

MOT RUSGIFT

Rusgiftpolitisk tidsskrift. Nr 2-2007

Kr 50



Rusgiftavhengighet og psykiske lidelser

Tverrfaglig, spesialisert avhengighetsbehandling
– et nytt tjenesteområde

Psykofarmaka, rus og psykiatri

Mellom to stoler – en fortelling fra virkeligheten

Cannabis og mentale lidelser (psykoser/schizofreni)



Avhengighetsbehandling og psykiatri

Psykisk helsevern har sin egen lovgivning. Men i Spesialisthelsetjenestelovens §2-1a er det tatt inn at de regionale helseforetakene også er forpliktet til å tilby spesialisert helsehjelp til rusgiftavhengige. Ved etableringen av Rusreformen fra 1. januar 2004 lå det i kortene mange steder at avhengighetsbehandling skulle underlegges og bli en del av psykiatrien. Dette så også ut til å bli resultatet de fleste steder, med unntak av Helse Midt-Norge som opprettet et eget rusforetak. I det internasjonale diagnose-systemet, ICD-10 er avhengighetslidelser klassifisert under psykiske lidelser. Men det finnes motforestillinger.

I dette nummeret av Mot Rusgift støtter psykiater Jørgen Bramness tanken om et felles fagområde for avhengighet og psykisk helse, fordi det i svært mange tilfeller vil være de samme pasientene som trenger behandling for begge typene lidelser, gjerne samtidig. Men han får motbør av psykolog John Agnar Johansen, som mener at den tverrfagligheten som rusgiftfeltet tradisjonelt har stått for ikke må gå tapt. Den vil psykiatriens medisinske tilnærming i liten grad greie å ta vare på.

Avhengighetsfeltet er dessuten lite, sammenlignet med psykisk helsevern. For å unngå at det lille avhengighetsfeltet skal bli oppslukt av den store psykiatrien, bør vi kanskje la begge felt få utvikle seg parallelt, men med et klart krav om, og forståelse for, samarbeid på tvers. Utfordringen blir å gjøre seg kjent med og utnytte kompetansen i det feltet pasienten for øyeblikket ikke befinner seg.

Men den viktigste utfordringen for både psykisk helsevern og avhengighetsbehandling i tiden framover, vil delvis være den kraftige økningen i det generelle alkoholforbruket i samfunnet. Denne oppgangen vil øke pasientstrømmen til både avhengighetsbehandling og psykiatri, et bifrag er kanskje også utviklingen i bruken av sterk cannabis i befolkningen. I Norge er det fortsatt relativt få regelmessige hasjbrukere, men mange av disse har brukt cannabis i en del år, og THC-innholdet i en del cannabisprodukter på markedet er blitt klart høyere og mer potent når det gjelder å framkalle psykiske reaksjoner og lidelser. Den engelske avisen, The Independent, ber nå om unnskyldning for den kampanjen de startet for ti år siden for å få legalisert cannabis. Britisk ungdoms overgang til sterkere cannabis typer og den sterke økningen i utbrudd av schizofreni har fått avisen til å skifte mening. Avisen skriver også at den har skiftet mening på grunn av frykt for at hasj fører unge til avhengighet.

I dette nummeret av Mot Rusgift har vi lagt vekt på å vise cannabis særlige rolle som framkaller av psykisk lidelse, ved en artikkel av Mary Brett, som gjennomgår forskningshistorien på cannabisfeltet, og påviser den nære sammenhengen med psykiatri. Den er en advarsel til det norske samfunnet om hva som kan bli noe av resultatet om vi ikke får drevet hasjbruken tilbake. Dette er både en norsk og en internasjonal utfordring.

Knut T. Reinås

Innhold

- 2 Leder
- 4 Rusgiftavhengighet og psykiske lidelser
Av Knut T. Reinås
- 6 Tverrfaglig, spesialisert avhengighetsbehandling – et nytt fagfelt
Intervju med John Agnar Johansen
- 10 Psykofarmaka, rus og psykiatri
Intervju med Jørgen G. Bramness, Folkehelseinstituttet
- 16 ”Å leve med psykisk lidelse og rusmisbruk”
Intervju med Audhild Hjellup Lønne
- 20 Cannabis og mentale lidelser (psykoser/schizofreni)
Av biolog Mary Brett
- 28 Bokomtaler
- 30 Ordliste:

MOT RUSGIFT

UTGITT AV Forbundet Mot Rusgift
Utgave nr 83

REDAKSJON

Forbundet Mot Rusgift
Torggata 1, 0181 Oslo
Tel: 23 21 45 26
Faks 23 21 45 01

E-post: post@fmr.no
Nettsted: www.fmr.no

REDAKTØR

Knut T. Reinås, tel 97 59 55 48

PRODUKSJON

Lynx Porter Novelli, turid@lynx.no

DESIGN

Axentum kommunikasjon

Redaksjonen er avsluttet 2. juli 2007

Forbundet Mot Rusgift arbeider for å beskrive både rusgiftproblemet, årsakene og mulighetene til å bekjempe det. Bladet Mot Rusgift formidler kunnskap om dette fagområdet i fire utgivelser i året.

REDAKSJONSRAÐ

Anders S. Slaatsveen, rektor, Revyskolen Solbakken
Olaf Aasland, forsker, Den Norske Legeforening
Eivind Jaren, tidl. redaktør, avisa Folket
Geir Riise, overlege, HMS-direktør, Posten Norge

ABONNEMENT Kr 200/år:

post@fmr.no - tel 23 21 45 26 - www.fmr.no

ANNONSER

Turid Viker Bråthen, tel 23 13 14 80

Rusgiftavhengighet og psykiske li



Mange rusgiftavhengige har psykiske lidelser i tillegg til rusgiftproblemet. Disse lidelsene kan være en medvirkende årsak til at enkelte forsøker å "selvmedisinere" seg med rusgifter, døyve de psykiske problemsymptomene, og på den måten pådrar seg et avhengighetsproblem. Med rusgiftavhengige menes her personer som er avhengige av alkohol, narkotika, eller som har et overforbruk av beroligende og bedøvende legemidler.

Men et problematisk forhold til rusgifter kan også utløse eller forverre en psykisk lidelse, som allerede er tilstede eller under utvikling. I noen tilfeller kan rusgiftbruken også framkalle en psykisk lidelse som kanskje ellers ville ha forblitt latent, eller ikke vært tilstede i det hele tatt.

HVA KOMMER FØRST?

Ofte kan det være vanskelig å si hvilket problem som kommer først, avhengighetsproblemet eller den psykiske lidelsen. Og i alle fall kan det være vanskelig – i en behandlingssituasjon – å avgjøre hva man skal gripe fatt i først. Innenfor psykiatrien vil man ofte oppleve at avhengigheten av rusgifter og den rusgiftsøkende atferden hos pasienten står i veien for psykiatribehandling. I rustiltaksapparatet vil man på sin side ofte oppdage – når pasienten er avgiftet og klarer opp – at de psykiske lidelsene, som kanskje var døyvet av alkohol, piller eller illegale stoffer, eller forårsaket av flere års tung rusgiftbruk – kommer til syne og gjør pasienten mindre tilgjengelig for avhengighetsbehandling.

Betegnelsen "dobbeltdiagnose" er blitt utbredt i de senere år for å beskrive personer som både har en psykisk lidelse og et problematisk forhold til rusgifter. Men begrepet blir ofte brukt relativt upresist, ettersom det kan eksistere flere grader av avhengighet, og alle avhengighetstyper gir ikke like symptomer. Det er for eksempel stor forskjell på en sosialt veltilpasset storforbruker av alkohol og en hjemløs heroinavhengig. Men begge kan utvikle eller ha psykiske lidelser. Og de psykiske lidelsene kan på sin side også ha forskjellig alvorlighetsgrad og karakter.

Det er vanlig å dele personer med rusgiftproblemer og psykiske lidelser inn i tre grupper:

- Psykiatriske pasienter som bruker mye alkohol eller andre rusgifter, i perioder når de får tilgang til dette.
- Rusgiftavhengige som plages av psykiatriske symptomer, særlig angst og depresjon.
- Pasienter med et langvarig og alvorlig storforbruk av rusgifter i kombinasjon med en alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse.

PSYKIATRIPASIENTER MED AVHENGIGHETSPROBLEMER I TILLEGG

Det sier seg selv at psykiatrien må ta hånd om den første gruppen, enten poliklinisk eller i institusjon. Men det er også viktig at psykiatrien selv har eller øker sin kompetanse i forhold til å bearbeide problematikken med avhengighet og rusgiftsøkende atferd. Dersom samarbeidsforholdet til avhengighetsfeltet er tett og nært, kan man kanskje søke tilleggskompetanse eller bistand fra avhengighetsfeltet, slik at man kan få til en integrert behandling.

AVHENGIGHETSPASIENTENE MED PSYKISKE TILLEGGSLIDELSER

Behandlingsapparatet for rusgiftavhengige er de nærmeste til å ta hånd om den midterste gruppen, altså avhengighets-

pasienter med angst, depresjoner, ulike stress-lidelser, spisevansker eller som plages med selvmordstanker, men hvor avhengighet anses som hovedproblemet. Men her er det også viktig at kjennskapen til og forståelsen for psykiske lidelser er tilstede, og at denne delen av spesialisthelsetjenesten må utvide sitt fokus, slik at man blir i stand til å håndtere "lettere" psykiske lidelser uten å måtte gå veien om innleggelse i psykiatrien. Men bearbeiding av psykiske lidelser bør i mange tilfeller fortsette også etter at avhengigheten er bragt under kontroll. Om dette skal foregå ved en ruspoliklinikk eller en psykiatrisk poliklinikk, avhenger kanskje av hvilke relasjoner som allerede er etablert, og hvilke samarbeidsforhold man har greid å utvikle mellom avhengighetsfeltet og psykiatrien på et sted. Avhengighetsproblemet må også i alle tilfeller følges opp av den primære behandlingsinstansen, bl.a. når det gjelder samarbeid med 1.-linjen, deltakelse i ansvarsgrupper og oppfølging av Individuell Plan.

DOBBELTDIAGNOSEPASIENTENE

Den tredje gruppen, er psykiatriens ansvar. Personer som gjennom år har utviklet en sterk avhengighet, men som grunnlidelse har schizofreni, manisk-depressiv lidelse eller ulike personlighetsforstyrrelser, bør behandles innenfor psykiatrien. Dette gjelder også om den psykiske lidelsen har utviklet seg parallelt med avhengighetstilstanden. Det er denne gruppen som St.meld. nr. 5-1996-97 "Åpenhet og helhet" ønsker å reservere begrepet "Dobbelt-diagnoser" for. Man kan imidlertid påpeke at en pasient ofte kan ha mer enn to diagnoser, fordi man ofte må innberegne mer enn én psykisk lidelse, og dessuten har mange også somatiske lidelser i tillegg. "Trippeldiagnoser" eller "multiple indikasjoner" ville kanskje være mer passende uttrykk. For mange av disse pasientene vil man måtte regne med flere behandlingsopphold, med friske perioder innimellom. Det man bør være klar over, er at avhengighetsproblemet trenger særskilt bearbeiding både under behandlingsopphold og etterpå, det forsvinner ikke, selv om den psykiatriske grunnlidelsen i øyeblikket er under kontroll. I perioder hvor pasienten er utskrevet og psykisk frisk, vil han/hun likevel være sårbar, og rusgiftbruk vil kunne utløse følelser og reaksjoner som fortære vil føre til nytt utbrudd av den psykiske lidelsen. I tillegg vil det med stor sannsynlighet føre til tilbakefall til avhengighetstilstanden, som igjen vil gjøre det vanskelig å bevare andre deler av den mentale helsen. Alt taler derfor for en integrert behandling og oppfølging, hvor psykiatrien både under behandling og oppfølging må legge vekt på enten å utvikle egenkompetanse på avhengighet, eller trekke inn kompetanse fra avhengighetsfeltet.

OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE

I 1998 kom det en opptrappingsplan for psykisk helse. Målet med planen var at den underprioritering som psykisk helse hadde vært utsatt for innenfor spesialist-

helsetjenesten skulle reduseres, ved en kraftig økning av tilskudd til feltet, for å øke personaldekningen, for å øke kompetansen og for å forsterke forskningsinnsatsen. I planperioden 1998-2008 er det forutsatt en merbevilgning til psykisk-helseplanen på 4,6 milliarder kroner årlig. Penger til tiltak for psykiatripasienter i kommunene er blitt øremerket. Man har på den måten oppnådd å få til flere omsorgsboliger og dagsentertilbud i kommunene, flere årsverk i hjemmetjenesten og økt støttekontakttilbud. Dette er bra, men ennå er det et stykke igjen. Bl.a. er det et stort behov for å etablere nye ROP-team (rus- og psykiatri-team) som skal drive oppsøkende motivering, behandling og oppfølging overfor pasienter ute i samfunnet, som enten ikke kommer til - eller uteblir fra kontakt med spesialisthelsetjenesten, eller som trenger en oppfølging. Det bør etableres et slikt team ved alle Distrikts-psykiatriske sentra.

OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSGIFTFELTET

Ved rusreformen som ble gjennomført fra 1. januar 2004 ble alle behandlingstiltak for rusgiftavhengige overført til spesialisthelsetjenesten. Formålet var bl.a. at avhengighetsbehandling skulle betraktes på linje med all annen spesialisthelsetjeneste. Men det var etterkommerne etter fattigforsorgen som spesialisthelsetjenesten på denne måten overtok, og det måtte et krafttak til i form av nye ressurser, for at de overførte avhengighetstjenestene skulle holde spesialisthelsetjenestestandard. Til tross for dette fulgte det ingen ekstra penger med Rusreformen. På mange behandlingstiltak har det derfor vært "Business as usual".

I Soria-Moria-erklæringen for to år siden ble det lovt at det også skulle komme en opptrappingsplan for rusgiftfeltet. Mange organisasjoner, instanser og ansatte i feltet har bidratt med høringsinnspill og deltakelse i høringskonferanser. Øremerking av midler til rusgifttiltak, både i kommunene og helseforetakene, har vært gjennomgangsmelodien. Oppfatningen er at uten en slik øremerking ville pengene forsvinne i det store sluket. Det er stor enighet om at det er viktigst nå å bruke penger på å ruste opp kommunenes evne til å følge opp og integrere rusgiftavhengige som har vært i behandling, inklusive bolig, nettverks- og sysselsettingstiltak. I tillegg er det enighet om at en opptrappingsplan faktisk også forutsetter at det kommer betydelige friske penger inn i feltet. Mange av disse midlene må også øremerkes til stillinger for medisinsk faglig personale i rustiltakene, bl.a. for å øke psykiatrikompetansen.

Det går nå rykter om at opptrappingsplanen vil komme høsten 2007. Det er fortsatt å håpe at den kan medføre et løft både for "vanlige" rusgiftpasienter og overfor dem som sliter med både avhengighet og psykiske lidelser.



John Agnar Johansen er psykologspesialist og faglig nestleder ved Trasoppklinikken i Oslo. Han har mangeårig erfaring også fra offentlig helseforvaltning, bl.a. i Helsetilsynet, og fra etablering av tverrfaglig, spesialisert avhengighetsbehandling, som leder for ruspoliklinikk-prosjektet ved Aker Universitetssykehus i 2005-2006. Han mener at behandling av pasienter med avhengighetsproblemer er så sammensatt at det bør bli et eget, selvstendig fagfelt. Han mener også at feltet skal få en egen videreutdanning for leger, psykologer, sykepleiere og sosionomer. I dag synes han at den tverrfaglige kompetansen er for dårlig.

Tverrfaglig spesialisert avhengighetsbehandling – et nytt

Du arbeidet i fjor med et prosjekt for å etablere ruspoliklinikker i Oslo, lagt til de ulike distriktpsikiatriske sentrene (DPS). Var hensikten med dette arbeidet å få til en felles inngangsport til spesialisthelsetjenesten, uavhengig om pasienten lider av en psykisk lidelse eller et avhengighetsproblem?

