



Hilde Nicolaisen, Rio-Nord

Hovedoppgave 2006, Videreutdanning i rusproblematikk



”Trenger vi et eget behandlingstilbud for cannabisavhengighet,  
og sett i forhold til skadevirkningene;  
hvilke effekter har behandling av cannabismisbruk?”

“What hashish gives with one hand it takes away with the other;  
that is to say, it gives power of imagination and takes away  
the ability to profit by it.”

Charles Baudelaire (1860)

# Innholdfortegnelse

<u>1.0 Innledning</u>	<u>s.1</u>
<u>1.1 Problemstilling</u>	<u>s.1</u>
<u>1.2 Avklaring av begreper</u>	<u>s.2</u>
<u>1.2.1 Cannabis</u>	<u>s.2</u>
<u>1.2.2. Kognitiv atferdsterapi</u>	<u>s.2</u>
<u>1.2.3 LAR</u>	<u>s.3</u>
<u>1.2.4 NADA</u>	<u>s.3</u>
<u>2.0 Metode</u>	<u>s.4</u>
<u>2.1 Mitt ståsted</u>	<u>s.4</u>
<u>2.2 Innhenting av informasjon</u>	<u>s.4</u>
<u>2.3 Avveningskurs for hasjrøykere</u>	<u>s.6</u>
<u>2.3.1 Hasjguiden og fasene i avvenningskurset</u>	<u>s.7</u>

<u>2.4 Bakgrunn for valg av metode</u>	<u>s.8</u>
<u>3.0 Teori</u>	<u>s.9</u>
<u>3.1 Hvordan virker cannabis?</u>	<u>s.9</u>
<u>3.2 Skadevirkninger ved langvarig bruk av cannabis</u>	<u>s.9</u>
<u>3.3 Behandling av cannabismisbruk</u>	<u>s.10</u>
<u>3.3.1 Kognitiv atferdsterapi</u>	<u>s.11</u>
<u>3.2.1 Kognitiv atferdsterapi i behandling av cannabismisbruk</u>	<u>s.13</u>
<u>3.3.2 Gruppebehandling</u>	<u>s.13</u>
<u>4.0 Empiri</u>	<u>s.15</u>
<u>4.1 Statistikk om utbredelse og bruk av cannabis</u>	<u>s.15</u>
<u>4.2 "A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for cannabis use disorder"</u>	<u>s.16</u>

4.2.1 Metode s.16

4.2.2 Gjennomførelse s.17

4.2.3 Resultater s. 19

4.3 Rapport fra avvenningskurs for hasjrøykere s.21

4.4“Interventionsbehandling af hashmisbrug ved hjelp av kognitiv adfærdterapi (CBT),  
NADA- akupunktur og motiverende undervisning.” s. 24

4.4.1 Psykiske of fysiske problemer hos deltagerne s.24

4.4.2 Gruppeterapien s.24

4.4.3 Resultater s.25

5.0 Drøfting av resultatene s.26

5.1. Utbredelse og bruk s.26

5.2 Resultat og effekt av behandling for cannabismisbruk s.27

5.2.1 Erfaringer fra kurset s. 27

5.2.2 Korte eller lange behandlinger? s. 28

6.0 Oppsummering og konklusjon s.29

6.1 Oppsummering av funn s.29

6.2 Konklusjon s.31

**Litteraturliste** s.32

## 1.0 Innledning

Cannabis er det mest brukte illegale rusmiddelet i hele Europa og i Norge. Rapporter fra det europeiske overvåkingscenteret for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) har målt en økning i etterspørselen etter behandling de siste årene. (EONN, 2004,s.84))

Bakgrunnen for valg av problemstilling er at jeg har jobbet med utvikling og gjennomføring av et kurs for hasjavyhengige. Dette har vært et møysommelig arbeid, og jeg har funnet svært lite informasjon om lignende behandling i Norge. Jeg har fått mange henvendelser i denne tiden fra personer som ønsker tilbud om kurs, og fra pårørende som ønsker å få hjelp til sine ungdommer. Henvendelsene har kommet fra hele landet. Jeg får også henvendelser fra fagmiljøet som enten ønsker å melde noen på kurs eller få råd. Lignende kurs har vært holdt i Stavanger, Kristiansand og nå også i Oslo. Hasjavvenningskurs er ennå et nytt i Norge, og vi har lite resultater å vise til. Sett i lys av den økte forståelsen for skadevirkninger av cannabismisbruk ønsker jeg nå å fordype meg i temaet, og se nærmere på behandling av cannabisavhengighet og eventuelle resultater av behandling.

### 1.1 Problemstilling

Jeg har tidligere skrevet semesteroppgave om psykiske skadevirkninger av cannabismisbruk, og i forlengelsen av det ønsker jeg å rette søkelys mot behandling av cannabismisbruk. Jeg har valgt å formulere problemstillingen slik;

**Trenger vi et eget behandlingstilbud for cannabisavhengige, og sett i forhold til skadevirkningene; hvilke effekter har behandling av cannabismisbruk?"**

Opgavens empiriske grunnlag er en australsk studie om korte intervensjoner for voksne cannabismisbrukere (Copeland et al.) 2001), en dansk rapport fra cannabisbehandling og min evaluering/rapport fra et hasjavvenningskurs for LAR klienter jeg har vært kursleder for. Copelands studie er grundig analysert, og metode for denne er beskrevet sammen med presentasjonen av den. I tillegg har jeg hentet inn statistikk om utbredelse, bruk og behandlingsbehov fra KRIPOS, EONN (Det europeiske overvåkingscenteret for narkotika og narkotikamisbruk) og SIRUS (Statens Institutt for rusmiddelforskning).

## 1.2 Avklaring av begreper

### 1.2.1 Cannabis

Cannabis er fellesbetegnelsen på hasj, marihuana og cannabisolje. De stammer alle fra samme plante; Cannabis Sativa. Det er ca. 420 kjemiske stoffer i cannabis hvorav 60–80 av dem gir rusvirkning. Disse kalles cannabinoider. Det viktigste stoffet er THC; tetrahydrocannabinol. Innholdet av THC varierer og hasj inneholder mer THC enn marihuana, mens oljen inneholder mest. I Norge er det mest hasj som blir brukt, men det både dyrkes og brukes marihuana i Norge. Marihuana er de tørkede bladene og toppskuddene fra planten mens hasj er plantens harpiks. Denne harpiksen tørkes til en mer eller mindre hard substans, og selges som oftest i plater som skjæres eller brykkes i mindre biter. Cannabisolje er en ekstrakt av de aktive stoffene, og seig og tykflytende. Gateprisen på 1 gram hasj er ca 100 kr i Norge. En brukerdose er ca. 0,5-1 gram. Hasjen blandes som oftest med tobakk og røykes i piper av forskjellig slag, eller rulles til såkalte jointer og røykes som sigaretter. Cannabis kan også spises, men dette er mindre vanlig.

Cannabis i forskjellige former



Figur 1 bildet er hentet fra; [www.fife.police.uk](http://www.fife.police.uk)

### 1.2.2 Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi er en form for psykoterapi som opprinnelig ble utviklet av amerikanerne Albert Ellis, psykolog, og Aaron Beck som er psykiater. Kognitiv terapi ble opprinnelig utviklet for psykiske lidelser som depresjon og angst. Grunntanken i terapien er at



følelser og atferd i stor grad blir bestemt av hvordan vi strukturerer vår verden gjennom tanker. (Wikipedia, 2006) Kognitiv terapi er godt dokumentert gjennom empirisk forskning, og de behandlingsmetoder jeg presenterer i denne oppgaven er i stor grad basert på kognitiv terapi.

Fekjær skriver om kognitiv terapi;

*”Kognitiv behandling er basert på at individets tankesystemer, oppfatninger og forklaringer er avgjørende for individets følelser og handlinger, og derfor bør endres i behandling” (Fekjær,2004)*

Det blir i denne formen for terapi behandlers oppgave å hjelpe klienten til å utforske det logiske grunnlaget for de tanker og atferd klienten har, og hjelpe til med å etablere alternative måter å tenke og dermed handle på. ( Steinberg 2005 og Fekjær 2004)

### **1.2.3 LAR**

LAR står for legemiddelassistert rehabilitering. Det vil si substitusjonsbehandling av opiatavhengighet. Det innebærer daglig inntak av enten metadon eller subutex, evt. subuxone. Det er ment å være et tiltak for personer over 25 år som har et langvarig opiatdominert misbruk bak seg, og hvor andre typer tiltak ikke har ført frem. LAR er et langsiktig tilbud som i de fleste tilfeller er livsvarig. Selve medisineringsen er ment å skulle fjerne trangen til opiater (som heroin), og gjøre klientene mer mottagelig for videre rehabilitering.

### **1.2.4 NADA**

NADA står for National Acupuncture Detoxification Association og er et øreakupunkturprogram for avgiftning og abstinenssymptomer. Øreakupunktur har vist seg virksomt ved angst, søvnløshet, fysisk og psykisk uro, anspenhet, irritabilitet, abstinenser og stofftrang. Det settes nåler i fem punkter i hvert øre, og pasienten sitter med disse i 30–45 minutter. Behandlingen er nonverbal, og mottageren skal sitte stille og slappe av mens det pågår for best effekt. De fleste vil føle seg avslappet under og etter behandling.

NADA ble utviklet i begynnelsen av 1970 av den amerikanske psykiateren Michael Smidt på bakgrunn av erfaringer fra Hong Kong hvor man hadde behandlet narkomane med akupunktur. I USA blir denne behandlingsformen brukt i fengslene, og rettsapparatet dømmer kriminelle til slik behandling. Også i Norge har denne behandlingen blitt populær, og blir brukt både i rusbehandling og i fengsel.( muntlig kilde; Rita Nilsen, kontaktperson for NADA Norge)

## 2.0 Metode

### 2.1 Mitt ståsted

Utgangspunktet for valg av problemstilling er at jeg har jobbet/ jobber med utvikling og gjennomføring av et avvenningskurs for hasjrøykere. Jeg har selv vært avhengig av cannabis i flere år, og har brukt den samme selvhjelpsguiden som jeg har brukt under kurset da jeg sluttet for 3 år siden. Denne guiden kom jeg over da jeg søkte på nettet for å finne gode argumenter *for* hasjrøyking. Den informasjonen jeg da fikk tilgang til førte igjen til at jeg klarte å slutte. Tanken om at dette kunne virke for andre hasjrøykere gjorde at jeg søkte etter tiltak for hasjmisbrukere og fant en avisartikkel fra Stavanger om et hasjavvenningskurs. Jeg tok kontakt med Uteseksjonen i Stavanger som hadde arrangert dette kurset og fikk nyttig informasjon. Jeg kontaktet også Sosialmedisinsk Senter i Tromsø for å få opprettet en ressursgruppe for kurset. Deretter begynte snøballen å rulle og to og et halvt år senere startet jeg det første kurset i Tromsø. I første omgang for LAR (legemiddelassistert rehabilitering) klienter som slet med å legge vekk hasjen. Dette kurset er nå avsluttet og en rapport fra kurset vil bli presentert i analysekapittelet.

