderzoek te uitgebreid gemaakt, want door gebrek aan tijd was een specifieke selectie van de doelgroep niet mogelijk.

In de *Theory of Planned Behaviour* wordt beweerd dat de intentie tot een gedrag een doorslaggevende variabele is die het uitvoeren van het gedrag bepaald (zie paragraaf 1.4). Er wordt gekeken of dit ook geval is bij mensen met een verstandelijke beperking.

Onderzoeksvraag 1: Bestaat er een samenhang tussen de intentie van een proefpersoon om middelen te gebruiken en het daadwerkelijk middelengebruik?

Uit de literatuur komt, zoals beschreven in paragrafen 1.2 en 1.3, naar voren dat het zitten in een depressieve episode van invloed kan zijn op het alcohol- en drugsgebruik bij normaal begaafde mensen. Een doel van deze scriptie is te onderzoeken of er bij mensen met een verstandelijke beperking hetzelfde patroon bestaat.

Onderzoeksvraag 2: Bestaat er bij de proefpersonen een samenhang tussen de scores op een depressiviteitstoets, het middelengebruik en de intentie daartoe?

Verder komt uit onderzoek naar voren dat het zitten in een depressieve episode van invloed is op de scores van een persoonlijkheidstest, die eigenlijk vaste persoonlijkheidstrekken zou moeten meten. Deze scriptie wil onderzoeken of deze samenhang ook bij mensen met een verstandelijk handicap te zien is.

Onderzoeksvraag 3a: Bestaat er een samenhang tussen de scores van een depressiviteitstoets en de resultaten van een SURPS?

Onderzoeksvraag 3b: In hoeverre kunnen de scores op de SURPS de intentie tot middelengebruik en de daadwerkelijke gebruik van middelen voorspellen?

In paragraaf 1.3 werd een samenhang tussen persoonlijkheid, depressie en gebruik van middelen bij mensen met een normaal begaafdheidsniveau beschreven. Er werd beweerd dat mensen die middelen gebruiken en in een depressieve episode zitten in het algemeen een ander persoonlijkheidspatroon vertonen dan mensen die niet in een depressieve periode zitten en geen middelen gebruiken.

Onderzoeksvraag 4a: Kunnen de scores op de subschalen van de SURPS geassocieerd worden met het middelengebruik en de scores op een depressiviteitstoets van de proefpersonen?

Wanneer blijkt dat intentie en gebruik verschillen wordt het verband uit onderzoeksvraag 4a ook apart onderzocht met de variabele intentie.

Onderzoeksvraag 4b: Kunnen de scores op de subschalen van de SURPS geassocieerd worden met de intentie tot middelengebruik en de scores op een depressiviteitstoets van de proefpersonen?

In paragraaf 1.2 werd beweerd dat depressiviteit een psychische ziekte is die vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. Het geslacht van de proefpersonen is een van veel mogelijke achtergrondvariabelen die van invloed kan zijn op de uitkomsten van een depressietoets. Om de analyse zo volledig mogelijk te maken worden aan de analyse nog een aantal achtergrondvariabelen toegevoegd. Met behulp van deze variabelen wordt gekeken of de achtergrondinformatie over de proefpersonen samenhang vertoont met de scores een depressiviteitstoets.

*Onderzoeksvraag 5: Bestaat er een samenhang tussen achtergrondvariabelen met
de scores van een depressiviteitstoets?*

2. Methoden

2.1 Respondenten

In het geheel bestond de groep uit 18 proefpersonen, waarvan 12 mannelijk en 6 vrouwelijk, allemaal mensen met een verstandelijke beperking. De gemiddelde leeftijd van deze 18 personen was 42 met een standaarddeviatie van 12. Van 8 personen waren de IQ scores bekend, die van 58 tot 80 liepen. Het gemiddelde IQ van deze 8 mensen was 70 met een standaarddeviatie van 8. Van 5 andere mensen werd het IQ geschat door de begeleiders en beoordeelt als “licht verstandelijk gehandicapt”. Dit betekent dat deze mensen een IQ tussen de 50 en 69 hebben (Resing & Blok, 2002). Van de overige 5 personen was het IQ onbekend. Volgens Resing en Blok’s voorgestelde classificatiesysteem hebben 13 van de 18 proefpersonen in dit onderzoek intelligentieniveaus lopend van “beneden gemiddeld” en “laag begaafd/moeilijk leren” naar “licht verstandelijk beperkt”. De gemeten intelligentie laat zien dat de proefpersonen wel in staat waren om de eenvoudige vragen te kunnen begrijpen en te kunnen beantwoorden omdat de tests juist ontworpen zijn voor een doelgroep met een lage geestelijke begaafdheid.

Op één na waren alle proefpersonen van Nederlandse afkomst. Gehuwd waren er 5 van de 18, drie waren gescheiden en de burgerlijke staat van de overige 10 werd benoemd als “overig”. Van de 18 mensen namen er op het moment van onderzoek 5 personen antidepressiva en 4 personen medicatie voor de behandeling van ADHD. Twee van de 18 personen hebben een afgerond MBO 1 diploma, 2 personen hebben een VMBO diploma, 3 personen genoten MLK/VSO praktijkonderwijs, 1 persoon een LO/SBO opleiding en 2 personen hebben geen afgeronde opleiding. Van de overige personen is niet bekend of en welke opleiding ze afgerond hebben.

Naast de vragen aan de 18 proefpersonen met een verstandelijke beperking zelf werden ook aan de begeleiders van deze mensen een aantal vragen gesteld. Van de 18 begeleiders waren 2 mannelijk en 16 vrouwelijk. Twaalf personen waren woonbegeleiders van de proefpersonen en 6 werkbegeleiders.

Tabel 3 Descriptive Statistics

Overzicht persoonsgegevens proefpersonen en hun begeleiders					
<i>Geslacht proefpersonen (N18)</i>	Man 12	Vrouw 6			
<i>Geslacht begeleiders (N18)</i>	Man 2	Vrouw 16			
<i>Leeftijd proefpersonen (N18)</i>	Jongst 19	Oudst 58	Gemiddeld 42 (SD 12)		
<i>Culturele achtergrond proefpersonen (N18)</i>	Nederlands 17	Surinaams 1			
<i>IQ proefpersonen (N10)</i>	Laagst 58	Hoogst 80	Gemiddeld 70 (SD 8)		
<i>IQ proefpersonen geschat (N5)</i>	Licht verstandelijk gehandicapt (50-69) 5				
<i>Burgerlijke staat proefpersonen (N18)</i>	Getrouwd 5	Gescheiden 3	Overig 10		
<i>Hoogst genoten opleiding (N10)</i>	<i>MBO 1</i> 2	<i>VMBO</i> 2	<i>MLK/VSO praktijkonderwijs</i> 3	<i>LO/SBO</i> 1	<i>geen</i> 2

2.2 Gebruikte meetinstrumenten

In het kader van het onderzoek werden er in het geheel vier vragenlijsten en interviews afgenomen, namelijk een depressievragenlijst, een persoonlijkheidstest, een intentievragenlijst en het SumID-interview over alcohol- en drugsgebruik.

2.2.1 De SDZ – de Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen

Met behulp van de SDZ, de *Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen* (Roeden, 1989), wordt bij de proefpersonen gescreend op het hebben van een depressieve episode. De SDZ is een vragenlijst die ontwikkeld is om bij mensen met een verstandelijke handicap snel een depressie op te kunnen sporen (Kraijer & Pas, 2006). Het is een screening die gericht is op een periode van 6 weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst. Dit instrument bestaat uit 18 items met de vier antwoordmogelijkheden *zelden/nooit, soms, geregeld* of *vaak*. Bij vijf van de items eiste de vraagstelling twee andere antwoordmogelijkheden, namelijk 1: *nee, licht, matig* of *ernstig* en 2: *nee, enigszins, nogal* of *veel*. Aan de antwoorden worden punten van 1 t/m 4 toegekend, zodat er minimaal 18 en maximaal 72 punten te behalen zijn. Een score vanaf 30 wordt beschouwd als “een indicatie voor verder onderzoek”. Een aantal voorbeelditems staan vermeld in tabel 4.

De vragenlijst wordt door drie begeleiders ingevuld. Het eindresultaat is het gemiddelde van deze drie scores. De SDZ is kort, wat het eenvoudig maakt om de begeleiders te motiveren met het onderzoek mee te doen want het invullen kost de begeleiders maar 5-10 minuten. Cronbach's alpha wordt door Kraijer en Pas als zeer bevredigend beschouwd. De auteurs noemen geen getallen in hun onderzoekscriptie maar volgens de indeling van betrouwbaarheidsscores van Gliem en Gliem (2003) betekent “*zeer bevredigend*” een *Cronbach's alpha*-waarde van 0,8 tot 0,9 of hoger. Bij Kraijer en Pas wordt de doelgroep omschreven als licht verstandelijk gehandicapt, dus volgens Resing en Blok (2002) een IQ tussen 50 en 69. Verder wordt er in de literatuur, bijvoorbeeld door Struijcken in 2008, algemeen gesproken van het gebruik van de SDZ bij verstandelijk gehandicapten, dus bijvoorbeeld ook bij IQ's lager dan 50. Ook hier wordt de lijst ingevuld door de begeleiding, wat een brede toepassing van de test toelaat, immers de begeleiding zal altijd de vragen begrijpen. Volgens deze bevindingen is de SDZ geschikt voor de in deze scriptie gebruikte doelgroep. In tabel 4 staan een aantal items van de SDZ.

Tabel 4 Voorbeelditems uit de SDZ

Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen		zelden/ nooit	soms	geregeld	vaak
Item 4	Is gejaagd of onrustig.				
Item 17	Maakt een angstige/ gespannen indruk.				
		nee	enigszins	nogal	veel
Item 11	Is afgevallen				
		nee	licht	matig	ernstig
Item 15	Is er sprake van een achteruitgang van zelfredzaamheid (zelfverzorging, aan- uitkleden)				

Het is de bedoeling dat de SDZ over één cliënt door drie begeleiders wordt ingevuld. Vanwege gebrek aan tijd is dit in het onderzoek niet mogelijk waardoor de lijst maar door één begeleider wordt ingevuld. In de analyse worden twee variabelen van de SDZ-totaalscore gebruikt. Een categorische variabele deelt de verkregen scores op in onder en boven 30 punten, omdat er vanaf deze afkapscore indicatie is voor verder onderzoek. Een tweede variabele vertegenwoordigt alle verkregen totaalscores als continue variabele. Er wordt een continue variabele mee betrokken omdat verwacht wordt zo een gedifferentieerder beeld te verkrijgen. Voor de analyse was het verder nodig om het positief geformuleerde item 2 “*Heeft plezier en interesse in dagelijkse activiteiten*” om te schalen omdat alle andere items negatief geformuleerd waren.

De SDZ vraagt aan de begeleiders van de proefpersonen een schatting te maken of bepaalde symptomen van een depressie aanwezig zijn bij de te beoordelen persoon. Om de mogelijkheid te hebben bij de data-analyse niet alleen met de totaalscores maar ook met een aantal items van de SDZ analyses uit te kunnen voeren werden een aantal items gekozen die kernsymptomen zijn volgens de *DSM-IV* classificatie voor *Major Depression Episode* (zie paragraaf 1.2). Zo bestaat er de mogelijkheid om een meer gedifferentieerde analyse uit te voeren door te kijken of er een aantal items in het bijzonder zijn die samenhangen met het middelengebruik, de intentie of de persoonlijkheidsscores van de proefpersonen. Deze verbanden zouden bij een beschouwing van alleen de totaalscores niet gevonden worden, en kunnen daarom een cruciaal onderdeel voor het begrip van de analyse van de studie vormen. De gekozen items en hun relatie met de symptomen uit de *DSM-IV* classificatie zijn te vinden in tabel 5.

Tabel 5 Op basis van de *DMS-IV* gekozen items van de *SDZ*

	Item	Kernsymptoom DSM-IV classificatie
1	Maakt een sombere/neerslachtige indruk.	(1) depressieve stemming
2	Heeft plezier en interesse in dagelijkse activiteiten.	(2) duidelijk vermindert interesse/plezier in dagelijkse activiteiten
7	Slaapt minder dan gewoonlijk (is 's nachts onrustig of wakker, kan moeilijk in slaap komen, is 's morgens vroeg wakker).	(4) slaapstoornissen
8	Slaapt langer dan gewoonlijk (kan moeilijk uit bed komen, valt overdag in slaap).	(4) slaapstoornissen
9	Heeft een verminderde eetlust.	(3) daling van eetlust
10	Heeft een verhoogde eetlust.	(3) stijging van eetlust
13	Is snel vermoeid of futloos.	(6) vermoeidheid of gebrek aan energie
14	Is vertraagd of passief in zijn/haar bewegingen.	(5) psychomotorische retardatie

2.2.2 De SURPS – de *Substance Use Risk Profile Scale*

Zoals in de inleiding al besproken wordt in deze studie een Nederlandstalige versie van de Substance Use Risk Profile (SURPS) gebruikt. De originele Nederlandstalige versie van de SURPS bestaat uit 23 items, verdeeld over de vier subschalen *hopelessness*, *anxiety sensitivity*, *impulsivity* en *sensation seeking*, die met een 4-puntenschaal op de volgende manier kunnen worden beantwoord: *totally disagree*, *disagree*, *agree* en *totally agree*. De vertaalde versie bestaat uit hetzelfde aantal items en dezelfde antwoordmogelijkheden *klopt helemaal*, *klopt*, *klopt niet* en *klopt helemaal niet*. Echter is de vertaalde versie door Bergsma speciaal afgestemd op de doelgroep. Dit betekent dat het taalgebruik eenvoudig is en korte zinnen worden gebruikt. Ook zijn er aan de antwoordmogelijkheden plaatjes toegevoegd om deze visueel te verduidelijken (zie tabel 6).

De onderverdeling in de vier subschalen blijft gelijk aan de originele Engelstalige versie, namelijk *Hopeloosheid*, *Angstgevoeligheid*, *Impulsiviteit* en *Sensation Seeking*. In beide versies geldt dat hoe hoger een persoon op een subschaal scoort hoe sterker de kans dat de desbetreffende persoon de persoonlijkheidseigenschap van de schaal vertoont. Test-hertestbetrouwbaarheid is onderzocht bij de Engelse 23-item versie door Krank et al. in 2000 met $r = 0,426$, $r = 0,502$, $r = 0,646$ en $r = 0,575$.

Daarnaast werd door Woicik et al. in 2009 een bevredigende interne consistentie van de vier subschalen gevonden met $\alpha = 0,8$, $\alpha = 0,7$, $\alpha = 0,7$ en $\alpha = 0,8$. De doelgroep bestond uit mensen met een normaal begaafdheidsniveau en voor de vertaalde Nederlandse versie zijn alleen onderzoeksresultaten uit de studie van Bergsma bekend. De onderzoekster stelde de bevredigende betrouwbaarheidswaarden van $\alpha = 0,86$, $\alpha = 0,71$, $\alpha = 0,77$ en $\alpha = 0,77$ voor de vier subschalen vast. In het onderzoek kwam naar voren, dat de betrouwbaarheid van de subschaal impulsiviteit van $\alpha = 0,61$ naar $\alpha = 0,77$ verhoogd werd toen item 15 uit de analyse werd verwijderd (Bergsma, 2010). In dit onderzoek wordt item 15 niet uit de *SURPS* verwijderd maar er wordt een kleine aanpassing gemaakt: in plaats van de originele vraag “Over het algemeen ben ik impulsief (dat betekent: ongeremd, spontaan)” wordt de vraag hergeformuleerd naar “Over het algemeen ben ik een impulsief persoon (dat betekent: ongeremd, spontaan)”. Deze verandering werd gemaakt omdat in de originele versie van de *SURPS* de vraag “Generally, I am an impulsive person” werd gesteld (Woicik et al., 2009). Door de toevoeging van “een impulsief persoon” hoopt de auteur dat de vraag van de proefpersonen beter wordt begrepen wat uiteindelijk de betrouwbaarheid zal verhogen. Een aantal voorbeelden van de items zijn te vinden in tabel 6.

Tabel 6 Voorbeelditems uit de vertaalde *SURPS*-versie

Substance Use Risk Profile Scale – Nederlandstalige versie		Klopt Helemaal	Klopt	Klopt niet	Klopt helemaal niet
					
Item 7	Ik geloof dat ik een mooie toekomst heb.				
Item 10	Ik vind het eng als ik mijn hartslag voel veranderen.				
Item 14	Ik wordt bang als ik te zenuwachtig ben.				

De vertaalde versie van de *SURPS* leek over het algemeen een gepaste persoonlijkheidstest voor dit onderzoek te zijn, omdat deze test juist bedoeld is voor mensen met een verstandelijke handicap. Ook werd er behalve één onderzoek nog geen andere studie met de Nederlandstalige versie uitgevoerd zodat deze studie de betrouwbaarheid van de persoonlijkheidstest verder kan verifiëren. Verder werd deze test ontworpen in het kader van alcohol- en drugsgebruik en past dus bij het onderwerp van deze studie.

Van de *SURPS* moesten voor de data-analyse de items 1, 2, 3, 4, 6 en 7 van de subschaal *Hopeloosheid* omgeschaald worden. Van alle vier subschalen werd vervolgens het gemiddelde berekend

zodat vier nieuwe variabelen ontstonden waarmee de scores op de subschalen *Hopeloosheid*, *Angstgevoeligheid*, *Impulsiviteit* en *Sensation Seeking* uitgedrukt konden worden.

2.2.3 De intentievragenlijst

De intentievragenlijst is een door de onderzoeker zelf opgezette vragenlijst. Met behulp van een aantal korte vragen wordt nagegaan of de ondervraagde persoon van plan is in de komende maand en in het komende half jaar alcohol te drinken, te roken en cannabis en cocaïne te gebruiken. Er kan tussen de drie antwoordmogelijkheden ‘ja, zeker’ of ‘misschien wel, misschien niet’ of ‘nee, zeker niet’ worden gekozen. Was het antwoord ‘ja’ of ‘misschien’, dan wordt doorgevraagd naar de hoeveelheid die de persoon van plan is om te consumeren. De concrete getallen hebben het doel de intentie van de proefpersonen te onderbouwen. Tabel 7 laat de vragen over de intentie tot alcoholgebruik zien.

Tabel 7 Voorbeelditems uit de intentievragenlijst – alcohol

Intentievragenlijst	
Ja, zeker	Misschien wel, misschien niet
Nee, zeker niet	
Ben je van plan in de komende maand alcohol te (blijven) drinken?	<u>Als ja:</u> Hoe veel ben jij van plan te drinken?
Denk je, dat je wel in het komende half jaar alcohol gaat drinken?	<u>Als ja:</u> Hoe veel ben jij van plan te drinken?

Alcohol, cannabis, tabak en cocaïne zijn de vier middelen waarover in het interview van het *SumID*-project (zie paragraaf 2.2.4) de meeste vragen werden gesteld, daarom is gekozen de intentievragen te stellen over deze vier stoffen. Echter is het belangrijk om op te merken dat in het onderzoek alleen maar de twee vragen over de intentie tot cocaïnegebruik werden gesteld als uit het *SumID*-interview bleek dat de ondervraagde cocaïne gebruikt of ooit gebruikte. Cocaïne is een wettelijk verboden drug en het is niet aannemelijk dat gebruikers, die al eerder in het gesprek aangaven deze stof niet te gebruiken, later wel vertellen dat ze een illegaal middel consumeren of van plan zijn te consumeren. Daarom zijn deze vragen overbodig geacht bij mensen die volgens eigen verklaring geen cocaïne gebruiken.

Het was voor de data-analyse nodig de hoeveelheden die de proefpersonen hebben aangeven te gebruiken om te rekenen zodat de eenheden identiek zijn. Bij de stoffen cannabis en cocaïne werden de hoeveelheden in gram aangeven en hoefden niet gestandaardiseerd te worden. De hoeveelheden

sigaretten en alcohol die de proefpersonen hebben aangegeven om te gebruiken werden wel omgerekend. Uitgegaan werd van 19 sigaretten per pakje en 40 zelfgedraaide sigaretten per pakje shag. Bij alcohol waren 1 fles of 1 glas één eenheid. Er werd geen verschil gemaakt tussen bier of wijn en sterke drank aangezien een bier- of wijnglas aanzienlijk groter is dan een borrelglas waardoor beide ongeveer dezelfde hoeveelheid alcohol bevatten. Verondersteld werd verder dat een maand 30 dagen heeft en daarom werden alle gegevens bij de vraag naar het aantal geconsumeerde eenheden in de komende maand verrekend op 30 dagen. Bij de vraag naar de consumptie in het komende half jaar werden alle gegevens omgerekend naar maandelijks hoeveelheden. Ook hier werd weer uitgegaan van 30 dagen per maand. De standaardisering van de antwoorden maakt het mogelijk deze aan elkaar te koppelen en maakt de analyse alsook de vergelijking tussen de twee gegevens makkelijker.

