KWETSBARE GROEPEN

KWETSBARE GROEPEN JEUGDIGEN EN (PROBLEMATISCH) MIDDELENGEBRUIK: VISIE EN INTERVENTIEMATRIX

RESULTATEN SCOREN
KENNISCENTRUM VERSLAVING

KWETSBARE GROEPEN

KWETSBARE GROEPEN JEUGDIGEN EN (PROBLEMATISCH) MIDDELENGEBRUIK: VISIE EN INTERVENTIEMATRIX

Anke Snoek, Elske Wits, Jaap van der Stel, Dike van de Mheen

IVO, juni 2010

Voorwoord

Resultaten Scoren houdt zich de laatste jaren steeds meer bezig met kennisanalyse, kennistoepassing en richtlijn/protocolontwikkeling t.b.v. behandeling en preventie bij jeugd en jongeren met problematisch middelengebruik. Daartoe zijn inmiddels 4 publicaties uitgebracht, te weten:

- Effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren (2007)
- Rapport Jeugdmonitor (2010) (geeft een overzicht van preventieve, ambulante, klinische) voorzieningen die onder de noemer jeugdverslavingszorg geschaard kunnen worden
- Protocol leefstijltraining (CGT) middelenonafhankelijk voor jongeren (2010)
- Richtlijn vroegsignalering (2010) die de wijze beschrijft waarop partners en actoren in de "jeugdketen" samen vroegsignalering van problemen met middelengebruik kunnen verbeteren

In opdracht van het ministerie van VWS voert Resultaten Scoren in het kader van de extra aandacht voor jeugd, de komende jaren een project uit dat zich richt op zogenaamde "kwetsbare groepen jongeren en problematisch middelengebruik". Deze categorie jongeren wordt in de hoofdlijnenbrief drugsbeleid van het kabinet Balkenende speciaal genoemd als risicogroep.

Als eerste bouwsteen voor dit project is een uitvoerige analyse verricht naar de aard en typologie van kwetsbare groepen in relatie tot problematisch middelengebruik en bijkomende problemen. Kwetsbare groepen jongeren worden gekenmerkt door een opeenstapeling van problemen die vaak door gemeenschappelijke risicofactoren worden veroorzaakt. Sensatiezoekend gedrag is bijvoorbeeld een risicofactor voor zowel middelen problematiek als delinquent gedrag. Omdat bij beginnende problematiek de kans op herstel en preventie van zwaardere problemen het grootst is, dient er al in een vroeg stadium aandacht aan de oorzaken van deze problemen te worden besteed.
In het rapport wordt daarover een visie ontvouwd vanuit 4 principes.

Het rapport beschrijft verder een gedetailleerd overzicht van de risicofactoren en beschermende factoren die bij (problematisch)middelengebruik een rol kunnen spelen. Ook worden clusteringen met problemen op andere leefgebieden zoals psychische problemen en delinquent gedrag vermeld.
Een volgend deel inventariseert welke preventieve interventies onderzocht en toegepast zijn bij een grote reeks van doelgroepen om (beginnende) problemen het hoofd te bieden. Deze inventarisatie vindt plaats op een (zorg)continuüm van macro (samenleving)_–naar micro (gezin, individu) en levert een matrix op van preventieve interventies, met name op het gebied van selectieve en geïndiceerde preventie.
Met behulp van een speciaal voor dit doel ontworpen maatlat, beveelt het rapport een aantal interventies aan die voor kwetsbare groepen jongeren nuttig en effectief kunnen zijn.

De analyse en aanbevelingen in het rapport vormen de basis voor de verdere stappen in dit project, n.l. de daadwerkelijke keuze (door de stuurgroep Resultaten Scoren) van praktisch toepasbare interventies en andere activiteiten die in het kader van zogenaamde callprocedures de komende (24) maanden ontwikkeld en geïmplementeerd dienen te worden.
Inmiddels is besloten dat een adviescommissie een integrale visie op "jeugd en verslaving" zal ontwikkelen. Verder worden er 3 projecten uitgevoerd, een project over (vroeg) diagnostiek en indicatiestelling voor jeugd en twee interventieprojecten.

Dit rapport over kwetsbare groepen jongeren is een zeer belangrijke, onmisbare bouwsteen voor de verdere ontwikkeling en implementatie van preventieve en behandelinterventies. Het kan echter ook goed gebruikt worden voor verdere beleidsontwikkeling en aanvullende studie en onderzoek.

De auteurs hebben een grote prestatie geleverd door in relatief korte tijd dit fraaie, zeer overzichtelijke en compacte rapport af te ronden!

Amersfoort, september 2010
Wim Buisman
Projectleider Resultaten Scoren

Inhoudsopgave

Inleiding ... **6**
1. Achtergrond en opzet ... 6
1.1. Opdrachtformulering ... 6
1.2. Uitgangspunten ... 7
1.3. Methode ... 8
1.4. Verloop van de studie ... 9

Deel I.
Visie op preventie en zorg voor kwetsbare groepen ... **12**
1. Meervoudige problematiek ... 14
1.1. Inleiding ... 14
1.2. Prevalentie ... 14
1.3. Aanpak van meervoudige problematiek ... 20
2. Het ontwikkelingsperspectief ... 21
2.1. Inleiding ... 21
2.2. Neurologische inzichten en het ontwikkelingsperspectief ... 22
2.3. Fenotype, genotype en endofenotype ... 23
3. Interactie en transactie met de omgeving ... 25
3.1. Gen-omgevingsinteracties ... 25
3.2. Contextualiteit ... 26
4. Het belang van een perspectief op jeugdigen ... 28
4.1. Ontwikkelingsperspectief ... 28
4.2. Integrale preventie ongezonde leefstijl en gedragsproblemen ... 29
4.3. Vroeg ingrijpen ... 29
4.4. Aansluiten bij ontwikkeling van de hersenen ... 29
4.5. Invalshoek van deze programmeringsstudie ... 30

Deel II.
Risico- en beschermende factoren, clustering en doelgroepen voor preventie ... **31**
1. Risico- en beschermende factoren t.a.v. middelengebruik ... 31
1.1. Brede sociale omgeving ... 32
1.2. Institutionele omgeving ... 33
1.2.1. Instituties ... 33
1.2.2. School ... 34
1.3. Directe leefomgeving ... 36
1.3.1. Gezin en ouders ... 36
1.3.2. Leeftijdgenoten ... 38
1.4. Persoonlijk niveau ... 39

1.4.1. Genen, hersenen en invloed hierop van de omgeving ... 39
1.4.2. Persoonlijkheidskenmerken ... 43
1.4.3. Psychische en gedragsproblemen ... 45
1.4.4. Gender en culturele en religieuze achtergrond ... 48
Samenvatting ... 51
2. Risico- en beschermende factoren die samenhangen met problemen op verschillende leefgebieden ... 52
2.1. Risicofactoren voor psychische problemen ... 52
2.2. Riscofactoren die samenhangen met delinquent gedrag ... 54
2.3. Risicofactoren die samenhangen met dak- en thuisloosheid ... 56
2.4. Overlap tussen risicofactoren voor problemen op verschillende leefgebieden ... 56
Samenvatting ... 57
3. Doelgroepen voor preventie ... 59
3.1. Doelgroepen voor preventie uit de internationale literatuur ... 59
3.2. Doelgroepen uit Nederlandse literatuur en veldverkenning ... 60
Samenvatting ... 61

Deel III.
Interventiematrix ... 63
1. Inleiding: typen preventieve interventies ... 63
2. Opbouw interventiematrix ... 65
Interventiematrix doelgroepen ... 68

Deel IV.
Conclusies en aanbevelingen ... 76
1. Conclusies ... 76
1.1. Visie ... 76
1.2. Doelgroepen ... 77
1.3. Benodigde interventies ... 77
1.4. Meetinstrumenten ... 78
2. Aanbevelingen ... 79

Literatuurlijst ... 80

Bijlage 1: Overzicht risico- en beschermende factoren ... 88
Bijlage 2: Ontwikkeling van de hersenen, ontleend aan Crone (2008) ... 92
Bijlage 3: Beschrijving van buitenlandse interventies die nog niet in het Nederlands vertaald zijn ... 96

Inleiding

1. Achtergrond en opzet

1.1. Opdrachtformulering

Resultaten Scoren wil de komende jaren richtlijnen, protocollen en/of interventies ontwikkelen voor selectieve preventie en geïndiceerde preventie en voor behandeling en zorg voor kwetsbare groepen jeugdigen die te maken hebben met middelenproblematiek en verslavingsgedrag. Selectieve preventie is gericht op individuen uit een deel van de bevolking waarbij het risico op het ontwikkelen van een probleem aanzienlijk groter is dan gemiddeld. Geïndiceerde preventie is gericht op individuen die wel klachten of symptomen hebben, maar die niet voldoen aan diagnostische criteria voor een stoornis; of die biologische kenmerken hebben die duiden op een predispositie voor een stoornis (Cuijpers, 2006).
Recent heeft Resultaten Scoren een literatuurstudie uit laten voeren naar behandeling en zorg voor jeugdige verslaafden (Smit, Verdurmen, Monshouwer & Bolier, 2008). In 2009 is een update van deze studie uitgevoerd (Moons & De Weert, in press). Ook naar universele preventie is al veel onderzoek gedaan. Over selectieve preventie en geïndiceerde preventie is echter nog weinig bekend uit onderzoek dat houvast biedt voor richtlijnontwikkeling. Ook zijn er weinig methodieken beschikbaar die gelden als good/best practices. Er is meer kennis nodig over methoden voor het voorkomen, signaleren en het integraal aanpakken van aan middelengebruik en verslavingsgedrag gerelateerde problematiek gecombineerd met psychische of gedragsproblemen.

Resultaten Scoren wil in de voorbereidende fase van het programma Kwetsbare Groepen (2010 – 2012) een overzicht hebben van de bestaande kennis over het thema "jeugd, verslaving en bijkomende problematiek", dat aansluit bij de hierboven geschetste stand van zaken en recente ontwikkelingen in het veld. IVO heeft op verzoek van Resultaten Scoren, in samenwerking met Jaap van der Stel, in deze fase van het programma een programmeringsstudie[1] uitgevoerd waarin een update gemaakt is van recent afgesloten en lopend onderzoek naar verslaving en comorbiditeit, specifiek gericht op *kwetsbare groepen jeugdigen*. De studie richt zich op geïndiceerde preventie en selectieve preventie. Relevante inzichten vanuit de behandeling of universele preventie zijn meegenomen.

1 Een programmeringsstudie heeft tot doel een programmering en -prioritering te verkrijgen voor te ontwikkelen producten.

Nagegaan is:

1. Wat belangrijke risico- en beschermende factoren voor middelenproblematiek en verslavingsgedrag zijn;
2. Welke doelgroepen voor preventie kunnen worden onderscheiden;
3. Welke richtlijnen en interventies voor zowel selectieve preventie als geïndiceerde preventie beschikbaar zijn in Nederland en in het buitenland.

   De resultaten zijn in een interventiematrix samengevat, zodat hiaten in het aanbod zichtbaar worden. Op grond hiervan is een advies geformuleerd over de benodigde ontwikkelingen in het veld om selectieve preventie en geïndiceerde preventie voor kwetsbare jongeren op een hoger peil te brengen.

1.2. Uitgangspunten

Om de programmeringsstudie goed uit te kunnen voeren zijn op basis van recente belangwekkende publicaties op het brede terrein van jeugdpsychiatrie enkele uitgangspunten geformuleerd voor de literatuurstudie. Deze worden hieronder kort benoemd en worden in hoofdstuk 2 uitgewerkt in een visie. De studie levert op drie niveaus resultaten op:

- Een visiedocument

  De eerste opbrengst is een visie over jeugdige kwetsbare groepen (Deel I). Hierin staat de gedachte centraal dat hoe jonger de leeftijd, hoe minder specifiek het over uitgekristalliseerde problemen of psychische stoornissen gaat. Maar juist bij deze jonge groep kan veel winst worden behaald: niet door het vizier te richten op bijvoorbeeld de preventie of vroegtijdige opsporing van verslaving maar op (de oorzaken van) de problemen die daaraan voorafgaan. Dit veronderstelt aandacht voor het ontstaan van kwetsbaarheid voor psychische problemen, de interactie met de (sociale) omgeving en het benutten van kansen om vroegtijdig een ongunstig ontwikkelingstraject in positieve zin te beïnvloeden. Het ontwikkelingsperspectief oftewel een focus op de levensloop is daarbij cruciaal (Olsen & Sameroff, 2009). Verder wordt vastgesteld dat de op volwassenen gerichte verslavingspreventie en -zorg niet rechtstreeks kan worden 'vertaald' naar jongeren. Het is noodzakelijk dat nieuwe initiatieven worden ontwikkeld vanuit een theoretisch kader, waarin de belangrijkste inzichten uit de op de ontwikkeling van jonge mensen gerichte wetenschappelijke disciplines worden samengebracht. Verder moet duidelijk zijn welke maatschappelijke sectoren of domeinen met jongeren te maken hebben, in het bijzonder degenen die een verhoogd risico hebben op een atypische ontwikkeling en middelenproblematiek. Een integrale benadering met aandacht voor (gemeenschappelijke) achterliggende factoren, het ontwikkelingsperspectief, het sociale systeem en een sectoroverstijgende benadering zullen kernwoorden in deze visie zijn (zie hoofdstuk 2). Daarbij is het streven om deze visie zo goed mogelijk te relateren met knelpunten die nu in de verslavingszorg worden ervaren.

- Een overzicht van risicofactoren en -groepen

  In deel II zullen, ter voorbereiding op de interventiematrix in deel III, risicofactoren en

beschermende factoren beschreven worden met betrekking tot middelenproblematiek. Nagegaan zal worden in hoeverre deze risico- en beschermende factoren ook samenhangen met problemen op andere leefgebieden. Op basis hiervan zullen doelgroepen voor preventie worden onderscheiden.

- Een interventiematrix om hiaten in het preventieaanbod voor risicogroepen zichtbaar te maken
  De in dit onderzoek verworven inzichten en resultaten zijn in een interventiematrix overzichtelijk gemaakt (Deel III). In de aanbevelingen die mede hieruit voortvloeien is niet alleen aandacht voor (nog te ontwikkelen) interventies, protocollen en richtlijnen, maar ook voor de organisatorische kaders van de hulpverlening (zoals ketensamenwerking rondom kwetsbare jeugdigen) (zie visiedocument). De uiteindelijke prioritering door Resultaten Scoren vindt plaats op basis van:

a De omvang van het (klinisch-epidemiologisch) probleem. De omvang van de problematiek wordt in deze rapportage geschat (zie deel I, § 1.2) op basis van beschikbare gegevens.

b De beoordeling van de ernst van de situatie, in het bijzonder:
- maatschappelijke kosten;
- overlast;
- gezondheidsschade (lichamelijk, psychisch, sociaal).

  Voor de beoordeling van de ernst van de situatie hebben de auteurs bovengenoemde criteria geformuleerd en is per doelgroep/ problematiek een inhoudelijk oordeel (inschatting van de ernst) gegeven.

c De aanwezigheid van werkzame en effectieve mogelijkheden tot beïnvloeding. Per doelgroep zijn beschikbare (effectieve) interventies beïnvloedingsmogelijkheden in kaart gebracht.

d De mate waarin de te ontwikkelen preventieve en zorginterventies uitvoerbaar en implementeerbaar zijn. Waar hiaten zijn gevonden in het aanbod van interventies en andere beïnvloedingsmogelijkheden wordt van kansrijke (buitenlandse) interventies weergegeven wat de verwachte uitvoerbaarheid en implementeerbaarheid is.
  Een uiteindelijke keuze van te ontwikkelen interventies en/of richtlijnen zal door de opdrachtgever worden gemaakt.

1.3. Methode

Het onderzoek bestaat uit een literatuurstudie en bouwt voort op recent uitgevoerde veldverkenningen. Deze methoden worden hieronder toegelicht.

De literatuurstudie is uitgevoerd conform de richtlijnen in het Masterprotocol (Jansen & Snoek, 2007). Voor Engelstalige studies is gezocht in: Pubmed, Cochrane library, Psycinfo en internet (Google). Er is gezocht met de trefwoorden: youth, adolescent en young gecombineerd met addiction, substance (abuse, misuse) en gecombineerd met riskgroups en prevention. In de treffers is nagegaan wat de belangrijke auteurs op dit gebied

zijn. Op deze auteurs is een nieuwe search uitgevoerd. Er is in eerste instantie gezocht naar reviews en RCT-studies.
Verder is er gekeken naar de stand van zaken in Nederland waarbij dezelfde zoekstrategie is gevolgd. Voor Nederlandstalige studies is gezocht in ggz-kennisnet, ggd-kennisnet en databestanden van het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) en het Trimbos- instituut. Nederlandstalige trefwoorden waren: jongeren, adolescenten, jeugd, middelengebruik, middelenmisbruik, verslaving, doelgroepen en preventie. Ook is nog gezocht naar recente oraties, promoties en handboeken van prominente Nederlandse wetenschappers op het gebied van jongeren en middelenproblematiek.
Uitgangspunt vormden specifieke clusteringen van problemen die voorkomen bij jongeren met bepaalde persoonlijkheidskenmerken (bijvoorbeeld internaliserende of externaliserende problemen) analoog aan het onderzoek van Conrod (2010; 2000). Ook is nagegaan welke (gemeenschappelijke) risico- en beschermende factoren voor deze (geclusterde) problemen in de literatuur bekend zijn en waarvan met de nodige zekerheid kan worden gesteld dat zij een rol spelen. Dit betekent dat er meer mogelijke factoren zijn, die wellicht in de praktijk al wel herkend worden. Wanneer deze echter niet uit de literatuurstudie naar voren kwamen zijn zij niet in het rapport opgenomen.
Zo mogelijk is de omvang van de doelgroepen in Nederland geschat. Naast het op een wetenschappelijke manier vaststellen van mogelijke doelgroepen is ook gezocht naar manieren om de doelgroepen in de praktijk te kunnen herkennen. Zijn er screeners of assesmentlijsten ontwikkeld en zijn deze getest?
Daarnaast is gebruik gemaakt van praktijkinformatie (veldverkenning) afkomstig van *invitational conferences* en interviews in twee recent afgesloten projecten in opdracht van Resultaten Scoren: de Monitor voor de jeugdverslavingszorg (De Weert & Snoek, in press) en de Richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of -afhankelijkheid bij jongeren (Snoek, Wits & Van de Mheen, in press). Een concept interventiematrix is in de laatste fase van het huidige onderzoek in een expertmeeting voorgelegd aan vertegenwoordigers van relevante hulpverleningssectoren, wetenschap en beleid.
De conceptrapportage is bovendien voorgelegd aan enkele experts uit de (jeugd)verslavingszorg: dr. Marieke Broekman (jeugdpsychiater), prof dr. Gerard Schippers (hoogleraar verslavingsgedrag & zorgevaluatie) en dr. Patricia van Wijngaarden-Cremers (psychiater, gespecialiseerd in dubbele diagnose).

1.4. Verloop van de studie

Tijdens het onderzoek kwam een aantal onvoorziene vraagstukken naar voren. Deze worden hier puntsgewijs besproken.

Kennis over integrale benadering risicojeugd is beperkt

De jeugdverslavingszorg is een vrij nieuw terrein. De verslavingszorg heeft voornamelijk kennis over verslaving bij volwassenen; een vertaling van deze visie naar jongeren blijkt niet adequaat vanwege de eigen problematiek van jongeren. De kinder- en jeugdpsychiatrie heeft veel inzicht in ontwikkelingsperspectief en het stellen van diagnoses bij jon-

geren. Zij heeft echter weer weinig kennis van verslavingsproblematiek, hoewel een aantal auteurs zoals Boudewijn Gunning al enige tijd met dit onderwerp bezig is. De kennis is dus nog onvoldoende en er is nog weinig consensus in wetenschappelijk onderzoek. De samenwerking tussen jeugdverslavingszorg en kinder- en jeugdpsychiatrie is bovendien nog in een vroeg stadium, waardoor de kennis die wel beschikbaar is nog niet op grote schaal wordt gedeeld. Ook in dit rapport bleek het nog niet haalbaar alle relevante inzichten uit de jeugdpsychiatrie te integreren.
Verschillende auteurs, met expertise op het gebied van de jeugdzorg, (jeugd-)ggz en/of de verslavingszorg (Hermanns, 2009; Van der Stel, 2009), pleiten voor een geïntegreerde aanpak van meervoudige problematiek. Echter, de effecten van een geïntegreerde aanpak zijn altijd lastiger te meten dan van een enkelvoudige aanpak. Aangezien het veld ook nog relatief nieuw is, zijn er nog geen duidelijke bewijzen dat een geïntegreerde aanpak betere resultaten oplevert. Dit maakt het uitvoeren van een literatuurstudie een uitdaging. De ambitie van dit rapport bleek niet gelijk te lopen met de beschikbare kennis op dit moment. Hierdoor kon de in deel I beschreven visie nog niet consequent worden doorgevoerd in de andere delen.
Een geïntegreerde aanpak levert bovendien nieuwe vragen en dilemma's op: hoe wordt samengewerkt, in welke volgorde dienen problemen te worden opgepakt en/of hoe dient integrale zorg te worden vormgegeven, hoe vindt eventuele verwijzing plaats?

Rol verslavingszorg

Bij het opstellen van de interventiematrix en het vaststellen van hiaten in het preventieaanbod rees de vraag welke rol de verslavingszorg dient te spelen bij de preventie van middelenproblematiek en verslavingsgedrag, wanneer gefocust wordt op het hele spectrum van problemen van risicojeugd, in plaats van op de deelproblematiek van problematisch middelengebruik. Waar ligt de taak voor de verslavingszorg, en waar houdt deze op? Of is verslaving bij jeugdigen primair een aandachtsgebied voor de kinder- en jeugdpsychiatrie?
Een andere vraag is de relevantie voor Resultaten Scoren. Het aanpakken van een relatief groot aantal risicofactoren of beïnvloedende maatregelen lijkt geen taak voor Resultaten Scoren te zijn, zoals factoren in de brede sociale context (denk aan beschikbaarheid en prijs van middelen, (ongunstige) buurtkenmerken; toezicht, vrijetijdsbesteding) en in de context van school (anti-middelenbeleid/veilige schoolomgeving).

Knelpunten bij het structureren van interventies

Op basis van de visie die in het volgende deel wordt beschreven is getracht om een overzicht te maken van interventies en andere beïnvloedingsmogelijkheden die focussen op gemeenschappelijke achterliggende risicofactoren van probleemgedrag en middelenproblematiek, in een vroeg stadium. Het vinden en structureren van interventies bij (clusters van) risicofactoren bleek zoals gezegd moeizaam en leverde geen eenduidige, bruikbare resultaten op. Knelpunt bij het maken van een schematische indeling is dat bestaande interventies meestal niet gericht zijn op één risicofactor (bijvoorbeeld armoede), maar op meerdere risicofactoren. Daardoor komen in een dergelijke matrix veel

interventies op meerdere plekken in beeld. Om deze reden is gekozen voor een interventiematrix waarbij per doelgroep wordt weergegeven welke interventies er beschikbaar zijn in Nederland, en in het buitenland. Sommige doelgroepen kunnen rechtstreeks worden benoemd op basis van de achterliggende risicofactor, zoals lage-SES groepen. Zo zijn veel achterliggende risicofactoren toch terug te zien in de uiteindelijke interventie.

Differentiatie

Geprobeerd is om onderscheid te maken naar verschillende middelen (alcohol, cannabis, harddrugs) en verslavingsgedrag (seks, internet, gamen) bij jongeren. Dit bleek echter niet haalbaar omdat er weinig onderzoek is gedaan naar verslavingsgedrag, omdat onderzoek vaak geen onderscheid maakt tussen verschillende middelen (dit geldt voor alcohol, cannabis en harddrugs), en omdat jongeren met meervoudige problemen vaak meerdere soorten middelen (op een problematische manier) gebruiken of meerdere vormen van verslavingsgedrag vertonen.

Deel I
Visie op preventie en zorg voor kwetsbare groepen

Middelenproblematiek en verslavingsgedrag bij jeugdigen is een probleem dat pas sinds kort in de aandacht staat. Bij volwassenen verloopt het traject van experimenteren tot afhankelijkheid gemiddeld in twee tot zeven jaar. Daarom werd lange tijd gedacht dat jongeren nog niet afhankelijk van middelen kunnen zijn wegens de korte tijdsspanne van het gebruik. Uit recent onderzoek blijkt echter dat jongeren sneller afhankelijk raken dan volwassenen (Hingson & Zha, 2009). Jongeren zijn bovendien gevoeliger voor middelen dan volwassenen: ze zijn eerder onder invloed, eerder afhankelijk en lopen meer risico op hersenbeschadiging, hetgeen in hun ontwikkelingstraject ook grotere schade met zich meebrengt dan bij volwassenen (Verdurmen e.a., 2006). Deze recente wetenschappelijke inzichten hebben ervoor gezorgd dat middelenproblematiek en verslavingsgedrag bij jeugdigen een belangrijk thema is geworden, ook op het gebied van behandeling.
Bij kwetsbare jongeren met middelenproblematiek doen zich vaak meerdere problemen tegelijkertijd voor. Deze problemen worden vaak door een complex van risico- en beschermende factoren veroorzaakt. Preventie van deze problemen vereist een brede, veel omvattende benadering, zoals Winters e.a. (2007) laten zien. Zij onderzochten de kernelementen van 70 effectieve preventieprojecten voor jongeren. Hierbij detecteerden ze tien elementen die bij minstens 75% van de programma's voorkwamen. De belangrijkste kenmerken betreffen een omvattende, integrale aanpak (zie § 1.3). Echter, het ontbreekt nog aan een integrale visie op deze problematiek. In dit eerste deel wordt verder uiteengezet waarom een integrale aanpak gewenst is, en wordt een eerste aanzet gegeven voor het ontwikkelen van een integrale visie. De visie is gebaseerd op de beperkt beschikbare en veelal gefragmenteerde literatuur en is daarmee niet volledig.

De visie is gebaseerd op een viertal principes:

1. Een samenhangende benadering van de meervoudige problematiek die kwetsbare jongeren kenmerkt. Daarbij is met name aandacht voor (gemeenschappelijke) achterliggende oorzaken noodzakelijk.
2. Het ontwikkelingsperspectief. Psychopathologie moet niet alleen worden bestudeerd als actuele verschijnselen bij geïdentificeerde patiënten, maar bij voorkeur ook als verschijnselen in zich ontwikkelende systemen.
3. Het systemische karakter. Er moet rekening worden gehouden met de sociale en culturele context waarin stoornissen ontstaan en/of zich kunnen herstellen en dus aandacht

voor de interacties en transacties van jongeren met hun omgeving.

4. Bij de ontwikkeling van plannen moet uitdrukkelijk gebruik worden gemaakt van de inzichten uit de verschillende wetenschappelijke en professionele disciplines die zich richten op jeugdigen. De huidige kennis over verslaving is nog sterk gericht op volwassenen.

In dit deel van de rapportage worden deze vier basisprincipes toegelicht.

1. Meervoudige problematiek

1.1. Inleiding

Er is steeds meer wetenschappelijk bewijs voor de samenhang tussen enerzijds problemen met middelengebruik, psychische problemen en gedragsproblemen en anderzijds de aanwezigheid van een cluster van oorzaken (zie deel II, hoofdstuk 2). Ook bij de ontwikkeling van de Richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of -afhankelijkheid bij jongeren (Snoek, Wits & Van de Mheen, in press) bleek via raadpleging van experts en uit literatuur dat middelenproblematiek bij jongeren vaak samengaat met een scala aan problemen en dat het vaak niet duidelijk is wat daarin als het hoofdprobleem en hoofdoorzaak kan worden aangemerkt. Er is veelal sprake van een netwerk van risico- en beschermende factoren die gedurende een lange tijd op elkaar inwerken. De relatie daartussen is complex en heeft betrekking op verschillende niveaus. Lineaire relaties tussen oorzaken en gevolgen zijn zelden aan te geven. Het wetenschappelijk onderzoek heeft vrijwel geen causale modellen opgeleverd met enige voorspellende of prognostische waarde. De klassieke verklaringsmodellen (a veroorzaakt b, b veroorzaakt a, beide zijn onafhankelijk, beide worden veroorzaakt door een derde factor) moeten worden vervangen door modellen die overeenkomen met het complexe, slecht voorspelbare, dynamische en systemische karakter van de werkelijkheid. In dat kader moet worden gezocht naar robuuste handelingsstrategieën die meer recht doen aan de complexe problemen waarmee wij te maken hebben (Mitchell, 2009). Waar het modellen over psychische stoornissen betreft is het essentieel dat in die modellen aandacht is voor de determinanten en mechanismen die cruciaal zijn voor het ontstaan van (maar ook de bescherming tegen) een verhoogde kwetsbaarheid en het beloop van een eventuele ongunstige, atypische ontwikkeling. Dit geldt eens te meer waar het jeugdigen betreft die in relatief korte tijd allerlei ingrijpende transities meemaken.

