

# Tussen wal en schip



Cannabisverslaving én een psychose



Dr. Jojanneke Bruins  
Senior onderzoeker Lentis Research



[j.bruins@lentis.nl](mailto:j.bruins@lentis.nl)

# Overzicht



- Achtergrond: waarom dit onderwerp?
- Onderzoek: hoe doen we het nu in de GGZ?
- Onderzoek: pijn als voorspeller cannabis
- Onderzoek: sederende antipsychotica en cannabis
- Literatuuronderzoek: evidentie interventies
- Conclusies & Aanbevelingen

## Disclosure belangen spreker

(potentiële) belangenverstremgeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sponsoring of onderzoeksgeld</li><li>• Honorarium of andere (financiële) vergoeding</li><li>• Aandeelhouder</li><li>• Andere relatie, namelijk ...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li><li>•</li><li>•</li></ul> Geen

# Waarom dit onderwerp?



- Hoge prevalentie cannabis onze cliënten
- Veel negatieve gevolgen
  - Ernstiger, langduriger klachten
  - Beperkt effect behandeling
  - Belemmert herstel
- Veel tussen wal & schip
- Richtlijnen weinig houvast
  - Zorgstandaard psychose: advies geïntegreerd behandelen
  - Weinig wetenschappelijk onderzoek als basis



# Hoe doen we het nu in de GGZ?

- N=213 GGz-medewerkers bevroegd
  - *Psychose, depressie, trauma, ernstige angst, borderline*
- Bespreken? Geïntegreerd behandelen? Doorverwijzen?
  - *Wat, waarom, wanneer?*



Anne-Sophie Wewer

*"Omdat blowen een functie voor client heeft. Zit er PTSS onder? Wordt het als zelfmedicatie gebruikt? In welke fase zit de client in zijn motivatie cirkel?"*

## Wat doen we al?



*"Oh je moet..."*

- Cannabisgebruik uitvragen psychose: 86%
  - Want: negatief effect behandeling & functioneren
  - Want: essentieel voor indicatiestelling & diagnose
- Wanneer: intake & behandelplan
  - Vervolg vaak alleen wanneer nodig
- **Waarom niet:**
  - Behandelrelatie eerst opbouwen, weerstand client voorkomen, vergeten.



Frequentie	Interventies
<b>Vaak</b>	Motiverende gespreksvoering, bespreken, psycho-educatie
<b>Soms</b>	Cognitieve gedragstherapie, terugvalpreventieplan, steunsysteem betrekken
<b>Weinig</b>	Zelfcontrole procedures aanleren, detox, contingentie, digitale zelfhulp, zelfhulpgroep

Geïntegreerd  
behandelen:

62%

Beschikbaarheid is leidend



# Waarom niet geïntegreerd behandelen?



- Gebrek aan kennis en expertise
- Beperkte middelen en randvoorwaarden
- Gebrek/onduidelijk beleid binnen instelling
- Heeft toch geen zin
- Afhankelijk ernst gebruik: doorverwijzen / geen prioriteit
- Goede bestaande samenwerking verslavingszorg

*"Ik voel mij niet competent om een ernstigere cannabisverslaving te behandelen, en als het veel tijd kost om het te behandelen."*

*"De kans is groot dat patiënten blijven gebruiken, omdat het in de maatschappij gedoogd wordt."*

# Wat nodig voor vaker geïntegreerd behandelen?



1. Deskundigheidsbevordering
2. Duidelijk beleid vanuit instelling
3. Consultmogelijkheden





# Concrete oplossingen

1. Deskundigheidsbevordering
2. Duidelijk beleid vanuit instelling
3. Consultmogelijkheden
4. **Onderzoek blijven doen voor meer kennis!**



# Pijn als voorspeller van cannabis bij psychose?



Smid MH, Bruins J. Pain Is Not a Predictor of Cannabis Use in People With Psychotic Disorders. *J Dual Diagn.* 2025;21(3):183-190. doi:10.1080/15504263.2025.2517176

Prevalentie pijn relatief hoog bij psychose



Cannabis is effectieve pijnbestrijder

Is pijn een voorspeller van cannabis bij psychose?

VAT - onderzoek (lopend)



Mirjam Smid

# Pijn & cannabis

- **Pijn**

- Mate van fysieke pijn gedurende de dag (RAND)
- Hinder van pijn bij dagelijkse activiteiten (RAND)

- **Cannabis**

- Gebruik ja/nee
- Hoeveelheid in units per week

- **Covariaten**

- Leeftijd, geslacht, ernst psychose (PANSS), antipsychoticagebruik (indeling o.b.v. sedatie)



# Wat kwam eruit?



- 59% rapporteerde pijn & 18.5% gebruikte cannabis
- Pijn was **geen** voorspeller van cannabis
- Pijn **geen** factor in behandeling
- Laag sederende antipsychotica → meer cannabisgebruik ( $p=0.028$ )



# Want...



- Cliënten geven aan: cannabis als verdoving
  - Zie eerder onderzoek Bruins e.a. (2024)



Stynke Castelein, Stijn Crutzen & Wim Veling

# Want...



- Cliënten geven aan: cannabis als verdooving
  - Zie eerder onderzoek Bruins e.a. (2024)



- Theorie: door sederende antipsychotica, minder zelfmedicatie?
- ROM-PHAMOUS data (n=3981)