Nei, ikke uavhengig av hva slags problem. Hovedkriteriet for å få behandling ved ruspoliklinikkene er at man har et misbruks-/avhengighetsproblem. Men mange som har slike problemer har også psykiske tilleggslidelser. Man deler pasienter med avhengighetsproblemer og psykiske lidelser inn i tre grupper. En gruppe er de som har avhengighetsproblem, men med psykiske tilleggslidelser. Det er først og fremst disse pasientene som skal få behandling på ruspoliklinikkene. En annen gruppe er de pasientene som har en alvorlig psykisk lidelse hvor rusproblemet blir en tilleggslidelse. Her snakker vi om pasienter som lider av feks. schizofreni, bipolare lidelser eller lignende. De skal få sin primære behandling i psykisk helsevern, og da er det også psykisk helsevern som skal ha ansvar for behandling av avhengighetsproblemene. Det samme gjelder for den tredje gruppen. Den omfatter de som er innlagt på institusjoner i psykisk helsevern, som har eller som utvikler avhengighetsproblemer under oppholdet, de skal få behandling ved den institusjonen de oppholder seg i psykisk helsevern.

Henger avhengighet og psykiske lidelser sammen?

Årelang problembruk av alkohol og narkotika fører definitivt til psykiske vansker. Depresjon og angst kommer du ikke utenom hvis du har en slik langvarig avhengighetsproblematikk bak deg. Men avhengighetsproblemer er ikke nødvendigvis et resultat av psykiske vansker.

Nyere forskning viser at det er en neurobiologisk betinget reaksjonsmønster i hjernen hos mennesker som

har utviklet avhengighet knyttet til alkohol eller narkotika. Og når man ser på hvem som utvikler avhengighet, kan 40- 60 % henvises til genetiske faktorer. Det vil si at det ligger en høy grad av genetisk predisponering bak utvikling av avhengighet. Jeg tror at det er veldig viktig for oss som arbeider i feltet å ta utgangspunkt i disse forskningsresultatene.

Betyr det at det er noen mennesker som har større sjanse for å utvikle alkohol- og/eller stoffavhengighet fordi de har det i genene?

Ja, det er det forskningen tyder på. Og det stemmer veldig godt overens med de tankene som Anonyme Alkoholikere (AA) har hatt i alle år, at det er noen mennesker som har en større sårbarhet for å utvikle alkoholavhengighet enn andre. Det kan være fordi tidligere generasjoner har hatt samme lidelse. Men det kan også ligge latent i arvestoffet selv om det ikke har slått ut i alle generasjonene tidligere. Det viktige er at det er en genetisk bestemt sårbarhet.

Dette snur på en måte opp ned på avhengighetsfeltet. Man skal ikke så langt tilbake for å se at tenkningen tidligere dreide seg om at mennesker med for eksempel alkoholavhengighet var mennesker med dårlig moral, dårlig viljestyrke osv. Man tilskrev dem mange dårlige egenskaper. Nå kan vi i stedet si at de har vært uheldige med genetikken, i noen tilfeller fordi forfedrene har hatt problemer, eller rett og slett på grunn av genetisk mangfold. Det gir på en måte et annet utgangspunkt for oss som jobber med avhengighetsproblematikk.

Det ser ikke ut til å være spesielle egenskaper som disponerer for avhengighet. Man kan altså ikke på forhånd vite hvem som vil få et slikt problem. Det er for eksempel ingen spesiell psykisk lidelse som framkaller



Avhengighetsbehandling

Et tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten

avhengighet. Når det gjelder slike egenskaper gjenspeiler pasientene i avhengighetsbehandling variasjonen i normalpopulasjonen. Det er mange som har psykiske vansker allerede i ung alder, men det er ikke alene årsaken til at de senere utvikler et avhengighetsproblem. Avhengighetsutviklingen forutsetter at den biologiske mekanismen slår inn i tillegg.

Det er ikke gitt at personer som gjennom en årrekke sliter psykisk, nødvendigvis rømmer fra virkeligheten inn i et problemforhold til alkohol, piller eller narkotika. Noen lever med en rekke psykiske plager uten å utvikle avhengighet. Andre rømmer kanskje fra en problematisk hverdag på andre måter - inn i kriminalitet, spiseforstyrrelser eller utagering. Det er ikke nødvendigvis slik at man "velger" rus som en flukt – det er her vi må se på den genetiske sårbarheten som noen har i større grad enn andre.

Den som har psykiske lidelser har kanskje svakere psykisk motstandskraft til å forhindre en avhengighetsutvikling. Vi tenker jo at psykiske og sosiale vansker medvirker til at avhengighet utvikler seg, men vi kan ikke forklare alt med det. Og det mener jeg det er viktig å holde fast ved, sånn at vi ikke legger skylden på foreldrene eller miljøet. Eksponering for rusgifter, dvs. gjentatt rusing over en lengre tidsperiode utgjør sammen med den genetiske biten nødvendige forutsetninger for å utvikle rusavhengighet. Her må vi også tilføye at egenskaper ved rusgiften i seg selv innvirker på avhengighetsutviklingen. Ulike rusgifter gir ulik rusvirkning og abstinenssymptomer. Dette innvirker også på avhengighetsutviklingen.

I en artikkel nevner du at både psykiatrien og rustiltaksapparatet har hatt for lav kompetanse på hverandres fagområder. Og at psykiatrien derfor har hatt en tendens til å skyve fra seg pasienter med avhengighetsproblem, mens pasienter

med psykiske lidelser er blitt skjøvet ut av avhengighetsbehandling, fordi behandlerne ikke har visst hvordan de skulle gripe den psykiske lidelsen an. Hvordan kan man unngå at slikt skjer?

Som spesialisthelsetjeneste må vi i rushelsektoren bli flinkere til å kartlegge psykiske vansker. Vi kan ikke late som om pasientene ikke har det, for det er det mange som har. Og ikke minst må de få medikasjon som er tilpasset de psykiske vanskene de har. Det har tidligere vært en ideologi i avhengighetsfeltet at man ikke skulle gi medisiner til folk med et rusgiftproblem. Med det ekskluderer man jo automatisk alle de som har en lidelse hvor medisiner er nødvendig.

Men der har det skjedd en gradvis endring. I dag er det veldig få som er «medikamentfrie» under slik behandling. Men det finnes fortsatt blant en del behandlingspersonell motstand mot medikasjon av rusavhengige pasienter, noe som fører til undermedisinering av psykiske lidelser i rusfeltet. Og det er nokså betenkelig at dersom jeg skal legge meg inn på et bestemt sted, og jeg har en depresjon, så må jeg frasi meg retten til de medisinene som egentlig kunne hjulpet meg gjennom prosessen, for å få behandling.

Men når man har en såkalt «dobbeldiagnose», og sliter med både psykiske lidelser og et avhengighetsproblem, hva mener du man bør behandle først, hvis man ikke kommer til et sted der de kan hjelpe deg med begge deler?

Jeg vil nok tenke at dersom mennesker med rusgiftavhengighet skal komme noen vei med sine psykiske plager, så må de gjøre noe med avhengighetsproblemet først. Man må starte der, sånn at man får stabilisert vedkommende i en relativt alkohol- og/eller stofffri tilværelse.

Fortsetter neste side

Tverrfaglig spesialisert avhengighetsbehandling – et nytt tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten

Fortsatt fra forrige side

Her på Trasoppklinikken går vi ikke inn i behandling av tyngre psykiske lidelser. Vi jobber med å få avhengighetsproblemet under kontroll, og sørger for at personen får de medikamenter som trengs for å holde de psykiske lidelsene i sjakk under sitt opphold her. Men når avhengighetsproblemet er stabilisert, sendes pasienten videre til behandling for de psykiske lidelsene et annet sted. Her har vi hatt pasienter med relativt tunge psykiske lidelser, men vi har ikke spesialkunnskap til å jobbe med disse lidelsene. Likevel er det veldig viktig at vi har kunnskap om hvordan disse lidelsene fungerer, slik at vi ikke feiltolker dem, men har forståelse og kan hjelpe pasienten på best mulig måte.

I diverse sammenhenger blir avhengighetsbehandling betraktet som et underbruk av psykiatrien. Men i en artikkel skriver du at «rusbehandling er blitt etablert som et nytt tjenesteområde innen spesialisthelsetjenesten». Hva mener du med det?

I 2004 ble «tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere» etablert som et nytt tjenesteområde i og med den s.k. «Rusreformen». Men problemet er at dette er et fagområde, som ikke er knyttet opp mot en medisinsk spesialitet. I dag drives mange av ruspoliklinikkene, og noen av behandlingsinstitusjonene av psykisk helsevern. Det er etter min oppfatning en stor svakhet. For da sees igjen avhengighet som et problem som er knyttet opp til psykiske vansker. Og det at man tankemessig får en årsakssammenheng mellom psykisk lidelse og avhengighet bidrar til at man ikke får det riktige fokuset på avhengighetsbehandlingen.

Psykisk helsevern har vært drevet av teorien om at dersom pasienten blir kvitt den psykiske lidelsen, så vil avhengighetsproblemet nærmest forsvinne av seg selv. «Bare du blir kvitt angsten din, så slutter du å drikke osv.» Men man gjør jo ikke det! Hvis du er avhengig, så forsvinner ikke det problemet selv om angsten eller depresjonen blir mindre. Det psykiske helsevernet greier ikke å isolere hvilke vansker som hører til de psykiske lidelsene og hvilke som hører til avhengighetstilstanden. Ofte er det en oppfatning av at det er den psykiske lidelsen som ligger til grunn for avhengighetsproblemet, mens det like ofte kan være omvendt.

Hvilke typer psykiske lidelser mener du man kan forvente at rustiltaksapparatet skal håndtere?

Vi møter allslags psykiske vansker og lidelser. Det er jo veldig vanlig med angst og depresjoner. Det er nesten unntaket hvis en person med alkohol- eller stoffavhengighet ikke har problemer i den retningen. Men det kan også være tvangslidelser, spiseforstyrrelser, adferdsproblemer, voldspromatikk og ulike former for utageringsproblematikk. Vi møter i grunnen hele spekteret. Men dersom det dreier seg om alvorlige depresjoner og lignende, da tenker jeg at de må få oppfølging når avhengighetsproblemet er under kontroll.

De må få spesifikk behandling av både avhengighetsproblemet sitt og de psykiske lidelsene.

Denne tverrfaglige behandlingen krever et stort kunnskapsløft, og mange rustiltak har ikke personell med kompetanse til å drive denne type behandling. Det er en mangel på ansatte med medisinsk- og helsefaglig opplæring, som leger, sykepleiere og psykologer. Ruspoliklinikkene i Oslo har gjennomgått et opplæringsprogram, som la grunnlag for en felles tverrfaglig plattform, men det er viktig å få etablert avhengighetsbehandling inn som et spesialfelt på høyskole- og universitetsnivå. Det bør være en videreutdanning for sosionomer og sykepleiere som gjelder dette. Og på lik linje med at man som lege kan spesialisere seg på hjerte- og karlidelser, bør det også bli et spesialiseringsfelt for avhengighetsproblematikk.

Det trengs også at det rettes informasjon mot primærlegene.

Det er ikke sånn at en institusjon, som ikke har lege i utgangspunktet, blir tverrfaglig bare ved å ansette en lege i 20 prosent stilling. Så lenge vedkommende ikke har spesialkompetanse innen avhengighetsfeltet, vil ikke den 20 prosent stillingen øke institusjonens kunnskap på feltet. Da blir det jo ikke det kompetanseløftet som man trenger andre steder enn på papiret

Hvilke typer kombinerte problemtilstander av psykisk lidelse og avhengighet tror du man helst kan behandle innen psykiatrien?

En person som er schizofren, må få behandling for sin schizofreni, men samtidig få spesifikk behandling for avhengighetsproblemet. Å få problematikken under kontroll, vil også hjelpe denne personen med den schizofrene lidelsen.

Men jeg har også lyst til å fremheve at det ikke bare er folk med psykiske vansker som trenger hjelp i den tverrfaglige behandlingen. De somatiske (kroppslige) lidelsene er jo også ofte overveldende. Sykdommer som er ervervet som følge av langvarig problembruk av rusgifter er ikke uvanlig.

Det er like mange «dobbeltdiagnoser» som knytter seg til avhengighet og somatiske lidelser, som til avhengighet og psykiske lidelser. I noen tilfeller ville det være riktigere å snakke om «trippeldiagnoser».

Man må ta høyde for å kunne behandle både avhengighet, psykiske og somatiske lidelser integrert.

Det er derfor ingen vits i å legge all avhengighetsbehandling til psykiatrien, som ikke har spesialkompetanse på de somatiske lidelsene. Det er det som er så spesielt med feltet. Det er sammensatt av nesten alt du kan tenke deg av menneskelige problemer og lidelser – du får hele pakken!

Er det noen måte alle disse hjelpeinstansene kan samarbeide på, slik at både de psykiske problemene, avhengigheten og de somatiske lidelsene kan bli ivarettatt i alle tilfeller?

Vi må ha åpenhet for hverandre og være innstilt på samarbeid. Vi må se at dette er så kompliserte problemer at det er lite sannsynlig at noen av oss kan løse det på egen hånd.

Vi må ikke tro at vi kan alt, og kan hjelpe til med alt. Det

krever ydmykhet på egen kapasitet, og det krever at man innser sine begrensninger. Vi må være tydelige på hva det er vi kan gjøre og ikke gjøre, da blir det lettere for andre å gjøre sin del av jobben. Vi må kunne spille på lag med hverandre.

Et problem er at medisinske avdelinger ved sykehus har vært motvillige til å ta imot avhengighetspasienter. Dette fordi situasjonen er sånn at tar de først i mot pasienten, så sitter de med ansvaret, og blir ikke kvitt dem selv om de ikke kan gi dem all hjelpen de trenger.

Hvis de visste at de kunne ta dem inn, bruke 4-5 dager på å stabilisere dem for så å sende dem videre til oss for avgiftning og behandling, så ville det helt klart også vært lavere terskel for å engasjere seg. Det ville jo også være til pasientenes beste.

Hvis vi tar inn pasienter med tunge psykiske lidelser på Trasoppklinikken i dag, så er de vårt ansvar. Men dersom vi fikk disse pasientene hit når de var stabilisert ved et spesialtilpasset avrusningsopplegg, og samtidig visste at dersom vedkommende skulle bli dårligere under oppholdet og ikke kunne gjennomføre behandlingen, kunne man overføre pasienten til psykisk helsevern. Da kunne vi samarbeidet mye mer aktivt, og pasienten ville fått et bedre behandlingstilbud. Men nå er situasjonen sånn, at om vi først tar pasienten inn, så sitter vi med ansvaret, uansett om vi kan gi pasienten den hjelpen han/hun trenger eller ikke.

Faller de helt ut av behandlingen hos oss, søkes de tilbake til DPS. Og kommer de inn i det systemet, får ikke vi vite noe mer om hvordan det går med dem.

Hvordan kan man fra hjelpeapparatets side ivareta hensynet til, og samarbeidet med, de pårørende?

Trasoppklinikken er en av de få institusjonene som tilbyr hjelp til pårørende. En ting er å bli en god pårørende, en annen ting er at mange sliter seg helt ut som pårørende. Vi gir omfattende familiebehandling. Det er noe man absolutt bør fokusere mer på. Det er ikke bare den avhengige som rammes av problemet, det gjør gjerne de som lever sammen med vedkommende også, og de trenger også hjelp. Men for dette kreves det en helt egen spesialkompetanse. For det å hjelpe familien er noe helt annet enn det å hjelpe den avhengige - som ofte blir oppfattet som problembæreren.

Har du noen synspunkter til slutt?

Avhengighetsbehandling må få anerkjennelse som et selvstendig fagfelt. Problemstillingene her er så sammensatte at vi må ha kompetanse på mange områder. Vi kan ikke ha kompetanse på alt, vi kan ikke behandle alt, men vi må kunne se helheten. Problemet er at vi til nå har vært for avgrenset. Nå må vi jobbe med å integrere de ulike behandlingsavdelingene til et helhetlig fagfelt som omfatter avhengighetsbehandling, behandling for fysiske og psykiske lidelser og bearbeiding av sosiale problemer.

