



Wat werkt bij middelengebruik?

Mariska Zoon

September 2012

www.nji.nl

In de aanpak van middelengebruik gaat het om twee componenten: a) preventie, en b) behandeling van middelenmisbruik en –verslaving. Bij de preventie van middelengebruik is een integrale aanpak van belang: een combinatie van interventies die niet alleen gericht zijn op de jeugdige, maar ook op de omgeving van de jeugdige. Daarnaast is het bij preventie van belang om te starten met interventies in de hoogste groep(en) van de basisschool en door te gaan in het voorgezet onderwijs. Voor jeugdigen die al overmatig middelen gebruiken, maar waarbij nog geen sprake is van misbruik of verslaving, lijkt persoonlijke normatieve feedback, al dan niet in combinatie met motiverende gespreksvoering, effectief. Bij de behandeling van middelenmisbruik of verslaving komen twee soorten interventies als meest effectief naar voren, namelijk cognitieve gedragstherapie in groepsverband en gezinsinterventies. Er is weinig bekend over de factoren die van invloed zijn op het effect van interventies, zoals sekse of culturele achtergrond.

Dit document geeft een overzicht van wat er bekend is over werkzame interventies voor jeugdigen met middelenproblemen. Allereerst wordt ingegaan op wat bekend is over de preventie van middelengebruik. Daarbij is gebruik gemaakt van meta-analyses en reviews, die door middel van een uitgebreide literatuursearch zijn verkregen. De tekst over preventie is hoofdzakelijk gebaseerd op het themanummer ‘Verslaving’ van Kind en Adolescent (2010) en een rapport van Van Laar, Van Hasselt, Onrust en Verdurmen (2010) over de preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jeugdigen. De tekst over de behandeling van middelenmisbruik is hoofdzakelijk gebaseerd op een rapport van Smit, Verdurmen, Monshouwer en Bolier (2007) over de effectiviteit van behandelinterventies voor jeugdigen met middelenstoornissen. Daarnaast is gebruik gemaakt van verschillende recente publicaties.

Dit document maakt onderdeel uit van het themadossier [‘Middelenmisbruik en verslaving’](#).

1. Inleiding

Er zijn veel meta-analyses verricht naar de effecten van interventies op middelengebruik bij jeugdigen. Deze interventies zijn ofwel gericht op de preventie van middelengebruik of op de behandeling wanneer er sprake is van misbruik of verslaving. In de meeste studies wordt geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende middelen, maar gaat het over middelengebruik in zijn algemeenheid. Het betreft dan voornamelijk het gebruik van tabak, alcohol en/of cannabis. Enkele studies zijn specifiek gericht op het gebruik van een bepaald middel. Zo geeft de meta-analyse van Bender, Tripodi, Sarteschi en Vaughn (2011) een overzicht van effecten van interventies specifiek voor cannabisgebruik.



In de volgende hoofdstukken worden de resultaten van diverse meta-analyses naar interventies bij middelengebruik beschreven, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen preventie en behandeling. Ook wordt, waar mogelijk, dieper ingegaan op de verschillende typen interventies die effectief zijn in zowel de preventie van middelengebruik als de behandeling van middelenmisbruik- en verslaving. In de beschrijving zijn voorbeelden opgenomen van interventies die in Nederland worden toegepast. Meer informatie over deze en ook andere effectieve interventies is te vinden op de website van de Databank Effectieve Jeugdinterventies (www.nji.nl).

2. Preventie

Omdat middelengebruik bijdraagt aan een ongezonde leefstijl van jongeren op de korte termijn en omdat het kan leiden tot ernstige gezondheidsproblemen op de langere termijn is preventie belangrijk. Met name bij jongeren, omdat bij hen een aanzienlijke gezondheidswinst valt te behalen en omdat in deze periode de basis wordt gelegd voor de gezondheid voor de rest van het leven (Kleinjan & Engels, 2010). Er zijn drie typen preventieve maatregelen, gericht op groepen met een oplopend risico:

- universele preventie, gericht op de algemene bevolking of subgroepen zonder problemen;
- selectieve preventie, gericht op groepen met een verhoogd risico op middelengebruik;
- geïndiceerde preventie, gericht op mensen die al problematisch gebruiken maar nog geen diagnose misbruik of verslaving hebben (Kleinjan & Engels, 2010).

Bij deze drie vormen van preventie kan de mate van middelengebruik door de jongeren uiteen lopen. Het aanbod van preventieprogramma's is dan ook divers. Zo kan het doel van de interventie gericht zijn op het uitstellen van beginnen met middelengebruik of op het verminderen van (experimenteel) gebruik. Naast de doelgroep en doelen van de interventies, verschillen ook de methodes en settings waarbinnen de interventies plaatsvinden. In onderstaande paragrafen worden de drie vormen van preventie verder besproken en komen de belangrijkste preventieve interventies aan bod.

2.1 Universele preventie

Er zijn verschillende manieren waarop universele preventie kan plaatsvinden. Zo zijn er maatregelen vanuit de overheid, zoals accijnsverhoging of het stellen van leeftijdsgrenzen. Een andere vorm van preventie is voorlichting, dit kan in de vorm van een mediacampagne of via voorlichting aan jongeren op school of aan hun ouders (Kleinjan & Engels, 2010). Uit een overzichtsstudie van Kleinjan en Engels (2010) naar universele preventie van middelengebruik blijkt dat er amper systematisch onderzoek via randomized controlled trials (RCT's) is uitgevoerd naar de effectiviteit van universele preventie op het middelengebruik bij jongeren in Nederland. Desalniettemin kunnen aan de hand van buitenlands onderzoek en onderzoek van kwalitatief minder goede aard, wel een aantal conclusies getrokken worden over de effectiviteit van universele preventieprogramma's.

