

”Har cannabis skadelige effekter på den psykiske helse
og i så tilfelle, hvilke skadevirkninger forårsaker det?”

Hilde Nicolaisen

Semesteroppgave, grunnleggende teori og ideologi, Rus-04

Vår-2005

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	s. 2
1.1 Problemstilling	s.2
1.2 Avklaring av begreper	s.3
1.2.1 Cannabis	s.3
1.2.2 Anandamid	s.3
1.2.3 Psykisk helse	s. 3
1.2.4 Kognitiv	s.3
2 Metode	s.4
3 Teori	s. 6
3.1 Cannabisstoffenes biologiske virkning på hjernen	s.6
3.1.1 Cannabisreseptorer	s.6
3.1.2 Anandamider	s.6
3.2 Akutte skadevirkninger	s. 7
3.2.1 Psykiske endringer	s. 7
3.2.2 Kognitive endringer	s. 8
3.3 Kroniske skadevirkninger	s. 9
3.3.1 Kognitive skadevirkninger	s. 9
3.3.2 Psykiske endringer og lidelser	s.11
4 Analyse av teori og informantutsagn	s. 13
4.1 Akutte skadevirkninger på den psykiske helse	s.13
4.2 Kroniske skadevirkninger på den psykiske helse	s.14
5 Oppsummering og avslutning	s.16
Litteraturliste	s.18

Innledning

Som kursleder for et røykeavvenningskurs for hasjrøykere, og med en bakgrunn som tidligere misbruker av cannabis falt det seg naturlig å fordype seg i dette emnet. I min tid som svært aktiv cannabisrøyker søkte jeg etter informasjon om cannabis på nettet, opprinnelig for å finne argumenter for å fortsette å røyke. Jeg forsto etter kort tid at det finnes mange motstridende meninger om dette temaet. Det finnes flere organisasjoner og nettsider som jobber for legalisering og avkriminalisering av cannabis, som NORMAL, RAZZIA, PROPAGANJA og NORCAN ORG og det debatteres hvorvidt cannabis er skadelig eller ei. For min del førte disse informasjonssøkene til at jeg etter kort tid sluttet å røyke hasj på grunn av det jeg hadde lært om skadevirkningene.

I det europeiske overvåkingssenteret for narkotika og narkotikamisbruks årsrapport om narkotikasituasjonen i EU og Norge fra 2003 fremkommer det at nest etter heroin er cannabis det stoffet det oftest søkes behandling for (EONN 2003 / 11). I årsrapporten for 2004 viser et grovt overslag at det kan være så mange som 3 millioner personer som bruker cannabis daglig i EU landene. Det ser også ut til å være en økning i regelmessig og intensivt cannabisbruk.

(EONN 2004 / 9)

1.1 Problemstilling

Jeg har valgt å skrive en oppgave om de psykiske skadevirkningene av cannabisbruk, og min problemstilling er som følger;

”Har cannabis skadelige effekter på den psykiske helse og i så tilfelle hvilke skadevirkninger forårsaker det?”

Oppgaven vil belyse både de akutte psykiske skadevirkningene og de skadevirkninger som oppstår ved et omfattende og vedvarende misbruk. Med skadelige effekter på den psykiske helse mener jeg også skader på de kognitive funksjoner. Jeg vil også gå nærmere inn på cannabisstoffenes biologiske virkning på hjernen og hvordan dette kan gi seg utslag i psykiske og kognitive endringer hos misbrukeren.

Oppgaven er delt inn i 5 kapitler; Innledningen med presentasjon av problemstilling og avklaring av begreper, så følger presentasjon av metode i kapittel 2. Kapittel 3 er presentasjon av det teoretiske materialet jeg vil bruke i denne oppgaven. Det er delt inn underkapitler som omhandler cannabisstoffenes biologiske virkning, akutte skadevirkninger og kroniske skadevirkninger. Analysen i kapittel 4 er sammenfatting av teori og informantenes utsagn, som

også er delt inn i akutte og kroniske skadevirkninger, før jeg til slutt kommer med en oppsummering hvor jeg svarer på problemstillingen i kapittel 5.

1.2 Avklaring av begreper

1.2.1 Cannabis

Cannabis er fellesnavn på tre forskjellige preparater som alle stammer fra planten Cannabis Sativa; Marihuana, hasj og hasjølje. I denne oppgaven er det hasj jeg mener når jeg skriver cannabis. Cannabis inneholder ca. 420 forskjellige kjemiske stoffer og ca. 80 av dem påvirker psyken (Lundqvist 2000). De stoffene som er unike for planten kalles **cannabinoider** og det er ca. 60 slike stoffer (Hall et al. 2001). Av disse stoffene er det **THC** (delta-9-tetrahydrocannabinol) som gir den sterkeste effekten og som man refererer til når man måler styrken på cannabis. Hasj inneholder ca. 4-8 % THC (Lundquist 2000) men det har i enkelte rapporter vært rapportert at styrken har økt og ved hjemmedyrking kan styrken komme opp i 20 % (EONN 2004).

1.2.2 Anandamid

Anandamid er en fettsubstans som finnes i kroppen og som fester seg til såkalte cannabisreseptorer i hjernen der det utløses ulike reaksjoner (Fries 2005, Lundqvist 2000, Aastorp 2004). Det finnes flere forklaringer på hvilken betydning dette har, og kunnskapen på dette feltet er ennå ganske fersk. Jeg vil komme nærmere inn på dette under kapittelet om cannabis virkning på hjernen.