Strafpunten	Middel	Grootte van het effect*
5	Clozapine	8.82 <sup>1,2</sup>
4	Quetiapine	3.76 <sup>1,2</sup>
	Olanzapine	3.34 <sup>1,2,3</sup>
	Perphenazine	3.76**
	Flupentixol	3.34***
	Zuclopentixol	2.89 <sup>4</sup>
3	Haloperidol	2.76 <sup>1,2</sup>
	Risperidon	0.20 <sup>1,2,3</sup>
	Lurasidon	2.45 <sup>1</sup>
	Pimozide	2.76****
	Pipamperon	2.76****
	Penfluridol <sup>5</sup>	Vergelijkbaar met Haloperidol
2	Aripiprazol	1.84 <sup>1,2</sup>
	Sulpiride	Vergelijkbaar met Aripiprazol
1	Amisulpiride	1.42 <sup>1,2</sup>

\* De effectgroottes zijn Odds Ratio's in vergelijking met placebo.

\*\* H1 receptor affiniteit vergelijkbaar met Quetiapine.

\*\*\* H1 receptor affiniteit vergelijkbaar met Olanzapine.

\*\*\*\* H1 receptor affiniteit vergelijkbaar met Haloperidol.

# Sederende bijwerking van antipsychotica





# NIKS!

- Categorie PAKwijzer: voorspelt geen cannabis
- Antipsychotica Sedatie Index: voorspelt geen cannabis
- Switchen hogere/lagere sedatie: voorspelt geen cannabis
  
- ALLEEN: géén antipsychotica = grotere kans op cannabisgebruik!



# Literatuuronderzoek (zomer 2025)

- Cannabis interventies onderzocht in de psychiatrie
- Onderzoek middelengebruik vooral zonder comorbide psychiatrie
- Nog geen goedgekeurde medicatie



Mahir Köksal

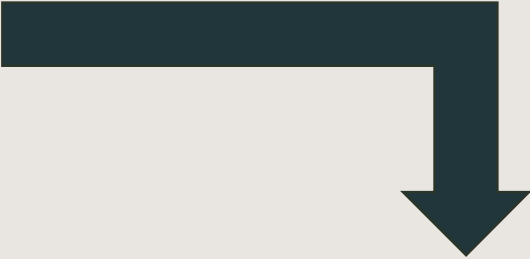
# N=7 medicatiestudies



Behandeling	Kenmerken	N	Duur weken	Daling gebruik	Onderling verschil
Clozapine vs. Ziprasidon	Psychose	30	12	Beide significant	Niet significant
Clozapine vs. andere antipsychotica	Psychose	31	3	Beide niet significant	
Olanzapine vs. Risperidon	Psychose	26	2,5	Beide significant	Niet significant
Olanzapine vs. Risperidon	Psychose	37	4	Beide niet significant	
Fluoxetine vs. placebo	Depressie	22	3	Beide niet significant	
Fluoxetine vs. placebo	Depressie	70	3	Beide niet significant	
Vortioxetine vs. gebruikelijke behandeling	Angst/depr.	30	6	Beide niet significant	

# Psychotherapeutische interventies (n=20)



- 
- CGT (soms met MGV): 3/10 significant
  - Motiverende gespreksvoering: 1/3 significant
  - Overig (ACT, contingency manag., GRIT): 4/7 significant



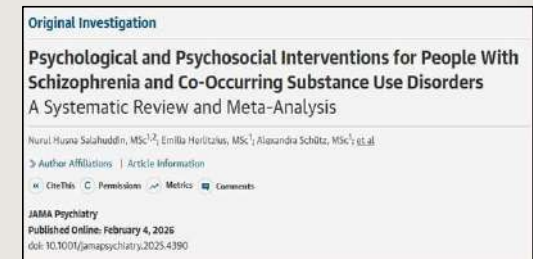
# Meta-analyse psychotherapeutische interventies

- N=35 RCTs met CGT, MG, ACT, familie interventie, geïntegreerde aanpak
  - Alleen schizofrenie
  - Middelen: cannabis, nicotine, alcohol, amfetamine, cocaïne, heroïne, opiaten, crack, morfine, xtc, .... (of van alles en nog wat)



## Resultaten

- Weinig tot geen reductie in gebruik (alleen een beetje bij nicotine)
- Weinig tot geen verbetering van psychotische klachten
- Groepsinterventies en geïntegreerde aanpak lijkt meest veelbelovend



# Kanttekeningen bestaande onderzoeken



- Interventies moeilijk vergelijkbaar
- Relatief kleine studies
- Evaluatieperioden verschillend en beperkt
- Doelgroepen erg verschillend (jong)
- Risico bias door selectie op motivatie
- Cannabis uitkomst verschillend gemeten
  - Urine screening
  - Aantal dagen gebruik afgelopen maand
  - Hoeveelheid units per week/maand
  - Etc...

# Conclusies & Aanbevelingen



- Bespreekbaar maken tijdens behandeling
  - Motiverende gespreksvoering
- Antipsychotica lost probleem niet op
- Komt er scholing: doe mee!
- Maak beleid (organisaties)
- Kennis blijven vergaren (onderzoekers)
- Adviezen van de ervaringsdeskundigen...







# ? Vragen?



[j.bruins@lentis.nl](mailto:j.bruins@lentis.nl)