2.1.1 Overheidsmaatregelen en massamediale voorlichting

Overheidsmaatregelen kunnen worden onderverdeeld in maatregelen die gericht zijn op aanbod en beschikbaarheid, de prijs, leeftijdsgrenzen en de marketing van middelen. Maatregelen rondom de beschikbaarheid van middelen zijn nog weinig onderzocht, zoals het effect van het instellen van een rookverbod in openbare gelegenheden of het sluiten van coffeeshops nabij scholen (Kleinjan & Engels, 2010). Wel blijkt uit onderzoek dat het inperken tot verkooptijden en -dagen alsmede

beperking van het aantal verkooppunten leidt tot vermindering van alcoholconsumptie (Van Laar et al., 2010). Prijsverhoging lijkt een zeer effectieve maatregel om het aantal jeugdige rokers en drinkers terug te brengen (Kleinjan & Engels, 2010; Van Laar et al., 2010). Ook het instellen of verhogen van een minimumleeftijd kan een effectieve maatregel zijn om alcohol- en tabakgebruik uit te stellen en alcoholgerelateerde problemen te verminderen. Echter, uit onderzoek blijkt dat de leeftijdsgrenzen voor alcoholgebruik in Nederland nauwelijks worden nageleefd door winkels en horeca waardoor het effect beperkt is (Kleinjan & Engels, 2010; Van Laar et al., 2010; Gosselt, 2011). Een andere overheidsmaatregel is gericht op de marketing. Jeugdigen zijn over het algemeen gevoeliger voor media en reclame-uitingen dan volwassenen (Kleinjan & Engels, 2010). Reclamerestricties lijken een gunstig effect te hebben op het moment waarop jeugdigen voor het eerst alcohol nuttigen en op de hoeveelheid alcohol die ze gebruiken (Van Laar et al., 2010). Voor de effecten op het gebruik van tabak zijn tegenstrijdige resultaten gevonden (Kleinjan & Engels, 2010). Hoewel overheidsmaatregelen positief kunnen zijn, geven Kleinjan en Engels (2010) aan dat deze maatregelen elk afzonderlijk een bescheiden invloed hebben. Samengestelde beleidsinterventies kunnen een groter effect bewerkstelligen. Zo is voor alcohol gerapporteerd dat het naast elkaar bestaan van verschillende beleidsmaatregelen succesvoller is bij het terugdringen van gebruik. Ook voor roken is de verwachting dat de effectiviteit van afzonderlijke interventies toeneemt wanneer ze in combinatie worden toegepast, bijvoorbeeld een prijsverhoging in combinatie met rookverbod (Kleinjan & Engels, 2010).

Uit verschillende onderzoeken naar mediacampagnes blijkt dat voorlichting rond het gebruik van middelen lijkt bij te dragen aan bewustwording, kennisvermeerdering en attitudeverandering, maar nauwelijks leidt tot gedragsverandering (Essau, 2008; Kleinjan & Engels, 2010). Er zijn indicaties dat mediacampagnes effectief zijn in het versterken van de effecten van interventies binnen andere settings, zo is een interventie op school in combinatie met mediacampagne effectiever dan het schoolprogramma alleen (Van Laar et al., 2010). Ook benadrukken Van Laar et al. (2010) dat mediacampagnes wel van wezenlijk belang zijn om bewustwording te creëren en om draagvlak te creëren voor invoering van (minder populaire) beleidsmaatregelen. Daarnaast kunnen zulke activiteiten ook gebruikt worden om mensen te attenderen op bewezen effectieve interventies en om het informatie zoekgedrag te bevorderen.

2.1.2 Interventies op school

Scholen vormen een goede plek om het overgrote deel van de jeugdigen te benaderen. Jeugdigen zijn hier een groot deel van de week aanwezig. Op veel scholen wordt dan ook in meer of mindere mate aandacht besteed aan middelenmisbruik (Kleinjan & Engels, 2010; Van Laar et al., 2010). De focus van schoolinterventies varieert van kennisoverdracht tot het bevorderen van sociale vaardigheden (Essau, 2008). Schoolinterventies waarbij alleen informatie wordt gegeven behalen nauwelijks positieve resultaten, terwijl interventies vanuit een sociale-invloedbenadering, waarbij jeugdigen leren omgaan met sociale druk en waarbij hun weerbaarheid wordt verhoogd of heersende normen over middelengebruik worden beïnvloed, eerder een remmend effect hebben op de stijging van het percentage rokers en het gebruik van alcohol (Cuijpers, Scholten & Conijn, 2005; Essau, 2008; Kleinjan & Engels, 2010; Van Laar et al., 2010). Daarnaast zijn interactieve methodieken (waarbij leerlingen een actieve rol hebben in de voorlichting, zoals rollenspellen en discussies) beter dan alleen voorlichting en zijn interventies die in de klas worden begeleid door leeftijdsgenoten, effectiever dan programma's geleid door volwassenen (Cuijpers et al., 2005; Tobler, Roona, Ochshorn, Marshall, Streke & Stackpole, 2000; Van Laar et al., 2010). In een meta-analyse van

Tobler et al. (2000) naar de effectiviteit van preventieve interventies op school vinden zij de grootste effecten op vermindering van middelengebruik bij systeemgerichte interventies, in vergelijking tot interventies die alleen aan jeugdigen worden gegeven. Essau (2008) en Van Laar et al. (2010) beamen deze resultaten en geven aan dat schoolinterventies effectiever zijn wanneer ouders betrokken worden of wanneer de interventies zich op de gehele schoolomgeving richten. Er zijn twee typen systeemgerichte interventies op school, namelijk interventies waarbij ouders/buurt nauw betrokken worden en interventies waarbij het schoolklimaat van belang is (Essau, 2008; Tobler et al., 2000).

Voorbeeld van een interventie

Een voorbeeld van een systeemgerichte interventie op school is *De gezonde school en genotmiddelen voor het basisonderwijs*. Deze interventie is gericht op leerlingen uit groep 7 en 8 van het basisonderwijs en hun ouders en bestaat uit voorlichtingslessen over alcohol en roken en een ouderbijeenkomst. Aanvullend biedt de interventie handvatten voor de school om aandacht te geven aan regelgeving en het signaleren en doorverwijzen van leerlingen met een verslaafde ouder (Lammers, 2011). De gezonde school en genotmiddelen is door de Erkenningcommissie Interventies erkend.

