

Thomas Lundqvist – Dan Ericsson

Vägen ut ur haschmissbruket

En behandlingsmodell för öppenvård

Studentlitteratur

Haschrökarens dilemma är tvåfaldigt. Han förstår inte själv vad haschet gör med honom, och allmänheten tycks, trots all information från olika myndigheter, inte ta haschets skadeverkningar på allvar. Detta innebär att han befinner sig, i dubbel bemärkelse i ett tomrum, där å ena sidan han själv inte kan reflektera över skadeverkningarna, och å andra sidan omgivningen inte vet hur man motiverar honom till att sluta. Effekten av detta förhållande blir att haschrökaren tämligen ostört kan fortsätta med sitt missbruk. Detta måste ses som mycket allvarligt när vi vet hur haschet påverkar människan.

Thomas Lundqvist

Innehåll

Förord 7

Inledning 9

1 Vad är Cannabis 13

1.1 Den akuta intoxikationen 14

1.2 Den kroniska intoxikationen 15

1.3 Cannabismönstret 21

1.4 Sammanfattning av skadeverkningar 26

2 Behandlingsmodellen 36

Inledning 36

2.1 Steg 1 43

2.2 Steg 2 55

2.3 Steg 3 60

2.4 Avslutning av behandling 64

2.5 Sammanfattning 66

3 Återfallet 68

4 Medicinska aspekter 72

5 Haschrökare av olika kategorier 78

6 Haschrökning i tonåren 88

7. Intervju med fd haschrökare 99

8 Förebyggande verksamhet 113

9 Socialtjänsten (sammanfattning) 117

Slutord 123

Referenslista 125

Förord

I den här boken redovisas en praktiskt metod för att hjälpa haschmissbrukare ur sitt missbruk. Metoden har växt fram ur en kombination mellan praktiskt arbete med missbrukare som besökt Rådgivningsbyrån i narkotikafrågor i Lund och en genomgång av vetenskapliga studier på de skadeverkningar cannabis framkallar.

Metoden har använts både på klienter som har hasch med i missbruksbilden, s k blandmissbrukare, och på de som enbart missbrukat hasch. Åldersmässigt har klienterna varit mellan 14 och 38 år gamla, med en missbrukstid från 6 månader till 20 år bakom sig.

Socialstyrelsens byrå S3 har gett oss de ekonomiska möjligheterna att sammanställa våra erfarenheter.

Många personer har under metodens utveckling bidragit med sina kunskaper. Vi riktar därför ett särskilt tack till Bengt G. Andersson, forskningsassistent, Mats Fridell, leg. psykolog och Kerstin Tunving, psykiater, för att de så tålmodigt granskat manuset både ur faktasynpunkt och ur språklig synpunkt.

Vi vill också tacka överläkare S. Ola Thulin, psykiater, för hans bidrag till boken, kapitel 4 Medicinska aspekter.

Ett varmt tack till Ulla Aronge som hjälpt oss med utskriften med manus.

Vi tackar också Institutionen för Psykiatri och Neurokemi för deras bistånd.

Sist men inte minst vill vi tacka den övriga personalen på Rådgivningsbyrån för att de har bistått med konstruktiv kritik.

Denna bok vänder sig speciellt till dem som arbetar med missbrukare i öppen vård, lärare och studerande på socialhögskolor, beteendevetenskapliga institutioner och vårdskolor. Den är också riktad till dem som kan tänkas komma i kontakt med haschrökare i andra sammanhang, t ex föräldrar, övervakare, advokater, sjukhuspersonal, polis, politiker osv. Givetvis bör de som röker hasch också läsa denna bok, som en motvikt till den positiva syn de har på drogens effekt.

Vår ambition har varit att på ett lättillgängligt sätt beskriva det tillstånd som haschrökare ständigt befinner sig i och hur man kan hjälpa honom ur det. Därför är det viktigt att Du, medan Du läser boken, tänker efter hur Du fungerar jämfört med det vi beskriver, för att få en uppfattning om skillnaden.

Om detta fungerar så har vi nått ett av våra syften med denna bok.

Vi hoppas att du som läsare ska finna boken lättläst och intressant och att du skall ha praktisk nytta av den.

Lund i april 1988

Thomas Lundqvist och Dan Ericsson

Inledning

Om jag vill lyckas med att föra människor mot ett bestämt mål, måste jag först finna *henne* där hon är och börja just där.

Den som inte kan det lurar sig själv när hon tror att hon kan hjälpa andra, för att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än vad hon gör, men först och främst förstå det hon förstår. Om jag inte kan det så hjälper det inte att jag kan och vet mera. Vill jag ändå visa hur mycket jag kan så beror det på att jag är fåfäng och högmodig och egentligen vill bli beundrad av den andre i stället för att hjälpa honom. All äkta hjälpsamhet börjar med ödmjukhet inför den jag vill hjälpa och därmed måste jag förstå att detta med att hjälpa inte är en vilja att härska, utan att vilja tjäna

Kan jag inte detta så kan jag inte heller hjälpa någon.

Sören Kierkegaard

Ur Samlade Verk (band XIII),

Om mitt författarskap

Bakgrund och syfte

Det är en allmän behandlarerfarenhet att det är svårt att motivera haschrökare till att söka behandling, och att sedan få dem att fullfölja behandlingen. Under 70-talet ansågs allmänt att haschet var en ofarlig drog. Den märktes inte lika tydligt som heroinet och amfetaminet gjorde. Därför tog man inte den drogen på riktigt allvar. Det överskuggande problemet var morfin- och heroinpreparaten, att sedan samme missbrukare oftast dagligen även rökte hasch noterades inte. Behandlaren drogs in i myten som missbrukarna själv skapade, hasch är ofarligt.

Motivationsarbetet under 70-talet inriktade sig på att få injektionsmissbrukare

att sluta med de sk tunga drogerna. När detta väl var gjort ansåg både behandlare och missbrukare att ett gott arbete var gjort, och missbrukaren var en f.d. missbrukare.

Så gick åren och den fd missbrukaren besökte Rådgivningsbyrån för att få råd och stöd i diverse angelägenheter. I slutet på 70-talet började vi på Rådgivningsbyrån märka, när vi tänkte tillbaka ett par år, att de s.k. f.d. missbrukarna inte mognade i den takt man kunde förvänta sig. Vissa anpassade sig till samhället men fick ingen godtagbar livskvalitet, andra fortsatte att leva som tidigare, dvs en dag i taget. Vi fick en känsla av att de inte lärde sig av sina misstag, och inte heller hade noterat det som vi i det senaste samtalet hade diskuterat. Vi hade det intrycket att det hade varit ganska lätt för många att upphöra med sitt injektionsmissbruk och att det förmodligen inte var detta som var det primära missbruket. Kan det vara så, frågade vi oss, att det var haschmissbrukare med ett tilläggsmissbruk som vi avgiftat? Rena haschmissbrukare hade vi då inte träffat på inom öppenvården. När vi sökte kunskap om skadeverkningar vid haschmissbruk utgick vi från olika forskningsrapporter som kommit under 70-talet och som då 1980 blev alltmer frekventa. Vi hämtade också kunskap från psykologisk testteori.

Under genomgången av litteraturen, förstod vi hur viktigt det var att ta hänsyn till vilka förutsättningar haschrökaren har att ta emot hjälp. Den psykologiska testteorin hjälpte oss att få förståelse för hur en haschrökare fungerar tankemässigt och hur vi kunde kompensera de brister som haschmissbruket framkallar.

Våra två viktigaste källor har varit två översiktsarbeten, Cannabis: Health Risks, 1983 (1), och Cannabis and Health Hazards, 1983 (2).

1983 kunde vi skönja början till en metod som vi kunde arbeta efter och som var en grund att stå på för vidare utveckling. Denna grund mynnade ut i två artiklar i tidskriften Alkohol och Narkotika 1–2/1984; "Narkomaner i öppen vård" och "Behandling av haschmissbruk". Metoden har sedan utvecklats vidare till att bli en fullständig behandlingsmodell.

Avsikten med denna bok är att beskriva en modell vid behandling av haschmissbrukare i öppen vård och den kunskapsmassa denna modell innehåller.

Det är en pragmatisk behandling grundad på flerårigt praktiskt arbete av att behandla haschrökare i öppenvård.

Vi är medvetna om att det synsätt vi förmedlar i denna skrift är annorlunda

än det gängse behandlingmetoder föreskriver, men vi är ändå säkra på att många narkomanvårdare känner igen det vi har beskrivit. Skriften består dels av förmedling av kunskap om haschets effekter på psyket och om hur haschrökare vanligen fungerar och dels av en metod om hur man kan använda dessa kunskaper i en behandling. Låt kunskapen styra dig in i metoden, och inte tvärtom för då riskerar du att bli distanserade i kontakten, och klienten känner sig överkörd och flyr. Vi hävdar att det bara är genom att visa att man har kunskap, en kunskap som är större och mer detaljerad än den haschrökaren själv har, som man kan förmå haschrökaren att lyssna på vad behandlaren har att säga. Vi har funnit att den struktur som behandlingsmetoden innebär tar hänsyn till haschrökarens initialt bristfälliga möjligheter att fungera som individ och samtidigt lämnar den utrymme till enskilda behandlare att sätta sin personliga prägel utan att för den skull den röda tråden i metoden går förlorad. Det tar tid att lära sig denna metod fullt ut. Detta skall dock inte behöva hindra någon att börja använda den eftersom det innebär en träning. Det är genom praktiskt arbete metoden har kommit till. Den som i den här skriften söker efter en detaljerad behandlingsbeskrivning kommer att söka förgäves. Det går inte att i detta sammanhang konstruera en fullständig mall, utan det får anstå till ett sammanhang där vi har möjlighet att föra en dialog med läsaren.

Vår förhoppning är att man oavsett personlig vårdideologi förstår att det vi här presenterat enbart är ett praktiskt instrument, och att det kritiskt kan granskas utifrån den aspekten. Vi vill att metoden används med eftertanke, och att var och en som vill använda den fyller på med sin egen speciella erfarenhet. Det är trots allt vår missbrukarpopulation som har styrt våra exempel, dvs den bild vi ser på Rådgivningsbyrån i Lund. Bilden ser kanske annorlunda ut i en annan region. Metoden och kunskapen om hur haschrökare fungerar gäller ändå. Vi vill avslutningsvis än en gång understryka att vårt syfte med boken är att ni ska finna haschmissbrukarens sätt att tänka, och hur ni ska agera för att föra denne ut ur missbruket.

Något om bokens innehåll

Vad är cannabis? (kap. 1)

I kapitlet redovisas medicinska fakta om cannabis och hur cannabis påverkar det mänskliga psyket. Vi redogör för olika vetenskapliga undersökningar och haschrökarens anpassningsmönster.

Behandlingsmodellen (kap. 2)

Vi beskriver den modell som vi har skapat för behandling av haschmissbrukare i öppen vård.

Återfallet (kap. 3)

Att sluta röka hasch är en utvecklingsprocess. Återfallet är en del av denna process. I detta kapitel beskriver vi dynamiken bakom återfallet.

Medicinska aspekter (kap. 4)

Ola Thulin, överläkare vid narkomanvården i Lund, redovisar de psykiatriska komplikationer som kan uppstå vid vanemässig haschrökning.

Haschrökare av olika kategorier (kap. 5)

I detta kapitlet försöker vi ge en bild av vilka kategorier haschrökare man möter i öppen vård.

Haschrökning i tonåren (kap. 6)

De flesta människor som röker hasch börjar med detta i tonåren. I detta kapitel beskriver vi effekterna vid haschmissbruk i tonåren och anledningen till varför tonåringen börjar missbruka.

Intervju med f.d. haschmissbrukare (kap. 7)

Vi vill i detta kapitel ge er en bild av hur en haschrökare upplever sitt haschrökande och hur det är att sluta röka hasch med hjälp av den modell vi beskriver i kapitel 2.

1 Vad är cannabis?

Cannabis utvinnes ur en buskliknande växt, indisk hampa, som företrädesvis växer i delar av Asien, Afrika och Sydamerika. Cannabis tillhör gruppen hallucinogener och innehåller över 420 kemiska substanser. Av dessa innehåller 70 cannabinoider, en grupp av substanser som påverkar vårt psyke; de är tex tetrahydrocannabinol (THC), cannabinol (CBN) och cannabidiol (CBD).

Cannabis förekommer i tre beredningar, marijuana, hasch och cannabisolja.

Marijuana är plantans torkade växtdelar och innehåller från 0,35% till 11% THC (arten sinsemilla).

Hasch är plantans kåda som pressats samman med olika växtdelar och bindmedel. Hasch innehåller mellan 2–12% THC. Det hasch som finns i Sverige innehåller vanligen 5–8% THC.

Hascholjan slutligen utvinns genom en speciell procedur där man upphettar ett lösningsmedel och låter detta passera hasch eller marijuana. Den koncentrerade beredning som uppstår innehåller oftast 5–40% THC.

På den svenska missbruksmarknaden är hasch den vanligast förekommande formen av cannabis. Hasch intages antingen genom rökning eller genom att man äter den.

I det följande kommer vi enbart att tala om hasch eftersom den formen är vanligast i Sverige. Undantag göres när vi redovisar rapporter som är baserade på studier av marijuanarökare.

Cannabinoiderna är fettlösliga ämnen, vilka till skillnad från vattenlösliga ämnen lagras länge i kroppens fettvävnader. Det tar cirka sex dagar innan hälften av den THC-mängden man fått i sig vid ett röktilfälle har utsöndrats. Därutöver tar det ytterligare 3–4 veckor innan återstoden av cannabinoiderna är ute ur kroppen.

Dessa utsöndringsämnen (metaboliter) antas också vara rusgivande, vilket

förklarar vissa långdragna effekter. Vilket innebär att ju oftare man röker, ju mer lagras.

Detta innebär att vi kan räkna med att hasch innehåller två sorters rus, akut respektive kronisk intoxication.

1.1 Den akuta intoxicationen

Den akuta intoxication har egentligen två russtadier. Det första stadiet inträder ett par minuter efter röktilfället. Ruset karakteriseras av kroppsliga symtom såsom hjärtklappning, torrhet i ögonen, munnen och i svalget, lätt hosta, tryck i huvudet, yrsel, känselörnimmelser i extremiteterna (t.ex. myrkrypningar), svettningar, skakningar, överkänslighet för ljus, röda ögon, ökad puls, flammig ansiktshy. Psykiskt inträder efter 15–45 minuter en lätt inre oro, rastlöshet och fnissighet.

Det andra stadiet av ruset inträder gradvis och präglas av psykologiska fenomen; lyckokänsla, varierande från avslappnad välbehagskänsla till exaltation. Omvärldens betydelse minskar till fördel för en intensiv självupptagenhet med inre upplevelser. Tankarna präglas av associationer. Tidigare upplevelser återupplevs med stor känslomässig valör. Dessa känslor har haschrökaren mycket svårt att uttrycka i ord. Hittills obeaktade orsakssammanhang i varierande frågor tycks plötsligt vara glasklara, och man ägnar sig gärna åt att fundera på livets gåtor.

I detta stadium av ruset växlar man mellan upptagenheten av egna inre upplevelser och faktiska yttre händelser. Man upplever att ens sinnen skärps. Det karakteristiska är att hur fantasifulla upplevelserna än är, har de som utgångspunkt det som finns i omgivningen eller haschrökarens egen föreställningsvärld. Färger blir intensivare eller bleknar, skarpa föremål rundas, föremål krymper eller växer i storlek. Tidsuppfattningen förändras, så att tiden förefaller förflyta mycket långsamt. Man kan få ett behov av att prata, men talet blir ofta märkligt abrupt och fragmentariskt, och det kan vara svårt att följa ett logiskt resonemang på grund av ständigt nya associationskedjor i talet. (3).

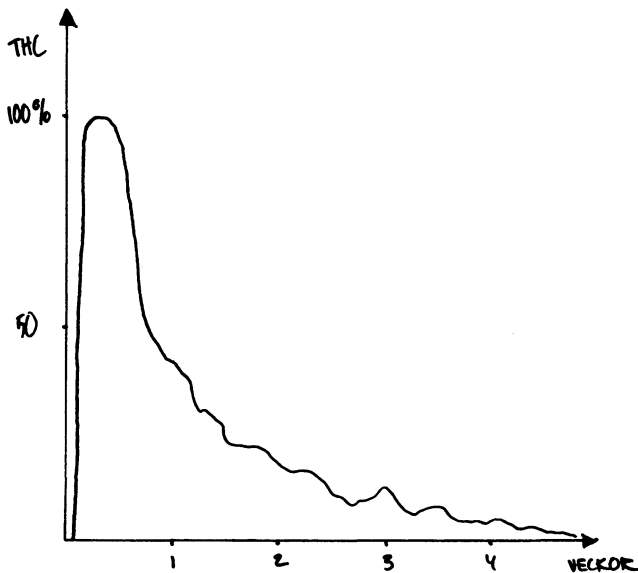
Den haschberusade är präglad av stor suggestibilitet (påverkbarhet). Rusets karaktär är därför i hög grad avhängigt miljön, "the setting".

Drogupplevelsen är sammansatt av flera faktorer:

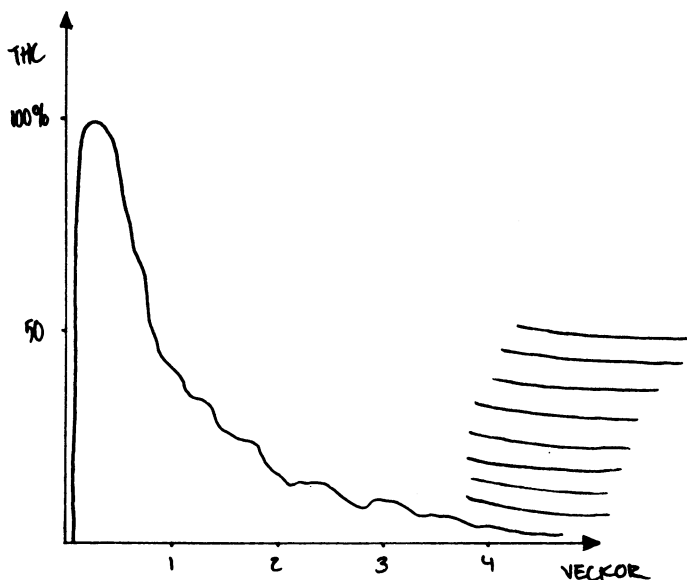
- 1 Drogen och dess farmakologiska effekter.
- 2 Personligheten hos den som använder drogen; vederbörandes känslighet, suggestibilitet och fantasirikedom.
- 3 Den psykologiska beredskapen (Set) hos den som använder drogen; positiv förväntan, ängslan och osäkerhet.
- 4 Miljön i vilken drogen intas (Setting). Den mest önskvärda effekten får man i regel i en lugn och trygg miljö där man kan vara avslappnad. (4).

1.2 Den kroniska intoxikationen

Den kroniska intoxikationen inträder efter ett par timmar, och karakteriseras av passivitet och nedsatt tankeförmåga. Tillståndet varierar med hur stor mängd och hur tätt det är mellan röktilfällena. Givetvis också med hur länge missbruket har pågått.



a Om du röker vid ett tillfälle så får du i dig 100% THC, efter 1 vecka har 50% utsöndrats, efter ytterligare ca 4 veckor har resten utsöndrats.



b Om du röker hasch oftare än en gång i månaden så blir pålagringen vid en given punkt större, ju oftare du röker ju större blir pålagringseffekten. Det är den kroniska intoxikationen.

I det föregående avsnittet gick vi igenom den akuta intoxikationen. I detta avsnitt vill vi beskriva på vilket sätt haschet förändrar tankeförmågan i det långa perspektivet, dvs det tillstånd som inträder om man röker hasch dagligen, eller så gott som dagligen. Det är i detta tillstånd som vi oftast träffar klienten när han söker en behandlingskontakt.

Vi utgår från sju punkter när vi bedömer haschrökarens förmåga att fungera i dagliga sammanhang.

- 1 Språket, dvs en språklig förmåga, en förmåga att förstå ord och därmed kunna beskriva sina tankar, känslor och upplevelser i ord, att förstå andra människors sätt att beskriva en sak.
- 2 Möjligheten att dra korrekta slutsatser av ett skeende och kritiskt granska sitt eget sätt att handskas med detta skeende.
- 3 Flexibilitet i tankeförmågan och uppmärksamhet.

4 Minnet.

5 Möjligheten att av delar sätta samman en helhet som visar en korrekt bild av det som händer.

6 Orienteringsförmåga, att lägga märke till var man befinner sig, att ha ett aktivt avsökande av omgivningen, t.ex. förmågan att kunna göra en korrekt avståndsbedömning.

7 Gestaltminne, att kunna göra ett mönster av det man sett (se punkt 6), och att vid behov kunna plocka fram detta mönster (se kapitel 5, Haschrökare som i sitt arbete har ett stort behov av fungerande gestaltminne).

Enligt vår sammanfattning (se kapitel 1.4) av de skadeverkningar haschet ger, och enligt vår erfarenhet av hur en haschrökare fungerar så kan man ge nedanstående beskrivning. Vi vill poängtera att vi i vår strävan att beskriva hur en haschrökare fungerar av pedagogiska skäl i viss mån måste generalisera.

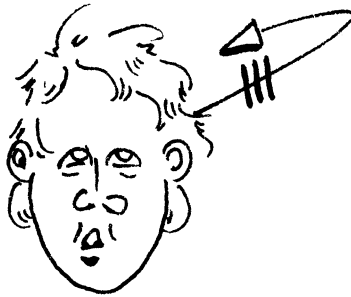
Eftersom det, p g a effekterna på psyket, blir omöjligt för haschrökaren (i fortsättningen kallad han) att kommunicera med sin omgivning på ett adekvat sätt, blir effekten en avskärmning som kan illustreras på följande sätt.



Resultatet av haschmissbruket är en oförmåga att göra sig förstådd, att på ett korrekt sätt (kvalitativt) kunna beskriva vad man upplevt eller menar när man vill förklara något, att orden bara är ord, och inte känslomässigt knutna till

en föreställning. Däremot kan ordflödet vara rikt (kvantitativt), detta förhållande ger upphov till känslor av ensamhet och att vara missförstådd.

Detta inser han inte själv, på grund av sin bristande förmåga att kritiskt granska sitt sätt att fungera. Detta kan illustreras på följande sätt.

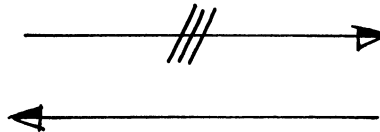


Resultatet blir en oförmåga till uppmärksamhet, en oförmåga att reflektera över orsakssammanhang eller en oförmåga att uppnå distans för att kritiskt kunna granska det man gör och lära sig av sina misstag.

Genom denna avskärmning från omgivningen upphör den dialog som är så viktig för mognadstillväxten. Det medför att haschrökaren känner sig missförstådd och att han för omgivningen upplevs som passiv. Hans förmåga att delta i socialt umgänge försämras, och han sluter sig alltmer. Eftersom förmågan till reflektion är dålig, så klarar han inte heller av att dra den korrekta slutsatsen att det här beror på att han röker hasch. Han märker bara att omgivningen inte förstår honom, och att han inte förstår omgivningen. Han märker också att han inte räcker till, och att han inte klarar av saker som andra klarar av. Detta resulterar givetvis i minskande självförtroende.

Haschrökaren får svårt att vara uppmärksam och koncentrerad, och kan därför inte urskilja nyanser i de meddelanden han får, tex att kunna räkna ut hur arg en person är när vederbörande grälar på honom. Förmågan att avläsa den andra personens sätt att uttrycka sig på, språkligt, eller i kroppens rörelser, samt i affektintensiteten är bristfällig. Oförmågan till flexibilitet i

tanken medför också att han t ex bara kan lyssna. Han kan inte samtidigt tänka efter och därefter ge ett nyanserat svar.

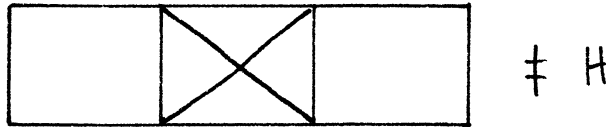


Förmågan att av delar sätta samman en helhet kan också beskrivas som att lägga pussel med verkligheten. För att illustrera detta, ber vi er föreställa er en film med tre parallella handlingar. Man måste kunna behålla informationen från dessa tre parallella handlingar för att i slutet få en helhetsbild av vad som har hänt i filmen. Du har alltså samlat ihop den informationen de olika handlingarna har gett dig, sammanfogat detta i en ordningsföljd och fått ut en kvalitetsnivå, som i sin tur påverkar din uppfattning om filmen var bra eller dålig.



För att illustrera hur haschrökare fungerar i denna situation ber vi er föreställa er TV-serien Dallas. Dallas' olika delhandlingar fungerar ofta oberoende av varandra. Man kan t.ex. gå ifrån TV-apparaten en stund och sedan komma tillbaka till den utan att få känslan av att ha missat något. Detta är det sätt en haschrökare fungerar på i det vardagliga livet. Om ens uppmärksamhet och koncentrationsförmåga är nedsatt så tappar man information. För haschrökarens del innebär detta att han störs i sin koncentration av vissa stimuli i händelseförloppet (t.ex. en snygg röd sportbil), som ger upphov till en tankeflykt som på intet sätt är förankrad i det aktuella händelseförloppet, utan är en form av dagdrömmeri. Detta beskriver haschrökarna själv som att

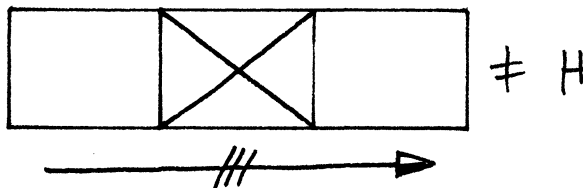
”snöa in” på något. Detta uppmärksammar han inte, utan efter en stund så återgår han till handlingen i filmen, som om ingenting hade hänt.



Omsatt till situationer i det vardagliga livet innebär detta att han baserar sina åsikter och förklaringsmodeller på en bild som är skild ifrån verkligheten.

Detta förstärks också genom den bristande närminnesfunktionen. Närminnet, eller korttidsminnet som det också kallas, användes när man skall komma ihåg saker och ting som har hänt nyligen, eller när man sitter och läser. Man använder också närminnet när man i huvudet går igenom ett händelseförlopp eller text när man förhör sig själv på en läxa. Långtidsminnet användes när man nästa dag skall redogöra för läxan.

Alla undersökningar som gjorts på både akut och kronisk intoxication visar att hasch försämrar närminnesfunktionen. Detta innebär att förmågan till korrekt tidsuppfattning samt förmågan att placera information i ordningsföljd också försämras, vilket ytterligare försvårar möjligheten att korrekt uppfatta ett händelseförlopp.



I och med att man inte kan placera information i tidsföljd, blir det omöjligt att med behållning kunna titta på TV eller film på bio, eftersom man ändå

inte förstår vad som händer. Likadant är det med livet runtomkring en. Resultatet blir förvirring. Detta resulterar också i att känslan av att vara missförstådd och ensam ytterligare förstärks.

Tidigare har vi nämnt känslan av att inte räcka till, och om vi nu lägger till förvirringskänslan, så skapar detta en ångest som i sig är tillräckligt för att han skall fortsätta att röka, dvs fortsätta att utnyttja haschets lugnande verkan, oavsett vilken anledning man hade för att börja röka.

Haschrökaren utvecklar så småningom ett eget sätt att tolka händelser och orsakssammanhang. Han utvecklar förklaringsmodeller; en rad färdiga svar och schabloner, men också en beredskap att möta nya situationer. Det är också ett skydd mot närgånga frågor. Han förbehåller sig rätten att säga sista ordet för att få ett ökat självförtroende.

Vi kan kalla dessa förklaringsmodeller och beredskap mot nya situationer för *cannabismönster* (se kapitel 1.3). När detta cannabismönster etablerats har haschrökningen blivit en ond cirkel. Detta mönster representerar då en del av hans identitet.

Vissa haschrökare vi träffat visar tecken på att ha svårigheter med att sätta ihop mönster och sedan behålla dessa som representationer i minnet (punkt 6 och 7). När de efter avtändningen utsätts för samma situation så har de inga som helst svårigheter med detta.

Detta ligger i cannabissets natur som hallucinogen drog, att den organiserade omvärlden upplöses, dvs förlust av perceptiv kontroll.

1.3 Cannabismönstret

När en haschrökare har rökt hasch så länge att tankeförmågan märkbart förlorat i kvalitet, uppstår ett annorlunda anpassningsmönster. Detta nya anpassningsmönster, cannabismönstret, uppstår å ena sidan pga individens naturliga behov av att få utforska verkligheten och behovet av en identitet, och å andra sidan en bristfällig förmåga att strukturera verkligheten.

Cannabismönstret upprätthålls och förstärks igenom ett selektivt utforskande av den omgivande verkligheten.

Detta cannabismönster har två uppgifter:

- 1 Att legitimera fortsatt haschrökning.
- 2 Att ersätta den naturliga förmågan att strukturera verkligheten genom att skapa egna förklaringsmodeller med en till synes logisk uppbyggnad.

Beståndsdelar i den bristande förmågan att strukturera verkligheten

- Dålig förmåga till nyansering och att förstå nyanser.
- Dålig förmåga till reflektion.
- Tilltagande avskärmning av känslor.
- Bristfällig förmåga till kristisk granskning.
- Bristfällig förmåga att aktivt uppmärksamma händelser, dvs man ser verkligheten som genom ett filter.
- Dålig förmåga att förstå abstrakta föreställningar och begrepp.
- Dålig förmåga att ändra schablonuttryck (flexibilitet).” Man blir fånge i sitt eget mönster”.
- Dålig förmåga till intellektuell distansering.

Beståndsdelar i den av cannabisbruket framkallade identiteten

Föregående uppräknig medför att haschmissbrukarens syn på hasch blir följande:

- Hasch är bra. Allt negativt som sägs om hasch är fel.
- Hasch är lugnande.
- Hasch gör så att man blir aktiv.
- Man tänker bättre när man röker hasch.
- Haschet gör så att man inte tyngs ned av omgivningens krav.
- Hasch gör så att man inte bekymrar sig.

Eftersom haschrökaren inte har förmåga att fundera och tänka efter (analysera), så har han färdiga schablonsvar till hands. Därigenom behöver han inte utsätta sig för risken att bli medveten om att hasch är skadligt.

Svaren är generaliserande.

Har haschmissbrukaren fullgod kapacitet på en punkt så ser han detta som ett klart bevis på att hasch inte är skadligt för just honom. Han upptäcker inte de punkter som är bristfälliga.

