

Psykosocial behandling vid cannabisberoende

2005-01-26

Thomas Lundqvist, Leg psykolog & docent i psykologi

Rådgivningsbyrå i narkotika frågor, Universitetssjukhuset i Lund, Kioskgatan 17, SE 22185 Lund, Sweden.

tel +46 (0)46-178932, Email: thomas.lundqvist@med.lu.se

Diagnosen cannabisberoende innebär att en individ trots upplevande av en mängd beteendemässiga, kognitiva, perceptuella och emotionella symptom sammanhängande med missbruk av cannabis fortsätter att använda cannabis. Risken att utveckla ett beroende pga av användande av cannabis är 9 %, vilket är lågt i förhållande till andra substanser. Motsvarande siffror är för alkohol 15 %, kokain 17 %, heroin 23 % och tobak 32 % (Anthony, 1994, Kandel, 1997).

Studier från USA visar att livstidsprevalensen för cannabisberoende är ca 4 %, vilket är den högsta för gruppen illegala droger (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 2004, personlig kommunikation).

Individer som söker behandling.

De som utvecklar ett beroende söker i stor utsträckning frivilligt behandling för problem som är relaterade till missbruket (Stephens, 1993). Av alla de som söker behandling är ca 45% 20 år och yngre (Copeland, 2001). De uppvisar betydande psykosociala problem och psykiatrisk ohälsa. De rapportera många negativa reaktioner och multipla misslyckade försök att bryta sitt missbruk och ser det som omöjligt att sluta.

En undersökning av cannabismissbrukare i Sverige visar att 50 % av dem som söker behandling för missbruk av cannabis som primär drog är 20 år eller yngre. Vidare rapporterar ca 27 % av hjälpsökande narkotikamissbrukare som är 20 år och äldre cannabis som primär drog (Lundqvist, 2003). Behandlingsenheterna rapporterar att ca 90 % av patienterna har allvarliga problem associerade till cannabismissbruk. De som söker hjälp upplever sig ha förlorat kontrollen över sitt cannabisanvändande. De rapporterar oftast ett dagligt missbruk de senaste sex månaderna (Kim rapportering av 69 behandlingsenheter, Lundqvist 2003).

CAN rapporterar följande prevalens siffror för ungdomar i åldrarna 16-24 år (CAN, 2003):

Någon gång i livet: 1994 (4 %), 1996 (11 %), 1998 (11 %), 2000 (13 %), 2003 (17 %).

Senaste året: 1994 (1 %), 1996 (5 %), 1998 (4 %), 2000 (5 %), 2003 (7 %).

Senaste månaden: 1994 (0 %), 1996 (1 %), 1998 (1 %), 2000 (1 %), 2003 (2 %).

Detta innebär (2003) att ca 19 000 svenska ungdomar använde cannabis den senaste månaden före undersökningen.

Behandlingsstudier

Den första RCT-studien för behandling av cannabisberoende dök upp först 1994 (Stephens, 1994). Ytterligare fem RCT-studier har nu (april 2004) publicerats: Budney, 2000; Stephens, 2000; Copeland, 2001; Babor, 2003; samt Dennis, 2003.

Resultatet från dessa studier visar generellt att samma typ av behandling, som är effektiv vid andra beroendetillstånd är även effektiv vid behandling av cannabisberoende. Träning av coping skills, återfallsprevention och motivational enhancement terapi har visat effektivitet jämfört med ”delayed treatment” kontrollgrupper (Copeland, 2001; Stephens, 2000, Lundqvist, 1995).

Interventioner som är villkorade kan leda till ökad avhållsamhet från att använda cannabis, visat i urintestning. Denna typ av intervention kan framgångsrikt integreras med andra effektiva behandlingsstrategier för att åstadkomma bättre framgång i behandlingen (Budney, 2000). De nämnda studierna visar att endast en minoritet (20 – 40 %) av de cannabisberoende patienterna uppnår abstinens under behandlingsperioden. Däremot visar de en kliniskt signifikant reduktion av cannabismissbruk och därtill associerade problem.

SBU-rapporten (SBU, 2001) tar i ett kapitel upp sju RCT-studier (* i tabellen) avseende cannabisberoende.

12 studier

1) Dennis, M et al USA 2003. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main Findings from Two Randomized Trials. Accepterad (januari 2004) för publicering i JOURNAL OF SUBSTANCE ABUSE TREATMENT

Artikeln presenterar utfall från två relaterade randomiserade undersökningar genomförda vid 4 behandlingsinstanser. Avsikten var att värdera effekt och kostnadseffektivitet hos fem korttidsinterventioner i öppen vård. De 600 patienterna var företrädesvis vita män i åldern 15-16 år.

