

Psykososiale tiltak kan redusere kokain- og amfetaminmisbruk



Omtalt av Marita S. Fønhus og Therese K. Dalsbø

Illustrasjon: Colourbox

Psykososiale tiltak, som kognitiv atferdsterapi, læringsbasert rusbehandling og motiverende intervju kan få flere til å slutte med sentralstimulerende rusmidler som kokain og amfetamin. Psykososiale tiltak øker lengden på avholdenhetsperioden og reduserer trolig andelen som dropper ut fra behandlingen. Vi vet imidlertid ikke hvor lenge effekten vil vedvare. Det viser en Cochrane-oversikt.

HVA SIER FORSKNINGEN?

I systematiske oversikter samles forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet forskning om effekt av ulike psykososiale tiltak for å redusere bruken av sentralstimulerende rusmidler som kokain og amfetamin. De ulike psykososiale tiltakene ble sammenliknet med ingen tiltak.

Resultatene viser at psykososiale tiltak:

- trolig får ned antall personer som dropper ut av behandlings- eller oppfølgingsopplegget (middels tillit til resultatet)
- muligens får betydelig flere til å slutte med sentralstimulerende stoffer opptil ett år etter behandlingen eller oppfølgingen startet (liten tillit til resultatet)
- gir lengre perioder med avholdenhet blant personer som misbraker eller er avhengig av sentralstimulerende stoffer (høy tillit)



Ingen av studiene rapporterte om uønskede hendelser i forbindelse med de psykososiale tiltakene.

Resultattabell 1. Psykososiale tiltak for å flere til å slutte med misbruk av sentralstimulerende stoffer

Resultater: hva skjer?	UTEN psykososiale tiltak	Psykososiale tiltak	Tillit til resultatet ¹
Andel som dropper ut Psykososiale tiltak får trolig ned antall personer som dropper ut av behandlings- eller oppfølgingsopplegget (ca. 9 mnd. etter behandlingen eller oppfølgingen startet)	382 per 1000	317 per 1000 (290 til 348 per 1000)*	Middels ⊕⊕⊕⊕
Avholdenhet rett etter behandlingstiltaket er avsluttet Psykososiale tiltak får muligens betydelig flere til å slutte med sentralstimulerende rusmidler rett etter behandlingen eller oppfølgingen startet	311 per 1000	660 per 1000 (240 til 1000 per 1000)*	Liten ⊕⊕⊕⊕
Avholdenhet 1 år etter behandlingstiltaket startet Psykososiale tiltak får muligens betydelig flere til å slutte med sentralstimulerende rusmidler etter ca. ett år etter behandlingen eller oppfølgingen startet	108 per 1000	232 per 1000 (138 til 389 per 1000)*	Liten ⊕⊕⊕⊕

* Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) - et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. ¹ Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt.

Resultattabell 2. Psykososiale tiltak for å flere til å slutte med misbruk av sentralstimulerende stoffer

Resultater: hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Hva er tallene bak?
Lengste avholdenhetsperiode Psykososiale tiltak gir lengre perioder med avholdenhet blant personer som misbruker eller er avhengig av sentralstimulerende rusmidler (ca. 8 mnd. etter behandlingen eller oppfølgingen startet)	Middels 	Stor 	0,48 SMD ² høyere hos de som får psykososiale tiltak (fra 0,34 til 0,63)*

* Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) - et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. ¹ Tilliten til resultatet angir hvor sannsynlig det er at forskningsresultatet ligger nær den sanne effekt. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at resultatet ligger nær den sanne effekt. ² Forfatterne laget metaanalyser av effekt og brukte Standardized Mean Difference (SMD). SMD er brukt fordi primærstudiene har målt utfallene på ulike måter. Når vi forenkler tolkningen av SMD er 0,2 er en «liten effekt», 0,5 er en «moderat effekt» og 0,8 er en «stor effekt».

BAKGRUNN

Hva er sentralstimulerende stoffer?

At et stoff er *sentralstimulerende* betyr at det øker aktiviteten i sentralnervesystemet. Sentralnervesystemet ligger i hjernen og ryggmargen og er beskyttet av kraniet og ryggspylen. Sentralstimulerende stoffer påvirker den delen av hjernen (det limbiske system) som har med stemningsleie, følelser og korttidshukommelse å gjøre. Flere sentralstimulerende stoffer karakteriseres som rusmidler hvor bruk er ulovlig. Noen unntak er medisinsk bruk hos for eksempel personer med ADHD eller narkolepsi (som bruk av metylfenidat (Ritalin)).