2.1.3 Ouders

Ouders hebben een grote invloed op de ontwikkeling van middelengebruik van jeugdigen (Cuijpers et al., 2005; Van der Vorst, Vermeulen & Van den Eijnden, 2010; Vermeulen-Smit, Van den Eijnden, Verdurmen, Spruijt & Schulten, 2010). Cuijpers et al. (2005) geven aan dat ouders het middelengebruik van hun kinderen kunnen beïnvloeden door middelen wel of niet toe te laten, door hun voorbeeldrol en via de internalisatie van gezinsnormen in de waarden en leefstijl van de jeugdige. Het hanteren van een rook- en alcoholspecifieke opvoeding door ouders kan het middelengebruik van de jeugdige uitstellen en verminderen. Uit een studie van Vermeulen-Smit et al. (2010) naar een integrale aanpak bij het geven van opvoedingsadviezen voor de preventie van roken, alcohol- en drugsgebruik bij jeugdigen komen een aantal opvoedkenmerken naar voren die effectief zijn in het voorkomen van middelengebruik. Hierbij geldt wel dat er bij experts en in de literatuur veel bekend is over effectieve rook- en alcoholopvoeding, maar dat er weinig kennis bestaat over effectieve drugsopvoeding. Tegelijk bevestigen experts ook het idee dat er veel overeenkomsten bestaan tussen rook- en alcoholopvoeding enerzijds en drugsopvoeding anderzijds. Een basiskenmerk voor een middelen-specifieke opvoeding is de autoritatieve opvoedstijl, welke bestaat uit een combinatie van warmte/betrokkenheid enerzijds en duidelijke regels, grenzen en toezicht van ouders anderzijds. Andere specifieke opvoedkenmerken die invloed hebben op het middelengebruik van jeugdigen, zijn: kennis van middelen om de jeugdige goed te kunnen voorlichten, het bespreekbaar maken van middelen, het stellen van grenzen voor middelen (verbieden van gebruik bij jeugdigen jonger dan 16 jaar, uitleggen van regels en consequent zijn bij het handhaven van de regels) en het contact houden met de jeugdige (belangstelling tonen, toezicht houden en steun bieden). Middelen-specifieke opvoedingsadviezen naar ouders toe betreffen dan ook: 1) het versterken van strikte normen van ouders voor middelengebruik, 2) het verminderen van de beschikbaarheid van middelen en de blootstelling daaraan thuis, en 3) het vergroten van het vertrouwen van ouders in de eigen mogelijkheid om het middelengebruik van hun kinderen te beïnvloeden. Deze specifieke vaardigheden en adviezen worden volgens Van der Vorst et al. (2010) nog niet betrokken in bestaande gezinsinterventies. Zij raden dan ook aan om deze inzichten op het

gebied van rook- en alcoholspecifieke opvoeding op te nemen in gezinsinterventies om zo nog meer gezondheidswinst te behalen.

Er bestaan in Nederland een aantal preventieve ouder- en gezinsinterventies met als kerntaak de opvoedvaardigheden van ouders te verbeteren. Ouderinterventies zijn voor ouders bedoeld, terwijl gezinsinterventies zich naast de ouders ook op de kinderen zelf richten (Van Laar et al., 2010). Cuijpers et al. (2005) concluderen op basis van een uitgebreide literatuurstudie dat het veld van de gezinsgerichte verslavingspreventie een jong veld is met een beperkte traditie. In de Verenigde Staten zijn diverse ouderprogramma's onderzocht. Met name het *Preparing for the Drug Free Years* programma en het *Iowa Strengthening Families* programma laten goede resultaten zien, ook op de langere termijn (Cuijpers et al., 2005). Omdat het niet duidelijk is of deze interventies ook in Nederland uitvoerbaar en effectief zijn, worden deze hier verder niet besproken. Uit een overzichtsstudie van Van der Vorst et al. (2010) blijkt dat gezinsgerichte interventies effectief zijn in het uitstellen van beginnen met alcoholgebruik, het verminderen van de frequentie van alcoholgebruik en bij de preventie van roken. Van der Vorst et al. (2010) noemen de overzichtsstudie van Kumfer, Alvarado en Whiteside (2003) die stellen dat gezinsgerichte interventies, welke zowel op de ouder als de jeugdige gericht zijn, twee tot negen keer sterkere effecten bewerkstelligen dan kindgerichte interventies.

Voorbeeld van een interventie

Een voorbeeld van een ouderinterventie is *Homeparty*. Dit is een laagdrempelige interventie voor moeilijk bereikbare ouders om hen te ondersteunen in de opvoeding, met als doel bij te dragen aan het voorkomen of verminderen van middelengebruik. Homeparty heeft de vorm van een huiskamerbijeenkomst waar een preventiewerker voorlichting geeft over alcohol en drugs, afgestemd op de vragen en behoeften van de aanwezige ouders (Naaborgh, 2009). Homeparty is erkend door de Erkenningscommissie Interventies.

Een voorbeeld van een Nederlandse gezinsgerichte interventie op school is het *Preventieproject Alcoholgebruik Scholieren (PAS)*. Dit programma is bedoeld voor jeugdigen tussen de 12 en 16 jaar en hun ouders en heeft als doel het alcoholgebruik uit te stellen. De interventie motiveert ouders te om regels te hanteren en helpt jeugdigen bij het ontwikkelen van zelfcontrole en een gezonde attitude ten aanzien van alcoholgebruik. De interventie bestaat uit een ouderdeel (drie ouderavonden) en een programma voor leerlingen (vier digitale lessen en een herhalingsles op papier). PAS is in Nederland in twee effectstudies onderzocht. De analyses laten zien dat de PAS interventie het beginnen met (zwaar) wekelijks drinken effectief kan uitstellen tot 34 maanden (baseline is 12 jaar). Tevens zijn er significante effecten op het aantal glazen dat jeugdigen gemiddeld per week drinken. Deze effecten worden alleen bewerkstelligd als jeugdigen en ouders worden betrokken in de interventie. Wanneer de interventie zich alleen op ouders of alleen op leerlingen richt is er geen effect op het alcoholgebruik (Koning et al. 2009, in Lammers, 2010). PAS is door de Erkenningscommissie Interventies erkend.

2.1.4 Conclusie

In hun overzichtsstudie trekken Kleinjan en Engels (2010) voor universele preventie bij middelengebruik drie conclusies. Allereerst geven zij aan dat er een sterke samenhang is tussen het gebruik van verschillende soorten middelen. Zo is er bijvoorbeeld een duidelijke relatie tussen het drinken van alcohol en cannabisgebruik. Hierdoor is een gecombineerde aanpak nodig, terwijl veel

