



# UT UR DIMMAN

En uppföljning av Maria Ungdoms  
cannabisprogram



FoU-rapport 2005:19

Birgitta Petrell  
Jan Blomqvist  
Thomas Lundqvist

## **INNEHÅLL**

|   |    |
|---|----|
| <b>Förord</b>   | 5  |
| <b>Introduktion av Thomas Lundqvist</b>                 | 7  |
| <b>Sammanfattning</b>                                   | 9  |
| <b>1. INLEDNING</b>                                     | 12 |
| <b>1.1 Vilka är vi</b>                                  | 12 |
| <b>2. BAKGRUND</b>                                      |    |
| <b>2.1 Om cannabis och cannabismissbruk</b>             | 13 |
| 2.1.1 Cannabis – en kort historik                       | 13 |
| 2.1.2 Cannabisbruk i Sverige                            | 13 |
| 2.1.3 Preparatet cannabis                               | 14 |
| 2.1.4 Beroende av cannabis                              | 15 |
| <b>2.2 Behandlingsstudier avseende cannabismissbruk</b> | 16 |
| <b>2.3 Maria Ungdom</b>                                 | 17 |
| <b>2.4 Maria Ungdoms cannabisprogram</b>                | 18 |
| <b>2.5 Maria Ungdoms kortprogram</b>                    | 23 |
| <b>2.6 Utvärderingsstudien</b>                          | 24 |
| <b>3. UNDERSÖKNINGENS UPPLÄGGNING OCH GENOMFÖRANDE</b>  |    |
| <b>3.1 Undersökningsgruppen</b>                         | 26 |
| <b>3.2 Genomförande</b>                                 | 26 |
| 3.2.1 Begränsningar                                     | 28 |
| <b>3.3 Instrument</b>                                   | 28 |
| 3.3.1 Bakgrund och aktuell levnadssituation             | 29 |
| 3.3.2 Missbruket  | 29 |
| 3.3.3 Känsla av sammanhang (KASAM)                      | 29 |
| 3.3.4 Symptoms Checklist 90 (SCL-90)                    | 31 |
| 3.3.5 Becks depression inventory (BDI)                  | 32 |
| 3.3.6 Skalfrågor angående livssituation och relationer  | 32 |

|   |    |
|---|----|
| <b>4. SITUATIONEN VID INSKRIVNINGEN - VILKA VAR UNGDOMARNA?</b> |    |
| <b>4.1 Ungdomar som fullföljde programmet</b>                   | 33 |
| <b>4.1.1 Ungdomarnas bakgrund</b>                               | 33 |
| <b>4.1.2 Social situation</b>                                   |    |
| 4.1.2.1 Aktuell levnadssituation                                | 34 |
| 4.1.2.2 Sysselsättning  | 35 |
| 4.1.2.3 Tidigare vårdkontakter                                  | 36 |
| <b>4.1.3 Missbruksbakgrund</b>                                  |    |
| 4.1.3.1 Narkotikamissbruk                                       | 36 |
| 4.1.3.2 Alkohol   | 39 |
| <b>4.1.4 Relationer och upplevd livssituation</b>               | 39 |
| <b>4.1.5 Känsla av sammanhang (KASAM)</b>                       | 40 |
| <b>4.1.6 Psykiatriska symtom (SCL-90)</b>                       | 41 |
| <b>4.1.7 Depressivitet (BDI)</b>                                | 42 |
| <b>4.2 Vilka är avhopparna?</b>                                 | 43 |
| 4.2.1 Bakgrund och levnadssituation                             | 44 |
| 4.2.2 Missbruket  | 44 |
| 4.2.3 Relationer och upplevd livssituation                      | 44 |
| 4.2.4 Psykiskt välbefinnande                                    | 45 |
| <b>4.3 Maria Ungdoms kortprogram</b>                            | 46 |
| <b>4.4 Vilka väljer att inte börja?</b>                         | 46 |
| <b>5. RESULTAT EFTER AVSLUTAT PROGRAM</b>                       |    |
| <b>5.1 Missbruk under programmet</b>                            |    |
| 5.1.1 Återfall i cannabiserökning                               | 47 |
| 5.1.2 Alkohol   | 48 |
| <b>5.2 Skattning av relationer och livssituation</b>            | 48 |
| <b>5.3 Känsla av sammanhang (KASAM)</b>                         | 50 |

|   |    |
|---|----|
| <b>5.4 Psykiatriska symtom (SCL-90)</b>                                     | 51 |
| <b>5.5 Depressivitet (BDI)</b>  | 54 |
| <b>5.6 Ungdomarnas upplevelse av programmet vid avslut efter sex veckor</b> | 55 |
| <b>6. RESULTAT VID UPPFÖLJNINGEN EFTER ETT ÅR</b>                           |    |
| <b>6.1 Missbruk</b>   | 57 |
| <b>6.2 Social situation</b>   |    |
| 6.2.1 Aktuell levnadssituation  | 59 |
| 6.2.2 Sysselsättning  | 59 |
| 6.2.3 Vårdkontakter   | 59 |
| <b>6.3 Relationer och livssituation</b>                                     | 59 |
| <b>6.4 Känsla av sammanhang (KASAM)</b>                                     | 61 |
| <b>6.5 Psykiatriska symptom (SCL-90)</b>                                    | 62 |
| <b>6.6 Depressivitet (BDI)</b>  | 64 |
| <b>6.7 Ungdomarnas upplevelse av programmet efter ett år</b>                | 65 |
| <b>7. VEM KLARAR SIG HUR ?</b>  |    |
| <b>7.1 Tidig kontra sen cannabisdebut</b>                                   | 67 |
| <b>7.2 Vilka får återfall i programmet</b>                                  | 69 |
| <b>7.3 Vika får återfall efter programmet</b>                               | 70 |
| <b>8. DISKUSSIONER OCH SLUTSATSER</b>                                       |    |
| <b>8.1 Sammanfattning</b>   | 73 |
| <b>8.2 Några personliga reflektioner</b>                                    | 74 |
| 8.2.1 Känsla av sammanhang  | 75 |
| 8.2.2 Psykiskt välbefinnande  | 77 |
| 8.2.3 Koncentrationssvårigheter   | 78 |
| 8.2.4 Familjerelationer   | 79 |
| 8.2.5 Kamratrelationer  | 79 |
| 8.2.6 Flickor och pojkars förhållande till cannabismissbruk                 | 81 |

|  |    |
|--|----|
| <b>8.3 Vad kan förbättras</b>              | 83 |
| <b>8.4 Alternativ till cannabisprogram</b> | 85 |
| <b>Litteratur</b>                          | 88 |
| <b>Bilagor</b>                             | 92 |

## Förord

”Utvärdering” är ett begrepp som ofta nämns i samband med diskussioner av offentlig verksamhet i allmänhet och socialt arbete i synnerhet. Det är samtidigt ett vagt och ofta dåligt förstått begrepp, som kan innebära snart sagt allt från i huvudsak subjektiva bedömningar gjorda av de närmast berörda till systematiska jämförande analyser av effekterna av olika interventioner eller metoder. Inte sällan används begreppet för att beteckna olika former av verksamhetsuppföljning, en företeelse som borde vara – men knappast ännu är – en självklarhet inom alla människohanterande organisationer, men som mer är av betydelse för möjligheten att utveckla den egna verksamheten än en grund på vilken generella rekommendationer kan byggas.

Föreliggande rapport redovisar resultatet av en sådan verksamhetsuppföljning av det program för cannabismissbrukande ungdomar, som sedan år 2000 bedrivs vid Maria Ungdom. Att vi bedömt att just denna uppföljning bör ha ett intresse för fler än de närmast berörda och därför valt att publicera den som FoU-rapport har två huvudskäl. Det första har att göra med att undersökningen genom att vara väl planerad, systematiskt upplagd och noggrant genomförd, ger goda möjligheter att dra slutsatser om hur det aktuella programmet kan utvecklas och förbättras för att i framtiden än bättre tjäna sin målgrupp. Därigenom erbjuder den ett exempel och föredöme för andra verksamheter i färd med att hitta fungerande sätt att kontinuerligt dokumentera och utveckla sitt eget arbete. Det andra skälet har att göra med att forskningslitteraturen hittills erbjuder få studier överhuvudtaget av behandlingar specifikt riktade till unga cannabismissbrukare och att det enligt aktuella översikter ännu inte varit möjligt att, på basis av kontrollerade studier, identifiera någon specifikt verksam och generellt överlägsen metod på detta område. Den aktuella studien saknar förvisso en jämförelsegrupp som inte genomgått programmet, vilket innebär att man bör vara försiktigt med att på dess grund dra alltför långtgående generella slutsatser. Samtidigt visar den, genom en mängd samstämmiga indikatorer, att en stor majoritet av de ungdomar som deltagit i programmet upphört med sitt missbruk och påtagligt

förbättrat sin levnadssituation – förändringar som också visar sig ha bestått ett år efter det att ungdomarna lämnat programmet. I rådande kunskapsläge kan rapporten därför, trots sina begränsningar, ses som ett viktigt tillskott i sökandet efter fungerande insatser för cannabismissbrukande ungdomar.

De personer som ansvarat för och genomfört cannabisprogrammet är socionomerna Birgitta Petrell och Arne Nordberg. Arbetet har bedrivits under handledning av docent Thomas Lundqvist, en av männen bakom behandlingsmodellen. Birgitta Petrell har också svarat för huvudparten av datainsamlingen och har författat rapporten. Undertecknad har bistått med dataanalyser samt svarat för handledning i rapportskrivandet. Arbetet har finansierats av Maria Ungdom samt av utvecklingsmedel från Länsstyrelsen i Stockholms län.

Jan Blomqvist  
Forskningsledare

## **Introduktion av Thomas Lundqvist**

Cannabis (marijuana, hasch och hascholja) är en drog som har fått stor uppmärksamhet genom århundradena. Det är således ingen ny drog som ska belysas. Kunskap som vi idag tror är ny har egentligen funnits i över 6 000 år, t ex ”detta är drogen som tar bort medvetenheten” eller ”om man använder ganja (cannabis) är det olämpligt att framföra kamel”.

Samhällets uppfattning om bruk av droger, baseras inte bara på sociala och kulturella attityder, utan påverkas också av vilken sorts berusning drogen ger. Ett samhälle tycks vara mer tolerant mot droger som inte omedelbart förorsakar allvarliga symptom, dvs. som har en mildare berusningseffekt, ingen iakttagbar korttidseffekt och som inte skapar kronisk sjuklighet eller har en relaterad dödlighet. Ett exempel på detta är den sociala attityden till tobak och i någon mindre mån till cannabis. Båda dessa droger visar sällan omedelbara synliga skador. Efter år av forskning har nu tobak fått en vetenskaplig koppling till kronisk sjuklighet och dödlighet. Cannabisforskningen har också under senare tid visat en förrädisk långsiktig sidoeffekt i form av t ex cancer, men i övrigt är skadepanoramat i huvudsak av psykologisk och social karaktär. Letandet efter tydliga skador riskerar att medföra att dessa kommer i skymundan. Eftersom letandet inte ger något entydigt resultat avseende dödlighet eller liknande, så förleds man till inställningen att cannabisrökningen inte är farligt. Oftast belyses dessa forskningsresultat utifrån att man vill finna ett skadepanorama eller att det är ofarligt (hur detta nu definieras), eller om det är något som kan användas för att framhäva människans kreativa sidor, eller som en medicin mot vissa sjukdomstillstånd osv. Icke desto mindre är cannabis en drog som skapar illusioner och ibland hallucinationer. Den splittrar tankeverksamheten och ger användaren en känsla av trygghet, intellektuell kapacitet, unikhet och avslappning.

Cannabis tycks sedan 60-talet ha ett starkt fäste i ungdomskulturen. Det är dock många fler som har testat cannabis än de som röker regelbundet, vilket har mynnat ut i ett stort antal åsikter om vad cannabisrökning medför. De som röker cannabis kan mycket väl vara en välinTEGRERAD del av vårt samhälle och utföra sina arbetsuppgifter tillfreds-



ställande, speciellt under den tidigare fasen av sitt missbruk innan de kroniska effekterna har hunnit påverka dem, vilket innebär att en stor del av cannabissmissbrukarna inte är synliga för myndigheterna.

Sedan mitten på 1980-talet finns i Sverige en behandlingsteknik (Lundqvist, T & Ericsson, D, Vägen ut ur haschmissbruket, Studentlitteratur 1988) för att hjälpa cannabissmissbrukare med att omorientera från det tankemönster som utvecklats under missbrukstiden och på så sätt öka individens förmåga till social och psykologisk kompetens. Behandlingen bygger på den försämring som cannabinoiderna har på de tankefunktioner som individen använder för att lösa vardagliga problem. Denna behandlingsmodell är ursprungligen utformad för dem som har använt cannabis i tio år eller mer. Den har sedan transformerats av personal på Stockholms Socialtjänst, Maria Ungdomsenhet till en manualbaserad behandling för ungdomar mellan 17 och 20 år.

Föreliggande utvärdering har som utgångspunkt de tankar och funderingar som har uppstått i mötet mellan behandlare och cannabissmissbrukare. Den försöker fånga klienternas sociala och psykologiska situation och den missbruksprofil som behandlare möter när en cannabisberoende missbrukare söker hjälp. Denna utvärdering försöker också fånga behandlingsprocessen men framför allt fånga den kognitiva förändring som missbrukaren genomgår under behandlingsförloppet, samt om det är en bestående förändring genom en uppföljning ett år senare. Utvärderingen är också, enligt min vetskap, den första som gjorts på behandling av unga cannabissmissbrukare i öppenvård.

Min roll i detta arbete har varit att bistå med kunskap om metoden och dess teoretiska förankring, samt att vara handledare i klientärenden. Den sistnämnda funktionen har inneburit tolkningar på individnivå av resultaten i formulären KASAM, SCL-90 och BDI. Det har också varit en del av min roll att ta fram formulär för bakgrundsdata, samt att vara medarbetare i skrivandet av rapporten.

Lund oktober 2005  
Thomas Lundqvist

## **Sammanfattning**

Föreliggande rapport redovisar en uppföljning av 50 ungdomar som genomgått Maria Ungdoms sk cannabisprogram. Maria Ungdom arbetar med ungdomar under 20 år som har missbruksproblem. Sedan år 2000 bedrivs vid enheten ett strukturerat, sex veckor långt behandlingsprogram för ungdomar med ett massivt cannabisbruk. Programmet bygger på den behandlingsmodell som beskrivits av Lundqvist och Eriksson (1988). I ett tidigt skede kom vi fram till att vi önskade följa upp ungdomarna efter ett år och utvärdera programmet för att se om programmet skulle medföra psykosociala och kognitiva förbättringar. Vi har följt förändringar i ungdomarnas missbrukssituation och sociala förhållanden, som boende, sysselsättning och relationer. Dessutom har vi följt förändringar i deras psykiska välbefinnande med tre olika tester: KASAM, som mäter individens "känsla av sammanhang"; SCL-90, som innefattar en självskattning av psykiatriska symptom; samt BDI, som mäter grad av depression. Mätningar har gjorts vid tre tillfällen: när ungdomarna började i programmet, vid programmets avslutande, samt vid en uppföljning ett år senare.

Undersökningsgruppen omfattar de ungdomar vi har varit i kontakt med från januari 2000 fram till augusti 2004. Under denna tid har 50 ungdomar genomgått hela programmet. 49 av dessa har kunnat nås vid uppföljningen efter ett år. 25 ungdomar avbröt programmet efter längre eller kortare tid. Deras testresultat, då de började i programmet, finns också beskrivna. Dessutom har några ungdomar genomgått ett komprimerat cannabisprogram och vi har träffat och informerat ett flertal ungdomar, som inte började i programmet.

De ungdomar som genomgick programmet debuterade i genomsnitt med cannabis då de var 14,2 år. De hade använt cannabis under i genomsnitt 3,6 år och rökt regelbundet i 2,5 år. Cannabis var deras huvuddrog, men de flesta av ungdomarna missbrukade även andra droger. Däremot missbrukade inga ungdomar heroin och ingen hade ett intravenöst missbruk. 15 av de 50 ungdomarna hade problem med alkohol då de började i programmet.

Alla ungdomarna mådde psykiskt och fysiskt dåligt då de började i programmet, men redan efter några veckor i programmet började de må bättre och detta visade sig också i de olika testvärdena. Vid avslut-

ningen efter sex veckor hade såväl det totala genomsnittsvärdet för KASAM som värdena för de tre delvärdena; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet förbättrats signifikant. Detsamma gällde såväl totalvärden som delvärden för psykiskt välbefinnande enligt SCL-90 och de olika måtten på depressivitet enligt BDI. De goda testresultaten för KASAM, SCL-90 och BDI kvarstod efter ett år och testresultaten hade dessutom i flera avseenden förbättrats ytterligare från andra till tredje testtillfället.

Vad gäller missbruket uppgav 33 ungdomar (67 %) vid uppföljningen ett år efter genomgången cannabisprogram, att de upphört med sitt cannabismissbruk, medan 16 av ungdomarna fortfarande hade missbruksproblem. Tolv ungdomar hade problem vid alkoholförtäring, jämfört med 15 innan programmet.

De ungdomar som hade tagit fler än ett återfall under programmet hade klarat sig sämre än de övriga, liksom de ungdomar som hade alkoholproblem vid programstarten. Åtta av de 16 ungdomar som inte klarade av att upphöra med sitt cannabismissbruk institutionsplacerades efter programmet.

Av de 25 ungdomar som avbröt programmet placerades tretton på behandlingshem. Vi har använt cannabisprogrammet som ett sorteringsinstrument, då vi snabbt kunnat uppmärksamma en ungdoms olika svårigheter och behov. De ungdomar som oftast hade fått en "sista chans" att klara av behandling i öppenvård hade genom programmet kunnat se vad han/hon klarat av och inte klarat av och blev på så sätt delaktig i en vidare planering. Om ungdomen placerades på behandlingshem kunde han/hon där oftast tillgodogöra sig vården på ett bättre sätt än han/hon skulle gjort utan att ha påbörjat cannabisprogrammet.

De ungdomar som det gått bra för och som vid uppföljningen var fria från cannabismissbruk var de som vid inskrivningen haft ett mindre tungt missbruk och en bättre relation till framför allt modern, samt de som förbättrats mest i psykiskt avseende vid utskrivningen.

De ungdomar som det gick mindre bra för, var de som hade en tidigare cannabisdebut, längre tids regelbundet cannabismissbruk samt

sidomisbruk. Flera av dem hade också alkoholproblem. Dessa ungdomar hade sämre testvärden vid utskrivningen på framför allt ångest och depression i SCL-90. De hade också något sämre familjesammanhållning och hade haft svårare att upphöra med kontakten till de kamrater som fortfarande missbrukade.

## **1. INLEDNING**

Denna rapport redovisar resultatet av en uppföljning av ungdomar som genomgått det s.k. cannabisprogrammet vid Maria Ungdom. Programmet, som bedrivits sedan år 2000, bygger på den behandlingsmodell som utvecklats av Thomas Lundqvist och Dan Eriksson (1988). Modellen inriktar sig, förutom på att påverka själva missbruket, på ungdomarnas tankemönster samt psykologiska och sociala kompetens. Den utvärdering, som redovisas i rapporten, omfattar 50 ungdomar som fullföljt programmet under åren 2000 till 2004. Undersökningen redovisar förändringar i ungdomarnas missbruk, sociala situation samt psykiska och sociala välbefinnande från tiden närmast innan de skrevs in i programmet till tidpunkten för behandlingens avslutande och vidare under en uppföljningstid av ett år.

### **1.1 Vilka är vi**

Vi som har arbetat med ungdomarna i cannabisprogrammet och följt upp dem efter ett år är Birgitta Petrell och Arne Nordberg. Vi är socionomer och är anställda av Stockholms stads socialtjänstförvaltning. Vi har arbetat 25 respektive 35 år med ungdomar och missbruk.

Psykiater Bertil Helgesson har läkarundersökt alla ungdomarna i programmet och har dessutom, tillsammans med psykolog Roland Påls-son, varit rådgivande i olika frågor som rör ungdomarna.

Sektionschef Viveca Feldt har varit stödjande och har under hela tiden uppmuntrat vårt arbete.

Docent Thomas Lundqvist är medskribent och en av upphovsmännen till behandlingsmodellen. Han har varit vår handledare/konsult, mentor och inspiratör.

Docent Jan Blomqvist på Stockholms stads FoU-enhet har svarat för de statistiska analyserna och har varit vetenskaplig handledare för rapporten.

## **2 BAKGRUND**

### **2.1 Om cannabis och cannabismissbruk**

#### **2.1.1 Cannabis – en kort historik**

Cannabis har en lång historia som använd drog och forskningsobjekt. Det finns rapporter som sträcker sig till för 3000 år sedan, då den i det dåvarande assyriska riket uppfattades som drogen som tog bort själen. Cannabis har också använts som medicin i flera tusen år. I Kina började man använda marijuana redan för 4000 år sedan, men det slog aldrig riktigt igenom där, på grund av att de hade bättre rusgivande farmaka att ta till. Från omkring 2000 f kr finns tecken på att marijuana användes på grund av dess rusgivande effekt på den indiska kontinenten. Den betraktades som en helig växt och användes vid religiösa ceremonier. Från Indien spred sig cannabis till Mellanöstern. Eftersom den muslimska tron förbjuder alkohol uppstod ett stort intresse för denna ersättning. Den arabiska invasionen, under tiden från och med 800-talet till och med 1100-talet, införde cannabis i Nordafrika, från Egypten i öster till Tunisien, Algeriet och Marocko i väster. De största verkningarna av det utbredda cannabismissbruket visade sig i Egypten, där drogen infördes på 1200-talet, en tid då Egypten blomstrade kulturellt, socialt och ekonomiskt. Det finns inget korrekt sätt att mäta vilka effekter användandet av haschisch haft på produktiviteten och den nationella styrkan i de arabiska civilisationerna, men en lång nedgångsperiod sammanföll med införandet av cannabis i Mellanöstern under vilken Egypten förföll från att ha varit en stormakt till att bli en jordbrukande slavstat. Haschrökningen blev så utbredd bland befolkningen att användandet förbjöds i vissa områden, men utan större framgång (Nahas, 1979).

#### **2.1.2 Cannabisbruk i Sverige**

I Sverige blev cannabis först riktigt aktuellt under sent 60-tal. Den har därefter skaffat sig en ledande roll som det mest använda illegala preparatet. Enligt CAN:s rapport "Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 2004" framgår det att narkotikaerfarenheten bland skolelever var mycket hög på 1970-talet, 14 % hade provat någon gång. Under andra hälften av 1980-talet sjönk andelen och endast 3 – 4 % hade provat

narkotika. Under 1990-talet tredubblades narkotikaerfarenheten. 2001 var andelen uppe i 10 %. Emellertid sjönk andelen som prövat narkotika de påföljande åren och endast 7 % hade år 2004 prövat.

Undersökningarna av mönstrande 18-årigar visar liknande tendens; mellan år 1992 och 2002 ökade andelen som prövat narkotika från 6 % till 18 %, ungefär lika stor andel som på 1970-talet, men 2003 hade en nedgång inträffat även bland de lite äldre mönstrande. Narkotikaerfarenheterna har huvudsakligen utgjorts av cannabisanvändning hos såväl skolelever som mönstrande. Olika ungdomsundersökningar visar att 60 % av dem som prövat narkotika enbart använt cannabis. 5 - 10 % har enbart använt annan narkotika, som amfetamin, ecstasy och bensodiazepiner, än cannabis. Övriga har ett blandmissbruk av cannabis och andra droger. (CAN; Rapport, 2004)

### **2.1.3 Preparatet cannabis**

Cannabis är den gemensamma termen för hasch och marijuana. Cannabis innehåller mer än 400 kemiska substanser. Av dessa är 60 - 70 psykoaktiva och påverkar vårt psykiska tillstånd. En av dessa substanser är delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). Till skillnad från andra narkotiska preparat är cannabis fettlösligt, vilket innebär att det har en lång elimineringsstid. Halveringstiden är c:a sex dagar (se bilaga 3).

Cannabis är ett av de mest psykopatogena narkotiska preparaten. Cannabisrökning kan orsaka många olika typer av psykiska störningar som ångesttillstånd, förvirring, hallucinationer och vanföreställningar. Vissa experter har beräknat att akut förvirringstillstånd eller cannabispsykos uppträder någon gång hos 10 % av cannabismissbrukarna (Ramström, 2004). Framför allt påverkar cannabis de kognitiva funktionerna, som försämras märkbart vid kontinuerlig cannabisrökning. Resultatet efter en längre tids cannabisrökning blir ett mentalt tillstånd som benämns som "amotivationssyndromet", vilket karaktäriseras av mer eller mindre uttalad apati, förlust av effektivitet samt minskad kapacitet att utföra komplexa, långsiktiga planer, klara längre tids koncentration, följa rutiner eller framgångsrikt hantera nya förutsättningar. Cannabinoiderna har också en negativ inverkan på minnesystemets processer, så som bearbetning och lagring av information,

styrning av fokus i uppmärksamheten, svårighet att sortera bort ovidkommande information samt bristfällig process när det gäller minnet för självkänedom, vilket gör att det inte sker någon normal mognadsutveckling. Ungdomar som haft ett massivt cannabismissbruk kommer efter i mognadstillväxten och kommer att behöva hjälp med den fortsatta individuationsprocessen; att bli en individ i förhållande till samhället, då de blivit drogfria.