1.2. Prevalentie

Alvorens in paragraaf 1.3 in te gaan op de aanpak van multiproblematiek laten we in deze paragraaf zien in welke mate middelengebruik en middelenproblematiek bij jongeren samengaat met andere problemen. De prevalentie van middelengebruik onder scholieren in de leeftijd van 10 -18 jaar (basisonderwijs groep 7 en 8, voortgezet onderwijs 2007) is in de volgende tabel weergegeven (Monshouwer et al., 2008).

Tabel 1. Prevalentie van middelengebruik bij scholieren (10-18 jaar)

Middel	Basis/Voortgezet Onderwijs	Ooit gebruik	Afgelopen maand
Tabak	Voortgezet onderwijs	39.0%	18.5%
	Basisonderwijs	6.5%	0.7%
Alcohol	Voortgezet onderwijs	79.0%	50.5%
	Basisonderwijs	35.6%	8.8%
Cannabis	Voortgezet onderwijs	16.7%	8.1%
	Basisonderwijs	0.2%	Niet bekend
Paddo's	Voortgezet onderwijs	2.3%	0.6%
XTC	Voortgezet onderwijs	2.4%	0.8%
Amfetamine	Voortgezet onderwijs	1.9%	0.8%
Cocaïne	Voortgezet onderwijs	1.7%	0.8%
Heroïne	Voortgezet onderwijs	0.8%	0.4%

Bron: Monshouwer et al., 2008

In 2005 is het middelengebruik in de algemene bevolking van 15-64 jaar gemeten. In tabel 2 staat het middelengebruik in de leeftijdsgroep 15-24 jaar (Rodenburg et al, 2007).

Tabel 2. Prevalentie van middelengebruik in de algemene bevolking 15-24 jaar

Middel	Ooit gebruik	Afgelopen jaar	Afgelopen maand
Tabak	43.8%	x	x
Alcohol	x	85.5%	76.2%
Cannabis	28.3%	11.4%	-
LSD	0.7%	-	-
XTC	5.1%	-	-
Amfetamine	2.0%	-	-
Cocaïne	2.8%	-	-
Heroïne	-	-	-

x Data niet beschikbaar - Prevalentie te laag om een betrouwbare schatting te maken

Bron: Rodenburg et.al., 2007

Prevalentie van psychische problemen onder jongeren

Het Health Behaviour in School-aged Children-onderzoek (Currie e.a., 2008, cijfers over 2005/2006) geeft mede inzicht in de prevalentie van psychische problemen in Nederland (tabel 3).

Tabel 3. Prevalentie van psychische problemen in Nederland

	Basisonderwijs	Voortgezet onderwijs
Emotionele problemen	13.8%	15.1%
Gedragsproblemen	17.1%	15.1%
Hyperactiviteit	18.6%	20.8%
Problemen met leeftijdgenoten	17.0%	14.6%

Bron: Currie e.a., 2008

In de algemene bevolking gaat middelengebruik onder jongeren vaak samen met psychische problematiek

Bij jongeren tussen de 12 en 16 jaar bestaat er een sterke samenhang tussen roken, blowen en drinken van alcohol. Drinkende jongeren hebben een bijna zeven keer grotere kans om te roken dan niet-drinkende jongeren. Gemiddeld combineert een vijfde van de Nederlandse jongeren meer dan drie van de volgende zeven risicofactoren: wekelijks roken, ooit cannabis gebruikt, alcoholgebruik in de laatste maand, ooit seksuele gemeenschap gehad, emotionele problemen en gedragsproblemen (Schrijvers & Schuit, 2010; Schrijvers & Schoemaker, 2008).

Jongeren met een hulpvraag bij de verslavingszorg hebben vaak problemen met diverse middelen en hebben secundaire problematiek

Uit recente LADIS-gegevens (IVZ, 2010) blijkt dat in 2008 ongeveer 7.000 jongeren hulp hebben gezocht bij de verslavingszorg. De primaire problematiek betreft vooral cannabis en alcohol. Dikwijls is er sprake van problemen met meer middelen. Naarmate de leeftijd stijgt, lijkt de complexiteit toe te nemen. Het LADIS maakt onderscheid tussen jongeren t/m 18 jaar, en jongeren van 19 t/m 24 jaar. Bij de groep t/m 18 jaar is er bij 42% sprake van één of meer middelen die naast de als 'probleemmiddel' aangeduide stof worden gebruikt. Bij de groep 19 t/m 24 jaar ligt dit hoger, namelijk 53%. De vraag naar hulp bij cocaïne- en amfetaminegebruik gaat nog vaker samen met secundaire problematiek. Bij cannabis komt in vergelijking met andere middelen secundaire problematiek minder vaak voor.

25-46% van de jongeren met een hulpvraag bij de verslavingszorg zijn ook in contact geweest met justitie en/of hebben een psychiatrische behandeling ondergaan

Het IVZ inventariseerde ook of de jongeren die zich aanmelden bij de verslavingszorg ooit een psychiatrische behandeling hebben gehad of ooit in aanraking met justitie zijn geweest. De volgende tabel geeft de resultaten weer.

Tabel 4. Voorgeschiedenis van behandeling bij jongeren met een hulpvraag bij de verslavingszorg

	t/m 18 jaar	19 t/m 24 jaar
Ooit psychiatrische behandeling	29%	25%
Ooit in aanraking met justitie	42%	46%

Bron: IVZ, 2010

Bij 60-88% van de jongeren die door middelengebruik in aanraking zijn gekomen met jeugdzorg is ook sprake van psychische comorbiditeit
Psychiatrische comorbiditeit onder jongeren die door hun middelenmisbruik in aanraking komen met de jeugdhulpverlening is erg hoog: tussen de 60 en 88%. Dit betreft de volgende stoornissen: gedragsstoornissen (62%), stemmingsstoornissen (26%), ADHD (22%), stemmingsstoornissen (26%), posttraumatische stress (11%) en angststoornissen (7%) (Couwenbergh e.a., 2006). De antisociale gedragsstoornis komt voor bij 40 tot 70% van de adolescenten met stoornissen in het middelengebruik (Bukstein, 2000). Psychische problemen kunnen zowel voorafgaan aan als volgen op middelengebruik (zie deel II, § 1.4.3)

Onder zwerfjongeren is vooral een hoog percentage actuele cannabisgebruikers
In de evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid (Van Laar en Van Ooyen-Houben, 2009) worden de onderstaande, enigszins verouderde, cijfers genoemd (zie tabel 5). Hoewel de cijfers lastig te vergelijken zijn vanwege verschillende onderzoeksmethoden en leeftijdsgroepen lijkt vooral het cannabisgebruik onder jongeren hoog in vergelijking met volwassenen (32-52% dagelijks gebruiker) en in vergelijking met de cijfers onder scholieren in het algemeen (17%). Snuifcokegebruik is gelijk; heroïne en crackgebruik daarentegen een stuk lager dan bij volwassenen, maar wel hoger dan bij scholieren in het algemeen.

Tabel 5. Prevalentie van middelengebruik bij zwerfjongeren

Groep	Middel	Percentage
Zwerfjongeren 16-25 jaar, Den Haag, 2000/2001	Cannabis	37% actuele gebruiker
	Cocaïne	9% actuele gebruiker
	Heroïne	7% actuele gebruiker
Zwerfjongeren 13-22 jaar, Flevoland, 2004	Cannabis	87% actuele gebruiker
	Crack	6% actuele gebruiker
	Snuifcoke	10% actuele gebruiker
	Heroïne	2% actuele gebruiker
	Ecstasy	8% actuele gebruiker
	Amfetamine	2% actuele gebruiker

Bron: Van Laar en Van Ooyen-Houben (2009)

Bij jongeren in detentie is, voorafgaand aan de inbewaringstelling, sprake van een hoog (59%) percentage actuele cannabisgebruikers

In de evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid (Van Laar en Van Ooyen-Houben, 2009) is ook gekeken naar prevalentie van actueel drugsgebruik onder jongeren in detentie, voorafgaand aan de inbewaringstelling. Hieruit bleek dat vooral cannabisgebruik onder jongeren in detentie veel voorkomt, in vergelijking met volwassenen (33%, cijfers over het jaar 2006) en in vergelijking met scholieren in het algemeen. De cijfers zijn echter moeilijk te vergelijken omdat ze in een andere periode verzameld zijn dan de eerder genoemde studies, en via een andere onderzoeksmethode verzameld zijn.

Tabel 6. Prevalentie van drugsgebruik onder jongeren in detentie, voorafgaand aan de inbewaringstelling

GroepMiddel	Percentage	
Jongeren 14-17 jaar, gedetineerd in Noord-Holland, Flevoland en Utrecht 2002/2003, in de maand voorafgaand aan detentie	Cannabis	59% actuele gebruiker
	Ecstasy	9% actuele gebruiker
	Snuifcoke	6% actuele gebruiker
	Amfetamine	3% actuele gebruiker
	Crack	2% actuele gebruiker
	Heroïne	0,5 % actuele gebruiker

Bron: Van Laar en Van Ooyen-Houben (2009)

Ook uit recente cijfers over jongens in Justitiële Jeugd Instellingen (JJI's) blijkt dat het gebruik van tabak, alcohol en drugs onder delinquente jeugd problematisch is (Kepper e.a., 2009). Het gaat hierbij deels om gebruik voorafgaand aan de inbewaringstelling (maandprevalentie) en deels om het gebruik tijdens detentieperiode (tijdens verlof of binnen de JJI). De verschillen met het gebruik onder scholieren uit het regulier onderwijs zijn groot, met name bij de jongste leeftijdsgroepen en wat betreft roken en cannabisgebruik.

Tabel 7. Prevalentie van middelengebruik voor en tijdens detentie door jongens in JJI's

Groep	Middel			Percentage
		13-14 jr	15-16 jr	17-18 jr
Jongens, 13-18 jaar, in 10 JJI's, 2009, gebruikers in de maand voorafgaand aan detentie	Tabak	58%	83%	89%
	Alcohol	46%	67%	79%
	Cannabis	54%	62%	70%

Bron: Kepper e.a. (2009)

Groep	Middel	Percentage
Jongens, 13-18 jaar, in 10 JJI's, 2009, gebruik tijdens detentie	Alcohol	33% actuele gebruiker
	Cannabis	65% actuele gebruiker
	Xtc	5% actuele gebruiker
	Cocaïne	4% actuele gebruiker
	Paddo's	2% actuele gebruiker
	Amfetamine	3% actuele gebruiker
	Heroïne	0% actuele gebruiker
	Crack	1% actuele gebruiker
	LSD	1% actuele gebruiker
	GHB	2% actuele gebruiker
	Minimaal 1 harddrug	6% actuele gebruiker
	Zowel cannabis als min. 1 harddrug	6% actuele gebruiker

Van Laar en Van Ooyen-Houben (2009) geven verder de onderstaande cijfers voor middelengebruik bij diverse probleemgroepen (N.B.: school drop-outs zijn jongeren die in de afgelopen 12 maanden minstens een maand niet naar school zijn geweest, exclusief vakanties.)

Tabel 8. Prevalentie van middelengebruik onder diverse groepen probleemjongeren

Groep	Middel	Percentage
School drop-outs 14-17 jaar, Noord-Holland, Flevoland en Utrecht 2002/2003	Cannabis	55% actuele gebruiker
	Ecstasy	6% actuele gebruiker
	Snuifcoke	2% actuele gebruiker
	Amfetamine	2% actuele gebruiker
	Crack	1% actuele gebruiker
	Heroïne	0,5 % actuele gebruiker
Jongeren in de Jeugdzorg, gemiddeld 17 jaar, Amsterdam, 2006	Cannabis	45% actuele gebruiker
	Ecstasy	2% actuele gebruiker
	Snuifcoke	2% actuele gebruiker
	Amfetamine	1% actuele gebruiker
	Crack	1% actuele gebruiker
	Heroïne	0% actuele gebruiker
Hangjongeren 15-20 jaar, Heerlen, 2006	Cannabis	35% actuele gebruiker

Bron: Van Laar en Van Ooyen-Houben (2009)

1.3. Aanpak van meervoudige problematiek

Uit de vorige paragrafen blijkt dat bij kwetsbare jongeren met middelenproblematiek zich vaak meerdere problemen tegelijkertijd voordoen, en in deel II zullen we laten zien dat een complex van risico- en beschermende factoren deze problemen veroorzaakt. Preventie van deze problemen vereist een brede, veel omvattende benadering, zoals Winters e.a. (2007) laten zien. Zij onderzochten de kernelementen van 70 effectieve preventieprojecten voor jongeren. Hierbij detecteerden ze tien elementen die bij minstens 75% van de programma's voorkwamen. De belangrijkste kenmerken betreffen een omvattende, integrale aanpak:

- De preventieactiviteiten zijn gericht op het veranderen van *psychosociale risicofactoren* samenhangend met het starten of voortzetten van middelengebruik, en hebben betrekking op *diverse invloedsfactoren en settings*.
- De preventieactiviteiten hebben betrekking op een *lange ontwikkelingsperiode* (niet enkel één leeftijdsperiode of schoolfase).

Het EMCDDA pleit voor het integreren van inzichten uit de ontwikkelingspsychopathologie en kinderpsychiatrie bij het onderzoek naar verslaving bij jeugdigen (EMCDDA, 2009, p.10). Voor een dergelijke geïntegreerde benadering vanuit het ontwikkelingsperspectief is een andere insteek nodig dan gebruikelijk is. Op basis van practice based inzichten, literatuurstudies en methodologische literatuur concluderen wij dat interventies gericht op de aanpak van middelenproblematiek bij kwetsbare jeugd zich moeten richten op de samenhang van de problematiek van deze doelgroepen. Een consequentie daarvan is dat de problematiek sector- of domeinoverstijgend moet worden benaderd. Hoewel het op onderdelen nodig zal blijven om te zoeken naar aard en omvang van specifieke problemen (bijvoorbeeld wat is er bekend over de samenhang tussen autisme en verslaving) zal er dus vooral gezocht moeten worden naar de oorzaken of achtergronden van een clustering van uiteenlopende problemen en naar werkzame elementen in een geïntegreerde aanpak daarvan, die bovendien vele jaren kan omspannen.

2. Het ontwikkelingsperspectief

2.1. Inleiding

Naarmate verstoringen vroeg in de levensloop optreden, zijn de effecten daarvan diffuser en complexer, zijn de mogelijkheden tot herstel of compensatie groter, maar is het nettoresultaat daarvan minder goed voorspelbaar dan wanneer deze verstoringen pas later in het leven ontstaan (Van der Stel, 2009, p.438). Een ontwikkelingstoestand vormt het vertrekpunt voor de (probabilistische) ontwikkeling die daarop volgt. Elke ontwikkelingsfase kenmerkt zich door een nieuwe set van determinanten en mechanismen die de kenmerken van de volgende fase beïnvloedt. Dit houdt ook in dat elke fase specifieke aangrijpingspunten biedt voor (extern in gang gezette) processen van compensatie en herstel. Er is vaak niet één oorzaak aan te wijzen. (Van der Stel, 2009, p.435).

In de psychiatrie is de aandacht voor kinderen en jeugdigen ten opzichte van die voor volwassenen lange tijd beperkt geweest.[2] Daardoor is de focus op ontwikkelingsprocessen lange tijd onderbelicht geweest. Dat geldt zeker ook voor de verslavingszorg. Psychiaters richtten zich bij voorkeur op de grote psychiatrische, uitgekristalliseerde, beelden, en dat waren dus beelden van volwassenen. Bij volwassenen lukte het een 'stabiele' diagnose en prognose te stellen. Bij kinderen en jeugdigen verliep dat veel minder goed, ook vanwege het grillige, onvoorspelbare karakter van mensen in deze leeftijdsgroep. Dit was een belangrijke tekortkoming, omdat juist bij beginnende problematiek de kans op herstel het meest succesrijk is. Dat geldt ook voor het succesvol aanbrengen van compensatie voor eventuele tekorten (Van der Stel, 2010). Ook relevant in dit opzicht is het concept van 'verschuivende fenomenologie van psychische stoornissen' bij kinderen en jeugdigen zoals omschreven door Glicken (2009). Glicken stelt dat, omdat jongeren zich zo snel ontwikkelen, symptomen die 'in januari' kunnen duiden op ADHD 'in de zomer' verdwenen kunnen zijn. Veel symptomen die op latere leeftijd zouden kunnen duiden op een ernstig probleem, kunnen in de jeugd voorkomen en van tijdelijke aard zijn. Glicken waarschuwt er vooral voor om jongeren te diagnosticeren met dezelfde diagnostische categorieën als volwassenen, aangezien hun ontwikkeling heel anders verloopt.

Psychopathologie zou dus bij voorkeur moeten worden bestudeerd als een verschijnsel in zich ontwikkelende systemen (Van der Stel, 2009, p.443). Uiteraard is het stellen van diagnoses bij jeugdigen essentieel voor zorgverlening en kan het een belangrijke rol

2 In 1918 werd in Nederland de eerste psychiatrische polikliniek voor jeugdigen geopend, maar het zou nog tot de jaren '80 duren voordat er sprake was van een enigszins regionale spreiding van psychiatrische voorzieningen voor jeugdigen. Pas sinds een halve eeuw staat de kinder- en jeugdpsychiatrie serieus in de belangstelling (Verheij, 2004).

spelen bij preventie. Echter, diagnosticeren bij jongeren is lastiger dan bij volwassenen. Waar voor volwassenen al geldt: één keer een diagnose is géén diagnose, geldt dit eens te meer bij kinderen. Het lijkt daarom verstandiger om een diagnose als een tijdelijke uitkomst op te vatten en de diagnosestelling te herhalen op gezette tijden, aangezien ontwikkelingsprocessen grillig zijn. Dit kan betere en sensitievere (vroeg)diagnostiek bevorderen. Er is echter nog geen goed instrument of observatiemethodiek beschikbaar om middelenproblematiek bij jongeren te meten, en ook is er nog geen eenduidige norm over wat problematisch middelengebruik is (Snoek, Wits & Van de Mheen, in press).

2.2. Neurologische inzichten en het ontwikkelingsperspectief

Een veelvoorkomende maar foutieve gedachte is dat de hersenen een verzameling van 'modules' zijn, die min of meer onafhankelijk van elkaar bestaan, evolutionair zijn geselecteerd, en vanaf de geboorte impliciet al aanwezig zijn (Van der Stel, 2009, p.429). Karmiloff-Smith (2006) stelt hier een neuroconstructivistische benadering van modules tegenover. Modules vat zij op als emergente systemen, die niet bij de geboorte al aanwezig zijn en die niet, en zeker niet gedetailleerd, genetisch zijn 'geprogrammeerd'. Wat ontwikkelingsstoornissen betreft betekent dit dat eventuele (genetische) afwijkingen of andere vroege verstoringen, in combinatie met invloeden vanuit de omgeving, een enorme impact kunnen hebben op de kenmerken van vrijwel alle zich nog te ontwikkelde subsystemen en systeemfuncties. Als er een vroege en ingrijpende verstoring in een facet van het biosysteem plaatsvindt, kan met andere woorden worden voorspeld, dat (1) (minieme)verstoringen in talloze (zich nog te ontwikkelen) subsystemen en systeemfuncties kunnen worden vastgesteld op latere leeftijd, en dat dit (2) gepaard is gegaan met afwijkende ontwikkelingspaden. (Van der Stel, 2009, p.430). In het begin van de ontwikkeling zijn de onderdelen of subsystemen van het biosysteem onderling nog zeer van elkaar afhankelijk. In deze toestand heeft een verandering in het ene onderdeel (of subsysteem) onherroepelijk (en mogelijk ingrijpende) gevolgen voor het andere onderdeel waaraan het is gerelateerd. (Hogere) hersenfuncties, en de modulaire structuur van de hersenen op latere leeftijd, moeten worden opgevat als het resultaat van het ontwikkelingsproces en niet als het uitgangspunt. (Van der Stel, 2009, p.431).

Adolescenten blijken gevoeliger te zijn voor beloning dan voor straf en tonen een grotere bereidheid tot het nemen van risico's (Crone, 2008). Dat vormt een risico voor het experimenteren met en het continueren van het gebruik van middelen. Risicogedrag zoals middelenmisbruik kan leiden tot hersenbeschadiging. Hoewel nog vaak wordt gedacht dat hersenbeschadiging op jonge leeftijd minder erg is dan op oudere leeftijd, omdat omliggende hersengebieden dan nog makkelijker taken van het beschadigde gebied kunnen overnemen, blijkt dit niet het geval voor alle hersengebieden. Wanneer er wel compensatie optreedt, is deze vaak aan specifieke ontwikkelingsfasen gebonden. Beschadigingen aan de prefrontale cortex kunnen vaak wel – maar vaak slechts partieel – door omliggende hersengebieden opgevangen worden; bij beschadigingen in de amygdala of de orbitofrontale cortex blijkt dit veel minder het geval. De limbische gebieden van de hersenen, en ook de aanliggende gebieden zoals de orbitofrontale cortex, blijken

minder plastisch dan de cortex waardoor beschadigingen blijvende en ernstige gevolgen hebben (bijvoorbeeld in emotie- of gedragsregulatie) (Crone, 2008).

2.3. Fenotype, genotype en endofenotype

Onder een endofenotype[3] verstaan we een intermediair tussen de genetische opmaak (het genotype) en uiterlijke kenmerken, zoals verschijningsvorm of gedrag, aangeduid als het fenotype. Het nut van onderzoek naar endofenotypen is dat het is gericht op de biologische mechanismen die kunnen verklaren hoe variaties in genen (in interactie met de omgeving) kunnen leiden tot verschillende soorten gedrag (Huizink 2010, p.13). Meestal, en dat geldt zeker voor manifest gedrag, oefenen de genen niet rechtstreeks invloed uit op het fenotype, maar via een gemeenschappelijk, intermediair (fysiologisch) mechanisme. Bij endofenotypisch onderzoek richt de aandacht zich op hersendisfuncties, en zijn concepten als 'reward-deficiency' of 'low-alcohol response' relevant. Waar fenotypisch onderzoek naar gedrag en gedragingen vaak symptomatisch van aard is, en genotypisch onderzoek weinig concrete en klinisch toepasbare interventies heeft opgeleverd, richt endofenotypisch onderzoek zich op concrete (fysiologische) processen.

Figuur 1: Schematische weergave van de relatie tussen genetische aanleg (genotype), een biologisch mechanisme (endofenotype), en het gedrag dat onderwerp van onderzoek is (fenotype) (Huizink, 2010).

Een voorbeeld hiervan is de relatie tussen verslaving en stress. Van Wijngaarden-Cremers e.a. (2008) hanteren het Kwetsbaarheid - Risico model. Hierbij spelen drie factoren een rol:

1. een erfelijke kwetsbaarheid;
2. traumatische ervaringen op jonge leeftijd;
3. huidige stress.

Deze drie factoren staan niet los van elkaar. Wanneer een erfelijke aanleg voor impulsiviteit tot uiting is gekomen ('endofenotype') heeft het individu moeite met uitstel van bevrediging en zoekt het steeds sterkere prikkels. Dit verhoogt op zijn beurt de kans op traumatisering, welke in derde instantie de huidige stress verhoogt. Deze ontwikkelings-

3 Belangrijk is om een endofenotype niet lineair voor te stellen in de vorm van een pad dat vertrekt vanuit een gen en eindigt in een complex fenotype, eventueel voorgesteld als 'in interactie' met 'de omgeving', zonder heel concreet te zijn over wat interactie precies behelst en wat in of van de omgeving met wat van het individuele systeem interacteert. Als een zekere fixatie op genen gehandhaafd blijft, zullen we nooit begrijpen hoe (eventueel afwijkende) emergente eigenschappen in biosystemen ontstaan en hoe zoiets complex als (afwijkend) menselijk gedrag ontstaat (Van der Stel, 2009, p. 346-349).

spiraal kan uiteindelijk leiden tot verslavingsgedrag. Impulsieve endofenotypes worden gezien in neuro-ontwikkelingsstoornissen als ADHD, autisme spectrum stoornissen, (oppositionele) gedragsstoornissen en schizofrenie.

3. Interactie en transactie met de omgeving

In aansluiting op paragraaf 2.3 bespreken we in dit hoofdstuk de complexe relatie tussen genetische aanleg en omgeving, en de manier waarop omgeving (m.n. het gezin) kan worden ondersteund om problemen bij kinderen te voorkomen.

3.1. Gen-omgevingsinteracties

Over de invloed van genen en de interactie met de omgeving is nog veel onduidelijk. Jaap van der Stel (2009) meent dat berichtgeving in de media gezorgd heeft voor een te simplistische opvatting van de rol van genen op ons gedrag. De determinerende invloed van genen op gedrag is indrukwekkend zolang het onderzoek geen andere (causale) factoren meeneemt. Worden deze wel meegenomen, dan daalt de bijdrage van genen als verklaring voor een uiteindelijke uitkomst aanzienlijk. De rol van sociaal leren, de invloed van de fysieke omgeving en cultuur zou vaak worden onderschat. Om een juiste inschatting te maken van de rol van genen en van deze laatstgenoemde factoren is een onderverdeling van het begrip erfelijkheid in vier dimensies behulpzaam (Jablonka en Lamb, 2005): een genetische, een epigenetische,[4] een gedragsmatige en een symbolische (culturele) dimensie.

Onderzoekers die een verband willen leggen tussen genen en menselijk gedrag, maken veelvuldig gebruik van het begrip heritabiliteit. Heritabiliteit is een maat voor de proportie van de fenotypische (de zichtbare) variatie van een bepaalde eigenschap. Deze eigenschap houdt verband met genetische verschillen tussen bv. planten, op een bepaalde tijd, en bij een specifieke populatie die leeft in een nauwkeurig omschreven omgeving. Voor het onderzoek bij mensen schiet het begrip tekort (in tegenstelling tot onderzoek bij gewasveredeling). Er kunnen (achteraf) uitspraken aan worden ontleend over de kenmerken van welomschreven populaties. Het is echter niet geschikt om de relatieve rol van genetische en omgevingsvariabelen bij de individuele ontwikkeling te bepalen.

Hoewel onderzoek naar de genetische basis voor verslaving veel interessant inzichten kan opleveren, lijkt de waarde hiervan voor preventie of behandeling vooralsnog gering. De kennis van het genetische profiel heeft waarschijnlijk betrekkelijk weinig voorspellende waarde voor individuen. In dit complexe samenspel van risicofactoren kan een kleine verandering (bijvoorbeeld In de omgeving) al het verschil maken.

Recent Nederlands onderzoek naar de determinanten van de verschillende stadia van alcoholgebruik laat zien dat zowel genen als omgevingsfactoren een rol spelen (Poelen,

4 De term epigenetica heeft betrekking op omkeerbare erfelijke veranderingen in de functie van een gen zonder dat er sprake is van moleculaire veranderingen in het DNA.

