

Från bruk till beroende

De droger som kan framkalla beroende är alkohol och olika slags illegal narkotika, men också tobak och några grupper av receptbelagda läkemedel. Man kan se användningen av beroendeframkallande droger som en skala med bruk i ena ändan och beroende i den andra.

Skalan går från oproblematiskt bruk till riskbruk, där risken för komplikationer är överhängande. Missbruk är en diagnos som är på väg bort; den tar främst sikte på de sociala konsekvenserna av långvarig droganvändning. Beroende innebär att drogen på olika sätt tagit kontroll över en persons liv.

Beroende av alkohol sågs historiskt som en moralisk brist, ett tecken på svag karaktär eller bristande gudstro. Senare sågs det i första hand som ett socialt problem. Men i dag växer det neurobiologiska perspektivet i styrka, i takt med att man vet allt mer om vad som händer i hjärnan när den exponeras för alkohol eller andra droger under lång tid. I dag ser man beroende som ett sjukdomsliknande tillstånd.

HUR STORT ÄR PROBLEMET? I Sverige dricker cirka 10 procent av invånarna ingen alkohol alls, och cirka 75 procent dricker normalt, under risknivån. Omkring 10 procent ligger i riskzonen, och cirka 5 procent har ett utvecklat alkoholberoende. Cirka 20 procent av befolkningen i Sverige har någon gång provat narkotika; det är dubbelt så många som för tjugo år sedan. Även andelen som använder narkotika minst en gång i månaden har fördubblats, från 4 till 8 procent. Användningen av narkotika är vanligast bland unga vuxna, och minskar ju äldre man blir. Antalet tunga narkotikamissbrukare, som injicerar narkotika eller använder den i stort sett varje dag, uppskattas till cirka 30 000 personer i Sverige.

Sju tecken på beroende

En ofta använd definition på drogberoende är den som finns i diagnosmanualen DSM-IV. Där listas sju olika kriterier. Minst tre av dessa ska vara uppfyllda, för att man ska kunna säga att en person har ett beroendetillstånd.

1 Toleransökning. Det innebär att man behöver använda mer och mer av en drog för att uppnå samma effekt som i början. Förklaringen är att hjärnan nedreglerar effekten av en drog om man använder den under längre tid. Ett enkelt sätt att pröva det i en klinisk situation är att be en person jämföra: hur var effekten när du drack två öl för fem år sedan, jämfört med när du dricker två öl i dag? Då får man ofta svaret: två öl känner jag inget av i dag, men för fem år sedan blev jag berusad av det.

2 Abstinens. Det innebär att man mår dåligt om man inte får den drog man har lärt sig att använda. Ett sätt att undersöka det är att fråga en person om han eller hon tar så kallade återställare. Det mest kända exemplet är när en person dricker alkohol tidigt på dagen efter att man druckit alkohol, för att undvika att må dåligt.

3 Kontrollförlust. Det betyder att man intar större mängder av en drog än vad man tänkt sig från början. Man



BRUK ELLER BEROENDE? Skalan går från oproblematiskt bruk av till exempel alkohol, över riskbruk till beroende.

går på krogen och tänker sig att dricka ett eller två glas vin, och så kommer man hem klockan tre på natten och har druckit tolv glas vin och två groggar i stället.

4 Misslyckade försök. Man har en varaktig önskan att minska sin droganvändning eller har försökt under en längre tid, men utan att lyckas.

5 Stor del av livet. En betydande del av tiden upptas av att använda drogen, av att få tag på drogen och av att återhämta sig från drogen. Det klassiska exemplet är en person som är beroende av heroin. Kicken från heroinet sitter endast i kort tid, en kvart eller en halvtimme. Därefter mår man hyfsat en halvtimme eller en timme. Men sedan börjar man känna av abstinensen, och måste ge sig ut för att skaffa pengar till nya droger. Hela livsstilen präglas av droganvändningen.

6 Ger upp viktiga aktiviteter. När drogen tar så stor plats, säger det sig självt att man vanligtvis också får ge upp viktiga sociala, professionella och familjerelaterade aktiviteter.

7 Fortsätter trots risker. Man fortsätter att använda drogen, trots att man vet att den har orsakat eller förvärrat kroppsliga eller psykiska besvär. Ett exempel är att man fortsätter att använda amfetamin eller heroin, trots att man har en känd hjärt-kärlsjukdom och risk för hjärtkollaps.

ANDERS HAMMARBERG är beteendevetare, legitimerad psykoterapeut och medicine doktor. Han har femton års erfarenhet av kliniskt arbete och forskning om beroendetillstånd, inom socialtjänst, kriminalvård, företagshälsövård och beroendevård. Hans huvudintresse är att utveckla och utvärdera nya behandlingsmetoder, främst mot beroende av alkohol och amfetamin.





Hjärnan kidnappas av drogen

Gemensamt för alla beroendeframkallande droger är att de påverkar hjärnan. Vid långvarig droganvändning förändras hjärnan på ett så genomgripande sätt, att man kan tala om att hjärnan kidnappats av drogen. Vi ska titta närmare på några av drogernas effekter på hjärnan.

När man använder en drog, får man en kraftig aktivering av det som kallas hjärnans *belöningssystem*. Det är ett gammalt system som finns redan hos primitiva djur; det motiverar oss att äta, dricka och fortplanta oss. När vi gör detta frisätts signalsubstansen dopamin. Det gör dessa aktiviteter lustfyllda och får oss att vilja upprepa dem.

