

Beroendesjukdomarna är folksjukdomar

Markus Heilig börjar med att rensa bland begreppen. »Missbruk och missbrukare är dåliga begrepp som kan stå för allt möjligt. De bör snarast utmönstras«, säger han. »Inom sjukvården talar vi i stället om *beroendesjukdomar*. Om ett antal människor använder tillräckligt mycket alkohol eller andra droger tillräckligt länge, så kommer 15–20 procent av dem att utveckla en särskilt destruktiv relation till de här substanserna. De har blivit beroende«.

Det finns olika diagnossystem och kriterier men de har många gemensamma drag. Viktigast är att när de här tillstånden utvecklas har något gått sönder i beteendekontrollen. Personen som är beroende vet att fortsatt bruk kommer att skada hen själv eller personer hen bryr sig om. De själva kommer kanske att dö. Ändå fortsätter de att använda substansen.

»Det här visar att det är helt förfelat att moralisera, eller att försöka informera bort beroendeproblemen«, säger Markus Heilig. »Möter vi patienter med fullt utvecklat beroende är det inte kunskaperna som saknas. Det är något annat.«

Ärftlighet och miljöfaktorer

Beroendesjukdomarna är kroniska och går i skov. I likhet med många kroppsliga sjukdomar finns det en stor komponent av ärftlig sårbarhet: mellan 50 och 70 procent av risken att utveckla beroende ligger i ens genetiska uppsättning.

Detta betyder inte att man negligerar miljöfaktorerna. Det är när den genetiskt sårbara individen möter miljöfaktorerna som sjukdomen utvecklas – det kan handla om ett tidigt livstrauma, eller förekomst av rusmedel eller våld i omgivningen.

I likhet med hur det förhåller sig med många andra kroniska sjukdomar kan vi i dag inte bota beroende. Men vi kan behandla det så att patienten får en god livskvalitet, så att lidandet för patient och närstående minskar, och så att risken för självmord i det närmaste elimineras. Det skiljer sig i grunden inte från hur vi behandlar andra kroniska sjukdomar som astma, diabetes eller högt blodtryck.

Hög risk för självmord

Beroendessjukdomar är vanliga. Bara alkoholberoende drabbas under livstiden 13–14 procent av befolkningen. Vid ett givet tillfälle är omkring 4 procent av befolkningen inne i ett beroende.

Man kan jämföra med depressionssjukdomar. Numera har de flesta klart för sig att obehandlad depression är en stark riskfaktor: Omkring sex procent av personer med affektiv sjukdom dör i självmord. Detta har lett till att man i dag arbetar mer aktivt med att screena för, diagnosticera och behandla sjukdomen.

Mindre känt är att risken vid beroende är minst lika hög.



KRONISKT BEROENDE. Vi kan inte bota beroende, men vi kan behandla det så att patienten får en god livskvalitet och att risken för självmord i det närmaste elimineras.

Av personer med alkoholberoende dör sju procent i självmord. Annorlunda uttryckt: En patient med en beroendesjukdom har tio gånger så hög risk att dö i självmord som en människa av samma kön och ålder men utan ett beroende.

Skillnader mellan män och kvinnor

Det finns viktiga könsskillnader. Fler kvinnor än män drabbas av depressioner. För beroendesjukdomar gäller det omvända. Generellt för självmord gäller att fler kvinnor gör försök, men fler män avlider. Det senare gäller dock inte vid beroendesjukdomar. Bland patienter med beroendetillstånd dör samma andel i självmord oavsett kön.

Patienter med beroende kommunicerar väldigt ofta suicidala tankar och planer när de är påverkade, ofta i tumultartade sammanhang vid bråk och konflikter. Det är mycket svårt att veta hur man ska hantera detta. Vi är vana att ta självmordsrisk på allvar, men man kan inte ha fullt pådrag hela tiden. Något entydigt bra svar på hur man ska göra finns inte.

MARKUS HEILIG

är psykiater och internationellt framstående stress- och beroendeforskare. Han var under ett tiotal år forskningschef på amerikanska National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Sedan 2015 är han professor vid Linköpings universitet, där han leder Centrum för social och affektiv neurovetenskap.



Nedsatt impuls kontroll viktig riskfaktor

När man ska hantera de här utmaningarna måste man känna till att det finns två slag av riskfaktorer: Personbundna riskfaktorer, som finns hos patienten hela tiden, och de situationsbundna utlösande faktorerna. De här två typerna av riskfaktorer samverkar. När en potentiellt utlösande livshändelse inträffar hos en sårbar individ kan risken gå över i ett självmord.

Den viktigaste personbundna riskfaktorn är en *försämrade förmåga att kontrollera impulser*, i synnerhet aggressiva impulser. Förmågan att hantera impulser sköts av framloberna, den mest avancerade delen av våra hjärnor. Först vid 25 års ålder är framloberna fullt utvecklade, vilket förklarar att ungdomar och unga vuxna kan ha svårt att hantera impulser och överblicka konsekvenserna av handlingar. Men även bland vuxna finns stora individuella skillnader.

Under människans utveckling har det varit en fördel att vissa individer varit eftertänksamma och andra impulsiva. Men i dagens komplicerade samhälle, med allt högre krav på att överblicka konsekvenserna långt in i framtiden, kan nedsatt impuls kontroll leda till att man stöts ut ur samhällsgemenskapen. Nedsatt funktion i framloberna, och i hjärnans serotoninsystem, är mycket starka riskfaktorer för beroendesjukdomar.

