

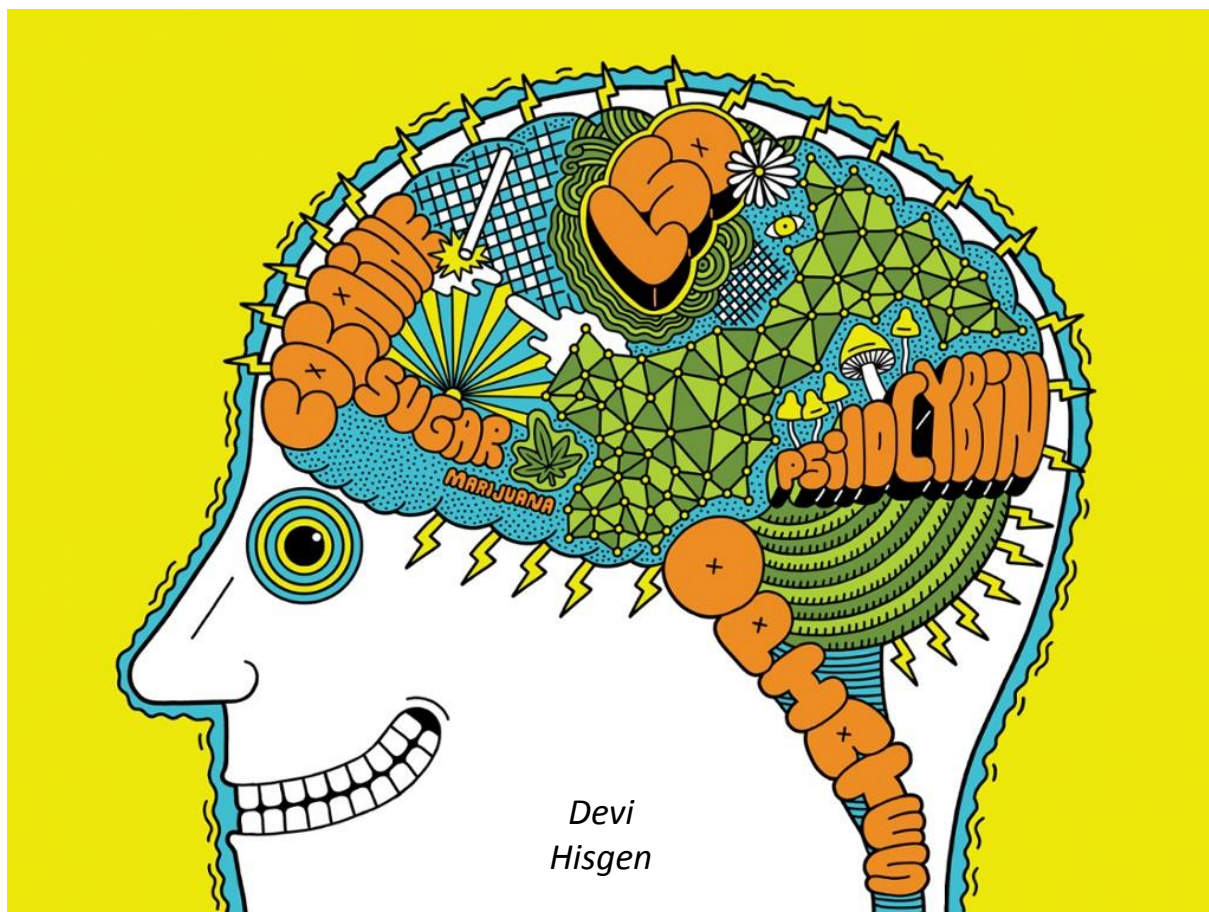
# Deskundigheidsbevordering

# IDD DT

bavo **europoort**

specialist in psychiatrie

Wat je niet wil vergeten en meer



## INHOUD

Over IDDT de kip en het ei _____	03
Stigma & het terugslag effect _____	04
Wat kan je doen? _____	06
Voorlichting _____	08
Ranglijst van middelen _____	11
Een handige map voor kennis _____	12
Aantekeningen _____	13



## Over IDDT, de kip en het ei

De psychiatrie is constant in beweging. We doen nieuwe kennis op, de maatschappij verandert en wij worden geacht mee te veranderen. Het is nog te vroeg om te zeggen dat we alle wijsheid in pacht hebben, maar het is nobel om te zeggen dat we de meest recente kennis zullen inzetten om de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg te leveren.

Sinds dertien jaar wordt verslaving gezien als een psychische aandoening, in plaats van louter bewust, disfunctioneel gedrag. Toch vinden we het vaak nog moeilijk om de problematiek die een verslaving met zich mee brengt onder het zelfde dak te behandelen als andere psychiatrische aandoeningen. Te vaak worden patiënten nog doorverwezen van psychiatrische instelling naar verslavingszorg en weer terug.

Om deze reden is IDDT in het leven geroepen.