Trial 1 jämförde fem sessioner Motivational Enhancement Therapy plus Cognitive Behavioral Therapy (MET/CBT) med en 12-sessionersbehandling med MET och CBT (MET/CBT12)

och med en annan som inkluderade familjeutbildning och familjeterapeutiska inslag (Family Support Network [FSN]).

Trial 2 jämförde fem-sessioners MET/CBT med Adolescent Community Reinforcement Approach (ACRA) och Multidimensional Family Therapy (MDFT).

Alla fem interventionerna visade signifikant förbättring under en 12-månadersperiod efter randomisering till behandling avseende de två viktigaste utfallsmåten: antalet abstinenta dagar och andel ”förbättrade” (in recovery; bor kvar i samhället, inga missbruks- eller beroendeproblem). Utfallet skilde sig lite mellan behandlingsinstanser och interventionsformer. Kontrollerat för initial svårighetsgrad av missbruk var MET/CBT5 and MET/CBT12 de metoder som framstod som mest kostnadseffektiva i Trial 1 och ACRA och MET/CBT5 i Trial 2.

2) Babor, T et al USA 2003. Treatments for cannabis dependence. Brief Treatments for Cannabis Dependence: Findings from a Randomized Multi-Site Trial.

Studien jämför två typer av korttidsintervention vid cannabisberoende hos vuxna: 1) Två sessioner Motivational Enhancement Therapy (MET); 2) Nio sessioner ”multicomponent therapy” som inkluderade MET, kognitiv beteendeterapi, och case management. En jämförelsegrupp fick erbjudande om behandling senare (delayed treatment control, DTC). Undersökningspopulationen bestod av 450 vuxna marijuanarökare med DSM-IV diagnos cannabisberoende. Bedömningar gjordes inför behandlingsstart samt efter 4, 9 respektive 15 månader efter randomisering. Nio-sessionersbehandlingen minskade marijuana rökandet och relaterade konsekvenser signifikant mer än två-sessionersbehandlingen, vilken också minskade marijuanaanvändandet i förhållande till kontrollgruppen.

3) Copeland J et al, Australien, 2001.

Copeland et al. A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of substance abuse Treatment* 21 (2001) 55-64.

Copeland et al. Clinical profile of participants in a brief intervention program for cannabis use. *Journal of substance abuse Treatment* 2 (2001) 45-52.

Swift et al.: Characteristics of long-term cannabis users in Sydney, Australia. *Eur Addict Res* 1998;4:190-197.

229 cannabismissbrukare bedömdes och randomiserades till antingen en sex-sessioners kognitiv beteendeterapi (6CBT), en enskild session kognitiv beteendeterapi (1CBT), eller till en kontrollgrupp (delayed-treatment control; DTC). Behandlingen syftade till att utveckla

färdigheter för att kunna avsluta cannabisanvändande och upprätthålla frihet från cannabisanvändande. Uppföljning gjordes 237 (medianvärde) dagar efter senaste besök. Behandlingsgrupperna visade bättre utfall än DTC-gruppen med högre frekvens abstinens, lägre grad av svårigheter att kontrollera cannabisanvändandet och färre cannabisrelaterade problem. Patienterna i sex-CBT-gruppen rapporterade också lägre cannabis konsumtion än DTC-gruppen. Följsamhet i behandling var signifikant relaterad till minskning av beroende och cannabisrelaterade problem.

4) Budney et al USA 2000: Adding voucher-based incentives to coping-skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of consulting and clinical psychology* 2000;68:1051-1061.

Sextio personer som sökte öppenvårdshjälp för cannabisberoende randomiserades till en av tre behandlingsmodeller: 1) motivational enhancement (M); 2) M plus behavioral coping skill therapy (MBT); eller 3) MBT plus voucher-baserad förstärkning (MBTV). I MBTV-modellen erhöll deltagarna vouchers utbytbara mot olika varor om de lämnade urinprover negativa för cannabis. MBTV-gruppen nådde i högre grad dokumenterad cannabisabstinens under behandlingstiden i jämförelse med M- och MBT-grupperna. En högre andel av MBTV-patienterna var cannabisfria vid behandlingens slut. M- och MBT-grupperna skilde sig inte avseende abstinens.

5) Stephens, R et al, USA, 2000.

Stephens et al.: Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2000, Vol 68, No. 5, 898-908.

Vuxna marijuanamissbrukare (N=291) som sökte behandling randomiserades till 1) en 14-sessioners gruppterapi (kognitiv beteendeterapi; relapse prevention, support group; RSPG), 2) en två-sessioners individuell behandling baserad på motivational interviewing (individualized assessment and intervention; IAI); eller 3) en fyra månaders delayed treatment control (DTC) grupp.