Det at jeg selv har vært en del av dette miljøet jeg observerer og beskriver kan ha hatt innvirkning på resultatene. Dette kan ha ført til at jeg har vært bedre i stand til å forstå ting som har skjedd, men det kan også ha ført til at jeg har oversett noe. Jeg har jobbet med denne problematikken lenge og det kan tenkes at jeg har tatt ting for gitt og ikke gitt forklaring der det har vært nødvendig. Jeg har hatt dette i bakhodet mens jeg har jobbet med det, og håper jeg har klart å holde den nødvendige avstanden til materialet.

Dessuten kan det være en fordel at forhåndskjennskap til miljøet setter en i stand til å forstå bedre det som skjer, og til å unngå pinlige feilslutninger og misforståelser. På den annen side kan fortrolighet med miljøet og dets skikk og bruk føre til at man tar atskillig mer for gitt enn en forsker bør gjøre. ( Repstad, 1998, s. 30)

### 2.2 Innhenting av informasjon

For å finne relevant teori og data har jeg søkt på nettet om behandling av cannabismisbruk og antall cannabisavhengige. Jeg har i veldig stor grad brukt nettsidene til EMCDDA som står for European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Dette er EUs

overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk. Senteret har som hovedoppgave å gi fagfolk og politikere bakgrunnsinformasjon og opplysninger for å treffe virkningsfulle tiltak. I litteraturlisten og i teksten er det referert til som EONN som er den korrekte, norske betegnelsen. Når det står referert til EMCDDA er det fordi jeg da har brukt et dokument som ikke var oversatt til norsk. I årsrapporten for 2004 fra EONN var det rettet spesielt søkelys på cannabis, og jeg har derfor brukt denne rapporten mye.

Jeg har også brukt nettsiden til SIRUS som utgangspunkt for å søke etter statistikk. Her fant jeg rapporten ”Rusmidler i Norge” som ga meg mye nyttig statistikk om ungdoms holdninger og bruk av cannabis. Her fant jeg også link til klientkartleggingsdata fra 2004 som blant annet viser mest brukte rusmiddel blant klienter i rusbehandlingen. I alt har 107 tiltak levert tellinger for 2004. Statistikk om antall beslag og narkotikakriminalitet har vært hentet fra Kripos på nett.

Jeg har brukt søketjenesten Google Scholar og søkt på ord som; *cannabis*, *cannabis + treatment*, *cannabis+cognitive*, *cannabis+outpatient treatment*, *hasjmisbruk*, *hash*, *hashprogram* og *hasjkurs*. Disse søkene resulterte i en rekke artikler og rapporter om cannabis og behandling fra utenlandske nettsteder og tidsskrifter (se litteraturliste). Det var nødvendig å registrere seg på noen av disse sidene for å få tilgang, og noen artikler måtte jeg kjøpe. Med dette søket fant jeg blant annet den australske studien til Jan Copeland et. al i Journal of Substance Abuse Treatment som jeg har brukt som datagrunnlag i analysen. Jeg fikk også et tips via mail fra en diskusjonsgruppe (fra Hans Olav Fekjær) jeg er med i om en nettside med oversikt over evidensbasert rusbehandling som jeg har brukt. Her fant jeg nyttig informasjon og eksempler på tiltak som nytter.

Når det her er presentert skadevirkninger er det skadevirkninger ved langvarig og intensivt bruk jeg vil forsøke å klarlegge. Akutte skadevirkninger er valgt bort og jeg konsentrerer meg om de kroniske skadevirkningene. Cannabismisbrukere som kommer til behandling vil jo som regel ha et langvarig misbruk bak seg og med det en rekke kroniske plager. Jeg har også valgt å ikke fokusere på fysiske skadevirkninger da disse ikke er så uttalte som de psykiske skadeeffektene. I behandling er det jo nettopp de psykiske og kognitive skadene man behandler.

## 2.3 Avvenningskurs for hasjrøykere

Jeg har som tidligere beskrevet vært kursleder for et avvenningskurs for hasjrøykere. Det har i alt deltatt 5 personer på kurset, hvorav 4 var menn. De hadde alle blitt påmeldt via saksbehandler på Sosialmedisinsk senter i Tromsø. Det var i alt 9 påmeldte men bare 5 som møtte opp. To av deltagerne sluttet underveis, den ene på grunn av fengselsstraff og den andre på grunn av innleggelse på rusklinikk.

Alle var under legemiddelassistert rehabilitering, dvs. de fikk metadon eller subutex som er en substitusjonsbehandling for opiatavhengighet. Kursopplegget har vært tuftet på teoriene til Thomas Lundqvist, og vi har brukt ”En guide til deg som vil slutte med hasj” (Lundqvist 1998) som grunnlag for diskusjoner og refleksjoner under kurset.

Alle ble innkalt skriftlig til en samtale før oppstart for å kartlegge motivasjon, bakgrunn, evt. fysisk og psykisk sykdom og sosialt nettverk. I tillegg skulle de fylle ut et skjema som avspeiler grad av avhengighet. Ikke alle møtte til denne samtalen, bare to av fem. Ved oppstarten av kurset fylte de deltagerne som ikke møtte til avklaringssamtale ut et skjema for å måle grad av avhengighet og misbruksmønster. 4 leverte svar på dette spørreskjemaet (se tabell 3).

Dette skjemaet er utarbeidet av Uteseksjonen i Stavanger der det første hasjavvenningskurset ble holdt.

Kursmøter ble holdt 3 ganger i uka de første to ukene, deretter to ganger i uka i tre uker og så en gang i uka deretter. Hvert møte varte i ca to timer. Kurset var gratis for deltagerne.

Tromsø kommune ved rus og psykiatritjenesten og Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon dekket de utgiftene vi hadde, bl.a. til forskjellige aktiviteter.

Alle kursdeltagerne kjente hverandre fra før, og alle kjente også meg fra før. Vi var alle blitt kjent mens vi enda ruset oss. Dette kunne tenkes å få betydning for samspillet i gruppa. Det ble brukt tid på dette de to første møtene. Deltagerne fikk spørre de spørsmålene de brant inne med i forhold til meg og min rushistorie, og vi fikk avklart hvilken rolle jeg hadde i gruppa. Dette fungerte fint, og jeg opplevde ikke dette som et problem under gruppemøtene. Jeg fikk tvert imot tilbakemeldinger på at siden jeg hadde vært gjennom dette selv hadde det jeg sa større tyngde enn det ellers ville hatt.

### **2.3.1 Hasjguiden og fasene i avvennigskurset**

Guiden eller selvhjelpsheftet som ble brukt under kurset er utarbeidet av personale ved Rådgivningsbyran i narkotikafrågor i Lund (Sverige) med god hjelp fra pasienter/klienter. Ideen har de hentet fra National Drug and Alcohol Research Centre ved University of New South Wales, Sydney, Australia. Guiden inneholder en del spørsmål designet for å bevisstgjøre den enkelte. Det første er å svare på hvorfor man røyker hasj, hvilket misbruksmønster man har og hvorfor man vil slutte. Disse spørsmålene ble det fokusert på under de første møtene. De neste møtene ble brukt til å gå gjennom en 41 punkts symptomliste for å sjekke hvor mye hasjen hadde nedsatt funksjonsevnen. Disse spørsmålene går på språklige evner, evne til å dra riktige slutninger, fleksibilitet i tankene, hukommelse, evne til å sette deler sammen til en helhet, evne til å orientere seg i rommet og helhets og gestaltminne. Symptomlisten er laget på bakgrunn av opplysninger fra 400 hasjrøykere. Noen av deltagerne trengte hjelp med å fylle ut svarene, da ikke alle spørsmålene ble forstått riktig. Dette brukte vi flere møter på.

De neste punktene i guiden dreier seg hva som skjer når man slutter med hasj. Guiden tar for seg de tre fasene man gjennomgår i avvenningen. Den første fasen varer ca. 12 dager (noen ganger lengre) og består av en rekke fysiske og psykiske symptomer. Det dreier seg om søvnforstyrrelser, økt svetteproduksjon, muskelsmerter, hodepine, forkjølelse, diaré, irritasjon og økt drømmeaktivitet. I denne fasen blir det fokusert på lindring av symptomene, erfaringer fra tidligere avrusningsforsøk og tilbakefall. Deltagerne ble oppfordret til å legge merke til hva som skjer, sammenligne fra dag til dag og tenke etter hvilken forandring som skjer. De ble også oppfordret til å legge merke til hverandres forandring. Deltagerne fikk utdelt et gavekort på aromaterapimassasje for å lindre noen av symptomene. Jeg tok også opp at de måtte være oppmerksomme på at de kunne få reaksjoner på massasjen. Det kunne komme følelser for dagen de kunne ha behov for å bearbeide, og dette kunne de enten ta opp med meg alene eller i gruppa.

Den andre fasen i abstinensperioden har et psykologisk preg. Det som skjer er at når hasjen gradvis forsvinner fra fettvevet har den heller ikke noen beroligende effekt. Da kan følelser man har fortrent med hasjen ikke lengre holdes tilbake. Dette gjelder både positive og negative følelser. Mange opplever følelsesutbrudd som gråteanfallet og indre uro. Man får også økt drømmeaktivitet, og drømmene blir mer intense. I denne fasen blir det fokusert på å lære seg å kjenne sine fluktreaksjoner, bearbeiding av de fremvoksende følelsene. Deltagerne

ble oppfordret til å tenke etter hva som fungerer bra og hva som gjør at man blir dårligere.

Hovedtema i denne fasen er refleksjon og ettertanke.

Den tredje fasen i avvenningen handler om en ny identitetsutvikling og har et sosialt preg. Det fokuseres på nye måter å løse problemer på, planlegging av framtiden og ettertanke. Mange har sorgreaksjoner og kan kjenne tomhet og savn. Det ble oppfordret til å gå tilbake og se på svarene i begynnelsen, og legge merke til forandringer til det bedre. I denne fasen gjorde vi mye sosialt sammen, gikk på kino, på kafé og vi lagde middag sammen.

Vi snakket også om hvordan å unngå tilbakefall, og hvordan man forholder seg til gamle ”hasjvenner”. Tema som ble tatt opp er hvordan lage nye rutiner, lage realistiske mål, handlingsberedskap for stressituasjoner og nye relasjoner. Vi snakket også om å ikke erstatte hasjen med andre rusmidler som f. eks alkohol. Deltagerne ble oppfordret til å hele tiden å være seg bevisst hva som førte til at de ønsket å slutte, og hva som har forbedret seg i tiden etter at de sluttet.