1.2.3 Psykisk helse

WHO's definisjon av helse;

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." (WHO 1948)

En nærmere presisering av hvordan begrepet psykisk helse blir behandlet i denne oppgaven;

" the condition of being sound mentally and emotionally that is characterized by the absence of mental disorder (as neurosis or psychosis) and adequate adjustment especially as reflected in feeling comfortable about oneself, positive feelings about others, and ability to meet the demands of life." (Merriam-Webster Medical Dictionary, 2002)

1.2.4 Kognitiv Med kognitiv menes det som har med tanker og bevisste mentale prosesser å gjøre. Hukommelse, oppmerksomhet, språk, konsentrasjon, tenkning og hvordan vi tar inn og tolker informasjon, og hvordan vi sender ut informasjon. (kress.sunnaas.no, se litteraturliste)

2 Metode

Mitt utgangspunkt for å skrive denne oppgaven er både at jeg selv har vært misbruker av cannabis og at jeg nå er kursleder for et avvenningskurs for hasjrøykere. Dette har nok farget min oppfatning om skadevirkningene. Jeg har jo selv opplevd dem, og de kursdeltagerne jeg har møtt har også negative erfaringer med cannabis. Jeg har lite informasjon fra brukere som opplever bruken av cannabis som positiv, og har bevisst valgt bort informasjon om de positive virkningene av cannabis, da det var skadevirkninger jeg ville belyse. I forhold til problemstillingen har det vært en del ting jeg har vært nødt å velge bort, som avhengighetsproblematikken, hypotesen om amotivasjonssyndromet, de sekundære skadevirkningene, gateway hypotesen, utviklingsforstyrrelser og andre biologiske skadevirkninger. Jeg har kun fokusert på de psykiske skadevirkningene.

Dette er i hovedsak en teoretisk oppgave, da jeg har for få informanter til å hevde at det er representativt.

I denne oppgaven har jeg brukt internett aktivt for å søke litteratur som litteraturlisten viser. Grunnen til dette er at det var vanskelig å finne relevant litteratur på bibliotekene og at jeg hadde en god del materiale fra før om dette tema hentet fra internett. Jeg har aktivt søkt informasjon om cannabis i over et år og satt på store mengder materiale. Utfordringen har vært å sile ut hva som var relevant for akkurat denne oppgaven.

Jeg mener at jeg har klart å finne frem til de nyeste rapportene og forskningsmaterialet på feltet i tillegg til at jeg har brukt kjente nordiske forskere og eksperter på dette temaet.(Fries, Fekjær, Lundqvist, Ramstrøm og Mørland.) Jeg har brukt søk både i søkemotorer og på spesielle nettsider. Søkeverktøyet Copernic Agent søker i 13 forskjellige søkemotorer, og søkeordene jeg har brukt er: *hasjrøyking, cannabisavhengighet, psykiske lidelser og cannabis, psykiske skadevirkninger av cannabis, acute effects of cannabis, cannabis psychosis, cannabis og hasj.*

Jeg har også brukt Googlesøk med søkeordene *cannabis, cognitive+cannabis, cannabis + psykiske lidelser og cannabis psychosis.* Jeg har også søkt på nettsiden til BMJ

(British Medical Journal), FMR (Foreningen mot Rusgift) og WHO's sider på ordet *cannabis*. I tillegg har jeg brukt Blå Kors Fagbibliotek om Rus og linken; *Cannabis and health*. Jeg har også brukt en artikkel fra fagtidsskriftet Rus og Avhengighet.

Jeg har også brukt nettet for å finne fram til definisjoner. Her har jeg brukt nettstedet Dictionary.com, også for å finne forklaring på engelske ord jeg var usikker på.

Jeg har hatt kontakt med tre informanter underveis i oppgaven som jeg har samtalt med om temaet; psykiske skadevirkninger av hasj. Jeg tok selv kontakt med de på telefon og spurte om de

ville stille opp på et intervju. Samtalene har funnet sted hjemme hos meg og i RIOs (Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon) lokaler i byen. Jeg møtte hver av dem alene, uten ytre forstyrrelser. Dette var viktig for å oppnå en fortrolig samtalesituasjon.

To av informantene var tidligere hasjrøykere og den tredje var fortsatt hasjmisbruker med et ønske om å slutte. De hadde alle misbrukt cannabis intensivt over flere år. De hadde også brukt andre stoffer tidligere, som amfetamin, bensodiazepiner og heroin. Dette kan også ha virket inn på svarene jeg fikk, da det er vanskelig å med sikkerhet fastslå at symptomene de beskriver stammer fra cannabismisbruket alene, også andre stoffer kan ha gitt denne påvirkningen.

Samtalsituasjonen har vært at informantene har kommet med sine synspunkt og egne erfaringer uten at jeg har styrt samtalen i nevneverdig grad utover å presentere tema. Jeg har spurt om hvordan det var da de først begynte å røyke, og hvilke forandringer de merket etter at de hadde røkt en stund. Med disse spørsmålene ønsket jeg å få fram både den akutte og den kroniske virkningen. Jeg har notert underveis i samtalen. To av informantene kjente meg fra før i helt andre sammenhenger, fra den tiden jeg selv var rusmisbruker, og dette kan muligens også ha virket inn på den informasjon jeg fikk. Det kan også ha gjort det lettere for meg å få informasjon andre utenforstående ikke kunne ha fått. Informasjonen jeg fikk svarte til det jeg hadde antatt på forhånd. Dette kan skyldes det nære forholdet mellom meg og informantene eller at jeg selv har godt kjennskap til skadevirkningene.



Cannabis

hentet fra www.healthscotland.com/drugs/facts/cannabis.cfm

3 TEORI

3.1 Cannabisstoffenes biologiske virkning på hjernen.

For å bedre kunne forstå virkningen av cannabis på den psykiske helse kan det være formålstjenlig å se nærmere på hvordan cannabis virker på hjernen og hvordan dette kan påvirke den psykiske helse.

3.1.1 Cannabisreseptorer

I hjernen finnes reseptorer som cannabisstoffene, de såkalte cannabinoidene fester seg til og aktiverer. Cannabisreseptorene finnes i ulike områder av hjernen og påvirker derfor mange funksjoner. I cortex (hjernebarken) og hippocampus (tinninglappen i storehjernen) som blant annet påvirker de kognitive evnene, korttidsminnet, evne til å dra slutninger og evne til langsiktig tenkning. I cerebellum (lillehjernen) og i de basale gangliene (storehjernens nedre del) som styrer motorisk kontroll og bevegelse. Det er også cannabisreseptorer i hypotalamus som styrer appetitten og hormonelle funksjoner og i de områdene som styrer søvn, temperatur, kvalme og smerte. Det er også mange reseptorer i det limbiske system som regulerer følelseslivet. Cannabinoidene fester seg til reseptorene i disse områdene og aktiverer et protein som hemmer energitilførselen til cellene i disse områdene slik at de ikke kan utføre det de ment å gjøre (Fries 2005, Hall et al. 2001, Lundqvist 2000).