INTERVJU: SILJE GULBRANDSEN





Jørgen G. Bramness er dr. med, spesialist i psykiatri, og er nå forsker ved Folkehelseinstituttets avdeling for legemiddel-epidemiologi. Bramness arbeider med Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister, oftest kalt Reseptregisteret. I sin forskning har han vært spesielt opptatt av benzodiazepiner og andre beroligende medisiner. Vi spurte ham om medikamentbruk i samband med avhengighetsbehandling, spesielt i forhold til personer med både avhengighet og psykiske lidelser.

Psykofarmaka, ru

Hva er psykofarmaka?

Det er legemidler som virker på sentralnervesystemet, og som blir brukt i den hensikt å bedre sinnstilstanden hos pasienter som på en eller annen måte har en forstyrrelse i sin psykiske tilstand, eller en psykisk lidelse.

Vi deler ofte disse stoffene inne i fire hovedgrupper:

1. Anxiolytika er beroligende og dempende medikamenter som brukes ved angst- og urotilstander.
2. Hypnotika/sedativa er sovemidler.
3. Antidepressiva er legemidler som motvirker depresjon og nedtrykthet, men også har en del andre anvendelsesområder, spesielt angstlidelser.
4. Antipsykotika/nevroleptika er medikamenter mot alvorligere psykiatriske sykdomstilstander som schizofreni og andre psykoser.

Både gruppe 1 og gruppe 2 består stort sett av benzodiazepiner, en gruppe legemidler som har høy potensiell avhengighetsfare, og som også kan gi rusvirkning. Det har dog kommet til noen nye stoffer i disse gruppene. Antidepressiva utgjøres i hovedsak av to hovedgrupper, de tricykliske antidepressiva (TCA-stoffene) og de selektive serotoninreopptakshemmerne (SSRI). Disse stoffene gir ikke rusvirkning.

Hvilken nytte kan man ha av benzodiazepiner?

Benzodiazepiner er legemidler som brukes som beroligende medikament, som sovemiddel og mot epilepsi. Det er en utbredt medisinsk bruk av disse stoffene, men også et misbruk.

De mest kjente benzodiazepinene er Vival/Valium, Sobril og Flunipam. Virkestoffet i Flunipam, var også tidligere kjent under merket Rohypnol. Dette stoffet er nå flyttet til reseptgruppe A, med strenge utleveringsbestemmelser som andre narkotiske stoffer. Rohypnol er trukket fra markedet i Norge av produsenten.

I tillegg finnes det en del benzodiazepinliknende legemidler, som sovemidlene Imovane, Zopiclone og Stilnoct.

Hensikten med å bruke benzodiazepiner i behandling er å få til en virkning som er beroligende, angstdempende, søvnframkallende, krampestillende eller muskelavslappende.

Men på grunn av fare for tilvenning og avhengighet anbefales det en så kortvarig bruk av disse medikamentene som mulig, helst ikke over 2-4 uker. En mulig bivirkning er at under bruken kan korttidsminnet og hukommelsen bli dårligere, talen kan bli mer uklar og brukeren kan bli søvnig. Man bør også være oppmerksom på at disse medikamentene hos noen kan framkalle uventede virkninger som oppstemthet og aggressivitet.

Intervju med Jørgen G. Bramness, Folkehelseinstituttet

Du nevnte tilvenning og avhengighet...

Ved gjentatt bruk av benzodiazepiner oppstår det toleranse, dvs. at brukeren oppnår mindre effekt av samme dose eller må ta større doser for å oppnå samme virkning. Mange bruker benzodiazepiner over lengre tid enn anbefalt. Det blir et filosofisk spørsmål om dette skal kalles misbruk. Bruk over lengre tid med ofte store dose-økninger er derimot uten tvil misbruk. Paradoksalt nok kan dette i lengden føre til en økt hjelpeløshet hos pasienten, fordi bruk av benzodiazepiner i store mengder over lengre tid kan virke angstframkallende, og altså ha motsatt virkning av den kortsiktige behandlingseffekten.

Ved siden av en lært hjelpeløshet ved bruk av sovemidler, og den kjemiske tilvenningen, er det også slik at de ledende søvneksperter mener at å bruke sovemidler for å fremkalle søvn bør være en siste utvei. Avspennings-teknikker og andre former for søvnhigiene er å foretrekke. Benzodiazepiner gir så å si en midlertidig effekt, og det er viktig å komme seg over i en annen situasjon, hvor søvnen kan komme mer naturlig.

Er det noen medikamenter som skiller seg ut som spesielt avhengighetsskapende?

Det er det: Spesielt vil kombinasjonen av ulike legemidler kunne være avhengighetsskapende. For eksempel kombinasjonen opiat/opioider og benzodiazepiner. Det finnes ikke mange kliniske tilstander hvor det er grunn til å kombinere disse to medikamentene, i hvertfall ikke i forhold til hvor ofte dette blir forskrevet! Denne forskjellen mellom hvor ofte det blir gjort og hvor ofte det er nødvendig, forteller oss at det skjer en god del misbruk. Hvis man bruker opiat og benzodiazepiner og eventuelt muskelavslappende midler i tillegg, som Somadril og Carisoprodol, så er det fare for at man har et medikamentproblem.

På akuttinstitusjoner for alkohol- og stoffavhengige kommer jo pasienter inn til avgiftning. Skal man da trappe ned bruken av medikamenter, skal man kutte brått ut – hva er ditt syn på det?

Som forsker har jeg ikke sterke synspunkter på det, men som kliniker har jeg vært med på å gjøre begge deler. Det folk ofte gjør på egen hånd, er å kutte brått. Men dersom man har et relativt høyt forbruk av benzodiazepiner, kan det være farlig å kutte brått. Man kan få sterke abstinensreaksjoner som epileptiske anfall, kramper, psykoser, hallusinasjoner, sterke fysiologiske reaksjoner med hjerteklapp og høy puls, svetting og lignende. Innenfor klinisk praksis er det vanligst og sikrest å trappe ned. Det går stort sett ut på en halvering, eventuelt litt mindre enn en halvering av dosen, dersom man er høyt oppe, i forhold til det som er fysiologisk riktig. Disse medikamentene har en halveringstid, hvor mengden halveres i kroppen omtrent hvert døgn, og for å komme ned til neste nivå, må man vente omtrent én uke før man

tar neste trappetrinn nedover. Med ett "trappetrinn" hver uke eller hver annen uke kan et nedtrappingsregime bli en langvarig erfaring. Av og til kan man klare det uten innleggelse. Man skal i så fall ha en helt åpen samtale med sin lege om den dosen man står på, før man bestemmer seg for å kutte brått. Man tror kanskje ikke man bruker så mye, men mange undervurderer sitt eget forbruk.

Men hva er da ditt synspunkt på at en pasient med kombinasjonen heroin/benzodiazepiner eller alkohol/benzodiazepiner legges inn til avgiftning på en akuttinstitusjon og skrives ut til en annen behandlingssituasjon etter kanskje 7-10 dager?

Her der det stor forskjell mellom medikamentene. Opiater kan man fint avgiftes fra i løpet av 3-4 dager, mens for benzo vil man trenge lenger tid. Men så er det også spørsmål om hvor jevnt man har brukt disse medikamentene. En angstpasiert kan kanskje ha tatt 10-20 milligram valium fire ganger hver eneste dag, og kommet opp i et så stort forbruk av benzodiazepiner at det er fire ganger høyere enn anbefalt døgndose. En slik pasient kan ikke være avgiftet i løpet av 10 dager. Heldigvis finnes det et bredt spekter av benzodiazepiner. Dersom man står på høye doser flunitrazepam (Flunipam) eller lignende som har hatt en ruseffekt, kan man gå over til mer langtidsvirkende benzodiazepiner, slik at trappetrinnene oppleves som litt mindre ubehagelige. Det man ofte gjør er å ta flunitrazepambrukere over på Valium, og så videre til Sobril og andre oxazepampreparater, som oppleves som minst rusgivende, men som kan holde den fysiske abstinensen unna, uten å gi den typen eufori som de mer kjaptvirkende benzodiazepinene kan.

Vi har ganske høy drop-out på mange medikamentfrie behandlingssituasjoner for stoffavhengige, gjerne etter to-tre måneder. Tror du dette har noe med bruken av/abstinens fra eller suget etter slike psykofarmaka å gjøre?

Det er vanskelig å svare på. Vi har akkurat gjort en undersøkelse hvor vi har sett på benzodiazepinbruken hos norske pasienter som mottar metadon og buprenorfin. I artikkelen om dette viste vi at de liberale LAR-tiltakene, dvs. de som hadde en liberal holdning til tilleggsbruk, hadde mer bruk av benzodiazepiner blant sine pasienter. Men vi vet jo fra før at det å ha en liberal holdning til tilleggsbruk av opiat gjør at folk blir lengre i behandling. De stedene i landet der det er en mer restriktiv holdning, og hvor de ikke tolererer positive urinprøver, der får folk et kortere forhold, enten fordi de skrives ut, eller fordi de selv skriver seg ut. Så i liberale LAR-tiltak vil man få et høyere forbruk også av benzodiazepiner. Men vi må ikke glemme at angstlidelser er veldig hyppig forekommende hos denne typen pasienter, faktisk den hyppigst forekommende lidelsen. Den typen benzo som oftest forskrives til disse pasientene er oxazepam, man legger seg på de minst misbruksfarlige. Men det er så mange som 40 prosent av

Fortsetter neste side

LAR-pasientene i Norge som på ett eller annet tidspunkt får forskrevet benzodiazepiner av sin LAR-lege eller sin fastlege. Men om det er suget etter heroin eller etter benzodiazepiner som er verst for dem som dropper ut av kollektiver og lignende, det vet vi ikke. I de ulike modellene man har for å studere "sug", er det delvis funn som tyder på at det er vanskelig å skape et slikt "sug" etter benzodiazepiner – det er ikke en situasjon hvor man "må bare ha det", slik det kan oppleves med heroin, amfetamin, eller for den saks skyld nikotin. Men mye tyder på at opiatavhengige kan utvikle et spesielt sug etter benzodiazepiner. Noen har hevdet at det å bruke heroin er en stadig jakt etter tilsvarende rusopplevelser som den man hadde på jomfruskuddet. Men det blir aldri så bra som det var da. Og en av grunnene til å bruke benzodiazepiner er at det på en måte gir en økt kvalitet til rusopplevelsen sammenlignet med det heroin alene kan skape. Benzodiazepiner for opiatavhengige er derfor noe annet enn det er for pasienter som bare bruker benzodiazepiner.

Mange med rusgiftproblemer har ofte et psykisk problem. Når disse stoffene forsvinner, kommer kanskje psykiatriproblemene i større grad til syne. Tror du det er her man har noe av årsaken til at folk dropper ut av behandling?

Ja, det er ofte en veldig utfordrende situasjon. Selv om pasienten får en nedtrapping i medikamentfrie institusjoner, eller vedkommende er inne i LAR-behandling, så vil likevel de grunnleggende psykiske problemene ofte komme til overflaten etter en tid, enten de var der fra før, eller de kommer som en følge av det problematiske livet man har levd, eller som en følge av at man delvis har lagt "en venn" bak seg. Vi ser ofte at folk som slutter å røyke blir deprimerede, de har mistet en "venn". Eller fordi de blir stresset ved tanken av det livet som ligger foran dem, hvor de må starte på nytt uten denne "vennen", og uten å ha lagt noe nytt grunnlag ennå. Vi ser for eksempel bipolare pasienter, som ser tilbake på hva de har gjort mens de var i manisk fase, og som blir deprimerede av den grunn. "Hvordan er det jeg har oppført meg?". Men også pasienter som skrives ut fra institusjon eller fengsel og som har hatt det bra og gledet seg til å komme ut, og så ser de at det ikke er så enkelt som de trodde å leve et "normalt" liv. Da er tilbakefall nærliggende. Så det er multiple grunner til at psykiske problemer kan komme til overflaten i en slik situasjon, med mulige følger som drop-out og tilbakefall. Rustiltaksapparatet bør derfor være oppmerksom på disse fenomenene.

Hvis du står i en behandlingssituasjon enten du nå er i psykiatri eller avhengighetsbehandling, da er det jo en avveining – vi kan dempe de psykiske symptomene med medikamenter – og det kan vi gjøre ganske lenge – kanskje hele livet – eller vi kan forsøke å komme til bunns i problemene og forsøke å bearbeide dem. Spørsmålet er: Er det her et etisk valg å ta eller finnes det ingen generell oppskrift?

Behandling i en slik situasjon er en vanskelig, men ikke umulig oppgave. Men den er såpass vanskelig, at man må benytte seg av de hjelpemidlene man har, inklusive

psykofarmaka. Jeg har problemer med å trekke etikk inn i slike vurderinger. Er det for eksempel etisk riktig å si at siden det høye målet er å klare dette uten medikamenter, så gir vi deg ikke noen medikamenter i fire måneder nå, når man på den andre siden vet at du kunne hatt et bedre liv i de neste fire månedene, med medikamenter? Noen vil svare ja, det høye målet helliger midlet, som er fire tøffe måneder. Andre vil si: Nei vi vet ikke om vi kommer til det høye målet. Det kan til og med hende at å komme til det høye målet blir vanskeligere om vi ikke gir medikamenter. Så min posisjon vil være at vi kan ikke forsvare å holde unna pasienten noe vi vet virker. Men antakelig ender man opp med å gi en individuell vurdering i hvert enkelt tilfelle.

Det legges nå større og større vekt på at pasienter har begge typer lidelser, enten alkohol- og/eller pilleproblemer, narkotika-problemer og psykiske lidelser samtidig. Bør dette føre til noen endringer i praksis når det gjelder bruken av psykofarmaka overfor disse gruppene?

Det er grunn til å håpe det. Jeg kommer jo fra den psykiatriske tradisjonen, men kjenner etter hvert også noe til rustiltaksfeltet. Det er grunn til å tro at psykiatريفeltet kan lære noe av den praktiske tilnærmingen, tilretteleggingen, den «matter of fact-holdningen» som finnes innen avhengighetsbehandling. Og så er det grunn til å håpe at rustiltaksfeltet kan lære noe av psykiatrien når det gjelder diagnostisering og farmakologisk behandling blant annet. Det har selvfølgelig vært gjort noe på dette, men det har vært for lite systematisk kompetanseoverføring mellom de to feltene. Jeg tror at rasjonell farmakoterapi inn i rustiltaksfeltet er viktig.

Men kan man behandle piller med piller?

Det har eksistert en rekke myter og praksiser innenfor avhengighetsbehandling, som kanskje ikke har vært helt heldige. Det har vært både for mye og for lite bruk av benzodiazepiner og antidepressiva, ofte for lite, og det har vært for mye og for lite bruk av antipsykotika eller nevroleptika. Nevroleptika er midler som det er ubehagelig å ta, men som er effektive. Antidepressiva er kanskje noen av de medikamentene som personer med avhengighetsproblemer ville ha nytte av å gå på i lengre perioder, fordi avhengighetsproblemene ofte er begrunnet i, men helt sikkert etterfulgt av angst- og depresjonstilstander. Nevroleptika er egentlig et utdatert ord for antipsykotiske midler. Fra avhengighetsfeltet er jo Truxal mest kjent, det brukes for å dempe nervøsitet, spenninger og uro.

Men hva tenker du om at det innenfor avhengighetsfeltets institusjoner er få leger og medisinsk personal, hvordan skal man forholde seg til den typen medikamentutdeling når man ikke har fagfolk som kan vurdere det?

Ja, hvordan skal ikke-fagfolk kunne dele ut medikamenter som loven sier at fagfolk skal dele ut? Vi må ha et sterkere samarbeid mellom avhengighetsbehandling og psykiatri, en mer integrert behandling. Vi må ha med folk som har medisinsk utdannelse i rustiltakene, det være seg leger eller sykepleiere eller andre kyndige. I andre land er det kliniske psykologer som også forskriver medikamenter.



