

**DE PREVALENTIE VAN MIDDELENGEBRUIK  
BIJ JONGEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING  
EN ERNSTIGE GEDRAGSPROBLEMEN  
IN EEN ORTHOPEDAGOGISCH BEHANDELCENTRUM**

*Evelien Poelen<sup>1</sup>  
Esmée Schijven<sup>2</sup>  
Ignace Vermaes<sup>3</sup>*

*Het doel van deze studie is om een gedetailleerd beeld te krijgen van de prevalentie van (problematisch) middelengebruik bij jongeren met een LVB en gedragsproblemen verblijvend in een OBC. Daarnaast onderzoeken we kennis en attitudes van jongeren ten aanzien van middelengebruik, het middelengebruik in de directe omgeving van jongeren en de verkrijgbaarheid van middelen. 70 jongeren hebben vragenlijsten ingevuld over verschillende facetten van middelengebruik. Resultaten laten zien dat (problematisch) middelengebruik prevalent is bij jongeren met een LVB en gedragsproblemen verblijvend in een OBC. Daarbij hebben subgroepen van jongeren met psychiatrische problemen (waaronder ODD/CD, ADHD) een grotere kwetsbaarheid voor middelenproblematiek.*

**Inleiding**

Jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) experimenteren net als alle andere jongeren met middelen zoals alcohol en drugs. Onderzoek bij jongeren met een LVB laat zien dat middelengebruik en problematisch middelengebruik veelvuldig voorkomt (Barrett & Paschos, 2006; Emerson & Turnbull, 2005; McGillicuddy, 2006; Steenhuis & Van der Poel, 2005). Uit verkennend onderzoek van Bransen, Schipper en Blekman (2009) naar de aard en omvang van middelengebruik door jongeren met een LVB in Nederland blijkt dat met name het middelengebruik van jongeren die in contact staan met een Orthopedagogisch Behandelcentrum (OBC) verontrustend is. Deze jongeren worden onder andere gekenmerkt door gedrags- en psychiatrische problemen. Bij deze jongeren komt regelmatig en af en toe gebruik van alcohol en drugs vaker voor dan bij jongeren met een LVB die lichtere vormen van ondersteuning krijgen, zoals van een praktijkschool of MEE (Bransen et al., 2009). Er bestaat echter geen gedetailleerd beeld van de verschillende aspecten van middelengebruik van jongeren met een LVB en ernstige gedragsproblemen in een OBC. Dit onderzoek richt zich daarom op de prevalentie van alcohol, cannabis en harddruggebruik en een aantal gedragsdeterminanten van gebruik van deze jongeren. Inzicht hierin is van belang voor interventies en beleid gericht op het voorkomen van problematisch middelengebruik en verslaving bij jongeren met een LVB en gedragsproblemen. Daarnaast is van belang dat specifieke patronen van gebruik worden vergeleken met jongeren zonder een LVB wonend in een residentiele setting, zodat kan worden bekeken of deze patronen afwijkend van elkaar zijn.

---

<sup>1</sup> Senior Onderzoeker Research & Development, Pluryn en onderzoeker Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit. Correspondentie epoelen01@pluryn.nl.

<sup>2</sup> Gedragswetenschapper en Junior Onderzoeker Research & Development, Pluryn en promovendus Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit.

<sup>3</sup> Directeur Kwaliteit van Zorg en Innovatie, Pluryn en onderzoeker Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit.

Voor jongeren in het algemeen heeft middelengebruik een aantal bekende negatieve gevolgen, waaronder risicogedrag zoals geweld en riskant seksueel gedrag (bijv., Duncan, Alpert, Duncan, & Hops, 1997) en risico op hersenbeschadiging en gevolgen voor de neurobiologische ontwikkeling (bijv., Tapert, Caldwell, & Burke, 2004). Voor jongeren met een LVB en gedragsproblemen zijn er additionele gevolgen, omdat alcohol en drugs hun kwetsbaarheid vergroot op het gebied van fysieke en mentale gezondheid. Middelengebruik bij jongeren met een LVB gaat vaak samen met sociale problemen (o.a. eenzaamheid, conflicten of verbroken contact met familie en vrienden), psychische problemen (o.a. psychose, paranoia, depressie, angst), gedragsproblemen (o.a. agressie, passiviteit, criminele activiteiten) en financiële problemen (Barrett & Paschos, 2006; Didden, Embregts, Van der Toorn, & Laarhoven, 2009; Taggart, McLaughlin, Quinn, & Milligan, 2006; McGillivray & Moore, 2001). Daarnaast lijkt het risico op problematisch middelengebruik en verslaving groter bij jongeren met een LVB en gedragsproblemen dan bij andere leeftijdsgenoten (Barrett & Paschos, 2006; Burgard, Donohue, Azrin, & Teichner, 2000; Chapman & Wu, 2012; McGillicuddy, 2006; Westermeyer, Kemp, & Nugent, 1996). Het grote risico op negatieve gevolgen van middelengebruik voor jongeren met een LVB en gedragsproblemen onderstreept het belang van onderzoek naar de prevalentie en de determinanten van het middelengebruik.