Effekt för individen

- När haschrökaren upplevt tillräckligt många situationer sedda genom filtret, har han tillsynes logiska förklaringar till varför han råkar ut för t ex ständiga misslyckanden. Dessa misslyckande är formulerade som omständigheter liggande utanför den egna kontrollen.
- De värderingar som haschrökaren har gjort till sina egna, utsätts inte för kritisk granskning, utan stödjer alla uppfattningen att hasch inte är skadligt. Dessa åsikter är allmänna till sin karaktär.
- Han får en identitet som inte kan ifrågasättas. Genom att använda ”färdiga” svar, undviker han att hamna i en identitetskonflikt. Därigenom klarar han också av de situationer där hans sätt att fungera ifrågasätts.
- I den allmänna informationen påstås att hasch passiviserar. Haschrökaren upplever istället att han blir pigg när han röker. Eftersom han tänker konkret, dvs när han röker hasch, så förstår han inte att informationen avser haschrökning i allmänhet. Han ser detta som ett bevis på att hasch inte påverkar honom negativt. Han kan alltså lugnt fortsätta sitt rökande, resonerar han.
- Haschrökaren jämför sig med andra haschrökare. Han finner kanske att han fungerar bättre än andra. Detta ser han som ett bevis på att hasch inte påverkar honom på samma negativa sätt som det gör med andra.
- Han upplever att han har det trevligt och fint, och är aktiv tillsammans med de andra i haschgänget.
- Han letar efter uppfattningar som bekräftar hans egen uppfattning om att hasch inte är farligt.
- Han avleder diskussioner genom att peka på inkonsekvent handlande hos samtalspartner eller hos andra. Dessa inkonsekvenser i omgivningen, menar han, legitimerar ett fortsatt haschbruk.
- Ju längre haschrökaren lever under dessa förutsättningar, ju mer benägen blir han att se sin version som den korrekta. Han tappar helt enkelt förmågan att punktera sin egen skenvärld.

En svår klient

Den i särklass svåraste klienten att hjälpa är den som har ett utvecklat cannabismönster och har en hög verbal förmåga. En sådan klient använder genomgående omvärlden som orsak till varför han befinner sig på mottagningen. Han har besökt mottagningen därför att någon på socialförvaltningen kanske i samarbete med skyddskonsulenten och det lokala polisorganet har bestämt sig för att terrorisera honom. Han har inte kommit av egen vilja, och han har inget behov av hjälp.

Det går inte att få honom att förstå att det är hans missbruk som är anledningen till besöket. Han kan i och för sig känna igen sig i beskrivningen av hur haschrökare fungerar, men åsikten om myndigheternas förmyndarfasoner står ändå kvar som den slutgiltiga anledningen till varför han är här.

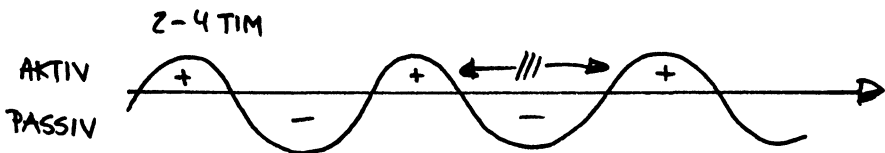
Behandlaren bör i dessa fall inte ifrågasätta om klienten har rätt i sin åsikt om myndigheter. Klienten har säkert någon välgrundad anledning till sin åsikt.

I stället kan behandlaren börja diskutera hur de skall få de andra myndigheterna till att minska sitt intresse för honom. Om behandlaren är beredd att lyssna på honom och hans historia är första steget i kontakten taget. Behandlaren visar att han tar honom på allvar, och att han inte är en "jidderpelle".

Denna behandling går ofta inte "på räls" utan behandlaren får utrusta sig med ett stort tålamod och vänta ut klienten tills denne blir övertygad om att det åtminstone kan vara värt ett försök att bryta haschmissbruket.

Den kroniske haschmissbrukarens dygnsrytm

Haschmissbrukarens förmåga eller rättare sagt oförmåga att korrekt orientera sig i tiden kan illustreras på följande sätt.



Många haschmissbrukare uppger att de blir piggare och aktivare av att röka hasch. Vid närmare betraktande ser vi att denna aktivitetshöjning endast varar i någon eller några timmar. Under denna korta period kan de aktivt delta i samhällslivet, men mellan dessa aktiva perioder försjunkar de in i passivitet och apati.

Minnesbilder de samlar på sig härrör från olika händelser i de aktiva perioderna. Detta innebär att minnet är episodiskt och icke representativt sett i ett helhetsperspektiv, eftersom den bristande närminnesfunktionen gör så att han inte kan placera in de olika aktiva perioderna i rätt ordningsföljd.

Kurvan i bilden ovan visar således vilka tillfällen haschrökaren bygger sin verklighetsuppfattning på. En medveten period om några timmar, och däremellan en lång period av psykisk frånvaro.

Vad händer om den kroniske haschrökaren inte har en kontinuerlig tillgång till hasch

Om en van haschrökare inte har tillgång till hasch, så kommer hans passiva period att förlängas och fördjupas och han upplever det som om han vore nere i en djup svacka. Allt positivt försvinner, t ex fantasin, och han tänker bara negativt om sin omgivning. Han tycker att alla är emot honom och att han ständigt är missförstådd. Det inrutade tänkandet blir ännu starkare, och han blir om möjligt än mer inåtvänd.

Han blir nedstämd, känner att han inte har något att se fram emot.

Han tycker att alla glada människor är dumma.

Han företar sig inget, har ingen lust att prata, blir tillbakadragen och orkar inte umgås med andra.

Den enda aktivitet han klarar av är att leta upp hasch så att han återigen kan uppnå det positiva.

Han har ingen humor eller självironi, utan blir grinig och lättirriterad och tar allt som säges på blodigt allvar.

Givetvis är graden av de uppräknade beteendena också avhängigt personligheten hos respektive haschmissbrukare.

1.4 Sammanfattning av skadeverkningar.

Nedan visas en sammanfattning av de skadeverkningar som framkommit vid vetenskapliga granskningar av den akuta respektive kroniska intoxikationen. Vi redogör därefter mera utförligt om dessa undersökningar.

Det akuta ruset	Det kroniska ruset
Förlängd reaktionstid med 20–70 %	Förändrad sömnrhythmn
Förändrat EEG-mönster i dåsighet och sömnhet	Huvudvärk
	Sänkt blodflöde i hjärnan
Förändring i den kognitiva stilen, dvs individens sätt att tänka	Försämrade kognitiva funktioner, dvs tankförmågan
Förlust av perceptiv kontroll	Snabba växlingar och avbrott i tankemönstret
Panikreaktioner	
Övergående minnesstörningar	Dålig koncentrationsförmåga
Försämrat korttidsminne	Dålig inlärningsförmåga
Tiden upplevs längre eller kortare	Försämrad verbal förmåga
Tidsföljden i tänkandet brytes	Dåligt gestaltminne
Försämrad förmåga till problemformulering och begreppsbildning	Dålig förmåga till hastighetsbedömning
Försämrad uppmärksamhetsfunktion	Dåligt närminne
Störningar i egofunktionen och impuls-kontrollen	Förändrat tidsupplevande
Avbrott i den normala pubertetsutvecklingen	Passivitet
Regressivt beteende	Lågt ansvarstagande
	Känslolabilitet
	Känslor av meningslöshet
	Minskning av sexualdriften
	Abstinens i form av oro, insomnings-svårigheter och rinnande näsa

Ovanstående uppdelning speglar haschets effekter i ett kort respektive långt perspektiv. När det gäller den individuella anpassningen vet vi att den är beroende av varje individs ursprungliga sätt att fungera. Detta innebär att det kan finnas individuella skillnader. Tablan ger ändå en god fingervisning om vilka aspekter man måste ta hänsyn till om man vill motivera en haschrökare till att sluta röka hasch. Det har konstaterats att om haschrökaren samtidigt dricker alkohol brytes cannabinoiderna ner ännu långsammare än vanligt, eftersom de olika berusningsmedlen konkurrerar om samma enzymssystem i kroppen. Subjektivt upplever haschrökaren då ett kraftigare rus.

Vanliga toxiska symtom- besvär som uppges av cannabisrökare:

Magkramper, diarre, andnöd, förstoppning, halsont, hosta, huvudvärk, illamående och kräkningar, rinnande näsa, bröstsmärtor, yrsel.

Haschrökare uppger ofta symtom från andningsvägarna och tecken på störd lungfunktion.

Cannabis – psykiatriska aspekter

Wise (1852). Vanemässig konsumtion av cannabis gör människan olämplig i affärer, minskar förmågan att minnas, minskar förmågan till viljemässig kontroll av tankarna och minskar uppmärksamheten, och om det fortsätter kan den ge dårskap. (5).

Weil (1970). Enligt Weil utgörs 75% av alla komplikationer till marijuanarus av panikreaktioner. Han anser att alla "adverse reaction" efter cannabis i första hand av klinikern skall uppfattas som tillfälliga panikreaktioner intill dess att den fortsatta utvecklingen visar något annat. (6).

Kolansky et al (1971). Av de trettio ungdomar i åldrarna tretton till tjugofyra år som undersöktes, var ingen predisponerad för psykisk sjukdom, men fick under missbruket övergående psykosor och andra störningar i jagfunktionen och impuls kontrollen.

Författarna hävdar att marijuanamissbruk skulle kunna bryta den normala pubertetsutvecklingen. Riskerna med marijuanamissbruk i tonåren skulle vara att individerna förblev barnsliga trots ökande kronologisk ålder. (7).

Fink (1976), har undersökt effekter på hjärnan. EEG-mönstret har visat ganska konstanta förändringar i form av ökad alfa-aktivitet, minskad beta-aktivitet och förlångsamning av frekvensen. Detta mönster är inte specifikt för cannabis utan kan ses vid påverkan av andra cederande droger. Man kan också observera en liknande EEG-mönster hos personer som är dåsiga och sömniga. (8).

Jones et al (1976), har i laboratorieförsök (1976–1981), visat att abstinensbesvär uppkommer om tillförseln av cannabis sker tillräckligt ofta. De abstinenssymtom som uppträder är oro, irritabilitet, sömnrubbingar, svettningar, rysningar, hög kroppstemperatur, illamående, anorexi, diarre, tremor, muskelspasmer och tandkramper. Enligt Jones är symtomen maximala efter åtta timmar och kan pågå två till tre dagar. Jones har också iakttagit att abstinenssymtomet kan vara ända upp till nittio timmar.

Hos en liten minoritet av tunga cannabissmissbrukare kunde emellanåt vid avgiftningen iakttas psykos med tankestörningar övergående minnesstörningar, dålig impulskontroll och regressivt beteende. De vanligaste klagomålen från personer som söker bryta en daglig vana att röka cannabis är insomningssvårigheter och rastlöshet. I några fall kan ett influensaliknande tillstånd medföra svettningar och rinnande näsa. (9).

Melges (1976): Tidsföljden i tänkandet brytes upp av THC. Tänkande blir därigenom inte längre logiskt och målinriktat. Haschrökaren får inte den normala feedback som är nödvändig för att säkert uppfatta verkligheten. Förlusten av den perceptiva kontrollen skulle kunna ge upphov till ångestkänslor och olust, och skulle också kunna vara grogrunden för missuppfattningar och till paranoiagränsande vanföreställningar. (10).

Jones (1980), beskriver "anxiety reaction" som något som inte varar längre än cannabissuset dvs två till fyra timmar. Under en "anxiety reaction" har cannabisrökaren känslor av vanstämning och ångest, som brukar vara av instabil eller fritt florerande natur. (11).

Schilling et al (1980): "Dysphoric reaction" är en oönskad psykiatrisk bieffekt under behandling med THC-terapi mot illamående vid cellgiftbehandling av cancer. Symtomen säges variera mellan ett snabbt övergående katatoniliknande tillstånd med desorientering, paranoida vanföreställningar, hallucinationer och panikreaktioner. Symtomen förefaller att ha psykotisk valör. De uppges vara dosrelaterade och har vid de observationer som förekommit endast haft en längd av några timmar. (12).

Negrete (1981), betonar att ju större del av populationen som är involverad i cannabissmissbruk desto mindre relevant blir bakgrundsfaktorer som individuell psykopatologi. Han framhåller att psykiatriska problem som kommit att förknippas med cannabissmissbruk naturligtvis också beror på andra faktorer inom den grupp människorsom i samhället kommit att tillhöra subkulturen. I vissa samhällen har cannabisbruket tidigare funnits i subgrupper, sk "avvikare". För närvarande måste man dock, konstaterar Negrete, säga att vanan att sporadiskt röka cannabis har spritt sig långt utanför den avvikande gruppen i de västerländska samhällena. Alla former av "tungt missbruk" anses dock fortfarande vara atypiska i västerländskt samhälle och bör vara förbundet med högre risk för psykiska störningar. (13).

NIDA (1981). Användning av marijuana bland tonåringar kan ses som ett sätt att provocera föräldrarna i samband med frigörelseprocessen, men också som en självdestruktiv handling. Marijuana med sin lugnande effekt ser ut att

018

kunna modifiera emotioner som vrede och olust. Marijuana skulle kunna fungera som ett medel ”att smita undan” konflikter av olika slag. Slutligen skulle tonåringen med hjälp av marijuana och dess verknings sätt kunna vända sin uppmärksamhet från problemen i verkligheten till en drömvärld.

Författarna betonar också de psykologiska förändringar som sker i familjemönstret i samband med att växande tonåringar missbrukar marijuana. De vill betona att man inte kan se marijuanamissbruket i tonårens som något isolerat fenomen, utan relaterar det till den egna familjens dynamik-mönster, och till den naturliga frigörelseprocessen.

Vidare framhåller författarna att marijuanamissbrukare ofta är ouppmärksamma och koncentrationsstörda under skolarbetet. (14).

Cannabis inverkan på olika funktioner:

- *reaktionstiden:*

Man har funnit att cannabis i stor dos förlänger reaktionstiden med 20–70%. (7).

- *tidsuppfattningen:*

Man har igenom experiment fått rapporter om att cannabis kan medföra både att tiden upplevs längre, och att den går fortare. (8, 9, 10, 11, 13).

- *tankeförmågan:*

Man har sökt att se litteraturens många angivelser på förändringar av tankeförmågan som ett uttryck för en basal påverkan på uppmärksamhets- och ihågkomstfunktionerna. (12, 14).

Komplexa tankefunktioner som *problemformulering* och *begreppsbildning* försämras under ruset (15). Likaledes har man funnit att en nedsättning i *förmågan att minnas* och *återberätta språkligt formulerade händelseförlopp*. (16). Den *språkliga förmågan* blir nedsatt på så sätt att talet blir mer oprecist och osammanhängande, i relevanta ord och associationer bryter in i framställningen (17, 18, 19, 20, 21, 22).

Undersökningar har med stor överensstämmelse visat att *korttidsminnet fungerar sämre*. (22, 23, 24, 25, 26).

Det centrala med de påvisade nedsättningarna i tankeprocesserna under cannabisintoxikationen är en nedsatt förmåga att lagra minnesmaterialet. Detta beror dels på det dåliga närminnet, dels på nedsatt förmåga att överföra

information till långtidsminnet. Resultatet blir bristande kontinuitet i de psykiska processer som möjliggör ett samlat integrerat beteende. Nedsatt lagringskapacitet och korttidsminnet försvårar problemlösning, koncentration och språklig kommunikation. Upplevelserna framträder osammanhängande, vilket gör det svårt att värdera tidsammanhang. (12).

En nära relaterad synpunkt till ovanstående är att det är effekten på minnesfunktionsprocesserna som skulle vara det grundläggande vid THC's speciella psykotropa effekt, och att det är effekten på uppmärksamhetsprocesserna som är det centrala. (14).

Begreppet *temporal desintegration* infördes av Melges som en beteckning för svårigheter att integrera tidigare förvärvat vetande, förväntningar och aktuella perceptioner till en målinriktad handling. (27).

Effekten av kroniskt cannabismissbruk

Jämfört med det antal undersökningar man har gjort på den akuta intoxikationen är undersökningar av den långsiktiga cannabiseffekten ett klart lågprioriterat område. Detta trots att man under många år har efterlyst sådana. Problemet är givetvis att man inte kan konstruera en experimentell design där man har de störande variablerna under kontroll. Dessutom är man inte säker på att de instrument man använder mäter de psykiska störningar man kliniskt kan observera. Oftast har man nöjt sig med kliniska observationer och gjort sammanställningar av dessa. Gemensamt för dessa är rapporter om förändrad sömnrhythmus, dålig koncentrationsförmåga, passivitet, försämrade tankeförmåga, förändrat tidsupplevande, dåligt närminne och lågt ansvarstagande.

De flesta är överens om att dessa kliniska observationer har sina begränsningar och kan vara svåra att tolka, eftersom det är svårt att skilja långtidseffekterna av cannabis från symtom på undernäring, sjukdom, annan psykopatologi eller effekterna av andra droger som kanske används samtidigt.

Vi fortsätter nedan med en översikt över de sammanställningar som har gjorts över de kliniska observationerna.

Vierth (1967). Under en period av två år observerade författaren kroniska haschmissbrukare i Marocko. Minst 50% av befolkningen bestod av kroniska missbrukare. Symtomen vid kronisk intoxikation var upprymdhet, förändrad varseblivning, desorientering i tid och rum, snabba växlingar och avbrott i tankemönster och extrem känslolabilitet. Förmågan till samspel till omgiv-

ningen är nedsatt. Efter flera års bruk uppträder psykoorganiska effekter som leder till en tillsynes total förlust av realitetskontakten. Den initiala irritabiliteten och aggressiviteten övergår i extrem apati. Det är inte känt vid vilken tidpunkt en övergång sker. Syndromets utvecklingsmönster kan bättre förstås när man har undersökt sambandet mellan psykiska och fysiska effekter. (28).

Scher (1970) Författaren, som är verksam i USA, beräknar att 10–20% av marijuanarökarna lider av ”marijuanaism”, dvs ett starkt behov att fortsätta att röka. Dessa rökare är i det typiska fallet tjugo till trettio år gamla ”manschettarbetare”, som har rökt marijuana i fem år eller mer. Ett initialt socialt bruk avlöstes först av experimenterande med andra narkotiska preparat och därefter återgick vederbörande till ett ensidigt cannabisbruk. En person som utvecklar ”marijuanaism”, röker oftast både dag och natt. En tendens att öka dosen har observerats. Alkohol användes ofta för att potentiära cannabiseffekten. Symtomen som följer med detta missbruk omfattar tillfällig huvudvärk, som ofta blir värre efter en tid. Allmänna känslor av olust och obehag, brist på kreativitet, otrygghet, målsättningslöshet och meningslöshet rapporteras också. Försämring av minne och omdöme beskrivs också. Minskad energi och livsglädje är vanligt. Detta kopplas dock inte av cannabisrökaren till själva cannabiskonsumtionen. Scher beskriver också vaga fysiska besvär tex minskning av sexualdriften.

Om bruket avbrytes ökar symtomen initialt. Huvudvärken tenderar att bli vanligare och intensivare, och vederbörande får smärtor i bröstet, buken och korsryggen. Man kan skönja en toleransökning. Detta symptom, enligt Scher, ska skiljas från det *Smith* (1968) (29) kallade ”amotivationssyndromet”. Författarens patienter led av en inre oförmåga som mer var av intern än extern karaktär, och de tycktes kunna utföra sina arbeten tillfredsställande. (30).

Kaplan (1971). Kaplan fann att kroniskt cannabisbruk ledde till försämrade funktionsförmåga, vilket definierades som det *Smith* (1968), kallar för ”amotivationssyndromet”. Detta syndrom karakteriseras av passivt beteende, dålig ansvarskänsla, brist på ambition, en benägenhet att skjuta upp saker till morgondagen och en önskan om att få vara ensam.

Andra manifestationer var irritabilitet, dålig koncentrationsförmåga, låg frustrationstolerans med lättväckta trotsreaktioner, försämrade verbal förmåga och brist på förmåga att reagera på omgivningens stimuli. (31).

Schwarz (1972). Från en litteraturgenomgång och egna observationer antager författaren att de biologiskt aktiva beståndsdelarna i cannabispreparatet har

betydelse för både den akuta intoxikationen och det generella tillståndet den vanemässige rökaren befinner sig i. Den senare är definierad som en individ som har rökt i minst ett år, och som vanemässigt röker hasch minst en eller två gånger/vecka. Symtom kan uppträda även i samband med mindre konsumtion.

Användningen av andra droger tycks inte påverka den av cannabis' framkallade intoxikationen.

Den akut intoxikerade individen jämföres av författaren med vanerökarens tillstånd. I båda tillstånden finns en försämring av minnesfunktionen, koncentrationsförmåga och tidsuppfattning. I det akuta tillståndet finns eufori, och denna motsvaras av den känsla av belåtenhet och tillfredsställelse som finns hos den vanemässige rökaren, trots den alltmer urartade situationen. Man finner misstänksamhet och förföljelseideer i båda tillstånden.

Cannabiseffekten kan bli kvar långt efter det att den akuta intoxikationen har ebbat ut. Om vanerökandet avbrytes avtar både de fysiologiska och de psykologiska symtomen efter några veckor.

Den mest psykoaktiva komponenten delta-9-THC, och dess metaboliter stannar kvar i kroppen under en lång tidsperiod. Denna lagring kan man relatera till "reverse tolerans" (omvänd tolerans), dvs sensitivitetsökning för cannabiseffekterna. Därför kan man säga att det symptom som har observerats hos vanerökaren tillskrives förekomsten av ett toxin, dvs delta-9-THC och dess metaboliter, som har en förlängd farmakologisk effekt i kroppen.

I neurologiska undersökningar på icke- akutintoxikerade individer som har gjorts på vanerökare har man inte funnit några neurologiska förändringar som kunnat härledas till cannabisbruket. (32).

Karacan et al (1976). Karacan et al, fann i en stor EEG-undersökning inga skillnader i sömnmönstret för vanerökare jämfört med en kontrollgrupp (33). Liknande resultat fick Wig och Varna (1977) (34), Fink (1976) (8), Rubin och Comitas (1975) (35).

Psykologiska undersökningar

De psykologiska test som har utnyttjats varierar kraftigt och ibland var det svåra och ibland för lätta. De test som har använts mest är Halstead-Reitan Battery. Detta test är känsligt för neuropsykologiska funktionsrubbnings, särskilt sådana som associeras med frontallobsfunktioner.

Ett annat test som oftast har använts är Wechsler Memory Test som består av sju delar. Detta test är känsligt för både verbalt- och icke-verbalt minne.

Genomgående för alla undersökningar som har gjorts på vanerökare är indelningen,

1 lätt missbruk är mindre än 1 gång/vecka

2 moderat missbruk är 1–6 ggr/vecka

3 tungt missbruk är 1- flera pipor om dagen (1 pipa brukar rymma 0.5 g)

Rossi (1973). Författaren jämförde utfallet på test som mäter korttidsminnets tidsuppfattning på tillfälliga rökare och vanerökare. De tillfälliga rökarna hade rökt 1–4 ggr/månad, och vanerökaren hade rökt dagligen i minst ett år innan undersökningen.

De undersöktes både före och efter den akuta intoxicationen. Testningen utfördes dagligen på exakt samma tid vare sig försökspersonen var intoxikerad eller ej, och i speciella testtillfällen trettio minuter efter rökningen, och under olika perioder under de tjuogoett dagar undersökningarna pågick. Under de fem dagar då försökspersonerna inte fick någon marijuana visade testresultaten ingen skillnad mellan de två grupperna. Försökspersonerna uppvisade försämring av korttidsminnet när de var påverkade, denna effekt var mindre markant under testtillfällena efter rökningen, då försökspersonen var medveten om den akuta intoxicationens påverkan, än under de vanliga testtillfällena varje morgon, när försökspersonen trodde att det bara var de kroniska effekterna som mättes. Författaren drar den slutsatsen att försämringen var sekundär eftersom bristen i uppfattningsförmågan kunde kompenseras till en viss gräns.

Under experimentens gång blev försämringar mindre markanta, men det blev inte klarlagt om detta berodde på träningseffekten eller toleransutvecklingen.

Under det akuta tillståndet var tidsuppskattningen kortare. Denna effekt försvagas under treveckors perioden. Det finns inga skillnader i beteendet mellan specialtillfällena och de vanliga morgontestningarna.

Författaren drar slutsatsen att förändringar i tidsuppskattningen förmedlades genom en direkt påverkan på det centrala nervsystemet. (36).

Entin och Goldzung (1973). Två studier gjordes för att utforska möjligheten av att marijuana försämrade minnesprocessen. I båda studierna jämfördes icke rökare med vanerökare som hade rökt dagligen i minst sex månader. Rökarna var inte akut intoxikerade.

I den första studien testade man verbal inläring. I den andra studien testades verbalt och numeriskt minne. Marijuanarökarna hade signifikant lägre resultat än ickerökarna i både återgivning och inläring på det verbala testet. Emellertid var det ingen signifikant skillnad mellan de två grupperna på det aritmetiska testet.

Det är möjligt att någon förlängd farmakologisk effekt eller förändrat inlärningsmönster, pga långtidsanvändning av marijuana, är ansvarigt för den sänkta minnesfunktionen hos vanerökaren. (37).

Richmon et al (1974). Nio collegestudenter som hade rökt marijuana minst två ggr/vecka i minst ett år, och som förnekade annan drogkonsumtion testades efter tjugofyra timmars abstinens.

En analys av EEG-frekvensen avslöjar att vanerökarna antingen hade en högre eller lägre alfa-komponent än en kontrollgrupp. Samtidigt observerade man en tvåsidig fördelning hos vanerökaren på psykologiska test som tex tidsuppfattning. Effekterna från den akuta intoxicationen är kända för att påverka många funktioner. Författarna anser att den förlängda effekten är verksam på ett liknande sätt. (38).

Gianutsos och Litwack (1976). Författarna undersökte trettio collegestudenter som var ickerökare och tjugofem collegestudenter som rökt marijuana i 2–6 år, och minst två ggr/vecka de senaste tre månaderna. Vanerökarna kunde signifikant oftare inte komma ihåg lika många ord på ett minnestest som icke-rökarna. Denna skillnad ökade då man ökade antalet ord.

Författarna drog slutsatsen att den nedsatta minnesfunktionen kan knytas till marijuanarökning, och att marijuanaeffekten påverkar transformeringen från närminnet till långtidsminnet. Eftersom ingen hade rökt vid undersökningstillfället får man anta att marijuana har en förlängd effekt på minnesfunktionen. (39).

Wig och Varna (1977). EEG-mönster visade inga abnormiteter. Psykologiska tester: författarna administrerade psykologiska test för kognitiva funktioner. Jämfört med en kontrollgrupp hade vanerökarna signifikant lägre poäng på intelligens och minnestest, och högre felpoäng på gestaltminnestest. Deras poäng var signifikant lägre när de gjorde en hastighetsbedömning, och de gjorde större fel på test som mäter tidsuppfattningen än kontrollgruppen.

Författarna anser att deras resultat beträffande den lägre intellektuella-minnes- och koncentrationsförmågan bland vanerökarna beror på cannabis-

framkallade försämringar, men att en koppling definitivt kan fastställas endast genom framtida studier. (34).

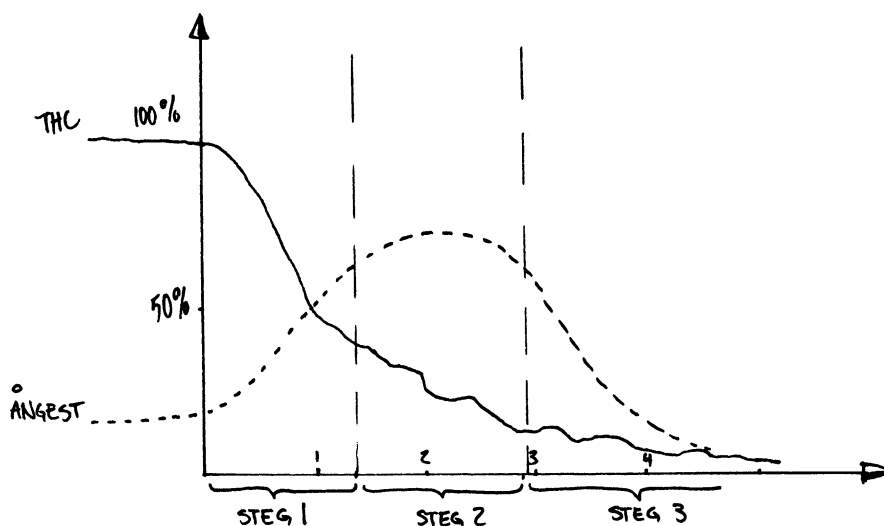
Tunving et al. (1985). Resultatet i en CBF-undersökning (Cerebral Blood Flow). Nio kroniska cannabismissbrukare visade en 11%-ig lägre CBF-nivå än en matchad kontrollgrupp. Fyra av haschrökarna undersöktes igen efter 9–60 dagars avgiftning och uppvisade en 12%-ig uppgång i CBF-nivå. Man hittade inga signifikanta regionala avvikelser.

Den cerebrala genombödningen är en funktion av metaboliseringen. Den visade sig vara sänkt hos kroniska cannabisrökare. Det skulle kunna vara den organiska bakgrunden till det av Smith observerade "amotivationssyndromet". (40).

2 Behandlingsmodellen

Inledning

Den här presenterade behandlingen kan delas in i *tre olika steg*. Dessa steg är inte isolerade från varandra, utan griper in i varandra.



Det *första steget* pågår från det tillfälle behandlaren träffar klienten för ett första samtal till haschets lugnande effekt inte längre förmår hålla den framväxande ångesten tillbaka (se ovanstående illustration).

Detta gäller även för de klienter som uppger att de inte har rökt på två eller tre dagar, såväl som för de klienter som säger sig ha gjort ett ännu längre uppehåll.

Om klienten redan har upphört med rökningen en tid innan han kommer till mottagningen måste behandlaren vara medveten om att klienten troligen ändå inte har kompenserat eller återfått sin fulla kapacitet i tankeförmågan. Därför måste behandlaren även hos denna klient börja med bearbetningen av de nämnda sju punkter, så att den alltmer framväxande ångesten minskar. Denna ångest sammanhänger med den bristande förmågan att korrekt uppfatta vardagliga händelser.

Det första steget bär en medicinsk prägel. Behandlaren diskuterar klientens upplevelse av haschets farmakologiska effekt, och de avtändningssymtom som visar sig. Trots att haschrökaren har gjort längre uppehåll är han för det mesta inte medveten om vilka avtändningssymtomen är.

Övergången till det andra steget börjar från femte dagen och pågår till cirka tolfte dagen efter det första samtalet. Det *andra steget* pågår under den period haschets lugnande effekt inte längre håller ångesten på en låg nivå, dvs till och med tredje veckan efter sista röktilfället (se ovanstående illustration).

Det andra steget bär en psykologisk prägel. Känslor av ensamhet och isolering blir påtagliga för klienten, men även andra känslor fyller honom på ett kvalitativt annorlunda sätt än tidigare. Han har dock ingen möjlighet att bearbeta dessa eftersom det dröjer upp till tre veckor innan han förmår styra sina egna tankebanor.

Det *tredje steget* inträder när den av haschet framkallade ångesten klingar ut, dvs när klienten har en nyvunnen förmåga att söka reparera den ofullständiga bild han haft av verkligheten. Detta behandlingssteg har i och för sig inget slut, utan går över i en stödkontakt (se ovanstående illustration).

Det tredje steget bär en social prägel. Han har ännu inte gjort upp med sin haschidentitet och inte levt haschfri så länge så att han har kunnat skapa en ny identitet. Detta steg är i själva verket starten för en ny identitesutveckling som sedan klienten på egen hand fullföljer.

Ovanstående illustration är, precis som de andra vi har ritat, enbart till för att pedagogiskt förklara vad som händer, eftersom klienten tycks ha bättre förutsättningar att förstå verbala beskrivningar när de kombineras med ritade illustrationer. Bilderna kan alltså med fördel utnyttjas för att förklara olika samband för klienten. Illustrationen beskriver hur den av haschet framkallade ångesten blir märkbar och hur den avklingar i förhållande till THC utsöndringen , samt de olika stegens indelningar.