## 2.4 Bakgrunn for valg av metode

Resultater og evaluering av kursopplegget blir presentert i form av en rapport i datakapittelet. Jeg har valgt å bruke rapport/evalueringsformen fordi det gir et mer helhetlig bilde av kurset enn individuelle intervjuer ville gjort. På denne måten er det også lettere å sammenligne med andre evalueringsrapporter jeg har hentet inn. Jeg har likevel valgt å bruke enkelte utsagn fra kursdeltagerne. Dette er ting som har kommet frem enten på gruppemøtene eller ved samtaler med den enkelte. Dette har jeg innhentet tillatelse til å gjøre, og informantene er anonymisert. Da grunnlaget for analyse med bare tre deltagere som fullførte er for tynt har jeg valgt å også gjennomgå et annet behandlingsforsøk med flere deltagere. At denne undersøkelsen ikke er norsk har liten betydning, da jeg går ut fra at cannabisavhengighet er det samme uansett hvilket land du kommer fra. Både metode og resultater for dette blir gjennomgått i presentasjon av datagrunnlaget.

For å bedre kunne forstå og beskrive metoden for dette forsøket måtte jeg også bruke internett for å finne ut av en del forskningsverktøy som har vært brukt her. Jeg søkte da på WHO's nettsider og på Google, og url for referansene er gjengitt i litteraturlisten. For å være sikker på korrekt oversettelse har jeg brukt *Clue*, et oversettingsverktøy på nett, når jeg har vært usikker på ord (se url i litteraturliste). Jeg har også funnet frem til flere andre rapporter og kontrollerte studier av cannabisbehandling som jeg bruker i teori og analysekapittelet. I tillegg har jeg valgt å gå gjennom en dansk rapport om behandling av cannabismisbruk. Dette er fordi det

behandlingsprogrammet gikk over mye lengre tid. Jeg har da grunnlag for å sammenligne evt. forskjeller i resultatene i forhold til tidsperspektivet på behandlingen.

## 3.0 Teori

### 3.1 Hvordan virker cannabis?

Virkningene av cannabis, som av andre stoffer, kan variere sterkt og avhenger dels av mengde stoff og innhold av THC, dels av personlighetstypen til brukeren, dels av omgivelsene og forventninger til rusen. For noen vil rusen oppleves som ubehagelig med kvalme og svimmelhet. Dette gjelder særlig de som ikke har erfaring med hasj fra før.

Man skiller mellom akutte og kroniske rusvirkninger. De akutte virkningene inntreffer kort tid etter inntak, og har flere faser. De fysiske symptomene er hjerteklapp, lett svimmelhet, økt puls og tørrhet i øyne og munn. Psykisk opplever man tankemylder og man blir pratsom og utadrettet. Man føler seg oppstemt og glad. Etter en tid går dette over og man blir mer innadventt men er fortsatt aktiv i tankene, og har mange assosiasjoner og tankene hopper fra det ene til det andre. Man opplever farger og lukter mye sterkere, og man kan oppleve at man ser ting klarere enn før. Denne fasen varer omtrent 3-4 timer. Etter denne første positive rusfølelsen går man inn i en fase hvor man blir treg, sløv, uengasjert og trøtt (Lundqvist, 1999). Å være under påvirkning av cannabis kalles å være "stein" eller "høy". Cannabis er et fettløselig stoff og det medfører at det forblir i kroppens fettvev i minst 4 uker etter bruk. Røyker man oftere enn hver 6. uke vil denne passive rusen forsterkes og bli til en kronisk rus. Under påvirkning av denne kroniske rusen får den akutte rusen ny funksjon, man røyker for å føle seg normal, og for å bli opplagt og aktiv igjen (Lundqvist, 2000, Simon 2003). Storførbrukere av cannabis vil derfor ha et konstant lager av cannabis i kroppen, og ved opphør av bruk er det kjent at det kan ta flere måneder før det er helt borte.

### 3.2 Skadevirkninger ved langvarig bruk av cannabis

Når det gjelder skadevirkninger av cannabismisbruk er det bred enighet blant forskerne om de kognitive skadevirkningene. Lundqvist beskriver disse som svekkelse på følgende områder; språklige evner, evne til å dra riktige konklusjoner, evne til fleksibilitet i tankene, hukommelse, helhetstenkning og gestaltminne (Lundqvist 1999). Dette støttes av Messinis som i sin undersøkelse fant at langtidsbrukere kunne færre ord, hadde svekket verbal hukommelse, dårligere flyt i språket, oppmerksomhetssvikt og var tregere psykomotorisk.

Han fant også at disse svekkelsene syntes å bli gradvis verre jo lengre tid man hadde brukt cannabis( Messinis et al., 2006).

Nadia Solowij har utført en rekke undersøkelser på kroniske cannabisbrukere, og fant også svekkelser på de kognitive funksjonene. Hun beskriver disse svekkelsene som dysfunksjon i fordeling av oppmerksomhet. Dette vil si svekket evne til å fokusere oppmerksomheten og ignorere irrelevant informasjon. Det ble også påvist betydelig psykomotorisk svekkelse hos forsøkspersoner med langvarig misbruk. Hun fant også at disse svekkelsene ble verre jo flere år man hadde brukt cannabis. Dette var uavhengig av hvor ofte man røykte. Dette mener hun kan tyde på en varig svekkelse som kan gjenspeile gradvise forandringer som skjer i hjernen som et resultat av en opphopning av cannabis i kroppen( Solowij ,1998).

Andre psykiske skadevirkninger av kronisk cannabismisbruk som er rapportert er økt angstnivå, depresjoner, psykoser og aggresjon (Lundqvist, 2000, Simon, 2003, Solowij 1998 og Tims 2002). Disse funksjonssvekkelsene fører til en avskjermet og passiv holdning til livet hevder Lundqvist. Han har i en studie av kroniske hasjmisbrukeres følelse av sammenheng (følelse av den indre og ytre verden) vist at kroniske hasjrøykere i behandling scorer signifikant lavere på følelse av sammenheng enn kontrollgruppen (Lundqvist 2000).

### 3.3 Behandling av cannabismisbruk

Behandling av cannabismisbruk er et relativt nytt fenomen, forskningslitteratur om slik behandling har bare eksistert i et tiår. De behandlingsmetodene for cannabismisbruk som er utviklet er alle på en eller annen måte bygget på en kognitiv atferdsterapimodell (Copeland 2004). Her i Norge har spesielle programmer for dette bare eksistert i noen få år. Det første hasjavvenningskurset ble arrangert av Uteseksjonen i Stavanger i 2003,men det foreligger ikke noen kontrollerte studier på dette i Norge. Evaluering av slike hasjprogrammer har blitt gjennomført i to danske kommuner, og jeg vil presentere en av disse kort under empiri etter å ha gått gjennom teori om kognitive tilnæringsmetoder i rusbehandlingen.

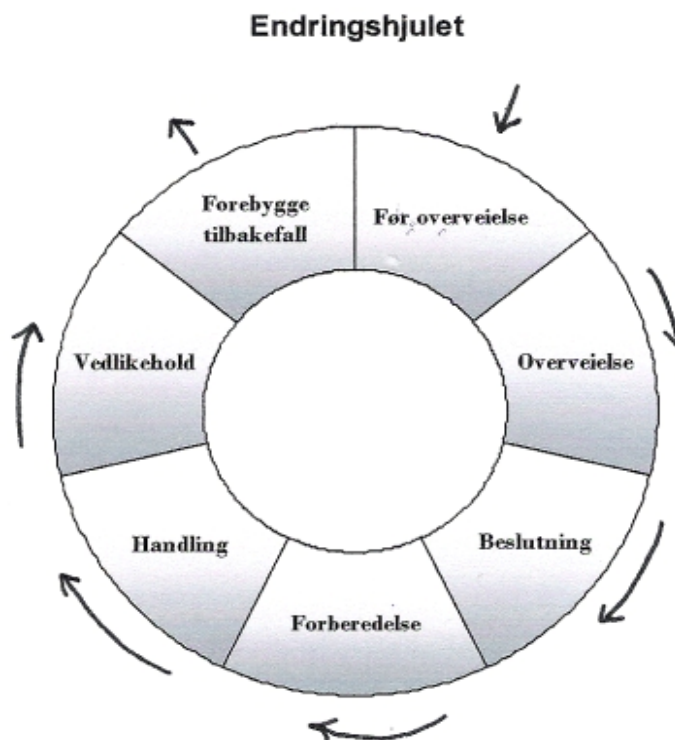
#### 3.3.1 Kognitiv atferdsterapi; prinsipper i behandlingen

Dette er en metode som fokuserer på sammenhengen mellom tanker (kognisjon), følelser og atferd (reaksjoner). Det kan forklares som en identifisering av negative tankemønstre og hvilke konsekvenser dette får for følelser og atferd. Behandler veileder klienten til å identifisere tanker og feilslutninger, og lærer han/hun til å erstatte disse med andre mer



rasjonelle tanker og handlingsmønster. For å bedre kunne bidra til endring må behandler først identifisere hvor langt klienten er kommet i prosessen mot endring.

De ulike stadiene i endringsprosessen blir gjerne beskrevet som et "endringshjul" og består av 7 ulike stadier. I all rusbehandling er det viktig å få klarhet på hvilket stadium klienten befinner seg i for best å kunne avgjøre hva han/hun trenger for å komme videre. Disse stadiene er som oftest ikke en jevn prosess, man kan stoppe opp på et stadium eller man kan gå tilbake (Fekjær, 2004 og Schmacke, 2002). Dette er kjente prosesser for alle som har vært gjennom avrusning og tilbakefall.



Figur 2. Endringshjulet

Stadiene i endringsprosessen er;

**1. Før overveielse:** Klienten tenker ikke alvorlig på å forandre sin livsstil og tenker lite på sitt rusproblem. Unngår informasjon som kan føre til motivasjon og endring. I denne fasen jobber behandler med motivasjonen ved hjelp av en teknikk kalt *motiverende samtale*.

Fekjær beskriver denne samtaleteknikken slik;

Motiverende samtale tar sikte på å skape en slitesterk beslutning. Teknikken dreier seg om å drøfte fordeler og ulemper ved atferdsendring på en nøytral, ikke-konfronterende måte. Ambivalens tas som naturlig. Behandleren understreker at forandring er mulig. (Fekjær, 2004, s. 221)

**2. Overveielse:** Man tenker alvorlig på å gjøre en forandring, bare ikke med en gang. Man vurderer fordeler og ulemper ved fortsatt rusing. Ambivalensen er sterk på dette stadiet. Behandler jobber med ambivalensen, fortsatt ved bruk av motiverende intervju I den kognitive tilnæringsmåten betrakter man motivasjon som en foranderlig og skiftende tilstand som påvirkes av klientens tanker, følelser og omgivelser.

**3. Beslutning:** Klienten er på dette stadiet motivert til å redusere eller avslutte sitt misbruk, og ser at forandring av levevanen har flere fordeler enn ulemper. Behandler jobber med å styrke beslutningen, legge realistiske planer og forutse eventuelle vanskeligheter.

**4. Forberedelse:** Klienten har nå konkrete planer om forandring innen kort tid. Behandler hjelper til med å legge en realistisk og konkret plan for framtiden.

**5. Handling:** Klienten kutter ut eller reduserer sitt forbruk av rusmiddel/rusmidler. I dette stadiet møter klienten store vanskeligheter, og behandler hjelper til med å bearbeide negative følelser og evt. abstinenser.