Men vi må ha folk med medisinsk bakgrunn til å være med i behandlingen av pasienter også innen avhengighetsfeltet, og det er jo å håpe at Rusreformen fører til en sterkere integrering mellom avhengighetsbehandling og psykiatri. Det er en tendens til at dobbelt-diagnosepasientene blir trukket ut som en slags egen gruppe, som for eksempel bare omfatter de med schizofreni og opiatbruk, dvs. at man begrenser det veldig. Jeg mener det riktige må være å åpne det, folk som framstår som alkoholavhengige vil oftest ha en psykisk problemkomponent som det er viktig å ta vare på, og som også blir tatt vare på innenfor avhengighetsfeltet, men hvor psyko-farmakologisk behandling også kan være aktuelt. Og det

må tas hånd om av noen med kunnskap om psyko-farmaka. Vi må klare å få integrert inn flere folk med slik kompetanse i avhengighetsfeltet, samtidig som vi må benytte den kompetansen som faktisk er i rustiltaksfeltet inn mot psykiatrien.

Dobbelt-diagnosepasienter, dvs. folk med alvorlige psykiske lidelser og avhengighetsproblemer blir ofte definert som psykiatriens bord, mens de lettere psykiske problemene bør tas innenfor avhengighetsfeltet. Hva sier du om det?

Alle rusdiagnoser er en del av vårt diagnosesystem innenfor psykiatrien, så avhengighet anses for å være en psykisk lidelse. Så skiller man likevel av kapasitetsmessige eller andre grunner ut en bestemt type psykisk lidelse som ikke skal behandles i psykiatrien, men i et eget avhengighetsfelt. Det som er bra med det er at man anerkjenner at rustiltaksapparatets institusjoner har en kompetanse. Men på ett vis kunne man tenke seg at dette var ett felt, hvor man i større grad kunne lære av hverandre og samarbeide. Nå er det kanskje heller slik at Rusreformen har bragt psykiatrien litt i retning avhengighetsfeltet, og så har rustiltaksapparatet beveget seg litt i retning psykiatrien. Men det er ikke blitt en stor, felles integrering ennå, og da har man fortsatt noen av de problemene med manglende samordning og integrering som man hadde før. Jeg håper man kan komme dit hen at en angstpatient med alkoholproblemer kan finne et tilbud som kan møte både angstproblemene og alkoholproblemene samtidig. Tilbudet bør integrere både psykiatri, inkludert psyko-farmakologisk behandling, og avhengighetsbehandling.

Det hevdes at nye generasjoner av psykofarmaka er mindre avhengighetskapende og gir mindre bivirkninger enn de gamle. Stemmer det?

Når man utvikler nye psykofarmaka, så er det oftest i den hensikt at de skal gi bedre effekt og mindre bivirkninger. Dette gjelder enten det er snakk om antidepressiva, antipsykotika, angstmidler, eller sovemidler. Men alltid når et nytt medikament introduseres på markedet, tar det en stund før alle bivirkninger blir oppdaget. Når legemiddelrepresentanten sier at det ikke er rapportert noen bivirkninger, da hører vi som behandlere at det ikke er noe bivirkninger, mens sannheten er at det har gått så kort tid at bivirkningene ikke er kartlagt ennå. Dette gjelder også nye legemidler som kommer på markedet. Men de s.k. nye psykofarmaka er nå likevel etter hvert så pass gamle på markedet at vi kjenner en god del til dem. Og da vet vi at de har bivirkninger. Men de nye antidepressivene har noe mindre bivirkninger enn de gamle hadde. Det samme gjelder de nye antipsykotika. Men de har fremdeles noen alvorlige bivirkninger. Og det er muligens slik at de nye sovemidlene har noe mindre bivirkninger enn de gamle.

Det har vært noe diskusjon om at de nye antidepressive midlene også kan være avhengighetskapende. Hva er ditt syn på dette?

Når vi har snakket om avhengighet av benzodiazepiner, har vi sagt at avhengighet har både en

Fortsetter neste side



fysisk og en psykisk komponent. Antidepressiva er ikke medikamenter man blir avhengig av på den måten som vi kjenner fra de mest misbrukte medikamentene.

Skillet mellom psykisk og fysisk avhengighet har også etter hvert blitt veldig vanskelig, fordi vi vet at det er en rekke fysiske tegn på den psykiske komponenten, og det er en rekke psykiske følger av den fysiske komponenten. Når man er i abstinens, har man det ikke bra psykisk heller. Og se for eksempel på kokainavhengige som har vært stoffrie i lang tid, og som vises en femdollarseddel. Når man tar et bilde av hjernen deres, ser man, på samme måte som når de tar kokain, at det skjer en dopaminøkning, knyttet til en forventning om belønning. Og så kaller man det en psykisk avhengighet, men det er jo i høy grad et fysisk fenomen. Det skjer en dusj av dopamin ut i Nucleus Accumbens i hjernen, så det fysiske utslaget er ganske klart.

Når folk snakker om avhengighet av antidepressiva, må vi forstå det på samme måte som når en diabetiker er avhengig av sitt insulin eller en blind av sin førerhund, eller den funksjonshemmede av sin rullestol. Det er en type avhengighet som man ikke må tenke på i samme åndedrag som når man snakker om rusgifter, eufori og russøkende atferd. Det er en avhengighet som skyldes at man med medikamentet har en større mulighet til å

Hvor utbredt er bruken av psykofarmaka?

Med utgangspunkt i det nye Reseptregisteret ved Folkehelseinstituttet kan man få en statistisk oversikt over hvor utbredt bruken av ulike typer psykofarmaka er. Omsetningstallene for disse medikamentene er hentet fra Grossiststatistikken ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Avdeling for legemiddelepidemiologi.

Antall personer mellom 18 og 69 år i Norge som fikk minst én resept på hver av de nevnte legemiddelgruppene i Norge i 2005. Tallene er også oppgitt i antall personer per 1000 innbyggere

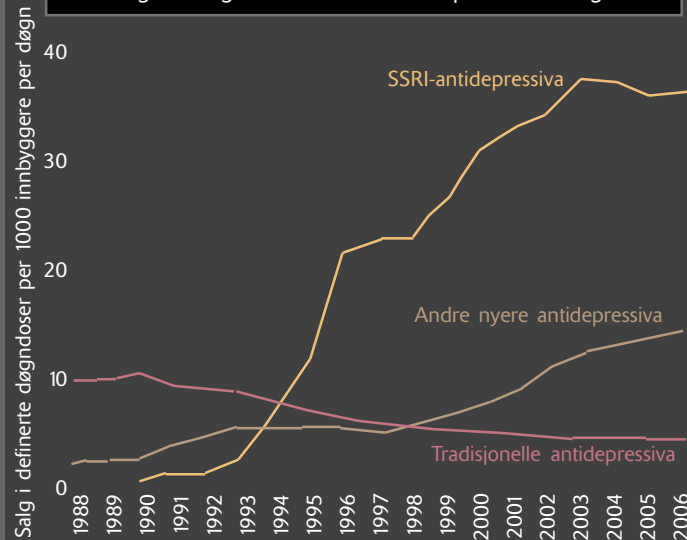
	Antall personer	Antall per 1 000 innbyggere
ANTIDEPRESSIVA		
Tradisjonelle antidepressiver	43 043	14,2
SSRI antidepressiver	133 988	44,1
Andre nyere antidepressiver	63 773	21,0
SOVEMIDLER		
Nitrazepam	22 494	7,4
Flunitrazepam	7 487	2,5
Zopiklon	179 549	59,1
Zolpidem	31 967	10,5
ANGSTMIDLER		
Diazepam	101 220	33,3
Oxazepam	84 320	27,8
Alprazolam	5 144	1,7

TABELL OVER NOEN AV DE LEGEMIDLER SOM ER

Stoff eller stoffgruppe
Smertestillende opioider
Migrenemidler
Sentralt virkende muskelrelaxerende midler
Sovemidler av benzodiazepintypen
Sovemidler av andre typer
Angstmidler av benzodiazepintypen

* Tabellen er ikke fullstendig i det mange legemidler vil Noen av midlene i tabellen vil ha mer misbruksfare enn

Fig. 1: Salgstall over år for antidepressiva i Norge



komme opp på et tilnærmet psykisk normalnivå, enten det gjelder fra en angstlidelse eller fra en depressiv lidelse. Når det er sagt, så vet jeg jo at det finnes folk som setter benzodiazepinene og antidepressiva i samme skål, ikke minst folk som selv har hatt et avhengighetsproblem i forhold til benzodiazepiner. De sier at man kan ikke behandle piller med piller. Jeg forstår undringen over at folk, som opplever å ha vært gjennom et pillehelvete, igjen skal bli tilbudt piller. Men de som er for katolske på dette området bør være klar over at forskjellen mellom bruk og ikke-bruk av SSRI-preparater kan bety forskjellen mellom å være i en elendig psykisk forfatning og å komme i en nokså mye bedre situasjon, dersom man for eksempel bytter ut benzodiazepiner med et SSRI-preparat. Når jeg vet det, syns jeg det blir litt drøyt å stille seg til doms over dem som får denne hjelpen. Men det er ikke bare SSRI-preparater man har å velge på. Dersom eksbrukere av benzodiazepiner har søvnproblemer, vil man ofte gi dem et preparat som også har en lett søvngivende effekt, men det er en avveining i hvert enkelt tilfelle, fordi noen opplever den effekten som for sederende.

Hvilke typer psykofarmaka vil du betegne som rusgivende?

Det er jo de sentralt dempende medikamentene vi først og fremst tenker på, som opiatere og opioider og

andre smertestillende midler, det vil være benzodiazepiner og andre midler som virker på det samme stedet i hjernen, som barbiturater, og naturligvis alkohol. Alkohol er ett av de mest "skitne" medikamenter vi har, og den virker på mange steder i hjernen. Og du vil også ha de sentralt muskelavslappende midlene, som Carisoprodol og Somadril. Og for så vidt er det en rekke andre medikamenter som også virker på det samme området, men som ikke er avhengighetsskapende, som Busperon/Buspar, og som ikke har noen rusgivende effekt. Og du vil ha midler som de nye sovemidlene, som Imovane. De vil også virke på samme sted, men kanskje ha en noe mindre avhengighetsskapende effekt, og kanskje heller ingen rusgivende effekt.

Det har vært en diskusjon om SSRI-preparatene. Du sier at de ikke er rusgivende. Men, er de sløvende?

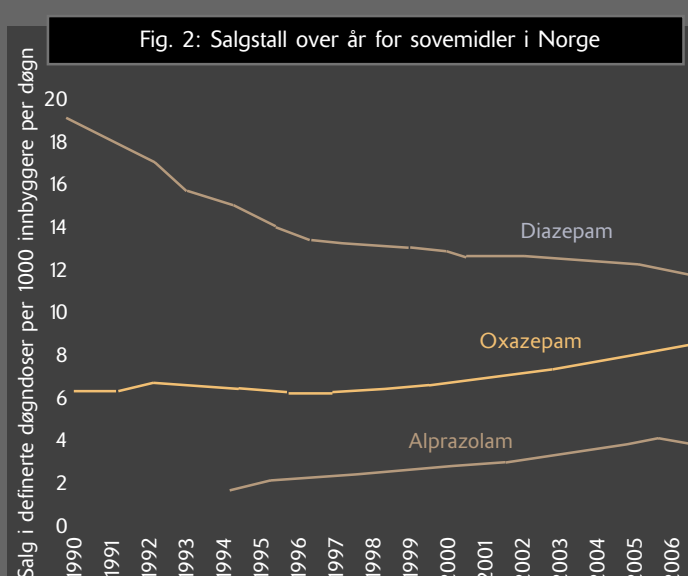
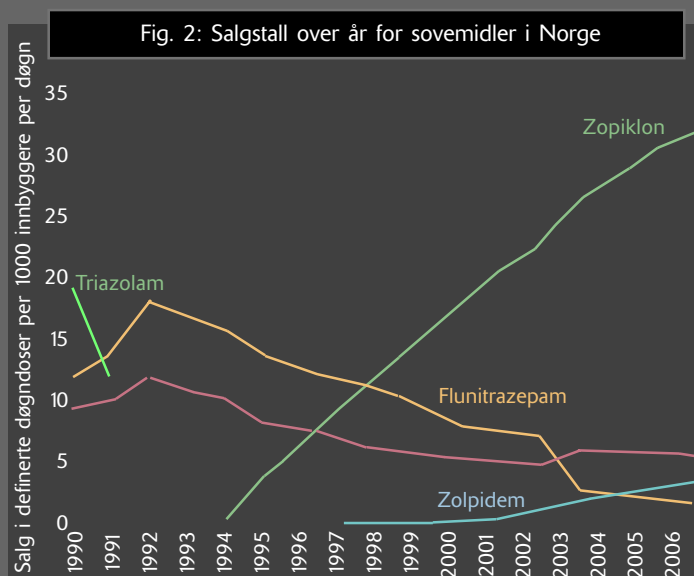
Nei, ikke etter min vurdering. Men jeg vet jo at dette er ting som jeg kan bli imøtegått på av brukererfaringer. Jeg har ikke vært i disse personenes hode, kropp eller situasjon. Så jeg kan jo ikke motsi en erfaring som er sann for dem. Men når man prøver å undersøke dette i større materialer, er det ingen ting som tyder på at disse preparatene gir en sløvende effekt.

INTERVJU: KNUT T. REINÅS

RAPPORERT MISBRUKT*.

Eksempler på salgsnavn	Misbruksfarlig?
Paralgin Forte, Pinex Forte, Dolcontin, Oxycontin	Svært lett å utvikle toleranse og misbruk sees ofte
Imigran	Rapporter på misbruk
Somadril	Svært mange rapporter på misbruk
Apodorm, Mogadon, Flunipam, Rohypnol	Tilvenningsfare og misbruksfare
Imovane, Stilnoct	Etter hvert en del rapporter på misbruk
Vival, Valium, Xanor	Tilvenningsfare og misbruksfare

kunne misbrukes, også de som ikke tradisjonelt blir ansett som misbruksfarlige. andre. Selv om et preparat kan misbrukes betyr det ikke at all bruk er misbruk.





SNAKKER AV ERFARING: Audhild Hjellup Lønne er sosiolog, og jobber som rådgiver og prosjektleder i Psykiatrien i Vestfold. Hun har også en i nærmeste familie som lider av en psykisk lidelse og et avhengighetsproblem, og vet hva det vil si å være pårørende til en person med dobbelt-diagnose.

Mellom to stoler –

Etter å ha kjempet i flere år for at et nært familiemedlem skulle få hjelp til å takle sine psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk, gikk det opp for Audhild at hun måtte bruke de kunnskapene hun selv hadde tilegnet seg, til å hjelpe andre pårørende i samme situasjon. Resultatet ble boken "Å leve med psykisk lidelse og rusmisbruk". Selv som ansatt i spesialisthelsetjenesten opplevde hun at hun slet med å få svar. Hun møtte fordommer og opplevde at hennes slektning alt for ofte kom til stengte dører når hjelpen trengtes som mest.

- Jeg har jobbet i dette feltet i nesten 15 år og likevel slet jeg med å få hjelp. Mitt familiemedlem har flere resurssterke personer i sin nærmeste krets, og flere av oss har ett eller to bein godt plantet innenfor helsesektoren. Likevel har det vært forferdelig vanskelig. Når vi søkte plass for avgiftning, fikk vi beskjed om at de ikke kunne hjelpe oss før de psykiske lidelsene var under kontroll. Men når vi søkte om behandling for de psykiske lidelsene, fikk vi beskjed om at de ikke kunne hjelpe oss før personen var rusgiftfri, forteller hun.

Audhild og hennes familie skjønte at de var nødt til å ta affære selv. De har gjentatte ganger avruset familiemedlemmet på egenhånd, og har kommet så langt at de til slutt har fått hjelp, men hjelpen vedvarer dessverre ikke alltid.

- Problemet oppstår i det øyeblikket pasienten har en sprekk. Da mister du plassen din i behandlingsprogrammet. Tenk deg det, i Norge blir du faktisk skrevet ut når du viser symptomer på det du er lagt inn for, forteller hun engasjert.

- Jeg kan forstå at det kan være problematisk at en stoffavhengig får en sprekk i et behandlingsprogram, spesielt med tanke på medpasienter. Men det burde være et system som fanger opp dette og loser pasienten inn igjen i behandlingen og tar problemet der og

en fortelling fra virkeligheten

da. Nå må man faktisk starte på nytt. Det gjør at pasienten rekker å bli satt langt tilbake i prosessen og må gjennom alt sammen på nytt, forteller hun til Mot Rusgift.