De två första veckorna av behandlingen träffar vi klienten varje dag. Detta

för att kompensera den bristande närminnesfunktionen. För klienten innebär det också en hjälp att upprätthålla en ömtålig motivation. Det behandlaren åstadkommer genom att träffa klienten varje dag är att han hjälper klienten att jämföra från dag till dag, att lägga märke till sina reaktioner och tänka efter. Klienten får ej ha möjlighet att slappna av och hänge sig åt cannabis-mönstrets förklaringsmodeller.

Den tredje veckan kan behandlaren trappa ner besöksfrekvensen till tre eller två gånger i veckan. Närminnesfunktionen har då förbättrats. Täta kontakter medför inte i denna fas något positivt för klientens mognadstillväxt.

När sedan behandlingen går över till stödkontakt (efter 5 till 6 veckor) träffas man till en början två gånger i veckan för att sedan träffas mera sällan.

Modellen förser behandlaren med tre sk arbetsredskap.

Dessa är:

- Språket; anekdoter och bildliknelser
- Prognostisering, dvs att förutsäga nästa led i behandlingen
- Repetition

Språket

Verbal förståelse innebär att man har en förmåga att förstå ord och att kunna klä sina tankar, känslor och upplevelser i ord. Det innebär också att man förstår andra människors beskrivningar. Behandlaren bör vara medveten om att haschrökaren är oförmögen till att göra sig förstådd och på ett korrekt sätt beskriva vad han upplevt. Behandlaren bör också vara medveten om att dennes ord bara är ord, och inte känslomässigt knutna till ett begrepp. Behandlarens språk måste därför vara enkelt och rakt. Språket måste ha en konkret och deskriptiv struktur. Behandlaren måste vara uppmärksam på att inte gömma sig bakom abstrakta formuleringar, eftersom haschrökaren inte förstår abstrakta formuleringar.

Satserna skall vara påstående till sin karaktär. Då och då kan behandlaren tillåta sig att ställa en fråga, men i så fall skall den vara ledande, så att den inte aktiverar klientens cannabis-mönster. Med ledande fråga menar vi att man i frågan anger ramarna för svaret. Om behandlaren inte ger denna vägledning får klientens svar en allmän karaktär utifrån cannabis-mönstret färdigproducerade svar för just den här frågeställningen.

Vi har funnit att om man i samtalet använder sig av illustrationer i form av bilder samtidigt som man talar, så har haschrökaren större möjlighet att förstå det som framförs, samtidigt som klienten får en levande representation i minnet av det behandlaren säger. Det behandlaren säger eller vill förklara kan också ofta utformas i liknelser och anekdoter.

Detta sk arbetsredskap ska framförallt användas i steg 1. Allt eftersom avtändningen fortskrider ökar klientens möjlighet att ta till sig abstrakta formuleringar.

Ett exempel på hur man anger ramarna för svaret samtidigt som man ställer frågor är följande: ”Det är klart alla gör sina misstag. Det gör även du. När man gör ett misstag eller hamnar i en pinsam situation mår man rätt dåligt, eller hur? Om man fungerar som man borde göra, så lär man sig av sina misstag och försöker att undvika att göra om dem (detta berör närminne, korrekta slutsatser, reflektionsförmågan, språklig förmåga och förmåga till att sätta ihop delar en helhet). Jag vet att man som haschrökare ibland har svårt för att förstå varför saker och ting så ofta blir fel. När man upptäcker att man har gjort ett fel, som man borde ha undvikit, så känner man sig rätt dum. Stämmer det?”

Anekdoter och bildliknelser

Tidigare har vi nämnt att om man i samtalet använder sig av en illustration i form av bilder samtidigt som man talar så har haschrökarna större möjlighet att förstå det som framförs, samtidigt som klienten får en levande representation i minnet av det behandlaren säger. Haschrökaren lever i här- och nusituationer. Han kan oftast bara beskriva väl avgränsade händelser, och ser sällan den process som leder fram till händelsen. Detta måste behandlaren ta hänsyn till när han talar med klienten.

I det följande skall vi ge några exempel på olika bildliknelser och anekdoter som man kan använda i diskussionen med klienten. Det står givetvis var och en fritt att själv skapa sina egna anekdoter och bildliknelser.

För minnesfunktionen

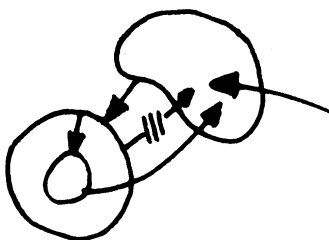
Anekdot:

Det sitter en man ute i mottagningens kafferum och ber om telefonnumret till socialförvaltningen. Han får då ett sexsiffrigt nummer och tackar för hjälpen och går fem meter fram till telefonen. Han tar upp luren och hinner slå de tre första siffrorna, sen hör vi honom kasta på luren under vissa eder,

för att sedan komma tillbaka och på nytt fråga vilket nummer han skulle slå. Han får numret av oss och går ut igen, försöker men klarar återigen bara tre siffror. Han kastar återigen på luren, och kommer och frågar ännu en gång, varpå vi förbarmar oss över honom och skriver ner numret på en lapp.

Bildliknelse:

Tänk dig att vi ritar en hjärna sedd från sidan. Därunder ritar vi två cirklar den ena inuti den andra. Du hör eller ser något. Detta illustrerar vi med en pil riktad mot hjärnan; denna information överförs till den yttre cirkeln, kallad närminnet. Denna överföring illustreras med en pil. Om man är haschrökare kan det vara väldigt svårt, ibland nästan omöjligt, att hämta ut information från närminnet. Detta ritar vi som en överstruken pil riktad utifrån den yttre cirkeln. Denna svårighet gäller inte långtidsminnet, inte heller transmissionen mellan kort- och långtidsminnet utan närminnet. Detta illustreras genom pilar mellan cirkelarna och utifrån den inre cirkeln.



För gestaltminnet

Anekdot:

En man som jobbar som svagströmselektriker och som varje dag när han kommer till sitt arbete tycker sig mötas av ständigt nya typer av kretskort. Ändå är det samma slags kretskort som han har arbetat med under lång tid. Det som gör honom bekymrad varje gång han tittar på dem är att han inte kan känna igen mönstren på kretskorten eftersom han inte har tillgång till denna bildrepresentation i sitt minne.

Bildliknelse:

Tänk dig att du träffar moster Elsa på stan. Det förväntas att du kan placera henne direkt, och inte bara ha känslan av att detta är en kvinna du känner och som du borde komma ihåg namnet på.

För språkliga förmågan

Anekdot:

Många av de haschrökare vi har träffat har ofta enbart konkreta föreställningar knutna till orden, t ex mannen som hela tiden svarade fel på de frågor behandlaren ställde. ”Blev du passiv när du rökte hasch” frågade behandlaren ”Nej”, svarade klienten, ”Jag var aldrig passiv. Jag var alltid aktiv när jag rökte”. Det som slog behandlaren efter en tid var att klienten avsåg varje enskilt röktilfälle medan behandlaren menade att röka som ett tillstånd.

Bildliknelse:

Att tala till en haschrökare på ett abstrakt sätt är ungefär som att ringa till en person som inte lyfter luren, och trots detta prata en lång stund till en icke-existerande person. Efter att ha lagt på luren tror man att man förmedlat ett väsentligt budskap. I själva verket har ingenting i budskapet gått fram.

För möjligheten att dra korrekta slutsatser

Anekdot:

Mannen som inte förstår varför han alltid blir av med sina jobb, eller blir av med sitt socialbidrag, eller blir av med sin lägenhet. Hans egen förklaring till denna serie händelser är ofta att det är andra personers fel. Han får det att låta som om han är utsatt för omständigheter helt utanför sin egen kontroll. Han är oförmögen att dra slutsatsen att han är delaktig i det som hänt.

Bildliknelse:

Använd din egen fantasi och skapa din egen bildliknelse.

För att kunna orientera sig i rummet

Anekdot:

Klienten som berättar att han ständigt råkar ut för följande situation: Han har stannat vid ett stopptecken och blir stående där med sin bil. Efter en stund

tutar bakomvarande bil på honom. Han undrar varför. Detta beror, säger vi, på att du inte kan bestämma dig för om bilen från vänster är så långt borta att du hinner köra ut.

Bildliknelse:

Använd din egen fantasi och skapa din egen bildliknelse.

För att av delar få ihop en helhet

Anekdot:

Vid ett återfall i haschmissbruk så är det snarare regel än undantag att detta ses som en isolerad företeelse. Haschmissbrukarna noterar inte att de föregås av en serie händelser som sedan utlöser återfallet.

Det går bra att använda vårt exempel i kapitlet om återfallet (kapitel 3) som anekdot.

Bildliknelse:

Tänk dig en filmremsa med ett antal filmrutor. Denna filmremsa beskriver handlingen i en film, och rutorna de delhändelser som finns i filmen. För att kunna förstå filmens innehåll måste du kunna sätta ihop alla dessa enskilda händelser för att kunna bedöma om filmen var bra eller dålig. Kan du inte det så får du känslan av att du har sett ett antal småfilmer skilda från varandra istället för att ha sett en hel film (se bild. 4, 5, 6 i kapitel 1.2).

För flexibilitet och uppmärksamhet

Anekdot:

Klienten som berättar att han aldrig deltagit i diskussioner med sina arbetskamrater eftersom han endast kan koncentrera sig på vad en person i taget säger.

Bildliknelse:

Haschrökarens förmåga att samtala med behandlaren under de två första veckorna kan jämföras med en järnvägslinje med enbart ett spår. Man måste ha klart spår här man skall köra; möte innebär kollision. Detta innebär att klienten antingen enbart kan lyssna, och då inte ha kravet på sig att han samtidigt skall fundera och föra samtalet vidare, eller så kan han uttrycka sin åsikt, varpå behandlaren nöjer sig med att lyssna.

Prognostisering, dvs att förutsäga nästa led i behandlingen

Genom att prognostisera hjälper man klienten att se och förstå symtom och processer som han annars inte hade uppmärksammat. Klienten behöver den hjälpen eftersom han själv saknar förmåga att lägga märke till och förutsäga händelser. Denna prognostisering fungerar samtidigt som en suggestion.

Repetition

Under de första 14 dagarna är det viktigt att behandlaren träffar klienten varje vardag. Genom detta förfarande tas det hänsyn till klientens oförmåga att helt på egen hand bevara sin behandlingsmotivation, dessutom tas det hänsyn till att klienten har svårigheter med att komma ihåg vad som har sagts från dag till dag (närminnesfunktionen).

2.1 Steg 1

Det första samtalet

Det är viktigt att skapa en förtroendefull kontakt redan första gången man träffar klienten. Detta gör man bäst om man inte tillfredsställer de förutfattade meningar klienten har om vad som skall hända, dvs att man ska ägna sig åt ett allmänt fördömande av hasch.

Haschrökaren upplever sig själv som den ende experten på sitt eget missbruk, och har ofta en negativ attityd till andra människors förmåga att hjälpa honom. Om behandlaren tar hans besvär på allvar, och visar att han har en kunskap om haschets effekt och anpassar de krav han ställer till klientens förmåga att klara av dem så finns det en stor chans att vinna haschmissbrukarens förtroende. Behandlaren redogör också för vilka förutsättningar som gäller för samtalsbehandlingen.

Behandlaren måste ta reda på varför klienten har sökt hjälp. Om han har sökt för komplikationer till missbruket så bör behandlaren hålla dessa komplikationer i minnet för att vid ett senare tillfälle relatera dem till den låga

funktionsnivån, eller till de medicinska komplikationer som följer på ett vanemässigt rökande. Behandlaren bör nämna att den version klienten har om vad hans besvär nu beror på efter hand kan komma att nyanseras och förändras. Det är dock viktigt, säger man, att minnas hur han förklarar det för sig själv just nu.

Om klienten inte har omedelbar insikt i sitt missbruk utan har kontaktat mottagningen efter påtryckning från annan person, t ex nära anhöring, en god vän eller myndighetsperson, så bör behandlaren reda ut vad klienten tror att det beror på att de har gjort på det här viset och varför han lät övertala sig att följa med. Behandlaren bör diskutera de föreställningar klienten har om den behandlande enheten, eller om vård överhuvudtaget.

Under det första samtalet måste behandlaren vara medveten om att klienten förmodligen har svårt att uttrycka sig verbalt. Därför är det lämpligt att hjälpa honom med att fylla i luckorna när han inte finner ord.

Efter att ha klargjort anledningen till varför han befinner sig på mottagningen och ställt de frågor som vi gett exempel på, är det lämpligt att behandlaren frågar om

- klienten tycker det är ansträngande att sitta och prata en längre stund
- det känns trögt och segt att tänka efter
- det känns som om han kunde säga mycket mer men att han inte hittar orden
- han har svårt att följa med när behandlaren pratar länge
- han tappar tråden när behandlaren ställer en invecklad fråga
- det är så att om han får resonera med sig själv innan han svarar och inte tar första och bästa svar som dyker upp i huvudet, blir det då inte svårt att komma ihåg vad behandlaren egentligen frågade om?

Genom att ställa dessa frågor redan i inledningen ger behandlaren klienten en känsla av att vara väl insatt i hur en haschmissbrukare fungerar.

Behandlaren bör låta samtalet utvecklas till ett samtal ”oss experter emellan” och undvika moraliseringar. Behandlaren skall låta klienten förstå att ett misslyckande inte är negativt i sig, utan att man kan dra ut positiva erfarenheter även ur ett misslyckande. En av anledningarna till att klienten söker hjälp är att han misslyckats med att klara av sin missbrukssituation. Att misslyckas är för klienten i den här situation starkt värdeladdat. Därför måste behandlaren avdramatisera detta.

Efter denna inledning gör behandlaren en beskrivning av på vilket sätt han uppfattar att hasch påverkar det mänskliga psyket. Detta kan göras på det sätt som beskrivs i kapitel 1.2, ”Den kroniska intoxikationen”.

Steg 1 innebär att hjälpa klienten fram till

- bearbetning och upplösning av den av haschet framkallade ångesten och flyktreaktionerna.
- uppträning av den bristande tankeförmågan så att den kompenserar den dåligt utvecklade inlärningsförmågan.
- avslöjande av klientens cannabismönster.

För att kunna bearbeta och undanröja den ångest som haschet skapat måste behandlaren ta hänsyn till klientens nuvarande förmåga att förstå orsakssammanhang. De sju punkter vi ovan nämnt måste presenteras för haschrökaren, både hur de fungerar normalt och under påverkan av hasch. På detta sätt kan behandlaren lära honom vad han skall koncentrera sin uppmärksamhet på. Under den första veckan är klienten i regel fortfarande så påverkad av hasch att han själv inte kan styra denna fokusering, utan är utlämnad åt behandlaren skicklighet att leda honom.

När behandlaren försöker göra sig en bild av klientens haschmissbruk och anpassning utifrån de förutsättningar haschet ger, är det viktigt att han kan ta fram och belysa de olika punkternas styrka hos just den här klienten. I detta arbete utkristalliseras också haschrökarens identitet och cannabismönster. Genom att behandlaren utnyttjar sina kunskaper om haschets effekt på tankeförmågan och presenterar detta för klienten, ger han honom en känsla av att vara förstörd, kanske för första gången på många år. Att få klienten att känna sig förstörd är nämligen nyckeln till hans haschstyrda värld. Han känner igen sig på den allmänna bild behandlaren beskriver, men ser samtidigt att han skiljer sig ifrån beskrivningen på vissa punkter. Han fungerar eventuellt bättre på någon punkt, medan andra inte har varit tydliga för honom. Det är viktigt att behandlaren noterar vilka saker klienten tycker han är bra på, därför att det är den del av självbilden som han har använt som argument för fortsatt rökande. Tids nog låter behandlaren dessa föreställningar bli föremål för analys och nyansering. På detta tidiga stadium är det osäkert vilket värde denna självbild har.

Målsättningen med samtalen i detta stadium är att förmå klienten att se sambandet mellan sin lägre funktionsnivå och haschrökandet i en situation där han förmodligen annars skulle ha förnekat sambandet. Cannabismönstret

gör det omöjligt för haschrökaren att nyansera bilden av sig själv som haschrökare gentemot andra haschrökare. Därför är det lämpligt att illustrera skillnaderna på nedanstående sätt. Behandlaren ritade upp två olika profiler avseende de sju punkter vi tidigare har redogjort för. Varje punkt representeras av en stolpe.

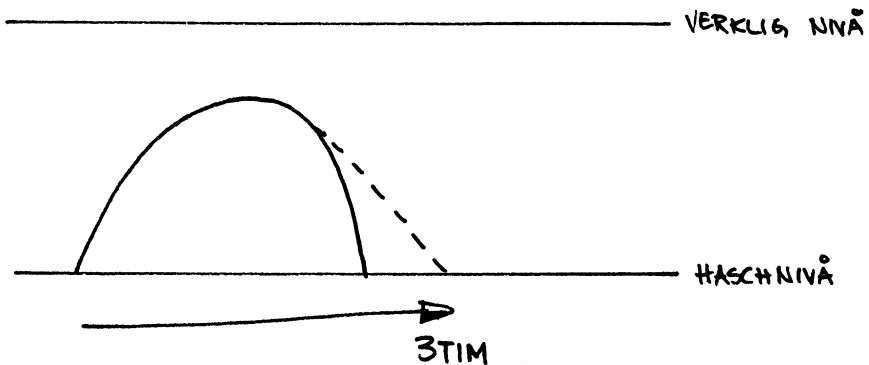


Nyanseringen består i att för haschrökaren visa hur olika haschet slår mot de sju punkterna vi beskrivit. Man kan säga att haschet kapar topparna på ens olika förmågor. Haschrökaren jämför kanske sin prestationsförmåga i den funktion han har högst värde i med andra haschrökares förmåga, och finner då att han är bättre än dem. Då vet han troligen inte att han egentligen borde fungera ännu bättre. Detta innebär att klienten ser sig omkring i sin omgivning och hittar svar som tillfredsställer cannabismönstret, dvs att han inte är lika skadad som de haschrökare som finns runt omkring honom. Detta ger honom en viss tillfredsställelse, och han kan i lugn och ro fortsätta med sitt haschrökande. Vi får inte glömma att hans förmåga till kritisk granskning och reflektionsförmåga, förmåga att kunna jämföra och lägga märke till är starkt nedsatt.

Dessa två olika profiler visar också hur olika anpassningsmönstren hos olika haschrökarna kan vara. Detta måste också behandlaren vara medveten om och tänka på.

Vi har tidigare nämnt att cannabismönstret representerar den identitet som haschrökaren har. I den finns föreställningar som hindrar honom att sluta röka hasch. Dessa föreställningar måste bli föremål för uppmärksamhet. Under det första samtalet har behandlaren gått igenom de sju punkterna. Dessa finns lämpligen nedskrivna på ett papper eller på en stationär tavla i samtalsrummet, så att man ständigt kan gå tillbaka till dem för att beskriva föreställningarnas karaktär.

Behandlaren kan t ex börja med att be klienten beskriva när han röker, för att se om det finns någon systematik i missbruket. Behandlaren frågar honom om han röker vid särskilda tillfällen, t ex när han skall titta på TV eller gå på bio. En av föreställningarna i cannabismönstret är nämligen att man blir aktiv när man röker. Den allmänna informationen om hasch säger att hasch passiviserar, medan haschrökaren själv upplever att han blir pigg när han röker. Missförståndet beror på att haschrökaren tänker på det konkreta röktilfället, medan informationen syftar på rökning som ett kroniskt tillstånd. Om han instämmer i att haschet ger honom energi vid dessa tillfällen, så ritas behandlaren för honom hur det akuta ruset ger honom energi att genomföra detta. Det illustreras genom två vertikala streck där den översta är den möjliga prestationsnivån, och den undre är den nivå man har när man ständigt är påverkad av hasch.



Kurvan beskriver den energiökning haschrökaren upplever under det akuta ruset, och att han under den tiden kan utföra saker som t ex besök på arbetsförmedlingen, besök på bio osv Om han under den här tidsperioden skulle röka ytterligare en pipa, så skulle han inte kunna förlänga energitillskottet mer. I stället skulle energin avta långsammare (beskrivet genom den streckade linjen).

Detta energitillskott påverkar alla punkterna, vilket medför att klienten kanske fått en positiv bild av haschet. Det är helt enkelt de akuta rusperioderna han minns bäst. Det är då han eventuellt läser böcker och är aktiv, och

eventuellt funderar på att sluta röka hasch. Timmarna mellan rustillfällena är svårare att komma ihåg och tycks vara glömda. Därför cementeras dessa föreställningar effektivt under det akuta ruset.

Ett annat exempel är när behandlaren vid första samtalet frågar en haschrökare om när han rökte senast. Då säger han kanske "igår". Inte för att han vet att det var precis igår han rökte, utan för att han vet med sig att han är vanerökare och röker varje dag och därför självfallet rökt igår. Behandlaren gör då klienten uppmärksam på att detta är ett schablonsvar. Han har inte tänkt efter utan har bara sagt det. När behandlaren frågar om så är fallet så brukar svaret bli instämmande.

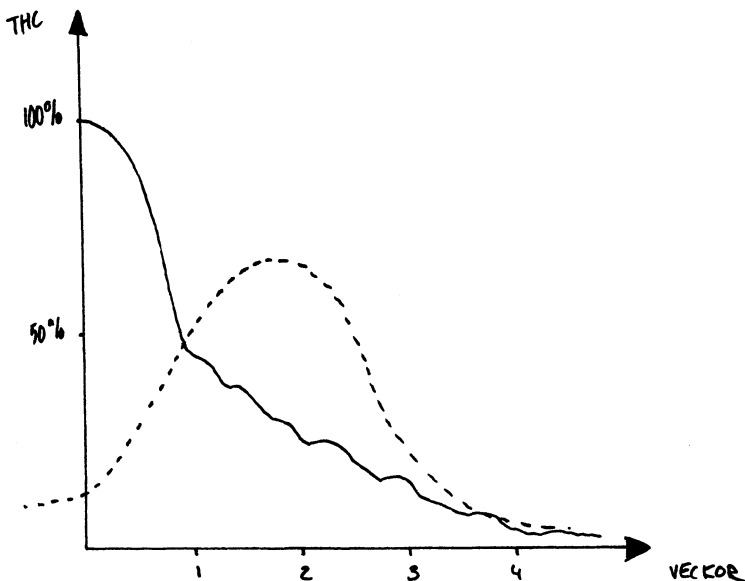
Tid är ett annat diskussionsämne. Klienten får beskriva hur han upplever begreppet tid. Han får sedan beskriva hur dagen har sin gång; hur morgonen ser ut, och vilka känslor han har då, hur kvällen ser ut, vilka känslor har han då, hur långt framåt kan han föreställa sig att saker händer och hur lång tid tillbaka kan han komma ihåg?

Det bristfälligt fungerande korttidsminnet medför att haschrökaren inte har en normal tidsuppfattning utan fungerar bara i här och nu perspektivet.

Faktorer som förstärker klientens motivation att inte röka hasch:

- Dagliga samtal kompenserar den bristande närminnesfunktionen.
- Behandlaren riktar klientens uppmärksamhet på tex "avtändningssymtom", därmed gör han klientens obehag förståeliga och undviker därmed också flyktreaktioner.
- Behandlaren poängterar dag till dag perspektivet och undviker att avkräva löften av klienten som denne inte kan hålla.
- Behandlarens pedagogiska hållning ger klienten en upplevelse av att vara förstådd, både att han förstår sina egna reaktioner och att någon annan gör det.

Efter cirka en vecka börjar den genom haschrökningen producerade ångesten bli starkare än den motivationen klienten själv lyckats uppbära för att avhålla sig från återfall. Detta måste behandlaren klargöra för klienten redan under den första veckan. Anledningen till detta fenomen är, att nu har ca 50% av den mängd THC som fanns lagrad i fettvävnaderna vid det tillfälle när han slutade röka utsöndrats och han har inte längre någon nytta av haschets lugnande effekt. Detta kan illustreras på följande sätt.



Tidigare har haschrökaren försökt att "lägga av" själv, men misslyckats (därför sitter han nu hos dig). Han bör kunna tala om hur länge uppehållen då har varat, och av vilken anledning han har börjat igen. Oftast är det för att den nu alltmer framväxande ångesten har blivit honom övermäktig. Om han nu är förberedd för denna ångest får han också lättare att stå emot impulsen att röka igen. Genom att göra honom medveten om villkoren kan han själv avslöja sitt handlande på ett tidigare stadium och därigenom få känna tillfredsställelsen av att ha klarat av något som han inte tidigare varit mäktig.

En viktig komponent i "förberedande på återfallet" är att diskutera *hasch-sugets karaktär*, så att klienten får en intellektuell föreställning om detta. Behandlaren frågar klienten vid varje samtalstillfälle om han har känt något sug, och vad suget i så fall består av. Det är viktigt att påpeka för honom att om han får något återfall (vilket de flesta erkänner om de haft något) så betyder inte detta att han är tillbaka vid utgångspunkten, eller att behandlaren säger upp kontakten med honom. I värsta fall förlorar han sin nyvunna förmåga under några dagar. Behandlaren ber honom lägga märke till på vilket sätt han förändras, och ber honom beskriva vad det var som gjorde att han fick ett återfall (exempel på återfall se kapitel 3).

Under det första steget koncentrerar behandlaren sig på nedanstående tema. Det framkommer då vilka föreställningar haschrökaren är benägen att modifiera, och vilka han håller kvar som sanna sanningar. Det är också viktigt att lägga märke till hur hårt klienten håller fast vid sina versioner av verkligheten. Det är bättre att vänta ut förändringar än att provocera fram dem. Tidsnog märker behandlaren varför klienten hänger fast vid sin version. Eventuellt kan man ana att han inte orkar med för mycket kritik på grund av sin redan dåliga självkänsla. Därför bör behandlaren inte ha för bråttom utan vänta in sin klient.

Teman under steg 1 (Dag 1 – dag 12)

- 1 Hur påverkar haschet klienten jämfört med andra haschrökare han känner?
- 2 Hur använder klienten haschet (missbruksmönster)?
- 3 Hur upplever klienten begreppet tid?
- 4 Hur beskriver klienten sitt haschsug?
- 5 Hur beskriver klienten sin omgivning?
- 6 Hur har det varit vid tidigare ”avtändnings”-tillfällen?
- 7 Vad är anledningen till att klienten vill sluta just nu?
- 8 Vilka negativa effekter ser klienten i haschrökandet?
- 9 Vilka positiva effekter ser klienten i haschrökandet?
- 10 Diskutera de konkreta händelser som inträffat under den perioden han har träffat behandlaren. Både det som har hänt i och utanför behandlingen.
- 11 Diskutera klientens syn på hur konflikter uppkommer runt honom.
- 12 Diskutera klientens ”avtändnings”-symtom.
- 13 Diskutera de skillnader i sitt sätt att fungera klienten registrerat mellan de olika samtalstillfällena.

Prognostisering i steg 1

Behandlaren använder den kunskap han har om olika ”avtändnings”-symtom (redovisas nedan) för att förutsäga vad som skall hända. Med hjälp av en ritad

”avtändnings”-kurva (se bild 8 kapitel 2) visar han för klienten de olika stegen och beskriver deras innehåll. Eftersom tiden är ogripbar och ångestladdad för haschrökaren, får klienten genom skissen en i alla fall grafisk förståelse om att problemen är av övergående natur. Behandlaren riktar uppmärksamheten på ”avtändnings”-symtomen för att öka klientens förståelse av de känslor avtändningen framkallar. Om han inte får denna vägledning i hur han skall tolka symtomen, och därigenom reducera den ångest som uppstår under avtändningen, kan ångesten åstadkomma ett återfall i missbruk. Haschrökare förstår nämligen i regel inte av sig själva vad symtomen beror på.

I denna prognostisering tas hänsyn till den kunskap klienten själv har om vissa av de symtom som förekommer under ”avtändningen”. Behandlaren visar honom vad han skall uppmärksamma och hjälper honom att tolka dessa symtom. Behandlaren hjälper honom med att sätta ihop en bild av hur det verkligen är att ”tända av” från hasch. Detta kompenserar klientens dåliga förmåga att dra korrekta slutsatser, sätta ihop delar till en helhet, samt närminnets bristande förmåga.

I det första steget är ”avtändnings”-symtomen följande (Det är inte säkert att alla dessa symtom uppträder hos just din klient):

- muskelvärk,
- snuva,
- sömnstörningar,
- huvudvärk
- ökad drömmaktivitet
- ökande olust,
- ökad känslighet
- oförmåga att hålla problemen på avstånd,
- känslor av ensamhet och isolering.

När behandlaren med hjälp av ”avtändnings”-kurvan beskriver vad som händer när den av haschet framkallade ångesten blir större än den lugnande effekten som den lagrade THC-halten ger, har prognostiseringen inför steg 2 påbörjats. Detta faktum är ofta orsaken till att frestelsen att röka hasch blir honom övermäktig. Behandlaren säger till klienten att i och med att de under den första veckan så grundligt diskuterat igenom haschets verkningar och att hans motivation att sluta röka hasch har fått en större och medveten

förankring, så kommer ett eventuellt återfall att innebära att han känner stark olust när han utfört handlingen, dvs när han dragit blossen på pipan.

Denna olust förstärks i sin tur av haschets tendens att förstärka aktuella känslor. Han kommer alltså sannolikt att må dåligt av ett eventuellt återfall.

Repetition i steg 1

I varje samtal upprepar behandlaren innehållet i de sju punkterna (som redovisats i 1.2), och därigenom nöta in det sätt att tänka på som motverkar cannabismönstrets schablonartade föreställningsvärld. Diskussionerna bör behandla klientens sätt att fungera och relateras till de sju punkterna som då lämpligen finns antecknade på ett papper eller på en tavla i rummet. Klientens närminnesfunktion är så pass dålig att om behandlaren inte upprepar dessa punkter som stöd för klientens minne så sker ingen utveckling av klientens nyanseringsförmåga. Vi måste vara medvetna om att klienten inte kan relatera sitt föregående samtal annat än igenom de illustrationer och bilder som framställs vid behandlingssamtalen.

För varje samtal får behandlaren mer material att arbeta med och därmed också större förståelse för den aktuella klientens egentliga sätt att fungera på.

Behandlaren återför hela tiden klienten till den egentliga arbetsuppgiften under samtalen – nämligen att träna upp förmågan till reflektion, kritisk granskning samt förmågan att kunna dra egna slutsatser.

Sammanfattning av den terapeutiska hållningen under steg 1

- Behandlaren lyssnar och tar klientens version på allvar.
- Behandlaren är aktiv och patienten passiv.
- Utifrån den kunskap och modell som presenteras i denna skrift förklarar behandlaren på ett pedagogiskt sätt hur han ser på klientens problem.
- Behandlaren styr samtalsämnena utifrån de teman som beskrivs.
- Behandlaren aktar sig för att göra överdrivna tolkningar, att för snabbt ha svar och förklaringar på klientens beteende eftersom detta framkallar en underlägsenhetskänsla hos klienten.

En fallbeskrivning

Vi kommer att efter varje steg redovisa ett speciellt falls utveckling för varje steg. Fallet är autentiskt. Vi kallar honom här för Sten. Behandlingen ägde rum under våren och sommaren 1986.

Steg 1

En 38-årig man som arbetar inom vården. Han har missbrukat hasch mer eller mindre regelbundet sedan 18-års åldern. Tidvis har han också missbrukat heroin och amfetamin. Efter bråk på arbetsplatsen och anklagelser om missbruk blev Sten anmodad att söka hjälp på Rådgivningsbyrån. Han hade som de flesta haschmissbrukare gjort korta och långa uppehåll men alltid fortsatt missbruka efter en tid.