3.1.2. Anandamider

Det finnes et naturlig stoff som fester seg til disse reseptorene, som ble oppdaget på begynnelsen av 90-tallet. Dette stoffet kalles anandamid og har viktig betydning for hjernes funksjon, f.eks. gjør det oss i stand til å glemme ubetydelige detaljer og andre inntrykk vi samler opp (Fries 2005). Det har også betydning for hemming av bevegelse. Men kanskje viktigst i denne sammenheng er at det er ansvarlig for vår subjektive persepsjon, den prosess der man fargelegger sine egne opplevelser (Lundqvist 2000). Forskjellen på anandamid og cannabinoid er at anandamidet er mye mer ustabil og virker kun i kort tid. Cannabinoidene er bundet til reseptorene og virker i mye lengre tid enn de naturlige anandamidene (Fries 2005). Oppdagelsen av dette stoffet har vært viktig for å forstå hvordan cannabis påvirker den psykiske helse og en gruppe forskere fra Tyskland og USA har nå kommet et steg videre for å forstå hvilken funksjon anandamid har. I en undersøkelse fant man at personer med psykosesymptomer og schizofreni hadde henholdsvis seks og åtte ganger forhøyet nivå av dette stoffet i cerebros spinalvæsken i forhold til kontrollgruppen. De som var aller sykest hadde lavest nivå av stoffet, og forskerne tror derfor at hjernen utløser anandamid som et forsvar mot psykisk

sykdom. THC fester seg til anandamidreseptorene og fører til at de blir mindre sensitive og de mener derfor at det er grunnen til at cannabis forverrer psykisk sykdom da kroppen ikke lengre klarer å iverksette forsvar mot symptomene (Aastorp, 2004).

3.2 Akutte skadevirkninger

Med de akutte skadevirkningene av cannabis menes de umiddelbare, kortvarige effektene. Skadevirkningene som blir belyst i dette avsnittet kan oppstå både hos uerfarne og erfarne brukere. Rusvirkningen av cannabis inntreffer få minutter etter inhalering, og etter ca. 30 minutter om man spiser det. Rusvirkningen varer i ca. 4 timer (Lundqvist 1999).

De akutte psykiske effektene av cannabis er avhengig av flere faktorer; blant annet dose, hvordan det blir inntatt, tidligere erfaringer med stoffet, forventninger til effekten, humør og i hvilken sosial setting det blir brukt (Hall et al. 2001, Simon, R. 2004).

3.2.1 Psykiske endringer

Roland Simon skriver at de akutte angstdempende og sedative effektene av cannabis også kan snu til det motsatte. Han viser til at symptomer som panikkangst, depresjon og angst er blitt rapportert fra flere kilder. Han skriver også at kvinner synes oftere utsatt for disse negative effektene (Simon, R. 2004)

I WHO's rapport blir de akutte effektene av høye doser beskrevet som; persepsjonsforandringer, depersonalisering, panikk, manglende tidsfølelse, angst, forvirring og nervøsitet (WHO1997). Hall et al. skriver at slike ubehagelige erfaringer oftere rapporteres av uerfarne brukere og av noen pasienter som bruker cannabis av medisinske grunner. Erfarne brukere rapporterer disse effektene oftere når de har spist cannabis da det da er vanskeligere å beregne dosen og at rusen varer lengre enn ved røyking (Hall et.al. 2001: 31).

Det er også av enkelte beskrevet en tilstand av cannabisutløst delirium med preg av akutt og kortvarig forvirring hvor personen mister orienteringsevnen, minne og identitetsfølelse. Det hevdes at dette opptrer en eller annen gang hos en tiendedel av cannabisbrukerne (Bachmann 1999, Fries 2004, Ramstrøm 2000).

En mer sjelden tilstand er akutt psykose utløst av cannabis. Dette beskrives hos flere av forfatterne. Ramstrøm skriver;

”Cannab isrøyking, spesielt av blandinger med høy konsentrasjon av THC, kan framkalle en kortvarig (noen døgn-6 uker) toksisk psykose, cannabispsykose”
(Ramstrøm 2000:4)

Hall et al. beskriver også dette fenomenet, som har blitt rapportert fra flere land; Karibien, New Zealand, Scotland, Sør Afrika, Sverige, England og USA. Symptomene blir beskrevet som

forvirring, desorientering, hallusiner og hukommelsestap og oppsto etter inntak av store doser cannabis. Symptomene gikk raskt tilbake etter at pasientene avsto fra cannabis og psykosen kom bare tilbake i de tilfeller hvor cannabismisbruket ble gjenopptatt (Hall et al. 2001: 91).

Roland Simon skriver at brukere av cannabis kan oppleve psykotiske tilstander i forbindelse med intoksitasjon, spesielt ved høye doser (Simon 2004).

Andre er mer skeptiske til denne diagnosen. Fekjær skriver i sin siste bok;

”Mest debatt har det vært om hvorvidt cannabisbruk kan føre til psykose, særlig schizofreni. Det er en klar overhyppighet av psykoser hos de som har brukt cannabis, uten at dette i seg selv beviser at cannabis er årsak til psykosen.” (Fekjær 2004:173)

Også i WHO's rapport blir det også satt fokus på at denne tilstanden ikke er fullstendig klarlagt;

”However, it remains true that the phenomenology of ‘cannabis psychoses’ has not been clearly defined nor have these putative disorders been distinguished from schizophrenia and other psychotic problems that occur among cannabis users “(WHO 1997:18)

WHO slår videre fast at det trengs flere forskningsbevis for å kunne bekrefte disse lidelsene.

3.2.2 Kognitive endringer

De akutte effektene på de kognitive evnene omfatter forverret kortidsminne, oppmerksomhetssvikt, svekket innlæringsevne og manglende assosiasjonsevner (Hall et al. 2001, Simon 2004, Wheelock 2002, WHO 1997).

