

2008

Cannabisgebruik en Autisme Spectrum Stoornis

**Een theoretisch kader over de effecten en risico's van
cannabisgebruik bij mensen met een Autisme Spectrum
Stoornis.**

**Afstudeerproject in het kader van Fontys Hogeschool voor Pedagogiek, Tilburg, begeleid
door H. de Mits, januari 2008**

Maartje Mies, 2065415

Cannabisgebruik en Autisme Spectrum Stoornis

Een theoretisch kader over de effecten en risico's van cannabisgebruik bij mensen met een Autisme Spectrum Stoornis.

*Maartje Mies
studentnummer: 2065415*

*Afstudeerproject in het kader van Fontys
Hogeschool voor Pedagogiek, Tilburg,
begeleid door H. de Mits, januari 2008*

Inleiding

Cannabis wordt op grote schaal door jongeren gebruikt. Onderstaande tabel geeft een beeld van het gebruik onder jongeren in 2003. De tabel geeft niet weer hoe frequent het gebruik is, hij zegt wel iets over hoeveel jongeren het ooit hebben geprobeerd. In 2004 waren er bij instellingen voor ambulante verslavingszorg 5.456 aanmeldingen met hulpvragen over hasj en weed (Trimbos-instituut, oktober 2006)

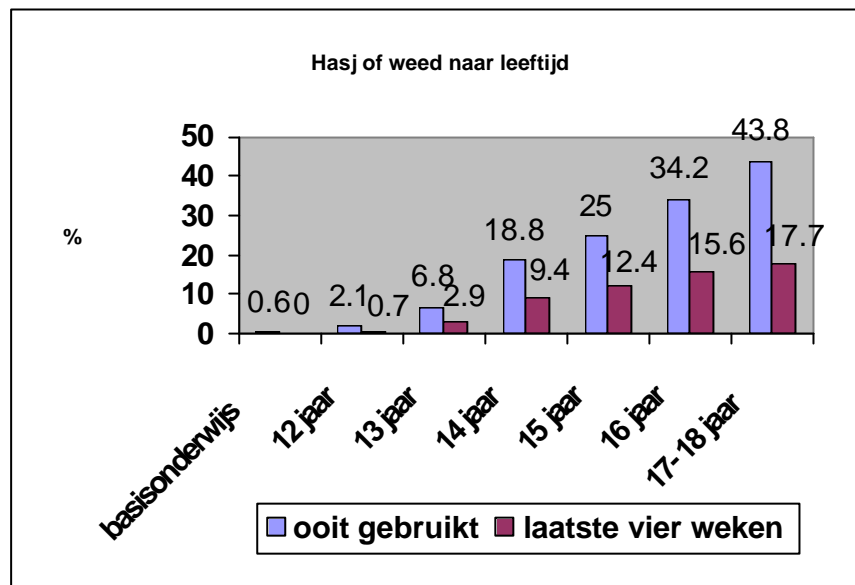


fig 1. peilstationsgegevens 2003 (bron: Uw kind en drugs: Trimbos-instituut)

Onderzoek van het Trimbos-instituut (2004) toont aan dat bij ongeveer 20% van de patiënten die zich melden bij verslavingszorginstellingen sprake is van ADHD. In het onderzoek van de Zwolse Poort bleken 8 personen (4 %) ook een autisme stoornis te hebben.

Gezien dit gegeven achtte ik de kans groot dat er ook binnen TBA veel jongeren zijn die cannabis gebruiken. Ondanks dat er wel veel voorlichtingsmateriaal beschikbaar is voor de grote doorsnee groep jongeren en ook voor verstandelijk beperkten met een laag IQ, zag ik het belang in van voorlichting voor jongeren met autisme. Het oorspronkelijke plan was dan ook om voor deze doelgroep een voorlichtingsprogramma te ontwikkelen, dat binnen de begeleiding gebruikt kan worden met cliënten. Het opstellen van een voorlichtingsprogramma vereist veel tijd in onderzoek en opzet. Wegens tijdgebrek zal er in een later stadium vorm gegeven worden aan ondersteuning.

Het doel van dit onderzoek is NIET causale verbanden te leggen. Hiervoor is een onderzoek met neurologische verdieping in de hersenen noodzakelijk. Aangezien het in deze scriptie gaat om een onderzoeksvraag op pedagogisch vlak, zal ook met name deze invalshoek gebruikt worden. Het is het doel om door middel van een literatuurstudie en praktijkonderzoek inzicht te krijgen in de problematiek van cannabis en zodoende gefundeerde uitspraken te doen die leiden tot aanbevelingen om antwoord te geven op de volgende onderzoeksvraag:

Hoofdstuk 2 Autisme Spectrum Stoornis

2.1 Inleiding

Het is vooralsnog onmogelijk een allesomvattende en volledige omschrijving te geven van autisme. Autisme is een psychiatrische stoornis in het autistische spectrum die bij de DSM (zie bijlage 1) valt onder pervasieve ontwikkelingsstoornis. Dit wil zeggen dat het alles doordringend is, in het gehele “zijn” van die persoon gedurende alle leeftijdsfasen. Ondanks dit classificatiesysteem ervaart iedere persoon zijn autisme op een andere manier. Wel zijn er veel overeenkomstige kenmerken die bij mensen met autisme voorkomen. Er is al veel geschreven over autisme en er zijn al veel onderzoeken gedaan. Toch zijn er nog veel vragen rondom autisme en er wordt nog altijd veel onderzoek verricht naar autisme.

Doel van dit hoofdstuk is dan ook inzichtelijk maken hoe iemand met autisme cognitief functioneert en hoe de prikkelverwerking en informatieverwerking verloopt.

2.2 Prikkelverwerking

In de volgende paragraaf wordt kort omschreven wat er gebeurt met een prikkel die binnenkomt in de hersenen en hoe de waarneming verloopt. Eerst wordt kort geschetst hoe deze processen werken bij mensen zonder autisme en vervolgens wordt een beeld geschetst van hoe dit werkt bij mensen met autisme.

Het is niet de intentie om de werking van de hersenen te benoemen op neurologisch niveau. Hiervoor verwijs ik door naar bv. het boek “Algemene psychologie, een inleiding” door Roediger. Deze paragraaf geeft informatie, die kan helpen bij het beter begrijpen de informatieverwerking bij mensen met autisme, om zodoende beter aan te kunnen sluiten bij de cliënt op het gebied van begeleiding.

2.2.1 Het proces prikkelverwerking

Ons lichaam ontvangt de hele dag door prikkels in diverse vormen (bv. geluiden, beelden, tastprikkels, smaken en geuren). Deze prikkels heten sensorische prikkels, omdat zij via de zintuigen binnenkomen. Iedere prikkel ondergaat een proces dat plaats vindt in de neuronen in de hersenen. Neuron zijn bouwstenen van de hersenen die verbindingen maken en informatie doorgeven. Vervolgens wordt de prikkel omgezet in een zenuwsignaal die vervolgens wordt geïdentificeerd, samengevoegd en geïnterpreteerd (Zeevalking, 2000, p 30). Dit proces heet perceptie.



Vervolgens wordt er een betekenis verleend aan de prikkel. In de literatuur worden de begrippen waarneming en gewaarwording door elkaar gebruikt. Volgens Roediger (1998) verwijst gewaarwording naar het ontvangen van stimulatie (een prikkel) vanuit de omgeving door de zintuigen en verwijst het interpreteren naar het begrijpen of een betekenis verlenen aan deze stimulatie. Zo gezien is gewaarwording dus een passief proces in de hersenen omdat

de informatie alleen binnenkomt en is waarneming een actief proces, omdat de prikkel dan een betekenis krijgt en dit een actief proces in de hersenen vereist.

Bogdashina (2004) beschrijft dat waarneming een basaal proces is waarin geen analyse plaatsvindt, het is alleen een gevoel of beleving. Zij benoemt daarbij wel dat er op het niveau van waarneming of perceptie geen besef is van betekenisverlening. Wanneer er in het vervolg over waarneming wordt gesproken wordt hiermee, tenzij anders omschreven, de betekenisverlening bedoeld.

Een voorbeeld dat het verschil illustreert tussen waarneming en gewaarwording:

Gewaarwording: ik zie vlammen

Waarneming: die vlammen horen niet in mijn huis. Er is brand.

Een voorbeeld waaruit blijkt dat waarneming ook kan plaatsvinden zonder dat je dat jezelf per sé realiseert of kunt aansturen:

Gewaarwording: de buitentemperatuur wordt warmer

Waarneming: Het wordt warm, dus het lichaam moet afkoelen en dan ga je zweten.

Deze informatie kan gekoppeld worden aan een bepaald model in ons hoofd (concept). Dat concept komt tot stand door eerdere ervaringen, kennis, motieven, waarden en normen en cultuur. Het concept is dus persoonsafhankelijk en daarmee subjectief. Welke betekenis je verleent, kan dus samenhangen met persoonlijke ervaringen of ideeën.

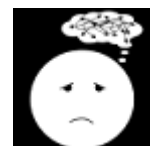
Dus: prikkel → hersenen → interpretatie → begrip (concept)

Bv: hete pan → gloeiend, brandend onaangenaam → ik brand mijn vinger → au, ik bezeer me.

2.2.2 Prikkelverwerking bij iemand met autisme

Als dit proces goed verloopt, zal je een (veelal passende) betekenis kunnen verlenen aan de situatie en kun je de prikkels die binnenkomen verwerken.

Wanneer de informatie die binnenkomt niet goed wordt geïdentificeerd, samengevoegd en geïnterpreteerd, zal het ook niet goed ontsleuteld worden en daarmee niet de goede, of geen passende uitwerking hebben.



De hersenen selecteren bepaalde prikkels die belangrijk zijn en er schuiven daarmee ook prikkels naar de achtergrond. Bij iemand met autisme spreek je van gefragmenteerde waarneming (de Bruin, 2004). Bij iemand met autisme kunnen prikkels binnenkomen zonder samenhang waardoor iets wordt waargenomen als afzonderlijke prikkels of als onduidelijke prikkels (chaos). De betekenisverlening verloopt daardoor anders dan bij mensen zonder autisme (bijvoorbeeld trager of iemand begrijpt iets niet). Door iemand voor te bereiden op wat er gaat komen, kan dit helpen bij een snellere verwerking van de prikkels en een betere betekenisverlening.

Praktijkvoorbeeld van prikkelverwerking bij iemand met autisme:

“Ik kón die broeken niet aan. Dat was niet zomaar! Weet je wel hoe die genaaid waren? Ik voelde over mijn hele been ongelijke steekjes en dan weer een dubbel stiksel en dan weer een nieuwe aanhechting... “ Meisje, 10 jaar.

Een voorbeeld hoe de prikkelverwerking kan lopen bij iemand zonder en iemand met autisme. Als iemand zonder autisme een handenarbeidlokaal inloopt, zal hem snel duidelijk worden dat het een handenarbeidlokaal is omdat hij bijv. verfpotjes ziet en schorten. Bij iemand met autisme, kan het zijn dat er teveel signalen binnenkomen (tafel, stoel, pen, kwast, schort), waardoor hij meer tijd nodig heeft om die prikkels te ordenen om het juiste concept aan te spreken en daaraan de juiste betekenis te verlenen (dit wordt ook wel overprikkeling genoemd). Je kunt het zien als bijvoorbeeld puzzelstukjes. Iemand zonder autisme heeft een totaalplaatje en iemand met autisme heeft kleine fragmenten waarin hij een patroon moet herkennen. Dit kost dus meer tijd.

Praktijkvoorbeeld van overprikkeling bij iemand met Autisme:

“Als ik op school zit is het net of ik aan een groot bureau zit met een enorme stapel papieren die ik moet doorkijken of er iets belangrijks bij zit wat ik moet onthouden. Ik moet het gaan versnipperen, anders word ik gek. Maar voor elk geluidje in de klas, elke beweging, alles wat ik ruik en alles wat de juf zegt is het alsof iemand er een nieuw blaadje bovenop legt. Telkens als ik halverwege het velletje ben gooit er iemand iets bovenop en kan ik weer helemaal opnieuw gaan lezen of dit iets belangrijks is. Ik kom er nooit doorheen en als ik thuis kom kan ik niks meer hebben. Dan moet ik eerst een uur versnipperen voor ik weer iemand kan verdragen.”

2.3 Centrale coherentie

Mensen met autisme hebben moeite met samenhang herkennen. Omdat zij gefragmenteerd waarnemen, is het moeilijk om een samenhang te zien en er een juiste betekenis aan te verlenen. Omdat er geen samenhang is, kan iemand dit ervaren als onveilig. Er ontbreekt samenhang tussen stukjes informatie.



De situatie is niet meer voorspelbaar en wordt het een chaos. Daardoor gaat hij op zoek naar samenhang die hij wel kan vinden en ziet dit als een vaste structuur. Zo zoekt hij naar voorspelbaarheid die hem rust geeft. Dit zorgt ervoor dat deze mensen moeite hebben met veranderingen. Situaties moeten dan ook zo goed mogelijk inzichtelijk en voorspelbaar gemaakt worden door bijvoorbeeld picto's.

Een praktijkvoorbeeld bij centrale coherentie:

Mark moet op 13 feb. zijn werkstuk aardrijkskunde afhebben. Hij weet dat en is het niet vergeten. Dit benoemt hij ook naar zijn ouders toe. Hij werkt hard aan zijn werkstuk en heeft het ook af. Als hij de 13^e op school komt ontdekt hij dat hij zijn werkstuk had mee moeten nemen, maar hij had zich thuis niet gerealiseerd dat het vandaag al 13 feb. is.

2.4 Executieve functies

Executieve functies hebben te maken met plannen en organiseren van taken en het uitvoeren daarvan. Taken uitvoeren voor iemand met autisme is moeilijk maar ook het toepassen van een taak in een andere omgeving, setting of volgorde kan voor veel problemen zorgen. Door de gefragmenteerde waarneming is het moeilijk om een logische en praktische volgorde te ontdekken en dat moet samen opgestart worden. Nieuwe vaardigheden aanleren gaat moeizaam (Colette de Bruin, 2004, p 27).



Praktijkvoorbeeld van executieve functies:

De moeder van Joost geeft tijdens een oudergesprek aan dat Joost (19) nooit doet wat zijn moeder hem vraagt: Als ik zeg: “Ruim je kamer nou eens op! Dan zegt hij dat hij dat zal doen, maar hij houdt zich nooit aan zijn afspraak”. Na een gesprek met Joost blijkt dat hij de opdracht niet begrijpt en kan overzien en dat zijn intentie in eerste instantie is om zijn kamer op te ruimen. Nadat we het concept kamer opruimen hebben gevisualiseerd en onderverdeeld in concrete stappen, is de opdracht duidelijk en ruimt hij wel zijn kamer op.

