

# **Drogberoende**

- kärlek och konsekvenser

**Jan Eriksson 2008**

## INNEHÅLL

Inledning	
Missbruk eller beroende?	2
Är kontrollförlusten total?	2
Beroendet som kärlek	4
Skall man acceptera återfall?	6
Måste man vara motiverad?	6
Måste man gå i botten?	7
Skall man moralisera över missbruket?	8
Beror missbruket på problem i barndomen?	10
Blir man beroende av droger?	11
Finns det en beroendepersonlighet?	13
Drogprevention	14
RNS eller RFHL?	19
Avslutning	19
Noter	22
Referenser	24

*Denna text behandlar droganvändande med beaktande att drogberoende inte enbart handlar om flykt eller identitet, utan också om lust och njutning. Återfall behöver inte handla om att personen mår speciellt dåligt (eller att man måste straffa sig själv för att allt är för bra). Njutningen i droganvändandet kan vara tillräcklig drivkraft för fortsatt droganvändande.*

## **Missbruk eller beroende?**

Det är väsentligt att skilja på *missbruk* och *beroende*. I missbruksfasen uppstår negativa konsekvenser av droganvändandet (för en själv, omgivningen, samhället). Man har dock fortfarande viljemässig kontroll att kunna styra, t ex minska ner, sitt droganvändande. Har man däremot gått över gränsen till ett beroende är droganvändandet inte längre viljestyrt. Man har drabbats av kontrollförlust. Man kan då inte viljemässigt minska ner eller återta kontrollen över sitt droganvändande.<sup>1</sup>

Den fria viljan handlar i beroendet om att man har fullt ansvar att söka hjälp för sitt beroendetillstånd. Inte att man viljemässigt kan kontrollera sitt droganvändande.

I missbruksfasen kan det hjälpa att få ett arbete eller reda ut de problematiska relationerna i familjen. I beroendefasen har beroendet frikopplats från det som en gång utlöste det. Det hjälper då inte att få ett arbete eller gå i parterapi. Beroendet måste behandlas som ett eget problem, inte enbart ett symptom.

## **Är kontrollförlusten total?**

*”Så länge vi kunde sluta använda för en tid, trodde vi att vi var okej. Vi tittade på uppehållet, inte på användandet.” (Anonyma Narkomaner)<sup>2</sup>*

Många personer med ett alkoholberoende har aldrig druckit på arbetstid. De skjuter upp sin alkoholkonsumtion till efter arbetet. De är i tid på morgonen till jobbet. De låser in sig på tjänsterummet på förmiddagen och tar det lite lugnare. Efter arbetstidens slut sitter de kvar och arbetar. Sedan går de hem och börjar dricka stora mängder alkohol. Detta kan pågå i flera år, utan att personen i större utsträckning missköter sitt arbete. Men de anhöriga vet.

Den beroende kan alltså skjuta upp sin behovstillfredsställelse. Kontrollförlusten är inte alltid total. Kanske märker kollegorna kontrollförlusten först på personalfesten eller tjänsteresan med representation och övernattnings. Men det finns också framförallt kvinnor med ett långt utvecklat beroende, där de länge kan dölja för kollegor vad som försiggår. De dricker ett glas vin till middagen på personalfesten. Sedan säger de hej då och bryter upp tidigt. När de kommer hem öppnar de sin bag-in-box.

Även personer med ett heroinberoende kan ha arbete, fast det går snabbare utför.

Jag kan sluta när jag vill, säger den beroende. Vilket oftast är sant. Det svåra är inte att sluta med droger. Det svåra är att inte börja igen. Att vidmakthålla sin drogfrihet.

Och ibland fungerar drogen bra. Det slutar inte alltid med katastrof. Det kanske går bra två gånger av tre.

Kontrollförlusten är alltså oftast inte total. Även om beroendet med åren blir mer djupgående. Beroendet accelererar. Det stoppar inte upp av sig själv.

Men kurvan går inte rätt ner. I perioder går det bättre. En ny flickvän kan tillfälligt göra att den beroende drogar mindre. Ett nytt arbete på samma sätt. En lägenhet. Men om personen är beroende kommer kontrollförlusten tillbaka. Man slutar inte röka cigaretter för att man får ett arbete. Nikotinberoendet försvinner inte. (Däremot kan ett ultimatum från arbetsgivaren eller flickvännen eller hyresvärden hjälpa. Om Du inte går in i behandling...)

Den beroende upprätthåller inom sig bilden av vad en alkoholist eller narkoman är. Någon som sitter på parkbänken, någon som injicerar drogen, någon som inte kan lukta på en lättöl utan att gå över till t-spritflaskorna. Den beroende känner inte igen sig. Han tycker sig ha kontroll på sitt droganvändande. Han kan sluta när han vill. Häri ligger en del av förnekelsen.

Efterhand fungerar inte drogen längre. Amfetaministen blir av drogen paranoid och byter till cannabis eller börjar ta amfetamin och heroin i samma intag för att försöka mildra paranoiditeten. Alkoholisten försöker minska ner. "Nu dricker jag bara folköl." Snart är han uppe i stora mängder folköl. Han klarar inte att kontrollera sin drog. Heroinisten försöker efter en avgiftning ta heroin på helgen bara. När inte det fungerar försöker han minska antalet kapslar per dygn...

Drogtoleransen höjs, effekterna avtar, kontrollförlusten ökar. Och gränserna förskjuts. *"Jag kommer aldrig att injicera, jag är sprutträd."* Men så har jag inte kvar så det räcker och jag vet att jag inte kommer att få effekt längre, och kamraten jag är med har rena injektionsverktyg och kan hjälpa mig. *"Jag är aldrig påverkad när jag träffar mina barn. Den gränsen har jag alltid satt. Det skulle jag aldrig vara."* Men nu skall jag hämta dem på dagis och jag mår så dåligt och jag vill inte svika dem igen. Jag tar lite grann, inte för att bli påverkad, bara för att bli frisk. För barnens skull.

Faran som socialsekreterare ligger i att man lätt går in i den beroendes tänkande. Man fokuserar på de "positiva undantagen", alltså när problemet minskar eller inte verkar finnas. Man nickar instämmande när en tung narkoman säger att nu går det bra, nu dricker han på sin höjd några folköl ibland. Man ser inte drogbytet, den beroendes försök att kontrollera sin kontrollförlust eller hur återfallsprocessen är inledd eller långt framskriden.

Narkomaner som är aktiva i missbruk säger nästan undantagslöst att de inte har problem med alkohol. Detta kan också ibland vara sant i den bemärkelsen att de inte druckit alkohol på flera år. Undersöker man deras droghistoria upptäcker man ofta kontrollförlust av alkoholen i tonåren, innan de bytte drog till narkotika.

En del narkomaner har inte haft kontrollförlust av alkohol. Men de riskerar att snabbt utveckla ett alkoholberoende, när de upphör med narkotika. Många gånger sker också återfall i narkotikamissbruk efter en inledande alkoholpåverkan. Även om personen inte har ett alkoholberoende, så medför alkoholintaget en viss omdömesförlust som kan dra igång narkotikasug. Det är ingen tillfällighet att man med den erfarenhet som man har inom Anonyma Narkomaner betonar att alkoholen är en drog. Det finns enstaka personer som upphört med narkotika och klarar ett kontrollerat alkoholanvändande. Men risken kan jämföras med att spela rysk roulette.<sup>3</sup>

Det finns även här en fara när socialsekreteraren låter klienten sätta upp sina egna mål utan att klienten informeras om hur beroendet fungerar. Socialsekreteraren överger expertrollen framför en ”icke-vetande position”<sup>4</sup>. Som professionell är man naturligtvis inte expert på klientens liv. Men man är expert på beroendet. Och aktiva narkomaner har, till skillnad från den gängse bilden, många gånger bristande kunskaper om beroende och drogers skadeverkningar.

Detta innebär inte att konfrontation alltid eller oftast är den mest framkomliga vägen med personer som har ett beroende. Att följa med motståndet och söka identifikation med andra, är oftast att föredra. Som exempel är arbetet med beroendet inom Anonyma Narkomaner (NA) icke-konfrontativt: *”För mig fungerar det inte att dricka alkohol. Jag tänkte alltid att ett glas champagne på nyårsafton måste man väl ha rätt att ta. Jag försökte hur många gånger som helst att fortsätta med alkoholen, men den ledde mig alltid tillbaka till narkotikan. Jag kanske inte är alkoholberoende, men alkoholen fungerar inte för mig. Det bara är så. Jag har hört att det skall finnas narkomaner som klarar att dricka alkohol. Om Du klarar av det så grattis! Men för mig går det inte.”*

Någon kanske invänder att ovanstående resonemang i själva verket är konfrontativt. Detta är naturligtvis en definitionsfråga. Konfrontation behöver inte innebära att man skriker åt en annan människa.

### **Beroendet som kärlek**

Forskare i missbruksfrågor beskriver ibland den beroendes relation till drogen som en ”kärleksrelation”.<sup>5</sup> Den inledande förälskelsen i drogens kemiska effekter, där drogen idealiseras, övergår efterhand i ett tillstånd där även de negativa sidorna av drogen blivit tydliga, men relationen är därför inte mindre djupgående. Den inledande förälskelsen har övergått i kärlek.

Psykoterapeuten Tommy Hellsten beskriver hur hans alkoholiserade far fick besked att fortsatt missbruk skulle leda till hans snara död. Fadern blev förtvivlad och gick då till sin bästa vän, skriver Hellsten. Den bästa vännen var hans drog: alkoholen.<sup>6</sup>

Heroinister blir oftast impotenta när de är aktiva i sitt missbruk. De föredrar sin drog framför sexualiteten. De flesta narkomaner väljer i undersökningar drogen framför en attraktiv sexualpartner. Djurförsök bekräftar bilden. Det narkomaniserade djuret väljer drogen framför en sexualpartner. Drogberoendet jämförs ibland på detta sätt med sexualdriften.<sup>7</sup>

\*

Kristiansen (2000) skriver i sin avhandling ”Fri från narkotika. Om kvinnor och män som varit narkotikamissbrukare”:

*”I överensstämmelse med resultat från andra undersökningar berättar mina intervjupersoner att negativa konsekvenser av missbruket hade stor betydelse för att de började förändra sina livsstilar. /.../ För samtliga gäller att deras beslut att lämna missbrukslivet hade föregåtts av att negativa sociala, psykiska, fysiska och/eller ekonomiska konsekvenser under en längre tid lagrats i deras medvetande.”<sup>8</sup>*

För att den beroende skall överge drogen krävs att de negativa konsekvenserna av droganvändandet växer sig starka och blir tydliga för missbrukaren. Det är därför väsentligt att omgivningen inte alltid går in och ”räddar” missbrukaren inför de negativa konsekvenser som hans missbruk medför.