2.2.4 De *SumID-Collateral Report* en de *SumID-Questionnaire*

Deze twee vragenlijsten zijn de interviews die de basis vormen van het *SumID*-project van *Tactus*. Met deze interviews worden de kennis en de attitude over alcohol en drugs van de proefpersonen ondervraagd. Het *SumID-Collateral Report*, afgekort *SumID-CR*, is de vragenlijst die een begeleider van de proefpersoon dient in te vullen. Hier worden naast allerlei achtergrondinformatie over de woonsituatie, dagbesteding, demografische gegevens, persoonlijke kalender van de cliënt en zijn niveau van functioneren vooral vragen gesteld over de bekendheid, kennis, attitude en ervaring van de cliënt met bepaalde middelen. Verder zijn er in de vragenlijst onderdelen over mogelijke gevolgen en signalen van gebruik en de sociale context van het gebruik te vinden. Ook zijn er een aantal vragen uit de *DUDIT* en *AUDIT* (*Drugs Use Disorders Identification* en *Alcohol Use Disorders Identification Test*) overgenomen, omdat zo in kaart gebracht kan worden hoe ernstig de alcohol- en drugsconsumptie bij gebruikers is. De *SumID-Questionnaire*, afgekort *SumID-Q*, is het interview dat de onderzoeker bij de proefpersoon zelf afneemt. Naast bekendheid en kennis van middelen, attitude ten opzichte van middelen, ervaringen met middelen, ervaren consequenties van gebruik van middelen zijn er evenals bij de *SumID-CR* delen uit de *AUDIT* en *DUDIT* overgenomen. Het onderzoek is deel van het *SumID-project* dat bezig is met de inventarisatie van de twee vragenlijsten. Daarom is er over de validiteit, betrouwbaarheid, etc. van de *SumID-CR* en de *SumID-Q* tot op heden nog niets bekend.

Voor het onderzoek over depressiviteit, persoonlijkheid en intentie in samenhang met middelengebruik zijn echter niet alle onderdelen van de twee vragenlijsten belangrijk. In tabel 7 en 8 zijn de in het onderzoek gebruikte onderdelen aangegeven met voor elk onderdeel een voorbeelditem en de beredenering voor de keuzes.

Om met de in de lijsten aangegeven variabelen te kunnen werken werden er voor de analyse een aantal aanpassingen gemaakt. Op basis van de antwoorden kon een variabele aangemaakt worden of de ondervraagde *roker is of niet*. Mensen die vroeger rookten en nu gestopt zijn werden in de analyse als niet-roker beschouwd. Op een persoon na drinken alle ondervraagden wel eens alcohol. De hoeveelheden verschillen echter enorm. Daarom werd voor het gebruik van alcohol geen dichotome variabele gemaakt maar een die aangeeft *hoeveel* de personen over het algemeen consumeren. Twee vragen in de *SumID-Q* informeren naar of de proefpersoon in de *laatste maand* en in de *laatste twee dagen alcohol* heeft geconsumeerd. De antwoorden op deze vragen vormen twee variabelen die ook werden opgenomen in de data-analyse. Voor roken en het drinken van alcohol werden, equivalent aan de intentievragen, de *maandelijkse hoeveelheden* uitgerekend.

Tabel 7 Onderdelen uit de *SumID-CR*

Onderdeel	Beredenering	Voorbeelditem
Achtergrondinformatie over cliënten	Als het een niet teveel geselecteerde groep is, dus de demografie van de proefpersonen op een breed scala van verschillende leeftijden, opleidingsniveaus en intelligentieniveaus is verspreid, is het interessant en waardevol om dit onderdeel op te nemen. Zo is het misschien mogelijk een patroon te herkennen, bijvoorbeeld dat alle proefpersonen die alleen wonen in een depressieve episode zitten en daarom de meeste middelen consumeren.	Geboortedatum proefpersoon, geslacht proefpersoon, culturele achtergrond proefpersoon, woonsituatie proefpersoon, etc.
Niveau van functioneren	Zie <i>Beredenering Achtergrondinformatie</i> .	IQ proefpersoon, geschatte IQ proefpersoon indien werkelijke waarde niet bekend, etc.
AUDIT en DUDIT	Dit onderdeel wordt opgenomen om een vergelijking te hebben tussen de gebruiker zelf en hoe zijn omgeving het ziet.	Hoe vaak is de proefpersoon door drinken vergeten wat er gebeurd was? Nooit; Soms (<1/maand); Vaak Maandelijks; Heel vaak Wekelijks; Bijna elke dag; Weet niet Is de proefpersoon wel eens gewond geraakt door drugsgebruik? Nee; Ja, meer dan een jaar terug; Ja, afgelopen jaar nog

Tabel 8 Onderdelen uit de *SumID-Q*

Onderdeel	Beredenering	Voorbeelditem
Eigen ervaring met middelen	Om na te gaan of er een samenhang is tussen persoonlijkheid, depressiviteit en het gebruik van alcohol en/of drugs is het belangrijk te weten welke middelen de proefpersonen al hebben gebruikt en vooral op het moment van onderzoek consumeren.	Heb je ooit Tabak gebruikt? Hoe oud was je toen je voor het eerst rookte? Heb je één keer of vaker gerookt?
Ervaring met vaker gebruikte middelen	Als de proefpersonen op het moment van onderzoek in een depressieve episode zitten is het belangrijk om te vragen of er vroeger meer werd gebruikt, hoeveel er per keer wordt gebruikt, etc. Naar aanleiding van de antwoorden van de proefpersoon hoeft niet noodzakelijk alle informatie over de vier middelen, die in dit punt ondervraagd worden, gebruikt te worden in de uiteindelijke data-analyse.	Hoe vaak rook je? Heb je vroeger meer gedronken? Hoeveel gram cannabis gebruik je per keer meestal? Wat is er fijn aan het cocaïne snuiven?
AUDIT en DUDIT	Deze items worden opgenomen bij de proefpersonen die aangeven regelmatig alcohol of drugs te consumeren omdat in dit onderdeel van de <i>SumID-Q</i> de frequentie en hoeveelheden van het gebruik van middelen wordt ondervraagd.	Hoe vaak heb je 's morgens gedronken tegen de kater? Nooit; Soms (<1/maand); Vaak Maandelijks, Heel vaak Wekelijks, Bijna elke dag Is iemand anders gewond geraakt door jouw druggebruik? Nee; Ja, langer dan een jaar terug; Ja, afgelopen jaar nog

2.3 Procedure

De 18 proefpersonen werden geworven uit 7 verschillende locaties. De locaties zijn onderdelen van *Ambiq*, *Avelijn*, *Amerpoort*, *De Twentse Zorgcentra* en *De Karmel*: vijf zorginstellingen die hulp verlenen aan mensen met verstandelijke beperkingen. Via *Tactus Verslavingszorg* kreeg de onderzoeker verschillende locaties genoemd en er werden een of meerdere afspraken met de begeleiders en de mogelijke proefpersonen gemaakt. Het doel hiervan was voorlichting te geven en de mensen te motiveren met het onderzoek mee te doen. De voorlichting bestond uit het uitleggen van het doel en verloop van het onderzoek met behulp van een dvd en verschillende folders. Bij deze voorlichtingsafspraken was de gelegenheid gegeven om vragen te stellen, er werd nadrukkelijk uitgelegd dat alle gegevens en antwoorden geheel anoniem worden verwerkt en er werd verteld dat er op elk moment de mogelijkheid bestond te stoppen met het onderzoek. Gingen de proefpersonen akkoord met de voorwaarden en waren ze bereid om mee te doen werd door hun en hun begeleiding een toestemmingformulier getekend. Er werd een afspraak gemaakt voor het afnemen van de *SumID-Q*, de persoonlijkheids- en de intentievragenlijst. De *SumID-CR* voor de begeleiders werd samen met de *SDZ* bij het tekenen van het toestemmingsformulier aan de begeleiding gegeven en na het interview met de proefpersoon weer opgehaald.

Voor het afnemen van het interview was het belangrijk, dat de onderzoeker en de proefpersoon alleen in een rustige kamer zaten zonder afleiding. Op deze manier lag de concentratie van allebei geheel op het onderzoek en alle 18 interviews werden op deze manier zo gestructureerd mogelijk afgenomen. De onderzoeker gaf uitleg over de procedure van het afnemen van de interviews en begon met de afname van de persoonlijkheidsvragenlijst. Op de dag van het interview was het de verantwoordelijkheid van de onderzoeker om te bepalen of de proefpersoon in staat was te participeren in het onderzoek. Daarna werd de *SumID-Q* afgenomen en tenslotte het laatste onderdeel van de procedure, de intentievragenlijst. Zonodig kreeg de proefpersoon de mogelijkheid een kleine pauze te nemen om even uit te rusten om vervolgens met voldoende aandacht weer verder te gaan. Aan het einde van alle drie onderdelen van het onderzoek werd de proefpersoon bedankt voor de medewerking en ontving hij/zij een klein cadeau, bijvoorbeeld een sleutelhanger of een kleine tandenborstelset.

Het is belangrijk om op te merken dat vijf proefpersonen een bijzonderheid hebben. Van deze vijf proefpersonen werd al op een eerder tijdstip en door een andere onderzoeker de *SURPS*, de *SumID-CR* en *SumID-Q* afgenomen. De intentievragenlijst en de *SDZ* van deze vijf mensen waren echter wel recent afgenomen. Voor deze aanpak werd gekozen omdat met nog vijf volledige datasets meer data kon

worden geanalyseerd en de betrouwbaarheid van het onderzoek daarmee verhoogd werd. Omdat de SDZ een screening van de afgelopen maand doet terwijl de intentievragenlijst informatie vraagt over de tijd na het afnemen van de drie andere vragenlijsten ontstaat hier een methodologisch probleem omdat de tijdstippen niet overeenstemmen. Met dit feit moet bij de interpretatie van de resultaten rekening worden gehouden.

2.4 Data-Analyse – gebruikte toetsen

De data van de 18 proefpersonen werd met versie 18 van het statistiekprogramma *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS) geanalyseerd. Ten eerste werd een betrouwbaarheidsanalyse met alle vier subschalen van de *SURPS* en de *SDZ*-totaalscore uitgevoerd. Gehanteerd werden hierbij de vuistregels van Gliem en Gliem (2003) waarbij geldt dat waardes vanaf 0,8 goed, vanaf 0,7 acceptabel, vanaf 0,6 twijfelachtig en vanaf 0,5 zwak zijn.

Vervolgens wordt gekeken of de testscores van de *SURPS* en de *SDZ* normaal verdeeld zijn. Dit is belangrijk, want het feit of de scores parametrisch (normaal) of niet-parametrisch (niet normaal) verdeeld zijn bepaald de verdere testkeuze. De gebruikte test om de normaliteit van de *SURPS* en *SDZ*-scores te bepalen is de *Shapiro-Wilk* toets.

Er werd al vaker in de voorafgaande paragrafen beweerd dat dit onderzoek maar 18 proefpersonen omvat. Aangezien er vier vragenlijsten werden ingevuld en uit deze vier vragenlijsten meerdere items in de analyse worden opgenomen is 18 een kleine hoeveelheid proefpersonen. Tijdens de opzet van dit onderzoek was het de planning om minstens 30 proefpersonen te verkrijgen. Complexe en uitgebreide analyses zijn met een steekproefgrote van 18 niet mogelijk. Gezien het kleine aantal proefpersonen krijgt dit onderzoek het karakter van een exploratieve studie. Er wordt dus, op basis van de onderzoeksvragen, naar mogelijke verbanden en samenhangen gekeken. Daarom wordt na het bepalen van de normaliteit en de betrouwbaarheid van de verschillende variabelen begonnen met een correlatieanalyse om een eerste indruk van mogelijke verbanden te verkrijgen. Er worden correlatieanalyses naar algemene samenhangen tussen de variabelen van de *SURPS*-subschalen, de in paragraaf 3.2.1 gekozen items van de *SDZ*, de *SDZ*-totaalscores, het middelengebruik en de intentie om middelen te gebruiken gekeken. Afhankelijk van de resultaten van de *Shapiro-Wilk*-toetsen worden hier parametrische of niet-parametrische correlatieanalyses toegepast. Bij de uitgevoerde toetsen wordt uitgegaan van een significantieniveau $\alpha = 0,10$. Voor deze aanpak werd gekozen vanwege het lage aantal proefpersonen.

Onder andere gebaseerd op de resultaten van de correlatieanalyses worden tenslotte een aantal verdere analyses uitgevoerd, als deze nodig zijn om de gevonden verbanden te onderbouwen. Deze hebben als doel de verbanden tussen de variabelen beter te begrijpen, dit wordt voor een deel bereikt door visualisering met grafieken. Verder worden de toetsen van *Kruskall-Wallis* en *Mann-Whitney* toegepast, als de scores niet normaalverdeeld zijn. Zijn de scores echter wel normaalverdeeld dan worden onafhankelijke *t-toetsen* en *ANOVA's* (ANalysis Of Variance) toepast die equivalent zijn aan de twee net genoemde niet-parametrische toetsen. Met behulp van het correlatieonderzoek en de hypothesetoetsen kan worden gekeken hoe de variabelen mogelijksterwijs samenhangen en of er significante verschillen tussen groepen te vinden zijn.

3. Resultaten

3.1 Betrouwbaarheidsanalyse

De gevonden betrouwbaarheidswaarden van de vier subschalen *Hopeloosheid*, *Angstgevoeligheid*, *Impulsiviteit* en *Sensation Seeking* van de SURPS en die van de SDZ zijn te vinden in tabel 9.

Tabel 9 Betrouwbaarheidswaarden SURPS en SDZ

Betrouwbaarheidswaarden <i>Cronbach's Alpha</i>				
<i>Schaal</i>	<i>N</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>Verwijderd item</i>	<i>Cronbach's Alpha als genoemd item verwijderd wordt</i>
SURPS Hopeloosheid	18	0,84		
SURPS Angstgevoeligheid	18	0,72		
SURPS Impulsiviteit	18	0,38	SURPS Impulsiviteit item 4 (N = 18)	0,68
SURPS Sensation Seeking	18	0,47	SURPS Sensation Seeking item 3(N = 18)	0,59
SDZ	18	0,64	SDZ item 10(N = 18)	0,71

De betrouwbaarheidswaarden van de twee SURPS-subschalen *Hopeloosheid* en *Angstgevoeligheid* zijn 0,84 en 0,72 en daarmee acceptabel. In de subschaal *Impulsiviteit* moet het item 4 “Over het algemeen ben ik een impulsief persoon (dat betekent: ongeremd, spontaan)” verwijderd worden om een verhoging van de betrouwbaarheidswaarde van 0,388 naar 0,680 te verkrijgen, net zoals in de studie van Bergsma uit 2010 (zie paragraaf 2.2.2). In de subschaal *Sensation Seeking* wordt het item 3 “Ik hou ervan dingen te doen die me een beetje bang maken” verwijderd om *Cronbach's Alpha* van 0,47 naar 0,59 te verhogen, wat echter nog steeds een zwakke betrouwbaarheid geeft. Uit eerder onderzoek is echter bekend dat er bij de subschalen *Impulsiviteit* en *Sensation Seeking* betrouwbaarheidswaarden van 0,77 werden gevonden (Bergsma, 2010). Met N = 33 werd dat onderzoek met bijna dubbel zo veel proefpersonen uitgevoerd wat een nauwkeuriger analyse toelaat dan met maar N = 18. Vanwege dit feit worden er wel verdere analyses met deze twee subschalen uitgevoerd, ondanks hun matige betrouwbaarheidswaarden.

Cronbach's Alpha voor de depressievragenlijst SDZ is 0,64. Als het item 10 “Heeft een verhoogde eetlust” verwijderd wordt, stijgt de waarde van *Cronbach's Alpha* naar 0,71. Daarmee zou de betrouwbaarheidswaarde van dit item het niveau acceptabel bereiken, wat zeker gewenst is. Echter zou

dit ook een probleem opleveren, want met een item minder gaat ook de afkapscore van 30 verschuiven wat niet gewenst is. In de literatuur zijn er ook geen voorbeelden van te vinden. Daarom wordt het item niet verwijderd en blijft *Cronbach's Alpha* met 0,64 op het niveau twijfelachtig.

3.2 Normaliteit

Met behulp van de *Shapiro-Wilk*-toets wordt gekeken of de scores van de subschalen *Hopeloosheid*, *Angstgevoeligheid*, *Impulsiviteit* en *Sensation Seeking* van de *SURPS* en de *SDZ* normaal verdeeld zijn. In tabel 10 zijn de resultaten weergegeven.

Tabel 10 Normaliteitstoets *SURPS*-subschalen en *SDZ*

Shapiro-Wilk-toets voor normaliteit			
<i>Schaal</i>	<i>Statistic</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
SURPS Hopeloosheid	0,87	18	0,02*
SURPS Angstgevoeligheid	0,94	18	0,40
SURPS Impulsiviteit	0,94	18	0,32
SURPS Sensation Seeking	0,98	18	0,92
SDZ totaalscore	0,87	18	0,01*

* Significant bij significantieniveau $\alpha = 0,05$ (2-tailed).

De nulhypothese is voor alle vijf gevallen H_0 : *De scores zijn normaal verdeeld*. Getoetst werd met het significantieniveau $\alpha = 0,05$. Bij de *SURPS*-subschaal *Hopeloosheid* en de *SDZ totaalscores* zijn de significanties respectievelijk 0,02 en 0,01 en is sprake van een niet-normale verdeling.

De *Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen* is een cruciaal onderwerp van deze scriptie evenals de *SURPS*. Het gevoel van hopeloosheid is wederom een cruciaal onderdeel van het hebben van een depressie zoals het beschreven staat in de DSM-IV: *"The mood in a Major Depressive Episode is often described by the person as depressed, sad, hopeless, discouraged, or 'down to the dumps'"* (DSM-IV-TR, 2000). Vanwege dit feit en omdat twee cruciale onderdelen van de gebruikte toetsen, de *SDZ-totaalscores* en *SURPS-Hopeloosheidsscores*, niet normaal verdeeld zijn wordt in de volgende analyses gekozen voor niet-parametrische toetsen.

3.3 Correlatieanalyses en hypothesetesten

In deze paragraaf worden correlatieanalyses uitgevoerd om een eerste indruk van mogelijke samenhangen te verkrijgen. Vervolgens worden de correlaties waar mogelijk gevisualiseerd en hypothesetoetsen worden uitgevoerd om significante verschillen aan te tonen. De gevonden significante correlaties zijn te vinden in de tabellen 12, 13, 15, 19, en 22 de volledige correlatietabellen staan in bijlage 2.

In eerste instantie was het de bedoeling om de antwoorden van de vragen uit de *AUDIT* en *DUDIT* van zowel de proefpersonen alsook van hun begeleiders in de analyse te betrekken (zie paragraaf 2.2.4.). Zoals eerder in dit verslag beschreven worden in de *AUDIT* en *DUDIT* vragen gesteld als “Hoe vaak kon je niet meer stoppen met drinken?” en “Is iemand anders wel eens gewond geraakt door jouw drugsgebruik?” Zoals in tabel 11 staat weergegeven zijn er maar weinig volledig ingevulde vragenlijsten.

Tabel 11 Aantal ingevulde *AUDIT*- en *DUDIT*-lijsten door proefpersonen en begeleiders

	<i>AUDIT</i>	<i>DUDIT</i>
<i>SumID-CR (door begeleider ingevuld)</i>	11	3
<i>SumID-Q (door proefpersoon ingevuld)</i>	8	1

De overheersende antwoorden op de vragen van de ingevulde lijsten was “nooit” of “nee”, zie bijlage 3. Er is weinig overlap tussen de ingevulde lijsten van de proefpersonen en de begeleiders. Vanwege genoemde feiten werden de scores van de *AUDIT* en *DUDIT* niet in de analyse betrokken.