universele preventieve initiatieven gericht zijn op afzonderlijke middelen. Ten tweede lijkt een groter effect te kunnen worden bereikt wanneer een integrale aanpak wordt gehanteerd, dus wanneer afzonderlijke interventies worden gecombineerd en wanneer niet alleen de jeugdige wordt beïnvloed, maar ook diens omgeving zoals ouders. Voorlichting en educatie lijken het meest rendabel ingezet te kunnen worden voor het creëren van draagvlak voor andere interventies. Op deze manier kunnen ze bijdragen aan de effectiviteit. Als laatste geven de auteurs aan dat hoewel het gebruik van middelen pas vaak in de adolescentie begint, de risicofactoren al eerder aanwezig zijn. Uit onderzoek blijkt dat de leeftijd waarop jeugdigen gaan experimenteren voor alcohol zo rond het tiende, elfde levensjaar is; voor roken vanaf het elfde, twaalfde levensjaar en voor cannabisgebruik is dit vanaf het dertiende, veertiende levensjaar (Vermeulen-Smit et al., 2010). Kleinjan en Engels (2010) pleiten er dan ook voor om al voor de adolescentie, interventies aan te bieden. Zij pleiten voor een seriële aanpak, waarbij interventies bijvoorbeeld doorlopen van de basisschool tot en met de middelbare school. Volgens Vermeulen-Smit et al. (2010) is het belangrijk dat interventies al een half tot één jaar vóórdat jeugdigen gaan experimenteren worden aangeboden, omdat zij in deze periode het meest gevoelig zijn voor interventies. Een kanttekening bij het geven van informatie over middelengebruik op (te) jonge leeftijd is wel dat uit onderzoek is gebleken dat kinderen ook nieuwsgierig kunnen worden en in plaats van kritisch enthousiast worden om het uit te gaan proberen (Kleinjan & Engels, 2010). Interventies moeten dan ook aangepast worden op de ontwikkelingsfase van jeugdigen en aan de fase van gebruik waarin zij zich bevinden.

2.2 Selectieve preventie

Selectieve preventie richt zich op subgroepen jeugdigen die een verhoogd risico hebben op middelenproblemen. Er is niet perse sprake van overmatig gebruik. Groepen waarvan bekend is dat zij een verhoogd risico hebben op middelenproblemen zijn onder andere kinderen van ouders met een middelenprobleem, kinderen in het speciaal onderwijs en kinderen met risicovolle persoonlijkheidskenmerken als impulsiviteit (Van Deursen, Saleminck, Lammers & Wiers, 2010). Ondanks het feit dat de hoog-risico status van deze groepen in verschillende onderzoeken is aangetoond, is er weinig aanbod voor deze doelgroep. Zodoende is er ook weinig (gedegen) onderzoek gedaan naar de effectiviteit van preventieve interventies specifiek voor hoog-risico groepen (Schrijvers & Schuit, 2010; Van Deursen et al., 2010). Onderzoeken die er zijn, laten beperkte of geen effecten zien. Van Deursen et al. (2010) geven in hun overzichtsstudie naar selectieve en geïndiceerde preventie van middelengebruik wel aan dat er aanwijzingen zijn dat interventies die specifiek gericht zijn op de risicovolle persoonlijkheidseigenschappen van de jeugdige, effectief kunnen zijn in het veranderen van het alcoholgebruik van de jeugdige (Van Deursen et al., 2010; Van Laar et al., 2010). Dit concluderen zij aan de hand van resultaten van twee onderzoeken naar het schoolgerichte preventieprogramma *Preventure*, gericht op jeugdigen met één van de volgende risicovolle persoonlijkheidstrekken: angstgevoeligheid, negatief denken, sensatie zoeken en impulsiviteit. In de studies werden jeugdigen met één van deze kenmerken die al alcohol dronken random toegewezen aan de interventie of de controlegroep die geen interventie kreeg. De interventie was gericht op de specifieke persoonlijkheidseigenschap, bestond uit twee groepssessies en bevatte drie elementen: psycho-educatie, copingvaardigheden met betrekking tot gedrag en cognitieve copingvaardigheden. Resultaten lieten na vier en twaalf maanden zien dat de interventie effect had op onthouding, hoeveelheid en frequentie van alcoholgebruik, bingedrinken en drankgerelateerde problemen.

2.3 Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie is gericht op jeugdigen die al problematisch gebruiken maar nog geen diagnose misbruik of verslaving hebben. Jeugdigen die overmatig drinken, zien hun eigen drinkgedrag veelal niet als een probleem, waardoor er weinig motivatie is om het gedrag te veranderen (Schippers & De Jonge, 2010). Geïndiceerde preventieprogramma's zijn dan ook vaak gericht op het creëren van motivatie voor verandering (Van Deursen et al., 2010). Van Deursen en collega's concluderen dat de sterkste effecten worden behaald wanneer motiverende gespreksvoering gecombineerd wordt met persoonlijke feedback over het middelengebruik, waarbij tevens een vergelijking wordt gemaakt met middelengebruik van andere jeugdigen (normatieve feedback).

2.3.1 Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering combineert cliëntgerichte therapie met cognitieve gedragstherapeutische strategieën om zo via het bevorderen van de intrinsieke motivatie een gedragsverandering bij de jeugdige teweeg te brengen. De methode wordt meestal als kortdurende interventie ingezet, variërend van één tot vier gesprekken (Schippers & De Jonge, 2010). In motiverende gespreksvoering neemt de hulpverlener een empathische, niet veroordelende rol aan en probeert de cliënt bewust te maken van de discrepantie tussen hun huidige gedrag en hun doelen voor de toekomst. Op deze manier wordt de motivatie voor gedragsverandering vergroot en wordt het vertrouwen in de mogelijkheid tot gedragsverandering aangemoedigd (Van Deurse et al., 2010). Motiverende gespreksvoering is oorspronkelijk ontwikkeld voor volwassen probleemdrinkers, maar wordt de afgelopen decennia ook breed bij jeugdigen toegepast. De methode is bewezen effectief gebleken in het verminderen van alcohol-, tabak- en drugsgebruik bij volwassenen, terwijl in de preventie van middelengebruik bij jeugdigen ook positieve resultaten zijn gevonden (Bartelink, 2011; Essau, 2008; Jensen, Cushing, Aylward, Craig, Sorell & Steele, 2011; Van Deursen et al., 2010). Zo vonden Jensen et al. (2011) in hun meta-analyse van 21 studies een positief significant effect op alcohol- en drugsgebruik dat tot zes maanden na de interventie bleef bestaan. Voor roken werd geen significant effect gevonden. Verschillende studies rapporteren soortgelijke resultaten (Bartelink, 2011; Schippers & De Jonge, 2010; Van Deursen et al., 2010). Motiverende gespreksvoering is het meest succesvol wanneer deze één-op-één wordt gehouden, in plaats van in groepsverband (Bartelink, 2011; Smit et al., 2007; Van Deursen et al., 2010).

Schippers en De Jonge (2010) geven in hun overzichtsstudie een aantal redenen waarom motiverende gespreksvoering een aantrekkelijke interventie is bij jeugdigen. Allereerst omdat jeugdigen weinig inzicht hebben in hun gebruik en geen problemen ervaren. Motiverende gespreksvoering stelt niet als voorwaarde dat jeugdigen zich bij een (eventuele) diagnose neerleggen en een gesprek is niet afhankelijk van de motivatie van de jeugdige. Daarnaast is de methode niet afhankelijk van een setting en richt de methode zich op het vermijden van de discussie. Doordat de jeugdige wordt geaccepteerd als individu en hem niets opgelegd wordt, kan dit voor een goede sfeer tussen hulpverlener en de (mogelijk) oppositionele jeugdige zorgen (Vandernagel & Den Ouden, 2011).