En orsak till att cannabis är attraktivt som berusningsmedel är att den ger en kvalitativ förstärkning av normala upplevelser. Aktiviteten förstärks i det limbiska systemet, d v s det system som ger våra upplevelser en känslomässig valör. Allt man ser och upplever blir lite mer än det ursprungliga. Ruset gör det lättare att fly in i en värld som upplevs som bättre.

#### **2.1.4 Beroende av cannabis**

Att vara beroende av cannabis innebär att man trots alla negativa beteendemässiga, kognitiva, perceptuella och emotionella konsekvenser fortsätter att missbruka cannabis. 9 % av dem som någonsin har använt cannabis riskerar att utveckla ett beroende. Motsvarande siffror är för alkohol 15 %, kokain 17 %, heroin 23 % och tobak 32 % (Anthony, 1994 och Kandel, 1997). Studier från USA visar att livstidsprevalensen för cannabisberoende är 4 %, vilket är högre än för någon annan illegal drog (Anthony, 1991). Ett mer frekvent missbruk resulterar i en högre risk för beroende (Hall, 1994, Kandel, 1992). Om man inte uppnår beroende inom tre år efter debuten är sannolikheten att man vid ett senare tillfälle gör det mycket liten (Anthony, personlig kommunikation 2004).

De som utvecklar ett beroende söker i stor utsträckning frivillig behandling för problem som är relaterade till missbruket (Stephens, 1993). Av alla de som söker behandling är c:a 45 % yngre än 21 år (Copeland, 2001). De uppger många negativa konsekvenser och upprepade misslyckade försök att bryta sitt missbruk och har lite hopp om att kunna sluta.

En undersökning (cannabisnätverk + KIM-rapportering, sammanlagt 72 enheter över hela Sverige) av cannabismissbrukare i Sverige visar



att 50 % av dem som söker behandling för missbruk av cannabis som primär drog är 20 år och yngre. Av hjälpsökande narkotikamissbrukare som är 20 år och äldre uppger 27 % cannabis som primär drog (Lundqvist, Folkhälsoinstitutet, 2003).

## **2.2 Behandlingsstudier avseende cannabissmissbruk**

Det finns jämförelsevis få studier av behandling av cannabissmissbruk och huvudslutsatsen i den stora genomgång av behandlingsstudier på missbruksområdet som gjorts av Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU, 2001) är att man på basis av kontrollerade studier inte kunnat identifiera någon specifikt effektiv behandling. Under senare år har dock kunskapsläget förbättrats något genom att ytterligare ett antal studier publicerats (t.ex. Budney, 2000, Stephens, 2000, Copeland, 2001; Babor, 2003 och Dennis, 2003). I huvudsak indikerar dessa studier att behandlingsmetoder som visat sig framgångsrika vid andra beroendetillstånd kan fungera också vid cannabissmissbruk. En annan slutsats som kan dras är att behandling kan reducera cannabissmissbruket och med detta förknippade livsproblem, men att endast en minoritet av cannabisberoende klienter helt upphör med sitt missbruk under behandlingen. Andra slutsatser som kan dras av den hittillsvarande forskningen är:

- det behövs en flexibilitet i utbudet för att ha något att erbjuda patienter i olika åldrar (Dennis, 2003) och med olika svårt missbruk (Babor, 2003; Stephens, 2000)
- målet med behandlingen bör vara inte endast drogfrihet utan även förbättringar vad gäller psykologisk och social kompetens (Lundqvist, 1995) samt ökad flexibilitet i kognitivt avseende (Stephens, 2000)
- det är av betydelse att identifiera även subtila försämringar av kognitiva funktioner eftersom dessa påverkar behandlingsresultatet, och metoder för att åstadkomma förbättring i dessa avseenden bör integreras i behandlingen (Lundqvist, 1995)
- det är viktigt med fokus på omedelbar avhållsamhet, vilket i praktiken innebär att möjlighet bör finnas att ta urinprov (Copeland, 2001)

- det är viktigt att i behandlingen integrera sessioner för familjemedlemmar och andra betydelsefulla närstående (Azrin, 1994, Joanning, 1992, Hengeler, 1991, Lewis 1990, Szapocznik, 1988)

### **2.3 Maria Ungdom**

Maria Ungdom startade 1966 som ett samarbete mellan Stockholms Läns Landsting och Stockholm stad. Till följd av den fria mellanölsförsäljningen hade alkoholmissbruket bland ungdomar ökat kraftigt. Verksamheten gav möjlighet att angripa missbruksproblem med alkohol och narkotika på ett tidigt stadium och berörda personer och familjer skulle få möjlighet till rehabilitering och återanpassning.

Maria Ungdoms målsättning är att ungdomar ska få ha en drogfri ungdomstid och ett liv som är anpassat efter deras ålder. Målgruppen för Maria Ungdom är ungdomar under 20 år med missbruksproblem eller som befinner sig i riskzonen för att utveckla ett missbruk samt deras familjer och andra närstående.

Maria Ungdom har öppet dygnet runt med en akutmottagning och akutavdelning, en avgiftningsavdelning som är öppen från måndag till fredag samt en öppenvårdsverksamhet. Vid varje ny kontakt upprättas en individuell behandlingsplan, som tar hänsyn till varje ungdom och dennes familjs speciella behov. För att hitta alternativ som passar bäst för varje enskild individ och situation används olika behandlingsstrategier. Vår gemensamma behandlingsmetod är framför allt systemisk familjebehandling, men vi använder oss också av andra behandlingsmodeller, som psykodynamisk terapi, kognitiv psykoterapi, lösningsfokuserad terapi och gestaltterapi. Vi har även några specialprogram, som tonårsprogram och föräldraprogram enligt 12-steps modellen, en föräldrautbildning i grupp, FöräldraStegen, för föräldrar till unga tonåringar om förhållningssätt i allmänhet och till tobak, alkohol och droger i synnerhet. Dessutom har vi ett individuellt cannabisprogram.

Maria Ungdom bedriver också en omfattande informationsverksamhet riktad till andra vårdarbetare, skolor, föräldrar och ungdomar.

Inom socialtjänstdelen vid Maria Ungdom arbetar 25 personal; socialsekreterare, sektionschefer, en enhetschef, och en administrativ sekreterare. Sedan september 2004 har även ungdomsjouren med nio medarbetare knutits till Maria Ungdomsenhet; sex socialsekreterare med uppsökande verksamhet och två som är placerade på häktet. Inom landstingsdelen arbetar c:a 80 personal; sjuksköterskor, mentalskötare, läkare och psykologer.

Från starten 1966 till mitten av 1990-talet arbetade socialtjänst- och landstingsanställda integrerat, medan vi nu endast samarbetar i vissa ärenden. Landstinget har hela Stockholms läns som sitt upptagningsområde, medan socialtjänsten, sedan några år tillbaka, arbetar mot Stockholms stad samt tre kranskommuner; Danderyd, Sundbyberg och Värmdö.

#### **2.4 Maria Ungdoms cannabisprogram**

Maria Ungdoms cannabisprogram startade som ett internt projekt inom socialtjänstdelen vid Maria Ungdomsenhet år 2000 med två socialsekreterare på halvtid. Projektet pågick under ett år och ingår sedan år 2001 som ett program i den ordinarie verksamheten. Vi är två socialsekreterare som arbetar med programmet på heltid.

Målsättningen med projektet var att hitta en för Maria Ungdom lämplig arbetsmetod för tunga cannabismissbrukare. Sedan slutet av 80-talet har behandlingsarbetet på Maria Ungdom i det närmaste helt präglats av ett systemteoretiskt synsätt. Familjebehandling har varit den arbetsmetod som enheten anammat som lämpligast när det gäller att hjälpa ungdomar och deras familjer och nätverk. Vår utgångspunkt var att vi inte tyckte att traditionell familjebehandling fungerade för ungdomar med ett aktivt, mångårigt cannabismissbruk på grund av de kognitiva försämringar missbruket medför, som försämrade tankeförmåga och minne och därmed svårigheter att reflektera över sin situation. Ungdomens kroniska cannabispåverkan gjorde det i det närmaste omöjligt att vara delaktig i en familjebehandling som krävde känslomässig och mental närvaro och en känsla av hopplöshet och frustration spred sig i behandlingskontakten. Vi önskade istället fokusera på

missbruket och hjälpa den unge bli avgiftad, för att han/hon därefter skulle kunna titta på sig själv och sin relation till familj och andra.

Sedan vi kommit i kontakt med Thomas Lundqvists och Dan Ericssons behandlingsmodell, som finns beskriven i boken "Vägen ut ur haschmissbruket" (1988) arbetade vi under projekttiden fram ett program som vi skulle kunna använda på Maria Ungdom. Behandlingen utgår från cannabinoidernas förmåga att försämra de tankefunktioner som individen använder för att lösa vardagliga problem, och på den för cannabis specifika abstinensprocessen. Behandlingsperioden, som i princip pågår lika länge som abstinensfasen, sträcker sig över sex veckor och innehåller en medicinsk, en psykologisk och en social fas där olika teman styr uppmärksamheten, hjälper ungdomarna att lägga märke till förändringar och att fundera på de olika fasernas skiftningar samt underlättar igenkännande i olika situationer. Metoden bygger vidare på att cannabis ger upphov till s k episodiskt minne, samt förstärker känsloupplevelser av ett objekt eller skeende (s k subjektiv perception). Det episodiska minnet får inte full känslomässig valör om det inte aktiveras i det tillstånd som det lagrades i, vilket innebär att missbrukaren, som drogfri, inte fullt ut kan komma ihåg sin historia. Behandlingen ger en hjälp till kritisk granskning av det drogrelaterade episodiska minnet samt tillgodoser individens behov av att få förslag och hjälp med att fokusera uppmärksamheten på relevanta teman. Utfallet av denna metod har tidigare studerats av Lundqvist (1995.) Han rapporterar förbättring i förmågan att sträva mot hälsa och att komma nära sitt sammanhang. Speciellt tydligt blir det att behandlingen medför en bättre förmåga att strukturera och sortera inkommande stimuli. Behandlingsmodellen är tänkt som ett partitur och det är viktigt att behandlaren gör sin egen version. Behandlingstekniken går ut på att hjälpa cannabissmissbrukaren med att omorientera de tankemönster som utvecklats under missbrukstiden och därmed öka hans/hennes sociala och psykologiska kompetens. Genom ett strukturerat och pedagogiskt program med samtal flera gånger i veckan får ungdomen hjälp att återerövra sin intellektuella kontroll.

Ungdomar som erbjuds att börja i Maria Ungdoms cannabisprogram skall ha rökt cannabis dagligen minst ett halvår. De ska ha rökt så

mycket så att de själva har märkt att deras kognitiva funktioner, framför allt minnet, har försämrats. Detta krav bygger på att ungdomarna, för att kunna ta till sig programmet, själva måste kunna känna igen hur cannabisbruket har påverkat dem. Gör de inte det har vi märkt att de snart förlorar intresset, då de upplever att det inte handlar om dem. Vidare vill vi att de ska vara något äldre, helst över 17 år. (Maria Ungdoms målgrupp är upp till 20 år.) Är de yngre tycks de ha mindre förmåga till reflektion och vi har märkt att deras medverkan blir ”stummare”. Är de yngre kan det också vara lämpligare med familjebehandling. Det viktigaste kriteriet för att få börja, är att de är motiverade till att vilja upphöra med sitt cannabismissbruk och att de vill och har möjlighet att avsätta tre samtal i veckan i sex veckor. De ungdomar, som säger att de bara vill göra ett uppehåll av en eller annan anledning, erbjuder vi inte någon plats.

Vi träffar alla ungdomarna för ett **informations- och bedömnings-samtal** och utifrån detta samtal kommer ungdomen och vi efter c:a en veckas betänketid fram till om cannabisprogrammet är lämpligt eller ej. För att underlätta beslutet får ungdomen Thomas Lundqvists ”Guide att Sluta” (se [www.droginfo.com](http://www.droginfo.com)) med sig hem att läsa. Vi vill att beslutet skall vara väl genomtänkt. Ungdomarna får skriva på ett ”moraliskt bindande” kontrakt (se bilaga 1) om de bestämmer sig för att börja.

**Programmet omfattar 18 samtal** om c:a 50 minuter under minst sex veckor, tre gånger i veckan. Ungdomen får en lista över alla samtalstider då han/hon börjar i programmet. De flesta av ungdomarna studerar, men vi försöker få ihop tider som skall passa utan att påverka skolarbetet alltför mycket. Vi träffar ungdomarna enskilt, på grund av att gruppbehandling inte fungerar utifrån de speciella kognitiva försämringar som cannabismissbruket medfört. En cannabismissbrukare har svårt att koncentrera sig på flera människor samtidigt och får därför svårare att tillgodogöra sig ett program som skulle innebära deltagande i en grupsittning.

Vi arbetar strukturerat i programmet efter den **manual** (se bilaga 2) som vi har utarbetat, men dock utifrån varje ungdoms enskilda behov.

Varje ungdom har ett eget blädderblock som vi fyller på under de 18 samtalen.

**Hemuppgifter** ingår i programmet.

Vid behov kan vi använda oss av **vårdavdelningen** för inläggning under en kortare tid om abstinensen är för svår.

Alla ungdomarna genomgår **läkarundersökning** av en psykiater, som är knuten till programmet. Vi har också tillgång till en **psykolog**.

Programmet är indelat i **tre faser**. Fas 1 och de första två veckorna i programmet har en medicinsk inriktning med fakta om cannabis. Fas 2 har en psykologisk inriktning. Vi börjar med droginventering, där vi mycket noga går igenom i tid vilka droger som ungdomen har missbrukat. Vi gör ett sociogram, för att se vilka positiva och negativa krafter som finns kring ungdomen och vi ritar ungdomens livslinje för att de skall se hur olika skeenden oftast hänger samman och påverkar på olika sätt. I denna fas ingår också känslomässig bearbetning och sortering. Fas 3 har en social inriktning med planering framåt samt återfallsprevention.

Under programmet lämnar ungdomen **urinprov för droganalys** 1 – 2 gånger/vecka. Urinproverna är övervakade och skickas för analys till Karolinska Sjukhusets laboratorium. Urinprover lämnas i första hand för att vi skall kunna prognostisera och visa på THC- och ångestkurvan (se bilaga 3) var de befinner sig, för att de skall ha en beredskap för hur de eventuellt kommer att må. Utifrån denna kunskap kan de sedan göra en så bra planering som möjligt för att kunna undvika situationer där cannabis kan förekomma och därmed undvika återfall. Enligt ungdomarna är det ett bra hjälpmedel för att avhålla sig från att röka cannabis. Dessutom är det ett kontrollinstrument för oss behandlare och ibland för socialtjänst och föräldrar för att få drogfriheten bekräftad.

Då vi hade erfarenhet av att cannabismissbrukare ofta också hade en hög alkoholkonsumtion, var **antabusbehandling** obligatorisk då vi startade programmet. Antabus är ett läkemedel som framkallar toxiska reaktioner vid alkoholförtäring. Blodcirkulationen ökar och man får svår hjärtklappning. Den läkare som är knuten till programmet gör en

läkarundersökning på alla ungdomar vid programstart. I samband med denna undersökning kan han ordinera Antabus, som ungdomen tar på Maria Ungdom två gånger/vecka under programmet. Inga biverkningar har rapporterats.

För de första 16 ungdomarna var antabusbehandling obligatorisk, men från och med hösten 2001 har vi endast selektiv antabusbehandling. Av de kvarstående 34 ungdomarna var det endast sex som tog Antabus frivilligt. Det tycks som om deras beslut att upphöra med sitt cannabismissbruk vilade på en solidare grund och de hade fattat ett seriösare beslut, än de som inte hade tagit Antabus. På grund av att Antabusbehandlingen mötte stort motstånd både från ungdomar och en del föräldrar beslöt vi att endast föreslå och erbjuda Antabus. Istället ingår i programmet mycket diskussioner om alkohol och hur förhålla sig till sin alkoholkonsumtion.

Ungdomen går enskilt i programmet, men vi vill att **föräldrarna** skall vara med vid ett samtal i början av programmet för att få information, i mitten av programmet, för att samtala om hur ungdomens missbruk har påverkat familjen samt att föräldrarna är med då cannabisprogrammet avslutas. Ungdomen får då själv utifrån sitt blädderblock berätta vad vi gjort tillsammans. Detta har en pedagogisk effekt genom att ungdomen gör programmet till sitt och får ansvar att själv förmedla sin nyvunna kunskap. Vid avslutet, då ungdomen får ett diplom, brukar även ungdomens handläggare inom socialtjänsten bjudas med. Ungdomen kan också bjuda in ytterligare personer som han tycker är viktiga.

Om en ungdom uteblir vid 2 - 3 tillfällen utan att meddela sig eller om det visar sig att han/hon inte kan avhålla sig från droger, sammankallar vi nätverket; familj och socialtjänst för att diskutera hur vi skall gå vidare. Vi kanske måste **avbryta programmet**, då det ganska snabbt efter bara några veckor visar sig att ungdomen var i behov av något annat.

Efter programmet har vi erbjudit och föreslagit vidare **stödkontakt** utifrån individuella behov. Från och med hösten 2003 ingår sex veckors stödkontakt med samtal en gång per vecka samt urinprov obligato-

riskt i programmet. Dessa samtal utgår från ungdomarnas behov och vad som framkommit under programmet. Dessutom är återfallsprevention ett viktigt inslag. Om det finns behov kan även föräldrarna vara med vid stödkontakten. Finns det ytterligare behov av samtalskontakt efter de sex obligatoriska stödveckorna är detta möjligt.

Vi har **handledning**/konsultation av Thomas Lundqvist 2 – 3 halvdagar per termin. Thomas Lundqvist är leg psykolog och docent i psykologi. Han har arbetat mer än 30 år med narkotikamissbrukare och speciellt intresserat sig för cannabissmissbrukare på rådgivningsbyrån i Lund. Dessutom deltar vi i den ordinarie handledningen på Maria Ungdom. Denna handledning är framförallt familjeorienterad.

## **2.5 Maria Ungdoms kortprogram**

För de ungdomar som bara hade rökt cannabis en kortare tid, var yngre och inte utvecklat ett beroende erbjöd vi, när tid medgav, en komprimerad variant av cannabisprogrammet. Programmet sträcker sig också över sex veckor, men med endast ett samtal per vecka. Detta program är först och främst ämnat för ungdomens föräldrar och innehåller mycket information om hur cannabis verkar.

Under första samtalet i kortprogrammet informerar vi om hur cannabis verkar utifrån THC- och ångestkurvan (se bilaga 3). Vi samtalar om fysiska och psykiska abstinenssymtom samt informerar om drogen cannabis.

Vid andra samtalet försöker vi få en dialog kring positiva och negativa konsekvenser av att röka cannabis. Vi talar om vad föräldrarna upplevt och deras funderingar och oro.

Vid tredje samtalet talar vi om hur akut cannabisrus verkar. Vi informerar om vad som händer då man blivit beroende och utvecklat ett kroniskt cannabissmissbruk.

Under fjärde samtalet går vi igenom de tankefunktioner som tar skada av ett regelbundet missbruk.

Vid femte samtalet talar vi om hur känslorna påverkas av cannabisrökningen. Vi ritar hjärnan och förklarar vad som händer när man rö-



ker. Vi går igenom hur normerna och värderingarna och därmed beteendet förändras vid missbruk.

Vid sjätte och sista samtalet talar vi om återfallsprocessen och vad man skall göra för att försöka förhindra ett återfall i cannabisrökningen. Vid detta samtal brukar ungdomen vara mer talbar och delaktig jämfört med de första samtalen.

Ungdomarna, som ganska nyligen hade debuterat med cannabis och inte hunnit uppleva några negativa konsekvenser, var ofta inte motiverade att sluta med sitt missbruk, varför det var meningslöst att samarbeta med dem. Vi ville istället ge föräldrarna kunskap och förståelse för hur cannabis påverkar, för att de sedan på bästa möjliga sätt skulle kunna hantera sitt barns missbrukssituation. Föräldrarna, som ofta hade mycket lite drogkunskap, stod ofta hjälplösa och handfallna inför sin son eller dotters cannabismissbruk, men genom sin nyvunna kunskap kunde de hjälpa sitt barn.

Elva ungdomar, endast pojkar och deras föräldrar har genomgått kortprogrammet.

Inga tester har gjorts under detta program.

## **2.6 Utvärderingsstudien**

I samband med att vi började arbeta med cannabisprogrammet beslöt vi att gå med i den multicenterstudie av den aktuella behandlingsmodellen som docenterna Thomas Lundqvist och Mats Fridell planerade. Syftet med denna studie, som utöver programmet vid Maria Ungdomsenhet innefattar cannabisprogram vid Narkotikaenheten och Ungdomstemat i Uppsala och Rådgivningsbyrån i Lund, är att jämföra resultaten efter behandling med den aktuella metoden i tre olika tillämpningssammanhang.

Vid Maria Ungdom beslöt vi också oss i ett tidigt skede, redan under den tid vi arbetade fram programmet, att göra en bredare utvärdering av detta och att följa upp behandlade ungdomar ett år efter behandlingen. Skälet till denna önskan var att vi ville få underlag för fortsatt utveckling och förbättring av programmet. Vi ville till exempel få grepp om i vilken utsträckning kortsiktiga behandlingseffekter stod sig

på längre sikt, och vi ville undersöka differentiella effekter för att få svar på frågan om för vilka ungdomar programmet fungerat bättre respektive sämre. Det övergripande målet har varit att få underlag för att kontinuerligt kunna utveckla och anpassa programmet efter olika ungdomars behov.

För att få hjälp med denna utvärdering och med att redovisa resultatet i rapportform vände vi oss till Stockholm Stads FoU-enhet, där docent Jan Blomqvist erbjöd sig att bistå oss i arbetet.

För att kunna genomföra studien har vi sökt och erhållit ett tvåårigt ekonomiskt bidrag från Länsstyrelsen i Stockholms län.

### **3. UNDERSÖKNINGENS UPPLÄGGNING OCH GENOMFÖRANDE**

#### **3.1 Undersökningsgruppen**

Totalt har vi inom cannabisprogrammet träffat 120 ungdomar som informerats om programmet från januari 2000 till och med augusti 2004.

34 ungdomar, samtliga pojkar, informerades om programmet, men påbörjade aldrig behandlingen. De flesta av dessa valde själva att avstå, men i några fall gjorde vi bedömningen att programmet ej var lämpligt just då.

25 av ungdomarna påbörjade programmet men avbröt efter längre eller kortare tid. Av dessa var 23 pojkar och två flickor.

Elva pojkar och deras förälder/rar har genomgått kortprogrammet.

50 ungdomar, fem flickor och resten pojkar, har genomgått hela cannabisprogrammet. Av dessa har vi kunnat följa upp 49 efter ett år. Denna grupp utgör den huvudsakliga undersökningsgruppen för föreliggande undersökning.

#### **3.2 Genomförande**

I samband med att vi informerat om cannabisprogrammet, har vi informerat ungdomarna om att vi kommer att ta kontakt med dem för att följa upp hur det har gått för dem efter ett år. Vi har informerat om att vi ingår i en forskningsstudie samt att vi också gör en egen utvärdering. I samband med att vi avslutat kontakten har vi påmint dem och förhört oss om hur vi kan nå dem inför uppföljningen.

Under programmets gång går vi igenom ungdomarnas bakgrund, tidigare missbruk och aktuella levnadssituation (bilaga 5). Vid den första behandlingssessionen får de besvara testerna KASAM, SCL-90 och BDI (se nedan under 3.3.) samt skatta sin upplevelse av sin totala livssituation och av sina relationer till föräldrar och andra närstående (bilaga 4). Oftast blir de lämnade ensamma i samtalsrummet för att fylla i formulären. Behandlaren kommer tillbaka till rummet efter c:a 20 – 25 minuter för att förklara eventuella oklarheter och sitter med reste-

rande tid. En del av ungdomarna behöver mer hjälp och då är en behandlare med hela tiden. De fyra testerna tar oftast upp till 30 minuter att fylla i, men kan ibland ta en timme eller mer. Testsvaren ger oss snabbt en tydlig bild över hur varje ungdom mår. Vid nästa samtal går vi igenom testerna och pratar om avvikande svar. Om testfrågorna väcker eller skapar oro finns tillgång till psykiatrisk expertis. Skulle svaren vara mycket avvikande informerar vi den psykiater som är knuten till programmet och han kan boka in extra tid med de ungdomar som har behov.

Sista veckan i programmet gör ungdomarna samma fyra tester igen. På samma sätt som tidigare sitter de ensamma i rummet medan de gör dem. Vid nästa samtalskontakt går vi igenom testresultaten och kan jämföra med testerna innan programmet. Oftast har värdena för KASAM, SCL-90 och BDI förbättrats avsevärt (se 5.3, 5.4, 5.5) och även om ungdomarna själva känner att de mår bättre bekräftas detta genom de förbättrade testerna. Det är också viktigt för föräldrarna, som oftast själva sett en positiv förändring, att få detta bekräftat genom testerna. Eventuellt missbruk under behandlingstiden kontrolleras kontinuerligt med urinprov.