Belangrijk is het om op te merken dat zowel bij de intentie alsook bij het middelengebruik de informatie over cannabis en cocaïnegebruik niet in de analyses werden betrokken. Dit is omdat geen van de 18 proefpersonen tijdens het interview heeft aangegeven in de afgelopen maand, week of twee dagen cannabis of cocaïne gebruikt te hebben. Ook heeft geen van de 18 proefpersonen de intentie om in de komende maand of het komende half jaar cannabis te consumeren kenbaar gemaakt. Maar twee personen hebben gezegd dat ze in het komende half jaar 0,5 gram cocaïne willen gebruiken. Hun SDZ- en persoonlijkheidsscores worden in paragraaf 3.4 apart beschouwd.

3.3.1 Gebruik en intentie

In deze paragraaf wordt ingegaan op de samenhang tussen middelengebruik en de intentie daartoe. Dit sluit aan bij onderzoeksvraag 1.

Tabel 12 Correlatieanalyse gebruik en intentie, non-parametrisch

Spearman's rangcorrelatieanalyse van gebruik met intentie (N = 18)						
		Rookstatus	Aantal geconsumeerde sigaretten in een maand	Heb jij in de afgelopen maand alcohol gedronken?	Heb jij in de afgelopen twee dagen alcohol gedronken?	Hoeveelheden geconsumeerd alcohol per maand
Intentie roken komende maand	Correlation					
	Coefficient	0,85**	0,84**			
	Sig. (1-tailed)	0,00	0,00			
Intentie hoeveelheid sigaretten komende maand	Correlation					
	Coefficient	0,86**	0,92**			
	Sig. (1-tailed)	0,00	0,00			
Intentie in het komende half jaar te roken	Correlation					
	Coefficient	0,78**	0,86**			
	Sig. (1-tailed)	0,00	0,00			
Intentie hoeveelheid sigaretten komende half jaar	Correlation					
	Coefficient	0,76**	0,85**			
	Sig. (1-tailed)	0,00	0,00			
Intentie alcohol drinken komende maand	Correlation					
	Coefficient			0,78**	0,60**	0,69**
	Sig. (1-tailed)			0,00	0,00	0,00
Intentie hoeveelheid alcohol komende maand	Correlation					
	Coefficient			0,76**		0,81**
	Sig. (1-tailed)			0,00		0,00
Intentie in het komende half jaar alcohol te drinken	Correlation					
	Coefficient			0,85**	0,41*	0,77**
	Sig. (1-tailed)			0,00	0,04	0,00
Intentie hoeveelheid alcohol komende half jaar	Correlation					
	Coefficient			0,84**		0,84**
	Sig. (1-tailed)			0,00		0,00

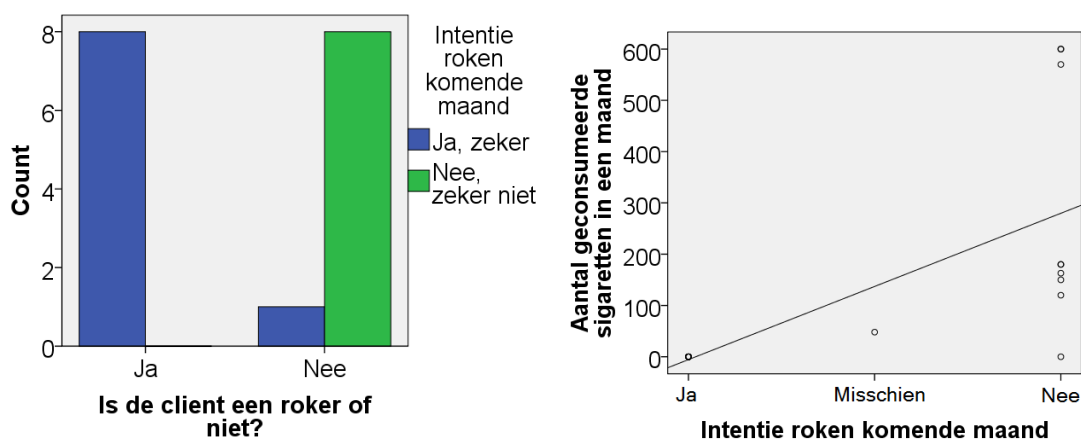
* De correlatie is significant met significantieniveau $\alpha = 0,05$ (1-tailed).

** De correlatie is significant met significantieniveau $\alpha = 0,01$ (1-tailed).

Tabel 12 geeft de correlaties van het gebruik van sigaretten en alcohol met de intentie tot gebruik van deze twee middelen weer. Zoals verwacht blijkt uit de tabel dat voor alcohol en sigaretten het gebruik met de intentie daartoe correleert. Daarnaast zijn er geen correlaties tussen alcoholvariabelen en sigarettenvariabelen.

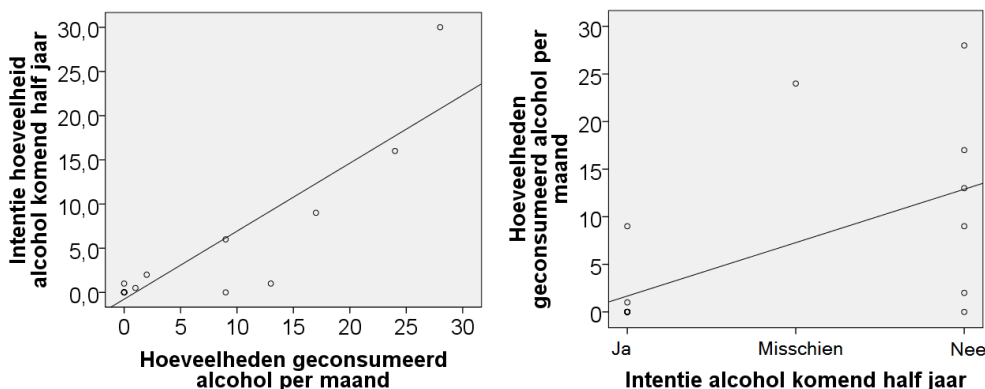
Rookstatus correleert significant positief met de intentie in de *komende maand* en het *komend half jaar te roken*. Is de proefpersoon roker dan is hij of zij ook van plan in de komende maand te gaan roken. Het *aantal geconsumeerde sigaretten in een maand* correleert significant positief met de *geplande hoeveelheid sigaretten voor de komende maand* en het *komend half jaar* (grafiek 1).

Grafiek 1 Voorbeelden verbanden roken en intentie daartoe



Of de proefpersoon in de *afgelopen maand en twee dagen alcohol heeft gedronken* correleert significant positief met de *intentie* om dit ook te doen in de *komende maand* en het *komend half jaar*. Ook de *hoeveelheid geconsumeerde alcohol in een maand* correleert significant positief met de *geplande hoeveelheid geconsumeerd alcohol in de komende maand* en het *komend half jaar*. (grafiek 2). Drinkt een proefpersoon veel alcohol dan is hij of zij ook van plan ongeveer dezelfde hoeveelheid alcohol in het komend half jaar te gaan consumeren.

Grafiek 2 Voorbeelden verbanden alcoholgebruik en intentie daartoe



Deze resultaten van de rangcorrelatieanalyse waren weinig verrassend omdat het daadwerkelijke gebruik samenhangt met de intentie net als door “*The Theory of Planned Behavior*” in paragraaf 1.3 beschreven.

3.3.2 SDZ-scores, middelengebruik, de intenties daartoe en SURPS-subschalen

In deze paragraaf worden samenhangen van de SDZ-scores met het middelengebruik van de proefpersonen, de intentie daartoe en de vier SURPS-subschalen aansluitend op onderzoeksvraag 2 en 3a weergegeven. Tabel 13 toont de significante correlaties tussen de genoemde variabelen.

Tabel 13 Significante items uit correlatieanalyses SDZ scores, niet-parametrisch

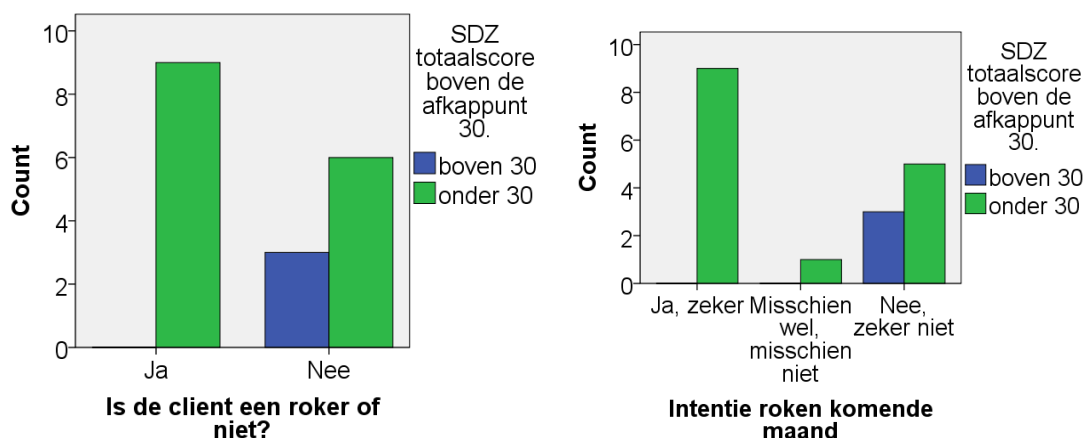
Spearman's rangcorrelatieanalyse van de SDZ scores met: de SURPS-subschalen, het gebruik en de intenties (N = 18)		
	SDZ totaalscore	SDZ scores > en < 30
SURPS-subschalen	<i>Er werden geen significante correlaties tussen de SDZ-scores en de vier subschalen van de SURPS gevonden.</i>	
Rookstatus	Correlation Coefficient	0,44*
	Sig. (1-tailed)	0,03
Aantal geconsumeerde sigaretten in een maand	Correlation Coefficient	0,41*
	Sig. (1-tailed)	0,04
Hoeveelheden geconsumeerd alcohol in een maand	Correlation Coefficient	-0,43*
	Sig. (1-tailed)	0,03
Intentie roken komende maand	Correlation Coefficient	0,48*
	Sig. (1-tailed)	0,02
Intentie hoeveelheid sigaretten komende maand	Correlation Coefficient	0,45*
	Sig. (1-tailed)	0,03
Intentie hoeveelheid alcohol komende maand	Correlation Coefficient	-0,47*
	Sig. (1-tailed)	0,02
Intentie hoeveelheid alcohol komende half jaar	Correlation Coefficient	-0,43*
	Sig. (1-tailed)	0,03

* De correlatie is significant met significantieniveau $\alpha = 0,05$ (1-tailed).

Opvallend is dat geen van de vier SURPS-subschalen met de SDZ-totaalscores of de SDZ-scores boven of beneden 30 significant met elkaar correleren. Er lijkt geen verband te bestaan tussen deze variabelen. In paragraaf 3.3.4 verder onderzoek gedaan naar correlaties met behulp van specifieke items van de SDZ beschreven.

Bekijkt men de gevonden correlaties van de SDZ-scores met het consumeren van sigaretten en de intentie om te roken, dan is een verschil te zien tussen de korte en de lange termijn. Op de korte termijn is er wel een significante correlatie tussen de SDZ-scores lager of hoger dan 30 en of de proefpersoon roker is of niet en de intentie in de komende maand te roken. Voor de langere termijn van een half jaar is geen significante correlatie gevonden.

Grafiek 3 SDZ-scores < en > 30, rookstatus, intentie roken komende maand



Uit grafiek 3 komt naar voren dat de drie personen, die een *SDZ*-score boven 30 hebben, dus boven de afkapscore voor het hebben van een depressie, geen rokers zijn. Ook zijn deze drie personen niet van plan om in de komende maand te beginnen met roken.

Er is een correlatie tussen het *aantal geconsumeerde sigaretten in een maand* en de *intentie hoeveelheid te consumeren sigaretten in de komende maand* met de *SDZ*-scores *lager of hoger dan 30*. Het werd gekeken of er een significant verschil is tussen de groepen waarvan de *SDZ*-score lager en hoger dan 30 is (zie tabel 14).

Tabel 14 SDZ-scores < en > 30, gebruik sigaretten, intentie om in de komende maand te roken

Mann-Whitney-Toets met de grouping variabele SDZ-scores < en > 30						
	Z-waarde	Significantie	Groepen	N	Mean Ranks	Sum of Ranks
Aantal geconsumeerde sigaretten in een maand	-1,71	0,13	boven 30	3	5,00	15,00
			onder 30	15	10,40	156,00
			Totaal	18		
Intentie hoeveelheid sigaretten komende maand	-1,86	0,07	boven 30	3	4,50	13,00
			onder 30	15	10,50	157,00
			Totaal	18		

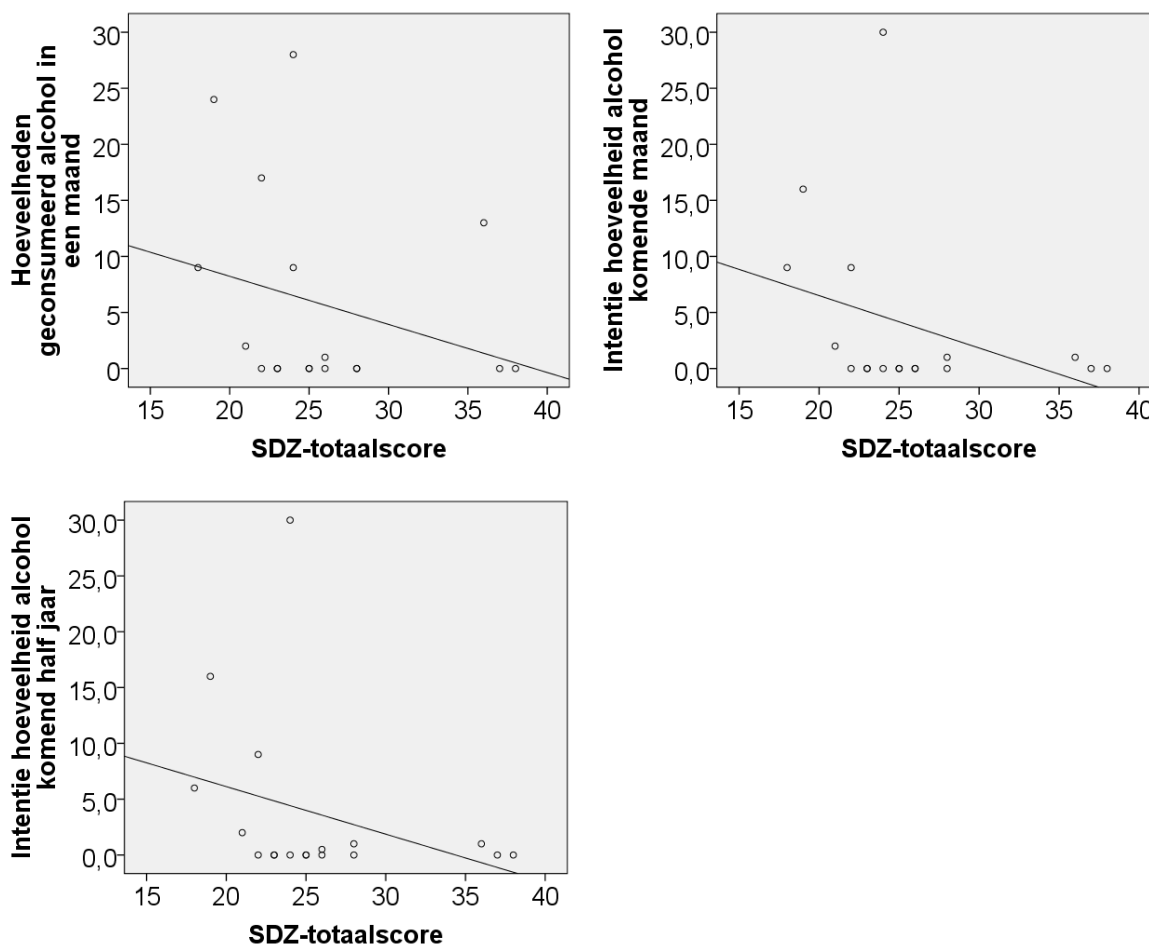
Het significantieniveau is 0,10.

Er kan geen significant verschil worden aangetoond in de *hoeveelheid geconsumeerde sigaretten in een maand* tussen de groepen met een *SDZ*-score *lager en hoger dan 30*. Echter is er wel een significant verschil aangetoond in de *intentie hoeveelheid sigaretten voor de komende maand*. Dit bevestigt eerder gevonden resultaten aangezien de drie personen die een *SDZ* totaalscore hebben hoger dan 30 allen

geen roker zijn, en ook niet van plan zijn te gaan roken. Samenvattend lijken rokers, zoals afgebeeld in grafiek 2, gemiddeld lager te scoren op de depressievragenlijst, maar zijn er geen verdere conclusies te trekken over het verband tussen de hoeveelheid sigaretten en de SDZ totaalscore.

Opvallend is dat de *SDZ-scores* < en > 30 wel correleren met sigarettengebruik en intentie daartoe maar niet met het alcoholgebruik. Echter zijn er een aantal significante correlaties tussen alcoholgebruik en intentie ertoe met de continue variabele van de *SDZ-totaalscores*. Er is een correlatie van de *SDZ-totaalscores* met de hoeveelheid geconsumeerde alcohol in een maand, de geplande hoeveelheid in de komende maand en in het komend half jaar (grafiek 4)

Grafiek 4 SDZ-totaalscores, hoeveelheid geconsumeerd alcohol in een maand, intentie hoeveelheid alcohol komende maand en komend half jaar



Opvallend is dat hoe hoger de *SDZ-totaalscore* hoe minder alcohol er wordt geconsumeerd en hoe minder de proefpersonen over het algemeen van plan zijn om alcohol te consumeren. Het lijkt dus alsof mensen die minder alcohol gebruiken en de intentie hebben dit in de komende tijd niet te veranderen minder depressief zijn dan mensen die meer consumeren.

3.3.3 SURPS-subschalen, middelengebruik en de intentie daartoe

Aansluitend op onderzoeksvraag 3b worden in deze paragraaf de verbanden tussen de resultaten van de persoonlijkheidsvragenlijst SURPS, het middelengebruik van de proefpersonen en hun intenties daartoe weergegeven. In tabel 15 zijn de significante correlaties tussen deze variabelen te vinden.

Tabel 15 Significante items uit correlatieanalyses SURPS-subschalen, niet-parametrisch

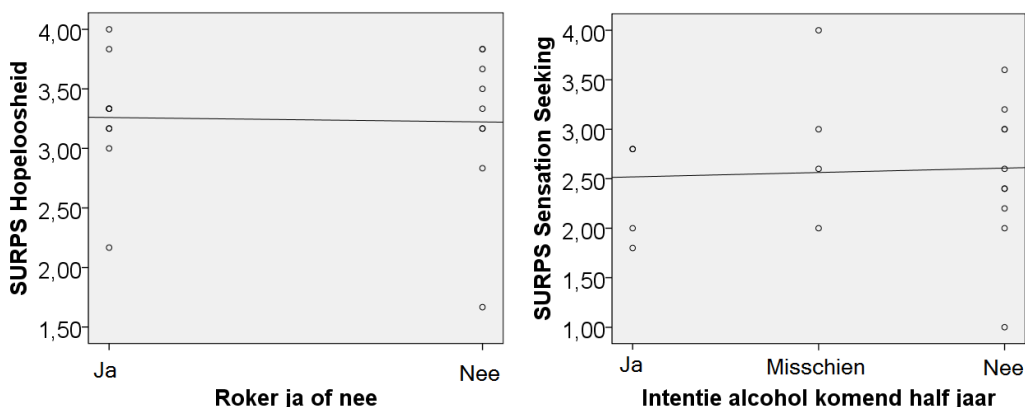
Spearman's rangcorrelatieanalyse van de SURPS-subschalen met het gebruik en de intentie (N = 18)					
		<i>SURPS Hope- loosheid</i>	<i>SURPS Angstge- voelig- heid</i>	<i>SURPS Impulsi- viteit</i>	<i>SURPS Sen- sation Seeking</i>
<i>Rookstatus</i>	Correlation Coefficient		0,51*		
	Sig. (1-tailed)		0,01		
<i>Heb jij in de afgelopen maand alcohol gedronken?</i>	Correlation Coefficient			0,47*	
	Sig. (1-tailed)			0,02	
<i>Heb jij in de afgelopen twee dagen alcohol gedronken?</i>	Correlation Coefficient			0,47*	
	Sig. (1-tailed)			0,02	
<i>Intentie roken komende maand</i>	Correlation Coefficient		0,44*		
	Sig. (1-tailed)		0,03		
<i>Intentie alcohol drinken komende maand</i>	Correlation Coefficient			0,51*	
	Sig. (1-tailed)			0,01	
<i>Intentie hoeveelheid alcohol komende maand</i>	Correlation Coefficient			-0,49*	
	Sig. (1-tailed)			0,01	
<i>Intentie in het komende half jaar alcohol te drinken</i>	Correlation Coefficient			0,61**	
	Sig. (1-tailed)			0,00	
<i>Intentie hoeveelheid alcohol komende half jaar</i>	Correlation Coefficient			-0,58**	
	Sig. (1-tailed)			0,00	

* De correlatie is significant met significantieniveau $\alpha = 0,05$ (1-tailed).

