

Självmedicinerar missbrukare?

”Som regel förvärras också psykiska störningar till följd av missbruket och tvärtemot lekmanuppfattningen finns ringa empiriskt stöd för självmedicineringshypotesen (Berglund & Öjehagen, 1998; Fridell, 1991; SBU, 2001).”¹

Självmedicinering eller inte handlar givetvis om definition av begreppet. En heroinist som inte får sitt heroin drabbas av abstinens. När han då tillför heroin försvinner abstinensen. Detta brukar dock inte benämnas självmedicinering.

Självmedicinering beskrivs oftast som att en person har psykiska eller fysiska symptom som *inte* är relaterade till droganvändandet. För att lindra dessa symptom tar personen droger. Exempelvis en smärtpatient som ökar morfinintaget tills han utvecklar ett beroende. En person med krigstrauma som röker cannabis för att stå ut med sina minnen. Eller en person med ADHD som tar centralstimulantia för att minska sina psykiska och sociala svårigheter.

Självmedicineringsbegreppet är ofta starkt omhuldat av narkomaner själva och blir många gånger ett försvar för fortsatt drogande.

*

En del menar att *alla* personer med beroendeproblematik självmedicinerar en psykisk grundproblematik. Ett vanligt motargument är nikotinberoendet, där ytterst få skulle säga att nikotinisten bär med sig en psykisk eller social grundproblematik som han självmedicinerar.²

När nikotinisten upphör med sitt nikotinintag får han psykiska symptom. T ex rapporteras rastlöshet, tomhetskänslor och upplevelser av meningslöshet. Detta är inget belegg för att nikotinisten har behov av psykoterapi eller dylikt, utan är en naturlig fysiologisk följd av att nikotinintaget har upphört, vilket leder till olika psykiska symptom. På samma sätt beskriver ofta narkotikamissbrukaren ”sociala fobier”, ”panikångest” eller ”depression”, när han upphör med drogintaget.

*

Nu kan man invända att det inte är samma kategori av personer som blir nikotinister som blir narkomaner. Hos personer med narkotikaberoende finns t ex en överrepresentation av personlighetsstörningar och övergreppsproblematik under uppväxten.³

Vägen in i missbruk är en kombination av sårbarhet hos individen själv och tillgången på drogen i samhället. Sårbarhet kan innebära genetik, uppväxtfaktorer, erfarenheter av trauman, arbetslöshet etc. Är tillgången låg på drogen krävs högre sårbarhet hos individen. Finns det mycket av en drog i samhället, krävs liten mottaglighet hos individen för att beroende skall utvecklas. Ibland räcker det med nyfikenhet och spänningssökande. Ibland krävs mer.

Olika droger har också olika beroendepotential. Ytterligare en faktor som kan tilläggas är att individen måste göra ett aktivt val att pröva drogen.

*

Att man börjar ta droger som försök till självmedicinering, för att man mår dåligt, är inte detsamma som att man därför också fortsätter ta drogen. När missbruket övergått i ett beroende blir beroendet ett eget tillstånd som lever sitt eget liv, oavsett vad som utlöst missbruket. Och beroendet medför sina egna komplikationer.⁴

Beroendeforskaren Markus Heilig beskriver en studie som visar hur psykiatriska symptom uppstår av droganvändande:

”Ett knappt hundratal patienter som identifierats som ’psykiskt sjuka missbrukare’ genomgick en strukturerad psykiatrisk utredning, under vilken vi säkerställde att patienterna verkligen var alkohol- och drogfria. Vi satte inte diagnos förrän de hade varit drogfria i tre veckor. /.../ Endast cirka en tredjedel av patienterna visade sig i själva verket ha en aktuell psykiatrisk diagnos, trots att gruppen var utvald med psykisk sjukdom som kriterium! ...det finns en stor överdiagnostik och överbehandling av psykiatriska problem hos beroendepatienter.