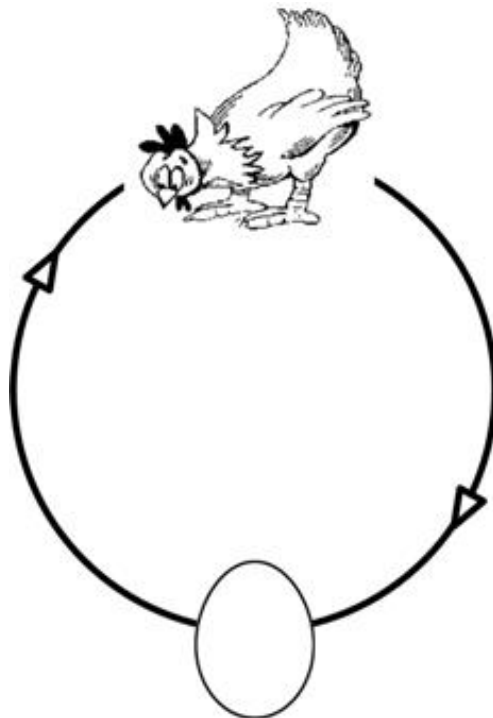
IDDT staat voor Intensive Dubbel Diagnosis Treatment .

Volgens de IDDT gaan we er van uit dat er aan de grondslag van co-morbiditeit bij verslaving altijd één of meerdere diepere problemen schuil gaat onder de verslaving, terwijl de verslaving zelf op zijn beurt weer een nieuwe laag van problemen veroorzaakt. Dit vraagt dus om een éénduidige aanpak. Behandelaren in de psychiatrie claimen vaak iemand niet te kunnen behandelen als hij/zij dikwijls onder invloed is van middelen, terwijl aan de andere kant behandelaren in de verslavingszorg weer zeggen dat zij iemand niet kunnen helpen waarbij het psychiatrische ziekte beeld te veel naar voren komt.

Zo komen we uit op het dilemma van de kip en het ei.

Dit is niet helpend voor de patiënt en met iedere doorverwijzing of afwijzing zal de patiënt meer vertrouwen in de hulpverlening verliezen.

Daarom is het belangrijk dat wij zelf kennis vergaren over behandeling en begeleiding bij verslaving, beter samenwerken met de verslavingszorg en vooral onze ogen en oren openhouden om achtzaam te zijn op onze verantwoording naar patiënten met verslavingsproblematiek.



We krijgen allemaal normen en waarden mee van kinds af aan. Deze normen en waarden krijgen we mee vanuit huis, school, de kerk en media zoals boeken en films. Dit helpt ons om een beeld te vormen van de wereld en een onderscheid te maken tussen goed en kwaad. Deze normen en waarden vormen onze overtuigingen. Van sommige overtuigingen zijn we ons bewust en van sommige helemaal niet. Een goed voorbeeld hiervan is hoe we met alcohol omgaan. We zeggen tegen onze kinderen dat alcohol gevaarlijk is en dat we er voorzichtig mee moeten zijn en natuurlijk menen we dit als dat gezegd wordt. Helaas wordt onze overtuiging ook onbewust aangevuld met boodschappen die zich schuilhouden in bijvoorbeeld reclames, films, boeken en culturele gebruiken. In films zien we mensen drinken, in reclames wordt ons een onvergetelijke tijd beloofd en ook onze culturele gebruiken zijn niet geheel alcoholvrij. Dit helpt om onze beeldvorming van alcohol te vormen zodat we het zien als een middel die we als mild en acceptabel ervaren, zonder dat dit gestoeld is op feiten. Die feiten heb je ook niet nodig, want de jarenlange bevestiging van dit beeld zorgt er voor dat dit een onderdeel is geworden van je kernovertuigingen. Het vervelende van de meeste kernovertuigingen is dat als ze bevestigd of bekritiseerd worden het *'backfire effect'* of in het Nederlands: *'het terugslag effect'* intreedt. Dit is een bekend concept in de psychologie dat uitlegt hoe zelfs de meest redelijke argumenten, berust op feiten, er voor kunnen zorgen dat men nog sterker zal vasthouden aan zijn (onredelijke) kernovertuigingen. Dit effect is een fenomeen dat we veel terug zien, zeker als het gaat om verslaving en middelengebruik. Het is moeilijk om je er tegen te verzetten en we zijn er allemaal onderhevig aan. Dit terugslag effect is één van de drijvende krachten dat het stigma rondom drugs en verslaving in stand houdt.

*'The war on drugs'* is een gevecht dat al geruime tijd gevoerd wordt. Het is niet duidelijk wat men er precies mee wil bereiken, maar wel zichtbaar wat het oplevert. Ten eerste is het al bijzonder dat het gevecht gevoerd wordt tegen drugs en niet tegen verslaving. Ten tweede is de lijst van verboden middelen ook een bijzondere opsomming van middelen die bij sommige mensen een hoop vragen oproept. Om te zien hoe stigma precies een rol speelt in de verslavingswereld zullen we moeten inzoomen op *'the war on drugs'*.