2008). Uit analyse van data uit een tweeling-studie wordt geconcludeerd dat in de late adolescentie genetische factoren een grotere rol spelen in de verklaring van de variantie van alcoholgebruik van tweelingparen waarbij de vrienden van beide individuen verschillen in hun alcoholgebruik. Indien het alcoholgebruik van vrienden van de individuele tweelingparen overeenkomt hebben gedeelde omgevingsinvloeden een sterkere invloed in de verklaring van de variantie van alcoholgebruik. Deze bevindingen duiden op een gen-omgevings-interactie, die er op wijst dat de invloed van genen afhangt van de omgevingsfactoren (het alcoholgebruik van vrienden). Uit het onderzoek blijkt ook dat genen een grotere rol spelen dan omgevingsfactoren in het verklaren van verschillen in het vroeg initiëren van alcoholgebruik. De individuele verschillen in de frequentie van alcoholgebruik van 12 tot 15 jarigen blijkt daarentegen voor een groot deel door gedeelde omgevingsinvloeden te worden bepaald (82%). De overige 18% van de variantie wordt verklaard door unieke omgevingsinvloeden, dus genen spelen geen rol in de verklaring van de variantie van frequentie van alcoholgebruik bij vroeg adolescenten die eenmaal begonnen zijn met drinken (Poelen, 2008).

3.2. Contextualiteit

In zijn oratie *Het opvoeden verleerd* beschrijft Jo Hermanns de volgende paradox: aan de ene kant is er een consistente en aanzienlijke toename van zorg en behandeling voor de jeugd en zijn opvoeders. Zo'n 20.000 kinderen verblijven in Nederland in 24-uurs zorg (jeugdzorg, justitiële jeugdinrichting of kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek) en daarnaast nog eens 22.000 kinderen in pleeggezinnen (Pleegzorg Nederland, 2009). Tegelijkertijd blijkt uit verschillende prevalentieonderzoeken

dat de Nederlandse jeugd zich goed ontwikkelt, en dat ook voor klachten over hun opvoeding weinig grond is (Hermanns, 2009, p.13). Hermanns verklaart deze paradox vanuit een aantal ontwikkelingen, waaronder het feit dat veel opvoedproblemen en opgroeiproblemen gedefinieerd worden in termen van psychopathologie, ontwikkelingsstoornissen, handicaps en/of disfunctionele gezinsinteracties. Er is een 'psychopathologisering' van opgroei- en opvoedproblemen. Als voorbeeld noemt Hermanns ADHD, zoals dit wordt gedefinieerd door de Gezondheidsraad:

'Als zich een negatieve spiraal ontwikkelt in de interactie tussen kind en omgeving, bedreigt dit de ontwikkeling van het kind en het psychosociale evenwicht in het gezin en verslechtert de prognose van het kind voor de langere termijn. We spreken dan van attention deficit hyperactivity disorder of ADHD.' (De Gezondheidsraad, 2000, p. 9)

Daarmee is ADHD gedefinieerd als een opvoedingsprobleem, of, beter gezegd, kinderen die van nature beweeglijk, ondernemend en impulsief zijn, vormen een opvoedingsuitdaging. Om deze uitdaging beter aan te kunnen, zijn in sommige gevallen aanwijzingen of hulp door professionals welkom. Het lijkt er echter te vaak op dat niet het opvoeden, maar de behandeling het sturend beginsel wordt (Hermanns, 2009, p.20). Ook criminalisering geeft hij als verklaring: gedrag van kinderen en jongeren wordt door politie en het strafrechtsysteem steeds vaker beschouwd als crimineel gedrag dat moet leiden tot vervolging (Weijers, 2008).

Hermanns pleit ervoor om opvoedproblemen primair als opvoedproblemen te definiëren,

en om gespecialiseerde hulp binnen het systeem van de jongere (in de wijk, school, thuis) aan te bieden en minder in instituties. Hij pleit voor een *community based* aanpak, waarbij een integrale aanpak van niet alleen de preventie maar ook de 'curatie' van opvoed- en opgroeiproblemen op lokaal niveau én door investeringen in de opvoeding zelf wordt gehanteerd. Ook relatief ernstige problemen kunnen vaak nog het best aangepakt worden met 'gewone' niet-gespecialiseerde opvoedingsondersteuning (Hermanns, 2009, p.27).

4. Het belang van een perspectief op jeugdigen

In dit hoofdstuk bespreken we de consequenties van het feit dat de manier waarop problemen zich bij jeugdigen manifesteren en ontwikkelen anders is dan bij volwassenen, en de consequenties van de geconstateerde complexiteit van de problemen die zich bij kwetsbare jongeren kunnen voordoen.

4.1. Ontwikkelingsperspectief

Uit de uiteenzetting in de voorgaande hoofdstukken vloeit voort dat preventieactiviteiten gericht op middelenproblematiek zouden moeten worden ontwikkeld vanuit inzichten uit de verschillende op jeugd gerichte disciplines. Een benadering vanuit de bestaande denkwijzen en programma's gericht op volwassenen schiet tekort. Echter, een specifieke jeugdvisie staat zowel in de verslavingszorg als in de jeugdpsychiatrie in de kinderschoenen, evenals het wetenschappelijk onderzoek naar (verslavings)problematiek bij jeugdigen (Verheij, 2004).

Wel komt er steeds meer ondersteuning voor de visie dat jeugdigen door de ontwikkelingsfase waarin zij verkeren, anders benaderd dienen te worden dan volwassenen. Een van de verschillen tussen jongeren en volwassenen is dat bij jongeren niet uit kan worden gegaan van uitgekristalliseerde diagnostische ziektebeelden, aangezien zij nog volop in een ontwikkelingsfase zitten. Glicken (2009) waarschuwt voor het diagnosticeren van psychische problemen bij jongeren met dezelfde diagnostische kaders als volwassenen. Bepaald gedrag bij jongeren hoeft op zich niet problematisch te zijn: het gaat er vooral om of het optreedt in hevige frequentie, voor langere duur, of op een onverwachts moment in de ontwikkeling. Hierdoor worden problemen makkelijk overgediagnosticeerd. Maar onderdiagnosticering kan bij jongeren ook makkelijk voorkomen: bepaald gedrag dat op zich niet problematisch lijkt, kan wel problematisch zijn als het zich manifesteert op een onverwachts moment in de ontwikkeling, of voor langere duur.

Wat betekenen de constateringen over het ontwikkelingsperspectief voor de invalshoek van deze programmeringsstudie? Bij jongeren moet niet teveel worden gefocust op 'definitieve' diagnostische categorieën (Van der Stel, 2009; Hermanns, 2009; Glicken, 2009). In onderzoek zou aandacht moeten zijn voor onderzoek naar individuele ontwikkelingstrajecten en voor onderliggende mechanismen van afwijkende patronen op systeemniveau (Van der Stel, 2009, p.433).

4.2. Integrale preventie ongezonde leefstijl en gedragsproblemen

Aangezien er niet uitgegaan kan worden van vastgestelde diagnostische categorieën, en veel van de ongezonde leefstijlfactoren samengaan bij dezelfde jongeren, is het aan te bevelen interventies gericht op afzonderlijke leefstijlfactoren bij jongeren in ieder geval onderling af te stemmen, maar bij voorkeur te combineren tot één aanpak (Schrijvers & Schoenmakers, 2008).

Ook als er slechts sprake is of zou zijn van één oorzaak of determinerende factor van een stoornis kan er een waaier aan fenotypen ontstaan, eventueel samen te vatten als een spectrum. Het beïnvloeden van één kenmerk – zoals impulsiviteit – zorgt daarmee niet alleen voor vermindering van het risico op verslaving, maar is ook van belang voor het verminderen van het risico op andere problemen (zoals delinquent gedrag) en stoornissen. Bij het in kaart brengen van interventies die middelenmisbruik en verslaving voorkomen of behandelen moet dus breder worden gekeken dan alleen naar het (potentiële) aanbod van de verslavingszorg. Ook in de praktijk wordt het belang hiervan gezien. Uit de veldverkenning (invitational conferences en interviews) gehouden bij het project Monitor voor de jeugdverslavingszorg (De Weert & Snoek, in press) bleek behoefte aan:

- ontwikkelen van methodieken gericht op meer dan alleen verslaving;
- een geïntegreerd aanbod;
- een volledig aanbod op alle probleemgebieden.

4.3. Vroeg ingrijpen

Juist bij beginnende problematiek is de kans op herstel het meest succesrijk. Als in een eerder stadium wordt ingegrepen, worden gezin en school belangrijke domeinen voor interventies. Voor de hulpverleningspraktijk van pedagogen zal vanuit de visie van Hermanns (2009) ondersteuning van het 'gewone leven' en de zelfregulatie daarin belangrijker worden dan diagnosegestuurde behandeling. Gespecialiseerde hulp moet meer binnen het systeem van de jongere (in de wijk, school, thuis) worden aangeboden en minder in instituties (Hermanns, 2009). Steeds meer wetenschappers pleiten voor een community based aanpak, waarbij een integrale aanpak van niet alleen de preventie maar ook de 'curatie' van opvoed- en opgroeiproblemen op lokaal niveau én door investeringen in de opvoeding zelf wordt gehanteerd (Hermanns, 2009, p.27).

4.4. Aansluiten bij ontwikkeling van de hersenen

Interventies dienen duidelijk boodschappen te bevatten. Onderzoek heeft aangetoond dat adolescenten verbeteren in het nemen van 'goede' beslissingen als het probleem zo simpel mogelijk wordt aangegeven, zonder teveel details. Het heeft geen zin om er op te hopen dat adolescenten zelf de juiste conclusie trekken wanneer ze genoeg informatie hebben ontvangen. Ook moet worden aangesloten bij automatische processen, vaardigheden en motivatie, in de periode die aansluit bij het ontwikkelingstraject van de hersenen. Er kunnen schoolprogramma's ontwikkeld worden die beter aansluiten bij de neurologische ontwikkelingsfase van jongeren. Verschillende gebieden in de hersenen volgen verschillende ontwikkelingstrajecten. Jongeren hebben bijvoorbeeld moeite met planning, afremmen van gedrag, het maken van lange-termijnkeuzes en snel aanpassen aan

veranderende omgeving. Bovendien zijn zij sterk gericht op peers. Richt de interventie ook op die gebieden waar jongeren goed in zijn: creativiteit en vindingrijkheid, muzikaliteit, sport en maatschappelijke betrokkenheid. Adolescenten blijken bovendien gevoeliger voor beloning dan voor straf (Crone, 2008).

4.5. Invalshoek van deze programmeringsstudie

Vanuit de achtergrond zoals geschetst in het eerste deel van deze rapportage is in de literatuur gezocht naar risicofactoren, beschermende factoren en kwetsbare groepen. Hierbij stonden mogelijke clusteringen en samenhang van problematiek of risicofactoren centraal. In Deel II worden risico- en beschermende factoren voor middelenproblematiek beschreven. Verder wordt gekeken hoe deze factoren overlappen met risico- en beschermende factoren voor problemen op andere leefgebieden: psychische problemen, delinquent gedrag en dak- en thuisloosheid. Hieruit zullen specifieke doelgroepen worden afgeleid.

In deel III zal gekeken worden naar wat er bekend is aan effectieve interventies voor deze kwetsbare groepen.

Deel II
Risico- en beschermende factoren, clustering en doelgroepen voor preventie

In deel I beschreven we de gehanteerde visie op groepen jeugdigen die kwetsbaar zijn voor middelenproblematiek en comorbide stoornissen en/of bijkomende (gedrags)problemen. In deel II gaan we, ter voorbereiding op de interventiematrix in deel III, in op de risicofactoren en beschermende factoren voor gebruik en misbruik van middelen en verslavingsgedrag bij jeugdigen. We gaan na in hoeverre deze risico- en beschermende factoren ook samenhangen met problemen op andere gebieden. Op basis daarvan onderscheiden we doelgroepen voor preventie.

1. Risico- en beschermende factoren t.a.v. middelengebruik

In de verslavingszorg wordt vaak gebruik gemaakt van het biopsychosociaal model. Dit gaat ervan uit dat bij verslaving zowel biologische, psychologische als sociale factoren een rol spelen. In de orthopedagogiek hanteert men vaak het ecologisch model van Bronfenbrenner (1979, 1994). Dit plaatst de ontwikkeling van een individu in de context van een systeem van relaties dat deel uitmaakt van zijn of haar omgeving. In het model worden vijf 'omgevingssystemen' onderscheiden: het microsysteem (de onmiddellijke omgeving van het kind, bijvoorbeeld familie, school, vrienden en woonomgeving), het mesosysteem (een systeem bestaande uit de relaties tussen de onmiddellijke omgevingssituaties, bijvoorbeeld tussen de thuissituatie en school), het exosysteem (externe omgevingsfactoren die alleen een indirecte invloed op de ontwikkeling hebben, zoals de werksituatie van een ouder), macrosysteem (de ruimere culturele context, bijvoorbeeld de Westerse cultuur, nationale economie, politieke cultuur, subculturen) en het chronosysteem (de invloed van gebeurtenissen in de omgeving en de fases van de levensloop). In beide modellen is het lastig om de relatie en interactie tussen de verschillende gebieden weer te geven. Dit heeft er mee te maken dat het op de keper beschouwd geen echte modellen zijn, maar visies op de wijze waarop de werkelijkheid kan worden benaderd. In deze studie combineren we beide 'modellen'. We gaan in op de volgende niveaus of domeinen:

- Brede sociale omgeving: maatschappelijke context.
- Institutionele leefomgeving: instituties, school.
- Directe leefomgeving: ouders/gezin, leeftijdgenoten.
- Persoonlijk niveau: genen, persoonlijkheidskenmerken, psychische problemen en gedragsproblemen, gender, culturele/religieuze achtergrond.

Voor al deze niveaus of domeinen bespreken we beschermende en bevorderende facto-

ren. De domeinen zijn overigens niet duidelijk af te bakenen en de processen op het ene niveau of domein zijn sterk met die op het andere gerelateerd.
Zie verder Bijlage 1 voor een totaaloverzicht van de risicofactoren en de beschermende factoren.[5]

1.1. Brede sociale omgeving

In de brede maatschappelijke context spelen de volgende risicofactoren voor gebruik en misbruik van middelen een rol (Matthys, 2006; EMCDDA, 2009):

- Armoede en lage sociaal-economische status.
- Ongunstige buurtkenmerken.
- Grote beschikbaarheid van middelen.
- Lage prijs van middelen.
- Veel reclame voor middelen.
- Lage wettelijk toegestane leeftijd voor het gebruik.

Hoewel armoede geen directe oorzaak is van middelengebruik bestaat er wel een sterk verband tussen de mate van problemen met middelengebruik en sociale en economische ongelijkheid achterstanden. Beleidsmaatregelen die erop gericht zijn armoede, uitsluiting en ongelijkheid terug te dringen, zouden kunnen bijdragen aan het terugdringen van schadelijk drugsgebruik (Shaw e.a., 2007).

Het verband tussen het wonen in probleemwijken en middelengebruik is onduidelijk en heeft vaak betrekking op specifieke middelen. Zo komt heroïnegebruik misschien meer voor in achtergebleven stedelijke gebieden, terwijl cocaïnegebruik vaker gesignaleerd wordt in rijkere wijken en crackgebruik weer in armere wijken. Cannabisgebruik is hoger in welvarende gebieden. Over landelijke gebieden wordt weliswaar een hogere prevalentie van middelengebruik gerapporteerd, maar het gebruik onder adolescenten is daar vaak meer verborgen (EMCDDA, 2008). Een Nederlandse studie wijst uit dat een schadelijk drinkniveau meer voorkomt bij jongens op het platteland dan bij jongens in de stad. In niet-stedelijke gebieden zijn meer drinkgelegenheden (zoals 'drankketen'), terwijl in stedelijke gebieden doorgaans meer centra zijn waar jongeren naar toe kunnen gaan (Schrijvers & Schoenmakers, 2008). Jongeren in de kleine en middelgrote steden drinken vaker overmatig dan hun leeftijdsgenoten in de grote steden. Het verschil is echter niet groot (Junger-Tas e.a., 2008).

De beschikbaarheid van middelen heeft grote invloed op de consumptie door jongeren. De prijs speelt daarbij een belangrijke rol (Meier, 2008) naast de wettelijke leeftijdsgrens (en de naleving daarvan) plus de openingstijden van alcoholschenkende en -verkopende gelegenheden (Wagenaar & Toomey, 2007) en de naleving van leeftijdsgrenzen bij coffeeshops. Ook alcoholreclame hangt samen met alcoholgebruik. Alcoholreclame is gerelateerd aan de startleeftijd van alcoholgebruik en de hoeveelheid drank die gedronken

5 Nagegaan is welke (gemeenschappelijke) risico- en beschermende factoren voor deze (geclusterde) problemen in de literatuur bekend zijn en waarvan met de nodige zekerheid kan worden gesteld dat zij een rol spelen. Dit betekent dat er meer mogelijke factoren zijn, die wellicht in de praktijk al wel herkend worden. Wanneer deze echter niet uit de literatuurstudie naar voren kwamen zijn zij niet in het rapport opgenomen.

jongeren nuttigen (Anderson e.a., 2009). Aangezien er geen reclame voor drugs wordt gemaakt, is hier weinig over bekend.

Beschermende factoren

Een goede sociale controle is een beschermende factor (EMCDDA, 2008). Adolescenten worden in hoge mate beïnvloedt door sociale invloeden, zowel in negatieve als in positieve zin. Sociale controle kan uitgeoefend worden door familie, de schoolomgeving, of vrienden.

Wat het bevorderen van sociale controle (beschermende factor) betreft concludeert Hermanns (2009) dat de tolerantie in de samenleving tegenover de jeugd de afgelopen jaren sterk is afgenomen.[6] Hij pleit er voor om meer aandacht te geven aan de opbouw van een goede maatschappelijk sociaal-pedagogische infrastructuur. Dit houdt in dat gedrag van jongeren niet te snel als overlastgevend wordt gedefinieerd, en dat mensen meer energie steken in jongeren door hen op dingen aan spreken in plaats van de politie te bellen. Gedrag van jongeren zou minder snel gepathologiseerd moeten worden.

1.2. Institutionele omgeving

1.2.1. Instituties

Middelengebruik is sterk positief gecorreleerd met ervaring met institutionele zorg (EMCDDA, 2008). Becker & Roe (2005) definiëren in 'contact zijn geweest met institutionele zorg' als opgenomen geweest zijn in:

1. Pleeggezinnen
2. Kindertehuizen
3. Voorzieningen voor zwerfjongeren of andere vormen van maatschappelijke opvang.

Deze groep vertoont een overlap met jonge delinquenten. Toegevoegd wordt daarom:

4. Justitiële jeugdinstellingen/ -instanties (denk aan JJI's)

Ook in Nederland is dit verband gevonden: bewoners van residentiële voorzieningen vormen een risicogroep voor problematisch gebruik van alcohol en drugs (Monshouwer e.a., 2008). In het gebruik van tabak, cannabis, XTC en cocaïne zijn er verschillen tussen jongeren in het regulier onderwijs en die in de residentiële jeugdzorg. In het regulier onderwijs heeft 23% van de 12- en 13-jarigen wel eens tabak gerookt en 4% wel eens cannabis. Voor de jongeren in instellingen voor jeugdzorg is dat aanzienlijk hoger: 68% heeft op 13-jarige leeftijd al gerookt en 33% wel eens geblowd. Onder de 14- en 15-jarigen die in contact staan met de jeugdzorg is het cannabisgebruik vier keer zo hoog als in het regulier onderwijs (67% versus 17%). Een kwart van de 16-jarigen die in een instelling wonen heeft ooit XTC gebruikt en 18% cocaïne, in het regulier onderwijs is dat in beide gevallen slechts 3% (Monshouwer e.a., 2008).

Een goede en toegankelijke sociale en pedagogische infrastructuur van instituties als onderwijs, zorg en welzijn is een *beschermende factor* voor zowel middelenproblematiek als psychische problemen (EMCDDA, 2008; Postma, 2008).

6 Hermanns (2009) wijst erop dat kritiek op de jeugd van alle tijden is, maar dat er zijns inziens meer aan de hand is dan het gebruikelijke gemopper op de jeugd, namelijk het definiëren van relatief normaal gedrag van jongeren in termen van overlast en risico's.

1.2.2. School

Risicofactoren in het domein school zijn (EMCDDA, 2008):

- Beschikbaarheid van middelen op school (Robbertson e.a., 2003).
- Onveiligheid (Fletcher e.a., 2009; 2008).
- Aan school gerelateerde problemen, zoals spijbelen, schooluitval, lage schoolmotivatie en slechte schoolprestaties ((EMCDDA, 2008, Ter Bogt, 2009, Bergen e.a., 2004).
- Laag schoolniveau (EMCDDA, 2008).

Beschikbaarheid van middelen

De beschikbaarheid van middelen op scholen vormt, gecombineerd met de opvatting dat het gebruik van drugs geaccepteerd is, een risicofactor is voor het starten met middelengebruik (Robbertson e.a., 2003).

Onveiligheid op scholen

Fletcher e.a. (2009; 2008) onderzochten hoe scholen het middelengebruik van jongeren beïnvloeden. Zij onderscheidden drie potentiële wegen van beïnvloeding:

e. Middelengebruik kan een manier zijn om aansluiting te vinden bij een groep medeleerlingen. Dit is vooral belangrijk voor leerlingen die een lage status in de groep hebben of nergens bij horen.
f. Als scholen als onveilig worden ervaren, zoeken leerlingen meer steun bij elkaar. Het middelengebruik faciliteert mogelijkheden om bij een groep te horen.
g. Middelengebruik is een strategie om om te gaan met de angst voor slechte prestaties en om te ontsnappen aan negatieve gevoelens. Dit komt voor bij scholen waar een slecht sociaal steunsysteem bestaat.

Het hebben van schoolgerelateerde problemen, spijbelen, lage schoolmotivatie, slechte schoolprestaties en schooluitval

In verschillende onderzoeken en schoolsurveys is een sterke correlatie gevonden tussen spijbelen en middelengebruik. Ook in een recent onderzoek van het Trimbos-instituut wordt dit verband bevestigd (Ter Bogt e.a., 2009). Zowel spijbelen als middelengebruik zijn verder gecorreleerd met slechte studieprestaties, vroege schooluitval en sociale en gedragsproblemen (EMCDDA, 2008). Het hebben van aan de school gerelateerde problemen voorspelt cannabisgebruik, zowel de initiatie, het experimenteel gebruik als het gewoontegebruik (EMCDDA, 2009). Spijbelen op zich is ook een voorspeller voor cannabisgebruik (Williams e.a., 1999; Henry en Huizinga (2007), alcoholgebruik en roken (Henry en Huizinga, 2007). De relatie tussen middelengebruik en problemen met school is dus complex.

Jongeren met alcoholafhankelijkheid scoren in vergelijking tot niet-drinkende jongeren slechter op een aantal cognitieve taken. Het talig vermogen, aandacht, leren, het geheugen en ruimtelijk inzicht blijven achter. Zwaar drinken op jonge leeftijd kan functionele achterstanden tot gevolg hebben die jongeren hinderen in hun leervermogen en kan negatieve effecten hebben voor het functioneren op school. Het staat niet vast of cannabisgebruik fysieke schade toebrengt die in directe relatie staat tot een verminderd

leervermogen, de aandachtsfunctie of andere cognitieve processen. Het is wel evident dat cannabisgebruik op korte termijn aantoonbare effecten heeft op het cognitieve functioneren van mensen. Tot de directe effecten van blowen behoren een lagere reactiesnelheid, geringer visueel-spatieel concentratievermogen, aandachtsproblemen en een slechter geheugen (Ter Bogt e.a., 2009).
Ook werden zwakkere, maar significante verbanden gevonden tussen middelengebruik (alcoholgebruik, dronkenschap en cannabisgebruik) en slechtere schoolprestaties. Frequent alcoholgebruik en dronkenschap hangen voor zowel jongens als meisjes samen met spijbelen, maar meisjes blijken nog iets kwetsbaarder te zijn dan jongens. Vooral middelengebruikende adolescenten met een havo- of vwo-achtergrond spijbelen meer dan jongeren met een lagere opleiding. Voor jongere adolescenten is middelengebruik sterker gerelateerd aan problemen met school dan bij oudere adolescenten.

Laag schoolniveau
Hoewel uit de studie van Ter Bogt e.a. (2009) blijkt dat bij jongeren op havo en vwo middelengebruik sterker samenhangt met spijbelen dan jongeren met een lager schoolniveau, vormen leerlingen van het speciaal onderwijs (Monshouwer e.a., 2008) en het VMBO (Schrijvers & Schoenmaker, 2008; Risselada & Schoenmakers, 2010) beslist een risicogroep voor problematisch gebruik van alcohol en drugs. Ook de meeste in de veldverkenning geraadpleegde experts geven aan dat jongeren op het VMBO en in het speciaal onderwijs (jongeren met een lager IQ of licht verstandelijke handicap) een risicogroep vormen voor middelenmisbruik en verslaving. Hoe lager het schoolniveau hoe intensiever het gebruik van alcohol en cannabis (Schrijvers & Schoenmakers, 2008; Junger-Tas e.a., 2008; Monshouwer e.a., 2008; Van Dorsselaer e.a., 2007). De houding van de ouders ten aanzien van drinkgedrag blijkt niet te verschillen per schoolniveau (Schrijvers & Schoenmakers, 2008).
De verschillen tussen schoolniveau in het gebruik van harddrugs en paddo's zijn niet significant (Monshouwer e.a., 2008).

Beschermende factoren zijn:
- Een veilige schoolomgeving (school als veilige omgeving) (Fletscher e.a., 2009).
- Anti-middelenbeleid op school (Robbertson, 2003).
- Goede schoolprestaties (EMCDDA, 2008).

Fletcher e.a. (2009) stellen dat veiligheid en geborgenheid op school gebruik en misbruik van middelen onder leerlingen kan voorkomen. Zij pleiten daarom voor interventies die zich inzetten om de veiligheid op scholen te verbeteren door de volgende maatregelen: erkenning van de prestaties van studenten in de zin van het tonen van waardering voor prestaties, ervoor zorgen dat leerlingen het gevoel krijgen 'erbij te horen', het terugdringen van pesten en agressief gedrag, en het aanbieden van extra ondersteuning van leerlingen bij schoolgerelateerde problemen in brede zin. Dit kan verder ondersteund worden met maatregelen om de beschikbaarheid van middelen terug te dringen.
'Binding' (het zich verbonden voelen met school, ouders en gezin) is een determinant die

adolescenten kan beschermen tegen zowel emotionele problemen (zoals gedachten over suïcide), alcohol- en druggebruik, roken en geweldpleging (Resnick e.a., 1997).
Waar de beschikbaarheid van middelen op school een risicofactor vormt, is een goed anti-middelenbeleid op school een beschermende factor (Robbertson, 2003).
Goede schoolprestaties beschermen tegen het ontwikkelen van middelenproblematiek (EMCDDA, 2008).

1.3. Directe leefomgeving

1.3.1. Gezin en ouders

Kinderen in kwetsbare families hebben een groter risico om psychologische en sociale problemen te ontwikkelen waaronder middelengebruik. Het EMCDDA definieert kwetsbare families als families waarvan bij een of meerdere leden sprake is van misbruik of -afhankelijkheid van middelen en/of families met een hoge mate van conflict en geweld. Verder is er vaak sprake van een slechte kwaliteit van de onderlinge relaties of van ernstige economische problemen (EMCDDA, 2008).
Ouders hebben op verschillende manieren invloed op het middelengebruik van hun kinderen: door genetische aanleg die zij onbewust doorgeven, door hun eigen middelengebruik (gebruik tijdens de zwangerschap of hun voorbeeldfunctie), het gezinsklimaat en hun stijl van opvoeden. De volgende gezinskenmerken vormen een risicofactor voor het ontwikkelen van middelenproblematiek bij jongeren:

- Gebrek aan ouderlijk toezicht; ouders tonen weinig betrokkenheid (Stephenson, & Helme, 2006; Oxford e.a., 2001).
- Middelengebruik van ouders of (oudere) broers of zussen (EMCDDA, 2008)
- Lage kwaliteit van de gezinsrelaties; gebrek aan harmonie tussen de ouders (EMCDDA, 2008); een slechte relatie tussen ouders en kinderen (Huurre e.a., 2010).
- Echtscheiding (Huurre e.a., 2010).
- Mishandeling en verwaarlozing van de kinderen door de ouders (EMCDDA, 2008).