I Norge er det ikke lenger legitimt å se på avhengige som et samfunnsproblem. De har pasientstatus på lik linje med alle andre pasienter, men dette er bare i teorien, i praksis er sannheten en ganske annen.

- Selv innenfor helsesektoren møter både de rusgift-avhengige og deres pårørende mye fordommer og gammeldagse holdinger. Det samme opplever pasienter med psykiske lidelser. Når du da har en dobbeltdiagnose og har dobbelt opp av både avhengighetsproblematikk og psykisk lidelse, blir det vanskelig å holde motet oppe og kjempe for å få den hjelpen du trenger, sier Audhild.

- Selv pårørende opplever vanskelige møter når et familiemedlem trenger behandling. Det er knyttet mange fordommer til psykiske lidelser og avhengighet. Dessverre er det fortsatt mange som mener at det er foreldrenes skyld hvis ett av barna deres sliter psykisk eller får et rusgiftproblem. Når du i tillegg opplever at ingen er villige til å hjelpe deg, men isteden gjør deg til en kasteball i systemet, da er det lett å miste motet. Det er et skrikende behov for mer kompetanse på tvers av fagfeltene, og et bedre samarbeid. En dobbeltdiagnose er så sammensatt at det ikke holder å få hjelp med bare én ting av gangen, sier hun.

Hva tror du er grunnen til at de ulike hjelpeinstansene ikke greier å samarbeide bedre?

- Det har vært et problem innenfor helsetjenesten at psykiatrien og rusgiftfeltet har vært atskilt og har hatt hver sin forståelse av begrepet dobbeltdiagnose, og hver sin forståelse av sin rolle i behandlingsforløpet.

I psykiatrien har man tatt utgangspunkt i en alvorlig psykisk symptomlidelse, oftest en psykose. Rusgiftene disse pasientene bruker er ofte alkohol, sentralstimulerte

stoffer eller cannabis. Psykisk helsevern har tilpasset sin behandlingsform til denne gruppen, som i denne fagkulturen skal ha en støttende og ikke konfronterende behandlingsstil.

I avhengighetsfeltets behandling av dobbeltdiagnosepasienter tar man oftest utgangspunkt i en gruppe, der flere pasienter har personlighetsforstyrrelser, angst og depresjoner, men sjelden tilfeller av psykose. I denne gruppen er det snakk om alvorlig rusgiftproblematikk, ofte med injisering av amfetamin eller heroin eller blandingsbruk. Hovedtyngden av disse pasientene trenger klare, ryddige rammer og atferdsorienterte behandlingsopplegg.

Men det er en utvikling her. Det begynner å bli bedre. Med Rusreformen er man i hvert fall kommet et skritt i riktig retning. Hensikten med rusreformen har vært å bedre tjenestene og behandlingsresultatene. Behandlingen skal utvikles til en tverrfaglig spesialisthelsetjeneste, hvor både det sosialfaglige og det helsefaglige vektlegges, det er jo veldig bra, sier hun.

Parallelt med et økende stoffbruk i befolkningen generelt har det også blitt mer vanlig at personer med psykiske lidelser også har ett stoffproblem. Det gjør det om mulig enda vanskeligere å være pasient.

- En dobbeltdiagnose vil ofte også være et problem for pasienten, ettersom han/hun da hører hjemme i flere fagområder. Når det da ikke er noe samarbeid mellom disse fagområdene, blir det vanskelig å få hjelp. Det finnes mange eksempler fra hjelpesystemet på tendenser til at man skyver pasienten til den diagnosegruppen man selv ikke er ansvarlig for. Pasienten blir en kasteball i systemet og pasienten føler seg avvist i sin søken etter hjelp. Dette fører også til en voldsom belastning på pårørende, ettersom det ofte er de som må ta ansvaret for pasienten når hjelpetjenestene svikter.

Det er en stor belastning å være nært knyttet til en

Fortsetter neste side

KRYSS AV PÅ KALENDEREN!



FMRs FAGDAG 2007

Avhengighetsbehandling
i kriminalomsorgen

Oslo, 9. november 2007

KI 0900-1600

Mellom to stoler – en fortelling fra virkeligheten

Fortsatt fra side 17

person som både sliter med psykiske lidelse og avhengighetsproblematikk. Og når man i tillegg blir sittende med store deler av ansvaret, kan dette bli for mye for mange. Audhild ønsker at pårørende skal sees som den ressursen de er, men at de samtidig også må bli ivaretatt.

- Som pårørende sitter man ofte med kunnskap som kan hjelpe dem som står for behandlingen til å forstå hvilken rekkefølge lidelsene utvikler seg i. Men man har ikke kompetanse til å hjelpe pasienten alene. En god dialog mellom pårørende og de ansatte i hjelpesystemet hadde derfor vært nyttig for pasienten. Dessverre hører vi alt for ofte om tilfeller der pårørende føler seg uønsket av hjelpepersonalet. Som pårørende opplevde jeg at hjelpeapparatet oppfattet mitt engasjement i mitt familiemedlems sykdom som en belastning for dem, forteller hun.

Med dagens system skal pasienten bo hjemme og få behandling på poliklinikker. Det er en løsning som blir billigere ettersom det blir betydelig færre innleggelse. Men på den andre siden så blir det en enorm belastning for de som lever rundt pasienten i det daglige. Skal dette fungere i lengden, krever det at pårørende får god opplæring. De må få hjelp til å være en best mulig pårørende uten å slite seg fullstendig ut.

- Det er en stor påkjenning for en familie når et familiemedlem sliter med rusgiftproblemer og psykiske lidelser. Mange sliter med skyldfølelse og skam, samtidig som de sliter seg ut både psykisk og fysisk for å hjelpe den som er syk. De trenger informasjon og de trenger hjelp. Kursing av pårørende burde vært et obligatorisk ledd i behandlingen av den syke, mener Audhild.

Det trengs et kompetanseløft i hele denne sektoren, og det er ikke bare leger og psykologer som trenger mer kompetanse, men alle i hjelpeapparatet som møter pasienter og pårørende, trenger mer innsikt. Selv resepsjonisten på en klinikk trenger mer informasjon. Økt kompetanse er en kilde til holdningsendring og trygghet, og med den tryggheten øker også folks evne til å engasjere seg, hjelpe og være imøtekommende, sier forfatteren.

Nå er det lovfestet et samarbeid mellom hjelpe-tjenestene, i forbindelse med at alle pasienter har krav på å få utarbeidet en individuell plan, som beskriver hvordan de ulike hjelpeinstansene skal samarbeide, så det er i ferd med å skje positive endringer. Men store endringer tar tid.

- Du har selv erfaring fra det å være pårørende. Har du noen råd til andre som har et familiemedlem med både psykiske lidelser og avhengighetsproblem?

- Jeg skrev jo hele denne boken med tanke på pårørende, og jeg har viet et helt kapittel til konkrete råd, men skal jeg trekke frem noe så må det være følgende:

Krev kunnskap og utnytt rettighetene dine. Krev en individuell behandlingsplan, og krev handling. Pass på å sette grenser for deg selv, ta vare på dine egne behov. For all del ikke stå i dette alene. Ikke vær redd for å be

om hjelp. Søk hjelpen både i profesjonelt og i eget nettverk, sier hun.

I dag er boken etterspurt, og det er ikke bare pårørende som er sultne på denne informasjonen. Audhild opplever at stadig flere studenter ser boken som et nyttig verktøy for å få innsikt. Det er hun glad for. Det gir henne også ekstra inspirasjon i arbeidet med neste bok, som kommer ut allerede til høsten. Dette er boken som tar for seg barn og ungdoms opplevelser knyttet til temaet.

INTERVJU AV SILJE GULBRANDSEN



Cannabis og mentalt



Det pågår mye debatt og uenighet om cannabis faktisk forårsaker psykoser og schizofreni. I denne artikkelen gjennomgår biolog Mary Brett forskningslitteraturen rundt dette temaet, som fort kan bli et hovedspørsmål også i norsk psykiatri og avhengighetsbehandling i årene framover.

Av Mary Brett, biolog

HVOR KLARE MÅ BEVISENE VÆRE?

For å sitere fra en vitenskapelig konferanserapport fra ARF (Addiction Research Foundation) i Canada og WHO så langt tilbake som i 1981 om skadelige helse- og atferdskonsekvenser av cannabisbruk: "Det er opplysende å foreta sammenligninger med undersøkelse av effektene av andre droger, slike som tobakk og alkohol. Ved disse drogene er "risikofaktorene" blitt klart identifisert, selv om full årsakssammenheng ikke er blitt fastslått ennå. Ikke desto mindre fortjener og får slike risikofaktorer seriøs oppmerksomhet når det gjelder de sistnevnte drogene. Det er tankevekkende at den samme overveielser ofte ikke blir brukt i forhold til cannabis. [...] Å framskaffe utvetydige bevis for årsakssammenheng i slike undersøkelser er logisk og teoretisk umulig, og å kreve slike bevis er urimelig".

ØKENDE BEKYMRING

I de siste få årene er det uttrykt økende bekymring for sammenhengen mellom cannabisbruk og mentale lidelser. Barn begynner å bruke rusgiften ved en stadig tidligere alder, og det kommer stadig flere studier som forbinder cannabisbruk med psykiske og sosiale problemer. Behovet for behandlingstilbud for cannabisbrukere øker og det er en økning i THC-innholdet i noen cannabisvarianter. Spesielt dyrkede varianter, slike som "skunk" og "nederwied" (netherweed) har mye høyere prosentandel THC enn marihuana hadde på 60- og 70-tallet. 60 prosent av den cannabis som i dag blir brukt i Storbritannia er av den sterke typen, og er hjemmeavlet (Forensic Science Service, Drugs Intelligence Unit 10. oktober 2006).

CANNABISPSYKOSE I DSM-IV

Det er sikkert, rikholdig uimotsagt bevist at cannabis forverrer forløpet av schizofreni og utløser sykdommen på et tidligere alderstrinn enn det som ellers ville ha vært tilfelle. Det er også identifisert en toksisk psykose som en diagnostisk enhet innenfor DSM-IV, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, symptomer som er forårsaket av cannabisbruk og som opphører når bruken avsluttes. Det er vanligvis ikke noe arvemessig aspekt knyttet til dette.

Dersom man har unge mennesker foran seg, som har en psykiatrisk lidelse, som ikke ville ha blitt manifest dersom han eller hun ikke hadde brukt stoffet, da er cannabis utvilsomt en bidragende faktor. Uansett om de hadde eller ikke hadde hatt en genetisk disposisjon. Etter som nye undersøkelser blir gjort, blir beviset for at cannabis faktisk forårsaker schizofreni stadig sterkere.

DET PSYKISKE HELSEVERNET ER ALLEREDE OVERBELASTET

Professorene John Witton og Robin Murray ved The Institute of Psychiatry i London sier i sin artikkel, "Reefer madness revisited: cannabis and psychosis" fra mars 2004: "Folkehelsebudskapet er klart. Noen tilfeller av psykisk

ale lidelser (psykoser/schizofreni)



lidelse kunne ha vært forebygget ved å fraråde cannabis-
bruk, spesielt blant psykisk sårbare ungdommer, med de
yngste cannabisbrukerne mest i faresonen. [...] Tiltak er
påkrevet for å unngå ytterligere byrder på et allerede
overbelastet psykisk helsevern”.

HVORFOR HAR INGEN ADVART?

I 2004 ble jeg spurt om å snakke for en gruppe foreldre
som alle hadde barn som var schizofrene eller psykotiske.
Alle ungdommene hadde tidligere brukt cannabis. Det var
overhodet ingen tvil i bevisstheten til disse foreldrene om
hva som hadde forårsaket at barna deres ble syke. De var
rasende over at ingen noen gang hadde advart dem om
farene ved denne skadelige rusgiften. Det var en av de
mest emosjonelle og opprivende kveldene jeg noen gang
har opplevd.

Det har vært en 22 prosent økning i antallet sykehus-
innleggelses av cannabisbrukere med psykiske lidelser
siden nedgraderingen av cannabis i England (Cannabis ble
nedgradert fra Class B til Class C i Storbritannia i 2004,
noe som antyder en lavere skadelighet av cannabis enn av

andre narkotika. Red.) I perioden fra april 2003 til april
2004 var antallet innleggelses 710, en økning fra 580 i
hvert av de to foregående årene. Siste år (2006) var det
nesten 1000.

EN "STILLE" EPIDEMI

Professor Peter Jones ved Cambridgeuniversitetet, en av
Storbritannias ledende psykiatere og ekspert på schizofreni,
sa på en konferanse, arrangerte av Institute of Psychiatry i
London den 28. november 2005, følgende: "Cannabis er
et stort tema for psykisk helsevern for øyeblikket. Jeg
arbeider i første-kontakt med schizofreni-tjenesten, og den
kunne like gjerne ha vært betegnet som en cannabis-
avhengighetstjeneste". Han advarte om at barn på 10-11 år
som starter med å røyke denne rusgiften kunne tredoble
sin risiko for schizofreni. Han sa at 80 prosent av første
gangs psykisk lidelse, schizofreni eller schizofrenilignende
lidelser oppstod hos tunge cannabisbrukere eller
cannabisavhengige. Og i The Observer den 19. februar

Fortsetter neste side

Cannabis og mentale lidelser (psykoser/schizofreni)

Fortsatt fra forrige side

2006 sa professor Murray: "For fem år siden ville 95 prosent av psykiaterne ha sagt at cannabis ikke forårsaker psykose. Nå vil jeg anta at 95 prosent vil si at cannabis forårsaker psykose. Det er en stille epidemi". Han sa også at 25 000 av de 250 000 schizofrene i Storbritannia ville ha unngått sin tilstand om de ikke hadde brukt cannabis.

TIDLIGE FORSKNINGSFUNN

Det er blitt skrevet mange artikler om temaet cannabis og psykisk lidelse, og alle er kommet til samsvarende konklusjoner. Jeg vil her nevne de viktigste.

Allerede så tidlig som på 1970-tallet forbandt noen forskere i sine artikler cannabisbruk med psykose. I 1974 beskrev Chopra og Smith 200 pasienter som var innlagt ved et psykiatrisk sykehus i Calcutta i perioden 1963 – 1968 med psykoser i etterkant av cannabisbruk. I de fleste tilfellene hadde store mengder blitt konsumert. En tredjedel av dem hadde ingen forutgående psykiatrisk sykehistorie, men symptomene var de samme for alle sammen, uansett forhistorie. De mest potente cannabisblandinger resulterte i psykotiske reaksjoner i løpet av kort tid.

Breakey og medarbeidere pekte i 1974 på en slags forbindelse mellom stoffbruk, inklusive cannabis, og utbrudd av schizofren sykdom. Han antok at cannabis og andre rusgifter kunne framskynde en latent schizofreni, men trodde også at cannabis kunne gjøre dette i tilfeller hvor sykdommen ellers ikke ville ha brutt ut. Han begrunnet sin konklusjon med det faktum at stoffet medfører schizofreni gjennomsnittlig 4 år tidligere enn utbruddet av andre typer av schizofreni. Utbruddet var også mer plutselig, og personligheten var før sykdommen alltid bedre enn en sammenlignbar gruppe av schizofrene som ikke brukte stoff. Så – allerede for så lenge siden som på det tidlige 70-tallet var det noen forskere som prøvde å ringe med alarmklokkene angående de mulige psykologiske problemene knyttet til cannabisbruk.

FORSKNING PÅ 80-TALLET

80-tallet bragte fram en ny samling artikler. I 1981 fant MB Holmberg at 10 prosent av 16-årige brukere av store mengder rusgifter – nesten utelukkende cannabis – ville ha en sykehistorie med psykoser innen de fylte 27 år. Dette var langt høyere tall enn de 3 prosent man kunne påvise i normalbefolkningen. Og i 1986 sa Ghodse at det var klar evidens fra land hvor tung cannabisbruk er utbredt om at cannabis forårsaker en kortvarig forgiftningspsykose. Dette ble understøttet av laboratorieeksperimenter. Men den viktigste publikasjonen på denne tiden var den store langtidsstudien av svenske rekrutter som Andreasson, Allebeck og medarbeidere publiserte i 1987.