Föräldraföreningen mot Narkotika uttrycker i en av sina grundprinciper:

*”Det svåraste är inte att få missbrukaren att sluta missbruka. Det är mycket svårare att förmå hans sociala nätverk att ge anledning till detta, bl a genom att orubbligt låta honom ta de fulla konsekvenserna av sitt missbruk.”<sup>9</sup>*

Den som är narkotikaberoende vill bli av med alla negativa konsekvenser av droganvändandet – men samtidigt vill han behålla drogen. Den beroende vill alltså bli av med torpederna som jagar honom, bostadslösheten, det hotande fängelsestraffet, de dåliga relationerna med arbetsgivare och anhöriga, den fysiska smärtan han känner i kroppen... Men han vill samtidigt behålla sin drog.<sup>10</sup> Drogeroendet kan därför beskrivas som en kluvenhet inför drogen.

Att betona är att missbruk ofta är periodiskt, där missbrukaren behöver göra uppehåll med drogen för att återhämta sig. Detta utan att många gånger ha en tanke på att i de drogfria perioderna ha för avsikt att vara fortsatt drogfri. Personer som är heroinberoende kan till exempel behöva få ner toleransen för drogen (genom en avgiftning), vilket medför starkare effekt av drogen till lägre kostnad.

\*

De negativa effekterna av droganvändandet räcker emellertid inte som förutsättning för förändring. Även andra faktorer måste till, till exempel måste missbrukaren få ett *hopp* om att förändring är möjlig.

En faktor som man ofta hör betonas för förändring är relationens betydelse. Relationen till socialsekreteraren eller behandlaren.

Det är naturligtvis viktigt att ha en god kontakt med den klient man arbetar med. Men missbrukarens relation till drogen är starkare än den relation man kan uppnå till sin klient, eller till och med starkare än klientens relation till sina anhöriga. Narkomaner älskar sina barn. Men kärleken till drogen är större. En kärlek vi inte kan konkurrera med.<sup>11</sup>

Risken är att man medverkar i det fortsatta missbruket genom att överbetona relationens betydelse. Kvinnan försöker genom sin kärlek konkurrera ut drogen som maken är otrogen med. Socialsekreteraren fortsätter kravlöst att betala ut socialbidrag för att inte bryta relationen. Behandlingshemmet skriver inte ut klienten trots att han fortsätter att droga.

Det är i detta sammanhang väsentligt att diskutera uttrycket: ”Återfall hör till bilden”.

## Skall man acceptera återfall?

Personer som tidigare har varit missbrukare brukar ofta säga att återfall *får* man inte, man *tar* sina återfall. Med detta menas att återfallet är en aktiv handling som man själv väljer. Framförallt om man befinner sig i en behandling där man har möjlighet till återfallsprevention och stöd av olika slag, måste handlingen att återgå i missbruk betraktas som ett val. Självklart har den beroende mer begränsade valmöjligheter än andra personer. Men det är ändå ett val som individen gör när han tar sin drog, istället för att använda alternativa strategier att hantera längtan efter drogens positiva effekter. Kommer återfallen tätt är det också tveksamt om man kan kalla dem återfall. Om det inte bara är ett periodiskt missbruk som man riskerar att bagatellisera genom att kalla det för återfall.

Återfall kan höra till bilden, men det är då också väsentligt att individen får ta konsekvenserna av återfallet. Till exempel vid situationer när personen bryter mot uppsatta regler om drogfrihet.

## Måste man vara motiverad?

Motivation är ett omdiskuterat begrepp där man snarast kan tala om olika grader av motivation. En klient behöver inte heller vara helt och hållet motiverad vid exempelvis en kontraktsvård (behandling istället för fängelse) eller utslussning till behandlingshem i slutskedet av ett fängelsestraff. Det krävs nästan alltid någon form av yttre tryck för att missbrukaren skall gå in i behandling. Till exempel en anhörig som hotar med skilsmässa eller en arbetsgivare som hotar med avsked från arbetet. Det verkliga beslutet att lämna drogen kan fattas i ett senare skede, när personen väl är inne i behandling.

En avhandling av Storbjörk (2006) sammanfattas nedan:

*”Den här studien visar att de flesta som kommer till behandling har upplevt olika former av påtryckningar och tvång eller hot om tvångsomhändertagande, vilket har bidragit till att de kom till behandling. Det kan handla om ultimatum från närstående, uppmaningar från sjukvårdspersonal, tillsägelser eller hot om förlorade sociala förmåner från socialtjänsten eller hot om sanktioner från rättsväsendet. De flesta säger att det var deras egen idé, men de har samtidigt upplevt dessa påtryckningar.”*<sup>12</sup>

\*

Det viktiga är att man som socialsekreterare talar öppet med klienten om klivenheten inför drogen och att det inte går att lova att man aldrig mer i livet skall använda droger. Detta mot bakgrund av det tidigare resonemanget om drogen som en kärleksrelation.

Motivationssamtal är inte meningslösa, även om de har en klart underordnad roll för att den beroende skall lämna sin drog. (Väsentligare är att de negativa konsekvenserna av droganvändandet växer samt att personen får hopp genom att t ex träffa en tidigare missbrukarkamrat som nu är drogfri.)

I ett bra motivationssamtal talar den beroende både om de negativa sidorna av drogen och om de positiva sidorna av droganvändandet och eventuell kriminalitet. De positiva sidorna av drogen, psykologiska och sociala, måste lyftas fram av socialsekreteraren, om inte klienten

gör detta själv. Betänk att drogandet inte enbart innebär flykt, utan också njutning. Sedan måste klienten fatta sitt eget beslut utifrån för- och nackdelar med droganvändandet.<sup>13</sup> (Men beslutet behöver alltså inte helt och hållet ha fattats innan personen går in i behandling.)

\*

Känner man att man ”tjatar” i ett samtal, är det knappast ett motivationssamtal. Det handlar då snarare om medberoende, där man av olika orsaker (t ex känslomässiga, juridiska, organisatoriska) inte kan ställa den beroende inför ultimatum.

\*

Bryter klienten mot reglerna i en kontraktsvård måste han också få ta konsekvensen av detta. Ibland hör man då sägas att fängelsestraff aldrig hjälper någon.

Fängelsestraffet i sig hjälper sällan om man inte kommer till en anstalt med goda behandlingsmöjligheter. Den beroende är i behov av behandling för sitt beroendetillstånd. Men fängelsestraffen förstärker de negativa sidorna av droganvändandet, vilket på sikt, tillsammans med andra motiverande faktorer, kan öka behandlingsmotivationen.<sup>14</sup>

### **Måste man gå i botten?**

*”Vid de sociala organen och rådgivningsbyråerna kan Ni få höra otaliga variationer på dagens sociala modetema: ’Man kan inte hjälpa narkomanen mot hans vilja; han måste först gå ned sig i botten för att bli motiverad för vård’. Kräv av dessa skrivbordsteoretiker att de skall pröva sina trosföreställningar på några av våra otaliga utslagna, kringdrivande alkoholister och T-spritsgubbar. De har ju nått den absoluta botten och borde således vara kvalificerade och ’motiverade för vård och rehabiliterande åtgärder’.” (Nils Bejerot)<sup>15</sup>*

Beroendeforskaren och psykiatern Nils Bejerot betonade vikten av tidig upptäckt och tidigt ingripande. Han menade att tvång oftast var en nödvändig, om än inte tillräcklig faktor, för att drogfrihet skulle kunna uppnås. Man skulle inte vänta ut missbrukaren, inte låta honom ”knarka färdigt”.

I Anonyma alkoholisters grundbok ”Stora boken” är livsberättelserna indelade i två delar: ”De slutade i tid” och ”De förlorade nästan allt.” Man talar om att nå sin ”personliga” botten. Man behöver alltså inte förlora allt och ligga i rännstenen för att kunna vända. Man kan ”lyfta sin botten” genom att ta del av andra alkoholisters livsberättelser, där man känner igen sig i alkoholberoendets nedåtgående spiral. Vid en viss punkt känner man inte igen sig längre i livsberättelsen. Och man ser därigenom vart man är på väg.

\*

Att låta en person ”knarka färdigt” är ett behandlaruttryck som ofta blivit kritiserat.<sup>16</sup> Ungdomar skall man inte heller låta ”knarka färdigt”. Det enda som händer är att de får ett mer djupgående beroende. På vuxensidan hos personer med ett långvarigt beroende kan

begreppet dock ibland möjligen fylla en funktion. Till exempel kan det vid vissa tillfällen motverka sitt syfte att omedelbart försöka få in en person som avbrutit en behandling i rehabilitering igen. Man kan då låta de negativa konsekvenserna växa och sätta in en ny insats när motivationen ökat hos missbrukaren.

### **Skall man moralisera över missbruket?**

*”Gör missbrukaren ansvarig!”*

(Bejerot 1980)

*”Att utmönstra moraliserande aspekter på missbruk är en självklarhet.”*

(Socialstyrelsen 2007)<sup>17</sup>

\*

Nils Bejerot skrev ett tiotal böcker om beroendetillstånd. Han hade en bakgrund inom en politisk vänster, där man *inte* betraktade missbrukaren som ett offer för det kapitalistiska samhällssystemet. Bejerot menade att det var viktigt att göra missbrukaren ansvarig för sina handlingar. Trasproletariatet var ingen progressiv kraft i samhället. Många av dem som är kriminella idag skulle vara kriminella också i ett socialistiskt samhälle, menade Bejerot. Missbrukaren parasiterade objektivt sett på arbetarklassen.<sup>18</sup> Bejerot uttryckte det så.<sup>19</sup> Bejerot omnämnde i början beroendet som en sjukdom, men blev senare stark motståndare till sjukdomsbegreppet. Bland annat för att det skulle kunna ansvarsbefria missbrukaren.