Vid uppföljningen efter ett år får ungdomarna åter fylla i de nämnda testerna. Dessutom får de besvara ett frågeformulär som tar upp eventuella återfall i cannabissmissbruk, samt eventuellt annat narkotikabruk och alkoholkonsumtion under uppföljningstiden (bilaga 6). Dessutom tar formuläret upp frågor om förändringar i boende, sysselsättning och familjesituation sedan inskrivningen, samt frågor om aktuella vårdkontakter, hur man tycker sig ha bemötts i behandlingen samt om hur man idag värderar behandlingen. Vi ringer hem till ungdomarna och påminner dem om utvärderingen, som vi tidigare berättat om och ber dem komma till Maria Ungdom för att genomgå de fyra tidigare gjorda testerna samt fylla i utvärderingsformuläret. Oftast har de börjat arbeta, varför vi ofta gör utvärderingarna på kvällstid. Vi börjar med att höra hur de har det. Det är alltid lika roligt att träffa dem igen och de är angelägna att berätta hur det gått för dem sedan vi sågs senast. Därefter lämnas de ensamma medan de gör testerna. Som tack för hjälpen får de två biocheckar.

De ungdomar som flyttat från Stockholm kontaktar vi på telefon och skickar sedan alla testerna och utvärderingsformuläret tillsammans med ett frankerat kuvert. När ungdomarna gjort testerna och skickat tillbaka dem till Maria Ungdom skickar vi de två utlovade biocheckarna.

### **3.2.1 Begränsningar**

Den etablerade metoden att kunna dra säkra och generaliserbara slutsatser om effekter av behandling är kontrollerade studier, där man slumpmässigt fördelar undersökningspersonerna till olika behandlingsmetoder eller till behandling respektive ingen behandling. En sådan uppläggning har av flera skäl inte varit möjligt för denna studie som redovisas här. Eftersom vi använt etablerade undersökningsinstrument och följt de aktuella ungdomarna vid tre tillfällen menar vi dock att undersökningen ger en trovärdig bild av hur de förändrats och av vilken roll behandlingen spelat i detta sammanhang. Det är också viktigt att framhålla att huvudsyftet med studien inte varit att kunna dra generellt giltiga slutsatser om cannabisprogrammets effektivitet, utan att få underlag för fortsatt utveckling och förbättring av detta.

Det bör också påpekas att de flesta av ungdomarna vid alla tre tillfällena har utfört testerna tillsammans med oss behandlare. Detta kan ha påverkat testresultaten i positiv riktning, då det verkar ha varit viktigt för ungdomarna att göra ett gott intryck och då de, framför allt vid det sista testtillfället gärna velat visa att de mår bra och att det har gått bra för dem. I huvudsak torde dock testsvaren ge en riktig bild av hur ungdomarnas situation förändrats.

### **3.3 Instrument**

De resultat som redovisas i det följande bygger på flera olika frågeformulär och andra undersökningsinstrument. Flera av de använda testerna har också haft betydelse för behandlingsplaneringen i vårt arbete med varje enskild ungdom.

### **3.3.1. Bakgrund och aktuell levnadssituation**

Information om ungdomarnas bakgrund och levnadssituation har inhämtats med hjälp av ett formulär som vi själva arbetat fram tillsammans med Thomas Lundqvist (bilaga 5). I detta formulär ingår bland annat frågor om ungdomars och föräldrars födelseland, vem som initierat kontakten, familjebakgrund, boende- och levnadsform, utbildningsnivå, försörjning, sysselsättning, samt tidigare vård och eventuellt omhändertagande samt myndighetskontakter. Detta formulär fyller vi behandlare i utifrån samtal med respektive ungdom. Förändringar i boende, sysselsättning, försörjning och familjesituation under uppföljningstiden har fastställts med ett liknande formulär som ungdomarna fått fylla i vid uppföljningstillfället (bilaga 6). Här har också ingått en skattning av bemötandet i programmet samt av vad programmet som helhet betytt för deltagarna. Skattningen av bemötande tillkom sedan sexton ungdomar följts upp och har därför besvarats endast av 33 av de 49 personer som nåtts för uppföljning (se nedan sid. 64).

### **3.3.2 Missbruket**

Ungdomarnas bruk och missbruk av olika narkotiska preparat före inskrivning i programmet har fastställts genom frågor som ingår i det ovan nämnda bakgrundsformuläret (bilaga 5). För att identifiera problematiska alkoholvanor använde vi oss av instrumentet CAGE (Cut-down, Annoyance, Guilt, Eye-opener). Testet ställer fyra frågor: om man känt att man borde skära ned sitt drickande, om andra kritiserat ens drickande, om man känt skuld eller skam över sitt drickande, samt om man tagit återställare på morgonen. Att svara ja på två av dessa frågor anses indikera alkoholproblem (Mayfield m.fl, 1974). Vi har som problemdrickande även räknat in om man ofta under alkoholpåverkan upprepat gör ”dumma” saker som man inte skulle ha gjort i nyktert tillstånd, t ex söka och/eller råka i bråk, utsätta sig för fara, o.s.v; händelser som framkommit under vår kontakt.

För att kontrollera missbruk under behandlingen och i efterkontakten har ungdomarna 1-2 gånger per vecka lämnat övervakade urinprover som analyserats vid Karolinska Institutets klinisk-farmakologiska laboratorium. Bruk och missbruk av narkotika samt problematiska alko-

holvanor under uppföljningstiden har fastställts på i princip samma sätt som missbruk och alkoholvanor innan programmets början (jfr. ovan samt se bilaga 6).

### **3.3.3. Känsla av sammanhang (KASAM)**

KASAM är ett självskattningsformulär som utgår från det salutogena synsätt som Aron Antonovsky utvecklat i bl.a. "Hälsans mysterium" (1991), och som istället för att fokusera på olika orsakar till sjukdom eller avvikelser inriktar sig på att identifiera de "motkrafter" människor kan använda för att bemästra de svårigheter livet ställer dem inför. "Känsla av sammanhang" är det begrepp Antonovsky använder för att beteckna det tillstånd där individen upplever sin värld som i huvudsak överblickbar och begriplig, hanterbar och möjligt att påverka, samt meningsfull i den bemärkelsen att individen finner utlopp för sin energi och sitt engagemang. "Begriplighet", "hanterbarhet" och "meningsfullhet" är också de tre delkomponenterna i det test som utvecklats för att mäta känslan av sammanhang (Antonovsky, 1991).

Testet består av 29 frågor rörande olika livsområden. Uppgiften är att för varje fråga markera vilket av sju svarsalternativ som bäst överensstämmer med ens egen känsla. Totalpoängen på testet kan variera mellan 29 och 203. Enligt en svensk standardisering (Hansson & Cederblad, 1995) ligger normalvärdet för svenskar mellan 142 och 152. Värden under 142 indikerar minskad avsaknad av känsla av sammanhang och att man upplever tillvaron som mer eller mindre kaotisk. Värden över detta intervall kan anses vara tecken på rigid position. Gränsvärden innefattar dock två standardavvikelser vilket medför att värden kan skifta ned till 127 och upp till 167 utan att det anses vara avvikande (Hansson & Cederblad, 1995).

Enligt Antonovsky's (1991) beskrivning av dynamiska samband mellan delkomponenterna "begriplighet", "hanterbarhet" och "meningsfullhet" i KASAM, är ett värde lågt om det är lägre än 4 och högt om det är högre än 4. Om man ser till hur de tre komponenterna förhåller sig till varandra kan man, genom att dikotomisera respektive värde, komma fram till åtta möjliga kombinationer (Antonovsky, 1991). Dessa återges i bilaga 7. Av intresse i det aktuella sammanhanget är

bl.a. att kombinationen låg begriplighet – hög hanterbarhet – hög meningsfullhet generellt uppfattas som mycket ovanlig (Antonovsky, 1991), men visat sig förekomma relativt frekvent bland cannabismissbrukare, detta eftersom cannabis kan antas påverka just komponenten ”begriplighet” (Lundqvist, 1995). Lundqvist (a.a.) drar slutsatsen att det inte räcker med att sluta missbruka för att känslan av sammanhang ska förbättras, utan att det också krävs insatser för att direkt påverka de kognitiva funktionerna. Det kan också noteras att ett lågt värde för ”meningsfullhet” tenderar att på sikt leda till en generellt försämrad ”känsla av sammanhang”, detta eftersom denna komponent förefaller påverka de båda andra (Antonovsky, 1991).

Ungdomarna har fyllt i KASAM-testet vid behandlingens början och dess avslutande samt vid uppföljningen ett år senare.

### **3.3.4 Symptoms Checklist 90, SCL-90**

SCL-90 (Derogatis 1994) är ett av de mest använda symtomskattningsinstrumenten i världen. Testet är ett självskattningsformulär med 90 frågor, som mäter nio olika symtomområden: somatisering (kroppsliga symtom), obsessiv-kompulsivitet (tvångstankar och tvångshandlingar), interpersonell sensitivitet (överobservant på andras beteende), depression (upplevelse av nedstämdhet), ångest (upplevelse av starkt obehag eller panik), fientlighet (känslor av aggressivitet mot andra), fobisk ångest (undvikande av bestämda obehagliga situationer), paranoiskt tänkande (känslor av att vara förföljd och hotad utifrån), psykoticism (splittrat eller förvirrat tänkande). Dessutom finns tre globala indexmått som på olika sätt mäter generellt obehag: globalt svårighetsindex (hur man mår generellt), positivt symtomstörningsindex (djupet av upplevda problem) och totala antalet positiva symtom (summering av alla symtom). Individerna rangordnar, för var och en av de 90 frågorna, hur stora, fysiska eller psykiska besvär hon eller han upplever sig ha haft i olika avseenden under den senaste veckan.

Skalan används främst för att komplettera andra diagnostiska instrument samt för att mäta behandlingseffekter. SCL-90 ger en god beskrivning av en persons aktuella psykiska status, men är inte ett personlighetsmått. Generellt indikerar lägre värden i de olika skalorna ett



bättre mående. En svensk standardisering som tar hänsyn till kön och ålder har genomförts av Fridell m.fl. (2002). Medelvärde för de olika skalorna, omräknad i s.k. T-poäng, ligger enligt denna standardisering på 50 (Cesarek, pers komm).

Också SCL-testet har fyllts i såväl vid behandlingens början och dess avslutande, som vid uppföljningen ett år senare.

### **3.3.5 Becks depression inventory (BDI)**

BDI (Becks depression inventory) omfattar 21 tregradiga frågor och syftar till att mäta grad av depression hos adolescenter och vuxna samt förekomst och intensitet av 21 depressiva symtom och attityder. För summavärden under 14 är bedömningen att depression ej föreligger, 14 – 19 innebär lätt depression, 20 – 26 måttlig depression och mer än 26 djup depression (Beck & Steer, 1996). Testet är uppdelat på kognitiva och somatiska affektiva symtom.

BDI började användas först sedan 20 ungdomar påbörjat programmet, varför uppgifter här endast finns för 30 ungdomar. Dessa har dock fyllt i testet både vid behandlingens början och avslutande och vid uppföljningen ett år senare.

### **3.3.6 Skalfrågor angående livssituation och relationer**

Vi har också använt ett egenhändigt utformat frågeformulär där ungdomarna på en skala från 1 – 10 fått skatta hur de upplever sin totala livssituation, samt sina relationer till modern, fadern, syskon, kamrater och eventuell pojk- flickvän (se bilaga 4). Detta formulär har fyllts i vid behandlingens början, vid programmets slut samt vid uppföljningen ett år efter behandlingens avslutande. Formuläret utökades med frågor angående syskon och partner under år 2002 och har ej använts fullt ut för de 20 första ungdomarna i programmet.

#### **4. SITUATIONEN VID INSKRIVNINGEN – VILKA VAR UNGDOMARNA?**

Som framgått av det föregående omfattar föreliggande undersökning 50 ungdomar, som fullföljt hela cannabisprogrammet under åren 2000 – 2004, 25 ungdomar som påbörjade programmet men av olika skäl kom att avbryta det, 11 ungdomar som genomgick en kortare version av programmet samt 34 ungdomar som informerades om programmet men valde att aldrig påbörja detsamma. I detta avsnitt ska vi, med tonvikt på den förstnämnda gruppen, redovisa hur situationen tedde sig för dessa totalt 120 ungdomar innan de kom i kontakt med cannabisprogrammet.

##### **4.1 Ungdomar som fullföljde programmet**

50 ungdomar; 45 pojkar och fem flickor har alltså genomgått hela cannabisprogrammet. Dessa var när programmet började mellan 16 och 19 år med en medelålder 17,9 år. 49 av dessa ungdomar har, som också framgått, också nåtts för uppföljning.

Då vi startade programmet tog vi emot ungdomar från nästan hela Stockholms län förutom några få kranskommuner, men sedan 2003 arbetar vi bara mot stadsdelsförvaltningarna i Stockholms stad och tre kranskommuner; Danderyd, Sundbyberg och Värmdö. Övriga kranskommuner har inget avtal med Socialtjänstförvaltningens Maria Ungdomsenhet, varför ungdomar från andra kommuner ej kan erbjudas programmet. 35 ungdomar som gick igenom programmet var boende i Stockholms stad och 15 ungdomar kom från en kranskommun. Dessa 15 erhöll i huvudsak behandling fram till hösten 2002.

##### **4.1.1 Ungdomarnas bakgrund**

Tabell 1 visar ungdomarnas och föräldrarnas födelseland. Som framgår är 40 (80 %) av ungdomarna, men bara 32 (64 %) av fäderna och 30 (60 %) av mödrarna födda i Sverige. Totalt har 22 ungdomar (44 %) någon form av invandrarbakgrund.

**Tabell 1 Föräldrars och ungdomars födelse land**

| Födelse land: | Sverige   | Europa   | Afrika  | Latinam. | Annat    | Totalt |
|---------------|-----------|----------|---------|----------|----------|--------|
| Ungdoms       | 40 (80 %) | 2 (4 %)  | 3 (6 %) | 2 (4%)   | 3 (6 %)  | 50     |
| Mors          | 32 (64 %) | 7 (14 %) | 3 (6 %) | 4 (8 %)  | 4 (8 %)  | 50     |
| Fars          | 30 (60 %) | 4 (8 %)  | 4 (8 %) | 6 (12 %) | 6 (12 %) | 50     |

Tio av ungdomarna (20 %) hade föräldrar med någon form av missbruksproblem (en mamma och nio pappor). En mamma och en pappa uppgavs ha psykiska problem. Fem pappor var avlidna.

#### 4.1.2 Social situation

##### 4.1.2.1 Aktuell levnadssituation

Tabell 2 visar ungdomarnas boendesituation och levnadsform de senaste sex månaderna respektive de senaste 30 dagarna innan de började cannabisprogrammet.

**Tabell 2 Boende och levnadsform**

| Huvudsakligt boende:            | Senaste 6 mån | Senaste 30 dagarna |
|---------------------------------|---------------|--------------------|
| Eget                            | 3 ( 6 %)      | 3 ( 6%)            |
| Institution                     | 5 ( 10 %)     | 3 ( 6 %)           |
| Med båda föräldrar              | 17 (34 %)     | 18 (36 %)          |
| Med mor                         | 15 (30 %)     | 14 (28 %)          |
| Med far                         | 7 (14 %)      | 7 (14 %)           |
| Med annan släkt                 | 2 ( 4 %)      | 3 ( 6 %)           |
| Bostadslös                      | 1 ( 2 %)      | 2 ( 4 %)           |
| <b>Huvudsaklig levnadsform:</b> |               |                    |
| Ensam                           | 1 ( 2 %)      | 1 ( 2 %)           |
| Med partner                     | 1 ( 2 %)      | 1 ( 2 %)           |
| Med föräldrar/släkt             | 41 (82 %)     | 42 (84 %)          |
| Med vän/ner                     | 1 ( 2 %)      | 2 ( 4 %)           |
| Annat                           | 8 (12 %)      | 4 ( 8 %)           |

Som framgår bodde 39 ungdomar (78 %) vid programmets början med en eller båda sina föräldrar, medan tre hade egen bostad och tre bodde på institution eller i familjehem. En ungdom levde tillsammans med sin partner.

#### 4.1.2.2 Sysselsättning

Tabell 3 visar ungdomarnas huvudsakliga försörjning och sysselsättning de senaste sex månaderna respektive de senaste 30 dagarna innan de började cannabisprogrammet.

**Tabell 3 Försörjning och sysselsättning**

|                             |               |                    |
|-----------------------------|---------------|--------------------|
| Huvudsaklig försörjning:    | Senaste 6 mån | Senaste 30 dagarna |
| Löneinkomst                 | 8 (16 %)      | 8 (16%)            |
| Socialbidrag                | 10 (20 %)     | 9 (18 %)           |
| Föräldrar                   | 32 (64 %)     | 33 (66 %)          |
| Huvudsaklig sysselsättning: |               |                    |
| Arbete                      | 5 (10 %)      | 8 (16 %)           |
| Studier                     | 30 (60 %)     | 26 (52 %)          |
| Arbetslös                   | 10 (20 %)     | 12 (24 %)          |
| Annat                       | 5 (10 %)      | 4 (8 %)            |

Som tabellen visar försörjdes två tredjedelar av ungdomarna vid inskrivningen av sina föräldrar, medan återstoden antingen hade löneinkomst eller levde på socialbidrag. Vidare framgår att drygt hälften av ungdomarna studerade vid den tidpunkt då de påbörjade cannabisprogrammet. I samtliga fall gällde det studier på gymnasienivå. Sju ungdomar arbetade, tolv var arbetslösa och fem uppgav annan sysselsättning, som t ex praktikarbete genom mellanvårdsprojekt

Vid våra samtal med ungdomarna framkom att många av dem haft svårt att finna sig tillrätta i skolan. Många hade vantrivts och hade haft problem som rastlöshet och koncentrationsproblem redan från lågstadiet. Många hade också varit med om upprepade lärarbyten. Flera ungdomar hade märkt att deras rastlöshet minskade när de började röka cannabis, men successivt också noterat att det blivit allt svårare att tillgodogöra sig undervisningen bland annat på grund av koncentrationssvårigheter. Dessutom har de varit alltför trötta på morgnarna för att komma upp ur sängen och iväg till skolan. Många av ungdomarna hade också rökt under skoltid. Med hänsyn till att så många av ungdomarna var skolelever, och till vikten av att inte inkräkta på det

skolarbete de redan hade svårigheter med, anpassade vi tiderna för samtal i programmet till skolans schema.

#### **4.1.2.3 Tidigare vårdkontakter**

Många av de ungdomar som genomgick cannabisprogrammet hade också tidigare haft omfattande svårigheter utanför skolan, vilket framgår av nedanstående tablå:

- 25 ungdomar (50 %) hade blivit dömda för något brott.
- 2 ungdomar (4 %) hade genomgått fängelsestraff.
- 6 ungdomar (12 %) hade varit föremål för vård enligt LVU.
- 27 ungdomar (54 %) hade tidigare erhållit narkomanvård.
- 43 ungdomar (86 %) hade haft kontakt med socialtjänsten.
- 33 ungdomar (66 %) har tidigare haft kontakt med Maria Ungdom
- 4 ungdomar (8 %) var inskrivna på Maria Ungdoms vårdavdelning 1 – 2 veckor under programmets början

Att många av ungdomarna haft en tung social belastning med flera myndighetskontakter framgår också av att kontakten med cannabisprogrammet i en tredjedel av fallen tagits av socialtjänsten. För 20 ungdomar (40 %) hade föräldrarna tagit initiativet och i elva fall (22 %) kom initiativet från ungdomen själv. Endast i två fall hade kontakten initierats av skolan.

#### **4.1.3 Missbruksbakgrund**

##### **4.1.3.1 Narkotikamissbruk**

Tabell 4 visar undersökningsgruppens erfarenhet av olika berusningsmedel fram till den tidpunkt då de påbörjade behandlingen. Som framgått av det föregående var ett krav för att få börja programmet att man rökt cannabis regelbundet (här definierat som mer än tre gånger i veckan) under minst ett halvår. Som visas av tabellen hade också alla de 50 ungdomarna ett regelbundet cannabismissbruk, som pågått i genomsnitt 2,5 år. Genomsnittsålder för första användningstillfället var 14,2 år. Som vidare framgår av tabellen hade många ungdomar,

även om cannabis var deras huvuddrog, även prövat andra preparat, framför allt ecstasy, amfetamin och bensodiazepiner.

**Tabell 4. Antal som testat, brukat respektive regelbundet använt olika preparat; ålder (M,s) vid första konsumtionstillfälle samt antal år (M, s) med bruk respektive regelbundet bruk.**

| <i>Cannabis</i>       | <i>Antal</i> | <i>M</i> | <i>S</i> | <i>Min – max</i> |
|-----------------------|--------------|----------|----------|------------------|
| debutålder            | 50           | 14,2     | 1,4      | 11 – 17          |
| bruk (antal år)       | 50           | 3,6      | 1,4      | 1 – 8            |
| regelbundet bruk (år) | 50           | 2,5      | 1,2      | 1 – 6            |
| <i>Amfetamin</i>      |              |          |          |                  |
| debutålder            | 36           | 15,8     | 1,4      | 12 – 18          |
| bruk (antal år)       | 18           | 2,1      | 1,3      | 1 – 4            |
| regelbundet bruk (år) | 7            | 1,1      | 0,7      | 1 – 3            |
| <i>Ecstasy</i>        |              |          |          |                  |
| debutålder            | 40           | 16,2     | 1,1      | 14 – 18          |
| bruk (antal år)       | 23           | 1,7      | 1,0      | 1 – 4            |
| regelbundet bruk (år) | 3            | 1,7      | 1,6      | 1 – 4            |
| <i>LSD</i>            |              |          |          |                  |
| debutålder            | 19           | 16,6     | 0,9      | 15 – 18          |
| bruk (antal år)       | 10           | 1,6      | 1,0      | 1 – 3            |
| regelbundet bruk (år) | 2            | 1,3      | 0,4      | 1 – 2            |
| <i>Bensodiazepin</i>  |              |          |          |                  |
| debutålder            | 35           | 16,1     | 1,5      | 13 – 19          |
| bruk (antal år)       | 12           | 1,7      | 1,4      | 1 – 4            |
| regelbundet bruk (år) | 3            | 1,3      | 1,0      | 1 – 3            |
| <i>Annan drog</i>     |              |          |          |                  |
| debutålder            | 25           | 16,4     | 1,5      | 13 – 19          |
| bruk (antal år)       | 11           | 1,4      | 0,8      | 1 – 3            |
| regelbundet bruk (år) | 2            | 1,0      | 0,7      | 1 – 2            |

Sammanfattningsvis kan ungdomarnas drogerfarenheter beskrivas på följande sätt:

Sex ungdomar (12 %) hade endast missbrukat cannabis och inte tagit några andra droger.

- 40 ungdomar (80 %) hade prövat **ecstasy**, varav 17 endast tillfälligt. Åldern vid första användningstillfället var i genomsnitt 16,2 år. Tre ungdomar hade haft ett regelbundet missbruk under i genomsnitt 1,7 år.
- 36 ungdomar (72 %) hade någon gång tagit **amfetamin**, varav hälften endast tillfälligt. Debutåldern var 15,8 år. Sju ungdomar hade haft ett regelbundet missbruk under i genomsnitt 1,1 års tid.
- 35 ungdomar (70 %) hade någon gång missbrukat **bensodiazepiner**, varav 23 enbart vid något enstaka tillfälle. Debutåldern var 16,1 år. Tre ungdomar hade haft ett regelbundet missbruk i 1,3 år.
- 19 ungdomar (38 %) hade tagit **LSD**, varav knappt hälften endast någon enstaka gång. Debutåldern var 16,6 år. Två hade missbrukat LSD regelbundet under i genomsnitt 1,3 år.
- 25 ungdomar (50 %) hade använt andra droger som t ex kokain, svampar, morfin. Debutåldern var 16,4. För två ungdomar var missbruket regelbundet och de hade hållit på under i genomsnitt två år.

Som framgår av tabellen låg det första bruket av andra droger i genomsnitt två år senare än cannabisdebuten. Ingen av ungdomarna hade missbrukat heroin och ingen hade tagit droger intravenöst.

Om man ser till drogbruket under den senaste månaden innan programmet började, visar det sig att endast 37 (74 %) ungdomar rökt cannabis regelbundet, medan fem ungdomar rökt någon gång per vecka, fyra rökt någon enstaka gång och fyra inte rökt alls. Under de senaste två veckorna innan programmet började hade 24 ungdomar (48 %) varit helt drogfria, och under den sista veckan slutade ytterligare nio (18 %). Detta, som innebär att endast sju ungdomar (34 %) rökte cannabis veckan innan programmet började, indikerar att de på egen hand trappat ner sitt missbruk och var motiverade att göra något åt sitt missbruk då de började i programmet. Denna slutsats styrks också av det faktum att även bruk av andra droger var jämförelsevis ovanligt under den sista månaden. Exempelvis hade endast fem ungdomar använt ecstasy, tre ungdomar amfetamin, fyra ungdomar bensodiazepiner och två ungdomar LSD. Bruket var dessutom i flertalet fall sporadiskt.

#### 4.1.3.2 Alkohol

En ungdom uppgav vid inskrivningen att han inte drack alkohol. 34 ungdomar drack utan problem och 15 ungdomar (30 %) bedömdes utifrån mätinstrumentet CAGE ha en riskfylld eller problematisk alkoholkonsumtion.