*'The war on drugs'* kost de wereld miljarden per jaar en na een strijd van meer dan een eeuw lijkt er nog absoluut geen eind in zicht. Zonder dat de vraag naar drugs afneemt zal de productie ook niet afnemen. Zolang de productie in handen blijft van criminelen, zal de kwaliteit van de drug nooit gegarandeerd kunnen worden en kan de totale omvang van het probleem niet in kaart worden gebracht. Tevens kan er geen belasting worden geheven over de verkoop van drugs. Er ontstaat door het huidige beleid een taboe op alle verboden middelen, een taboe dat onderzoekers in de weg staat om neutraal onderzoek te doen naar de middelen. Alle geldstromen die gebruikt zouden kunnen worden voor beter onderzoek, betere behandeling en betere voorlichting worden nu misgelopen of uitgegeven aan een oorlog die niet bedoeld lijkt te zijn om te winnen.

In 1920 ontstond er in Amerika een verbod op alcohol, een periode die ook wel *'de drooglegging'* wordt genoemd. Deze periode leert ons heel veel over het mechanisme achter het verschil tussen een totaal verbod en regulatie op een genotmiddel.

Wat er gebeurde was namelijk dat na het intreden van het verbod het aanbod vanuit de legale handel compleet verdween terwijl de vraag niet minder werd. Dit gat in de markt kon maar op één

manier gevuld worden en dat was door het criminele circuit. Binnen mum van tijd ontstond er een groots opgezette kartelvorming van maffialui die de handel in handen namen. Alles was perfect geregeld, van de productie tot de logistiek. Uiteraard had het weinig zin om bier te verhandelen aangezien het percentage alcohol daarin te laag was, dus werd er vooral gehandeld in whisky, cognac en rum. Geschillen konden niet worden bemiddeld in het gerechtshof en er kon geen kwaliteitsbeleid gevoerd worden op de productie van alcohol. Dit leidde uiteraard tot een onhoudbare verhoging van criminaliteitscijfers en dodelijke slachtoffers door betrokkenheid in de alcohol. Als je in die tijd alcohol consumeerde was je dus in contact met de onderwereld. Dit zorgde er voor dat de onderwereld erg veel macht kreeg en zich zelfs in de politiek wist te nestelen. Al deze gemoederen liepen zo hoog op dat in 1933 een voorstel werd aangenomen om de alcoholproductie weer te reguleren en de consumptie door volwassenen toe te staan.

Vandaag de dag verkopen we alcohol niet alleen in iedere supermarkt of uitgaansgelegenheid, maar staan we een vrije markt toe, waarin reclame wordt gemaakt die je aanmoedigt om hun product te gebruiken door dit te koppelen aan sentiment. Te bedenken dat alcohol bijzonder hoog in de ranglijsten van gevaarlijke middelen staat (zie ranglijst middelen), is het eigenlijk vreemd dat we een beeld hebben van de meeste drugs dat ze een direct gevaar vormen voor de volksgezondheid. Wel wordt nu duidelijker waarom we drugsgebruik altijd met criminaliteit in verband wordt gebracht. Uiteraard wordt er dan het argument gemaakt dat er meer vormen van criminaliteit plaatsvinden onder drugsgebruikers dan alleen de productie en de handel. Er is echter geen enkele reden om aan te nemen dat drugsgebruik hier de oorzaak van is. Er zijn namelijk ook andere krachten in het spel die hier aan bij kunnen dragen, zoals armoede of andere vormen van maatschappelijke teloorgang. Nogmaals; de onderwereld en drugs zijn inmiddels zo met elkaar verweven door het beleid dat we voeren, dat we niet meer kunnen onderscheiden wat nu precies waar door komt.

Door de verweving van drugs en criminaliteit is het erg moeilijk voor verslaafde mensen om weer op te krabben in een maatschappij die daar niet voor is ingericht. Ondanks dat wij als hulpverleners denken dat we oordeel vrij zijn tegenover verslaafde mensen, hebben we dus allemaal onbewuste overtuigingen die er voor zorgen dat we bijdragen aan de veroordeling van verslaafde mensen.

Niet alle mensen die drugs gebruiken zijn verslaafd. Er zijn zo veel meer mensen die drugs gebruiken dan je denkt, maar door het huidige beleid zullen zij dit niet van de daken schreeuwen, zeker niet tegen mensen die er zelf andere opvattingen op na houden. Je krijgt dus pas verhalen te horen die met drugs te maken hebben zodra iemand in de problemen komt of een misdrijf pleegt. Bijvoorbeeld in het nieuws of van een familielid die na langdurig gebruik in de problemen komt.

Het feit is, dat drugsgebruik minder vaak tot problemen leidt dan dat de buitenwereld je wil doen laten geloven.

Het probleem is dus dat we alleen maar de probleem gevallen zien en dat heeft een enorm effect op onze beeldvorming. Wat dan ook handig is om op te merken is dat verslavingsproblematiek altijd gepaard gaat met andere problematiek (maatschappelijk, dan wel psychisch). Daarom is het (bijna) altijd te snel geroepen dat de problemen die een verslaafde heeft allemaal door de drugs komen. Dat is een oordeel die niet gebaseerd is op feiten en uiteindelijk de patiënt ook niet helpt bij zijn/haar herstel.

