

Socialprofil på unge cannabismisbrugere i behandling

Reservelæge Lone Overby Fjorback, cand.psych. Jack Brandholt, cand.psych. Mikkel Arendt & professor Povl Munk-Jørgensen

Århus Universitetshospital, Psykiatrisk Hospital i Århus, Center for Psykiatrisk Grundforskning, og Århus Universitetshospital, Aalborg Psykiatriske Sygehus, Enheden for Psykiatrisk Forskning

Resume

Introduktion: Formålet med dette studie er at opstille en socialprofil og give en sociodemografisk karakteristik af unge, der er i behandling for cannabismisbrug.

Materiale og metoder: Probanderne n=75 (18-30 år), som opfyldte diagnostiske kriterier for ICD-10-cannabisafhængighed og søgte behandling herfor ved sociale behandlingsinstitutioner, blev interviewet om deres socialpsykologiske baggrund. Klienter, der opfyldte de diagnostiske kriterier for afhængighed af alkohol eller stoffer, blev ekskluderet.

Resultater: Demografi: Gennemsnitsalderen var 24 år, 82% var mænd, 87% var på overførselsindkomst. Forældrebaggrund: 8% havde mistet en forælder, 89% var fra socialgruppe fire eller fem. 61% havde forældre med misbrug. Barndomsadfærd: 52% havde haft adfærdsproblemer, 49% var blevet mobbet. Skolegang: 70% havde skiftet skole to eller flere gange, 50% havde haft indlæringsproblemer, 44% var blevet smidt ud af skolen. Vold og kriminel baggrund: 58% var blevet straffet, heraf 20% for vold, blandt forældrene var 19% blevet straffet, heraf 10% for vold.

Diskussion: Resultaterne tyder på, at tidligere identificerede risikofaktorer for stofafhængighed også karakteriserer de unge i behandling for cannabismisbrug. De er desuden karakteriseret ved at have mange skoleskift. Cannabismisbrugerne i nærværende studie er yngre og mindre socioøkonomisk stabile end cannabismisbrugerne, der været genstand for forskning i de fem klinisk kontrollerede interventionsstudier, der hidtil er publiceret. Der er således behov for interventionsstudier af mere sårbare grupper.

Sundhedsstyrelsens tal »Stofmisbrugere i behandling 1996-2002« [1] viser, at klienter, der har cannabis som hovedstof er stigende. Samlet udgjorde gruppen kun 12% af alle misbrugere i behandling i 2001 og 14% i 2002, men ser man på de nytilkomne i behandling, havde 24% cannabis som hovedstof i 2001. Cannabis oversteget for første gang heroin som det mest populære hovedstof i 2002.

Mange cannabismisbrugere, der søger behandling tidligt i livet, har ikke bare misbrugsproblemer, men multiple problemer ved behandlingsstart. Det er ikke klart, om disse er koeksisterende problemer eller risikofaktorer.

De fleste studier om risikofaktorer er gennemført for det

bredere begreb stofafhængighed. Mange risikofaktorer for stofmisbrug er blevet identificeret, såsom: lov og normer gunstige for stofmisbrug, ekstrem økonomisk deprivation, adfærdsforstyrrelser, hyperaktivitet, familiehistorie med alkohol- eller stofmisbrug, familiekonflikter, lav familietilknytning, akademiske nederlag, afvisning fra venner og tidlig start på brug af stoffer [2]. I et opfølgingsstudie har man undersøgt risikofaktorer for cannabismisbrug [3] n=2.446 (befolkningsundersøgelse), men med få probander der opfyldte DSM-IV-kriterierne for cannabisafhængighed n=12. Her fandt man, at prædiktorer for cannabisafhængighed var forældres død før den unges 15. år, lav socioøkonomisk status og brug af andre illegale stoffer ved indgangen i studiet.

Der foreligger i litteraturen fem klinisk kontrollerede interventionsstudier for cannabisafhængighed [4-8]. Probanderne i disse studier var overvejende veluddannede og socioøkonomisk stabile, gennemsnitsalderen var 32-36 år, 69-80% var mænd, og 64-85% havde fuldtidsbeskæftigelse. Dette er i kontrast til et dansk registerstudie [9], hvor det konkluderes, at cannabismisbrugere i behandling er lige så marginaliserede som misbrugere af hårdere stoffer.