2.5 Theory of mind (TOM)

Het begrijpen van emoties, gedrag en (non)verbale signalen zijn erg moeilijk. Het denken over emoties en herkennen van emoties (zowel bij zichzelf als bij de ander) is moeilijk.

De persoon met autisme denkt voornamelijk vanuit zichzelf en contact met hem mist wederkerigheid.



Praktijkvoorbeeld TOM:

Karel (20) vindt tractoren erg boeiend en interessant. Hij weet er heel veel van. Zolang iemand kan meepraten over dit onderwerp is er een gesprek, maar zodra iemand iets vertelt over zichzelf waar hij weinig over weet, dan staat hij op en loopt tijdens het gesprek weg.

Door situaties samen te analyseren en te bespreken kun je samen ‘handvatten’ bedenken die hem kunnen helpen. Standaard zinnestjes aanleren kunnen een oplossing zijn. Je kunt bijvoorbeeld uitleggen dat iemand een vraag kan stellen omdat je zo interesse kunt tonen.

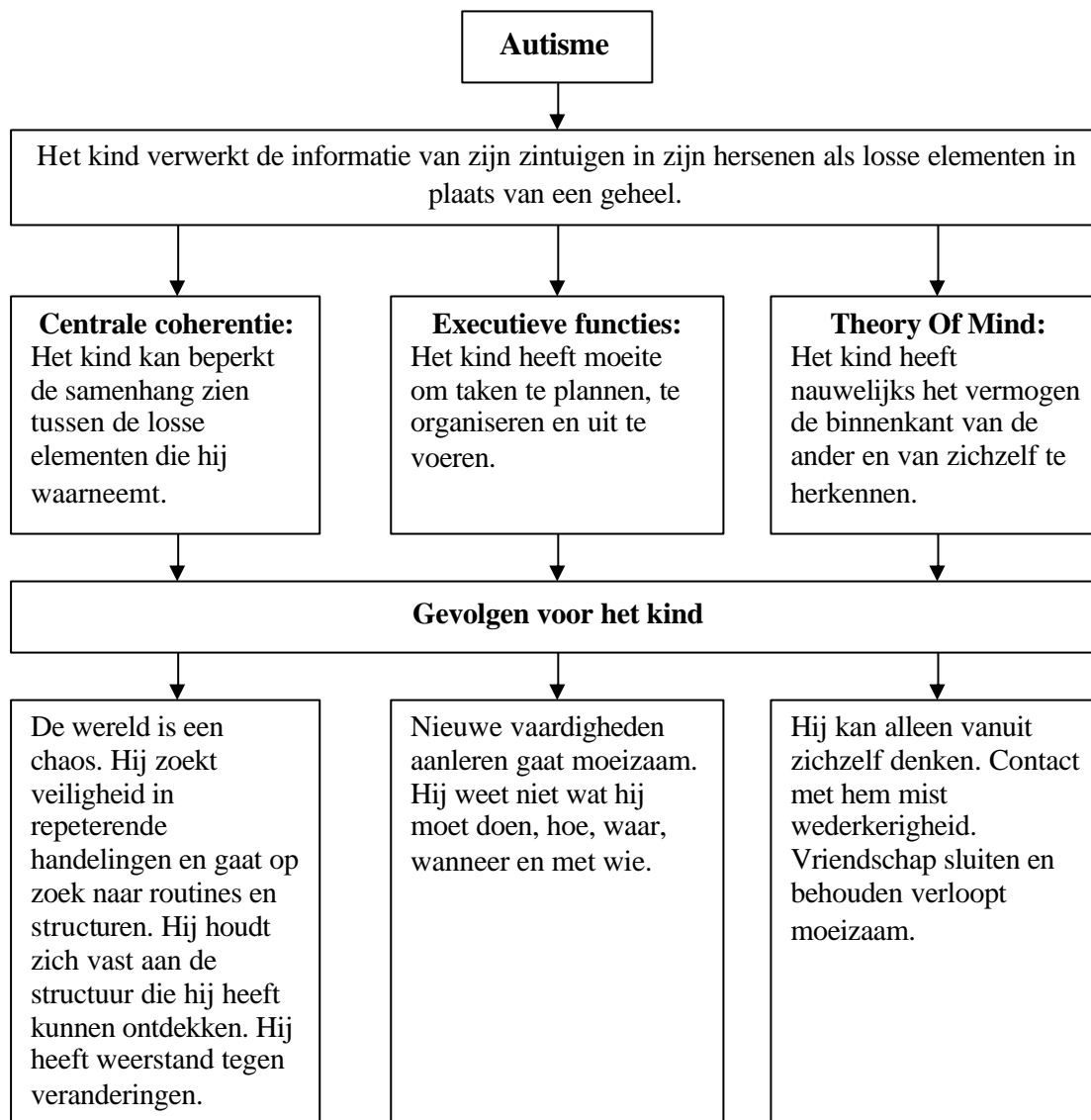


Fig. 5 systematische weergave van problemen waar mensen met autisme tegen aanlopen. (Colette de Bruin, 2004. p. 27)

2.6 Piramide van Maslow

Maslow heeft een piramide ontwikkeld van voorwaarden, waaraan voldaan moet zijn om toe te komen aan zelfontplooiing. De groene tekst in het midden geeft deze voorwaarden en behoeften aan zoals Maslow die eerder al in kaart bracht. Bij een bijeenkomst benoemde ik deze piramide in combinatie met autisme. Mijn collega (Bianca Ebeling) heeft deze verder uitgewerkt en toegepast op en vertaald naar autisme.

Deze piramide geeft een beeld van de behoeften van iemand met autisme. Tips die in literatuur worden gegeven, zijn in te delen in de niveaus van deze piramide. De literatuur

benoemt regelmatig: Geef duidelijkheid en structuur. Dit is bijvoorbeeld mooi onder te verdelen bij: “behoefte aan veiligheid en zekerheid”. Pas wanneer op alle niveaus voorzien is in de behoefte kan hij toekomen aan het niveau van ontplooiing.

De linker pijl geeft de 3 grove stadia aan waaronder de behoeften zijn onder te verdelen. De 5 niveaus omschrijven de behoefte van de persoon met autisme en de blauwe letters geven handvatten over hoe te begeleiden.

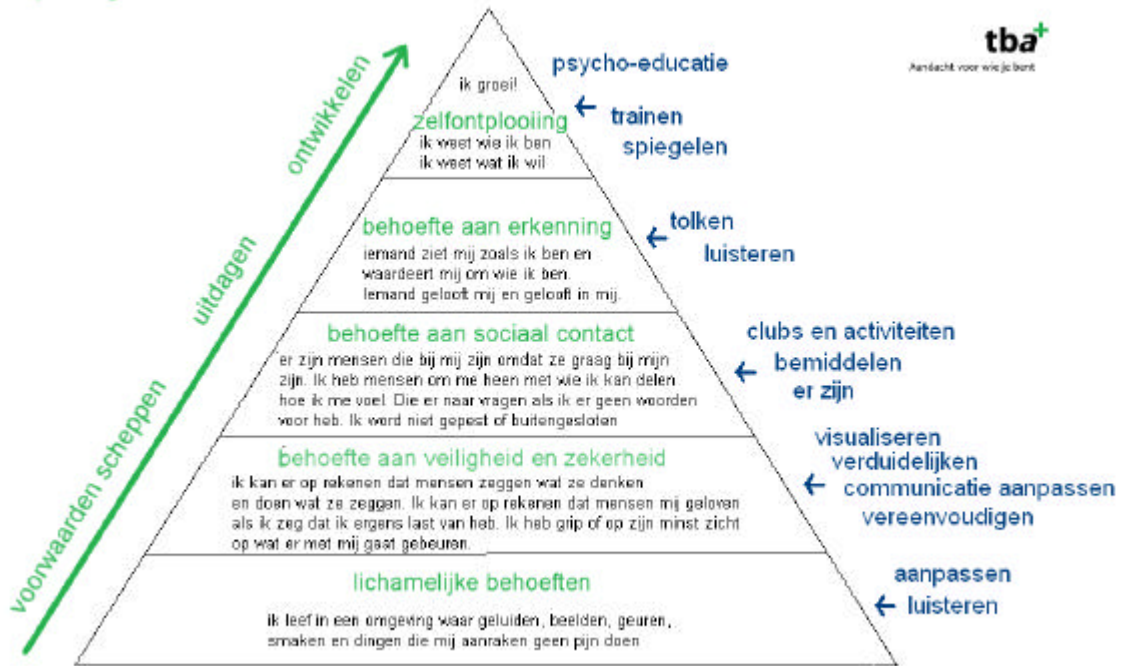


Fig.6 "Maslow en autisme" door Bianca Ebeling (2007).

2.7 Besluit

Bij autisme speelt de prikkelverwerking een grote rol. Wanneer er een (sensorische) prikkel in de hersenen binnenkomt, wordt deze naar de hersenen doorgestuurd en verwerkt tot informatie. Vervolgens wordt daaraan een betekenis verleend waarna een actie of reactie volgt. Bij mensen met autisme spreken we van gefragmenteerde waarneming omdat de prikkel gedetailleerd binnenkomt en trager wordt verwerkt. Hierdoor verloopt de informatieverwerking bij iemand met autisme anders.

Mensen met autisme hebben mensen vaker moeite met samenhang herkennen (centrale coherentie), met het plannen, organiseren en uitvoeren van taken (executieve functies) en met het herkennen, interpreteren en gepast reageren op emoties, gedrag en (non)verbale signalen (TOM= Theory Of Mind) van anderen.

Wanneer iemand problemen ondervindt op dit gebied, vraagt dit om een passende begeleiding. Maslow heeft een piramide ontwikkeld waarbij hij aangeeft aan welke behoefte voldaan moet zijn, voordat hij toekomt aan zelfontplooiing. Dit model is aangepast door mijn collega en vertaald naar mensen met autisme. In deze piramide worden de behoeften van iemand met autisme weergegeven en hoe daaraan tegemoet gekomen kan worden binnen de begeleiding.

Hoofdstuk 3 Cannabis

3.1 Inleiding

In het volgende hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de softdrugs cannabis. In de volgende paragraaf volgt algemene informatie over de plant. Vervolgens wordt het werkzame bestanddeel THC beschreven en tot slot komen de effecten en risico's ter sprake.

Dit hoofdstuk helpt de lezer aan basisinformatie over de werking van cannabis op de hersenen en de gevaren voor de gebruiker. Deze informatie kan later verwerkt worden in een voorlichtingsprogramma.

Zoals in hoofdstuk 3 omschreven, verloopt de prikkel- en informatieverwerking anders bij mensen met autisme. Cannabisgebruik beïnvloedt de zintuiglijke waarneming. Aangezien autisme een stoornis in de hersenen is en cannabis (THC) invloed heeft op de hersenen waardoor de zintuiglijke waarneming wordt beïnvloed, zou een onderzoek naar een (causaal) verband tussen deze twee wenselijk zijn om een helder beeld te schetsen op neurologisch niveau, dat later gebruikt kan worden als uitgangspunt om zodoende gefundeerde uitspraken te doen ter bevordering van de hulpverlening.

3.2 De plant: Cannabis Sativa

Wiet is afkomstig van een plant die de wetenschappelijke naam Cannabis Sativa L draagt. Het is een kruidachtige plant met handvormige bladeren met tussen de 5 en tot 15 vingers die tot 3 meter hoog kan groeien. Voor cannabis zijn (internationaal) zeer veel verschillende namen bekend; cannabis, marihuana, weed, ganja, hasj en natuurlijk wiet zijn er een paar van.

De plant wordt al sinds mensenheugenis gebruikt. De plant werd vroeger al gebruikt als geneesmiddel. In India gaan de geschriften voor het gebruik als medicijn terug tot 1400 voor Christus. (Verdoux Et al. 2003, 23–32.). cannabis valt onder de Opiumwet. Dit houdt ook in dat het verboden is voor jongeren onder de 18 jaar.

De toppen van de vrouwelijke plant worden gedroogd, verkruid en puur gerookt bv in een waterpijp, puurpijp of vaporiser (apparaat voor medicinaal gebruik dat de werkzame bestanddelen uit de wiet verdampt zonder ze te verbranden) of gemixt met tabak in een joint of stickie. De wiet kan ook oraal ingenomen worden, het meest bekend is spacecake maar er zijn zeer veel andere vormen om wiet te vervaardigen zoals bijvoorbeeld koekjes, thee, bonbons en muffins.

De gedroogde delen van de plant kunnen ook verwerkt worden tot hasj. Dan worden de THC kristallen verwarmd en geperst tot een blok. De hasj wordt gebruikt als wiet. Hasj heeft over het algemeen een lichter effect dan wiet, dit komt waarschijnlijk omdat de plant zelf ook nog stoffen bevat die het gevoel beïnvloeden.



3.3 Het werkzame bestanddeel: THC

De plant bevat stoffen die cannabinoïds genoemd worden. Van deze stoffen komen delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), CBD cannabidiol en CBN cannabinoïd het meest voor.

Aangezien THC de meest werkzame stof is, zal deze verder ter sprake komen. THC bevindt zich in de vorm van hars als een druppeltje op de haren van de vrouwelijke bloemen. Door het drogen van de bloem kristalliseert de THC. Vooral de vrouwelijke gedroogde bloem wordt gebruikt vanwege het hoge THC gehalte. Door modernere kweektechnieken is de dosis THC toegenomen. Dit heeft ook effect op de gebruiker. Een hogere concentratie THC heeft ook intensere effecten tot gevolg (Hall & Swift, 2000; Iversen, 2000; Rigter & van Laar, 2002). Dit verhoogt ook de kans op afhankelijkheid en op de oorzaak van psychische klachten (zie paragraaf 3.5)

THC heeft invloed op de ontwikkelende hersenen. Welke invloed dat is zal hieronder kort omschreven worden. In de leeftijd van 12 – 18 jaar spreken we van een kritieke periode omdat de hersenen dan nog ontwikkelen en verbindingen “maken en snoeien”. Veel gebruikte synaptische verbindingen (verbindingen tussen zenuwcellen en zenuwen) worden zo vaak gelegd, dat ze een blijvende verandering in de hersenen aanbrengen. Verbindingen die niet of nauwelijks gebruikt worden, verdwijnen.