Inom tolvstegsrörelsen tillämpar man sjukdomsbegreppet. Man vänder sig mot att missbrukare skulle vara speciellt ”karaktärssvaga” personer. Är man beroende kan man inte viljemässigt minska ner, alltså återta kontrollen. Den beroende är inte ansvarig för sin sjukdom. Däremot har han fullt ansvar för sitt tillfrisknande, menar man. På samma sätt som en diabetiker måste sköta sin behandling och ta sitt insulin, så har den beroendesjuka fullt ansvar att ta hjälp och sköta sin medicinerings. Vare sig det är AA-möten, antabus eller vad det handlar om. Inom tolvstegsrörelsen möter man ändå föga av moralism mot missbrukaren.<sup>20</sup> Man betonar den skam som de flesta missbrukare bär djupt inom sig. Den beroende skall inte bli drogfri i första hand för andra människors skull. Inte för sina anhörigas eller ens sina barns skull. Utan för sin egen skull. Detta är det enda som håller i längden. (”Du är värd det. Du själv.”) I åttonde och nionde stegen, alltså efter längre tids drogfrihet, gottgör man människor som man skadat. Men fortfarande för sin egen skull, för att förebygga återfall på grund av skam- och skuldkänslor.

\*

Många av de klienter som är aktuella för beroendeproblematik inom socialtjänsten, var barn när de blev beroende.<sup>21</sup> Det finns ingen anledning att idag moralisera över deras beroendetillstånd. Men i grunden har jag ändå en moralistisk hållning till deras nuvarande droganvändande. Vi måste kunna erbjuda något bättre än droglivet, sägs det ofta. Varför då? undrar jag. Den behandlingsinsats som försöker erbjuda något bättre än drogen, är dömd att misslyckas, sade en gång Nils Bejerot. För den beroende finns inget bättre än drogen.<sup>22</sup>

Droglivet och kriminaliteten kan under en längre period innehålla spänning, makt, status, pengar, intensifierad sexualitet, kemisk njutning, socialitet, entreprenörskap, kompetens, yrkesstolthet, ansvarslöshet m m.<sup>23</sup>

Under den period när de negativa konsekvenserna av droglivet ännu inte vuxit sig tillräckligt starka ser jag de moraliska argumenten som avgörande varför narkomaner måste byta livsstil. De betalar inte skatt, de ansöker om socialbidrag utan att delta i behandling för att komma vidare ut i arbetslivet, de stjälar, misshandlar, rånar och säljer narkotika. De skadar sina barn och anhöriga, de skadar arbetskamrater, arbetsgivare, skolkamrater, skolpersonal. De kör bil drogpåverkade och utsätter på andra sätt människor i deras omgivning för fara.

Oftast finns möjligheter genom boendekedjor, behandling, självhjälsgrupper och skyddade arbeten, att komma tillbaka till samhället.

Jag kan ibland svara framförallt yngre missbrukare: *”Du frågar om det är våra egna pengar vi betalar ut. Självklart är det våra egna pengar. Det finns inga ’socpengar’.* Människor går upp halv fem på morgonen, lämnar barnen på dagis, tar bussen till jobbet och står sedan åtta timmar på fabriken och arbetar. Och betalar skatt. Vi ska ha respekt för de pengarna och fördela dem på bästa sätt. Det är inga pengar man kan komma och kräva utan att ha gjort en motprestation.”

Det kanske inte är ”att följa med motståndet”. Det kanske är moraliserande. Men det är ibland väsentligt att förklara grunden till varför vi inte accepterar missbruk och kriminalitet.

Samtidigt måste ”moraliserandet” tillhöra undantagen i ett samtal och då också vara en balansgång för att inte ytterligare förstärka den ofta underliggande skammen.<sup>24</sup>

\*

Är kemisk njutning i sig moraliskt klandervärd?

Nej, här delar jag filosofiprofessorn Torbjörn Tännsjö's inställning att individen avgör vad som är njutning för honom. Det är inte finare eller mer värdt i sig att njuta av klassisk musik eller skogspromenader, än av kemisk berusning. Detta kan bara individen avgöra. Det moraliskt klandervärda i droganvändandet uppstår när man väger in de negativa konsekvenser som ens njutningsmedel kan medföra.<sup>25</sup>

Amfetaminmissbrukaren har många gånger svårt att tänka sig att ha sex utan amfetamin i kroppen. Inte nödvändigtvis av rädsla för närhet, impotens eller avvisande. Utan för att sexualiteten blir så mycket intensivare när man är amfetaminpåverkad.<sup>26</sup>

I behandling får han lära sig att intensiteten kan bytas ut mot intimitet.

Men om han nu föredrar intensiteten? Har han fel då? Måste vi alltid försöka erbjuda något bättre än drogen. Eller vågar vi acceptera att drogen kan vara överlägsen i vissa avseenden?

Efter flera år av drogfrihet säger en man: *”Jag har idag god ekonomi. Jag har ett bra arbete, hus och bil. Jag har en fantastisk fru och barn som jag älskar. Men jag har fortfarande inte funnit något mer njutningsfyllt än drogen. Det enda som förhindrar mig att gå ut och använda igen, är vetskapen om de negativa konsekvenser som drogandet medför. Jag kan inte lova att*

*jag aldrig mer skall använda. Jag är drogfri bara för idag, men i morgon är en ny dag. Då fattar jag ett nytt beslut. En dag i taget.”*

Någon skulle kanske säga att personen som säger detta borde gå i psykoterapi, så att han slapp känna så här. Eller att han borde få möta Jesus Kristus. Detta är naturligtvis en möjlig tolkning. Men en alternativ tolkning är att lyssna på vad han faktiskt säger och talar om. Nämligen innebörden i att vara beroende, den kemiska njutningen och drogens egna inneboende kraft.

### **Beror missbruket på problem i barndomen?**

*Ni som har ett nikotinberoende. Sannolikt har ni varit med om sexuella övergrepp eller andra trauman i barndomen. Det är detta som har gjort att ni har sökt er till nikotinet som flykt och utvecklat ett beroende av nikotin. Ni säger att ni inte varit med om någon traumatisk barndom, men vanligt förekommande är att man tränger bort sådana händelser eller att man av lojalitet med föräldrarna inte vill berätta om det. Det kan ta många år i terapi innan sådant framkommer. Det kan också vara så att det inte varit några uttalade övergrepp i er barndom, men att det funnits en kvävande känsla i hemmet som gjort att ni aldrig fått tillfredsställelse i er själva, utan ni har istället sökt er till nikotinet.*

\*

Resonemanget ovan är ett exempel på så kallad *confirmation bias*. Alltså ett överdrivet sökande efter bekräftelse på hypotesen. Man har inte övervägt alternativa tolkningar. De flesta ser detta direkt. Men hade man bytt ut nikotin mot amfetamin, skulle genast många ha nickat instämmande.

Det finns olika vägar in i missbruket. Det krävs alltså inte att man har haft en traumatisk barndom för att man skall utveckla ett beroende. Är tillgången i samhället hög på en drog, krävs ingen större individuell mottaglighet hos ungdomen för att den skall pröva och riskera att fastna i ett beroende. Minskar drogtillgången är det däremot vissa ungdomar som i högre grad söker sig till drogen. Ibland räcker det med nyfikenhet, spänningssökande och kamrattryck. Ibland krävs mer.<sup>27</sup>

Det finns alltid vissa problem i de flesta familjer. Det är för en terapeut lätt att leta upp dessa problem och se dem som orsaken till en ungdoms missbruk. Något som tonåringen om han är beroende, tacksamt hakar tag i. ”Det är väl inte konstigt att jag drogat när ni betar er så här!”.

Låt oss nu anta att det i en familj finns stora problem som en ungdom flyr ifrån genom att röka cannabis. Familjen kommer i familjeterapi och det visar sig att fadern är otrogen mot modern. Föräldrarna kan hålla sina inbördes problem i bakgrunden när allt fokuseras på sonens cannabisrökande. Sonen är stämplad symptombärare av familjens problem. Terapeuten uppmärksammar familjen på detta.<sup>28</sup>

Om tonåringen nu inte har utvecklat ett beroende utan är i missbruksfasen, så kanske familjeterapin kan hjälpa honom att sluta med sitt missbruk. Men om han har blivit beroende, alltså förälskad i drogen, då måste han också ha hjälp för sitt drogproblem.

Drogproblemet har blivit ett eget tillstånd som kräver sina egna kunskaper. Man måste nu veta hur en person som är drogberoende tänker och fungerar. Drogberoendet har frikopplats från det som en gång utlöste det. Beroendet lever nu sitt eget liv.

### **Blir man beroende av droger?**

*”Nicotine is not addictive”*

(Företrädare för de sju största tobaksbolagen yttrade en efter en detta i en utfrågning inför amerikanska kongressen 14 maj 1994.)

\*

En del äldre amfetaminmissbrukare kan vara noga med att poängtera att de alltid valt att använda drogen. De ser sig inte som beroende av amfetaminet. Varje gång de använder är det ett medvetet och självständigt val.