Gebrek aan ouderlijk toezicht/geringe betrokkenheid

Uit onderzoek van Van der Vorst (2007) blijkt dat regels van ouders over alcoholgebruik van hun kinderen afhangt van de normen die zie tegenover hun eigen drinkgedrag hanteren. Onverantwoorde normen en veel alcoholgebruik van de ouders hangen samen met minder strenge regels ten aanzien van het gebruik door de kinderen.
Een 'betrokken' opvoedingstijl vormt een beschermende factor voor roken of cannabisgebruik (Stephenson & Helme, 2006). Prosociale familieprocessen (verantwoorde regels, toezicht en verbondenheid) hebben een significant negatief effect op de vriendenkeuze van jongeren in de zin dat zij zich minder inlaten met leeftijdgenoten met antisociale normen. Ook is er een significant negatief effect op initiatie van middelengebruik (Oxford e.a., 2001). Teveel keuzevrijheid, zonder sturing (volledig zelf mogen kiezen welke kleren je draagt, wat je eet, wanneer je gaat slapen en hoeveel tv je kijkt) voorspelt bij jongens dat het experimenteren met middelen overgaat naar gewoontegebruik. Een betrokken moeder, die problemen op school en persoonlijke problemen bespreekt, voorspelt het stoppen met gewoontegebruik van cannabis voor zowel jongens als meisjes (Van den Bree e.a., 2005).

Middelengebruik van ouders of (oudere) broers of zussen
Het hebben van familieleden die misbruik maken van middelen is behalve een sociale ook een genetische risicofactor voor het ontwikkelen van aan middelen gerelateerde problemen bij jongeren. Prenatale blootstelling aan middelen heeft verregaande gevolgen voor de neuro-cognitieve ontwikkeling (Matthys e.a., 2006). Uit internationaal onderzoek blijkt dat kinderen van middelenafhankelijke ouders een groter risico hebben op middelengebruik, misbruik en afhankelijkheid in hun adolescentie (Sumnall e.a., 2006). De relatie tussen gebruikende ouders, gebruikende broers en zussen en middelengebruik van adolescenten wordt bepaald door de opvoeding, sociale overdracht, sociale omstandigheden (het delen van dezelfde risico-omgeving) of een genetisch component. Jongeren met gebruikende ouders of broers of zussen lopen dus op verschillende manieren een risico om zelf problematisch middelengebruik te ontwikkelen (EMCDDA). Van Meurs, Rees, Verhulst & Van der Ende (2009) onderzochten de intergenerationele transmissie van probleemgedrag in een longitudinale studie waarin kinderen 24 jaar gevolgd werden. Veel vormen van probleemgedrag bij kinderen werden voorspeld door het gedrag van hun ouders toen deze zelf kind waren. Dit geldt zowel voor internaliserend als federaliserend probleemgedrag, als de totale probleemscore.

Lage kwaliteit van gezinsrelaties/gezins- en echtelijke disharmonie/ slechte relatie tussen ouders en kinderen/scheiding van ouders
Het hebben van gescheiden ouders is een risicofactor voor het starten van gebruik en misbruik van middelen en het ontstaan van afhankelijkheid daarvan bij jongeren (Huurre e.a., 2010; Hoffmann, 1995). Zo vonden Tomcikova e.a. (2009) dat de scheiding van hun ouders een sterker effect heeft op de toename van dronkenschap bij jongeren gebrek aan ondersteuning van de ouders of een lage sociaal-economische status. Maar ook een lage kwaliteit van gezinsrelaties is een risicofactor voor het ontwikkelen van middelenproblematiek (EMCDDA, 2008).

Mishandeling en verwaarlozing
Mishandeling en verwaarlozing zijn risicofactoren voor het ontwikkelen van middelenproblematiek bij jongeren (EMCDDA, 2008). Zowel jongens als meisjes die op jonge leeftijd seksueel zijn misbruikt hebben vier keer zoveel kans op problematisch middelengebruik in vergelijking met niet-misbruikte leeftijdgenoten (Bergen e.a., 2004).

Beschermende factoren
Beschermende factoren in het domein gezin zijn geclusterd rond twee kenmerken:
- Warme en sociale familie-omgeving, prosociale familieprocessen, goede band tussen adolescenten en hun ouders (EMCDDA, 2008; Oxford e.a., 2001)
- Toezicht van ouders, duidelijke regels en betrokkenheid (autoritatieve opvoeding) (EMCDDA, 2008; Stephenson & Helme, 2006; Oxford e.a., 2001)
- Een goede sociale binding (het zich verbonden voelen met school, ouders en gezin) (EMCDDA, 2008)
- Positieve externe steunsystemen (EMCDDA, 2008)

Een warme en ondersteunende familie-omgeving, die wordt gekenmerkt door een sterke band tussen familieleden en weinig conflicten, voorspelt een lager risico op het ontstaan van middelengebruik gedurende de adolescentie. Goede ouderlijke ondersteuning en supervisie, gekenmerkt door duidelijke familieregels over het gedrag van de kinderen die nauwkeurig nageleefd moeten worden, reduceert waarschijnlijk significant het gebruik middelen (EMCDDA, 2008).
Een goede sociale binding met ouders, gezin en school is een beschermende factor voor het ontwikkelen van middelenproblematiek en verslavingsgedrag (EMCDDA, 2008).

1.3.2. Leeftijdgenoten

De volgende kenmerken met betrekking tot leeftijdgenoten vormen risicofactoren voor middelenproblematiek:

- Middelengebruik van leeftijdgenoten of oudere broers of zussen (EMCDDA, 2008).
- Attitude en gedrag van leeftijdgenoten (positieve normen ten opzichte van deviant gedrag en middelengebruik van leeftijdgenoten) (EMCDDA, 2008).
- Persoonlijke goedkeuring (overname van afwijkend of antisociale normen en gedrag) (EMCDDA, 2008).
- Positieve verwachtingen van middelengebruik (EMCDDA, 2008).
- Delinquentie van leeftijdgenoten (EMCDDA, 2008).
- Vaak uitgaan van jongeren (EMCDDA, 2008).

Onderzoeken naar de sociale oriëntatie bij jongeren hebben aangetoond dat in de jonge leeftijdsgroep (tot ongeveer 14 jaar) kinderen een groot gedeelte van hun vrije tijd besteden aan gezamenlijke activiteiten met hun ouders. Het contact met leeftijdgenoten is relatief laag en bestaat vooral uit samen dingen doen (gezamenlijke hobby, buitenspelen, naar een sportclub), en minder uit diepe gesprekken, discussies en intimiteit. In de adolescentie verandert dit patroon sterk. Jongeren brengen dan veel minder tijd met hun ouders door en veel meer met leeftijdgenoten. Het type activiteiten met leeftijdgenoten verandert: zij vinden het belangrijker om met elkaar van gedachten te wisselen en te discussiëren en de vriendschappen worden persoonlijker en intiemer (Crone, 2008, p.123). Observatieonderzoek toont aan dat het adolescenten meer gericht zijn op goedkeuring van vrienden dan bij jongere kinderen het geval is. Voor adolescenten is het heel belangrijk om met leeftijdgenoten contacten aan te gaan (Huizink, 2010).
Vanzelfsprekend neemt de invloed van leeftijdgenoten dan ook toe in de adolescentie, ook waar het gebruik van middelen betreft. Maar hoe de relatie tussen middelengebruik en contacten met leeftijdgenoten die middelen gebruiken verloopt wordt nog onderzocht. Zo is het aangetoond dat jongeren vaak vrienden selecteren die op henzelf lijken. Hierdoor is het onduidelijk of de invloed van leeftijdgenoten op middelengebruik direct is (een jongere zonder nieuwsgierigheid naar middelengebruik raakt nieuwsgierig naar middelengebruik door gebruikende vrienden), of dat middelengebruikende jongeren middelengebruikende vrienden uitkiezen (Huizink, 2010). Larsen e.a. (2010) vonden wel aanwijzingen van (onbewuste) imitatie: als in een nagebootste bar (barlabaratorium) een jongere undercover meedoet met de instructie om zelf veel te drinken en in een

redelijk tempo, wordt dit door de andere jongeren in de groep nagedaan.

Het EMCDDA (2009) noemt de volgende factoren die middelengebruik van adolescenten voorspellen: attitudes van leeftijdgenoten (positieve normen tegenover deviant gedrag), gedrag van leeftijdgenoten (gebruik van middelen en deviant gedrag) persoonlijke goedkeuring (adoptie van de deviante normen), positieve verwachtingen ten opzichte van het effect van middelen en delinquentie van leeftijdgenoten (Preston & Goodfellow, 2006; Barnow e.a., 2004). Cannabisgebruik van vrienden en oudere broers of zussen houdt verband met cannabisgebruik van adolescenten (Kokkevi e.a., 2007).

Vaak uitgaan
Een groot deel van de avonden besteden aan uitgaan houdt verband met gemiddeld hoger middelengebruik bij adolescenten (EMCDDA, 2008; Kokkevi e.a., 2007).

Beschermende factoren
Beschermende factoren met betrekking tot peers zijn:

- goede zelfregulatie (Creemers e.a., 2009; 2010/in progress)

Recent Nederlands onderzoek komt tot de conclusie dat een hoge mate van zelfregulatie en hoge-sensitiviteit voor genot het risico voor lifetime cannabisgebruik niet direct beinvloedde maar *via* contact met cannabis-gebruikende leeftijdgenoten (Creemers e.a., 2009; 2010/in progress). Adolescenten met een hoge mate van zelfregulatie waren minder geneigd in contact te treden met cannabis-gebruikende leeftijdgenoten; degenen met een hoge-sensitiviteit voor genot hadden meer contact met leeftijdgenoten die cannabis gebruikten.

1.4. Persoonlijk niveau

1.4.1. Genen, hersenen en invloed hierop van de omgeving

Genen
Het aandeel van erfelijkheid in de vatbaarheid voor middelenmisbruik en afhankelijkheid wordt geschat op 40 tot 60% (Matthys e.a., 2006), hoewel het vanuit complexiteitsperspectief aanvechtbaar blijft in hoeverre er dergelijke schattingen gemaakt kunnen worden (zie deel I hoofdstuk 3). Op genetische risicofactoren wordt in deze rapportage niet apart ingegaan, omdat er (nog) geen aanknopingspunten voor interventies uit af te leiden zijn. De consequenties van kennis die er is over ontwikkelingsfasen van hersenstructuren en neurotransmittersystemen worden hieronder beschreven.

Hersenen
Algemeen
Hersenonderzoek heeft zich de laatste jaren gericht op het in kaart brengen van hersenstructuren en neurotransmittersystemen. Dit heeft enig inzicht gegeven in de hersengebieden die een rol spelen bij aanleg of ontwikkelen van problematisch middelengebruik, en waarschijnlijk ook andere psychische stoornissen. De volgende algemene risicofacto-

ren worden genoemd:

- Moleculair genetisch: afwijkingen in de 5-HT1B receptor, μ-opioïd receptor, CB1 cannabinoïdreceptor, metabotrope glutamaat receptor mGluR5, CABRA2 en COMT (bijv. CHRM2). (Matthys e.a., 2006)
- Neurotransmitter systemen: afwijkingen in de volgende systemen en receptoren: dopamine, serotonine, opioïden, glutamaat, GABA, cannibinoïden. (Matthys e.a., 2006)
- Hersenstructuren: afwijkingen in het mesolimbisch dopamine systeem, prefrontale cortex, striatum, amygdala. (Matthys e.a., 2006)

Adolescentie als risicovolle periode

Recent neurobiologisch onderzoek heeft aangetoond dat de anatomische en functionele ontwikkeling van de hersenen zich ver in de adolescentie doorgaat. De neuronale en hormonale veranderingen in de adolescentie dragen ertoe bij dat adolescenten kwetsbaar zijn voor (de gevolgen van) gebruik en misbruik van middelen. Adolescenten experimenteren volop met nieuwe, vaak riskante sociale gedragingen. Risico's treden op door een toename in impulsief gedrag dat vanwege de nog niet voltooide ontwikkeling van de hersenen nog niet adequaat beheerst kan worden. Naast allerlei gedragsveranderingen, vindt er zoals gezegd in de adolescentie een breed scala aan neuronale en hormonale veranderingen plaats. Enigszins reductionistisch en gesimplificeerd kan dit proces als volgt beschreven worden: het vrijkomen van verhoudingsgewijs veel meer dopamine (dat vooral bij beloning en motivatie betrokken is) dan serotonine (dat een belangrijke rol speelt bij impulscontrole), in de hersenen en in cerebro-spinale vloeistof tijdens de adolescentie zou wellicht een aanwijzing kunnen zijn voor het anders functioneren van de betrokken hersensystemen, wat het gebruik van verslavende middelen door adolescenten in de hand kunnen werken. Adolescenten zijn minder gevoelig dan volwassenen voor de directe negatieve gevolgen van middelen (zij ervaren minder acute gevolgen van middelengebruik), terwijl aan middelen gerelateerd leergedrag (waarin middelen geassocieerd worden met beloning), juist sterker is bij adolescenten (Matthys e.a., 2006). Kortom de negatieve gevolgen worden minder sterk ervaren, en de positieve juist sterker.

De prefrontale cortex is bij adolescenten nog volop in ontwikkeling (Crone, 2008). Dit betekent (weer enigszins gesimplificeerd) dat adolescenten in vergelijking met volwassenen moeite hebben met de volgende taken:

- Werkgeheugen: planning.
- Inhibitie: op tijd kunnen stoppen of remmen van gedrag.
- Flexibiliteit: snel kunnen aanpassen aan een veranderende omgeving.

In de puberteit raken die delen in de hersenen die te maken hebben met emoties en beloning hypergevoelig, terwijl het regulatiesysteem (de executieve functies waarvoor de prefrontale cortex essentieel is) nog niet in staat is om deze gevoeligheid onder controle te houden. Het is pas in de volwassenheid dat deze twee systemen goed op elkaar afgestemd raken. Dit zorgt ervoor dat jongeren (Crone, 2008):

- eerder voor korte-termijn winst dan voor lange-termijn winst kiezen;
- risicosituaties anders inschatten dan volwassen;
- hun gedrag sterker laten beïnvloeden door belonende situaties dan volwassenen;

- een focus hebben op mogelijk positieve uitkomsten.
  Als adolescenten in een niet-emotioneel prikkelende omgeving zijn kunnen zij risico's goed inschatten en redeneren over mogelijke uitkomsten. Zodra er echter een vooruitzicht is op een beloningsgevoel dan worden de delen van de hersenen die te maken hebben met beloning hyperactief. Het waarschuwingsgevoel rijpt langzaam en komt pas op gang in de late adolescentie (Crone, 2008).
  Voor een uitgebreidere beschrijving van de ontwikkeling van hersenen in de adolescentie, zie bijlage.

  Met betrekking tot risico's tijdens de adolescentie zijn *early onset* en hieraan verbonden het ontstaan van automatische processen nog twee belangrijke factoren om rekening mee te houden. Deze worden hieronder toegelicht.

  Early onset: vroeg beginnen met gebruiken
  Drugsgebruik op jonge leeftijd kan snel tot verslaving leiden (Rigter 2006); jongeren die veel drank tot zich nemen en vroeg beginnen met drinken, kunnen afhankelijk raken (De Wit e.a., 2000; Grant e.a., 2006; 1998). Hingson (2009) toonde aan dat jongeren die vroeg beginnen met drinken niet alleen meer kans hebben om afhankelijk te raken van het middel, maar ook sneller afhankelijk raken.
  Ook Boelema e.a. (2009) vonden sterke aanwijzingen voor een verband tussen vroeg beginnen met alcoholgebruik en alcoholproblematiek in het latere leven. Dit zou een oorzakelijk verband kunnen hebben, hoewel er ook veel aanwijzingen zijn dat genetische kenmerken, omgevingskenmerken (opvoedgedrag, alcoholproblematiek ouders) en individuele kenmerken (probleemgedrag van jongeren) van invloed zijn op zowel een jonge beginleeftijd als op latere alcoholproblematiek.

  Automatische processen
  Wiers (2006) maakt onderscheid tussen gecontroleerde en automatische processen. Verslavingsgedrag wordt beïnvloed door twee verschillende soorten processen: automatische, veelal affectieve processen en gecontroleerde, veelal regulerende processen. Cruciaal bij het ontstaan van verslavingsgedrag is dat beide processen veranderingen ondergaan als gevolg van het (beginnende) verslavingsgedrag. De automatische affectieve associaties worden steeds sterker door neuro-adaptaties in de hersengebieden die met emotie en motivatie te maken hebben (sensitisatie, Robinson & Berridge, 1993; 2003).
  Recent onderzoek toont aan dat alcohol en veel andere middelen gecontroleerde, regulerende processen sterk negatief beïnvloeden, terwijl ze automatische processen versterken. Verder is gebleken dat dit sterker het geval is wanneer het middelengebruik in de adolescentie plaatsvindt, waarschijnlijk omdat de hersengebieden die met de regulatie van emotie en motivatie te maken hebben dan nog volop in ontwikkeling zijn (Dahl & Spear, 2004). Waar dus het eerste contact met het middel vaak nog als vrije keuze wordt ervaren, neemt naarmate het middelengebruik toeneemt de mogelijkheid af om dit gedrag in de toekomst nog te kunnen reguleren, aangezien de automatische processen toe-, en de regulerende processen afnemen.

Wanneer jongeren beginnen met middelengebruik zijn zij nog wel in staat om dit gebruik te reguleren. Wat echter ontbreekt, is de motivatie om dit te doen. Wanneer het gebruik zich ontwikkelt tot verslavingsgedrag en de negatieve gevolgen duidelijker worden (en door de jongeren ook toegeschreven worden aan het verslavingsgedrag), zal de betrokkene meer gemotiveerd worden om het gedrag te veranderen. Tegelijkertijd is het op dat moment moeilijker is geworden om het gedrag te veranderen, vanwege de sterkere automatische neiging tot herhaling van het gedrag en het afgenomen vermogen om te reguleren.

Figuur 2. Model van het begin van verslavingsgedrag (Wiers, 2006)

Figuur 3. Model van de aanpassingen in automatische en gecontroleerde processen in een verder gevorderd stadium van verslaving (Wiers, 2006)

Endofenotypen, stress
Stressgedrag is gerelateerd aan een complexe relatie tussen hersenen en bijnieren (de HPA-as) (Huizink, 2010). Ernstige of chronische stress is een risicofactor voor verslaving. Kortdurende stress bevordert terugval in afhankelijkheid na een periode van onthouding (Huizink e.a., 2004).

Beschermende factoren
Er zijn geen beschermende factoren gevonden.

1.4.2. Persoonlijkheidskenmerken

Risicofactoren met betrekking tot persoonlijkheidskenmerken zijn:

- Angstgevoeligheid ('Anxiety sensitivity', Conrod e.a., 2006)
- Gevoelens van hopeloosheid ('Hopelessness', Conrod e.a., 2006)
- Negatief denken ('Negative thinking', Conrod e.a., 2006)
- Sensatie zoekend ('Sensation seeking', Conrod e.a., 2006)
- 'Nieuwsgierig naar nieuwe dingen', vooral als dit samengaat met een lage score op 'vermijden van schade' ('Novelty-seeking' , 'harm avoidance', Matthys e.a., 2006)
- Impulsiviteit (Huurre e.a., 2010)
- Lage eigenwaarde (geldt alleen voor jongens) (Huurre e.a., 2010)
- Hoge sensitiviteit voor genot (Creemers e.a., 2010)

Angstgevoeligheid, gevoelens van hopeloosheid, negatief denken, sensatie zoekend
Naast hopeloosheid en negatief denken onderscheiden Conrod e.a. (2006) ook gevoeligheid voor angst *(anxiety sensitivity)* als een belangrijk persoonlijkheidskenmerk met een risico op middelengebruik. Een angstig karakter lijkt samen te hangen met middelenproblematiek op latere leeftijd (Conrod e.a., 2008).
Individuele verschillen in persoonlijkheidskenmerken hangen mogelijk samen met een andere gevoeligheid voor de specifieke eigenschappen van diverse middelen. Bovendien ontwikkelen verschillende persoonlijkheidstypen andere gebruikspatronen, psychopathologie, motieven voor gebruik en (maladaptieve) copingstrategieën. De effecten van de middelen worden ook anders ervaren door personen die tot een bepaald persoonlijkheidsype behoren. In dit kader zijn vooral een angstig karakter en een sensatie-zoekend karakter uitgebreid onderzocht. Het beoogde effect voor sensatiezoekers is vooral het plezier. Zij drinken vaker dan anderen doelbewust om dronken te worden. Dat maakt hen kwetsbaar voor een gebruikspatroon met hoge hoeveelheden (bingedrinking). De angstgevoelige persoonlijkheden waarderen vooral de sederende effecten van middelen. Deze helpen hen minder angstig te zijn om 'ergens bij te horen' of bij andere problemen. Bij deze personen komt ook vaker psychische comorbiditeit voor. Waar voor mensen met een sterke sensatie zoekende behoefte de middelen vooral een positieve uitkomst hebben, is dit voor de mensen met een hoge angstgevoeligheid eerder gericht op het voorkomen van een negatieve uitkomst. Middelengebruik maakt bij mensen in beide subgroepen dus deel uit van een andere copingstrategie (Stewart e.a., 2005). In de groep mensen met een verhoogde gevoeligheid voor angst komt vaker aan middelengerela-

teerde problematiek voor, ofschoon ze relatief minder middelen gebruiken dan degenen die behoren tot de sensatiezoekende groep. Tabel 8 vat dit samen.

Novelty-seeking
Kinderen die met 11 jaar hoog scoorden op een test voor 'novelty seeking' en laag op 'harm avoidance' blijken een verhoogde kans te hebben op een vroeg beginnende alcoholafhankelijkheid (Matthys e.a., 2006).

Tabel 9. Samenhang van persoonlijkheidskenmerken met motieven voor middelengebruik, copingstrategieën, effecten van middelen, risicogedrag en bijkomende comorbiditeit.

Persoonlijkheids-kenmerk	Motief/coping-strategie	Gewenst effect van het middel	Gebruikers-patroon	Bijkomende comorbiditeit
Anxiety sensitivity/ angst-gevoelig	Negative reinforcement/ negatieve bevestiging	Sederend	Problemen bij relatief lagere hoeveelheden	Paniek-stoornissen
Sensation seeking	Enhancement verrijking	Stimulerend	Bingedrinking	Antisociale gedragsstoornissen verder weinig bijkomende comorbiditeit

Bron: Gebaseerd op studies van Stewart, Comeau & Conrod (2001; 2005; 2006)

Impulsiviteit en lage eigenwaarde
Franken e.a. (2006) stellen dat de notie van impulsiviteit opgesplitst moet worden in twee categorieën: een hoge gevoeligheid voor beloning (hetgeen leidt tot impulsiviteit) en impulsiviteit zonder meer.
Huurre e.a. (2010) noemen naast de bovenstaande kenmerken nog impulsiviteit en lage eigenwaarde als persoonlijkheidskenmerken die een risicofactor vormen voor middelengebruik. Lage eigenwaarde zou alleen voor jongens gelden.
Jongeren met een lastig temperament (vertonen van hoge mate van activiteit, sociale terugtrekking of starheid) (Weinberg, 2001), een laag zelfvertrouwen (Pumariega, 2004) of jongeren die stressgevoelig zijn (Zucker e.a., 2007) drinken over het algemeen meer alcohol en hebben meer kans op alcoholmisbruik.
Uit een Nederlands onderzoek (Engels e.a., 2006) onder jongeren tussen de 12 en de 18 jaar naar de reputatie in een peer-group in relatie tot alcoholgebruik en roken, bleek dat er twee categorieën konden worden onderscheiden van adolescenten die meer drinken en roken dan anderen: degenen die gezellig en zelfverzekerd waren en degenen die onzeker en agressief waren. Dit komt overeen met het onderscheid tussen positieve bevestiging (drinken omdat het je plezier verhoogt) en het voorkomen van negatieve

uitkomsten (drinken om erbij te horen en om negatieve gedachten te verdrijven).

Hoge sensitiviteit voor genot, zelfcontrole
Creemers e.a. (2009; 2010; in progress) onderzochten de rol van verschillende temperament eigenschappen (hoge-sensitiviteit voor genot, verlegenheid, angstig-zijn, frustratie en zelfregulatie) op lifetime cannabisgebruik en het ontwikkelen van regelmatig cannabisgebruik, en de invloed van cannabis gebruikende peers. De auteurs komen tot de conclusie dat een hoge mate van zelfregulatie en hoge sensitiviteit voor genot het risico voor lifetime cannabisgebruik beïnvloedde via contact met cannabis gebruikende peers. Adolescenten met een hogere mate van zelfregulatie zijn minder geneigd in contact te gaan met cannabis gebruikende peers; degenen met een hogere mate van hoge-sensitiviteit voor genot hadden meer contact met peers die cannabis gebruikten. Verlegenheid leek het risico op cannabisgebruik te verminderen, onafhankelijk van cannabisgebruik van peers. Alleen zelfregulatie was geassocieerd met het ontwikkelen van regelmatig cannabisgebruik.
Andere studies bevestigen het belang van zelfcontrole. Lage zelfcontrole leidt vaker tot heftige gebeurtenissen in het leven en tot contacten met leeftijdgenoten met waarden die afwijken van de norm, zoals middelengebruik (Wills e.a., 2001). Een lage zelfcontrole hangt ook samen met meer delinquent gedrag (Gottfredson & Hischi, 1990).

Beschermende factoren
Beschermende factoren zijn:
- Gevoel van eigenwaarde (EMCDDA, 2008).
- Goede zelfcontrole (Wills e.a., 2001).

Persoonlijke eigenschappen zoals een gevoel van eigenwaarde zijn beschermende factoren voor het ontwikkelen van middelenproblematiek. Goede zelfcontrole hangt samen met betere schoolprestaties en heeft effect op minder middelengebruik van leeftijdgenoten (of minder omgaan met leeftijdgenoten die middelen gebruiken) en van de adolescenten zelf (Creemers e.a., 2009; 2010).

1.4.3. Psychische en gedragsproblemen
Het EMCDDA (2010) beschrijft twee typen psychopathologie die samenhangen met middelenproblematiek: externaliserende stoornissen (zoals conduct disorder, agressief gedrag en delinquentie) en internaliserende stoornissen (zoals angststoornissen en depressie). Psychische problemen kunnen zowel voorafgaan aan als volgen op middelengebruik. Een premorbide psychiatrische stoornis in de kinderleeftijd en vroege adolescentie vormt een risicofactor voor het ontwikkelen van middelenproblematiek (Matthys e.a., 2006; Armstrong e.a., 2002; Verdurmen e.a., 2005). Het risico is het grootst bij een oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornis (Matthys e.a., 2006).

Psychische problemen die een risicofactor vormen:
- Agressief gedrag in de kinderleeftijd, zeker als het deel uitmaakt van een antisociale

gedragsstoornis (EMCDDA, 2010)
- Oppositioneel opstandig gedrag en antisociale gedragsstoornis (EMCDDA, 2010)
- Delinquent gedrag (EMCDDA, 2010)
- ADHD, vooral als het samengaat met conduct disorder (EMCDDA, 2010)
- Depressieve symptomen (Huurre e.a., 2010)
- Angststoornissen (EMCDDA, 2010)
- Eetstoornis (Hulshoff e.a., 2009)
- Psychotische stoornissen (EMCDDA, 2007)

Er is weinig bekend over psychische stoornissen die beschermen tegen middelengebruik, en ook nog lang niet alle psychische stoornissen zijn onderzocht op hun relatie met middelengebruik. Bovendien is comorbiditeit vaak eerder regel dan uitzondering, en is er sprake van het samengaan van meerdere psychische stoornissen.

Oppositioneel opstandig gedrag, antisociale gedragsstoornis, agressief gedrag

Er komen bij gedragsstoornissen drie groepen symptomen voor:
- oppositioneel (verzet tegen leiding van volwassenen);
- agressief (zichzelf of anderen schade toebrengen);
- antisociaal/conduct disorder (liegen, stelen, delinquent gedrag).

Alle drie de groepen symptomen vormen een risicofactor voor het ontwikkelen van middelenproblematiek (EMCDDA, 2010).