Cannabisanvändande, beroendesymptom och negativa konsekvenser av missbruk var för alla grupperna signifikant förbättrade vid 1-, 4-, 7-, 13- och 16-månadersuppföljningarna jämfört med före behandling RSPG och IAI skilde sig inte vid någon uppföljning. Båda var bättre än DTC vid fyra månadersuppföljningen. Patienter i RSPG deltog i genomsnitt i 8.4 sessioner av 14. 86% av IAI-patienterna deltog i båda sessionerna

Terapeuterna i de båda behandlingsmodellerna bedömdes olika – IAI-terapeuterna bedömdes som mer omhändertagande och som mer kompetenta.

6) Lundqvist, T, Sweden 1995.

Lundqvist. Chronic cannabis use and the sense of coherence. Life Sciences, Vol 56 Nos. 23/24 pp.2145-2150, 1995. Lundqvist, T. (1995). Specific thought patterns in chronic cannabis smokers observed during treatment. Life Sciences, 56(23/24), 2141-2144.

Patienter med långvarigt cannabismissbruk som genomgick behandling bedömdes utifrån Känsla av Sammanhang (KASAM) avseende eventuella förbättringar i samband med behandling. Det framkom signifikant förbättring avseende alla dimensionerna (begriplighet, hanterbarhet, meningsfullhet) efter sex veckors kognitiv-edukativ psykosocial behandling. Värden vid uppföljning var i nivå med friska kontroller och bättre än cannabismissbrukare med minst 40 dagars drogfrihet vid uppföljningen men som inte genomgått behandling.

7) Azrin, N et al, USA, 1994.

Azrin et al. Youth drug abuse treatment: A controlled Outcome study, Journal of child & adolescent Substance Abuse, Vol 3(3) 1994.

Azrin et al. Follow-up results of supportive versus behavioural therapy for illicit drug use. Behav. Res. Ther. Vol 34 No. 1, pp41-66, 1996.

I den första studien jämförs utfallet för 26 unga cannabismissbrukare som randomiserats till antingen ett stödande counselling-program eller beteendeorienterad behandling som inkluderade inslag syftande till att förbättra familjestruktur och kamratrelationer samt förmåga till impuls kontroll. Genomsnittlig behandlingstid var sex månader (snitt 15 sessioner). Under månaden före uppföljning hade 9 % av dem som erhållit stödbehandling varit abstinenta, jämfört med 73 % av dem som erhöll den andra behandlingen. De senare visade också överlägsna resultat avseende socialt och psykologiskt fungerande.

I den andra studien gjordes en efterhandsjämförelse mellan unga patienter (N=74) som fått antingen stödande eller beteendeorienterad behandling. Cannabisanvändande var mindre frekvent i den senare gruppen.

8) Stephens, R et al, USA, 1994.

Stephens et al.: Treating adult marijuana Dependence: A test of the relapse prevention model. Journal of consulting and clinical psychology, 1994, Vol 62, No. 1,92-99.

Stephens et al. Predictors of marijuana treatment outcomes: the roles of self efficacy. *Journal of Substance abuse*, 5, 341-353 (1993).

161 män och 51 kvinnor som sökte behandling för cannabismissbruk randomiserades till gruppbehandling med fokus på antingen återfallsprevention (RP) eller socialt stöd (SSP). Under 12 månader efter behandling visade sig inga skillnader avseende cannabisanvändande eller relaterade problem mellan RP- och SSP-patienterna.

I prediktion studien undersöktes i vilken utsträckning cannabisanvändande och relaterade problem efter behandling kunde prediceras av demografiska, socioekonomiska eller psykologiska variabler liksom intensitet i cannabisanvändande och self-efficacy. 167 vuxna cannabismissbrukare erhöll en fyra månader lång gruppbehandling med tio sessioner plus boostersessioner tre respektive sex månader efter avslut. De kom fram till att psykiatrisk status var relativt oviktigt i att predicera utfallet i detta sample. Det enda som relaterade till utfall var svårighetsgrad av missbruk, däremot ej frekvens av droganvändande.

9) Joanning, H et al, USA, 1992.

Joanning et al.: Treating adolescent drug abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education. *Journal of Marital and family Therapy* 1992, vol 18, No 4, 345-356.

Tre modeller för behandling av unga cannabismissbrukare jämförs: systemisk familjeterapi (FST; 40 familjer, varav 31 fullföljde behandling omfattande 7-15 sessioner), gruppterapi (AGT; 52 patienter, 23, fullföljde 12 90-minuterssessioner) och familjeutbildning med fokus på droganvändande (FDE; 42 familjer, 28 fullföljde 6 sessioner om 2 1/2 timme). FST föreföll mer effektivt vad gäller att bryta missbruk (dubbelt så många drogfria patienter som FDE och tre gånger så många som AGT).