## Wat kan je doen?

Er zijn in de loop der jaren veel manieren gevonden waarop mensen met een verslaving geholpen kunnen worden. Eén van de bekendste stromingen daarin is *'het Minnesota model'*, dat bijvoorbeeld gebruikt wordt in het *'twaalf-stappen-plan'*. Maar ook steeds vaker worden zaken als cognitieve gedragstherapie ingezet om mensen te helpen bij het overwinnen van hun verslaving.

Zonder deze methodes te bekritisieren is het voor dit onderwerp wel zo nuttig om te stellen dat de achterliggende filosofieën van deze benaderingen allemaal onderhevig zijn aan meningen. Dit kan ook niet anders zolang we nog niet het fijne weten van alles dat met verslavingsproblematiek te maken heeft.

Wel is er een benadering vanuit de collectieve ervaringskennis ontstaan die handreikingen biedt om mensen te helpen die verslaafd zijn en in ons geval dus een dubbele diagnose hebben.

Hier zijn wat praktische dingen die jij als behandelaar zelf voor je patiënt kan doen, in de juiste volgorde:

## Oordeel vrij zijn

Met een oordeel is onze patiënt echt niet geholpen. Je hoeft niet te begrijpen waarom iemand iets doet, het begint bij het gedrag van je patiënt te accepteren voor wat het is en er geen oordeel over te vellen. Het is zelfs best moeilijk om dat oordeel bij je zelf te herkennen en te erkennen. Als je dit lukt en je laat het vervolgens los, zal je patiënt voelen dat hij er echt met jou over kan praten en zal hij niet vrezen dat het gesprek altijd de onderliggende boodschap bij zich draagt dat hij/zij zal moeten stoppen met drugsgebruiken.

Besef je dat je patiënt echt niet gaat stoppen met gebruiken omdat jij het wil.

## Een luisterend oor bieden

Eenmaal met een oprecht oordeelvrije houding, is het voor de patiënt vaak prettig als hij/zij het verhaal bij iemand kwijt kan. Uit interviews met ex-verslaafde is gebleken dat 'kunnen ontladen' heel veel betekend voor een verslaafd persoon, dit zijn vaak de eigenschappen die een patiënt ook aan zijn hulpverlener herinnert en koestert.

## Voor en nadelen balans opmaken

Door je patiënt een voor en nadelen balans op te laten maken, kan de patiënt meer inzicht krijgen in de motivatie om te stoppen, maar ook om de reden van het gebruik te onderzoeken. Het is ook hier belangrijk om zo min mogelijk voor de patiënt in te vullen zodat alle te verwerven inzichten ook daadwerkelijk uit de patiënt zelf zullen komen en meer indruk zullen maken op de patiënt.

De voordelen zijn net zo belangrijk als de nadelen. De voordelen kunnen iemand helpen in te zien waarom die gebruikt en wat er eventueel te doen valt om te minderen of te stoppen. De nadelen zullen inzicht verschaffen in wat het eventueel op zou leveren om te stoppen met gebruiken.

## Motivatie en maatschappelijke inclusie

Het hebben van een doel is een van de belangrijke sleutels om iemands motivatie om te stoppen te bevorderen. Een dergelijk doel kan de vorm aan nemen van werk of dagbesteding, maar ook het opbouwen van contact met vrienden en familie of het naleven van een *bucketlist*. Het opbouwen van

contacten vervult ook nog een ander doel, namelijk iemand weer in verbinding laten komen met de wereld om hem/haar heen. Onderzoek heeft uitgewezen dat warme contacten en verbindingen met de buitenwereld cruciaal zijn in het verhelpen van verslavingsproblematiek. Mensen zijn gebaat bij contact, uit dit contact haalt men een soort beloning die bij het ontbreken daarvan vaak wordt opgevuld met obsessief gedrag. In verbinding staan met de wereld om je heen wordt bij onze patiënten vaak bemoeilijkt door psychische en/of maatschappelijke problematiek. Je patiënt helpen om deze problemen op te lossen zijn dus onderdeel van werken aan een oplossing voor de verslavingsproblematiek.

## **Mindfulness**

Mindfulness is een hip begrip. En niet voor niets. Mindfulness is een methode die ons helpt om in het hier en nu te komen en ons bewust te worden van ons handelen. Het kan worden toegepast op alle routine handelingen, dit geldt voor zaken zoals veter strikken tot ademen. Mindfulness is een kunde die kan worden beoefend en door herhaling effectiever kan worden. Een simpele oefening is bijvoorbeeld iemand zich bewust te laten worden van zijn/haar ademhaling en spanning in het lichaam, daarna de ademhaling rustiger maken door dieper en langzamer adem te halen, na deze handeling kan je nog proberen je te focussen op alle geluiden die je hoort en te voelen in wat voor staat je lichaam verkeert (voel je de grond onder je voeten? Etc.).