Amfetaminister kan ibland säga att droganvändandet mer är en vana, än ett beroende. De kan säga att amfetamin inte är beroendeskapande eftersom de inte upplever abstinens av amfetaminet. De kan nästan alltid bryta en period av amfetaminmissbruk på egen hand utan att lägga in sig för avgiftning. De sover och äter upp sig. Efter någon vecka börjar de ta amfetamin igen.<sup>29</sup>

\*

Ofta skiljer man på fysiskt och psykiskt beroende. Det fysiska beroendet handlar om *tolerans* och *abstinenser*. Tolerans innebär att man behöver öka dosen mer och mer för att uppnå effekt. Abstinenser handlar om kroppsliga plågsamma och ibland livshotande reaktioner när tillförseln av drogen upphör.<sup>30</sup> *Postakut abstinens* innebär att det finns kvar kemiska förändringar i kroppen i sex månader och ibland längre efter att drogtillförseln upphör. Den postakuta abstinensen kan medföra symptom i form av sömnstörningar, yrsel, oro, ångest, rastlöshet, humörsvängningar, depressivitet, social osäkerhet, minnesstörningar, stresskänslighet, låg frustrationstolerans och drogsug.

Att ta sig igenom abstinensen kan vara plågsamt, men det svåra beroendet är det psykologiska. Suget efter drogen, längtan, begäret, oförmågan att tänka på något annat. Och *vanan* som är en stor del i beroendet. Det inlärda beteendet. Efter middagen väntar kroppen på nikotinet/koffeinet.

\*

Beroendebegreppet har angripits från olika håll och perspektiv.

Kontrollförlust brukar räknas som ett centralt begrepp när man talar om beroende. En del forskare menar att kontrollförlusten egentligen handlar om rationella val, utifrån den livssituation som missbrukaren befinner sig i. Det finns alltså ingen kontrollförlust.

Teorin om kontrollförlust blir lätt en självuppfyllande profetia när personen dricker. Förväntar sig omgivningen, och man själv, att man är alkoholist som inte kan sätta stopp, så dricker man tills flaskan är tom. I experiment har forskare kunnat visa att även grava alkoholister kan avstå

från att ”ta den andra supen” om belöningen är tillräckligt stor. Även personer med diagnosen alkoholberoende kan lära sig att dricka socialt/kontrollerat, menar kritikerna av beroendebegreppet. Den så kallade kontrollförlusten verkar ju bara finnas i vissa sammanhang. Ibland går det bra att dricka. Se inte dessa tillfällen som en del i beroendeutvecklingen/kontrollförlusten, utan som positiva undantag som man kan bygga vidare på.

Ändras personens livssituation, till exempel med nya meningsfulla relationer, förändras hans självbild och identitet som missbrukare. Då kan han åter använda drogen på ett normalt sätt. En person som mår bra dricker inte på ett destruktivt sätt (alltså ett sätt som omgivning uppfattar som okontrollerat).

Alkoholforskaren Jellineks teori om kontrollförlust har också kritiserats för att Jellinek i en av sina centrala studier baserade den på ett skevt urval. Bortfallet var stort och deltagarna var samtliga manliga AA-medlemmar.<sup>31</sup>

Det finns även andra angreppspunkter på beroendediagnosen. Den sedvanliga kritiken mot diagnostik, en kritik som inte specifikt gäller beroendediagnosen. Att diagnosen är stämplande. Att beroendet är en ”social konstruktion” skapad av samhällsliga värderingar. På vikingatiden hade alkoholisten hög status, dog man under berusning kom man direkt till Valhall.<sup>32</sup>

Vidare kritiseras den utvidgning av beroendebegreppet som skett där man idag talar om beroende av spel, sex, shopping, internet etc.

Kritikerna av beroendebegreppet talar istället för beroende om olika grader av missbruk eller destruktiva vanor och använder uttryck som problemdrickare, vardagskonsument etc.<sup>33</sup>

\*

Jag skall genom ett citat göra ett ställningstagande och kommentera debatten gällande frågan om en person med alkoholberoende kan lära sig dricka kontrollerat:

*”Frågan om alkoholberoende patienter kan återgå till ett stabilt kontrollerat drickande har varit mycket debatterad. Uppföljningsstudier på 1980-talet påvisade kontrollerat drickande hos en del av de individer som bedömts som alkoholberoende (Rönnerberg och Sandahl 1989). Många inom den professionella beroendevården och självhjälpsorganisationerna hävdade att helnykterhet var ett nödvändigt behandlingsmål vid alkoholberoende. Kritik riktades mot de aktuella studierna för att ha oklara definitioner av beroendebegreppet och dessutom alltför små material för säkra slutsatser.*

*I dag är denna debatt avslutad som en följd av forskning på större material (bl a befolkningsstudier) och en konsekvent användning av DSM-diagnostik av alkoholberoende. De amerikanska alkoholforskarna Sobell och Sobell (1995) har summerat dagens forskningsläge och konstaterat att vid alkoholberoende (severly dependence) sker förbättring genom helnykterhet medan vid risk- och missbruk av alkohol (problem drinking) sker förbättring genom antingen minskat drickande eller helnykterhet, utifrån personens eget val.” (Johansson; Wirbring 2005)<sup>34</sup>*

Detta utesluter inte att det finns enstaka individer som utifrån ett diagnostiserat alkoholberoende lyckas återgå till att hantera alkoholen kontrollerat. Det finns också enstaka individer som kan använda heroin utan att bli beroende. Det kanske till och med någonstans går att finna en individ som efter ett utvecklat heroinberoende har återgått till ett kontrollerat heroinanvändande.<sup>35</sup> Men dessa enstaka exempel kan inte utgöra norm för rekommendationer vid behandling eller vid utformandet av en narkotikapolitik.<sup>36</sup>

Att en person med alkoholberoende i experimentella studier tillfälligt kan välja att avstå från att ”ta den andra supen”, är välkänt inom forskningen. Men innebär detta att de inte har kontrollförlust? En del personer med Tourettes syndrom kan medan de bevistar en föreläsning styra sitt ticsande så att de ser ut att lyssna lugnt och stilla. Men i pausen och efter föreläsningarna ticsar de och ger ifrån sig ljud igen. De kan alltså tillfälligt skjuta upp sin neurologiskt betingade kontrollförlust. Vilket inte innebär att den inte finns där.

Vad gäller kulturella värderingar så spelar dessa in i vårt sätt att se på missbrukaren och missbrukarens sätt att se på sig själv. Men även under vikingatiden drabbades alkoholists barn av alkoholists alkoholanvändande. Och hans lever drabbades på samma sätt som idag.<sup>37</sup>

### **Finns det en beroendepersonlighet?**

Den amerikanske familjeterapeuten Craig Nakken har beskrivit hur en beroendepersonlighet uppstår. Nakkens bok heter ”The addictive personality” (1988), på svenska ”Jaget och missbrukaren” (1996). På många behandlingshem, framförallt inom tolvstegsrörelsen, arbetar man i behandlingen med teorin om beroendepersonligheten. Man kan benämna beroendepersonligheten med ett namn och tala om den som något som finns utanför eller vid sidan om det verkliga jaget.<sup>38</sup>

Teorin beskrivs så att vissa människor har med sig en grundläggande specifik beroendepersonlighet redan innan de börjar med drogerna. En personlighet som är gemensam för de flesta personer med drogberoende. Skammen är väsentlig i utvecklandet av drogpersnligheten. När dessa personer upphör med *ett* droganvändande byter de drog till något annat. Shopping, sex, mat, arbete...

Teorin om beroendepersonligheten har kritiserats och begreppet finns inte med i någon diagnosmanual (DSM IV eller ICD-10). Det är väl känt att det bland personer med narkotikaberoende finns en överrepresentation av personlighetsstörningar.<sup>39</sup> Men det gäller långt ifrån alla, och det handlar om olika personlighetsstörningar. De två identifierade huvudtyperna av alkoholism idag (se nedan), tyder inte heller på en gemensam bakgrund med *en* typ av beroendepersonlighet.<sup>40</sup>

*Typ II-alkoholism* kännetecknas av tidig debut, oftast före 25 års ålder, amfetaminliknande kick vid alkoholintag, tidigt hög alkoholtolerans (när kamraterna vid alkoholdebuten dricker en flaska vin och kräks så dricker dessa personer tre flaskor vin och mår bra). De får inte heller lika kraftigt bakrus som andra. Det är huvudsakligen unga spänningssökande pojkar som drabbas, med stark genetisk nedärvd disposition för alkoholism på faderns sida. Ofta blandmissbruk med narkotika. *Typ I-alkoholismen* är vanligare och senare debuterande med ett långsammare förlopp. Den har lägre grad av genetisk disposition.<sup>41</sup>

Som Runqvist (1998) skriver så handlar debatten till viss del om att man har olika definitioner av *personlighet*.

\*

Finns det en risk att externalisera problem på det sätt som beskrivits ovan? Att separera det verkliga jaget från beroendepersonligheten. En klient meddelade mig vid ett tillfälle att det inte var han som farit med osanning, utan hans beroendepersonlighet. Finns det alltså en risk att personerna får lära sig att lägga ifrån sig ansvaret för sina handlingar? En risk som måste ses mot bakgrund av den överrepresentation av personlighetsstörningar (med klyvningsmekanismer) som finns hos narkomaner.<sup>42</sup>

Min erfarenhet är att risken är liten. De behandlingar som arbetar med teorin om beroendepersonligheten har oftast en strikt ansvarsfilosofi som motverkar detta. En positiv effekt är att den destruktiva delen av skammen minskar.

Själv ser jag beroendepersonligheten som något som utvecklas i missbruket. Lögnerna, hemlighållandet, skyddandet och döljandet av drogen, manipulerandet som följer, den lättväckta aggressiviteten under inflytande av den hotande abstinensen. Övergrepp man själv utsatts för i missbruket. Skadorna man tillfogar anhöriga och andra människor. Skammen som följer och som måste dövas. Allt detta skapar något som ger intryck av en förändrad personlighet. En personlighet som inte försvinner automatiskt för att personen blir drogfri. Beteendena kan sitta kvar i årtal. Men man kan också minska dem eller arbeta bort dem. Det är alltså inte någon grundläggande personlighet som inte går att förändra.