Fekjær nevner svekket reaksjonsevne og koordinasjon som vanlig under påvirkning av cannabis, men mener også at den akutte virkningen oppleves som nokså mild (Fekjær 2004).

I den australske rapporten blir det hevdet at effekten på kortidshukommelsen og oppmerksomhetsevnen fører til at brukeren lett blir værende i en ”drømmetilstand” hvor det blir vanskelig å utføre målrettede mentale aktiviteter (Hall et al. 2001).

Den svenske legen Thomas Lundqvist legger stor vekt på de kognitive virkningene. Han skriver at den akutte rusen har preg av tankeflukt og mange assosiasjoner uten ”mål og mening”. Man blir aktiv i tankene men innadvendt. Disse effektene vil ikke vedvare etter at rusvirkningen har gitt seg, man vil bare kjenne seg litt trøtt og uopplagt noen dager. Hvis røykingen gjentas med mindre enn 6 ukers intervaller kan den kognitive påvirkningen forsterkes (Lundqvist 1999).

3.3 Kroniske skadevirkninger

De kroniske skadevirkningene er de man ser hvis cannabis har blitt brukt jevnlig over lengre tid; måneder eller år. Mange av skadevirkningene beskrevet i avsnittet om akutte skadevirkninger vil også forekomme hos personer som har brukt cannabis lenge, særlig hvis de inntar større mengder enn vanlig.

THC lagres i fettvevet i kroppen og hjernen da det er et fettløselig stoff. Det skilles ut langsomt, det kan gå mer enn 6 uker før alt er utskilt. Når man røyker oftere enn hver 6. uke vil det derfor bygge seg opp et lager av THC i fettvevet. Ifølge Lundqvist vil det ta ca. 2 år med sporadisk røyking før det har blitt et ordentlig depot av THC i kroppen (Lundqvist 1999).

3.3.1 Kognitive skadevirkninger

Når det gjelder kognitive skadevirkninger av gjentatt bruk er det en felles oppfatning hos teoretikerne at det er en risiko for skader. Lundqvist beskriver disse endringene som noe som skjer gradvis og derfor er vanskelig å oppdage for brukeren. Han kaller hasj et forrædersk rusmiddel som gradvis forandrer tankeprosessen og deler den kroniske påvirkningen inn i 7 kategorier;

1. Språklig evne

Man blir dårligere til å finne ord på det man vil beskrive, og forstår dårligere hva andre mener. Man mister gradvis evnen til abstrakt problemløsning og dette fører til at man får en mer konkret tankemåte

2. Evnen til å dra riktige konklusjoner

Man mister evnen til kritisk å vurdere det man sier og gjør, reflektere over feil og å følge logiske resonnementer.

3. Fleksibilitet i tankene

Man blir ensidig, får konsentrasjonsvansker, nyanserer sjelden sine meninger og lytter sjeldnere til andre

4. Hukommelse

Kortidshukommelsen svekkes, dette fører til at man glemmer avtaler, mister tråden i samtaler og får problemer med å vurdere tiden.

5. Evne til helhetstenkning

Dette er et resultat av blant annet svekket kortidsminne, og at man blir dårligere til å sortere og nyansere informasjon

6. Evne til å orientere seg i "rommet"

Man mister interesse for omgivelsene og mellommenneskelige relasjoner. Planlegger ikke, og mister evnen til å lage rutiner.

7. Gestaltminne

Man får vansker med å kjenne igjen mønstre, problemer med å huske relasjonene mennesker imellom og problemer med å huske rutiner og hvordan man skal oppføre seg (Lundqvist 1999).

Lundqvist kaller disse forandringene for hasjefeller, og mener at den kroniske hasjrøykeren havner i et psykisk fengsel uten å være seg bevisst dette.

”det er min oppfatning at cannabis svekker individets evne til å utnytte sin intellektuelle kapasitet, og at dette medfører at individet skaper sitt eget tankerom og en avskjerming fra det ytre og indre miljøet. Dette avskjermede rommet blir et slags psykisk fengsel som man ikke vet at man sitter i.” (Lundqvist 2000:7)

Han antar også at faktorer som; emosjon, motivasjon, høyt intelligensnivå, evnenivå, sosial kompetanse osv. gjør at enkelte kan ha et intensivt misbruk uten å merke disse skadene.

Fries trekker fram biologiske faktorer når han forklarer forstyrrelsene i kognitive funksjoner med den høye konsentrasjon av cannabisreseptorer i hippocampus og hjernebarken. Cannabinoidene forstyrrer den normale bearbeidingen av sanseintrykk ved å avbryte overføringen av nervesignaler mellom ulike områder i hjernen. Han mener dette får betydning for oppmerksomhet, hukommelse, problemløsning og tidsmessig samordning. Når cannabis har blitt brukt over lang tid forverrer det evnen til effektivt å bearbeide komplisert informasjon. Den viser også til at kroniske røykere får minsket blodstrømmen i hjernen som i sin tur også påvirker de kognitive funksjonene. Dette blir verre jo lengre et misbruk har foregått, og kan fortsette selv om rusvirkningen har avtatt (Fries 2005).

Hall et al.(2001), Simon(2003), Wheelock (2002) og WHO(1997) støtter også opp om erkjennelsen av at langvarig misbruk påvirker kognitive funksjoner som oppmerksomhet og hukommelsesprosesser, som igjen forverrer organisering og integrering av kompleks informasjon. Videre at fortsatt bruk progressivt øker skadevirkningene;

” prolonged use may lead to greater impairment, which may not recover with cessation of use, and which could affect daily life functions”
(WHO 1997:29)

Professor Jørg Mørland viser til en undersøkelse som viste at folk som hadde røkt mye cannabis tidligere, viste forandringer i kognitive funksjoner også 1 år etter at de hadde sluttet (Mørland 2000).

Fekjær hevder imidlertid at det ikke er overbevisende holdepunkter for at cannabis fører til vesentlig svikt i kognitive funksjoner etter den akutte rusen (Fekjær 2004).