45 000 REKRUTTER

Førtifem tusen rekrutter fikk sine stoffbruksopplysninger notert på sesjon i 18-19 årsalderen. Deres schizofreniandel ble så registrert i løpet av de neste 15 årene. De som ved oppmøte på sesjon oppga å ha brukt cannabis mer enn 50 ganger var 6 ganger mer utsatt for å bli diagnostisert med schizofreni de neste 15 årene enn de som aldri

hadde brukt rusgiften. Når mellomliggende faktorer ble tatt i betraktning, ble risikoen mindre, men forble statistisk signifikant.

Selv om studien ble utsatt for noe kritikk, vurderte Negrette, som selv er rusgifteksper, at enda om studien hadde noen svakheter, var sammenhengen sannsynlig når man også tok andre, tidligere studier i betraktning. Andreasson i 1989 og Allebeck i 1993 styrket sine posisjoner ved ytterligere forskning. De undersøkte sykejournalene hos 112 cannabis-avhengige og schizofrene pasienter. Resultatene bekreftet i alle viktige henseender den opprinnelige studien. Over tjue år senere, i 2002, reanalyserte Zammit og medarbeidere de opprinnelige resultatene fra 1987. I lys av nyere forskning omkring utvikling av schizofreni kunne de se bort fra flere av de opprinnelige innvendinger mot studien.

CANNABISFORSKNINGEN SKYTER FART

Forskningen fortsatte på 90-tallet. Johnson antok i 1991, med bakgrunn i sin egen lange erfaring og en gjennomgang av tilgjengelig litteratur, at 10 prosent av alle dem som hadde brukt cannabis mer enn én gang ville oppleve enten delir (reduert bevissthetsnivå, psykomotoriske forstyrrelser) eller psykose. Senere estimater bekreftet dette tallet; for eksempel Thomas i 1996, som sendte spørreskjemaer til ungdommer i New Zealand, og Johnson så sent som i 2001. Hall konkluderte i 1998 med at cannabis kan forårsake psykoselignende symptomer under cannabispåvirkning, kan føre til "cannabispsykose", kan øke den relative risikoen for schizofreni og påvirke sykdomsforløpet av en etablert schizofreni.

En artikkel av J. Giedd og medarbeidere i 1999 om utviklingen av den førvoksne hjernen fortjener oppmerksomhet. De konkluderte med at hjernen ikke avslutter sin utvikling før i midten av tjuetårene eller senere. Så advarselen er at stoffbruk kan endre den normale modningen av hjernen i tenårene. Giedds forskning på dette temaet fortsetter.

Etter 2000 har det vært en strøm av publikasjoner. Louise Arsénault og medarbeidere utredet i 2002 i The Dunedin Study 1100 barn i New Zealand som var 11, 15, 18 og 26 år gamle. Unge voksne som røykte cannabis i en alder av 15 år hadde større risiko for å utvikle schizofrenilignende sykdommer før fylte 26 år. Risikoen var 10 prosent mot 3 prosent for ikke-brukere. Cannabisbruk i 15 årsalderen var en større risikofaktor for schizofrenilignende forstyrrelse enn tilsvarende bruk i 18-årsalderen.

EN "UAVHENGIG" RISIKOFAKTOR

I Nemesis-studien i 2002 undersøkte Van Os og medarbeidere 4045 psykosefrie nederlandske mennesker og 59 som hadde en psykotisk lidelse, tilfeldig utvalgt fra 60 lokalsamfunn. De konkluderte med at det må anses bevist at cannabisrøyking kan framkalle en funksjonell (ikke toksisk) schizofrenilignende psykose. De gjentok også den svenske studien som tidligere var utført av Andreasson. Denne studien var ikke så langvarig, og hadde færre undersøkte, men hadde ikke den første studiens svakhe-



ter. Det ble gjort en vurdering ved sesjon, og to oppfølgende vurderinger etter ett og tre år, ved spørreskjema og klinisk intervju. Studien viste at personer som brukte cannabis ved starten av undersøkelsen hadde nesten tre ganger høyere sannsynlighet for å framvise psykotiske symptomer ved oppfølgingstidspunktene. Når mellomliggende faktorer ble tatt i betraktning forble risikøkningen likevel signifikant. En doseavhengig sammenheng ble også funnet. For de tyngste brukerne økte risikofaktoren til 6,8. Forskerne konkluderte med at: "cannabisbruk er en uavhengig risikofaktor for psykoseutbrudd hos psykosefrie personer, og de som har en fastslått sårbarhet for psykotiske forstyrrelser er spesielt sårbare for effektene, noe som gir dårlige resultater".

ØKNING I SCHIZOFRENIFOREKOMSTEN

Mange mennesker har, logisk nok, innvendt at dersom bruken av cannabis har økt, så burde også forekomsten av schizofreni ha økt. Og i 2003 fant Boydell og medarbeidere at det virkelig hadde vært en sammenhengende og statistisk signifikant økning i forekomsten av schizofreni i Storbritannia mellom 1965 og 1997. Den hadde fordoblet seg i løpet av de siste tre tiårene. Denne økningen var størst hos mennesker under 35 år.

En annen longitudinell studie, The Christchurch Health and Development Study, gjennomført av Fergusson og medarbeidere, så på 1200 barn fra fødselen til de fylte 21 år. I 2003 rapporterte forskergruppen at de cannabis-avhengige ungdommene utviklet psykotiske symptomer oftere enn de som var ikke-avhengige. Personer med cannabis-avhengighet ved 18-årsalderen hadde en 3,7 gangers risikøkning for psykose sammenlignet med dem som ikke hadde noen avhengighetslidelse. Ved 21-årsalderen var risikoen 2,3 ganger høyere.

De konkluderte: "Funnene er klart i samsvar med synet at tung cannabisbruk kan være et forårsakende bidrag til utviklingen av psykotiske symptomer siden de viser at uavhengig av tidligere påviste psykotiske symptomer og et bredt spekter av sosiale og kontekstuelle faktorer, viser unge mennesker som utvikler cannabisavhengighet en forhøyet forekomst av psykotiske symptomer".

En oppdatering av denne studien i 2005 konkluderte: "Selv når alle faktorer er tatt i betraktning, var det en klar økning i forekomsten av psykotiske symptomer etter starten av jevnlig bruk, hvor daglige brukere av cannabis hadde forekomster av psykotiske symptomer som lå over 150 prosent høyere enn tilsvarende hos ikke-brukere. Disse funnene summerer seg opp sammen med en økende mengde av forskningskunnskap fra ulike kilder, som alle fastslår at tung cannabisbruk kan føre til økt risiko for psykotiske symptomer og sykdommer hos mottakelige individer".

HJERNENS UTVIKLING

En annen artikkel om utviklingen av hjernen ble publisert i 2003. Cahmers og medarbeidere gjennomgikk den litteraturen som omhandler nevrokretsløpet i hjernen og fant ut at nevroutviklingen pågår i førvoksne hjerner i områder som har sammenheng med motivasjon, impulsivitet, og avhengighet. Disse utviklingsprosessene kan på en fordelaktig måte fremme tilpasning til voksenrollen, men kan også tilføre en økt sårbarhet i forhold til de avhengighetskapende virkningene av rusgifter. Dette har merkelig betydning for å forstå førvoksen atferd, sårbarhet for avhengighet og forebygging av avhengighet i ungdom og voksen alder.

Frischer og medarbeidere ved Keele-universitetet publiserte en undersøkelse som omfattet 3 prosent av befolkningen i England og Wales i 2004. Antallet personer som brukte narkotika og hadde psykiske lidelser økte med 62 prosent mellom 1993 og 1998. Menn utgjorde 79 prosent av tilfellene, kvinner 44 prosent. Gjennomsnittsalderen blant stoffbrukere med mentale lidelser falt fra 38 til 34 år. Antallet tilfeller mellom 25 og 34 år ble mer enn fordoblet. Stoffavhengighet og psykoser økte med 147 prosent, paranoia med 144 prosent og schizofreni med 128 prosent. De sa: "En langvarig, økonomisk tilstrekkelig og nyskapende kampanje for å gjøre kjent de reelle mentalhelse- og risikoen ved bruk av narkotika – inklusive cannabis – bør lanseres så fort som mulig".

Fortsetter neste side

Cannabis og mentale lidelser (psykoser/schizofreni)

Fortsatt fra forrige side

THE ZUID HOLLAND STUDY

The "Zuid Holland" Study, var en 14-årig oppfølgingsstudie av 1580 personer i alderen 4-16 år som var tilfeldig utvalgt blant den nederlandske befolkningen, publisert av Ferdinand i 2005. Fordi cannabis generelt er akseptert i Holland, vil falske negative svar omkring cannabisbruk være sjeldnere enn andre steder. Dette øker verdien av denne studien som viste at cannabisbruk blant personer som ikke hadde psykotiske symptomer før de begynte med cannabis, predikerte senere psykotiske symptomer, risikoen var nesten tre ganger høyere enn hos ikke-brukere.

En annen studie av Van Os og medarbeidere i 2005 studerte nesten 2500 unge mennesker mellom 14 og 24 år, med eller uten predisposisjon for psykoser. Korrigering ble gjort for mellomliggende faktorer, slike som alkohol, sigaretter og andre rusgifter. Effekten var avhengig av mengden cannabis som var brukt. Cannabisbruk blant unge økte risikoen for å utvikle psykotiske symptomer moderat. Men risikoen for utbrudd av symptomer var mye høyere blant ungdom med en predisposisjon for psykoser. Predisposisjon for psykoser ved starttidspunktet av undersøkelsen predikerte ikke cannabisbruk ved oppfølgingstidspunktet. Dette avkrefte selvmedisineringshypotesen, dvs. at psykotiske pasienter tar stoffer for å lette symptomer på psykisk sykdom.

For å undersøke den gjennomgående effektstyrken og samsvaret i forholdet mellom cannabis og psykoser ble en meta-analyse av prospektive studier utført av Henquet og andre i 2005. Den samlede odds ratio var 2,1, noe som ikke kunne forklares av mellomliggende eller bakenforliggende årsaker.

Forskningsskunsken viser at cannabis er en årsakskomponent i utviklingen og prognosen av psykose, hvor interaksjon mellom gener og omgivelser mest sannsynlig forklarer denne sammenheng.

DOPAMINFORBINDELSE

Professor Robin Murray ved the Institute of Psychiatry i London, påpekte i 2003 at ny forskningsskunsken hadde vist at THC øker utslippet av signalsubstansen dopamin, og på den måten øker dopaminnivået i hjernen. Psykotiske symptomer ved schizofreniliknende tilstander blir formidlet gjennom dopamin.

Forskningsskunsken, som så ut til å bekrefte dopaminforbindelsen, kom fram da Caspi og medarbeidere i 2005 fant varianter av et gen (COMT) som var forbundet med overføring av dopamin. Dette genet ble funnet å påvirke innflytelsen på psykoseutvikling i voksen alder av cannabisbruk hos unge. Hvert fjerde menneske bærer dette genet. Undersøkelsen omfattet 803 menn og kvinner som var født i Dunedin på New Zealand i 1972 og 1973. De ble tatt inn i undersøkelsen allerede ved fødselen. Genet forekommer i to varianter, methionine og valine, og alle bærere har to eksemplarer av genet. Dersom en person ved arv får 2 methioninetyper av genet, vil sannsynligheten for psykisk lidelse være 3 prosent, den normale sannsynligheten for ikke-brukere.

Dersom personen bruker cannabis, vil sannsynligheten øke 5-6 ganger. Men dersom en person har 2 valine-varianter, øker sannsynligheten for psykisk lidelse til 15 prosent for dem som har brukt cannabis i tenårene. Dr. Caspi sa: "Forskning har vist at den genetiske valine-varianten og cannabis påvirker hjernens dopaminsystem på samme måte, og en kan anta at de medfører en "dobbel dose" som kan være skadelig".

NY FORSKNINGSGJENNOMGANG I 2004

I 2004 gjennomgikk Arsenault og medarbeidere fem av de viktigste artiklene om cannabis: Den svenske rekruttundersøkelsen (beskrevet i Andreasson 1987 og Zammit og medarbeidere 2002), den nederlandske Nemesis-studien av van Os 2002, The Christchurch Study av Fergusson og medarbeidere i 2003 og The Dunedin Study av Arsenault i 2002. Den gjennomgående konklusjonen var: "En økning til det dobbelte i den relative risikoen for senere schizofreni. På befolkningsnivået ville avskaffing av cannabisrøyking redusere forekomsten av schizofreni med rundt 8 prosent, dersom man antar en årsakssammenheng. Cannabis er en delårsak bak psykose, og del av en kompleks konstellasjon av faktorer".

SCHIZOFRENI FRAMKALT AV CANNABIS

Dr. Andrew Campbell, medlem av the NSW Mental Health Review Tribunal og foreleser i psykologi ved Universitetet i Sidney, fant ved en ny studie i november 2005 at 4 av 5 uhelbredelige schizofrenipasienter hadde brukt cannabis regelmessig i alderen 12-21 år. Han studerte schizofrenipasienter som var henvist til institusjoner for å gjennomgå tvungen behandling i New South Wales over en 5-årsperiode. Han advarte om at det pågår en epidemi som samfunnet er uoppmerksomt på, og siterte tall fra Storbritannia og Nederland som viste et grunn-nivå for schizofreni på 11 pr. 100 000 i Wales, sammenlignet med Londons og Amsterdams nivå på 60-70 pr. 100 000. Han knyttet forskjellen i schizofrenirate mellom Wales og de to byene til den høyere forekomsten av cannabisbruk i London og Amsterdam blant ungdom i aldersgruppen 12-21 år.

En dansk studie som ble publisert i The British Journal of Psychiatry i November 2005 av et team fra Århus Psykiatriske Sykehus, ledet av Mikkel Arendt, fant at nesten halvparten (44,5 prosent) av 535 pasienter som var plukket ut fra det danske, psykiatriske sentralregisteret og behandlet for cannabis-forårsakede psykiske symptomer, utviklet en schizofren lidelse, en tredjedel utviklet paranoid schizofreni. Tegnene på schizofren sykdom oppstod tidligere hos cannabis-brukere enn hos andre pasienter med lidelsen. Bare en av seks kunne greie seg uten behandling. De schizofrene cannabisbrukerne ble sammenlignet med 2721 mennesker som var behandlet for lidelser i schizofreni-spekteret, men som ikke hadde noen forhistorie av cannabisforårsaket sykdom. Symptomene oppstod gjennomsnittlig hos mannlige cannabisbrukere ved 24,6-årsalderen, jevnført med 30,7 år i sammenligningsgruppen. For kvinner var gjennomsnittsal-

deren 28,9 år for cannabisbrukerne, og 33,1 år for øvrige schizofrene.

UNORMALITET I HJERNEN

Uregelmessigheter i hjernen ga et nytt perspektiv til letingen etter sikker forskningskunnskap. Forskere fra Zucker Hillside Hospital i New York, ledet av Mazar Ashtari og Sanjiv Kumra presenterte den 30. november 2005 forskningsresultater på det årlige møtet i The Radiological Society of North America (RSNA). De hadde brukt Diffusion Tensor Imaging (DTI), en sofistikert teknikk for å måle bevegelsene i vannmolekylene i hjernen for å avdekke mikroskopiske unormaliteter. De fant tilsvarende unormaliteter i hjernen på daglige, førvoksne cannabisbrukere som hos ungdommer med schizofreni. Disse defektene fantes i en del av hjernen som fremdeles er under utvikling i ungdomstiden, og forbindes med høyere funksjoner av språk og hørselsinntrykk. Forskningsfunnene deres antyder også at tung cannabisbruk kan føre til tidligere utbrudd av schizofreni hos ungdom som er genetisk predisponert for sykdommen.

I februar 2007 fikk man enda mer forskningskunnskap vedrørende unormaliteter i hjernen på grunn av cannabisbruk. Szeszko og medarbeidere undersøkte områder i fremre del av hjernen hos pasienter som opplevde sin første schizofreniepisode og som også brukte eller var avhengige av cannabis. Tjue av disse pasientene ble sammenlignet med 31 tilsvarende pasienter uten cannabisbruk, og 56 friske frivillige forsøkspersoner.