**6. Forebygge tilbakefall:** Her jobber klient og behandler med å utvikle strategier for risikosituasjoner. Behandler kan her bygge mestringstillit ved å påpeke forandringen som har skjedd og gjøre klienten mer bevisst sine positive valg.

**7. Vedlikehold:** Her er det viktig med teknikker og strategier for å mestre fristelser. Man jobber fortsatt med forebygging av tilbakefall ved å identifisere høyrisikosituasjoner og utvikle motstrategier.

( Fekjær, 2004 og Schmacke, 2002)

### **3.3.2 Kognitiv atferdsterapi i behandling av cannabismisbruk**

Kognitiv atferdsterapi ser på tvangsmessige, vanedannende atferder og negative sinnsstemninger som lært og ikke som et resultat av en karakterbrist hos klienten.

Cannabisavhengighet er sett på som en tillært atferd som har utviklet seg som en reaksjon på ytre (miljø og relasjoner) og indre (følelser og tanker) omstendigheter. Denne atferden kalles

også misbruksmønster. Misbruksmønsteret bærer preg av automatiske tanker som utløser stofftrang. Når brukeren av cannabis blir utsatt for visse stimuli (indre eller ytre) utløses såkalte ”grønt lys” tanker; jeg behøver en tjall (slang for hasj) nå, eller; jeg fortjener å bli stein nå, osv. Disse tankene utløser konkrete handlinger som å skaffe seg hasj, og røyke den. Fordi atferden er lært, kan den avlæres. Avlæringen oppstår gjennom læring av nye ferdigheter og forsterking av klientens muligheter til forandring. Man forsøker å bryte dette kretsløpet av automatiske tanker som fører til uønsket rushandling. Klienten utvikler ny kompetanse til å identifisere og takle høyrisiko (indre og ytre) tilstander som øker sjansen til rusing. Behandleren/rådgiveren tildeler noen ganger klienten hjemmeoppgaver for å trene på å bruke de nye ferdigheter. Klientens deltagelse i egen behandling og behandlerens eller rådgivers positive tilbakemelding øker klientens tiltro til å håndtere situasjoner og utvikle varig atferdsendring. (Schmacke, 2005, Steinberg, 2005 og Lundqvist, 1998 )

### **3.3.2 Gruppebehandling**

De fleste behandlingsprogrammer for cannabis er organisert som gruppebehandling. Gruppebehandling har den fordelen at gruppemedlemmene kan dele sine erfaringer og lære av hverandre. Det kan også bidra til å øke de sosiale ferdighetene der klienten/klientene har mangelfull sosial trening. Den bidrar også til å styrke selvbildet da man ikke lenger er alene om sitt problem. Grupper kan være spesielt bra for klienter med mange nederlag i forhold til relasjoner, med dårlig selvhevdelse og for de som er sosialt isolerte (Fekjær, 2004). Grunntanken bak gruppearbeid er at medlemmene i gruppa kan hjelpe seg selv og andre ved å dele følelser, holdninger, erfaringer og løsninger. Gruppen i seg selv blir en ressurs, og gruppeprosessen blir ansett for å være den viktigste ressursen i slik behandling. Ken Heap(2005) siterer Vinter (1967); ”gruppen er ikke bare rammen om behandlingen, den er også behandlingens hovedmiddel...” Gruppen betraktes som et eget sosialt vesen og det er hele tiden et samspill mellom hver enkelt klient og gruppen (Heap 2005,s.23) Fekjær (2004) beskriver gruppeprosessen kort som;

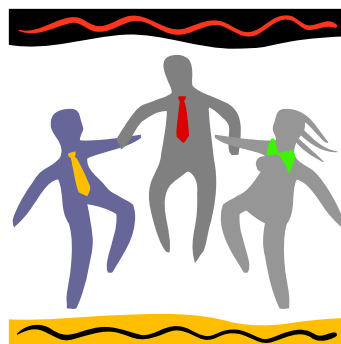
Klientenes tilbakemeldinger til hverandre kan ofte være mer effektive enn om de kom fra behandlerens munn. Klientene utfordrer hverandres motivasjon, oppfatninger og strategier. De deler sine erfaringer, lærer av hverandres vellykte og mislykte strategier og får utvidet sine repertoar av mestringsstrategier.

(Fekjær, 2005, s. 239)

Gruppeleder bidrar til dette samspillet ved å delta og observere. Gruppeleder har ofte en mer sentral rolle i begynnelsen på gruppearbeidet, før gruppeprosessen kommer ordentlig i gang. Etter hvert hvis, gruppa har et godt samspill, kommer gruppeleder mer i bakgrunnen og observerer mer enn deltar. Gruppeleder kan også fremstå som en rollemodell for gruppedeltagerne, og bidra til et godt samspill og formålstjenlige normer. (Fyrand, 2005 og Heap, 2005) Gruppelederens rolle er ”.. å planlegge, igangsette, komme med forslag, informere, avklare, tolke, konfrontere, støtte og tilrettelegge.” (Heap, 2005, s.33).

I gruppebehandling er det viktig å tenke på gruppas sammensetting, at deltagerne befinner seg i noenlunde samme situasjon. Ikke alle grupper bidrar til vekst og problemløsning. Det er viktig å tenke gjennom hvordan gruppen er dannet, sammensatt og ledet. Det kan være problematisk å behandle f. eks ungdommer med et marginalt rusproblem sammen med eldre tunge rusmisbrukere. Her har den som setter i gang gruppa og leder den et ansvar for å tenke igjennom hvordan gruppa blir sammensatt (Heap, 2005).

Hvor mange som er med i gruppa har også betydning. Generelt er det enighet om at behandlingsgrupper bør være mindre enn oppgaverrettede, utviklingsorienterte eller beslutningstakende grupper. Ifølge Heap (2005) er grupper på 4-5 mest trygge og den størrelse som passer best til å jobbe sosio-emosjonelt. I spekteret mellom 4-6 er man best i stand til å gi uttrykk for følelser og personlige ting. Blir gruppestørrelsen over 7 blir man mindre opptatt av følelser og relasjoner. Man kan da fokusere bedre på oppgaver og å produsere noe. Store grupper vil med økende medlemstall bli mer preget av markert statusfordeling og svekket interaksjon, og det vil danne seg undergrupper (Heap, 2005)



## 4.0 Empiri

### 4.1 Statistikk om utbredelse og bruk av cannabis

Utbredelsen av cannabis økte fra første halvdel av 1990 årene til år 2000. Andel som oppga å ha brukt cannabis noen gang lå da på 17–19 % på landsbasis og 27–28 % i Oslo. Etter dette har det faktisk vært en viss nedgang i utbredelsen ifølge den årlige undersøkelsen ”Rusmidler i Norge” i regi av SIRUS. I 2005 var det ca 15 % på landsbasis i aldersgruppa 15–20 år som oppga å ha brukt cannabis noen gang og 21 % i Oslo. På spørsmål om cannabisbruk de siste 6 måneder var tallet 7 % på landsbasis og 11 % i Oslo.

Tall fra klientkartleggingsdata viser at 9 % av menn i behandling rapporterte cannabis som mest brukte rusmiddel. Det tilsvarende tall for kvinner er 7 %.

Antall klienter var 20 856, henholdsvis 6285 kvinner og 14 571 menn (Iversen et al, 2004). Ifølge det europeiske overvåkningscenteret for narkotika og narkotikamisbruks registrering av nye klienter i 2003 for Sverige og Finland (her fins ikke data fra Norge) var det i Finland 38,1 % og i Sverige 30 % av det totale antallet nye klienter i behandling som hadde cannabis som hovedrusmiddel. I denne statistiske oversikten fins også en oversikt over nylig bruk av cannabis (siste år) blant unge mellom 15–34. Her ligger Norge litt over Sverige og Finland, det vil si 8,1 % i forhold til 7,1 % i Finland og 5,3 % i Sverige (EMCDDA, 2005). Når det gjelder etterspørselen etter behandling for cannabismisbruk, er det samlet for hele Europa den nest mest etterspurte behandlingen. Tallene varierer fra 2-3 % i noen østeuropeiske land til 20–40 % i noen av de eldre EU statene. 39 % av nye klienter som har cannabis som hovedrusmiddel er mellom 15–19 år. Nesten alle er yngre enn 30 år (EMCDDA, 2005). Tall fra Kripos fra 2005 viser at cannabis utgjør 42,8 % av antall narkotikabeslag. Mengde er 1,3 tonn og dette utgjør mellom 1,3–2,6 millioner brukerdoser. Det er beslaglagt cannabis i alle landets politidistrikt. Høyest er Oslo med 779 kg. ( KRIPOS, 2004) Hvor mye dette utgjør av total mengde i omløp er vanskelig å anslå, og jeg har heller ikke klart å finne opplysninger om dette.

## 4.2 “A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for cannabis use disorder”

### 4.2.1 Metode

Deltagerne til dette studiet ble rekruttert via annonser i lokale aviser og gjennom radio. Dette resulterte i 1075 telefonsamtaler som igjen resulterte i 510 interesserte kandidater. Av disse ble 238 screenet for deltagelse. De som ikke valgte å lage en avtale fikk utdelt en selvhjelpsguide for å slutte med cannabis. Etter screening ble ytterligere 9 ekskludert på grunn av bekymringsfullt alkoholforbruk. De som fikk delta måtte ha et ønske om å avslutte sitt cannabismisbruk og de måtte ikke ha mer enn ukentlig bruk av andre rusmidler enn alkohol, nikotin og cannabis. Potensielle deltagere ble også ekskludert hvis de hadde fått behandling for sitt cannabisproblem i løpet av de siste tre måneder eller hvis de var i behandling for andre rusproblemer. Personer med mentale lidelser ble kvalifisert for å delta, hvis symptomene var milde og stabile, og ikke ansett for å påvirke evnen til å gjennomføre tilfredsstillende. Ingen ble ekskludert på dette grunnlaget.

Screeningen besto av et strukturert klinisk intervju bestående av rushistorie, familiehistorie angående rus og psykiske problemer, mønster og historie i forhold til cannabisrelaterte problemer, cannabisavhengighet, tidligere behandlingserfaringer og psykisk helse.

Cannabisinntak ble målt ved hjelp av Opiate Treatment Index, et strukturert intervju hvor man ved hjelp av spørsmål kalkulerer kvantitet/frekvens. Det gjør man ved å måle inntak de siste tre dager og deler dette med tidsintervall mellom dagene (WHO, Opiate Treatment Index, 2006 ).

Cannabisavhengighet ble målt ved hjelp av CIDI (Composite International Diagnostic Interview), 12 måneders versjon, som er et standardisert instrument for bedømming av mentale lidelser i samsvar med definisjoner og kriterier fra ICD-10 og DSM-IV. (WHO, CIDI, 2006)

For å måle psykisk avhengighet brukte de SDS (Severity of Dependence Scale) som er et 5 punkts spørsmålsskjema for å indikere avhengighetsgrad av opiater. Hver av de fem punktene har en 0-3 skala og den totale scoren blir lagt sammen fra alle fem spørsmål. Jo høyere score

desto alvorligere grad av avhengighet. Det hele tar under et minutt å gjennomføre. Her hadde de skiftet ut opiatet med cannabis (WHO, Severity of Dependence Scale, 2006).