Delinquent gedrag

Steeds meer onderzoeken tonen een verband aan tussen middelengebruik en delinquent gedrag (D'Amico, Edelen, Miles & Moral, 2007). Over de aard van deze relatie bestaat echter nog geen uitsluitsel. Ten eerste kan middelengebruik voorafgaan aan delinquent gedrag, omdat veel middelen drempelverlagend werken en angst wegnemen (Van Dijk e.a., 2006; Burnett, 2004; Loeber & Hay, 1997). Ten tweede kan delinquent gedrag ook voorafgaan aan middelengebruik: jongeren komen vaak pas na het begin van een criminele carrière in contact met middelen vanwege het middelengebruik in de delinquente subcultuur (Maruna, 2001). Ten derde kunnen gemeenschappelijke factoren ten grondslag liggen aan delinquentie en risicovol middelengebruik (D'Amico e.a., 2008). Het kan dan gaan om een bepaalde genetische aanleg (Dick e.a., 2008; Virkkunen e.a., 1995; Van der Heiden-Attema & Bol, 2000), bepaalde persoonlijkheidskenmerken (impulsiviteit en sensation seeking) (Bijleveld e.a., 1998; Heaven, 1996; Castellanos & Conrod, 2006; Conrod e.a., 2006) of een problematische thuissituatie (Maruna, 2001). Ten vierde kunnen middelengebruik en delinquentie elkaar versterken in een patroon van wederzijdse veroorzaking (Loeber, Slot & Sergeant, 2001). Kortom, net als naar voren kwam bij meer verbindingen die in dit rapport worden gelegd, is het verband tussen middelengebruik en delinquentie complexer dan simpelweg een causale relatie.

Delinquent gedrag kent net als middelengebruik een piek in de adolescentie. Delinquent gedrag neemt sterk toe tot ongeveer het 20e levensjaar. Daarna blijkt crimineel gedrag weer af te nemen (Van Koppen e.a., 2001).

In onderzoek in Amerikaanse en Nederlandse justitiële jeugdinrichtingen had driekwart

ook psychische problematiek. Hiervan had 24% een internaliserende stoornis (angst en depressie) en 74% een externaliserende stoornis (ADHD, gedrag) (Couwenbergh, 2009).

ADHD

ADHD is een risicofactor voor middelenafhankelijkheid. Volwassenen die al vanaf hun kindertijd ADHD hebben, ontwikkelen twee keer zo vaak een verslaving als vergelijkbare personen uit de algemene bevolking. De symptomen van ADHD kunnen versterkt of juist onderdrukt worden door middelengebruik (Hulshoff e.a., 2009).

De relatie tussen ADHD en middelenproblematiek kan rechtstreeks zijn, of te maken hebben met de bij ADHD behorende gedragsproblemen. In elk geval is er, net als bij andere psychische stoornissen, een combinatie van genen, cognitieve problemen, hersenstructuren en hersenfuncties bij betrokken. Maar wat oorzaak en gevolg is, is nog grotendeels onduidelijk (Mannuzzat e.a., 2008), en gezien de recente inzichten in complexe samenhang is deze vraag wellicht ook niet relevant.

Bij mensen met ADHD is vaak sprake van comorbiditeit met conduct disorder en antisociale gedragsstoornissen, die eveneens een sterke voorspeller zijn voor middelengebruik (Schubiner e.a, 2000). Pardini e.a. (2007) vonden na controle voor overige psychopathologie geen relatie meer tussen ADHD en middelengebruik. Ook Linskey en Hall (2001) stellen dat de relatie tussen ADHD en middelengebruik statistisch verklaard kan worden door de relatie tussen ADHD en conduct disorders.

Fergusson en collega's (2007) vonden als uitzondering hierop cannabismisbruik: hier leek de relatie tussen ADHD en cannabisgebruik niet via een conduct disorder te lopen, maar direct.

Fergusson en collega's (2007) testten drie modellen voor de relatie tussen conduct disorders, aandachtsproblemen en middelenproblematiek:

1. Conduct disorders en aandachtsproblemen zijn weerspiegelingen van een meer algemene dimensie van externaliserend gedrag die een risicofactor vormt op middelengebruik.
2. Conduct disorders en aandachtsproblemen zijn twee losstaande stoornissen, waarbij conduct disorders middelenproblematiek beïnvloeden.
3. De combinatie van conduct disorders en aandachtsproblemen samen beïnvloedt het middelengebruik.

Zij vonden steun voor de tweede hypothese.

Depressieve stoornissen en symptomen

Depressieve stoornissen zijn verbonden met alcoholmisbruik en –afhankelijkheid en cannabisafhankelijkheid. Er is een positieve statistische relatie tussen depressie en suïcide pogingen en middelengebruik (EMCDDA, 2010). Jongeren die onder invloed van middelen zijn hebben een verhoogd risico op een (gelukte) suïcidepoging (Griswold e.a., 2008). Conrod e.a. (2006) noemen in hun onderzoek persoonlijkheidsrisicofactoren voor alcoholmisbruik, waaronder het gevoel van hopeloosheid en negatief denken *(hopelessness; negative thinking)*. Depressie komt ook vaak voor in combinatie met angststoornissen, wat ook een risicofactor voor middelenproblematiek vormt.

Angststoornissen
Bekend is dat angststoornissen vaak voorkomen bij mensen met middelenmisbruik of -afhankelijkheid en omgekeerd: middelenmisbruik en -afhankelijkheid komt vaak voor bij mensen met een angststoornis (Wittenberg, 2007; Schadé e.a., 1998; Kushner e.a., 2000). Een posttraumatische stressstoornis is een angststoornis die meer voorkomt bij vrouwen die middelenafhankelijk zijn dan bij mannen die middelenafhankelijk zijn. Traumatische ervaringen en posttraumatische stressstoornissen vormen een risicofactor voor problematisch middelengebruik. Jongeren die als kind ernstige traumatische ervaringen hebben gehad, hebben twee- tot viermaal meer kans om al in hun adolescentie een verslaving te ontwikkelen (Nauta-Jansen & Hendriks, 2006). Vaughn e.a. (2007) deden onderzoek onder jongeren in pleegzorg en vonden ook hier een hoge correlatie tussen middelenmisbruik en –afhankelijkheid en PTSS. PTSS bij jongeren kan ontstaan door (vroeg)seksueel misbruik, mishandeling en verwaarlozing (Bergen e.a., 2004; Evren e.a., 2006). Zowel jongens als meisjes die op jonge leeftijd seksueel zijn misbruikt hebben vier keer zoveel kans op problematisch middelengebruik in vergelijking met niet-misbruikte leeftijdgenoten (Bergen e.a., 2004).
Morojele e.a. (2006) vonden ook een relatie de andere kant op: adolescenten die diverse middelen gebruiken hebben een verhoogde kans om slachtoffer te worden van geweld.

Eetstoornissen
Een middel als speed (amfetamine) wordt soms gebruikt om af te vallen. Hierdoor kan het voorkomen dat jongeren met eetproblemen ook een middelenafhankelijkheid hebben (Hulshoff e.a., 2009).

Psychotische stoornissen
Er is een correlatie tussen middelengebruik, vooral cannabisgebruik, en vroege vormen van schizofrenie (EMCDDA, 2007). Ook Nederlands onderzoek vond dit verband: mensen die vóór hun zestiende jaar begonnen met cannabis hadden een veel groter risico op psychose dan mensen die op latere leeftijd voor het eerst gebruikten (Henquet, 2006; Ferdinand e.a., 2005).

Beschermende factoren
Er zijn geen beschermende factoren gevonden.

1.4.4. Gender en culturele en religieuze achtergrond

Risico- en beschermende factoren met betrekking tot gender en culturele achtergrond zijn:

- Jongens gebruiken over het algemeen meer middelen dan meisjes. Vrouw zijn was lange tijd een beschermende factor, maar dit is steeds minder het geval (Monshouwer e.a., 2008; Schrijvers & Schoenmakers, 2008).
- Culturele en religieuze achtergrond kan een risicofactor (Surinaamse afkomst) of een beschermende factor (Marokkaanse afkomst) zijn, voor zover bekend is dit afhankelijk

van de normen en waarden van de cultuur of religie (Monshouwer e.a., 2008; Schrijvers & Schoenmakers, 2008).
Deze factoren worden hieronder toegelicht.

Gender
Hoewel lange tijd voor het merendeel jongens middelen gebruikten, zijn meisjes met een inhaalslag bezig (Monshouwer e.a., 2008). Schrijvers en Schoenmaker (2008) geven een overzicht van verschillen in leefstijl en probleemgedrag tussen jongens en meisjes. Hun conclusie is dat sekseverschillen in de afgelopen jaren kleiner zijn geworden. Ongezond gedrag, dat voorheen vooral voorkwam onder jongens, komt steeds meer voor bij meisjes. Zo zijn de verschillen tussen jongens en meisjes wat roken, cannabis en het gebruik van alcohol betreft nagenoeg verdwenen. Nicotineafhankelijkheid blijkt bij meisjes wel sneller op te treden dan bij jongens. Hoewel onder jongens vaker dan eens per week drinken gebruikelijker is dan onder meisjes, komt binge-drinken bij jongens en meisjes tegenwoordig vrijwel evenveel voor (Schrijvers en Schoenmakers, 2008).
Omdat meisjes vaak een lager lichaamsgewicht hebben en hun lichaam relatief minder water bevat dan jongens, stijgt hun bloedalcoholconcentratie (BAC) sneller bij het drinken van alcohol (Schrijvers & Schoenmakers, 2008). Vrouwen die een afhankelijkheid van alcohol of drugs ontwikkelen, doen dit gemiddeld in kortere tijd dan mannelijke verslaafden. Vrouwen lijken gevoeliger te zijn voor de toxische effecten van verslavende stoffen: hoewel ze minder gebruiken, ontwikkelen ze sneller medische complicaties, zoals leverfalen (Wiers e.a., 2008).

Blake, Amaro, Schwartz & Flinchbaugh (2001) stellen dat ontwikkelingsmodellen voornamelijk op jongens en mannen zijn gebaseerd en dat er grote lacunes in de kennis over preventieve interventies voor meisjes op het gebied van middelenproblematiek, en dat deze gender-gap nodig overbrugd moet worden. Er zijn indicaties dat er meer seksespecifieke hulp nodig is. Ook moeten waarschijnlijk bepaalde interventies op een ander moment in de levensfase van jongens en meisjes ingezet worden gezien verschillen in ontwikkeling. Wat betreft risicofactoren zijn er ook genderverschillen. Huurre e.a. (2010) deden onderzoek naar risicofactoren voor excessief alcoholgebruik onder jongens en meisjes. Onder jongens bleek de scheiding van hun ouders, depressieve symptomen, de hoeveelheid vrije tijd die dagelijks met vrienden werd doorgebracht en op dronkenschap gericht drankgebruik tijdens de adolescentie, sterke voorspellers voor excessief alcoholgebruik op latere leeftijd (follow-up was bij 32 jarige leeftijd). Voor vrouwen waren voorspellers vooral op dronkenschap gericht drankgebruik en frequent roken.
Antisociaal gedrag is voor meisjes een sterkere risicofactor voor middelengebruik dan voor jongens (EMCDDA, 2010). Jongens vertonen meer externaliserende problemen dan meisjes, vooral grensoverschrijdend gedrag en fysieke agressie. De prevalentie van antisociale gedragsstoornissen is hoger bij jongens dan bij meisjes, terwijl internaliserende stoornissen en posttraumatische stressstoornissen meer voorkomen onder meisjes. Maar de ernst van problemen blijkt bij meisjes weer hoger dan die bij jongens (Jonkman & Steketee, 2008).

Voorafgaand aan de verslaving worden bij vrouwen veelal angst- en stemmingsstoornissen gevonden. Mannen gebruiken middelen vaker 'voor de kick', terwijl vrouwen vaker middelen gebruiken om negatieve stemmingen of spanningen tegen te gaan (bijvoorbeeld benzodiazepines) (Wiers e.a., 2007).

Culturele en religieuze achtergrond

De relatie tussen etniciteit en middelengebruik verschilt per middel en etnische groep. Bepaalde etnische groepen hebben een verhoogd risico op middelenproblematiek, andere groepen hebben juist een verlaagd risico. Complicerende factor is dat etnische minderheden vaak verkeren in slechtere sociale omstandigheden, dat zij lager zijn opgeleid en vaker werkloos zijn. Deze factoren worden wel met drugsgebruik geassocieerd (EMCDDA, 2008).

Nederlands onderzoek komt tot de volgende conclusies. Het percentage scholieren dat ooit in het leven alcohol heeft gedronken is het laagst onder de scholieren van Marokkaanse afkomst, gevolgd door Turkse scholieren en scholieren uit de overige niet-westerse landen. Scholieren van Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en overig westerse afkomst verschillen wat alcoholgebruik betreft niet van de Nederlandse scholieren (Monshouwer e.a., 2008). Hoewel minder allochtone jongeren alcohol gebruiken, en degenen die dat toch doen wel minder vaak drinken, is de prevalentie van bingedrinken (meer dan 5 consumpties bij één gelegenheid) onder allochtonen en autochtonen even hoog (Van Dorsselaer e.a., 2007; Schrijvers & Schoenmakers, 2008; Junger-Tas, Steketee & Moll, 2008).

Voor **cannabisgebruik** worden ook verschillen tussen etnische groepen gevonden (Monshouwer e.a., 2008; Schrijvers & Schoenmakers, 2008). Marokkaanse leerlingen hebben significant minder ervaring met het gebruik van cannabis vergeleken met autochtone leerlingen. De andere etnische groepen verschillen weinig van elkaar en van autochtone leerlingen (Monshouwer e.a., 2008).

Jongeren van Surinaamse afkomst hebben vergeleken met jongeren van Nederlandse en Antilliaans/Arubaanse afkomst relatief meer ervaring met het gebruik van **heroïne**. Leerlingen van Marokkaanse afkomst gebruiken minder vaak **harddrugs en paddo's** dan autochtone leerlingen (Monshouwer e.a., 2008).

Beschermende factoren

Beschermende factoren zijn religie en ouders die afwijzend staan tegenover middelengebruik (Schrijvers & Schoenmakers, 2008; Van Dorsselaer e.a., 2007).

Religie speelt een beschermende rol bij jongeren van bepaalde etnische afkomst, zoals Turks en Marokkaans. In deze groepen lijkt hun etnische achtergrond geen risicofactor voor **alcoholgebruik** te zijn (Schrijvers & Schoenmakers, 2008). Ook is er binnen deze groepen minder tolerantie van de ouders ten aanzien van alcoholgebruik (Van Dorsselaer e.a., 2007).

Figuur 4. Relatie tussen culturele en religieuze achtergrond in relatie tot risicofactoren voor middelenproblematiek en psychische problematiek (gebaseerd op Monshouwer e.a., 2008)

Samenvatting

De verschillende risicofactoren en beschermende factoren zijn samengevat in tabel 10 en 11.

2. Risico- en beschermende factoren die samenhangen met problemen op verschillende leefgebieden

Een risicofactor kan leiden tot meer stoornissen en één stoornis kan het gevolg zijn van verschillende risicofactoren. Bovendien kan de ene stoornis een risicofactor zijn voor een andere stoornis. Het cumulatieve-risicomodel gaat ervan uit dat problemen vooral ontstaan als er meer risicofactoren tegelijkertijd aanwezig zijn. Uit talloze studies blijkt dat de cumulatie van risico's de kansen op allerlei problemen aanzienlijk verhoogt. Bij vier risicokenmerken vertienvoudigt de kans op het ontstaan van stoornissen. De achterliggende theorie van het risico-cumulatie model wat betreft opvoeden en opgroeien is dat een teveel aan stressoren leidt tot een ontregeling van de zelfregulatie van gezinsleden (vooral bij de ouders) en het gezin als geheel (Hermanns, 2009, p.14).
In dit hoofdstuk zullen we nagaan in hoeverre de in hoofdstuk 1 besproken risico- en beschermende factoren samenhangen met problemen op andere leefgebieden zoals dak- en thuisloosheid, psychische problemen en delinquent gedrag.

2.1. Risicofactoren voor psychische problemen

De JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen (Postma, 2008) onderscheidt de volgende risico- en beschermende factoren voor het ontwikkelen van psychosociale problemen. Aangezien psychosociale problemen en middelenproblematiek vaak samengaan, geven we hier ook deze risicofactoren weer.

Tabel 10. Overzicht risicofactoren voor mogelijk toekomstige psychosociale problemen én beschermende factoren gebaseerd op het balansmodel van Bakker uitgebreid met risicofactoren* uit rapport Hermanns et al. (2005)

Risicofactoren	beschermende factoren
Microniveau	
Kindfactoren	
Zwangerschaps- en geboortecomplicaties*	Goede intelligentie
Laag geboortegewicht	Positief zelfbeeld
Handicap	Bereidheid om hulp te aanvaarden
Negatief zelfbeeld	

Risicofactoren	beschermende factoren
Microniveau	
Lage intelligentie*	
Blootstelling aan toxische stoffen*	
Moeilijk temperament*	
Slechte schoolprestaties*	
Ouderfactoren	
Alleenstaande ouder*	Stabiele persoonlijkheid
Laag opleidingsniveau*	Goede gezondheid
Moeder jonger dan 19 jaar bij eerste kind*	Positieve jeugdervaringen
Middelengebruik (verslaving)	
Roken tijdens zwangerschap*	
Slechte voeding tijdens zwangerschap*	
Ziekte	
Negatief zelfbeeld	
Zelf als kind mishandeld/jeugdtrauma	
Psychische problemen (zoals depressie)*	
Antisociaal gedrag*	
Spreekt geen Nederlands*	
Gezinsfactoren	
Echtscheiding	Opvoedingscompetentie
Conflicten/geweld*	Affectieve gezinsrelaties
Verwaarlozing/mishandeling partner*	
Autoritaire opvoedingsstijl	
Ingrijpende gebeurtenissen*	
Snelle wisseling in verzorgers van het kind*	
Tekorten in communicatie ouder-kind*	
Mesoniveau	
Sociale (gezins)factoren	
Isolement	Sociale steun
Gebrekkige sociale bindingen	Goede sociale bindingen
Conflicten	Familie/vrienden
Sociale (buurt)factoren	
Sociale desintegratie	Sociale cohesie
Verpaupering, kansarme buurt, concentratie	Goede en toegankelijke
van delinquenten in buurt	sociale en pedagogische
Slechte sociale voorzieningen	infrastructuur, onderwijs, zorg
Delinquente vrienden*	en welzijn
Peer rejection*	
Geen band met school*	
Te kleine huisvesting*	

Risicofactoren	beschermende factoren
Macroniveau	
sociaaleconomische gezinsfactoren	
Armoede Gebrekkige opleiding	Goed inkomen/opleiding
culturele factoren	
Culturele minderheidsgroepering Afwijkende subculturele normen en waarden	Normen en waarden in overeenstemming met dominante cultuur
maatschappelijke factoren	
Economische crisis Stabiel sociaal en politiek klimaat Werkloosheid Open tolerante samenleving Discriminatie	

Bronnen: Hermanns et al. (2005) en Bakker et al. (1998)

2.2. Risicofactoren die samenhangen met delinquent gedrag

Verschillende studies (Wits e.a., 2010; Jonkman & Steketee, 2008; Van Dam, 2005; Shader, 2003) geven inzicht in een risico- en beschermende factoren voor delinquent gedrag. Deze zijn hieronder samengevat.

Tabel 11. Risicofactoren voor probleemgedrag als: geweld, delinquentie en antisociaal gedrag.

Domein	Risicofactoren/Kenmerken	Beschermende factoren
Lichamelijke factoren	- Vroeggeboorte - Laag geboortegewicht - Problemen bij de geboorte door drugs- en alcoholgebruik van de moeder - Gender (mannen hebben groter risico op delinquent gedrag)	
Sociale omgeving	- Armoede - Slechte behuizing - Ongezond voedsel- en drinkpatroon - Lage sociale klasse en arbeidsomstandigheden - Migratie - Discriminatie - Nieuwe vormen van armoede - Stress	

Domein	Risicofactoren/Kenmerken	Beschermende factoren
Ouders	– Slechte relatie tussen ouders en jongeren; slechte relaties tussen ouders onderling, conflicten in het gezin. – Slecht voorbeeld van de ouders (delinquentie; alcohol- en drugsgebruik) – Psychopathologie ouders – Te harde of juist te slappe huisregels – Gebrek aan toezicht op de jongere – Verwaarlozing, mishandeling van de jongere	– Goede binding – Warme familieband – Positieve waardering van ouders voor vrienden van de jongere – Toezicht op de jongere
Leeftijdgenoten	– Zwakke sociale banden met leeftijdsgenoten – Vrienden met antisociale ideeën en gedrag – Afwijzing door andere leeftijdgenoten	– Prosociale vrienden en activiteiten, waaronder vrijetijds besteding
School	– Spijbelen – Lage cijfers – Weinig hechting aan school	– Goede binding
Wijk en buurt	– Lage sociaaleconomische positie van de bewoners/achterstandswijk – Hoge criminaliteitscijfers in een wijk/ /concentratie van criminaliteit – Slechte sociaaleconomische vooruitzichten	– Faciliteiten voor een goede vrijetijds-besteding – Stimulerende investeringen in de wijk
Persoonlijk-heidskenmerken	Novelty seeking en lage harmavoidance – Impulsiviteit – Sensatiezoekend gedrag – Laag IQ – Agressie – Zwak, ongunstig zelfbeeld – Gebrekkige emotionele en cognitieve ontwikkeling – Drinken; drugsgebruik – Vroege leeftijd van eerste delict of eerste gebruik van alcohol of drugs	Een bij de leeftijd passende fase van van ontwikkeling (emotioneel, cognitief en sociaal). – Positief zelfbeeld – Positieve sociale instelling – Gevoeligheid voor gevolgen van gedrag en voor sancties
Psychische problemen	– Antisociale gedragsstoornis	

Bronnen: Wits e.a., 2010; Jonkman & Steketee, 2008; Van Dam, 2005; Shader, 2003.

2.3. Risicofactoren die samenhangen met dak- en thuisloosheid

Er is geen overzicht gevonden van risicofactoren met betrekking tot dak- en thuisloosheid van jongeren. Wel noemt de Rekenkamer (2008) en een studie van Snoek, Van der Poel & Van der Mheen (2008) een aantal achtergrondkenmerken van zwerfjongeren, die zouden kunnen gelden als risicofactoren:

- Justitiële contacten
- Onstabiele jeugd door ernstige opgroei- en opvoedproblematiek, verwaarlozing, mishandeling, internaatsverleden, pleeggezinverleden
- Gebroken gezinnen, eenoudergezinnen, scheiding van ouders
- Psychosociale problematiek (ernstige verslaving, traumatische ervaringen, psychiatrische diagnose)
- Gedragsproblemen (agressie, conflicten, crimineel gedrag, wegloopgedrag)
- Armoede
- Voortijdige schoolverlaters
- Jongeren die slachtoffer zijn van seksueel geweld
- Jongeren met een licht verstandelijke beperking
- Alleenstaande minderjarige asielzoekers
- Eergerelateerd geweld
- Tienerzwangerschappen

Er werden geen beschermende factoren gevonden.

2.4. Overlap tussen risicofactoren voor problemen op verschillende leefgebieden

In tabel 12 en 13 is een overzicht gemaakt van risicofactoren en beschermende factoren die behalve invloed op middelengebruik ook invloed hebben op psychische problemen, delinquentie en dak- en thuisloosheid. Enkele factoren behoeven een toelichting.

- Middelenproblematiek van de ouders is voor adolescenten zowel een risicofactor voor psychische problemen als voor middelenproblematiek. Het is indirect ook een risicofactor voor dak- en thuisloosheid omdat jongeren wiens ouders problematisch middelen gebruiken vaak uit huis geplaatst of onder toezicht gesteld worden, wat de kans op dak- en thuisloosheid vergroot.
- Meisjes hebben over het geheel genomen een iets grotere kans op geclusterd risicogedrag in vergelijking met jongens. Meisjes met drie of meer risicogedragingen hebben vaker psychische problemen, terwijl er bij jongens met meer dan drie risicogedragingen vaker sprake zal zijn van gedragsproblemen en iets vaker van middelengebruik (Schrijvers & Schoenmakers, 2008).
- Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de samenhang tussen persoonlijkheidskenmerken en problemen op leefgebieden zoals psychische gezondheid en dak- en thuisloosheid. Wel laat onderzoek naar interventies, die gericht waren op persoonlijkheidskenmerken die een risicofactor vormen voor middelenproblematiek, een positief effect zien op bijkomende problemen zoals depressie, paniekaanvallen, spijbelen en winkeldiefstal (Conrod e.a., 2006).
- Bij jongeren delen verschillende vormen van ongezond gedrag dezelfde determinanten (RIVM, 2010):

- Lage eigenwaarde: heeft invloed op roken, alcoholgebruik en seksueel risicogedrag (RIVM, 2010)
- Binding: het zich verbonden voelen met school, ouders en gezin is een gemeenschappelijke determinant die adolescenten kan beschermen tegen zowel emotionele problemen zoals (gedachten over) suïcide, alcohol- en druggebruik, roken en geweldpleging (Resnick e.a., 1997).
- Planije e.a. (2003) stellen dat 34% van de zwerfjongeren kampt met psychische problematiek. Ook onder delinquente jongeren komt veel psychische problematiek voor. Stoornissen als ADHD en antisociale persoonlijkheidsstoornissen kunnen voorspellers zijn van delinquent gedrag (Junger-Tas e.a., 2008).

Samenvatting

Onderstaande tabellen geven een samenvatting van deze paragraaf.

Tabel 12. Geclusterde risicofactoren

Domein	Middelen-problematiek	Psychische problemen	Delinquent gedrag	Dak- en thuisloosheid
Brede sociale context				
Sociale kenmerken				
Armoede	X	X	X	X
Ongunstige buurtkenmerken	X	X	X	
Lage sociaal economische status	X	X	X	
Institutionele omgeving				
Instituties				
Contact met instituties	X			X
School				
Slechte schoolprestaties	X	X	X	
Laag schoolniveau	X			X
Spijbelen	X		X	
Directe leefomgeving				
Gezin en ouders				
Middelengebruik ouders	X	X	X	
Scheiding van ouders/ alleenstaande ouder/ conflicten in gezinsrelaties	X	X	X	X
Mishandeling en verwaarlozing	X	X	X	X
Weinig toezicht van ouders	X		X	
Peers				
Delinquente vrienden	X	X	X	

Persoonlijk niveau				
Moleculair genetisch				
Genetische aanleg, afwijkingen in hersenstructuren	X	X	X	
Persoonlijkheidskenmerken				
Negatief denken	X	X	X	
Gevoelig voor angst	X	X	X	
Sensatiezoekend	X	X	X	
Nieuwsgierig naar nieuwe dingen en lage mate van schade vermijden	X		X	
Impulsiviteit	X		X	
Psychosociale kenmerken				
Lage eigenwaarde	X			
Psychische problemen				
Algemeen	X	O	X	X
ADHD	X	O	X	
Antisociale gedragsstoornis	X	O	X	

X = een risicofactor voor dit domein.
O = de beschreven risicofactor komt overeen met het beschreven domein (ADHD is een psychisch probleem, en vandaar geen risicofactor voor psychische problemen, maar een O).
Lege cel = niets gevonden.

Tabel 13. Geclusterde beschermende factoren

	Middelen-problematiek	Psychische problemen	Delinquent gedrag	Dak- en thuisloosheid
Brede sociale context				
Goede sociale controle	X	X	X	
Institutionele omgeving				
Goede, toegankelijke instituties	X	X	X	
Veilige schoolomgeving	X		X	
Goede opleiding	X	X		X
Directe leefomgeving				
Goede sociale bindingen	X	X	X	
Opvoedingscompetentie	X	X	X	
Affectieve gezinsrelaties	X	X	X	
Persoonlijk niveau				
Goede zelfcontrole	X			

3. Doelgroepen voor preventie

3.1. Doelgroepen voor preventie uit de internationale literatuur

Aansluitend op het in kaart brengen van de risicofactoren is een verkenning verricht naar de belangrijkste doelgroepen voor preventie. Een overzicht uit de internationale literatuur en een Nederlandse veldverkenning levert de onderstaande doelgroepen op.