Bilden han hade av sig själv när han kom till Rådgivningsbyrån var att han å det grövsta hade blivit felbehandlad av motparten i den nu aktuella konflikten. Han hade bestämt sig för att sluta röka hasch, dvs att som tidigare göra ett så långt uppehåll som möjligt, men eftersom det mer eller mindre var ett krav för att behålla jobbet tog han kontakt med Rådgivningsbyrån. Hans inställning var att han själv skulle klara ut det och han behövde ingen hjälp. Denna inställning förändrades något när behandlaren vid den första telefonkontakten redogjorde för sin syn på hasch och hur själva behandlingen var upplagd.

Det första samtalet ägnades åt att gå igenom haschets skadeverkningar. Redan på det här stadiet ville Sten nyansera diskussionen och berätta att det var annorlunda för honom. Behandlaren hade alltså stort cannabismönstrets bild av att han var en välfungerande haschrökare. Behandlaren lät honom då berätta hur han fungerade, för att nästa dag (dg 2) mer ingående låta honom berätta om sitt sätt att missbruka. På så sätt erhöll behandlaren ett jämförelsematerial, ett med utgångspunkt från de sju punkterna och ett där Sten själv beskrev sitt missbruksmönster. Dessa två synsätt blev sedan föremål för diskussion.

Det karakteristiska för denne haschrökare var att han hade en hederskodex, att aldrig vara påverkad när han arbetade. Detta innebar att han kunde röka en rejäl pipa på kvällen innan han skulle arbeta och ingenting på morgonen, utan han rökte först nästföljande kväll när han kom hem efter jobbet, och då flera pipor.

Behandlaren påpekade för honom att han har missbrukat fel och att det var

fullt naturligt att man hade klagomål på hans lynnighet och att man ibland hade svårt att förstå hans sätt att reagera på olika problemsituationer. Anledningen till detta är att han hela tiden han arbetade var inne i det kroniska ruset. Behandlaren illustrerade detta genom att hänvisa till avtändningskurvan och bilden som visar hur det akuta och kroniska växlar.

För varje dag som gick diskuterades hans sätt att missbruka, så att hans föreställningar om att vara en icke-skadad haschrökare började anta en motsatt form, dvs att han hela tiden hade lurat sig själv.

Behandlaren återförde kontinuerligt Sten till att lägga märke till, tänka efter och jämföra, när tankeflykten blev för påtaglig.

Under den första veckan fick alltså Sten en annan bild av sig som haschrökare än den han hade haft med sig in i behandlingen. Sten hade sedvanliga avtändningssymtom, huvudvärk, snuva, ont i musklerna, störd sömn och diarré. Det värsta var dock de omväxlande kalla och varma svettningarna som ständigt pågick. Han fick också mot slutet av veckan stark ångest som satt som en stor tyngd i bröstet. Behandlaren lät honom berätta om dessa avtändningssymtom och lät honom jämföra styrkan i jämförelse med hur de var vid tidigare avtändningstillfällen. Den här gången var det lite annorlunda, sa han, eftersom han kunde sätta in dem i ett sammanhang. I och med att behandlaren varje dag frågade om dessa avtändningssymtom så kunde Sten inte fly från obehagligheterna och på det sättet få ett sug efter hasch.

Sten hade också ett stort stöd i några av sina arbetskamrater. De visade hela tiden att de trodde på honom. Detta motverkade de framväxande känslorna av ensamhet och isolering, nu när han inte längre umgicks med sina haschrökande kompisar. Behandlaren frågade honom om han kunde se att han fick detta stöd trots att han för närvarande själv inte hade något att erbjuda. Motvilligt erkände Sten att detta tyngde honom, eftersom han var osäker om de skulle stå ut med honom. Behandlaren försäkrade honom att för varje dag som gick efter den första veckan så skulle han bli allt tydligare för dessa vänner, och att de tidigare än han själv skulle märka den positiva förändringen han genomgår.

Under den andra veckan fortsatte de dagliga samtalen. Behandlaren följde upp vardagliga händelser genom att be Sten redovisa sin del i dessa. Dessa diskussioner utvecklades i och med att Sten lättare fann orden han ville använda. Behandlaren bad honom att tänka tillbaka på hur svårt han hade för detta bara för en vecka sedan. På detta sätt fick Sten motivation att fortsätta det mödosamma arbetet att övervinna haschets verkningar. Han

började bli mer aktiv och fick saker utträttade. Detta föranledde behandlaren att fråga om tidsåtgången för dessa aktiviteter. Det visade sig att Sten hade en annorlunda uppfattning om tidsåtgång än vad det i realiteten tog för att utföra dessa sysslor. Behandlaren diskuterade detta ingående så att Sten blev medveten om hur haschet påverkar tidsaspekten. På liknande sätt relaterades andra händelser till Stens pga haschet, bristfälliga funktionsnivå.

Medicineringen under denna period inskränkte sig till sömnmedicin under 2 nätter, lugnande dagmedicin under 3 dagar och värktabletter under 5 dagar. Därefter har han varit helt medicinfri.

2.2 Steg 2

Steg 2 innebär att klienten måste

- kunna se skillnaden på vad han är nu och vad han skulle kunna vara för att se en motivation till att fortsätta det mödosamma arbetet, att hitta sig själv igen
- bli negativ till det han är nu, d.v.s. han måste förstå att det sätt han nu fungerar på är otillfredsställande, och att det är haschet som förorsakat det
- få positiva föreställningar om framtiden

Det är i regel ett okänt område som haschrökaren nu ger sig in på. Tidigare har han själv kunnat hålla upp med rökningen i cirka 7–10 dagar och därefter återfallit i missbruk.

Behandlaren påpekar för klienten att de känslor och den ångest han får under den här perioden är av övergående natur. Redan i nästa vecka kommer han att uppleva situationen annorlunda, t ex att han återfår förmågan att styra sina egna tankar.

Detta påstående måste formuleras så här vagt, därför att varken klienten eller behandlaren kan veta hur det ser ut i nästa vecka, men visar ändå att en viss förändring kommer att ske.

Det är vid den här tidpunkten behandlaren upplyser klienten om att man, med klientens tillstånd, bör tala med respektive anhörig, sammanboende eller förälder (se kapitel 5 och 6). Detta är viktigt eftersom föräldrarna plötsligt upplever att deras barn är tillgängligt för argument och den sammanboende

plötsligt upptäcker en mera vaken och lättirriterad partner. Denna situation tolkas inte så sällan på ett felaktigt sätt, t ex att sambon eller föräldrarna inte kan förstå den pågående förändringen, utan bara ser effekten av den, d.v.s. en större tillgänglighet. Detta innebär i regel att de reagerar spontant på grund av sina egna uppdämda behov och det kan förorsaka onödiga konflikter vilket kan få allvarliga konsekvenser för den fortsatta behandlingen.

Känslor som inte är styrda av haschets psykologiska påverkan

Under det andra steget börjar klienten känna känslor som inte är styrda av haschet. Dessförinnan har haschets psykologiska påverkan styrt känslorna och under den första veckan har klienten på sin höjd känt sig lättirriterad. De känslor som växer fram kan vara både positiva och negativa, men har det gemensamt att klienten inte kan styra dem, utan de uppfyller honom helt. Det är också de första känslorna på många år som inte är kemiskt styrda. Behandlaren bör fråga honom om han känner igen dessa känslor och hjälpa honom med att identifiera dem. I denna diskussion märks nu tydligt att hans förmåga att beskriva sina känslor är klart nedsatt. ”Han hittar inte orden”, han känner sig ofta naken och hjälplös, eftersom han nu inte längre skyddas av haschets lugnande inverkan.

Under den här veckan måste behandlaren gå in på *känslornas kvalitet*. Behandlaren frågar klienten om han har någon uppfattning om vad känslorna står för, och i vilka situationer de kommer. Hur tycker han att det påverkar honom? Känner han igen dem? Det är viktigt att behandlaren hjälper klienten med att få en intellektuell distans till dessa känslor. Oftast är det negativa känslor präglade av den ensamhet och isolering han nu upplever.

Det är viktigt att klienten får reda på att de känslor som dyker upp från och med den andra veckan skall ses som *arbetsmaterial*, och inte ligga till grund för beslut, eftersom de under de kommande veckorna kommer att ändra karaktär framför allt genom den ökade reflektionsförmågan. Därför påpekar behandlaren för klienten att viktiga beslut inte fattas förrän det gått cirka sex veckor av drogfrihet.

Klienten befinner sig känslomässigt i här- och nu situationen, dvs han kan inte relatera känslor till en process utan uppfylls helt av dem.

Effekten av att det i kroppen lagrade THC:et minskar

Klienten befinner sig nu i den situationen att den ångest som haschet framkallat alltmera gör sig märkbar. Det är alltså inte samma ångest som han upplevde då han började röka hasch. Han känner att han blir alltmer irriterad. Det dåliga humöret tränger sig på. Han får också veta av behandlaren att ångesten försvinner allteftersom han lär sig handskas med sin nyvunna förmåga att på ett korrekt sätt kunna uppfatta saker som händer runt omkring honom. Detta illustrerar vi genom att rita bild nr 12 i kapitel 2.1.

Haschrökaren märker tydligt att han har lättare för att förstå. Han märker att han börjar kunna koncentrera sig, kanske till och med börja titta på TV med behållning. Han märker att han blir bättre på alla de punkter som vi har tränat.

Han måste lära känna sugets olika komponenter. Han måste lära sig känna igen sitt flyktbeteende för att komma undan ångesten. Vanliga flyktbeteende som impulsök, tröstätning osv måste analyseras. Om alkoholkonsumtionen ökar gör behandlaren honom uppmärksam på detta, och förklarar anledningen, dvs han försöker kompensera bortfallet av haschets lugnande effekt. Behandlaren fortsätter att diskutera omgivningens reaktion och klientens nya sätt att fungera, om hans bekanta ser någon skillnad, och om han själv i så fall ser samma skillnad. Det är ofta så att omgivningen upptäcker förändringen tidigare än klienten.

Han kan fortfarande uppleva svårigheter med insomningen men i övrigt finns det inga andra fysiska avgiftningssymtom.

Ofta vill klienten påskynda behandlingen. Detta beror dels på den nya tidsuppfattningen men det är också ett sätt att fly från det energikrävande arbetet som det är att öva upp sin tankeförmåga igen. För att förstå hur energikrävande det är kan ni jämföra det med hur det är att komma tillbaka till jobbet efter semestern. Det går trögt till en början och man önskar att man fortfarande hade semester. Efter 2–3 veckor kommer man upp i normal prestationsnivå igen. Denna förslöande inverkan på vår tankeförmåga har uppstått på den korta tid som semestern varar. Vi skall då vara medvetna om att haschrökaren har varit borta längre än fem veckor, ofta i årtal.

I övrigt fortsätter arbetet med de sju punkterna som tidigare. Behandlaren hjälper klienten att identifiera och nyansera sina upplevelser och föreställningar om framtiden.

Temat under steg 2 (Dag 12 – dag 21)

- 1 Hur upplever klienten hemsituationen?
- 2 Kan klienten se någon förändring i sitt sätt att fungera?
- 3 Hur vill klienten att hans liv skall se ut?
- 4 Vilka känslor gör så att klienten mår bra?
- 5 Vilka känslor gör så att klienten mår dåligt?
- 6 Diskutera aktuella känslor. Har klienten lagt märke till något speciellt?
- 7 Kan klienten beskriva hur ”dimman lättar”?
- 8 Hur upplever klienten ensamheten och isoleringen, jämfört med den sk gemenskap han hade tidigare?
- 9 Diskutera flyktbeteendet.

Prognostisering i steg 2

Behandlaren förbereder klienten på en eventuell familjekonflikt; vad denna konflikt består av samt hur den uppkommer (se kapitel 5). Behandlaren förbereder klienten på att känslor av typ ensamhet och isolering kan komma att intensifieras, men också att han kommer att uppleva hur ”dimman lättar”, och hur han får lättare att koncentrera sig och förstå samband mellan olika företeelser.

Sömnstörningarna fortsätter även under denna period.

Cannabinoiderna eller cannabisämnen brytes ner och utsöndras under avgiftningen. Detta kan ske ”stötvis” och kan ge klienten känslan av att vara berusad. Detta kan man lägga märke till genom att han förefaller sjunka in i sig själv. Klienten bör göras uppmärksam på att man har registrerat detta. ”Utfällningarna” har en tendens att komma vid psykisk eller fysisk ansträngning, och kan därför inträffa även i behandlingssituationen.

Repetition i steg 2

Upprepningarna fortsätter, men behöver inte längre vara lika intensiva eftersom minnet förbättras. Upprepningar måste dock ske för att klienten

skall kunna se hur han fungerar nu i jämförelse med hur han fungerade tidigare, ("Behandlaren uppträder som vanligt, alltså är det jag som har förändrats").

Sammanfattning av den terapeutiska hållningen under steg 2

- Klienten blir aktivare och behandlaren mindre styrande.
- Behandlaren styr fortfarande samtalsämnena utifrån givna teman.
- Behandlaren avvaktar känslornas framväxt, och hjälper klienten att nyansera dessa allteftersom de förändras.
- Behandlaren poängterar att dessa känslor är under ständig utveckling, vilket innebär att de i första hand måste ses som en följd av att haschet håller på att försvinna ur kroppen. De har trängts undan och dämpats av drogen och väller nu fram osorterat.

Ett fall (forts.)

Steg 2

Behandlaren frågade Sten varje dag om han hade upplevt någon förändring i känsloupplevelsen. Sten berättade att han kände en stor tillfredsställelse i de arbetsuppgifter han utförde, tex att laga cykeln, svetsa och laga bilen, städa osv. saker och ting blev inte längre liggande utan han gjorde en sak färdigt innan han påbörjade en ny.

Han började också allt oftare tänka på att han hade kastat bort en stor del av sitt liv. Detta lät behandlaren bli föremål för diskussion vid flera samtals-tillfällen för att både han och Sten skulle märka om det skedde någon utveckling i Stens upplevelse av detta mycket påtagliga problem. Behandlaren var hela tiden medveten om att detta var en av anledningarna till att en depression bildades. För Sten var dessa känslor de första riktigt djupa känslor han hade haft sedan 18-års åldern. Behandlaren lät Sten beskriva dessa svängningar mellan negativt och positivt, och lät honom jämföra dessa med svängningarna i haschuset. Sten beskrev de nuvarande svängningarna som något han var delaktig i, medan haschusets svängningar bara var något kemiskt. Han tyckte att han överhuvudtaget kände att han kom närmare sig

själv ju mer "dimman lättade", och han märkte också att han kunde vara aktivare i umgänget med sina drog fria kompisar.

Alla frågeställningar som behandlaren tog upp i det första steget fick nu under det andra steget en mer framträdande roll, dvs Sten upplevde trots de negativa känslorna ändå att han förändrades till det bättre. Hans negativa känslor blev genom diskussionen med behandlaren mindre negativa och han kunde acceptera dessa som någon sorts kunskap som han fick med sig in i sitt nya liv.

Efter ca 20 dagars drogfrihet kunde Sten, på behandlaren's begäran, klart beskriva skillnaden mellan att själv styra tankarna eller bara följa med i den tankeströmmen som styrdes av haschet. I slutet på steg 2 lät behandlaren Sten själv styra diskussionerna och agerade enbart som lyssnare för att kunna avgöra om han kunde föra logiska resonemang. Diskussionerna gällde bla kriminalisering av haschet, medvetenheten bland befolkningen om haschproblematiken, skillnaden mellan de bedömningarna han nu gjorde som seglare mot vad han hade gjort tidigare.

Stens resonemang byggde mycket på de föreställning som han hade skapat under sin haschperiod och han kunde mitt under dessa diskussioner byta åsikt helt. När behandlaren påtalade detta förklarade Sten att han hade lyssnat på sitt sätt att resonera medan han pratade och tyckte att det lät helt befängd. Han hade efter en stunds funderande kommit fram till en annan ståndpunkt. Detta hade såvitt han kunde komma ihåg inte hänt på de senaste tjugo åren, att han kunde ändra sin åsikt under en diskussion.

2.3 Steg 3

Steg 3 innebär att:

- hjälpa klienten med att förstå beståndsdelarna i en utvecklingsprocess.
- belysa grundkonflikten, dvs varför han började missbruka.
- belysa hur det är att byta identitet, ifrån missbrukare till "medel-Svensson".

Under det tredje steget kommer "dimman" att släppa betydligt och klienten upplever nu att han kan tänka först och handla sedan. Detta

betyder att han på ett helt nytt sätt kvalitetsmässigt kan styra sina tankar. Han kan fundera och föra logiska resonemang. För klienten är detta en ny situation, att han kan vara "herre över sig själv".

Under det tredje steget diskuteras de två tidigare steg som passerats. Behandlaren låter klienten se sig själv i perspektiv: hur har han förändrats, hur har han utvecklats. Behandlaren frågar om de föreställningar som klienten hade om hur han skulle förändra sig stämmer med verkligheten.

Behandlaren hjälper klienten att se sitt nya anpassningsmönster, dvs det som utvecklas när han nu lever i vardagen med sin nyvunna vakenhet. Detta för att han skall bli medveten om sina grundproblem, dvs av vilken anledning han började röka hasch. Därför är det lämpligt att i denna situation gå igenom pubertetens olika frågeställningar, och diskutera utifrån de punkter vi redogör för under tonårsavsnittet (kapitel 6).

Klienten är nästan alltid intresserad av att gå vidare och ta reda på varför han började röka hasch. Klienten och behandlaren måste då vara överens om vad man skall koncentrera sig på när behandlingen nu övergår till stödkontakt eller jagstödande terapi.

Även under detta steg händer det ofta att klienten tycker att det går för långsamt fram. Då påpekar behandlaren för honom att en anledning till att han upplever det på detta vis är att hans tidsuppfattning håller på att förändras. Behandlaren poängterar att det ändå är viktigt att ta det lugnt och att ta varje sak för sig. Om han försöker att göra för mycket på en gång så sker detsamma som händer när man försöker få ut ett bord genom en dörröppning som är för liten för bordet, det blir stopp. Då är det viktigt att man skruvar isär bordet, och på detta sätt får man ut det igenom dörröppningen. För detta behöver man verktyg. De verktyg som användes för att bryta ner cannabismönstrets föreställningar är att hela tiden relatera till de sju punkter som presenterades i avsnittet om den kroniska intoxikationen (se kapitel 1.2). Liknande bilder kan med fördel användas om behandlaren vill beskriva något abstrakt för haschrökaren.

Som behandlare måste man vara uppmärksam på om utvecklingen hämmas därför att den ångesten som växer fram mycket väl kan framkalla en sk hämningsdepression. Denna hämningsdepression ger behandlaren ett intryck av att klienten trots förnekande har haft ett återfall. I så fall bör behandlaren ta kontakt med en van psykiater för bedömning. (se kapitel 4).

Teman under steg 3 (Dag 21 ->)

Följande punkter bildar utgångspunkter för diskussioner med klienten.

- 1 Tycker klienten att han hör hemma i detta samhälle (rotlöshet)?
- 2 Tycker klienten att han fungerar i det dagliga livet utan det försvar haschet ger?
- 3 Hur handskas klienten med den ökade sårbarheten och känsligheten?
- 4 Kan klienten titta på TV med behållning?
- 5 Kan klienten läsa en bok med behållning?
- 6 Be klienten jämföra de föreställningar han hade under haschperioden om ett s.k. normalt liv, med hur han ser på det nu.
- 7 Hur ser klienten nu på hur han har levt sitt liv?
- 8 Fråga klienten vad han tror är anledningen till att han började missbruka?

Behandlaren söker nu realitetsanpassa föreställningarna genom att diskutera aktuella händelser. Behandlaren tittar framåt och diskuterar hur klienten tror att livet kommer att gestalta sig och klientens eventuella ambivalens i attityden gentemot det gamla och det nya livet.

Prognostisering i steg 3

Genom att hänvisa till den uppritade avtändningskurvan talar behandlaren om för missbrukaren att han nu befinner sig i en situation där han bör kunna styra sina egna tankar. Detta innebär bl.a. att han kan lära sig att hejda sig innan han talar, t.ex. i konfliktsituationer som uppstår i hemmet. Han bör kunna tänka ett tankeled framåt innan han ger uttryck för den spontant uppkomna känslan.

Behandlaren påpekar för klienten att han efterhand blir allt skickligare i att lösa konfliktsituationer. Behandlaren pekar också på de problem klienten kommer att stöta på när han nu skall anpassa sig till samhällets regler och normer, t.ex. hur man skaffar nya vänner.

Repetition i steg 3

Dialogen har nu utvecklats till en levande diskussion. Minnesfunktionen är inte längre eftersatt. Därför behövs inte längre upprepningarna.

Sammanfattning av den terapeutiska hållningen under steg 3

- Klienten styr samtalen.
- Behandlaren blir alltmer en diskussionspartner med uppgift att verklighetsanpassa klientens föreställningar.
- Behandlaren bör vara uppmärksam på klientens separationsproblematik och inte förlänga samtalskontakterna längre än det är nödvändigt (se kapitel 2.4).

Ett fall (forts.)

Steg 3

Under de två första stegen lämnade Sten droganalyser vid fyra tillfällen. Han visste inte när han skulle lämna dessa utan behandlaren styrde detta. Behandlaren frågade ofta om Sten hade något sug efter hasch. Det hade han märkligt nog inte haft. Däremot tänkte han ofta på haschet, men med distans. Behandlaren frågade också om det fortfarande var så att han såg samma tydliga förändring i sitt sätt att fungera som han hade gjort tidigare. Inte om man, sa Sten, jämfört från dag till dag, utan då måste jag gå tillbaka åtminstone en vecka.

Det var nu också tid för att diskutera Stens framtidssyn. Vilde han gå tillbaka till sitt arbete, där han hade haft så många konflikter, eller vilde han satsa på något nytt? Behandlaren hade medvetet låtit bli, bortsett från vid det första samtalet, att diskutera anledningen till varför Sten var i behandling.

Sten hade den sista tiden ofta själv tänkt på detta (detta var efter 25 dagars drogfrihet) och var helt övertygad om att han skulle gå tillbaka till sitt gamla arbete. Han ville visa att han inte var sådan som han blev anklagad att vara. Detta tyckte han kändes viktigt att göra, dels inför sig själv och dels inför sin omgivning. Han var också beredd att ta smällarna som kunde komma, för att bevisa för sig själv att han inte var en sådan som flydde undan. Med denna målsättning för ögonen fortsatte hans nya identitet att växa fram, under behandlarens ständiga ifrågasättande om han verkligen kunde stå för de åsikter som han framförde.

Vissa av de sidor som Sten hade värdesatt under sin haschperiod fanns kvar och visade sig bli ännu starkare, tex att inte medvetet lura någon utan alltid

vara ärlig, att han värdesatte sin seglarförmåga nu ännu mer liksom sitt intresse att arbeta inom vården. En annan positiv förändring var att han inte längre planerade i all oändlighet utan tog sig an uppgiften och slutförde den. Behandlaren frågade Sten om det liv han nu hade var det han under haschperioden föreställde sig att han skulle leva när han blev drogfri. Sten tyckte att han nu hade en större helhetssyn på livet. Under haschperioden tänkte han bara på små delar av allting och hade ingen helhetssyn. Han hade aldrig föreställt sig att det skulle vara så här. Dessutom är det andra drömmar som han nu genomför än de som han ansåg vara viktiga då. Det är svårt att jämföra, sa han, han kommer inte ihåg vad han tänkte då eftersom det mesta hände när han hade rökt, och det var i regel glömt efter det att holken hade gått ur kroppen.

Anpassningen till det normala livet underlättades också av att han först hade börjat missbruka i 18-års åldern, och alltså hade hunnit gå igenom större delen av den psykologiska puberteten.

Behandlaren undrade om Sten kunde skönja anledningen till att han hade börjat missbruka. Sten berättade att han till en början rökte hasch eftersom man gjorde det i de kretsar han befann sig i. Det var ett sätt att umgås på. Det riktiga missbruket började inte förrän 1975 när man ströp haschtillförseln för att kunna introducera heroinet. Han blev beroende av heroinet direkt. Han kunde dock inte se någon direkt anledning till varför han började med haschet.

Behandlarens bedömning: Jag uppfattar det som att Sten föll offer för hippivågans myt om att det var personlighetsutvecklande att röka hasch. Haschet tog sedan bort möjligheten att ifrågasätta det riktiga i detta, och sedan blev det en vana. Detta att inte finna någon direkt orsak utan att det bara blev så är en vanlig företeelse bland de som började röka i slutet på 60-talet.

2.4 Avslutningen av behandlingen

Under det tredje steget aktualiseras frågan om hur behandlingen skall avslutas.

När avslutningen blir aktuell bör man diskutera följande med klienten:

- Vilken förändring tycker han att behandlingen har medfört?

- Vilka positiva och negativa aspekter kan han lägga på sitt nuvarande sätt att fungera?
- Hur föreställde han sig under haschperioden ett sk normalt liv, och hur ser han på det nu?
- Hur ser han på sitt fortsatta liv?

Behandlaren tonar ner sin styrande roll och låter klienten själv styra samtalen. Detta för att klienten själv skall upptäcka om han fortsättningsvis behöver ha kontakt med behandlaren, och i så fall på vilket sätt. Behandlaren har genom sin styrning av samtalen skapat och vidmakthållit ett beroende hos klienten att få träffa och prata med sin terapeut. Klienten är i ett stadium där han skall skapa sig en ny social identitet. I det sammanhanget måste man vara medveten om att han då kommer att gå igenom en utveckling de flesta människor gör i 18–22 årsperioden, dvs då man försöker genomföra drömmen om ett bra liv. Detta innebär att han kommer att pröva sig fram, lyckas och misslyckas, lära sig av sina misstag och dra korrekta slutsatser, förändra sin ambitionsnivå och utvecklas.

Det är viktigt att behandlaren är lyhörd för klientens behov av frigörelse från behandlaren. Behandlarens egen beroendeproblematik aktualiseras ofta under detta steg.

Vågar man släppa honom? Klarar han sig själv nu? Detta är frågor som dyker upp. Det är viktigt att behandlaren låter klienten få fria tyglar att skapa sitt eget liv, och om kontakten fortsätter som en stödkontakt innebär det att behandlaren får rollen som diskussionspartner.

Behandlaren bör undvika moraliska värderingar och pekpinnar även om han ser andra utvecklingsmöjligheter hos klienten än vad denne själv har som ambitionsnivå. Han får inte glömma att klientens psykologiska mognadsgrad inte motsvarar den fysiska åldern. Den tid som klienten har framför sig måste kännas spännande och meningsfull för honom. Då kommer han också relativt snabbt att få en åldersadekvat mognadsgrad.

Eventuell fortsatt terapi

Vid denna tidpunkt är det inte aktuellt att ta ställning till om en personlighetsförändrande terapi är befogad. Detta blir aktuellt först efter att klienten har levt ute i samhället en tid. Klienten känner då oftast att den förändring han genomgått inte är tillräcklig, och återkommer då till behandlaren för att

diskutera vad som bör göras. Om behandlaren finner att någon form av terapi är aktuell så bör han förmedla en sådan, eller om behandlaren själv behärskar den låta klienten själv bestämma vilket som känns bäst: att fortsätta hos behandlaren eller att någon annan sköter terapin.

2.5 Sammanfattning

Behandlingsmodellen kan delas in i tre steg:

Steg 1, som bär en medicinsk prägel, dag 1 – dag 12

Steg 2, som bär en psykologisk prägel, dag 12 – dag 21

Steg 3, som bär en social prägel, dag 21 ->

Vi utgår från sju punkter när vi bedömer haschrökarens förmåga att fungera kognitivt (tankemässigt) i dagliga sammanhang.

- 1 *Språklig förmåga*; en bristande förmåga att klä sina tankar och känslor i ord.
- 2 *Förmågan att kritiskt granska sitt eget agerande och dra korrekta slutsatser*; en förmåga att se sig själv delaktig i ett skeende och lära sig av sina misstag.
- 3 *Flexibilitet i tanken och uppmärksamhet*; en oförmåga att tänka efter och formulera ett nyanserat svar vid en fråga, och att prata med flera personer samtidigt.
- 4 *Minnet*; långtidsminnet fungerar, däremot förorsakar det bristfälligt fungerande korttidsminnet att tidsaspekten går förlorad, vilket medför att haschrökaren bara lever i här- och nusituationer.
- 5 *Förmågan att av delar sätta samman en helhet*; eftersom haschrökarens uppmärksamhet och korttidsminne fungerar så dåligt uppfattar han inte alla delar i ett informationsflöde och förmår inte heller att sätta samman det han uppfattar i korrekt ordningsföljd vilket resulterar i en felaktig bild av helheten. Denna felaktiga bild kan han sedan inte kritiskt granska utan tar den till sig som en sk sanning. Dessa sk sanningar bildar sedan cannabis-mönstrets förklaringsmodeller.

- 6 Förmågan att *aktivt undersöka omgivningen*; dvs att lägga märke till det som finns runt omkring försämras vid haschrökning. Man kan säga att haschrökare går omkring med skyggglappar.
- 7 *Gestaltminnet*; om man inte aktivt söker av sin omgivning så förmår man inte heller bilda ett mönster av det man har sett, dvs man får ett dåligt lokalsinne.

Behandlarens arbetsredskap är:

- 1 *Språket*; eftersom haschrökarens språkliga förmåga har förlorat i kvalitet så måste detta kompenseras av behandlaren. Detta gör behandlaren genom att använda ett så konkret språk som möjligt och vid abstrakta formuleringar komplettera med bildillustrationer och anekdoter.
- 2 *Prognostisering*; dvs att förutsäga nästa led i behandlingen eller något som kommer att hända med klienten. Haschrökare har ofta svårt att föreställa sig vad som kommer att hända redan nästa dag och behöver därför en omsorgsfull vägledning.
- 3 *Repetition*; haschrökaren lever i här- och nusituationer och glömmer från dag till dag vad som har diskuterats. Därför är det viktigt att ständigt repetera innehållet i det första samtalet (innehållande de sju punkterna), så att både behandlaren och klienten får en uppfattning om hur förmågan på de olika punkterna förbättras.

Varje diskussion bör innehålla aspekterna att klienten ska:

- *lägga märke till det* som sker,
- *jämföra* med tidigare erfarenheter,
- *tänka efter och fundera* på det som diskuteras.

När dessa tre aspekter upprepas lär sig klienten ett sätt att tänka på som gynnar motivationen att inte röka hasch och medvetenheten om haschets skadeverkningar innan han återfår förmågan att själv styra sina tankar (detta sker först efter ca tre veckor).

Behandlaren är aktiv och styrande under de två första veckorna för att sedan alltmer låta klienten styra samtalen.

3 Återfallet

Man kan dela in haschrökarens ambition att sluta röka i tre etapper.

- 1 Under det akuta ruset har han ofta funderat på att sluta röka hasch. Denna tanke har försvunnit när han efter cirka fyra timmar återigen befinner sig i det kroniska ruset.
- 2 Då och då har han gjort allvarliga försök att hålla upp under en längre tid, och med en stor ansträngning lyckats med detta i cirka tio dagar, ibland längre, men därefter återgått till sitt missbruk.
- 3 När han insett att han inte klarar av att sluta av egen vilja söker han hjälp.

Dessa tre punkter speglar också den utvecklingsprocess som klienten genomgår på så sätt att:

De återfall han får under punkt 1 inte tillmäts någon större betydelse och heller inte förorsakar någon ångest.