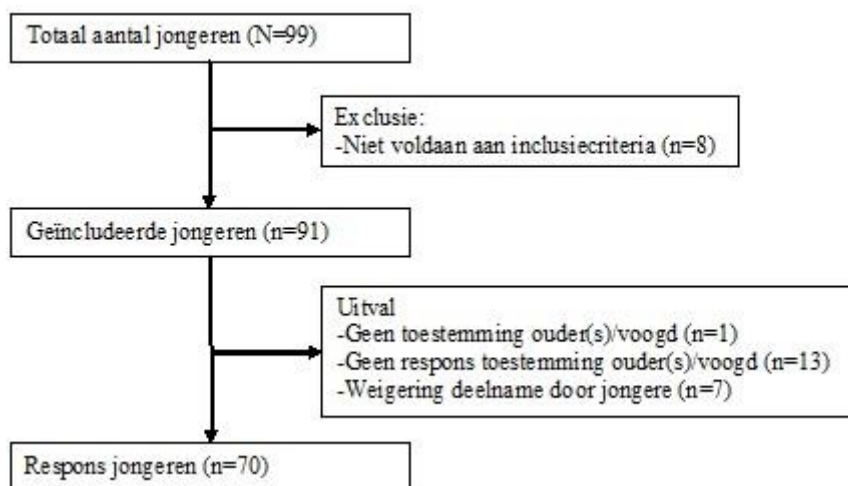
Onze ervaring is dat OBC's zich bewust zijn van de omvang en de consequenties van middelengebruik van jongeren die in zorg zijn. Problematisch middelengebruik wordt gezien als een factor die psychische en sociale problemen bij jongeren in stand houdt en de behandeling belemmert. Naast deze individuele gevolgen voor jongeren heeft middelengebruik ook een negatief effect op het leefklimaat bij de instelling. Gebruikende jongeren kunnen zorgen voor clandestiene aanwezigheid van middelen op het terrein. Hierdoor komen middelen beschikbaar voor (nog niet gebruikende) andere jongeren. Daarnaast laat onderzoek zien dat het middelengebruik binnen instellingen toeneemt door onderlinge bekrachtiging van deviant gedrag (Patterson, Dishion, & Yoerger, 2000). Ondanks dat er binnen de zorg voor mensen met een LVB veel aandacht is voor het thema, wordt problematisch middelengebruik in individuele gevallen niet altijd herkend (Van der Nagel, Kiewik, Buitelaar, & De Jong, 2011a). Screening op middelengebruik is nog niet eerder op grote schaal ingezet en de klinische inschatting van gedragswetenschappers op het gebied van middelengebruik is niet altijd adequaat (Van Duijvenbode et al., 2015; Van der Nagel et al., 2011a). Enerzijds geven gedragswetenschappers aan dat ze hiertoe niet de juiste kennis en vaardigheden hebben (Van der Nagel et al., 2011a), anderzijds is het lastig zicht krijgen op het gebruik zelf. Gebruik van middelen is binnen de zorg niet toegestaan en jongeren zullen hun middelengebruik en symptomen van problemen zoveel mogelijk verborgen houden voor begeleiders en behandelaars.

Het doel van deze studie is daarom om een gedetailleerd beeld te krijgen van de prevalentie van (problematisch) middelengebruik bij jongeren met een LVB en gedragsproblemen verblijvend in een OBC. Daarnaast willen we ook inzicht krijgen in de kennis en attitudes van deze jongeren ten aanzien van middelengebruik, het middelengebruik in de directe omgeving van de jongeren en de verkrijgbaarheid van middelen door de jongeren. In deze studie maken we onderscheid tussen jongeren die intramuraal bij een OBC verblijven en jongeren die extramuraal begeleiding en behandeling krijgen in woonvoorzieningen buiten het terrein van een OBC. Naar verwachting zal (problematisch) middelengebruik vaker voorkomen bij jongeren die extramuraal verblijven dan bij jongeren die intramuraal verblijven. Jongeren die extramuraal verblijven zijn namelijk veelal ouder dan jongeren die intramuraal verblijven en zij participeren in grotere mate in de maatschappij. Beide factoren hangen samen met een hogere mate van middelengebruik (Christian & Polling, 1997).

## Methode

### *Procedure en deelnemers*

In dit onderzoek werden jongeren zelf bevraagd over verschillende aspecten van middelengebruik. Daarnaast werden ook gegevens uit dossiers verzameld. De totale onderzoekspopulatie bestond uit 99 jongeren. Acht jongeren zijn door gedragswetenschappers uitgesloten van deelname omdat zij gedurende de onderzoeksperiode psychisch instabiel waren. In totaal hebben 70 jongeren deelgenomen aan deze studie (zie Figuur 1). De jongeren en hun ouders of wettelijk vertegenwoordigers hebben mondeling en schriftelijk informatie gekregen over het doel van het onderzoek. Daarbij is vermeld dat gegevens van deelnemers anoniem verwerkt worden en dat rapportages over middelengebruik geen gevolgen hebben voor de begeleiding en behandeling. Vervolgens gaf de deelnemer schriftelijk toestemming (deelnemers jonger dan 18 zijn alleen benaderd indien ouder(s)/wettelijk vertegenwoordiger toestemming hadden gegeven voor deelname van de jongere aan dit onderzoek). Om de zelfrapportages van jongeren te verzamelen werd gebruik gemaakt van een voor het onderzoek ontwikkelde webapplicatie met een interactieve vragenlijst met pictogrammen en afbeeldingen. De vragenlijsten zijn afgenomen met een tablet-pc, waarbij de deelnemers zelf het touchscreen bedienden. De vragen werden voorgelezen door (student)onderzoekers en wanneer nodig verduidelijkt met eenvoudiger taalgebruik en/of een voorbeeld. De (student)onderzoekers die de gegevensverzameling uitvoerden zijn niet bij de behandeling of begeleiding van jongeren betrokken, hierdoor konden jongeren in openheid vragen beantwoorden. Het invullen van de vragenlijst duurde ongeveer 30 tot 60 minuten. Dossiers van jongeren zijn gebruikt om relevante achtergrondgegevens van jongeren, zoals IQ, diagnose en medicatiegebruik te verzamelen.



Figuur 1. Stroomdiagram deelnemers onderzoek

In totaal hebben 70 jongeren een interactieve digitale vragenlijst op een tablet voltooid. Dit zijn 54 jongeren die intramuraal verbleven op het instellingsterrein en 16 jongeren die extramuraal begeleiding en behandeling kregen in woonvoorzieningen buiten het terrein (zie Tabel 1). De gemiddelde leeftijd van jongeren die intramuraal verbleven was 15.5 jaar (SD=2.1), 14.8% (n=8) van de jongeren was 18 jaar of ouder. De gemiddelde leeftijd van jongeren die extramuraal verbleven was 18.3 (SD=1.6), 62.5% (n=10) van jongeren was 18 jaar of ouder. De totale leeftijdsrange liep van 11

tot 22 jaar. Het gemiddelde intelligentieniveau van de participanten was 73.6 (SD=8.5) met een IQ-range van 55 tot 91, 68.3% (n=41) van de totale groep had een IQ van 70 of hoger. Het merendeel van de deelnemers waren jongens (77.1%). Het merendeel van de jongeren verbleef vrijwillig bij de instelling (92.2%). Alle deelnemers hadden één of meerdere psychiatrische diagnoses. De meest voorkomende psychiatrische diagnoses waren attention deficit hyperactivity disorder (ADHD; 34.3%, n=24), hechtingsstoornis (28.6%, n=20), ouder-kindrelatieproblematiek (25.7%, n=18), oppositioneel opstandige gedragsstoornissen (ODD) en conduct disorder (CD) (22.9%, n=16) en pervasieve ontwikkelingsstoornis (18.6%, n=13). Comorbiditeit van twee of meer diagnoses kwam voor bij 68.6% (n=48) van de deelnemers. Van de deelnemers gebruikte 54.1% (n=33) medicatie waarbij een negatieve wisselwerking kan optreden tussen mediatie en middelen.