Materiale og metoder

I nærværende studie er nogle af de tidligere identificerede risikofaktorer for stofafhængighed testet i et case-kontrol-design. Der er ikke undersøgt en kontrolgruppe, men i de tilfælde hvor det har været muligt at identificere relevante data fra Danmarks Statistik, er baggrundsbefolkningen anvendt som sammenligningsgruppe.

Der er indsamlet prævalente og retrospektive data i en kohorte af cannabismisbrugere. Probanderne blev inkluderet i forbindelse med deres kontakt på behandlingsinstitutioner i Århus Amt, Vejle Amt, Ribe Amt, Nordjyllands Amt eller Fyns Amt. De havde alle cannabis som hovedstof. Der er inkluderet klienter fra både ambulante og døgnbehandlingsinstitutioner. Probanderne (n=75) var 18-30 år, de opfyldte de diagnostiske kriterier for ICD-10-cannabisafhængighed og søgte behandling herfor i perioden 2003-2004.

Probanderne blev interviewet ved hjælp af et semistruktureret interview (udviklet til denne undersøgelse) af en læge eller cand.psych. om deres socialpsykologiske baggrund.

Der er spurgt om demografiske forhold, forældrebaggrund, adfærd som barn, relation til venner, skolegang, kriminel baggrund, typer og omfang af misbrug, psykiske lidelser, årsager til og konsekvenser af misbrug.

Det er registreret, om klienterne har en *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD)-diagnose, og der er spurgt til

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

symptomer på opmærksomhedsforstyrrelser og hyperkinetiske forstyrrelser i barndommen. Indlæringsvanskeligheder er defineret ved, at der har været behov for specialundervisning. Kriminel adfærd i barndommen er inkluderet, hvis det ikke er af ubetydelig karakter. Probanderne er ikke nødvendigvis blevet straffet herfor, enten på grund af at de var under den kriminelle lavalder, eller fordi det ikke var blevet opdaget. Adfærdsvanskeligheder er defineret som vedvarende problemer med at tilpasse sig gældende regler, bortvisning fra undervisning og udsmidning af skolen på grund af dårlig opførsel eller voldelig adfærd.

Afhængighed blev vurderet ved hjælp af *composite international diagnostic interview* (CIDI). CIDI er valideret og bliver ofte brugt i epidemiologisk psykiatrisk forskning [10].

Der blev anvendt tidslinjer til at få et overblik over andet misbrug. Konfounding af alkohol eller andre stoffer er forsøgt undgået ved eksklusion af klienter med et stort alkoholforbrug (efter Sundhedsstyrelsens retningslinjer) eller brug af andre stoffer, primært amfetamin.

Resultater

Gennemsnitsalderen var 24 år, 82% var mænd, 87% var på overførselsindkomst.

72% havde folkeskolens niende eller tiende klasse eller derunder som højst opnåede uddannelsesniveau.

12% havde ottende klasse eller derunder, 6% havde et års EFG, 7% havde studenter- eller HF-eksamen, 7% havde en erhvervsfaglig uddannelse og 4% havde en kort videregående uddannelse. Alder for førstegangsbrug af cannabis var 11-18 år. 15% var 11-12 år, 71% var 13-15 år og 13% var 16-18 år.

Resultaterne er herefter grupperet i faktorer, der vedrører probandens forældre, probandens selvrapporterede adfærd som barn, relation til venner, skolegang samt vold og kriminel baggrund.

Forældrebaggrund

8% havde mistet en forælder, sammenholdt med baggrundsbeholdningen hvor 2,6% af børn og unge under 24 år har mistet en forælder ($p=0,0033$). 48% var fra socialgruppe fem, 89% var fra socialgruppe fire eller fem, hvorimod 21% af baggrundsbeholdningen er fra socialgruppe fem ($p<0,0001$), og 58% er fra socialgruppe fire eller fem ($p<0,0001$). 21% havde mindst en forælder med positiv holdning til cannabis (Tabel 1). 61% havde mindst en forælder, der var misbruger. 52% havde mindst en forælder, der misbrugte alkohol, 26% havde mindst en forælder, der misbrugte cannabis, piller eller stoffer. Hos 17% var begge forældre misbrugere.