** De correlatie is significant met significantieniveau $\alpha = 0,01$ (1-tailed).

Opvallend is dat er geen significante correlaties bestaan tussen de *SURPS*-subschalen *Hopeeloosheid* en *Sensation Seeking* en de consumptie van alcohol en sigaretten of de intentie tot gebruik van deze middelen (grafiek 5)

Grafiek 5 Voorbeelden SURPS-subschalen met intentie en gebruik: geen significante correlaties



Er zijn amper significante correlaties van de *SURPS*-subschaal *Angstgevoeligheid* met variabelen van het middelengebruik en de intentie daartoe. Echter zijn er twee negatieve correlaties die samenhangen met of de *proefpersoon roker is* en de *intentie om in de komende maand te roken*. Met behulp van de *Mann-Whitney*-toets wordt duidelijk dat er een significant verschil lijkt te bestaan tussen de scores op de *SURPS*-subschaal *Angstgevoeligheid* bij rokers en bij niet-rokers en of de proefpersonen van plan zijn om in de komende maand te gaan roken. De testresultaten zijn weergegeven in tabel 16.

Tabel 16 *SURPS*-Angstgevoeligheid, roker ja of nee en intentie roken komende maand

Mann-Whitney-Toets						
	Z-waarde	Significantie	Groepen		Mean Ranks	Sum of Ranks
SURPS Angstgevoeligheid	-2,13	0,03	Roker nee of ja	N		
			Ja	9	12,17	109,50
			Nee	9	6,83	61,50
			Totaal	18		
	Z-waarde	Significantie	Groepen		Mean Ranks	Sum of Ranks
SURPS Angstgevoeligheid	-1,93	0,05	Intentie roken komende maand	N		
			Ja, zeker	9	11,22	101,00
			Nee, zeker niet	8	6,50	52,00
			Totaal	17*		

* Maar een proefpersoon heeft geantwoord met "Misschien wel, misschien niet", daarom zijn alleen de antwoorden "Ja, zeker" en "Nee, zeker niet" gebruikt in de test. Daarom is hier N = 17.

Het significantieniveau is 0,10.

De tabel laat zien dat de *mean rank* van de *SURPS*-subschaal *Angstgevoeligheid* in de groep van de rokers bij 12,17 ligt. De *mean rank* voor de subgroep niet-rokers ligt met 6,83 lager dan die van de subgroep rokers. Omdat het verschil tussen deze *mean ranks* significant is bevonden, lijken rokers over

het algemeen angstgevoeliger te zijn dan niet-rokers. Uit tabel 18 wordt verder duidelijk dat de proefpersonen die zeker in de komende maand gaan roken hoger scoren op de *SURPS*-subschaal *Angstgevoeligheid* dan de proefpersonen die niet van plan zijn te roken. De *mean rank* van de proefpersonen die van plan zijn te gaan roken is 11,22 en de *mean rank* van de subgroep die niet van plan is te gaan roken is 6,50. Ook dit verschil in *mean ranks* is significant, waardoor het aannemelijk is dat mensen die de intentie hebben in de komende maand te gaan roken angstgevoeliger zijn dan de mensen die niet van plan zijn om te gaan roken.

De *SURPS*-subschaal *Impulsiviteit* correleert als enige van de vier subschalen significant met een groot aantal van de gebruiks- en intentievariabelen die te maken hebben met alcoholconsumptie. Er zijn significante correlaties tussen *Impulsiviteit* met de alcoholconsumptie van de *afgelopen maand* en *twee dagen*. In de tabel 17 zijn de *Mann-Whitney*-toetsen voor deze variabelen samengevat.

Tabel 17 Mann-Whitney Impulsiviteit en alcoholconsumptie afgelopen maand en 2 dagen

Mann-Whitney-Toets						
	Z- waarde	Significantie	Groepen Alcoholgebruik afgelopen 2 dagen	N	Mean Ranks	Sum of Ranks
SURPS Impulsiviteit	-1,97	0,05	Ja	3	4,00	12,00
			Nee	15	10,60	159,00
			Totaal	18		
	Z- waarde	Significantie	Groepen Alcoholgebruik afgelopen maand	N	Mean Ranks	Sum of Ranks
SURPS Impulsiviteit	-1,96	0,05	Ja	9	7,06	63,50
			Nee	9	11,94	107,50
			Totaal	18		

Het significantieniveau is 0,10.

Uit de toetsen komt naar voren dat er een verschil lijkt te bestaan tussen de scores op de *SURPS*-subschaal *Impulsiviteit* bij mensen die wel in de afgelopen maand alcohol hebben gedronken en zij die dat niet deden. Bij de subgroep mensen die wel alcohol hebben geconsumeerd in de afgelopen maand is de *mean rank* op de *Impulsiviteit*-schaal 7,06 en bij de subgroep die geen alcohol consumeerde 11,94. Het is aannemelijk dat mensen die in de afgelopen maand geen alcohol dronken impulsiever zijn dan consumenten. Hetzelfde patroon vertoont zich bij alcoholconsumptie in de afgelopen twee dagen. Hier is de *mean rank* voor de subgroep die alcohol consumeerde 10,60 en voor de subgroep die geen alcohol consumeerde 4,00.

De scores van *Impulsiviteit* correleren positief significant met de *intentie in de komende maand* en het *komend half jaar te gaan drinken*. Ook voor deze variabelen werd een *Mann-Whitney*-toets en een *Kruskal-Wallis*-toets uitgevoerd om te zien of er een significant verschil in de *Impulsiviteit*score is aan te tonen tussen de verschillende groepen. De resultaten van deze analyses zijn te vinden in tabel 18.

Tabel 18 SURPS-Impulsiviteit, Intentie alcoholconsumptie komende maand en komend half jaar

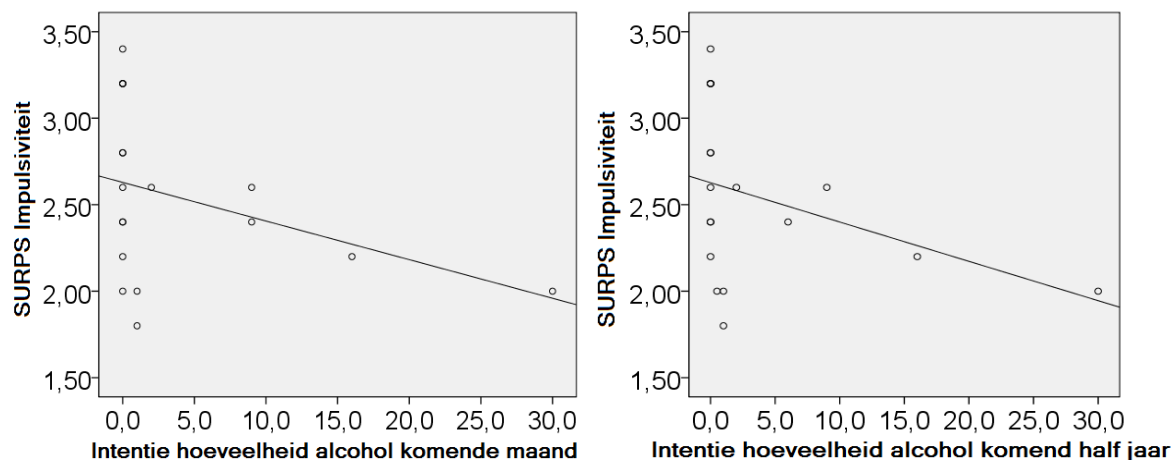
Mann-Whitney- en Kruskal-Wallis-Test						
	Z- waarde	Significantie	Groepen Intentie	N	Mean Ranks	Sum of Ranks
			Alcoholgebruik komende maand			
SURPS Impulsiviteit	-2,03	0,04	Ja, zeker	6	5,67	34,00
			Nee, zeker niet	11	10,82	119,00
			Totaal	17*		
	Chi- square	Significantie	Groepen Intentie	N	Mean Ranks	
			Alcoholgebruik komend half jaar			
SURPS Impulsiviteit	7,57	0,02	Ja, zeker	4	6,25	
			Misschien	4	5,13	
			Nee, zeker niet	10	12,55	
			Totaal	18		
*Maar een proefpersoon heeft geantwoord met “misschien wel, misschien niet”, daarom zijn alleen de antwoorden “Ja, zeker” en “Nee, zeker niet” gebruikt in de test. Daarom is hier N = 17.						

Het significantieniveau is 0,10.

Er is te zien dat er een verschil lijkt te bestaan tussen de *Impulsiviteitscores* van mensen die wel van plan zijn in de komende maand te drinken en zij die deze intentie niet hebben. De *mean rank* voor de proefpersonen die wel van plan zijn te gaan drinken is 5,67 en bij zij die zeker geen alcohol willen drinken 10,86. Hetzelfde patroon is te zien bij de intenties voor het komend half jaar. Ook hier lijkt er een verschil te zijn tussen “ja” en “nee”. Voor de subgroep “Ja, zeker” is de *mean rank* voor *Impulsiviteit* bij 6,25; voor de subgroep “misschien wel, misschien niet” is de mean rank 5,13 en de antwoordmogelijkheid “nee, zeker niet” scoort het hoogst met 12,55. Het lijkt alsof de proefpersonen die niet van plan zijn in de komende maand of in het komend half jaar alcohol te consumeren impulsiever zijn dan zij die dat wel van plan zijn of er nog niet zeker van zijn.

De correlaties tussen *Impulsiviteit* en de *geplande hoeveelheid alcohol in de komende maand* en *in het komend half jaar* is significant negatief. Deze correlaties is gevisualiseerd in grafiek 6.

Grafiek 6 SURPS-Impulsiviteit met intentie te consumeren alcohol in de komende maand en het komend half jaar



De twee scatterplots afgebeeld in grafiek 4 laten zien dat de scores op de SURPS-subschaal impulsiviteit lager worden wanneer de hoeveelheid te consumeren alcohol stijgt. Het patroon vertoont zich zowel bij de geplande hoeveelheid alcohol in de komende maand alsook in het komend half jaar. De scatterplots weerspiegelen de negatieve correlatie tussen de variabelen en sluiten aan bij de bevindingen uit de boven beschreven *Mann-Whitney*- en *Kruskal-Wallis*-toetsen. Lagere impulsiviteitscores werden gevonden bij mensen die wel alcohol hebben geconsumeerd in de afgelopen maand en twee dagen en die zeker van plan zijn om in de komende maand en het komend half jaar alcohol te gaan drinken. Aansluitend aan deze resultaten laten de grafieken zien dat naar mate de geplande alcoholconsumptie stijgt de *Impulsiviteitscores* dalen.

Te benadrukken is dat er geen significante correlaties tussen de *SURPS*-subschaal *Impulsiviteit* met de sigarettenconsumptie en de intentie daartoe aangetoond konden worden. Het lijkt erop dat het roken van sigaretten en de intentie om te roken samenhangt met de *Angstgevoeligheid* van een persoon en de alcoholconsumptie en de intentie daartoe met de *Impulsiviteit* van een persoon

3.3.4 SDZ-scores met achtergrondvariabelen uit de SumID-CR

In deze paragraaf wordt onderzoeksvraag 5 behandeld. Er wordt onderzocht of er een samenhang bestaat tussen de *SDZ*-scores en de achtergrondvariabelen uit de SumID-CR. In tabel 23 zijn de significante correlaties van deze variabelen met de *SDZ* scores aangegeven.

Tabel 19 Significante items uit correlatieanalyse achtergrondvariabelen en SDZ, niet-parametrisch

Spearman's rangcorrelatieanalyse van de SDZ scores met achtergrondvariabelen uit de SumID-CR		
	<i>SDZ totaalscore</i>	<i>SDZ scores > en < 30</i>
Relatie tot de proefpersoon	Correlation Coefficient	
	Sig. (1-tailed)	0,50*
	N (18)	0,01
Huishoudsamenstelling proefpersoon	Correlation Coefficient	
	Sig. (1-tailed)	-0,40*
	N (18)	0,04
Gebruikt de proefpersoon op het moment ADHD-medicatie?	Correlation Coefficient	
	Sig. (1-tailed)	-0,54**
	N (18)	0,00
Woonsituatie proefpersoon	Correlation Coefficient	
	Sig. (1-tailed)	-0,41*
	N (18)	0,04
Culturele achtergrond proefpersoon	Correlation Coefficient	
	Sig. (1-tailed)	-0,54*
	N (18)	0,01

* De correlatie is significant met significantieniveau $\alpha = 0,05$ (1-tailed).

** De correlatie is significant met significantieniveau $\alpha = 0,01$ (1-tailed).

Opvallend is dat er geen significante correlatie bestaat tussen de *SDZ-totaalscores* met het eventuele gebruik van antidepressiva maar dat er wel een positieve significante correlatie met het gebruik van ADHD-medicatie bestaat. Een Kruskal-Wallis toets laat tevens zien dat er een significant verschil is in *SDZ totaalscore* tussen de groepen die wel of geen ADHD medicatie gebruiken. In tabel 20 zijn de *Kruskal-Wallis*-toets aangeven.

Tabel 20 SDZ-totaalscore, ADHD-medicatie

Kruskal-Wallis-Test met de grouping variabele ADHD-medicatie					
	<i>Chi-square</i>	<i>Significantie</i>	<i>Groepen</i>	<i>N</i>	<i>Mean Ranks</i>
SDZ-totaalscore	6,06	0,04	Ja	4	6,50
			Nee	4	5,63
			Niet bekend	10	12,25
			Totaal	18	

Het significantieniveau is 0,10.

Bekijkt men echter de gemiddelde scores van de groepen wordt duidelijk dat de *mean rank* van de groep proefpersonen waarvan niet bekend is of ze ADHD-medicatie gebruiken het hoogst is. Er kan daarom geen eenduidig verband aangetoond worden tussen de *SDZ-totaalscore* en of de proefpersonen ADHD-medicatie gebruiken.

De correlatie tussen de *SDZ-totaalscore* en de *relatie van de begeleider tot de proefpersoon* is significant. Ook de *huishoudsamenstelling van de proefpersoon* correleert significant met de *SDZ-totaalscore*. Met behulp van *Mann-Whitney* en *Kruskal-Wallis* toetsen is getracht significante verschillen in *SDZ-totaalscore* te vinden tussen de verschillende antwoordmogelijkheden. In tabel 21 zijn de uitkomsten van deze toetsen weergegeven.

Tabel 21 SDZ-totaalscore, relatie tot proefpersoon, huishoudsamenstelling

Mann-Whitney- en Kruskal-Wallis-Test						
	<i>Z-waarde</i>	<i>Significantie</i>	<i>Groepen Relatie tot proefpersoon</i>	<i>N</i>	<i>Mean Ranks</i>	<i>Sum of Ranks</i>
SDZ-totaalscore	-2,06	0,04	Woonbegeleider	12	7,67	92,00
			Werkbegeleider	6	13,17	79,00
			Totaal	18		
	<i>Chi-square</i>	<i>Significantie</i>	<i>Groepen Huishoud-samenstelling proefpersoon</i>	<i>N</i>	<i>Mean Ranks</i>	
SDZ-totaalscore	1,09	0,24	Alleen wonend			
			Met partner en kind(eren)	3	13,17	
			Met ander(e)	2	12,50	
			perso(n)en(en)	13	8,19	
			Totaal	18		

Het significantieniveau is 0,10.

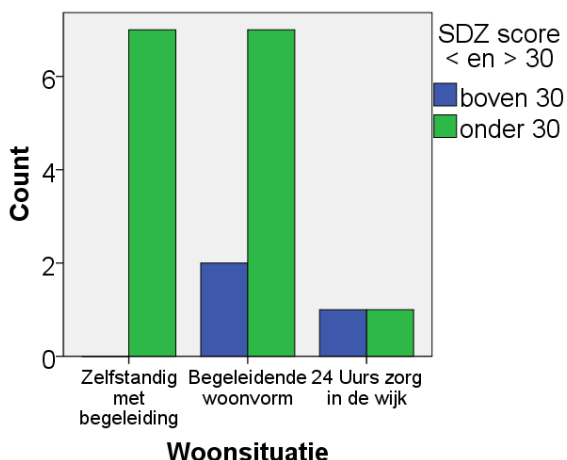
Er wordt duidelijk dat er een significant verschil bestaat tussen de *SDZ-totaalscores* van proefpersonen die verschillende relaties met hun begeleiders hebben. Hebben woonbegeleiders de *SDZ*

ingevuld dan ligt de *mean rank* van de totaalscore met 7,67 lager dan wanneer die door werkbegeleiders is ingevuld, waar de *mean rank* 13,17 is. De hoogte van de *SDZ-totaalscore* lijkt dus afhankelijk te zijn van de relatie van de begeleider tot de proefpersoon.

Bij nader onderzoek lijkt de huishoudsamenstelling van de proefpersoon geen effect te hebben op de *SDZ-totaalscores*. De *mean rank* totaalscores van de drie subgroepen verschillen met 13,17 voor “alleen wonend”, 12,50 voor “met partner en kinderen” en met 8,19 voor “met andere personen” niet significant van elkaar. Of de proefpersoon alleen is of met andere mensen samenwoont of zelfs met eigen familie woont lijkt dus niet van invloed te zijn op de totaalscore van de *SDZ*.

De woonsituatie van de proefpersoon correleert significant negatief met de *SDZ-score lager of hoger dan 30*. In grafiek 7 wordt deze samenhang gevisualiseerd. Echter gezien het aantal proefpersonen is het moeilijk op basis van deze resultaten een conclusie te trekken over hoe *SDZ-totaalscore* en de woonsituatie van de proefpersoon samen zouden kunnen hangen.

Grafiek 7 Samenhang woonsituatie en *SDZ-score lager of hoger dan 30*



Er bestaat een significante negatieve correlatie tussen de *SDZ-scores lager of hoger dan 30* en de *culturele achtergrond van de proefpersoon*. Echter zijn er ook hier geen conclusies aan te verbinden omdat de groep niet evenwichtig verdeeld is. Van de 18 ondervraagde personen is maar 1 persoon niet van Nederlandse afkomst.

3.3.5 SDZ-kernitems

In deze paragraaf worden analyses uitgevoerd om verbanden te onderzoeken van specifieke items uit de *SDZ* met de *SURPS* subschalen, gebruik en intentie, en de achtergrondvariabelen. In paragraaf 3.3.1 staat beschreven dat er geen significante correlaties gevonden zijn tussen de *SDZ-totaalscore* en de *SURPS* subschalen, daarom zijn deze natuurlijk extra interessant. In tabel 28 zijn de resultaten van

Spearman's rangcorrelatieanalyse van de in paragraaf 2.2.1 gekozen SDZ-items (zie tabel 5) met de vier persoonlijkheidsschalen van de *SURPS*, het gebruik, de intentie en de achtergrondvariabelen weergegeven.