#### 4.1.4 Relationer och upplevd livssituation

Tabell 5 visar hur ungdomarna när programmet började skattade sina relationer till närstående samt sin totala livssituation.

Tabell 5 Relationer till närstående och upplevd livssituation

|                              | M   | s   | Min – max | N  |
|------------------------------|-----|-----|-----------|----|
| Relation till mor            | 5,4 | 2,8 | 1 – 10    | 43 |
| Relation till far            | 4,7 | 2,7 | 1 – 10    | 42 |
| Relation till syskon         | 6,6 | 2,5 | 2 – 10    | 26 |
| Relation till kamrater       | 7,2 | 2,7 | 1 – 10    | 43 |
| Relation till pojk-/flickvän | 9,0 | 1,8 | 5 – 10    | 8  |
| Total livssituation          | 5,3 | 2,1 | 1 – 10    | 43 |

Alla ungdomar har ej besvarat skalfrågor om livssituation och relationer på grund av att dessa frågor tillkom senare. Skalfrågor om relation till syskon och partner kom till först sedan programmet pågått närmare två år.

Som framgår av tabellen upplevde ungdomarna som grupp relationen till föräldrarna som sämre än till syskonen. Sämst var relationen till fadern. Tretton ungdomar hade en partner, men endast åtta skattade relationen och de skattade den mycket högt.

Livssituationen skattades i genomsnitt medelhögt. Det bör dock påpekas att måttet som helhet är något osäkert och spridningen i svar är stor. Många ungdomar upplevde de facto det mesta som meningslöst och hade inte mycket hopp om framtiden.



#### 4.1.5 Känsla av sammanhang (KASAM)

Tabell 6 visar genomsnittsvärden för KASAM-testet med delskalor vid den tidpunkt då respektive ungdom påbörjade programmet.

Tabell 6 Känsla av sammanhang; genomsnittsvärden vid programstart

|                | M      | s     | Min – max   | N  |
|----------------|--------|-------|-------------|----|
| Begriplighet   | 3,71   | 0,71  | 2,1 - 4,9   | 50 |
| Hanterbarhet   | 4,32   | 0,87  | 2,4 - 5,8   | 50 |
| Meningsfullhet | 4,26   | 0,98  | 2,3 - 6,9   | 50 |
| Totalt         | 118,04 | 19,97 | 81,0 –157,0 | 50 |

Som tabellen visar låg totalvärdet för KASAM i genomsnitt under gränsen för ”acceptabelt” (127 poäng; jfr. ovan) och genomsnittsvärdet för ”begriplighet” under 4, vilket indikerar att många av ungdomarna, i linje med vad Lundqvist (1995) fann, hade problem på detta område. Genomsnittsvärdena för ”hanterbarhet” och ”meningsfullhet” låg emellertid över gränsvärdet 4. Det bör dock noteras att spridningen i samtliga skalor är relativt stor och att det i samtliga avseenden finns ungdomar som uppvisar värden såväl inom ”normalområdet” som långt under vad som anses ”acceptabelt”. En närmare granskning visar mer bestämt att totalvärdet för ”känsla av sammanhang” för sex ungdomar (12 %) låg över den nedre gränsen för ”normalt”, 142, och för två ungdomar (4 %) över den övre gränsen, 152. Samtidigt hade 33 ungdomar (66 %) värden som låg under gränsen för ”acceptabelt”, 127. När det gäller delskalorna hade 30 ungdomar (60 %) värden för ”begriplighet” som låg under ”problemgränsen”, 4 poäng. Motsvarande antal för ”hanterbarhet” var 15 ungdomar (30 %) och för ”meningsfullhet” (40 %). Om man ser till kombinationer av värden på de tre delskalorna (se bilaga 7) var den vanligaste kombinationen stabilt hög känsla av sammanhang (hög begriplighet – hög hanterbarhet – hög meningsfullhet)<sup>1</sup> som uppvisades av 14 ungdomar (28 %). Därefter kom den ”ovanliga” kombinationen låg begriplighet – hög hanterbarhet – hög meningsfullhet, som Lundqvist (1995) funnit vara relativt vanlig bland cannabissmissbrukare. Denna kombination uppvisa-

<sup>1</sup> Denna analys bygger på en dikotomisering av varje individs värde på respektive delskala, där gränsen mellan ”hög” och ”låg” satts till 4.

des av 12 ungdomar (24 %). Den närmast vanligaste kombination var stabilt låg känsla av sammanhang (låg – låg – låg), som uppvisades av nio ungdomar (18 %).

Vissa av ungdomarna tycks alltså när behandlingen började ha upplevt en stark ”känsla av sammanhang”, medan andra närmast levt i ett kaos, som de haft svårt att förstå, hantera och finna någon mening i.

#### 4.1.6 Psykiatriska symptom (SCL-90).

Tabell 7 visar genomsnittsvärden för SCL-90 med delskalor vid den tidpunkt då respektive ungdom påbörjade programmet. Som framgår av tabellen ligger genomsnittsvärdena bland de undersökta ungdomarna klart över ”normalvärdet” 50 för såväl samtliga delskalor som de tre sammanfattande måtten. De högsta genomsnittsvärdena noteras för paranoidt tänkande och globalt svårighetsindex, GSI. Även här är dock spridningen stor och för samtliga delskalor finns såväl fall med mycket höga värden (indikerande stora problem) och relativt låga värden (indikerande frånvaro av problem). Majoriteten av ungdomarna hade dock enligt testet åtminstone vissa psykiatriska symptom. Antalet ungdomar som hade värden under 50 varierade mellan 8 % (globalt svårighetsindex; fyra ungdomar) och 24 % (mellanpersonell sensitivitet och fobisk ångest; tolv ungdomar i respektive skala).

**Tabell 7. Symptom Check List (SCL-90), genomsnittsvärden vid programstart (standardiserad T-poäng)**

|                         | M    | s     | Min – Max | N  |
|-------------------------|------|-------|-----------|----|
| Somatisering            | 65,5 | 15,45 | 40 – 104  | 50 |
| Obsessiv-kompulsivitet  | 66,5 | 13,54 | 39 – 92   | 50 |
| Mellanpers sensitivitet | 62,1 | 15,95 | 41 – 100  | 50 |
| Depression              | 62,3 | 12,96 | 40 – 91   | 50 |
| Ångest                  | 66,8 | 14,58 | 42 – 99   | 50 |
| Vrede                   | 66,7 | 15,32 | 43 – 100  | 50 |
| Fobisk ångest           | 66,2 | 21,55 | 44 – 132  | 50 |
| Paranoidt tänkande      | 67,2 | 15,47 | 40 - 97   | 50 |
| Psykoticism             | 62,5 | 14,50 | 43 - 98   | 50 |
| Globalt svårighetsindex | 68,0 | 14,73 | 44 – 102  | 50 |
| Pos symptomstör index   | 61,2 | 10,53 | 43 – 84   | 50 |
| Tot antal pos symptom   | 65,5 | 10,75 | 43 – 83   | 50 |

#### 4.1.7 Depressivitet (BDI)

Tabell 8 visar genomsnittsvärden vid programstart för de undersökta ungdomarnas depressiva tendenser, skattade enligt BDI. Det bör noteras att detta test inte ingick i undersökningen från första början och att det endast fyllts i av 30 ungdomar.

**Tabell 8 Becks Depression Index; genomsnittsvärden vid programstart**

|                 | M    | s   | Min-Max | N  |
|-----------------|------|-----|---------|----|
| Somatisk affekt | 5,6  | 3,2 | 0 – 15  | 30 |
| Kognitiv affekt | 8,3  | 5,2 | 0 – 21  | 30 |
| Antal           | 9,8  | 4,3 | 1 – 18  | 30 |
| Totalt          | 13,9 | 7,3 | 1 - 30  | 30 |

Totalt sett indikerar genomsnittsvärdet 13,9 att flertalet ungdomar vid programstarten inte hade några depressiva symptom. En närmare granskning visar mer i detalj att 18 (58 %) av de 31 ungdomar som gjorde testen vid programstarten, enligt den tidigare nämnda indelningen (sid. 31) inte led av depression, att 7 (23 %) led av lätt depression och att 6 (20 %) led av måttlig eller djup depression. Det faktum att genomsnittsvärdet för kognitiv affekt var högre än värdet för somatisk affekt stämmer samtidigt väl överens med cannabinoidernas förmåga att försämra tankeförmågan (jfr. ovan). Det kan vidare noteras att alla de ungdomar som rökt cannabis fyra år eller mer, hade värden under 14, samtidigt som de ungdomar som hade BDI-värden på 14 eller mer alla hade rökt mindre än 4 år. Samma förhållande kunde konstateras för de ungdomar som avbröt programmet. Att behandlingssökande med relativt kort tids cannabismissbruk tenderar att uppleva fler depressiva symptom än de som rökt cannabis länge ligger i linje med resultat från Lundqvists fynd (1995), som visar på bättre anpassning enligt KASAM för de som söker behandling med mer än 11,5 års missbruk jämfört med de som har ett kortare missbruk och som söker behandling.

## **4.2 Vilka är avhopparna?**

Som framgått av det föregående avbröt 25 av de ungdomar som började i cannabisprogrammet detta efter kortare eller längre tid. Två av dessa ungdomar var flickor.

Enligt ”kontraktet” (se bilaga 2) som ungdomarna skriver under vid programstart skall de vara drogfria under programmet. Att bryta denna överenskommelse är ett av de skäl som kan leda till att en ungdom inte får fortsätta programmet. Kortare återfall som inte upprepas kan dock tolereras. Ett annat skäl att avsluta programmet kan vara att man flera gånger uteblir utan att meddela sig. I sådana fall kallar vi ungdomen och andra berörda (föräldrar och i vissa fall handläggare inom socialtjänsten), till ett nätverksmöte för att diskutera ungdomens behov av eventuella andra vårdinsatser. Tretton ungdomar placerades på behandlingshem sedan vi avslutat programmet efter nätverksmöte. Två ungdomar avbröt programmet sedan de fått arbete som omöjliggjorde medverkan. Dessa två ungdomar var starkt motiverade att upphöra med sitt cannabismissbruk. Två ungdomar avbröt programmet för att de inte ville fortsätta antabusbehandlingen, vilket då var obligatoriskt. Åtta ungdomar var inte längre motiverade att fortsätta programmet. Oftast hade dessa ungdomar återupptagit sitt missbruk.

### **4.2.1 Bakgrund och levnadssituation**

I det följande görs en jämförelse mellan de ungdomar som hoppat av och de som fullföljt programmet. Vad gäller familjebakgrund visar analysen att de ungdomar som avbröt programmet oftare än de som fullföljde hade en icke-svensk mor (52 % vs 36 %) och oftare hade föräldrar med egna missbruksproblem (38 % vs 24 %). Dessutom hade färre av de ungdomar som avbröt programmet levt med båda sina föräldrar (12 % vs 36 %) och hade mindre ofta försörjts av sina föräldrar (56 % vs 64 %). Inga av dessa skillnader är dock statistiskt signifikanta. Det kan också noteras att sju av de ungdomar (30 %) som avbröt programmet var inlagda på Maria Ungdoms vårdavdelning 1 – 2 veckor under tiden de gick i programmet, att jämföra med fyra (8 %) av de ungdomar som genomförde programmet. Avhopparna hade också något oftare erhållit tidigare narkomanvård och hade oftare varit

dömda. Vad gäller arbete och skolgång finns inga signifikanta skillnader mellan de två grupperna.

Sammanfattningsvis kan sägas att dessa jämförelser åtminstone ger vissa indikationer på att avhopparna i något högre grad än de ungdomar som genomgick hela programmet kommit från splittrade hem och/eller familjer med lägre sammanhållning.

#### **4.2.2 Missbruket**

Inte heller vad gäller missbruk finns några stora skillnader mellan avhopparna och de ungdomar som fullföljt hela programmet. Till exempel har båda grupperna prövat på andra droger än cannabis. Samtidigt är det i båda grupperna bara ett fåtal ungdomar som missbrukat andra droger regelbundet. Det finns inte heller några systematiska skillnader mellan de båda grupperna när det gäller vid vilken ålder man först prövat olika droger. Däremot hade de ungdomar som hoppade av programmet rökt cannabis regelbundet – d v s minst tre gånger i veckan – under signifikant kortare tid än de ungdomar som genomförde hela programmet (1,7 vs 2,5 år). Dessutom hade signifikant färre av avhopparna än av de ungdomar som fullföljde programmet tagit antabus (20 % vs 44 %). Samtidigt var de ungdomar som avbröt programmet i jämförelse med dem som genomförde det oftare dömda och hade oftare varit med om narkomanvård (jfr ovan).

Sammanfattningsvis verkar det alltså, även om resultaten är något motsägelsefulla, som om avhopparna vid programstarten haft något mindre allvarliga missbruksproblem än de ungdomar som genomförde hela programmet.

#### **4.2.3 Relationer och upplevd livssituation**

De ungdomar som avbröt programmet skattade genomgående sina relationer till närstående något högre än de ungdomar som fullföljde programmet. Särskilt gällde detta relationen till fadern (6,1 vs 4,7). Inga av skillnaderna var dock signifikanta. Den totala livssituationen skattades lika av båda grupperna.

#### **4.2.4 Psykiskt välbefinnande**

Inte heller vad gäller de tre testen på psykiskt välbefinnande – KASAM, SCL-90 och BDI – fanns några signifikanta skillnader mellan de två grupperna. Vad gäller KASAM är genomsnittsvärdena närmast identiska, såväl vad gäller totalpoäng som de tre delskalorna. När det gäller SCL-90 finns en svag tendens att avhopparna har något lägre värden i flertalet delskalor än de ungdomar som fullföljde programmet. Vad gäller BDI, slutligen, indikerar avhopparnas genomsnittsvärde (9,7) än klarare än värdet för de ungdomar som fullföljde programmet (14,0) att depression inte var något utbrett problem i gruppen. Det kan dock noteras att värdet för kognitiv affekt i båda grupperna är högre än värdet för somatisk affekt.

Sammanfattningsvis visar de redovisade resultaten att de ungdomar som avbröt hade rökt cannabis regelbundet kortare tid och psykiskt och fysiskt mårde något bättre än de som gick igenom hela programmet. Samtidigt hade de mindre stöd från sina föräldrar. Detta kan i sin tur betyda att de varit mindre motiverade att fullfölja programmet och/eller att sluta med cannabis. Det kan noteras att tretton av de 25 ungdomar som inte klarade av att genomgå programmet senare placerades på behandlingshem, då de bedömdes behöva komma bort från sin närmiljö för att kunna avhålla sig från droger (se 8.5).

#### **4.3 Maria Ungdoms kortprogram**

Elva pojkar och deras föräldrar har genomgått ett komprimerat cannabisprogram med samtal en gång i veckan under sex veckor. Dessa ungdomar hade missbrukat cannabis under en kortare tid och inte upplevt några kognitiva försämringar och var därmed inte motiverade att sluta. Deras föräldrar däremot önskade att ungdomarna skulle upphöra med sitt missbruk, varför kortprogrammet först och främst vände sig till föräldrarna. En av dessa ungdomar har senare börjat i cannabisprogrammet. Ingen av de övriga ungdomarna har senare sökt kontakt på Maria Ungdom. Ungdomar som gick i kortprogrammet gjorde inga tester.

#### **4.4 Vilka väljer att inte börja?**

34 pojkar informerades om programmet, men började inte. De hade alla erhållit tid för informationssamtal om cannabisprogrammet av andra, främst socialtjänsten. Ingen av dessa ungdomar hade kommit på eget initiativ. Vid informationssamtalet uppgav de som främsta anledning till att de inte ville delta i programmet att de tyckte att tre samtal per vecka var för mycket. Vid informationssamtalet framkom också att de inte upplevt tillräckligt många negativa konsekvenser för att vilja sluta. De var vid tiden för samtalet inte motiverade att helt upphöra med sin cannabisrökning, vilket, som framgått ovan, är ett krav för att få börja.

För några av ungdomarna gjorde vi bedömningen att cannabisprogrammet inte var lämpligt just då. En anledning kunde vara att de inte hade något ordnat boende och att han/hon därför skulle ha för små möjligheter att klara av att just då kunna genomföra hela programmet. En annan anledning kunde vara att ungdomens cannabismissbruk inte var tillräckligt omfattande för att han skulle känna igen sig och kunna ta till sig programmet, varför någon annan insats var lämpligare, oftast familjebehandling.

## **5. RESULTAT EFTER AVSLUTAT PROGRAM**

I detta avsnitt redovisas hur och i vilka avseenden de undersökta ungdomarnas situation och välbefinnande förändrades under den tid då de deltog i programmet.

### **5.1 Missbruk under programmet**

#### **5.1.1 Återfall i cannabisrökning**

Som framgått av det föregående hade endast 17 ( 34 %) av ungdomarna rökt cannabis veckan och dagarna innan de började i programmet. Under de 6 - 7 veckor som programmet pågick var 30 ungdomar (60 %) helt fria från cannabismissbruk. Sju ungdomar (14 %) hade ett enda återfall och tretton ungdomar (26 %) hade flera. Endast en av ungdomarna hade mer än fyra återfall, (en pojke som dock vid uppföljningen efter ett år var helt missbruksfri).

De ungdomar som fortsatte att vara tillsammans med kamrater som rökte cannabis, hade svårast att upprätthålla drogfrihet, varför vi uppmanade dem att åtminstone under abstinensfasen avbryta kontakten med dessa ungdomar och helst bara vara tillsammans med kamrater som ej missbrukade. Vi uppmanade dem också att inte gå på fester där cannabis kunde förekomma under tiden de genomgick cannabisprogrammet och så länge de hade stor längtan att missbruka.

Vi arbetade med att göra ungdomarna uppmärksamma på och känna igen och hantera varningssignaler för återfall. Ett återfall kommer inte direkt utan har föregåtts av olika varningssignaler, som det är viktigt att kunna identifiera (Gorski, 1999). Ingen av ungdomarna hade någon bra förklaring till sitt återfall utan ”det bara blev så”. Återfallet sker oftast i abstinensens andra - tredje vecka, då THC-koncentrationen har blivit så låg att ångesten och olusten tar överhanden. Genom THC-kurvan (se bilaga 3) förbereder vi ungdomarna hur de kommer att må för att de ska ha en beredskap och under den svåraste perioden inte utsätta sig för onödiga risker. Ungdomarna får med sig hemuppgifter ang återfallsprocessen och vi tränar tillsammans enklare rollspel hur de skall svara och förhålla sig till sina kamrater.



Uppgifterna om återfall bekräftas av de övervakade urinprov som togs 1 - 2 gånger i vecka.

### **5.1.2 Alkohol**

Som framgått ovan hade 15 ungdomar (30 %) problem med sin alkoholkonsumtion enligt mätinstrumentet CAGE då de började i cannabisprogrammet. Som också framgått ingick antabusbehandling obligatoriskt under programmets första år och rekommenderades och erbjöds därefter på frivillig grund. Totalt tog 22 ungdomar (42 %) antabus under programtiden, varav sex frivilligt. De ungdomar som tog Antabus, förefaller ha klarat av programmet bättre och lyckades i större utsträckning avhålla sig från återfall i cannabisrökning än de som inte tagit Antabus. Av de 22 ungdomar som tog Antabus återföll endast fem (23 %) i cannabisrökning någon gång under programmet, att jämföra med 15 (54 %) av dem som inte tog Antabus

Någon systematisk kontroll av ungdomarnas alkoholbruk under programtiden har inte gjorts. Däremot har samtal kring deras alkoholkonsumtion varit ett återkommande inslag i programmet. Många ungdomar hade haft en hög alkoholkonsumtion innan de började röka cannabis. Då de började röka cannabis minskade den oftast. Då de upphörde med cannabismissbruket var det många ungdomar som såg alkoholruset som en lindring av abstinensbesvären och alkoholkonsumtionen förefaller därmed ha ökat något.

### **5.2 Skattningar av relationer och livssituation**

Vårt allmänna intryck av programmets inverkan på ungdomarna är att det redan efter 2 – 3 veckor skedde en märkbar fysisk förbättring, som tog sig uttryck i att ungdomarna började få färg i ansiktet och liv i ögonen. De blev mer engagerade i sin omgivning och de började dela med sig av sina tankar. Ungdomarna själva uppgav också att de mådde bättre; sömnen hade blivit bättre och ångesten hade börjat klinga av. Att ungdomarnas allmänna välbefinnande hade förbättrats under programmet framgår också klart av de skattningar och tester som genomfördes vid programmets slut.

Tabell 9 visar hur ungdomarnas egen skattning av sina relationer till närstående och av sin totala livssituation förändrats under programtiden. (Det bör noteras att genomsnittsvärdena för inskrivning något avviker från de värden som visas i tabell 5 eftersom flera ungdomar inte gjorde denna skattning vid programmets avslutande.

**Tabell 9 Skattning av relationer och livssituation; genomsnittsvärden vid inskrivning och utskrivning**

|                        | Inskrivn. (M, s) | Utskrivn. (M, s) | t     | df | sign <sup>1</sup> | N  |
|------------------------|------------------|------------------|-------|----|-------------------|----|
| Relation till mor      | 6,28 (2,7)       | 7,38 (2,0)       | - 3,3 | 28 | ***               | 29 |
| Relation till far      | 5,29 (2,8)       | 6,11 (2,6)       | - 2,3 | 27 | *                 | 28 |
| Relation till syskon   | 6,58 (2,5)       | 7,62 (1,8)       | - 3,9 | 25 | ***               | 26 |
| Relation till kamrater | 7,66 (2,8)       | 8,10 (2,2)       | - 0,8 | 28 | ns                | 29 |
| Relation till partner  | 8,86 (1,9)       | 8,00 (2,2)       | 1,11  | 6  | ns                | 7  |
| Total livssituation    | 5,96 (2,0)       | 7,07 (1,6)       | - 3,9 | 27 | ***               | 28 |

<sup>1</sup> Paired t-test: \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; ns= ej signifikant

Tabellen visar, med reservation för det relativt stora bortfallet, att ungdomarnas bedömning av sin relation till såväl föräldrar och syskon, som deras upplevelse av sin totala livssituation signifikant förbättrats efter genomgången program. Vår bild är att ungdomarna, då de började i programmet, tyckte att det mesta var meningslöst. De tyckte inte att de hade någon framtid och det vanligaste skälet de uppgav för att vilja sluta röka cannabis var att de inte ville hålla på, på samma sätt då de var 25 år. Efter programmet var ungdomarnas syn på sin situation ofta betydligt ljusare. Flera av ungdomarna uttryckte t.ex. själva att en av de bästa konsekvenserna av att sluta röka var att kontakten med familjen blivit bättre. (Se bilaga 8, brev från David.) Att situationen blivit bättre intygades också av de anhöriga. Många av ungdomarnas syskon var t ex med vid avslutning av programmet och då framkom ofta att de hade varit mycket oroliga för sitt syskon som rökte cannabis. De hade saknat sin bror eller syster och de var glada att de fått honom/henne tillbaka.

### 5.3 Känsla av sammanhang (KASAM)

En av de mest negativa konsekvenserna av att röka cannabis som ungdomarna uppgav var att de blev ”sega”. De hade också svårt att koncentrera sig och minnet försämrades. Hur de uppfattar sig själva och sin förmåga att sträva mot hälsa kan man utläsa i testet KASAM (normalvärde 142-152, se 3.3.3). Tabell 10 visar genomsnittsvärden för ungdomarnas känsla av sammanhang (KASAM) med delaspekter vid programstart och efter genomgången program.

**Tabell 10 KASAM; genomsnittsvärden vid inskrivning och utskrivning**

|                | Inskrivning (M, s) | Utskrivning (M, s) | t      | df | sign <sup>1</sup> | N  |
|----------------|--------------------|--------------------|--------|----|-------------------|----|
| Begriplighet   | 3,71 ( 0,71)       | 4,32 ( 0,71)       | - 4,69 | 49 | ***               | 50 |
| Hanterbarhet   | 4,32 ( 0,87)       | 5,10 ( 0,77)       | - 5,50 | 49 | ***               | 50 |
| Meningsfullhet | 4,26 ( 0,98)       | 5,06 ( 0,89)       | - 5,86 | 49 | ***               | 50 |
| Totalt         | 118,04 (19,97)     | 137,84 (18,62)     | - 5,95 | 49 | ***               | 50 |

<sup>1</sup>Paired t-test \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; ns= ej signifikant

Som framgår hade genomsnittsvärdet för ungdomarnas totala känsla av sammanhang under programtiden ökat från drygt 118 poäng till nästan 138, (d.v.s. från klart under vad som brukar anses som ”acceptabelt” till nära gränser för ”normalvärdet”, 142; (jfr ovan sid. 30). Som vidare framgår har också genomsnittsvärdena för samtliga delskalor ökat signifikant, vilket bland annat innebär att genomsnittsvärdet för ”begriplighet”, som vid programstart indikerade betydande problem i gruppen, vid avslut ligger klart över ”gränsvärdet för högt” (4).

En mer detaljerad analys visar att antalet ungdomar med totalvärden över 142 ökat från sex (12 %) vid programstarten till 23 (46 %) vid avslutandet.

Samtidigt hade antalet ungdomar som låg under gränsen för ”acceptabelt” (127) minskat från 33 (66 %) vid programstart till 13 (26 %) vid programmets avslutande.