Barndomsadfærd

33% havde været udsat for vold, 40% havde selv været voldelige. 52% havde haft adfærdsvanskeligheder (defineret som vedvarende problemer med at tilpasse sig gældende regler). 4% havde en ADHD-diagnose, de angav selv, at de i barndom-

men var diagnosticeret og behandlet for *deficits in attention motor control and perception* (DAMP) og 15% har haft symptomer på ADHD. Der blev spurgt til opmærksomhedsforstyrrelser og hyperkinetiske forstyrrelser.

Relation til venner

16% foretrak ensomhed, 50% angav, at deres venner var problembørn. 49% var blevet mobbet, og 57% mobbede andre.

Skolegang

70% skiftede skole to eller flere gange, 52% skiftede skole tre eller flere gange. 50% havde haft indlæringsvanskeligheder, defineret som at der havde været givet ekstraundervisning, eller at personen havde gået i specialklasse. 44% var blevet smidt ud af skolen. 44% havde været henvist til skolepsykolog.

Kriminel adfærd

53% havde haft problemer med at kontrollere voldelig adfærd, 55% havde begået kriminelle handlinger af ikke ubetydelig karakter i barndommen, 58% var blevet straffet for kriminalitet i voksenalderen, 20% for vold. Blandt forældrene var 19% blevet straffet, 10% for vold (Tabel 2).

Diskussion

Gennem 1990'erne er prævalensen af cannabisbrug steget i hele den vestlige verden med tre hovedtendenser: faldende alder for førstegangsbrug, mere hyppig brug og mere potente cannabisprodukter [12]. I Danmark kan vi se, at flere søger behandling for cannabismisbrug, og cannabis oversteg for første gang heroin som det mest populære hovedstof i 2002 [1].

I nærværende studie er der udformet en sociodemografisk karakteristik af cannabismisbrugere på 18-30 år i behandlingssystemet. Vi har ønsket at undersøge rene cannabismisbrugere, og derfor er klienter, der opfyldte diagnostiske kriterier for misbrug af alkohol eller andre stoffer, ekskluderet.

Tabel 1. Forældrebaggrund.

Forældres	Aktuelle undersøgelse	Baggrundsbeholdning
Død ^a	8%	2,6% ($p=0,0033$)
Socialgruppe ^b	48% tilhører socialgruppe 5 89% tilhører socialgruppe 4/5	21% ($p<0,0001$) 58% ($p<0,0001$)
Mening om cannabis	14% har en positiv holdning til cannabisrygning 21% har mindst en forælder med en positiv holdning til cannabisrygning	Data forefindes ikke

a) I Danmark har 2,6% af børn og unge under 24 år mistet en forælder [11].

b) Inddelingen i socialgrupper er efter uddannelseslængde og antal underordnede.

I Danmark tilhører 9% socialgruppe et, som inkluderer dem med højest uddannelsesniveau eller med flest underordnede. Social gruppe et, to, tre, fire og fem udgøres af hhv. 16, 17, 37 og 21% af befolkningen [11].

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Socialpsykologisk baggrund.

Forældres misbrug	Barndomsoplevelser og -adfærd	Venner	Skolegang	Kriminel adfærd
61% mindst en af forældrene misbrugte alkohol, cannabis, piller eller stoffer	33% havde været udsat for vold 40% var selv voldelige	16% foretrak ensomhed	70% skiftede skole to eller flere gange 52% skiftede skole tre eller flere gange	53% havde haft problemer med at kontrollere voldelig adfærd
52% mindst en af forældrene misbrugte alkohol	52% har haft adfærdsproblemer	50% havde venner, som var problem børn	50% havde haft indlæringsvanskeligheder ^a	55% havde begået kriminelle handlinger af ikke ubetydelig karakter i barndommen ^b
26% mindst en af forældrene misbrugte cannabis, piller eller stoffer	4% havde en ADHD-diagnose	49% var blevet mobbet	44% var blevet smidt ud af skolen	19% af forældrene var blevet straffet, 10% for vold
17% begge forældre misbrugte cannabis, piller eller stoffer	15% har haft symptomer på ADHD	57% mobbede andre	44% havde været henvist til skolepsykolog	58% var blevet straffet for kriminalitet i voksenlivet, 20% for vold

