

Det hersker ingen tvil om at bruk av cannabis kan ha skadevirkninger.

Litt cannabis kan vel ikke være SÅ FARLIG?

Det blåser en hasjliberal vind. I USA er medisinsk bruk av cannabis nesten blitt ukontroversielt, og to stater har allerede legalisert. Flere vil følge, og Uruguay går også inn for en legalisering. Mange ser dette som positivt. Alle er enige om at det har vært kostnader ved kriminalisering av cannabis. Mange er overbevist om at kostnadene er for høye i forhold til gevinstene. De samme mener at en naturlig følge av dette må være legalisering. Eller i hvert fall en avkriminalisering.

Hva jeg gjør i mitt private rom, og om jeg ruser meg eller ikke, har ingen noe med. Dette argumentet gjentas ofte. Mange opplever at det å ruse seg på cannabis er en uproblematisk opplevelse de ikke vil være foruten og som ingen skal fortelle dem er skadelig. Denne artikkelen vil ikke svartmale. Men alt kan ha problematiske sider, også cannabisrøyking. Vi kan sikkert diskutere omfanget av de negative konsekvensene, men at de er tilstede, hersker det ingen tvil om.

Akutte effekter Cannabisrøyking gir en umiddelbar rusopplevelse, relatert til hvor mye man inntar og den erfaringen man har. Rusen beskrives som en følelse av eufori, lykke og glede. Man kan bli avslappet og søvnløs, mens andre får økt aktivitetstrang. Økt oppmerksomhet og følsomhet for sansinntrykk er rapportert. Ved høyere doser kan man få syns- og hørselshallusinasjoner og direkte psykose. Angstopplevelser og

panikkanfall er ikke uvanlig ved høyere doser. Korttidshukommelsen og andre kognitive evner (oppmerksomhet og innlæring) nedsettes.

Kannabisbruk gir en klar nedsettelse av psykomotoriske ferdigheter, det vil si nedsettelse av evne til å reagere og koordinere. Dette gir en betydelig nedsettelse av evnen til å kjøre bil, med påfølgende forhøyet ulykkesrisiko hvis man likevel kjører. De nyeste undersøkelsene viser at ulykkesrisikoen er mer enn firedoblet.

Det kan være vanskelig å avsløre inntak av cannabis. Røyken gir en karakteristisk søtlig lukt som ofte kan gjenkjennes. Kliniske tegn på akutt rus kan variere sterkt. En del personer får store pupiller, røde øyne eller andre symptomer fra øynene, men dette opptrer antagelig bare hos 30 prosent av dem som er påvirket. Noen får latteranfall. Hos noen sees sukkerhunger og overspisinger. Ofte ses ingen tegn på inntak.

Lungesykdommer Cannabisrøykere får svekkelse av immunforsvaret i luftveiene. Dette kan gi infeksjoner. Sporadisk røyking av cannabis gir ikke sikker sykdom, mens jevnlig bruk gir antagelig en øket risiko for utvikling av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), utover det som sees ved røyking.

Fremdeles er det en del usikkerhet knyttet til sammenhengen mellom cannabisbruk og kreft. Teoretisk sett inneholder cannabisrøyk flere kreftfremkallende stoffer enn

AV JØRGEN G. BRAMNESS

tobakk, men de fleste som røyker cannabis (i hvert fall i Norge) røyker også tobakk. De fleste studier peker mot en kraftig økning i risikoen for lungekreft, med opptil åtte ganger øket risiko, mens for andre kreftformer finner man bare en liten økning eller ingen økning i det hele tatt.

«Rusen beskrives som en følelse av eufori, lykke og glede.»

Hjertesykdommer Inntak av cannabis fører umiddelbart til en raskere puls. Økningen er størst hos nye brukere. Men man utvikler toleranse, og hos erfarne brukere øker ikke pulsen så mye. Pulsøkningen fører til lett forhøyet blodtrykk og fare for hjertesykdommer. Karsammentrekninger i kransarteriene til hjerte vil kunne gi akutt hjerteinfarkt, også hos yngre, uten at dette behøver å være dødelig. Man ser også sykdom i andre blodkar. Det er bl.a. en overhyppighet av hjerneslag. Etter stund får man en kompensatorisk nedsatt puls. Dette er å øke sjansen for hjerterytmeforstyrrelser selv hos erfarne cannabisbrukere.

Om det er dette som gir opphav til plutselig uventet hjertedød hos cannabisbrukere er uvisst. Men cannabis kan gi slike dødsfall hos ellers friske personer. Dette kan oppstå både hos nye og mer erfarne cannabisbrukere. Risikoen for kardiovaskulær død som kan tilskrives cannabisrøyking er imidlertid bare 0,8 prosent. Til sammenligning har tobakksrøyking 20 prosent av den tilskrivbare risikoen.