De återfall han får under punkt 2 gör honom uppmärksam på att det inte enbart räcker med att göra ett så långt uppehåll som möjligt. Detta återfall skapar mer en känsla av resignation över att återigen ha misslyckats, en ångest över att ha återgått till missbruk. Han har för säkerhets skull i förväg förberett sig på att försöket inte skulle lyckas.

Styrkan i den negativa känslan han får efter ha fått ett återfall i missbruk efter den första veckans behandling beror dels på att hans uppmärksamhet har fästs på vilken inverkan hasch har på tankeförmågan, dels på att han genom den ökande medvetenheten har fått en annorlunda motivation till att sluta. Känslan framkallas dels genom själva handlingen, dels genom den typ av rus som återfallet framkallar.

Mellan den femte och åttonde dagen efter sista röktilfället har THC-halten sjunkit så mycket att den av haschet framkallade ångesten börjar bli påtaglig. Detta är i sig en situation som kan leda fram till ett återfall. Det behöver dock inte betyda att den som är under behandling får ett återfall, men förutsättningarna finns.

Det är viktigt att behandlaren under den första veckan förbereder klienten på vad som kan hända under ovan nämnda tidsperiod, så att denne kan känna igen situationer som kan utvecklas till återfall.

Bilden av THC-haltens utsöndring (se kapitel 2, bild 8), visas för klienten tillsammans med påståendet att han mellan den femte och åttonde dagen av avgiftningen med stor sannolikhet kommer att hamna i en konfliktsituation som automatiskt kommer att framkalla tanken att "nu skulle det sitta bra med en holk".

Denna reaktion beror dels på att han inte har någon annan problemlösningsmodell till sitt förfogande, och dels på att haschets lugnande beståndsdelar inte längre lindrar hans ångest. Därför ökar oron.

Situationen kan hos den som är i behandling också ta sig uttryck i en känsla av att han vill belöna sig själv efter en veckas avhållsamhet eller att det skulle vara intressant att få veta vilken effekt han får om han röker just nu. Återfallet kommer dock att förvärra ångesten. Detta beror på haschets tendens att förstärka aktuella känslor när THC-halten i kroppen är låg. Detta beror på att rusets effekt nu är annorlunda än om vederbörande rökte kontinuerligt. Han förlorar den självkontroll och medvetenhet som eftersträvats under behandlingen och han får skuld-känslor för misslyckandet.

En del klienter blir inte berusade i egentlig mening utan menar att samtalen med behandlaren dök upp i huvudet och störde därigenom ruset. Istället för att slappna av och njuta så började man jämföra och fundera, vilket i sin tur orsakade den ökande olusten. Andra klienter menar att det var förlusten av kontroll och medvetenhet, ungefär som den första gången de upplevde effekt av hasch som gav upphov till olustreaktionerna. Gemensamt för båda dessa grupper är att återfallen ej varit positiva upplevelser.

För att ytterligare belysa problemet visas här ett typfall.

Exempel:

En av våra klienter får ett återfall på sjunde dagen. Det börjar med att han försöker berätta för sin flickvän, som också är haschrökare, att han vill flytta därifrån och skaffa sig en egen lägenhet. Det blir bråk, och eftersom ingen av dem är förmögen att lyssna och nyansera slutar det med att klienten smäller igen dörren och springer ut på stan. Han super sig redlöst berusad. Hans omdöme försvinner lika snabbt som alkoholen tas in. Vad han märker är att alkoholen inte på något sätt dövar ångesten och oron. Inte heller tar alkoholen bort den ångest han har för att han bråkat med sin flickvän. Ångesten vet han

med sig går att lösa med hjälp av haschrökning. Därför ser han till att få tag i hasch och röker en stor mängd. Återfallet resulterar dock i bara en förvärrad ångest.

Behandlaren har i sin prognostisering sagt att när eller om det här återfallet skulle ske, så kommer det att få rakt motsatt effekt än vad klienten väntat sig. Detta beror på att behandlaren under första veckan fäst uppmärksamheten på och ökat medvetenheten för klienten om sig själv och vad han gör med sig själv när man röker hasch. Dessutom är det vanligt att haschrökare ofta gör utfästelser av typ ”jag skall aldrig mer röka hasch”. Detta innebär att han upplever att han har svikit sig själv och alla andra, samtidigt som han har en begynnande medvetenhet om vad haschet gör med honom. Därför kommer han tillbaka till mottagningen för att meddela att han vill avbryta behandlingen. Han säger att han inte klarar av det, att han är ett hopplöst fall.

Behandlaren måste i denna situation hjälpa klienten med att se orsakssammanhången i själva återfallet. Detta gör man genom att, bildligt sett, med klientens hjälp stanna filmen och vrida tillbaka ett par rutor för att se var det hela egentligen började. Klienten får genom detta hjälp med att se den process som lett fram till återfallet. Han kan därefter inte längre se återfallet som en avgränsad händelse.

Behandlaren fäster också klientens uppmärksamhet på att han faktiskt har förmåga att känna den ångest som uppstått på grund av återfallet. På detta sätt fäster behandlaren klientens uppmärksamhet på att han för första gången på länge har förmåga att känna dåligt samvete och dåligt självförtroende. Klienten kan genom sin nyvunna förmåga och behandlarens hjälp dra positiva slutsatser och konsekvenser av sitt återfall.

Denna diskussion om processtänkande kan utökas till att även gälla andra situationer, t ex polisens intresse för hans sätt att leva, anledningen till att socialförvaltningen inte längre betalar hyran eller har börjat ställa hårdare krav, och varför det uppstår problem på arbetsplatsen.

Effekten av ett sådant samtal blir att haschrökaren känner sig lättad. Skulden är inte längre lika tung, och han känner för första gången på mycket länge att han har lyckats klara ut en situation genom att prata om den, och kunnat dra en slutsats ur den diskussionen. Om återfallet olyckligtvis inträffar, så blir det ändå en nyttig erfarenhet som ökar medvetenheten om vad som sker och påskyndar motivationsprocessen. Eftersom återfallet är ett resultat av en dåligt utvecklad förmåga till problemlösning, får han genom behandlingen hjälp till ett nytt sätt att lösa upp konfliktsituationer.

Denna redogörelse kan sägas vara allmängiltig på så sätt att de flesta återfall i haschmissbruk beror på att klienten inte har förmåga att bearbeta en konflikt. Istället reagerar han blint efter ett känslschema.

De som inte får återfall är i regel de klienter som med behandlarens hjälp klarar av att på ett tidigt stadium genomskåda sitt eget bristfälliga anpassningsmönster i konfliktsituationer, och förmår ändra det.

4 Medicinska aspekter på avgiftningen

En haschmissbrukare under och efter avgiftning kan stundom utveckla subjektiva eller objektiva symtom, som kräver psykiatrisk bedömning och/eller medicinering. Grundprincipen vid all missbruksbehandling är självfallet total drogfrihet, även avseende läkemedel, men ibland är missbrukarens obehag så stora att medicinering är nödvändig dels för att göra missbrukaren mer mottaglig för psykologisk bearbetning av hans problem, dels för att undvika att obehagen leder till återfall. De symtom, som brukar bli föremål för medikamentell behandling kan vara dels mer renodlade abstinenssymtom i anslutning till det avbrutna missbruket, dels symtom på annan psykisk störning eller psykisk sjukdom. I det senare fallet är det då ofta så att redan förefintliga psykiska symtom varit en bidragande orsak till missbruket, som på detta sätt blivit ett slags självmedicinering. Man måste dock även ha i åtanke att cannabis, inte minst genom sina perceptionsförändrande egenskaper, kan utlösa tidigare latent psykiska sjukdomar. De vanligast komplikationerna vid haschavgiftning, vilka kan kräva medicinsk behandling är:

- ångest-oro
- sömnstörningar
- depression
- psykoser

Ångest-oro

Detta är det vanligaste symtomet under hasch-abstinsensen. I den tidigare framställningen har den typiska ångesten beskrivits som ”av haschet framkallad ångest”. Denna förekommer framför allt under avgiftningens Steg 1 och är således i det närmaste obligatorisk. Den bör också därför i första hand bearbetas psykologiskt och mestadels är också detta fullt tillräckligt. I vissa

situationer bör man dock konsultera psykiater för bedömning och ställnings- tagande till medicinering, nämligen om ångesten är:

- så svår att terapeuten bedömer faran för återfall som överhängande.
- så svår att den blockerar dialogen med behandlaren.
- av avsevärt längre varaktighet än Steg 2 och man misstänker att andra orsaker än missbruket/abstinensen kan ligga bakom.

Vid behandlingen av ångest-oro användes i främsta hand bensodiazepiner. Vid valet av preparat bör man se till att använda ett med enkel nedbrytning och utan aktiva nedbrytningsprodukter eftersom de senare gör behandlingen mer svårstyrd och bidrar till att preparatet finns kvar onödigt länge i kroppen. Det preparat som i första hand bör komma i fråga är Oxazepam (Sobril).

När man använder bensodiazepiner måste man också ha klart för sig att dessa substanser är beroendeframkallande, och att det i synnerhet hos missbrukare föreligger en potentiell risk för utvecklandet av läkemedelsmissbruk. Behandlingen skall därför ske under strängt kontrollerade former:

- tät hämtning av utportionerade doser i samband med samtalen
- lagom dos (ofta 15–25 mg Sobril x 3)
- urinprover för kontroll av drogfrihet i övrigt
- begränsad tid, vanligen 1–3 veckor.

Använd på rätt sätt och ej slentrianmässigt, kan denna behandling vara till god hjälp att komma över de svårigheter som kan uppstå i början av terapin.

I de fall då ångesten är mer långdragen och svårbemästrad kan man ibland istället ha god nytta av en liten dos Klorpromazin (Hibernal[®]), t ex 25 mg x 3. Denna behandling får då pågå under avsevärt längre tid, inte sällan ett par månader. Till skillnad från bensodiazepinerna är dock Hibernal inte beroendeframkallande. Övriga icke beroendeframkallande ångestdämpande läkemedel är av begränsat värde då de dels ger otillräcklig effekt, dels medför större risk för icke önskvärda biverkningar.

Sömnstörningar

Även sömnsvårigheter, framför allt svårigheter att somna in, är utomordentligt vanliga i samband med haschabstinens. Även de bästa föresatser att på egen hand avbryta sitt missbruk kan gå om intet när den goda nattsömnen

lyser med sin frånvaro, och resultatet blir ofta att missbrukaren på nytt tar till ”kvällspipan” för att kunna återfå en normal sömnrhythm. Sömnstörningarna medför också öka oro och irritation dagtid och de koncentrationsstörningar som redan finns kan också bli förvärrade. Allt detta ökar också risken för återfall. Några dygns förlorad nattsömn brukar de flesta människor kunna bemästra och många gånger infinner sig också sömnen spontant efter tre-fyra nätter med störd nattsömn. I sådana fall behöver självfallet inga andra åtgärder vidtagas.

Om sömnstörningarna varar under längre tid ökar som nämnts återfallsrisken även hos den mest välmotiverade missbrukare och irritationen, koncentrationssvårigheterna och tröttheten dagtid medför dessutom svårigheter i den psykoterapeutiska handläggningen. I sådana fall är det därför väl motiverat att ge något insomningsmedel eller lättare sömnmedel för att komma till rätta med problemet. En behandlingstid på 1–3 veckor brukar även i dessa fall vara fullt tillräckligt. Också vid sömnstörning har man oftast bäst nytta av ett bensodiazepinpreparat, bl a Nitrazepam (Nitrazepam^R, Mogadon^R, Apodorm^K). Missbruksrisken är densamma som för andra bensodiazepiner och behandlingen skall ske under samma noggrant kontrollerade former som beskrevs under rubriken ångest-oro.

Vissa patienter har en otillräcklig effekt av de nämnda preparaten, framför allt i form av täta uppvaknanden under natten, och i vissa fall kan man välja ett mer långverkande preparat, förslagsvis Propiomazin (Propavan^R). Detta kan ge viss dåsighet under dagen men är i gengäld inte beroendeframkallande. Vid lindriga sömnstörningar kan man även pröva Promethazin (Lergigan^R) eller Alimemazin (Theralen^R), inte heller dessa beroendeframkallande.

Endast undantagsvis blir sömnstörningarna så segdragna att de behöver medicineras under längre tid och om detta är fallet ingår de oftast som ett led i någon annan psykisk sjukdom eller störning såsom depression eller psykos.

Depressioner

Depression i anslutning till haschabstinens kan sannolikt ha flera orsaker. Naturligtvis kan själva ”uppvaknandet ur dimman” med åtföljande ruelle över de år som även bokstavligen talat gått upp i rök i sig verka depression-sutlösande. Det rör sig då om en sk reaktiv depression och som sådan bör den i första hand behandlas psykoterapeutiskt. Den brukar också kunna lätta relativt snabbt. Emellertid kan det hända att depressionen kvarstår under

längre tid, kanske flera veckor, och snarare förefaller fördjupas än lätta. I sådant fall bör man misstänka att depressionen har sk endogena karakteristika eller att den är att betrakta som ett sk melankoliskt syndrom. Denna mer fördjupade form av depression kan antingen, som beskrivits ovan, utvecklas ur en redan förefintlig reaktiv depression eller debutera helt spontant, utan någon säkert påvisbar yttre faktor. Om misstanke om melankoliskt syndrom dyker upp bör alltid psykiater konsulteras före bedömning.

Karakteristiskt för denna djupare form av depression är nedstämdhet, livsleda, trötthet, nedsatt aptit, nedsatt libido (sexualitet), intresseförlust, apati, oförmåga till engagemang, oförmåga att se framåt. Vidare finns vissa yttre kännetecken såsom utslätad ansiktsmimik, minskad ögonrörlighet, hopsjunkna hållning och lång svarslatens. Ofta klagar den deprimerade också över sömnstörningar med tidigt morgonuppvaknande och svår ångest, i synnerhet på morgonen och förmiddagen. (Alla dessa symtom behöver inte finnas och heller inte i så uttalad grad som beskrivits).

Depression efter avbrutet haschmissbruk kan förmodas vara antingen ett rent abstinenssymtom eller en "demaskering" av tidigare befintlig depression, som effektivt har täckts över av cannabissmissbruket, dvs ett slags självmedicinering. I vilket fall som helst är depressioner av detta slag mycket tacksamma att behandla med antidepressiva läkemedel och detta bör man också rätt frikostigt göra.

Antidepressiva läkemedel finns av ett flertal typer med i princip likartad verkan. Det är viktigt att poängtera för den behandlade att effekten ofta inte kommer förrän efter 2–4 veckor och att preparaten, framförallt i början av behandlingsperioden, kan ge upphov till vissa obehagliga biverkningar (muntorrhet, svårighet att fokusera blicken, hjärtklappning, svettningar, förstoppning m m), vilka dock är helt ofarliga och vanligen försvinner när man använt preparatet ett par veckor. När den positiva effekten sätter in är den oftast mycket uttalad och depressionen försvinner helt. Det är dock synnerligen viktigt att behandlingen pågår i minst tre månader trots att symtomen försvunnit, då man annars löper stor risk för återfall i depressionen.

Även ur psykoterapeutisk synpunkt är det viktigt att en depression får en korrekt behandling då depressionen i sig innebär lägre grad av terapeutisk tillgänglighet i kombination med håglöshet och bristande självkänsla. Självfallet kan en obehandlad depression också medföra återfall i missbruk.

Psykos

Genom sin egenskap att förändra perceptionen påminner haschruset i sig om ett slags psykos. Även mer markanta, kortvariga psykotiska symtom kan uppträda under själva ruset. Emellertid kan cannabismissbruket ge upphov också till mer långvariga psykos, vilka kvarstår efter det att den direkta ruseffekten upphört. Man talar i så fall om cannabisutlösta psykos och dessa kan i princip vara av två slag, dels en genuin sk haschpsykos (förekomsten av denna diagnos är dock något omstridd), dels en annan psykos (tex schizofreni, cykloid psykos), vilken debuterar i samband med missbruket. Symtomet vid de olika psykoserna kan vara allt från mer våldsamma symtom såsom hallucinationer, förföljelsetidéer, hänsyftningsidéer, inadekvata affekter (känslor), kraftigt svängande stämningsläge och utåtriktad aggressivitet, till mer diskreta symtom, som man kanske i förstone inte reflekterar så mycket över.

Det är självklart att en psykos helt kan spolia det här skisserade behandlingsprogrammet och obehandlad orsakar den dessutom patienten mycket och ofta onödigt lidande. Misstanke om psykos skall alltid föranleda psykiatrisk bedömning och i många fall kan denna vara så svår att en tids inläggning på sjukhus blir nödvändig. Inte heller behandlingen av en psykos brukar framgångsrikt kunna skötas i öppen vård utan också för detta behöver man, åtminstone i början, utnyttja den slutna psykiatriska vårdens resurser. Behandlingen blir framförallt antipsykotisk medicinering.

Prognosen vid dessa psykos är naturligtvis beroende på psykosens natur. Det förtjänar påpekas att den sk genuina haschpsykosen, som dock är mycket sällsynt, i allmänhet har mycket god prognos och går helt tillbaka.

Sammanfattning

Således kan såväl haschmissbruket i sig som abstinensen ge upphov till psykiska symtom eller psykisk sjukdom som kräver medicinsk bedömning och behandling. Det är därför viktigt att ha tillgång till en psykiatriskt skolad läkare, som kan konsulteras om:

- man kör fast i den psykologiska behandlingen
- ångesten är alltför stark för att vara psykologiskt åtkomlig
- besvärande ångest kvarstår under orimligt lång tid

- allvarigare sömnstörningar finns och inte kan hanteras på annat sätt
- klienten ter sig deprimerad
- klienten ter sig psykotisk
- klienten på annat sätt förefaller försämrad, förändrad eller inte genomgår den gradvisa förbättring som kan förväntas.

5 Haschrökare av olika kategorier

Det är brukligt att dela in de olika grupperna av haschrökare i

- 1 lätt missbruk; mindre än 1 gång/vecka
- 2 moderat missbruk; 1–6 ggr/vecka
- 3 tungt missbruk; 1-flera pipor om dagen (1 pipa brukar rymma 0,5 g).

Följande listning, som hänvisar till en form av gruppstillhörighet, bör främst användas som en form av diagnosinstrument, eller som exempel på olika intryck klienterna kan ge.

De välanpassade

Scher (USA), gjorde 1970 observationer på den tilltagande skaran av marijuanaberoende patienter. Han uppskattade att 10–20% av marijuanarökarna lider av ”marijuanaism”, dvs ett starkt behov av att fortsätta att röka. Dessa rökare är 20–30 år gamla, anställda arbetare med vit skjorta som har rökt marijuana i fem år eller mer. Ett initialt socialt bruk avlöses av ett experimenterande med andra icke- injiceringspreparat och därefter återgång till exklusivt cannabisbruk. De röker oftast både på dagtid och på kvällar. En tendens att öka dosen har observerats. Alkohol används för potentiella cannabiseffekten. De symtom som följer med missbruket omfattar tex tillfällig huvudvärk (som ofta blir värre efter en stund), allmänna känslor av olust och obehag, brist på kreativitet samt otrygghet. Brist på målsättning och meningslöshet rapporteras också. Marijuanarökarna beskriver också vaga fysiska besvär, minskning av sexualdriften, försämring av minne och omdöme. Minskad energi och livsglädje är vanligt. Symtomen kopplas dock inte ihop med cannabiskonsumtionen.

Om bruket avbrytes tenderar huvudvärken att bli allt vanligare och intensivare, och vederbörande får smärtor i bröstet, buken och korsryggen. Man kan alltså skönja en toleransökning med abstinenssymtom. Detta syndrom skall

skiljas från ”amotivationssyndromet” (29). Scher påstår att hans patienter led av en oförmåga som var mer av intern än av extern karaktär, och de tycktes kunna utföra sina arbeten tillfredsställande (30).

Äldre haschrökare med partners

Oftast är det kvinnor gifta med eller sammanboende med haschrökande män som tar initiativ till kontakten med mottagningen. Dessa kvinnor beskriver ofta följande situation: Maken har i yngre år testat haschet relativt frekvent, men slutat då han träffade sin partner. Nu efter ett par års äktenskap eller sammanboende har hon upptäckt att han blir alltmer otydlig för henne, dvs hon uppfattar inte honom längre som den person hon blev förälskad i eller tyckte om. Hon vet inte om han röker hasch nu, men vill gärna diskutera det.

För att hjälpa dem med att konkretisera misstanken är det lämpligt att ställa följande frågor:

- Känns det för dig som om han hade en annan kvinna?
- Tycker du att han inte bryr sig om dig tillräckligt mycket?
- Känner du att han utvecklas åt ett annat håll än vad du förväntat dig?
- Kan ni inte längre sitta vid köksbordet och diskutera med samma engagemang och djup som tidigare?
- Är det så att diskussionerna är ytliga, och känns oväsentliga?
- Om ni har barn, tycker du att han inte längre bryr sig om barnen och att han har lätt för att bli irriterad på dem?
- Tycker du att han inte längre tar det ansvar som han tidigare gjorde?
- Tycker du att du själv får ta för mycket ansvar?
- Är det ofta så att det är precis som om han försvinner in i sin egen värld?
- Har han lätt för att glömma avtal och uppdrag?

Om hon efter de här frågorna fortfarande misstänker att han röker hasch, så bör hon på hemmaplan tala om för honom, exemplifierat genom svaren på ovanstående frågor, att hon misstänker att han röker hasch. Dessutom bör hon lägga till att det här är inte det livet hon tänker leva, och föreslår honom att söka hjälp för problemen.

Attityden som den kvinnliga partnern möter när hon vill diskutera deras dåliga förhållande, är ofta oförståelse från partners sida. Han vet ju med sig att han klarar av de krav man ställer på honom, så han har starkt självförtroende. Dessutom är han omtyckt bland kompisarna.

Problemet är att han känslomässigt inte kan skilja på relationen till hustrun, och relationen till kompisarna. När han konfronteras med hustruns krav på familjeliv, så förstår han inte varför hon tar upp detta som ett problem.

Eftersom han inte förstår anledningen till varför hon tar upp detta, så måste han på något sätt gå till motangrepp. ”Varför måste du ta upp detta just nu, när vi satt och hade det så mysigt. Det är ju fel tillfälle”. Hustrun å andra sidan märker att oavsett vid vilken tidpunkt detta tas upp så är det ett fel valt tillfälle.

Problemet för dem båda är att hustrun uttrycker ett behov av ömhet, värme och uppskattning som mannen tycker att han redan ger. Han säger ofta till sin fru att han älskar henne, men hon upptäcker genast att det bara är ord och ingen känsla bakom.

Hustrun saknar djupet och allvaret bakom, den genomtänkta tanken, de spontana infallen att säga positiva saker om och till henne, och att visa henne uppskattning. När hon påpekar att det är haschet som har ställt det här, så förstår han inte vad hon menar eftersom han anser att hasch är bra. I bästa fall kommer de överens om att nästa dag söka upp mottagningen för att få reda på hur hasch inverkar på relationen dem emellan.

Detta kan tyckas vara en allmängiltig beskrivning av ett dåligt fungerande parförhållande, men det bör ändå poängteras att när ena partnern röker hasch blir dessa missförhållande ännu tydligare.

När partnern slutar röka hasch

Det som ofta händer när haschrökaren går ur sitt missbruk är att den kvinnliga partnern i relationen inte riktigt litar på att han vill sluta. Hon är van vid svikna löften.

När den manliga partnern utvecklas så är det oftast hustrun som först märker förändringen. Det är då bara naturligt att den uppdämnda besvikelsen får sitt utlopp.

Därför är det lämpligt i de flesta fall att prata igenom situationen med båda makarna tillsammans, och presentera de fakta som föreligger. Det är då viktigt att påpeka för partnern att klienten inte har någon större förmåga att hålla

tillbaka sina irritationskänslor under de tre första veckorna, och att de känslor som växt fram under de här tre första veckorna inte heller alltid är de känslor som kommer att vara kvar efter ytterligare tre veckors avgiftning. Det är först efter en lång tid som han får förmåga att på riktigt sätt balansera sina känslor.

Om partnern inte får denna information så blir allting mycket mer komplicerat och känslonivån okontrollerbar. Detta kan leda fram till samma situation som den som fanns tidigare innan maken slutade med haschrökandet; båda kontrahenter håller tillbaka sina känslor och undviker situationer där de kan reagera spontant känslomässigt.

Bråken som uppstår får inte leda fram till en separation, utan de skall tillsammans fortsätta arbeta utifrån de direktiv de får i samtalssituationen, och använda känslorna som arbetsmaterial och inte som en grund för beslut om hur framtiden skall se ut.

I och med att haschrökaren går ur sin ”dimma” så kräver han större ”utrymme” i förhållandet, och detta måste partnern göras uppmärksam på, så att hon kan lämna det ”utrymme” han behöver.

Det händer att hustrun blir avundsjuk bara för att den manlige partnern får så stor uppmärksamhet. Hon känner att detta är orätt eftersom det är hon som har ”dragit lasset” under alla dessa år. Han får uppskattning av vänner för att han klarar upp problem som han har haft. Hon tycker att detta är fel eftersom det är hon som borde ha uppskattningen då det är hon som har ställt upp och dragit fram familjen igenom alla dess år (se intervju med fd haschmissbrukare). Inte sällan framkallar detta en form av fientlig inställning till det arbete som behandlaren lägger ner för att få ett positivt behandlingsresultat.

Även denna konflikt är allmängiltig så till vida att även i parrelationer utan missbruksproblem påverkas självklart rollerna när yttre förhållande ändras. Detta blir dock ännu tydligare i ett förhållande där ena partnern rökte hasch och slutat med det.

Haschrökare som trots sitt missbruk är aktiva

Detta är en person som har rökt hasch i många år, men som har en aktivitetsnivå som till väsentliga delar skiljer sig från sk traditionella haschrökare. Han har arbetat med många olika saker, och verkar ha ett bra förhållande som är någorlunda stabilt. Han tycker att han har klarat av livet

rätt så bra, och har kompisar som är aktiva fastän de med jämna mellanrum röker hasch. Detta är den första bilden klienten ger av sig själv.

När behandlaren frågar varför han vill sluta, trots att han fungerar så bra, så svarar han att ”ja det stämmer, men det är något som saknas”. Självbilden är att han är aktiv och har många kompisar som är aktiva. De har mycket roligt tillsammans.

Han känner igen sig på många av punkterna vid den sedvanliga genomgången av de sju punkterna, men anser att han skiljer sig från mängden eftersom han tycker att han fungerar bättre.

Det är först efter 2–3 veckors behandling som han en dag kommer till behandlaren och är lite bekymrad över att hans syn på kompisarna har förändrats. Han har under hela behandlingsperioden vidhållit att de är aktiva och att de har roligt tillsammans. Plötsligt känner han sig inte längre hemma i deras sällskap, det är något som inte stämmer.

Det som har hänt är att han själv har börjat angripa sina föreställningar och tolkningar om hur hans liv är. Inte så mycket genom hjälp av behandlaren, utan genom sin nyvunna tankeförmåga att kunna sätta ihop delar till en helhet, och kunna dra korrekta slutsatser. Behandlaren har alltså låtit honom hålla kvar föreställningen ”jag är inte så sänkt som de andra, jag är aktiv och jag tänker aktivt”. Det är viktigt att notera detta för om behandlaren skulle provocerat fram en förändring i ett tidigare skede, så skulle han bara uppnå effekten att föreställningen ytterligare skulle ha förstärkts, eller så skulle klienten ha reagerat med att fly från behandlingen. Detta angreppssätt är något som ställer stora krav på känsla och lyhörddhet hos behandlaren.

Vilka vanföreställningar skall man gå in på? Det finns inga regler för detta, utan behandlaren måste själv avgöra i vilket stadium han skall gå in och ifrågasätta föreställningarna. Behandlaren skall givetvis inte hålla tyst om det vanligaste vanföreställningar, utan servera dessa likt ett smörgåsbord. Klienten får sedan själv plocka de bitar som han tycker är viktiga och som stämmer med hans uppfattning. Effekten blir då att han håller kvar behandlaren beskrivningar när han sedan går ut i livet och upplever situationerna som han pratat om med behandlaren. Med sin nyvunna förmåga att reflektera kan klienten så småningom själv komma underfund med hur han har lurat sig själv.

Haschrökare som i sitt arbete har ett stort behov av ett fungerande gestaltminne

Klienten arbetar som plåtslagare. Han har utfört vissa standardiserade arbetsuppgifter under lång tid, men han har hela tiden känslan av att han blir tilldelad nya arbetsuppgifter. Han måste ständigt fråga sin förman och sina arbetskamrater om hur han skall utföra detta arbete. Detta leder till en viss irritation från arbetskamraternas sida, som tycker att han är ovanligt seg, lat, obildbar som ständigt måste instrueras om hur han skall ”bocka de där plåtarna”. Efter att ha utfört arbetet en liten stund så kommer han ihåg att det här har jag gjort förut, men initialt har han ingen aning om hur han skall gripa sig an verket.

Ett annat exempel är mannen som jobbar som svagströmselektriker och som varje dag konfronteras med nya typer av kretskort. Det rör sig om kretskort som han arbetat med under ganska lång tid, men som gör honom brydd varje gång han tittar på dem. Han kan inte klura ut hur han skall koppla ledningarna, eftersom han inte har tillgång till sin representation av kretskortet i minnet.

Före detta haschrökare

Ibland kommer klienter för att diskutera varför de inte blir bättre trots att de har haft ett uppehåll i haschrökningen en längre tid (t ex 6 mån till 1 år). Det har visat sig att de flesta av dessa klienter i någon form har stagnerat i sin utveckling. Detta kan bero på en hämningsdepression, men även på att de inte har bytt miljö och levnadssätt efter att de har slutat röka hasch. Detta sista innebär att de inte har tränat upp sin tankeförmåga till normal kapacitet igen.

Det är en fara för dem att gå kvar i det här tillståndet en längre tid, eftersom man lätt utvecklar sociala fobier. Dessa klienter får en noggran genomgång på hur hasch i längden påverkar det mänskliga psyket. Därefter följer det pedagogiska arbetet att träna upp deras tankeförmåga. Det räcker vanligtvis att man träffas en gång/vecka.

Det är viktigt att kontrollera förekomsten av depressionstecken hos den här gruppen (se avsnittet om medicinska aspekter i kapitel 4).

Ungdomar av utländsk härkomst

För de klienter vi har haft, av utländsk härkomst har haschrökningen till stor del berott på att de känslomässigt inte har kunnat anpassa sig till det svenska samhällets struktur. De har fått ge upp för mycket av sig själva i försöken att smälta in i det svenska samhället. Kort sammanfattat: dessa människor klarar inte av den existensiella kris det innebär att byta kultur. Hasch fungerar här som en självmedicinering mot dessa känslor.

Haschmissbruk bland människor med låg begåvningsnivå?

Eftersom den kroniska intoxikationen påverkar tankeförmågan på ett sådant sätt att topparna kapas, så innebär detta att man som behandlare inte omedelbart märker om en klient har en låg begåvningsnivå. Det är först efter 2–3 veckor som det blir tydligt att den här klientens tankeförmåga inte tilltar som den bör. Det finns i regel två anledningar till detta, depression (se kapitel 4), och låg begåvningsnivå. Om behandlaren är osäker så bör han konsultera en van psykiater. Den låga begåvningsnivå kan t ex sammanhånga med tidig skada i barndomen.