Antalet med värden mellan 127 och 142 var relativt konstant: 11 (22 %) vid programstart respektive 14 (28 %) vid avslut.

Om man ser till hur olika aspekter av KASAM förhåller sig till varandra (jfr. ovan sid. 30 och bilaga 7), visar en närmare analys att antalet ungdomar med en stabilt hög känsla av sammanhang (hög begriplighet – hög hanterbarhet – hög meningsfullhet) hade ökat från fjorton (28 %) till trettio två (64 %) samtidigt som antalet ungdomar med en stabilt låg känsla av sammanhang hade minskat från nio (18 %) till två (4 %). Antalet ungdomar med den enligt Antonovsky ovanliga - men bland cannabisrökare relativt frekventa (Lundqvist, 1995) – kombinationen låg begriplighet – hög hanterbarhet – hög/låg meningsfullhet hade minskat, från 18 (36 %) till elva (22 %) av ungdomarna. Begripligheten är den funktion som påverkas speciellt vid cannabismissbruk. Så avhållsamhet och kognitiv träning bör förbättra denna funktion. Vidare kan man se att antalet individer med låg meningsfullhet vid inskrivning har minskat vid utskrivning, från 20 (40 %) till sju (14%). Drivkraften som ligger i begreppet meningsfullhet har alltså ökat, vilket innebär att av de 50 individerna var det enbart sju (vid inskrivning 20) som hade låg meningsfullhet vid utskrivningen. Detta gynnar det fortsatta egna arbetet i strävan mot psykologisk förbättring.

#### 5.4 Psykiatriska symptom (SCL-90)

Tabell 11 visar hur genomsnittsvärdena för SCL-90 med delskalor förändrats under programtiden.

**Tabell 11 Psykiatriska symptom (SCL-90); genomsnittsvärden vid inskrivning och utskrivning**

|                          | Inskrivn. (M, s) | Utskrivn. (M, s) | t    | df | sign <sup>1</sup> | N  |
|--------------------------|------------------|------------------|------|----|-------------------|----|
| Somatisering             | 65,5 (15,5)      | 53,6 ( 9,1)      | 5,59 | 49 | ***               | 50 |
| Obsessiv-kompulsivitet   | 66,5 (13,5)      | 55,1 (10,1)      | 6,55 | 49 | ***               | 50 |
| Mellanpers. sensitivitet | 62,1 (16,0)      | 51,7 ( 8,9)      | 5,70 | 49 | ***               | 50 |
| Depression               | 62,3 (13,0)      | 52,2 ( 8,7)      | 5,96 | 49 | ***               | 50 |
| Ångest                   | 66,8 (14,6)      | 53,6 ( 9,1)      | 7,31 | 49 | ***               | 50 |
| Vrede                    | 66,7 (15,3)      | 53,5 (10,6)      | 6,54 | 49 | ***               | 50 |
| Fobisk ångest            | 66,2 (21,6)      | 55,0 (13,5)      | 5,14 | 49 | ***               | 50 |
| Paranoiskt tänkande      | 67,2 (15,5)      | 53,8 ( 9,6)      | 7,56 | 49 | ***               | 50 |
| Psykoticism              | 62,5 (14,5)      | 54,1 ( 8,6)      | 4,87 | 49 | ***               | 50 |
| GSI                      | 68,0 (14,7)      | 54,1 ( 8,5)      | 7,89 | 49 | ***               | 50 |
| PSDI                     | 61,2 (10,7)      | 50,6 ( 7,6)      | 7,95 | 49 | ***               | 50 |

|     |             |             |      |    |     |    |
|-----|-------------|-------------|------|----|-----|----|
| PST | 65,5 (10,8) | 56,4 (10,2) | 6,48 | 49 | *** | 50 |
|-----|-------------|-------------|------|----|-----|----|

<sup>1</sup> Paired t-test: \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; ns= ej signifikant

Vår upplevelse av ungdomarna när de började programmet var att många av dem mådde mycket dåligt psykiskt, något som bekräftas av att genomsnittsvärdena för olika symptom, såväl som för de sammanfattande måtten, låg långt över det standardiserade medelvärdet, 50. Då ungdomarna började i programmet var genomsnittsvärdet för GSI (globalt svårighetsindex) 68,0, värdet för PSDI (positivt symptomstörningsindex) 61,2 och värdet för PST (antal positiva symptom) 65,5. Efter sex veckor och genomgången program hade dessa genomsnittsvärden minskat till 54,1, 50,6 respektive 56,4. Samtliga dessa förändringar är statistiskt signifikanta. Mer specifikt hade antalet ungdomar med värden under 50 för GSI ökat från fyra (8 %) till sexton (29 %), antalet ungdomar med ett PSDI-värde under 50 hade ökat från nio (18 %) till tjugosju (54 %) och antalet ungdomar med ett PST-värde under 50 hade ökat från fem (10 %) till femton (30 %).

Vad gäller delvärdena kan sägas att ett högt värde för **somatisering**, som många ungdomar hade när började i programmet, kan tyda på omsatt psykisk smärta. Många ungdomar uppgav också själva att de hade smärtor i hjärtat eller i bröstet. Överhuvud taget var de mycket medvetna om sin kropp och hade olika kroppsliga förnimmelser. Vid programslut hade genomsnittsvärdet minskat från 65,5 till 53,6 och betydligt färre ungdomar uppgav oro för olika smärtor i kroppen. Antalet ungdomar med värden under 50 i denna skala ökade under programmet från tio (20 %) till tjugotvå (44 %).

Vad gäller **obsessiv-kompulsivitet** (tvångstankar och -handlingar) oroade sig många ungdomar i början av programmet över att de hade tankar och ordslingor som de inte kunde släppa. De hade stor oro för slarv och vårdslöshet och behövde ofta kontrollera sig flera gånger. Antalet ungdomar med värden under 50 i denna dimension, som också kan indikera hur mycket man sitter fast i sitt missbruk, ökade under programmet från sex (12 %) till fjorton (28 %) samtidigt som genomsnittsvärdet minskade från 65,5 till 55,5.

De jämförelsevis höga värdena för **mellanpersonell sensitivitet** visade sig vid programstarten bland annat i att ungdomarna var lättkränkta, lätt blev sårade och hade svårt att ta kritik. Detta tog sig uttryck inte minst i relationen till föräldrarna, som de ofta var i konflikt med då de började i programmet. De hade också svårt att läsa av och tolka de människor de mötte, varför de lätt hamnade i konflikter. Vid avslut fungerade relationerna till familj och andra mycket bättre och antalet ungdomar med värden under 50 hade ökat från tolv (24 %) till arton (36 %). Genomsnittsvärdet i denna dimension minskade under programtiden från 62,1 till 51,7.

Ingångsvärdet för **depression** låg på 62,3 och sjönk under programtiden till 52,2 samtidigt som andelen ungdomar med ett värde under 50 ökade från åtta (16 %) till arton (36 %). Dessa värden indikerar att de personer som sökt hjälp i huvudsak inte har maskerat en depression med sitt cannabissmissbruk. (Denna slutsats styrks också av att det vid uppföljningen visade sig att de ungdomar som fortfarande missbrukade cannabis hade höga värden på depression och ångest vid avslutningen av programmet; se vidare avsnitt 7.3.)

Många av ungdomarna hade vid programstarten svår **ångest**. Genomsnittsvärdet var vid programstart 66,8 och antalet ungdomar med värden under 50 endast åtta (16 %). Många var oroliga för att ge upp sin drog och den trygghet den hade gett. De var oroliga för abstinenssymtomen och då framför allt sömnproblem. De var oroliga för att det skulle bli en förändring i förhållande till kamraterna och de var oroliga för att bli vuxna och tvingas ta itu med sitt liv. Vid programslut hade genomsnittsvärdet för ångest minskat till 53,6 och antalet ungdomar med värden under 50 ökat till sexton (33 %).

Många ungdomar uppgav att de blev lugna av att röka cannabis. Trots detta var genomsnittsvärdet för **vrede** så högt som 66,7 vid första testet och antalet ungdomar med värden under 50 endast sju (14 %). Ungdomarna uppgav att de hade mycket ilska och irritation i sig, vilket oftast föräldrarna utsattes för. Vid programslut hade genomsnittsvärdet minskat till 53,5 och antalet ungdomar med värden under 50 ökat

till tjugo (40 %). Förändringen på detta område under programmet var tydlig inte minst för många föräldrar.

Många ungdomar utvecklade **fobisk ångest** under sitt cannabismissbruk. Framför allt hade många svårt för att åka buss och tunnelbanan, men brukade hitta sätt, som t ex att avskärma sig genom att lyssna på musik i hörlurar, för att klara av dessa situationer. Också i detta avseende förbättrades dock ungdomarna påtagligt under programmet. Ibland kunde symptomen hänga kvar en tid, men i många fall gick de över efter någon månad. Genomsnittsvärdet för fobisk ångest sjönk under programtiden från 66,2 till 55,0 och antalet ungdomar med värden under 50 ökade från tolv (24 %) till tjugosex (52 %).

Genomsnittsvärdet för **paranoidt tänkande** var vid programstarten högt, 67,2. Detta framkom också i samtal med ungdomarna som uppgav att de var misstänksamma och inte litar på någon. Efter programmet hade värdet minskat till 53,6. Antalet ungdomar med värden under 50 minskade under programtiden från sex (12 %) till arton (36 %).

Genomsnittsvärdet för **psykoticism** var också förhöjt och låg vid början av programmet på 62,5, vilket indikerar att cannabinoiderna har en jagupplösande kraft. Efter programmets slut hade värdet minskat till 54,1 och antalet ungdomar med värden under 50 hade ökat från tolv (24 %) till arton (36 %).

Förbättringarna i genomsnittsvärden för de olika delskalorna i SCL-90 under programtiden var i samtliga fall starkt signifikanta. Sammantaget kan sägas att ungdomarna som grupp förbättrades påtagligt vad gäller psykiskt välbefinnande under programtiden. Inte minst minskade symptomen för individer med från början mycket höga värden, något som bland annat indikeras av att standardavvikelsen i de flesta skalor minskat vid utskrivningen (se tabell 11).

### 5.5 Depressivitet (BDI)

Tabell 12 visar hur genomsnittsvärdena för BDI med delskalor förändrats under programtiden.

**Tabell 12 Depressiva tendenser; genomsnittsvärden vid inskrivning och utskrivning**

|                 | Inskrivn. (M, s) | Utskrivn. (M, s) | t   | df | sign <sup>1</sup> | N  |
|-----------------|------------------|------------------|-----|----|-------------------|----|
| Somatisk affekt | 5,6 (3,2)        | 2,7 (1,6)        | 5,4 | 29 | ***               | 30 |
| Kognitiv affekt | 8,3 (5,2)        | 4,1 (4,3)        | 4,8 | 29 | ***               | 30 |
| Antal           | 9,8 (4,3)        | 5,1 (3,2)        | 6,8 | 29 | ***               | 30 |
| Totalt          | 13,9 (7,3)       | 6,4 (4,9)        | 6,2 | 29 | ***               | 30 |

<sup>1</sup> Paired t-test: \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; ns= ej signifikant

Som redan nämnts indikerar totalvärdet vid inskrivningen att flertalet ungdomar inte hade några påtagliga depressiva symptom vid programstarten. Däremot kan de jämförelsevis höga värdena för kognitiv affekt tolkas som att cannabisrökandet i många fall påverkat ungdomarnas tankeförmåga och därigenom lett till viss nedstämdhet. Som framgår av tabellen hade såväl det genomsnittliga totalvärdet som genomsnittsvärdena för delskalorna minskat signifikant när programtiden var slut. En mer detaljerad analys visar att antalet ungdomar utan några symptom på depression – av de 30 ungdomar som genomgick detta test – hade ökat från arton (58 %) till tjugonio (94 %). Endast två av de testade ungdomarna uppvisade vid programmets avslutande några som helst tecken på depression (varav en lätt depression och en måttlig depression), att jämföra med programstart då tre ungdomar (10 %) uppvisade tecken på svår till djup depression, ytterligare tre (10 %) tecken på måttlig depression, och sju (23 %) tecken på lätt depression.

Sammantagna indikerar dessa resultat att ungdomarna inte började röka cannabis för att de var deprimerade utan snarare att flera av dem visade depressiva symptom framkallade av cannabiseffekten. Nedstämdheten avtog då de upphörde med sitt cannabismissbruk. Denna tolkning styrks också av resultaten för depressionsskalan i SCL-90 och av det faktum att de ungdomar som uppvisade fortsatt missbruk vid uppföljning hade betydligt fler depressiva symptom än de som upphört med sitt missbruk (se vidare 7.3).

## 5.6 Ungdomarnas upplevelser av programmet vid avslutningen

Omkring två tredjedelar av de ungdomar som började i Maria Ungdoms cannabisprogram hade haft en tidigare behandlingskontakt på Maria Ungdom, ofta i form av familjesamtal. Då de erbjöds en egen kontakt, utan medverkan av föräldrarna, i form av ett pedagogiskt be-



handlingsprogram med fokus på cannabis och dess konsekvenser blev de flesta mycket intresserade. När de vid avslutningen ombads bedöma vad programmet betytt för dem uppgav flertalet att faktainslagen hade varit det, som de hade haft mest nytta av. De tyckte sig ha fått klara och tydliga argument för att kunna stå emot ett återfall, och de hade kunnat använda sig av sin kunskap för att argumentera mot cannabis med de kamrater som fortsatte missbruka. Ungdomarna kände igen det mesta av vad de fått lära sig om hur cannabis påverkat dem fysiskt och psykiskt och hur deras kognitiva förmågor försämrats, men genom programmet hade detta blivit tydligare och de hade förstått hur cannabisrökningen påverkat dem mer konkret, speciellt då de efter 2 – 3 veckor märkte att minnet kom tillbaka, att de fick lättare att koncentrera sig och att skolarbetet därmed blev mycket lättare att klara av.

Många ungdomar tyckte vid programstarten att samtal tre gånger per vecka kändes mycket, men uppgav vid avslutningen av programmet att de tyckte att det var lagom, varken för mycket eller för litet.

## **6 RESULTAT VID UPPFÖLJNINGEN EFTER ETT ÅR**

Som framgått i det föregående ombads de ungdomar som genomgått programmet att ett år efter avslutat program fylla i en utvärderingsblankett med frågor om eventuella återfall i narkotikamissbruk, om alkoholkonsumtion under det senaste året och om förändringar i den sociala situationen (boende, skol- och arbetssituation och familj). Vidare upprepades testerna KASAM, SCL-90 och BDI samt skalfrågorna angående livssituation och relationer till närstående en tredje gång. Slutligen ombads ungdomarna skatta hur de upplevde att de bemötts i programmet. Som tidigare framgått kunde 49 av de 50 ungdomar som genomgick cannabisprogrammet nås för uppföljning efter ett år.

### **6.1 Missbruket**

Totalt uppgav sju (35 %) av ungdomarna att de inte hade tagit ett enda återfall av cannabis eller annan narkotika sedan programmet avslutades ett år tidigare. Sexton ungdomar (33 %) hade haft ett kortare återfall (definierat som missbruk under en kort period och minst två månader innan utvärderingstillfället) och lika många hade inte upphört med sitt cannabismissbruk. Till dessa sexton har räknats åtta ungdomar som vid uppföljningen var institutionsplacerade – sex som vistades på behandlingshem och två som satt i fängelse. Det kan också noteras att av dessa sexton ungdomar hade sju (54 %) också haft återfall under programtiden, att jämföra med sex (18 %) av de ungdomar som vid uppföljningen var narkotikafria.

För de ungdomar som hade haft kortare återfall hade detta ofta varit ett sätt att ”testa” effekterna av programmet. En av dessa ungdomar berättade till exempel vid uppföljningen att han rökt cannabis c:a två månader efter avslutat program. Han hade varit nyfiken på hur det skulle kännas att röka igen, men den positiva effekten uteblev och istället såg han för sitt inre hela ”bladderblocket”, som vi arbetat med i cannabisprogrammet, bläddra förbi.

Sammanfattningsvis innebär vad som sagts ovan att 33 ungdomar (67 %) ett år efter programmet kan sägas ha upphört med såväl sitt canna-

bissmissbruk som annan narkotika, medan 16 ungdomar (33 %) inte lyckats upphöra med sitt missbruk.

Av de femton ungdomar som före programmet hade haft en problematisk alkoholkonsumtion hade en (7 %) inte druckit någon alkohol alls under uppföljningsåret, medan fem (33 %) hade druckit utan problem och nio (60 %) hade haft en fortsatt problematisk alkoholkonsumtion. Dessutom hade tre (9 %) av de ungdomar som före programmet inte hade några alkoholproblem börjat dricka mer efter programmet och bedömdes ha druckit på ett problematiskt sätt under uppföljningsåret. Sammantaget hade alltså under uppföljningsåret två ungdomar (4 %) inte druckit någon alkohol alls och trettiofem (71 %) hade druckit utan problem. Av de sammanlagt tolv ungdomar (24 %) som haft en alkoholkonsumtion, som medförde problem, satt två i fängelse och en var institutionsplacerad.

Av de tolv ungdomar som vid uppföljningen hade en problematisk alkoholkonsumtion hade sju (58 %) också fortsatt att missbruka cannabis, medan fem (42 %) hade upphört med sitt cannabismissbruk. Detta betyder sammantaget att tjugoåtta (57 %) av ungdomarna vid uppföljningen hade upphört med allt missbruk, medan sju (14 %) haft problem med både cannabis och alkohol, nio (18 %) med enbart cannabis och fem (10 %) med enbart alkohol.

Enligt ungdomarnas egen utsago hade många druckit stora mängder alkohol i samband med att de upphörde med sitt cannabismissbruk och en tid därefter, men för de flesta hade alkoholkonsumtionen successivt minskat och behovet av att berusa sig hade avtagit. Detta innebär att flertalet av de ungdomar som upphört med sitt cannabismissbruk inte hade ersatt cannabisen med alkohol, något som enligt våra erfarenheter annars inte är ovanligt.

## **6.2 Social situation**

### **6.2.1 Aktuell levnadssituation**

Som framgått av det föregående hade endast tre ungdomar (6 %) eget boende vid programmets start. Vid uppföljningen hade ytterligare elva flyttat hemifrån vilket innebär att totalt fjorton (28 %) hade ett eget boende. Av dessa bodde fyra ungdomar tillsammans med en partner. Av de fyrtiotvå ungdomar (84 %) som bodde med sina föräldrar eller släkt vid programstart bodde efter ett år fortfarande tjugosex (52 %) med sin familj eller släkt. Som ovan framgått var vidare åtta ungdomar (16 %) vid uppföljningen placerade på institution, (sex på behandlingshem och två i fängelse) att jämföra med tre (6 %) vid programstart.

### **6.2.2 Sysselsättning**

Vid början av programmet gick tjugosex ungdomar (52 %) i skolan, på gymnasienivå, medan sju (14 %) arbetade och 12 (24 %) var arbetslösa. Vid uppföljningen var det totalt sjutton (34 %) av ungdomarna som fortfarande studerade, medan nitton (38 %) arbetade och försörjde sig själva, och åtta (16 %) var arbetslösa.

### **6.2.3 Vårdkontakter**

Vid programstart hade 43 ungdomar (86 %) kontakt med socialtjänsten och 27 (54 %) hade kontakt med kriminalvården. Vid uppföljningen efter ett år hade 23 ungdomar (46 %) kontakt med socialtjänst och åtta (16 %) med kriminalvården.

## **6.3 Relationer och livssituation**

För de ungdomar som vid respektive mättillfälle genomförde skattningar av sin totala livssituation respektive sina relationer till anhöriga hade genomsnittsvärdena i allmänhet ytterligare förbättrats vid uppföljningen. Vid början av programmet skattade ungdomarna som tidigare framgått sin livssituation till 5,3 och vid utskrivningen till 6,9. Vid uppföljningen ett år senare kunde noteras en ytterligare förbättring till 7,6, en förändring från utskrivningen som är statistiskt signifikant.

På liknande sätt skattades relationen till modern vid första tillfället till 5,4, vid utskrivningen till 7,3 och efter ett år till 8,5 och relationen till fadern till 4,7 vid programstart 6,1 vid utskrivningen och 7,2 vid uppföljningen. Relationen till syskon var 6,6 vid första tillfället, 7,6 vid utskrivning och 7,8 efter ett år

Kamratrelationen skattades vid första mättillfället till 7,2 vid det andra till 8,0 och efter ett år till 7,6. Innebörden av dessa värden är dock något svåra att tolka då det vid samtal framkom att många hade andra kamrater vid uppföljningen än när de börjat programmet. Kontakten med de kamrater som rökte cannabis hade i flertalet fall upphört antingen redan då de bestämt sig för att sluta, eller successivt under programtiden. Istället fick eller sökte de aktivt andra kamrater, som inte missbrukade.

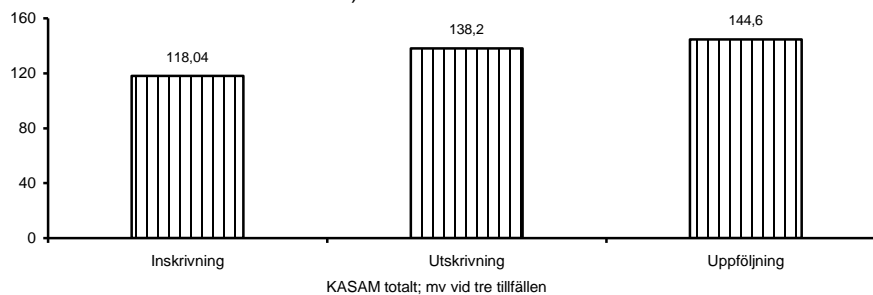
Tretton ungdomar hade en partner vid programstart. Åtta av dessa skattade denna relation till 9,0, ett värde som vid utskrivningen sjunkit till 7,6. Vid uppföljningen efter ett år hade 14 ungdomar en partner. Denna relation skattades till i genomsnitt 8,0. Ingen av de förändringar i skattningen av relationer till närstående som kunde noteras mellan utskrivning och uppföljning var statistiskt signifikant.

Sammanfattningsvis indikerar dessa uppgifter att ungdomarnas upplevelse av sin samlade livssituation, liksom av sina relationer till framför allt föräldrarna, successivt förbättrats från programstarten till programmets avslutande och vidare under uppföljningsåret. Vissa reservationer bör dock göras med hänsyn till testets något osäkra karaktär och till att alla ungdomar inte skattade alla aspekter vid samtliga mättillfällen.

## 6.4 Känsla av sammanhang (KASAM)

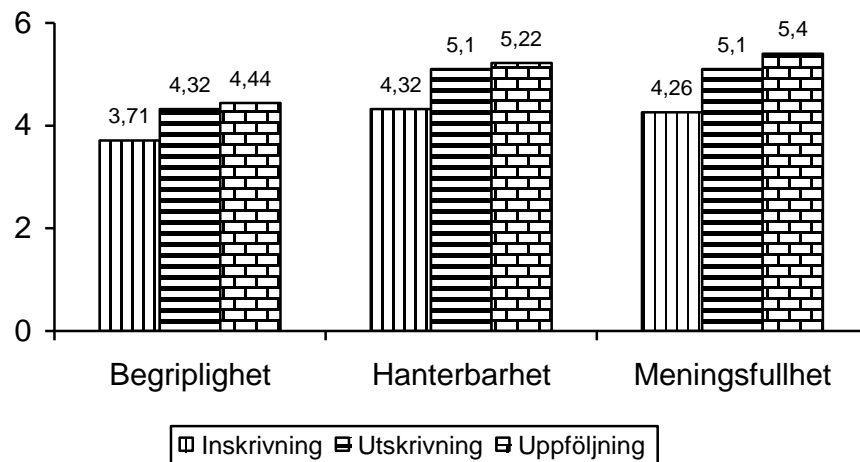
Det genomsnittliga totalvärdet för KASAM förbättrades från 118,04 (19,9) vid inskrivning till 138,2 (18,6) vid programmets avslutande och vidare till 144,6, (24,0) vid utvärderingen efter ett år. Dessa förändringar visas i Figur 1. Såväl förändringen under programtiden som förändringen under uppföljningsåret var statistiskt signifikanta.

Figur 1. Förändring av KASAM-värden; genomsnittvärden totalt (N=50)



Även genomsnittsvärden för de tre delskalorna förbättrades, som framgått av Tabell 10 (sid. 49), signifikant under programtiden. Också dessa värden fortsatte att förbättras under uppföljningstiden, dock inte på ett statistiskt signifikant sätt. Utvecklingen vad gäller delskalorna illustreras i Figur 2.

Figur 2. Förändring av KASAM-värden; delskalor (N=50)



Tabell 13 visar hur vanliga olika kombinationer av värden på de tre delskalorna ("Antonovskys dikotomi", se bilaga 7) är vid inskrivning, utskrivning och uppföljning. (Beteckningen "hög" anger för varje delskala värden på 4 eller högre och "låg" anger värden under 4; (jfr Not 1, sid 40).