Tabel 1 *Beschrijving deelnemende jongeren*

	Intramuraal (n=54)		Extramuraal (n=16)		Totaal (n=70)	
	m	sd	m	sd	m	sd
Leeftijd	15.5 <sup>a</sup>	2.1	18.3 <sup>a</sup>	1.6	16.2	2.3
IQ	73.1	8.7	75.3	7.5	73.6	8.5
	%	n	%	n	%	n
Geslacht (jongen)	74.1	40	87.5	14	77.1	54
Leeftijd (18 of ouder)	14.8 <sup>b</sup>	8	62.5 <sup>b</sup>	10	25.7	18
IQ (70 of hoger)	63.0	29	85.7	12	68.3	41
ADHD	37.0	20	25.0	4	34.3	24
Hechtingsstoornis	29.6	16	25.0	4	28.6	20
Ouder-kind relatie problematiek	22.2	12	37.5	6	25.7	18
ODD/CD	18.5	10	37.5	6	22.9	16
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	18.5	10	18.8	3	18.6	13

*Noot.* <sup>a</sup> Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven  $t(68)=-4.81, p=.012$ .

<sup>b</sup> Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ( $\chi^2(1)=14.69, p<.001$ )

### *Instrumenten*

De interactieve vragenlijst bestond allereerst uit vragen van de Substance Use and Misuse among Intellectually Disabled Persons Questionnaire (SumID-Q; Van der Nagel et al., 2011b; Van Duijvenbode et al., 2013). De SumID-Q is bedoeld om middelengebruik bij mensen met een LVB in kaart te brengen. Het instrument is zo opgebouwd dat middelengebruik op een open en prettige manier besproken kan worden. De middelen worden geïntroduceerd met afbeeldingen en alleen als middelen bekend zijn bij de jongere wordt doorgevraagd.

*Bekendheid van middelen.* Bekendheid van middelen is geïnventariseerd met behulp van afbeeldingen van verschillende vormen van alcohol (bier, wijn, breezer en sterke drank), cannabis en harddrugs (ecstasy, cocaïne, heroïne, speed en paddo's). Jongeren werd gevraagd of ze het middel op de afbeelding herkennen (1) 'Ja' of (2) 'Nee' (Van der Nagel et al., 2011b).

*Ooit gebruik van alcohol, cannabis en harddrugs.* Middelengebruik door jongeren is gemeten door middel van de volgende items: 'Heb je weleens alcohol gedronken?', 'Heb je weleens wiet gebruikt?' en 'Heb je weleens drugs gebruikt?'. Hierop konden participanten (1) 'Ja' of (2) 'Nee' antwoorden.

*Actueel gebruik van alcohol, cannabis en harddrugs.* Actueel alcohol-, cannabis- en harddruggebruik werd gemeten met de vraag ‘Heb je de afgelopen maand alcohol gedronken?’, ‘Heb je de afgelopen maand wiet gebruikt?’ en ‘Heb je de afgelopen maand drugs gebruikt?’. Antwoordcategorieën waren: (1) ‘Ja’ en (2) ‘Nee’ (Van Dorsselaer et al., 2010; Van Laar et al., 2013).

*Frequentie van alcohol-, cannabis-, en harddruggebruik.* Frequentie van alcohol-, cannabis-, en harddruggebruik is gemeten met de items: ‘Hoe vaak drink je alcohol?’, ‘Hoe vaak gebruik je wiet?’ en ‘Hoe vaak gebruik je drugs?’. Antwoordcategorieën liepen van (1) ‘Nooit’ tot (5) ‘Bijna elke dag’ (Van der Nagel et al., 2011b; Poelen et al., 2005). Frequent gebruik is gedichotomiseerd waarbij frequent gebruik is gedefinieerd als wekelijks of dagelijks gebruik (categorie 4 en 5; cf. Bransen et al., 2009).

*Kwantiteit van alcoholgebruik.* Voor alcoholgebruik is ook kwantiteit van alcoholgebruik gemeten met het item: ‘Hoeveel glazen drink je per keer?’. Antwoordcategorieën liepen van (1) ‘1-2 glazen per keer’ tot (5) ‘10 of meer glazen per keer’ (Van der Nagel et al., 2011b; Van Dorsselaer et al., 2010; Van Laar et al., 2013). Kwantiteit van gebruik is gedichotomiseerd waarbij een hoge kwantiteit is gedefinieerd volgens de normen van binge drinken (categorie 3, 4 en 5; cf. Van Dorsselaer et al., 2010; Van Laar et al., 2013).

*Frequentie van binge drinken.* Frequentie van binge drinken is gemeten met het item: ‘Hoe vaak drink je meer dan zes glazen?’. Antwoordcategorieën liepen van (1) ‘Nooit’ tot (5) ‘Bijna elke dag’ (Van der Nagel et al., 2011b). Frequentie van binge drinken is gedichotomiseerd waarbij frequent binge drinken is gedefinieerd als ten minste maandelijks binge drinken (categorie 3, 4 en 5).