## **De uitstel methode**

Als ik je nu vraag om niet aan een fiets te denken zal het lastig zijn om dat niet te doen. Zelf als je (door dat je dit fenomeen kent) je nu weet te verzetten tegen de gedachten aan een fiets, kan je niet ontkennen dat de verleiding groot is. Dit komt omdat de nadruk al is gelegd op denken aan een fiets. Dit zelfde principe gaat ook op voor gebruiken. Zeggen dat je niet mag gebruiken leidt vaak tot veel gedachten aan drugs, verleiding om te gebruiken en onnodig veel craving. Daarom is het belangrijk om je zelf niets te verbieden. Alles mag, maar uiteindelijk gaat het om het maken van een bewuste keuze, gebaseerd op wat je werkelijk wil in het leven. Als je daar naar weet te handelen, zal je als verslaafde uiteindelijk andere keuzes willen maken dan gebruiken.

Nu kan je een patiënt aanraden om eenmaal in een moment van verleiding zichzelf toe te laten staan om toe te geven aan de verleiding en dus te gaan gebruiken, maar dan wel nadat hij/zij eerst iets anders gaat doen. Bijvoorbeeld even een blokje om lopen of in een andere ruimte even een simpele mindfulness oefening te gaan doen. Door het zichzelf toe te staan om te gebruiken, maar eerst even afleiding zoeken kan er een moment van bezinning ontstaan. Ook helpt het om nog eens na te denken over je doelen en je voor en nadelen balans.

## **Maatwerk leveren**

Bekijk iedere situatie op zich, wat voor de een op gaat, hoeft niet voor de ander op te gaan. Luister naar je patiënt en gebruik je specifieke kennis van iemand in je ondersteuning

## **Doorverwijzen**

Het liefst na dat eerdere dingen al zijn geprobeerd en ook zo dichtbij mogelijk om de lijntjes kort te houden. Doe dit bij voorkeur in overleg met je patiënt en zoek een plek waar iemand echt aan zijn/haar herstel kan werken.



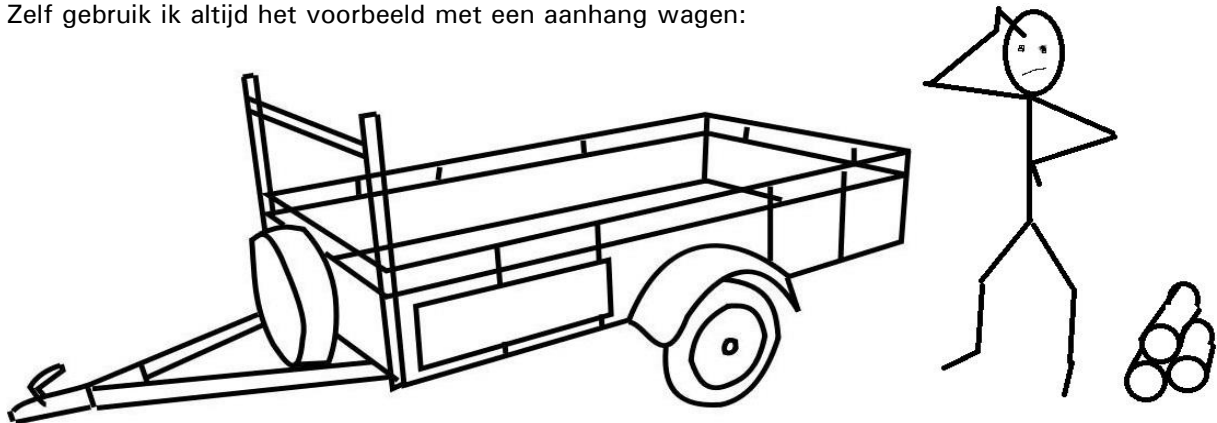
Voorlichting geven aan een kwetsbare doelgroep is zeer belangrijk. Goede voorlichting wordt bij voorkeur zo vroeg mogelijk gegeven, echter is het nooit te laat om alsnog te praten over veilig gebruik. De moeilijkheidsgraad is dan dat men zelf al een beeld heeft van de middelen waar je voorlichting over wilt geven, dus je zal altijd voorzichtig moeten kijken wat iemand al weet en of iemand open staat voor nieuwe info.

Ook is het zo dat de taal uit wetenschappelijk onderzoek niet aansluit op de taal die onze doelgroep spreekt. Daarom in dit onderdeel wat toelichting over de feitjes en hoe dit vertaalt kan worden.

### Psychoses

Een prominent deel van onze doelgroep is gevoelig voor psychoses. Een belangrijk model om even in het achterhoofd te houden is het 'Kracht/Kwetsbaarheid model'. Dit model beschrijft het keerpunt dat belastende zaken kunnen uitoefenen op iemands psychische gezondheid.

Zelf gebruik ik altijd het voorbeeld met een aanhang wagen:



De vraag is: Hoeveel ballast kan je op de aanhanger kwijt voordat hij door zijn voegen zakt? Je wil hier geen risico's in nemen, want iedere keer dat hij door zijn voegen zakt moet je hem herstellen en zal hij per keer wat zwakker worden. Heel voorzichtig dingen uit proberen is het enige dat lijkt te werken. Sommige ballast is makkelijk te herkennen als risicovol, zoals ruzies, overwerk, scheidingen of drugsgebruik. Wij –als behandelaren- zijn ons van veel risico's bewust en proberen onze patiënten daar voor te behoeden. Logisch is wel dat onze patiënten sommige risico's niet op waarde weten te schatten, of de moeite waard vinden om te nemen. Dat laatste (in het bijzonder) is iets dat wij ons goed moeten beseffen.