THC brengt een structurele verandering aan in hersengebieden die nog een verandering ondergaan tijdens deze kritieke periode. We nemen de prefrontale cortex (de voorste kwab van de grote hersenen) nader onder de loep.

De prefrontale cortex is betrokken bij cognitieve en emotionele functies als beslissingen nemen, plannen, problemen oplossen en redeneren, sociaal gedrag en impulsbeheersing. (Wikipedia, 3 december 2007)

Wanneer iemand cannabis gebruikt, komt er THC in de hersenen. De THC wordt opgenomen op een anandaminereceptor. Omdat de anandamine wordt vervangen door THC, is er geen glutamaatregulering, omdat anandamine daarvoor had moeten zorgen. Deze glutamaatregulering moet in goede balans zijn omdat te veel of te weinig glutamaat op een specifiek moment de versteviging of versnoeiing van de zenuwbanen verstoort.

Tijdens de kritieke periode leidt disbalans tot afwijkingen in de ontwikkeling van speciale zenuwnetwerken. Er worden verkeerde verbindingen gesnoeid en verstevigd in de prefrontale cortex. Bij veelvuldig cannabisgebruik tijdens de kritieke periode wordt de ontwikkeling van de prefrontale cortex dus geremd.

Bij schizofrene patiënten is bekend dat zij verstoringen vertonen van functies die door de prefrontale cortex worden gereguleerd.

3.4 Effecten

In de volgende paragraaf zal kort geschetst worden welke (gerapporteerde) effecten er zijn van cannabis. Hierin wordt een onderverdeling gemaakt tussen acute en langdurige effecten..

3.4.1. Acute effecten

Na het gebruik van cannabis hangt het af van de vorm van het gebruik, hoe snel de cannabis gaat werken. Blowen werkt vrijwel direct omdat het in de longen geïnhaleerd wordt en snel door het lichaam wordt opgenomen. Als het oraal ingenomen wordt, duurt het, omdat het via het spijsverteringskanaal in het lichaam terecht moet komen, 1 tot 2 uur voordat het gaat werken,. Omdat het pas later gaat werken, is het moeilijker te doseren en is er een hoger risico verbonden aan het eten van cannabis.

Wanneer mensen cannabis gebruiken doen velen dit om ‘High’ te worden.

Acute effecten van cannabis zijn:

- Bij een te hoge dosis kan iemand gaan “flippen”. Die persoon krijgt angstgevoelens en neerslachtigheid. Dit noemt men ook wel een “bad- trip”. Je kan er duizelig of misselijk van worden of van flauwvallen. Dit gebeurt vooral bij onervaren gebruikers (jongeren, buitenlandse toeristen, e.d.) www.trimbos.nl/default640.html (4 dec. 2007). Zij weten vaak niet hoe te doseren. Ook wanneer cannabis gegeten wordt is de kans groter op een “bad- trip” (paragraaf 3.4.1).
- Cannabis versterkt je stemming. Wanneer iemand goed in zijn vel zit en aan het gebruik een prettig gevoel overhoudt, kan deze “high” worden. Wanneer iemand zich angstig voelt of verdrietig, dan zal het die stemming ook versterken. Het is vooraf moeilijk in te schatten welke uitwerking het zal hebben.
- Gevoel van euforie
- THC beïnvloedt de (zintuiglijke) waarneming (bv. kleuren en muziek worden intenser beleefd) (www.trimbos.nl, 30 dec. 2007)
- Gedachten kunnen als gefragmenteerd of als meer accuraat beschreven worden.
- Cannabisgebruikers ervaren een gevoel van euforie en veranderingen in hun denkprocessen waarbij gedachten als gefragmenteerd of als meer accuraat beschreven worden (Peuskens, 30 dec. 2007)
- Ontspannen gevoel (Het ontspant de spieren. Het geeft het gevoel van zware ledematen. Daar komt de uitdrukking “stoned” ook vandaan. Dat is een toestand waarin iemand die cannabis heeft gebruikt kan verkeren)
- Een droge mond
- Je neemt dingen om je heen anders waar. Cannabis is een bewustzijnsveranderend middel.
- Rode ogen
- Verwijde pupillen
- Versnelde hartslag.
- “Vreetkick” (veel willen eten) of een “lachkick” (een lachbui krijgen)

- Angstaanval (veelal bij een overdosis)
- Logisch nadenken wordt moeilijker, daardoor wordt de draad van een gesprek uit het oog verloren.
- Het concentratievermogen, reactievermogen en korte termijn geheugen nemen af.

3.4.2 Langdurige effecten en risico's

Langdurig en veelvuldig cannabisgebruik kan nadelige en schadelijke gevolgen hebben.

- Mensen die langdurig cannabis gebruiken, hebben een grote kans om in een isolement te raken. Bij problemen “blowt” de gebruiker de problemen weg, maar deze worden niet opgelost. De persoon onderdrukt de problemen, in plaats van ze adequaat op te lossen. Door deze “verdoving” kunnen jongeren hierbij geremd worden in hun ontwikkeling.
- Het is onverstandig om medicijn-, cannabis-, en alcoholgebruik te combineren.
- Mensen die kampen met onderliggende psychische problemen of die aanleg hebben voor psychotische stoornissen vormen een risicogroep. Cannabis kan soms een psychotische reactie uitlokken, gekenmerkt door wanen en hallucinaties. Er bestaat een relatie tussen cannabisgebruik en schizofrenie. (ministerie van volksgezondheid, bureau voor medicinale cannabis, 17 maart 2007)

Het gebruik van hasj (en weed) kan deze problemen verergeren en wordt daarom afgeraden. Diverse bronnen melden hierover hetzelfde. (www.trimbos.nl, 2 dec., 2007) (ministerie van volksgezondheid, bureau voor medicinale cannabis, 17 maart 2007). De acute effecten van cannabisgebruik blijken anders te zijn voor personen die kwetsbaar zijn voor psychotische stoornissen in vergelijking met mensen die deze kwetsbaarheid niet bezitten (Verdoux et al., 2003).

Of cannabis schizofrenie veroorzaakt is nog niet geheel duidelijk. Hierover worden tegenstrijdige uitspraken gedaan. Het lijkt wel het risico te vergroten om het te krijgen. De beschikbare literatuur wijst duidelijk op een associatie tussen het ontstaan van schizofrenie en cannabisgebruik, maar het bewijs voor een causaal verband tussen beide ontbreekt aldus Amsterdam, Opperhuizen & van den Brink (2004).

- Ook schade aan de luchtwegen (bij het roken van een joint) kan een gevolg zijn van cannabisgebruik. Wanneer er tabak bij de wiet zit, is dit schadelijker dan wanneer er alleen tabak gerookt wordt. Wanneer er via een vaporiser wordt geïnhaald is het velen malen minder schadelijk (ministerie van volksgezondheid, bureau voor medicinale cannabis, 17 maart 2007).

3.5 Motieven

In de volgende paragraaf worden 3 motieven aangeduid voor motivaties om cannabis te gebruiken.

3.5.1 Experimenteel gebruik/ gelegenheidsgebruiker

Experimenteel gebruik/ gelegenheidsgebruiker: Onder experimenteel gebruik verstaan we: Het uitproberen van cannabis om het effect te ondervinden, zonder intentie om het structureel of frequent te gaan gebruiken.

Onder gelegenheidsgebruikers versta ik in deze scriptie het gebruik van cannabis op bijvoorbeeld feesten. In dat geval is er geen sprake van experimenteel gebruik en bij een gelegenheidsgebruiker is (nog) geen sprake van gewenning of verslaving. Omdat veel mensen het gevoel van euforie ervaren, bekrachtigt dit het beloningsmechanisme waardoor mensen vaker gaan gebruiken. Dit kan probleemgebruik of afhankelijkheid ten gevolge hebben. Dan spreekt men van verslaving.

3.5.2 Gebruiken om bij een groep te horen

Gebruiken om bij een groep te horen: Onder invloed van “peerpressure” (groepsdruk) zijn jongeren nog wel eens geneigd om cannabis te proberen. Soms gaat dit tegen hun eigen wil in, maar laten ze zich overhalen omdat ze geen nee durven te zeggen, om bang te zijn buiten de groep gesloten te worden.

3.5.3 Automedicatie

Wanneer mensen drugs gebruiken om hun klachten te verminderen of onderdrukken (symptoombestrijding) noemen we dit zelfmedicatie of automedicatie. Dit kan bewust of onbewust plaatsvinden. Dat wil niet zeggen dat het een goede manier is van omgaan met je problemen of dat het je geneest. Het wil wel zeggen dat je even geen of minder last hebt van je probleem of symptomen. Dit effect vergroot de kans op afhankelijkheid. Alcohol is een bekend voorbeeld van een drugs die mensen gebruiken om hun problemen even te vergeten.

3.6 Onderzoeken naar cannabis en stoornissen.

Er zijn tot op heden geen onderzoeken bekend over de relatie autisme en cannabisgebruik. Wel zijn er onderzoeken gedaan naar (soft)drugsgebruik bij mensen met schizofrenie en AD(H)D.

3.6.1 Schizofrenie en cannabis

Bij schizofrenie en cannabisgebruik wordt vaak gedacht aan zelfmedicatie (Frances, 1997; Khantzian, 1997). Er zijn onderzoeken gedaan naar het verband hiertussen, maar de uitkomsten hiervan zijn niet eenduidig. Een groot geheel aan studies geeft te kennen dat mensen met schizofrenie die cannabis gebruiken evenveel negatieve als positieve symptomen vertonen als bij mensen zonder schizofrenie. De redenen van mensen zonder schizofrenie zijn doorgaans gelijk aan die van mensen zonder schizofrenie want beide groepen hebben het idee zich beter te voelen wanneer ze cannabis hebben gebruikt (Baigent, Holme & Hafner, 1995; Spencer, Castle & Michie, 2002).

Een groot geheel aan studies geeft te kennen dat mensen die schizofreen zijn en cannabis gebruiken evenveel negatieve als positieve symptomen vertonen als bij mensen zonder schizofrenie. De redenen om cannabis te gebruiken van mensen zonder schizofrenie zijn doorgaans gelijk aan die van mensen zonder schizofrenie. Beide groepen hebben het idee zich beter te voelen wanneer ze cannabis hebben gebruikt (Baigent, Holme & Hafner, 1995; Spencer, Castle & Michie, 2002).

Verskillende longitudinale, prospectieve studies geven aan dat het risico op het ontwikkelen van een psychotisch syndroom, zoals schizofrenie of schizofreniforme stoornis, groter wordt bij cannabisgebruik. Bovendien neemt dit risico toe naarmate de gebruikte dosis cannabis (THC) groter wordt (Andréasson et al., 1987; Arseneault et al., 2002; Johnstone et al., 2000; Miller et al., 2001; Tien & Anthony, 1990; van Os et al., 2002; Zammit et al., 2002).

3.6.2 ADHD en automedicatie

Een veel gehoorde stelling is dat ook mensen met ADHD voornamelijk drugs zouden gebruiken om hun ADHD symptomen te bestrijden (zelfmedicatie) en dat zij daarom voornamelijk stimulantia (onder andere cocaïne) gebruiken. Ondertussen is echter duidelijk dat patiënten met ADHD niet alleen vaker cocaïne gebruiken en misbruiken, maar dat zij ook heel vaak problemen hebben met het gebruik van alcohol en cannabis. Van een specifieke relatie lijkt geen sprake en zelfmedicatie als verklaring voor het veelvuldig samengaan van beide aandoeningen lijkt daarom te simpel. (Glind et al., 2004, p 7)

Ook hier wordt aangegeven dat mensen met ADHD middelen gebruiken om symptomen te bestrijden, maar tevens wordt vermeld dat het nog niet is aangetoond dat er echt een verband is tussen ADHD en drugs. Er wordt wel Ritalin voorgeschreven aan deze personen met ADHD (Ritalin valt onder de amfetaminegroep/ pepmiddelen) en bij deze patiënten juist de prefrontale cortex stimuleert. Dit is nu juist het gebied waar ook de “rem” zetelt, waardoor het hyperactieve gedrag afneemt. (<http://www.nrc.nl> 6 jan. 2008)

Onderzoek naar de werking van cannabis op de hersenen van mensen met ADHD maar ook met autisme is wenselijk om te onderzoeken of er werkelijk geen verband is.

3.7 Verslavend?

Over de vraag of cannabis verslavend is, is nog geen eenduidigheid. Wat men kan stellen, is dat er verschillende inzichten zijn, die elk een eigen visie hebben. Als juridisch aspect wordt gekeken naar de schadelijkheid van middelen. In ons huidige juridische systeem valt cannabis voor de Opiumwet onder softdrugs. Er kan gekeken worden naar geestelijke schadelijkheid en lichamelijke schadelijkheid, evenals lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid. Lichamelijke afhankelijkheid betekent dat het lichaam protesteert wanneer met gebruik van een middel wordt gestopt (ontwenningssverschijnselen). Dit is bij cannabis soms het geval (vooral bij dagelijks gebruik).

Geestelijke afhankelijkheid houdt in dat de gebruiker steeds sterker naar het middel verlangt en zich eigenlijk niet meer prettig kan voelen zonder. Dit is vooral het geval bij mensen die erg vaak gebruiken. (Hasj en weed, de antwoorden. Trimbos-instituut, oktober 2006).

Geestelijke afhankelijkheid ligt meer aan de gebruiker dan aan het middel. (Trimbos-instituut, Wat iedereen over drugs zou moeten weten, september 2005).

Er is bij cannabis geen sprake van tolerantie (steeds meer van een middel nodig hebben om hetzelfde effect te voelen, dus vanuit dit aspect zou men het niet als verslavend behoren te bestempelen).

Op 31-05-2007 verscheen er in het tijdschrift 'PSY, Over geestelijke verslaving & gezondheid,' een artikel over een voorstel van een nieuw classificatiesysteem voor drugs. Britse wetenschappers van de Bristol universiteit hebben onderzoek gedaan naar een nieuw classificatiesysteem voor drugs.

Hiervoor hanteren de Britse onderzoekers de volgende drie criteria: de verslavende werking van het middel, de lichamelijke schade voor de gebruiker en de - financiële - gevolgen voor de samenleving. Dit is een geheel nieuwe kijk en een nieuw inzicht. Minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport reageert: 'Als alleen wetenschappelijke risicobeoordeling richtinggevend zou zijn voor onze wetgeving, dan zouden alcohol en tabak onder de Opiumwet vallen.'