*Schadelijk gebruik van alcohol en drugs.* Schadelijk gebruik van alcohol werd vastgesteld met de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001) en van druggebruik met de Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT; Bergman, Bergman, Palmstierna, & Schlyter, 2003). De AUDIT en de DUDIT zijn ook opgenomen in de SumID-Q (Van der Nagel et al., 2011b; Van Duijvenbode, Didden, Korzilius, Trentelman & Engels, 2013). De items hebben betrekking op frequentie en kwantiteit van gebruik, afhankelijkheid en problemen gerelateerd aan gebruik. Een voorbeelditem is: ‘Hoe vaak heb je spijt gehad van het drinken/drugs gebruiken?’. De antwoordcategorieën bij deze items waren: (1) ‘Nooit’, (2) ‘<1 keer per maand’, (3) ‘Elke maand’, (4) ‘Elke week’ en (5) ‘Bijna elke dag’. Er zijn 10 items om de AUDIT te berekenen en 10 vragen voor de DUDIT. De schaalscores werden berekend door middel van de som van de antwoorden op de items (Cronbach’s alpha was .70 voor de AUDIT en .86 voor de DUDIT). Volgens vaste afkappunten voor jongens en meisjes werden de scores gedichotomiseerd, waarbij een jongere alleen positief op de AUDIT of de DUDIT kon scoren als hij of zij recent het middel nog heeft gebruikt (Babor et al., 2001; Bergman et al., 2003; Van der Nagel et al., 2011b).

*Kennis over middelen.* Kennis over middelen is in kaart gebracht met de kennis over alcohol en cannabis schalen uit de SumID-Q (Van der Nagel et al., 2011b). Voorbeeld items zijn: ‘Als je veel alcohol drinkt, kan je minder goed lopen’ en ‘Van blowen krijg je honger’. Antwoorden konden gegeven worden op een 3-puntsschaal (1) ‘Klopt’, (2) ‘Klopt niet’ en (3) ‘Weet ik niet’. Per middel waren er zeven kennisvragen. Om tot de kennisscore te komen is een somscore berekend van de juiste antwoorden. Ook is een somscore berekend van de fout gegeven antwoorden (cf. Van der Nagel et al., 2011b).

*Attitude ten aanzien van middelen.* Attitude ten aanzien van middelen is gemeten met de attitude ten aanzien van alcohol en cannabis schalen uit de SumID-Q (Van der Nagel et al., 2011b). Deze schalen bestaan uit tien items. Voorbeeld items zijn: 'Alcohol drinken is stoer' en 'Blowen is fijn'. Antwoorden liepen van (1) 'Klopt helemaal' tot (4) 'Klopt helemaal niet'. Er zijn 10 items voor alcohol en 10 items voor cannabis. Na hercodering wijst een hogere score op een positievere attitude ten aanzien van het middel. Cronbach's alpha was .73 voor alcohol en .79 voor cannabis.

*Gebruik in de omgeving van jongeren.* Gebruik in de sociale omgeving (door familie, bekenden, vrienden) van jongeren vormt een risico voor gebruik van jongeren. Gebruik in de omgeving van jongeren is gemeten met de vraag: 'Drinken mensen die jij kent alcohol?'. Deze vraag werd beantwoord voor (1) 'Je familieleden', (2) 'Je vrienden', (3) 'De mensen op je werk/school/dagbesteding', (4) 'De mensen bij wie je in huis woont' en (5) 'Je begeleiders'. De antwoordschaal liep van (1) 'De meesten' tot (4) 'Niemand' (Van der Nagel et al., 2011b). Een vergelijkbaar item werd gebruikt voor cannabisgebruik.

#### *Statistische analyses*

Prevalentie cijfers van bekendheid van alcohol, cannabis en harddrugs, ooit gebruik van alcohol, cannabis en harddrugs, actueel gebruik van alcohol, cannabis en harddrugs, frequentie van alcohol-, cannabis-, en harddruggebruik, kwantiteit van alcoholgebruik, frequentie van binge drinken, schadelijk gebruik van alcohol en drugs, kennis over middelen, attitude ten aanzien van middelen en gebruik in de omgeving van jongeren zijn berekend met behulp van SPSS 21.0. Kruistabel analyses zijn gebruikt om verschillen in middelengebruik te bekijken tussen jongeren die intramuraal of extramuraal verblijven, verschillen op basis van geslacht, IQ, leeftijd, jongeren die medicatie gebruiken waarbij er een negatieve wisselwerking kan optreden met gebruik en de meest voorkomende psychiatrische diagnoses (ADHD, ODD/CD, Pervasieve ontwikkelingsstoornis, hechtingsproblematiek en ouder-kind relatieproblematiek). Indien aantallen per cel het toelaten zijn chi-kwadraat analyses uitgevoerd om verschillen statistisch te toetsen (Poelen et al., 2005).

## Resultaten

### *Alcoholgebruik*

*Bekendheid van alcohol.* Resultaten laten zien dat de bekendheid van alcohol bij jongeren hoog was. Afbeeldingen van bier werden herkend door 97.1% van de jongeren, afbeeldingen van wijn door 100% van de jongeren, afbeeldingen van mixdranken door (n=59) van de jongeren en afbeeldingen van sterke drank door 81.4%.

*Alcoholgebruik van jongeren.* Tabel 2 geeft een beschrijving van het alcoholgebruik van jongeren. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen jongeren die intramuraal verbleven op het terrein en jongeren die extramuraal begeleiding en behandeling kregen (buiten het terrein). Prevalentiecijfers laten zien dat 80% van de jongeren ooit alcohol heeft gedronken. Ongeveer de helft van de jongeren (45.7%) heeft in de maand voorafgaand aan het onderzoek gedronken. Er zijn hierin geen statistisch significante verschillen tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verbleven.

Tabel 2 Alcoholgebruik van jongeren

	Intramuraal (n=54)		Extramuraal (n=16)		Totaal (n=70)	
	%	n	%	n	%	n
Ooit gebruik alcohol	75.9	41	93.8	15	80.0	56
Actueel gebruik alcohol	40.7	22	62.5	10	45.7	32
Frequent gebruik alcohol	7.4 <sup>a</sup>	4	31.3 <sup>a</sup>	5	12.9	9
Frequent binge drinken	3.7 <sup>b</sup>	2	18.8 <sup>b</sup>	3	7.1	5
Hoge kwantiteit gebruik alcohol	7.4 <sup>c</sup>	4	31.3 <sup>c</sup>	5	12.9	9
Schadelijk gebruik volgens AUDIT	20.4 <sup>d</sup>	11	43.8 <sup>d</sup>	7	25.7	18

<sup>a</sup> Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ( $\chi^2(1)=6.26, p=.012$ ); <sup>b</sup> Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ( $\chi^2(1)=4.21, p=.040$ ); <sup>c</sup> Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ( $\chi^2(1)=6.26, p=.012$ ); <sup>d</sup> Trend in verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ( $\chi^2(1)=3.53, p=.060$ ).