"Pasienter som brukte cannabis hadde mindre Anterior Cingulat (et område i mellomhjernen) sammenlignet med pasienter som ikke brukte cannabis eller frivillige forsøkspersoner". De konkluderte: "En svekkelse i Anterior Cingulat henger sammen med en forhistorie av cannabisbruk blant pasienter som opplever et første utbrudd av schizofreni og kan også spille en rolle i dårligere vurdering av situasjoner og i valg av mer risikable løsninger".

EPIDEMIOLOGI OG NEVROVITENSKAP UTFYLLER HVERANDRE

21. januar 2006 ble det i British Medical Journal publisert en artikkel av Fergusson DM og medarbeidere, med tittelen "Cannabis and Psychosis". Den gjennomgikk og sammenholdt de to forskningstradisjonene på dette området, den epidemiologiske og den nevrovitenskapelige. Oppsummeringspunktene var følgende:

1. Epidemisk forskningskunnskap peker hen mot en vedvarende sammenheng mellom cannabisbruk og psykose, en sammenheng som har vist seg motstandsdyktig mot alle metodologiske utfordringer.

2. Nevrovitenskapelige studier viser at cannabis kan føre til psykose gjennom effektene på omsetningen av dopamin i hjernen.

3. Sammenholdt peker denne forskningskunnskapen på en årsakssammenheng, hvor hyppig bruk av cannabis fører til en økt risiko for symptomer på psykose.

Den siste gjennomgangen av forskningskunnskap som forbinder cannabis med psykose ble publisert i



august 2006 av Degenhardt og Hall. Fra 6 longitudinelle (langtids) studier i 5 land fant de at jevnlig bruk av cannabis peker mot en økt risiko for en schizofrenidiagnose eller rapporterte symptomer på psykose. Disse sammenhengene holder seg også etter kontroll for mellomliggende faktorer, og ser ikke ut til å være et resultat av selvmedisinering av symptomer på psykose. En bidragende årsakssammenheng er sannsynlig fra et biologisk synspunkt, fordi psykologiske lidelser henger sammen med forstyrrelser i dopaminoverføringssystemet, som cannabinoidsystemet i hjernen samhandler med. (Cannabinoidsystemet: Cannabis virker gjennom spesielle cannabis-reseptorer i hjernen. Red.)

I mars 2007 advarte Dr. Matthew Hickman og andre, i en artikkel i tidsskriftet *Addiction*, om at innen 2010 ville opp til 25 prosent av nye tilfeller av schizofreni blant briter være forårsaket av cannabis. I tre engelske byer, Nottingham, Bristol og Southwark i London firedoblet eksponeringen i forhold til cannabis seg fra 1972 til 2002. Blant ungdom under 18 år ble eksponeringen 18-doblet. Økningen har foregått på et tidligere alderstrinn, spesielt blant unge menn. Dersom cannabisbruk forårsaker schizofreni, vil den økte eksponeringen føre til en økning i schizofreniforekomsten blant unge menn fra 12 prosent i 1990 til 29 prosent i 2010. Forskerne påpeker at hittil er det ikke bevist at cannabis er en årsak til tilstanden. Men flere svar på dette vil komme dersom den forutsagte økningen i schizofreni finner sted.

En konferanse om cannabis og psykisk helse fant sted 2.-3. mai 2007 ved Institute of Psychiatry i London. Dr. Deepak D'Souza ved Yale University School of Medicine i

Fortsetter neste side

Cannabis og mentale lidelser (psykoser/schizofreni)

Fortsatt fra forrige side

USA sa at bare en halv joint med cannabis kan utløse schizofrenilignende symptomer. Små mengder av THC ble gitt til friske menn og kvinner og halvparten utviklet symptomer, paranoia, hallusinasjoner og forvrengninger. Når en THC-mengde tilsvarende to jointer ble inntatt, opplevde 60 prosent av forsøkspersonene bi-effekter. Schizofrene, som også fikk THC, var ytterligere sårbare, selv om de gikk på psykosemedisin. Professor Robin Murray sa: "Dersom noe har en aktiv effekt ved å framkalle symptomer etter én dose, da ville det ikke være forbausende i det hele tatt om

gjentatt bruk framkaller en kronisk sykdomstilstand."

Et annet foredrag på konferansen ble holdt av Markus Leweke fra universitetet i Köln. CBD (cannabidiol), en bestanddel i cannabisplanten, reduserer psykotiske symptomer hos mennesker. THC (Tetrahydrocannabinol) og CBD konkurrerer med hverandre i biokjemisk forstand, slik at en økning i THC minsker den positive virkningen av CBD. Når THC-nivået øker i de sterkeste cannabisvariantene, minsker CBD-nivået. Professor Murray sa: "Kanskje cannabidiol mildner noen av effektene av THC, og kanskje det til og

REFERANSER

Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg U, Cannabis and Schizophrenia: A Longitudinal Study of Swedish Conscripts. *Lancet* 1987; 2:1483-6.

Andreasson S, Allebeck P, Rydberg U, Schizophrenia in Users and Non-users of Cannabis. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 505-10.

Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G et al, Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: Follow-up study of 535 incident cases. *Br. J. Psychiatry* 2005; 187: 510-5.

Arsenault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Avshalom C, Moffitt TE, Cannabis Use in Adolescence and Risk for Adult Psychosis: Longitudinal Prospective Study. *Brit Med J* 2002; 325: 1212-3.

Arsenault L, Cannon M, Witton J, Murray RM, Causal association between Cannabis and Psychosis: Examination of the Evidence. *Brit J Psychiatr.* 2004; 184: 110-17.

Boydell J, Van Os J, Lambri M et al, Incidence of Schizophrenia in South-East London between 1965 and 1997. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 45-9.

Breakey WR, Goodell H, Lorenz PC, McHugh PR, Hallucinogenic Drugs and Precipitants of Schizophrenia. *Psychological Medicine* 1974; 4:255-261.

Campbell A. Cannabis is the worst drug for psychosis. Australian Christian Lobby Website: November 21st. 2005
HYPERLINK "http://www.acl.org.au/home/browse.stw?article_id=6665"

Caspi A, Moffitt T, Cannon M, McLay J, Murray R, Harrington H, Taylor A, Arsenault L, Williams B, Braithwaite A, Poulton R, Craig I, Moderation of the Effect of Adolescent-Onset Cannabis Use on Adult Psychosis by a Functional

Polymorphism in the COMT Gene. Longitudinal Evidence of a Gene X Environment Interaction. *Biol. Psychiatry* 2005; 57: 1117-1127.

Chambers RA, Taylor JR, Potenza MN, Developmental Neurocircuitry of Motivation in Adolescence: A Critical period of Addiction Vulnerability. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1041-1052.

Chopra GS, Smith JW, Psychotic Reactions Following Cannabis Use in East Indians. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30: 24-7.

Degenhardt L, Hall W Is cannabis use a contributory cause of psychosis? *Can. J. Psychiatry* 2006 (August); 51(9): 556-565.

Degenhardt L, Hall W What are the policy implications of the evidence on cannabis and psychosis? *Can. J. Psychiatry* 2006 (August); 51(9): 566-574.

Ferdinand RF, Sondeijker F, Van Der Ende J, Selten J-P, Huizink A, Verhulst FC, Cannabis Use Predicts Future Psychotic Symptoms, and Vice-Versa. *Addiction* 2005; 100: 612-8.

Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell NR, Cannabis Dependence and Psychotic Symptoms in Young People. *Psychol Med* 2003; 33: 15-21.

Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Tests of Causal Linkages Between Cannabis Use and Psychotic Symptoms *Addiction* 2005; 100 (3).

Fergusson DM, Poulton R, Smith PF, Boden JM, "Cannabis and Psychosis" *BMJ* 332: 172-6 21st January 2006.

Frischer M, Collins J, Millison D, Crome I, Croft P, Keele University, Prevalence of Comorbid Psychiatric Illness and Substance

med kunne være godt for deg, dersom du var psykotisk”.

NARKOTIKAPOLITISKE IMPLIKASJONER

Degenhard og Hall stilte i august 2006 også spørsmålet:

“Hvilke er de narkotikapolitiske implikasjonene av

forskningkunnskapen om cannabis og psykose?” De sa:

“Den observerte kunnskapen og den biologiske troverdigheten av hypotesen at cannabis er en medvirkende årsak til psykose er minst like sterk som kunnskapen om årsakssammenhengen mellom høyt alkohol- og amfetamin-

bruk og psykoser. Av hensyn til folkehelsen er det god grunn til å advare mot bruk av cannabis blant ungdommer og unge voksne”. I sin konklusjon etterlyste de informasjon blant unge om mentalhelseerisikoen av spesielt tidlig og hyppig bruk. “Vi må være forsiktige med å liberalisere cannabislovgivningen på en slik måte at det kan øke unge menneskers tilgang til cannabis, senke debutalderen for førstegangsbruk, eller øke hyppigheten av cannabisbruk. Vi bør vurdere muligheten for å redusere tilgjengeligheten på høy-potente cannabisprodukter”.

Misuse in Primary Care in England and Wales. *J of Epidemiology and Community Health* 2004; 58: 1036-1041.

Ghosh AH, Cannabis Psychosis. *British J Addiction* 1986; 81: 473-8.

Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO et al, Brain Development During Childhood and Adolescence: A Longitudinal MRI Study *Nature Neuroscience* 1999; 2(10): 861-3.

Henquet C, Murray R, Linszen D, Van Os J, The Environment and Schizophrenia: The Role of Cannabis Use. *Schizophrenia Bulletin* 2005; 31(3): 608-12.

Holmberg MB, The Prognosis of Drug Abuse in a Sixteen-Year-Old population. Dissertation Gothenberg; 1981.

Johns A, Psychiatric Effects of Cannabis. *Br J Psychiatry* 2001; 178:116-122.

Johnson BA, Cannabis. In: Glass IB, Editor. *The International Handbook of Addiction Behaviour*. London/New York: Tavistock/Routledge; 1991. pages 69-76.

Hickman M, Vickerman P McLeod J, Kirkbride J, Jones P, Cannabis and schizophrenia: model projections of the impact of the rise in cannabis use on historical and future trends in schizophrenia in England and Wales. *Addiction* 2007; 102 (4): 597-606.

Marijuana and Madness, Psychiatry and Neurobiology. Editors David Castle and Robin Murray. Cambridge University Press 2004.

Murray R Annual Meeting Royal College Psychiatrists 30th June to 3rd July 2003, also *Hospital Doctor* 19.6.03.

Negrette JC, Knapp WP, Douglas DE, Smith WB,

Cannabis Affects the Severity of Schizophrenic Symptoms: Results of a Clinical study. *Psychological Medicine* 1986; 16: 515-20.

Ranstrom J. Adverse Health Consequences of Cannabis Use. A Survey of Scientific Studies Published up to and including the Autumn of 2003. National Institute of Public Health, Stockholm, Sweden. Available at: “www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/r200446adversehealthconsequencescannabis.pdf”

Szeszko PR, Kumra S, Rupp CI, Betensky JD et al, Anterior cingulate grey-matter deficits and cannabis use in first-episode schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 2007;190:230-6.

Thomas HA, A Community Survey of Adverse Effects of Cannabis Use. *Drug and Alcohol Dependence* 1996; 42: 201-7.

Van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, De Graaf R, Verdoux H, Cannabis Use and Psychosis: A Longitudinal Population-Based Study *American J Epidemiology* 2002; 156: 319-27.

Van Os J, Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, Kaplan C, Lieb R, Wittchen H-U, Prospective Cohort Study of Cannabis use, Predisposition for Psychosis, and Psychotic Symptoms in Young People. *BMJ* 2005; 330:11.

Witton J, Murray R, Reefer Madness revisited: cannabis and psychosis. *Rev.Bras. Psiquiatr. Sao Paulo* March 2004; Vol 26 No 1.

Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G, Self-Reported Cannabis Use as a Risk Factor for Schizophrenia in Swedish Conscripts of 1969: Historical Cohort Study. *Brit Med J* 2002;Vol 325:1199-201.



I boka "Å leve med psykisk lidelse og rusmisbruk" har sosiolog, Audhild Hjellup Lønne skrevet en "håndbok" for pårørende. Lønne, som til daglig jobber i psykiatrien, men som også har bakgrunn som pårørende, besitter dermed en dobbelt erfaring, som i boken både kommer til uttrykk som en forståelse for hjelpeapparatets problemer og begrensninger, og undring over at hjelpeapparatet av og til kan opptre på en så uforstandig og byråkratisk måte overfor både pasienter og pårørende, dersom det gjelder et samtidig rusgiftproblem og psykisk lidelse.

Audhild Hjellup Lønne:
 "Å leve med psykisk lidelse og rusmisbruk"
 Legeforlaget, Oslo 2006,
 bestilling@legeforlaget.no
 198 sider.

Pårørende til pasienter med rusgift- avhengighet og psykisk lidelse – erfaringer, utfordringer og muligheter

Boken tar utgangspunkt i 6 historier fra virkeligheten, hvor pårørende, en god venninne, en samboer, en ektefelle, en mor, en søster, en nær venn beskriver sykehistorier til personer med varierende grader av rusgiftproblem og psykiske lidelser. Det er schizofrene Gry, det er Frank med en rusgift-utløst psykose, det er ektemannen og faren Dag, med en alvorlig rusgift-avhengighet og personlighetsforstyrrelse, det er sønnen Fredrik, som er schizofren og blandingsbruker av mange ulike rusgifter, det er broren, Martin, som hadde en akutt psykose i etterkant av et samlivsbrudd og tett drikking, og det er venninnen, Hanne, som er manisk/depressiv og bruker piller. I noen tilfeller er den psykiske lidelsen utløst av rusgiftbruk, i noen tilfeller er rusgiftproblemene en følge av forsøk på å mestre den psykiske lidelsen, og i noen tilfeller er det vanskelig å si hva som kommer først, og hva som har bidratt mest til den ekstra vanskelige situasjonen som personer med samtidig psykisk lidelse og rusgiftproblem befinner seg i.

Lønne bruker disse historiene som utgangspunkt for å beskrive hva psykisk lidelse er, hva rusgiftavhengighet er, hvordan behandlingsapparatet fungerer, og hvordan pårørende kan forholde seg til og samarbeide med behandlingsapparatet. Hun beskriver hvordan samarbeidsforholdene i hjelpeapparatet ofte ikke er de beste, hun beskriver hvordan ventetider kan ødelegge motivasjon og gjøre behandling vanskeligere. Hun beskriver hvordan pasienter kan bli kasteballer mellom avhengighetsbehandling og psykiatri, hvordan pasienter ikke kan behandles i psykiatrien fordi de har et avhengighetsproblem, og hvordan de ikke kan håndteres i avhengighetsbehandling fordi de har en psykisk lidelse. Hun spør hvilke andre steder innenfor spesialisthelsetjenesten man kan bli utskrevet for å vise symptomer på den sykdommen man er innlagt for. Er det riktig å skrive ut pasienter som bruker rusgifter, når det nettopp er et rusgiftproblem de er innlagt for? Og hun beskriver hvordan slike utskrivninger, mangel på helhetsansvar fra bl.a. helseforetakenes side, ender opp med at pårørende, som ikke har spesialutdanning i psykiatri eller avhengighetsbehandling, blir sittende med pasienten, som er for vanskelig for hjelpeapparatet. Hun reiser forventninger om at spesialisthelsetjenesten skal ta et sammenhengende ansvar, at psykiatri og avhengighetsbehandling skal foregå enten parallelt, eller i alle fall i samme behandlingssekvens, og uten at pasienten blir utskrevet i mellomtiden.

Men når det er sagt, 4 av de 6 historiene ender relativt optimistisk, og Lønne beskriver også mange situasjoner hvor både personale i helseforetakene, i kommunen og i politiet viser høy kompetanse og innsikt, og takler situasjonen på en god måte. Hun forklarer på en lettfattelig måte hvordan hjelpeapparatet fungerer, hvilke rutiner og lover det jobber innenfor, hvilke rettigheter pasienter har etter Pasientrettighetsloven, hvordan arbeid med Individuell plan kan organiseres, diskuterer hvordan tvungen behandling etter Psykisk Helsevernloven og Sosialtjenesteloven fungerer, og gir ellers en rekke gode råd om hvordan pårørende kan forholde seg.