Zo weten we dat Tetrahydrocannabinol (THC – de psycho actieve stof in cannabis) psychoses veroorzaakt of versterkt. Daarom raden we altijd met klem af om te blowen als je gevoelig bent voor psychoses. Echter heeft een goed deel van onze klanten weinig tot geen boodschap aan dergelijk advies en zullen tegen ons advies in toch blowen.

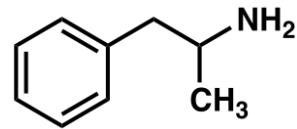
Als we inschatten dat iemand hoe dan ook wil blowen kunnen we hem/haar dus beter advies geven om de risico's te beperken dan iemand onvoorbereid de deur uit te laten gaan.

Daarom is het belangrijk om het een en ander te weten over verschillende soorten drugs en de risico's. De informatie die hier volgt heeft betrekking op iedereen, maar in het bijzonder op mensen die een gevoeligheid hebben voor psychotische belevingen.



## Speed

*Pep/snel/de-witte-motor*



Het is belangrijk om goed te eten en niet te lang door te gaan. Ook is het belangrijk om in de gaten te houden dat voldoende water wordt gedronken. Vaak is het verstandig om voor je eerste inname eerst even goed te eten, dat komt de kwaliteit van het effect ook ten goede.

Langdurig gebruik of een zeer hoge dosis kunnen een *tijdelijke psychose* veroorzaken. Een blijvende psychose kan alleen optreden bij mensen die daarvoor gevoelig zijn.

Na langdurig gebruik worden gebruikers rusteloos, geagiteerd en geïrriteerd. Zij krijgen last van slapeloosheid, gewichtsverlies en raken steeds meer in een sociaal isolement. Paranoia (bijvoorbeeld het gevoel achtervolgd of bekeken te worden) en aanvallen van paniek kunnen optreden.

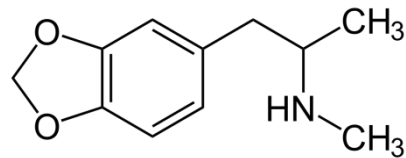
Ook kan er dan sprake zijn van levendige hallucinaties. Je ziet, voelt en hoort dingen die er niet zijn (visuele, tactiele en auditieve hallucinaties). Gebruikers hebben het gevoel dat er beestjes op en onder hun huid zitten en krabben hun huid open.

Na gebruik voelen gebruikers zich de opvolgende dagen dikwijls down en depressief. Na langdurig gebruik kunnen mensen bij stoppen ook in een depressie terecht komen of losse momenten van leegte en vreugdeloosheid ervaren.

Op mensen met ADHD heeft speed een iets andere werking. Er is nog steeds onrust, echter wordt er door de gebruiker veel meer overzicht en een soort 'interne kalmte' ervaren. Dit zorgt er voor dat speed een zeer aantrekkelijke drug is voor mensen met ADHD.

## MDMA

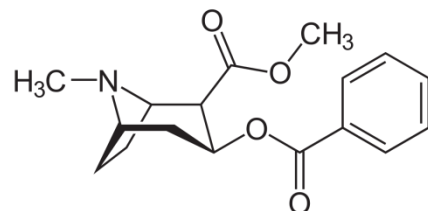
*XTC/M/ Kristallen*



MDMA is de psychoactieve stof in XTC pillen. MDMA wordt ook wel 'The love-drug' genoemd. Dit omdat het effect een heel liefdevol gevoel geeft. Alsof je met iedereen op een lijn zit en een soort diepe connectie met alles en iedereen om je heen ervaart. Gevoelens van euforie en connectie worden af en toe aangevuld met een energieke ervaring en dit maakt XTC één van de populairste drugs in Nederland. MDMA zit in de middenklasse van gevaarlijke stoffen en is bij sporadisch en laag gedoseerd gebruik zo goed als ongevaarlijk. Wel is de nasleep lang en vervelend.

Net als bij speed zijn de opvolgende dagen de werkelijke prijs die je betaalt voor het gebruiken van het middel. Omdat je de dopamine voorraden in rap tempo verbruikt, zal je je een paar dagen leeg en lusteloos voelen.

Wel is er inmiddels bewezen dat MDMA onder de juiste omstandigheden erg goed van dienst kan zijn bij het behandelen van trauma's



## Cocaïne

*Coke, wit, sos, sanni*

Cocaïne is voor de meeste mensen een bekende drug. We weten dat het gemaakt wordt van de Coca plant uit Colombia, dat er vroeger een cocaïne fabriek was in Nederland, dat het vroeger samen met colanoot een hoofdingrediënt was in CocaCola en dat het tot de jaren 20 van de vorige eeuw gewoon vrij verkrijgbaar was bij de drogisterijen. Maar wat zijn nu de meest gemaakte fouten rondom Cocaïne?