Er valt te concluderen dat er geen eenduidig antwoord is op de vraag of cannabis verslavend is. Uit de praktijk blijkt dat veel jongeren die het dagelijks gebruiken wel moeite hebben om het niet meer te gebruiken en dit kan gepaard gaan met lichamelijke ontwenningverschijnselen. Van tabac die gerookt wordt bij een jointje is zeker dat het verslavend werkt. Het kan ook samen hangen met conditionering. Omdat het prettig voelt, wil iemand misschien vaker dat gevoel hebben en blijft hij het middel gebruiken omdat hij afhankelijk is geworden.

3.8 Autisme en verslaving

Prof. Van de Wijngaarden en Prof. Van der Gaag hebben recent een presentatie gegeven over autisme en verslaving. Verslaving en autisme spectrum stoornissen worden gekenmerkt door een factor dat aanwezig is in de genen. Bij gedrag dat gekoppeld is aan belonende situaties is het dopaminesysteem (neurotransmitter in de hersenen) betrokken. Dit speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling van verslaving. (van de Wijngaarden en van der Gaag 2007)

Bij autisme zijn veel verslavingsgelijke gedragingen en patronen te herkennen.

Gedragingen zoals: hyperfocalisaties; tranceachtige gedragingen; motorische manniërismen & stereotypieën en preoccupaties (van de Wijngaarden & van der Gaag, 2007)

Van de Wijngaarden en van der Gaag definiëren verslaving als een psychiatrische ziekte die manifest wordt bij genetisch kwetsbare individuen. Het zijn niet alleen verslavingen bij middelen maar ook over gedrag. Gokken, stalken, kopen, seks en tegenwoordig ook internet verslaving vallen hieronder.

In 2003 – 2004 heeft prof. Van de Wijngaarde een onderzoek naar de patiënten cohorte gedaan in de Zwolse Poort (verslavingskliniek).

4 % van de gehele patiëntenpopulatie had een autisme spectrum stoornis (8 personen van de 200). Slechts 83 personen hadden geen complexe psychiatrische diagnose. 37,5 % Van de patiënten met een autisme spectrum stoornis had een alcoholverslaving, 25% een softdrugsverslaving in het algemeen, 37,5 % was verslaafd aan de harddrugs. Deze cijfers geven een beeld van de populatie mensen met autisme die bij een verslavingskliniek geholpen worden. Het geeft geen beeld over hoeveel mensen met autisme drugs gebruiken.

3.9 Besluit

Cannabis komt van de plant Cannabis Sativa L. Het werkzame bestanddeel heet THC. THC heeft een invloed op de ontwikkelende hersenen in de kritieke periode (12- 18 jaar) omdat deze stof ervoor zorgt dat synaptische verbindingen in de hersenen verdwijnen of verkeerde verbindingen gelegd worden. Daarom is cannabisgebruik dus af te raden aan jongeren tussen de 12 en 18 jaar.

De effecten van cannabis zijn uiteenlopend. Voor een overzicht van acute- en langdurige effecten verwijs ik naar paragraaf 3.4.

Effecten die vooral van belang zijn bij mensen met autisme is dat het de stemming versterkt, het beïnvloedt de zintuiglijke waarneming en gedachten kunnen als gefragmenteerd of als meer accuraat beschreven worden, het geeft een ontspannen gevoel en het werkt bewustzijnsveranderend.

Uit onderzoeken is gebleken dat cannabis schizofrenie en depressies ten gevolge kan hebben. Vooral bij mensen die al kampen met psychische problemen is dit risico aanwezig. Mensen met een autisme spectrum stoornis lopen dus een groter risico.

Er worden ook 3 motieven gegeven om cannabis te gebruiken. In onderzoeken over schizofrenie en ADHD wordt verwezen naar automedicatie als motief, hoewel hiervoor nog geen onderzoeken zijn gevonden die deze stelling steunen.

Op de vraag of cannabis verslavend is (nog) geen eenduidig antwoord. Er is in elk geval geen sprake van tolerantie. Iemand die veelvuldig cannabis gebruikt (of en hoge dosis THC), heeft een grotere kans om lichamelijk en geestelijk verslaafd te raken.

Tot slot wordt er nog gesproken over autisme en verslaving. Verslaving kan ook teruggekoppeld worden naar gedragingen en bewegingen. Bij een onderzoek in een verslavingskliniek kwam naar voren hoeveel mensen autisme hebben en begeleiding krijgen die een hulpvraag betref over middelengebruik in zijn algemeen.

Hoofdstuk 4 Begeleiding

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen tips aan bod ten aanzien van de begeleiding aan mensen die cannabis gebruiken en mensen die autisme hebben. Deze inzichten komen deels voort uit aanbevelingen door het Trimbos-instituut en deels vanuit eigen inzichten door ervaring.

4.2 Begeleiding van cannabisgebruik

Signalen die kunnen samenhangen met cannabisgebruik zijn: verminderde schoolprestaties, andere vrienden, onverwachte of onverklaarbare (hoge) uitgaven.



Het Trimbos-instituut heeft een aantal duidelijke richtlijnen/ tips die te maken hebben met het omgaan met iemand die cannabis gebruikt.

- Het is niet zinvol om het gebruik simpelweg te verbieden of te bestraffen. Dit vergroot de kans dat iemand het niet bespreekbaar maakt en eventuele vragen en gesprekken vermijdt. Er is dan geen zicht meer op het eventuele (probleem)gedrag.
- Zorg dat je zelf over informatie beschikt. Neem (bij vragen) contact op met instanties zoals Novadic-Kentron of het Trimbos-instituut.
- Sta open voor gesprekken en geef geen vooroordelen. Zodoende voelt de jongere zich minder snel bedreigd en kun je komen tot een gesprek. Dan kun je erachter komen waarom en hoeveel de jongere gebruikt. Dit wil niet automatisch zeggen dat je het moet goedkeuren. Het wil wel zeggen dat je je eigen waarden soms even opzij moet zetten
- Houd je zelf ook aan afspraken die je samen maakt.
- Wanneer iemand cannabis gebruikt om bij een groep te horen, kan gekeken worden naar de vaardigheid “nee zeggen” en te leren dat de persoon goed is zoals hij is. Door zelfvertrouwen te vergroten, vergroot je de kans dat iemand nee durft te zeggen.
- Maak risico's en gevaren ook bespreekbaar, maar doe dit in een later stadium, als de jongere ervoor open staat. Anders kan dit een averechts gevolg hebben.

4.2.1 Automedicatie

Praktijkvoorbeeld van iemand met de diagnose ADHD (28) die dagelijks cannabis gebruikt vanwege het motief automedicatie:

Het was altijd al heel druk in mijn hoofd en concentreren was moeilijk. Mijn gedachten gingen altijd sneller dan ik ze begrijpen kon. Gedachten flitsten voorbij zonder dat ik de samenhang ervan kon begrijpen. Hoe mijn aandacht precies op de wiet terecht kwam weet ik niet meer, maar ik heb er veel over gelezen op internet en toen ik een keer op een festijn kwam waren daar mensen die voorlichting gaven over drugs en alcohol. Het weekend daarop rookte ik mijn eerste joint en toen ik dat gevoel

eenmaal had wist ik dat dit was waarnaar ik zocht; voor het eerst in mijn leven kon ik mijn gedachten volgen, ik voelde mij relaxed en ongedwongen, Ik had niet meer het gevoel dat ik mezelf voorbij rende.

Een paar jaar later ging het niet helemaal lekker met mijn studie. Ik woonde ondertussen op mezelf en het stressniveau was gestegen. Op een avond zat ik te blowen toen ik ineens zin kreeg om mijn huiswerk te maken. Tot mijn verbazing ging het beter dan ooit, ik kon mezelf concentreren en ondanks dat het wat langzamer ging, ging het wel beter dan zonder. Een vriend raadde me aan om bij wijze van experiment voor het college ook eens te blowen. Tijdens dat college was ik rustig en had ik minder “friemel” drang, ik luisterde aandachtig naar de leraar en kon me alles wat hij zei inbeelden. Ik ging dat college zelfs met de leraar in discussie en won deze.

Zoals te lezen is in het praktijkvoorbeeld hiervoor, gaan mensen soms bewust op zoek naar een middel om hun klachten te verminderen of te onderdrukken.

De manier van begeleiden moet dan ook afgestemd zijn op de oorzaak van het blowgedrag. Wanneer je inzicht hebt in de oorzaak, kun je daarmee aan de slag gaan, met als gevolg dat het blowen afgebouwd kan worden, of dat dat zelfs helemaal stopt. Wanneer iemand zich bijvoorbeeld niet kan ontspannen, kun je in de begeleiding gaan kijken welke opties er al geprobeerd zijn om te ontspannen en welke nog niet. Door in overleg te gaan met de cliënt kan dit bespreekbaar gemaakt worden. Hierbij komt nogmaals het belang naar voren van het openstaan voor de cliënt en het niet veroordelen van blowgedrag. Je hebt de cliënt nodig om hiervan een beeld te krijgen.

4.2.2 Bij een groep horen/ peerpressure

Wanneer iemand cannabis gebruikt om bij een groep te horen, kan dit betekenen dat iemand beïnvloedbaar is. In zo'n geval kan het raadzaam zijn om het zelfvertrouwen te bevorderen zodat de persoon zich sterk genoeg voelt om onder groepsdruk “nee” te durven zeggen. Als de jongere geen nee durft te zeggen, is het belangrijk dat hij of zij dat leert. Je kan je kind leren om “nee dank je wel te zeggen”, of door uit te leggen dat mensen die je overhalen terwijl je iets niet wilt, geen goede vrienden zijn.

Als iemand bij een groep wil horen, kan dit betekenen dat die persoon zich eenzaam voelt. Als dit het geval is, kan er gekeken worden naar een alternatief waardoor de jongere zich niet meer alleen voelt. Aangezien veel jongeren met autisme zich eenzaam voelen en vaak weinig vrienden hebben, kan de jongere gebaat zijn bij een sociale vaardigheidstraining of bij een georganiseerde activiteit. TBA biedt veel van deze mogelijkheden (zoals logeerweekenden, uitstapjes en computeractiviteiten).

Iemand die om deze reden gebruikt, kan ook gewezen worden op verantwoordelijkheid. Dit hangt bij mensen met autisme af van de mate van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid die ze kunnen dragen. Dit zal niet bij iedereen de juiste insteek van begeleiden zijn.

Praktijkvoorbeeld om bij een groep te horen.

Kees (19) is gebruikt bij zijn vriendengroep cannabis. Hij blowt 1 of 2 joints in gezelschap van zijn vrienden. Wanneer dit in de begeleiding ter sprake komt, blijkt dat hij eigenlijk liever niet zou blowen. Hij blowt omdat hij geen nee durft te zeggen. Hij heeft wel een keer gezegd dat hij het niet wou, maar

zijn vrienden bleven aandringen. Sindsdien blowt hij gewoon mee. Als je vraagt waarom hij dan bij die vriendengroep wil horen, is zijn antwoord: “Dat zijn de enige vrienden die ik heb”.

4.2.3 Experimenteel gebruik

Een experimenteel gebruiker is iemand die een keer cannabis gebruikt, om gewoon te ervaren hoe het is, om het uit te proberen. Het is niet gemakkelijk om dit onderwerp bespreekbaar te maken als een jongere al aan het experimenteren is. Het kan de indruk geven dat je aan het controleren bent en daardoor een afwerende houding oproepen. (Uw kind en drugs, 2004, p8). Een goede insteek zou hierbij kunnen zijn om preventief informatie te geven over cannabis. Benoem de gevaren maar benoem ook eventuele voorbeelden van positieve uitwerkingen. Je komt niet geloofwaardig over als je alleen negatieve aspecten benoemt en dat kan juist een tegengestelde werking hebben.

Je kunt niet voorkomen dat iemand gaat experimenteren. Je kunt wel zorgen dat als het voorkomt, het in zo'n goed mogelijke omgeving gebeurt. Je kunt hierover afspraken maken zoals: Je eerste keer mag je het thuis proberen (of met iemand die je als ouders/ begeleider vertrouwd). Maak het kind alert van de risico's en gevolgen die onprettig zijn (overdosis en een bad- trip) bij een eerste keer gebruik maar vertel dan ook hoe iemand die risico's kan beperken. Geef ook aan wat als prettig wordt ervaren. Als je alleen negatieve kanten vertelt, kun je ongeloofwaardig overkomen bij de jongere.

Praktijkvoorbeeld Anita:

Anita (18) toont interesse in cannabis. Op school hebben klasgenoten en vrienden het erover. Het komt bij haar ouders ter sprake. Anita zegt dat ze het op korte termijn wel eens wil uitproberen. De ouders geven aan dat ze thuis in het bijzijn van haar ouders een keer mag blowen. De ouders winnen informatie in bij de GGD en ook dit komt ter sprake met Anita.

Op een vrijdagavond mag Anita blowen omdat ze niet naar school of werk hoeft en ze blijft die avond ook thuis.

De ouders hadden het liever niet gedaan. Maar zij kiezen ervoor om het dan in een vertrouwde omgeving uit te proberen met correcte informatie erbij dan dat ze zelf gaat experimenteren en het misschien verkeerd uitpakt.

4.3 Begeleiding van cannabisgebruik in combinatie met autisme

Er is al veel in de literatuur beschreven over het begeleiden van mensen met autisme. Vandaar dat ik hieronder tips benoem die van toepassing zijn op het begeleiden van mensen met autisme die cannabis gebruiken.