ADHD: *attention deficit hyperactivity disorder*.

a) Indlæringsvanskeligheder er defineret ved, at der har været givet ekstraundervisning eller personen har gået i specialklasse.

b) Kriminelle handlinger af ikke ubetydelig karakter. Probanderne er ikke nødvendigvis blevet straffet herfor, enten på grund af at de var under den kriminelle lavalder, eller fordi det ikke var blevet opdaget.

c) Der er spurgt til opmærksomhedsforstyrrelser og hyperkinetiske forstyrrelser.

Resultaterne tyder på, at tidligere identificerede risikofaktorer for stofafhængighed også korrelerer til det at komme i behandling for cannabismisbrug. Det viser sig, at en stor del af unge danske cannabismisbrugere i behandling udviser problemer længe før, de søger behandling for deres misbrug. De har haft problemer fra den tidligste barndom både i hjemmet, i skolen og i relationen til andre børn.

Der var en række problemer i opvækstmiljøet. Over halvdelen angav, at mindst en af deres forældre misbrugte alkohol, cannabis, piller eller stoffer, og 17% angav, at begge deres forældre var misbrugere. Mange har været udsat for overgreb, og 33% angav, at de havde været udsat for vold. Endelig var der øget forekomst af personer, som havde mistet en forælder i barndommen i forhold til baggrundsbefolkningen.

Mange udviste tegn på tidlige adfærdsproblemer og symptomer på ADHD, og der var en høj frekvens af kriminalitet både blandt klienterne og deres forældre. Det kunne konstateres, at 44% havde været henvist til skolepsykolog, og at 44% var blevet smidt ud af skolen. Desuden sås der en øget forekomst af relationsproblemer, idet 49% var blevet mobbet.

I skolealderen havde der vist sig problemer i form af indlæringsvanskeligheder hos ca. halvdelen af cannabismisbrugerne i behandling. Desuden var de karakteriseret ved, at de havde haft mange skoleskift. Dette er endnu et udtryk for, at det drejer sig om personer, der er vokset op under ustabile forhold.

I nærværende studie er det endvidere fundet, at der er en social slagside, idet 48% af dem, der søgte behandling for cannabisafhængighed var fra socialgruppe fem og 89% fra socialgruppe fire eller fem. Langt den største del af klienterne var på overførselsindkomst.

Disse resultater er i overensstemmelse med resultaterne fra det største interventionsstudie, der hidtil er lavet for amerikanske cannabismisbrugere på 12-18 år. Studiet viser, at de

fleste unge cannabismisbrugere i behandling ikke »kun« har misbrugsproblemer [13]. I et dansk registerstudie er det ligeledes vist, at danske cannabismisbrugere i behandling er en lige så marginaliseret gruppe som misbrugere af hårdere stoffer, og at de har en øget forekomst af psykiske lidelser [9]. Alderen for førstegangsb brug af cannabis er lav i nærværende studie, hvor 15% var under 13 år, og 71% var 13-15 år. Dette er yderst foruroligende, da tidlig debut for brug af cannabis ikke bare øger risikoen for afhængighed, men også øger risikoen for senere at få en akut psykose [14].

Den danske cannabisbehandling er ikke standardiseret, nogle steder er den baseret på Minnesotamodelen, andre steder på kognitiv adfærdsterapi. Mange steder foregår behandlingen desuden på private institutioner, der kan have deres egne selvudviklede behandlingsmetoder [15].

Internationalt er der lavet fem klinisk kontrollerede interventionsstudier med voksne cannabismisbrugere. Disse studier har alle vist, at cannabismisbrugere er i stand til at nedsætte deres misbrug ved hjælp af få timers kognitiv adfærdsterapi. Probanderne i disse studier var dog ældre og meget mere socioøkonomisk stabile. Gennemsnitsalderen var på 32-36 år og 64-85% havde fuldtidsbeskæftigelse [4-8]. Dette kan sammenlignes med nærværende studie, hvor gennemsnitsalderen var 24 år, og 87% var på overførselsindkomst.