Tabel 14. Overzicht van doelgroepen genoemd in internationale literatuur

	McCrystal, 2009	EMCDDA, 2008	Crime & justice survey Becker & Roe, 2005	Lloyd, 1998
1		Jonge in buurten waar veel risicofactoren zijn voor middelen-problematiek		
2			Jongeren die ooit dakloos zijn geweest	Dak- en thuis-loze jongeren
3		Jonge mensen die in probleemgezin-nen leven		Kinderen uit families waarin de ouders of de broers of zussen middelenproble-matiek hebben
4	Jonge mensen die in zorginstanties leven	Jonge mensen in overheidszorg	Degenen waarvoor 'gezorgd wordt' door locale instanties of pleeggezinnen / degenen die ooit in zorg zijn geweest	

	McCrystal, 2009	EMCDDA, 2008	Crime & justice survey Becker & Roe, 2005	Lloyd, 1998
5a	Schooluitvallers	Voortijdig schoolverlaters en scholieren met sociale of studieproblemen	Schooluitvallers	Schooluitvallers
5b			Spijbelaars	Spijbelaars
6	Jongeren met emotionele of gedragsproblemen			Jongeren met depressie of een antisociale gedragsstoornis
7	Jonge delinquenten	Jonge delinquenten	Ernstige en herhaaldelijke delinquenten	Jonge delinquenten
8	Jongeren die vroeg gestart zijn met middelengebruik			

Als de genoemde groepen uit de verschillende buitenlandse studies worden geclusterd, levert dit de volgende doelgroepen op (die elkaar sterk overlappen):

- Jongeren die opgroeien onder ongunstige omstandigheden (lage sociaal-economische status)
- Zwerfjongeren
- Kinderen uit probleemgezinnen (kinderen van verslaafde ouders, kinderen van psychiatrische patiënten)
- Jongeren die in contact zijn (geweest) met institutionele zorg
- Schooldrop-outs, spijbelaars en scholieren met sociale of studieproblemen
- Jongeren met psychische, emotionele of gedragsproblemen of -stoornissen
- Jonge delinquenten
- Jongeren die op jonge leeftijd begonnen zijn met middelengebruik

3.2. Doelgroepen uit Nederlandse literatuur en veldverkenning

Recent zijn in Nederland drie studies verschenen die doelgroepen van kwetsbare jongeren noemen. De Richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of -afhankelijkheid bij jongeren (Snoek, Wits & Van de Mheen, in press), de Kennissynthese preventiemaatregelen (Schrijvers, Snoek & Van den Ende, in press; Van Hasselt, in press) en de evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009). Deze inventarisaties sluiten grotendeels aan bij de doelgroepen die uit de internationale literatuur komen. Er zijn echter ook enkele aanvullingen:

- Hangjongeren (Snoek, Wits & Van de Mheen, in press)

- Jongeren met een laag IQ of een licht verstandelijke handicap (Snoek, Wits & Van de Mheen, in press)
- Kinderen en jongeren op het VMBO, speciaal onderwijs (Van Hasselt, in press) en MBO (expertmeeting 10 juni 2010)
- Jongeren die frequent uitgaan (Van Hasselt, in press; Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009)

  Van Laar & Van Ooyen-Houben (2009) beschrijven hiernaast enkele doelgroepen onder wat oudere jongeren die vooral kwetsbaar zijn voor harddrugsgebruik, bijvoorbeeld (werkende) plattelandsjongeren, studenten, voetbalsupporters, horecapersoneel. Deze groepen worden niet nader gespecificeerd in de bovenstaande studie.

  Uit de invitational conferences en de interviews gehouden bij het project Monitor voor de jeugdverslavingszorg (De Weert & Snoek, in press), bleek voor de volgende doelgroepen *behandelaanbod* voor verslavings-/middelenproblematiek te worden gemist. Deze zijn ook relevant voor preventie:
- Jongeren met comorbiditeit van psychische problemen/ stoornissen
- Jongeren met een lichte verstandelijke beperking
- Dak- en thuisloze jongeren
- Jongeren met autisme

Samenvatting

De bestudering van risicofactoren, clustering van risicofactoren en doelgroepen levert per domein de volgende doelgroepen op voor preventieve maatregelen (Tabel 15).

Tabel 15. Overzicht van doelgroepen per domein

Domein	Doelgroep
Brede sociale context	
Sociale kenmerken	- Jongeren met een lage sociaal-economische status/Jongeren die in armoede leven/Gemarginaliseerde jongeren - Zwerfjongeren
Institutionele omgeving	
Instituties	- Jongeren die in contact zijn geweest met institutionele zorg (in het bijzonder jeugdzorg, pleegzorg en jeugddetentie)
School	- Schooldrop-outs - Spijbelaars - VMBO-leerlingen

Domein	Doelgroep
Directe leefomgeving	
Gezin en ouders	- Hangjongeren - Jongeren die mishandeld en verwaarloosd zijn - Jongeren uit probleemgezinnen (kinderen van verslaafde/middelengebruikende ouders, kinderen van psychiatrische patiënten) - Jongeren die vaak uitgaan
Leeftijdgenoten	- Jongeren die omgaan met deviante leeftijdgenoten
Persoonlijk niveau	
Persoonlijkheidskenmerken, cognitief functioneren	- Jongeren met de volgende persoonlijkheidskenmerken: Negatief denken, angstgevoelig, sensatiezoekend, impulsiviteit, hoge sensitiviteit voor genot, lage eigenwaarde (geldt alleen voor jongens), gevoel van hopeloosheid, 'novelty-seeking', vooral als dit samengaat met een lage score op 'harm avoidance - Jongeren met een licht verstandelijke beperking
Psychische- en gedragsproblemen	- Jongeren met psychische, emotionele of gedragsproblemen - Jongeren met een antisociale gedragsstoornis - Jongeren met ADHD - Jongeren met depressie, angststoornissen (w.o. PTSS) eetstoornissen en psychoses - Jongeren met delinquent gedrag - Jongeren met autisme en verslaving
Overig	- Early onset: jongeren die op jonge leeftijd begonnen zijn met middelengebruik

Binnen de hierboven genoemde thema's en doelgroepen dient aandacht te zijn voor sekseverschillen en cultuurverschillen.

In het volgende deel zal gekeken worden wat er beschikbaar is aan effectieve interventies en maatregelen voor deze doelgroepen in het buitenland en in Nederland.

Deel III
Interventiematrix

1. Inleiding: typen preventieve interventies

Springer en Phillips (2007, geciteerd in EMCDDA, 2009;2007) laten zien dat de verschillende typen interventies deel uit maken van een continuüm van zorg. De grenzen tussen universele preventie, selectieve preventie, geïndiceerde preventie en behandeling lopen geleidelijk in elkaar over. Geïndiceerde en selectieve preventie lijken een doorslaggevende fase in het continuüm van zorg (EMCDDA, 2009, p.8): selectieve preventie omdat dit de overgang tussen algemene populatie en kwetsbare groepen markeert, en geïndiceerde preventie omdat dit de overgang tussen groepen en individuen en preventie en behandeling vormt.

Figuur 5. Continuïteit van zorg (EMCDDA, 2009)

Figuur 6. Filters voor de verschillende typen preventie (EMCDDA, 2007)

Universele preventie is gericht op de algemene bevolking of een deelpopulatie die niet geïdentificeerd is op basis van een individuele risicofactor (bijvoorbeeld massamediale campagnes gericht op de gehele bevolking of schoolgerichte interventies, waarbij alle leerlingen, ongeacht hun risicostatus benaderd worden) (Cuijpers e.a., 2006).
Selectieve preventie is gericht op individuen of een subgroep van de populatie waarbij het risico op het ontwikkelen van een (verslavings)probleem aanzienlijk groter is dan gemiddeld (bijvoorbeeld jongeren met een laag sociaal economische status, of jongeren die opgroeien in probleemgezinnen). (Cuijpers e.a., 2006)
Geïndiceerde preventie is gericht op individuen die niet voldoen aan diagnostische criteria voor een psychische of verslavingsstoornis, maar die wel reeds beperkte symptomen hebben die voorafgaan aan de stoornis, of die biologische kenmerken hebben die duiden op een predispositie voor een psychiatrische aandoening. Waar bij selectieve preventie nog geen problemen aanwezig hoeven te zijn, is dat bij geïndiceerde preventie wel het geval (Cuijpers e.a., 2006).
Onder **vroeginterventie** vallen alle methodologisch onderbouwde acties die professionelen uit de welzijns- en gezondheidssector en andere relevante sectoren toepassen met de bedoeling personen met riskant of problematisch middelengebruik en verslavingsgedrag zo vroeg mogelijk te identificeren, hen te motiveren tot gedragsverandering en verder te ondersteunen bij deze veranderingsstrategie (Verstuyf, 2007).

Onder **behandeling** worden alle situaties verstaan waarin sprake is van een hulpvraag die voorafgaat aan de interventie. Hier is dan ook sprake van een behandelplan. Behandelingen vallen onder de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Van der Stel, unpublished).

Aangezien er al veel informatie is over universele preventie (Cuijpers e.a., 2006; 2009) en er recent een literatuurstudie is uitgevoerd en ge-update naar de behandeling van jeugdigen verslaafden (Smit, Verdurmen, Monshouwer & Bolier, 2008; Moons & De Weert, in press), richten we ons in deze studie vooral op selectieve preventie en geïndiceerde preventie. Waar inzichten vanuit de behandeling of universele preventie relevant zijn, worden deze meegenomen. De verschillende typen interventies zijn echter niet altijd goed te scheiden; vaak is er sprake is van een continuüm tussen de interventies.

2. Opbouw interventiematrix

In dit hoofdstuk wordt een interventiematrix gepresenteerd, waarbij per doelgroep wordt weergegeven welke interventies er beschikbaar zijn in Nederland, en in het buitenland. Bij het opstellen van de matrix is als volgt te werk gegaan. Uitgangspunt vormde de in deel II genoemde lijst met doelgroepen onder kwetsbare jongeren (kolom 1). Van deze kwetsbare groepen is nagegaan:

1. De omvang van de doelgroep (kolom 2).
2. De beoordeling van de ernst van de situatie (kolom 3).
3. Of het aanpakken van het probleem primair een taak is waar Resultaten Scoren zich op moet richten (kolom 4).
4. De beschikbaarheid van effectieve en veelbelovende bestaande interventies in Nederland en in het buitenland (kolom 5).
5. Eventuele hiaten in de Nederlandse situatie (kolom 6).

Ad 1. De ernst en omvang van de problematiek zijn op basis van de literatuur moeilijk te concretiseren, deels doordat (vergelijkbare) cijfers over ernst en omvang ontbreken. Wel is per doelgroep globaal aangegeven of het om een kleine, middelgrote of grote doelgroep gaat.

Ad 2. Per doelgroep is geschat of de ernst van de problemen licht, matig of hoog is. Wat betreft de ernst is vooral gekeken of er problemen zijn op meer leefgebieden, of alleen op het gebied van middelenproblematiek en verslavingsgedrag.

Ad 3. Reden waarom een risicofactor, beschermende factor of risicogroep niet relevant is voor Resultaten Scoren kan zijn omdat de prevalentie en ernst laag is of omdat er geen beïnvloeding mogelijk is, maar ook omdat dit niet specifiek genoeg tot de taak van de verslavingszorg behoort. Voor sommige doelgroepen zal de rol van Resultaten Scoren nihil zijn.

Ad 4 en 5. Interventies zijn in de matrix opgenomen wanneer zij 1) theoretisch onderbouwd, 2) waarschijnlijk effectief of 3) bewezen effectief zijn. Behandelingen zijn niet opgenomen, ook niet wanneer het behandeling betreft van stoornissen die een risicofactor vormen voor het ontstaan van middelenproblematiek (en daarmee preventieve werking hebben t.a.v. middelenproblematiek). Bovendien zijn alleen interventies meegenomen wanneer in de doelen of effecten van de interventies expliciet vermindering van middelengebruik of –problematiek wordt genoemd (ook als het hoofddoel gericht is op ander gedrag dan het middelengebruik).

Voor een beschrijving van de aanbevolen buitenlandse projecten die niet in Nederland geïmplementeerd zijn, zie bijlage 3. De mate waarin de beschikbare interventies uit het buitenland in Nederland relevant, passend, uitvoerbaar en implementeerbaar zijn wordt bepaald door deze interventies naast een door Jaap van der Stel ontwikkelde 'maatlat' te leggen. Hierover wordt apart advies uitgebracht aan de Stuurgroep Resultaten Scoren.

Tabel 16 Interventiematrix doelgroepen

Doelgroep	Vindplaats	Omvang	Ernst
Jongeren met een lage sociaal-economische status/jongeren die in armoede leven/gemarginaliseerde jongeren	-school -straat -buurthuizen -voedselbanken	Algemeen: 1 miljoen huishoudens (CBS, 2006)	Hoog, hangt samen met problemen op meerdere leefgebieden en moeizaam toekomstperspectief
Zwerfjongeren	-straat -politie/justitie -opvang	Algemeen: 6.000 (Rekenkamer, 2008) schatting: 32-52% dagelijks gebruiker van cannabis (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009)	Hoog, hangt samen met problemen op meerdere leefgebieden en moeizaam toekomstperspectief
Jongeren die in contact zijn (geweest) met institutionele zorg (jeugdzorg, pleegzorg en justitiële instituten)	-school -instituties -politie/justitie	Algemeen: 20.000 kinderen verblijven in 24-uurs zorg (jeugdzorg, justitiële jeugdinrichting of kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek) en 22.000 kinderen in pleeggezinnen (Hermanns, 2009)	Hoog, hangt samen met problemen op meerdere leefgebieden
Schooldrop-outs/ Spijbelaars	-straat -school	Onbekend	Hoog, hangt samen met problemen op meerdere leefgebieden en moeizaam toekomstperspectief

Taak voor Resultaten Scoren?	Beschikbare interventies: Bewezen effectief *** Waarschijnlijk effectief ** Theoretisch goed onderbouwd *	Conclusie
Ja, omvang is waarschijnlijk hoog, ernst is hoog. Universele preventie ligt op het gebied van landelijke poitiek, maar geïndiceerde preventie of behandeling is een taak voor RS	In Nederland: geen, mogelijk is Strengthening families** of Gezin aan bod** ook effectief voor deze doelgroep. In het buitenland selectieve preventie: Minder relevant voor RS, want erg jonge doelgroep: Dare to be you** (gericht op veerkracht bij kinderen van 2-5). In het buitenland geïndiceerde preventie: - Stars for families** (gericht op alcoholgebruik) - Perry Preschool program** (gericht op delinquent gedrag)	Hiaat in Nederland, wel buitenlandse interventies beschikbaar
Ja, hoewel de omvang laag is, is de ernst hoog	In Nederland: - geen; wellicht komt vroeghulpvariant van MDFT*** beschikbaar. In het buitenland: eerste positieve resultaten (2 RCT's) voor een korte feedback en motivationele interventie** voor dakloze jongeren. Ook blijkt uit een procesevaluatie dat het inzetten van peers** voor het veranderen van kennis en houding een effectievere strategie is dan het inzetten van volwassenen (Fors & Jarvis, 1995). Ook is er een aantal bindingbevorderende programma's beschikbaar zoals: Child development project** of Seattle social development project**	Hiaat in Nederland, wel buitenlandse interventies beschikbaar
Ja, zowel de omvang als de ernst lijken hoog	In Nederland: er zijn diverse initiatieven: MDFT***, Open en alert. Open en alert wordt door Justitie/Trimbos op effect gemeten. In het buitenland: Residential student assistance program** (Morehouse & Tobler, 2000)	Geen hiaat
Twijfel, primair de taak van onderwijs? Omvang is onbekend, ernst is hoog voor schooldropouts, laag voor spijbelaars.	In Nederland: vele lokale initiatieven om schooluitval tegen te gaan (zie website voortijdigschoolverlaten.nl). Geen voorbeelden bekend van interventies mede gericht op middelenproblematiek/ verslavingsgedrag. In het buitenland: Reconnecting Youth**, aangeraden door EMCDDA, (bewijsniveau veelbelovend, echter geen effecten op middelenproblematiek gevonden in een trial)	Hiaat in Nederland, buitenlandse interventies: nog onvoldoende bewezen effectief, weinig middelenspecifiek

Doelgroep	Vindplaats	Omvang	Ernst
VMBO-leerlingen	-school	Algemeen: In totaal volgen in 2009-2010 207.418 leerlingen het vmbo (DUO, 2010)	Hoog, hangt samen met problemen op meerdere leefgebieden
Hangjongeren	-straat -school	Op de 5.000 inwoners komt één groep hangjongeren voor (CVV, 2008)	Problematiek laag, overlastgevend gedrag hoog
Jongeren die mishandeld en verwaarloosd zijn	-school -instituties	Rond de 100.000 gevallen (cijfers over 2004) (Inze, 2008).	Hoog, hangt samen met problemen op meerdere leefgebieden
Jongeren uit probleemgezinnen (kinderen van verslaafde/ middelengebruikende ouders, kinderen van psychiatrische patiënten)	-school -instituties -straat -politie/ justitie	Aantal kinderen van alcoholafhankelijke ouders: 300.000 (Cuijpers, 2000). Kinderen met middelenafhankelijke ouders (alcohol en drugs): 370.000 (Bijl, 1997)	Hoog, hangt samen met problemen op meerdere leefgebieden
Jongeren die vaak uitgaan	-Jongeren die vaak uitgaan -vrije tijd/uitgaan -school -politie/justitie - eerste hulp	Onbekend	Laag

Taak voor Resultaten Scoren?	Beschikbare interventies: Bewezen effectief *** Waarschijnlijk effectief ** Theoretisch goed onderbouwd *	Conclusie
Ja, totale omvang is groot, maar de problematische omvang daarbinnen onbekend. De ernst is wel hoger dan bij hogere schoolniveaus	In Nederland, selectieve preventie: EQUIP voor het onderwijs* (gericht op voorkomen antisociaal gedrag, niet gericht op verminderen middelengebruik). In het buitenland: onbekend/ander schoolsysteem	Hiaat in Nederland want geen bewezen effectieve methode beschikbaar, buitenlandse interventies onbekend
Twijfel. Omvang wisselend per regio, ernst van de problematiek van de jongeren laag, overlast wordt wel als hoog ervaren.	In Nederland: diverse outreachende initiatieven door straatwerkers en verslavingszorg. Nog niet op effectiviteit getest. In het buitenland: niet gevonden	Hiaat in gemeten effectiviteit, niet in interventies
Twijfel, primair de taak van jeugdzorg? Omvang hoog, ernst is hoog	In Nederland: niet gevonden/niet als dusdanig gedefinieerd. Gezinsinterventies die inzetten op multiproblematiek (zoals MDFT***) lijken voor deze doelgroep afdoende In het buitenland: niet gevonden	Geen hiaat
Ja, omvang hoog, ernst is hoog	In Nederland, geïndiceerde preventie: KOPP*, KVO*, Strengthening families** Het lijkt niet nodig om in het buitenland te zoeken voor alternatieven	Geen hiaat
Ja, omvang laag, ernst is laag	In Nederland, selectieve preventie: Barcode*, Bar veilig, Boete of kanskaart, Drugs Informatie en Monitoring Systeem, Unity, Uitgaan, Alcohol en Drugs, Preventie in de coffeeshop. Deze interventies zijn echter nog niet getest op effectiviteit. In Nederland, geïndiceerde preventie: alcoholpoli's (in het buitenland veelbelovend). Het lijkt niet nodig om in het buitenland te zoeken voor alternatieven.	Geen hiaat

Doelgroep	Vindplaats	Omvang	Ernst
Jongeren die omgaan met deviante/ delinquente leeftijdgenoten	-straat -school -politie/justitie	Onbekend	Hoog, hangt samen met problemen op meerdere leefgebieden
Jongeren met de volgende persoonlijkheidskenmerken: Negatief denken, angstgevoelig, sensatiezoekend, impulsiviteit, hoge sensitiviteit voor genot, lage eigenwaarde (geldt alleen voor jongens), gevoel van hopeloosheid, 'novelty-seeking'	-school -instituties	Onbekend	Hoog, hangt samen met problemen op meerdere leefgebieden
Jongeren met een licht verstandelijke beperking	-school -instituties	Onbekend	Hoger dan bij jongeren zonder LVG
Jongeren met psychische, emotionele of gedragsproblemen	-school -instituties	Bij 60-88% van de jongeren die door middelengebruik in aanraking zijn gekomen met jeugdzorg is ook sprake van psychische comorbiditeit (Couwenberg e.a., 2006)	Hoog, hangt samen met problemen op meer leefgebieden
Jongeren met ADHD m.n. in combinatie met antisociale gedragsstoornis	-school -instituties	Jongeren die door hun middelenmisbruik in aanraking komen met de jeugdhulpverlening: 22% (Couwenbergh e.a., 2006)	Hoog, hangt samen met problemen op meer leefgebieden

Taak voor Resultaten Scoren?	Beschikbare interventies: Bewezen effectief *** Waarschijnlijk effectief ** Theoretisch goed onderbouwd *	Conclusie
Ja, omvang onbekend, waarschijnlijk laag, ernst hoog	In Nederland: EQUIP voor het onderwijs** Het lijkt niet nodig om in het buitenland te zoeken voor alternatieven	Geen hiaat
Ja, omvang onbekend, ernst is hoog, want deze persoonlijkheidskenmerken hangen samen met problemen op meerdere leefgebieden	In Nederland, selectieve preventie: Preventure** is door het Trimbos-instituut vertaald en geïmplementeerd op een aantal scholen verspreid door Nederland, en wordt middels een RCT gestest. Het lijkt niet nodig om in het buitenland te zoeken naar alternatieven	Geen hiaat: dit wordt momenteel opgevuld door Trimbos
Ja, omvang laag, ernst van gebruik is hoger dan bij jongeren zonder LVG	In Nederland, geïndiceerde preventie: - Iriszorg heeft het preventieprogramma WOW (nog niet op effectiviteit onderzocht). - Tactus is actief in methodiek- en zorgontwikkeling en werkt o.a. samen met gehandicaptenzorg (Aveleijn SDT) - Het Trimbos-instituut is bezig met het ontwikkelen van geïndiceerde preventie voor LVG-jongeren met middelenproblematiek en verslavingsgedrag (nog niet op effectiviteit onderzocht)	Geen hiaat: dit wordt momenteel opgevuld door Trimbos, Iriszorg, Tactus
Ja, omvang en ernst hoog.	In Nederland: geen In het buitenland (Zwitserland): SUPRA-F**, gericht op delinquentie, middelengebruik, depressie, angst, antisociale gedragsstoornis en schoolproblemen	Hiaat in Nederland, wel buitenlandse interventie: SUPRA-F
Ja, omvang en ernst hoog	In Nederland: geen, wel een volwassenen protocol ontwikkeld door Trimbos. In het buitenland: EmPeCemos** (Spaans programma, best practice, geïndiceerd). Gericht op ADHD, antisociale gedragsstoornis en middelenproblematiek. Aangeraden door EMCDDA (2009)	Hiaat in Nederland, wel buitenlandse interventie: EmPeCemos

Doelgroep	Vindplaats	Omvang	Ernst
Jongeren met (risico op) een antisociale gedragsstoornis	-school -instituties	De antisociale gedragsstoornis komt voor bij 40 tot 70% van de adolescenten met stoornissen in het middelengebruik (Bukstein, 2000)	Hoog, hangt samen met problemen op meer leefgebieden
Jongeren met depressie, angststoornissen w.o. PTSS	-school -instituties	Jongeren die door middelenmisbruik in aanraking komen met de jeugdhulpverlening: stemmingsstoornissen (26%), angststoornissen (7%) (Couwenbergh e.a., 2006)	Hoog, hangt samen met problemen op meer leefgebieden
Jongeren met eetstoornissen, psychoses	-school -instituties	Jongeren die door hun middelenmisbruik in aanraking komen met de jeugdhulpverlening: 11% (Couwenbergh e.a., 2006) -eetstoornissen: onbekend -psychoses: onbekend	Hoog, hangt samen met problemen op meer leefgebieden
Jongeren met delinquent gedrag	-school -instituties -politie/justitie	Van de jongeren met een hulpvraag bij verslavingszorg is 42-45% in aanraking geweest met justitie (IVZ, 2010)	Hoog, hangt samen met problemen op meer leefgebieden
Jongeren met autisme	-school -instituties	Onbekend, waarschijnlijk laag	Onbekend
Jongeren die op jonge leeftijd begonnen zijn met middelengebruik	-school -straat -instituties	Onbekend	Hoog, hangt samen met problemen op meer leefgebieden

Taak voor Resultaten Scoren?	Beschikbare interventies: Bewezen effectief *** Waarschijnlijk effectief ** Theoretisch goed onderbouwd *	Conclusie
Ja, omvang en ernst hoog	In Nederland, selectieve preventie vooral voor jonge kinderen: Opstap**, overstap**, Triple P**, Voorzorg**, Pittige jaren**, Taakspel**, Kaleidoscoop**, Programma Alternatieve denkstrategieën**, Adolescenten: EQUIP voor het Onderwijs** Geïndiceerd: Big Brothers, Big Sisters**. Mogelijk zijn ook de interventie Leefstijl* en Levensvaardigheden* geschikt voor deze doelgroep. Het lijkt niet nodig om in het buitenland te zoeken voor alternatieven	Geen hiaat
Ja, omvang en ernst hoog	In Nederland, selectieve preventie: Preventure-programma** (wordt nog onderzocht). In het buitenland (geïndiceerd): SUPRA-F**, gericht op delinquentie, middelengebruik, depressie, angst, antisociale gedragsstoornis en schoolproblemen. Zwitsers programma	Hiaat (aanbod in ontwikkeling) Wel buitenlandse interventie: SUPRA-F
Nee, omvang is waarschijnlijk laag	Niet verder gezocht	N.v.t.
Ja, omvang en ernst hoog	In Nederland, selectieve preventie: Opstap**, overstap**, Triple P**, Voorzorg**, Pittige jaren**, Taakspel**, Kaleidoscoop**, Programma Alternatieve denkstrategieën**, EQUIP** Geïndiceerd: Big Brothers, Big Sisters**, Stay-a-way, Brains4Use, Utrecht Coping Power Project (UCPP)** Het lijkt niet nodig om in het buitenland te zoeken voor alternatieven	Geen hiaat
Nee, omvang is waarschijnlijk laag	Niet verder gezocht	N.v.t.
Ja, omvang onbekend, ernst is hoog	In Nederland: niet gevonden/ niet als dusdanig gedefinieerd. De meeste interventies richten zich op het voorkomen van middelengebruik op vroege leeftijd. Mogelijk is de gezonde school en genotmiddelen* effectief voor deze doelgroep. In het buitenland: Family check-up**	Hiaat. Buitenland: Family check-up

Deel IV
Conclusies en aanbevelingen

1. Conclusies

1.1. Visie

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden hebben we allereerst een visie geformuleerd op het thema kwetsbare jongeren en middelenproblematiek en verslavingsgedrag. Hiervoor zijn enkele belangrijke reviews en handboeken op het terrein van verslaving, jeugdpsychiatrie en ontwikkelingspsychologie geraadpleegd. De belangrijkste conclusie is dat onder kwetsbare jongeren een sterke clustering te zien is van risicofactoren voor middelenproblematiek en verslavingsgedrag. Bovendien hangen deze risicofactoren voor middelenproblematiek en verslavingsgedrag samen met problemen op andere leefgebieden zoals dak- en thuisloosheid, psychische problemen en delinquent gedrag. Ofwel: een risicofactor kan leiden tot meer stoornissen en één stoornis kan het gevolg zijn van verschillende risicofactoren. Bovendien kan de ene stoornis een risicofactor zijn voor een andere stoornis. Uit talloze studies blijkt dat de cumulatie van risico's de kansen op allerlei problemen aanzienlijk verhoogt. Bij vier risicokenmerken vertienvoudigt de kans op het ontstaan van stoornissen (Hermanns, 2009, p.14).

Tweede conclusie is dat hoe jonger de leeftijd, hoe minder specifiek het over uitgekristalliseerde problemen of psychische stoornissen gaat. Juist bij deze jonge groep kan veel winst worden behaald: niet door het vizier te richten op (alleen) de preventie of vroegtijdige opsporing van verslaving maar op (de oorzaken van) de problemen die daaraan voorafgaan. Ook het EMCDDA (2009) pleit voor het integreren van inzichten uit de ontwikkelingspsychopathologie en kinderpsychiatrie in onderzoek naar verslaving bij jeugdigen.