3.3.2 Psykiske endringer og lidelser

Cannabis blir fremstilt som et av de mest psykopatogene stoffene. Det vil si at sammenlignet med andre rusmidler er det mer sannsynlig at det fører til ulike psykiske forstyrrelser. Jan Ramstrøm uttrykker det slik i en artikkel i *Rus og Avhengighet*;

”Cannabis er ett av de mest psykopatogene rusmidlene vi kjenner. I større utstrekning enn for eksempel heroin kan det lede til utvikling av ulike typer psykiske forstyrrelser, forvirring, hallusinasjoner og tvangsforestillinger.”
(Øiern, 1998:36)

Et langvarig misbruk av cannabis er forbundet med en rekke psykiske lidelser. Ifølge Fries har studier vist at det er en sammenheng mellom og angst og depresjoner og kronisk misbruk av cannabis. Han hevder videre at cannabismisbrukere løper fire ganger så stor risiko for å utvikle alvorlige depresjoner senere i livet enn andre ikke-misbrukere. Risikoen øker jo mer cannabis man bruker. Han viser til en undersøkelse av personer mellom 14 og 21 år hvor det ble konstatert en signifikant sammenheng mellom depresjoner, selvmordstanker og selvmordsforsøk og cannabisbruk (Fries 2005). I en australsk studie over 7 år fant man at jenter som brukte cannabis minst en gang i uken doblet risikoen for å utvikle depresjon eller angst etter 6 års misbruk. Daglig bruk femdoblet risikoen. (Simon 2004)

Andre psykiske lidelser som har blitt satt i sammenheng med kronisk cannabismisbruk er psykoser og da spesielt schizofreni. I en artikkel i tidsskriftet *Rus og Avhengighet* (Bachmann 1999) henvises til Ramstrøm og Ege¹ som er enige om at det fins en overhyppighet av psykoser hos cannabisbrukere. *”..., sannsynligvis som et uttrykk for at cannabisrøykingen både er årsak til psykoser, aktiverer latente psykoser og forverrer manifeste psykotiske tilstander.”* (Bachmann 1999:29)

Også professor Mørland trekker fram at cannabis fører til en risiko for økning i psykiatrisk sykdom. Han forklarer dette med at hjernen hos storrøykere (av cannabis) er full av THC og omdannelsesprodukter, og at THC har en viss hallusinogen virkning og derfor kan utløse en toksisk psykose (Mørland, 2000).

En gruppe forskere startet i 1995 en studie som fulgte opp 2437 unge i alderen 14-21 år, hvorav 51,3 % var menn. Hensikten var å undersøke sammenhengen mellom cannabis og psykoser hos predisponerte og ikke predisponerte unge individer. Hovedkonklusjonen var at cannabisbruk

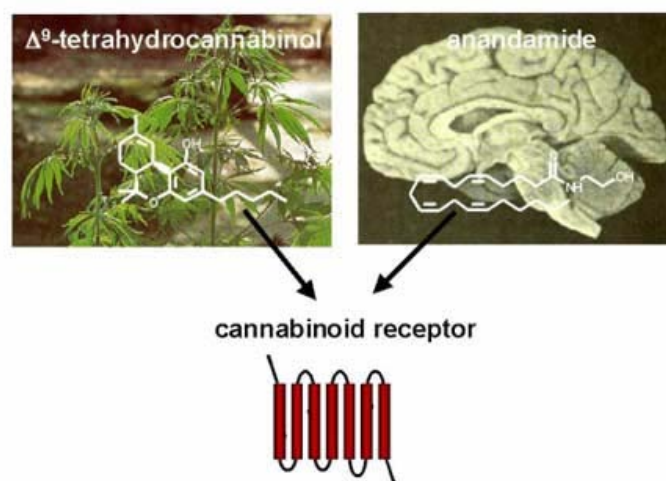
¹ Ege, P. (1997): Stofmisbrug. Baggrund, konsekvenser, behandling. Hans Reitzels forlag, København. Folketingets høring om hash. Folketingets Retsudvalg, Socialudvalg og Sundhedsudvalg, København november 1997.

Ramström, J. (1999): Skader av hasj og marihuana. En gjennomgang av vitenskapelige studier skadeomfanget ved cannabis. Norsk utgave: Rusmiddeldirektoratet.

moderat økte risikoen for utvikling av psykotiske symptomer hos unge, men hadde mye sterkere effekt hos de som var predisponert for psykoser. De fant også at risikoen var større ved økt forbruk (Henquet, C et al. (2004).

Hall et al. mener det fins bevis for at cannabis kan forårsake en akutt psykose under påvirkning, men at det fins mindre støtte for hypotesen om at cannabis kan forårsake en langvarig psykose. De fant derimot tankevekkende bevis på at kronisk cannabisbruk kan fremskynde psykoser hos sårbare individer (Hall et al. 2001).

Når det gjelder schizofreni er det gjort en rekke studier om sammenhengen mellom cannabisbruk og utvikling av sykdommen. Fries viser til en stor svensk studie som omfattet 45.500 vernepliktige i alderen 18-20 år, som ble fulgt opp over en femtenårsperiode. Denne studien viste at de som oppga at de røykte cannabis ved påmønstring hadde større risiko for å utvikle schizofreni senere i livet. Risikoen økte også med forbruket av cannabis. Han viser også til en lignende New Zealandsk undersøkelse viste lignende resultater samt at sammenhengen var størst jo tidligere man debuterte. Fries skriver at å fastholde en direkte sammenheng mellom cannabis og schizofreni ikke er uproblematisk. Det er ikke klart om cannabis bare påskynder symptomene hos disponerte individer eller om cannabis i seg selv er årsak til sykdommen (Fries 2005). WHO slår fast at epidemiologisk forskning har fremskaffet klare bevis på en sammenheng mellom cannabis og schizofreni. I de fleste tilfeller vil regelmessig cannabisbruk fremskynde psykosesymptomer med minst et år, og dette støtter argumentet for at cannabis er en risikofaktor for schizofreni (WHO 1997). Hall et al. derimot mener at sammenhengen er usannsynlig fordi forekomsten av schizofreni har holdt seg stabil eller minsket mens cannabisbruken har økt (Hall et al.2001



4 Analyse av teori og informantutsagn

4.1 Akutte skadevirkninger på den psykiske helse

Det synes å være bred enighet om de akutte kognitive endringene som oppstår under cannabisrus. Disse endringene kan kort oppsummeres som; svekket kortidshukommelse, oppmerksomhet, assosiasjonsevne og innlæringsevne. (Fries 2005, Hall et al. 2001, Lundqvist 1999, 2000, Mørland 2000, Simon 2003, WHO 1997)

Fries forklarer dette med den høye konsentrasjon av cannabisreseptorer i hjernen.