In zijn algemeenheid kan men de volgende punten in de begeleiding in acht nemen:

- Onderbouw wat je zegt met feiten. Veel mensen met autisme (zeker met Asperger) gaan af op feiten. Zodra je iets niet kunt onderbouwen of uitleggen loop je het risico als ongeloofwaardig beschouwd te worden.
- Het is belangrijk dat je ook echt doet wat je zegt. Veiligheid is erg belangrijk. Veiligheid kan op verschillende manieren bedoeld worden. Fysieke veiligheid maar

- ook het gevoel van veiligheid is erg belangrijk. Als je als begeleider maar een beetje aanpapt, ben je niet geloofwaardig en is de kans op een succesvolle begeleiding klein.
- Zorg dat wat je zegt visueel ondersteund wordt. Veel mensen met autisme “denken in plaatjes”. Het is belangrijk dat deze vorm van ondersteuning aansluit bij de begeleiding van de jongere.
 - Zoek de begeleidingsvorm die aansluit bij het motief van het gebruik.
 - Maak geen letterlijke grapjes of uitspraken. Deze kunnen verkeerd begrepen worden of “opgeslagen worden in een concept” en onthouden worden als waarheden en dan wordt het vervolgens lastig om deze uitspraken te vervangen voor feitelijke waarheden.
 - Geef niet teveel informatie ineens. Doordat de informatieverwerking anders verloopt is het van belang rekening te houden met de trage informatieverwerking (zie hoofdstuk 2). Houd het tempo laag en gebruik korte zinnen. Zorg voor (denk)pauses in je verhaal zodat de jongere de tijd krijgt om de informatie te verwerken. Controleer of ze je begrepen hebben door ze te bevragen of door ze het te laten herhalen in hun eigen worden..
 - Maak wat je zegt concreet. Vertaal wat je gezegd hebt naar de belevingswereld van de cliënt. Doordat de TOM (zie paragraaf 2.6) anders werkt, kan iemand weinig met voorbeelden die daarbij niet aansluiten. Voorbeelden over jezelf, of vragen als: “hoe zou jij het vinden als ik...” zijn vaak te abstract en dus moeilijk te begrijpen. Maak een eventuele vertaalslag voor of samen met de cliënt. Het is vaak lastig om hypothetisch te denken.
 - Ook hier benadruk ik nogmaals waarom het belangrijk is om niet te veroordelen maar te luisteren naar iemand die je begeleidt als persoon. Eerder werd al gesteld dat je het gesprek open moet houden. Dit is belangrijk bij iedereen die cannabis gebruikt. Maar vanuit mijn praktijkervaring heb ik gemerkt dat het voor iemand met autisme vooral belangrijk is om dit echt te ervaren omdat mensen met autisme gevoelig zijn voor prikkels en soms heel goed aanvoelen hoe je er echt over denkt. Het benoemen hiervan is vaak wel moeilijk voor hen, maar ze voelen het wel snel aan als je iets anders zegt dan je bedoeld. Wees daarom echt open en eerlijk.
 - Als je iets niet weet, ga dat dan niet zelf bedenken, maar benoem dat je dat gaat opzoeken, omdat je niet zeker bent van het antwoord. Telkens wanneer iemand het tegenovergestelde ervaart, ben je minder betrouwbaar en dit zal verdere begeleiding in de weg staan.

4.4 Besluit

In dit hoofdstuk kwamen tips ten aanzien van de begeleiding naar voren. Wat hierbij centraal staat is dat de cliënt het gevoel moet krijgen dat hij niet veroordeeld wordt en bestraft voor het cannabisgebruik. Als de cliënt het gevoel krijgt dat hij zijn verhaal kan doen en dat er naar hem geluisterd wordt, is dit het beste gespreksklimaat en zal hij eerder met je in gesprek willen gaan.

Wat ook duidelijk werd in dit hoofdstuk is dat er verschillende redenen zijn om cannabis te gebruiken. Niet alle vormen zijn in eerste instantie problematisch. Er moet

gekeken worden naar de motivatie van de jongere om te blowen. Pas wanneer de echte reden van de jongere naar voren komt, kan er gekeken worden naar een oplossing. Nogmaals wordt hier benadrukt dat de jongere niet het gevoel krijgt dat hij wordt veroordeeld.

In de begeleiding bij iemand met autisme staat de prikkelverwerking voor een groot deel centraal. Omdat die prikkelverwerking anders verloopt is het belangrijk dat de begeleiding is afgestemd op het niveau en tempo van die cliënt. Aansluiten bij zijn/ haar mogelijkheden is dus erg belangrijk. Probeer te controleren of de jongere je heeft begrepen door dit te bevragen.

Hoofdstuk 5 Onderzoeksopzet

5.1 Aanleiding tot het onderzoek

Met behulp van dit praktijkonderzoek, wordt nader onderzocht hoeveel van de werknemers van TBA behoefte heeft aan ondersteuning op het gebied van begeleiden van cliënten die cannabis gebruiken en aan welke vorm van ondersteuning zij behoefte hebben. Tevens wordt er door de respondenten een inschatting gemaakt van behoeftes van cliënten en ouders. Mondeling werd al aangegeven door de medewerkers van TBA dat zij behoefte hebben aan extra ondersteuning op het gebied van cannabisgebruik. Doel van de vragenlijst is dan ook om deze behoefte te toetsen in de praktijk.

Daarnaast wordt een beeld geschetst van de frequentie en motieven van het blowgedrag bij cliënten van TBA. Omdat het perspectief van begeleiding kan samenhangen met deze motivaties, kan zodoende in een later stadium beter aangesloten worden bij de begeleiding hiervan. Omdat bij TBA kwaliteit voorop staat, is het waardevol om aan deze specifieke vraag met betrekking tot kennis te kunnen voldoen, aangezien er binnen de zorg niet of nauwelijks aandacht wordt besteed autisme en cannabisgebruik, maar er wel degelijk een grote vraag is op dit gebied. Daarom heb ik ervoor gekozen om onderzoek te doen naar cannabis en autisme zodat TBA zich ook op dit gebied kan profileren. Hiermee is TBA weer wat deskundiger op een (nog) nieuw gebied. Wel heeft het onderzoek en het vervolg hiervan op het gebied van cannabis een meerwaarde voor TBA.

5.2 Soort onderzoek

Er is hier sprake van een beschrijvend literatuur onderzoek. In eerste instantie heeft theoretische verdieping plaatsgevonden in de onderwerpen: autisme, cannabis en begeleiding. In het theoretisch kader is geselecteerde informatie beschikbaar die ik relevant acht voor deze scriptie.

Het tweede deel van dit onderzoek bestaat uit een behoefteonderzoek onder het personeel van TBA. Er wordt in kaart gebracht waar de behoefte ligt van medewerkers op het gebied van begeleiden van mensen met autisme die cannabis gebruiken.

Wanneer duidelijk is aan welke vorm van begeleiding er behoefte is, kan gekeken worden naar een product dat hierbij aansluit. Door hiervan een beeld te krijgen kunnen er aanbevelingen gedaan worden die TBA kan gebruiken bij het maken van een product die aansluit bij de uitkomst van het behoefteonderzoek. Dit product bezorgt TBA weer een extra uniek product waar nog weinig over onderzocht is.

5.3 Doelgroep

De onderzoeksgroep bestond uit 35 medewerkers van TBA die te maken hebben met het begeleiden van cliënten met een normale tot hoge begaafdheid. Alle collega's die, gedurende de dag waarin de enquêtes werden afgenomen, aanwezig waren, hebben deelgenomen aan het onderzoek. Deze collega's zijn allemaal werkzaam met mensen met autisme en het

cliëntensysteem daaromheen. Alle collega's kunnen dus ook in aanraking komen met cliënten die cannabis gebruiken.

5.5 Verwerking en analyse

Voor het praktijkonderzoek is gekozen voor een vragenlijst onder het personeel van TBA om te onderzoeken of er behoefte is naar extra ondersteuning op het gebied van autisme en cannabis. Ook is het personeel gevraagd een inschatting te maken naar de behoefte van ouders en cliënten wat betreft de vraag naar informatie over cannabis. De vragenlijst is opgebouwd uit 15 vragen waarvan de meeste meerkeuze zijn. De vragenlijst is schriftelijk uitgedeeld bij een studieochtend waarbij het grootste deel van het personeel aanwezig is. Hiervoor is bewust gekozen, zodat de respondenten dit niet in eigen tijd hoeven te doen en omdat het formulier direct terug ingeleverd kon worden zodat er een groot aantal vragenlijsten terug komt. Dit draagt bij aan een hogere betrouwbaarheid van het onderzoek. Nadat de vragenlijsten zijn verzameld, zijn deze in SPSS ingevoerd en verwerkt tot grafieken waaruit vervolgens conclusies zijn getrokken. Een volgende keer zou het raadzaam zijn om cliënten en ouders te interviewen zodat het bijdraagt aan betrouwbaardere en meer valide resultaten.

5.6 Resultaten

Aan dit onderzoek hebben 35 medewerkers van TBA meegewerkt, die allemaal te maken hebben met het begeleiden van cliënten. Van deze groep waren er 10 personen die cliënten

begeleiden tussen de 15 en 30 jaar (fig. 7) die cannabis gebruiken (fig. 8). 1 Respondent begeleidt 3 cliënten die cannabis gebruiken.

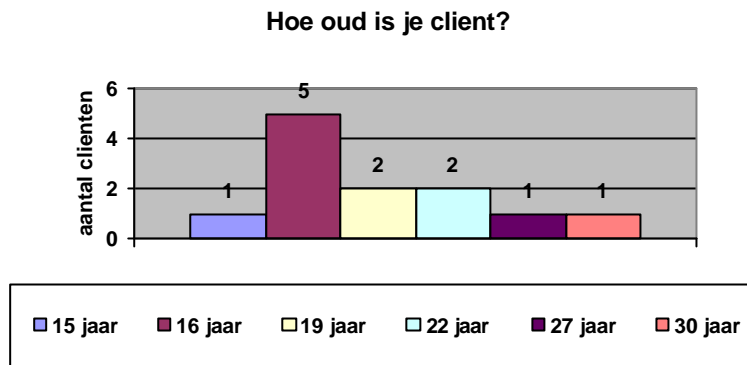


Fig. 7: De leeftijd van de cliënten die cannabis gebruiken.

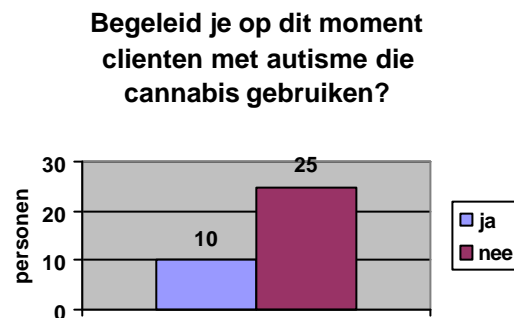


Fig. 8: Het aantal personen die cliënten begeleiden die cannabis gebruiken.

5.6.1 Cannabisgebruik

Over het cannabisgebruik van 11 cliënten kunnen we zeggen dat 1 respondent geen zicht had op de frequentie van het cannabisgebruik van de cliënt. De anderen gaven aan dat 3 cliënten dagelijks gebruiken, 4 gebruiken er wekelijks, 3 personen gebruiken er soms bij gelegenheden en 1 iemand maandelijks (fig. 9).

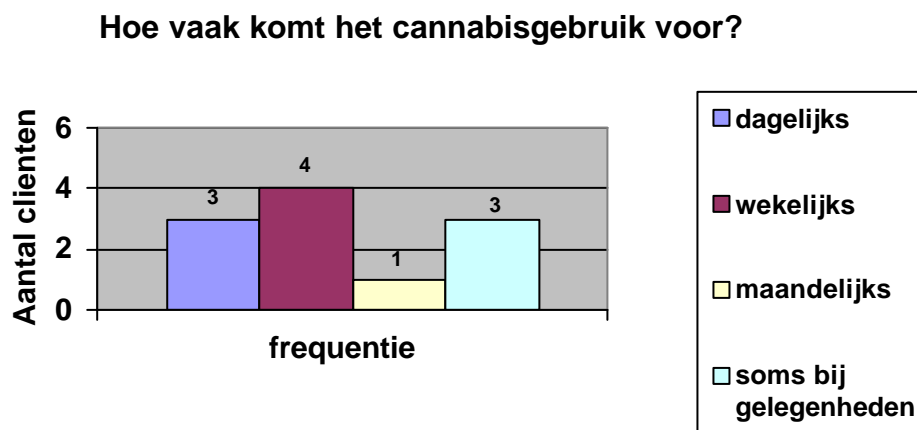


Fig. 9: Een inschatting van de consulent over de frequentie van het cannabisgebruik.

Op de vraag door wie het cannabisgebruik als problematisch werd gezien konden er meerdere antwoorden ingevuld worden. 5 keer bleek dat ouders het als problematisch zagen, bij 2 cliënten werd het niet als problematisch gezien, 1 keer door zowel de consulent en school, 1 keer de cliënt zelf, 1 keer de ouders en de consulent en 1 keer ouders en school. In 1 situatie vond alleen de consulent het problematisch.

(fig. 10)

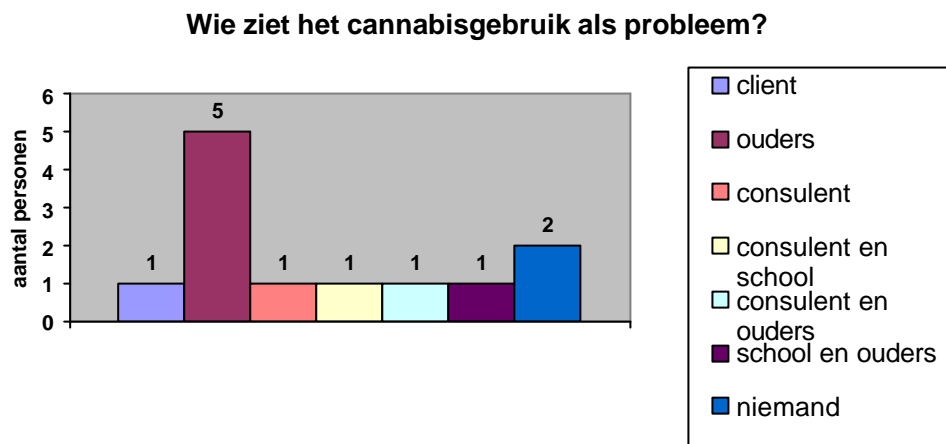


Fig. 10: Een inschatting van de consulent over wie het cannabisgebruik als problematisch ziet.

5.6.2 Motieven

Van de 12 cliënten die cannabis gebruiken heeft de grootste groep volgens de consulenten het motief automedicatie. Dit is het geval bij 8 personen. 1 persoon weet het niet en 2 respondenten geven aan dat automedicatie geen motief is. (fig. 11)

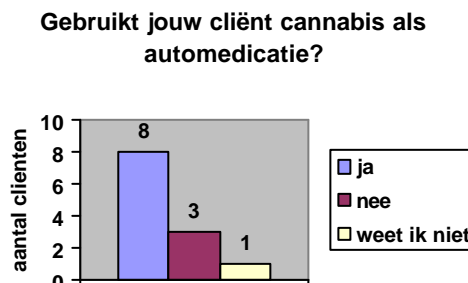


Fig. 11: De hoeveelheid respondenten die als reden voor het cannabisgebruik aangeeft: “automedicatie”.