## **Drogprevention**

En del skulle säga att man inte behöver någon speciell drogprevention eller någon speciell narkotikapolitik. Allting handlar om att skapa arbete åt alla, goda bostadsmiljöer, utbyggda daghem och skolor, fler fritidsgårdar och så vidare. Om ungdomar börjar med droger så får man tala med dem. Samtala med dem, höra vad de saknar i livet och försöka tillgodose detta. Tidig upptäckt och tidigt ingripande med drogtester och polisåtgärder, hot om avstängning från skolan och tvångsomhändertaganden, är bara destruktivt. Naturligtvis bör man reagera, men på ett sansat sätt som inte stämplar ungdomarna som missbrukare och driver in dem i ett avvikarbeteende.

Jag delar inte det ovan beskrivna stämplingsteoretiska synsättet.<sup>43</sup> Jag tror att det underskattar styrkan i narkotikan; den egna inneboende kraften i drogen. Skulle färre somalier börja tugga kat om de inte levde i utanförskap som i Sverige, eller i ett krigshärjat land som i Somalia? Ja, kanske. Men det skulle inte lösa kat-problemet. I ett det ideala samhället, där man samtidigt börjar sälja narkotika på ICA, skulle vi ändå ha ett stort narkotikaproblem.

Sedan är det en självklarhet att man kan arbeta på två håll samtidigt. Men man måste ha en strategi för agerande när narkotikamissbruk faktiskt föreligger.

## Primärprevention

*Primärprevention* inom drogområdet innebär förebyggande åtgärder som riktar sig till människor som inte specifikt har provat droger. Till primärpreventionen hör alltså allt det som äger rum innan något oönskat har inträffat.<sup>44</sup>

Jag skall här kort nämna något om primärprevention i skolan. Framförallt i de yngre åldrarna bör man inte fokusera för mycket på drogerna. Man bör istället ha övningar för ungdomar i att stå emot gruppsyck och att kunna fatta egna välgrundade beslut. Drogundervisning i skolan måste givetvis finnas, men effekterna är tveksamma, vare sig det är skräckpropaganda eller saklig information. Det är lättare att påverka ungdomars attityder än beteenden. Utvärderingar av drogundervisning visar ibland att ungdomars attityder blir mer avståndstagande till droger, men sedan röker de och använder narkotika i lika stor utsträckning ändå... Föräldrars attityder och beteenden är dock väsentliga (men inte alltid tillräckliga) för att ungdomar inte skall börja med droger.<sup>45</sup> Kamraters attityder är också sannolikt minst lika påverkande, som föräldrars.<sup>46</sup>

Det kan vara väsentligt att informera tonåringar om att den stora majoriteten av ungdomar faktiskt aldrig har provat narkotika.<sup>47</sup> Detta har ofta ungdomar en felaktig bild av (för att inte tala om de som missbrukar narkotika som kan säga att ”alla har provat”).

Skall man bjuda in före detta missbrukare till skolan som får föreläsa? Eleverna brukar tycka detta är intressant och även om det inte skulle påverka droganvändandet lär sig säkert ungdomarna mycket om hur livet kan se ut. Påverkar då inte föreläsandet droganvändandet? Vetenskapliga utvärderingar är tveksamma till detta.<sup>48</sup> Missbrukaren ser antingen gammal och sliten ut och ungdomarna har svårt att själva identifiera sig med detta. Eller vad som är vanligare, missbrukaren ser väl bibehållen och fräsch ut. (”Han såg inte ut som någon missbrukare...”) Ungdomarna ser en person som visserligen berättar en hemsk historia, men som verkar ha tagit sig ur det utan några större skador och åker runt på skolor och talar och får uppmärksamhet och stormande applåder...<sup>49</sup>

Någonstans förstår ungdomar att det finns något bra med drogerna. Och det finns alltid en liten grupp ungdomar som av droginformationen blir mer nyfikna än avskräckta.

Min personliga uppfattning är att man kan tala öppet och tillsammans med ungdomar om just det jag nu skrivit, alltså det pedagogiska problemet att undervisa om droger.

Sedan är avståndstagandet från droger hos ungdomar större än vad vuxenvärlden ofta tror. Många tonåringar har med egna ögon sett stora problem med både alkohol och narkotika. Hos anhöriga eller hos kamrater. Detta kan användas i gruppdiskussioner. Givetvis under förutsättning att ungdomarna vill tala om sina egna erfarenheter.

En ung kvinna berättade om hur grabbarna i klassen på gymnasiet hade argumenterat för legalisering av cannabis. Argumentet hade varit att man inte blir våldsam av cannabis som man kan bli av alkohol. Hon hade inte sagt något då. Men hon tänkte på sin mamma som hade ett tungt cannabisberoende. Nej, mamman hade aldrig varit våldsam hemma: ”Men när jag bad henne om något sade hon alltid med mjuk och frånvarande röst: *’Inte just nu. Vi tar det en annan dag. Inte just nu...’* Hon var inte med liksom. Och där skrattade dom och pratade om fördelarna med legalisering av cannabis...”

## Sekundärprevention

*Sekundärprevention* innebär förebyggande åtgärder riktade till personer som börjat pröva droger. Jag skall summariskt redogöra för Väsbymodellen som började användas i Upplands Väsby på 1980-talet och spreds till andra kommuner. Man betonade tidig upptäckt och tidigt ingripande. Den tidiga upptäckten syftade till att bryta ett experimentmissbruk av narkotika innan det övergått i det betydligt mer svårbehandlade beroendetillståndet. Man hade sett att när föräldrar upptäckte sina barns missbruk hade droganvändandet ofta redan pågått i flera år. (I en studie från 2006 var genomsnittstiden tre år som ett missbrukande barn hade använt narkotika, när föräldrarna förstod att missbruk förelåg.<sup>50</sup>) Man var samtidigt skeptisk till fältassistents möjlighet att upptäcka begynnande missbruk hos enskilda ungdomar.

*”Alltför ofta har socialförvaltningar i en kommun åtagit sig eller blivit ålagd ansvaret att upptäcka missbruk och då anställt en fältassistent som skall ´ut på fältet och upptäcka´. Han inser snart hur omöjlig uppgiften är. En fältassistent kan få insikt i gängbildningar och ungdomars allmänna förhållanden, men det är orimligt att han skall lära känna enskilda tonåringar lika väl som exempelvis deras familjer gör.*

*De bästa upptäckarna är naturligtvis de personer som har en relation till ungdomarna och som de träffar regelbundet, helst dagligen: föräldrar, lärare och annan skolpersonal, fritids- och föreningsledare, men även kamrater.*

*Eftersom de känner den unge har de också de bästa förutsättningarna att uppmärksamma ett förändrat beteende. Deras kunskaper om den unge är av största betydelse, men de behöver lära sig mer om hur ett begynnande missbruk yttrar sig och vart de kan vända sig om de behöver hjälp.”<sup>51</sup>*

Man utbildade alltså upptäckargrupper som man föreläste för och som fick med sig lathundar hem. Lathundarna var olika till olika upptäckargrupper och innehöll fakta om: Hur upptäcker jag missbruk? Vad gör jag? Vem gör vad?

Utbildningar hölls för föräldrar, skola, fritidspersonal, socialtjänst, polis, föreningar.

Åtgärdskedjan var uppbyggd och innehöll flera steg: Upptäckt, strukturerad samtalsserie, kontaktmannaskap och övriga mellanåtgärder, familjehem, behandlingskollektiv. Vid första samtalet med ungdomen informerades han/hon om åtgärdskedjan.

Urinprover för att säkerställa drogfrihet var en väsentlig del i Väsbymodellen, samtidigt som man betonade att urinprover aldrig fick användas som en enskild åtgärd. Man avrådde också från ”kollektiva urinprov, exempelvis på en hel skolklass”.

Väsbymodellen finns närmare beskriven i boken ”Att störa är att bry sig om” (1988). En liknande modell beskrivs i rapporten ”En kedja av åtgärder. Narkotikabekämpningen i Uppsala” (2002). MUMIN-projektet i Stockholm är en genomarbetad vidareutveckling av dessa tankar. Polisen upptäcker droganvändande, ungdomen förs till Maria Ungdom där man använder den icke-konfrontativa samtalsmetodiken ”motiverande intervju” (MI) samt kopplar in anhöriga.<sup>52</sup>

I dessa modeller betonas polisens roll som upptäckare och samverkanspartner:

*”Under 1960- och 1970-talen grundlade socialhögskolorna en misstro mot ett direkt samarbete mellan polisen och socialvården/socialtjänsten. Sådant samarbete ansågs kontroversiellt och icke-önskvärt. På senare år har attityderna förändrats och i många kommuner samarbetar nu polis och socialsekreterare dagligen.”*<sup>53</sup>

Att skilja på repressiva åtgärder (polisen) och mer stödjande och behandlande (socialtjänsten) på ett tydligt sätt har senare RFHL:s förre förbundsordförande Alec Carlberg argumenterat för.<sup>54</sup> Socialtjänsten skall inte åka polisbil eller sitta i samma lokaler som polisen. Då riskerar man att missbrukarna inte vågar söka hjälp.

\*

Vad gäller kriminaliseringen av konsumtion av narkotika (ringa narkotikabrott eget bruk) kritiseras detta ofta av stämplingsteoretiker och av missbrukare själva: *Nuförtiden vågar inte narkomaner ringa efter ambulans när någon tagit en överdos. Då kommer polisen samtidigt och så blir man tagen för narkotikabrott! Polisen griper äldre nergångna narkomaner, ibland flera gånger om dagen, för statistiken skull. Vad är det för mening med att jaga narkomaner på detta sätt? Gå på de tunga gubbarna istället! Bekämpa missbruket, inte missbrukaren!*

Det finns flera motargument mot detta. Det jag här främst tänkte betona är just möjligheten att genom att ”eget bruk” är kriminaliserat tidigt upptäcka ett missbruk hos ungdomar. Att kunna konfrontera ungdomen med missbruket innan det övergått i ett djupgående beroende. Det är också sannolikt avskräckande för i alla fall vissa ungdomar att veta att inte bara innehav är olagligt, utan att upptäcktsrisk finns så länge man kan påvisa drogen i kroppen.