Als eerst is het belangrijk om te weten dat Cocaïne één van de weinige drugs is die blijvend je persoonlijkheid verandert. Cocaïne geeft een gevoel dat vergelijkbaar is met koffie, maar dan een flink stukje sterker. Het werkt vaak bevorderlijk voor het gevoel van zelfverzekerdheid, een vlotte babbel en wat extra energie. Het effect duurt echter niet lang en in de acute ontwenning raakt

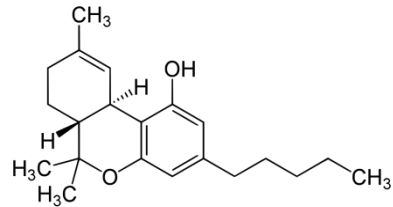
met al snel geïrriteerd en komen er dikwijls snel gevoelens van craving opzetten naar meer cocaïne.

Wat men ook vaak niet weet is dat cocaïne vele malen slechter is dan speed. Het verslavingsrisico is hoger en het spul zelf is agressiever. Er zijn voorbeelden op YouTube te vinden dat men een lijntje speed en een lijntje cocaïne op een biefstukje leggen, dan zie je dat de cocaïne zich vrijwel direct een weg door het vlees begint te bijten.

Cocaïne kan worden gesnoven en worden gerookt. Om het te roken, moet men er eerst 'base' van maken. Dit wordt ook wel *crack* genoemd door het knetterende geluid dat men hoort bij het roken er van.

## Cannabis

*Wiet/skunk/hasj/joints*



Cannabis is een natuurproduct dat wereldwijd populariteit gewonnen heeft. Het is een veelzijdige plant waar papier, touw, oliën en wiet van gemaakt wordt. Er zijn grofweg drie verschillende families te vinden: Sativa, Indica en Ruderalis. In Nederland kom je vrijwel geen zuivere families tegen, maar genetisch gemanipuleerde kruisingen. Dit noemen we hybriden. De Ruderalis wordt weinig gebruikt bij de productie van wiet.

Het effect van het roken, eten of dampen (vaporizeren) van wiet of hasj maakt de gebruiker stoned. Dit houdt over het algemeen in dat iemand enigszins "soezig" wordt. Het lichaam voelt zwaar aan en muziek en kunst beleving wordt dikwijls intenser. In wiet zitten 2 belangrijke werkzame stoffen:

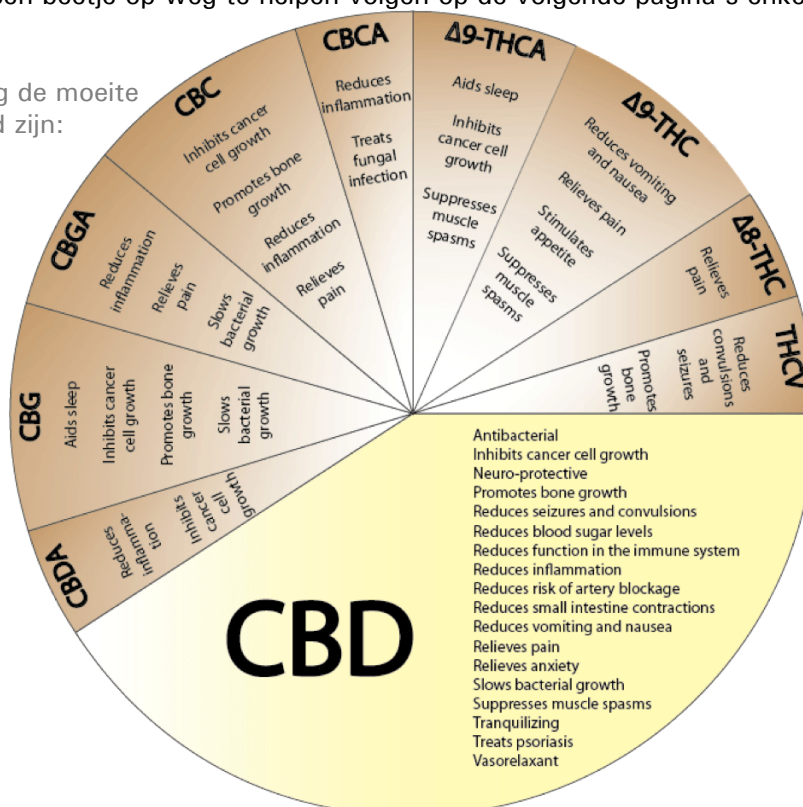
-THC (Tetrahydrocannabinol): dit is de psychoactieve stof waar je stoned van wordt. Deze stof is het risico element voor mensen met een psychosegevoeligheid.

-CBD (Cannabidiol): Dit is géén psychoactieve stof, maar heeft wel een werking op het effect van de THC. Dit effect wordt omschreven als 'bodyloath' en aan CBD wordt diverse geneeskrachtige eigenschappen toegeschreven, waar ook steeds meer wetenschappelijke studies aan ten grondslag worden gebracht. Één van die eigenschappen is dat het preventief tegen psychotische belevingen werkt. Wat dan weer gunstig is voor onze kwetsbare patiënten.