**Tabell 13. Kombination av värden för begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (antal och %).**

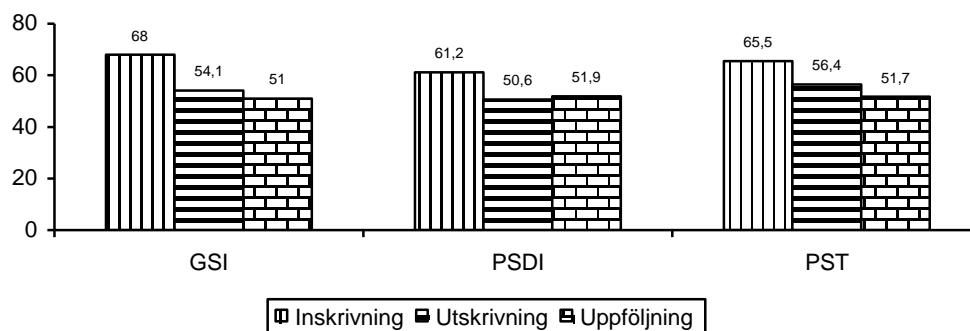
| Mönster:      | Inskrivning (n, %) | Utskrivning (n, %) | Uppföljning (n, %) |
|---------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1 Hög Hög Hög | 14 (28 %)          | 32 (64 %)          | 36 (74 %)          |
| 2 Låg Hög Hög | 12 (24 %)          | 10 (20 %)          | 7 (14 %)           |
| 3 Hög Låg Hög | 1 ( 2 %)           | 0                  | 0                  |
| 4 Låg Låg Hög | 3 ( 6 %)           | 1 ( 2 %)           | 1 ( 2 %)           |
| 5 Hög Hög Låg | 3 ( 6 %)           | 3 ( 6 %)           | 0                  |
| 6 Hög Låg Låg | 2 ( 4 %)           | 1 ( 2 %)           | 1 ( 2 %)           |
| 7 Låg Hög Låg | 6 (12 %)           | 1 ( 2 %)           | 2 ( 4 %)           |
| 8 Låg Låg Låg | 9 (18 %)           | 2 ( 4 %)           | 2 ( 4 %)           |
| Totalt        | 50 (100 %)         | 50 (100 %)         | 49 (100 %)         |

Som synes är den riktigt stora förändringen att antalet ungdomar med kombinationen hög begriplighet – hög hanterbarhet och hög meningsfullhet ökar kraftigt under programmet och sedan ytterligare något under uppföljningen. De mönster som minskar är framför allt mönstren 7 och 8. Också det kritiska mönster 2 minskar, men inte särskilt dramatiskt. Detta ger bilden av att gruppen som helhet har förbättrats.

### 6.5 Psykiatriska symptom (SCL-90)

Också för de olika måtten på psykiatriska symptom, som visade på signifikanta förbättringar under programtiden (jfr Tabell 11; sid 51), kunde en ytterligare förbättring konstateras vid uppföljningen efter ett år. Figur 3 visar hur genomsnittsvärdena för de sammanfattande måtten, GSI, PSDI och PST, förändrats över de tre mättillfällena.

Figur 3. Förändring av SCL-värden; sammanfattningsmått (N=50)



För Globalt svårighetsindex (GSI) och totalt antal positiva symptom (PST) finns en statistiskt signifikant förbättring såväl under programtiden som under uppföljningsåret.

För positivt symptomstörningsindex (PSDI) finns en statistiskt signifikant förbättring under programtiden, men en liten, icke statistiskt signifikant, försämring under uppföljningstiden.

Också vad gäller de olika delskalorna kunde en viss fortsatt förbättring noteras under uppföljningsåret:

- Värdet för somatisering förbättrades från 53,6 vid utskrivningstillfället till 50,9 vid uppföljningen efter ett år.
- Värdet för obsessiv-kompulsivitet förbättrades från 55,1 till 50,4.
- Värdet för mellanpersonell sensitivitet var 51,7 vid programslut och hade förbättrats till 49,7 vid uppföljningen.
- Värdet för depression förbättrades från 52,2 till 49,8.
- Värdet för ångest förbättrades från 53,6 till 52,1.
- Värdet för vrede förbättrades från 53,5 till 51,7.
- Värdet för fobisk ångest förbättrades från 55,0 till 51,0.
- Värdet för paranoidt tänkande förbättrades något från 53,8 till 52,6.
- Värdet för psykoticism förbättrades från 54,1 till 51,3. (Se bilaga 9, grafisk figur)

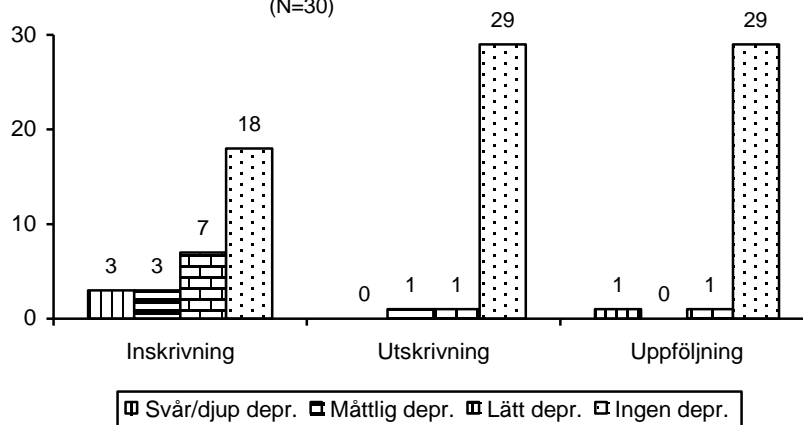


Förändringarna vad gäller somatisering, obsessiv-kompulsivitet, fobisk ångest och psykoticism var alla statistiskt signifikanta. Att ungdomarnas psykiska välbefinnande fortsatte att förbättras under uppföljningstiden illustreras också av att andelen ungdomar med värden under 50 i de olika delskalorna vid uppföljningen var ännu högre än vid utskrivningen. Vid utskrivningen varierade denna andel mellan 30 % (PTI) och över 50 % (fobisk ångest och PSDI). Vid uppföljningen varierade samma andel mellan 47 % (ångest, PSDI) och över 60 % (obsessiv kompulsivitet och depression).

### 6.6 Depressivitet (BDI)

Även testvärde för BDI hade förbättrats vid uppföljningstillfället, men denna förändring var endast marginell. Totalvärdet för BDI var vid programslut 6,6. Vid uppföljningen efter ett år var värdet 6,2, en förändring som inte är statistiskt signifikant. Om man ser till delvärden kan man konstatera att värdet för somatisk affekt minskade något från 2,5 till 2,1 och värdet för kognitiv affekt från 4,1 till 4,0. Det faktum att endast marginella förändringar skett under uppföljningstiden skall dock relateras till det faktum att relativt få ungdomar uppvisade några egentliga depressiva symptom vid inskrivningen och att mycket få gjorde det vid utskrivningen. Denna utveckling illustreras av Figur 4.

Figur 4. BDI, antal ungdomar med olika symptom vid tre mättillfällen (N=30)



Sammanfattningsvis visar ovanstående analyser att flertalet ungdomar inte bara förbättrat sin missbrukssituation utan också att deras psykiska välbefinnande förbättrats ytterligare under uppföljningstiden.

### **6.7 Ungdomarnas upplevelse av programmet efter ett år**

Vid utvärderingen ett år efter programmet fick, som framgått ovan, de 33 ungdomar som började i programmet efter oktober månad 2001 på en tiogradig skala skatta hur de upplevde sig ha blivit bemötta i programmet och om de fått den hjälp de sökte för. Genomsnittsvärdet för huruvida man ansåg sig ha fått adekvat hjälp var 7,26 och genomsnittsvärdet för bemötande 9,32. Även om dessa skattningar kan ha påverkats av en önskan att ge behandlarna ett positivt intryck (jfr. ovan sid. 28), indikerar det att flertalet ungdomar varit mycket nöjda med programmet.

En pojke svarade på frågan hur det var att träffa oss: ”Bra alltså, kul, först tyckte jag att ni bara snackade skit, men det gjorde ni ju inte”. På frågan om samtalen handlade om det han hade tänkt sig svarade han; ”Nej, men ändå till viss del, intressant.” På liknande sätt svarade flera av ungdomarna; de visste inte riktigt vad de förväntade sig, men de flesta tyckte att samtalen var bra och att de lärde sig mycket. I bilaga 8 återger vi, som en illustration till hur ungdomarna själva kunde se på programmet, ett personligt brev som vi fått från en av ungdomarna.

Vid den muntliga utvärderingen av vilka inslag i programmet man haft mest nytta av, var det vanligaste svaret faktainslagen; hur hjärnan påverkas och vad som händer fysiskt och psykiskt då man röker cannabis. Många ungdomar tyckte också att det var bra att ha lättillgängliga argument för att förhindra återfall, både för egen del och inför sina kamrater. Som en ungdom uttryckte saken var det viktigt att argumenten mot cannabis inför kamrater som rökte var enkla och konkreta, då de annars skulle ha svårt att förstå. På liknande sätt tyckte några att det var bra att lämna urinprov under programmet både för sin egen skull och också för att slippa argumentera med de kamrater som missbrukade. ”Jag lämnar pissprov på Maria”. Några vidare argument behövdes inte och de blev lämnade ifred.

Ungdomarna tyckte också att programmet innehöll en lagom avvägning mellan faktainslag och eget utrymme. Några ungdomar tyckte att det var bra med ett eget blädderblock genom hela programmet. Tidsmässigt tyckte de flesta att tre gånger/vecka var lagom, och att flera gånger per vecka skulle ha varit svårt att klara av med hänsyn till skolgång, praktik eller arbete.

## **7. VEM KLARAR SIG HUR?**

Ett av huvudsyftena med den undersökning som presenteras i föreliggande rapport har som framgång varit att få underlag för att utveckla och förbättra cannabisprogrammet. Vi har därför på olika sätt försökt få grepp om vad olika bakgrundserfarenheter kan ha betytt för hur olika ungdomar klarat sig i programmet och om det går att hitta några indikatorer på att det gått bättre för vissa ungdomar än för andra. I detta avsnitt redovisas resultaten av dessa analyser.

### **7.1 Tidig kontra sen cannabisdebut**

Enligt såväl våra egna erfarenheter som tidigare forskning (t ex Chen et al, 2005) är risken att utveckla ett beroende av cannabis större ju tidigare debuten sker. Enligt Chen med kolleger är risken särskilt stor för ungdomar som debuterar mellan 11 – 13 år, men fortfarande hög vid debut upp till 15 års ålder. Som framgått ovan var genomsnittsåldern för cannabisdebuten för de ungdomar som genomgått programmet 14,2 år. Vi vet också att många ungdomar debuterar i missbruk under sommarlovet mellan 8:an och 9:an. Vi har därför valt att undersöka om de ungdomar som debuterat med cannabis före 14 års ålder skiljer sig från dem som debuterat senare med avseende på levnadssituation och välbefinnande vid inskrivningen i programmet och med avseende på hur det gått vid uppföljningen.

Totalt 16 ungdomar (32 %), varav en flicka, hade debuterat med cannabis innan de fyllt 14 år. Av de 25 ungdomar som avbröt programmet var det bara två ( 8 %), varav en flicka och en pojke, som debuterat innan de fyllt 14 år. Detta ligger i linje med det ovan redovisade faktum att avhopparna missbrukat regelbundet kortare tid än de ungdomar som fullföljde programmet.

De ungdomar som debuterat tidigt med cannabis hade i genomsnitt gjort det vid 12,6 års ålder, och hade rökt cannabis i genomsnitt i 4,6 år, att jämföra med 14,9 års ålder respektive 3,1 år för de ungdomar som debuterat senare. De ungdomar som debuterat tidigt med cannabis hade dessutom använt ecstasy och bensodiazepiner för första gången vid signifikant lägre ålder än ungdomarna med senare cannabisdebut. Dessutom hade de tidiga debutanterna signifikant oftare va-

rit med om narkomanvård innan de började i cannabisprogrammet, var signifikant oftare dömda och hade signifikant oftare kontakt med socialtjänsten, som också oftare hade initierat kontakten med cannabisprogrammet. Gruppen med tidig debut i cannabismissbruk innehöll samtidigt färre ungdomar med alkoholproblem än gruppen med senare debut (18 % vs 56 %) och färre som fick antabus under cannabisprogrammet (20 % vs 44 %). Båda de senare skillnaderna var statistiskt signifikanta.

Ungdomarna med tidig cannabisdebut hade oftare än övriga, hel-svensk bakgrund (ej signifikant) och oftare fäder med egna missbruksproblem (signifikant).

Vad gäller testvärdena för KASAM, SCL-90 och BDI hade ungdomarna med tidig cannabisdebut, möjligen något förvånande, i flera avseenden bättre värden än ungdomarna med senare debut.

Ungdomarna med tidig debut hade i KASAM högre totalvärde (121,4 jämfört med 116,4) och högre värde för begriplighet (4,0 vs.3,6) än ungdomarna med senare debut. Endast den sistnämnda skillnaden var dock statistiskt signifikant. De tidiga debutanterna hade också genomgående färre symptom på psykiska problem enligt SCL-90 än ungdomarna med senare debut. Endast skillnaderna vad gäller obsessiv-kompulsivitet, psykoticism och totalantalet symptom (PST) var dock statistiskt signifikanta. De ungdomar som debuterade tidigt hade slutligen också bättre BDI-värden än ungdomarna med senare debut. Här låg värdena signifikant lägre för den förstnämnda gruppen såväl vad gäller kognitiv och somatisk affekt som vad gäller antal symptom och totalvärdet för depression. I princip indikerar resultaten här att gruppen med tidig debut inte hade några tecken på depression då de började i programmet. Ungdomar med tidig debut hade också skattat sin livssituation signifikant högre än ungdomarna med senare debut (6,3 jämfört med 4,9). Samtidigt skattade de relationen till syskon som signifikant sämre.

Om man ser till situationen vid utskrivningen från programmet visar det sig att det inte längre finns några statistiskt signifikanta skillnader mellan ungdomar med tidig och sen debut när det gäller de olika måt-

ten på psykiskt välbefinnande. Visserligen har såväl ungdomarna med tidig debut som ungdomarna med senare debut förbättrats i de flesta avseenden under programtiden. Förbättringen har dock varit större för gruppen med sen debut, som i princip förbättrats signifikant i alla de avseenden vi undersökt. Vad gäller gruppen med tidig debut är förbättringarna under programtiden vad gäller skattning av den totala livssituationen samt vad gäller fobisk ångest och psykoticism enligt SCL-90 inte statistiskt signifikanta.

Om man slutligen ser till situationen vid uppföljningen kan man se att endast åtta (50 %) av ungdomarna med tidig debut lyckats upphöra med sitt cannabissmissbruk, att jämföra med tjugo (61 %) av ungdomarna med senare debut. Skillnaden är dock inte statistiskt signifikant. Vad gäller det psykiska välbefinnandet har båda grupperna i flera avseenden förbättrats ytterligare något under uppföljningstiden, men det finns inte heller här några statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna.

Sammantaget tycks alltså ungdomar med tidig debut i cannabissmissbruk, trots en något större social belastning, ha mått något bättre, psykiskt och fysiskt, vid programstarten än ungdomar med senare debut. Samtidigt tycks de, även om dessa skillnader inte är statistiskt signifikanta, i genomsnitt ha tagit något mindre intryck av programmet och i något lägre grad ha lyckats avhålla sig från cannabis efter programmet.

## **7.2 Vilka får återfall i programmet**

Vi har också velat ta reda på vilka ungdomar som får fler än ett återfall i programmet. Ett återfall i programmet ser vi som en naturlig del i processen och vi har också en bearbetning av detta inbakat i programmets struktur, medan risken för fortsatt missbruk är stor vid flera återfall.

20 ungdomar hade återfall under cannabisprogrammet. Tretton av dessa hade mer än ett återfall. Endast en ( 8 %) av dessa ungdomar hade börjat i programmet utifrån eget önskemål, att jämföra med tio (27 %) av de ungdomar som avhöll sig från narkotika under programtiden eller hade högst ett återfall.

Vad gäller bakgrund och social situation fanns inga signifikanta skillnader mellan de ungdomar som hade fler återfall under programmet och övriga. Inte heller fanns det några större skillnader mellan de två grupperna vad gäller tidigare narkotikabruk. Såväl debutåldern för cannabis som antalet år man rökt cannabis var således ungefär desamma. Dock hade gruppen med fler än ett återfall rökt cannabis regelbundet under längre tid (i genomsnitt 3,9 år) än gruppen som helhet (i genomsnitt 2,4 år).

Dessutom hade sju (53 %) av ungdomarna med fler än ett återfall, problem med alkoholen, att jämföra med åtta (22 %) av de ungdomar som haft högst ett återfall. Denna skillnad är statistiskt signifikant ( $p=.01$ ). Endast två av de tretton ungdomarna hade tagit Antabus under programmet.

Testresultaten för KASAM, SCL-90 och BDI visade inga större skillnader mellan de två grupperna förutom att gruppen med fler än ett återfall hade bättre värde för begriplighet i KASAM än övriga (4,0 vs 3,6;  $p=.06$ ) och också något högre totalvärde (124,5 vs 115,8; ej statistiskt signifikant).

En möjlig sammanfattande tolkning av dessa resultat är att de ungdomar som hade svårt att hålla sig missbruksfria under programmet hade en svårare beroendeproblematik och drogpåverkan hade blivit ett normaltillstånd som gjorde att de fungerade bättre, varför de hade svårare att avhålla sig från cannabisrökningen och såg inte lika allvarligt på återfall som den övriga gruppen.

### **7.3 Vilka får återfall efter programmet**

Som framgått ovan (sid 57) hade 17 ungdomar (35 %) inte haft något återfall under uppföljningsåret, 16 ungdomar (33 %) hade haft ett kortare återfall, medan återstående 16 (33 %) inte upphört med sitt cannabismissbruk. Eftersom vi menar att ett enstaka återfall kan ses som ett farväl till drogen och att det därefter oftast inte finns någon längtan efter drogen kvar, har vi i det följande jämfört de ungdomar som vid uppföljningen hade ett fortsatt cannabismissbruk med övriga.

Om vi ser till ungdomarnas psykiska och sociala välbefinnande vid **uppföljningen** finner vi flera skillnader mellan de ungdomar som upphört med sitt missbruk och de som inte gjort det. Sålunda uppvisade de ungdomar som upphört med sitt missbruk ett signifikant högre totalt KASAM-värde och signifikant högre värden för hanterbarhet och meningsfullhet än de ungdomar som inte upphört med sitt missbruk. På samma sätt uppvisade de signifikant färre symptom på obsessiv-kompulsivitet, och fobisk ångest enligt SCL-90, samt signifikant lägre värden på de två indexmåten GSI och PST. Dessutom skattade de ungdomar som upphört med sitt missbruk sin livssituation som signifikant bättre. Även i övriga avseenden bedömde de ungdomar som upphört med sitt missbruk sin situation som bättre än de ungdomar som inte slutat med narkotika, även om dessa skillnader inte var signifikanta. Det är alltså tydligt att ett lyckat utfall i missbrukshänsende gått hand i hand med en klar förbättring av ungdomarnas fysiska och psykiska välbefinnande.

Om vi ser till vilka förhållanden vid **inskrivningen** som skulle ha kunnat förutsäga återfall i missbruk efter programmet finner vi relativt få tydliga indikatorer. Vad gäller bakgrund och livssituation finns en tendens att de ungdomar som upphört med missbruket oftare än de som återföll bött med båda sina föräldrar (42 % vs 25 %), men denna skillnad är inte signifikant. Om vi ser till tidigare missbruk finner vi att de ungdomar som återföll oftare än de som upphört med sitt missbruk, någon gång hade använt amfetamin (89 % vs 64 %) och ecstasy (94 % vs 62 %). Dessa skillnader är statistiskt signifikanta, men det bör samtidigt noteras att de i båda grupperna i flertalet fall rör sig om ett tillfälligt bruk av dessa preparat.

Vad gäller de olika indikationerna på psykiskt välbefinnande finns en tendens att de ungdomar som upphört med sitt missbruk i högre grad än dem som inte gjort det hade en god relation till modern, hade högre total "känsla av sammanhang", uppvisade lägre kognitiv affekt på BDI och hade färre symptom på psykiska problem enligt SCL-90. Inga av dessa skillnader var dock statistiskt signifikanta.

Analysen visar dessutom att de ungdomar som återfallit i missbruk i jämförelse med dem som slutat, i större utsträckning haft alkoholpro-



blem före inskrivningen (47 % vs 21 %), en skillnad som är statistiskt signifikant. Femton ungdomar hade problem med alkohol vid programstart. Av dessa hade åtta (53 %) ett fortsatt missbruk av cannabis vid uppföljningen. Av de som inte hade alkoholproblem vid programstart hade enbart nio (26 %) ett cannabismissbruk vid uppföljningen. Om man adderar cannabismissbruk och alkoholproblem vid uppföljningen för de som hade alkoholproblem vid programstart så visar det att elva (73 %) har fortsatt problem vid uppföljningen, att jämföra med tio (29 %) av dem som ej hade alkoholproblem. Programmet är designat för den kognitiva dysfunktion som cannabisrökare uppvisar. Det är tydligt att det måste läggas till tekniker som stävjar fortsatt alkoholmissbruk.

Om det således inte är särskilt lätt att prognosticera utfallet utifrån ungdomarnas situation och välbefinnande vid inskrivning, ger situationen vid **utskrivningen** fler indikationer på hur behandlingen utfallit på längre sikt. De ungdomar som vid uppföljningen upphört med sitt missbruk uppvisade således vid utskrivningen tämligen genomgående bättre värden i de olika måtten på detta än de ungdomar som sedermera inte upphörde med sitt missbruk. Statistiskt signifikanta skillnader fanns vad gäller delskalan hanterbarhet i KASAM (5,2 vs 4,7), samt depression (49,8 vs 56,6), ångest (51,8 vs 57,2) och PSDI (49,1 vs 53,4) i SCL-90. Ovanstående indikerar att ungdomar med höga testvärden vid utskrivningstillfället på ångest och depression i SCL-90, bör ges möjlighet till fortsatta terapeutiska insatser för att bearbeta dessa resttillstånd.

## 8 DISKUSSION OCH SLUTSATSER

### 8.1 Sammanfattning

De ungdomar som började i Maria Ungdoms cannabisprogram hade ett långvarigt, massivt missbruk av cannabis och oftast, fast i mindre omfattning, av andra droger. Majoriteten hade rökt cannabis i sådan omfattning att deras kognitiva funktioner påverkats och det var oftast av denna anledning de ville upphöra med sitt missbruk. Många hade gjort tidigare försök att sluta och lyckats upphöra med andra droger, men erfarit att det varit långt svårare att upphöra med cannabismissbruket. De var samtliga motiverade att upphöra med sitt missbruk och försökte trappa ner innan programstart, vilket några lyckades med. Emellertid var samtliga mer eller mindre nedstämda och oroliga dels på grund av drogens påverkan, men också på grund av oron över vad det skulle innebära för dem, fysiskt, psykiskt och socialt, att sluta använda cannabis. Att ungdomarna, i olika utsträckning och på olika sätt, fungerat sämre än vad som kan betraktas som normalt i kognitivt och socialt avseende, och haft mer eller mindre konfliktfyllda relationer med sina närmaste, bekräftas också av de redovisade testvärdena.

Det kan vara lätt att uppfatta cannabisrökare som en homogen grupp av ungdomar med ganska likartade egenskaper och problem. I många avseenden tedde sig också ungdomarna, i början av vår kontakt med dem, ganska lika varandra, men ju längre tid de lade mellan sig och missbruket desto tydligare blev deras personligheter och särdrag. Redan efter några veckor började de må bättre; olusten, som satt som en klåda i kroppen, började klinga av och de uppmärksammade tacksamt att de började få bättre kontroll över sina liv. För det stora flertalet ungdomar visade också de tester ungdomarna gjorde vid programmets slut i det närmaste normala värden. Dessutom hade deras relationer till anhöriga förbättrats avsevärt och de konflikter de haft med sina föräldrar hade i det närmaste upphört.

Vid uppföljningen efter ett år var två tredjedelar av ungdomarna fria från sitt cannabismissbruk och annan narkotika. Vid mötet var ungdomarna angelägna om att visa att det gått bra för dem; många arbe-

tade, några hade fått egen lägenhet, några bodde tillsammans med flickvän och flera hade börjat ta körkort. Testerna de gjorde vid uppföljningen visade på fortsatt goda och i flera fall förbättrade värden, något som indikerar att programmet haft bestående effekter.

Emellertid lyckades en tredjedel av ungdomarna inte upphöra med sitt missbruk. Dessa ungdomar hade före inskrivningen oftare än övriga haft alkoholproblem och oftare använt amfetamin. Samtidigt hade de i lägre grad än övriga använt antabus under programtiden. De hade också i högre grad än övriga haft mer än ett återfall i cannabissmissbruk under programtiden och uppvisade i testerna vid utskrivningen sämre psykosociala värden än övriga.

Ungefär hälften av de ungdomar som inte lyckades upphöra med sitt missbruk var vid uppföljningen placerade på behandlingshem. Många av dessa ungdomar uppgav att programmet trots allt för dem hade fungerat som en del i processen att bli drogfri och att de tillgodogjort sig behandlingen på behandlingshemmet på ett bättre sätt tack vare att de genomgått programmet.

## **8.2 Några personliga reflektioner från behandlarna**

Vi har nu arbetat med ungdomar i cannabisprogrammet i mer än fem år. Programmet har ändrats något över tiden, något har lagts till och något har tagits bort. Vi har blivit mer flexibla i mötet med varje enskild ungdom, men grundstrukturen är oförändrad.