Deltagerne fylte også ut et 53 punkts skjema (Cannabis Problems Questionnaire), et globalt mål på cannabisrelaterte problemer utviklet spesielt for denne studien. (Copeland et al. 2005) Det ble utviklet etter et lignende skjema for alkoholikere for å måle behandlingsutbytte. Det fokuserer på cannabisbruk i upassende situasjoner, samhandling med andre, psykiske bekymringer, fysisk helse, økonomi og tap av interesser og hobbyer.

Deltagernes psykologiske status ble målt ved hjelp av SCL-90 (Symptom Checklist-90) som er et 90 punkts selvrapporingsskjema for de siste 7 dager for å fastslå nåværende psykologiske symptomstatus. (Pearson Assessments, SCL-90-R, 2006)

Jeg har valgt bort en del av datagrunnlaget i denne studien, da jeg ikke fant det formålstjenlig å bruke det i forhold til problemstillingen. Dette gjelder justering i forhold til variasjoner sett i forhold til de forskjellige terapeutene. Dette ga likevel lite eller ingenting utslag på resultatene.

#### **4.2.2 Gjennomførelse**

Det var i alt 229 deltagere i denne studien. Aldersspredning var mellom 18–59 år. 159 (69,4 %) av dem var menn og 70 (30,6 %) var kvinner. Majoriteten av deltagerne var daglige brukere av cannabis, og de røykte i gjennomsnitt 8 vannpiper om dagen. Vannpipe var den mest brukte måten å røyke på, der hvor deltagerne røykte jointer ble dette ”oversatt” til antall vannpiper. Mindre enn 1/3 hadde fått behandling for sin avhengighet tidligere.

Deltagerne ble plassert i tre forskjellige grupper;

**6CBT:** En seks møters ”pakke” med kognitiv atferdsterapi bestående av motiverende intervju og tilbakefallprevensjon. De møttes en gang i uken, og møtene varte ca. 1 time. Her ble 78 deltagere plassert.

**1CBT:** En gruppe som fikk et 90 minutters langt møte med intensivt motiverende intervju samt utdeling av et selvhjelpshefte. Her var det 82 deltagere.

**DTC:** Kontrollgruppe på 69 personer som fikk en utsettelse på 24 uker, hvor de selv fikk velge behandlingstype etterpå.

Målet for alle gruppene var avholdenhet, men alle resultater ble registrert.

Gjennomføringen av behandlingen var følgende for de to gruppene som mottok behandling i perioden;

**6CBT:** 39 personer deltok opp på alle møtene, 7 deltok på 5 møter, 6 deltok på henholdsvis 4 og 3 møter, 7 deltok på 2 møter, 6 deltok på et møte og 7 deltok bare på den første vurderingen. Altså et gjennomsnitt på 4,2 møter pr. person.

**1CBT:** 72 personer kom til avtalen i denne gruppen (87,8 %)

Et mindre antall deltagere (16,9 %) hadde søkt annen assistanse for å moderere sitt misbruk i tiden mellom deltagelsen på studien og oppfølgingen. Disse var hovedsakelig deltagere plassert i **DTC** (44,4 % av de som søkte hjelp) og i **1CBT** (40,7 %) gruppene.

24 uker etter endt behandling ble deltagerne kontaktet og fulgt opp av en uavhengig forsker som ikke visste hvilken gruppe de hadde deltatt i. Denne oppfølgingen innbefattet en forkortet versjon av datainnsamlingen ved vurderingssamtalene og urinprøveanalyser som en kontroll av selvrapporingen. Deltagerne i **DTC** gruppen fikk velge en av de to behandlingalternativene etter oppfølgingsintervjuet.

Oppfølgende informasjon fra 74,2 % av deltagerne ble samlet inn i gjennomsnittlig 237 dager (mellom 102–553) etter deltagelse på siste behandlingstid, eller etter vurdering for de i kontrollgruppen. Det var ingen forskjell på gruppene i forhold til deltagelse på oppfølgingen. Oppfølgingen besto av urinprøver og selvrapporing.



Figur 3. Vannpipe av flaske

lastet ned fra; <http://www.hemphouse.no/trade/productlist/36/>



### 4.2.3 Resultater

6,5 % av deltagerne som fullførte oppfølgingen (11 av 158) var kontinuerlig rusfrie i hele perioden. Av disse var det 15 % (8stk) som hadde deltatt på 6CBT gruppen, 4,9 % (3stk) som hadde deltatt på 1CBT gruppen og ingen i kontrollgruppen. Ved oppfølgingen var den gjennomsnittlige prosentandel av rusfrie dager 37 %. Her var det en del forskjell i rapporteringen mellom gruppene. 1CBT gruppen rapporterte flest rusfrie dager med 44,8 %, DTC gruppen 29,7 % og 6CBT gruppen 35,9 %.

Man undersøkte også total rusfrihet i måneden før oppfølgingen, og fant her at deltagerne i behandlingsgruppene rapporterte flere dager rusfrihet siste måned enn kontrollgruppen. (DTC: 3,6 %, 1CBT:17,2 % og 6CBT: 20,8 %)

**Tabell 1. Grad av rusfrihet ved oppstart og oppfølging**

Variabel	gruppe	ved oppstart (%)	ved oppfølging (%)
Total rusfrihet	DTC	n/a	0
% av deltagere	1CBT	n/a	4,9
	6CBT	n/a	15,1
% av dager rusfrie	DTC	-	29,7
	1CBT	-	44,8
	6CBT	-	35,9
Rusfri siste måned	DTC	1,4	3,6
% av deltagere	1CBT	1,2	17,2
	6CBT	1,3	20,8

CBT= Cognitive behavioral therapy DTC= Delayed Treatment Control Group



Figur 4. Vannpipe i glass

lastet ned fra: <http://www.hemphouse.no/trade/productlist/36/>

Andre effekter som ble målt var grad av avhengighet og cannabisrelaterte problemer (se tabell 2, s. 20). Her fant man at både avhengighetsgrad og andel cannabisrelaterte problemer var signifikant lavere i behandlingsgruppene enn i kontrollgruppen. Det var også en synlig dose-respons effekt i begge disse sammenligningene (se tabell 2).

Deltagernes psykologiske status ble målt ved hjelp av Global Severity Index skala fra SCL-90-R (se metodekapittel). Her fant man ingen signifikante forskjeller mellom gruppene (se tabell 2, s. 20).

**Tabell 2 Sammenligning av cannabisrelaterte problemer ved oppstart og oppfølging**

*Gjennomsnittscore (Standardavvik)*

**CBT= Cognitive behavioral therapy DTC= Delayed Treatment Control Group**

Variabel	gruppe	oppstart	oppfølging
Daglig forbruk av cannabis siste måned (OTI-score)	DTC	2,2 (0,9)	1,8 (1,0)
	1CBT	2,0 (0,8)	1,5 (1,2)
	6CBT	2,1 (0,8)	1,3 (0,9)
Cannabisavhengighet (SDS-score)	DTC	9,3 (2,6)	9,2 (3,2)
	1CBT	9,8 (2,9)	7,6 (4,4)
	6CBT	9,2 (3,2)	5,8 (4,3)
Proporsjon av cannabisrelaterte problemer	DTC	45,4 (16,3)	39,1 (16,6)
	1CBT	42,2 (18,6)	28,4 (18,6)
	6CBT	42,4 (17,1)	23,0 (16,8)
Psykologisk stress (GSI score) fra SCL-90-R	DTC	0,7 (0,4)	0,6 (0,4)
	1CBT	0,7 (0,4)	0,5 (0,4)
	6CBT	0,7 (0,3)	0,6 (0,3)

(Copeland et al. 2001)

### 4.3 Rapport fra avvenningskurs for hasjrøykere

Kurset startet opp 5. januar i år, og det har vært til sammen 16 møter. Alle deltagerne var under legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Jeg sendte ut sms til alle deltagerne i forkant av møtene for å minne dem på tidspunktet. Dette fungerte fint og det var godt oppmøte hele første måneden. Noen ganger trengte noen mer enn en påminnelse for å huske avtalene. Det ble etter hvert større frafall på møtene og ved et par anledninger var det bare en som møtte opp. Dette hadde flere årsaker, bl.a. forglemmelse, jobb osv.

Guiden har vært utgangspunkt for diskusjoner under gruppemøtene den første delen av kurset. Det inntrykk de fleste ga var at dette var et godt hjelpemiddel til å bli bevisst den påvirkning hasjrøykingen hadde på de kognitive evnene. Ikke alle var enige i de faktaopplysningene om hasjens virkning som ble beskrevet. Dette ble gjenstand for noen konstruktive diskusjoner med stort utbytte, i form av økt forståelse.

Da mine kursdeltagere har vært godt voksne tunge rusmisbrukere er de ikke representative for de største gruppen med hasjavhengige ifølge statistikken jeg har innhentet, som viser at den største gruppen hasjmisbrukere er mellom 18–25 år.

Under gruppemøtene ble også andre problemer knyttet til deres rehabilitering diskutert. Dette var tydelig et behov som ikke ble dekket på andre måter. Det var mye frustrasjon rundt den oppfølgingen de fikk. To av dem hadde ikke tilfredsstillende boforhold. De fleste hadde begynt å ruse seg allerede i 13–14 års alder. Alle hadde flere institusjons og fengselsopphold bak seg. Alle hadde sluttet å røyke hasj i den perioden som var nødvendig for å bli godkjent i LAR-tiltaket, men hadde begynt igjen. Mye av grunnene til at det var så vanskelig å legge vekk hasjen besto i psykiske plager som angst, søvnproblemer og depresjoner. Problemer med hverdagen og å tilpasse seg et normalt liv var også en stor del av årsaken til å ville ruse seg igjen. Det var forskjell på hvor mye de røykte, noen røykte flere ganger om dagen mens andre bare om kvelden eller sjeldnere.

En del av motivasjonen for å delta på kurset var for alle en friere hverdag hvor de ikke var nødt til å hente metadon/subutex på apoteket hver dag. Så lenge de hadde positive urinprøver var de nødt til å møte opp på apoteket hver dag for å få utdelt medisinen sin. De var også redde for å bli sparket fra tiltaket hvis de fortsatte å ruse seg. For noen var dette den viktigste grunnen til melde seg på kurset. Andre oppga grunner som stagnasjon og problemer med å følge opp skole og andre avtaler.