ADHD kan starta ond cirkel

Prototypen för nedsatt förmåga att hantera impulser är ADHD. En person med ADHD, som inte får någon verksam behandling, har i vuxen ålder en fördubblad risk att utveckla ett beroende av något slag. Men om patienten får diagnos och en verksam behandling, försvinner nästan hela överrisken.

Med ADHD finns potential för en destruktiv ond cirkel. Individen föds med nedsatt förmåga att kontrollera sina impulser, till följd av genetiska faktorer. Därmed har hen förhöjd risk att börja använda droger. Men drogerna i sig har ett negativt inflytande på hjärnans funktion, och kommer att sätta ner funktionen i framloberna ytterligare.

TRE PERSONBUNDNA RISKFAKTORER

1 OFÖRMÅGAN ATT KONTROLLERA IMPULSER gäller speciellt en viss typ av aggressivitet, den som flamar upp i affekt när man blir hotad, kränkt eller på annat sätt provocerad. Den kallas reaktiv aggressivitet och är starkt kopplad till impulsiva personlighetsdrag. Här bör man förstå att självmord också är en aggressiv handling.

2 SVÅRIGHETSGRADEN AV BEROENDESJUKDOMEN är också en riskfaktor. Den som är sårbar från början blir lättare starkt beroende. Man börjar tidigare, dricker mer och håller på längre. Man exponerar sig under livet för större doser av alkohol, och det sätter fart på den onda cirkel som beskrivs ovan.

3 NEGATIV EMOTIONALITET är en benägenhet att falla ner i hopplöshet, att alltför lätt reagera med negativa känslor på svårigheter som för andra inte är så stora. En välkänd riskfaktor för detta är trauma tidigare i livet. De här människorna använder ofta alkohol eller andra droger för att reglera de negativa känslorna. Detta är vanligare bland kvinnor än bland män.

LÄS MER

Markus Heilig: *Alkohol, droger och hjärnan. Tro och vetande utifrån modern neurovetenskap* (Natur & Kultur 2015).

TRE SITUATIONSBUNDNA RISKFAKTORER

1 EPISODER AV DEPRESSION är förstås riskfaktorer även för beroendepatienter. Många av dessa patienter har också ett mönster av att reagera med negativa känslor. Kombinerar man detta med en pågående depression är risken för självmord hög. En markör för det är en känsla av hopplöshet.

2 INTERPERSONELL FÖRLUST ELLER KONFLIKT är också en vanlig riskfaktor. Negativa känslor och aggressivitet provoceras av kränkningar och bortstötning. Många händelser i patienternas liv kan uppfattas som negativa livshändelser. De svåraste är uppbrott från relationer, och att bli bortstött.

3 DEN TREDJE SITUATIONSBUNDNA RISKFAKTORN är själva intoxikationen. Mellan en tredjedel och hälften av de som dör i självmord har alkohol, andra droger eller båda delarna i blodet. Många tror att alkohol och droger generellt ökar impulsivitet och aggressivitet, men det stämmer inte alls. Däremot kan personer som redan har nedsatt impuls kontroll reagera just så, med utåtriktad aggressivitet eller självmord som konsekvens.

Lång väntan på diagnos

»Även om vi lyckas förhindra ett självmord i den akuta situationen så är det inte tillräckligt«, säger Markus Heilig. »Riskfaktorerna finns ju kvar. Vi borde lära av depressionsområdet, där man arbetar mer med systematisk screening. I dag vet vi, att de flesta beroendepatienter förblir odiagnostiserade efter mer än tio års beroende. Problem som förblir okända går det inte att göra något åt.«

»Socialstyrelsen har sedan länge givit ut riktlinjer för hur vi bör göra, och det finns enkla screeningformulär som har en god förmåga att identifiera de här problemen. Screeningformulären är en bra början; de bör användas i all sjukvård.«

»När problemen väl identifierats behöver vi erbjuda behandling. Det finns ett antal evidensbaserade psykologiska behandlingsmetoder, och det finns flera läkemedel som visats kunna vara till viss nytta. Kombinerar man det här på ett bra sätt, kan många patienter få en fullgod livskvalitet. Tyvärr ser det inte ut så i dag. Men om vi brett kunde identifiera och behandla beroendetillstånden, skulle vi kunna förebygga många självmord.«

Konfrontation är en återvändsgränd

Behandlingen ska inte ses som en isolerad åtgärd, understryker Markus Heilig: »Värdet av drogerna beror på vad som finns i patientens liv för övrigt, vilka alternativ patienten har. Kan vi komponera ihop en behandling som innehåller till exempel sociala belöningar och arbete i gemenskap, ökar chansen att lyckas.«

»Ett konfrontativt bemötande, som tyvärr har varit vanligt i beroendevården, är däremot direkt kontraproduktiv. Det har funnits en föreställning om att om man konfronterar patienterna med deras problem, så ska de skärpa sig och sluta krångla. Men det vi gör när vi konfronterar patienten – när vi kriminaliserar deras användning av rusmedel eller på andra sätt visar vårt avståndstagande – är i själva verket att vi driver vidare den utstöttnings- och marginaliseringsprocess som är en central del i själva sjukdomsförloppet.«