10) Hengeler, S et al, USA, 1991.

Hengeler et al. Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders: a progress report from two outcome studies. *Fam Dynamics Addict Q*, 1991, 1(3), 40-51, 1991 Aspen Publishers Inc.

Hengeler et al.: Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *Am J Psychiatry* 153:3, March 1996.

Hengeler et al. Family Preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile Offenders. *Journal of consulting and clinical psychology* 1992 vol 60, No 6. 953-961.

Detta är en studie av effekten av multisystemisk terapi (MST) vid behandling av antisocialt beteende hos unga lagöverträdare, med fokus på droganvändande och missbruk. Slutsatserna gäller främst betydelsen av rigorös och omfattande evaluering för att fånga effekter av MST.

11) Lewis, R et al, USA, 1990.

Lewis et al. Family-Based interventions for helping drug-abusing adolescents. *Journal of adolescents research*, Vol. 5 No. 1, January 1990 82-95.

Purdue Brief family therapy (PBFT) är ett 12 sessioners behandlingsprogram som integrerar effektiva inslag i strukturell, strategisk, funktionell and beteendeorienterad familjeterapi. Syftet är att minska missbruk hos unga missbrukare. Modellen rapporteras mer effektiv än familjeutbildning.

12) Szapocznik, J et al, USA, 1988.

Szapocznik et al. Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1988, Vol 56, No. 4, 552-557.

Szapocznik et al. Structural family versus Psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1989, Vol 57, No. 5, 571-578.

Szapocznik et al. Interplay of advances between theory, research, and application in treatment interventions aimed at behavior problem children and adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1990, Vol 58, No. 6, 696-703.

Szapocznik et al. Conjoint versus one-person family therapy: further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug-abusing adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1986, Vol 54, No. 3, 395-397.

Szapocznik et al. Conjoint versus one-person family therapy: Some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1983, Vol 51, No. 6, 889-899.

Studien visar på betydelsen av strategier för att engagera unga missbrukare och deras familjer i behandling.

The Cannabis Youth Treatment Experiment är en av de bäst genomförda studierna och är värd att presenteras i viss detalj. CYT har identifierat 5 effektiva program för behandling av unga missbrukare, olika applicerbara beroende på svårighetsgrad av missbruk.

Sex månader efter behandlingsstart har dessa program ökat andel ungdomar utan cannabisanvändande senaste månaden från 4 till 34 %, och andelen som rapporterar frihet från missbruk eller beroendesymptom från 19 till 61 %. Antal dagar med cannabisanvändande reducerades med 36 % och andelen individer med drogrelaterade problem senaste månaden med 61 %.

De fem behandlingsprogrammen (CYT)

- 1.** Kort, basal, billig behandling bestående av fem sessioner under 6 veckor inkluderande Motivational Enhancement Treatment och Kognitiv Beteendeterapi (KBT). Två individuella sessioner följs av tre gruppssessioner. Programmet avser motivera patienten att ändra sitt cannabisanvändande och identifiera situationer som innebär återfallsrisk. Vidare ska programmet hjälpa patienten etablera ett socialt nätverk som kan ha en stödjande funktion och lägga en plan för aktiviteter som ska ersätta cannabisrelaterade aktiviteter.
- 2.** Till den basala behandlingsmodellen adderas ytterligare sju gruppssessioner (KBT) inom ramen för ett 12-veckorsprogram. Denna mer intensiva version avser bidra till utveckling av coping skills och metoder att handskas med problem som ilska, kritik, psykologiskt beroende och depressiva affekter.
- 3.** Utöver det utvidgade programmet (#2) erbjuds 3-4 hembesök för familjeintervention, 6 gruppträffar för föräldrautbildning och case management. Programmet syftar till att stärka familjesammanhållning, förädrakompetens och föräldrastöd. Det inkluderar case management för att befrämja föräldraengagemang i den unge patientens behandlingsprocess. Den innefattar också möjlighet för föräldrar att delta i självhjälpgrupper. Programmet gör det möjligt för behandlaren att skraddarsy ett upplägg anpassat till den enskilda familjens speciella omständigheter
- 4.** En 14-sessioners intervention med individuell rådgivning (counselling) som kan användas för unga i speciellt utsatt situation, i landsbygdsområden, eller när i övrigt bildande av behandlingsgrupper kan försena eller öka kostnader för behandling. Fokus för denna typ av intervention ligger på att identifiera faktorer som kan dra till att göra avhållsamhet från cannabis mer attraktivt än missbruk. Terapin omfattar tio sessioner med den unge själv, två med enbart föräldrar/vårdnadshavare, och två med såväl den unge som föräldrar/vårdnadshavare.