Man kan också genom att ingripa tidigt och bryta missbruket förhindra att ungdomar sprider drogen. Har man sett en bra biofilm vill man berätta detta för kamraten och att han eller hon också skall se den. När ungdomen är nyförälskad i drogen sprids narkotikan från kamrat till kamrat, från syskon till syskon, från pojkvän till flickvän. Det är alltså oftast inga hemska storlangare som sprider drogen till nya intressenter...

Äldre narkomaner sprider inte drogen på samma sätt som ungdomar. Äldre narkomaner rör sig i narkomana kretsar och introducerar sällan nya personer i drogmissbruk.<sup>55</sup> Jagar man äldre tunga narkomaner på det sätt som beskrivits ovan ”för statistikens skull” är det inte bra. Men oftast tar polisen drogtester på äldre narkomaner i samband med att de begår andra brott. Dessa narkotikarapporter skickas sedan till socialtjänsten och kan ibland vara en väsentlig del i att styrka fortgående missbruk i en livsnödvändig LVM-ansökan.

\*

I övrigt gällande sekundärprevention rekommenderas varmt följande tre skrifter:

”*Tidigt ingripande*” (2000) skriven av socialsekreterare Anita Danielsson.

”*Narkotikafri skola. Praktisk handbok om policy och åtgärder.*” (2003) av folkhögskolelärare Staffan Hübinette.

”*Upptäcka missbruk*” (2006) av läraren på polishögskolan David Beukelman.

För den ideologiskt intresserade är samtliga ovanstående böcker/skrifter skrivna av personer med anknytning till Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle, RNS. Det är således inte mycket stämplingsteoretiska resonemang som återges. Även om man inte delar dessa författares uppfattning bör man ändå känna till modellerna. För att inte ”uppfinna hjulet på nytt” eller för att dra lärdom av tidigare misstag.

### **Tertiärprevention**

*Tertiärprevention* innebär att man behandlar eller lindrar ett redan utvecklat beroende. Jag tar nedan upp behandlingsforskning gällande *vuxna* personer med alkohol- eller narkotikaberoende.

Behandlingar som har effekt fokuserar på själva missbruket/beroendet och har hög grad av struktur.<sup>56</sup>

Strukturerad öppenvård är ofta lika effektivt som behandlingshem för alkoholmissbrukare. I öppenvård tvingas man under behandlingens gång att konfronteras med att gå förbi Systembolaget, säga nej till langaren, sitta ensam hemma på kvällen, knyta an till självhjälpgrupper på hemmaplan...

För personer med tungt narkotikaberoende är behandlingshem ofta inledningsvis effektivare än öppenvård.

För narkomaner är också längden i behandling av större betydelse än för alkoholister. Detta innebär dock inte att behandlingshemsvistelser över sex månader nödvändigtvis förbättrar situationen. Det är när man kommer hem igen som det stora arbetet börjar.

\*

För personer med samtidig psykosjukdom och missbruk rekommenderas vid behandlingshemsvistelse lägre grad av struktur (än för personer med personlighetsstörning eller utan psykiatriska komplikationer). Man bör parallellt arbeta med missbruket/beroendet och den psykiska sjukdomen. Rösthörargrupp på förmiddagen och återfallsprevention på eftermiddagen. Vid behandling av personer med psykos finns risk att ”för hög konfrontationsnivå eller känslointensitet.....förstärker patientens hjälplöshet och oförmåga och kan undergräva fungerande försvar.”<sup>57</sup>

\*

Vad gäller medicinska insatser vid alkohol/narkotikaproblematik (Antabus, Campral, Revia, Metadon, Subutex/Suboxone, Concerta m m) hänvisas till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.<sup>58</sup> Det finns ingen motsättning mellan dessa läkemedel och att samtidigt använda psykosocial behandling. Ibland används också uttrycket *läkemedelsassisterad behandling* (LAB). Observera att de vanor och beteenden som uppkommer i samband med att man lever ett missbrukarliv, till exempel kriminella beteenden och tankemönster, oftast finns kvar även om man medicinerar med läkemedel.

Övriga frågor gällande tertiärprevention som jag inte diskuterar här är sprutbytesprogram, sprutrum, överdosprevention, legal heroinförskrivning till heroinister och möjlighet för narkomaner att analysera styrkan på narkotika för undvikande av överdoser.

## RNS eller RFHL?

Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende, RFHL, bildades 1965.<sup>59</sup> Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle, RNS, bildades 1969. Dessa två organisationer har haft olika syn på missbruk och narkotikapolitik och följaktligen inte haft någon samverkan genom åren. RNS anklagade på 1970-talet RFHL för att vara en ”högröstad intresseorganisation för gängnarkomanerna”.<sup>60</sup> RFHL bildades som en klientorganisation, medan RNS mer organiserat professionella som socialsekreterare, poliser och lärare. RNS arbetar mest opinionsbildande medan RFHL även har arbetat praktiskt som huvudman för behandlingshem och familjevård.

Var står idag dessa båda organisationer?

- RNS ser beroendet som ett ”tillstånd i sig”, inte enbart ett symptom.
- RNS är positivt till konsumtionsförbudet av narkotika som infördes 1988
- RNS är också förespråkare av långa LVM-tider (tvångsvård).
- RNS diskuterar ofta sekundärprevention och talar om tidig upptäckt, tidigt ingripande.
- Urinprover är en metod som av RNS ofta förespråkas för att i olika sammanhang upptäcka missbruk.
- RNS betonar, på ett annat sätt än RFHL, polisens roll som upptäckare av missbruk.
- Hasselarörelsen och Föräldraföreningen mot Narkotika, FMN, är ideologiskt närstående RNS.

\*

- RFHL brukar säga att ”missbrukade människor blir missbrukare”.
- RFHL är emot legalisering av narkotika, men vill avskaffa konsumtionsförbudet.
- RFHL vill enbart ha ett kort akuttvång på max en månad för vuxna missbrukare (till skillnad från dagens möjlighet till sex månaders tvångsvård enligt LVM)
- RFHL är idag mer positivt till substitutionsbehandling (t ex metadon), än vad RNS är. Båda organisationerna har genom åren haft olika ståndpunkt i metadonfrågan. Ingen av dem är idag motståndare till metadon, även om RNS har en mer restriktiv hållning.
- RFHL förespråkar också, till skillnad från RNS, sprutbytesprogram.

## Avslutning

Jag har i denna text betonat njutningen i drogen. Men drogen kan givetvis också fylla funktionen av att döva smärta. Det finns olika vägar in i missbruket och drogen fyller olika funktion beroende på var man befinner sig i beroendutvecklingen.

Behöver missbrukaren få negativa konsekvenser av sitt droganvändande? Handlar inte förändring om att istället skapa goda relationer till ens anhöriga som missbrukare eller till klienter med drogproblem?

Bland socialhögskoleforskare betonas ofta ”relationens” betydelse för socialsekreterarens arbete med personer som har beroendeproblematik. Skårner/Regnér talar om ”en personlig relation präglad av tillit, närhet och respekt” som en ”norm för professionellt hjälparbete”.<sup>61</sup> Danielsson (2000) är en motvikt till detta synsätt. Det är viktigt med kontinuitet, att vara respektfull och ha en god kontakt med den man arbetar med. Men Anita Danielsson betonar samtidigt myndighetsrollen framför relationen ”i den meningen att vi kommer varandra nära”.<sup>62</sup> Tydlighet med detta ger också klienten trygghet i kontakten. Observera att den starkaste relationen har den beroende till drogen själv. Ett kärleksförhållande som det är svårt att konkurrera med.

Anhörigarbetet är viktigt, det är inte det jag vänder mig emot. Anhöriga behöver stöd i den situation de befinner sig i och hur de på bästa sätt kan ta hand om sig själva och stödja ”sin missbrukare”.

Men många personer med ett beroende har haft bra relationer: familj, arbete, vänner. De har ändå blivit drogberoende. För en tung narkoman som har haft en trasig uppväxt, är det naturligtvis väsentligt för att vidmakthålla drogfriheten att hon skapar goda relationer till människor. Men ibland får man uppfattningen att bara personer med beroende fick arbete, bostad och meningsfulla relationer skulle de också sluta med sitt narkotikamissbruk.

Beroendet har en egen dynamik. Jämför gärna med nikotinismen. Det är inte samma kategori av personer som blir narkomaner som de som enbart röker cigaretter. Men beroendet är på många sätt likartat. Jag menar att kunskaper om nikotinberoendet och rökavvänjning borde vara grundläggande för den som arbetar med beroendefrågor.<sup>63</sup> För att förstå grunderna i beroendebildningen. Att man har ett bra liv i övrigt är inte tillräckligt för att nikotinsuget skall försvinna.

Anonyma Narkomaner (NA) är inte en social inrättning som kan jämföras med att gå med i en idrottsklubb eller liknande. Personer som går på NA-möten arbetar med sin drogfrihet i dessa sammanhang. Med hjälp av olika tekniker. Sedan finns där en gemenskap och social samvaro också. Men enbart socialiteten skulle inte räcka för de flesta narkomaner som vill vidmakthålla en stabil drogfrihet.

De så kallade utomterapeutiska faktorerna betonas ofta som viktigare än behandling i sig. Jag skulle säga att de utomterapeutiska faktorerna ofta handlar om ett socialt tryck. Den beroende vet vad han har att förlora om han återgår till drogen. Riskerar man inte negativa konsekvenser av sin drog skulle det oftast inte finnas någon anledning att sluta med den.

\*

Vad beror återfall på?

Återfall kan bero på att man är stresskänslig och mår psykiskt dåligt. Men det kan också bero på ”triggers” i omgivningen: platser, miljöer, människor, situationer, saker. Eller att man har ätit dåligt och är hungrig eller sovit dåligt och är trött. Tankemässigt uppstår också efter en tids drogfrihet en tvekan när man upptäcker hur lätt det kan vara att sluta – efter att den akuta abstinensen är över. Är jag då verkligen beroende? Längtan efter njutningen är också många gånger en starkare orsak till återfall, snarare än längtan efter att få bort smärta.

När har man stabil drogfrihet?