”den höga koncentrationen av cannabisreceptorer i hippocampus och hjärnbarken tyder på att cannabis, när det gjelder människor, till en väsentlig del påverkar de kognitiva funktionerna, särskilt uppmärksamheten och minnesfunktionerna.” (Fries 2005:23)

Informantene legger også stor vekt på de kognitive forstyrrelsene. Særlig blir effekten på hukommelsen nevnt som problematisk;

”Det blir vanskelig å kommunisere skikkelig. Man klarer ikke holde tråden, når man er ferdig å si noe husker man ikke lengre hva man begynte å skulle si” sier en av informantene.

Lundqvists beskrivelse av rusens karakter som at man blir aktiv i tankene men innadvendt støttes også av informantene. En av dem beskriver dette som;

”man får veldig mange tanker og ideer, men det blir for vanskelig å uttrykke dem i ord så det ender med at man blir sittende for seg selv å ”drømme seg vekk.”

Alle informantene nevner problemer med å huske avtaler, åpningstider, hvilken dag det er osv. Dette fører igjen til problemer med å forholde seg til verden utenfor, som skole, arbeid, relasjoner osv. En av informantene forklarer at de avtaler han gjorde mens han var påvirket var helt borte fra hukommelsen etterpå.

”Det er som om man får to forskjellige hukommelser som virker helt uavhengig av hverandre. Jeg kunne plutselig oppdage at jeg hadde gjort avtaler med flere i en periode jeg røyka masse, uten å ha peiling på hvordan det hadde gått til. Jeg kunne også komme på avtaler jeg hadde gjort i rusa tilstand først når jeg hadde røkt igjen. Dette gikk begge veier, det jeg hadde avtalt og tenkt i nykter tilstand, ble borte når jeg hadde røyka.”

Dette støtter opp om Lundqvists beskrivelse av cannabisrusens effekt på hukommelsen. Han forklarer at anandamidet er ansvarlig for subjektiv persepsjon, og at cannabis forsterker effekten av de opplevelser man har under rusen.

”Denne prosessen kan dermed være grunnen til at et rusgiftrelatert hukommelsessystem etableres, noe som innebærer at det som lagres i minnet under cannabispåvirkning bare kan gjenoppleves med full valør når individet er i samme tilstand som under lagringen av inntrykket/opplevelsen.”

Wheelock nevner også at kortidshukommelsen blir påvirket, men er usikker på hvor omfattende denne påvirkningen er; *”it is uncertain whether other higher functions of the brain, such as the organization and integration of complex information, are affected.”* (Wheelock 2002)

De mest vanlige akutte psykiske skadevirkningene er angst, panikkreaksjoner og depressive reaksjoner. Dette beskrives som mest vanlig hos uerfarne brukere og ved høye doser. (Fries 2005, Hall et al. 2001, Ramstrøm 2000, Simon 2003, Wheelock 2002, WHO 1997)

Informantopplysningene stemmer med disse funnene. De hadde alle opplevd dette, særlig i begynnelsen. De hadde også observert dette hos andre brukere. En av informantene sier;

”Jeg husker jeg plutselig ble overbevist om at jeg eller noen jeg kjente skulle dø, jeg fikk angst og begynte å svette og skjelve. Dette varte noen timer, det gikk over da rusen ga seg. Det gikk lang tid før jeg prøvde å røyke igjen.”

En annen beskriver depressive reaksjoner;

”Jeg kunne plutselig bli overmannet av tristhet, begynte å gråte for ingenting. Jeg røyka mer for å prøve å døyve følelsene, men det ble bare verre. Det varte i dagevis, og jeg ble helt asosial av det.”

Andre psykiske symptomer som toksisk psykose eller cannabisutløst delirium synes mer omdiskutert. WHO (1997) er skeptiske til dette fenomenet, også Fekjær mener at det fins lite bevis for en slik tilstand. Hall et al.(2001) mener dette fenomenet er sjeldent, og bare som en følge av store doser. Andre rapporter og artikler som; Fries (2005), Ramstrøm (2000), Simon (2003) og Wheelock (2002) har beskrevet denne tilstanden som en akutt forvirringstilstand, ofte med hallusinasjoner og vrangforestillinger. Men også disse rapportene slår fast at dette er relativt sjeldent, og ofte etter spesielt høye doser eller hos spesielt sårbare individer. Ingen av mine informanter har opplevd slike symptomer, men har likevel observert det hos andre. Også de beskriver dette som sjeldent. En av informantene forteller at han etter å ha røkt ”spesielt god hasj” fikk kraftige hallusinasjoner , men han hadde ikke opplevd dette som negativt.

4.2 Kroniske skadevirkninger på den psykiske helse

Også når det gjelder de kroniske skadevirkningene ser det ut til at de kognitive skadene er mest utbredt. Lundqvist beskrivelse av de kognitive endringene ved et kronisk misbruk er gjennomgått i kapittel 3.3.1 (Lundqvist 1999,2000). Dette er det også bred enighet om, (Fries 2005, Hall et al. 2001, Mørland 2000, Ramstrøm 2000, Simon 2003, Wheelock 2002, WHO 1997) selv om det hos Hall et al. blir listet opp som en mulig skadelig effekt.

WHO skriver dette om kroniske helseskader av cannabismisbruk;

”-selective impairment of cognitive functioning which include the organization and integration of complex information involving various mechanisms of attention and memory processes.” (WHO 1997)

Dette synet støttes av informantene som alle forteller samme historie om en gradvis forverring av funksjoner som hukommelse, konsentrasjon, manglende ordforråd, problemer med rutiner og endring i oppfatning av tid. Alle forteller at dette ble verre jo mer de røykte, samtidig som de ble sløvere og ikke brydde seg om disse forandringene. En av informantene sier;

”Jeg følte det som om jeg ble dummere og dummere. Jeg klarte ikke å forholde meg til andre til slutt. Gadd ingenting, selv den minste ting ble et stort prosjekt.”