5. En behandlingsmodell som integrerar familjeterapi och behandling primärt riktad mot missbruket genomgående i ett 12-veckorsprogram i stället för som en grundbehandling med tillägg. I denna modell används 12-15 familjefokuserade terapisesioner parallellt med rådgivningssessioner (counselling) med både patienten och föräldrarna. Behandlingsmodellen avser åstadkomma en förändring av patientens relationer till familj, kamrater och andra delar av det sociala nätverket, och inkluderar case management för att hantera andra problem.

För de studier som genomförts inom ramen för CYT rekryterades 600 patienter i åldern 12-18, som rapporterade cannabismissbruk de senaste 90 dagarna och problem kopplade till missbruk eller beroende av cannabis, och som slutligen uppfyllde kriterier för öppen vård snarare än slutenvård. Studierna visade följande:

- kort intervention (#1) minskade signifikant drogrelaterade problem hos dem med lägst svårighetsgrad av missbruk
- mer omfattande intervention (#3) gav bättre resultat för patienter med högre svårighetsgrad av missbruk
- sex månader efter behandlingsstart var den mer omfattande behandlingen (#3) lika effektiv som den korta interventionen (#1) för dem med låg svårighetsgrad av missbruk, och fortsatte att vara mest effektiv för dem med högre svårighetsgrad av missbruk
- kort intervention (#1) och individuell beteendeterapeutisk intervention (#4) minskade cannabisanvändande signifikant mer än integrerad familjeterapi (#5) i början av behandlingen, men vid 6-månadersuppföljning hade alla grupperna fortsatt förbättras och gruppen som fått integrerad familjeterapi var i nivå med de andra
- kostnad för de fem behandlingsmodellerna förefaller acceptabel då den ligger i nivå med kostnader för olika andra program som i realiteten erbjuds

Tabell

Författare	år	land	experiment-kontroll	N	evidensgrad
1.Dennis	2003	USA	kort Kog bet vs lång kog bet	600	2
2.Babor	2003	USA	kort Kog bet vs lång kog bet	450	2
3.Copeland	2001	Australien	kort Kog bet vs lång kog bet	229	2
4.Budney	2000	USA	Voucher vs kog bet	60	2
5.Stephens*	2000	USA	RPT vs stöd	291	2
6.Lundqvist	1995	Sverige	Kog edu vs Del treat	15	3
7.Azrin*	1994	USA	Soc skills vs couns	26	3
8.Stephens*	1994	USA	RPT vs stöd	212	3
9.Joanning*	1992	USA	Fam ter vs underv	134	3
10.Hengeler*	1991	USA	Fam ter vs couns	200	3
11.Lewis*	1990	USA	Fam ter vs ind ter	84	3
12.Szapocznik*	1988	USA	Fam ter vs couns	108	3

Resultat i studierna (se tabell)

Det finns ingen överenskommen struktur för hur resultaten ska rapporteras, därför redovisas i detta avsnitt huvudfynd från varje studie.

1. Dennis:

65 % av fp ökar antalet drogfria dagar, redan under första kvartalet. 25 % är helt drogfria.

2. Babor:

Primärt utfall

2-MEA fp kom 1,6 ggr, 71 % fick båda sessionerna.

9-sessions gruppen kom 6,5 ggr, 47 % kom alla gånger medan 8 % uteblev vid alla.

Antalet missbruksdagar i förhållande till baseline minskade med 15,9 % i DTC gruppen, 35,7 % för 2 sessionsgruppen, och 58,8 % för 9 sessionsgruppen.

Efter 4 månader var 22,6 % av 9 sessionsgruppen drogfria, 8,6 % i 2-sessionsgruppen, 3,6 % i delayed treatmentgruppen.

Efter 9 månader var 15,6 % av 9 sessionsgruppen drogfria, 9,5 % i 2 sessionsgruppen, 3,6 % i DTC.

Efter 15 månader var 22,7 % av 9 sessionsgruppen drogfria, 12,5 % i 2 sessionsgruppen, i mer än 90 dagar.

Sekundärt utfall

BDI signifikant förbättrat, STAI-S signifikant förbättrat på en tidsaxel, ASI-psykiatrisk visar ingen förbättring.

3. Copeland:

Studien fokuserade på Treatment compliance (samarbete).

6-CBT, 50 % kom på alla sessionerna, 9 % på 5 sessioner, 7,7 % på 3-4 sessioner, 9 % på 2 sessioner och 7,7 % kom på 1 session. 9 % kom enbart vid testningen. 69,4 % av dem som hade fördelats till de olika grupperna avslutade slutförde sessionerna. Uppföljning kunde göras på 74,2 %.