Tabel 22 Significante items uit correlatieanalyse van 10 SDZ-items

Spearman's rangcorrelatieanalyse met een aantal SDZ-items (N = 18 tenzij anders aangeven)									
		<i>item 1</i>	<i>item 2</i>	<i>item 7</i>	<i>item 8</i>	<i>item 9</i>	<i>item 10</i>	<i>item 13</i>	<i>item 14</i>
<i>SURPS Angstgevoeligheid</i>	Cor. Coefficient							-0,46*	
	Sig. (1-tailed)							0,02	
<i>SURPS Sensation Seeking</i>	Cor. Coefficient						-0,44*		
	Sig. (1-tailed)						0,03		
<i>Rookstatus</i>	Cor. Coefficient	0,49*							
	Sig. (1-tailed)	0,01							
<i>Hoeveelheden geconsumeerd alcohol</i>	Cor. Coefficient	-0,44*							
	Sig. (1-tailed)	0,03							
<i>Intentie in het komende half jaar te roken</i>	Cor. Coefficient	-0,43*							
	Sig. (1-tailed)	0,03							
<i>Intentie hoeveelheid sigaretten komende half jaar</i>	Cor. Coefficient	-0,44*							
	Sig. (1-tailed)	0,04							
<i>Relatie tot de proefpersoon</i>	Cor. Coefficient	0,50**					-0,49*	0,46*	0,54**
	Sig. (1-tailed)	0,00					0,01	0,02	0,01
<i>Leeftijd proefpersoon</i>	Cor. Coefficient						-0,41*	0,50*	
	Sig. (1-tailed)						0,04	0,01	
<i>Huishoudsamenstelling proefpersoon</i>	Cor. Coefficient			-0,49*					
	Sig. (1-tailed)			0,02					
<i>Gebruikt de proefpersoon op het moment ADHD-medicatie?</i>	Cor. Coefficient				-0,52*			-0,56*	
	Sig. (1-tailed)				0,02			0,01	
<i>Dagbesteding proefpersoon</i>	Cor. Coefficient		0,56*						
	Sig. (1-tailed)		0,02						
	N = 15								
<i>Culturele Achtergrond proefpersoon</i>	Cor. Coefficient					0,45*			
	Sig. (1-tailed)					0,02			

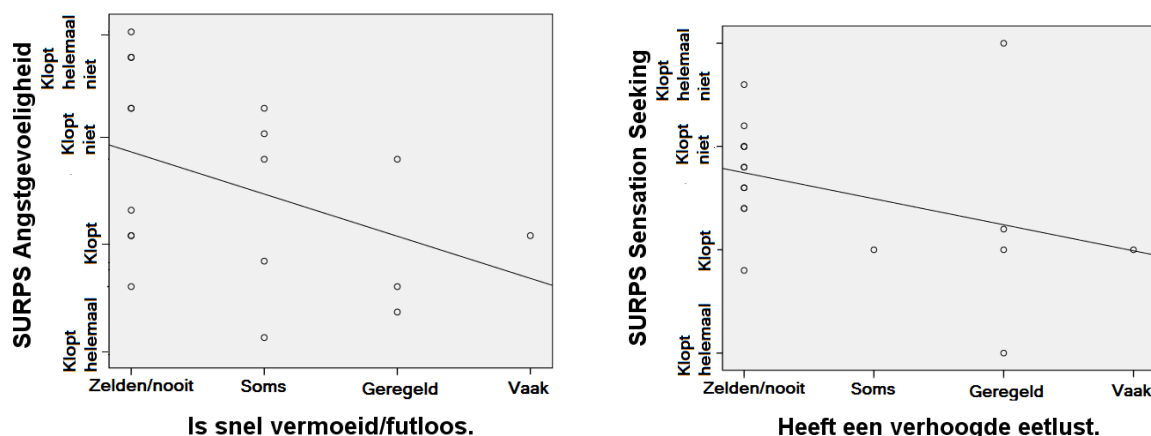
* De correlatie is significant met significantieniveau $\alpha = 0,05$ (1-tailed).

** De correlatie is significant met significantieniveau $\alpha = 0,01$ (1-tailed).

De variabelen “*Rookstatus*”, “*Hoeveelheden geconsumeerd alcohol*”, “*Relatie tot de proefpersoon*” en “*Huishoudsamenstelling proefpersoon*” correleren net als de *SDZ*-totaalscores significant met een of meerdere items van de *SDZ*. Deze correlaties worden niet verder onderzocht omdat er in deze paragraaf vooral gezocht wordt naar niet eerder gevonden correlaties.

Er bestaat een significante negatieve correlatie tussen *SDZ*-item 13 en de *SURPS*-subschaal *Angstgevoeligheid* en tussen het *SDZ*-item 10 met de *SURPS*-subschaal *Sensation Seeking*. Dit is interessant omdat er tussen de vier subschalen van de persoonlijkheidsvragenlijst en de totale *SDZ*-scores geen significante correlaties bestaan. *Angstgevoeligheid* correleert significant met “*Is snel vermoeid of futloos*” en *Sensation Seeking* correleert significant met “*Heeft een verhoogde eetlust*”. In grafiek 8 worden de gevonden verbanden gevisualiseerd.

Grafiek 8 SDZ-items met de *SURPS*-subschalen *Angstgevoeligheid* en *Sensation Seeking*

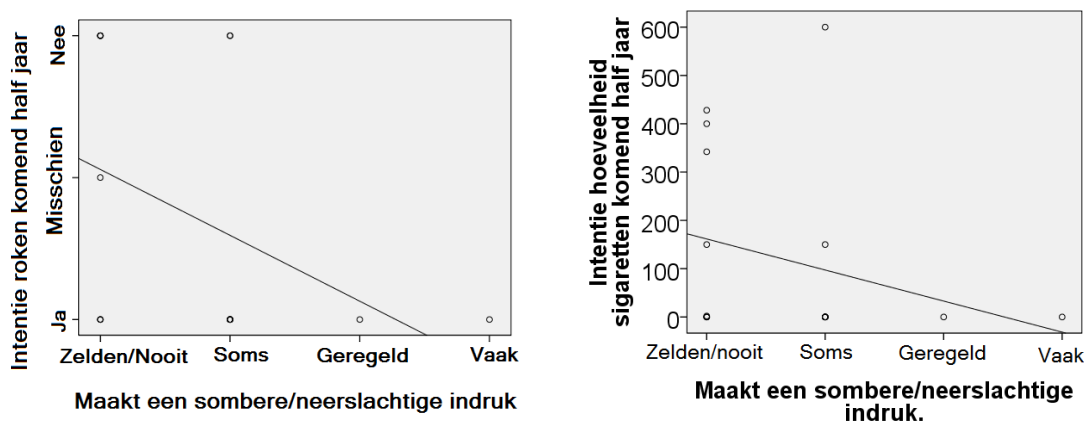


Het wordt duidelijk dat hoe hoger de scores op het item “*Is snel vermoeid/futloos*” worden hoe lager de scores op de *SURPS*-subschaal *Angstgevoeligheid*. Hetzelfde patroon vertoont zich bij het item “*Heeft een verhoogde eetlust*”. Des te hoger de proefpersonen op het item scoren des te lager zijn de scores op de subschaal *Sensation Seeking*. Het lijkt dus alsof angstgevoeligere mensen minder snel vermoeid of futloos zijn dan proefpersonen die aangaven minder angstgevoelig te zijn. Ook lijken proefpersonen die hoog scoren op de *SURPS*-subschaal *Sensation Seeking* minder vaak last te hebben van een verhoogde eetlust. Het is opmerkelijk dat hoe hoger de scores op de twee depressiesymptomen zijn hoe lager zijn de scores op de twee persoonlijkheidsschalen.

De intentie om in het komende half jaar te gaan roken en de hoeveelheid die de proefpersoon van plan is om in het komende half jaar te roken correleren significant met item 1 van de *SDZ*. Item 1 is “*Maakt een sombere/neerslachtige indruk*”. Scatterplots van de gevonden correlaties zijn te vinden in grafiek 9. Op basis van de eerste scatterplot in grafiek 9 lijkt er een zwak verband te bestaan tussen

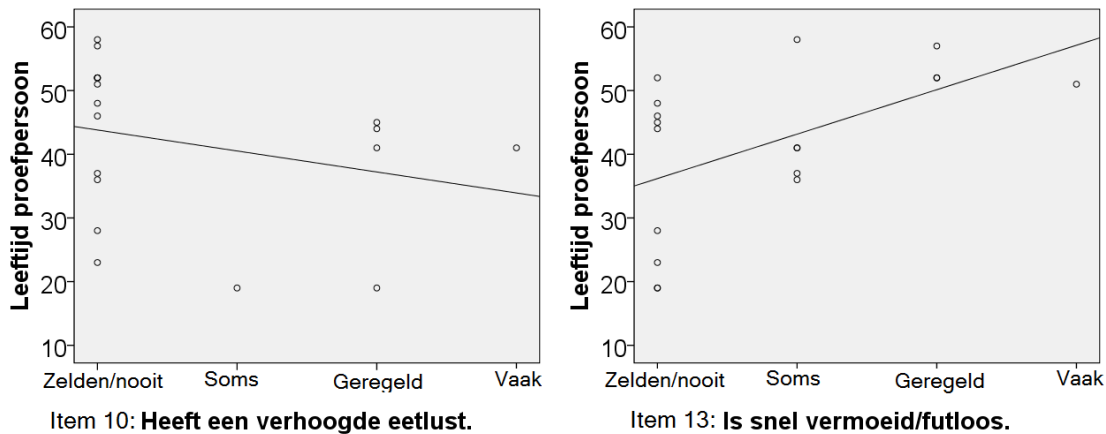
scores op item 1 van de *SDZ* en de intentie om in het komend half jaar niet te roken. Niet-rokers lijken daarmee neerslachtiger te zijn dan rokers. Bekijkt men het tweede scatterplot in grafiek 9 dan wordt het zojuist gevonden verband onderbouwd door de variabele behorend bij de geplande hoeveelheid sigaretten in het komend half jaar. De proefpersonen die lagere scores hebben op item 1 van de *SDZ* zijn van plan om meer en überhaupt te roken in het komend half jaar. Ook hier lijkt het aannemelijk dat de rokende proefpersonen een minder sombere en neerslachtige indruk maken op de begeleiders dan de niet-rokers.

Grafiek 9 Correlaties *SDZ*-item 1 en intentie en hoeveelheid roken in het komend half jaar



Item 10 en 13 correleren significant met de leeftijd van de proefpersoon. Of oudere of juist jongere mensen sneller vermoeid of futloos zijn of een verhoogde eetlust hebben wordt duidelijk gemaakt in grafiek 10. Item 10 van de *SDZ* betreft het symptoom van verhoogde eetlust bij mensen met een depressie, dit item lijkt een lichte samenhang te hebben met de leeftijd van de proefpersonen. Het lijkt erop dat oudere proefpersonen minder vaak een verhoogde eetlust hebben dan jongere proefpersonen. Ook lijken de oudere proefpersonen volgens hun begeleiders vaker vermoeid of futloos te zijn dan de jongeren. Echter is dit niet verrassend aangezien algemeen bekend is dat ouderen sneller moe en futloos zijn dan jongeren.

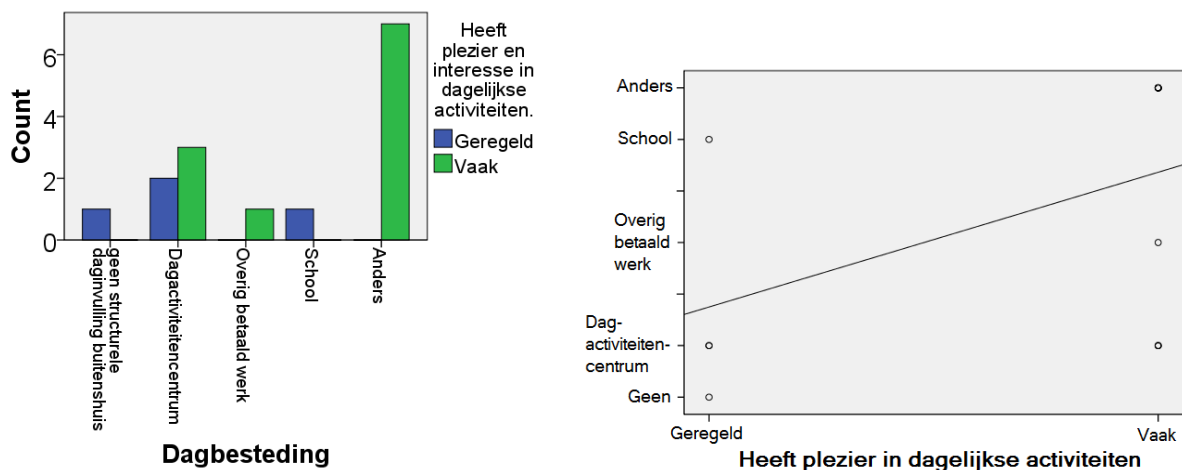
Grafiek 10 Correlaties van leeftijd proefpersonen met item 10 en 13



De dagbesteding van de proefpersonen correleert significant positief met item 2 van de *SDZ*: “Heeft plezier en interesse in dagelijkse activiteiten”. Item 2 is het enige positief geformuleerde item van de *SDZ*, het lijkt erop dat de dagbesteding van invloed is op de plezierbelevens van de proefpersoon in zijn alledaagse leven. Grafiek 11 visualiseert het in de correlatie aangetoonde verband.

De antwoordmogelijkheden voor item 2 van de *SDZ* waren: “Zelden/nooit”, “Soms”, “Geregeld” en “Vaak”. Echter de enige antwoorden die gekozen waren zijn “Geregeld” en “Vaak”. Daarnaast is er per soort dagbesteding geen opmerkelijk verschil in de hoeveelheid antwoorden “Geregeld” of “Vaak”. De uitzondering hierop is de optie “Anders”, dus een dagbesteding die niet in het rijtje voorkwam. Het is niet precies aan te geven welke soort dagbesteding verantwoordelijk is voor hoge of lage scores op het item “Heeft plezier in dagelijkse activiteiten”, enerzijds omdat eigenlijk alle gegeven scores hoog zijn (“Geregeld” of “Vaak”), en anderzijds omdat een groot deel van de proefpersonen een dagbesteding heeft die niet in het rijtje voorkwam.

Grafiek 11 De dagbesteding van de proefpersonen en SDZ-item 2



Net zoals bij de correlatieanalyse met de totaalscores van de *SDZ* correleert item 9 van de *SDZ* met de variabele *culturele achtergrond van de proefpersoon*. Uit eerder genoemde redenen zijn er aan dit resultaat geen conclusies te verbinden omdat de groep niet evenwichtig verdeeld is.

3.4 Cannabis- en cocaïnegebruik

Zoals eerder genoemd is de informatie over cannabis- en cocaïnegebruik bij de proefpersonen schaars. In tabel 33 is de informatie over het gebruik van de personen weergegeven. Van de 18 personen hebben maar 6 personen ooit cannabis gebruikt en van deze 6 hebben er maar twee gezegd dit vaker dan een keer te hebben gedaan. De gemiddelde leeftijd van het eerste gebruik was 27 met een standaarddeviatie van 13. De jongste proefpersoon was bij zijn eerste cannabisgebruik 15 en de oudste 50. Dit is een erg brede spreiding bij maar 6 mensen in het geheel. In de groep van 6 mensen zijn 2 vrouwelijk en 4 mannelijk. Geen van de zes mensen heeft aangegeven in de afgelopen twee weken of dagen spacecake of joints geconsumeerd te hebben en niemand is van plan dit in de komende maand of in het komende half jaar te doen.

Twee van de ondervraagde personen heeft ooit cocaïne gebruikt en beide hebben dit ook vaker gedaan. De ene persoon was bij het eerste gebruik 19 jaar en de andere 26 jaar. In de afgelopen twee weken heeft maar een van de twee volgens eigen vermelding cocaïne geconsumeerd. Dezelfde persoon geeft echter aan in de komende maand en het komend half jaar niet van plan te zijn om weer te gebruiken. Persoon nummer twee geeft echter aan in het komend half jaar weer één keer cocaïne te willen gebruiken. Ook zeggen de twee cocaïnegebruikers maar een keer cannabis geconsumeerd. Er bestaat bij deze twee personen geen eenduidig gebruikspatroon en de twee middelen worden niet tegelijkertijd geconsumeerd.

Wat betreft cannabis en cocaïnegebruik kan er dus geen samenhang aangetoond worden tussen de *SDZ*-scores, de intenties, het gebruik en de persoonlijkheidsscores of met een aantal achtergrondvariabelen, bijvoorbeeld geslacht.

Tabel 23 Informatie over cannabis- en cocaïnegebruikers

<i>Aantal proefpersonen</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Cocaïne</i>
Ooit het middel geconsumeerd	6	2
Vaker dan 1 keer	4	2
Consumptie in de afgelopen 2 dagen	0	0
Consumptie in de afgelopen 2 weken	0	1
Intentie tot gebruik in de komende maand	0	0
Intentie tot gebruik in het komend half jaar	0	1
<i>Leeftijd eerste gebruik</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Cocaïne</i>
Gemiddelde leeftijd	27 (SD 13)	
Jongste leeftijd	15	19
Oudste leeftijd	50	26
<i>Geslacht</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Cocaïne</i>
Aantal vrouwen	4	1
Aantal mannen	2	1

4. Conclusies en discussie

In het vorige hoofdstuk werden een aantal analyses uitgevoerd met als doel de verschillende onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Het was mogelijk om op alle onderzoeksvragen behalve 4a en 4b antwoorden te geven. Uit de gevonden resultaten worden hieronder samenvattend per onderzoeksvraag conclusies getrokken. Echter zijn aan de gevonden uitkomsten discussiepunten te verbinden en aanbevelingen voor verder onderzoek te geven. Vanwege het lage aantal proefpersonen en het feit dat er in de studie niet-parametrische toetsen werden gebruikt is het belangrijk een aantal discussiepunten bij het lezen van de conclusies voor ogen te hebben. Daarom worden in de eerste twee paragrafen de discussiepunten “Het aantal proefpersonen” en “Normaliteit” eerst besproken. Verdere discussie- en verbeteringspunten en ideeën voor verder onderzoek worden na de conclusies besproken.

4.1 Het aantal proefpersonen

In deze studie werden in totaal vier verschillende vragenlijsten over en door de proefpersonen beantwoord. Echter waren er uiteindelijk maar 18 volledige datasets. Dit is gezien het aantal items erg weinig. Field (2009) beweert dat een onderzoeker volgens een algemeen geldende regel 10 tot 15 proefpersonen per variabele moet hebben. Met de variabelen depressie, persoonlijkheid, middelengebruik, intentie tot gebruik en de achtergrondvariabelen waren er in dit onderzoek minstens 50 proefpersonen nodig geweest om aan deze regel te voldoen. Aangezien er vanaf het begin van de studie al vaststond dat deze steekproefgrootte in de geplande tijd van het bacheloronderzoek niet haalbaar was werd er gericht op een steekproefgrootte van 30. Met iets meer dan de helft van deze 30 blijft de steekproefgrootte ver beneden de verwachting en de optimale steekproefgrootte volgens Field.

De dataverzameling duurde langer dan gepland, wat er mede toe heeft bijgedragen dat het onderzoek met deze kleine hoeveelheid proefpersonen moest worden uitgevoerd. Het bleek moeilijk te zijn om zelfs maar 18 proefpersonen te kunnen ondervragen. Om niet alleen een steekproefgrootte van 13 te hebben werden 5 datasets uit een eerder uitgevoerd onderzoek gebruikt. Van 5 proefpersonen zijn de antwoorden van de *SURPS*, de *SumID-Q* en de *SumID-CR* gebruikt die ongeveer $\frac{3}{4}$ jaar eerder werden gegeven dan de antwoorden van alle anderen proefpersonen. De antwoorden op de intentievragen van deze 5 waren overigens wel recent. In de vergelijking tussen intentie en gebruik ontstond er bij deze groep van 5 mensen echter geen ander beeld dan bij de overige 13.

Er blijft dus enige voorzichtigheid geboden bij het concluderen op basis van de resultaten, de verkregen conclusies moeten kritisch bekeken worden. Immers bestaat er een kans dat er andere resultaten zouden zijn verkregen met meer proefpersonen, want dit had een grotere spreiding tussen de

groepen betekend. Zo zou bijvoorbeeld de uitkomst, dat alle proefpersonen met een *SDZ*-totaalscore boven het afkappunt 30 niet-rokers zijn, hoogstwaarschijnlijk veranderen.

4.2 Normaliteit

In het onderzoek werden niet-parametrische toetsen toegepast omdat vastgesteld werd dat er een grote kans bestond dat twee belangrijke scores niet normaal verdeeld waren, namelijk de scores op de *SURPS*-subschaal *Hopeloosheid* en de *SDZ*-totaalscores. Over het algemeen is het wenselijk om parametrische toetsen te gebruiken omdat bij deze toetsen een normaalverdeling verondersteld wordt en er dus meer informatie over de populatie beschikbaar is. Daarom kunnen bij normaal verdeelde data krachtigere toetsen worden uitgevoerd dan bij data met een niet-parametrische verdeling. Het was mogelijk geweest om de scores van de niet-normaal verdeelde schalen aan te passen om een normale verdeling te verkrijgen. Bijvoorbeeld was het mogelijk extreme uitschieters uit de analyse te halen. Echter zou dit ook resulteren in een nog kleinere steekproefgrootte.