De av informantene som hadde sluttet fortalte at de enda slet med hukommelsesproblemer, og at de fortsatt manglet ord når de skulle beskrive ting. Det var gått henholdsvis 1,5 og 3 år siden de sluttet. Dette er det uenighet om i forskningsrapportene. Mørland mener at disse skadene er påvist et år etter siste inntak, og at det muligens varer i lengre tid. (Mørland 2000) Det forskerne er enige om er at dette i hvert fall varer så lenge man er under påvirkning av cannabis, det vil si for en som røyker daglig i hvert fall 6 uker. Men om det varer utover dette synes å være mer usikkert. (Lundqvist 2000, Simon 2003, Wheelock 2002, WHO 1997)

Andre psykiske skadevirkninger informantene opplyser om som følge av et intensivt cannabisbruk er angst, paranoia og depresjoner. Angst og paranoide episoder var ikke uvanlig å oppleve etter en periode med mye røyking;

”Jeg fikk angst for alt, turte ikke gå på butikken engang. Var overbevist om at folk var ute etter meg, fikk skikkelig ”noia” og turte ikke lukke opp hvis det ringte på døra. Det var helt jævlig! ”

Disse påstandene får bare delvis støtte i det teoretiske materialet. Fries (2005) og Simon (2004) har begge beskrevet depresjoner og angst som et resultat av langvarig cannabismisbruk.

Ramstrøm skriver mer generelt om at cannabisbruk kan lede til ulike typer psykiske forstyrrelser.

Ellers er angst og depressive reaksjoner nevnt som en akutte skadevirkninger. (Fries 2005, Hall et al. 2001, Ramstrøm 2000, Simon 2003, Wheelock 2002, WHO 1997)

Depresjoner var også noe som alle hadde opplevd, og fremdeles slet med, men de mente selv at dette skyldtes helhetsbildet av de problemer som var oppstått som følge av rusmisbruk og ikke cannabis alene.

Kronisk cannabismisbruk har blitt satt i sammenheng med utvikling av psykoser og schizofreni. (Bachmann 1999, Henqet et al. 2004, Tunstad 2004) Dette er det motstridende meninger om.

Fekjær skriver om dette tema;

”De fleste fagfolk synes nå å mene at cannabisbruk ikke i seg selv leder til psykose, men at det kan tenkes å utløse psykotiske episoder, særlig preget av forvirring, hos sårbare mennesker med tendens til å utvikle psykoser.”

(Fekjær 2004:174)

Når det gjelder psykoser som varer utover den tiden man er påvirket av cannabis, synes de å være svært sjeldne. Mest utsatt er unge individer som er predisponerte for psykoser. Det virker også som om risikoen for å utvikle alvorlig psykisk sykdom er større jo tidligere man begynner å misbruke cannabis (Hall et.al, 2001, Henquet et.al, 2004, Simon 2003, Tunstad 2004).

Ingen av mine informanter hadde opplevd psykoser, men en hadde opplevd det i sin nære omgangskrets. Jeg kan ikke med sikkerhet hevde at dette var cannabisutløst.

Sammenhengen mellom schizofreni og cannabis er det mer enighet om, selv om dette spørsmålet også er gjenstand for diskusjon. Det virker å være en viss enighet om at cannabisbruk kan utløse latent schizofreni (Bachmann 1999, Fries 2005, Ramstrøm 2000, Simon 2003, Tunstad 2004, Wheelock 2002, WHO 1997). Men et argument som ikke kan ses bort fra i denne sammenheng er at mens cannabisbruken har økt de siste 50 årene, så har forekomsten av schizofreni holdt seg stabil eller gått ned i samme periode. (Fekjær 2004 og Hall et al. 2001)

5 Oppsummering og avslutning

Cannabisbruk vil føre til skadevirkninger på den psykiske helse som vil vedvare så lenge man fortsetter sitt misbruk. Skadevirkningene synes å øke med stigende forbruk. Om disse skadevirkningene er varige synes tvilsomt, men det fins enkelte stemmer som hevder at de kognitive skadene kan vedvare over tid (Mørland 2000).

Hvilke skadevirkninger dreier det seg så om?

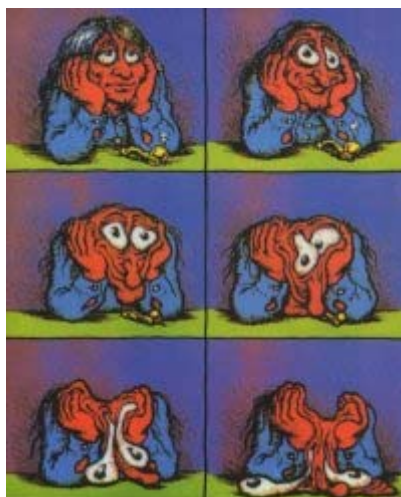
De mest vanlige skadevirkningene av cannabisbruk synes å være de kognitive skadene. Dette synes det å være enighet om både hos informantene og i det teoretiske materialet. Det tyder også på at disse skadene forverres ved langvarig og intensivt bruk. Dette støttes også av de biologiske

forklaringene gitt i avsnittet om kroniske kognitive skadevirkninger, om hvordan cannabis forstyrrer den normale bearbeidingen av sanseinntrykk. Det synes uklart om dette er skader som kan vedvare over tid, her er det rom for tvil. Andre mildere former for psykiske forstyrrelser som depresjoner, angst og nedsatt stemningsleie er også relativt vanlige, og dette støttes også av teorien. De kognitive forstyrrelsene kan også forsterke følelsen av å være annerledes, ”utenfor samfunnet”, som igjen kan føre til psykiske problemer som angst og depresjoner. Dette støttes også av informantene, men som jeg nevnte i metodekapittelet kan jeg ikke utelukke at dette også skyldes andre stoffer.