Voorbeeld van een interventie

Een voorbeeld van een interventie die gebruik maakt van motiverende gespreksvoering is de interventie *MOTI-4*. Dit programma is bedoeld voor jeugdigen tussen de 14 en 24 jaar oud die beginnend problematisch bezig zijn met middelengebruik, alsook met gokken of gamen. De interventie bestaat uit vier individuele gesprekken van één uur. Ouders worden waar mogelijk

betrokken, door middel van het geven van informatie en advies en door hun kind te motiveren om hen in te lichten en te betrekken. Deze interventie is nog niet op effectiviteit onderzocht, maar de interventie bevat wel bekende werkzame elementen als empathisch zijn, het bespreken van voor- en nadelen van middelengebruik, discussies vermijden, self-efficacy ondersteunen, feedback en advies geven en motiveren om het gedrag te veranderen (Adriana, 2012). Op grond hiervan is MOTI-4 door de Erkenningcommissie Interventies erkend.

2.3.2 Persoonlijke (normatieve) feedback

Persoonlijke feedback kan bestaan uit verschillende componenten, zoals het geven van een overzicht van het gemiddelde wekelijks middelengebruik, de risico's van probleemgebruik of het bieden van zelfhulprichtlijnen om problematisch middelengebruik te veranderen. De gedachte van normatieve feedback is dat een vergelijking met de algemene bevolking of met een objectieve standaard, zoals een aanbeveling, leidt tot een bewustwording over het eigen risicogedrag, waardoor men gemotiveerd wordt om het eigen gedrag aan te passen (De Donder, 2010). Uit een meta-analyse van Riper, Van Straten, Keuken, Smit, Schippers en Cuijpers (2009) naar de effectiviteit van één sessie persoonlijke feedback in het verminderen van alcoholgebruik onder zwaar drinkende studenten en onder volwassenen bleek dat persoonlijke feedback op de korte termijn bij beide groepen effectief is in het verminderen van alcoholgebruik. Het geven van persoonlijke feedback is dus een manier om jeugdigen meer inzicht te geven in hun middelengebruik.

De technologische vooruitgang laat nu toe om persoonlijke feedback te geven via email en internet. Persoonlijke (normatieve) feedback wordt dan ook veel gebruikt bij *e-health*. E-health is de overkoepelende term voor het gebruik van ICT ter ondersteuning van de gezondheid en de gezondheidszorg. Binnen e-health kan de persoonlijke feedback op verschillende manieren verlopen, zoals advies-op-maat of met een zelfhulpprogramma zonder tussenkomst van een hulpverlener (De Donder, 2010). Internetinterventies worden gezien als veelbelovend als het gaat om geïndiceerde preventie (Van Laar et al., 2010). Voordelen van online hulpverlening zijn anonimiteit, flexibiliteit, laagdrempeligheid, en kosten- en tijdsbesparing. Online hulpinterventies hebben als nadeel het gemis aan face-to-face contact, de beperkte geschiktheid, het risico op uitval en de moeilijk vast te stellen effecten (Van Rooijen, 2012). Ook is online hulpverlening vaak maar op één probleem gericht, namelijk het middelenprobleem, terwijl jeugdigen met middelenproblemen vaak ook psychische problemen hebben die door een 'real life' behandelaar eerder zouden worden opgemerkt (De Donder, 2010; Van Laar et al., 2010).

Jeugdigen lijken bij uitstek een doelgroep waarvoor online hulp goed ingezet kan worden. Zij zijn opgegroeid met internet en juist de anonimiteit van het online aanbod kan hen aanspreken (Van Rooijen, 2012; Vandernagel & Den Ouden, 2011). Er is echter nog weinig bekend over het effect van online advies-op-maat programma's en online zelfhulpverlening op middelengebruik bij jeugdigen (Van Laar et al., 2010; Van Rooijen, 2012). Het onderzoek dat er is, is vaak van beperkte kwaliteit en betreft vrijwel alleen studenten. Desalniettemin laat dit onderzoek zien dat motiverende internetinterventies, gebaseerd op persoonlijke normatieve feedback, veelbelovend zijn in het verminderen van alcoholgebruik (Smit et al., 2007; Van Rooijen, 2012). Meer onderzoek is echter nodig, ook om te bepalen of e-health ingezet kan worden als behandeling bij jeugdigen met een middelenprobleem (Smit et al., 2007).

Voorbeeld van een interventie

Een voorbeeld van een online interventie is *Smoke Alert*, een online advies-op-maat programma voor alle jeugdigen tussen de 14 en 18 jaar oud. Het programma wil voorkomen dat niet-rokende jeugdigen beginnen met roken én biedt hulp aan rokende jeugdigen om te stoppen met roken. De interventie bestaat uit een vragenlijst en een persoonlijk advies dat is afgestemd op de specifieke situatie van de gebruiker. Uit de RCT blijkt dat jeugdigen die het digitaal advies-op-maat ontvingen, vaker stopten met roken dan de jeugdigen die geen advies-op-maat kregen. Ook bleek dat minder jeugdigen begonnen met roken wanneer zij het digitaal advies-op-maat kregen, dan in de controlegroep. Ook blijkt de interventie effect te hebben op rookgerelateerde cognities. Jeugdigen die een digitaal advies ontvingen, hadden een meer negatieve houding ten opzichte van roken ontwikkeld dan de jeugdigen in de controlegroep (De Josselin de Jong, 2011). *Smoke Alert* is erkend door de Erkenningcommissie Interventies.