Man har inte ”slutat” med drogen för att man har hållit upp ett halvår. Första året i drogfrihet brukar vara svajigt. En ibland nästan euforisk inledningsperiod på några månader följs av vardagens tristess. Den postakuta abstinensen kan finnas upp till ett år efter att drogtillgången avbrutits. Andra året är stabilare, men två år utan återfall är ett minimum för att man ska kunna tala om någon form av stabilitet i drogfriheten. Vågorna mellan drogsugen blir längre och topparna svagare, men det finns personer som återfaller med katastrofalt resultat efter många år av drogfritt leverne. Stabiliteten i drogfri tid är givetvis individuell och har också att göra med var personen befinner sig och hur han/hon i övrigt arbetar med sin drogfrihet. Är man på behandlingshem eller på annan institution, är återfallsrisken hög när man återvänder till gamla förhållanden. Det är inte svårt att vara drogfri på behandlingshemmet, är en gammal sanning...<sup>64</sup>

Kan man om man är beroende minska sitt droganvändande utan att upphöra helt med drogen? Kan en person med beroende återta kontrollen? Måste beroendet accelerera tills man hamnar på ”bårhus eller dårhus”?

Att kunna återta kontrollen över droganvändandet är kanske alla beroendes dröm. Att kunna använda ibland och lagom mycket. Att kunna kontrollera sin kontrollförlust. Klarar man detta över tid har man sannolikt inte ett beroende, utan ett missbruk.

Samtidigt får man inte bli fundamentalist i dessa frågor. Kan man finna läkemedel eller skapa tekniker för att som alkoholberoende lära sig dricka kontrollerat, eller att som nikotinberoende röka bara ibland, så måste detta tas på största allvar.

Jag kan ibland känna en lockelse till kritiken av beroendebegreppet, synen att det är mer eller mindre fria val som missbrukaren hela tiden gör när han tar sin drog. Att det inte finns något tvångsmässigt begär, någon ”metafysisk” kontrollförlust.

Jag kan också ibland vara skeptisk till utvidgningen av beroendebegreppet som har skett, till exempel inom delar av tolvstegsrörelsen, där snart sagt varje människa är beroende av något. Eller medberoende... Risken är att beroendebegreppet blir urvattnat och förlorar sitt värde. Ibland är ”dåliga vanor” ett bättre uttryck än beroende.

\*

I tidningar och andra medier ges ofta bilden av att missbrukaren idag får kämpa för att komma in i behandling. Förr försökte socialtjänsten motivera missbrukaren till behandling. I dag måste missbrukaren försöka övertyga socialtjänsten och sjukvården om att han är motiverad till behandling. Och den förklaring som ges är att det handlar om ekonomiska kortsiktiga överväganden.

Till en viss del är detta sant. Det gäller till exempel heroinister som söker läkemedelsassisterad behandling och äldre alkoholister som behöver vila upp sig en period, när kroppen (eller pensionen) tagit slut. Men annars måste det ha gått långt innan en person med beroende söker behandling, om han inte har yttre press på sig. (Resonemanget handlar inte om cynism. Man måste förstå mekanismerna i beroendet för att kunna hjälpa.)

Är det inte risk att man medverkar, blir möjliggörare, i fortsatt missbruk om man resonerar som jag gör att missbrukaren inte behöver vara helt och hållet motiverad för att beviljas behandling? Att man låter narkomanen få vila upp sig under en period, när det blivit för jobbigt att vara kvar i stan, när det är låg tillgång på droger och fängelsestraffet hänger över en?

Det är extra viktigt då att den behandling man beviljar har hög grad av struktur, fokus på beroendet och att man håller på drogfriheten i behandlingen. Då finns förutsättningar för att något inom personen ska börja växa som kanske långt senare bär frukt.

Slutligen hade Nils Bejerot rätt när han sade att man inte kan vårda bort narkotikaproblemet. Fokus inom socialtjänsten bör ligga på sekundärprevention. Med upptäckargrupper och åtgärdskedjor tillsammans med anhöriga, kamrater, arbetsgivare, skola, föreningar, fritidsgårdar, polis, sjukvård och andra intressenter.

## Noter

---

<sup>1</sup> Kriterier för substansmissbruk respektive substansberoende finns i diagnosmanualen DSM IV.

<sup>2</sup> Anonyma Narkomaner (1998, sid 3).

<sup>3</sup> Jfr Kristiansen (2000, sid 189f).

<sup>4</sup> För begreppet ”icke-vetande position”, se Anderson (2002).

<sup>5</sup> Bejerot (1984); Svensson (1997) Jfr Nakken (1996).

<sup>6</sup> Hellsten (2003)

<sup>7</sup> Bejerot (1980); Heilig (2004); Svensson (2003)

<sup>8</sup> Kristiansen (2000, sid 135f)

<sup>9</sup> [www.fmn.org.se](http://www.fmn.org.se)

<sup>10</sup> Bejerot (1984); jfr Skårner (2001, sid 48)

<sup>11</sup> Hur kan man som narkoman välja drogen framför sina egna barn? Man kan jämföra med en annan kärleksrelation: Mannen eller kvinnan som överger partnern och tar ut skilsmässa på grund av kärleken till en annan person. Vilket medför att han/hon kanske bara kommer att träffa sina barn en helg varannan vecka. Man kan också tillägga att barnen, eller barnbarnen, många gånger är en stark drivkraft för att så småningom söka behandling.

<sup>12</sup> Stockholms Universitet (2006)

<sup>13</sup> Jfr Prochaska & DiClementes motivationscirkel, se t ex Heilig (2004).

<sup>14</sup> Jfr Kristiansen (2000, sid 201).

<sup>15</sup> Bejerot (1980, sid 173).

<sup>16</sup> Se t ex Melin/Näsholm (1998)

<sup>17</sup> Socialstyrelsen (2007b, sid 23)

<sup>18</sup> Bengt Svensson, docent i socialt arbete, använder ordet ”snylta”, om narkomaners levnadssätt. (Svensson 2003, sid 174.)

<sup>19</sup> Bejerot (1981)

<sup>20</sup> Kihlström (2007, sid 127) ser ansvarsfilosofin inom tolvstegsrörelsen som ett uttryck för just moralism.

<sup>21</sup> Jfr Johnson (2005, sid 154)

<sup>22</sup> Bejerot (1984)

<sup>23</sup> Svensson (1997); Socialt perspektiv 1997.

<sup>24</sup> Jfr Bergström (2000).

<sup>25</sup> Jfr Tännsjö (1996)

<sup>26</sup> Jfr Hagman/Ståhl (1997); Svensson (2007, sid 140).

<sup>27</sup> Olika vägar in i missbruket har beskrivits av Bejerot (1978) och Svensson (2005).

<sup>28</sup> Det behöver naturligtvis inte nödvändigtvis vara så i detta exempel att föräldrarnas relationsproblem orsakar tonåringens droganvändande. Sonens droganvändande kan omvänt ha orsakat föräldrarnas relationsproblem. Alternativt kanske allting påverkar varannat så att man inte kan urskilja orsak och verkan. Eller också finns överhuvudtaget inga inbördes orsakssammanhang mellan föräldrarnas relationsproblem och sonens droganvändande. Problemen existerar parallellt, utan att ha orsakat varandra.

<sup>29</sup> Amfetamin ger abstinens, t ex sömnstörningar och psykomotorisk agitation eller hämning. (Se DSM IV)

- <sup>30</sup> Kan det vara farligt att sluta dricka alkohol? Svar: Ja. Om man druckit stora mängder alkohol under en längre tid kan man i abstinensfas få epileptiska anfall eller delirium tremens. Tillstånd som kan vara dödliga. Akut alkoholabstinens är upp till fyra dygn efter att personen slutat dricka. Bensodiazepinabstinens varar betydligt längre och kan likaså vara livshotande. Heroinabstinens däremot är i normalfallet ofarligt. Observera dock att heroinister ofta blandar med bensodiazepiner. (För en medicinsk genomgång av drogabstinens, se Heilig 2004)
- <sup>31</sup> ”De 98 respondenterna formulerade sin historia på AA-sätt och de definierade sin alkoholism utifrån AA-ideologi. Studien ger egentligen mer en bild av AA-ideologi och hur människor kan använda den för att hantera sin egen verklighet, än en bild av mysteriet alkoholism. Jellinek framförde själv vissa reservationer, både för sin studie och för sjukdomsmodellen.” (Helmersson Bergmark 1996, sid 50)
- <sup>32</sup> Pockettidningen R (1979, sid 209).
- <sup>33</sup> För den som är intresserad av kritiken av beroendebegreppet hänvisas till Bergmark & Oskarsson (2000) samt Kihlström (2007).
- <sup>34</sup> Johansson; Wirbring (2005, sid 174)
- <sup>35</sup> Kihlström (2007, sid 33) refererar studier över heroinister som återgått till ett kontrollerat heroinanvändande.
- <sup>36</sup> Jfr Heilig (2004).
- <sup>37</sup> En del socialkonstruktionister skulle dock säga att alkoholister (eller personer med alkoholberoende) inte fanns på vikingatiden eftersom orden då inte var uppfunna...
- <sup>38</sup> Jämför hur den narrative systemteoretikern Michael White arbetar med *externalisering* av ett problem. (”Vad skall vi kalla skolkandet, Kalle? Vi kallar det Skolspöket! Eller Spökis! Nu har vi ett gemensamt problem i familjen och skolan. Spökis!! Det är inte Kalle som är problemet utan Spökis! Hur skall vi hjälpas åt för att få bort Spökis?”)
- <sup>39</sup> Se t ex Jansson, I; Fridell, M (2003)
- <sup>40</sup> Runquist (1998)
- <sup>41</sup> Heilig (2004)
- <sup>42</sup> Jämför dessa två uttryck: ”Jag tar avstånd från dina handlingar, men inte från dig som person.” - ”Man är sina handlingar” Det sistnämnda uttrycket brukar tillskrivas Jean-Paul Sartre. Sartres uttryck innebär, som jag ser det, att man har gott och dåligt i sig som samsas sida vid sida. Handlingarna finns alltså inte utanför mig som person.
- <sup>43</sup> För en kritisk diskussion av stämplingsteorin, se Bergström (2004); Knutsson (1977).
- <sup>44</sup> SOU (2000, sid 116)
- <sup>45</sup> Sedan är det andra faktorer som spelar in för om en ungdom skall pröva narkotika. Samhällelig tillgång på drogen, kamraters inställning, genetiskt arv, personlighet, psykosociala omständigheter. Dessa bakgrundsfaktorer kan kombineras på olika sätt och utgöra riskfaktorer för missbruk. Ibland är det mer av det ena, ibland av det andra. Nikotinanvändare kan ha vissa riskfaktorer i sin bakgrund (kön, socialklass, skilsmäsohem, föräldrars rökvanor...), men den samhälleliga exponeringen av drogen nikotin spelar en betydligt större roll. För illegala droger där den öppna exponeringen är lägre, är andra bakgrundsfaktorer en större risk.
- <sup>46</sup> Jfr Harris (2006).
- <sup>47</sup> SOU (2000, sid 130)
- <sup>48</sup> Nilsson (2003).
- <sup>49</sup> Det är inte ovanligt med missbrukare som efter tre veckors drogfrihet vill föreläsa för ungdomar om sitt nyvunna liv.
- <sup>50</sup> Abrahamson m fl (2006)
- <sup>51</sup> Bankel; Hermansson (1988, sid 69f). För att ta ett konkret exempel från min egen verklighet: För att komma i kontakt med de kat-tuggande personerna i stadsdelen: Skall jag som socialsekreterare prioritera att gå ut och bedriva uppsökande verksamhet på torget? Bör jag inte snarare gå via de somaliska kvinnoföreningarna där kontakten, relationen, kunskapen och möjligheten till social påtryckning finns?
- <sup>52</sup> Sinadinovic, K; Wahlgren, U (2007)
- <sup>53</sup> Bankel; Hermansson (1988, sid 54)
- <sup>54</sup> Carlberg (1999)
- <sup>55</sup> Ett dåligt argument mot sprutbytesprogram är att det skulle medföra nyrekrytering av narkomaner. Injektionsmissbruket kommer ju nästan alltid in i ett sent skede av beroendeutvecklingen.
- <sup>56</sup> För referenser gällande behandlingsforskning hänvisas till Berglund m fl (2000), SOU (2000), SBU (2001), Socialstyrelsen (1996), (2007a).
- <sup>57</sup> Socialstyrelsen (1996)
- <sup>58</sup> Socialstyrelsen (2007a)
- <sup>59</sup> RFHL uttyddes ursprungligen Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare.
- <sup>60</sup> Bejerot (1978)
- <sup>61</sup> Skärner; Regné (2003, sid 60).
- <sup>62</sup> Danielsson (2000, sid 26).
- <sup>63</sup> En läsvärd forskningsbaserad bok om nikotinberoende är Holm Ivarson (2008).