*Frequent drinken en binge drinken.* Frequent drinken (minstens elke maand) kwam voor bij 7.4% (n=4) van de jongeren die intramuraal verbleven en bij 31.1% (n=5) van de jongeren die extramuraal verbleven ( $\chi^2(1)=6.26, p=.012$ ). Binge drinken is het drinken van zes of meer glazen alcohol bij één gelegenheid. Frequent binge drinken kwam voor bij 3.7% (n=2) van de jongeren die intramuraal verbleven en bij 18.8% (n=3) van de jongeren die extramuraal verbleven ( $\chi^2(1)=4.21, p=.040$ ). Frequent drinken en binge drinken kwamen dus significant vaker voor bij jongeren die extramuraal verbleven dan bij jongeren die intramuraal verbleven.

*Schadelijk alcoholgebruik van jongeren.* Aan de AUDIT criteria voor schadelijk alcoholgebruik voldoet 20.4% (n=11) van de jongeren die intramuraal verbleven en 43.8% (n=7) van de jongeren die extramuraal verbleven ( $\chi^2(1)=3.53, p=.060$ ).

*Verschillen in alcoholgebruik op basis van kenmerken van jongeren.* Voor alle indicatoren van alcoholgebruik is onderzocht of deze verschillen tussen jongeren op basis van hun kenmerken. Resultaten laten zien dat er geen significante verschillen waren in alcoholgebruik tussen jongens en meisjes, tussen jongeren jonger dan 18 en jongeren ouder dan 18, tussen jongeren met een IQ lager dan 70 en jongeren met een IQ van 70 of hoger, tussen jongeren die medicatie gebruikten waarbij een negatieve wisselwerking kan op treden tussen medicatie en middelen en jongeren die dit type medicatie niet gebruikten en tussen jongeren met en zonder de meest voorkomende psychiatrische diagnoses (ADHD, hechtingsstoornis, ouder-kind relatie problematiek, ODD/CD en pervasieve ontwikkelingsstoornis). Resultaten laten wel zien dat jongeren met de diagnose ODD/CD frequenter alcohol gebruikten dan jongeren zonder deze diagnose ( $\chi^2(1)=11.24, p=.001$ ) en frequenter binge drinken dan jongeren zonder deze diagnose ( $\chi^2(1)=4.21, p=.040$ ). Ook is er een trend in het vaker voorkomen van positieve AUDIT scores bij jongeren met de diagnose ODD/CD ( $\chi^2(1)=2.89, p=.089$ ). Daarnaast laten resultaten zien dat positieve AUDIT scores niet voorkwamen bij jongeren met de diagnose pervasieve ontwikkelingsstoornis, in tegenstelling tot bij jongeren die deze diagnose niet hebben ( $\chi^2(1)=5.95, p=.015$ ).

*Kennis over alcohol.* Jongeren hadden een vrij grote kennis over alcoholgebruik. De gemiddelde score was 4.8 (sd= 1.0; range=1-6). De maximaal te behalen kennisscore was 6, deze score werd behaald door 20.0% (n=14) van de jongeren, 52.9% (n=37) haalde een score van 5. In lijn met de hoge

kenniscore, was de foutenscore relatief laag. De gemiddelde foutenscore was .60 (sd=.89; range=0-4).

*Attitude ten aanzien van alcohol.* De gemiddelde attitude ten aanzien van alcohol van jongeren is vrij neutraal. Jongeren zijn niet uitgesproken negatief of positief zijn over alcoholgebruik (m=2.12; sd=.51; range 1.00-4.00).

*Alcoholgebruik in de omgeving van jongeren.* Het alcoholgebruik door personen in de omgeving van jongeren is weergegeven in Tabel 3. Resultaten laten zien dat volgens jongeren alcoholgebruik voorkwam bij een meerderheid van de vrienden, personen op werk, school of dagbesteding, personen bij wie jongeren in huis wonen, familieleden en begeleiders van jongeren. Volgens jongeren gebruiken met name relatief veel van hun vrienden en familieleden alcohol.

#### *Cannabis- en harddruggebruik*

*Bekendheid van cannabis en harddrugs.* Resultaten laten zien dat ook de bekendheid van cannabis en verschillende harddrugs bij jongeren hoog was. Een afbeelding van cannabis werd herkend door 97.1% van de jongeren, een afbeelding van ecstasy door 85.7% van de jongeren, een afbeelding van cocaïne door 97.1% van de jongeren, een afbeelding van heroïne door 82.9% van de jongeren, een afbeelding van paddo's door 80.0% en een afbeelding van speed door 78.6% van de jongeren.

*Cannabisgebruik van jongeren.* In Tabel 4 is het cannabis- en harddruggebruik van jongeren weergegeven. Opnieuw is er onderscheid gemaakt tussen jongeren die intramuraal verbleven en jongeren die extramuraal begeleiding en behandeling ontvingen. Ongeveer de helft van de jongeren die intramuraal verbleven (48,1%, n=26) en het grootste deel van de jongeren extramuraal verbleven (87,5%, n=14) heeft ooit cannabis gebruikt. Van de jongeren die intramuraal verbleven was 20.4% (n=11) en van de jongeren die extramuraal verbleven was 50% (n=8) actueel cannabisgebruiker. Frequent cannabisgebruik (wekelijks en (bijna) dagelijks) kwam voor bij 5.6% (n=3) van de jongeren die intramuraal verbleven en 50.0% (n=8) van jongeren van die extramuraal verbleven. Cannabisgebruik komt significant vaker voor bij jongeren die extramuraal verbleven dan bij jongeren die intramuraal verbleven, dit geldt voor het ooit gebruik ( $\chi^2(1)=7.81, p=.005$ ), actueel gebruik ( $\chi^2(1)=5.48, p=.019$ ) en frequent cannabisgebruik ( $\chi^2(1)=18.41, p<.001$ ).