Een ander motief is experimenteel gebruik. Bij 8 van de ondervraagden was dit niet het geval, bij 2 wel en bij nog eens 2 wist de respondent het niet (fig. 12)



Fig. 12: De hoeveelheid respondenten die als reden voor het cannabisgebruik aangeeft: “experimenteel gebruik”.

Het derde motief dat aan bod kwam in de vragenlijst is dan ook het gebruiken van cannabis om bij een groep te horen. Bij 4 cliënten was dit het geval. Bij 6 niet en bij 2 onbekend (fig. 13).



Fig. 13: De hoeveelheid respondenten die als reden voor het cannabisgebruik aangeeft: “om bij een groep te horen”.

5.6.3 Begeleiding

Bij 11 van de cliënten komt het cannabisgebruik ter sprake tijdens de begeleiding (fig. 14) en bij 8 respondenten komt het cannabisgebruik ter sprake tijdens de ouderbegeleiding (fig 15).

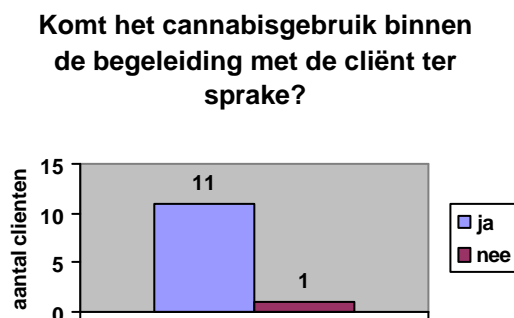


Fig. 14: Het aantal respondenten die het cannabisgebruik bespreekt met de cliënt.

Komt het cannabisgebruik binnen de begeleiding met de ouders ter sprake?

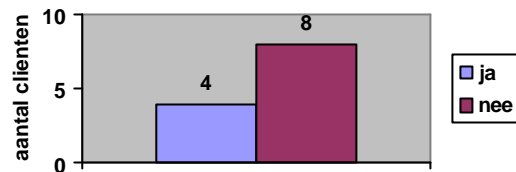


Fig. 15: Het aantal respondenten die het cannabisgebruik bespreekt met ouders.

5.6.4 Behoeftes

Als we kijken naar welke behoefte er is aan informatie, kunnen we zien dat maar 1 cliënt zelf behoefte heeft aan informatie. Het merendeel van de ondervraagden geeft te kennen zelf behoefte te hebben aan informatie. Deze groep bestaat uit 28 personen. De vraag is door 2 personen niet beantwoord. (fig. 16)

Heb jij behoefte aan informatie over het begeleiden van cliënten die cannabis gebruiken?

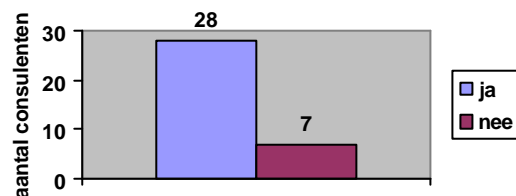


Fig. 16: Het aantal respondenten dat aangeeft zelf behoefte te hebben aan informatie over cannabis(gebruik).

Bij de vraag aan welke vorm van ondersteuning er behoefte is antwoord 54% aan een informatiebijeenkomst voor ouders, 30% een informatieboekje aan ouders en 27% een training voor cliënten. 41% Heeft zelf behoefte aan een informatiebijeenkomst. 40% heeft graag persoonlijk advies op dit gebied (fig. 17).

vorm van ondersteuning

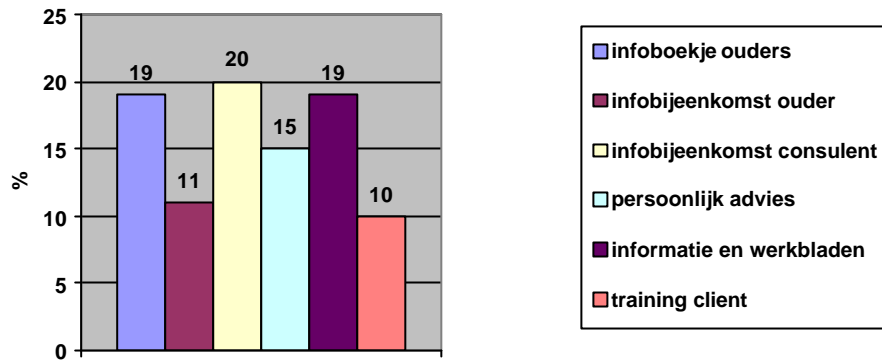


Fig. 17: De behoefte van consulenten in procenten %.

24 respondenten zijn bereid mee na te denken over de concrete invulling van de werkvorm en iedereen wil op de hoogte gehouden worden van de resultaten van het onderzoek.

Hoofdstuk 6 Conclusies

6.1 Hoe werkt de prikkel- en informatieverwerking bij iemand met autisme?

Informatieverwerking. De informatieverwerking en prikkelverwerking bij mensen met autisme is gefragmenteerd. Binnenkomende prikkels worden soms niet goed geïdentificeerd, samengevoegd en geïnterpreteerd. Vaak is hierdoor het tempo van informatieverwerking lager en zien mensen minder of geen samenhang (centrale coherentie). Het uitvoeren en plannen van taken (executieve functie) kan moeilijk zijn.

Daarom is het van belang om hier in de begeleiding rekening mee te houden door het tempo laag te houden en niet te lange zinnen te gebruiken. Stem het niveau en tempo af op de cliënt. Daarbij is het ook nuttig om te visualiseren (schema's of tekeningen). Dit komt de begeleiding vaak ten goede.

Waarneming. De waarneming van iemand met autisme kan anders verlopen, omdat prikkels anders worden geïnterpreteerd en beleefd. Cannabis beïnvloedt de zintuiglijke waarneming. Interessant zou zijn, om het effect te onderzoeken van cannabisgebruik op de waarneming bij mensen met autisme en mensen zonder autisme. In de literatuur was hierover helaas weinig inhoudelijke informatie beschikbaar.

6.2 Wie heeft er behoefte aan ondersteuning en/ of informatie over cannabis?

Zorgen maken. Uit de vragenlijsten blijkt dat ouders en consulenten zich meer zorgen maken dan cliënten. Maar is dit terecht? Jongeren maken zich weinig zorgen. Slechts 1 cliënt die dagelijks cannabis gebruikt ziet zijn cannabisgebruik zelf als problematisch. Bij deze persoon zou sprake kunnen zijn van afhankelijkheid. Althans, dit vanuit de waarneming van de consulent. Om dit verder te staven zou onderzoek bij ouders en jongeren zelf noodzakelijk zijn.

6.3 Wat is het gevaar van cannabisgebruik (bij iemand met autisme)?

Kritieke periode. Uit de literatuur komt naar voren dat cannabis wel degelijk schadelijke gevolgen heeft. Hoewel cannabisgebruik tot en met 18 jaar wettelijk verboden is, blijkt uit de vragenlijsten dat 50 % van de jongeren zich bevindt in de leeftijd tot en met 18 jaar. Dat wil zeggen dat de hersenen van deze jongeren zich nog in de kritieke periode bevinden waarin cannabisgebruik de ontwikkeling van de hersenen negatief beïnvloed.

Zoals wordt uitgelegd in hoofdstuk 3.3 worden verkeerde verbindingen in de hersenen “gelegd” en verkeerde verbindingen “gesnoeid”.

Medicijnen en depressies. Het is onverstandig om medicijn-, cannabis-, en alcoholgebruik te combineren. Er zijn cliënten binnen TBA die de dubbeldiagnose autisme spectrum stoornis en ADHD hebben. Ook zijn er cliënten die last hebben van depressies. Vooral voor deze cliënten wordt het gebruik van cannabis sterk afgeraden. Enerzijds omdat de combinatie tussen medicijnen en cannabis wordt afgeraden, maar anderzijds omdat uit onderzoek is gebleken dat cannabis soms een psychotische reactie kan uitlokken, gekenmerkt door wanen en hallucinaties.

Cannabis en schizofrenie. Het is moeilijk om vast te stellen of er een causaal verband bestaat tussen cannabis en schizofrenie. De literatuur geeft geen eenduidig antwoord op deze vraag. Er wordt vooral bevestigd dat als iemand vatbaar is voor schizofrenie, cannabis een uitlokkende stimulus is die de kans op tot uiting komen van schizofrenie vergroot. Wanneer er dus schizofrenie voorkomt binnen de familie, is het gebruik van cannabis echt af te raden.

Isolement. Ook blijkt dat mensen die langdurig cannabis gebruiken en hun problemen ‘wegblowen’ grote kans hebben om in een isolement te raken omdat zij verdoofd raken en hun problemen onderdrukken en niet adequaat oplossen waardoor zij geremd worden in hun ontwikkeling. Uit mijn praktijkervaring blijkt dat veel mensen met autisme zich al eenzaam voelen en dan heeft dit juist een averechtse werking.

6.4 Waar moet op gelet worden bij de begeleiding van iemand die cannabis gebruikt?

Motief. Erg belangrijk binnen de begeleiding is de reden van het gebruik ofwel het motief. Zoals wordt aangegeven in hoofdstuk 3 zijn er 3 redenen te benoemen om cannabis te gebruiken: automedicatie; experimenteel gebruik en cannabisgebruik om bij een groep te horen. Pas als duidelijk is welke reden de cliënt heeft om cannabis te gebruiken, kan er gezocht worden naar een oplossing. Het is de taak van de consulent om met de cliënt in gesprek te gaan en te onderzoeken wat de onderliggende reden is. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de jongere de veiligheid ervaart om er vrij over te kunnen praten (zie paragraaf 4.3)

Automedicatie. Wanneer iemand cannabis gebruikt om klachten te verminderen (automedicatie), kan onderzocht worden wat de klachten zijn, waar ze

vandaan komen en waarom cannabis de oplossing lijkt te zijn. Dan kan er gezocht worden naar een oplossing waar de cliënt zich ook prettig bij voelt. Om hierachter te komen kan de consulent informatie inwinnen over de effecten om alvast een beeld te krijgen van mogelijke klachten, en vervolgens met de cliënt in gesprek te gaan om dit te achterhalen. Een mooi alternatief hiervoor zou zijn als er in de toekomst een vragenlijst of “gevoelsmeter” wordt ontwikkeld die de cliënt kan invullen zodat de klacht en behoefte duidelijk wordt.

Experimenteel gebruik. Als iemand een keer cannabis wil gebruiken om te ontdekken hoe het voelt (experimenteel gebruik), kan er door bv. ouders gezorgd worden voor veilige omstandigheden. Zo kan er preventief informatie gegeven worden over voor- en nadelen van gebruik en hoe je de eerste keer het beste kan gebruiken. Uit de literatuur kwam naar voren dat de meeste “bad-trips” (zoals ziek worden en paniekaanvallen) voorkomen bij onervaren gebruikers. Cannabis versterkt de stemming dus als je je al opgehaast voelt of er niet helemaal achterstaat heeft dit zelden een prettig gevolg voor de gebruiker. Ook orale toediening neemt het risico van een overdosis en een bad-trip met zich mee omdat dosering moeilijk is (de werking van cannabis laat ca. 1 uur op zich wachten, dus is van overdosis snel sprake).

Bij een groep horen. Wanneer iemand cannabis gebruikt omdat hij bij een groep wil horen, of geen nee durft te zeggen, is het erg belangrijk dat het zelfvertrouwen wordt vergroot. Dat is geen makkelijke taak en daar gaat vaak een lange tijd aan voorbij. TBA biedt de mogelijkheid om een eigenwaardetraining, “ik ben speciaal- training” of een training sociale vaardigheden te volgen. In deze trainingen wordt gekeken naar kwaliteiten van iemand wat bijdraagt aan het groeien van zelfvertrouwen en er wordt gewerkt aan vaardigheden zoals “nee zeggen”. TBA biedt daarnaast de mogelijkheid om in contact te komen met andere leeftijdsgenoten (met autisme) door middel van activiteiten en logeerweekenden. Ook kan er gekeken worden naar relaties en vriendschappen. Wanneer is iemand een vriend? En is iemand wel een vriend als hij je probeert over te halen iets te doen wat je eigenlijk niet wilt?

Gesprekstechniek . Het is dus erg belangrijk dat er een open gesprek wordt aangegaan met de cliënt en dat hij niet veroordeeld wordt voor zijn cannabisgebruik. De cliënt moet het gevoel krijgen dat je hem respecteert en niet veroordeelt voor zijn cannabisgebruik. Spreek de cliënt niet belerend en bemoederend aan, maar aanschouw hem als een gelijkwaardig gesprekspartner. Zo kom je samen eerder tot een oplossing.

Bij een groot deel van de cliënten komt het cannabisgebruik ter sprake binnen de begeleiding. Dit is een waardevolle ingang met betrekking tot de begeleiding. Het wil iets zeggen over de mate waarin jongeren het kunnen bespreken met de begeleiding. Het zegt iets over de gespreksvaardigheden van de consulenten bij TBA.

Dat een klein deel van de begeleiding dit ter sprake laat komen tijdens de ouderbegeleiding kan samenhangen met de leeftijd van de cliënt. Er is ook 1x aangegeven dat er een poging is gedaan om het bespreekbaar te maken met ouders, maar dat die hiervoor niet openstonden. Het is voor de begeleiding waardevol als er in vertrouwen gesproken kan worden over het cannabisgebruik zonder dat dit wordt doorverteld aan ouders, omdat de jongere dan eerlijk een gesprek kan aangaan, waarin hij niet veroordeeld zal worden. Bij cliënten boven 18 jaar ligt deze beslissing bij de jongere zelf. Bij cliënten die minderjarig zijn, is de vraag wat zwaarder weegt: een open gesprek met de cliënt of de juridische insteek om de ouder hierover in te lichten. Dit zou een interessant punt van discussie kunnen worden.

6.5 Is er behoefte aan ondersteuning over cannabis en autisme?

Behoeftes.