Alle i gruppa kjente hverandre godt fra før, og jeg kjente også alle fra før. Det første møtet ble i stor grad brukt for å klargjøre en del spørsmål gruppemedlemmene hadde i forhold til meg. Jeg har selv en rushistorie bak meg og mange var nysgjerrige på min historie. For å ikke la dette komme i veien for medlemmenes fokusering på sitt eget problem ble dette avklart og snakket om med en gang. Dette fungerte fint, og vi kunne nå fokusere på gruppa og hvordan de skulle fungere sammen. De neste møtene ble brukt til å gå gjennom hasjguidens første del samt å utveksle erfaringer fra tidligere avrusningsforsøk. Vi fokuserte også på motivasjon for å slutte og fakta om hasjen og dens virkning. Mange manglet kunnskap om dette. Foruten å møtes til gruppesamtaler hadde vi også andre sosiale aktiviteter. Vi gikk ut og spiste middag sammen, var på kafé og kino. Vi laget også middag sammen i møtelokalet. Dette var populære tiltak som styrket samholdet i gruppa, og også ga gruppemedlemmene sosial trening. To av deltagerne ville ikke delta på aktiviteter utenfor møtelokalene. De oppga forskjellige grunner til dette. Etter noen uker sluttet disse i gruppa på grunn av henholdsvis fengselsstraff og institusjonsopphold. Det ble da tre deltagerne igjen i gruppa. De som var igjen ble enige om en felles sluttdato. De fikk alle et gavekort på aromaterapimassasje for å lette abstinensperioden. Deltagerne ønsker også å få akupunktur, men dette viste seg vanskelig å få til på det tidspunktet. Jeg tok kontakt med sykepleiere som kunne sette NADA akupunktur, men de kunne ikke stille opp. Det vil bli et tilbud ved senere kurs da jeg selv i ettertid har tatt kurs i NADA. Guiden ble bare brukt den første tiden, da deltagerne følte de ikke klarte å forholde seg til den etter hvert. Det kom fram at deltagerne var kommet ulikt fram i sin rehabilitering og derfor i ulik grad var i stand til å ta imot fakta og bearbeide informasjon.

De hadde bedre utbytte av å lære av hverandres erfaring, og det sosiale samholdet i gruppen mente de. Alle hadde vært gjennom avrusning før, og visste hva som ventet dem. En hadde bare vært hasjfri under fengselsopphold før, og ga tilbakemelding på at det var annerledes denne gangen. Årsaken til dette mente han lå i at i fengselet hadde han ikke noe valg, mens han nå var nødt til å ta et aktivt valg. Det ble vanskeligere å holde på beslutningen. To av deltagerne klarte å slutte på fastsatt dato, men den ene begynte igjen etter noen uker. Han planlegger å slutte igjen. Den tredje har redusert sitt forbruk og begynt i jobb. Han mener han vil klare å slutte helt etter hvert. Alle har gitt tilbakemelding på økt selvutvikling og større selvsikkerhet.

Etter en samtale med en av deltagerne fikk jeg tilbakemelding om at kursets varighet burde vært forlenget, 6-8 uker er for kort tid mener han. Ved spørsmål om hva som er det viktigste med kurset mener alle at det er gruppa som er viktigst, det å møte andre med samme erfaring

og med den rette forståelsen. De utrykket også et ønske om at gruppa kan fortsette med å møtes jevnlig etter at kurset er ferdig. De fortalte at de føler seg forpliktet til å gå foran med et godt eksempel fordi dette er det første kurset som blir holdt. Jeg planlegger å innkalle deltagerne til et evalueringsmøte snarlig. Deltagerne vil da også få tilbud om NADA akupunktur. Ingen av deltagerne hadde brukt gavekortet på massasje enda. Hvorfor har jeg ikke fått klarhet i enda. Det vil bli tatt opp ved evalueringsmøtet.

**Tabell 3 Svar på spørreskjema om avhengighetsgrad**

	aldri	av og til	ofte	nesten alltid
er det vanskelig å få tankene bort fra hasj		2	1	1
er det viktigere for deg å bli stein enn å skaffe neste måltid	3	1		
planlegger du dagen din etter røyktilgangen	1	2		1
røyker du morgen, middag og kveld		1	2	1
er effekten det viktigste uansett hvem du røyker sammen med	1		1	2
røyker du så mye du har lyst til uten å tenke på hva du skal gjøre neste dag	1	1		2
røyker du samtidig som du tenker på at mange av dine problemer skyldes hasjen		2	1	1
kan du kutte ut røykingen når du først har satt i gang			1	3
synes du at du fungerer bedre når du har røkt hasj	1	3		
merker du at minnet ditt har blitt dårligere av hasjrøykingen men at det hjelper å røyke	2	1	1	
våkner du med bomull i hodet og røyker det bort	3		1	
ligger du våken om natta hvis du ikke har røkt nattings	1	3		
prøver du å omgås andre mennesker når du ikke har røkt	1	2	1	
forsøker du å unngå andre når du ikke har røkt-blir paranoid	4			
har du merkelige og ubehagelige tanker når du er ruset, men fortsetter å røyke	3	1		

#### **4.4 ” Interventionsbehandling af hashmisbrug ved hjelp av kognitiv adfærdsterapi (CBT), NADA- akupunktur og motiverende innsigtsgivende undervisning.”**

Et behandlingsprogram for personer som hadde et daglig forbruk av cannabis i minst 3 år, og som hadde et ønske om å slutte. Det ble i alt henvist 26 stykker fra forskjellige instanser, bare tre av dem meldte seg på selv. Alle møtte opp til samtale, men bare 13 av dem møtte opp for å delta i gruppen. Aldersspredningen var stor, mellom 18 og 40+. Daglig inntak varierte fra 1-10 gram, og de fleste røykte 1-3 ganger daglig. De fleste røykte jointer, noen få røykte pipe og tre røykte vannpipe.

##### **4.4.1 Psykiske og fysiske problemer hos deltagerne**

4 hadde hatt psykoser

20 hadde hatt paranoide forestillinger, hvorav 5 hadde hatt så store problemer at de hadde sperret seg inne i boligen

21 har hatt sosial angst og går sjelden ut

8 hadde uttalte angstproblemer

14 hadde depresjonslignende symptomer

6 hadde snudd om på døgnet

Alle hadde søvnproblemer

Alle hadde utrygghetsfølelser og tankemylder

Alle hadde humørsvingninger med kort lunte, rastløshet og irritabilitet

22 hadde problemer med å overholde avtaler og å konsentrere seg

16 hadde problemer med å misforstå, og med å mistolke hva andre sa

I tillegg var det noen som hadde fysiske problemer på grunn av hasjen

12 hadde bronkitt

10 hadde impotensproblemer

8 hadde appetittproblemer (mest manglende appetitt)

##### **4.4.2 Gruppeterapien**

Til sammen 13 deltok i gruppen, hvorav 5 gjennomførte hele perioden (10 mnd.)

3 deltok i 3 måneder

5 deltok 1-2 måned

Hvert gruppemøte var oppdelt i 3 moduler på ca. 20 min. hver. De besto av undervisning, kognitiv atferdsterapi og refleksjoner

Det ble undervist i hasjens kjemi, hjernens reseptorer, medisinsk behandling, psykologisk behandling. De fikk orientering om paranoia, angst, sosial fobi, aggresjon og aggressiv atferd. Tema som ble tatt opp i den kognitive atferdsterapien var; vanetenkning, atferdsvaner, ritualer, samvær med andre, avdramatisering av temperamentsutbrudd.

I tillegg var det familierapi, hvor man tok opp atferdsmønstre i familien og samtaleform mellom partene.

Foruten gruppeterapien ble det tilbudt NADA akupunktur og hypnose. Dette var det tre som tok imot.

NLP; det var to stykker som fikk tilbud om dette for å bedre forstå hva som ble sagt, og for å gi de redskap til å kommunisere på fornuftig vis (se litteraturliste for informasjon om NLP).

En del fikk legemidler mot psykiske problemer. Jeg velger å ikke gå gjennom eller navngi disse legemidlene. De ble gitt av legen i gruppen, og de fleste trengte de ikke lengre etter de første tre månedene. De som hadde hatt mest bruk for legemidler var de som hadde hatt psykoser.

#### **4.4.3 Resultater**

De to første månedene var det store tilbakefall i gruppen, men etter tre måneder var det fremgang hos de fleste. De fleste røykte da bare en eller to ganger i uken, og sa de følte seg kvikkere og var i bedre humør. Etter 6 måneder var det betydelig forbedring på hele gruppen. Etter 8 måneder var alle uten om en sluttet helt med hasj, og hadde et normalt funksjonsnivå. Alle rapporterte om bedre hukommelse og bedre søvn.

Nicholson konkluderer med at kognitiv atferdsterapi har hatt positiv effekt, men at effekten har kommet først etter 2-3 måneder, og han anbefaler å forlenge behandlingen i minst 8 måneder for en varig effekt. Han mener også at medisineringen har vært positiv for de med store psykiske problemer i kjølvannet av sitt hasjmisbruk. Også tilleggsterapien, som NADA, hypnose, parterapi og NLP har vært til god hjelp for den enkelte mener han.

(Nicholson, 2001)

## 5.0 Drøfting av resultatene

### 5.1 Utbredelse og bruk

Når det gjelder utbredelsen av hasjbruk, er det vanskelig å finne tall fra den voksne delen av befolkningen i Norge. Beslagstall fra KRIPOS kan tyde på at det er mer utbredt enn tallene fra SIRUS viser. Tall fra SIRUS viser til at rundt 7 % av unge mellom 15–20 har brukt cannabis siste 6 måneder. Tall fra klientkartlegginger sier litt om behandlingsbehovet, men ikke alt. Tall fra 2004 viser at cannabis var mest brukte rusmiddelet hos 8 % av klienter i rusbehandling. Tall fra nabolandene Sverige og Finland viser langt flere nye klienter med cannabis som hovedrusmiddel. Henholdsvis 38,1 % i Finland og 30 % i Sverige. Sammenligner man tall om nylig bruk av cannabis hos unge mellom 15–34 ligger derimot Norge over Finland og Sverige.

Hva dette skyldes finner jeg ingen forklaring på, men det kan tenkes at Norge har dårligere rapporteringsrutiner. I rapporten fra Sirius påpekes det at deltagelse i dokumentasjonssystemet ikke er pålagt, og at tiltak derfor vil kunne reservere seg mot å levere data. Det er forskjell på hvor mange som deltar fra år til år, og det er store variasjoner i hvordan data blir samlet inn. På s.5 i rapporten om dataenes begrensning står det;

”Ett problem knytter seg til variasjoner i tiltakenes levering av tellinger. Det har særlig vært to årsaker til at tiltak har kunnet levere data ett år, men ikke ett annet år. For det første har det hvert år vært flere tiltak som oppgir at de hadde ”mistet” data.

I de fleste tilfellene skyldtes dette datatekniske problemer. For det andre har det hvert år vært tiltak som ikke har kunnet levere på grunn av at ansatte som sto for tiltakets kompetanse på klientkartleggingssystemet, var sluttet eller av annen grunn var utilgjengelig.” ( Iversen et al, 2004)

Det påpekes også at en del tiltak ligger i gråsonen, og derfor ikke er inkludert enda. Dette gjelder særlig tiltak innen barnevern og psykisk helsevern.