Vi mener ikke, at forskellen skyldes, at der er forskel på danske, amerikanske og australske cannabismisbrugere, men at inklusionskriterierne til undersøgelserne og behandlingsinstitutionerne er forskellige. Den eksterne validitet af disse studier til danske forhold er ringe, og den danske cannabisbehandling kan p.t. ikke foregå på et dokumenteret grundlag. For at behandlingen ikke bliver tilfældig, bør den udvikles og tilrettelægges i eksperimentelle design. Det er derfor nødvendigt med udvikling og testning af behandlingsinterventioner

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

for cannabismisbrugere, der er yngre og mindre socioøkonomisk stabile. For denne gruppe er terapi rettet alene mod misbrugsproblematikken ikke tilstrækkelig, og en tidligere indsats, der inkluderer resocialiserende behandling, vil være ønskelig. Desuden kan der være brug for psykiatrisk intervention for manges vedkommende grundet den høje grad af komorbid psykisk lidelse.

Cannabismisbrug bør formentligt i lighed med andre psykiatriske (og somatiske) lidelser ses som en ofte livslang lidelse med periodiske tilbagefald. Den bør ligeledes i lighed med andre lidelser behandles med tidlig opsporing og hurtigt indsættende behandling.

En begrænsning ved nærværende studie er, at det ikke inkluderer en kontrolgruppe. Derfor kan der kun konstateres korrelationer og ikke egentlige risikofaktorer. Det har været en stor opgave at finde rene cannabismisbrugere, fordi mange har et sidemisbrug, og fordi de sociale behandlingsinstitutioner ikke er vant til at arbejde videnskabeligt. Vi ved ikke med sikkerhed, hvor mange der er ekskluderet fra undersøgelsen, idet meget af eksklusionen er foretaget på behandlingsinstitutionerne. Vi har dog søgt at minimere dette problem ved hele tiden at spørge om, hvor mange der har sagt nej til deltagelse. Tilsyneladende har dette været ganske få.

Ved interview af retrospektiv karakter bør man være opmærksom på hukommelsesbias. Det er ikke muligt for os at afgøre, om denne bias går i retning af aggravaion eller idyllisering, resultaterne tyder ikke på sidstnævnte.

Korrespondance: Lone Overby Fjorback, Skovagervej 4, DK-8240 Risskov.
E-mail: lof@psykiatri.aaa.dk

Antaget: 9. maj 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Stofmisbrugere i behandling 1996-2002. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2003;7(9).
2. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 1992;112:64-105.
3. Von Sydow K, Lieb R, Pfister H et al. What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? *Drug Alcohol Depend* 2002;68:49-64.
4. Stephens RS, Babor TF, Kadden R et al. Marijuana Treatment Project Research Group. The Marijuana Treatment Project: rationale, design and participant characteristics. *Addiction* 2002;97(suppl 1):109-24.
5. Copeland J, Swift W, Roffman R et al. A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2001;21:55-64.
6. Budney AJ, Higgins ST, Radonovich KJ et al. Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:1051-61.
7. Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:898-908.
8. Stephens RS, Roffman RA, Simpson EE. Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:92-9.
9. Arendt M, Munk-Jorgensen P. Heavy cannabis-users seeking treatment: Prevalence of psychiatric disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:97-105.
10. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiat Res* 1994;28:57-84.
11. Danmarks Statistik www.dst.dk/april 2005.
12. Hall W. The size of the problem: how common is cannabis use? International Conference- Cannabis and Mental Health 2004. London: Institute of Psychiatry, Abstract book, 2004.
13. Tims FM, Dennis ML, Hamilton N et al. Characteristics and problems of 600 adolescent cannabis abusers in outpatient treatment. *Addiction* 2002;97(suppl 1):46-57.
14. Van Os J. Prospective cohort of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ* 2004 Dec 1; (Epub ahead of print).
15. Arendt M, Fjorback L. Temakapitel om co-morbiditet, narkotikasituationen i Danmark 2003. Årsrapport til Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.