80 % van de consulenten geeft aan behoefte te hebben aan informatie over cannabis en autisme. 20 % ziet dit graag in de vorm van een informatiebijeenkomst en 15 % in de vorm van een persoonlijk advies. Hierbij mochten meerdere antwoorden aangekruist worden. Dit kan zijn uit interesse of vanwege preventieve motieven of om er mee om te kunnen gaan indien deze hulpvraag binnen de begeleiding speelt. Er is in de vragenlijsten bij “opmerkingen” aangegeven dat mensen dit graag als “standaard bagage” bij zich willen dragen. 19 % gaf een informatieboekje voor ouders aan als behoefte.

6.6 Verder onderzoek

Om een valide en betrouwbaar beeld te krijgen van het cannabisgebruik onder de cliënten van TBA zou een nieuw onderzoek moeten plaatsvinden dat wordt afgenomen onder de jongeren zelf. De resultaten uit het onderzoek zijn slechts een indicatie op basis van antwoorden die gegeven zijn door consulenten.

Tevens zou onderzoek gewenst zijn naar een eventueel causaal verband tussen autisme en cannabis. Is er sprake van automedicatie? De wetenschap heeft hierover zelf nog geen eenduidigheid. Ik ben wel benieuwd naar bevindingen op dit gebied.

Wat buiten de kaders van dit onderzoek is gevallen is de vorm van begeleiding die gewenst is en aansluit. Graag had ik nog geschreven over psycho-educatie en over het deviancy- training model van Dishion. Door tijdgebrek ben ik hieraan helaas niet toegekomen. Dit wordt wel meegenomen bij het ontwikkelen van een product.

Literatuurlijst

Amsterdam J.G.C. van, Opperhuizen A., Brink W. van den, *Cannabis als risicofactor van schizofrenie*. Tijdschrift voor psychiatrie. Nummer 46 (2004)

Andréasson, S., Allebeck, P. Engström, A., & Rydberg, U. *Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts*. Lancet:ii: 1987

Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., Murray, R., Caspi, A., & Moffitt, T.E. *Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis : Longitudinal prospective study*. British Medical Journal. 2002

Baigent, M., Holme, G., & Hafner, R.J. *Self reports of the interaction between substance abuse and schizophrenia*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1995.

Bogdashina, O., *Waarneming en zintuiglijke ervaringen bij mensen met Autisme en Aspergersyndroom*. Apeldoorn: Maklu, 2004

Bruin, C. de, *Geef me de 5. Een praktisch houvast bij de opvoeding en begeleiding van kinderen met autisme*. Doetichem: Graviant educatieve uitgaven, 2004

Dam N. van, Marcus, J., *Een praktijkgerichte benadering van organisatie en management*. Groningen/ Houten, Wolters- Noordhoff BV. 2005. 5^e druk

Dixon, L., Haas, Haas, G., Weiden, P.J., Sweeney, J., & Frances, A.J. *Drug abuse in schizophrenic patiënts: Clinical correlates and reasons for use*. American Journal of Psychiatry, 1991

Frances, R.J. *The wrath of grapes versus the self-medication hypothesis*. Harvard Review of Psychiatry, 1997.

Gerland, G., *Een echt mens*. Antwerpen/ Baarn: Houtekiet, 1998

Glind G. van de, Kooij S., Duin, van D., Goossensen A. & Carpentier P(red) . *Protocol ADHD bij verslaving. Screening, diagnostiek en behandeling voor de ambulante en klinische Verslavingszorg*, Trimbos-instituut, Utrecht: 2004,

Hall, W., & Swift, W. *The THC content of cannabis in Australia: Evidence and implications*. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2000

Iversen, L.L. *The science of marijuana*. Oxford University Press. 2000

Johnstone, E.C., Abukmeil, S.S., Byrne, M., Clafferty, R., Grant, E., Hodges, A., Lawrie, S.M. & Owens, D.G.C. *Edinburgh high risk study – findings after four years: Demographic, attainment and psychopathological issues*. Schizophrenia Research. 2000

Khantzian, E.J. *The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications*. Harvard Review of Psychiatry. 1997

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bureau voor Medicinale Cannabis. *Medicinale Cannabis. Informatie voor medische en farmaceutische beroepsbeoefenaren*. Den Haag. versie 17 maart 2007

Miller, P., Lawrie, S.M., Hodges, A., Clafferty, T., Cosway, R. & Johnstone, E.C. *Genetic liability, illicit drug use, life stress and psychotic symptoms: Preliminary findings from the Edinburgh study of people at high risk for schizophrenia*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2001

NRC Handelsblad, Redactie wetenschap, *Ratten laten zien hoe Ritalin werkt*, <http://www.nrc.nl/wetenschap/article335086.ece>, 30 mei 2006 (geraadpleegd op 6 jan. 2008)

www.orthopedagogiek.com (geraadpleegd op 30 dec. 2007)

Peuskens, J. *Samenvatting: Psychiatrische effecten van cannabisgebruik: Een kritische analyse van wetenschappelijke resultaten en onderzoeksmethoden*, Universitair Psychiatrisch Centrum, St. Jozef, Kortenberg, Katholieke Universiteit. (datum publicatie onbekend) Bron geraadpleegd op 30 dec. 2007.

http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR06r_nl.pdf

Psy Over geestelijke verslaving & gezondheid, www.psy.nl/nieuws/nieuwsbericht/article/klink-alcohol-en-tabak-niet-in-opiumwet/?tx_ttnews%5BbackPid%5D=34&cHash=671247a808 (geraadpleegd op 3 dec. 2007)

Rätsch C., *The Encyclopedia of Psychoactive Plants: Ethnopharmacology and Its Application*. Park Street Press, 2005

Rigter, H., Cannabis. *Preventie en behandeling bij jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006

Rigter, H., & van Laar, M. *Epidemiological aspects of cannabis use*. International Scientific Conference on Cannabis, Brussels, Belgium. Februari 2002.

Roediger, L., Capaldi, E. D., Paris, S. G., Polivy, J., Herman, C. P., *Psychologie. Een inleiding*. Gent: Ef & Ef In Boeken, 1998

Spencer, C.R., Castle, D., & Michie, P.T. *Motivations that maintain substance use among individuals with psychotic disorders*. Schizophrenia Bulletin. 2002

TotaalBegeleiding Autisme. *Personeelsboek TBA*. Waalre: 2006

Tien, A.Y., & Anthony, J.C. (1990). Epidemiological analysis of alcohol and drug use as risk factors for psychotic experiences. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1990, 473–480.
Trimbos-instituut. *Wat iedereen over Drugs zou moeten weten*. Utrecht: Trimbos-instituut, september 2005, 10^e gewijzigde druk

Trimbos-instituut. *Protocol ADHD bij verslaving. Screening, diagnostiek en behandeling voor de ambulante en klinische verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.

Trimbos-instituut. *Uw kind en drugs*. Utrecht: Trimbos-instituut, December 2004, 8^e gewijzigde druk

Trimbos-instituut. *Hasj en weed. De antwoorden*. Utrecht: Trimbos-instituut, oktober 2006, 11^e gewijzigde druk

Trimbos-instituut, www.trimbosinstituut.nl

Van Os, J., Bak, M., Hanssen, M., Bijl, R.V., de Graaf, R., & Verdoux, H. *Cannabis use and psychosis: A longitudinal population-based study*. American Journal of Epidemiology. 2002

Verdoux, H., Gindre, C., Sorbara, F., Tournier, M., & Swendsen, J.D. *Effects of cannabis and psychosis vulnerability in daily life: An experience sampling test study*. Psychological Medicine. 2003

Wijngaarden-Cremers, P.J.M. van & Gaag, R.J. van der. *Verslaving & autisme. Verschillende kanten van een zelfde neurobiologische medaille?* Zwolse Poort GGz UMCN St. Radboud - Karakter K&J Psychiatrie. 2007

Zammit, S., Allebeck, P., Andreasson, S., Lundberg, I., & Lewis, G. *Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: Historical cohort study*. British Medical Journal. 2002

Zeevalking, M., *Autisme: Hoe te verstaan, hoe te begeleiden?* Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2000

Trefwoordenregister

A		K	
Anandamine	25	kritieke periode	25
anandaminereceptor.....	25		
Autisme		L	
Omschrijving.....	17	Lichamelijke afhankelijkheid	29
ADHD.....	29		
Automedicatie.....	28, 45	M	
Begeleiding.....	32		
B		marihuana	24
begeleidingstraject	13	methodiek	13
C		N	
Cannabis Sativa	24	neuronen	17
cannabisgebruik		neurotransmitter.....	30
definitie	Zie		
Centrale coherentie	19	O	
cliëntsysteem.....	10	overprikkeling.....	19
D		P	
dopaminesysteem.....	30	peerpressure.....	28
E		Peerpressure	
Effecten van cannabis	25	Begeleiden	33
Executieve functies	20	perceptie.....	17
experimenteel gebruik		Piramide van Maslow	21
begeleiding.....	45	Prikkelverwerking.....	17
Experimenteel gebruik			
Begeleiden	34	S	
definitie	27	sensorische prikkels	17
<i>Experimenteel gebruik</i>	46	Signalen van cannabisgebruik	32
G		T	
ganja	24	THC	24
geestelijke afhankelijkheid	29	Theory of mind (TOM).....	20
gefragmenteerde waarneming.....	18	tolerantie	29
gewaarwording	17		
H		W	
hasj.....	24	waarneming.....	17
		weed.....	24

Bijlage 1 DSM IV criteria

Diagnostische Criteria voor Autisme - DSM IV

Bron: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM IV)

Laatste inhoudelijke wijziging: 16 december 1996

DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR 299.00 AUTISME

A. Een totaal van 6 (of meer) eigenschappen uit groep (1), (2) en (3), met minimaal twee uit groep (1) en minimaal één uit groep (2) en (3)

(1) Kwalitatief gebrek in de sociale omgang, dat tot uiting komt in minimaal twee van de volgende:

- a) Duidelijke tekortkoming in het gebruik van meerdere non-verbale gedragingen, zoals het maken van oogcontact, gebruik en begrip van gezichtsuitdrukkingen, lichaamshouding en gebaren die gebruikt worden om sociale interactie mee te reguleren.
- b) Het moeilijk kunnen onderhouden van gelijkwaardige relaties zoals normaal zou moeten zijn voor het ontwikkelingsniveau.
- c) Het ontbreken van een spontaan willen delen van blijheid, van interesses, of het trots spontaan willen laten zien dat men een bepaald doel bereikt heeft. (men komt bijvoorbeeld niet iets laten zien of brengen, of men wijst geen dingen aan die men interessant vindt)
- d) Een gebrek aan sociale of emotionele wisselwerking (noot: in de beschrijving worden de volgende voorbeelden gegeven: Niet actief deelnemen aan eenvoudige rolspelen of spelletjes met anderen. De voorkeur geven aan solitaire bezigheden (graag alleen willen bezig zijn), waarbij anderen hooguit worden gebruikt als hulpmiddel of gereedschap.)

(2) Kwalitatief gebrek in communicatie, dat tot uiting komt in minimaal één van de volgende:

- a) Een vertraging in, of totaal ontbreken van de ontwikkeling van gesproken taal (niet samengaand door een poging dit te compenseren met alternatieve vormen van communicatie zoals gebaar en mimiek/gelaatsuitdrukkingen)
[kanttekening van de webmaster: Bij het Syndroom van Asperger ziet men echter wel een vroege taalontwikkeling. Maar dan is het vaak een wat ouwelijk, hoogdravend taalgebruik]
- b) Bij individuen met toereikende spraak, heeft men wel een duidelijk gebrek in de mogelijkheid een gesprek met anderen te beginnen of in stand te houden.
- c) Stereotype en zich herhalend gebruik van taal of eigenaardig taalgebruik.
- d) Gebrek aan gevarieerd, spontaan 'doen-alsof' spel of sociaal 'nadoen' spel, behorend bij het niveau van ontwikkeling.

(3) Beperkt zich herhalend en stereotiep gedragspatroon, interesses en activiteiten, dat tot uiting komt in minimaal twee van de volgende:

- a) Zich overgeven aan / steeds willen bezighouden met / opgaan in één of meerdere stereotype en beperkte interesses die abnormaal zijn wat betreft intensiteit of gerichtheid.
- b) Ogenschijnlijk inflexibel vasthouden aan bepaalde, niet-functionele (je hebt er niets aan) gewoonten of rituelen.
- c) Stereotype en herhalende motorieke handelingen (bijvoorbeeld hand of vinger flapperen of draaien, of complexe bewegingen van het hele lichaam)
- d) Hardnekkige obsessie voor onderdelen van voorwerpen.

B. Achterstand of abnormaal functioneren op minimaal één van de volgende gebieden, beginnend in de periode vóór het derde levensjaar.

- (1) Sociale omgang met anderen
- (2) Taal zoals gebruikt in sociale communicatie
- (3) Symbolische of denkbeeldige spellen

C. De afwijking voldoet niet beter aan de criteria die horen bij Rett's Disorder of Childhood Disintegrative Disorder

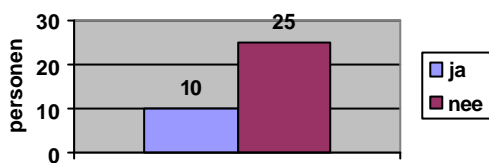
www.orthopedagogiek.com (2 januari 2008)

Bijlage 5: Uitwerking gegevens enquêtes

1. Begeleid je (op dit moment) cliënten met autisme die cannabis gebruiken (denk bijv. aan blowen, spacecake, wietthee of hasi)?

- Ja
- Nee (ga door naar vraag 12)

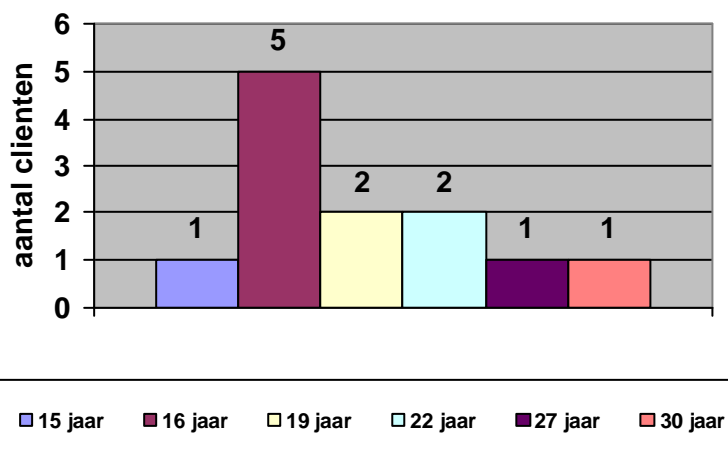
**begeleid je op dit moment
cliënten met autisme die
cannabis gebruiken?**



	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ja	10	27,0	28,6	28,6
Valid nee	25	67,6	71,4	100,0
Total	35	94,6	100,0	
Missing 999,00	2	5,4		
Total	37	100,0		

2. Hoe oud is je cliënt?

Hoe oud is je cliënt?