De derde conclusie is dat genen vaak niet rechtstreeks invloed uitoefenen op gedrag. Dit gebeurt via een onderliggend, intermediair (fysiologisch) mechanisme. Endofenotypisch onderzoek zal hierdoor veel inzicht geven in het ontwikkelen en kunnen voorkómen van problematiek. Bovendien geeft het inzicht in hoe de interactie tussen de biologische, psychologische en sociale componenten zoals gezin en opvoeding plaatsvindt.

Deze drie conclusies vormen een onderbouwing voor de visie dat aandacht nodig is voor het ontstaan van kwetsbaarheid voor psychische problemen, de interactie met de (sociale) omgeving en het benutten van kansen om vroegtijdig een ongunstig ontwikkelingstraject in positieve zin te beïnvloeden. Het ontwikkelingsperspectief – ofwel een focus op

de levensloop – is daarbij cruciaal.
Daarvoor kan de op volwassenen gerichte verslavingspreventie en -zorg niet rechtstreeks worden 'vertaald' naar jongeren. Het is noodzakelijk dat nieuwe initiatieven worden ontwikkeld vanuit een theoretisch kader waarin de belangrijkste inzichten uit de op de ontwikkeling van jonge mensen gerichte wetenschappelijke disciplines worden samengebracht.

1.2. Doelgroepen

Vanuit deze achtergrond is in de literatuur gezocht naar risicofactoren, beschermende factoren en kwetsbare groepen. Hierbij stonden mogelijke clusteringen en samenhang van problematiek of risicofactoren centraal. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in een overzicht van de belangrijkste doelgroepen voor preventie, ingedeeld naar domein. Vervolgens is in kaart gebracht of er voor deze doelgroepen een hiaat is in de beschikbare interventies (beschikbaar in Nederland of alleen buitenland). Prevalentiecijfers en ernst van de problemen zijn geschat en de relevantie voor Resultaten Scoren is afgewogen. Wanneer we deze criteria meewegen voor de doelgroepen waar een hiaat bestaat, blijven de volgende relevante doelgroepen over:

- Jongeren met een lage sociaal-economische status/jongeren die in armoede leven/gemarginaliseerde jongeren
- Jongeren die omgaan met delinquente/ deviante leeftijdsgenoten
- Zwerfjongeren
- School-dropouts, spijbelaars
- (V)MBO-leerlingen
- Jongeren met psychische, emotionele of gedragsproblemen. Meer specifiek:
  -Jongeren met ADHD m.n. in combinatie met antisociale gedragsstoornis
  -Jongeren met depressie, angststoornissen
- Jongeren die op jonge leeftijd begonnen zijn met middelengebruik.

1.3. Benodigde interventies

Hieronder volgt een opsomming van mogelijk te ontwikkelen, dan wel te vertalen of implementeren interventies voor doelgroepen waarbij een hiaat in het Nederlandse preventieaanbod is vastgesteld. De hieronder genoemde buitenlandse interventies staan beschreven in bijlage 3. Een nadere *prioritering* zal zoals gezegd door Resultaten Scoren gedaan worden, aan de hand van het toepassen van de 'maatlat' voor de inhoudelijke beoordeling op relevantie, kwaliteit en implementeerbaarheid (Van der Stel, niet gepubliceerd).

Lage SES

- Vertalen en implementeren van bijvoorbeeld Stars for families (preventie van alcoholproblematiek, geïndiceerd).
- In Nederland beschikbaar zijn Strengthening families/ Gezin aan bod; deze dienen wellicht nog eerst op deze doelgroep te worden toegespitst.
- Minder relevant voor Resultaten Scoren zijn Dare to be you (gericht op veerkracht bij

kinderen van 2-5 jaar) en Perry Preschool program (preventie delinquent gedrag en ander probleemgedrag bij 3 en 4 jarigen, geïndiceerd), want deze programma's zijn gericht op erg jonge doelgroepen.

Zwerfjongeren

- (Door)ontwikkelen van vroeghulpvariant MDFT.
- Vertalen en implementeren van korte motivationele interventie.
- Mogelijkheid van inzetten peers onderzoeken en nader vormgeven.
- Vertalen en implementeren van Child Development Project of een bindingbevorderend programma zoals Seattle social development project (beide selectieve preventie, op basisscholen).

Scholieren: drop-outs, VMBO

- Een interventie ontwikkelen voor jongeren met schoolgerelateerde problemen, met preventie van middelenproblematiek als een van de doelen (selectieve preventie), of aansluiten met een middelenspecifieke module bij bestaande Nederlandse initiatieven.
- Interventie ontwikkelen voor, of bestaande interventies afstemmen op VMBO-leerlingen (selectieve preventie). EQUIP voor het onderwijs gericht op voorkomen probleemgedrag (niet specifiek gericht op verminderen middelengebruik) is veelbelovend, mits voldoende intensief aangeboden.

Jongeren met psychische, emotionele of gedragsproblemen of -stoornissen

- Vertalen en implementeren van het door EMCDDA (2010) aangeraden Zwitserse programma *SUPRA-F*, gericht op jongeren met psychische, emotionele en gedragsproblemen (geïndiceerde/selectieve preventie), en jongeren met depressie of angststoornissen.
- Vertalen en implementeren van door EMCDDA aangeraden programma *Empecemos* gericht op jongeren met antisociale gedragsstoornis, ADHD en middelenproblematiek (geindiceerde/ selectieve preventie).
- Implementeren van Preventure voor jongeren met depressieve klachten.

Jongeren die op jonge leeftijd begonnen zijn met middelengebruik

- Vertalen en implementeren van *Family check-up*, voor kwetsbare kinderen en jongeren en hun gezin (geïndiceerde preventie). Gericht op middelenproblematiek, gezinsproblemen, omgang met deviante peers en probleemgedrag op school. Bestaande uit: korte interventie in het gezin (oudertraining).

1.4. Meetinstrumenten

Tijdens de invitational conferences van de Monitor voor de jeugdverslavingszorg (De Weert & Snoek, in press) bleek er een grote behoefte aan valide meetinstrumenten voor verslavingsproblematiek bij jongeren. Er bleken twee stromingen te bestaan in de sector: de ene helft gebruikte de EuroADAD, de andere helft gebruikte de MATE en paste deze gedeeltelijk aan aan jongeren. De MATE werd gewaardeerd om zijn grondigheid, maar bleek niet goed aan te sluiten bij de situatie van de jongere. Een aanbeveling is om een

instrument om verslavingsproblematiek bij jongeren te meten te ontwikkelen, eventueel gebaseerd op de MATE, en dit te toetsen in vergelijking met de EuroADAD.

2. Aanbevelingen

Onderzoek
Uit de literatuur zijn aanbevelingen naar voren gekomen ten aanzien van toekomstig onderzoek. Zo zou de mogelijkheid van geïndiceerde preventie via E-health moeten worden onderzocht. Ook is er meer onderzoek nodig naar waarom bepaalde problemen samen voorkomen en hoe dit het beste kan worden voorkomen. Daarbij moet eveneens worden nagegaan in hoeverre het mogelijk is om interventies te ontwikkelen die aansluiten bij de neurologische ontwikkeling van jongeren: in welk opzicht en in welke ontwikkelingsfase moeten ze worden ontzien, en in hoeverre moeten ze 'getraind' worden?

Visie op middelenproblematiek bij jongeren
De verslavingszorg zou separaat van deze rapportage een visiedocument moeten opstellen waarin visie en beleid ten aanzien van de preventie van middelenproblematiek onder kwetsbare jongeren worden uiteengezet. Daarbij dient aandacht te worden besteed aan te ontwikkelen methodieken en aan bekwaamheidsontwikkeling en opleiding. De in deze opdracht ontwikkelde visie kan een uitgangspunt vormen voor een inspirerend beleidsstuk voor iedereen die zich met het welzijn en de zorg voor jongeren bezig houdt, en dat bepalend is voor de komende jaren.
Bij het uitwerken van een visie is het van belang toekomstige samenwerkingspartners hierbij te betrekken, om een basis te leggen voor de gewenste integrale aanpak. De visie van bijvoorbeeld Justitie op de aanpak van middelenmisbruik onder jongeren verschilt van die van de verslavingszorg. In de justitieketen wordt middelenmisbruik voornamelijk beschouwd als dynamische criminogene factor, en niet zozeer als een gezondheidsprobleem. Dit is niet per se een knelpunt, maar het geeft wel aan dat er vanuit een ander perspectief en met een ander doel naar middelenmisbruik wordt gekeken (e.g. voornamelijk vanuit het oogpunt van de kans op criminele recidive). Het op elkaar afstemmen van deze verschillende perspectieven zal de intersectoriale samenwerking bevorderen. Een uitgewerkte visie kan tot de constatering leiden dat een jongere-specifieke bijlage aan het Masterprotocol moet worden toegevoegd.

Literatuurlijst

- Algemene Rekenkamer. (2008). Zwerfjongeren. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet, 373(9682), 2234-2246.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2003). Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. By . . . Oxford: Oxford University Press.
- Baer, J. S., Garrett, S. B., Beadnell, B., Wells, E. A., & Peterson, P. L. (2007). Brief motivational intervention with homeless adolescents: evaluating effects on substance use and service utilization. Psychol Addict Behav, 21(4), 582-586.
- Barnow, S., Schultz, G., Lucht, M., Ulrich, I., Preuss, U. W., & Freyberger, H. J. (2004). Do alcohol expectancies and peer delinquency/substance use mediate the relationship between impulsivity and drinking behaviour in adolescence? Alcohol Alcohol, 39(3), 213-219.
- Battistich, V., Schaps, E., Watson, M., Solomon, D., & Lewis, C. (2000). Effects of the Child Development Project on students' drug use and other problem behaviors. Journal of Primary Prevention, 21(1), 75-99.
- Bergen, H. A., Martin, G., Richardson, A. S., Allison, S., & Roeger, L. (2004). Sexual abuse, antisocial behaviour and substance use: gender differences in young community adolescents. Aust N Z J Psychiatry, 38(1-2), 34-41.
- Bijl, R. V., van Zessen, G., & Ravelli, A. (1997). (Psychiatric morbidity among adults in The Netherlands: the NEMESIS-Study. II. Prevalence of psychiatric disorders. Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study). Ned Tijdschr Geneeskd, 141(50), 2453-2460.
- Blake, S. M., Amaro, H., Schwartz, P. M., & Flinchbaugh, L. J. (2001). A Review of Substance Abuse Prevention Interventions for Young Adolescent Girls The Journal of Early Adolescence, 21(3), 294-324.
- Boendermaker, L., Harder, A., Speetjens, P., Pijll, M. v. d., Bartelink, C., & Everdingen, J. v. (2007). Programmeringsstudie Jeugdzorg. Utrecht: Nederlands jeugdinstituut.
- Braet, C., & Bögels, S. (2008). Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten. Amsterdam: Boom.
- Brand, D. A., Saisana, M., Rynn, L. A., Pennoni, F., & Lowenfels, A. B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. PLoS Med, 4(4), e151.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. Psychol Rev, 101(4), 568-586.
- Castellanos, N., & Conrod, P. (2006). Brief interventions targeting personality risk factors for adolescent substance misuse reduce depression, panic and risk-taking behaviours Journal of Mental Health, 15(6), 645 - 658.
- Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid. (2008). Aanpak hangjongeren in gemeenten. Utrecht: Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid.

- Cho, H., Hallfors, D. D., & Sanchez, V. (2005). Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth. J Abnorm Child Psychol, 33(3), 363-374.
- Chung, H., Park, Y., & Lanza, S. T. (2005). Latent transition analysis with covariates: pubertal timing and substance use behaviours in adolescent females. Stat Med, 24(18), 2895-2910.
- Cilliers, P. (1998). Complexity and Postmodernism. Understanding complex systems London: Routledge.
- Comeau, N., Stewart, S. H., & Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. Addict Behav, 26(6), 803-825.
- Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., & Strang, J. (2010). Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. Arch Gen Psychiatry, 67(1), 85-93.
- Conrod, P. J., Pihl, R. O., Stewart, S. H., & Dongier, M. (2000). Validation of a system of classifying female substance abusers on the basis of personality and motivational risk factors for substance abuse. Psychol Addict Behav, 14(3), 243-256.
- Conrod, P. J., Stewart, S. H., Pihl, R. O., Cote, S., Fontaine, V., & Dongier, M. (2000). Efficacy of brief coping skills interventions that match different personality profiles of female substance abusers. Psychol Addict Behav, 14(3), 231-242.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: development and validation of a four-factor model. Psychological Assessment, 6(2), 117–128.
- Costello, E. J., Sung, M., Worthman, C., & Angold, A. (2007). Pubertal maturation and the development of alcohol use and abuse. Drug Alcohol Depend, 88 Suppl 1, S50-59.
- Crone, E. (2008). Het puberende brein. Over de ontwikkeling van de hersenen in de unieke periode van de adolescentie. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Cuijpers, P. (2000). Kinderen van probleemdrinkers. Praktijkboek jeugdgezondheidsdienst, 1(1), 27-45.
- Currie, C., Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., & Currie, D. (2008). Inequalities in young people's health. HBSC International report from the 2005/2006 survey. . Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Dahl, R., & Spear, L. (2004). Adolescent Brain Development: Vulnerabilities and Opportunities. Annals of the New York Academic of Science, 1021, 1-22.
- De Weert, G. & Snoek, A. (in press). Monitor voor de jeugdverslavingszorg. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- De Winter, M. (2000). Beter maatschappelijk opvoeden. Assen: Van Gorcum.
- Dishion, T. J., Nelson, S. E., & Kavanagh, K. (2003). The family check-up with high-risk young adolescents: Preventing early-onset substance use by parent monitoring. Behavior Therapy, 34(4), 553-571.
- Elliott, L., Orr, L., Watson, L., & Jackson, A. (2005). Secondary prevention interventions for young drug users: a systematic review of the evidence. Adolescence, 40(157), 1-22.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2007). Drugs use and related problems among very young people (under 15 years old). Lisabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2008). Drugs and vulnerable groups of young people. Lisabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention. Kopenhagen: EMCDDA.
- Engels, R. C., Scholte, R. H., van Lieshout, C. F., de Kemp, R., & Overbeek, G. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. Addict Behav, 31(3), 440-449.
- Ensminger, M. E., Juon, H. S., & Fothergill, K. E. (2002). Childhood and adolescent antecedents of substance use in adulthood. Addiction, 97(7), 833-844.
- Evren, C., Kural, S., & Cakmak, D. (2006). Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents. Addict Behav, 31(3), 475-485.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2007). Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: results of a 25-year longitudinal study. Drug Alcohol Depend, 88 Suppl 1, S14-26.
- Fletcher, A., Bonell, C., & Hargreaves, J. (2008). School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies. J Adolesc Health, 42(3), 209-220.
- Fletcher, A., Bonell, C., Sorhaindo, A., & Strange, V. (2009). How might schools influence young people's drug use? Development of theory from qualitative case-study research. J Adolesc Health, 45(2), 126-132.
- Fors, S. W., & Jarvis, S. (1995). Evaluation of a peer-led drug abuse risk reduction project for runaway/homeless youths. J Drug Educ, 25(4), 321-333.
- Franken, I. H., & Muris, P. (2006). Gray's impulsivity dimension: A distinction between Reward Sensitivity versus Rash Impulsiveness. Personality and Individual Differences, 40(7), 1337-1347.
- Franken, I. H., Muris, P., & Georgieva, I. (2006). Gray's model of personality and addiction. Addict Behav, 31(3), 399-403.
- Garretsen, H. F. L., & Rigter, H. (2008). Jongeren en alcohol: beleid helpt. Tijdschrift Verslaving, 4(3), 46-53.
- Glicken, M. D. (2009). Evidence-based practice with emotionally troubled children and adolescents. Amsterdam: Elsvevier.
- Gottfredson, D. C., & Wilson, D. B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. Prev Sci, 4(1), 27-38.
- Gottfredson, M., & Hirschi, T. (1990). A General Theory of Crime. Stanford: Stanford University Press.
- Gunning, W. B. (1995). Verslaving. In J. A. R. Sanders-Woudstra & F. C. Verhulst (Eds.), Kinder- en jeugdpsychiatrie: Psychopahtologie en behandeling (pp. 34-54). Assen: Van Gorcum.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R., & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. Arch Pediatr Adolesc Med, 153(3), 226-234.
- Hawkins, J. D., Kosterman, R., Catalano, R. F., Hill, K. G., & Abbott, R. D. (2005). Promoting

positive adult functioning through social development intervention in childhood: long-term effects from the Seattle Social Development Project. Arch Pediatr Adolesc Med, 159(1), 25-31.
- Hingson, R. W., & Zha, W. (2009). Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. Pediatrics, 123(6), 1477-1484.
- Hirschi, T. (1969). Causes of delinquency. Berkeley: University of California Press.
- Huizink, A. (2010). Middelen om aan de druk te ontsnappen. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen Faculteit der Sociale Wetenschappen.
- Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., & Buitelaar, J. K. (2004). Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? Psychological bulletin, 130(1), 115-142.
- Hulshof 2009
- Hüsler, G., & Werlen, E. (2005). Supra-F: Ein Suchtpräventions-Forschungsprogramm. Fribourg: Zentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie der Univ. Fribourg.
- Huurre, T., Lintonen, T., Kaprio, J., Pelkonen, M., Marttunen, M., & Aro, H. (2010). Adolescent risk factors for excessive alcohol use at age 32 years. A 16-year prospective follow-up study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 45(1), 125-134.
- Ince, D. (2008). Cijfers over kindermishandeling. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- IVZ/Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem. (2010). Jongeren in de ambulante verslavingszorg in Nederland (2004-2008). Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ).
- Jablonka, E., & Lamb, M. J. (2005). Evolution in four dimensions: genetic, epigenetic, behavioral, and symbolic variation in the history of life. Cambridge: The MIT Press.
- Jansen, H. & Snoek, A. (2007). Masterprotocol Resultaten Scoren. Handleiding voor de ontwikkeling van protocollen en kennisdocumenten voor de verslavingszorg. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Jonkman, H., & Steketee, M. (2008). Jong geleerd, oud gedaan; effectieve preventieprogramma's in Nederland. Justitiële verkenningen: Twaalfminners, 34(dec).
- Junger-Tas, J., Steketee, M., & Moll, M. (2008). Achtergronden van jeugddelinquentie en middelengebruik Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Karmiloff-Smith, A. (2006). The tortuous route from genes to behavior: A neuroconstructivist approach. Cogn Affect Behav Neurosci, 6(1), 9-17.
- Kauffman, J. M. (1970). School and family as potential change agents in the mental health of children. J Sch Health, 40(8), 443-446.
- Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2009). Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth. London: Pearson Education.
- Kauffman, J. M., Vicente, A. R., Benton, J. F., McKnight, M. W., & Mende, R. H. (1972). Part-time consultants in the schools: observations of a resource team for service to children with school problems. J Sch Health, 42(8), 446-449.
- Kepper, A., Veen, V., Monshouwer, K., Stevens, G., Drost, W., De Vroome, T., et al. (2009). Middelengebruik bij jongens in Justitiële Jeugdinrichtingen. Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en harddrugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel. . Den Haag: Ministerie van Justitie.

- Koeter, M. W. J., Campen, M. W., & Langeland, W. (2009). Interventiematrix Justitiële Verslavingszorg. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Kokkevi, A. E., Arapaki, A. A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M., & Stergar, E. (2007). Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in six European countries. Drug Alcohol Depend, 88(2-3), 308-312.
- Larsen, H., Engels, R. C., Souren, P. M., Granic, I., & Overbeek, G. (2010). Peer influence in a micro-perspective: imitation of alcoholic and non-alcoholic beverages. Addictive Behaviors, 35(1), 49-52.
- Lynskey, M. T., & Hall, W. (2001). Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: Is there a causal link? Addiction, 96(6), 815-822.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Dimeff, L. A., Larimer, M. E., Quigley, L. A., et al. (1998). Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-year follow-up assessment. J Consult Clin Psychol, 66(4), 604-615.
- Matthys, W., Vanderschuren, L. J. M. J., Nordquist, R. E., & Zonnevylle-Bender, M. J. S. (2006). Factoren die bij kinderen en adolescenten een risico vormen voor gebruik, misbruik en afhankelijkheid van middelen. Den Haag: ZonMW.
- Mitchell, M. (2009). Complexity: a guided tour. New York: Oxford University Press.
- Monshouwer, K., Verdurmen, J., Dorsselaer, van S., Smit, E., Gorter, A., Vollebergh, W. (2008). Jeugd en Riskant gedrag 2007. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Moons, H. & De Weert, G. H. (in press). Update evidence-based interventies voor de jeugdverslavingszorg.
- Morehouse, E. & Tobler, N. S. (2000). Preventing and reducing substance use among institutionalized adolescents. Adolescence, 35(137), 1-28.
- Morojele, N. K. & Brook, J. S. (2006). Substance use and multiple victimisation among adolescents in South Africa. Addict Behav, 31(7), 1163-1176.
- Olsen, S. & Sameroff, A. (Eds.) (2009). Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems. Cambridge University Press.
- Oxford, M. L., Harachi, T. W., Catalano, R. F., & Abbott, R. D. (2001). Preadolescent predictors of substance initiation: a test of both the direct and mediated effect of family social control factors on deviant peer associations and substance initiation. Am J Drug Alcohol Abuse, 27(4), 599-616.
- Pardini, D., White, H. R., & Stouthamer-Loeber, M. (2007). Early adolescent psychopathology as a predictor of alcohol use disorders by young adulthood. Drug Alcohol Depend, 88 Suppl 1, S38-49.
- Peterson, P. L., Baer, J. S., Wells, E. A., Ginzler, J. A., & Garrett, S. B. (2006). Short-term effects of a brief motivational intervention to reduce alcohol and drug risk among homeless adolescents. Psychol Addict Behav, 20(3), 254-264.
- Petrie, J., Bunn, F., & Byrne, G. (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review. Health Educ Res, 22(2), 177-191.
- Planije, M., Van 't Land, H., & Wolf, J. (2003). Hulpverlening aan Zwerfjongeren: Trimbos Instituut.

- Pleegzorg Nederland, 2009
- Poelen, E. (2008). The role of genes and environment in adolescents' and young adults' alcohol use. Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen.
- Postma, S. (2008). JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Bilthoven: RIVM.
- Preston, P., & Goodfellow, M. (2006). Cohort comparisons: social learning explanations for alcohol use among adolescents and older adults. Addictive Behaviors, 31(12), 2268–2283.
- Rensen, P., Van Arum, S., & Engbersen, R. (2008). Wat werkt? Een onderzoek naar de effectiviteit en de praktische bruikbaarheid van methoden in de vrouwenopvang, maatschappelijke opvang en opvang voor zwerfjongeren. Utrecht: Trimbos-Instituut/Movisie.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., et al. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. Jama, 278(10), 823-832.
- Richter, J., Krecklow, B., & Eisemann, M. (2002). Interrelations between temperament, character, and parental rearing among delinquent adolescents: a cross-validation. Compr Psychiatry, 43(3), 210-214.
- Rispens, J., J. Hermanns & W. Meeus (red.). (1996). Opvoeden in Nederland. Assen: Van Gorcum.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. Brain Res Brain Res Rev, 18(3), 247-291.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2003). Addiction. Annu Rev Psychol, 54, 25-53.
- Rodenburg G, R Spijkerman, RJJM van den Eijnden, H van de Mheen (2007). Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2005. IVO-reeks nr. 45. Rotterdam: IVO.
- Sanchez, V., Steckler, A., Nitirat, P., Hallfors, D., Cho, H., & Brodish, P. (2007). Fidelity of implementation in a treatment effectiveness trial of Reconnecting Youth. Health Educ Res, 22(1), 95-107.
- Schrijvers, C., & Schuit, A. (red.) (2010). Middelengebruik en seksueel gedrag van jongeren met een laag opleidingsniveau; Aangrijpingspunten voor preventie. Bilthoven: RIVM.
- Schrijvers, C. T. M., & Schoemaker, C. G. (2008). Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. Bilthoven: RIVM.
- Schubiner, H., Tzelepis, A., Milberger, S., Lockhart, N., Kruger, M., Kelley, B. J., et al. (2000). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. J Clin Psychiatry, 61(4), 244-251.
- Sentse, M. (2010). Bridging Contexts. The interplay between family, child, and peers in explaining problem behavior in early adolescence. Ridderkerk: Ridderprint.
- Shader, M. (2003). Risk Factors for Delinquency: an Overview. Washington DC: U.S. Department of Justice, O ffice of Justice Programs, O ffice of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Shaw, D. S., Dishion, T. J., Supplee, L., Gardner, F., & Arnds, K. (2006). Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. J Consult Clin Psychol, 74(1), 1-9.
- Sizoo, B. B. (2010). Developmental Disorders and Substance Use Disorder: a phenotypi-

cal, endophenotypical and genetic exploration. Enschede: Ipskamp Drukkers.
- Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Bolier, L. (2008). Jongeren en verslaving – de effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren. Een literatuurstudie en een inventarisatie van behandelaanbod in Nederland. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Snoek, A., Wits, E. & Van de Mheen, D. (in press). Richtlijn vroegsignalering middelenmisbruik of -afhankelijkheid bij jongeren. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Stephenson, M. T., & Helme, D. W. (2006). Authoritative parenting and sensation seeking as predictors of adolescent cigarette and marijuana use. J Drug Educ, 36(3), 247-270.
- Stewart, S. H., Conrod, P. J., Marlatt, G. A., Comeau, M. N., Thush, C., & Krank, M. (2005). New developments in prevention and early intervention for alcohol abuse in youths. Alcohol Clin Exp Res, 29(2), 278-286.
- Stormshak, E. A., & Dishion, T. J. (2009). A school-based, family-centered intervention to prevent substance use: the family check-up. Am J Drug Alcohol Abuse, 35(4), 227-232.
- Sumnall, H., Jones, L., Burrell, K., Witty, K., McVeigh, J., & Bellis, M. (2006). Annual Review of Drug Prevention. Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention.
- Tabibian, N. (2006). Effectiviteit van interventies voor multiprobleemgezinnen. Utrecht: Verwey-Jonker instituut.
- Thaker, S., Steckler, A., Sanchez, V., Khatapoush, S., Rose, J., & Hallfors, D. D. (2008). Program characteristics and organizational factors affecting the implementation of a school-based indicated prevention program. Health Educ Res, 23(2), 238-248.
- Tick, N. T., van der Ende, J., Koot, H. M., & Verhulst, F. C. (2007). 14-year changes in emotional and behavioral problems of very young Dutch children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46(10), 1333-1340.
- Van Dam, C. (2005). Juvenile criminal recidivism – Relations with personality and post release environmental risk and protective factors. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Van den Bree, M. B., & Pickworth, W. B. (2005). Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. Arch Gen Psychiatry, 62(3), 311-319.
- Van der Meer, C., Hendriks, V., & Vos, R. (2003). Dubbele diagnose Dubbele hulp, richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Amersfoort/Den Haag: GGZ Nederland/ Parnassia.
- Van der Stel, J. (2010 (ongepubliceerd)). Het ontwikkelingsperspectief in de psychiatrie.
- Van der Stel, J. (2009). Psychopathologie. Grondslagen, determinanten en mechanismen. Amsterdam: Boom.
- Van Dorsselaer, S., Zeijl, E., Van den Eeckhout, S., Ter Bogt, T., & Vollebergh, W. (2007). HBSC 2005 Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: SCP/Trimbos-instituut.
- Van Gageldonk, A. (2006). Overzicht van geëvalueerde projecten en onderzoek in de Nederlandse verslavingszorg. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Koppen, P. J., Van Doorn, I. C., Donker, A. G., & Pakes, F. (2001). Psychologische benaderingen. In E. Lissenberg, Ruller, S. van & Swaaningen, R. van (Ed.), Tegen de regels IV. Een inleiding in de criminologie. Nijmegen: Ars Aequi Libri.
- Van Laar, M., & Van Ooyen-Houben, M. (2009). Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC.
- Van Lier, P. A. C., & B. Orobio de Castro. (2008). Universele preventie; de effecten van

twee veelbelovende programma's. Justitiële verkenningen: Twaalfminners, 34(dec).
- Van Wijngaarden-Creemers, P., Van den Brink, W., & Van der Gaag, R. J. (2008). Verslaving als ontwikkelingsstoornis. Nieuwsbrief Kenniscentrum ADHD bij volwassenen, 10(2).
- Vaughn, M. G., Ollie, M. T., McMillen, J. C., Scott, L., Jr., & Munson, M. (2007). Substance use and abuse among older youth in foster care. Addict Behav, 32(9), 1929-1935.
- Verdurmen, J., Oort, M. v., Meeuwissen, J., Ketelaars, T., Graaf, I. d., Cuijpers, P., et al. (2003). Effectiviteit van preventieve interventies gericht op jeugdigen: de stand van zaken. Een onderzoek naar de effectiviteit van in Nederland uitgevoerde preventieve programma's gericht op kinderen en jeugdigen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verdurmen, J., Abraham, M., Planije, M., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Schulten, I., Bevers, J. & Vollebergh, W. (2006). Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar. Schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verheij, F. (2004). De opkomst van de kinder- en jeugdpsychiatrie. In E. V. E. Verheij (Ed.), Kinder- en jeugdpsychiatrie; Onderzoek en diagnostiek. Assen: Van Gorcum.
- Wagenaar, A. C., Salois, M. J., & Komro, K. A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. Addiction, 104(2), 179-190.
- Weijers, I. (2008). Het gaat niet slecht met de Nederlandse jeugd. Justitiële Verkenningen, 34(8), 38-48.
- Wiers, R. W. (2006). Het ontstaan van verslavingsgedrag bij jongren. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Wiers, R. W., Vink, J. M., & De Vries, T. J. (2007). Verslaving. In D. C. Cath, Gijsbers van Wijk, C.M.T., & Klumpers, U.M.H. (Ed.), Sekseverschillen in de psychiatrie. Een neurobiologische benadering. (pp. 252). Assen: Van Gorcum.
- Wills, T. A., Cleary, S., Filer, M., Shinar, O., Mariani, J., & Spera, K. (2001). Temperament related to early-onset substance use: test of a developmental model. Prev Sci, 2(3), 145-163.
- Winters, K. C. Winters, Stinchfield, R., Latimer, W.W. & Lee, S. (2007). Long-term outcome of substance-dependent youth following 12-step treatment. J of Substance abuse treatment, 33 (1), p.61-69.
- Wits, E., Ganpat, S., Schoenmakers, T., Snoek, A., Boonstra, J., & Den Ouden, R. (2010). Theoretische handleiding Stay-A-Way. Deventer/Rotterdam: Tactus/IVO.
- 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. Addict Behav, 34(12), 1042-1055.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2009). Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Kopenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Yperen, T. v., Steege, M. v. d., Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). Kinderen in Nederland. Den Haag/Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau/TNO Kwaliteit van Leven.