3. Behandeling

Verslavingsproblemen onder jeugdigen krijgen steeds meer aandacht in Nederland. Of dit komt door een daadwerkelijk toename van misbruik en verslaving onder jeugdigen is niet duidelijk. Alleen voor alcoholmisbruik wordt de laatste jaren een duidelijke toename waargenomen (Smit et al., 2007). Feit is dat het aantal jeugdigen dat zorg ontvangt van instellingen voor verslavingszorg, de laatste jaren groeit (Vandernagel & Den Ouden, 2011). Ook het aanbod van behandelprogramma's bij middelenmisbruik en -verslaving wordt steeds uitgebreider. Aangeboden interventies variëren van psychosociale methoden tot farmacotherapie en kunnen gericht zijn op de jeugdige alleen of ook op de hele omgeving. Het doel komt wel altijd overeen: het terugdringen van het middelengebruik van de jeugdige. Er is de laatste jaren veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van behandelinterventies voor jeugdigen. Twee soorten interventies komen in de literatuur het meest naar voren wanneer het gaat om behandeling, namelijk interventies gericht op de jeugdige zelf, zoals motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie en farmaceutische behandeling, en gezinsinterventies. Deze interventies kunnen op verschillende zorgniveaus worden ingezet. Er zijn vier zorgniveaus, namelijk kortdurende interventies, ambulante behandeling, intensieve klinische behandeling en rehabilitatie (Vandernagel & Den Ouden, 2011).

Voor een goed begrip van de vier typen interventies, is het belangrijk om ook de invloed van comorbiditeit op de behandeling van middelenmisbruik in ogenschouw te nemen. Comorbiditeit is het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer psychische stoornissen (Zoon & Pots, 2011)¹. Uit de literatuur blijkt dat middelengebruik vaak samen gaat met andere psychische problematiek. Internationale studies laten zien dat de psychiatrische comorbiditeit onder jeugdigen die door hun middelengebruik in aanraking komen met de jeugdhulpverlening erg hoog is, variërend van 60 tot 88% (Smit et al., 2007). Ondanks dit hoge percentage van comorbiditeit, is er weinig bekend over de behandeling van jeugdigen met comorbide psychische stoornissen. Vandernagel en Den Ouden (2011) geven aan dat over het algemeen geldt dat verslaving gelijktijdig wordt behandeld wanneer sprake is van schizofrenie, borderline persoonlijkheidsstoornis en posttraumatische stress-stoornis. Bij angst- en stemmingsstoornissen en antisociale gedragsstoornissen wordt aangeraden eerst de verslaving aan te pakken, en dan eventuele psychiatrische restverschijnselen te behandelen. Bekend is dat kortdurende behandeling alleen onvoldoende is bij comorbiditeit en dat multidisciplinaire behandeling het meest effectief lijkt (Smit et al., 2007; Zoon & Pots, 2011).

¹ Zie ook: [Wat werkt bij combinaties van psychische stoornissen](#)

3.1 Interventies gericht op de jeugdige zelf

3.1.1 Motiverende gesprekvoering

Zoals eerder besproken, lijkt het gebruik van motiverende gesprekvoering zinvol voor de preventie van problematisch middelengebruik. Bij hoog-risico groepen, bijvoorbeeld meervoudige problematiek of jeugdigen die zijn doorverwezen vanuit het justitiële systeem, lijkt motiverende gespreksvoering eerder aan te bevelen als eerste screening en ter verhoging van de motivatie, betrokkenheid en therapietrouw (Smit et al., 2007; Vandernagel & Den Ouden, 2011). Er is beperkt onderzoek naar motivatieverhoging en naar de effectiviteit van kortdurende behandeling voor jeugdigen met middelenproblemen en resultaten zijn niet eenduidig. Smit et al. (2007) concluderen dat een meeromvattende behandeling, zoals een combinatie met een oudercomponent of cognitieve gedragstherapie nodig is ter behandeling van cannabisgebruik of alcoholgebruik.

3.1.2 Cognitieve gedragstherapie

Gedragstherapie (GT) richt zich op het identificeren van de omstandigheden en gedragingen die het middelengebruik bevorderen en het aanleren van vaardigheden om de gedragspatronen te doorbreken en terugval te voorkomen. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is gebaseerd op dezelfde principes, maar heeft tevens aandacht voor de invloed van cognitieve processen, zoals informatieverwerking, sociaal leren en de ontwikkelingsfase waarin een individu verkeert. CGT probeert niet alleen gedragingen, maar ook percepties te veranderen ('anders leren denken'). Cliënten wordt onder andere geleerd om situaties te herkennen waarin het risico op middelengebruik hoog is, deze situaties waar mogelijk te vermijden en verleidingen te weerstaan in het geval deze situaties zich voordoen. Cognitieve gedragstherapie wordt zowel in groepsverband als op individuele basis aangeboden (Smit et al., 2007).

Uit diverse onderzoeken blijkt dat CGT, met name in groepsverband, effectief is in het verminderen van middelengebruik onder adolescenten (Smit et al., 2007; Waldron & Turner, 2008). CGT lijkt effectiever dan andere vormen van behandeling. Een uitzondering hierop vormt gezinstherapie, waarvan de effecten ongeveer even sterk zijn (Bender et al., 2011; Smit et al., 2007). De effectiviteit van CGT op individuele basis is minder overtuigend aangetoond. Enkele studies vinden geen verschil in effect tussen individuele CGT en CGT in groepsverband, terwijl andere studies vaststellen dat individuele CGT minder effectief is dan CGT in groepsverband of een gezinsinterventie (Smit et al., 2007; Waldron & Turner, 2008). Er zijn geen aanwijzingen dat het combineren van CGT met vormen van gezinstherapie effectiever is dan alleen CGT (Smit et al., 2007).

Voorbeeld van een interventie

Een voorbeeld van een interventie die gebaseerd is op een combinatie van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie is de interventie *Brains 4 Use*. Deze interventie bestaat uit twaalf gesprekken en is gericht op jeugdigen tussen de 12 en 23 jaar oud met problematisch middelengebruik die door delict gedrag in een justitiële jeugdinrichting of residentiële (gesloten) jeugdzorg verblijven. Uit een pilot - waarbij Brains 4 Use werd ingebed in het algemeen preventieve programma van Rentray met betrekking tot alcohol en drugs - bleek dat Brains 4 Use effectief is voor het terugdringen van drugsgebruik (Hoekstra, 2010). Bij deze pilot was echter geen controlegroep aanwezig, waardoor de resultaten met reserve moeten worden gezien. Brains 4 Use is erkend door de Erkenningscommissie Interventies.

3.1.3 Farmaceutische behandeling

Onderzoek naar farmaceutische behandeling van middelengebruik bij jeugdigen staat nog in de kinderschoenen. Medicijnen die in de praktijk aan jeugdigen worden voorgeschreven, zijn veelal niet bij deze doelgroep onderzocht (Vandernagel & Den Ouden, 2011). Medicijnen die ondersteunend kunnen zijn in de behandeling van middelenmisbruik worden door Vandernagel en Den Ouden (2011) in twee groepen onderscheiden, namelijk:

- middelen om de kans op terugval te verminderen;
- vervangende middelen.