Depressions- och ångestsyndrom var bara något vanligare bland våra patienter än i normalbefolkningen. Detta resultat ger inte något generellt stöd för självmedicineringshypotesen. I så fall skulle depressions- och ångestsjukdomarna förväntas vara starkt överrepresenterade.”⁵

I Alkohol & Narkotikatidningen nr 6/99 kritiserar självmedicineringshypotesen. En studie definierar självmedicinering som att ”individen väljer att missbruka preparat som har en specifik farmakologisk effekt på symptom förknippade med den psykiska sjukdomen.” Studien kommer bland annat fram till att man *inte* ”funnit några samband mellan valet av drog och psykiatrisk diagnos utan snarare med tillgänglighet och marknad.”⁶

En annan vanlig föreställning är att olika personligheter väljer olika droger.

”Psykiolog Mats Fridell har i en genomgång av ett stort antal studier sökt efter samband mellan personlighet och val av drog. Inga sådana samband har hittills kunnat beläggas.”⁷

Man kan ibland höra tankegångar att det är speciella (självdestruktiva) personligheter som väljer att injicera drogen. Man bortser då från beroendeutvecklingen innebärande att toleransen för drogen höjs. Det blir kostsamt och ineffektivt med det sedvanliga intagnings sättet och missbrukaren övergår till att injicera, vilket ger en starkare lustupplevelse till lägre kostnad.

Drogens funktion av njutning

Självmedicineringsförespråkarna betonar ofta drogens funktion av flykt.

Det är sant att drogen kan fylla funktionen av flykt (eller identitet). Men det finns också något annat väsentligt i drogens funktion: Njutningen. Det är skönt att ta droger.

Återfall behöver inte alltid handla om att personen mår speciellt dåligt. Längtan efter njutningen kan bli stark i sig. Drogberoendet blir en drift, på samma sätt som sexualiteten. I

filmen *Trainspotting* beskriver heroinister känslan att ta heroin: *Orgasm gåranger tusen*.
Längtan efter drogen behöver inte vara längtan efter flykt, utan kan vara längtan efter lusten.

Alkoholisten ser på våren uteserveringarna öppna. Solen skiner och han mår bra. Han är på väg hem efter en väl genomförd arbetsvecka. Ett inlärt beteende drar igång alkoholsuget.

Den beroende måste därför alltid påminna sig vem han är och vad han bär med sig.

*

Vid behandlingsarbete med beroende räcker det således inte med kunskaper om utvecklingspsykologi, familjesystem, psykopatologi och trauman. Ej heller räcker det med kunskaper om socialt utanförskap, segregation och strukturella orsaker till missbruk. Man måste också – och kanske framförallt - ha kunskaper om själva beroendet.

Detta handlar inte enbart om medicinska konsekvenser av missbruket som t ex postakut abstinens (PAA), utan även om tankemönster, inlärd beteenden, återfallsprevention och strategier för att upprätthålla drogfrihet.

Andra specifika beroendekunskaper är missbruksmönster, korstolerans, positiva psykologiska och sociala effekter av drogandet, konsekvenser och förhållningssätt för anhöriga m m.

Sammanfattning

* Det finns olika vägar in i missbruket. Är det hög tillgång på drogen i samhället krävs mindre av individuell mottaglighet/sårbarhet. Jämför med nikotinismen.

* Drogerna är i sig beroendeskapande. Och beroendet genererar sin egen problematik: Dåliga relationer med anhöriga, ångest för att man i missbruket har skadat människor, psykiatriska symptom, bostads- och arbetslöshet osv.

* Det som gör att man börjar med droger är inte detsamma som gör att man tio år senare har utvecklat ett beroende och fortsätter att missbruka. Drogens eventuella funktion av självmedicinering när personen börjar sitt missbruk, innebär inte att drogen fyller samma funktion när beroendet är fullt utvecklat.

* Beroendet är ett eget separat tillstånd som kommer att finnas kvar även om personen får bearbeta trauman i barndomen, medicinerar för psykisk sjukdom, får ett arbete, byter stad etc.

Noter

¹ Fridell/Jansson 2003, sid 51

² Det finns forskare som hävdar att även nikotinisten röker för att dämpa en grundläggande psykisk eller social grundproblematik: ”Det är främst för att lugna ned sig och dämpa sin inre oro som de unga röker, inte för att hävda sig och bli accepterade i en grupp. Det hävdas i en ny studie från Rodinstiftelsen...” (Lundberg 2004) Jfr Kihlström (2007, sid 226); Svensson (2003, sid 202).