4.3 De conclusies getrokken uit de onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag 1: Bestaat er een samenhang tussen de intentie van een proefpersoon om middelen te gebruiken en het daadwerkelijk middelengebruik?

Het antwoord op onderzoeksvraag 1 is ja, er bestaat een samenhang tussen gebruik van middelen en intentie daartoe. Uit de analyses kwam naar voren dat er een samenhang is tussen het gebruik van sigaretten en alcohol en de intentie tot gebruik van deze middelen. Proefpersonen die op het moment van het onderzoek rookten of alcohol consumeerden waren van plan dit ook in de toekomst te blijven doen. Hetzelfde geldt voor de gebruikte hoeveelheden en de geïntendeerde hoeveelheden. Er waren bij zowel rokers als alcoholdrinkers over het algemeen geen proefpersonen die van plan waren om in de komende maand of in het komend half jaar meer of minder te consumeren. Hierbij valt op te merken dat er in de vragenlijst gevraagd werd naar de geplande hoeveelheden wanneer de proefpersonen “ja” of “misschien” antwoordden. Er werd niet gedifferentieerd tussen de aangegeven hoeveelheden van proefpersonen die “ja, zeker” antwoordden en de hoeveelheden die de personen aangaven die “misschien” hebben geantwoord. Er zou een detaillierter beeld ontstaan als dit verschil wel in de analyse mee werd betrokken en daarom is dit een voorstel voor verder onderzoek.

Het lijkt dus alsof de veronderstelde samenhang uit de *Theory of Planned Behaviour* klopt, echter zou verder getoetst moeten worden of de intentie wel tot het geplande gedrag over een maand of een half jaar heeft geleid. Het is opmerkelijk hoe sterk het gevonden verband tussen de intentie en het gebruik van middelen is. Het is algemeen bekend dat roken schadelijk is voor de gezondheid maar rokers

hebben niet het sociaal wenselijke antwoord gegeven om te gaan stoppen met roken. Ook de hoeveelheden alcohol die de proefpersonen van plan waren om te drinken waren niet meer of minder dan de hoeveelheden die ze op het moment van onderzoek dronken. Dit kan ermee te maken hebben dat mensen met een verstandelijke beperking vaak veel behoefte hebben aan vaste dagindelingen en vaste structuren in het algemeen (Hermsen et al, 2001). De proefpersonen willen aan hun structuur vasthouden en zijn daarom, ook wat hun rook- en drinkgewoontes betreft, niet van plan om in de toekomst zaken te veranderen.

Onderzoeksvraag 2: Bestaat er een samenhang tussen de scores op een depressiviteitstoets, het middelengebruik en de intentie daartoe van de proefpersonen.

Het antwoord op onderzoeksvraag 2 is dat er een samenhang lijkt te bestaan tussen de scores op een depressiviteitstoets en het middelengebruik en de intentie daartoe. Er werd een samenhang gevonden tussen de categorische variabele van de *SDZ*-totaalscores en het feit of de proefpersonen roker zijn of niet. Rokers hebben lagere *SDZ*-totaalscores en daarnaast zijn ze van plan ook te blijven roken. Hier is op te merken dat er maar 3 van de 18 proefpersonen überhaupt een *SDZ*-totaalscore boven de 30 hebben en alle 3 roken niet. Het feit dat er maar 3 personen een score boven de 30 hebben maakt de generaliseerbaarheid van een uitspraak over dit resultaat klein.

Er werd geen verband gevonden tussen de categorische variabele van de *SDZ*-totaalscores met de op het moment van onderzoek geconsumeerde hoeveelheid sigaretten, maar wel met de geplande hoeveelheid voor de komende tijd. Dit is wellicht toe te schrijven aan het feit dat er een significantieniveau van 0,10 is gehanteerd. Het verband tussen *SDZ*-totaalscore en de geplande hoeveelheid geconsumeerde sigaretten is bij een gekozen significantieniveau van 0,05 namelijk niet meer significant.

De continue variabele van de *SDZ*-totaalscores hangt samen met de hoeveelheid geconsumeerde alcohol van de proefpersonen. Hoe hoger de totaalscores, hoe minder alcohol wordt geconsumeerd.

Ondanks dat de generaliseerbaarheid van de resultaten niet groot is blijft het een opmerkelijk resultaat. Proefpersonen die meer alcohol dronken en/of meer rookten zijn minder depressief. Het zou kunnen dat roken en alcohol drinken als een coping-mechanisme functioneren die beschermen voor een depressie. Het is bekend dat alcohol vaak gedronken wordt om stress tegen te gaan. Nicotine, vooral in hogere doseringen, werkt rustgevend en omdat rokers vooral in stressvolle situaties roken (Chavannes et al, 2007) is het mogelijk dat vooral dit rustgevende karakter van nicotine de proefpersonen met lage *SDZ*-scores beschermt tegen depressie. Echter is het wenselijk deze verklarende bewering door

onderzoek te bevestigen en dit niet alleen bij mensen met een normaal begaafdheidsniveau maar ook bij personen met een verstandelijke beperking.

Onderzoeksvraag 3a: Bestaat er een samenhang tussen de scores van een depressiviteitstoets en de resultaten van een SURPS?

Er werd geen samenhang tussen de vier SURPS-subschalen *Hopeloosheid*, *Angstgevoeligheid*, *Impulsiviteit* en *Sensation Seeking* met de SDZ-totaalscores gevonden. Dit geldt voor zowel de SDZ-totaalscores als continue variabele alsook als categorische variabele. Bij de analyse van de vier schalen van de persoonlijkheidsvragenlijst met de geselecteerde items van de SDZ kon er een samenhang tussen de scores op twee kernitems en twee SURPS-subschalen aangetoond worden. Er werd vastgesteld dat hoe lager de scores op de schaal *Angstgevoeligheid*, hoe hoger de scores op het item “Is vaak vermoeid/futloos” en hoe lager de scores op de schaal *Sensation Seeking*, hoe hoger de scores op het item “Heeft een verhoogde eetlust”. Het lijkt dus alsof mensen die hoger scoren op deze SDZ-items en daarmee grotere kansen hebben op een depressie minder angstgevoelig zijn en minder sensatie zoeken dan proefpersonen die lager op deze twee SDZ-items scoren.

Het antwoord op onderzoeksvraag 3a is dus niet eenduidig. Aan de ene kant antwoord is nee, er lijkt geen samenhang te bestaan tussen de scores van een depressiviteitstoets en de resultaten van een persoonlijkheidsvragenlijst als men de SDZ-totaalscores van alle items samen beschouwd. Echter is het antwoord ja wanneer men een aantal items van de SDZ beschouwd die kernsymptomen van het hebben van depressie weerspiegelen. Het is dus mogelijk dat personen uit deze doelgroep maar van een bepaald aantal symptomen last hebben, zodat de totaalscore van de SDZ een te breed spectrum van symptomen ondervraagt en daarom alleen bij een detailbeschouwing een samenhang tussen persoonlijkheid en depressiviteit kan worden vastgesteld. Of deze bewering klopt moet met behulp van verder onderzoek aangetoond worden.

Onderzoeksvraag 3b: In hoeverre kunnen de scores op de SURPS de intentie tot middelengebruik en de daadwerkelijke gebruik van middelen voorspellen?

Het antwoord op onderzoeksvraag 3b is dat het lijkt alsof alleen de scores op de SURPS-subschaal *Angstgevoeligheid* de alcoholconsumptie en alleen de scores op de subschaal *Impulsiviteit* het roken van sigaretten kunnen voorspellen. Er kon geen significant verband aangetoond worden tussen de twee SURPS-subschalen *Hopeloosheid* en *Sensation Seeking* met het gebruik van sigaretten of alcohol of de intentie daartoe. Echter lijkt er een samenhang te bestaan tussen roken en de subschaal

Angstgevoeligheid en tussen alcoholconsumptie en de subschaal *Impulsiviteit*. Deze gevonden resultaten betreffende de samenhang tussen verhoogde scores op *Impulsiviteit* bij alcoholdrinkers zijn in overeenkomst met gevonden resultaten van Woicik et al. (2009). Deze auteurs vonden onder andere een samenhang tussen verhoogde scores op de subschaal *Impulsiviteit* en motieven om alcohol te drinken, de frequentie van alcoholgebruik en de hoeveelheid geconsumeerd alcohol.

Beschouwt men de resultaten die naar voren kwamen uit onderzoeksvraag 3a en 3b dan valt op dat de resultaten een bijzonderheid hebben: hoe hoger de scores op de schaal *Impulsiviteit* hoe meer alcohol wordt geconsumeerd maar hoe meer alcohol geconsumeerd wordt, hoe lager zijn de scores van het *SDZ*-item “*Is vaak vermoeid/futloos*”. Samengevat betekent dit dat de impulsievere gebruikers minder depressief zijn. Dit is niet in overeenstemming met het onderzoeksmodel, want er wordt verondersteld dat de persoonlijkheid niet alleen het drankgebruik maar ook de depressiviteit van een persoon bepaald. Volgens het model klopt het dat impulsievere mensen meer gebruiken, maar van deze impulsievere meergebruikers wordt ook verwacht dat ze hogere depressiviteitscores hebben. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de *SURPS* geen geschikt instrument is om persoonlijkheidstrekken met depressiviteit in verband te brengen. De *SURPS* is immers een vragenlijst gebaseerd op persoonlijkheidsdimensies waarvan bekend is dat ze gerelateerd zijn aan alcohol- en drugsgebruik. Om toch een verband tussen depressiviteit en persoonlijkheid bij mensen met een verstandelijke beperking aan te tonen zou er verder onderzoek met een andere persoonlijkheidsschaal moeten plaatsvinden.

Dat de schaal niet geschikt is om depressie en persoonlijkheid aan elkaar te relateren wordt ook door een resultaat voortkomend uit onderzoeksvraag 2 bevestigd. Proefpersonen die meer drinken hebben lagere *SDZ*-scores dan proefpersonen die minder drinken maar deze mensen uit de eerstgenoemde groep zijn toch angstgevoeliger. *Angstgevoeligheid* is echter wel een onderdeel van depressiviteit (zie paragraaf 1.2, tabel 1) en daarom staan deze resultaten in strijd met elkaar. Volgens Hermesen et al. (2001) wordt depressie bij de doelgroep net zo gedefinieerd als bij mensen met een normaal begaafdheidsniveau en daarom is het inderdaad mogelijk dat de *SURPS* niet geschikt is om bij deze doelgroep persoonlijkheidstrekken van middelengebruik te relateren aan het hebben of niet hebben van een depressie.

Onderzoeksvraag 5: Bestaat er een samenhang tussen achtergrondvariabelen met de scores van een depressiviteitstoets?

Het was in deze studie niet aan te tonen dat er een significant verband bestaat tussen de *SDZ*-totaalscores en het antidepressivagebruik van de proefpersonen op het moment van onderzoek. Verder

kon er ook niet vastgesteld worden dat de hoogte van de *SDZ*-totaalscores samenhangt met of de proefpersonen alleen wonen, samenwonen met andere personen of samenwonen met kinderen of familie. Er werd wel gevonden dat proefpersonen die 24-uurs-zorg ontvangen een *SDZ*-score boven de 30 hebben.

De hoogte van de *SDZ*-totaalscore lijkt samen te hangen met de relatie die de proefpersonen met hun begeleiders hebben. Woonbegeleiders gaven over het algemeen lagere scores op de depressietoets dan werkbegeleiders. Dit is mogelijk omdat de proefpersonen op het werk een andere indruk achter laten dan thuis.

Er werd een zwak verband gevonden tussen het item “Maakt een sombere/neerslachtige indruk” van de *SDZ* en de intentie om in het komend half jaar te roken en de geplande hoeveelheid sigaretten voor deze periode. Het lijkt alsof die proefpersonen die volgens hun begeleiders vaak een sombere of neerslachtige indruk achterlaten minder intentie hebben om sigaretten te consumeren dan proefpersonen die niet vaak neerslachtig of somber zijn. Dit resultaat past bij de conclusie dat proefpersonen die roken en meer alcohol drinken over het algemeen lagere scores op de depressiviteitstoets *SDZ* hebben. Het patroon dat naar voren komt is dat middelengebruik bij deze doelgroep juist een beschermende werking lijkt te hebben tegen het ontwikkelen van een depressie.

Verder werd een verband gevonden tussen de leeftijd van de proefpersonen en twee items uit de *SDZ*. Ouderen lijken sneller vermoeid of futloos te zijn dan jongeren en ook minder vaak verhoogde eetlust te vertonen. Beide gevonden resultaten zijn niet verrassend aangezien bekend is dat oudere mensen over het algemeen minder eten en sneller moe worden door alledaagse bezigheden dan jongere mensen.

Tenslotte werd er een samenhang gevonden tussen het *SDZ*-item “Heeft plezier in dagelijkse activiteiten” en de dagbesteding van de proefpersonen. De meerderheid van de proefpersonen volgt een dagbesteding die in de vragenlijst wordt omschreven als “anders”. Juist deze proefpersonen hebben volgens hun begeleiders het vaakst plezier in de dagelijkse activiteiten. Er kon niet aangetoond worden welk soort dagbesteding precies verantwoordelijk is voor verhoogd plezier in dagelijkse activiteiten.

Samenvattend is te zeggen dat er inderdaad een aantal achtergrondvariabelen zijn die samenhangen met de *SDZ*-totaalscores en/of een aantal items uit de *SDZ*. Het antwoord op onderzoeksvraag 5 is ja, er lijkt een samenhang te bestaan tussen een aantal achtergrondvariabelen met de scores op de depressiviteitstoets.

Onderzoeksvraag 4a: Kunnen de scores op de subschalen van de SURPS geassocieerd worden met het middelengebruik en de scores op een depressiviteitstoets van de proefpersonen?

Onderzoeksvraag 4b: Kunnen de scores op de subschalen van de SURPS geassocieerd worden met de intentie tot middelengebruik en de scores op een depressiviteitstoets van de proefpersonen?

Op deze twee onderzoeksvragen kon er in deze scriptie geen antwoord worden gegeven. Om deze samenhangen te kunnen onderzoeken waren ten eerste meer proefpersonen nodig geweest en ten tweede hadden er parametrische toetsen moeten worden uitgevoerd. Met het lage aantal proefpersonen waren statistische resultaten zeer zwak geweest. Ook zijn de scores van de *SDZ* en van de *SURPS*-subschalen *Hopeloosheid* en *Sensation Seeking* niet normaal verdeeld zodat er geen parametrische toetsen mogelijk waren.

Afsluitend is belangrijk om te zeggen dat alle gevonden resultaten alleen maar met de twee middelen alcohol en tabak werden uitgevoerd. Cocaïne en cannabis konden vanwege eerder genoemde redenen niet worden betrokken in de analyse.

4.4 Cocaïne gebruik

Er waren maar twee cocaïnegebruikers in de hele steekproef, wat een veel te kleine hoeveelheid was om statistische analyses mee uit te kunnen voeren. Het opmerkelijke hierbij is echter dat deze twee proefpersonen 11% van de totale groep voor dit onderzoek representeren. Aangezien het bekend is dat in heel Nederland maar 0,1 tot 0,6% van de bevolking in 2005 (Trimbos Instituut, 2010) überhaupt cocaïne gebruikt, is 11% een aanzienlijk hoge hoeveelheid. Dit cijfer roept de vraag op of de doelgroep over het algemeen significant meer cocaïne consumeert dan de rest van de bevolking en als dat zo blijkt te zijn, wat de oorzaak hiervan is. Het is dus erg interessant om in verder onderzoek antwoorden op deze vragen te zoeken.

4.5 De zwakke punten van de SDZ

Om een gedifferentieerder beeld van de verkregen resultaten te verkrijgen werden de *SDZ*-totaalscores niet alleen als een categorische variabele, maar ook als een continue variabele in de analyse betrokken. Ook werden een aantal items uit de *SDZ* gekozen, die volgens de DSM-IV kerncriteria voor een depressie vormen. Door deze variabelen toe te voegen aan de analyse was het mogelijk een aantal verbanden aan te tonen die niet aangetoond hadden kunnen worden als de *SDZ* alleen in zijn

oorspronkelijke vorm als categorische variabele geanalyseerd werd. Zo werden er bijvoorbeeld verbanden tussen alcoholgebruik en de continue variabele van de *SDZ*-totaalscores gevonden. Ook werd duidelijk dat er een samenhang lijkt te bestaan tussen het *SDZ*-item “Maakt een sombere/neerslachtige indruk” en intentie in de komende maand te roken en de geïntendeerde hoeveelheid.

De resultaten moeten met minstens drie punten van kritiek worden beschouwd: ten eerste zijn de opmerkingen over de lage steekproefgrootte en de gevolgen hiervan beschreven in paragraaf 5.1 van toepassing. Ten tweede is het opdelen van de *SDZ*-scores in specifieke items niet het oorspronkelijke plan geweest van de ontwerper Roeden en dit werd in de literatuur tot op heden ook nog niet toegepast. Ten derde is het belangrijk om op te merken dat de *SDZ* maar door 1 en niet door 3 begeleiders werd ingevuld. Ook zijn in de literatuur geen onderzoeken te vinden waarbij dit is gedaan. Er is dus niet bekend wat de gevolgen van de veranderingen die in deze studie bij de *SDZ* werden gedaan op de verkregen resultaten zijn.

De *SDZ* is een vragenlijst die niet door de proefpersonen zelf maar door hun begeleiders werd ingevuld. In tegenstelling tot de intentievragenlijst, de *SumID-Q* en de *SURPS* zijn de *SDZ* en de *SumID-CR* niet auto- maar heteroanamnetisch. In het geval de *SumID-CR* is dit niet een groot discussiepunt. Van deze vragenlijst werden alleen maar achtergrondvariabelen over de proefpersonen gebruikt, zoals leeftijd, huishoudsamenstelling, IQ, enzovoorts. Het is zeer aannemelijk dat de begeleiders van de proefpersonen op deze vragen net zo juiste antwoorden geven als de proefpersonen zelf. Echter is dit wel een discussiepunt voor de *SDZ*. Dat de depressievragenlijst door de begeleiders werd ingevuld hoeft niet noodzakelijk een nadeel te zijn. Er bestaat immers de mogelijkheid dat de begeleiders ook hier dezelfde informatie kunnen geven als de proefpersonen. Een voordeel is dat de proefpersonen al drie andere vragenlijsten moesten beantwoorden en dit duurde al redelijk lang. Uit onderzoek is bekend dat mensen met een verstandelijk handicap vaak moeite hebben over een langere periode hun concentratie en aandacht erbij te houden (Hermen et al, 2001). Het is dus mogelijk dat juist door de depressievragenlijst niet ook nog bij de proefpersonen af te nemen er een zuiverder beeld ontstaat. Naast deze voordelen zijn er natuurlijk ook een aantal nadelen om de *SDZ* als heteroanamnetisch instrument te gebruiken. Een depressie is volgens de DSM-IV een heterogene psychische aandoening, het heeft geen verlooppatroon dat voor iedereen hetzelfde is. Het is dus mogelijk dat een persoon van een criterium meer last heeft dan van andere, of juist van alle in dezelfde intensiteit, terwijl dit door de begeleider niet gezien wordt. De begeleider kan alleen vanuit zijn perspectief de toestand van de proefpersoon beoordelen. Het is dus mogelijk dat de proefpersoon zelf andere antwoorden had gegeven waardoor de *SDZ*-totaalscore was veranderd. Te concluderen is dat de verkregen resultaten

niet alleen vanwege het lage aantal proefpersonen kritisch moeten worden beschouwd maar ook vanwege de gemaakte keuzes bij de analyse van de *SDZ* en vanwege de *SDZ* als heteroanamnetisch meetinstrument. Vervolgonderzoeken met andere meetinstrumenten of met meer proefpersonen zijn aan te raden.

4.6 Andere valkuilen en discussiepunten

Naast de net besproken nadelen van de *SDZ* zijn er nog een aantal andere mogelijke valkuilen in deze studie. Het is mogelijk dat er een verband had kunnen worden aangetoond als de *SDZ* door 3 begeleiders werd ingevuld of als er in het algemeen een grotere steekproef was genomen, wat een grotere spreiding tussen de subgroepen ter gevolg zou hebben gehad. Een heel andere mogelijkheid is dat de begeleiders niet de waarheid hebben gezegd. Misschien wilden de begeleiders de door hun geestelijke handicap al genoeg gestigmatiseerde groep niet nog slechter maken door ze ook als depressief te brandmerken.