Dette kan også tenkes å skyldes at våre naboland har et bedre tilbud til hasjmisbrukere. Det er ting som tyder på det i Sverige, der bl.a. Thomas Lundqvist har vært pådriver. Det er også tenkelig at det er en kombinasjon av flere årsaker.

Hvorfor ser vi en økning i etterspørselen av behandling av cannabismisbruk i en rekke land i Europa? Noe av denne trenden kan forklares ut fra teorien om at en rekke land har utvidet det tilgjengelige behandlingstilbudet. Spesielt i forhold til ungdom og unge voksne. Mange land har også egne tilbud til cannabisklienter. Også her kan forbedringer i kartleggingssystemer ha



spilt inn, eller det kan også skyldes at intensivt cannabisbruk har økt. EONN påpeker også at dette kan skyldes endringer i måten cannabisbruk behandles på i strafferettssystemet, i skolevesenet og andre organer som jobber med unge mennesker. De fleste henvisninger kommer nemlig ikke fra klienten selv, men fra nettopp forannevnte organer, psykisk helsevern og pårørende (EONN, 2004)

I samtale med psykolog fra en poliklinikk, var det få av klientene hans som hadde cannabis som sitt primære rusmiddel. Bare 4 av ca.50 kunne han anslå. Disse var for det meste henvist av andre instanser, og noen hadde alvorlige psykiske problemer. De var vanskelig å motivere til å slutte, og var svært avhengige. Disse klientene hadde ikke ønske om å delta på kurs, de ønsket ikke å være i gruppe med andre.

## 5.2 Resultat og effekt av behandling for cannabismisbruk

### 5.2.1 Erfaringer fra kurset

Svarene på spørreskjema viser at alle viste tegn på cannabisavhengighet. De hadde vanskelig for å få tankene bort fra hasj, røykte samtidig som de tenkte på at mange av problemene de hadde skyldtes hasj og de røykte selv om de ikke syntes at de fungerte bedre når de hadde røkt. Alle ga også ellers uttrykk for at det var vanskelig å slutte, og at de hadde problemer i hverdagen på grunn av hasjen. Selvhjelpsguiden var et godt hjelpemiddel den første tiden, men mange hadde problemer med å skjønne spørsmålene. Det var nødvendig med hjelp til å forklare en del av det som sto der. Etter hvert tok de heller ikke med seg guiden til møtene. Noen mente de ikke kom videre i den før de hadde sluttet, og det tok tid før de klarte å ta den beslutningen. Kanskje trenger den revisjon? Jeg har gått gjennom en guide fra Copeland som ser ut til å kunne fungere bedre. Jeg brukte tid på faktaopplysninger om hasj, da det virket som mange ikke visste nok om hasjens virkninger. Dette førte til fine diskusjoner i gruppa. Når det gjelder det sosiale samholdet i gruppa, var det tegn på en god utvikling. En av deltagerne var særlig støttende og motiverende for flere andre, og det ga de uttrykk for. De sosiale tiltakene var støttende for alle som deltok, og noen fikk nye opplevelser. Dette styrket mestringstilliten, og vil bli gjentatt ved senere kurs. Ellers ble det tatt opp mange ting som var problematisk i forhold til deres rehabilitering, både rent praktisk og psykisk. Dette virket positivt for de fleste, og mange syntes det var godt å få snakket ut om ting.

Når det gjelder gruppestørrelsen, var tre helt klart i minste laget. Det var ganger hvor det bare møtte opp en og da er det jo ikke lengre en gruppe. Men det ble fine individuelle samtalemøter ut av dette. Det virket som det ble mottatt positivt, og det er en erfaring jeg vil

ta med meg til neste kurs. Det kom alt i alt mye positivt ut av kurset. En har sluttet helt, en har redusert betraktelig, og en har planer om å forsøke igjen. De er jo heller ikke helt ferdige med kurset, vi skal ha noen oppfølgingsmøter. Det er vanskelig å anslå hvor stor forskjell det utgjør at mine deltagere var under legemiddelassistert rehabilitering i forhold til andre hasjrøykere. Jeg syntes å se at symptomene på hasjrøykingen var de samme jeg ser hos andre kroniske hasjrøykere. En annen ting som ble nevnt av mine deltagere var at hasjen forsterket virkningen av metadon, men dette har jeg ikke mulighet til å verifisere.

### **5.2.2. Korte eller lange behandlinger?**

Resultater fra Copelands studie med kognitiv atferdsterapi for cannabisavhengige, viser at de som fikk denne behandlingen hadde signifikant bedre utbytte enn de i kontrollgruppen. De i behandlingsgruppen rapporterte om færre cannabisrelaterte problemer, de var mindre bekymret for sin cannabisbruk og de rapporterte oftere rusfrihet. Av de som fikk 6 behandlinger var det flere som hadde redusert sitt forbruk. Likevel var det bare 15,1 % av de i 6CBT gruppen som rapporterte kontinuerlig rusfrihet gjennom hele perioden. Det må nevnes at de som deltok i studien var en gruppe med svært avhengige cannabisbrukere som ellers ikke ville blitt tilbudt slik kort behandling. Sett i lys av dette, og at den gruppen som fikk 6 behandlinger viste mest respons på behandlingen, antyder Copeland at det ville være formålstjenlig å inkludere en mer intensiv kognitiv atferdsterapi i senere studier. Han antyder også det i 6CBT gruppen kunne ha hatt forsterkende effekt at de var organisert som gruppe, og alt det fører meg seg av positive interaksjoner (Copeland et al. ,2001).

I den danske rapporten er det ikke like nøyaktige målinger av resultatene i forhold til cannabisrelaterte problemer, men også her var deltagerne svært avhengige og hadde store psykiske problemer. Psykiater Klavs Nicholson foreskrev også medisiner til noen av deltagerne, men de fleste ble seponert etter tre måneder. Også her foregikk terapien i grupper med kognitive metoder med motiverende samtaler. Den største forskjellen er tidsperspektivet. Han fortsatte behandlingen i opptil 8 måneder. De tre som hadde deltatt i 3 måneder, sluttet fordi de ikke trengte behandling i lengre tid. De var også blitt rusfrie. Resultatene fra disse lange behandlingsforløpene er langt bedre enn for de korte, bare en klarte ikke å bli rusfrie. Her ble det også brukt noe støtteterapi med god effekt. Jeg har ikke gått dypere inn i dette da det er metoder jeg ikke har god kjennskap til.

Alle deltagerne rapporterte også om økt søvnkvalitet og bedre funksjonsnivå. Alt dette tyder på at lengre behandling med kognitiv atferdsterapi er til god hjelp for cannabisavhengige, og

det støtter også det Copelands studie kom fram til om at lengre behandling ga bedre effekt. Min egen rapport fra kurset tar også opp dette. Deltagerne ga tydelig tilbakemelding på at noen trengte lengre tid for å klare seg helt i ”mål”.

## 6.0 Oppsummering og konklusjon

### 6.1 Oppsummering av funn

Trenger vi så et eget behandlingstilbud? Når vi ser på tallene, er det mye som tyder på det. Men jeg understreker igjen at her er det lite opplysninger å hente om behandlingsbehov i Norge. Men det er grunn til å tro at vi ikke er så forskjellige fra Sverige og Finland som tallene skulle tilsi.

”Det er sannsynlig at de som står mest i fare for å utvikle problemer eller bli avhengige, er de som bruker stoffet intensivt, men det er på dette området informasjonskildene er svakest.....” (EONN, 2004).

Resultater fra amerikanske undersøkelser om effektiviteten av behandling for cannabis og marihuana konkluderer med at kroniske brukere ikke søker seg til tradisjonell rusbehandling. Men når de får muligheten til å delta på et program spesielt tilrettelagt for cannabis/marihuana melder de seg, og responderer svært godt på behandling. De foreløpige resultatene av forskningen på dette feltet viser at det er tilstrekkelig bevis for at det bør utvikles egne program for denne gruppen (Steinberg et al. 2005).

Når jeg får så god respons på hasjkurset kan det tyde på at terskelen for å søke tradisjonell rusbehandling for et hasjproblem kanskje er større enn man skulle tro. Det er mindre ”farlig” å gå på kurs enn å være i behandling. Det samme viser oppslutningen om kursene i Stavanger, Kristiansand og Oslo. Særlig for de som ikke sliter med andre rusmidler i tillegg til hasjen synes det som om terskelen er høyere for å søke behandling.

Hasj har jo tradisjonelt blitt sett på som relativt ufarlig, og med milde avrusnings symptomer. Ifølge Fekjær, 2004. s. 342 ”Cannabis gir ikke betydelige avvenningsplager hvis en brått slutter med stoffet.” Dette er ikke alle enige i. Lundqvist beskriver en rekke fysiske og psykiske abstinenssymptomer som følge av inntaksstopp. (Lundqvist, 1998 og 2000) Ifølge deltagerne på kurset og mine egne erfaringer med hasjavvenning oppleves abstinensene verre jo lengre tid man har brukt cannabis. Dette forklarer også hvorfor såpass mange har problemer med å klare å slutte på egen hånd.

Min konklusjon må derfor bli at det er mange faktorer som tyder på at det er formålstjenlig med egne behandlingstilbud til cannabisavhengige. Også det faktumet at det er stor pågang og lange ventelister på annen rusbehandling, tilsier at det vil være vanskelig for en med "bare" cannabisproblemer å få plass i rusbehandlingen. Egne manualer for dette er utviklet i bl.a. Sverige, Australia og USA (Copeland, 2005, Steinberg, 2005 og Lundqvist 1998), og det kan forholdsvis enkelt, kostnadseffektivt og poliklinisk dannes gruppebehandlinger og individuelle behandlinger for cannabisavhengighet. I tillegg kan Uteseksjoner o.l. som jobber med ungdom sette i gang kurs som i Stavanger, Kristiansand og Oslo.

Hvilken effekt ser en av behandlingen? Sett i forhold til de kognitive skadevirkningene intensivt cannabismisbruk fører til (Lundqvist, 1999 og 2000, Messinis et al, 2006, Simon, 2003, Solowij 1995 og 1998, Tims og 2002), virker det fornuftig å bruke kognitive metoder i behandlinger for cannabisavhengige. I alle undersøkelsene jeg har gjennomgått viste klienter en vesentlig bedring i kognitive funksjoner og i psykiske symptomer oppstått etter intensivt cannabismisbruk. Selv med en reduisering av inntak bedret disse symptomene seg (Copeland, 2001, Nicholson, 2001, Solowij, 1995). Ved langvarig og intensivt cannabismisbruk kan det vise seg at en del lette kognitive skader ser ut til å vedvare, dette gjelder særlig evnen til å skille ut kompleks irrelevant informasjon (Solowij, 1995). Det kreves videre forskning for å fastsette denne påstanden.