Lønne reiser i et eget kapittel i boka spørsmål om det er riktig å legge så stor vekt på frivillighet og motivasjon innenfor et diagnoseområde hvor mangel på motivasjon nettopp er ett av symptomene, og samtidig ett av hindrene for at pasienten kan komme tidlig i behandling.

Lønne gir også en oversikt over selvhjelpsgrupper, organisasjoner som tilbyr hjelp til pårørende, støttetelefoner og andre tiltak pårørende kan benytte seg av. Boken er en nyttig innføring i problemområder mange pårørende ikke har satt seg særlig godt inn i, før det ble "kastet ut i det" gjennom å få en psykisk lidelse/rusgiftproblem i nærmeste familie eller vennekreis. Nå har de fått en håndbok. Bruk den og bli klok!

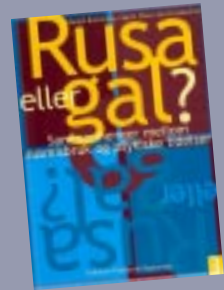


Elementærbok om psykiske lidelser og rusgiftproblem.

“Dobbelt OPP” har de tre forfatterne kalt sin “lærebok” om dobbeltdiagnoser. Det framgår av “vaske-seddelen” at formålet med boken dels er å fokusere på hjelpebehovet hos personer som både har alvorlige psykiske lidelser og samtidig et rusgiftproblem, og delvis også å beskrive ulike typer tiltak. Det heter at å trekke brukernes interesser inn i planarbeidet, gjøre allmenne tjenester tilgjengelige og dokumentere virksomme tiltak, vil være en utfordring i de nærmeste årene, og forfatterne gir flere eksempler på slike tiltak.

Ifølge Statens Helsetilsyn ble det i 1999 anslått at det i Norge var 4000 personer som hadde et vedvarende rusgiftproblem, i kombinasjon med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, affektiv sinnslidelse, alvorlig angstlidelse eller personlighetsforstyrrelse og som ikke fikk den behandlingen eller omsorgen de trengte. Det ble derfor anbefalt at det for denne gruppen pasienter opprettes enheter for utredning og behandling og oppsøkende team i alle fylker. Dette fordrer også kompetanseheving i tilbudene. Det heter at boken er et bidrag til dette.

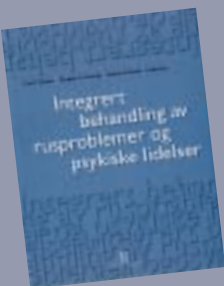
Reidun Evjen, Tone Øiern og Knut Boe Kielland: “Dobbelt OPP Om psykiske lidelser og rusmisbruk”
Universitetsforlaget 2003
239 sider



Rusa eller gal?

Det er tittelen på et hefte, utgitt av Stiftelsen Psykiatrisk Behandling, og som gir en førsteinnføring i den såkalte “dobbeldiagnoseproblematikken”. Heftet beskriver hva kombinasjonsdiagnoser/komorbiditet er, beskriver de ulike hovedtypene av psykiske lidelser, gir en oversikt over de viktigste rusgiftene, beskriver psykiske reaksjoner ved rusgiftbruk. Et kapittel tar særlig for seg psykoser utløst av henholdsvis cannabis og sentralstimulerende rusgifter. Heftet beskriver også somatiske følgesykdommer av rusgiftproblematikk/avhengighet, som for eksempel HIV og Hepatitt. Et eget kapittel tar for seg de kulturelle og økonomiske sidene ved henholdsvis legale og illegale rusgifter. Endelig beskrives tiltaksapparatet og de ulike behandlingstilnærmingene. Også LAR og skadereduksjon tas opp til drøfting. Endelig reises også spørsmålet om behandling virker. Svaret er vel både og, men heftet tar opp en del oppfølgingsbetingelser som forutsetning for at behandling skal virke.

Margot Bratteteig, Ingunn Hove og Amund Aakerholt:
“Rusa eller gal? Sammenhenger mellom rusmisbruk og psykiske lidelser”
Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, 3. utgave, 2. opplag, 2006
60 sider A4



Lærebok i behandling av samtidige rusgiftproblemer og psykiske lidelser

Det finnes lite litteratur om behandling av “dobbeldiagnoser” avhengighet/psykisk lidelse på norsk. Det er derfor velkomment at det nå er kommet en lærebok for fagfolk, oversatt fra engelsk, om temaet. Boka “Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser”.

Boken bygger på internasjonal forskning på feltet og i tillegg er den basert på erfaringer fra USA, spesielt fra Dartmouth i New Hampshire. Behandlingskonseptet kalles derfor ofte “New Hampshire-modellen”. Fordi forholdene i Norge og USA er ulike når det bl.a. gjelder finansieringsordninger og lovverk, er boka faglig tilrettelagt av Lars Lindroth, som har laget fotnoter og andre henvisninger til forhold og lovverk i Norge som er forskjellige fra USA.

Boka gir en god oversikt over hva temaet samtidig rusgiftavhengighet og psykisk lidelse dreier seg om, over behandlingstilnærmingen og de forskjellige fasene i integrert behandling, både individuell behandling, gruppeintervensjoner, familiearbeid, og gir også en beskrivelse av boligprogrammer, tvangsbehandling, yrkesrettet rehabilitering, psykofarmakologi, og gir en oversikt over forskningen på dobbeltdiagnoseproblematikken.

Kim T. Mueser, Douglas L. Noordsy, Robert E. Drake og Lindy Fox:
“Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser”
Universitetsforlaget 2006
342 sider A4

Nedenfor finner du en definisjon eller forklaring på noen av de begrepene som er brukt i artiklene i dette nummeret av Mot Rusgift. Vi håper det kan være til litt hjelp for de leserne som ikke så ofte er inne på avhengighetsproblematikken, legemiddelfeltet og psykiatrien.

Affektiv lidelse

Stemningslidelse, betydelig endring i stemningsleiet, vanligvis i retning depresjon, eller også sterk oppstemthet, eller begge deler, i tillegg til aktivitets- og tankeforandringer. Alvorlige stemningslidelser omfatter alvorlig depresjon og manisk-depressiv sykdom. Se bipolar lidelse.

Antidepressiva

Legemidler som motvirker depressive tilstander og nedtrykthet, men har også en del andre anvendelsesområder, for eksempel ved angstlidelser.

Antipsykotika

Samlebetegnelse for medisiner som motvirker schizofreni og andre psykoser.

Anxiolytika

Beroligende og angstdempende midler.

Benzodiazepiner

En rekke medikamenter med angstdempende og søvn-givende virkning. De viktigste er: Diazepam, Chordiazepoxid, Lorazepam og Oxazepam mot angst; Nitrazepam og Temazepam, Loprazolam og Lormetazepam mot søvnløshet. To medikamenter, Zopiclone og Zolpidem, er ikke benzodiazepiner, men har tilsvarende virking, også hva gjelderavhengighet og abstinens.

Bipolar lidelse

Også kalt manisk-depressiv lidelse, hvor stemningsleiet svinger mellom dyp depresjon og mani/oppstemthet. Slike lidelser hører med til de affektive lidelsene.

Cannabidiol

CBN –ett av de ca. 400 kjemiske stoffene som finnes i cannabisplanten.

Cannabinoidsystemet

Et sett av spesielle reseptorer (CB1) i hjernen som mottar impulser gjennom signalsubstansen Anandamid, men som også blir påvirket ved bruk av cannabis. Cannabinoidene virker i et samspill med andre signal-substanser.

Cannabis

Det latinske navnet på hampeplanten, cannabis sativa, men brukes i dag som et fellesnavn på stoffene hasj, marihuana og hasjølje/cannabisolje som utvinnes av ulike deler av denne planten.

Delir (Forkortelse for delirium tremens)

Vanligst hos alkoholavhengige som brått slutter å drikke, men kan også forekomme i samband med andre rusgifter og tilstander. Redusert bevissthetsnivå – psykomotoriske forstyrrelser. Det starter gjerne med irritabilitet,

søvnforstyrrelse, rastløshet, mareritt og angst. Illusjoner og hallusinasjoner, dvs. syns- og andre sanseinntrykk som ikke er reelle. Blir disse inntrykkene svært tydelige, kan de utløse redsel og panikkreaksjon. Høy fare for dødsfall dersom tilstanden ikke blir behandlet.

Depresjon

Tilstand hvor et nedtrykt stemningsleie er det mest framtrede symptom

Diagnose

Identifisering av en sykdom, bestemmelse av hva slags sykdom en pasient lider av. En diagnose kan endre seg, som følge av ny kunnskap om pasienten, eller som følge av at pasientens tilstand har endret seg.

Dopamin - overføringssystemet

System for overføring av signalsubstansen dopamin i hjernen.

Droger

Gammeldags fellesuttrykk for rusgifter og legemidler.

Drop-out

Uplanlagt avbrudd i behandling, p.g.a. enten at pasienten stikker av eller skriver seg ut fra behandling, eller uteblir etter permisjon, eller at vedkommende må skrives ut på grunn av uakseptable oppførsel i behandlingssituasjonen (vold, trusler, rusgiftbruk på institusjonen, osv.)

DSM-IV

Diagnosesystem for psykiatri utarbeidet av den amerikanske foreningen for psykiatri (American Psychiatric Association). Forkortelse for Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, versjon 4.

Epidemi

Utbrudd av flere tilfeller av en sykdom enn forventet i et samfunn eller region i en viss tidsperiode. En plutselig, alvorlig økning i utbrudd av en sykdom, som rammer mange.

Eufori

Sinnsstemning - oftest forbigående og kortvarig - preget av berusende, indre jubel. Kan oppstå ved bruk av rusgift, men også på andre måter, jfr. seiersrus, gledesrus osv.

Genetisk

Gjelder gener og informasjon som ligger i genene, arvemessig.

Hypnotika

Sovemidler og innsovningsmidler. I Norge brukes vanligvis benzodiazepiner, eller benzodiazepinliknende sovemidler ("Z-hypnotika" – Zopiklon og Zolpidem).

Interaksjon

Samhandling, at to legemidler eller rusgifter virker sammen og forårsaker en annerledes eller kraftigere effekt en stoffene hver for seg ville forårsake.

Komorbid

Syk av mer enn en sykdom samtidig, for eksempel av rusgiftavhengighet og psykisk lidelse på samme tid.

Kontekstuell

I sammenheng – av kontekst.

Longitudinell undersøkelse

Langtidsundersøkelse av samme utvalg av personer – de samme personene blir fulgt over flere år.

Manisk

Oppstemt – urolig sinn. Ideer og følelser kommer og skifter raskt, overdreven tro på egne evner og muligheter, hyperaktivitet, redusert søvnbehov.

Nederwied (netherweed)

Nederlandsk, genetisk framdyrket utgave av cannabisplanten, eller produkter av denne, med ekstremt høyt innhold av THC, det mest rusgivende stoffet i hasj og marihuana.

Nevrobiologi

Læren om nervesystemets biologi, dvs. om signaloverføring i nervesystemet, og hvordan disse prosessene er involvert i psykologiske funksjoner som sansning, motorikk, våkenhet, emosjoner, læring og framkalling av rusopplevelser.

Nevroleptika

Antipsykotiske midler, medikamenter som brukes mot psykoser

Odds ratio

Et statistisk uttrykk for å sammenligne om en sannsynlighet for en tilstand (f.eks for å få schizofreni) er den samme for to grupper. En odds ratio på 1 betyr at sannsynligheten er like stor i begge gruppene, mens en odds ratio større enn 1 betyr at sannsynligheten er størst i den første gruppen. En odds ratio mindre enn 1 betyr at sannsynligheten er mindre i den første gruppen.

Paranoia

Forfølgelsesforestillinger, en følelse av å være forfulgt eller overvåket.

Predisposisjon

Anlegg for / større risiko enn normalt

Prognose

Utsikt til helbredelse / vurdering av sykdomsforløp.

Psykose

Realitetsforstyrrelse. Tilstand hvor evnen til å orientere seg i virkeligheten er sterkt forstyrret. Symptomene kan innbefatte å høre, se, lukte eller smake ting som ikke er der, paranoia og forvirrede tankeganger. Schizofreni og bipolar

lidelse regnes som psykoser. Psykoser kan enten skyldes hjerneskader (organiske psykoser) eller ikke ha noen kjent, fysisk årsak (funksjonelle psykoser).

Psykofarmaka

Det er legemidler som virker på sentralnervesystemet, og som blir brukt i den hensikt å bedre sinnstilstanden hos pasienter som på en eller annen måte har en forstyrrelse i sin psykiske tilstand, eller en psykisk lidelse.

Rusgift

En fellesbetegnelse for kjemiske rusmidler, dvs. alkohol, narkotika, rus- og avhengighetsframkallende medikamenter og sniffemidler.

Schizofreni

Psykose, som gjerne rammer unge, fra midten av tenårene til opp mot 30 år. Sykdommen medfører i varierende grad realitetsforstyrrelse, hallusinasjoner, og følelsesavflatning.

Sedativa

Sovemidler, beroligende midler.

Sederende

Søvndyssende, sløvende.

Selektive Serotoninreopptakshemmere (SSRI)

En type antipsykotika som hemmer gjenopptaket av serotonin i hjernen, og dermed skaper et større serotoninoverskudd i mellomrommet mellom hjernecellene (synapsene). Noe som fører til at følelse av nedtrykthet og depresjon letter.

Signalsubstans

Et kjemisk stoff som overfører elektriske signaler fra en nervecelle til den neste. Overføring av slike signalstoffer påvirker stemningsleiet. Slike signalsubstanser er bl.a. serotonin, noradrenalin og dopamin.

Skunk

Genetisk framavlet cannabistype med spesielt høy konsentrasjon av THC, 8-16 prosent. Se Nederwied.

Somatisk

Kroppslig

Statistisk signifikant

Større utslag enn hva som kunne ventes ved en ren tilfeldighet.

Symptom

Kjennetegn på sykdom, sykdomstegn.

Tetrahydrocannabinol

THC (Egentlig Delta-9-tetrahydrocannabinol – Delta9-THC), den mest rusframkallende av de kjemiske stoffene som finnes i cannabisplanten.

Tricykliske antidepressiva (TCA)

Disse omtales som eldre antidepressiver og som ikke-selektive serotonin-reopptakshemmere.

Returadresse:
Forbundet Mot Rusgift
Torggata 1, 0181 Oslo

Ettersendes ikke ved varig adresseendring men returneres til avsenderen med opplysning om den nye adressen

Forbundet Mot Rusgift FMR

FMR arbeider for å redusere utbredelsen av rusgifter i samfunnet.

FMR sprer informasjon om rusgiftenes virkninger på individer og samfunn.

FMR ønsker å skape nettverk mellom personer som er engasjert i arbeidet mot rusgifter.

FMR bygger sitt arbeid på ideen om totalt avhold fra alkohol og andre rusgifter.

FMR arbeider spesielt innen universiteter og høyskoler.

FMR utgir tidsskriftet Mot Rusgift.

FMR tilbyr et rikholdig materiale på sitt nettsted www.fmr.no

Nettstedet inneholder blant annet faktaark om de ulike rusgiftene og om aktuelle rusgiftpolitiske temaer.



Forbundet Mot Rusgift Torggata 1, 0181 Oslo
Telefon 23 21 45 26. Faks 23 21 45 01
E-post post@fmr.no. Nettsted: www.fmr.no

Ja! Jeg vil bli med i Forbundet Mot Rusgift

Kontingent for medlemmer og sympatisører er kr 50 pr år.
Alle medlemmer og støttemedlemmer får tilsendt Mot Rusgift.

- Jeg ønsker å bli medlem. Medlemmer må avstå fra bruk av alkohol og narkotika
- Jeg ønsker å bli sympatisør. Alle som er enige i og støtter FMRs politikk og formål kan bli sympatisører.

Ja! Jeg vil abonnere på Mot Rusgift

- Årsabonnement kr 200 pr år (4 utgaver).

NAVN

ADRESSE

POSTNR STED

Forbundet Mot Rusgift,

Torggata 1

0181 Oslo

INNMELDING: Post: Forbundet Mot Rusgift, Torggata 1, 0181 Oslo.

Faks 23 21 45 01. Telefon 23 21 45 26. E-post: post@fmr.no. Nett: www.fmr.no/skjema