Svenska Folkhälsoinstitutet skriver på sin hemsida: ”Anledningen att rökare upplever det som att cigaretten lugnar är att den som röker helt enkelt har nikotinabstinens en gång i timmen och behöver nikotin för att bli lugn och samtidigt pigg och koncentrerad. De som röker upplever mer stress än de som inte röker. Den första tiden när du slutar kan man känna sig oroligare, men efter ett tag blir man lugnare än tidigare.” (www.fhi.se; 2007-05-16)

Även amfetaminister som hållit på länge brukar beskriva att de blir lugna av amfetaminet: ”Jag måste ha amfetamin för att må bra. Jag har nog adhd.” Vilket personen naturligtvis kan ha, men det behöver inte vara därför han upplever sig bli lugn av amfetaminet. På liknande sätt måste en del äldre personer med högt koffeinintag ha sin kopp kaffe på kvällen för att kunna somna. Jämför också hur en del amfetaminister kan säga att ”amfetaminet var bättre förr”. De får alltså inte samma effekt längre av drogen, vilket sällan har med kvaliteten på amfetaminet att göra... (Långvarig amfetaminanvändning rubbar hjärnans dopaminproduktion.)

³ Fridell/Jansson 2003; Nyman 1999

⁴ Bejerot 1978

⁵ Heilig 2004, sid 179

⁶ Hasselgren 1999. ”Det vanligaste när redan deprimerade röker cannabis är att besvären tilltar i form av ångest och dysfori. Självmedicinering avvisas av flera forskare. Det är dock inte otroligt att vissa under gynnsamma omständigheter kan få en tillfällig dämpning av en depression vid användning av cannabis med låg koncentration av THC.” (Ramström 2009, sid 54) Se också Mueser (1995) för en kritik av självmedicineringsbegreppet och en genomgång av studier om missbruk bland personer med schizofreni.

Det finns en överrepresentation av droganvändning bland personer med adhd, personlighetsstörningar och schizofreni. Alternativa orsaker till att överrepresentationen beror på självmedicinering kan vara *impulsbenägenhet* eller *sociala skäl* till missbruk. Personer med schizofreni blir ofta ensamma och får då kamrater bland missbrukarna ”på bänken” som är mest intresserade av den psykiskt sjukes lägenhet... (Personer med schizofreni har för övrigt ofta svårt att få pengar till narkotika och har därför många gånger inget mer djupgående narkotikaberoende.) Jag vill betona att vissa personer med svår adhd blir hjälpta av och är i behov av medicinering med centralstimulantia. De läkarföreskrivna dygnsdoserna är dock mer än 100 gånger lägre än när en person med adhd missbrukar amfetamin ”på gatan”.

⁷ Melin/ Näsholm 1994, sid 27. Forskningsöversikten som refereras heter *Personlighet och drogmissbruk*. CAN 1991.

Referenser

- Bejerot, N (1978): *Missbruk av alkohol, narkotika och frihet*. Ordfront.
- Fridell, M; Jansson, I (2003): *Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor*. Statens institutionsstyrelse.
- Kihlström, J (2007): *Böjelser och begär. En kritik av medicinens beroendebegrepp*. Örebro Studies in Sociology.
- Lundberg, L (2004): ”Unga röker för att dämpa sin oro” Drugnews nyhetssite www.drugnews.nu; Publicerad 2004-06-01.
- Hasselgren, S (1999): *Hönan eller ägget*. Alkohol & Narkotika 6/99. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Heilig, M (2004): *Beroendetillstånd*. Studentlitteratur.
- Melin, A-G; Näsholm, C (1994): *Behandlingsplanering vid missbruk*. Studentlitteratur.
- Mueser, K T m fl (1995): *Dubbel diagnos. Behandling av svårt psykiskt sjuka missbrukare*. Stiftelsen Ett helt liv.
- Nyman, A (1999): *Beroende av droger – utsatt för övergrepp?* Statens institutionsstyrelse.
- Ramström, J (2009): *Skador av hasch och marijuana*. Statens folkhälsoinstitut.
- Svensson, B (2003): *Knarkare och plitar. Tvångsvården inifrån*. Carlssons.