Når det gjelder de tunge psykiatriske diagnosene som psykoser og schizofreni fins det en del forskningsmateriale som støtter opp om en viss sammenheng mellom cannabisbruk og utvikling av sykdom hos unge og sårbare individer. Dette er likevel forholdsvis sjeldent. Mer vanlig er akutte, forbigående symptomer med forvirring og eventuelt hallusinasjoner. Dette gjelder særlig uerfarne brukere, og ved høye doser.

Det har blitt nevnt at det er visse faktorer som ”beskytter” mot disse skadevirkningene.

Intellektuell kapasitet, evnenivå, sosial kompetanse osv. Dette kan forklare at ikke alle synes å være påvirket i samme grad, her er det individuelle forskjeller. Det har også kommet frem at skadevirkningene er større jo tidligere man starter sitt misbruk. Dette kan forklares med at de helt unge fortsatt er under utvikling og derfor spesielt sårbare for skadevirkninger av rusmidler. Jeg har ved denne fordypningen i skadevirkninger av cannabis forberedt meg til å være kursleder for en gruppe cannabismisbrukere. Mitt håp er at dette har satt meg bedre i stand til å møte spørsmål, motivere og bevisstgjøre kursdeltagerne på vei mot et hasjefritt liv!



Kilde: Propaganja.n

LITTERATURLISTE

1. Bachmann, H., **Ikke mindre skadelig en før**, Rus og avhengighet nr.2, s.28-31,1999
2. EONN ,Pressemelding fra EUs narkotikabyrå i Lisboa, nr. 11 **Årsrapport for 2003 om narkotikasituasjonen i EU og Norge**, Europeisk overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa,2003
<http://ar2003.emcdda.eu.int/download/mainreport-no.pdf>, (nedlastet 10.12.2004)
3. EONN ,Pressemelding fra EUs narkotikabyrå i Lisboa, nr.9 **Årsrapport 2004: UTVALGTE TEMAER**, Europeisk overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa, 2004
<http://annualreport.emcdda.eu.int/no/page154-no.html>, (Nedlastet 4.mars 2005)
4. Fekjær,H.O, **Rus-Bruk,motiver,skader,behandling,forbygging,historie**, 1.utgave, Oslo, Gyldendal Akademisk, 2004
5. Fries,B., **Är cannabis ofarligt?**, Forskning til stöd för narkotikapolitiken, 2005
<http://www.mobilisera.nu/upload/CANNABIS2005.pdf> (nedlastet 1.3.2005)
6. Hall,W., Degenhardt, L., Lynskey,M., **The health and psychological effects of cannabis use**, *Monograph Series No. 44,Second Edition*, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Commonwealth of Australia,2001
<http://www7.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/mono44.pdf>
(nedlastet 4.3.2005)

7. Henquet, C et al. **Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people**, *BMJ*, publisert online 1.12.2004, Maastricht University, Nederland, 2004
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/short/bmj.38267.664086.63v1>
(nedlastet 28.3 2005)
8. Lundquist, T., **Om hasj og påvirkning**, 2. utgave, Borgestadklinikken/Blå Kors, Norge, 1999
9. Lundquist, T., **Cannabis psykiske og avhengighetsskapende effekter**, *Tidskriftet mot rusgift*, 64/65, 2000
<http://www.fmr.no/cparticle72706-9608c.html> (nedlastet 15.3 2004)
10. Mørland, J., **Cannabis biologiske virkninger**, *Tidskriftet mot rusgift*, 64/65, 2000
<http://www.fmr.no/cparticle72704-9608c.html>, (nedlastet 10.3 2004)
11. Næss, M., **Hasj-stadig flere misbrukere**, *Helsenytt for alle*, 11.3.2004
<http://www.helsenytt.no/artikler/hasj.htm>, (nedlastet 13.6.2004)
12. Ramstrøm, J., **Kan man dø, bli gal eller få kreft av hasj og marihuanarøyking?**, *Tidskriftet mot rusgift*, 64/65, 2000
<http://www.fmr.no/cparticle72705-9608c.html>, (nedlastet 18.3.2004)
13. Simon, R., **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, 2003
<http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=5746&sLanguageISO=EN>,
(nedlastet 30.3.2004)

14. Tunstad, E., **Cannabis kan utløse psykisk sykdom**, *forskning.no*, 24.5.2004,
www.forskning.no/Artikler/2004/mai/1083932850.41
(nedlastet 10.11.2004)
15. Wheelock, B.B., **Physiological and psychological effects of cannabis: review of the research findings**, Special Committee on illegal drugs, Canada, 2002
<http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/ille-e/library-e/Wheelock-e.htm> (nedlastet 4.3.2005)
16. WHO/MSA/PSA/97.4, **Cannabis: a health perspective and research agenda**, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Sveits, 1997
http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MSA_PSA_97.4.pdf,
(nedlastet 18.3.2005)
17. WHO, **WHO definition of Health**, Geneva, 1948
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, (nedlastet 18.3.2005)
18. Øiern, T., **Hvor farlig er cannabis?**, *Rus og avhengighet nr.2-98*, s. 35-36, 1998
19. Aastorp, H., **Hjernens kamp mot galskap**, *forskning.no*, 13.9.2004,
<http://www.forskning.no/Artikler/2004/september/1094720508.41>
(nedlastet 24.3.2005)

Definisjon på 'kognitiv' ; <http://kress.sunnaas.no/gronn/Rapporter/sdbksem.html>

Nettsider som har vært brukt til søk :

Blå Kors <http://www.bks.no/rusnett.htm>

BMJ <http://bmj.bmjournals.com/>

FMR <http://www.fmr.no/>

Google <http://www.google.no>

WHO <http://www.who.int/en/>

Dictionary <http://dictionary.reference.com/search?q=mental%20health>

Copernic agent: <http://www.copernic.com/en/products/agent/download.html>

Nettsider til organisasjoner nevnt i innledningen

Normal <http://www.normal.no/>

Razzia <http://www.razzia.no/>

Propaganja <http://www.home.no/propaganja/>

Norcan org <http://www.norcan.org/>