Opvallend is, dat er in deze studie geen verbanden tussen de *SURPS*-subschalen en de *SDZ*-totaalscores werden gevonden. Er werd wel een correlatie van de *SURPS*-subschaal *Angstgevoeligheid* met het *SDZ*-item "Is snel vermoeid of futloos" en van *SURPS*-subschaal *Sensation Seeking* met het *SDZ*-item "Heeft een verhoogde eetlust" gevonden maar bij verder onderzoek bleek dat het verschil tussen de variabelen in beide gevallen statistisch niet significant was. Schijnbaar is er geen samenhang tussen deze persoonlijkheidstrekken, die overigens ook gerelateerd zijn aan alcohol- en drugsgebruik, en het al dan niet hebben van een depressie. Echter is hopeloosheid volgens de DSM-IV een kernsymptoom van depressiviteit zodat het erg verrassend is dat niet eens tussen de *SURPS*-schaal Hopeloosheid en de *SDZ*-totaalscores een samenhang werd gevonden. Dat er over het algemeen sociaal wenselijke antwoorden werden gegeven, en dit niet alleen maar door de begeleiders, is een andere mogelijkheid. Er bestaat immers de kans dat de proefpersonen sommige vragen niet snapten, dit echter niet wilden toegeven en daarom maar gewoon een antwoord gaven. Ook is het onderwerp van alcohol en drugsgebruik een gevoelig onderwerp zodat het mogelijk is dat een eventueel verhoogd middelengebruik ontkend werd om zo een sociaal wenselijk antwoord te geven. Al deze punten kunnen de scores van de meetinstrumenten vervalsen en zijn daarmee mogelijke redenen dat samenhangen niet aangetoond konden worden.

De proefpersonen en hun begeleiders moesten aangeven wat soort medicatie de proefpersonen gebruiken. Sommigen gebruikten op het moment van onderzoek antidepressiva maar er kon geen

samenhang tussen de *SDZ*-totaalscores en de medicatie vastgesteld worden. Dit is misschien omdat de antidepressiva goed helpen en daarom de depressiesymptomen onderdrukken.

Neijmeier et al. (2010) hebben echter nog een andere theorie. Deze auteurs beweren dat rond 40 tot 60% van de mensen met een verstandelijke beperking psychofarmaca, onder andere ook antidepressiva, gebruiken terwijl het niet duidelijk is waarom deze middelen precies voorgeschreven zijn. Ook is de werking van de psychofarmaca bij de doelgroep nog niet goed onderzocht. Het is dus mogelijk dat de proefpersonen die antidepressiva nemen dit niet doen vanwege het feit dat ze een depressie hebben maar om eventuele andere symptomen te bestrijden. Dit kan ook een reden zijn waarom er geen samenhang tussen het antidepressivagebruik en de *SDZ*-totaalscores lijkt te bestaan.

In het onderzoek werd een lichte aanpassing bij een *SURPS*-item gemaakt. De originele vraag “Over het algemeen ben ik impulsief (dat betekent: ongeremd, spontaan)” werd geherformuleerd naar “Over het algemeen ben ik een impulsief persoon (dat betekent: ongeremd, spontaan)”. Dit werd gedaan omdat uit onderzoek van Bergsma (2010) naar voren kwam dat de schaal *Impulsiviteit* specifiek door dit item niet betrouwbaar leek te zijn ondanks het feit dat het een kernitem van de *SURPS*-subschaal *Impulsiviteit* is. Opmerkelijk is dat, net als bij het onderzoek van Bergsma, de subschaal met dit item niet betrouwbaar is en uit de analyse verwijderd moest worden. Bergsma gaf in haar studie al een aantal redenen waarom het item niet betrouwbaar zou kunnen zijn. Volgens haar is het mogelijk dat de mensen met een verstandelijk handicap een te kleine woordenschat bezitten en daarom een aantal woorden uit de vraagstelling niet kenden. Verder is het mogelijk dat de woorden “impulsief” en “ongeremd” voor de proefpersonen niet begrijpelijk waren omdat het te abstracte woorden zijn. Deze twee verklaringen van Bergsma verklaren dan ook waarom de toevoeging van het woord “persoon” in de vraagstelling van het item de betrouwbaarheid van de *SURPS*-subschaal *Impulsiviteit* uiteindelijk niet heeft verhoogd.

4.7 Aanleiding tot verder onderzoek

De studie zal op dezelfde wijze herhaald moeten worden, maar dan met voldoende proefpersonen. Zo kunnen er krachtige uitspraken over de gevonden resultaten gedaan worden en ook kunnen de gevonden resultaten in deze scriptie geverifieerd worden. Ook kunnen krachtigere uitspraken gedaan worden over het effect van het feit dat maar een begeleider de *SDZ* heeft ingevuld. Een andere mogelijkheid is om in het onderzoek juist de *SDZ* te laten invullen door drie begeleiders, zoals oorspronkelijk door Roeden bedoeld was.

Weer een andere mogelijkheid is om de heteroanamnetische *SDZ* door een autoanamnetisch instrument te vervangen. Er wordt op het moment gewerkt aan de onderbouwing van de Nederlandse vertaling van de *ADAMS*, de *Anxiety, Depression and Mood Scale*. De Nederlandse versie wordt de *ADESS*, de *Angst, Depressie en Stemmingsschaal*, genoemd. Van de Nederlandse versie zijn er tot op heden maar weinig betrouwbaarheids- en validiteitsgegevens bekend maar volgens Kraijer en Plas (2006) is de *ADAMS* een van de best onderbouwde instrumenten dat op het gebied van stemmingsstoornissen en hun diagnostiek bij mensen met een verstandelijke beperking voorhanden is. Deze studie nogmaals met behulp van de *ADESS* uitvoeren zal niet alleen een alternatief bieden voor de heteroanamnetische *SDZ*, het zal ook helpen de betrouwbaarheid en de validiteit van de *ADESS* te onderbouwen zodat dit autoanamnetisch meetinstrument in de praktijk voor de diagnostiek van depressie bij mensen met een verstandelijke beperking opgenomen kan worden.

Referenties

- Bransen, E., Schipper, H., Mutsaers, K., Haverman, M., & Blekman, J. (2008). Aard en Omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren, Een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders, *Trimbos-Instituut*, Utrecht
- Bergsma, S. (2010). De Substance Use Risk Profile Scale voor zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte mensen. *Bachelorthese in het kader van de Universiteit Twente en Tactus Verslavingszorg*
- Chavannes, N.H., Kaper, J., Frijling, B.D., Van der Laan, J.R., Jansen, P.W.M., Guerrouj, S., Drenthen, A.J.M., Bax, W., & Wind, L.A. (2007). NHG-Standaard Stoppen met roken. *Huisarts Wet*, 50(7):306-14
- Conrod, P.J., Pihl, R.O., & Vassileva, J. (1998). Differential Sensitivity to Alcohol Reinforcement in Groups of Men at Risk for Distinct Alcoholism Subtypes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (3), 585-597
- Costa Jr., P.T., Bagby, R.M., Herbst, J.H., & McCrae, R.R. (2005). Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, 89, 45-55
- DSM-IV-TR. (2000). Substance-Related Disorders. In American Psychiatric Association (eds.), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (p. 199), Arlington, VA, USA
- DSM-IV-TR. (2000). Mood Disorders. In American Psychiatric Association (eds.), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (p. 356), Arlington, VA, USA
- Didden, R., Collin, Ph., & Curfs, L. (2008). Psychopathologie bij mensen met een verstandelijke beperking. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (eds.), *Handboek Psychopathologie Deel 1 Basisbegrippen* (pp. 195 – 229), Bohn Stafleu van Loghum, Houtens
- van der Does, A.J.W., & Zitman, F.G.(2008). Stemmingsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (eds.), *Handboek Psychopathologie Deel 1 Basisbegrippen* (pp. 195 – 229), Bohn Stafleu van Loghum, Houtens
- Esbensen, A.J., Rojahn, J., Aman, M.G., & Ruedrich, S. (2003). Reliability and Validity of an Assessment Instrument for Anxiety, Depression, and Mood among Individuals with Mental Retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33 (6), 617-630
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS and sex drugs and rock 'n' roll*. Sage Publications , London, California, New Delhi and Singapore
- Gliem, J.A., & Gliem, R. R. (2003). Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. *2003 Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education*
- Hermesen, P., Keukens, R., van der Meer, J. (2001). Mensen met een verstandelijke handicap. *Van Tricht*
- Jonstone, N. (2002). *Mit 14 war ich das erste Mal betrunken*. BvT Berliner Taschenbuch Verlags GmbH, Berlin
- Joyce, P.R., Mulder, R.T., Luty, S.E., McKenzie, J.M., Sullivan, P.F., & Cloninger, R.C. (2003). Borderline Personality Disorder in Major Depression: Symptomatology, Temperament, Character, Differential Drug Response, and 6-Month Outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (1), 36-43

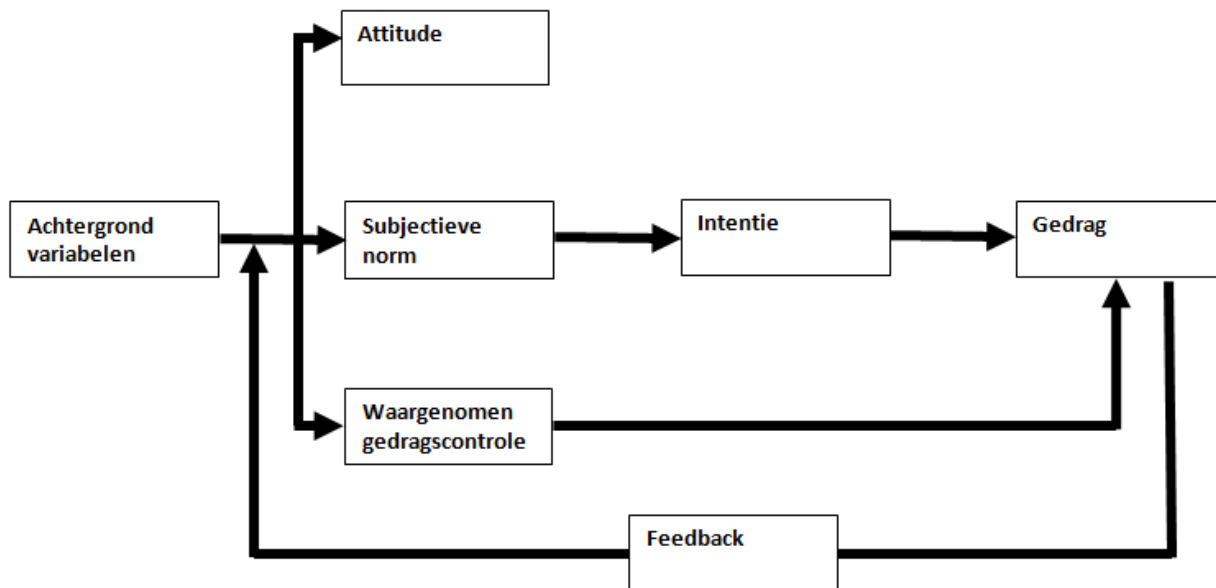
- Krank, M., Stewart, S.H., O'Connor, R., Woicik, P.B., Wall, AM., & Conrod, P.J. (2010). Structural, concurrent and predictive validity of the Substance Use Risk Profile Scale in early adolescence. *Addictive Behaviors, In press*
- Kraijer, D., & Plas, J. (2006). *Handboek Psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid: Classificatie, test- en schaalgebruik*. Hartcourt Book Publisher, Amsterdam
- Lechner, L., Kemers, S., Meertens, R., & de Vries, H. (2007). Determinanten van Gedrag. In J.Brug, P. van Assema, & L. Lechner (eds.). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, Een planmatige aanpak* (pp. 75 – 106), Koninklijke Van Gorcum BV, Assen
- Lottman, T.J. (2001). Access to Generic Substance Abuse Services for Persons With Mental Retardation. *University Affiliated Cincinnati Center for Developmental Disorders, Cincinnati, Ohio*
- Neijmeier, L., Moerdik, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ, Een verkennend onderzoek. *Trimbos Instituut Utrecht*
- Masi, G., Pfanner, P., & Marchesi, M. (1998). Depression in Adolescents with mental retardation: A clinical study. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 44(2), nb. 87, 112-118
- McGullicuddy, N.B. (2006). A Review of Substance Use Research Among Those With Mental Retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 41-47
- Mutsaers, K., Blekman, J.W., & Schipper, H.C. (2007). Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik – Wat is er tot op heden bekend? *Trimbos-Instituut, Utrecht*
- Pelissier, B.M.M., & O'Neil, J.A. (2000). Antisocial Personality and Depression among Incarcerated Drug treatment Participants. *Journal of Substance Abuse*, 11 (4), 379-393
- Resing, W., & Blok, J. (2002). De classificatie van intelligentiescores, Voorstel voor een eenduidig systeem. *De Psycholoog*, mei 2002, 244-248
- de Rick, A., Vanheule, S., & Verhaeghe, P. (2009). Alcohol Addiction and the Attachment System: An Empirical Study of Attachment Style, Alexithymia, and Psychiatric Disorders in Alcoholic Inpatients. *Substance Use & Misuse*, 44, 99 – 114
- Roeden, J.M. (1989). *Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen*. Verkrijgbaar bij Dr. J.B. Blok, Timpaan, Postbus 54, 5076 ZH Haaren.
- Schippers, G.M., & van den Brink W. (2008). Stoornissen in een door het gebruik van psychoactieve stoffen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (eds.), *Handboek Psychopathologie Deel 1 Basisbegrippen* (pp. 195 – 229), Bohn Stafleu van Loghum, Houtens
- Spittlehouse, J.K, Pearson, J.F., Luty, S.E., Mulder, R.T., Carter, J.D., McKenzie, J.M, & Joyce, P.R. (2010). Measures of temperament and character are differentially impacted on by depression severity. *Journal of Affective Disorders*, 126, 140-146
- Struijcken, Y. (2008). Lichamelijke Activering bij Mensen met een Verstandelijke Beperking en een bijkomende Psychiatrische Stoornis. *Afstudeerproject in het kader van Fontys Hogeschool Pedagogiek Tilburg en Amarant*
- Taggart, L. (2007). Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health and Social Care in the Community*, 15(4), 360-368.
- Thijs, AL., van der Nagel, J., & Kiewik, M. (2008). Introductie Verstandelijke Beperking en Middelen gerelateerde problematiek. *Tactus Verslavingszorginstelling*, 2008

- Trimbos-instituut Utrecht, & Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum Ministerie voor Justitie (2010). *Netherlands National Drug Monitor NDM Annual Report 2009*. Utrecht, 2010
- Woicik, P.A., Stewart, S.H., Pihl, R.O., & Conrod, P.J. (2009). The substance use risk profile scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors*, 34, 1042-1055
- ZonMW (2008). *Subsidieaanvraagformulier, Projectgegevens*. Dossier nummer 60-60600-97-158

Bijlagen

Bijlage 1

Het model van de Theory of Planned Behavior zoals opgesteld door Ajzen



Bijlage 2

In de volgende tabellen staan alle waarden van de uitgevoerde correlatieanalyses (zie paragraaf 3.3).

Tabel B1 Correlatieanalyse intentie en gebruik, niet-parametrisch

**Spearman's rangcorrelatieanalyse met gebruik en intentie
 [N (18)]**

		<i>Rookstatus</i>	<i>Aantal gecon- sumeerde sigaretten in een maand</i>	<i>Heb jij in de afgelopen maand alcohol gedronken?</i>	<i>Heb jij in de afgelopen twee dagen alcohol gedronken?</i>	<i>Hoeveel- heden gecon- sumeerd alcohol</i>
<i>Intentie roken komende maand</i>	Correlation					
	Coefficient	0,85**	0,84**	- 0,06	- 0,17	0,04
	Sig. (1-tailed)	0,00	0,00	0,40	0,24	0,42
<i>Intentie hoeveelheid sigaretten komende maand</i>	Correlation					
	Coefficient	0,86**	0,927**	0,17	0,19	-0,11
	Sig. (1-tailed)	0,00	0,000	0,23	0,21	0,31
<i>Intentie in het komende half jaar te roken</i>	Correlation					
	Coefficient	0,78**	0,86**	0,16	0,35	0,01
	Sig. (1-tailed)	0,00	0,00	0,26	0,07	0,47
<i>Intentie hoeveelheid sigaretten komende half jaar</i>	Correlation					
	Coefficient	0,76**	0,85**	0,17	0,34	0,00
	Sig. (1-tailed)	0,00	0,00	0,24	0,08	0,49
<i>Intentie alcohol drinken komende maand</i>	Correlation					
	Coefficient	0,07	0,01	0,78**	0,60**	0,69**
	Sig. (1-tailed)	0,38	0,48	0,00	0,00	0,00
<i>Intentie hoeveelheid alcohol komende maand</i>	Correlation					
	Coefficient	-0,183	0,10	0,76**	-0,39	0,81**
	Sig. (1-tailed)	0,234	0,34	0,00	0,05	0,00
<i>Intentie in het komende half jaar alcohol te drinken</i>	Correlation					
	Coefficient	0,00	0,07	0,85**	0,45*	0,77**
	Sig. (1-tailed)	0,50	0,38	0,00	0,04	0,00
<i>Intentie hoeveelheid alcohol komende half jaar</i>	Correlation					
	Coefficient	-0,12	0,05	0,84**	-0,36	0,84**
	Sig. (1-tailed)	0,30	0,42	0,00	0,06	0,00

* De correlatie is significant op $\alpha = 0,05$ level (1-tailed).

** De correlatie is significant op $\alpha = 0,01$ level (1-tailed).

Tabel B2 Correlatieanalyses SDZ, niet-parametrisch

Spearman's rangcorrelatieanalyse van de SDZ scores met: de SURPS-subschalen, het gebruik en de intenties (N=18)			
		SDZ totaalscore	SDZ scores > en < 30
<i>SURPS Hopeloosheid</i>	Cor. Coefficient	0,14	-0,13
	Sig. (1-tailed)	0,28	0,30
<i>SURPS Angstgevoeligheid</i>	Cor. Coefficient	0,17	0,04
	Sig. (1-tailed)	0,24	0,43
<i>SURPS Impulsiviteit</i>	Cor. Coefficient	0,13	-0,18
	Sig. (1-tailed)	0,29	0,22
<i>SURPS Sensation Seeking</i>	Cor. Coefficient	-0,28	0,02
	Sig. (1-tailed)	0,12	0,45
<i>Rookstatus</i>	Cor. Coefficient	0,20	0,44*
	Sig. (1-tailed)	0,20	0,03
<i>Aantal geconsumeerde sigaretten in een maand</i>	Cor. Coefficient	-0,13	0,41*
	Sig. (1-tailed)	0,29	0,04
<i>Heb jij in de afgelopen maand alcohol gedronken?</i>	Cor. Coefficient	0,32	-0,14
	Sig. (1-tailed)	0,09	0,27
<i>Heb jij in de afgelopen twee dagen alcohol gedronken?</i>	Cor. Coefficient	-0,08	0,20
	Sig. (1-tailed)	0,36	0,21
<i>Hoeveelheden geconsumeerd alcohol per maand</i>	Cor. Coefficient	-0,43*	0,07
	Sig. (1-tailed)	0,03	0,37
<i>Intentie roken komende maand</i>	Cor. Coefficient	0,26	0,48*
	Sig. (1-tailed)	0,14	0,02
<i>Intentie hoeveelheid sigaretten komende maand</i>	Cor. Coefficient	-0,18	0,45*
	Sig. (1-tailed)	0,23	0,03
<i>Intentie in het komende half jaar te roken</i>	Cor. Coefficient	0,30	-0,35
	Sig. (1-tailed)	0,11	0,07
<i>Intentie hoeveelheid sigaretten komende half jaar</i>	Cor. Coefficient	-0,30	0,34
	Sig. (1-tailed)	0,10	0,08
<i>Intentie alcohol drinken komende maand</i>	Cor. Coefficient	0,32	-0,03
	Sig. (1-tailed)	0,09	0,44
<i>Intentie hoeveelheid alcohol komende maand</i>	Cor. Coefficient	-0,47*	0,13
	Sig. (1-tailed)	0,02	0,30
<i>Intentie in het komende half jaar alcohol te drinken</i>	Cor. Coefficient	0,33	-0,16
	Sig. (1-tailed)	0,09	0,26
<i>Intentie hoeveelheid alcohol komende half jaar</i>	Cor. Coefficient	-0,43*	0,15
	Sig. (1-tailed)	0,03	0,26

* De correlatie is significant op $\alpha = 0,05$ level (1-tailed).