Tabel 3 Alcoholgebruik in de omgeving van jongeren

	Vrienden		School/werk/ dagbesteding		Huisgenoten		Familieleden		Begeleiders	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Niemand	17.1	12	20.0	14	25.7	18	4.3	3	22.9	16
Bijna niemand	2.9	2	12.9	9	20.0	14	11.4	8	15.7	11
Sommigen	30.0	21	40.0	28	28.6	20	44.3	31	44.3	31
De meesten	50.0	35	27.1	19	25.7	18	40.0	28	17.1	12

*Harddruggebruik van jongeren.* Tabel 4 laat zien dat 27.8% (n=15) van de jongeren die intramuraal verbleven en 56.3% (n=9) van de jongeren die extramuraal verbleven ooit harddrugs heeft gebruikt ( $\chi^2(1)=4.44, p=.035$ ). 9.3% (n = 5) van de jongeren was actueel harddruggebruiker. Hierin is geen significant verschil gevonden tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verbleven. Frequent harddruggebruik (wekelijks en (bijna) dagelijks) kwam voor bij 0.0% (n=0) van de jongeren die intramuraal verbleven en ongeveer 12.5% (n=2) van jongeren die extramuraal verbleven. Dit verschil is significant ( $\chi^2(1)=6.95, p=.008$ ).



*Schadelijk druggebruik van jongeren.* Bij 17.1% (n=12) van de jongeren was sprake van een risico op schadelijk druggebruik volgens de DUDIT. Dit risico is niet significant verschillend tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verbleven.

*Verschillen in cannabis en harddruggebruik op basis van kenmerken van jongeren.* Indicatoren voor cannabis- en harddruggebruik zijn niet significant verschillend tussen respectievelijk jongens en meisjes, jongeren jonger dan 18 en jongeren ouder dan 18, jongeren met een IQ lager 70 en jongeren met een IQ van 70 of hoger. Chi-kwadrat toetsen varieerden van  $\chi^2(1)=.01$ ,  $p=.917$  tot  $\chi^2(1)=2.66$ ,  $p=.103$ ). Resultaten laten zien dat er wel verschillen zijn tussen jongeren die medicatie gebruikten waarbij een negatieve wisselwerking kan optreden tussen medicatie en middelen en jongeren die dit type medicatie niet gebruikten. Het ooit gebruik ( $\chi^2(1)=5.17$ ,  $p=.023$ ) en actueel gebruik ( $\chi^2(1)=4.56$ ,  $p=.033$ ) van cannabis, de frequentie van cannabisgebruik ( $\chi^2(1)=9.37$ ,  $p=.002$ ) en het ooit gebruik van harddrugs ( $\chi^2(1)=4.36$ ,  $p=.037$ ) is lager bij jongeren die dit type medicatie wel gebruiken dan bij jongeren die dit type medicatie niet gebruiken. Ook zijn er een aantal verschillen gevonden in cannabis- en harddruggebruik tussen jongeren met en zonder de meest voorkomende psychiatrische diagnoses. Resultaten laten zien dat bij jongeren met de diagnose ODD/CD het ooit ( $\chi^2(1)=7.81$ ,  $p=.005$ ) en actueel gebruik ( $\chi^2(1)=8.88$ ,  $p=.003$ ) van cannabis, frequentie van cannabis ( $\chi^2(1)=12.31$ ,  $p=.001$ ) en schadelijk druggebruik ( $\chi^2(1)=6.05$ ,  $p=.014$ ) meer prevalent waren dan bij jongeren zonder de diagnose ODD/CD. Schadelijk druggebruik kwam niet voor bij jongeren met de diagnose pervasieve ontwikkelingsstoornis, in tegenstelling tot bij jongeren die deze diagnose niet hadden ( $\chi^2(1)=3.30$ ,  $p=.069$ ).

Tabel 4 Cannabis- en harddruggebruik van jongeren

	Intramuraal (n=54)		Extramuraal (n=16)		Totaal (n=70)	
	%	n	%	n	%	n
<b>Cannabisgebruik</b>						
Ooit gebruik cannabis	48.1 <sup>a</sup>	26	87.5 <sup>a</sup>	14	57.1	40
Actueel gebruik cannabis	20.4 <sup>b</sup>	11	50.0 <sup>b</sup>	8	27.1	19
Frequent cannabisgebruik	5.6 <sup>c</sup>	3	50.0 <sup>c</sup>	8	15.7	11
<b>Harddruggebruik</b>						
Ooit gebruik harddrugs	27.8 <sup>d</sup>	15	56.3 <sup>d</sup>	9	34.3	24
Actueel gebruik harddrugs	9.3	5	18.8	3	11.4	8
Frequent harddruggebruik	0.0 <sup>e</sup>	0	12.5 <sup>e</sup>	2	2.9	2
Schadelijk gebruik volgens DUDIT	14.8	8	25.0	4	17.1	12

<sup>a</sup> Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ( $\chi^2(1)=7.81$ ,  $p=.005$ ); <sup>b</sup> Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ( $\chi^2(1)=5.48$ ,  $p=.019$ ); <sup>c</sup> Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ( $\chi^2(1)=18.41$ ,  $p<.001$ ); <sup>d</sup> Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ( $\chi^2(1)=4.44$ ,  $p=.035$ ); <sup>e</sup> Significant verschil tussen jongeren die intramuraal en extramuraal verblijven ( $\chi^2(1)=6.95$ ,  $p=.008$ ).

*Kennis over cannabis.* Net zoals bij alcohol hadden jongeren een vrij grote kennis over cannabis. De gemiddelde score is 5.4 (sd=1.3; range=2-7). De maximaal te behalen kennisscore was 7, deze score werd behaald door 19.1% (n=13) van de jongeren, 35.3% (n=24) haalde een score van 6. De gemiddelde foutenscore (m=.79; sd=.70; range 0-3) was opnieuw relatief laag. Dit wijst erop dat er bij jongeren weinig misverstanden bestonden over cannabis en de gevolgen van gebruik.

*Attitude ten aanzien van cannabis.* De gemiddelde attitude ten aanzien van cannabis van jongeren is gematigd negatief (m=1.97; sd=.58; range 1.00-3.75).

*Cannabisgebruik in de omgeving van jongeren.* Het cannabisgebruik door personen in de omgeving van jongeren is weergegeven in Tabel 5. Resultaten laten zien dat ruim de helft van de jongeren aangaf dat sommige of de meeste van hun vrienden cannabis gebruiken. Voor personen op school, werk of dagbesteding geldt dit voor ongeveer 32% van de jongeren, voor huisgenoten voor ongeveer 20%, voor familieleden voor ongeveer 28% en voor begeleiders voor ongeveer 9% van de jongeren.