Avhengighet En del som bruker cannabis jevnlig blir avhengige. Hvor stor andel kommer an på hvordan man måler. Det er antatt at mellom sju og åtte prosent av menn som har prøvd og fire til fem prosent av kvinnene som har prøvd blir avhengige. Kjønnforskjellen kan komme av ulik tilgjengelighet. Hos dem som har røykt fem ganger eller mer, kan så mange som 17 prosent bli avhengige. Det er vist at man kan utvikle toleranse for effektene av for cannabis slik at man må innta større doser for å oppnå samme virkning. Så mange som 35 prosent av dem som bruker cannabis jevnlig rapporterer problemer med å slutte på grunn av abstinensplager. Abstinenssymptomer er, som ved andre rusmidler, nokså motsatt av de primære effektene til rusmiddelet. For cannabis sin del gir dette irritabilitet, aggressivitet, søvnløshet, rastløshet, angst, nedstemthet, skjelvinger og diaré.

Mange som behandler avhengighetsproblemer opplever at cannabisbruk er det som «holder folk igjen i avhengigheten». De reagerer derfor når man snakker om at cannabisavhengighet ikke er noe problem. Selvsagt er cannabisavhengighet et problem for dem det gjelder, selv om mange kan bruke cannabis uten å bli avhengige.

Psykose og schizofreni Høye inntak av cannabis kan gi hallusinasjoner. Noen søker denne effekten, mens andre oppfatter det som en bivirkning. Ofte vil man være klar over at hallusinasjonene ikke er virkelighet. Slik erkjennelse er ikke vanlig ved psykoser. Ved høye doser er grenseoppgangen mot psykose vanskelig. Akutte schizofrenilignende psykoser kan oppstå, i hvert fall hos disponerte. Disse psykosene går over i løpet av timer til dager ved avholdenhet.

I tillegg har vi demotiveringssyndromet som kjennetegnes av at storbrukere av cannabis over tid kan ha problemer med å komme i gang med annen aktivitet. Syndromet ligner i noen henseende mye på de initiale fasene av en schizofreni med negative symptomer. Det er imidlertid diskutert om demotiveringssyndromet finnes. Uansett har denne tilstanden bidratt til forskning på sammenhengen mellom bruk av cannabis og utviklingen av schizofreni.

Epidemiologiske undersøkelser av svenske rekrutter var de første til å se på sammenhengen mellom cannabisbruk og schi-

zofreni. De som hadde røykt cannabis, men som ikke viste tegn på schizofreni, hadde en doblet sjanse for å utvikle sykdommen senere i livet. Man fant også en dose-respons. De som har røykt mye, hadde en mer forhøyet risiko. Funnene er repetert. Siden røykingen av cannabis forekom mange år før debuten av schizofreni, mente man at det ikke kunne være snakk om en reversert årsakssammenheng, det vil si at schizofrenien ga opphav til cannabisrøykingen.

Imidlertid er det ting som taler imot en sammenheng mellom cannabisbruk og



Foto: Rolf Flatmo

schizofreni. I de siste årtier har det vært en stor økning i bruken av cannabis. Samtidig har forekomsten av schizofreni i befolkningen vært stabil eller til og med gått litt ned. Dette støtter ikke en årsakssammenheng. Vi vet også at schizofrene generelt har en stor tilbøyelighet til å innta avhengighetsska-

«En del som bruker cannabis jevnlig blir avhengige.»

pende stoffer. For eksempel er det slik at mellom 80 og 90 prosent av alle schizofrene røyker, ofte veldig mye. Denne store røyketilbøyeligheten starter også ofte før man får de første symptomene på schizofreni. Men ingen tenker seg at røyking er en årsak til schizofreni av den grunn. Det er også slik at sykdommen schizofreni antagelig begynner lenge før de første symptomene viser seg.

På mange måter kan man si at forståelsen av sammenhengen mellom cannabisrøyking og schizofreni er uforløst. Mange vil hevde at risikoen for utvikling av psykose er liten, muligens neglisjerbar hos ikke-disponerte, mens disponerte bør unngå inntak. Et problem er at vi ikke vet hvor disponert for psykose enkeltbrukere er.

Andre psykiske lidelser Det er undersøkt om en rekke andre psykologiske feno-

mener og psykiske lidelser kan komme i kjølvannet av cannabisbruk. Kognitive langtidseffekter og affektive lidelser (angst, depresjon og bipolar lidelse) er mest undersøkt. For kognitive langtidseffekter er situasjonen mye som for schizofreni. Vi ser en sammenheng, men vet ikke om den er kausal. For affektive lidelser er hovedproblemet at man ikke klarer å kontrollere godt nok andre faktorer som kan være årsaken til lidelsen, og slutningen om årsakssammenheng blir feil. Best undersøkt er depresjoner og angstlidelser. Her har undersøkelser vist at personer som har brukt cannabis før fylte 16 år har en økt sjanse for å ha angst og depresjon senere i livet. Risikoen er omtrent som for schizofreni. Andre finner ikke dette.

Konklusjon Graden av kriminalisering av et rusmiddel som cannabis er en avveining mellom fordeler og ulemper mellom ulike løsninger. Denne artikkelen tar ikke stilling i denne avveiningen, men forsøker på bakgrunn av den eksisterende litteraturen å oppsummere det vi vet om skadevirkninger av cannabis. At slike skader finnes, må man forholde seg til. ●

Jørgen Bramness er professor i medisin og forskningsleder ved Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet Oslo. Artikkelen er en omarbeidet utgave av «Psykiske og medisinske følger av cannabisbruk» Anne Line Brettville-Jensen (red): *Hva vet vi om cannabis*, Universitetsforlaget, Oslo:2013