Tabel B3 Correlatieanalyses SURPS-subschalen, niet-parametrisch

Spearman's rangcorrelatieanalyse met de SURPS-subschalen, het gebruik en de intentie					
[N (18)]					
		SURPS Hope- loosheid	SURPS Angstge- voelig- heid	SURPS Impulsi- viteit	SURPS Sensation Seeking
Rookstatus	Correlation Coefficient	0,02	0,51*	-0,08	0,06
	Sig. (1-tailed)	0,46	0,01	0,36	0,39
Aantal geconsumeerde sigaretten in een maand	Correlation Coefficient	-0,18	0,36	0,19	0,05
	Sig. (1-tailed)	0,22	0,06	0,21	0,40
Heb jij in de afgelopen maand alcohol gedronken?	Correlation Coefficient	-0,13	0,19	0,47*	0,21
	Sig. (1-tailed)	0,30	0,22	0,02	0,19
Heb jij in de afgelopen twee dagen alcohol gedronken?	Correlation Coefficient	0,17	0,11	0,47*	-0,02
	Sig. (1-tailed)	0,24	0,32	0,02	0,45
Hoeveelheden geconsumeerd alcohol	Correlation Coefficient	0,12	-0,17	-0,32	-0,09
	Sig. (1-tailed)	0,30	0,24	0,09	0,34
Intentie roken komende maand	Correlation Coefficient	0,16	0,44*	-0,13	0,00
	Sig. (1-tailed)	0,25	0,03	0,30	0,49
Intentie hoeveelheid sigaretten komende maand	Correlation Coefficient	-0,28	0,38	0,11	0,13
	Sig. (1-tailed)	0,13	0,05	0,32	0,29
Intentie in het komende half jaar te roken	Correlation Coefficient	0,17	-0,21	-0,36	-0,25
	Sig. (1-tailed)	0,24	0,19	0,06	0,15
Intentie hoeveelheid sigaretten komende half jaar	Correlation Coefficient	-0,23	0,21	0,32	0,19
	Sig. (1-tailed)	0,17	0,20	0,09	0,22
Intentie alcohol drinken komende maand	Correlation Coefficient	0,11	0,20	0,51*	-0,13
	Sig. (1-tailed)	0,28	0,20	0,01	0,29
Intentie hoeveelheid alcohol komende maand	Correlation Coefficient	-0,11	-0,16	-0,49*	0,07
	Sig. (1-tailed)	0,32	0,26	0,01	0,37
Intentie in het komende half jaar alcohol te drinken	Correlation Coefficient	-0,12	0,35	0,61**	0,10
	Sig. (1-tailed)	0,31	0,07	0,00	0,33
Intentie hoeveelheid alcohol komende half jaar	Correlation Coefficient	-0,04	-0,26	0,58**	-0,01
	Sig. (1-tailed)	0,43	0,14	0,00	0,48

* De correlatie is significant op $\alpha = 0,05$ level(1-tailed).

** De correlatie is significant op $\alpha = 0,01$ level (1-tailed).

Tabel B4 Correlatieanalyse achtergrondvariabelen en SDZ, niet-parametrisch

Spearman's rangcorrelatieanalyse van de SDZ scores met achtergrondvariabelen uit de SumID-CR			
		SDZ totaalscore	SDZ scores > en < 30
Geslacht proefpersoon	Correlation Coefficient	-0,23	0,00
	Sig. (1-tailed)	0,16	0,50
	N (18)		
Geslacht begeleider	Correlation Coefficient	-0,27	-0,15
	Sig. (1-tailed)	0,13	0,26
	N (18)		
Relatie tot de proefpersoon	Correlation Coefficient	0,50*	-0,31
	Sig. (1-tailed)	0,01	0,10
	N (18)		
Leeftijd proefpersoon	Correlation Coefficient	0,22	-0,08
	Sig. (1-tailed)	0,18	0,36
	N (18)		
Burgerlijke staat proefpersoon	Correlation Coefficient	-0,02	-0,04
	Sig. (1-tailed)	0,46	0,42
	N (18)		
Huishoudsamenstelling proefpersoon	Correlation Coefficient	-0,40*	-0,27
	Sig. (1-tailed)	0,04	0,13
	N (18)		
Gebruikt de proefpersoon op het moment antidepressiva?	Correlation Coefficient	0,09	0,21
	Sig. (1-tailed)	0,35	0,19
	N (18)		
Gebruikt de proefpersoon op het moment ADHD-medicatie?	Correlation Coefficient	-0,54**	-0,38
	Sig. (1-tailed)	0,00	0,05
	N (18)		
Woonsituatie proefpersoon	Correlation Coefficient	0,076	-0,41*
	Sig. (1-tailed)	0,382	0,04
	N (18)		
Dagbesteding proefpersoon	Correlation Coefficient	-0,37	0,33
	Sig. (1-tailed)	0,08	0,11
	N (15)		
Culturele Achtergrond proefpersoon	Correlation Coefficient	0,39	-0,54*
	Sig. (1-tailed)	0,05	0,01
	N (18)		
IQ proefpersoon	Correlation Coefficient	0,03	0,58
	Sig. (1-tailed)	0,47	0,06
	N (8)		
IQ geschat proefpersoon	Correlation Coefficient	0,39	0,20
	Sig. (1-tailed)	0,21	0,35
	N (6)		

* De correlatie is significant op $\alpha = 0,05$ level(1-tailed).

** De correlatie is significant op $\alpha = 0,01$ level (1-tailed).

Tabel B 5 Correlatieanalyse van 8 SDZ-items

Spearman's rangcorrelatieanalyse met een aantal SDZ-items (N = 18 tenzij anders aangeven)		<i>item 1</i>	<i>item 2</i>	<i>item 7</i>	<i>item 8</i>	<i>item 9</i>	<i>item 10</i>	<i>item 13</i>	<i>item 14</i>
<i>SURPS-Hopeloosheid</i>	Cor. Coefficient	-0,31	-0,03	0,19	-0,04	-0,10	0,05	-0,14	0,08
	Sig. (1-tailed)	0,09	0,44	0,21	0,42	0,34	0,41	0,28	0,37
<i>SURPS Angstgevoeligheid</i>	Cor. Coefficient	-0,17	0,09	0,04	0,07	-0,10	0,26	-0,46*	-0,35
	Sig. (1-tailed)	0,24	0,34	0,43	0,38	0,34	0,14	0,02	0,07
<i>SURPS Impulsiviteit</i>	Cor. Coefficient	0,09	0,24	-0,21	0,08	0,00	-0,06	-0,12	0,09
	Sig. (1-tailed)	0,35	0,10	0,19	0,36	0,50	0,39	0,31	0,35
<i>SURPS Sensation Seeking</i>	Cor. Coefficient	0,19	0,16	0,17	-0,20	0,07	-0,44*	-0,15	0,00
	Sig. (1-tailed)	0,22	0,25	0,24	0,20	0,38	0,03	0,27	0,50
<i>Rookstatus</i>	Cor. Coefficient	0,49*	-0,33	0,08	0,15	0,26	0,00	0,19	0,21
	Sig. (1-tailed)	0,01	0,08	0,37	0,27	0,14	0,50	0,21	0,19
<i>Aantal geconsumeerde sigaretten in een maand</i>	Cor. Coefficient	-0,34	0,29	-0,06	-0,08	-0,23	-0,14	-0,09	-0,09
	Sig. (1-tailed)	0,08	0,11	0,40	0,37	0,17	0,28	0,36	0,35
<i>Heb jij in de afgelopen maand alcohol gedronken?</i>	Cor. Coefficient	0,36	0,11	-0,08	0,15	0,00	-0,23	0,10	0,07
	Sig. (1-tailed)	0,06	0,32	0,37	0,27	0,50	0,17	0,34	0,38
<i>Heb jij in de afgelopen twee dagen alcohol gedronken?</i>	Cor. Coefficient	-0,20	0,25	-0,03	-0,34	-0,12	-0,08	-0,14	0,03
	Sig. (1-tailed)	0,20	0,15	0,44	0,07	0,31	0,36	0,29	0,44
<i>Hoeveelheden geconsumeerd alcohol</i>	Cor. Coefficient	-0,44*	0,03	0,15	-0,28	0,11	-0,01	-0,21	-0,03
	Sig. (1-tailed)	0,03	0,44	0,26	0,12	0,32	0,48	0,20	0,44
<i>Intentie roken komende maand</i>	Cor. Coefficient	0,37	-0,39	0,24	0,18	0,02	0,12	0,25	0,26
	Sig. (1-tailed)	0,06	0,05	0,16	0,22	0,45	0,30	0,15	0,14
<i>Intentie hoeveelheid sigaretten komende maand</i>	Cor. Coefficient	-0,29	0,35	-0,09	-0,11	-0,16	-0,24	-0,17	-0,19
	Sig. (1-tailed)	0,12	0,07	0,35	0,32	0,26	0,15	0,24	0,22
<i>Intentie in het komende half jaar te roken</i>	Cor. Coefficient	0,43*	-0,38	0,16	0,23	0,13	0,38	0,12	0,03
	Sig. (1-tailed)	0,03	0,05	0,26	0,17	0,29	0,05	0,31	0,44
<i>Intentie hoeveelheid sigaretten komende half jaar</i>	Cor. Coefficient	-0,44*	0,33	-0,22	-0,16	-0,19	-0,38	-0,09	-0,00
	Sig. (1-tailed)	0,04	0,08	0,18	0,25	0,22	0,06	0,35	0,48
<i>Intentie alcohol drinken komende maand</i>	Cor. Coefficient	0,09	0,01	-0,01	-0,01	-0,15	-0,19	0,12	0,10
	Sig. (1-tailed)	0,35	0,41	0,48	0,48	0,27	0,21	0,31	0,33
<i>Intentie hoeveelheid alcohol komende maand</i>	Cor. Coefficient	-0,28	0,01	-0,00	-0,14	0,05	0,10	-0,25	-0,17
	Sig. (1-tailed)	0,12	0,48	0,49	0,28	0,40	0,34	0,15	0,24
<i>Intentie in het komende half jaar alcohol te drinken</i>	Cor. Coefficient	0,38	0,09	-0,19	0,17	-0,05	0,00	0,00	-0,04
	Sig. (1-tailed)	0,05	0,35	0,21	0,23	0,41	0,49	0,50	0,43
<i>Intentie hoeveelheid alcohol komende half jaar</i>	Cor. Coefficient	-0,35	-0,07	0,09	-0,17	0,04	0,06	-0,15	-0,08
	Sig. (1-tailed)	0,07	0,38	0,35	0,24	0,43	0,40	0,26	0,36

Geslacht proefpersoon	Cor. Coefficient	0,18	-0,16	0,05	-0,18	0,18	0,00	0,12	0,16
	Sig. (1-tailed)	0,22	0,26	0,41	0,22	0,22	0,50	0,31	0,25
Geslacht begeleider	Cor. Coefficient	-0,22	-0,28	-0,26	-0,15	0,18	0,24	-0,07	-0,18
	Sig. (1-tailed)	0,18	0,12	0,14	0,27	0,22	0,16	0,38	0,23
Relatie tot de proefpersoon	Cor. Coefficient	0,50*	-0,16	0,37	0,37	0,18	-0,49*	0,46*	0,54**
	Sig. (1-tailed)	0,00	0,26	0,06	0,06	0,22	0,01	0,02	0,01
Leeftijd proefpersoon	Cor. Coefficient	0,26	0,09	0,08	0,16	0,03	-0,41*	0,50*	0,34
	Sig. (1-tailed)	0,14	0,34	0,37	0,25	0,43	0,04	0,01	0,08
Burgerlijke staat proefpersoon	Cor. Coefficient	-0,13	0,24	-0,15	0,00	-0,14	-0,06	-0,32	-0,24
	Sig. (1-tailed)	0,29	0,16	0,26	0,49	0,38	0,40	0,09	0,16
Huishoudsamenstelling proefpersoon	Cor. Coefficient	-0,15	0,20	-0,49*	-0,12	0,32	0,15	-0,34	-0,36
	Sig. (1-tailed)	0,26	0,20	0,02	0,31	0,09	0,27	0,07	0,08
Gebruikt de proefpersoon op het moment antidepressiva?	Cor. Coefficient	0,08	-0,09	-0,19	0,07	0,13	0,04	-0,15	-0,06
	Sig. (1-tailed)	0,36	0,35	0,22	0,38	0,29	0,42	0,27	0,40
Gebruikt de proefpersoon op het moment ADHD-medicatie?	Cor. Coefficient	0,40	-0,41	-0,10	-0,52*	0,25	0,05	-0,56*	0,44
	Sig. (1-tailed)	0,09	0,08	0,69	0,02	0,30	0,84	0,01	0,06
Woonsituatie proefpersoon	Cor. Coefficient	0,03	0,21	-0,18	0,06	0,44	0,35	-0,21	-0,21
	Sig. (1-tailed)	0,89	0,38	0,45	0,78	0,06	0,15	0,39	0,40
Dagbesteding proefpersoon	Cor. Coefficient	-0,46	0,56*	-0,38	-0,45	-0,15	0,41	-0,15	-0,33
	Sig. (1-tailed)	0,08	0,02	0,16	0,08	0,59	0,12	0,57	0,22
Culturele Achtergrond proefpersoon		N = 15							
	Cor. Coefficient	0,15	-0,30	-0,14	0,35	0,45*	0,33	-0,22	-0,16
IQ proefpersoon	Sig. (1-tailed)	0,27	0,11	0,27	0,07	0,02	0,08	0,18	0,25
	Cor. Coefficient	-0,27	0,56	0,46	-0,50	-0,58	-0,05	0,14	0,03
IQ geschat proefpersoon	Sig. (1-tailed)	0,58	0,14	0,24	0,20	0,13	0,89	0,73	0,92
		N = 8							
IQ geschat proefpersoon	Cor. Coefficient	0,46	-0,63	-0,31	0,63	0,31	0,77	0,14	-0,31
	Sig. (1-tailed)	0,17	0,54	0,54	0,17	0,54	0,07	0,78	0,54
		N = 6							

* De correlatie is significant op $\alpha = 0,05$ level(1-tailed).

** De correlatie is significant op $\alpha = 0,01$ level (1-tailed)

Bijlage 3

In de volgende tabellen worden de antwoordpatronen van de twee AUDIT's en DUDIT's weergegeven

Het antwoordpatroon van de AUDIT uit de SumID-CR

Proef- persoon	Vragen uit de AUDIT-SumID-CR							Is iemand anders gewond geraakt door het drinken van de cliënt?
	Hoe vaak drinkt de cliënt meer dan 6 glazen?	Hoe vaak kon de cliënt niet meer stoppen met alcohol drinken?	Hoe vaak zijn er bij de cliënt dingen mis gegaan door drinken	Hoe vaak heeft de cliënt des ochtends gedronken tegen de kater?	Hoe vaak heeft de cliënt spijt gehad van drinken	Hoe vaak is de cliënt door drinken vergeten wat er gebeurd?	Is de cliënt wel eens gewond geraakt door het drinken?	
1								
2	Soms < een maand							
3								
4								
5	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nee	Nee
6								
7	Soms < een maand	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nee	Nee
8	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nee	Nee
9	Nooit	Heel vaak, wekelijks	Vaak, maandelijks	Soms < een maand	Soms < een maand	Nooit	Nee	Nee
10								
11	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nee	Nee
12	Vaak, maandelijks	Soms < een maand	Vaak, maandelijks	Nooit	Nooit	Nooit	Nee	Nee
13	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nee	Nee
14	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nee	Nee
15								
16								
17	Heel vaak, wekelijks	Soms < een maand	Soms < een maand	Nooit	Nooit	Nooit	Nee	Nee
18	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nee	Nee

Het antwoordpatroon van de DUDIT uit de SumID-CR

Proef- persoon	Vragen uit de DUDIT-SumID-Q									
	DUDIT 2	DUDIT 3	DUDIT 4	DUDIT 5	DUDIT 6	DUDIT 7	DUDIT 8	DUDIT 9	DUDIT 10	DUDIT 11
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit					
11	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit

DUDIT 2 = Gebruik je meer dan 1 soort drugs tegelijk?

DUDIT 3 = Hoe vaak neem je drugs op een dag?

DUDIT 4 = Hoe vaak ben je onder invloed?

DUDIT 5 = Heb je vaak het gevoel dat je drugs niet kunt laten staan?

DUDIT 6 = Hoe vaak kon je niet meer stoppen met drugs nemen?

DUDIT 7 = Hoe vaak heb je belangrijke dingen niet gedaan omdat je drugs gebruikt?

DUDIT 8 = Hoe vaak heb je des morgens drugs genomen nadat je de dag daarvoor veel gebruikte?

DUDIT 9 = Hoe vaak heb je spijt gehad van het drugsgebruiken?

DUDIT 10 = Ben je wel eens gewond geraakt door het drugs gebruiken?

DUDIT 11 = Is iemand anders wel eens gewond geraakt door jouw drugsgebruik?

Het antwoordpatroon van de AUDIT uit de SumID-Q

Proef- persoon	Vragen uit de AUDIT-SumID-Q							
	<i>Hoe vaak drink je meer dan 6 glazen?</i>	<i>Hoe vaak kon je niet meer stoppen met alcohol drinken?</i>	<i>Hoe vaak zijn er dingen mis gegaan door drinken?</i>	<i>Hoe vaak heb je des ochtends gedronk en tegen de kater?</i>	<i>Hoe vaak heb je spijt gehad van drinken?</i>	<i>Hoe vaak ben je door drinken vergeten wat er gebeurd?</i>	<i>Ben je wel eens gewond geraakt door het drinken?</i>	<i>Is iemand anders gewond geraakt door jouw drinken?</i>
1	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nee	Nee
2	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nee	Nee
3								
4								
5	Soms < een maand	Nooit	Vaak, maandelijks	Nooit	Heel vaak, wekelijks	Soms < een maand	Nee	Nee
6	Nooit	Nooit	Soms < een maand	Nooit	Soms < een maand	Nooit	Nee	Nee
7								
8								
9								
10	Vaak, maandelijks	Vaak, maandelijks	Soms < een maand	Nooit	Soms < een maand	Soms < een maand	Nee	Nee
11	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Nee	Nee
12	Soms < een maand	Nooit	Nooit	Nooit	Soms < een maand	Nooit	Nee	Nee
13								
14	Nooit	Nooit	Soms < een maand	Nooit	Nooit	Nooit	Nee	Nee
15								
16								
17								
18								

Het antwoordpatroon van de DUDIT uit de SumID-Q

<i>Proef- persoon</i>	<i>Vragen uit de DUDIT-SumID-Q</i>									
	<i>DUDIT 2</i>	<i>DUDIT 3</i>	<i>DUDIT 4</i>	<i>DUDIT 5</i>	<i>DUDIT 6</i>	<i>DUDIT 7</i>	<i>DUDIT 8</i>	<i>DUDIT 9</i>	<i>DUDIT 10</i>	<i>DUDIT 11</i>
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10	Nooit	Nooit	Soms < 1x per maand	Nooit	Nooit	Nooit	Nooit	Soms < 1x per maand	Nee	Nee
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										

DUDIT 2 = Gebruik de cliënt meer dan 1 soort drugs tegelijk?

DUDIT 3 = Hoe vaak neemt de cliënt drugs op een dag?

DUDIT 4 = Hoe vaak is de cliënt onder invloed?

DUDIT 5 = Heeft de cliënt vaak het gevoel dat je drugs niet kunt laten staan?

DUDIT 6 = Hoe vaak kon de cliënt niet meer stoppen met drugs nemen?

DUDIT 7 = Hoe vaak heeft de cliënt belangrijke dingen niet gedaan omdat je drugs gebruikte

DUDIT 8 = Hoe vaak heeft de cliënt des morgens drugs genomen nadat je de dag daarvoor veel gebruikte?

DUDIT 9 = Hoe vaak heeft de cliënt spijt gehad van het drugs gebruiken?

DUDIT 10 = Is de cliënt wel eens gewond geraakt door het drugs gebruiken?

DUDIT 11 = Is iemand anders wel eens gewond geraakt door het drugsgebruik van de cliënt?