Det har varit stimulerande och positivt att arbeta med motiverade ungdomar. Framför allt har det varit roligt att följa de förändringar som ungdomarna genomgått från första gången vi träffade dem fram till uppföljningen efter ett år. Det har också varit spännande att följa de olika testresultaten från inskrivnings-, avslutnings- och uppföljnings-tillfället, som har visat värden långt över förväntan.

Vi har ibland varit tveksamma att erbjuda en del ungdomar plats i programmet, då vår bedömning har varit att de har haft liten möjlighet att tillgodogöra sig programmet på grund av ett alltför avancerat missbruk med för många tidigare misslyckanden, dålig motivation och dåliga sociala skyddsfaktorer. Trots detta har några av dessa ungdomar

mar, ibland utifrån egna men oftast utifrån socialtjänstens önskemål, börjat i cannabisprogrammet. Programmet har då kunnat fungera som ett sorteringsinstrument. Vi har snabbt kunnat se en ungdoms olika svårigheter och behov genom den täta kontakten. På grund av att programmet varit tydligt, har också ungdomarna kunnat se vad han/hon klarar av och inte klarar av och blivit medvetna om att han/hon kanske behöver mer hjälp än vad ett öppenvårdsprogram kan erbjuda. På så sätt har de blivit delaktig i den vidare behandlingsplaneringen där ibland en placering blivit aktuell

Även om det är personalkrävande att vara två behandlare i programmet tycker vi att det ger många fördelar. Det ger oss behandlare en frihet och trygghet att veta att programmet fortlöper, även om någon av oss skulle vara frånvarande utifrån någon inplanerad eller oförutsedd händelse. Vi har aldrig behövt ställa in något samtal. Efter informationssamtalen gör vi också en bedömning av vem av oss som är mest lämplig och passar bäst att leda programmet för varje enskild ungdom. Även om det inte alltid är möjligt, tycker vi att det är en klar fördel med en manlig och en kvinnlig behandlare för ungdomen att spegla sig i. Det ger en speciell dynamik i samtalen. Framför allt är det viktigt med en manlig behandlare då pojkarna ofta har en frånvarande fader. Det har också givit oss en stor trygghet i behandlingsarbetet att kunna konsultera en psykiater och en psykolog vid behov.

### **8.2.1 Känsla av sammanhang**

Cannabisprogrammets uppläggnig har till stor del byggt på erfarenheten att ett avancerat cannabismissbruk påverkar de kognitiva funktionerna, inte minst minnet och förmågan att lösa vardagliga problem. Att många av ungdomarna mer eller mindre tappat kontrollen över sina liv och saknade någon starkare känsla av sammanhang framgick också av deras testvärden på KASAM när de började i programmet. Konkret tog detta sig uttryck i att många av de ungdomar vi mötte upplevde att hela deras tillvaro var kaotisk, något som gav dem svår ångest. Vanligt var att ungdomarna inte upplevde inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbara med en ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig information, utan snarare som ett kaotiskt,

oordnat, slumpmässigt, oväntat och oförklarligt ” Brus”. Denna brist på begriplighet, orsakad av cannabisrökningen och dess inverkan på hjärnans prefrontala funktioner, kompenserade ungdomarna genom att hitta olika strategier för att hantera sitt liv och göra bort sig så lite som möjligt. En cannabisrökare vet att han ” blir dum i huvudet” av att röka och att bland annat minnet försämras. Av denna anledning använde ungdomarna sig av olika tekniska hjälpmedel, som t ex påminnelser i mobiltelefonen eller tog hjälp av andra personer för att få sin tillvaro att fungera. De försökte hitta olika sätt att hantera sitt liv, men upplevde ändå på många sätt sin tillvaro som splittrad och svår att förstå.

För att avhjälpa dessa problem uppmanade vi under hela programmet ungdomarna att träna sina tankeförmågor genom att umgås och diskutera, spela spel, läsa böcker o.s.v. Vi bad dem också att försöka se om filmer de sett då de varit cannabispåverkade. De upptäckte då att filmerna gav en helt annan innebörd än vad de tidigare uppfattat. Successivt började ungdomarna genom sin drogfrihet och genom denna kognitiva träning, uppleva sina inre och yttre världar som mer förutsägbara och började så småningom få en tilltro till att saker och ting skulle kunna gå så bra som de rimligen kunde förvänta sig. De ungdomar som gick i skola märkte i allmänhet redan efter några veckor att det blev lättare att tänka, att minnet kom tillbaka och att de kunde koncentrera sig under lektionerna. En pojke sa förundrat att han kom ihåg vad han läst kvällen innan inför en skrivning. Flera ungdomar uppgav också att de tyckte sig ha blivit mer sociala. Till exempel märkte några ungdomar att släkträffar, som de tidigare haft svårt att klara av och som de helst undvikit, inte längre utgjorde några problem. De kunde sitta tillsammans vid matbordet och prata med flera samtidigt och de tyckte dessutom att det var trevligt. De ungdomar som hade upphört med sitt missbruk mådde nu bra och hade gått vidare i livet som vilka ungdomar som helst. Alla uttryckte en stolthet att de klarat av att bryta med sitt liv som missbrukare. De hade nu en erfarenhet som de inte delade med alla, men som i bästa fall givit dem en speciell mognad.

De noterade förbättringarna avspeglade sig också tydligt i KASAM-värdena som vid utskrivningen för flertalet närmast sig normalvärdena

och som vid tredje testtillfället ett år efter programslut låg klart inom normalzonen för de ungdomar som upphört med sitt missbruk.

### **8.2.2 Psykiskt välbefinnande**

Många av de ungdomar som började i programmet mådde till en början mycket dåligt både fysiskt och psykiskt. Detta visade sig också i värdena på SCL-90 som i många fall och i många avseenden låg klart under normalvärdena.

Konkret tog sig det bristande psykiska välbefinnandet uttryck i bland annat oro och olustkänslor. Många var också starkt misstänksamma och litade inte på någon, framför allt inte vuxna. Det var därför viktigt vid den första kontakten att vinna deras förtroende genom att vara klar och tydlig med hur vi skulle ”ha det” med varandra under programtiden. Misstänksamheten kunde också rikta sig mot den närmaste omgivningen, som familj eller kamrater. Några ungdomar fick t.ex. för sig att kamraterna pratade illa om dem och inte ville dem väl. En pojke berättade att han fick hörselhallucinationer under en bussfärd. Alla på bussen satt och pratade högt i negativa ordalag om honom. Sådana svårigheter att sortera bort ovidkommande stimuli är vanliga vid kronisk cannabispåverkan, och kan ses som en viktig förklaring till att många av ungdomarna hade svårt att lita på människor omkring sig och till och med upplevde paranoida föreställningar. Att cannabissmissbruket på detta sätt leder till en förlorad inre tankekontroll har visats också av t.ex. Solowij (1995), Eldreth (2004) och Pope (2001). Då första delen i programmet började närma sig sitt slut börjad misstänksamheten avta och en pojke kunde till och med skratta åt sina tidigare vanföreställningar. Vid uppföljningen efter ett år fanns inget av detta kvar och SCL-90:s delvärde för paranoidt tänkande hade normaliserats.

Många av ungdomarna var också när de började i programmet nedstämda och gav ett deprimerat intryck. Vi befarade att några ungdomar skulle utveckla en depression då de slutade med sitt cannabissmissbruk och att cannabissrökningen skulle visa sig ha varit en form av självmedicinering. Emellertid började de flesta må bra efter bara några veckor. En stor majoritet fick tillbaka sin livslust och många av dem

tyckte sig snart ha så mycket att ta igen att de hade svårt att få tiden att räcka till. Några ungdomar hade det dock svårare och upplevde under lång tid tristess och tomhetskänslor. De ungdomar som hade kvarstående höga värden på SCL-90:s symtomområden ångest och depression vid utskrivningen visade sig senare vid uppföljningen också ha haft svårt hålla sig drogfria och flera av dem hade återupptagit sitt cannabismissbruk. En avgörande faktor för ungdomarnas tillfrisknande uppfattar vi vara att de hittat sätt att fylla den tid de tidigare använt till sin cannabihantering med meningsfulla och stimulerande sysselsättningar.

I början av programmet hade ungdomarna vidare många fysiska besvär, vilket berodde på att THC-koncentrationen i kroppen minskade dramatiskt. De började nu känna olika kroppsliga symtom. Svettningar och insomningssvårigheter var något som de flesta ungdomarna drabbades av och upplevde som mycket obehagligt. Många ungdomar fick under abstinensen influensaliknande symtom med ömhet i kroppen, rinnsnuva och besvär från magen. Flera ungdomar fick också riktig influensa med feber. Detta kan bero på att det blev en stor omställning för kroppen, vilket kan innebära obalans för bland annat immunologiska funktioner. Många ungdomar hade första tiden oro för sina lungor och tyckte de hade svårt att andas och en del hade ont i hjärttrakten. Samtliga dessa besvär försvann under tiden de gick i programmet.

Vad vi som behandlare noterade var att i det närmaste samtliga ungdomar var bleka och gråa i ansiktet och blicken var flack då vi träffade dem inför programstart. Ofta var de också ”stumma” i kontakten. Efter bara några veckor fick de färg i ansiktet och mer levande blick och de fick en helt annan utstrålning och hållning. Detta fenomen tyckte vi som behandlare var härligt att se och det blev vår belöning.

### **8.2.3 Koncentrationssvårigheter**

Vid samtalen uppgav många av ungdomarna att de länge hade haft stora svårigheter med sin skolgång. De hade haft svårt att sitta still och koncentrera sig under lektionerna. De berättade också att de redan i lågstadiet varit skoltrötta. När de började röka cannabis upplevde de

för första gången ett inre lugn, som gjorde att skolan blev mer uthärdlig. Emellertid tog de negativa konsekvenserna med försämrade kognitiva funktioner efter några års cannabisrökning över och den positiva upplevelsen av att bli lugn minskade med tiden.

Några av dessa ungdomar hade utretts och fått diagnosen ADHD, men de flesta hade inte genomgått någon utredning även om några föräldrar hade haft aningar om att deras barns problematik kunde bero på sådana svårigheter. Två ungdomar genomgick en ADHD-utredning samtidigt som de var inne i ett avancerat cannabismissbruk, vilket borde ha påverkat testresultatet och därmed diagnosen. Det är viktigt att sådana utredningar utförs då de är drogfria för att få korrekta resultat.

Ungdomar med både lättare eller svårare koncentrationssvårigheter fungerade bra i cannabisprogrammet. Programmets tydliga struktur med givna rutiner hade en lugnande inverkan. (Jämför Gerland, 1996, som i sin bok "En riktig människa" framhåller att tydlighet och struktur underlättar livet för dem som har koncentrationssvårigheter.)

Vår iakttagelse är att ungdomar med koncentrationssvårigheter hade speciellt svårt att säga nej till cannabis och sina kamrater. De var mer lättledda och hade därigenom svårare att stå emot återfall. För några av dem gick det bra, men för flera var vi tvungna att avbryta programmet efter möte med hela nätverket och några av dessa ungdomar placerades på behandlingshem då de inte lyckades upphöra med sitt missbruk.

#### **8.2.4 Familjerelationer**

Flertalet ungdomar beskrev, när de började i programmet, sin relation till föräldrarna och framför allt till fadern som dålig. Efter genomgången program och en tids drogfrihet uppskattade de sina föräldrar, framför allt modern, betydligt mer. Denna förbättring kvarstod och hade förstärkts ytterligare något vid utvärderingen efter ett år. (se bilaga 8, brev från David). Detta tyder på att den främsta orsaken till familjekonflikterna har varit att cannabisrökningen påverkat och skärmat av ungdomarnas relation till sina familjer, vilket också verifieras av deras självrapportering.



Vår bild är att ungdomarnas relation till sina föräldrar under det senaste året eller åren innan de började i programmet hade varit fyllda av konflikter och besvikelser kring skolarbete, passa tider med mera, vilket oftast haft sin grund i cannabisrökningen. Många ungdomar hade också med cannabisrökningens hjälp vant sig vid att hålla föräldrarna på avstånd. De uppfattade sig som vuxna och ville bestämma själv och därmed hålla föräldrarna utanför. Många föräldrar tenderade att acceptera sitt minskade inflytande genom att hänvisa till att sonen/dottern var myndig eller nästan myndig och reducerade därmed sin möjlighet att ställa rimliga krav för vad som skall gälla om man lever under samma tak.

Både ungdomarna och föräldrarna var positiva till att programmet enbart vänder sig till ungdomarna. Föräldrarna tyckte att det var skönt att ”slippa” och att några andra tog över under en begränsad tid. Även om ungdomarna gick enskilt i programmet tror vi samtidigt att det var viktigt för föräldrarnas hierarkiska position i familjen att de var med vid något samtal i början av programmet för att godkänna och bekräfta sitt barns medverkan. Att frigöra sig är en kamp och då är det viktigt att relationerna inom familjen är klara. (Minuchin & Fishman, 1990.) Det var också viktigt att föräldrarna, som bjöds in vid programmets avslutning, i efterhand fick ta del av vad deras barn lärt sig i programmet. Att relationerna normaliserats visas också av att det efter programmets slut var få föräldrar och ungdomar som önskade fortsatta familjesamtal.

### **8.2.5 Kamratrelationer**

Kamrater är, på gott och ont, viktiga i tonårsperioden. Av redovisningen i det föregående har framgått att ungdomarna generellt bedömde sina kamratrelationer som goda, både före, under och efter programmet. Vad som framförallt förtjänar att understrykas är att många ungdomar vid uppföljningen till åtminstone någon del hade andra kamrater än de haft när de började programmet.

Att röka cannabis är ofta starkt kamratrelaterat; man röker tillsammans och man får en gemensam upplevelse. Gemenskapen uppstår också genom att man delar på kostnaden. Man turas om att köpa och

man köper och säljer till varandra. Finansieringen sker ibland genom kriminella handlingar, vilket också skapar stark gemenskap. (Garbarino, 2000)

För att klara av att upphöra med sitt cannabissmissbruk är det oftast nödvändigt att distansera sig från andra rökare för att minska risken för återfall. Många ungdomar som gick i programmet tröttnade på de kamrater som fortsatte att röka cannabis och sökte sig till andra, men för många ungdomar var det otänkbart att inte fortsätta att umgås med sina gamla ”rökkompisar”. Att säga nej både till cannabis och till sina kamrater var ”för mycket”. De ungdomar som bara hade kamrater som rökte cannabis fick det mycket svårare jämfört med dem som också hade kamrater som inte rökte. För att slippa bli helt ensamma valde de att fortsätta umgås med sina gamla kamrater och var ofta närvarande då de rökte och kunde ibland till och med hjälpa till att rulla en ”joint” åt andra utan att själv röka. Då kamraterna ifrågasatte deras drogfrihet var det viktigt för dem att ha tillgång till tydliga argument som de fått i programmet mot cannabisrökning för att få respekt för sitt beslut att upphöra med sitt missbruk. Emellertid blev situationen för många av dessa ungdomar i längden ohållbar. Ofta slutade det, efter några tillfällen av kortare återfall i cannabisrökningen, med att de återupptog sitt missbruk

### **8.2.6 Flickors och pojkars förhållande till cannabissmissbruk**

Endast en tiondel av de ungdomar som börjat i cannabisprogrammet är flickor. Vi har funderat över anledningen till att intensivt cannabisrökande tycks passa pojkar bättre än flickor och tycker oss se en skillnad i flickor och pojkars förväntningar på att påverkas av droger. Cannabis påverkar och försämrar tankeförmågan och planar ut känslolivet - man blir som många säger lugn och slipper tänka. Detta tycks vara något som många pojkar som röker cannabis uppskattar. Man får en tillhörighet och trygghet i sin kamratkrets, där man bekräftas utan de krav på närhet, som en relation med en partner oftast innebär. För många pojkar i puberteten kan det vara en befrielse att slippa tänka på flickor och sex. Cannabisrökningen ger pojkarna en skenbar möjlighet att frigöra sig och lämna sin familj och framför allt sin mamma; att känna

sig fri, uppleva sig oberoende, få sköta sig själv och i stället få samhörighet med sina kamrater (Haley, 1988). Cannabis ger en tydlig identitet. Det är första tanken då de vaknar på morgonen och sista innan de går och lägger sig. Att ha ett kroniskt cannabisberoende upptar all vaken tid med att planera, skaffa, ”meka” och röka. Cannabisrökningen ger en tydlig roll och en känsla av att vara speciell och unik.

Flickor söker inte bekräftelse på samma sätt som pojkar i ett stort gäng utan hellre i en nära relation till en väninna och helst med en pojkvän. (Av de fem flickorna som genomgick programmet hade två pojkvänner som båda rökte cannabis. Båda flickorna avslutade relationen vid programslut.) Cannabis är inte en relationsdrog utan snarare blir känslolivet utplanat. Flickor röker också cannabis, men det tycks ofta inte vara deras primärdrog, utan förefaller användas mer som ett komplement till andra droger, som amfetamin och ecstasy, som bättre kan tillfredställa vad de söker. Dessa droger, till skillnad mot cannabis, hjälper dem att hitta den de vill vara; självsäker, smal och snygg. (Hallén Hemb och Olsson, 2002). De flickor med ett massivt cannabismissbruk som vi träffade i programmet, upplevde att de tappat kontrollen över sina liv, vilket flickor tycks må mycket dåligt av. Även om dessa flickor var för få för att vi ska kunna dra säkra slutsatser upplever vi också att de hade lägre förväntningar än pojkarna på att saker och ting skulle gå bra för dem. De var också genomgående mer oroliga för att tappa fotfästet och bli psykotiska. En annan skillnad var att flickorna skattade sin relation till modern som sämre än relationen till fadern. Samtliga fem flickor var mycket besvikna och bittra mot sina mödrar som de inte ansåg vara trovärdiga förebilder, men alla gav uttryck för en stor saknad och hade fortfarande hopp om att de skulle kunna komma sina mammor närmare.

Flickorna återhämtade sig snabbt då cannabisen gått ur kroppen och de började få kognitiv kontroll över sin tillvaro. De fick då också oftast bättre relation till sin familj och spänningen i kontakten med föräldrarna minskade. Vid uppföljningen efter ett år hade relationen förbättrats ytterligare något, även om relationen till fadern fortfarande upplevdes som bättre än relationen till modern.

Slutligen kan nämnas att omkring en femtedel av de pojkar som genomgick cannabisprogrammet hade flickvän. Vad som var anmärkningsvärt var att dessa flickvänner inte själva rökte cannabis, utan istället ofta hade en omhändertagande roll. För de pojkar som hade flickvän, betydde hon mycket och förhållandet skattades i allmänhet mycket högt. Intressant nog var dock denna skattning vid programmet slut efter sex veckor något lägre, vilket kan bero på att pojkarna hade större krav på relationen och sin parter då de inte längre var påverkade av cannabis och därmed började fungera bättre

### **8.3 Vad kan förbättras?**

Utvärderingen har visat på några förhållanden som skiljer de ungdomar som haft svårt att på sikt upphöra med sitt cannabismissbruk från dem som det har gått bra för. En sådan faktor är att de utöver sitt cannabisbruk också ofta hade alkoholproblem innan de började i programmet. Då vi började med cannabisprogrammet år 2000 var antabusbehandling obligatoriskt, men från och med hösten 2001 blev antabus-behandlingen frivillig. Utvärderingen visar dock att de som hade antabusbehandling klarade sig bättre. Det finns flera tänkbara orsaker till detta. Bland annat har många ungdomar tagit återfall då de varit alkoholpåverkade, då omdömet och motivationen varit sämre. Vidare har de med alkoholens hjälp dämpat den oro och ångest som blir följden av att sluta röka cannabis, vilket i sin tur lett till att de kunnat undvika att bearbeta sina känslor och arbeta på en förbättring av sina kognitiva funktioner. Därmed har de inte heller kommit vidare i processen att bli drogfri. Utifrån detta tycker vi oss ha anledning att ånyo fundera på antabusbehandling under programmet. Även om sex veckor är en kort tid, får ungdomarna möjlighet att under denna tid lära känna sig själva helt opåverkade av droger.

Vidare visade det sig vid uppföljningen att de ungdomar som haft mer än ett återfall under programmet klarade sig sämre än de som varit avhållsamma eller bara haft något enstaka återfall. Detta pekar på att det i vissa fall finns anledning att förlänga programmet för att få en tillräckligt lång sammanhängande missbruksfri tid för att påverka och motivera dessa ungdomar till att för gott avhålla sig från cannabis.

Värdet av en sådan strategi indikeras av ett fall med en pojke som hade mer än fyra återfall under programmet och där vi förlängde detta till elva veckor. Hans mamma deltog också vid flera samtal. Vid uppföljningen efter ett år var denne pojke helt drogfri och det gick bra för honom i skolan och hans föräldrar var nöjda.

De ungdomar som inte hade förbättrades vid utskrivningen vad gäller SCL-90:s delvärden för ångest och depression klarade sig sämre och hade inte lyckats upphöra med sin cannabisrökning vid uppföljning efter ett år. Detta pekar på att man också i dessa fall kan behöva förlänga andra delen i programmet för att bearbeta dessa resttillstånd.

Vi har också några tankar om förändringar i programmet som mera utgår från våra personliga erfarenheter än från de resultat vi redovisat i det föregående. En sådan tanke rör stödkontakt efter programmet. Då vi tyckte att ett program på sex veckor i många fall var en för kort tid i förhållande till ungdomarnas långa missbrukskarriär la vi från och med hösten 2003 till sex obligatoriska stödveckor. Vi tror dock att även detta ibland kan vara för kort tid för att uppnå en bestående drogfrihet. För att hjälpa ungdomarna med resttillstånd som tomhetskänslor, nedstämdhet, ensamhet och osäkerhet samt omorientering till ett liv utan droger skulle förmodligen flera av dem behöva en längre tids individuell behandling, kanske kombinerad med familjebehandling. Emellertid tyckte de flesta, både ungdomar och föräldrar, att den kontakt de fått varit tillräcklig och familjerna ville oftast försöka klara sig själva, nu då ungdomen mådde så mycket bättre och situationen hemma så tydligt hade förbättrats. En tanke är dock att man för att stärka familjen skulle kunna erbjuda föräldrarna att gå i samtal samtidigt som deras son/dotter genomgår cannabisprogrammet.

Vi har också några funderingar kring efterkontakter på längre sikt. Vi har, eftersom vi har velat utvärdera programmet, följt upp ungdomarna efter ett år. Vi tror dock att uppföljningen också kan ha haft ett behandlingsvärde i sig. Det faktum att ungdomarna har vetat att vi kommer ta kontakt med dem för att höra hur det har gått, kan nog ibland ha hjälpt dem att vidmakthålla sin missbruksfrihet. Emellertid är ett år lång tid. Vi har därför haft funderingar på om vi mer i behand-

lingssyfte skall kontakta dem för uppföljning efter redan ett halvår, för att hålla cannabisprogrammet aktuellt och på så sätt få dem att fortsätta vara drogfria.

Slutligen finns skäl att ta upp att vi, utifrån de speciella kognitiva försämringar cannabismissbruket ger, har träffat varje ungdom enskilt, vilket är mycket tidskrävande. Behandling i grupp skulle kunna tillföra ungdomarna mycket när de har lämnat sitt cannabismissbruk och återerövat sina kognitiva förmågor. Under programmet har de, genom oss behandlare, fått ta del av alla de andra ungdomarnas erfarenheter, vilket har tydliggjort att deras upplevelser inte är unika utan normalt drabbar alla som har ett kroniskt cannabismissbruk, som de är på väg att lämna. Då ungdomarna nu är drogfria, har de större möjlighet att arbeta i grupp med återfallsprevention och stärka varandra i målsättningen att fortsätta vara drogfria. Kanske kan vi ha gruppverksamhet som ett frivilligt inslag i en tredje del av programmet efter de sex stödveckorna. Detta är något vi kommer att fundera vidare över.

#### **8.4 Alternativ till cannabisprogrammet**

Avslutningsvis kan det finnas skäl att kort diskutera hur cannabisprogrammet förhåller sig till de övriga vårdalternativ som finns för ungdomar med missbruksproblemet. Den stora majoriteten av Maria Ungdoms besökare är mycket unga, ofta inte mer än 14 – 15 år, och har ett jämförelsevis lindrigt missbruk av alkohol och/eller cannabis. Det rör sig till stor del om ungdomar som blivit föremål för en så kallad LOB (lag om omhändertagande av berusade personer) på sin kanske första fylla eller om föräldrar som kommer till Maria Ungdom med sin son eller dotter, då misstanke om missbruk uppkommit. Den vanligaste insatsen för dessa ungdomar är en kortare kontakt, omfattande 2 – 3 samtal, tillsammans med föräldrarna. I den andra änden av spektrat finns en mycket vårdkrävande grupp ungdomar med ett avancerat drogberoende och svår psykosocial problematik, som kan kräva mångårig behandlingskontakt oftast med familjeterapi.