Men när man tar en beroendeframkallande drog, är effekten kanske tio gånger så stor som den man får vid en naturlig belöning. Hjärnan får en dopaminchock, och för att skydda sig reagerar den med att nedreglera antalet dopaminreceptorer. På sikt leder det till att aktiviteten i hjärnans dopaminsystem går ner, säger Anders Hammarberg:

»De naturliga belöningarna blir svagare, och det är svårt att känna tillfredsställelse i det man tidigare upplevde som lustfyllda aktiviteter. Det här är ett problem. Det är svårt att försöka övertyga patienter eller klienter att göra sådant som kan vara bra i en behandlingssituation, när de vet att de kan få mycket starkare belönings effekt av de kemiska drogerna.«

Långvarig användning av droger sätter också djupa spår i vårt *minnessystem*. Effekten av en drog sitter kvar i hjärnan under lång tid, och när vi på olika sätt påminns om drogen, kan detta av sig själv skapa en effekt i hjärnan som påminner om när vi tar drogen.

En del av hjärnan som påverkas av långvarig droganvändning är amygdala, som bland annat hanterar känslomässigt starka minnen. Amygdala är kopplad till pannloben, där vi utför mycket av vårt tänkande. När vi hamnar i situationer som påminner om tidigare droganvändning, sätter det igång en mycket stark känslö- och tankekedja, som gör att vår benägenhet att återfalla i missbruk ökar radikalt.

Hur länge sådana förändringar kan sitta kvar i hjärnan vet man ännu inte. Men forskare har sett effekterna fem till tio år efter att en person har upphört att använda droger.

Ett annat exempel på förändringar i hjärnan är *abstinens*. Den ser olika ut för olika droger, och är enkelt uttryckt motsatsen till effekten av drogen. Det akuta abstinenssdiät är ofta svårt att klara utan hjälp.

Varför blir bara vissa beroende?

Många frågar sig varför bara vissa utvecklar ett drogberoende medan andra verkar klara sig, trots att de kanske dricker eller använder andra droger i lika hög utsträckning. Teorierna kring det kan sammanfattas i begreppet sårbarhet. Vissa personer har en ökad sårbarhet, av psykologiska, sociala, biologiska eller genetiska skäl.

Ofta handlar det om flera samverkande faktorer. Vi präglas av vår uppväxt, av hur vi har sett våra föräldrar eller anhöriga hantera droger, och av i vilket socialt sammanhang vi finns. Det finns biologiska skillnader, som att kvinnor är mer känsliga för droger än män.

Man vet också i dag, att det finns ett antal genetiska fak-

torer som är viktiga för uppkomsten av ett drogberoende. Vi har till exempel olika uppsättning av dopaminreceptorer i hjärnans belöningssystem. Detta gör att vissa reagerar mer positivt när de första gången prövar en drog, och därför får en ökad benägenhet att fortsätta använda den.

Olika faktorer i vår omvärld kan också öka risken. Stress, att bli av med jobbet eller förlora en anhörig, kan öka risken att gå in i ett missbruk som med tiden kan leda till ett beroendetillstånd.

SAMSJUKLIGHET. Samsjuklighet kallas ibland också för dubbel-diagnos. Det innebär att man har en psykiatrisk problematik eller sjukdom samtidigt med sitt beroendetillstånd. För många kan den psykiatriska problematiken försvinna om man lyfter bort den beroendeframkallande drogen. Men för andra kvarstår de psykiatriska problemen – till exempel en depression eller en psykossjukdom – även om personen lyckas avhålla sig från droger en längre tid. Personer med samsjuklighet är svåra att hjälpa med dagens behandlingsmetoder. Det finns också stora samordningsproblem. De som arbetar inom psykiatri tycker ofta det är svårt att arbeta med alkohol och andra droger, och säger åt personen att först söka sig till beroendevården. I beroendevården säger man samma sak fast tvärtom. Risken är att de här personerna hamnar mellan stolarna, och inte får någon vård alls.

Vilka behandlingar har effekt?

Det finns behandlingsmetoder som är effektiva mot många beroendetillstånd. Vid alkoholberoende finns en rad psykosociala metoder som har god evidens, bland annat återfallsprevention, motiverande samtal och 12-stegsmodellen. Återfallsprevention kan fungera även vid beroende av amfetamin och kokain, och för cannabis finns en beprövad svensk metod som heter Haschprogrammet. Vid beroende av opiater, som heroin, finns däremot inte evidens för psykosocial behandling om man inte har läkemedelsbehandling i botten.

När det gäller läkemedel finns det i dag tre som är evidensbaserade vid alkoholberoende: Revia, Campral och Antabus. Mycket talar för att Revia fungerar även vid beroende av amfetamin och kokain. För cannabis finns i dag ingen läkemedelsbehandling. Opiater är den grupp där vi har den säkraste evidensen för läkemedelsbehandling, i form av metadon eller Subutex/Suboxone.

»Det finns några saker som är gemensamma för de behandlingsmetoder som är effektiva«, säger Anders Hammarberg. »Det kanske viktigaste är att de ska vara specifikt inriktade på själva beroendetillståndet, inte på tänkta bakomliggande faktorer. Behandlingarna ska också vara lättillgängliga; det ska gå snabbt att komma in i behandling, och man ska få stanna där tillräckligt lång tid. Öppna mottagningar med möjlighet till olika typer av behandling tror man i dag är en bra modell.«

LÄS MER: Markus Heilig: *Substansrelaterade störningar*. Kapitel i Herlofson m fl (red): *Psykiatri* (Studentlitteratur 2009).

Miki Agerberg: *Kidnappad hjärna. En bok om missbruk och beroende* (Studentlitteratur 2004).

Peter Wirbing, Stefan Borg (red): *Integrerad behandling vid dubbel-diagnoser* (Studentlitteratur 2011).

Johan Franck, Ingrid Nylander (red): *Beroendemedicin* (Studentlitteratur 2011).