De to mest kjente sentralstimulerende rusmidlene er kokain og amfetamin. De er begge kraftig sentralstimulerende stoffer som gir rask og kraftig rus og er sterkt avhengighetsskapende. Disse rusmidlene virker inn på stemningsleie og følelser ved å gi økt lykkefølelse og selvfølelse. Man kan imidlertid også bli mer aggressiv, få flere humørsvingninger og få nedsatt bedømmingskraft. Hallusinasjoner, paranoia, depresjon, angst og forvirring er også kjente virkninger av disse sentralstimulerende rusmidlene.

Kokain og amfetamin får hjernen til å frigi ulike signalstoffer som fraktes med blodbanen til andre deler av kroppen, eksempelvis adrenalin. Det gjør at man blir mer våken, aktiv, utholdende og rastløs. Mange får søvnvansker, nedsatt matlyst og munntørrethet. De kroppslige påkjenningene kan føre til heteslag, utmattelse, høyt blodtrykk, hjertearytmi, hjerteinfarkt eller hjerneblødning. Man er også mer utsatt for å få hepatitt og hiv på grunn av mer risikofylt atferd. Dårlig munnhygge og munntørrethet gir også økt fare for tannrøte og tannfelling. Påvirkning av sentralstimulerende rusmidler kan føre til ulykker og vold. Ved gjentatt misbruk er risikoen for utvikling av avhengighet høy. Narkotikaforgiftninger er den gruppen av akutte forgiftninger som fører til flest dødsfall i Norge. Dersom man får akutt forgiftning eller overdose av kokain eller amfetamin, finnes det ingen motgift og behandlingen er symptomatisk.

Hva er psykososiale tiltak?

Psykososial kan benyttes som en fellesbetegnelse på forhold som omhandler psykologiske forhold av sosial betydning, og sosiale forhold av psykologisk betydning. Målet med psykososiale tiltak er å få personen og personens nettverk i stand til å ha mer kontroll over faktorene som påvirker helsen. Personens egne

forutsetninger og ressurser (som mestring og problemløsning), miljøet og nettverkets ressurser, er alle av betydning for helsen.

Kognitiv atferdsterapi er en type strukturert psykoterapi som legger vekt på å komme til bunns i og løse problemer ved å få innsikt i og kartlegge hvordan tanker, handlinger og følelser henger sammen. Man jobber med å bli rusfri ved å endre tanker, holdninger eller verdier for å få det bedre. Læringsbasert rusbehandling går ut på å knytte positive og belønnende konsekvenser til det å være rusfri. Det kan gjøres ved å snakke om negative konsekvenser av å ruse seg og å tilby et opplegg hvor man positivt forsterker det å være rusfri ved å knytte rusfrihet til goder. Motiverende intervju, også kalt motiverende samtale, retter oppmerksomhet mot motivasjonen for å slutte å ruse seg sammenliknet med motivasjonen for å fortsette. Intervjuet har som formål å øke bevissthet om motivasjon gjennom en strukturert samtale med en terapeut. Denne formen for intervju er personsentrert og strukturert og skal øke den indre motivasjon for å endre atferd som kan fremme bedre helse.

I helse- og omsorgstjenesten er det vanlig å tilby kognitiv atferdsterapi, læringsbasert rusbehandling eller motiverende intervju. Ofte tilbys disse sammen med andre tiltak som involverer familie, venner og det øvrige støttenettverket i for eksempel sosiale støttetiltak, familierådgivning og informasjon om rusmisbruk og konsekvenser.

(Kilder: Store medisinske leksikon, helsenorge.no, fhi.no, Antidoping Norge, helsebiblioteket.no, Atferdssenteret)

Les mer om hva denne informasjonen er basert på her: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner#index=0&types=175486>

KILDE

Minozzi S, Saulle R, De Crescenzo F, Amato L. Psychosocial interventions for psychostimulant misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No.: CD011866. DOI: 10.1002/14651858.CD011866.pub2.