Innan man redovisar sin misstanke för klienten, skall denna ha verifierats genom en psykologtestning. Denna testning bör inte göras förrän cirka fyra veckor efter sista röktilfället. Därefter bör man upplysa honom om hans begåvningsprofil, dvs vad testresultatet visar, och vad detta innebär för honom i vardagssituationer. Denna diskussion bör skötas av den testande psykologen. Essensen i detta samtal brukar röra tidsaspekten. Det innebär att klienten måste bli medveten om att han måste ge sig själv mer tid när han försöker förstå orsakssammanhang.

De klienter som vi har träffat som har en låg begåvningsnivå har oftast svårt för att beskriva sina upplevelser och sitt upplevande. De har också svårare för att diskutera känslomässiga problem. Det är viktigt att behandlaren tar hänsyn till detta och också gör klienten uppmärksam på att han är medveten om förhållandena.

De åtgärder som vidtages måste oftast vara konkreta och gälla omgivningen, därför att klienten sällan klarar av att reda upp det som han ställt till med. Behandlaren kan förslagsvis vara behjälplig med diskussioner på arbetsplatsen, eller med respektive hustru, sambo, eller med föräldrarna.

Haschmissbruk bland människor med hög begåvningsnivå?

Denna grupp kännetecknas av att ha en klar föreställning om att hasch inte är skadligt för dem just därför att de ändå fungerar så bra. I det första samtalet måste behandlaren kontrollera vilka punkter (se kapitel 1.2) som den här klienten fortfarande klarar bra, trots att han röker hasch. I dessa punkter ligger till stor del den livslögn som han har byggt upp sitt liv på. Dessa klienter utför i stort sett behandlingen själv och behandlaren behöver bara följa med och påpeka kursen.

En av våra klienter var högskoleutbildad och med hög matematisk kunskap. Denna kunskap hade han skaffat sig trots att han rökt hasch hela studietiden. Problemet för honom var att han inte kunde förmedla denna kunskap till studenter när han senare tjänstgjorde som assistent. Han kunde heller inte delta i diskussioner som låg utanför hans kompetensområde. Detta blev inte uppenbart för honom förrän han hade blivit avgiftad.

Haschets som inslag i blandmissbruk

Blandmissbrukare är svårare att motivera till total drogfrihet än vad renodlade haschmissbrukare är. Blandmissbrukare har med hjälp av vårdinsatser på olika nivåer oftast kunna sluta med amfetamin, piller och heroin, men det har nästan alltid funnits kvar ett visst haschmissbruk. De har, fastän de har slutat med större delen av missbruket, inte lyckats bli anpassade till samhällslivet igen. Vi kan förmoda att det är den fortsatta haschrökningen som hindrat klienten i hans mognadsutveckling.

De själva menar dock, med en viss tillfredsställelse, att de lyckats sluta med sitt missbruk, dvs de anser inte att haschrökningen är ett missbruk eftersom de jämför det med betydligt farligare preparat. Detta innebär dock att för blandmissbrukare inledes behandlingen med att ifrågasätta de så kallade tyngre drogerna. Detta innebär inte att haschmissbruket nonchaleras.

Dessa klienter har en blandmissbrukaridentitet, istället för en haschrökari-identitet. Detta innebär att om man behandlar dem som haschrökare så kommer de att avbryta behandlingen, eftersom de inte inser att haschet är problem för dem. De är inte heller medvetna om hur haschet fungerar isolerat från de andra drogerna. De måste först få uppleva detta innan de kan få ett begrepp om det. Vad de märker när de slutat med de sk tyngre drogerna, och enbart röker hasch, är hur viktigt haschet är för dem, och hur svårt de har för att sluta.

Exempel på en haschrökare som inte följde behandlingsschemat

Vi vill utifrån ett speciellt fall visa hur modellen kan fungera trots att den delas upp i längre avsnitt än som tidigare beskrivits. Detta exempel visar också vilka faktorer behandlaren måste ta hänsyn till när han träffar på en klient som inte vill sluta röka hasch. Detta gäller framför allt den gruppen som använt haschet som en regressiv-passiv protest, dvs att inte vilja bli äldre, utan få behålla barnets självklara rätt att få omvårdnad utan kravet att ge något tillbaka. De vill fortsätta att bli omhändertagna och slippa ta ansvar (se kapitel 6).

Klienten är en 24-årig man, som har kunskap om vad haschet gör med honom. Han har själv läst igenom litteraturen om haschets skadeverkningar, och han har fått en noggrann genomgång på de sju punkterna som ovan beskrivits (se kapitel 1.2).

Efter några samtal stod det klart att han inte ville sluta röka hasch. Anledningen till detta, vilket framkom i samtalen, var att han inte vågade släppa fram den identitet som han hade före haschmissbruket. Det framkom att han hade fått en dålig grundtrygghet under sin uppväxt, och att han i början av den psykologiska puberteten hade haft ett antal traumatiska upplevelser, som han känslomässigt inte klarat av att bearbeta.

På grund av några av dessa händelser var det inte aktuellt att lägga in honom på en avgiftningsklinik, utan allt måste ske i öppenvård. I samarbete med handläggande socialsekreterare försökte behandlaren hålla täta kontakter. Klienten fick också ett beredskapsarbete, men fortsatte ändå med sitt haschrökande.

I ett tillfälle av desperation begick han ett brott som ledde till en kortare tids fängelsevistelse. Denna händelse fick den effekten att han blev rädd för vad han kunde åstadkomma i ett drogat tillstånd. I fängelset kunde han med hjälp av kunskapen han hade fått själv tända av. Han lärde sig också att handskas med sina problem under den tiden han vistades där, dock inte att bearbeta dem.

Efter fängelsevistelsen tog han kontakt med behandlaren och sade att nu tänkte han upphöra med haschrökningen, men att han inte klarade av att komma till mottagningen för samtal.

Vad hände då i fängelset, eftersom han nu inte längre behövde haschets avskärmande effekt? Egentligen ville han sluta med haschet, men han kunde inte göra detta i full frihet, och eftersom en sjukhusvistelse var otänkbart, så

uppfyllde fängelset de kriterier på en bra plats att tända av på: avskildhet från samhället, inget krav på personlighetsförändrande arbete och ingen kontinuerlig tillgång på hasch. Detta sista innebär att om han efter en tids drogfrihet fick tillfälle att röka, så upplevde han enbart en förstärkt ångest därför att han innerst inne hade skuldkänslor för det brott han begått.

Han har nu uppenbarligen funnit ett nytt anpassningsmönster utan hasch. Eventuellt kommer han så småningom fram till ett beslut om att han skulle behöva hjälp med att bearbeta känslorna från den traumatiska uppväxten.

6 Haschrökning i tonåren

Största delen av detta kapitel baseras på Cognerai-Webers ”Therapie für Haschischabhängige” (41). Vad som lagts till är de erfarenheter vi skaffat oss i behandlingen av haschmissbrukare.

Kapitlet är dels en beskrivning av haschets effekt i tonårssituationen, dels ett diskussionsunderlag för steg 3.

De flesta ungdomar som prövar hasch slutar röka efter en tid. De går inte heller över till tyngre narkotika. (42). De som fortsätter röka hasch gör det därför de tycker att haschet tillför något som de tidigare saknat. I de flesta fall har tonåringen inte varit medveten om exakt vad han saknar, utan bara känt en allmän otillfredsställelse. Det kan för iakttagaren se ut som ett medvetet val att fortsätta röka. För tonåringen inträder efter hand mer odefinierade vinster med ett fortsatt rökande; han märker att han mår bra och därför väljer han att fortsätta röka. Vari ligger vinsten?

Man kan se haschrökning i tonåren från två sidor

Haschet användes dels som ett aktivt vapen mot omgivningen, dels som en omedveten önskan från tonåringens sida att inte bli äldre, utan att få behålla barnets självklara rätt att få omvårdnad utan krav på motprestation.

I den första gruppen ser vi en klar tendens till att använda haschet som ett aktivt vapen mot omgivningen. Vi kallar den för en progressiv-aktiv protest.

Progressiv-aktiv protest (p-a)

Denna protest kan delas in i tre punkter:

- 1 Maktlöshet -> Makt
- 2 Beroende -> Oberoende
- 3 Negligering -> Uppmärksamhet (negativ)

Ordet progressiv-aktiv står för att tonåringen aktivt använder haschet som en

005

problemlösningsmetod, i avsaknad av andra metoder. Denna handling är framåtriktad på så sätt att tonåringen vill bryta sig loss från ett mönster han känner hindrar honom i hans utveckling.

Första punkten beskriver situationen då tonåringen inte får utveckla sig och ha något att säga till om. Hans åsikter nedvärderas, och han känner en oöverstiglig mur framför sig, oftast i form av föräldragestalter. Haschets verkningar medför en känsla av makt.

Andra punkten gäller ett för stort omhändertagande från föräldragestalternas sida. Haschrökningen skapar i denna situation en känsla av oberoende.

Den tredje punkten handlar om att tonåringen har en känsla av att vara utanför, att inte räknas eller få ett erkännande för sina prestationer. Effekten av haschrökningen, när det upptäcks blir uppmärksamhet, men också att han blir någon i det gäng han sökt sig till.

Dessa tre punkter beskriver dynamiken bakom ett tonårsmisbruk. Man märker också att de inte är fristående utan samverkar. En av punkterna brukar dock utkristalliseras som speciellt viktig.

De terapeutiska åtgärderna för den här gruppen formas av de här tre punkternas inbördes relation, det innebär i de flesta fall att behandlaren också måste ha samtal med klientens föräldrar, med eller utan klientens medverkan, men givetvis med klientens tillstånd.

De flesta unga haschmissbrukare vi har träffat tillhör denna grupp.

Den andra gruppen är den med en regressiv-passiv protest.

Regressiv-passiv protest (r-p)

Ordet regressiv-passiv står för att tonåringen vill stanna kvar på en för honom gynnsam mognadsnivå; att inte behöva bli äldre, att få behålla barnets självklara rätt att få en obetingad omvårdnad, att inte behöva ta ansvar.

För att förstå skillnaden mellan dessa två grupper kan man säga att när den progressiv-aktiva typen är benägen att kvarhålla sin makt och självständighet, eller så snabbt som möjligt göra sig oberoende från sina föräldrar så är den regressiv-passiva typen benägen att med alla medel förhindra en åldersadekvat frigörelse.

Med hjälp av sin drogkonsumtion och missbruk, dokumenterar han utåt sett sitt behov av hjälp och sin oförmåga att klara sig själv. Målsättningen är att

tvunga sina föräldrar till att även i fortsättningen försörja honom, och ta hand om honom som ett litet barn. Tonåringen försvarar sig ytligt sett mot att bli behandlad som ett litet barn, men egentligen önskar han bli behandlad som ett sådant, eftersom han känner sig oförmögen att klara av den starkt ångestframkallande verkligheten. Denna djupt liggande regressiva hållning står dock oftast i motsats till en häftig verbal förnekelse av föräldrarnas omsorg och kontroll. Denna omsorg och kontroll framställs också som orsaken till alla problem.

Denna situation framkallar en stark sekundär sjukdomsbild, vilket i sin tur medför att han inte är beredd att se sitt missbruk som ett problem. Lidandet denna haschrökare signalerar är enbart av instrumentell karaktär, dvs det är enbart till för att han även i fortsättningen skall kunna vara säker på att bli behandlad på ett åldersinadekvat sätt av sina föräldrar. Om denna omsorg avtar så försämras hans tillstånd på ett dramatiskt sätt. Omsorgen måste trappas ner successivt och över lång tid. Om det sker konfrontativt, så löper man risken att klienten återgår i intensivt missbruk eller i värsta fall suiciderar.

Förtydligande av skillnaden mellan de båda grupperna

I en diskussion mellan behandlaren och klienten om ovanstående punkter, angående den progressiv-aktiva protesten, blir det tydligare vilka konflikter och upplevelser haschrökaren inte har förmåga att känslomässigt klara av.

När han slutar med sitt haschrökande innebär det att han också känslomässigt förstår att han inte är på en åldersadekvat nivå. Behandlaren försäkrar honom då att dessa samtal kommer att medföra att han mognar precis som alla andra människor, och att detta är en process som tar den tid på sig den behöver.

När det gäller den regressiv-passiva typen är det just den effekten att bibehålla en åldersadekvat nivå, som eftersträvas. Då finns det ingen anledning att sluta röka hasch, eftersom haschet gör att man kan stanna kvar i det önskvärda förhållandet till föräldrarna.

Man måste som behandlare vara beredd att beakta alla punkterna i den progressiv-aktiva protesten när man avgiftar tonåringen. I och med att tonåringen befinner sig inom familjesituationen och problematiken är relaterad till denna, så innebär det att familjeproblematiken renodlas och förstärks när klienten inte längre röker hasch. Detta kan i sin tur medföra att

klienten känner sig ännu mer missförstådd, och utsatt för de vuxnas försök att fånga in och anpassa honom till en för honom motbjudande realitet. Därför återfaller han i haschmissbruk. Detta försvårar i sin tur ytterligare den dialog som måste finnas mellan den unge och omgivningen för att få honom att förstå att han måste sluta röka hasch. Han blir självförsjunknen och fastnar i förklaringsmodeller av typ, ”det är ingen mer än jag som vet vad jag känner”. Detta innebär att han inte tillåter någon annan att förstå honom. Han fortsätter därmed att leva sin dag, utan en tanke på vad som skall komma i morgon, och fyller sin värld med önskningar och magiskt tänkande som liknar det barn använder i tidiga åldrar.

Denna fantasivärld är en narcissistisk produkt, som försvårar realitetsanpassningen. Både bland de ungdomar som är aktiva och bland de som är apatiska och utan framtidstro och vars kognitiva- och fantasiförmågor är bristfälliga, blir motivationen att lösa den sociala situationen otillräcklig. De måste ha någon till hands för att lotsa dem rätt.

Hos den första typen (p-a) föreligger ett fiktivt övermättnadssyndrom. Den konflikt som oftast uppstår när tonåringen befinner sig på en behandlingsinstitution är å ena sidan ett behov och önskan om hjälp, men å andra sidan innebär det en förlust av makt och oberoende, vilket leder till en identitetskris som kan vara svår att verbalisera. Dessutom har han i sin fantasi falska föreställningar om vad terapi innebär, vilket gör det hela ytterligare komplicerat. Det är inte bara terapin som är föremål för falska föreställningar, utan det gäller också de drömmarna om ett bättre liv och om hur han egentligen skulle vilja ha det. Eftersom haschet inte på något sätt hjälper till att verklighetsanpassa och nyansera dessa fantasier, så får dessa en magisk funktion; dvs ”om det bara blir som jag har tänkt, så blir allting bra”.

Hos den andra typen (r-p) är det bristen på orienteringsförmåga och bristen på ändamålsenligt anpassat beteende som förorsakar denna ovilja att lösa den egna sociala situationen. Tonåringen har knappast andra önskningar än de som omedelbart kan tillfredsställas. Så länge som hans föräldrar eller en institution ombesörjer hans nödvändigaste behov kan han fortsätta att tämligen ostört leva i sin skenvärld.

För båda grupperna handlar det om en bedömning vad saker och ting kostar, vad man vinner på att välja det ena eller det andra, som ligger till grund för ett beslut om man skall söka vård (se nedanstående schema över beslutsprocessen).

Det är nödvändigt att ta in föräldrarna i behandlingen när klienten har blivit

så pass avgiftad att han förstår vad som händer runtomkring honom. Föräldrarna måste informeras om varför deras barn röker och bli uppmärksamma på problematiken runt haschet.

Terapeutisk hållning

Behandlaren måste vara trovärdig i både föräldrarnas och den unge missbrukarens ögon. Detta innebär att behandlaren för föräldrarna på ett begripligt sätt skall kunna beskriva den struktur som har gjort att deras barn röker hasch, och på samma sätt för tonåringen kunna åskådliggöra varför han röker hasch. Detta måste göras så att han känner igen sig. Behandlaren måste också visa att han står på den unges sida, och inte fungerar som föräldrarnas förlängda arm eller som en representant för en äldre generation.

Vissa av de haschrökande tonåringarna känner att de har kontroll över sitt missbruk. Det innebär att hascheffekten inte har utvecklats så mycket att rökningen är en självmedicinering mot haschets effekter. Problemet för behandlaren i den situationen är att visa för tonåringen att det inte är bra att röka hasch. Tonåringen har ju enbart positiva upplevelser av att röka, och uppfattar det inte som en destruktiv handling. Han upplever också att han har kontroll över sitt missbruk, vilket också är sant.

Tonåringen har i sig en inte helt utvecklad språklig förmåga när det gäller att uttrycka orsakssammanhang av känslomässig karaktär. Därför kan han själv inte beskriva anledning till varför han röker. Han har använt haschet för att han just saknar förmågan till att ta itu med problemen. Därför blir diskussionen inte lika intensivt nyanserad som hos vuxna haschrökare.

Som behandlare måste man hjälpa honom med att analysera de krav han ställer och de fantasier han har. Dessa föreställningar är en produkt av utebliven nyanseringsförmåga och en dålig kontakt med omgivningen. Omgivningen har i sin tur inga möjligheter att tillfredsställa dessa föreställningar. Om man inte hjälper honom med nyanseringen av dessa föreställningar, så kan effekten bli att han reagerar med trots. Detta på grund av utebliven behovstillfredsställelse. Resultatet blir en ökad haschkonsumtion.

En viktig föreställning att diskutera är tonåringens bild av hur normalsvensken lever, "medelsvenssons liv", och om han själv tycker att det är ett bra sätt att leva på eller på vilket annorlunda sätt han skulle vilja leva. Denna bild av "medelsvensson" brukar vara ganska primitiv, och lämnar stort utrymme för vidareutveckling i samtalen.

Genom att ta hänsyn till det ovanstående kan behandlaren få den positiva relation som han behöver för att kunna hjälpa den unge haschrökaren. Han måste förklara för tonåringen vad det innebär att gå i samtal och förklara vilken målsättning man har med dessa samtal, att samtalsbehandling inte bara är till för människor som är sjuka utan också kan vara till hjälp för människor som behöver hjälp med att förstå tillsynes obegripliga sammanhang, att haschet är ett hinder och inte en hjälp till att begripa orsakssammanhang. I samtalet med tonåringen pekar behandlaren på fantasins roll att ersätta de brister tonåringen upplever att han har i sin livssituation. Eftersom tonåringen har en dåligt utvecklad förmåga att kompensera dessa brister flyr han in i sin fantasivärld så att han sliper lösa de omedelbara problem som finns i livssituationen.

Samtalen får en karaktär av filosofiska diskussioner om hur tonåringen ser på livet. Om tonåringen gör ett påstående kan behandlaren bemöta detta med att fråga honom om han kan tänka sig ett annat sätt att se på det, och då eventuellt presentera alternativ.

Tonåringen måste få känslan av att bli starkare genom de här samtalen. Samtalen får inte ha den karaktären att behandlaren alltid har rätt och tonåringen fel, därför att då sluter sig tonåringen automatiskt igen. Behandlaren måste poängtera att varje människa har rätt att ha sina egna åsikter, men att man också har rätt att ändra och nyansera. Detta hjälper tonåringen när han skall berätta för sina kompisar om vad han gör i samtalssituationen. Svårigheten med att få den unge motiverad till att bryta sitt missbruk är störst när det gäller den regressiva typen, eftersom dessa under samtalens gång märker att de blir mer självständiga, och alltmer förlorar behovet av föräldrarnas stöd. Detta medför samtidigt en känsla av att bli övergiven och ensam. För att tonåringen skall våga uppleva dessa känslor måste han ha en trygg miljö och ha kontakt med människor som han kan lita på.

Eftersom själva behandlingen inte är ett tillräckligt instrument för att överbygga avståndet som existerar mellan det han är nu och det han önskar att han skulle vara, måste behandlaren också försöka förändra de störningar som finns i omgivningen. Med tonåringens godkännande kan behandlaren prata med berörda lärare om situationen, och tex ta med föräldrarna i behandlingen.

Beslutsprocess

Den beslutsprocess som tonåringen genomgår för att acceptera hjälp illustreras med nedanstående schema. Detta schema är hämtat från Cognerai-Weber (41).

Några fallbeskrivningar

Peter 15 år

Peters föräldrar skilde sig när han var elva år, och detta skedde utan att han i förväg blev informerad. Han stod inför fullbordat faktum.

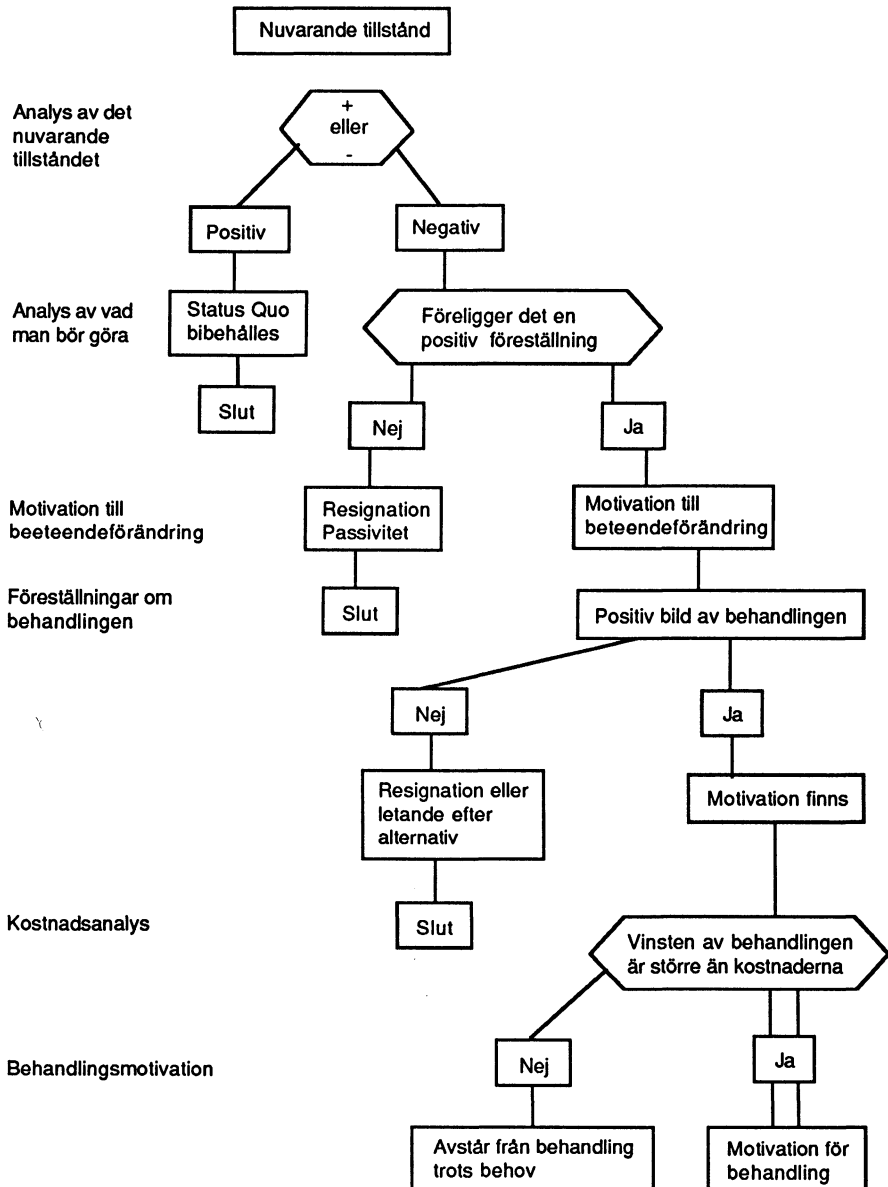
Under de fyra åren som gick tills behandlaren fick kontakt med honom utvecklades krissituationen på följande sätt. Fadern bildade snabbt en ny familj och Peter bodde kvar hos sin mamma. Fadern kom endast på besök i den gamla familjen när det var problem med Peter. Detta märkte Peter, och såg till att det ofta blev problem. När Peter var fjorton år började han att röka hasch. Samtidigt blev han mycket besvärlig i skolan. Fadern var då tvungen att vistas mycket i den gamla familjen, vilket Peter tyckte var bra.

Peters missbruk upptäcktes när han och några jämnåriga blev fast i tullen med ett par gram hasch på sig. Socialförvaltningen och föräldrarna informerades om detta. Skolsköterskan och socialsekreteraren i skolan märkte samtidigt att det inte stod rätt till med Peter. Skolsköterskan tog kontakt med familjen och tillsammans beslöt de att ta kontakt med Rådgivningsbyrån.

Efter två inledande samtal bestämde behandlaren och familjen att tillsammans med Peter tala igenom skilsmässan. Peter lovade att sluta röka hasch om de var öppna och ärliga i dessa samtal. Förutom dessa samtal träffades behandlaren och Peter en gång i veckan, dels för att Peters mognadstillväxt och känslomässiga avskärmning till problemen krävde det och dels för att han skulle vara medveten att behandlaren i första hand var till för honom. Samtalen pågick i sex månader med en träff i veckan. Efter en trög start klarade föräldrarna av att bearbeta de känslorna som satte stopp för Peters inblandning i skilsmässan. Peter upphörde för säkerhets skull inte med detsamma, men efter dessa sex månader hade han slutat röka hasch.

Behandlaren deltog under denna tid också i elevkonferenser på skolan när Peters fall togs upp. Behandlaren diskuterade med den ansvarige socialsekreteraren om lämpliga former av stöd. Dessutom informerades skolsköterskan och socialsekreteraren i skolan om behandlingens fortskridande. Detta för att skolan till en början inte tyckte att han skulle gå kvar i sin klass. Dessa åtgärder vidtogs med klientens samtycke.

Beslutsprocess



Therese 15 år

Under en ANT-föreläsning i nionde klass upptäckte behandlaren en flicka som uppträdde avvikande från gruppen i övrigt. Flickan satt ensam i ett hörn isolerat från resten av gruppen. Den information behandlaren gav om haschets effekt på tankeförmågan berörde henne så mycket att hon var tvungen att vända sig bort ett tag, för att slippa se vad som stod på tavlan. Efter föreläsningen tog skolsköterskan kontakt med behandlaren och beskrev problemet. De kom överens om att hon tillsammans med Therese skulle komma till Rådgivningsbyrån samma dag.

Flickan ansåg att hon hade fullständig kontroll över sitt missbruk och insåg inte varför hon skulle upphöra med detta. Hon kom ihåg vad behandlaren talade om på förmiddagen och medgav det han hade sagt stämde.

Efter två timmars samtal kom behandlaren och Therese överens om att hon skulle sluta röka hasch, eftersom hon inte tyckte om att få dåliga betyg. Och så måste mamman sluta tjata på henne. Therese ville vara duktig i skolan eftersom hon ansåg att hon var intelligent, men samtidigt klarade hon inte av mammans tillrättavisningar och tjat.

Det bestämdes också att behandlaren skulle förklara för mamman, som var ensamstående, varför hennes dotter uppförde sig som hon gjorde. Behandlaren hade två långa samtal med mamman om deras situation, vilket innebar att hon kunde slappna av och börja umgås med sin dotter på ett mer otvunget sätt. Rädslan för dotterns alltmer tilltagande avskärmning och passivitet framkallade detta "tjat". Mamman hade märkt att det inte gav något resultat, men kunde likväl inte upphöra med det.

Behandlingen upptogs av diskussioner om Therese livsåskådning. Denna var till en början mycket polariserad, dvs "svart och vit" (haschets effekt). Allt eftersom behandlingen fortskred blev hon mer nyanserad i sina omdömen, vilket kan ses som en mognadstillväxt, dvs hon hade slutat röka.

Behandlaren hade dessutom kontakt med läraren och skolsköterskan för att hålla det sociala nätverket informerad om utvecklingen. Detta med Therese godkännande.

Linda 15 år

Linda kom till Rådgivningsbyrån tillsammans med sin vännina och vänninans mamma. Hon hade rökt hasch varje dag i sex månader, och var i stort sett inte kontaktbar. Behandlaren ställde de nödvändiga frågorna för att få en bild

av Linda som haschrökare. Linda ville sluta röka hasch, men visste inte hur. Därför beslöts att hon och behandlaren skulle träffas dagen därpå och att det vore bra om hon inte rökte tills dess. Behandlaren träffade henne därefter varje dag under de tre kommande veckorna. Avtändningen var mycket svår för Linda, som grät mycket. Det framkom att hennes pappa hade avlidit plötsligt när hon var åtta år, och mamman fick ta över ansvaret för Linda och hennes syster. Systemen klarade av denna situation, men Linda saknade sin pappa så mycket att hon behövde hasch för att skärma av ångesten och ensamhetskänslan. De krav som mamman ställde på henne kände hon som en stor tyngd.

Behandlaren var i detta fallet en man, och han kanaliserade denna saknad av en fadersfigur både på den känslomässiga nivån och i konkreta situationer. Han tog på sig rollen av uppfostrare och rådgivare. Det innebar diskussioner med mamman om gränssättningar i pubertetsfrågor. Det innebar också diskussioner med Syo-konsulent om vägval inför gymnasiet, och diskussioner med socialsekreterare.

Mamman och Linda kunde inte bo ihop utan att det blev bråk, så det ordnades så småningom ett eget rum för Linda. Kontakten med behandlaren varade i två år och hade mot slutet karaktären av att ge råd och stöd i konkreta situationer.

Utifrån dessa fall och även de andra unga haschmissbrukare som har besökt vår mottagning vill vi som en avslutning på detta kapitel kort redovisa våra erfarenheter när det gäller barn som är offer för en skilsmässa eller har haft *traumatiska upplevelser*.

Det finns en stor andel skilsmässobarn bland våra klienter. Skilsmässan har i regel skett när barnet varit 11 eller 12 år gammalt. Föräldrarna har inte hjälpt barnet genom skilsmässan, oftast därför att de själva inte har klarat upp sitt förhållande till sin partner. När sedan barnet kommer in i den psykologiska puberteten förstärks känslor av övergivenhet, ensamhet och skuld. Skuld-känslan blir också en maktlöshetskänsla, när tonåringen försöker att få föräldrarna att lappa ihop sitt äktenskap igen. Eftersom detta i de flesta fall är en olöslig ekvation så blir resultatet att tonåringen blir mottaglig för den lugnande inverkan haschet har.

Ungdomar som har haft traumatiska upplevelser är en annan grupp, som likt gruppen skilsmässobarn, inte klarar av att leva med det som har hänt. Haschet ger dessa ungdomar ett känslomässigt skydd som gör att de orkar leva vidare med sina upplevelser.

De ungdomar som börjar röka hasch redan i 11 till 12-års åldern blir starkt försenade i sin pubertetsutveckling. Detta medför att de har svårt att relatera till behandlaren på ett för behandlingsgenomförandet nödvändigt sätt.

7 Intervju med en före detta haschrökare

Denna intervju kan tyckas vara lång, men vi har medvetet valt att presentera den i detta format. Anledningen till detta är att klienten på ett bra sätt ger en bild av hur det är att "tända av" från hasch och vilken hjälp han har haft av den behandlingsmodell vi tillämpar.

I februari 1985 gjorde vi en intervju med en 33-årig man. Denna man hade rökt hasch i sexton år. Han hade dessutom sporadiskt missbrukat amfetamin, sista gången för cirka sex år sedan. Haschdebuten skedde när han var sjutton år, dess förinnan hade han tillhört de sk mellanölsängerna. Han är uppväxt tillsammans med fadern och en äldre syster. Under uppväxten tvingades han att flytta runt på faderns arbete. Modern dog när han var fyra år. Vid behandlingens början var han sammanboende och hade två barn.