Kognitiv atferdsterapi ser ut til å egne seg svært godt sammen med motiverende samtale for å forberede og motivere klienten til å redusere eller stoppe sitt inntak av cannabis ( Nicholson, 2001). Å behandle i grupper kan være nyttig, men ikke i alle tilfeller. Ved behandling i grupper er det viktig å tenke nøye gjennom sammensetningen av gruppen. For noen passer det bedre med individuell behandling, og dette må tilpasse den enkelte klient. Det kan se ut som behandlingen i likhet med skadevirkningene har en dose-respons effekt. Det vil si jo lengre behandling desto bedre effekt. Dette er ikke tilstrekkelig klarlagt, og det ser ut som det kreves mer forskning på dette området. Det kan tyde på at det er tilstrekkelig med korte intervensjoner for unge cannabisbrukere i et tidlig stadium av misbruket, mens det for klienter med mer alvorlig avhengighet og flere skadevirkninger trenger lengre og mer intenst behandlingsforløp (Copeland, 2004).

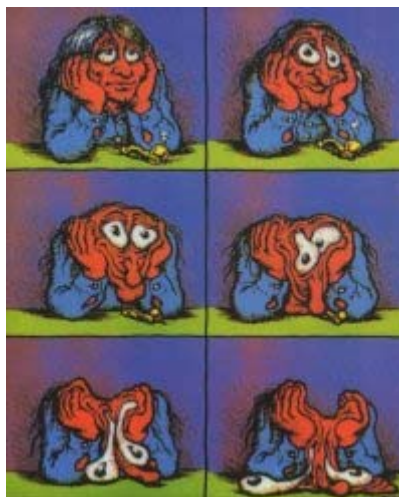
## 6.2 Konklusjon

Min konklusjon etter denne fordypningen, og mitt svar på problemstillingen er at;

Ifølge statistiske undersøkelser og forskningsrapporter ser det ut som tiden er inne til å iverksette egne behandlingstiltak for cannabisavhengige. Disse tiltakene bør tilpasses klientens alder, grad av avhengighet og eventuelle skadevirkninger av langvarig cannabismisbruk. Resultatene fra forsøk med kognitive atferdsterapier har vist at effekten av slik behandling er; bedring av funksjonsevne og større grad av rusfrihet. Effekten av behandling ser ut til å øke med lengde og intensitet.

Jeg håper denne fordypningen kan føre til at oppmerksomheten rundt behandling av cannabismisbruk øker, og at det blir iverksatt tiltak for både unge cannabisbrukere i faresonen, og for de med langvarig misbruk bak seg. Når det gjelder unge i faresonen vil jeg sitere en venn av meg som er tidligere rusmisbruker;

*” Må de veinnte på behandling tell heroinen tar dæm!”*



Figur 5 Kilde; Propaganja.net

## Litteraturliste

1.Clue, nettsted for engelsk-norsk oversettelse url; [www.clue.no](http://www.clue.no)

2.Copeland, Jan et al. (2001) "A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder", Journal of Substance Abuse Treatment 21, s.55-64 url; [http://quark.qmc.ufsc.br/qmcweb/artigos/maconha/papers/cognitive\\_cannabis.pdf](http://quark.qmc.ufsc.br/qmcweb/artigos/maconha/papers/cognitive_cannabis.pdf) ( nedlastet 24 februar 2006 )

3.Copeland, Jan ( 2004) "Developments in the Treatment of Cannabis Use Disorder" Current Opinion in Psychiatry, volume 17, number 3, s. 161-168 url; <http://www.medscape.com/viewarticle/473553> ( nedlastet 5 april 2006)

4.Copeland, Jan et al. ( 2005) "The cannabis Problems Questionnaire: Factor structure, reliability, and validity, Drug and alcohol dependence, volume 80, issue 3, s.313-319 url;[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=15916867&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=15916867&dopt=Abstract)

5.Copeland, Jan et al (2005) "Quitting cannabis?" National Drug & Alcohol Research Centre url; [ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/0/f4ab5f81bd422569ca256b51001867fd/\\$FILE/cannabisfinal.pdf](http://ndarc.med.unsw.edu.au/ndarc.nsf/0/f4ab5f81bd422569ca256b51001867fd/$FILE/cannabisfinal.pdf)

6.EMCDDA (2005) Annual report, *Statistical bulletin-data tables and notes, Chapter 9, Demand for treatment for drug use*, s. 145-197 url;<http://stats05.emcdda.eu.int/download/emcddaSB2005ch09.pdf>

7.EONN (2004) Årsrapport, *Narkotikasituasjonen i EU og Norge*, s.28-34, s.63-70, s.82-94, Lisboa url; <http://ar2004.emcdda.eu.int/download/ar2004-no.pdf> ( nedlastet 4 mars, 2005)

8..EONN (2005) Årsrapport, *Narkotikasituasjonen i EU og Norge*, s. 27-44, Lisboa <http://ar2005.emcdda.eu.int/download/ar2005-no.pdf> ( nedlastet 8 april 2006)

9.Fekjær, Hans Olav (2004) *Rus, Bruk, motiver, skader, behandling, forbygging, historie* 1. utgave, Gyldendal Akademisk, Oslo

- 10.Fyrand, Live (2005)** *Sosialt nettverk, teori og praksis*, 2.utgave, Univeritetsforlaget, Oslo
- 11.Heap, Ken (2005)** *Gruppet metode for sosial og helsearbeidere*, 5.utgave, Gyldendal Akademisk, Oslo
- 12.Iversen, Erik et al. (2004)** “*Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere; Klientkartleggingsdata*”, Stiftelsen Bergensklinikkene og SIRUS  
url: <http://www.sirus.no/cwobjekter/Rapport-2004-data-pu.pdf> (nedlastet 21 februar 2006)
- 13.KRIPOS (2005)** *Narkotikastatistikk 2005*,  
url:<http://www.politi.no/pls/idesk/docs/f752269284/narkotikastatistikk2005.pdf>  
(nedlastet februar 2006)
- 14.Lundquist, Thomas (2000)**, *Cannabis psykiske og avhengighetsskapende effekter*,  
Tidskriftet mot Rusgift, 64/65 url; <http://www.fmr.no/cparticle72706-9608c.html> (nedlastet 15.3 2004)
- 15. Lundquist, Thomas (1999)**, *Om hasj og påvirkning*, 2.utgave, Borgestadklinikken/Blå Kors, Skien
- 16. Lysne, Vigdis (2004)**, *Likeverd i praksis*, Høyskoleforlaget AS, Kristiansand
- 17.Messinis L. et al. (2006)**” *Neuropsychological deficits in long-term frequent cannabis users*”  
Neurology, volume 66, s737-739  
url: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1360-0443.97.s01.7.x#article>  
(nedlastet 31 mars,2006)
- 18. Nicholson, Klavs (2001)** “*Behandling af hashmisbrug-en rapport*” Danmark  
url:<http://www.addikta.net/hash-artikler.htm#Hashterapi> (nedlastet 11 februar 2006)
- 19. Pedersen Willy (1998)** *Bittersøtt*, 5 opplag, Universitetsforlaget A/S, Oslo
- 20. Repstad ,Pål (1998)** *Mellom nærhet og distanse*, 3.utgave Universitetsforlaget, Oslo
- 21. SIRUS (2005)** *Rusmidler i Norge*, s. 171-178

- 22. Simon Roland (2003)** *Regular and intensive use of cannabis and related problems: conceptual framework and data analysis in the EU member states*, EMCDDA, (CT.2003.103.P1), Tyskland, url;<http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=5746&sLanguageISO=EN>, (nedlastet 30.3.2004)
- 23. Solowij, Nadia (1998)** *Cannabis and Cognitive Functioning*, Cambrigde University Press, Australia
- 24. Solowij, Nadia (1995)** “Do cognitive impairments recover following cessation of cannabis use?” , Life Sciences, volume 56, Issues 23/24, s. 2119-2126  
url;[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_rdoc=1&\\_fmt=full&\\_udi=B6T99-3YYTFRR-2T&\\_coverDate=05%2F05%2F1995&\\_cdi=5109&\\_orig=search&\\_sort=d&\\_view=c&\\_acct=C000050221&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=4655072&md5=5fde4ce9e9684560aee8555852eb0328](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_rdoc=1&_fmt=full&_udi=B6T99-3YYTFRR-2T&_coverDate=05%2F05%2F1995&_cdi=5109&_orig=search&_sort=d&_view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=4655072&md5=5fde4ce9e9684560aee8555852eb0328) ( nedlastet 6 april 2006)
- 25. Schmacke,Uwe (2002)** “*Evaluering af et behandlingstilbud til unge hashmisbrugere I Storstrøms amt*” , Vordingborg, Danmark  
url;<http://files.zite3.com/data/files/174/12/0/EVALUERING%20AF%20ET%20BEHANDLINGSTILBUD%202002.doc>
- 26. Steinberg, Karen L. et al (2005)** “*Brief counselling for marijuana dependence*”, A manual for treating adults, U.S. Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Treatment, url; <http://kap.samhsa.gov/products/brochures/pdfs/bmdc.pdf>
- 27. Tims, Frank M. et al. (2002)**”Characteristics and problems of 600 adolescent cannabis abusers in outpatient treatment” Volume 97, Issue s1, s 46-57  
url; <http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1360-0443.97.s01.7.x#article>  
(nedlastet 5 oktober 2005)



## **28. Nettsteder for diagnostiske verktøy og skjema;**

•CIDI, WHO, <http://www3.who.int/cidi/>

•Opiate Treatment Index, WHO

[http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/opiatetreatmentindex/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/opiatetreatmentindex/en/index.html)

•Severity of Dependence Scale, WHO

[http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/severitydependencescale/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/severitydependencescale/en/)

•SCL-90-R® Pearson Assessments

<http://www.pearsonassessments.com/tests/sci90r.htm>

•ICD10,WHO

[http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/icd10symptomchecklist/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/icd10symptomchecklist/en/index.html)

## **29. Nettsted for litteratursøk**

•Google Scholar; <http://scholar.google.no/>

## **30. Nettsted for evidensbasert rusbehandling;**

•ADAI - Alcohol and Drug Abuse Institute; <http://adai.washington.edu/ebp/matrix.pdf>

**31. En guide til deg som vil slutte med hasj , (1998) Rådgivningsbyrå I narkotikafrågor, Lund, Sverige**

Kan bestilles hos Borgestadklinikken Kompetansesenter; ( [info@borgestadklinikken.no](mailto:info@borgestadklinikken.no))

Eller den kan lastes ned fra nett; url; <http://www.droginform.com/pdf/guideno.pdf>

## **32. Nettsteder for informasjon om NADA**

• <http://www.nada-danmark.dk/>

- <http://www.rus.no/filestore/forsk300.pdf>

### **33. Nettleksikon**

- <http://no.wikipedia.org/wiki/Hovedside>

### **34. NLP**

- [www.nlpnorge.com](http://www.nlpnorge.com)

### **35. Ungdom Mot Narkotika om hasjkurs;**

url;[http://www.umn.no/index.php?option=com\\_content&task=view&id=282&Itemid=49](http://www.umn.no/index.php?option=com_content&task=view&id=282&Itemid=49)