När det gäller ungdomar, som relativt nyligen debuterat med cannabis och inte upplevt så många negativa konsekvenser av sitt missbruk, är vår erfarenhet, som framgått ovan, att de ofta inte riktigt kände igen

sig i cannabisprogrammet och ofta avbröt behandlingen i förtid. För dessa ungdomar tror vi att vårt kortprogram, som främst tar sikte på att ge föräldrarna kunskap för att hjälpa sina barn, är ett bra alternativ. Efter detta komprimerade cannabisprogram kan det vara lämpligt att ungdomen och föräldrarna fortsätter med samtal i en familjebehandling.

Flertalet av de ungdomar som börjar i cannabisprogrammet har emellertid ett manifest mångårigt missbruk av cannabis och har ofta även missbrukat andra droger, om än i mindre omfattning. De har också oftast haft en längre kontakt med familjesamtal på Maria Ungdom under något/några års tid, men har haft svårt att tillgodogöra sig denna behandlingsform, eftersom missbruket påverkat deras kognitiva förmågor. För dessa ungdomar, som för att klara av att upphöra med sitt missbruk, behöver ett eget utrymme och fokus enbart på sin missbrukssituation, tycker vi oss se att cannabisprogrammet varit det mest adekvata alternativet. I ett senare skede, då ungdomarnas cannabismissbruk har upphört, kan det vara lämpligt att återuppta familjesamtalen.

Samtidigt har vi sett att ungdomar med ett mycket avancerat missbruk och en mycket utsatt social situation ofta haft svårt att klara av cannabisprogrammet. Detta gäller t.ex. ett antal ungdomar, som under många år varit föremål för insatser från socialtjänsten och för vilka en placering på behandlingshem redan planerats, men som av socialtjänsten fick en ”sista chans” att försöka klara av att upphöra med sitt missbruk genom att börja i cannabisprogrammet. Genom de täta kontakter programmet innebär kunde vi i många av dessa fall ganska snabbt avgöra att en behandling i öppenvård inte skulle fungera. Vi kallade då till ett nätverksmöte med ungdomen, föräldrar och socialtjänsten, där vi delgav vår bedömning att behandlingshem vore ett bättre alternativ. Ofta hade då också ungdomen, genom de täta kontakter vi haft, insett att han var i behov av mer hjälp för att klara av att sluta med sitt missbruk och kände sig delaktig i planeringen. Vi har också genom utvärderingen sett att de ungdomar som hade ett mycket massivt och tungt cannabis- och sidomissbruk då de började i programmet hade svårare att lämna sitt missbruk. Hälften av dessa ung-

domar, som fortsatt med sitt missbruk efter programmet, visade sig vid uppföljningen ha placerats på behandlingshem eller i fängelse. Flertalet menade samtidigt att de hade kunnat ta tillvara vården på behandlingshemmet på ett bättre sätt genom sina kunskaper från det kognitiva programmet än vad de skulle ha gjort om de placerats direkt.

Då vi tittar i backspegeln kan vi alltså sammanfattningsvis se att cannabisprogrammet bäst har gagnat de ungdomar som har rökt cannabis ”lagom” mycket; inte för lite och inte för mycket. För ungdomar med ett lättare missbruk menar vi, som ovan framgått, att familjesamtal och/eller den komprimerade versionen av cannabisprogrammet är ett bättre alternativ. Ungdomar med en tyngre missbruksbild och som har få skyddsfaktorer, kan vara i behov av kompletterande insatser i form av ordnat boende samt meningsfull sysselsättning och fritid parallellt med cannabisprogrammet för att säkerställa drogfriheten. Vi tycker oss slutligen också se att en tids deltagande i cannabisprogrammet haft gynnsamma effekter också för de ungdomar som till slut kommit att placeras på behandlingshem. I cannabisprogrammet har de känt sig respektfullt behandlade och följaktligen mer delaktiga i placeringen än vad de skulle ha gjort utan att själva först ha fått en möjlighet att komma fram till vad de behövde för att vara drogfria, något som gissningsvis också påverkar utfallet av vården. Vi menar att också detta är erfarenheter som är viktiga att ta tillvara för framtiden.



## Referenser

- Anthony, J. och Helzer, J. (1991) Syndromes of drug abuse and dependence, I Robbins m fl (red.) *Psychiatric disorders in America*, New York: Free Press, ss 116-154.
- Anthony, J., Warner, L. och Kessler, R. (1994) Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2, 24-268.
- Antonovsky, A. (1991) *Hälsans Mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Azrin, N., Donohue, B., Besalel, V., Kogan, E. och Acierno, R. (1994) Youth drug abuse treatment: A controlled Outcome study. *Journal of child & adolescent Substance Abuse*, Vol 3(3) 1-16.
- Babor, T., Carrol, K., Christiansen, K., Kadden, R., Litt, M., Mcree, B., Miller, M., Roffman, R., Solowij, N., Steinberg, K., Stephens, R., Vendetti, J., Donaldson, J. och Herrel, J. (2003) Treatments for cannabis dependence. Brief Treatments for Cannabis Dependence: Findings from a Randomized Multi-Site Trial. *Journal of substance abuse treatment*, In press
- Beck, A.T. och R.T. (2001) *BDI Beck Depression Inventory, Manual Svensk version*. Stockholm: Psykologiförlaget AB
- Budney, A., Higgins, S., Radonovich, K., och Novy, P. Adding voucher-based incentives to coping-skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1051-1061.
- CAN, (2004) *Drogutvecklingen i Sverige –Rapport 2004*
- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R. och Stephens, R. (2001) A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 55-64.

Copeland, J., Swift, W. och Rees, V. (2001) Clinical profile of participants in a brief intervention program for cannabis use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, 45-52.

Dennis, M., Godley, S., Diamond, G., Tims, F., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N. och Funk, R. (2003) The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main Findings from Two Randomized Trials. *Journal of substance abuse treatment*, Oct;27(3):197-213.

Derogatis, L. och Cleary, P. (1977) Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology* 33, 981-989

Eldreth, D.A., Matochik, J.A., Cadet, J.L. och Bolla K.I. (2004) Abnormal brain activity in prefrontal brain regions in abstinent marijuana users. *Neuroimage*, 23(3), 914-920.

Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. och Malling Andersen S. (2002) *Symptoms Checklist 90, Svensk Normering, Standardisering och validering av Symtomskalan*. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse, SiS.

Garbarino, J.(2000) *Pojkar som gått vilse*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa

Gerland, G, (1996), *En riktig människa*: Stockholm: Bokförlaget Cura AB.

Gorski, T och Miller M, (1999), *Vid sunda vätskor*. Täby: Larsons Förlag

Haley, J.(1988) *Flytta hemifrån*. Stockholm: Natur och Kultur.

Hall, W., Solowij, N.och Lemon, J. (1994) The health and psychological consequences of cannabis use. *National Drug Strategy Monograph No 25*. Canberra: Australian government Publication Services.

Hallén Hemb, A. och Olsson, P., (2002) *Om unga kvinnor och unga män i missbruksbehandling*: FoU i väst: Rapport 3:2002

Hansson, K och Olsson M, (2001), Känsla av sammanhang – ett mänskligt strävande: *Nordisk psykologi*, 53(3), 238 –255.

Hengeler, S., Borduin, C., Melton, G., Mann, B., Smith, L., Hall, J., Cone, L. och Fucci, B. (1991) Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders: a progress report from two outcome studies. *Fam. Dynamics Addict Q.*, 1(3), 40-51, Aspen Publishers Inc.

Joanning, H., Quin, W., Thomas, T. och Mullen, R. (1992) Treating adolescent drug abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education. *Journal of Marital and family Therapy*, Vol. 18, No 4, 345-356.

Kandel, D., Chen, K., Warner, A., Kessler, C. och Grant, B. (1997): Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. *Drug and Alcohol Dependence*, 44, 1-29.

Kandel, D. och Davies, M. (1992) Progression to regular marijuana involvement: phenomenology and risk factors of near daily use. I Glantz (red.). *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington, DC: American Psychological Association, 221-253.

Lewis, R., Piercy, F., Sprenkle, D. och Trepper, T. (1990) Family-Based Interventions for Helping Drug-Abusing Adolescents. *Journal of Adolescents Research*, Vol. 5 No. 1, 82-95.

Lundqvist, T och Ericsson D, (1988), *Vägen ut ur haschmissbruket*. Lund: Studentlitteratur.

Lundqvist, T. (1995) Chronic cannabis use and the sense of coherence. *Life Sciences*, Vol 56 (23/24), 2145-2150.

Lundqvist, T.: (1995). Specific thought patterns in chronic cannabis smokers observed during treatment. *Life Sciences*, Vol. 56 (23/24), 2141-2144, 1995.

Lundqvist, T. (2003) *Rapport om cannabismissbrukare i Sverige*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Minuchin, S. och Fishman, H. C., (1990) *Livets dans*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Nahas, G. (1981) *Hasch och Marijuana*. Stockholm: P A Norstedt och Söners Förlag.

Pope, H.G. Jr, Gruber, A.J., Hudson, J.I., Huestis, M.A. och Yurgelun-Todd, D. (2001) Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Arch. Gen. Psychiatry*, 58(10), 909-15.

Ramström, J. (2004) *Skador av hasch och marijuana*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Sandahl, C., Birgersson, E., Armelius, B.-A., Fridell, M. och Segraeus, V. (1998), *BIB, Bedömningsinstrument inom behandling och forskning*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS

SBU (2001): *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad sammanställning*. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering.

Solowij N., Michie, P.T. och Fox, A.M. (1995) Differential impairments of selective attention due to frequency and duration of cannabis use. *Biol. Psychiatry*, 37, 731-739.

Stephens, R., Wertz, J. och Roffman, R. (1993) Predictors of marijuana treatment outcomes: the roles of self efficacy. *Journal of Substance Abuse*, 5, 341-353.

Stephens, R., Roffman, R. och Curtin, L.(2000) Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 68, No. 5, 898-908.

Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A., Foote, F., Santisteban, D. och Hervis, O. (1998) Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 56, No. 4, 552-557.

[www.droginform.com](http://www.droginform.com)

[www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov)

## Maria Ungdoms cannabisprogram

### Kontrakt

- Drogfrihet gäller under programmet.
- Cannabisprogrammet pågår under minst 6 veckor med regelbundna samtal 3 ggr/vecka.
- + 6 veckors stödkontakt med samtal 1 gång/vecka
- Om man uteblir 2 – 3 ggr utan att meddela sig, kallar vi till möte med föräldrar och ev socialtjänst och programmet kan avbrytas.
- Urinprov för drogkontroll under hela programmet.
- Antabusbehandling erbjuds under programmet.
- Vid behov kan familj, socialtjänst och övrigt nätverk kallas till extra möte.

Härmed intygar jag att jag har fått tillräcklig information och har möjlighet att genomföra detta program.

Stockholm den .....

Ungdom .....

Föräldrar .....

.....  
Socialtjänst

## Bilaga 2

### Manual - Maria Ungdoms cannabisprogram

#### Målgrupp:

Ungdomar med dagligt och mångårigt cannabismissbruk, som vill sluta och är motiverade till behandling.

#### Förutsättningar:

Ungdomen skriver på kontrakt om han önskar börja i programmet. Drogfrihet under hela programmet. Familjemedverkan innan programmet, i tredje veckan och efter programmet. Sex veckors program indelat i tre faser med fysisk, psykisk och social inriktning. Samtal tre ggr/vecka. Hemuppgifter ingår. Varje klient har eget blädderblock. Urinprov under hela programmet 1 – 2 ggr/vecka. Stödkontakt sex veckor, en gång/vecka efter programmet. Vid eventuellt återfall gå igenom återfallsprocessen.

#### Inför varje veckohelg

- Sammanfattning av veckan.
- Planera helgen

#### Samtal 1

THC- och ångestkurvan. Informera om cannabis. Informera om fysiska avtändningssymtom.  
Tester: KASAM, SCL-90 och BDI samt skalfrågor ang relationer

#### Samtal 2

Kommentera testsvaren.  
Positivt och negativ med cannabisrökning?  
Varför sluta nu? Vad behöver du?

#### Samtal 3

Cannabisruset; akut fas

#### Samtal 4

Kroniska cannabispåverkan

#### Samtal 5

De sju tankeförmågorna

#### Samtal 6

Cannabismönstret

#### Samtal 7

Droginventering

#### Samtal 8

Sociogram

#### Samtal 9

Livslinjen

#### Samtal 10 (eller när det är lämpligt)

Samtal med klient och föräldrar.

#### Samtal 11

Avslappningsövning  
Samtal och övningsuppgifter kring känslor.

#### Samtal 12

Fortsatta samtal kring känslor.  
Skuld och skam

#### Samtal 13

Normer och värderingar – Beteende – Missbruk

#### Samtal 14

Juharifönstret /eller något annat som är lämpligare

#### Samtal 15

Återfallsprocessen

#### Samtal 16

Fortsättning på återfallsprocessen  
Tester: KASAM, SCL-90, BDI samt skalfrågor

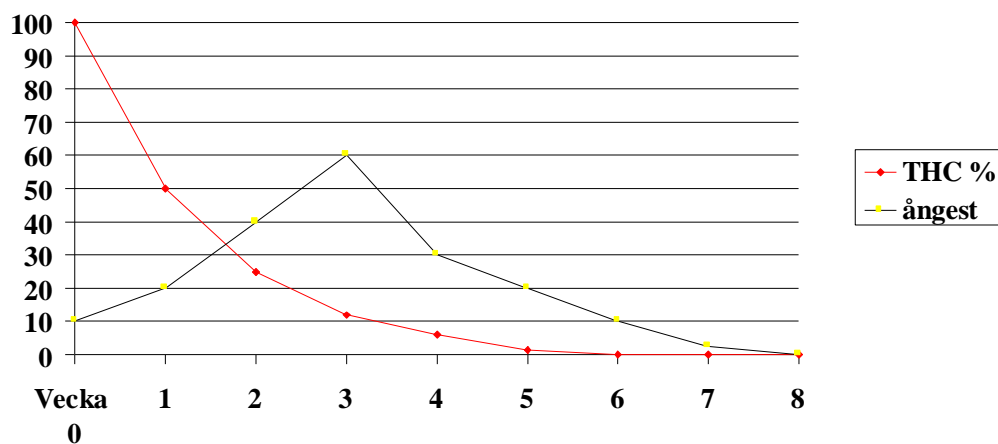
#### Samtal 17

Gå igenom testerna.  
Gå igenom blädderblocket, repetera och bestämma vad som skall visas vid avslut.

#### Samtal 18; avslutning

Visa blädderblocket för familj och ev soc-tj och andra.  
Påminna om utvärdering.  
DIPLOM

## THC- och ångestkurva



THC har en halveringstid på ungefär 5 – 6 dagar, vilket innebär att det tar flera veckor innan drogfrihet uppnås. Efter cirka 2 – 3 veckor, då THC-koncentrationen påtagligt har minskat, upplever missbrukaren svår abstinens i form av olust och ångest, som minskar successivt enligt ångestkurvan.

**Maria Ungdoms cannabisprogram –  
skalfrågor ang livssituation och relationer**

Namn.....

Datum .....

*(Skalfråga = 1 mycket dåligt, 10 kan inte vara bättre.)*

**Hur bedömer du din livssituation på en skala från 1 – 10 .....**

**Hur är din relation till din mamma .....**

**Hur är din relation till din pappa .....**

**Hur är din relation till eventuella syskon .....**

**Hur är din relation till din närmaste kamrat/kamrater .....**

**Hur är din relation till din eventuella pojk-/flickvän .....**



**BAKGRUNDSDATA; beskrivning av klient i Cannabisprojekt**

Klient

Datum för programstart:

Uppgiftslämnare?

Kön?

Ålder?

Medborgarskap?

Födelseland?

Moderns födelseland?

Faderns födelseland?

Vem är främsta initiativtagaren/anmälan till kontakten?

|                           |          |      |     |
|---------------------------|----------|------|-----|
| Famil-<br>jebak-<br>grund | missbruk | psyk | död |
| Moder                     |          |      |     |
| Fader                     |          |      |     |
| annat                     |          |      |     |
|                           |          |      |     |

**Vilken har din huvudsakliga boendefrom varit?**

Senaste 6 månaderna?

Senaste 30 dagarna?

- 1.Egen bostad, 2.Andra hand/inneboende/boendekollektiv/studentbostad, 3.Försöks-/träninglägenhet, 4.Institution, 5.Familjevård, 6.Fängelse/häkte, 7.Hotell, 8.Hos båda föräldrar, 9 Hos moder. 10 Hos fader. 11.Hos släktingar, 12.Bostadslös, 13.Annan boendeform, 14 Okänt.

**Vilken har din huvudsakliga levnadsform varit?**

Senaste 6 månaderna?

Senaste 30 dagarna?

- 1.Ensamlevande, 2.Ensamstående med barn, 3.Samlevande med partner men ej med barn, 4.Samlevande med partner och barn, 5.Samlevande med förälder/släkting, 6.Samlevande med vänner, 7.Annan boendeform, 8.Okänt.

## forts bilaga 5

Hur många barn har du?

Vilken är din högsta utbildningsnivå?

1. Ej fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande, 2. Fullföljd folkskola/grundskola eller motsvarande, 3. Fullföljt gymnasium, fackskola eller motsvarande, 4. Fullföljt eftergymnasial utbildning/högskola, 5. Okänt

Vilken är din huvudsakliga försörjning?

Senaste 6 månaderna?

Senaste 30 dagarna?

1. Lön/inkomst av eget arbete, 2. AMS-bidrag, 3. Arbetslöshetsersättning, 4. Sjukpenning, 5. Sjukbidrag, 6. Ålderspension, 7. Förtidspension, 8. Socialbidrag, 9. Studiebidrag/studiemedel, 10. Föräldrapenning, 11. Försörjd av förälder/anhörig, 12. Kriminalitet, 13. Annat försörjningssätt, 14. Okänt.

Vilken har varit din huvudsakliga sysselsättning?

Senaste 6 månaderna?

Senaste 30 dagarna?

1. Arbete, 2. Studier, 3. Pensionär, 4. Föräldraledig, 5. Arbetslös, 6. Kriminalitet, 7. Prostitution, 8. Annat, 9. Okänt.

Bruk av narkotika totalt i livet?

|             | Debutålder | Antal år | Rglbd anv 3<br>egr/v. | Frekv senaste<br>6 mån |
|-------------|------------|----------|-----------------------|------------------------|
| Primär drog |            |          |                       |                        |
| Annan drog  |            |          |                       |                        |
| Annan drog  |            |          |                       |                        |
| Annan drog  |            |          |                       |                        |
| Annan drog  |            |          |                       |                        |
| Annan drog  |            |          |                       |                        |

1. Dagligen, 2. Mindre än dagligen, 3. En gång/vecka, 4. Två gånger/månad, 5. Enstaka tillfällen

Primär drog och andra droger under de senaste 30 dagarna?

|             | Debutålder | Frekvens |
|-------------|------------|----------|
| Primär drog |            |          |
| Annan drog  |            |          |
| Annan drog  |            |          |
| Annan drog  |            |          |
| Annan drog  |            |          |
| Annan drog  |            |          |

1. Dagligen, 2. Mindre än dagligen, 3. En gång/vecka, 4. Två gånger/månad,

**Injektionsmissbruk vid något tillfälle?**

**Har du tidigare vårdats för**

Narkotikaproblem?

Alkoholproblem?

Läkemedelsmissbruk?

**Har du något/några allvarliga problem med din fysiska hälsa?**

**Har du någon gång vårdats enligt**

Lvu?

Lvm?

**Har du blivit dömd för något/några brott?**

**Har du blivit dömd till fängelse?**

**Har du under de senaste 6 månaderna innan programmet haft kontakt med någon av följande myndigheter:**

- 1.Försäkringskassa, 2.Kriminalvårdsmyndighet, 3.Arbetsförmedling,
- 4.Socialtjänst (ekonomiskt bistånd), 5.Socialtjänst (behandlingsansvarig soc. sekr), 6.Kronofogdemyndighet, 7.Sjukvård, 8.Öppenvårdsmottagning missbruk, 9.Öppenvårdsprojekt, 10.Strukturerad dagverksamhet,
- 11.Psykoterapeut/psykiatrisk mottagning, 12.Nuvarande behandlingsenhet.

**Maria Ungdoms Cannabisprogram; Utvärdering efter 1 år ;**

**datum ..... namn .....**

**Har du tagit återfall efter avslutat program?**

**Om ja; När .....**

**Under hur lång tid .....**

**Senaste intaget.....**

**Vilket/vilka preparat .....**

**Alkoholkonsumtionen; har den ökat, minskat eller är oförändrad efter programmet?**

.....

**Hur är din boendesituation (bor med familj/egen bostad/behandlingshem t ex)?**

.....

**Vad har du för sysselsättning (skola/praktik/arbete t ex) ?**

.....

**Hur försörjer du dig?**

.....

**Vad gör du helst på fritiden?**

.....

**Har du kontakt med socialtjänsten/ .....**

**eller kriminalvården .....**

**Tycker du att du skulle ha behov av professionell hjälp? / I så fall, vad?**

.....

**Hur blev du bemött i cannabisprogrammet? (på en skala från 1 –10)**

.....

**Hur var det att träffa oss?**

.....

.....

**Fick du den hjälp du sökte för? (på en skala från 1 – 10) .....**

**Handlade samtalen om det du hade tänkt dig?**

.....

.....

.....

**Har du något råd till cannabisprogrammet? Är det något vi skall ändra på, lägga till eller ta bort?**

.....

.....

.....

**TACK FÖR HJÄLPEN**

## Bilaga 7

### Dynamiska samband mellan komponenterna i KASAM

Ur Hälsans Mysterium av A. Antonovsky

| Typ | Begriplighet | Hanterbarhet | Meningsfullhet | Prediktion  |
|-----|--------------|--------------|----------------|-------------|
| 1   | Hög          | Hög          | Hög            | Stabil      |
| 2   | Låg          | Hög          | Hög            | Ovanlig     |
| 3   | Hög          | Låg          | Hög            | Press uppåt |
| 4   | Låg          | Låg          | Hög            | Press uppåt |
| 5   | Hög          | Hög          | Låg            | Press nedåt |
| 6   | Hög          | Låg          | Låg            | Press nedåt |
| 7   | Låg          | Hög          | Låg            | Ovanlig     |
| 8   | Låg          | Låg          | Låg            | Stabil      |

De tre komponenternas förhållande till varandra betraktar Antonovsky som en helhet, som är ouplösligt sammanflätade. Han anger åtta olika kombinationer och möjligheter i sin prediktion.

## Bilaga 8

### Valda delar ur personligt brev från David

Hej ....

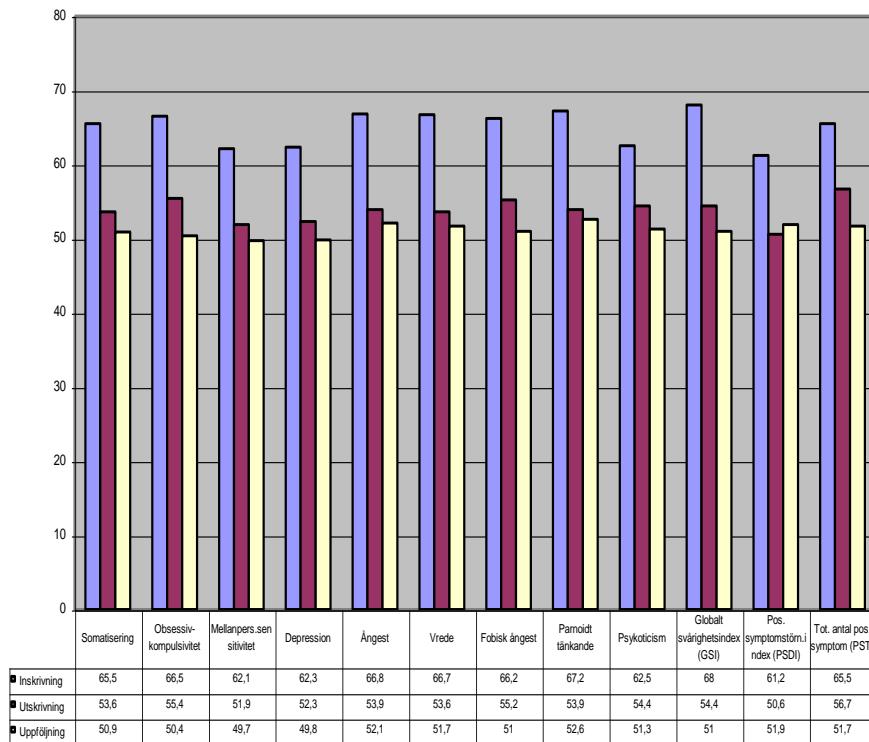
”Jag vill tacka för att jag fick möjligheten att gå programmet hos er. Såhär i efterhand känner jag att det har gett mycket. Det kändes inte så ett tag, men det var en hjälp på vägen att ’hitta sig själv’. Och det känns som om jag börjar göra det nu.”

.....

”Något jag har förvånats av är min ändrade inställning till min mamma. Jag har alltid sett henne som någon som motarbetar mig och vill mig illa. Jag förstår varför hon har gjort som hon har och är inte sur över det längre. Vi har fått en öppnare och ärligare relation. Fan när jag kollar igenom vad jag har skrivit låter jag helt vuxen. Vart är världen på väg?  
Jag avslutar väl med det.”

.....

SCL-90 symptom checklist



**Inskrivnings-, utskrivnings- och uppföljningsvärden för SCL-90:s nio olika symptomområden samt tre globala indexmätt.**