#### *Verkrijgbaarheid alcohol, cannabis en harddrugs*

In Tabel 6 valt af te lezen dat jongeren alcohol vooral verkregen via ouders of andere familieleden, via vrienden of bekenden en een deel kocht zelf alcohol in een supermarkt of drankenhandel. Een klein deel van de jongeren gaf aan alcohol te stelen. Cannabis verkregen jongeren voornamelijk via vrienden of bekenden of ze kochten cannabis in een coffeeshop. Een kleiner deel van de jongeren verkreeg cannabis via ouders of familieleden en via drugsdealer. Harddrugs werden voornamelijk verkregen via vrienden of bekenden en drugsdealers.

Tabel 5 *Cannabisgebruik in de omgeving van jongeren*

	Vrienden		School/werk/ dagbesteding		Huisgenoten		Familieleden		Begeleiders	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Niemand	27.9	19	48.5	33	64.7	44	51.5	35	82.4	56
Bijna niemand	14.7	10	19.1	13	14.7	10	20.6	14	8.8	6
Sommigen	32.4	22	25.0	17	10.3	7	20.6	14	7.4	5
De meesten	25.0	17	7.4	5	10.3	7	7.4	5	1.5	1

Tabel 6 *Verkrijgbaarheid alcohol, cannabis en harddrugs*

Alcohol	Cannabis		Cannabis		Harddrugs		Harddrugs	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Winkel	29.8	17	Coffeeshop	29.7	11	Dealer	33.3	7
Ouders/familie	36.8	21	Ouders/familie	16.2	6	Ouders/familie	4.8	1
Vrienden/bekenden	28.1	16	Vrienden/bekenden	48.6	18	Vrienden/bekenden	61.9	13
Diefstal	5.3	3	Dealer	5.5	2	-	-	-

#### **Discussie**

Het doel van dit onderzoek was om een gedetailleerd beeld te geven van de prevalentie en een aantal determinanten van (problematisch) middelengebruik bij jongeren met een LVB en gedragsproblemen verblijvend in een OBC. Geconcludeerd kan worden dat de meerderheid van de jongeren in deze studie ooit alcohol heeft gebruikt en ongeveer de helft van de jongeren gebruikte actueel alcohol. Frequent drinken kwam voor bij een klein deel (ongeveer 8%) van de jongeren die intramuraal verbleven en bij een groter deel (ongeveer 31%) van de jongeren die extramuraal verbleven. Frequent binge drinken (zes of meer glazen alcohol bij één gelegenheid) kwam voor bij ongeveer 10% van de jongeren. Ongeveer 20% van de jongeren die intramuraal verbleven en 44% van de jongeren die extramuraal verbleven heeft een risico op schadelijk alcoholgebruik. De prevalentiecijfers van ooit en actueel gebruik van alcohol en binge drinken lijken vergelijkbaar met percentages in de algemene Nederlandse bevolking waarin alcoholgebruik wijdverbreid is (Van Dorsselaer et al., 2010; Van Laar et al., 2013). Het risico op schadelijk gebruik ligt echter ruim boven percentages in de algemene bevolking waarin dit percentage rond 3-5% wordt geschat (Van Laar et al., 2013). Bij deze

vergelijking van prevalentiecijfers is uiteraard voorzichtigheid geboden gezien verschillen in meetinstrumenten en samenstelling van steekproef (bijv., gemiddelde leeftijd).

Wat betreft cannabisgebruik kan geconcludeerd worden dat ongeveer de helft van de jongeren die intramuraal verblijven en de meerderheid van de jongeren die extramuraal verblijven ooit cannabis heeft gebruikt. Ongeveer 20% van de jongeren die intramuraal verblijven en de helft van de jongeren die extramuraal verblijven gebruikt actueel cannabis. Deze prevalentiecijfers lijken aanzienlijk hoger dan in de algemene Nederlandse bevolking (Van Dorsselaer et al., 2010; Van Laar et al., 2013), maar komen wel overeen met prevalentiecijfers over cannabisgebruik in een landelijke studie in de residentiële jeugdzorg (Kepper et al., 2009). Frequent cannabisgebruik komt voor bij een klein deel (ongeveer 6%) van de jongeren die intramuraal verblijven en ongeveer de helft van de jongeren die extramuraal verblijven. Dit percentage lijkt hoger dan in de algemene Nederlandse bevolking, waarin dit percentage rond 1,5% wordt geschat (Van Laar et al., 2013). Wel lijkt het frequent gebruik van cannabis in deze studie overeen te komen van de mate van gebruik onder actuele cannabisgebruikers in de algemene bevolking (Van Laar et al., 2013).

Wat betreft harddruggebruik kan geconcludeerd worden dat ongeveer een kwart van de jongeren die intramuraal verblijven en iets meer dan de helft van de jongeren die extramuraal verblijven ooit harddrugs heeft gebruikt. Ongeveer 10% gebruikt actueel harddrugs. Frequent harddruggebruik komt voor bij een klein deel (ongeveer 4%) van de jongeren die intramuraal verblijven en een klein deel (ongeveer 13%) van de jongeren die extramuraal verblijven. Ook de prevalentie van harddruggebruik was aanzienlijk hoger in vergelijking met nationaal representatieve gegevens over harddrugs van jongeren (12 tot 18 jaar) (Van Dorsselaer et al., 2010). Wel lijkt het harddruggebruik van jongeren in deze studie overeen te komen met harddruggebruik van jongeren in de residentiële jeugdzorg (Kepper et al., 2009). Ongeveer 17% van de jongeren in deze studie heeft een risico op schadelijk druggebruik (cannabis en harddrugs).