När intervjun gjordes hade klienten varit drogfri i fyra månader efter haschavtändning på Rådgivningsbyrå. Även om denna intervju bara visar *en* persons uppfattning, vet vi att det som säges i viss mån även gäller för andra klienter, eftersom vi i tekniken dels låter klienterna berätta hur de upplever avtändningen, och dels berätta på vilket sätt vår teknik har hjälpt dem.

På detta sätt har vi kunnat förbättra vår metod, samtidigt som vi fått klienten själv att jämföra, lägga märke till och fundera (reflektera) över hur haschet påverkar honom.

Indelningen av intervjupresentationen är gjord så att den skall belysa de tre stegens olika nyckelord. Bakgrunden till dessa nyckelord finns i kapitel 2. Avsnitten åtföljs av en kort kommentar.

Steg 1 (kapitel 2)

Första kontakten med Rådgivningsbyrå (kapitel 9)

Hur fick du kontakt med socialförvaltningen i din nuvarande hemstad?

– Det var som arbetslös. Jag var tvungen att gå dit för att få ihop pengar till familjen, så att ekonomin skulle gå ihop.

När var det?

– I juni 1984.

Det innebär att du hade haft en kortvarig kontakt med dem innan du fick kontakt med oss?

– Ja, den gången, men det har varit likadant de senaste två åren. Jag hade beredskapsarbete cirka sex månader varje år.

Hade du varit arbetslös länge innan du tog kontakt med socialförvaltningen?

– Jag var tvungen att gå direkt dit.

Då gick du där över sommaren och fick kontakt med oss i september?

– Ja.

Hur lång tid tog det innan ni kom att tala om haschet?

– De visste inte att jag höll på med sånt, förrän jag åkte fast. Jag hade varit över i Danmark och köpt en bit hasch. När jag kom upp på socialförvaltningen, så möttes jag av två socialsekreterare och då tänkte jag direkt att nu vet de om att jag håller på och röker hasch. Mycket riktigt så visste de om det. Kriminalen hade ringt dit och talat om det. De vägrade oss understöd eftersom jag köpte hasch för deras pengar. De ställde det kravet att jag skall gå till Rådgivningsbyrån och få hjälp med att sluta med haschet.

Det kravet ställde de på en gång?

– Ja.

Hur reagerade du på det?

– Först tyckte jag att det var för djävligt, men så hade jag i bakhuvudet att jag ville försöka sluta att röka ändå. Jag rökte extremt mycket under den här tiden.

Har du burit på den här tanken under många år?

– Ja, det har funnits där, att jag tänkt sluta. Man tänker det ibland. Man tänker på det medan man är påtänd, då tänker man ofta att nu måste jag sluta. Så i och med att de sade "Rådgivningsbyrån" så tänkte jag att jag kan gå dit och få en chans i alla fall, så får vi se hur det går. Kan ni lyckas med det så är det bra.

Du gick hit för att sluta med haschet?

– Ja.

Du gick inte hit för att få fortsatt understöd?

– Jo blandat. Jag tänkte att lyckas ni få mig att sluta röka hasch så är det en bra sak, och så är det en bra sak om jag får fortsatt ekonomisk hjälp.

Du kom hem efter mötet på socialförvaltningen och berättade för din fru att du var tvungen att åka till Lund för att få hjälp med haschavtändning, hur reagerade hon på detta?

– Ja på sätt och vis så var hon glad att jag kanske kunde få hjälp. Ni kanske lyckas med det, som hon inte har lyckats med på jättelänge, att få mig att sluta röka hasch.

Kan du komma ihåg hur du sa det till henne?

– Ja, jag sa fy fan, nu måste man åka till den där djävla Rådgivningsbyrån för narkomaner. Jag är väl ingen narkoman. När jag tänker på narkomaner, så tänker jag på heroinister och sådana som har gått på amfetamin i halva sitt liv. Jag ansåg inte att jag behövde någon hjälp.

Hade du hört talas om oss innan?

– Nej.

Har du någon gång träffat någon missbrukare som fått hjälp på sjukhus eller liknande?

– Jo, jag träffade faktiskt en, som hade lagt in sig p.g.a. haschmissbruk. Han hade lagt in sig en vecka eller fjorton dagar, men han misslyckades. Han håller fortfarande på att röka som vanligt. Jag tänkte, hur skall de klara av mig, för mig kan dom inte lägga in. Det bara är så, det går inte med mig.

Du gav dig inte själv stora chanser när du kom hit?

– Nej, jag var pessimist. Jag trodde aldrig att det skulle gå.

Kommentar:

Detta är givetvis bara ett av många sätt att få kontakt med Rådgivningsbyrån. Vi lär oss dock av ovanstående exempel hur viktigt det är att man på socialbyrån är uppmärksam, eftersom det oftast är där som det första steget mot drogfrihet tages.

Den identitet som den här klienten har av sig själv som icke narkoman är mycket vanligt hos haschrökare, vilket är en av orsakerna till att de inte söker kontakt med missbruksvården. Klienten var också från början inställd på ett misslyckande. Detta var den erfarenhet han hade från tidigare ”försök”. Denna pessimism gör ett nytt misslyckande mindre värdeladdat.

Det första samtalet

Vilket intryck fick du första gången du kom hit?

– Med en gång när jag träffade behandlaren, så tyckte jag att det här verkade att vara rätt bra. Det verkade vara en trevlig kille, som förstod vad det handlade om.

Fick du vid det första tillfället känslan att du var förstådd?

– Ja, något så när. Jag var väl lite svårbegriplig själv antar jag.

Vad var det som fick dig att få den känslan att han förstod?

– Jo, det var det han pratade om, och att det inte var något tvång, att han förstod att man kunde få ett återfall och det var ingenting som ni klankade ner folk för om man fick ett återfall. Jag tyckte att det var OK, så då skall jag i alla fall göra ett försök, tänkte jag.

Om du hade träffat behandlaren för tio år sedan?

– Då hade det nog inte hänt något. Det tror jag inte.

Då hade det inte gått att övertala dig?

– Nej, en stor anledning till att jag har gått här nu är för mina ungars skull, och för familjens skull, för att försöka hålla ihop familjen.

För tio år sedan var du alldeles för förälskad i haschet?

– Ja, och då var det bara jag, och jag hade bara mig själv att tänka på. Jag mådde så bra på det då.

Behandlaren ritade bilder som beskrev hur haschet gjorde så att man blev avskärmad. Tyckte du att det var en korrekt beskrivning?

– Jag det kan man verkligen påstå att det var. Så är det. Det är precis som om det studsade utanför huvudet. Det gjorde det de första dagarna jag gick här. Jag lyssnade och lyssnade, jag försökte att lyssna, men det var svårt. Det var precis som han sa. Det var som om man hade en kupa över hjärnan. *Hade du någon föreställning om hur det skulle gå i fortsättningen, när du lämnade Rådgivningsbyrån, den första gången?*

– Nej, jag bara gick här. Jag hade ingen uppfattning om vad som skulle hända, inte mer än vad han berättade för mig. Jag visste att mitt dåliga humör skulle tränga på mer och mer, eftersom det var det som hände förra gången jag slutade.

Kommentar

Klienten visar tydligt att han blev förstådd, vilket medförde att han kunde tänka sig att fortsätta kontakten. Syftet med det första samtalet är att visa klienten att han inte är omöjlig att förstå, d.v.s. att hans egen föreställning om att han är oförståelig motbevisas.

Diskussionen om återfall under behandlingen syftar till att avdramatisera detta som oftast är så värdeladdat för klienten.

Prognostisering (Kapitel 2)

Kunde du känna igen det behandlaren beskrev för dig, att på natten mellan den tredje och fjärde dagen kommer du att börja drömma?

– Det stämde nog ganska bra precis på dagen.

Blev du överraskad över att det stämde?

– Ja, det kan man säga. Det var konstiga drömmar i början.

Behandlaren påstod även att andra saker skulle hända, att du får lite snuva, att du kunde få lätt träningsvärk, att du skulle bli lättirriterad, lite orolig. Stämde detta?

– Ja, det gjorde det. Jag hade lite ont i axlarna. Det visste jag inte var det kom ifrån, men det kanske var därför. Jag var snorig i näsan. Det visste jag inte heller om att det skulle komma, men det kom direkt det också.

Kommentar:

Den här delen av intervjun visar behandlingens första steg. Här koncentrerar vi oss på att klienten skall uppmärksamma vad som händer med honom både fysiskt och psykiskt så att han relaterar detta till avtändningen. Detta motverkar flyktbeteendet.

Upprepning (Kapitel 2)

Kan du beskriva vad det var som fick dig att sätta dig på tåget och komma tillbaka dag efter dag?

– Det var ju det att jag var tvungen att göra så för att bli motiverad, så att jag lät bli att röka på kvällarna. Det var det som behövdes. Jag klarade mig i regel den dagen. Den gången när jag själv slutade var jag så röksugen på kvällen att jag rökte, men när jag gick här så försvann det där på kvällarna. Då var jag tillräckligt motiverad för att låta bli. Då hade jag något annat att tänka på.

Det var alltså av avgörande betydelse att du fick komma hit varje dag?

– Ja, det var tvunget annars hade det nog inte gått, det tror jag inte. I alla fall de två första veckorna behövde jag vara här varje dag.

Kommer du ihåg att behandlaren tog om samma saker de första gångerna som ni träffades?

– Nej, det har jag svårt för att fatta. Det kommer jag inte riktigt ihåg. Jag tyckte nog att vi pratade om olika saker, i alla fall de första dagarna.

Kommentar:

Den bristande närminnesfunktionen kompenseras med dagliga träffar. Vid varje träff upprepas det som sades vid det första samtalet, men för varje upprepning tillkommer nya nyanser, dels de som behandlaren framför och dels de som klienten med sina reflektioner bidrar med.

Teknikfrågor (2.1, teman)

Du fick arbeta hårt under samtalen, kan du beskriva hur det kändes?

– Jag fick ju tänka så in i norden. Hjärnan arbetade för högtryck just då. Det är svårt att beskriva den känslan. Det var djävligt jobbigt att anstränga huvudet på detta sättet. Det var det. Men jag var ju svår. Jag förstod väl inte så mycket. Det gick väl inte riktigt in i huvudet vad vi pratade om överhuvudtaget.

Lade du märke till att det inte gick in i huvudet?

– Ja, jag kände det liksom att jag inte förstod vad vi pratade om.

Hjälpte det dig att behandlaren ritade och beskrev avtändningskurvan?

– Ja, det hjälpte, för då visste jag vad som väntade mig. Det var bra att veta, att nu kommer det att bli så och nu blir det så. Om man inte hade vetat det och så händer det så kanske man gör ett misstag och röker en holk istället för att ta tag i det som känns jobbigt, t.ex. detta med drömmarna. Det måste man få reda på i förväg tycker jag.

Var detta något som ökade på din motivation att fortsätta kontakten?

– Ja, jag visste om att jag går hit så vet jag vad som händer ikväll. Går jag inte hit så vet jag inte vad som händer, så kanske jag skiter i det och röker istället.

Behandlaren gav oftast beskrivningar om hur han uppfattade att du fungerade. Kände du igen dig på dessa beskrivningar?

– Ja visst gjorde jag det. Jag kände igen mig. Det stämde det där att det var som att prata mot en vägg ibland. Jag försökte lyssna ibland men jag märkte själv att det liksom inte gick in. Det pratade vi mycket om.

Och när behandlaren pratade och plötsligt blev tyst?

– Så blev jag också tyst. Jag tappade tråden.

Hände det ofta att du tappade tråden?

– Ja, det gjorde jag. Det är så att det sitter fortfarande kvar. Jag har svårt att föra en konversation med någon. Jag har svårt för att lyssna på två samtidigt. Sånt är jobbigt på arbetet.

Om du fick en fråga som du var tvungen att tänka efter på, dvs att inte svara rent spontant, var det då så att du hade svårigheter med att komma på vad du skulle svara?

– Ja.

Kan du jämföra de första åtta dagarna med åtta dagar du själv höll upp?

– De åtta dagarna jag själv höll upp var helt annorlunda. Jag vet inte hur jag fungerade då. Det är så pass länge sedan så att det är svårt att komma ihåg. Jag vet att jag var lättirriterad och retlig då också, precis som nu, fylld med ilska och oro, men det går över efter ett tag. Det var som att klättra efter

väggarna. När jag hade varit här de åtta dagarna var jag så trött, så det var bara att åka hem och stupa huvudet på kudden och vila. Jag var tvungen att vila. Men när jag gick hemma de där åtta dagarna kommer jag bara ihåg att irritationen var likadan, annars var det något helt annat.

Kan man beskriva det så här att vid första tillfället då du försökte att lägga av själv, så vart det frågan om att göra ett så långt uppehåll som möjligt, medan det vid det här tillfället var ett mera medvetet och målinriktat arbete?

– Ja det här var mer målinriktat, helt riktigt. Då var det bara ett tappert försök. Jag hade väl en svag aning om att det aldrig kommer att lyckas redan innan jag provade, men när jag gick här hade jag själv viljan att jag skulle sluta. Nu skall det verkligen gå, tänkte jag, när jag började gå här.

Kan du med ord förklara hur dimman lättade under de första fjorton dagarna?

– Jag fick mer energi. Jag såg lite klarare på allting. Jag fick höra att jag var mycket bättre. Min fru sa hela tiden att det hade blivit stor skillnad på mig. Jag själv märkte inte så mycket, inte så att jag tänkte på det i alla fall. Jag var ju så som jag är nu, så var jag när jag rökte också. Jag kunde sitta och prata, tyckte jag själv i alla fall. Men min fru säger att det var som natt och dag för henne att prata med mig redan efter två till tre veckor. Men jag själv hade svårt att märka någon större skillnad.

Kommentar:

Dessa frågor är de samma som ställs under steg 1, och de är relaterade till tekniken för att kompensera klientens bristande förmåga till reflektion. Klienten ger här uttryck för sitt stora behov av spegling, dels för att förstå sina egna reaktioner, dels för att förstå hustruns reaktioner.

Steg 2 (2.2)

Känslor

Du beskrev för behandlaren att dina känslor växte fram som en vulkan?

– Ja, de kom hela tiden och så känns det fortfarande. Jag känner att jag är mycket känslig fortfarande. Det är svårt att bestämma tiden när det händer.

Hur var det när dessa känslor växte fram?

– Jag var ju lite förberedd. Vi hade pratat om det här. Jag var lite förvirrad, man var ju orolig för att det skulle gå i stöpet där hemma bara för att man slutade röka. Det gjorde mig ganska förvirrad i huvudet. Men sedan så märkte

jag skillnaden; att man kunde prata om problemen istället. Istället för att jag bara stack ut och sköt upp hela diskussionen.

Var känslorna negativa?

– Nej, det behövde de inte vara.

Du blev inte rädd för dom?

– Nej, ibland så kan man se att verkligheten är ganska jobbig också. Det gör jag fortfarande.

De första känslorna som växte fram var de första riktiga känslorna som du fått på många år, och som inte var kemiskt framkallade. Kände du igen de känslorna?

– Nej, inte mycket. Antagligen var jag sådan när jag var lite yngre.

Det kommer du inte ihåg?

– Nej, jag minns inte riktigt. Jag var mycket känslig när jag var liten.

Märkte du någon skillnad vad det gäller irritation mellan dig och din hustru?

– Ja, jag märkte att jag blev bättre på att handskas med min irritation efter en tid, i och med att jag kunde hejda mig, och kunde prata före vi började bråka. Jag kunde lugna mig, stoppa mig, hejda den där ilskan som fanns.

Hur kände du det de första fjorton dagarna?

– Det var jobbigt så in i helvete de första fjorton dagarna. Det var så mycket med hemmet, där var det mest jobbigt. Sen hade jag även skolan och tänka på, och att jag var arbetslös. Det var så ihopkört alltihop och så skulle jag gå hit varje dag.

Blev du förvånad över att din hustru tyckte att du var förändrad, medan du själv inte märkte det?

– Nej, jag blev glad att hon såg skillnaden. Den skillnaden jag märkte var att jag inte hade några kompisar. Jag märkte många nackdelar med att sluta, de nackdelarna grävde sig mycket in i huvudet. Att kompisar som man hade haft i femton år bara plötsligt försvinner. Det satt så hårt i huvudet på mig, så att jag inte märkte den bättre sidan.

Kommentar:

Innan haschets avskärmande effekt har försvunnit helt blir icke-haschstyrda känslor märkbara. Detta märker klientens omgivning ganska tydligt, samtidigt som klienten mer eller mindre uppfylls av dem.

Den här klienten ger uttryck för något som är mycket vanligt, nämligen den klart uttalade isoleringen från andra efter beslutet att sluta med hasch.

Relationen till hustrun (Kapitel 5):

Kan du beskriva de här fjorton dagarna i förhållandet till din fru, dina barn och era vänner?

– Det var mycket bråk hemma, kommer jag ihåg. Jag blev väl utslängd ett par gånger pga mitt dåliga humör. Kamratskapet försvann rätt fort. Poker-gänget upplöstes. Det var ingen som kom och hälsade på, förr var det alltid folk hemma hos oss. Efter det var det aldrig någon som kom. Det kändes djävligt ensamt. Men det är sånt som man kommer över.

Blev du förvånad över att hon blev förbannad på dig, nu när du höll på att sluta röka hasch?

– Ja, jag blev väl ganska förvånad, för hon skulle väl ändå försöka och vara på gott humör. Hon visste väl inte vad det var som hände egentligen. Hon halkade liksom vid sidan om, det var bara mig som det gällde. Det var bara jag som fick berömmet och hon blev åsidosatt. Fast hon ställde också upp och stod ut med mig under den tiden.

Var din fru nyfiken på vad som hände här på rådgivningsbyrån?

– Ja, hon var mycket nyfiken. Hon misstrodde er i början, för att ni gav mig medicin, fast det gick över när hon hade varit här.

Då var det bra att hon fick komma hit?

– Ja, det behövdes faktiskt att hon fick komma hit, annars hade det nog inte gått, det tror jag inte.

Var detta samtidigt som du och din fru började sitta vid köksbordet och prata med varandra om hur ni skulle ha det tillsammans och vem som skulle göra vad?

– Jo, det var nog vid samma tillfälle. Vi pratade om att vi skulle dela på sysslorna. Jag hjälpte väl till lite mer i hemmet då och nu också mot vad jag gjorde innan. Förr var jag inte hemma så mycket. Jag var mer borta än hemma i princip.

De samtalen som ni hade var de likadana som de ni hade haft tidigare?

– Nej, det går inte heller att jämföra. Nu kunde vi sitta och prata i timmar vid köksbordet, efter att vi hade ätit färdigt. Förr var det alltid så bråttom, för att jag hade bråttom, jag skulle ut och ordna det ena och det andra. Så det blev annorlunda. Vi satt och diskuterade hur vi skulle göra, dela på sysslorna osv.

Vad tyckte din fru om att du tog mer ansvar?

– På ett sätt blev hon glad, att hon såg att det blev skillnad på mig, men hon tyckte att det var jobbigt att jag tog över somliga saker som hon hade sett som sitt område.

Kommentar:

Detta avsnitt visar hur viktigt det är att man på ett tidigt stadium informerar närstående om vad som händer och vad detta kommer att leda till, t ex skäl till varför klienten får en korttidsmedicinering. (Se kap. 4).

Teknikfrågor (2.2, teman)

Gjorde dig din nya förmåga till uppmärksamhet och tidsuppfattning förvånad tex när du kom underfund med att den tiden du la ner på att leka med barnen, nu kändes mycket verkligare än vad den hade gjort tidigare?

– Ja, nu kan jag leka längre och ha mer tålamod. Då var en kvart som en timme, nu gick tiden mycket fortare.

Den tröttheten som du nu kände, var den tröttheten likadan som den du kände under den tiden då du rökte?

– Nej, det tror jag inte. Jag blev inte trött på en holk förrän den började gå ur kroppen, när den hade gått ur kroppen då blev jag trött. Ja, den tröttheten kan man kanske jämföra med den tröttheten som jag fick då. När jag rökte var jag inte trött.

Den energin du fick var den likadan som den du fick när du rökte?

– Nej, det är en helt annan energi, den gjorde så att jag orkade lite mera. Den energin jag fick när jag rökte var väl lite passiv. Det var kanske inbillad energi. Nu har jag en helt annan energi i kroppen än vad jag hade då. Det går inte att jämföra alls.

Tog det lång tid innan du börja titta på TV med behållning?

– Det tog nog två till tre veckor.

Kommentar:

Dessa frågor är relaterade till tekniken att bryta ner cannabismönstrets föreställningar, t.ex. tidsupplevande, föreställningar om det energitillskottet som haschet ger samt cannabismönstrets fortlevande i det nuvarande tillståndet.

Steg 3 (2.3)

Känslor

Fick du annorlunda känslor gentemot din fru?

– Jag var lite orolig, jag tänkte att det här kanske blir lite annorlunda. Vi

kanske inte alls passar för varandra och sådana saker. Det har blivit mycket annorlunda i familjelivet pga att jag har slutat med haschet.

Kan du försöka sammanfatta på vilket sätt?

– Det är inte alls säkert att man passar för varandra längre. Fast man har umgåtts i femton år, så kan det bli en sådan skillnad att man inte alls passar för varandra.

Menar du att man måste vara aktsam om förhållandet?

– Ja, man får hela tiden tänka på det. Det är så mycket som spelar in. Det är svårt att förklara. Jag märker henne och hennes känslor mycket mer nu än vad jag gjorde tidigare, och jag är väl också mycket tydligare för henne.

Kommentar

Under den här perioden är det viktigt med återblickar. Det är viktigt att poängtera utvecklingen av känslorna och hur dessa har nyanserats samt att fokusera på den eventuella oro klienten känner inför nya ej tidigare upplevda känslor som kan skapa förvirring.

Teknikfrågor (2.3):

Kan du beskriva hur det var att titta på TV utan att vara påverkad?

– Jag fattade själv att jag kunde hänga med i filmen. Tidigare när jag inte kände för att titta, så tittade jag överhuvudtaget inte på TV. Under de tre veckorna tyckte jag att det var meningslöst för jag fattade inte något överhuvudtaget. Jag hängde inte med i filmen, men sen efter tre veckor var det precis som om något öppnade sig. Jag kunde följa med i filmerna ordentligt. Då blev jag helt förvånad. Då tänkte jag att det går ju att titta på TV utan att röka. Det var likadant med att läsa. Jag kunde läsa en bok.

Ungefär när upplevde du att du kunde styra dina egna tankar?

– Det tog två till tre veckor det också. Jag kunde hejda mig och stoppa ilskan och tänka innan jag pratade. Det är nog så lång tid som det tar innan haschet går ur kroppen.

Kan du nu föra en diskussion med andra personer?

– Ibland, fastän jag vet vad jag skall svara är det svårt att hitta orden. Jag har förmodligen ett dåligt ordförråd.

Kommentar:

Dessa frågor är exempel på frågor som ställdes under det tredje steget. Behandlaren visar skillnaden mellan hur han fungerar nu och hur han fungerade då.

Avsnittet visar även hur klienten själv testar sina nyvunna förmågor inom områden där han innan alltid behövde hasch för att fungera.

Att byta identitet

Upplever du verkligheten som påträngande, påfrestande och att du är försvarslös?

– Ja.

Är det någon skillnad om du jämför de första fjorton dagarna med hur det är nu?

– Det kom väl hastigare då, det kommer lite långsammare nu. Det värsta var de första fjorton dagarna.

Märkte du att det fanns någon sorts tröskel efter de första fjorton dagarna?

– När jag hade överlevt de första fjorton dagarna tyckte jag att nu är det väl på väg att gå åt andra hållet. Då blev jag lite lugnare. Det fick jag reda på att så skall det vara. Det har det gjort också. Fast det kan vara lite långdraget, tror jag.

Har det förvånat dig, att du faktiskt klarar dig utan hasch?

– Ja, man blir drogad av verkligheten nu för tiden kan man säga.

Men det är inte så att verkligheten stör dig.

– Jo, ibland. På jobbet stör den mig mycket, tycker jag.

Så du tycker att du har mycket kvar att ta igen?

– Ja, men det går lite för sakta. Jag känner mig förvirrad ibland. Jag blir nästan yr av vad jag tror är verkligheten. Jag tänker, ska det verkligen vara så här.

Du är inte rädd för att du skall gå in i missbruk igen?

– Nej.

Har du någon vision om vad du skall göra med resten av livet?

– Nej.

Känner du aptit på livet?

– Ja, ibland. Ibland tycker jag att det verkar meningslöst. Jag undrar vad jag skall göra, men det är för att jag inte har någon fast sysselsättning. Jag behöver ha ett riktigt jobb, och sluta med att gå på socialbyrån. Jag lider av det. Det är svårt att komma in i ett arbetsgång och bli arbetare.

Är det det du vill?

– Ja, jag vill lära mig det och försörja min familj, utan att blanda in socialförvaltningen.

Kommentar:

Hela tredje steget är i sig en identitetskonflikt. Behandlaren och klienten tar ståndpunkt för det nya sättet att fungera och diskuterar hur han tror att han skall fortsätta att utvecklas. Har han hittat ett nytt fungerande problemlösningssmönster? I så fall vad har han för målsättning?

Klienten berör här även sin dåliga självkänsla inför sina arbetskamrater. Han känner att det är uteslutet att för dom berätta vad han har sysslat med de senaste femton åren, och hur jobbigt det är för honom att inte kunna göra det.

Återfallet (Kap 3)

Under de här fyra månaderna har du haft två dramatiska återfall?

– Ja, det kan man nog säga.

Kan du beskriva hur det blev ett återfall och vad återfallet mynnade ut till?

– Det första var när jag var på ett 35-årskalas. Vi drack mycket sprit vi satt och tittade på Tipsextra och kompisarna satt och rökte. Jag höll hela tiden, hela kvällen i princip. Jag blev bra full för vi hade gott om sprit. Sen på kvällskvisten så skulle vi gå ner på puben och fortsätta. Då skulle det vara en holk innan vi gick ner dit. OK, tänkte jag, då hänger jag med på ett bloss också. Jag rökte ett bloss då, men sen försvann minnet liksom för mig. Jag blev så väck att jag inte höll på att hitta hem. Jag tappade alla betingelser, jag hittade inte ens cykeln, så jag fick gå hem. Jag tittade på vägskyltarna för att hitta hem, och husen började gå i vågor. Jag blev nästan rädd för mig själv, jag tänkte, vad fan håller jag på med. Varför rökte jag den här, tänkte jag. Jag kom hem redan halv elva, kräkte ner hela toaletten. Jag var totalt färdig. Sen på morgonen dagen efter så mindes jag ingenting, men jag hade en svag aning om att jag hade rökt, eftersom jag tappade minnet så totalt. Jag fick ringa runt och höra mig för om vad som hade hänt, om jag hade rökt eller om det var spriten som hade gjort så att jag fick leta mig hem. Sen fick jag höra att jag hade rökt.

Har du haft någon liknande erfarenhet tidigare?

– Nej, jag har aldrig blivit så väck på en holk, förutom den första gången jag provade haschet.

Hur var det andra återfallet?

– Vi skulle ha julfest alla kompisarna samlades hos en kompis. Jag tänkte jag hänger väl med jag också, jag kan väl låta bli att röka. Men så blev det att jag rökte ett bloss då också, så då förstörde jag hela den kvällen. Jag blev folkskygg, men inte så sjuk som vid det första återfallet, men jag kunde inte

fortsätta festen. Det var bara för mig att åka hem och lägga mig. Jag fick stark ångest, för att jag rökte igen. Fyllan försvann och jag fick bara stark ångest. Sen dess har jag inte rökt. Jag törs knappt titta på en pipa. Det är konstigt.

Kommentar:

Ofta finns det ett omedvetet behov att få testa effekten av haschet efter ett så långt uppehåll. Vi tror att detta beror på att de inte har gjort upp med drogen genom ett eget beslut, utan de har varit påverkade av behandlarens överbevisning. När de då testar haschet märker de även känslomässigt att de inte vill uppleva det tillståndet haschrökningen medför dvs de har hitills bara gjort upp med haschet rent intellektuellt. De måste känna att beslutet är deras eget, för att beslutet ska vara slutgiltigt.

Epilog

Klienten är nu två år efter fortfarande missbruksfri. Han bor tillsammans med frun och sina barn, och läser in grundskolekompetens.

8 Förebyggande verksamhet

Haschrökarens dilemma är tvåfaldigt. Han förstår inte själv vad haschet gör med honom, och allmänheten tycks, trots all information från olika myndigheter, inte ta haschets skadeverkningar på allvar. Detta innebär att han befinner sig, i dubbel bemärkelse, i ett tomrum, där å ena sidan han själv inte kan reflektera över skadeverkningarna, och å andra sidan omgivningen inte vet hur man motiverar honom till att sluta.

Effekten av detta förhållande blir att haschrökaren tämligen ostört kan fortsätta med sitt missbruk. Detta måste ses som mycket allvarligt när vi nu vet hur haschet påverkar människan.

Förebyggande arbete innebär:

allmän prevention, att ge information till ungdomar så att de inte börjar missbruka,

riktad prevention, åtgärder riktade mot ungdomar som redan experimenterar med droger. För den här gruppen är det program om tidigt ingripande som vissa kommuner har infört av stor vikt, så att medvetenheten om problemet omsätts i organisatoriska åtgärder, och inte förblir allmänna formuleringar.

Det finns utmärkta beskrivningar om tidigt ingripande, som t ex "Kommunalpolitiskt program mot narkotika", framtaget av Upplands-Väsby kommun.

Endast med en samlad insats kommer vi att få bukt med haschproblematiken. Det innebär att myndigheter liksom föräldrar måste använda sin förmåga att dra korrekta slutsatser och ta hänsyn till haschets verknings sätt när man vill ta itu med problemet rent praktiskt.

Med god ANT-undervisning (Alkohol, Narkotika, Tobak) i skolorna, nås de bredda kategorierna och gruppen "Avvikare" minskas. Informationen får inte vara för ensidig, eller vara inriktad på att genom skrämseffekt få den unge medveten om att när han drar sitt första bloss på haschpipan, så innebär detta det första steget mot totalt sönderfall. Den som prövar märker ju att det inte är så farligt som det beskrivts, och då finns det ju ingen anledning att låta bli.

Dessutom är det spännande att göra något eller pröva något som inte är tillåtet. Om man försöker lägga en ton av hemskhet i det material, som egentligen kan tala för sig självt, blir effekten av informationen bara att man accentuerar det spännande i att pröva något förbjudet. Detta kan jämföras med situationen man upplever när man ser en film. Innan de spännande sekvenserna inträder så förvarnas man om dem genom ödesmättad musik. Om vi tänker efter så är det ju så att musiken oftast påverkar våra känslor kraftigare än vad som händer i sekvensen. Efteråt minns man scenen men inte musiken. Det går dock inte, vilket har påvisats många gånger att få samma effekt vid ett informationsmöte om droger. Därför är det lika bra att låta bli överdramatiseringen och hålla en saklig ton istället. Om informationen är ensidig och onyanserad, och bara innehåller medicinska fakta, eller informatören försöker få med så mycket fakta som möjligt på den tid han har till sitt förfogande, innebär det att åhörarna bara kommer ihåg hälften. Ensidigheten och onyanseringen uppnås också genom att vara övertydlig om riskerna.

Istället är det viktigt att ge en nyanserad bild av t ex haschproblematiken, och att informatören får igång en dialog och att åhörarna lämnas utrymme till egna funderingar.