Middelen om de kans op terugval te verminderen

De medicijnen die gebruikt worden om de kans op terugval te verminderen, kunnen worden ingedeeld naar hun werking. Aversieve middelen geven lichamelijke klachten wanneer een middel wordt gebruikt. Disulfiram wordt het meest gebruikt voor alcoholmisbruik, dit middel blokkeert de afbraak van alcohol waardoor een giftig afbraakproduct ontstaat. Dit veroorzaakt klachten als rood aanlopen, hartkloppingen en hoofdpijn, wat de gebruiker ervan moet weerhouden in het vervolg alcohol te gebruiken (Smit et al., 2007; Vandernagel & Den Ouden, 2011). Anti-hunkering medicatie vermindert de psychologische zucht naar specifieke middelen. Voorbeelden hiervan zijn Naltrexon, wat het prettige gevoel dat men door alcoholgebruik kan krijgen onderdrukt, en Acamprosaat, wat de overprikkeling van de hersenen door langdurig alcoholgebruik tegen gaat (Vandernagel & Den Ouden, 2011). Er kan nog weinig gezegd worden over de effectiviteit van zowel aversietherapie als anti-hunkering medicatie, gezien het geringe aantal studies naar deze vormen van medicatie onder adolescenten (Smit et al., 2007). Deze medicatie dient dan ook alleen in bijzondere gevallen gebruikt te worden.

Vervangende middelen

De gedachte achter vervangende medicatie is dat deze het middelengebruik verminderen door zich te binden aan dezelfde receptoren als de drugs, waardoor de patiënt verschuift van middelengebruik (veelal onzuiver en illegaal) naar gecontroleerd gebruik van de voorgeschreven medicatie. Het bekendste middel is methadon, dat als substituut voor heroïne wordt gebruikt. Er is weinig bekend over de effectiviteit van vervangende medicatie onder adolescenten, zoals van methadon (Smit et al., 2007; Vandernagel & Den Ouden, 2011).

3.2 Gezinsinterventies

Verslavingsproblemen hebben niet alleen enorme gevolgen voor de jeugdige zelf, maar ook voor diens omgeving. Andersom kan ook de omgeving invloed hebben op het functioneren van de jeugdige. Bij jeugdigen is daarom systematisch werken, dat wil zeggen vanuit de bredere context, een belangrijke factor in de behandeling (Vandernagel & Den Ouden, 2011). Gezinsinterventies passen in deze systematische werkvorm, omdat ze zich vaak richten op de jeugdige zelf, de opvoedvaardigheden van de ouder(s) en de communicatie tussen ouder(s) en jeugdige (Baldwin, Christian & Berkeljon, 2012). Hoewel gezinsinterventies veelal preventieve interventies zijn, liggen ze ook dicht bij het gebied van behandeling. Daarom komen ze in deze paragraaf nogmaals aan bod.

Uit diverse onderzoeken blijkt dat gezinsinterventies effectief zijn in het verminderen van middelenmisbruik bij jeugdigen (Bender et al., 2011; Smit et al., 2007; Waldron & Turner, 2008). Smit et al. (2007) geven aan dat gezinsinterventies effectiever zijn dan niet-gezinsgerichte behandeling van middelengebruik onder jeugdigen, met uitzondering van CGT. Gezinsinterventies

scoren, naast de effecten op middelengebruik, het best op de bereidheid van de jeugdige om in behandeling te gaan en op therapietrouw. Een recente meta-analyse naar de effecten van gezinsinterventies op middelengebruik en delict gedrag bij jeugdigen, ondersteunt deze resultaten (Baldwin et al., 2012). In de meta-analyse werden 24 studies (met controlegroep) opgenomen. De gezinsinterventies die vergeleken werden, waren *Brief Strategy Family Therapie* (BSFT), *Functionele Familie Therapie* (FFT), *Multidimensionale Family Treatment* (MDFT) en *Multisysteem Therapie* (MST). Resultaten laten zien dat de gezinsinterventies als geheel een significant positief effect hadden ten opzichte van dan de controlegroep (behandeling als normaal ($d=0.21$), alternatieve interventie ($d=0.26$)). Er werd geen significant verschil in effectiviteit tussen de verschillende vormen van gezinstherapie gevonden (Baldwin et al., 2012). Alhoewel Baldwin et al. (2012) geen significant verschil vonden tussen de verschillende vormen van gezinsinterventie, geven Bender et al. (2011) en Smit et al. (2007) toch aan dat het wetenschappelijk bewijs voor MDFT het sterkst lijkt te zijn.

Voorbeeld van een interventie

MDFT is een gezinsinterventie, bedoeld voor jeugdigen tussen de 12 en 18 jaar met middelenproblemen en of crimineel gedrag. Zij zijn op meerdere leefgebieden vastgelopen of dreigen daarop vast te lopen. Het programma richt zich op vier domeinen in het leven van een jeugdige: de jeugdige en zijn problemen, zijn of haar ouders, het gezin en de familie als geheel, en voor de jeugdige belangrijke externe systemen, zoals de vrienden, school, werk en mogelijk politie en justitie. Het programma duurt ongeveer zes maanden, met twee á drie bijeenkomsten per week. In het buitenland zijn meerdere RCT's uitgevoerd naar de effecten van MDFT. Het programma blijkt, ook op de lange termijn, positieve effecten te hebben op onder andere alcohol- en drugsgebruik, delict gedrag en gezinsfunctioneren (Rigter, 2011). In Nederland is, in het kader van een Europese studie in vijf landen, momenteel een effectstudie gaande. Definitieve resultaten zijn nog niet bekend. MDFT is door de Erkenningscommissie Interventies erkend.

4. Conclusie

In dit document is een overzicht gegeven van werkzame interventies voor jeugdigen met middelenproblemen. Daarbij is een onderscheid gemaakt in preventie van middelengebruik en behandeling van middelenmisbruik en verslaving.

De maatregelen gericht op *preventie* kennen drie vormen: universele preventie gericht op de algemene bevolking, selectieve preventie gericht op jeugdigen met een verhoogd risico op middelengebruik en geïndiceerde preventie gericht op jeugdigen die al problematisch gebruiken maar nog geen diagnose misbruik of verslaving hebben.

Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat preventie werkzaam is wanneer dit:

- een gecombineerde aanpak is, gericht op verschillende middelen;
- een integrale aanpak is, waarbij afzonderlijke interventies worden gecombineerd en een systeemgerichte methode wordt gehanteerd;
- een seriële aanpak is, waarbij interventies doorlopen van de basisschool tot en met de middelbare school.