6,6 % var drogfria vid uppföljningen, antalet drogfria dagar var 37 %

4. Budney:

Primärt utfall

MBTV överglänste de andra två grupperna på de flesta variabler.

Antalet drogfria dagar:	MBTV,	50 % uppnådde 4 veckors drogfrihet
		40 % uppnådde 7
	MBT	30 % uppnådde 4
		7 % uppnådde 7
	M	10 % uppnådde 4
		7 % uppnådde 7

Sekundärt utfall

Efter 14 veckors behandling var	35 % drogfria i MBTV
	10 % i MBT
	5 % i M

Bara fp i MBTV förändrades signifikant på psykosocial funktion enligt ASI mellan pre och post behandling.

5. Stephens:

I gruppen RSPG kom man 8,42 ggr av 14 sessioner. 50 % kom 10 eller fler ggr. 46 % i RSPG-gruppen hade en supporter som kom minst 1 gång på fyra SG sessioner.

I IAI kom 76 % på båda sessionerna. 35 % hade en supporter.

Vid 1 månadsuppföljningen hade IAI-gruppen ett signifikant lägre antal missbruksdagar i veckan, 1,6 jämfört med RSPG 2,5 dagar.

42 % i IAI var drogfria och 27 % i RSPG.

Drogfrihet de senaste 90-dagarna vid 7,13 och 16 månaders uppföljningen visade ingen skillnad mellan grupperna RSPG (32 %, 26 %, 29 %) och IAI (36 %, 28 %, 28 %). 22 % av fp rapporterade drogfrihet vid alla uppföljningstillfällen. Däremot var det ingen skillnad mellan grupperna bland dem som avslutat behandlingen, vare sig antal minskade missbruksdagar, beroende och problem.

6. Lundqvist:

Primärt utfall

Enligt självrapportering och urinprov var alla 15 fp i behandlingsgruppen drogfria vid post testningen (genomsnittlig drogfrihet 40 dagar).

Sekundärt utfall

Mätt med Känsla av sammanhang

Behandlingsgruppen förbättrades signifikant mellan teststillfällena.

Bara drogfrihet utan behandling visade jämfört med behandlingsgruppen och kontrollgrupp lägre värden på känsla av sammanhang.

7. Azrin:

Primärt utfall

9 % av de som fick stödjande rådgivning var drogfria efter 1 månad.

I beteendeterapi gruppen, använde 73 % droger den första månaden, vilket minskade irregulärt under en 6 månaders period till 27 %. 73 % minskade sin konsumtion.

Vid uppföljning efter 9 månader använde, minst 1 gng, 71,5 % av den stödjande rådgivningsgruppen marijuana medan beteende 42 % i terapi gruppen. Den stödjande gruppen minskade inte antal missbruks/dagar i månaden under perioden medan beteendeterapigruppen minskade med 73 %.

8. Stephens:

69 % deltog i 7 eller mer av de 10 sessionerna. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan RP och SSP.

Antal missbruksdagar/månad och antal relaterade problem (DAST)

	RP	SSP	RP	SSP
Pretreat	27,04	26,36	6,55	6,86
Post				
1 månad	6,09	9,23	-	-
3 månader	9,99	10,71	2,11	2,48
6 månader	12,65	12,81	3,05	3,00
9 månader	15,31	13,79	-	-
12 månader	14,78	14,30	3,27	2,97

Procent drogfrihet, förbättring och ingen förbättring

<i>Follow-up</i>	<i>RP</i>	<i>SSP</i>
<i>3 månader</i>		
Drogfri	32,5	40,2
Förbättring	28,8	13,8
Ej förbättrad	38,8	46,0
<i>6 månader</i>		
Drogfri	22,5	25,9
Förbättring	23,8	18,8
Ej förbättrad	53,8	55,3
<i>12 månader</i>		
Drogfri	15,2	18,1
Förbättring	20,3	18,1
Ej förbättrad	64,6	63,9
<i>Kummulativ</i>		
drogfrihet	15,2	14,0
Förbättring	16,5	16,3
Ej förbättrad	68,4	69,8

9. Joanning:

Ett antal okontrollerbara variabler medför att resultatet ska tolkas försiktigt. Ingen behandlings metod av de som undersöktes var bättre än någon annan.

10. Hengeler:

Tveksamt om resultatet kan anses vara valid, att MST är effektiv.

11. Lewis:

Vid en jämförelse mellan en 2 gångers familjeintervention och familjeutbildning ger den förstnämnda en högre grad av antalet drogfria dagar.