Det finns en övertro på information i vårt samhälle, och det är väl belagt att det är mycket annat än de ord som säges, som är viktigt för att informationen skall fastna på rätt sätt hos åhörarna. Ofta är det icke-lärareutbildade föreläsare som håller i informationen, och om dessa besitter en pedagogisk finess så har de i regel skaffat den genom egen erfarenhet. Andra variabler av betydelse är informatörens utseende och personlighet, tid och plats och ålder på åhörarna, men även sådana saker som förkunskaper och mognadsgrad.

ANT-undervisningen i skolan riktar uppmärksamheten först på cigarettrökning och därefter på alkoholen och sist narkotikan. Anledning till detta är att barnens ålder är avgörande om de har förmågan att uppfatta ämnets grad av farlighet. Oron för vad barnen kan utsättas för gör att man vill ha narkotikainformation så tidigt som möjligt. Det är inte bra att redan i femte klass införa narkotikainformation därför att eleverna då är uttröttade på ämnet när de som bäst kan ta till sig den i nionde klass. En förutsättning för att kritiskt kunna ta emot droginformation är att vederbörande har uppnått en tillräcklig psykisk mognad, så att han kan förstå haschets verkningar på det egna psyket. Det är först i nionde klass som den psykologiska puberteten har framskridit så långt att haschets effekter blir verkliga för den enskilde individen. Dessförinnan är narkotika något som man gör spännande filmer om.

De flesta informationstillfällena är punktinsatser som sällan kombineras med andra insatser. Informationen saluföres på ett sätt som om det vore en åsikt och inte vetenskaplig kunskap. Det gäller både för vuxna och tonåringar. Ett exempel på detta belystes vid en debatt där en av författarna deltog. En person i församlingen formulerade tesen ”att var och en har rätt att framföra sin åsikt”. Är detta den bild allmänheten får av det vi experter förmedlar dem? Ja, tittar vi på den debatt som förs i massmedia, så är den ofta onyanserad. Personen har alltså rätt. Detta förstärker bara mekanismen ”det här gäller inte mig”.

Haschmissbruk är i första hand ett pubertetsproblem. Det är först genom den psykologiska puberteten som haschet blir en intressant drog. Det som är grundläggande för att informativ och förebyggande verksamhet skall ha effekt är att den sker i dialogform. Förutsättningar för att skapa en dialog är att minst två personer är villiga att diskutera samma sak. Detta innebär att informatören t ex måste kunna förmedla kunskapen på ett sådant sätt att både tonåringar och vuxna kan förstå problemen, så att de efter informationstillfället tillsammans kan fortsätta diskussionen.

Därför bör också en ANT-vecka i skolan kombineras med en föräldrarkväll. Det är också viktigt att lärare, fritidspersonal, skolsköterska, skolkuratorer och skolvaktmästare får tillfälle att ta del av informationen, och att de får möjlighet att ha en strukturerad uppföljningsdiskussion med eleverna. Genom att ge möjligheten till fortsatt diskussion förblir inte insatsen en engångsinsats, och tonåringen får på detta sätt möjlighet att skaffa sig en nyanserad åsikt om haschets verkningar.

Dessutom byggs på detta sätt samtidigt ett kontaktnät upp, som ökar möjligheten att avslöja ett haschmissbruk. Oftast är det så att avslöjandet skett därför att någon aktivt har tänkt igenom haschproblematiken och förstått att han är den som måste ta initiativet, eftersom haschrökaren själv sällan gör det. Genom en nyanserad kunskap förser man den personen med ett instrument och med en säkerhet som gör att han vågar lägga sig i.

Den föreläsningsform vi använder liknar mycket ett första samtal med en ny klient och byggs upp kring följande punkter:

- en genomgång av vad Cannabis är, dess verkan och kemi (kap 1),- en beskrivning av hur de sju punkternna på kognitiv funktion (tankemässig) är verksamma hos icke-missbrukare i vardagliga situationer, exempelfierat genom de konkreta situationer den ålderskategori du föreläser för förväntas uppleva (kapitel 1),

- en beskrivning av hur de sju punkterna fungerar hos en haschrökare (kapitel 1),
- utfrågning av åhörarna om vilka de tror är anledningarna till att ungdomar börjar röka hasch,
- diskussion om resultatet av utfrågningen med utgångspunkt från avsnittet om haschrökning i tonåren (kap 6).

SÖ om meningsfull ANT-undervisning (43)

”Meningsfull ANT-undervisning bör:

- Ge basfakta i likhet med det som ges i andra ämnen. Eleverna måste ha fakta som är korrekta och som kan användas som argument och beslutsunderlag.
- Utgå ifrån elevernas egna upplevelser och erfarenheter. Undervisningens innehåll måste ta hänsyn till den miljö som eleverna vistas i. Eleverna i den lilla byskolan har troligen en annan livserfarenhet än dom som går i den stora tätortsskolan.
- Låt eleverna delta i planeringen för att undvika upprepning.
- Ge eleverna träning i att fatta egna beslut. De bör lära sig att dra sina slutsatser av fakta och erfarenhet. Vad betyder detta för mig/oss?
- Leda till handling som eleverna kan stå för och som de kan känna sig nöjda och stolta över.
- Motivera eleverna att aktivt delta i samhällets drogförebyggande arbete.”

I likhet med det ovanstående ger man också anvisningar om hur samarbetet mellan hem och skola skall bedrivas när det gäller droger. Vår erfarenhet är dock att i båda fallen brister det betydligt i omsättningen av dessa kloka ord till praktik.

Kanske vore särskilda ANT-konsulenter på kommunens skolkontor en lösning? I så fall borde dessa också vara knutna till kommunens missbruksenhet, så att de inte tappar kännedom om ortens speciella missbruksbild.

För de som känner att de vill ha mer material runt omkring ungdom och droger rekommenderar vi att ta kontakt med Centralförbundet för Alkohol och narkotikaupplysning (CAN) i Stockholm.

9 Socialtjänsten (sammanfattning)

Om haschrökaren aktualiseras inom socialtjänsten är det viktigt att man inom en rimlig tid kan göra en bedömning av förekomsten av ett eventuellt missbruk. I avsnittet om "Cannabismönstret", beskriver vi svårigheten i att avgöra om klienten röker hasch. Haschrökarens individuella cannabismönster, är utformat så att han kan söka hjälp utan att få obehag i form av frågor om han missbrukar.

Vi vill i det följande försöka beskriva den bilden en icke avslöjad haschrökare ger, när han träffar socialsekreteraren. Vi är medvetna om att alla dessa tecken kanske inte förekommer hos just den haschrökaren som du träffar, och att rutinerna skiftar från socialkontor till socialkontor. Målsättningen med detta avsnitt är att ge några råd och anvisningar om vad man skall fästa uppmärksamheten på för att kunna göra en så korrekt bedömning som möjligt om klientens eventuella missbruk.

Historiebeskrivning

När man som socialsekreterare träffar klienten för första gången så ställer man ett antal frågor för att kunna göra en så fullständig utredning som möjligt (arbete, bostad, ekonomi, familjesituation).

Klienten redogör då oftast själv för händelseutvecklingen fram till och med besöket, samt syftet med besöket. Historiebeskrivningen är fragmentarisk och med fragmentarisk menar vi att det saknas en röd tråd, och tidsaspekten är oklar i beskrivningen.

Under samtalets gång upptäcker socialsekreteraren att han inte riktigt förstår det orsakssamband som är orsak till att klienten befinner sig i nuvarande situation, och att den kronologiska ordningen inte riktigt stämmer.

Detta beror på att klienten beskriver händelser som isolerade företeelser, och inte som processer. Detta är en effekt av att haschrökarens tidsuppfattning är nedsatt p g a dåligt närminne. I och med att haschrökaren själv är tvungen

att konstruera en tidsföljd får beskrivningen av det kronologiska förloppet en skenlogisk karaktär. Hans förmåga till att kritiskt granska sina egna beslut är nedsatt, vilket gör att han själv är övertygad om att den tidsföljd som han presenterat är den korrekta.

Beskrivningen innehåller i regel många föreställningar som är färgade av den verklighetsbild Cannabismönstret förmår att producera. Det kan bl.a. ta sig uttryck i att han på fullt allvar menar att han sitter hos socialsekreteraren av en ren slump. Det är inte hans fel att han förlorat så många jobb, utan det beror på att andra har gjort fel och att man inte kan lita på andra människor. Om socialsekreteraren går in i detalj på historiebegrivningen så har klienten ofta svårt att förklara sig. Detta beror på att klienten är inställd på att beskriva sakernas ordning på ett visst sätt, och har inte den flexibiliteten och nyanseringsförmågan i spontana situationer, så att han kan ändra på det schablonuttryck han använder.

Problembild

Det kan ibland vara svårt att skilja denna grupp från den grupp utan missbruk som för första gången är på en socialbyrå. Den sista gruppen präglas i regel av en osäkerhet inför den nya situationen att behöva förklara och diskutera problemens natur och uppkomst. Här får man sätta sin tillit till den erfarenhet man efter hand får som socialsekreterare. Det är ju inte nödvändigt att man avslöjar klientens missbruk vid första tillfället.

Det är bra att ha frågeställningen i huvudet tills man träffar klienten nästa gång, för att få en mer nyanserad bild innan man ifrågasätter om klienten röker hasch.

Tecken på haschmissbruk hos klienten

Hur var kommunikationen under besöket? Var den enkelriktad, eller utvecklades den till en nyanserad dialog? (jämför de 7 punkterna, kapitel 1.2).

En del av haschrökarna har en god verbal förmåga som framkallar känslan hos socialsekreteraren att han kan föra en nyanserad dialog med klienten, men vid närmare granskning visar sig denna dialog vara onyanserad och enkelriktad. Därför bör socialsekreteraren också väga in andra aspekter som kan tala för ett haschmissbruk, innan han gör sin bedömning. Sådana aspekter är t.ex. dålig planeringsförmåga, svårighet att komma i tid, omotiverad glömska, brist på intressen, samt att klienten ger en bild av passivitet.

Socialsekreteraren har också svårt att få grepp om klientens avsikter eftersom svaren ofta är oklart formulerade eller allmänt hållna (dålig nyanseringsförmåga).

Socialsekreteraren upptäcker också att de planer och projekt klienten beskriver oftast är orealistiska och vid närmare förfrågan också sällan genomförbara.

Presentation för klienten av misstanken om att denne röker hasch

De praktiska frågorna socialsekreteraren ställer för utredningens genomförande, inberäknat frågorna han ställer för nyanseringen av situationerna, ger de pusselbitar som han sedan ställer samman till en bild. Visar denna bild att misstanken om missbruk är befogad, så skall man exemplifiera och för klienten påstå att de här tecknen tyder på att han röker hasch. Om klienten röker hasch brukar han svara ”att det händer”, men inte förneka det. Om han medger ett visst bruk, så kan socialsekreteraren lägga till frågor tex som har anknytning till hur samtalet har gått till ”var det så att när jag frågade och du avbröt mig innan jag hann prata färdigt, så var det för att annars hade du tappat bort svaret?” (jämför de 7 punkterna i kapitel 1.2). Ovanstående exempel använder vi därför att det är vanligt att klienten avbryter frågeställaren om denne tar god tid på sig. Klientens bristande närminnesfunktion tillåter inte en lång fråga, för då glömmet klienten vad socialsekreteraren egentligen frågade om.

Det kan hända att klienten påstår att haschet inte gör så med honom som han fått sig beskrivit genom socialsekreterarens exempel. Det är då passande att fråga vad haschet gör med honom. I och med detta tvingas klienten att lägga märke till, tänka efter och fundera, så att diskussionen sedan ytterligare kan byggas ut med andra påståenden typ ”du kan förmodligen inte titta på TV eller gå bio, eller läsa en bok utan att du först har rökt en holk”.

Dessa frågor och påståenden syftar till att belysa missbrukarens individuella sätt att handskas med drogen, samt att klarlägga klientens eventuella motivation till förändring (jämför kapitel 2.1).

I denna situation är det också lämpligt att kort redogöra för de sju punkterna, och hur hasch påverkar dessa.

Arbetsplan

Efter diskussionen om droger, om hur mycket han har rökt och vilken effekt hasch har på tankeförmågan, så gör man upp en arbetsplan. Det är också viktigt att socialsekreteraren redan vid den här tidpunkten frågar sig om resurser finns tillgängliga för att bedriva behandlingen enligt beskriven modell, eller om det finns någon missbruksenhet inom upptagningsområdet som det är möjligt att remittera klienten till.

Moment i arbetsplanen bör vara konkreta arbetsuppgifter som att klienten skall; passa tider, besöka arbetsförmedlingen och i förekommande fall ta kontakt med arbetsgivaren och förklara varför han inte varit på jobbet.

Den bör inte innehålla abstrakta hemläxor som ”du skall fundera på det och det här tills nästa gång vi ses”.

Avsikten med denna behandlingsplan är att få klienten motiverad till att acceptera behandling (se beslutsprocessen i kapitel 6).

En vanlig anledning till att haschrökaren söker hjälp vid socialförvaltningen är att han misslyckats med att försörja sig själv. Han är till en början ganska ovillig att erkänna att detta beror på haschmissbruket. Tekniken är då att gå igenom de misslyckanden som han har rapporterat i historieberivningen, och i förekommande fall även de som hänt i kontakten mellan socialsekreteraren och klienten, därefter spaltar man upp själva misstagsprocessen (se tekniken vid återfall kapitel 3), och kopplar detta till den bristande tankeförmågan.

Detta måste ske i diskussionsform, därför att en konfrontativ stil enbart leder till aggressivitet och låsning i kommunikationen. Klienten måste märka att det går att dra positiva slutsatser även av något så negativt som ett misstag.

En behandlande kontakt

När socialsekreteraren lyckats visa för klienten sambandet mellan drogberoendet och dennes nuvarande situation, är det viktigt att förmedla en kontakt med någon som hjälper honom med drogberoendet. Förslagsvis den rådgivningsbyrå, missbruksenhet eller öppenvårdsteam som finns inom upptagningsområdet, då dessa förhoppningsvis har större möjlighet till en tätare kontakt av behandlande natur med klienten, än vad som är möjligt på en normal socialbyrå.

Det är bra om socialsekreteraren på ett klart och enkelt sätt kan beskriva vad

som kommer att hända när klienten kommer till denna behandlande enhet. I och med att socialsekreteraren i ett tidigare skede har visat att han har rätt så medför detta att klienten får förtroende för den behandlande enheten, och har låg benägenhet till att ifrågasätta det som säges. En förutsättning är givetvis att enheten kan motsvara det förtroendet.

Socialsekreteraren bör hålla kvar det ekonomiska och sociala ansvaret och följa behandlingen på den behandlande enheten. Klienten bör frågas om han accepterar att socialsekreteraren har en viss kontakt med behandlaren för att kunna följa utvecklingen. Dessutom hindrar denna kontakt med den andra enheten i hög grad benägenheten att spela ut dessa två enheter mot varandra. Under de två första veckornas behandling är risken för flyktreaktioner stor från klientens sida, och det är bra om som många kryphål som möjligt är tilltäppta.

Det går inte att ge några konkreta råd om hur lång tid det bör ta för att komma fram till överlämnande, utan varje socialsekreterare får själv utveckla sin egen förmåga att styra denna process.

Det är inte nyttigt för klientens självförtroende att upprepa sina misslyckanden utan det skyddande filtret haschets långsiktiga effekt ger, därför är det viktigt att socialsekreteraren så tidigt som möjligt för över klienten till en behandlande enhet.

För socialsekreterarens del handlar det mycket om att skaffa en känsla för situationer där han med ett visst eftertryck kan avslöja cannabismönstrets funktion, dvs att kunna bedöma när klienten är mottaglig för, eller kan se logiska orsakssammanhang.

Det är viktigt att hela tiden föra en dialog. Klienten måste hela tiden vara införstådd med det som planeras. Han får inte få känslan att han blir manipulerad.

När socialsekreteraren har hjälpt klienten att avslöja cannabismönstret, så har han också agerat som en spegel eller vikarierande reflektionsförmåga för honom. Detta innebär att klienten upplever att han har blivit förstådd. Detta är kanske första gången på många år som någon förstår honom. Han har ingen förmåga att kritiskt granska det socialsekreteraren säger.

I denna situation är det lätt hänt att klienten idealiserar socialsekreteraren, dvs han känner att socialsekreteraren är den ende som på ett bra och konkret sätt kan beskriva hur han fungerar. Detta innebär en stor lättnad för haschrökaren eftersom han har trott att han tidigare varit obegriplig.

För att motverka denna idealisering bör klienten själv säga vad han tycker om detta överlämnande, och om det behövs bör socialsekreteraren förse honom med giltiga argumenten om varför han bör gå över till en annan enhet.

Dessa åtgärder är viktiga därför att annars är det lätt hänt att klienten låter sig misslyckas på den behandlande enheten, för att kunna komma tillbaka till den första kontakten.

I de regioner där det inte finns någon missbruksenhet inom rimligt avstånd, får man undersöka möjligheterna att lösa den uppkomna situationen internt. Man bör då ordna så att en kollega går in i ärendet för att sedan fördela arbetet så att en har ansvaret för ekonomin, och den andra enbart håller i själva behandlingen. Detta för att neutralisera de ekonomiska frågornas förmåga att totalt dominera samtalen rörande problemets natur och ursprung.

Slutord

Vi har medvetet undvikit urinprovtagningens speciella problematik. Anledning till detta är att den ur pedagogisk synpunkt är svårhanterlig, dels därför att tiden mellan provtagningen och svaret är för lång, dels för att utsöndringstakten är ojämn men också för att haschrökaren ändå själv subjektivt märker hur han blir bättre allteftersom det som lagrats i fettvävnaderna utsöndras. Ur kontrollsynpunkt är det också mycket tveksamt om värdet av urinanalysen har någon funktion, dels p g a ovan nämnda utsöndringstakt men också därför att det egentligen är haschrökarens inre motivation att inte fortsätta sitt missbruk som ger utslag i behandlingen, och detta märker behandlaren tidigare än han får svaret på urinanalysen.

Däremot är det viktigt att haschmissbrukaren lämnar ett urinprov i början av behandlingen för att fastställa THC-nivån och förekomsten av andra preparat i urinen, och ett urinprov efter c:a fem veckors behandling för att konstatera om THC har försvunnit ur kroppen. Detta ska givetvis ske frivilligt och med full sekretess. Mellan dessa två provtagningar kan man rekommendera urinprover som stöd för missbrukaren. De flesta upplever det som mycket befriande att få se att THC är på väg att lämna kroppen och att få uppleva ett drogfritt analysvar.

Däremot bör urinanalyser tas regelbundet om klienten har ordinerats medicin av en läkare. Detta bör göras för att ha kontroll över att klienten inte använder något annat preparat än det som har ordinerats av läkaren.

Om haschrökare vill lämna urinprover utöver det ovan nämnda så ska man givetvis inte neka honom det. Han vill kanske av någon anledning dokumentera sin drogfrihet. Urinanalyserna kan dessutom användas som detektor, dvs om behandlaren, i en pågående kontakt med en blandmissbrukande klient, blir osäker på om klienten missbrukar och vad denna i så fall använder för preparat.

Många haschrökare söker sig ofta direkt till sjukhus p.g.a. komplikationer relaterade till missbruket. Då är det viktigt att kunna avslöja komplikatio-

nernas orsak. Vi har den förhoppningen att denna bok kan vara till hjälp för avslöjandet.

Om det sker en inläggning på sjukhus p g a någon komplikation, så kan man med fördel använda den metod vi förespråkar inne på avdelningen.

Avsikten med det här arbetet har framförallt varit att visa vilka konsekvenser haschrökning har på det mänskliga psyket, och att om man sätter ihop dessa konsekvenser så får man en bild av en människa som är ensam, isolerad, oförmögen att på ett realistiskt sätt förstå vad som händer omkring honom och som inte mognar psykiskt i den takt den fysiska åldern fortskrider. Vi har också haft den ambitionen att visa hur man omvandlar denna kunskap om haschets skadeverkningar till en praktisk metod för den som kommer i kontakt med haschmissbrukaren.

Om du tycker att du har känt igen det vi har beskrivit, så hoppas vi att du kan använda dina kunskaper i själva metoden vi beskriver.

Om du tycker att du har lärt dig något nytt så tillfoga dina gamla kunskaper med de nya och använd det i den metoden vi beskriver.

Om allt är nytt så börja använd det du kommer ihåg, och låt metoden utveckla sig i relation till de klienter du träffar.

Det är så vi har gjort.

Referenslitteratur

- 1 Cannabis:Health Risks, A Comperahensiv Annotated Bibliography (1844–1982), Addiction Research Foundation, Toronto, Canada 1983.
- 2 Cannabis and Health Hazards, Proceedings of an ARF/WHO scientific meeting on adverse health and behavioural consequences of cannabis use, Addiction Research Foundation, Toronto, Canada 1983.
- 3 NAD-publikation nr 10, Cannabis och medicinska skador: en nordisk värdering. Rapport av en nordisk medicinsk expertgrupp. 1984.
- 4 Nordengren, T. & Tunving, K.: Hasch; Romantik och Fakta, Prisma 1984.
- 5 Wise, T.A.: Practical remarks on insanity as it occurs among the inhabitants of Bengal: *Moth J Med Sci* 14:500–515, 1852.
- 6 Weil, A.T.: Adverse reaction to marihuana, *New Engl. J. Med.* 18:997–1000, 1970.
- 7 Kolansky, H. & Moore, W.T.: Effects of marihuana on adolescents and young adults. *JAMA* 216:486–492, 1971.
- 8 Fink, M.: Effects of acute and chronic inhalation of haschisch, marijuana and delta-9-tetrahydrocannabinol on brain electrical acitivity in man: evidence for tissue tolerance, *Ann N Y Acad Sci* 282:387–398, 1976.
- 9 Jones, R.T. & Benowitz, N.: The 30-day trip-clinical studies of cannabis tolerance and dependence. In: Braude, M.C. and Szara, S. (eds.): *Pharmacology of marihuana*, Vol 2, pp. 627–642, Raven Press, New York, 1976.
- 10 Melges, F.T.: Tracking difficulties and paranoid ideation during haschisch and alcohol intoxication, *Am. J. Psychiatry* 133:1024–1028, 1976.
- 11 Jones, R.T.: Human effects: An overview, In: Peterson, R.C. (ed): *Marijuana Research Finding*, 1980, pp. 54–76. NIDA Research Monograph 31, NIDA, Rockville 1980.

- 12 Shilling, D.J. et al: Psychological effects of THC in cancer. Paper presented at the 133 rd American Psychiatric Assoc Annual Meeting, San Fransisco, May 3–9, 1980.
- 13 Negrete, J.C.: Psychiatric effects of cannabis use. In: Fehr, K.O. and Kalant, H. (eds): Adverse Health and Bahavioural Consequenses of Cannabis Use. Working papers for the ARF/WHO Scientific Meeting, Toronto, 1981.
- 14 NIDA, 1981: Hendin, H. et al: Adolescent marijuana abusers and their families.
- 15 Rafaelsen, O.J., Bech, P., Christiansen, J., Christrup, H., Nyboe, J. & Rafaelsen, L.: Cannabis and alcohol: effects on simulated cardriving. *Science* 173:920–923, 1973 (1973a).
- 16 Williams, E.G., Himmelsbach, C.K., Winkler, A., Ruble, D.C. & Lloyd, B.J.: Studies on Marihuana and pyrahexyl compound. *Publ Hlth Rep* 61:1059–1983, 1946
- 17 Jones, R.T. & Stone, G.C.: Psychological studies of marijuana and alcohol in man. *Psychopharmacol (Berl.)* 18:108–117, 1970.
- 18 Weil, A.T., Zinberg, N.E. & Nielsen, I.M.: Clinical and psychological effects of marihuana in man. *Science* 162:1234–1242, 1968.
- 19 Meyer, R.E., Pillard, R.C., Shapiro, L.M. & Mirin, S.M.: Administration of marijuana to heavy and causal marijuana users. *Amer J Psychiat* 128:198–204, 1971.
- 20 Bech, P.; Rafaelsen, L. & Rafaelsen, O.J.: Cannabis and alcohol: effects on estimation of time and distance. *Psychopharmacol (Berl.)* 32:373–381, 1973.
- 21 Darley, C.F. & Tinklenberg, J.R.: Marijuana and memory. In Miller, L.L. (ed). *Marijuana and effects on human behaviour*. New York: Academic Press 73–103, 1974.
- 22 DeLong, F.L. & Levy, B.I.: A model of attention describing the cognitive effects of marijuana. In: Miller, L.L. (ed). *Marijuana, effects on human behaviour*, New York, Academic Press 103–120, 1974.
- 23 Klonoff, H.K., Low, M. & Marcus, A.: Neurophysical effects of marijuana. *Can Med Ass J* 108:150–156, 1973.

- 24 Miller, L.L. & Drew, W.G.: Cannabis: neural mechanisms and behaviour. New York: Academic Press, 1974.
- 25 Dornbush, R., Fink, M. & Freedman, A.M.: Marijuana, Memory and Perception. *Amer J Psychiat* 128:194–197, 1971.
- 26 Paul, M.I. & Carson, I.M.: Marihuana and Communication. *Lancet* 2:270–271, 1973.
- 27 Crockett, D., Klonoff, H. & Clark, C.: The effects of marijuana on verbalisation and thought processes. *J Pers Asses* 40:582–587, 1976.
- 28 Vierth, G.: Psychopatologische Syndrome nach Haschisch-Genuss. Beobachtungen aus Marokko. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 109 (10):522–526, 1967.
- 29 Smith, D.E.: The acute and chronic toxicity of marihuana. *Journal of Psychedelic Drugs* 2:1, 37–47, 1968
- 30 Scher, J.: The marijuana habit, *Journal of the American Medical Association*, 214 (6):1120, 1970.
- 31 Kaplan, J.H.: Marijuana and drug abuse in Vietnam. *Annals of the New York Academy of Science*, 191:261–269, 1971.
- 32 Schwarz, C.J.: Atoxic theory linking acute cannabis intoxication and regular use. In: Blachly, P.H. (ed), *Marihuana: Debate and data*, 1972.
- 33 Karacan, J. et al: Sleep electroencephalographic-electrooculographic characteristics of chronic marijuana users: Part 1. *Annals of the New York Academy of Science*, 282:348–374, 1976.
- 34 Wig, N.N. & Varma, V.K.: Patterns of long-term heavy cannabis use in North India and its effects on cognitiv functions: A preliminary report, *Drug and Alcohol Dependence* 2(3):211–219, 1977.
- 35 Rubin, V. & Comitas, L.: *Ganja in Jamaica: A medical anthropological study of chronic marihuana use*. The Hagne: Mouton and Co. 1975.
- 36 Rossi, A.M.: Marijuana effects on short-term memory and time estimation. *Proceedings of the 81st Annual Convention of the American Psychological Association*, 1029–1030, 1973.
- 37 Entin, E.E. & Goldzung, P.J.: Residual effects of marihuana usage on learning and memory. *Psychological Record*, 23 (2):169–178, 11973.

- 38 Richmon, J., Murawski, B., Matsumiya, Y., Duffy, F.H. & Lambroso, C.T.: Longterm effects of chronic marihuana smoking. *Electroencephalography and clinical neurophysiology*, 36(2):223–224, 1974.
- 39 Gianutsos, R. & Litwack, A.R.: Chronic marihuana smokers show reduced coding into longterm storage. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 7(3):277–279, 1976.
- 40 Tunving, K., Thulin, S.O., Risberg, J. & Warkentin, S.: Regional cerebral blood flow in long-term heavy cannabis use. *Psychiatric Research Årgång* 40.
- 41 Coignerai-Weber, Catherine: Arbeitsergebnisse aus der Suchtforschung. Antworten aus einem Modellversuch. Therapie für Haschischabhängige, Belz Verlag, Weinheim und Basel, 1983:52–71.
- 42 UNO-Rapport från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning. Tungt narkotika missbruk- en totalundersökning 1979. Socialdepartementet DsS 1980:5.
- 43 Skolöverstyrelsen: Meningsfull ANT-undervisning, Stockholm 1984.

Ytterligare referenser.

- Galanter, M., Wyatt, R.J., Lemberger, L., Wiengartner, H., Vaughan, T.B. & Roth, W.T.: Effects on humans of delta-9-tetrahydrocannabinol administered by smoking. *Science* 176:934–936, 1972.
- Kreutz, D.S. & Axelrod, J.: Delta-9-tetrahydrocannabinol: Location in bodyfat. *Science* 197:391–393, 1973.
- Melges, F.T., Tinklenberg, J.R., Hollister, L.E. & Gillespie, H.K.: Marihuana and temporal disintegration. *Science* 168:1118–1120, 1970.
- Tinklenberg, J.R., Kopell, B.S., Melges, F.T. & Hollister, L.E.: Marihuana and alcohol, time production and memoryfunctions. *Arch Gen Psychiat* 27:812–815, 1972.
- Negrete, J.C.: Symtoms of cannabis intoxication in a group of users. *Toxicomanies* 7:7–18, 1974.
- Bech, P.; Rafaelsen, L. & Rafaelsen, O.J.: Cannabis: a psychopharmacological review. *Dan Med Bull* 21:106–120, 1974.
- Melges, F.T. et al: Temporal disorganisation and delusional-like ideation.

Processes induced by haschisch and alcohol. *Arch Gen Psychiat* 30:855–866, 1974.

SouEIF, M.I.: Chronic cannabis users. Further analysis of objectiv test results. *Bull narc* 4:1–26, 1975.

Harshman, R.A., Crawford, H.J. & Hecht, E.: Marihuana, cognitive style and lateralized hemispheric function. In: Cohen, S. & Stillman, R.C.

SouEIF, M.T.: Some determinants of psychological deficits associated with chronic cannabis consumption. *Bull narc* 1:25–42, 1976.

Stefanis, C. Dornbush, R. & Fink, M.: Haschisch. Studies of longterm use. Raven Press 1977, ISBN O-89004–138–5.

Dornbush, R. & Kokkevi, A.: Acute effects on cognitive, perceptual and motor performance in chronic haschisch users. In: Stefanis, C., Dornbush, R. & Fink, M.: Haschisch: Studies of long-term use. New York, Raven Press, 69–78, 1977.

Miller, L.L. & Cornett, T.L.: Marijuana: Dose effects on pulse rate, subjective estimates of intoxication, free recall and recognition memory. *Pharmacol Biochem Behav* 9:572–577, 1978.

Natale, M., Zeidenberg, P. & Jaffe, P.: Delta-9-tetrahydrocannabinol: acute effects on defensive and primary-process language. *Int J Addict* 14:887–889, 1979.

Belmore, S.M. & Miller, L.L.: Levels of processing and acute effects of marijuana on memory. *Pharmacol Biochem Behav* 13:199–203, 1980.

Jones, R.T.: Cannabis tolerance and dependence. Paper submitted to the ARF/WHO Study Group on Adverse Health and Behavioural Consequenses of Cannabis Use. ARF Toronto, 1981.

Lanthner, I.: The Role of Pediatrician in Identifying and Treating of Marijuana dependence. The American Council on Marijuana. Treating the Marijuana-Dependent Person 1981.

Marijuana and Health, Institute of Medicine, Washington DC 1982.

Upplands Väsby kommun. Kommunalpolitiskt handlingsprogram mot narkotika. Lathund för fritidsledare mot narkotika. 1982.

Lundqvist, T. & Tunving, K.: Behandling vid haschmissbruk. Alkohol och Narkotika 1–2, 1984.

Skolöverstyrelsen: Skolungdomars alkohol-, tobaks- och narkotikavanor. Stockholm 1984.

CAN: Rapport 85. Alkohol och narkotika-forskning och statistik. CAN, Stockholm 1985.