Verskillende hybriden worden verkocht onder enkele bekende merknamen. Doordat de kweek en inkoop van wiet nog niet legaal is in Nederland is onder andere de kwaliteitscontrole nihil en daarom is het voor de gebruiker prettig als de coffeeshop juiste voorlichting kan geven over hun producten. Om je toch een beetje op weg te helpen volgen op de volgende pagina's enkele schema's.

Andere middelen die nog de moeite van het opzoeken waard zijn:

- GHB
- Heroïne
- Alcohol
- Khat
- 2CB
- LSD
- Paddo's / truffels
- Ketamine



In 2009 bracht de RIVM het rapport 'Ranking van drugs' uit. Hierin beoordeelde een panel van experts drugs op een aantal aspecten: acute en chronische toxiciteit, verslavingspotentie, en individuele en maatschappelijke sociale schade. De RIVM kwam tot de volgende totaalscore van meest schadelijke drugs:

- 1. Crack (basecoke)**
- 2. Heroïne**
- 3. Tabak**
- 4. Alcohol**
- 5. Cocaïne**
- 6. Metamfetamine**
- 7. Amfetamine**
- 8. GHB**
- 9. Benzodiazepinen (slaap- en kalmeringsmiddelen)**
- 10. Cannabis**
- 11. Ketamine**
- 12. Xtc**
- 13. Khat**
- 14. LSD**
- 15. Paddo's**

Het Rapport zelf is tegen de 90 pagina's dik en is makkelijk te vinden op internet. Uiteraard is de uitkomst een optelsom van verschillende factoren en zal daarom altijd te nuanceren zijn. Om de ranglijst goed te begrijpen kan het geen kwaad om het rapport eens te bekijken.

Voor meer kennis over de specifieke middelen volgen in het volgende hoofdstuk wat goede lees en kijk tips.

Tijdens de deskundigheidsbevordering is er niet of nauwelijks in gegaan op de specifieke middelen. Dit omdat er zoveel middelen zijn en de feiten over deze middelen makkelijk op te zoeken zijn. Hier volgt dus een korte handleiding voor hoe je meer informatie over specifieke middelen kan vinden.

### **www.jellinek.nl**

Jellinek is een organisatie die zich bezig houdt met drugs en verslaving. Op hun site staat heel veel informatie die handig is voor zowel hulpverlener als patiënt.

Je kan er quizzen doen om je kennis te testen over een groot scala van verschillende middelen.

Verder kan je er ook gebruikers testen doen. Deze testen kunnen je een indicatie geven van hoe problematisch je gebruik van een bepaald middel is.

### **www.erowid.org**

Erowid is non-profit organisatie die informatie verschaft over allerlei verschillende drugs, plantjes en chemicaliën. Deze pagina is een half open encyclopedie die naast wetenschappelijke informatie ook gebruikers verslagen biedt. Deze webpagina kan erg handig zijn voor patiënten die graag meer willen weten over een middel. Maar ook als behandelaar kan het geen kwaad om je kennis te verrijken op deze pagina.

### **Drugslab YouTube kanaal**

Drugslab is een Youtube kanaal van BNN waar drie verschillende verslaggevers op verzoek allerlei verschillende middelen testen. Hun filmpjes beginnen vaak met wat basis achtergrond informatie gevolgd door een live tripverslag. Ze dragen dan een band die hun hartslag en temperatuur meet. Vervolgens doen ze allerlei experimenten en testjes om te kijken hoe het nu precies werkt met die drug. Aan het einde van iedere aflevering laten ze ook een 'day-after-journal' zien, zodat je ook een beeld krijgt van hoe iemand zich de dag er na voelt. Naast dat het een bijzonder informatief programma is, heeft het tevens een hoog entertainment gehalte.

Ga naar youtube en typ in de zoekbalk "drugslab" gevolgd door de drug waar je meer over wil weten.

### **Leestips:**

Will je meer weten over de psychologie achter verslaving, drugs of de behandeling van verslaving, dan zijn de volgende werken misschien interessant voor jou:

- The Globalization Of Addiction *A study in poverty of the spirit* (Bruce K. Alexander)
- Chasing The Scream (Johann Hari)
- You Are Not So Smart (David Mcrany)
- Pihkal (Alexander T. Shulgin)
- Superverslavend (Adam Alter)
- De Verslaving Voorbij (Jan Geurtz)
- Stoppen Met Roken (Allen Carr)
- Ranking Van Drugs (RIVM Rapport) *(gratis te downloaden via de website van de Rijksoverheid)*
- Uit Je Bol (Gerben Hellinga / Hans Plomp)

### **Laatste tips:**

Personen die mij persoonlijk hebben geïnspireerd en zich levenslang hebben ingezet voor een progressiever drugs beleid en zich hebben verdiept in de psychedelische middelen:

- Timothy Leary
- Terrence Mckenna
- Bruce K. Alexander
- Ram Dass
- Alexander Shulgin
- Rick Strassman