12. Szapocznik

Utfall: 77 % av experiment gruppen avslutade behandlingen jämfört med 25 % av kontrollgruppen. Övrigt utfall går ej att bedöma.

Sammanfattning

För dem som är ”dysfunktionella” (som fortsätter med cannabismissbruk trots att de själv noterar negativa effekter; c:a 10% av alla som någon gång använt cannabis) finns ett behov att utveckla behandlingsprogram baserade på kognitiva-beteendeorienterade tekniker, kognitiva-educativa tekniker eller Motivational Interviewing tekniker, eller en kombination av några av dessa. Sådana program bör vidare baseras på följande:

- en flexibilitet i utbud för att ha något att erbjuda patienter av olika ålder (Dennis 2003; evidensgrad 2)
- behandlingsmodell av typ kort intervention, då detta är visat effektivt för att reducera cannabisrelaterade problem hos dem med lägst svårighetsgrad av missbruk (Babor, 2003; evidensgrad 2)
- behandlingsmodell av mer omfattande slag, vilket fungerar bättre för patienter med högre svårighetsgrad av missbruk; minst 14 sessioner över en 4-månadersperiod med uppföljningssessioner, mer frekvent under inledningsfasen av terapin (Stephens, 2000; evidensgrad 2)
- det är av betydelse att identifiera även subtila försämringar av kognitiva funktioner eftersom dessa påverkar behandlingsresultatet, och metoder för att åstadkomma förbättring bör integreras i behandlingsmodellen (Lundqvist, 1995; evidensgrad 3)
- fokus på omedelbar avhållsamhet, i praktiken innebärande att möjlighet bör finnas att få urinprov (Copeland, 2001; evidensgrad 2)
- sessioner för familjemedlemmar och andra betydelsefulla närstående (Azrin, 1994, Joanning, 1992, Hengeler, 1991, Lewis 1990, Szapocznik, 1988; evidensgrad 3)
- kännedom om att långvarig försämring av kognitiva funktioner påverkar såväl presterande när det gäller komplexa uppgifter som inlärningsförmåga; återvinnande av flexibilitet är ett viktigt behandlings mål (Stephens, 2000; evidensgrad 2)
- fokus på användandet / missbruket i sig själv samtidigt med hjälpåtgärder inriktade mot drogrelaterade kompetensbrister (Dennis, 2003; evidensgrad 2)
- behandlingen bör innefatta kritisk undersökning av drogrelaterat episodiskt minne (med syfte att skapa en bas för självkännedom) (Lundqvist, 1995; evidensgrad 3)
- strategier för att stärka självkänsla som ej baseras på drogrelaterat episodiskt minne (Budney, 2000; evidensgrad 2)

- en uppsättning adekvata frågor eller förslag till temata för att åstadkomma adekvat fokus; effektiviteten av ett visst stimulus är avhängigt av dess associativa styrka och relevans (Lundqvist, 1995; evidensgrad 3)

Behandlingsstudierna har visat att det inte enbart är drogfrihet som ska vara målet utan också förbättring i psykologisk och socialkompetens. Behandling som de ovan är beskriven behövs för dem som är cannabisberoende. För de övriga bör de interventioner som skapas, innehålla tydliga edukativa strategier.

Referenser

- Anthony, J., Helzer, J.: Syndromes of drug abuse and dependence, in: Robbins et al (eds) Psychiatric disorders in America, New York: Free Press, 1991;116-154.
- Anthony, J., Warner, L., Kessler, R.: Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and clinical Psychopharmacology* 1994;2:224-268.
- Azrin, N., Donohue, B., Besalel, V., Kogan, E., Acierno, R.: Youth drug abuse treatment: A controlled Outcome study, *Journal of child & adolescent Substance Abuse*, Vol 3(3) 1994.
- Azrin, N., Acierno, R., Kogan, E., Donohue, B., McMahon, P.: Follow-up results of supportive versus behavioural therapy for illicit drug use. *Behav. Res. Ther.* Vol 34 No. 1, pp41-66, 1996.
- 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., Herrel, J.: Treatments for cannabis dependence. *Brief Treatments for Cannabis Dependence: Findings from a Randomized Multi-Site Trial.* *Journal of substance abuse treatment*, 2003.
- Budney, A., Higgins, S., Radonovich, K., Novy, P.: et al USA 2000: Adding voucher-based incentives to coping-skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of consulting and clinical psychology* 2000;68:1051-1061.
- CAN, Drogutveckling i Sverige rapport 73, 2003.
- Dennis, M., Godley, S., Diamond, G., Tims, F., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., Funk, R.: The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main Findings from Two Randomized Trials. *Journal of substance abuse treatment* 27(2004) 197-213.
- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R., Stephens, R.: A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of substance abuse Treatment* 21 (2001) 55-64.
- Copeland, J. Swift, W., Rees, V.: Clinical profile of participants in a brief intervention program for cannabis use. *Journal of substance abuse Treatment* 2 (2001) 45-52
- Hall, W., Solowij, N., Lemon, J.: The health and psychological consequences of cannabis use. *National Drug Strategy Monograph No 25.* Canberra: Australian government Publication Services, 1994.