Bijlage 1
Overzicht risico- en beschermende factoren

Onderstaande risico- en beschermende factoren worden besproken in deel II, hoofdstuk 1.

Brede sociale omgeving

Domein	Risicofactoren	Beschermende factoren
Maatschappelijke context	- Armoede en lage sociaal economische status - Ongunstige buurtkenmerken - Grote beschikbaarheid van middelen - Lage prijs van middelen - Veel reclame voor middelen - Lage wettelijk toegestane leeftijd voor het gebruik	- Goede sociale controle

Institutionele omgeving

Domein	Risicofactoren	Beschermende factoren
School	- Beschikbaarheid van middelen op school - Onveiligheid op scholen - Het hebben van schoolgerelateerde problemen zoals spijbelen, lage schoolmotivatie, slechte schoolprestaties en schooluitval - Laag schoolniveau	- Veilige schoolomgeving - Anti-middelen beleid - Goede schoolprestaties
Instituties	- Uithuisplaatsing, pleegzorg, maatschappelijke opvangvoorzieningen, jeugddetentie,	- Professioneel toezicht, goede vrijetijds-besteding - Goede, toegankelijke instituties

Directe leefomgeving

Domein	Risicofactoren	Beschermende factoren
Ouders/ gezin	- Gebrek aan ouderlijk toezicht/Ouders die onvoldoende op de hoogte zijn van het doen en laten van hun kind of adolescent. - Middelengebruik van ouders of (oudere) broers of zussen - Lage kwaliteit van gezinsrelaties/Gezins- en echtelijke disharmonie - Echtscheiding - Slechte relatie tussen ouders en kinderen - Mishandeling en verwaarlozing - Gebrek aan binding met ouders, gezin en school	-Autoritatieve opvoeding - Warme en sociale familie-omgeving - Prosociale familie processen (duidelijke regels, toezicht en verbondenheid) - goede band tussen adolescenten en hun ouders -positieve externe steun- systemen
Leeftijdgenoten	- Middelengebruik van leeftijdgenoten - Attitude van leeftijdgenoten (positieve normen ten opzichte van deviant gedrag) - Persoonlijke goedkeuring (adoptie van de deviante normen) - Delinquentie van leeftijdgenoten - Vaak uitgaan	-Goede zelfregulatie

Persoonlijk niveau

Domein	Risicofactoren	Beschermende factoren
Moleculair genetisch, neurotransmitter systemen, hersenstructuren	- Afwijkingen in 5-HT1B receptor, μ-opioïd receptor, CB1 cannabinoïdreceptor, metabotrope glutamaat receptor mGluR5, CABRA2 en COMT (bijv. CHRM2). - Afwijkingen in de volgende systemen en receptoren: dopamine, serotonine, opioïden, glutamaat, GABA, cannibinoïden. - Afwijkingen in mesolimbisch dopamine systeem, prefrontale cortex, striatum, amygdala.,	

Persoonlijk niveau (vervolg)

Domein	Risicofactoren	Beschermende factoren
Adolescentie als risicovolle periode	In de adolescentie vindt er een breed scala aan neuronale en hormonale veranderingen plaats die een risicofactor vormen voor middelenproblematiek. – Een vroege puberteit voorspelt alcoholgebruik bij jongens en meisjes, en alcoholafhankelijkheid bij meisjes – Early onset, de ontwikkeling van automatische processen en sensitisatie; mogelijke schade aan de hersengebieden die met de regulatie van emotie en motivatie te maken hebben.	
Persoonlijkheids-kenmerken	– Angstgevoeligheid ('Anxiety sensitivity') – Gevoelens van hopeloosheid ('Hopelessness') – Negatief denken ('Negative thinking') – Sensatie zoekend ('Sensation seeking') – 'Nieuwsgierig naar nieuwe dingen', vooral als dit samengaat met een lage score op 'vermijden van schade' ('Novelty-seeking', 'harm avoidance') – Impulsiviteit – Lage eigenwaarde (geldt alleen voor jongens) – Hoge sensitiviteit voor genot	– Gevoel van eigenwaarde – Voldoende zelfcontrole
Psychische en gedrags-problemen	– Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornis (grootste risico op comorbide middelenproblematiek). – Agressief gedrag in de kinderleeftijd, zeker als het deel uitmaakt van een antisociale gedragsstoornis – Delinquent gedrag – ADHD, vooral in combinatie met antisociale gedragsstoornis – Depressieve symptomen – Angststoornissen – Eetstoornis – Psychotische stoornissen	

Persoonlijk niveau (vervolg)

Domein	Risicofactoren	Beschermende factoren
Gender, culturele en religieuze achtergrond	– Vrouw-zijn was lange tijd een beschermende factor, maar het lijkt of vrouwen met een inhaalslag bezig zijn. – Culturele en religieuze achtergrond kan een risicofactor (Surinaamse afkomst) of een beschermende factor (Marokkaanse afkomst) zijn, afhankelijk van de normen en waarden van de cultuur of religie	– Religie – Ouders die afwijzend staan tegenover middelengebruik
Ongezond gedrag	– Positieve alcohol/drugs verwachtingen – Roken – Ongezond gedrag in het algemeen	

Bijlage 2
Ontwikkeling van de hersenen, ontleend aan Crone (2008)

	Infancy and todd-lerhood (birth to 3 years)	Preschool period (3 to 6 years)
Probleem-oplossing-functies		
Werk-geheugen/planning laterale prefrontale cortex	Bij baby's is het werkgeheugen nog niet goed ontwik-keld	De grootste veranderingen in het werk-geheugen vinden plaats in de vroege kindertijd
Inhibitie/op tijd stoppen Op tijd stoppen of remmen van je gedrag Ventrolaterale cortex		Vooral kleuters zijn hier slecht in. De stop signaal reactie tijd (SSRT stoplicht springt op rood) is traag tussen 4-8 jaar
Flexibiliteit Frontale cortex	3-jarigen hebben grote moeite met flexibiliteit	een belangrijke verandering vindt plaats in de vroege kindertijd (4-5 jaar).

Middle childhood (6 to 12 years)	Adolescence (12 to 20 years)
De meeste probleemoplossingsfuncties ontwikkelen zich tussen 4-12 jaar	Veel van de functies rijpen nog tot in de adolescentie, zoals planning en flexibiliteit
Het werkgeheugen is niet uitontwikkeld rond het tiende jaar.	Het werkgeheugen wordt nog verbeterd in de adolescentie. Adolescenten hebben vooral meer moeite met werkgeheugen manipulatie omdat het dorsale gebied van de laterale frontale cortex langzamer rijpt.
Maar ook basisschool kinderen tot een jaar of 12 hebben mee moeite om hun gedrag te remmen dan volwassenen 8-12 jarigen laten minder activiteit zien in het ventrale gedeelte van de laterale prefrontale cortex	De SSRT is nog niet op volwassenen niveau tot ten minste twaalf tot veertien jaar. Tijdens de adolescentie rijpt het ventrale-laterale deel van de prefrontale cortex steeds verder, en werkt de inhibitie beter. Het is nog onbekend wanneer deze op volwassenniveau werkt. Hoewel adolescenten als zij 12 tot 14 zijn al vrij goed zijn in het remmen van hun handelingen, hebben ze dus veel problemen met het onderdrukken van interferentie. Zo vinden veel jongeren het moeilijk zich te concentreren als er afleiding is.
	Toch blijkt dat volledige flexibiliteit nog niet is ontwikkeld tot op zijn minst vijftien jaar. De gebieden die een rol spelen bij doelgericht gedrag zijn bij jongeren nog steeds in groei tot in de late adolescentie.

Ontwikkeling van de hersenen, ontleend aan Crone (2008) vervolg

	Infancy and todd-lerhood (birth to 3 years)	Preschool period (3 to 6 years)
Korte- versus lange- termijn winst		
Risico-gedrag		

Middle childhood (6 to 12 years)	Adolescence (12 to 20 years)
Kinderen tussen 6 en 10 kiezen overwegend voor kortetermijnwinst. Bij de jongere groep trad de zweetreactie en hartslagverandering alleen op als zij een groot verlies leden. Dit betekent dat zij het wel degelijk vervelend vonden om te verliezen, maar niet anticipeerden op de mogelijkheid van een slechte uitkomst.	Dit keuzepatroon verandert in de adolescentie, wanneer jongeren leren om langetermijnkeuzes te maken, maar zelfs bij zestien- tot achtien-jarigen is het keuzepatroon nog niet zo lange-termijngericht als bij volwassenen in de leeftijd van twintig tot vijfentwintig jaar. Als gekeken wordt naar veranderingen in lichaamssignalen, dan is pas bij zestienjarigen de eerste indicatie dat een gevaarlijke keuze een lichamelijk waarschuwingsignaal werd afgegeven zoals zweten of hartslagverandering. Maar dit was niet zo sterk als bij twintig- tot vijfentwintig-jarigen. Adolescenten weten wat gevaarlijk is, maar zij voelen hier geen of een minder sterk lichamelijk waarschuwingssignaal bij. Deze signalen zijn blijkbaar nog in de maak en dit leidt soms tot ondoordachte beslissingen.
Bij jonge kinderen waarbij de puberteit nog niet is begonnen werkt de frontale cortex nog niet zo goed als bij oudere kinderen, maar hun emotionele hersengebieden hebben minder schommelingen. In de puberteit wordt dit systeem uit balans gebracht.	Emotionele hersengebieden worden onder invloed van toenemende hormonale veranderingen extra gestimuleerd. De regulerende frontale cortex is nog lang niet uitgerijpt. Adolescenten blijken veel sterker te reageren op een aangekondigde beloning of een mogelijke beloning dan kinderen of volwassenen. Adolescenten zijn zowel blijer met de winst dan volwassenen als minder geraakt door verlies. Ze zijn vooral gericht op de voordelen en minder op de nadelen. Zij hebben meer behoefte aan spannende gebeurtenissen dan jonge kinderen, en zij kunnen gevaarlijke risicosituaties niet goed inschatten. Rationeel kunnen adolescenten risicosituaties net zo goed inschatten als volwassenen. Zij verschillen met volwassenen in de emoties die zij ervaren wanneer zij deze beloning in het vooruitzicht zien, of de beloning of het verlies daadwerkelijk ervaren.

Bijlage 3
Beschrijving van buitenlandse interventies die nog niet in het Nederlands vertaald zijn

Classificatie, globaal volgens NJi-criteria uitgevoerd (zie toelichting op www.nji.nl):
* 'theoretisch goed onderbouwd'
** 'waarschijnlijk effectief'
*** 'bewezen effectief'

Brief feedback and motivational intervention for substance use among homeless adolescents**

Doelgroep

Dakloze jongeren (14-19 jaar)

Bestaande uit

De eerste motivationele interventie biedt persoonlijke feedback over risicopatronen met betrekking tot alcohol- of middelengebruik, overeenkomstig motivationeel interviewen. Follow-up interviews vinden plaats na 1 maand en na 3 maanden na de eerste interventie.

Zet in op de volgende risico-/beschermende factoren

1. Motivatie

Resultaten

Een afname van middelengebruik werd na 1 maand vooral gevonden voor illegale drugs. Wat alcohol en cannabis betreft werden er geen effecten gevonden. Een andere studie vond na 3 maanden niet zozeer een afname van het gebruik van middelen in vergelijking met de controlegroep, maar wel een toename van het gebruik van voorzieningen. Op de lange termijn verdween dit effect echter weer. Deelnemers rapporteerden wel een afname in middelengebruik op de lange termijn.

Website: http://depts.washington.edu/adai/

Publicaties

Baer, J. S., Garrett, S. B., Beadnell, B., Wells, E. A., & Peterson, P. L. (2007). Brief motivational intervention with homeless adolescents: evaluating effects on substance use and service utilization. Psychol Addict Behav, 21(4), 582-586.

Peterson, P. L., Baer, J. S., Wells, E. A., Ginzler, J. A., & Garrett, S. B. (2006). Short-term effects of a brief motivational intervention to reduce alcohol and drug risk among homeless adolescents. Psychol Addict Behav, 20(3), 254-264.

Child development project**

Doelgroep

Basisschoolleerlingen in het algemeen, 5-12 jaar.

Bestaande uit

Twee fasen: in de eerste fase wordt het gemeenschapsgevoel op school versterkt, in de tweede fase wordt gewerkt aan de persoonlijke vaardigheden van jongeren.

Zet in op de volgende risico-/beschermende factoren

Het versterken van beschermende factoren: veilige schoolomgeving, goede schoolprestaties, betrokkenheid van ouders, zelfregulatie, sociaal gedrag, om bij te dragen tot een positieve ontwikkeling.

Resultaten

Drie jaar na de start van het 'Child development project' bleken leerlingen op de projectscholen minder vaak alcohol te drinken en softdrugs te gebruiken, maar niet minder te roken dan leerlingen op scholen in de controlegroep.

Website: http://www.cdp.auburn.edu/

Publicaties

Battistich, V., Schaps, E., Watson, M., Solomon, D., & Lewis, C. (2000). Effects of the Child Development Project on students' drug use and other problem behaviors. Journal of Primary Prevention, 21(1), 75-99.

Empecemos**

Emociones Pensamientos y Conductas para un desarollo saludable (Emotions, Thoughts and Feelings for a healthy development)

Spaans programma

Doelgroep

Kinderen tussen de 8 en 10 jaar met gedragsproblemen in de klas (impulsiviteit, agressiviteit, aandachtsproblemen, hyperactiviteit).

Bestaande uit

Oudertraining (12 sessies), groepssessies met jongeren (19), sessies voor docenten (8). Er is een handleiding bij de sessies, en een groepstrainer is nodig.

Zet in op de volgende risico-/beschermende factoren

1. Ouders: positieve opvoedstijlen, effectieve management van disruptief gedrag, affectieve ouder-kind relaties, ondersteuning van de cognitief-emotionele ontwikkeling van kinderen
2. Kinderen: emotionele vaardigheden, cognitieve vaardigheid, sociale vaardigheiden
3. Docenten: omgaan met disruptieve kinderen en hun ouders

Resultaten

Ouders rapporteren een significante afname in een straffende opvoedstijl, meer consistentie in het toepassen van regels, en minder impulsieve probleemoplossing.

Kinderen rapporteren betere identificatie van emoties, betere motie regulatie en betere anticipatie op de conseqenties van hun gedrag.

Website

niet bekend.

Publicaties

Romero, E., Villar, P., Luengo, M.A., Gómez-Fraguela, J.A. and Robles, Z. (2005). EmPeCemos: Emociones, Pensamientos y Conductas para un desarrollo saludable. Santiago de Compostela: Tórculo.

Romero, E., Villar, P. & Luengo, M.A. (2008, May). Preventing early-onset conduct problems through a multi-component intervention. 16th Annual Meeting of the Society for Prevention Research. San Francisco, California, USA.

Family check-up*

Doelgroep

Kwetsbare kinderen en jongeren en hun gezin.

Bestaande uit

korte interventie in het gezin (oudertraining), gericht op opvoedvaardigheden, ter voorkoming van verschillende gedragsproblemen en middelenproblematiek. Er vinden 3 bezoeken plaats. Na een eerste inventariserend gesprek volgt een tweede afspraak, waarin enkele korte metingen plaatsvinden (d.m.v. vragenlijsten) en een thuisobservatie met behulp van video-opnames. Hierna volgt nog een feedbacksessie waarin de resultaten worden besproken en mogelijkheden worden besproken voor verdere interventies.

Zet in op de volgende risico-/beschermende factoren

1. middelenproblematiek
2. gezinsproblemen
3. omgang met deviante peers
4. probleemgedrag op school

Resultaten

Het programma is in RCT-studies effectief gebleken in het verbeteren van familiemanagement, het terugdringen van risicogedrag, afname van conductdisorders, en het verminderen van lange-termijn risico's van middelengebruik in adolescentie.

Website

onbekend

Publicaties

Dishion, T. J., Nelson, S. E., & Kavanagh, K. (2003). The family check-up with high-risk young adolescents: Preventing early-onset substance use by parent monitoring. Behavior Therapy, 34(4), 553-571.

Shaw, D. S., Dishion, T. J., Supplee, L., Gardner, F., & Arnds, K. (2006). Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. J Consult Clin Psychol, 74(1), 1-9.

Stormshak, E. A., & Dishion, T. J. (2009). A school-based, family-centered intervention to prevent substance use: the family check-up. Am J Drug Alcohol Abuse, 35(4), 227-232.

Preventure*

Doelgroep

Jongeren tussen de 13 en 16 met geïdentificeerde risicofactoren voor vier persoonlijkheidstypen: angstgevoeligheid, sensatie-zoekend, impulsiviteit en negatief denken.

Bestaande uit

Een twee-sessie-groeps-workshop (1x 90 minuten en 1x 60 minuten), gefocust op riskante copingstrategieën voor problemen samenhangend met persoonlijkheid. Tot welk persoonlijkheidstype iemand behoort wordt gemeten met de Substance Use Risk Profile Scale (SURPS).

Zet in op de volgende risico-/beschermende factoren

1. angstgevoeligheid
2. sensatie-zoekend
3. impulsiviteit
4. negatief denken

Resultaten:

Een follow-up studie na 12 maanden liet een reductie zien van binge drinken, frequentie en hoeveelheid alcoholconsumptie, reductie van depressie, spijbelen, paniekaanvallen en impulsiviteit. De effecten waren het sterkst voor de sensatie-zoekende persoonlijkheden. Ook de SURPS is getest en bleek betrouwbaar en valide.

Website

onbekend.

Publicaties

Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., & Strang, J. (2010). Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. Arch Gen Psychiatry, 67(1), 85-93.

Conrod, P. J., Pihl, R. O., Stewart, S. H., & Dongier, M. (2000). Validation of a system of classifying female substance abusers on the basis of personality and motivational risk factors for substance abuse. Psychol Addict Behav, 14(3), 243-256.

Conrod, P. J., Stewart, S. H., Pihl, R. O., Cote, S., Fontaine, V., & Dongier, M. (2000). Efficacy of brief coping skills interventions that match different personality profiles of female substance abusers. Psychol Addict Behav, 14(3), 231-242.

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. Addict Behav, 34(12), 1042-1055.

Reconnecting Youth Program*

Preventieprogramma voor hoog-risico jongeren op de middelbare school

Doelgroep

Scholieren op middelbare scholen die in een hoge risicogroep vallen met betrekking tot spijbelen en/of ondermaatse prestaties.

Bestaande uit

55 'core' en 24 'booster' lessen, onderwezen door Reconnecting Youth-leraren, die aangesteld zijn op basis van hun werk op school met deze specifieke groep en hun vaardigheden om een positieve, vertrouwde en aanmoedigende omgeving te creëren.

Zet in op de volgende risico-/beschermende factoren

1. Binding met school
2. Zelfvertrouwen

3. Het nemen van beslissingen
4. Persoonlijke controle
5. Communicatie

Resultaten

Over het algemeen is weinig ondersteuning gevonden voor de toename in verbondenheid met de school voor de hoogrisico groep. Na 6 maanden follow-up zijn de scores op het gemiddelde cijfer, woede, verbondenheid met de school, binding met conventionele vriendengroepen en risicogedrag van vriendengroepen minder hoog (dus negatiever) dan bij de 1e meting.

Website

http://www.reconnectingyouth.com/RY/

Publicaties

Cho, H., Hallfors, D.D., & Sánchez, V. (2005). Evaluation of a High School Peer Group Intervention for At-Risk Youth. Journal of Abnormal Child Psychology, 33(3), 363-374.

Sánchez, V., Steckler, A., Nitirat, P., Hallfors, D.D, Cho, H., & Brodish, P. (2007). Fidelity of implementation in a treatment effectiveness trial of Reconnecting Youth. Health Education Research, 22(1), 95-107.

Thaker, S., Steckler, A., Sánchez, V., Khatapoush, S., Rose, J., & Hallfors, D.D. (2008). Program characteristics and organizational factors affecting the implementation of a school-based indicated prevention program. Health Education Research, 23(2), 238-248.

Residential student assistance program**

Doelgroep

Adolescenten in residentiële voorzieningen.

Bestaande uit

Adviseurs in de residentiële voorzieningen die een combinatie van strategieën gebruiken waaronder een assessment voor elke jongere die de instelling binnenkomt, een educatieve interventie van 8 sessies, groeps- en individuele counseling voor jongeren die zelf middelen gebruiken of wier ouders middelen gebruiken, doorverwijzing naar behandelprogramma's. Duur van de interventie is 20-24 weken en is volledig geïntegreerd in het programma van de instelling. Ook leveren de adviseurs trainingen voor de staf.

Zet in op de volgende risico-/beschermende factoren

1. welzijn
2. emotionele problemen
3. mentale problemen
4. misbruik en verwaarlozing door ouders
5. middelengebruik van ouders

Resultaten

In een follow-up studie bleek na 5 jaar dat het programma effectief was in het voorkomen en verminderen van middelengebruik bij jongeren in residentiële voorzieningen.

Website

http://www.sascorp.org/residesap.htm

Publicaties

Morehouse, E., & Tobler, N. S. (2000). Preventing and reducing substance use among institutionalized adolescents. Adolescence, 35(137), 1-28.

Seattle social development project*/**

Doelgroep

Basisschoolkinderen tussen de 6-12 jaar, ontwikkeld in scholen in achterstandswijken.

Bestaande uit

Sociale competentietraining, afgestemd op de ontwikkelingsfase.

Zet in op de volgende risico-/beschermende factoren

Verminderen van risicofactoren en versterken van beschermende factoren vanuit verschillende richtingen: via het individu, de vrienden, familie en school.

Resultaten

Zes jaar na afloop van het 'Seattle social development project' vertoonden jongeren die op een projectschool zaten minder gewelddadig gedrag, minder zwaar alcoholgebruik en minder seksueel risicogedrag dan jongeren die op de controlescholen zaten. Ook bleken deze jongeren betere schoolprestaties te hebben. Nog weer drie jaar later, de jongeren waren inmiddels 21 jaar oud, werden nog steeds positieve effecten gevonden op functioneren op school of werk en crimineel gedrag. Ook de emotionele en mentale gezondheid was beter. De onderzoeksopzet was quasi-experimenteel.

Website

onbekend

Publicaties

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R., & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. Arch Pediatr Adolesc Med, 153(3), 226-234.

Hawkins, J. D., Kosterman, R., Catalano, R. F., Hill, K. G., & Abbott, R. D. (2005). Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood: long-term effects from the Seattle Social Development Project. Arch Pediatr Adolesc Med, 159(1), 25-31.

Stars for Families**

Doel

Preventie van alcoholgebruik onder jongeren; alcoholgebruik uitstellen tot de volwassenheid

Doelgroep

Schoolgaande kinderen van 11 tot 14 jaar, ook kwetsbare groepen

Bestaande uit

drie verschillende preventiemethoden om alcoholgebruik uit te stellen tot de volwassenheid:

1. jaarlijkse consultatie door een hulpverlener om te leren hoe alcoholgebruik te voorkomen is
2. informatiekaarten met feiten over alcohol en adviezen voor ouders (deze worden gedurende 5 tot 10 weken verstuurd aan de ouders)

3. thuisopdrachten: vierwekelijkse opdrachten die ouders met hun kinderen kunnen maken (bijv. een contract, feedbackformulier).
   Instroom verloopt via scholen, instellingen, jeugdorganisaties enz.
   Resultaten
   Significante vermindering van alcoholgebruik, hoeveelheden, aantal keren gebruik en voornemens om te gaan gebruiken. De interventie is effectief bevonden door Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention en SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
   Website
   onbekend
   Bronnen
   C. E. Werch, D. M. Owen, J. M. Carlson, C. C. DiClemente, P. Edgemon, and M. Moore (2003). One-year follow-up results of the STARS for Families alcohol prevention program Health Educ. Res. 18: 74-87.
   SAMHSA: http://nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM_ID=208

Supra-F */**

Suchtprävention bei gefährdeten Jugendlichen (Drugspreventie onder kwetsbare jongeren)

Doelgroep

Kwetsbare jongeren tussen de 12-18 met diverse risicofactoren voor drugsgebruik

Bestaande uit

Verschillende programma's gericht op het ondersteunen en structureren van het leven van de kinderen, variërend van 3 tot 42 uur per week. Deze zijn onderverdeeld in sessies gericht op 'structuur' en sessies gericht op 'sociale desintegratie', verschillende modules: vaardigheidstraining, sociale- interactiegroepen, avontuurgroepen en kunstgroepen.

Zet in op de volgende risico-/beschermende factoren voor drugsgebruik

1. Positieve binding
2. Cognitieve en sociale competentie
3. Welbevinden

Resultaten

Toename van self-efficacy, afname van delinquentie en cannabisgebruik, positieve correlatie met sociale desintegratie.

Website

http://www.supra-f.infodrog.ch/de/index.htm

Overige bronnen

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009), Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (beschikbaar op:
http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention).
Hüsler, G. & Plancherel, B. (2008). Long term development of mood states and substance use in a Swiss cohort of youths at risk. Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis. 1(3), 242-253.

Hüsler, G., & Werlen, E. (2005). Supra-F: Ein Suchtpräventions-Forschungsprogramm. Fribourg: Zentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie der Univ. Fribourg.

Colofon

Deze publicatie is uitgebracht door IVO te Rotterdam in opdracht van Resultaten Scoren

Auteurs
Anke Snoek, Elske Wits, Jaap van der Stel & Dike van de Mheen

Ontwerp
www.taluut.nl

Publicatienummer
2010/366

Prijs
€ 20,-

Uitgever
Resultaten Scoren

COPYRIGHT © 2010 Resultaten Scoren; niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever Resultaten Scoren