---

<sup>64</sup> Nils Bejerot betonade redan 1969 vikten av eftervården (Bejerot 1969, 1980). En förutsättning för att kunna lyckas med eftervården är dock att primärvården fungerat. I LVM-sammanhang försöker man slussa ut klienten under pågående LVM-tid till ett öppet behandlingshem. Om klienten avviker polishämtas han tillbaka till det låsta LVM-hemmet. Han flyttas över till öppen avdelning och sedan ett nytt försök på öppet behandlingshem. Han avviker igen och polishämtas tillbaka till LVM-hemmet. Klienten vill nu bara åka tillbaka till sin hemstad. Att avsluta sin LVM-tid inläst på avdelning, lutad mot dörren, drogsugen, när portarna slås upp, skapar inga goda förutsättningar för en fungerande eftervård. Socialtjänsten erbjuder för syns skull en öppenvårdskontakt med ett drogfritt boendealternativ som klienten aldrig kommer fram till. Ett par veckor senare dyker klienten upp på socialkontoret, narkotikapåverkad, och erbjuds då härbärgesplats. Förloppet är inte helt ovanligt. När forskarna senare intervjuar LVM-vårdade klienter säger de att efter sex månaders LVM erbjöds de bara en härbärgesplats när de kom hem... Och forskarna drar slutsatsen att eftervården inte fungerat...

## REFERENSER

- Abrahamson, M m fl (2006): *Vad får missbruket för konsekvenser?* Rapport 16, 2006. Mobilisering mot narkotika.
- Anderson, H (2002): *Samtal, språk och möjligheter. Psykoterapi och konsultation ur postmodern synvinkel.* Mareld.
- Anonyma Narkomaner (1998): *Basic Text.* Narcotics Anonymous.
- Bankel, M; Hermansson, U (1988): *Att störa är att bry sig om.* Mary Media.
- Bejerot, N (1978): *Missbruk av alkohol, narkotika och frihet.* Ordfront.
- Bejerot, N (1969, 1980): *Narkotika och narkomani.* (3:e reviderade upplagan) Bonniers/Aldus.
- Bejerot, N (1981): *Missbruk och missförstånd.* Ordfront.
- Bejerot, N (1984): *Narkomani – vad är det?* (Föreläsning på [www.nilsbejerot.se](http://www.nilsbejerot.se))
- Berglund m fl (2000): *Behandling av alkoholproblem.* Centrum för utvärdering av socialt arbete. Liber.
- Bergmark, A; Oscarsson, L (2000): *Vilket är problemet?* i Berglund m fl (2000): *Behandling av alkoholproblem.* Centrum för utvärdering av socialt arbete. Liber.
- Bergström, G (2000): *Hassela använder en skambaserad pedagogik.* Socionomen nr 1/2000
- Bergström, G (2004): *Kriminalitet som livsstil.* Mareld.
- Beukelmann, D (2006): *Upptäcka missbruk.* Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle.
- Carlberg, A (1999): *Dags för en humanistisk narkotikapolitik.* Oberoende 1-2/1999
- Danielsson, A (2000): *Tidigt ingripande.* Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle.
- Hagman, G; Ståhl, R (1997): *Amfetamin och sexualitet.* Socialt Perspektiv 2-3 1997.
- Harris, J R (2006): *Myten om föräldrars makt.* Svenska föreningen för psykisk hälsa.
- Heilig, M (2004): *Beroendetillstånd.* Studentlitteratur.
- Hellsten T (2003): *Flodhästen i vardagsrummet.* Cordia
- Helmersson Bergmark, K (1996): *Anonyma alkoholister i Sverige.* Akademisk avhandling. Sociologiska institutionen. Stockholms Universitet. Almqvist & Wiksell International.
- Holm Ivarson, B (2008): *Sluta röka och snusa på fyra veckor.* Månocket.
- Hübinette, S (2003): *Narkotikafri skola. Praktisk handbok om policy och åtgärder.* Fri förlag.
- Jansson, I; Fridell, M (2003): *Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor.* Statens institutionsstyrelse.
- Johansson, K; Wirbring, P (2005): *Riskbruk och missbruk.* Natur och Kultur.
- Johnson, B (2005): *Metadon på liv och död.* Studentlitteratur.
- Kihlström, J (2007): *Böjelser och begär. En kritik av medicinens beroendebegrepp.* Örebro Studies in Sociology.
- Knutsson, J (1977): *Stämplingsteori – en kritisk granskning.* BRÅ Rapport 1977:1.
- Kristiansen, A (2000): *Fri från narkotika. Om kvinnor och män som har varit*

- 
- narkotikamissbrukare*. Akademisk avhandling. Institutionen för socialt arbete. Umeå Universitet. Bjurner och Bruno.
- Melin, A-G; Näsholm, C (1998): *Behandlingsplanering vid missbruk*. Studentlitteratur.
- Nakken, C (1996): *Jaget och missbrukaren*. Proprius.
- Nilsson, I (2003): *Fd missbrukare i ANT-undervisningen: Bra eller dåligt?* Alkohol & Narkotika 4-5/03.
- Pockettidningen R (1979): *En annan historia*. Pockettidningen R Nr 5/6 1979.
- Runqvist, W (1998): *Upptäckten av nya beroenden – från alkohol till spel och sex*. Socionomen nr 4/98.
- Rönnbäck, K (2002): *En kedja av åtgärder. Narkotikabekämpningen i Uppsala*. Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle.
- SBU (2001): *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsammanställning. Sammanfattning och slutsatser*. Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Socialstyrelsen (1996): *Psyiskt störda missbrukare*. SoS rapport 1996:14.
- Socialstyrelsen (2007a): *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*.
- Socialstyrelsen (2007b): *Implementerings- och utbildningsstöd. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*.
- Socialt perspektiv 2-3 (1997): *Rusets roll - om alkohol och droger som lockelse*.
- Stockholms Universitet (2006): *"Alkohol- och droganvändare förmås söka vård av omgivningen."* Pressmeddelande 2006-11-13.
- Sinadinovic, K; Wahlgren, U (2007): *MUMIN-projektet. Utvärdering av tidiga insatser mot ungdomars narkotikamissbruk*. Mobilisering mot narkotika.
- Skårner, A (2001): *Skilda världar? En studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk*. Akademisk avhandling. Institutionen för socialt arbete. Göteborgs Universitet.
- Skårner, A; Regné, M (2003): *"Det är dom här jag har och inte har"*. Om LVM-vårdade narkotikamissbrukares sociala nätverk. Statens institutionsstyrelse.
- SOU (2000): *Vägvalet - den narkotikapolitiska utmaningen*. SOU 2000:126.
- Storbjörk, J (2006): *The social ecology of alcohol and drug treatment: Client experiences in context*. Stockholms Universitet.
- Svensson, B (1997): *Livet som narkoman*. Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift, vol 14/1997.
- Svensson, B (2003): *Knarkare och plitar. Tvångsvården inifrån*. Carlssons.
- Svensson, B (2005): *Heroinmissbruk*. Studentlitteratur.
- Svensson, B (2007): *Pundare, jonkare och andra*. Carlssons.
- Tännsjö, T (1996): *Lyckopiller förbättrar världen*. DN Debatt 1996-06-02. (Återgiven med rubriken *Är lycka livets mening?* i artikelsamlingen *Filosofi och politik*. Manifest 2000.)