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

Hengeler, Pickrel, S., Brondino, M., Crouch, J.: Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *Am J Psychiatry* 153:3, March 1996.

Hengeler, S., Melton, G., Smith, L.: Family Preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile Offenders. *Journal of consulting and clinical psychology* 1992 vol 60, No 6. 953-961.

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

Kandel, D., Chen, K., Warner, A., Kessler, C., 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., Davies, M.: Progression to regular marijuana involvement: phenomenology and risk factors of near daily use, in Glantz (Eds). *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington, DC: American Psychological Association, 1992;221-253.

Lewis, R., Piercy, F., Sprenkle, D., Trepper, T.: Family-Based interventions for helping drug-abusing adolescents. *Journal of adolescents research*, Vol. 5 No. 1, January 1990 82-95.

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

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

Lundqvist, T. Rapport om cannabismissbrukare i Sverige, Statens Folkhälsoinstitut, 2003.

SBU: Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad sammanställning, augusti 2001.

Stephens, R., Roffman, R., Simpson, E.: Treating adult marijuana Dependence: A test of the relapse prevention model. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1994, Vol 62, No. 1,92-99.

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

Stephens, R., Roffman, R., Curtin, L.: Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2000, Vol 68, No. 5, 898-908.

Swift, W., Hall, W., Copeland, J.: et al.: Characteristics of long-term cannabis users in Sydney, Australia. *Eur Addict Res* 1998;4:190-197.

Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A., Foote, F., Santisteban, D., Hervis, O.: Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1988, Vol 56, No. 4, 552-557.

Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetto, M., Rivas-Vasques, A., Hervis, O., Posada, V.: Structural family versus Psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1989, Vol 57, No. 5, 571-578.

Szapocznik, J., Kurtines, W., Santisteban, D., Rio, A.: Interplay of advances between theory, research, and application in treatment interventions aimed at behavior problem children and adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1990, Vol 58, No. 6, 696-703.

Szapocznik, J., Kurtines, W., Foote, F., Perez-Vidal, A., Hervis, O.: Conjoint versus one-person family therapy: further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug-abusing adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1986, Vol 54, No. 3, 395-397.

Szapocznik, J., Kurtines, W., Foote, F., Perez-Vidal, A., Hervis, O.: Conjoint versus one-person family therapy: Some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1983, Vol 51, No. 6, 889-899.

References in Cannabis Youth Treatment series and Marijuana Treatment Project

Clark et al. Moving from research to practice just in time: the treatment of cannabis use disorders comes of age. *Addiction*, 97 (Suppl 1), 1-3.

Dennis et al. Changing the focus: the case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction*, 97 (Suppl 1), 4-15.

Dennis et al. The cannabis youth treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans. *Addiction*, 97 (Suppl 1), 16-34

Webb et al. Treating juvenile offenders for marijuana problems. *Addiction*, 97 (Suppl 1), 35-45.

Tims et al. Characteristics and problems of 600 adolescent cannabis abusers in outpatient treatment. *Addiction*, 97 (Suppl 1), 46-57.

Babor et al. Subtypes for classifying adolescents with marijuana use disorders: construct validity and clinical implications. *Addiction*, 97 (Suppl 1), 58-69.

Buchan et al. Cannabis use: Consistency and validity of self-report, on-site urine testing and laboratory testing. *Addiction*, 97 (Suppl 1), 98-108.

Stephens et al. The marijuana treatment project: rationale, design and participants characteristics. *Addiction*, 97 (Suppl 1), 109-124.

Vendetti et al. Correlates of pre-treatment drop-out among persons with marijuana dependence. *Addiction*, 97 (Suppl 1), 125-134.

Steinberg et al. Tailoring cannabis dependence treatment for a diverse population. *Addiction*, 97 (Suppl 1), 135-142.

Sample & Kadden. Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users: 5 session (CYT) DHHS Publication N. (SMA) 01-3486, 2001, www.smhsa.gov

Solowij et al. Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *Jama*, March 6, 2002-vol 287, No 9 1123-1131.

Pope H. Cannabis, cognition and residual confounding. *Jama*, March 6, 2002-vol 287, No 9 1172-1174.