Overheidsmaatregelen zijn een vorm van *universele preventie*. Maatregelen als prijsverhoging en het stellen van leeftijdsgrenzen voor potentieel verslavende middelen zijn het meest effectief, zowel in het uitstellen als het verminderen van middelengebruik. Voorlichting lijkt bij te dragen aan bewustwording, kennisvermeerdering en attitudeverandering, maar leidt nauwelijks tot gedragsverandering.

Ook schoolinterventies zijn een vorm van universele preventie. Werkzame factoren bij schoolinterventies zijn het gebruik van een interactieve methodiek (wanneer deze gebaseerd is op het 'sociale invloed' model). 'Peer-led' programma's zijn op de korte termijn iets effectiever dan 'adult-led' programma's.

Een laatste vorm van universele preventie zijn de ouder- en gezinsinterventies. Deze lijken effectief voor het uitstellen van het beginnen met alcoholgebruik, het verminderen van de frequentie van alcoholgebruik en specifiek voor het voorkómen van roken. Bij ouder- en gezinsinterventies is het van belang dat ouders specifieke opvoedvaardigheden met betrekking tot middelengebruik aangeleerd krijgen.

Over de effectiviteit van interventies voor jeugdigen met een hoog risico op middelengebruik (*selectieve preventie*) is nog maar weinig bekend. Het lijkt erop dat interventies die specifiek gericht zijn op risicovolle persoonlijkheidseigenschappen van jeugdigen, effectief kunnen zijn in het verminderen van het alcoholgebruik.

Voor *geïndiceerde preventie* van middelengebruik is het van belang dat jeugdigen die overmatig drinken hun eigen drinkgedrag veelal niet als een probleem zien en daardoor weinig motivatie hebben om hun gedrag te veranderen. De sterkste effecten bij deze doelgroep worden dan ook behaald wanneer motiverende gespreksvoering gecombineerd wordt met persoonlijke feedback over het middelengebruik, waarbij tevens een vergelijking wordt gemaakt met middelengebruik van andere jeugdigen. Hierdoor krijgen jeugdigen meer inzicht in hun overmatig gebruik en in de consequenties daarvan.

In de *behandeling* van middelennisbruik komen twee soorten interventies als meest effectief naar voren, namelijk cognitieve gedragstherapie in groepsverband (CGT) en gezinsinterventies.

Literatuur

- Adriana, G. (2012). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: Beschrijving 'Moti-4'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 30-8-2012 van www.nji.nl
- Baldwin, S. A., Christian, S., & Berkeljon, A. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 281-304.
- Bartelink, C. (2011). *Motiverende gespreksvoering*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bender, K., Tripodi, S. J., Sarteschi, C., & Vaughn, M. G. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce adolescent cannabis use. *Research on Social Work Practice*, 21(2), 153-164.
- Cuijpers, R., Scholten, M., & Conijn, B. (2005). *Verslavingspreventie. Een overzichtsstudie*. Amsterdam, Utrecht: Vrije Universiteit/Trimbos-instituut.
- Deursen, D. S. van, Saleminck, E., Lammers, J., & Wiers, R. W. (2010). Selectieve en geïndiceerde preventie van problematisch middelengebruik bij jongeren. *Kind en adolescent, Verslaving: themanummer*. 31(4), 234-246.

- Donder, E. de (2010). *Effectiviteit van zelfhulp*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
- Essau, C. A. (Ed.) (2008). *Adolescent addiction: Epidemiology, assessment, and treatment*. San Diego: Academic Press.
- Gosselt, J.F. (2011). *Off Limits. The effectiveness of age limits in reducing underage sales*. Enschede, the Netherlands: University of Twente.
- Hoekstra, N. (2010). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: Beschrijving 'Brains 4 Use'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 30-8-2012 van www.nji.nl
- Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R.G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 433-440.
- Josselin de Jong, S. de (2011). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: Beschrijving 'Smoke Alert'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 30-8-2012 van www.nji.nl
- Kleinjan, M., & Engels, R. C. M. E. (2010). Universele preventie van middelengebruik onder jongeren. *Kind en adolescent, Verslaving: themanummer*, 31(4), 221-233.
- Laar, M. van, Hasselt, N. van, Onrust, S., & Verdurmen, J. (Red.) (2010). *Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lammers, J. (2010). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: Beschrijving 'Preventie Alcoholgebruik Scholieren (PAS)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 30-8-2012 van www.nji.nl
- Lammers, J. (2011). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: Beschrijving 'De gezonde school en genotmiddelen basisonderwijs'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 30-8-2012 van www.nji.nl
- Naaborgh, L. (2009). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: Beschrijving 'Homeparty'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 30-8-2012 van www.nji.nl
- Rigter, H. (2011). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: Beschrijving 'Multidimensional Family Treatment'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 30-8-2012 van www.nji.nl
- Riper, H., Straten, A. van, Keuken, M., Smit, F., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2009). Curbing problem drinking with personalized-feedback interventions: A meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 36, 247-255.
- Rooijen, K. van (2012). *Wat werkt bij online hulpverlening?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Schippers, G. M., & Jonge, J. M. de (2010). Motiverende gespreksvoering bij jongeren. *Kind en adolescent, Verslaving: themanummer*. 31(4), 247-254.
- Schrijvers, C. T. M., & Schuit, A. J. (2010). *Middelengebruik en seksueel gedrag van jongeren met een laag opleidingsniveau: Aangrijpingspunten voor preventie*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Bolier, L. (2007). *Jongeren en verslaving: De effectiviteit van behandelinterventies voor jongeren*. Amersfoort, Utrecht: GGZ Nederland/Trimbos-instituut.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., & Stackpole, K. M. (2000). School based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336.
- Vandernagel, J., & Ouden, R. den (2011). *De Kleine Gids Jongeren en verslaving*. Alphen aan de Rijn: Kluwer.

- Vermeulen-Smit, E., Eijnden, R. van den, Verdurmen, J., Spruijt, R., & Schulten, I. (2010). *Integrale aanpak opvoedingsadviezen ten aanzien van roken, drinken, drugsgebruik, seksueel risicogedrag en gehoorschade*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vorst, H. van der, Vermeulen, E., & Eijnden, R. van den (2010). Rook- en alcoholspecifieke opvoeding: De huidige stand van zaken op het gebied van onderzoek en preventie. *Kind en adolescent Verslaving: themanummer*, 31(4), 255-265.
- Waldron, H. B., & Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 238-261.
- Zoon, M., & Pots, C. (2011). *Wat werkt bij combinaties van psychische stoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.