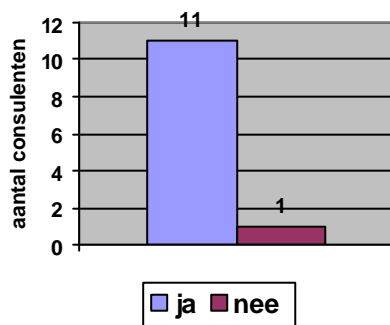


		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15 jaar	1	2,7	8,3	8,3
	16 jaar	5	13,5	41,7	50,0
	19 jaar	2	5,4	16,7	66,7
	22 jaar	2	5,4	16,7	83,3
	27 jaar	1	2,7	8,3	91,7
	30 jaar	1	2,7	8,3	100,0
	Total	12	32,4	100,0	
Missing	999,00	25	67,6		
Total		37	100,0		

3. Heb je een beeld van de frequentie van het cannabisgebruik?

- Ja
- Nee

Heb je een beeld van de frequentie van het cannabisgebruik?

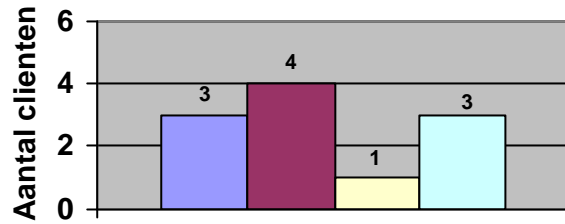


		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	11	29,7	91,7	91,7
	nee	1	2,7	8,3	100,0
	Total	12	32,4	100,0	
Missing	999,00	25	67,6		
Total		37	100,0		

4. Indien ja, hoe vaak komt het cannabisgebruik voor?

- Dagelijks
- Wekelijks
- Maandelijks
- Soms bij gelegenheden
- Anders namelijk

Hoe vaak komt het cannabisgebruik voor?

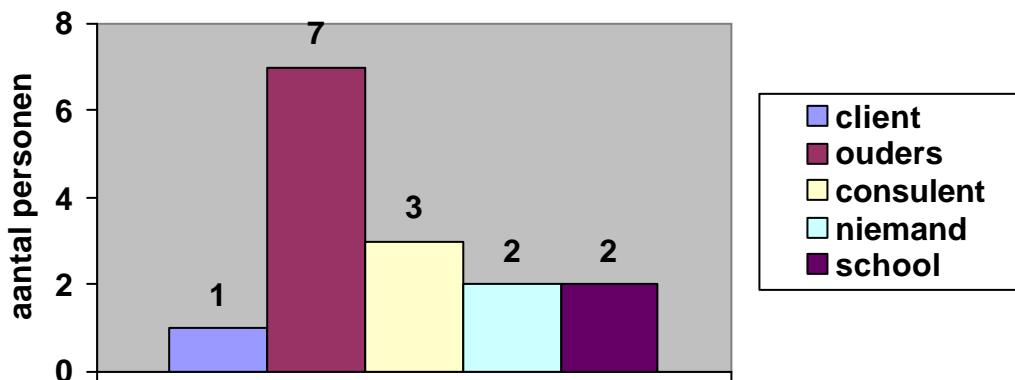


		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dagelijks	3	8,1	27,3	27,3
	wekelijks	4	10,8	36,4	63,6
	maandelijks	1	2,7	9,1	72,7
	soms bij gelegenheden	3	8,1	27,3	100,0
	Total	11	29,7	100,0	
Missing	999,00	26	70,3		
Total		37	100,0		

5. Wie ziet het cannabisgebruik als problematisch? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Clïent
- Ouders
- Consulent
- Niemand
- Anderen (bv school, werk) namelijk

Wie ziet het cannabisgebruik als probleem?



	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ja	1	2,7	2,7	2,7
nee	11	29,7	29,7	32,4
999,00	25	67,6	67,6	100,0
Total	37	100,0	100,0	

probleem ouders

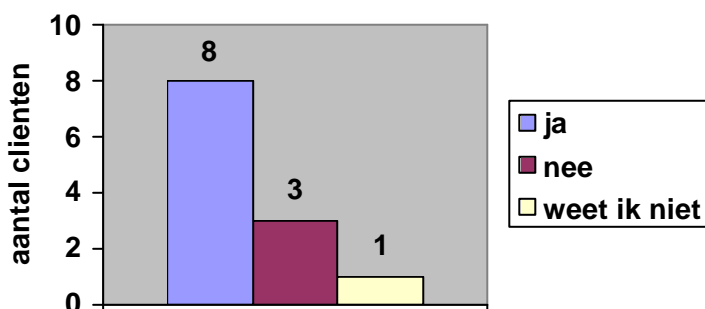
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ja	7	18,9	18,9	18,9
nee	5	13,5	13,5	32,4
999,00	25	67,6	67,6	100,0
Total	37	100,0	100,0	

6. Sommige mensen met autisme geven aan softdrugs te gebruiken om prikkels buiten te sluiten of om tot rust te komen (automedicatie).

Denk je dat jouw cliënt cannabis gebruikt om bovengenoemde of soortgelijke reden?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Gebruikt jouw client cannabis als automedicatie?



automedicatie

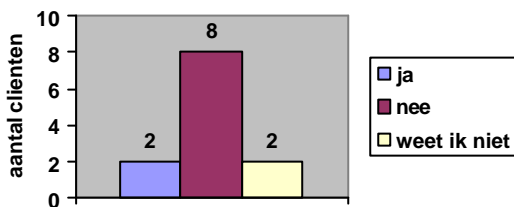
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ja	8	21,6	66,7	66,7
nee	3	8,1	25,0	91,7

	weet ik niet	1	2,7	8,3	100,0
	Total	12	32,4	100,0	
Missing	999,00	25	67,6		
Total		37	100,0		

7. Is er bij jouw cliënt sprake van experimenteel gebruik (uitproberen van cannabis om het effect te ondervinden, zonder intentie om het structureel of frequent te gaan gebruiken)?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Is er bij jouw client sprake van experimenteel gebruik?



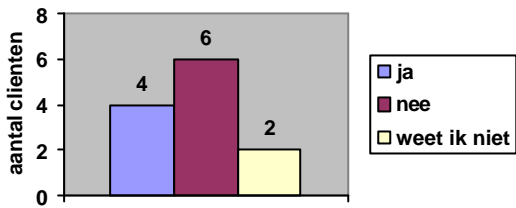
experimenteel

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	2	5,4	16,7	16,7
	nee	8	21,6	66,7	83,3
	weet ik niet	2	5,4	16,7	100,0
	Total	12	32,4	100,0	
Missing	999,00	25	67,6		
Total		37	100,0		

8. Gebruikt jouw cliënt cannabis om bij een groep te horen?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Gebruikt jouw client cannabis om bij een groep te horen?



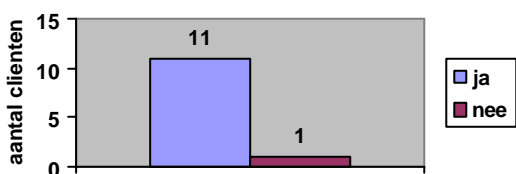
peergroup

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	4	10,8	33,3	33,3
	nee	6	16,2	50,0	83,3
	weet ik niet	2	5,4	16,7	100,0
	Total	12	32,4	100,0	
Missing	999,00	25	67,6		
Total		37	100,0		

9. Komt het cannabisgebruik binnen de begeleiding met de cliënt ter sprake?

- Ja
- Nee

Komt het cannabisgebruik binnen de begeleiding met de client ter sprake?



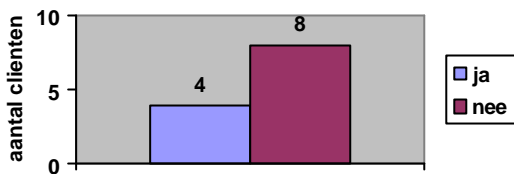
bespreken cliënt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	11	29,7	91,7	91,7
	nee	1	2,7	8,3	100,0
	Total	12	32,4	100,0	
Missing	999,00	25	67,6		
Total		37	100,0		

10. Komt het cannabisgebruik binnen de ouderbegeleiding ter sprake?

- Ja
- Nee

Komt het cannabisgebruik binnen de begeleiding met de ouders ter sprake?



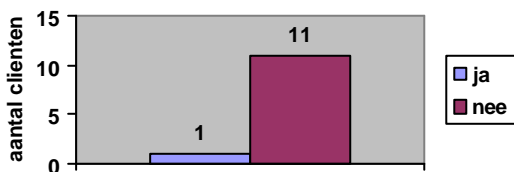
bespreken ouders

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	4	10,8	33,3	33,3
	nee	8	21,6	66,7	100,0
	Total	12	32,4	100,0	
Missing	999,00	25	67,6		
Total		37	100,0		

11. Geeft jouw cliënt aan behoefte te hebben aan informatie over cannabis?

- Ja
- Nee

Geeft de client aan behoefte te hebben aan informatie over cannabisgebruik?



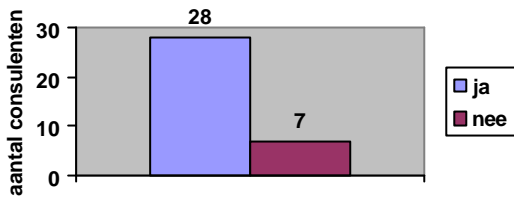
info cliënt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	1	2,7	8,3	8,3
	nee	11	29,7	91,7	100,0
	Total	12	32,4	100,0	
Missing	999,00	25	67,6		
Total		37	100,0		

12. Heb jij behoefte aan informatie over het begeleiden van cliënten die cannabis gebruiken?

- Ja
- Nee

Heb jij behoefte aan informatie over het begeleiden van cliënten die cannabis gebruiken?

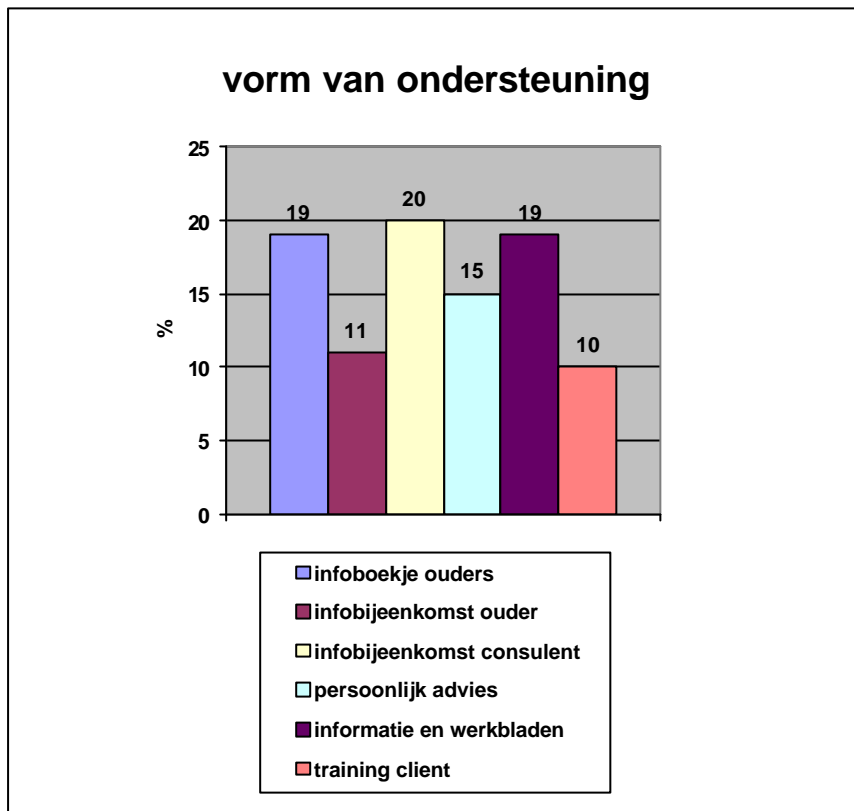


info consulent

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	28	75,7	80,0	80,0
	nee	7	18,9	20,0	100,0
	Total	35	94,6	100,0	
Missing	999,00	2	5,4		
Total		37	100,0		

13. Indien ja, aan welke werkvorm zou je behoefte hebben? (meerdere antwoorden mogelijk)

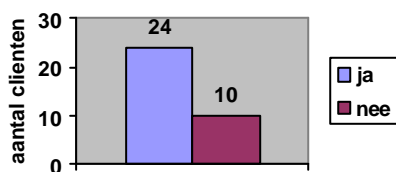
- Informatieboekje over cannabis gericht aan ouders
- Informatiebijeenkomst over cannabis gericht aan ouders
- Informatiebijeenkomst over cannabis gericht aan consulenten
- Persoonlijk advies aan consulenten over hoe jongeren met autisme te begeleiden die cannabis gebruiken
- Informatie en werkbladen voor cliënten
- Training voor cliënten
- Anders namelijk.....



14. Vind je het leuk om (indien gewenst) in een later stadium mee te denken over de inhoudelijke kant of invulling ter bevordering van het product (denk aan ca een uur. Brainstormen, feedback)?

- Ja
- Nee

Vind je het leuk om in een later stadium mee te denken over de inhoudelijke kant of invulling ter bevordering van het product

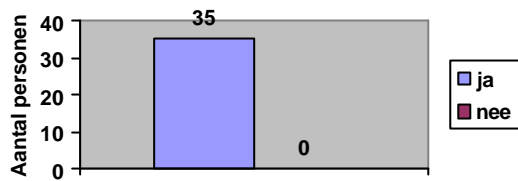


	Frequency	Percent	Valicent	Cumulative Percent
Valid				
ja	24	64,9	70,6	70,6
nee	10	27,0	29,4	100,0
Total	34	91,9	100,0	
Missing	999,00	3	8,1	
Total	37	100,0		

15. Wil je op de hoogte gehouden worden van de resultaten die dit onderzoek oplevert?

- Ja
- Nee

Wil je op de hoogte gehouden worden van de resultaten die dit onderzoek oplevert?



hoogte

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ja	35	94,6	100,0	100,0
Missing 999,00	2	5,4		
Total	37	100,0		