Naast de prevalentie van gebruik kunnen we om te beginnen concluderen dat de kennis over alcohol en cannabis groot is bij de jongeren in deze studie. Blijkbaar bestaan er weinig misverstanden over alcohol en cannabis en de gevolgen van gebruik. Een hoge score op kennis van middelen kan tot stand zijn gekomen door voorlichting, maar kan ook wijzen op middelengebruik door de jongere zelf of gebruik van anderen in zijn of haar omgeving (Van der Nagel et al., 2011b). Daarnaast laat deze studie zien dat de attitude van jongeren ten opzichte van alcohol neutraal is en dat de attitude ten aanzien van cannabis gematigd negatief is. Deze score geeft een beeld over de attitudes, een positieve attitude ten aanzien van gebruik vergroot het risico op gebruik (Ajzen, 1991; Brug, Van Assema & Lechner, 2007). Volgens de jongeren komt alcoholgebruik voor bij de meerderheid van personen in hun omgeving en dan voornamelijk voor bij hun vrienden, personen op school, werk of dagbesteding en familieleden. Cannabisgebruik komt volgens jongeren voornamelijk voor bij vrienden, personen op school, werk of dagbesteding en familieleden.

Deze studie bevestigt het eerder door Bransen en collega's (2009) geschetste beeld dat (problematisch) middelengebruik prevalent is bij jongeren met een LVB die in contact staan met een OBC. Daarbij laat deze studie zien dat specifieke subgroepen van jongeren met psychiatrische problemen (waaronder ODD/CD, ADHD) een grote kwetsbaarheid hebben voor middelenproblematiek. Deze resultaten zijn in lijn met onderzoek dat aantoonde dat deze psychiatrische problemen samenhangen met problematisch middelengebruik bij adolescenten (bijv., Charach, Yeung, Climans, & Lillie, 2014; Clark et al., 1997). Middelengebruik is een complexe multifactoriële aandoening met een hoge comorbiditeit met psychiatrische en sociale problemen (bijv., Van Duijvenbode et al., 2015). Daarom is het van belang dat er bij deze jongeren geïntervenieerd wordt in een stadium voordat problematisch gebruik ontstaat.

## Literatuur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Barrett, N., & Paschos, D. (2006). Alcohol-related problems in adolescents and adults with intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 481-485.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization.
- Bergman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2003). *DUDIT: The Drug Use Disorders Identification Test: MANUAL*. Stockholm: Karolinska Institute.
- Bransen, E., Schipper, H., & Blekman, J. (2009). Middelengebruik door jongeren met een licht verstandelijke handicap: Een eerste verkenning van aard en omvang. *Tijdschrift voor Verslaving*, 4, 37-49.
- Brug, J., Assema, P. van, & Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en Gedragsverandering: Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Burgard, J., Donohue, B., Azrin, N., & Teichner, G. (2000). Prevalence and treatment of substance abuse in the mentally retarded population: An empirical review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 293-298.
- Chapman, S. L. C., & Wu, L. T. (2012). Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1147-1156.
- Charach A., Yeung E., Climans T., & Lillie E. (2011). Childhood attention deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: Comparative meta-analyses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 9-21.
- Clark, D. B., Pollock, N., Bukstein, O. G., Mezzich, A. C., Bromberger, J. T., & Donovan, J. E. (1997). Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1195-1203.
- Christian, L., & Polling, A. (1997). Drug abuse in persons with mental retardation: A review. *American Journal of Mental Retardation*, 102, 126-136.
- Didden, R., Embregts, P., Toorn, M. van der, & Laarhoven, N. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 927-932.
- Dorsselaer, S. van, Looze, M. de, Vermeulen-Smit, E., Roos, S. de, Verdurmen, J., Bogt, T. ter, & Vollebergh, W. (2010). *HBSC 2009: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Duijvenbode, N. van, Didden, R., Korzilius, H. P., Trentelman, M., & Engels, R. C. M. E. (2013). Executive control in long-term abstinent alcoholics with mild to borderline intellectual disability: The relationship with IQ and severity of alcohol use-related problems. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 3583-3595.
- Duijvenbode, N. van, Nagel, J. E. L. van der, Didden, R., Engels, R. C. M. E., Buitelaar, J. K., Kiewik, M., & Jong, C. A. J. de (2015). Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: Current status and future directions. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 319-328.
- Duncan, S. C., Alpert, A., Duncan, T. E., & Hops, H. (1997). Adolescent alcohol use development and young adult outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 39-48.
- Emerson, E., & Turnbull, L. (2005). Self-reported smoking and alcohol use among adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9, 58-69.
- Kepper, A., Dorsselaer, S. van, Monshouwer, K., & Vollebergh, W. (2009). *Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg (EXPLORE): Resultaten meting oktober - december 2008*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Laar, M. W. van, Cruts, A. A. N., Ooyen-Houben, M. M. J. van, Meijer, R. F., Croes, E. A., Ketelaars, A. P. M., . . . Brunt, T. (2013). *National Drug Monitor: Jaarbericht 2012*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- McGillicuddy, N. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 41-47.
- McGillivray, J. A., & Moore, M. R. (2001). Substance use by offenders with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 26, 297-310.
- Nagel, J. E. L. van der, Kiewik, M., Buitelaar, J. K., & Jong, C. A. J. de (2011a). Staff perspectives of substance use and misuse among adults with intellectual disabilities enrolled in Dutch disability services. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 8, 143-149.

- Nagel, J. E. L. van der, Kiewik, M., Dijk, M. van, Jong, C. A. J. de, & Didden, R. (2011b). *Handleiding SumID-Q: Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Deventer: Tactus.
- Patterson, G. R., Dishion, T. J., & Yoerger, K. (2000). Adolescent growth in new forms of problem behavior: Macro- and micro-peer dynamics. *Preventive Science, 1*, 3-13.
- Poelen, E. A. P., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Boomsma, D. I., & Willemsen G. (2005). Prevalence and trends of alcohol use and misuse among adolescents and young adults in the Netherlands from 1993 to 2000. *Drug and Alcohol Dependence, 79*, 413-421.
- Steenhuis, I. H. M., & Poel, E. van der (2009). Alcohol- en drugsgebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren in de leeftijd van 15-25 jaar. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 64*, 66-78.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 588-597.
- Tapert, S. F., Caldwell, L., & Burke, C. (2004). Alcohol and the adolescent brain: Human Studies. *Alcohol Research & Health, 28*, 205-212.
- Westermeyer, J., Kemp, K., & Nugent, S. (1996). Substance disorder among persons with mild retardation. *The American Journal on Addictions, 5*, 23-31.
-