



Stockholms  
universitet

## **Att sluta missbruka – med eller utan samhällets hjälp**

© Jan Blomqvist, SoRAD

# Innehåll:

- **”Vad är problemet?” Uppfattningar om narkotikamissbruk**
  - Teorier om narkotikamissbruk
  - Den svenska ”doxan”
  - Det multifaktoriella perspektivet – två versioner
  - Wests Theory of Addiction
- **Behandling av narkotikamissbruk – vad säger evidensen?**
  - De nationella riktlinjerna.....
  - .....och några problem och begränsningar
- **Vägar ut ur missbruket – ett vidare perspektiv**
  - Är behandling nödvändig?
  - Hur går det till att sluta?
- **Mot en bättre missbruksvård?**

- **”Vad är problemet?” Uppfattningar om narkotikamissbruk**

**Olika slag av förklaringsmodeller till missbruk och beroende  
(Peele & Alexander, 1985):**



- **Genetiska modeller** ("somliga har det i sig")
- **Expositionsmodeller** ("the demon drug")
- **Adaptationsmodeller** (samspelemodeller)

- **Genetiska modeller** ("somliga har det i sig")
- **Expositionsmodeller** ("the demon drug")
- **Adaptationsmodeller** (samspelemodeller)

**"Den svenska doxan"** (Bergmark & Oscarsson, 1988):

- Narkotika är ett stort och farligt samhällsproblem
- Allt bruk är missbruk
- Missbrukaren blir snabbt en slav under sin drog
- Man kan inte sluta utan omfattande behandling
- Tvång är befogat för att åstadkomma detta

- **Genetiska modeller** ("somliga har det i sig")
- **Expositionsmodeller** ("the demon drug")
- **Adaptationsmodeller** (samspelsmodeller)

## "Det multifaktoriella – biopsykosociala – perspektivet"

- Den traditionella – "statistiska versionen"

# Det multifaktoriella perspektivet - "statistisk modell":

## FAKTORER

som orsakar

## BETEENDEN

Genetisk predisposition



Neurobiologiska mekanismer



Personlighetsfaktorer



Bristande norminlärning



Socialt tryck



Tillgänglighet



Med mera



**Missbruk**

# Det multifaktoriella perspektivet - ”statistisk modell”:

## FAKTORER

som orsakar

## BETEENDEN

Genetisk predisposition



Neurobiologiska mekanismer



Personlighetsfaktorer



Bristande norminlärning



Socialt tryck



Tillgänglighet



Med mera



Missbruk



- **.....”we have produced a bio-psycho-social model that excludes the essence of humane existence – options, freedom to choose and the centrality of value systems (Les Drew, 1989)**

- **Genetiska modeller** ("somliga har det i sig")
- **Expositionsmodeller** ("the demon drug")
- **Adaptationsmodeller** (samspelesmodeller)

**"Det multifaktoriella – biopsykosociala – perspektivet"**

- **Den traditionella – "statistiska versionen"**
- **"Aktörsversionen"**

# Det multifaktoriella perspektivet – ”aktörsmodell”



## Faktorer som minskar handlingsutrymmet/bidrar till missbruk

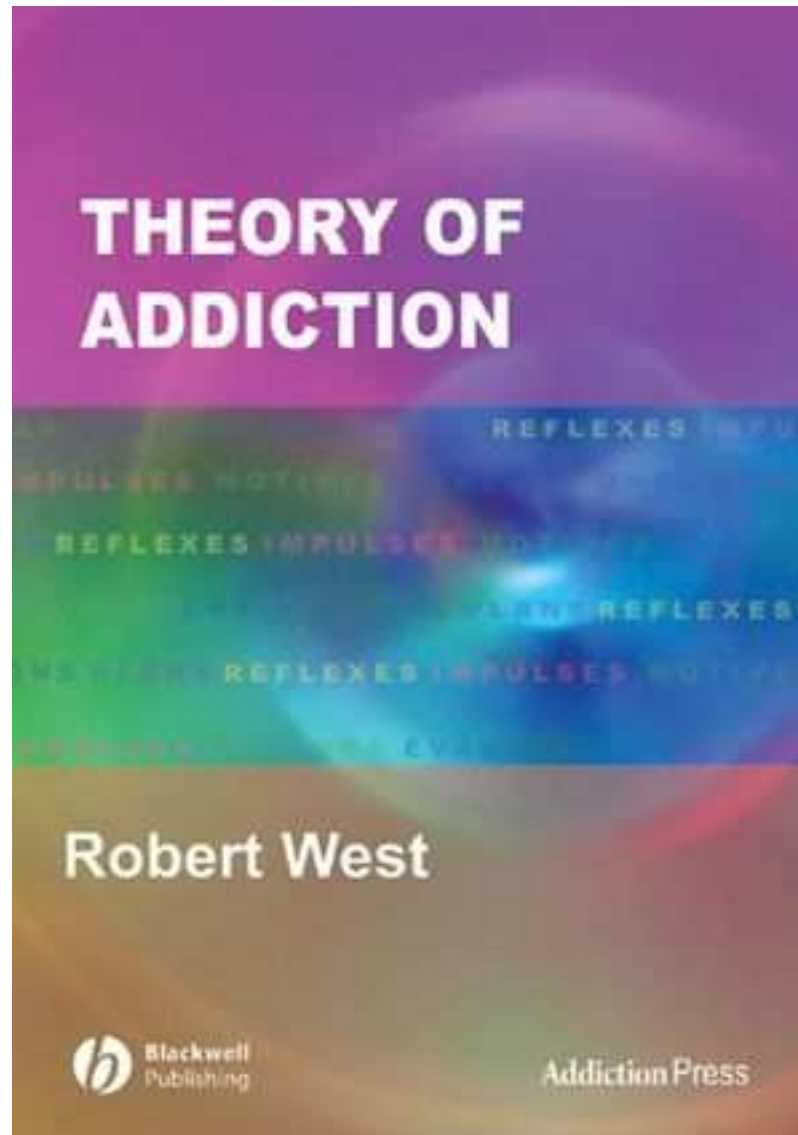
Genetisk predisposition  
Substansens neurobiologiska verkningar  
Psykologisk sårbarhet  
Svaga normer / värden  
Social utsatthet  
Socialt tryck  
Hög tillgänglighet, etc.

**Missbruks- / rehabiliteringsprocess**

Personliga kapaciteter (kunskaper, coping etc.)  
Starka normer / värden  
Socialt kapital  
Goda livschanser  
Samhällsreaktioner, restriktioner etc.  
Professionella insatser (sociala, psykologiska, medicinska)

## Faktorer som ökar handlingsutrymme /motverkar missbruk /bidrar till lösning

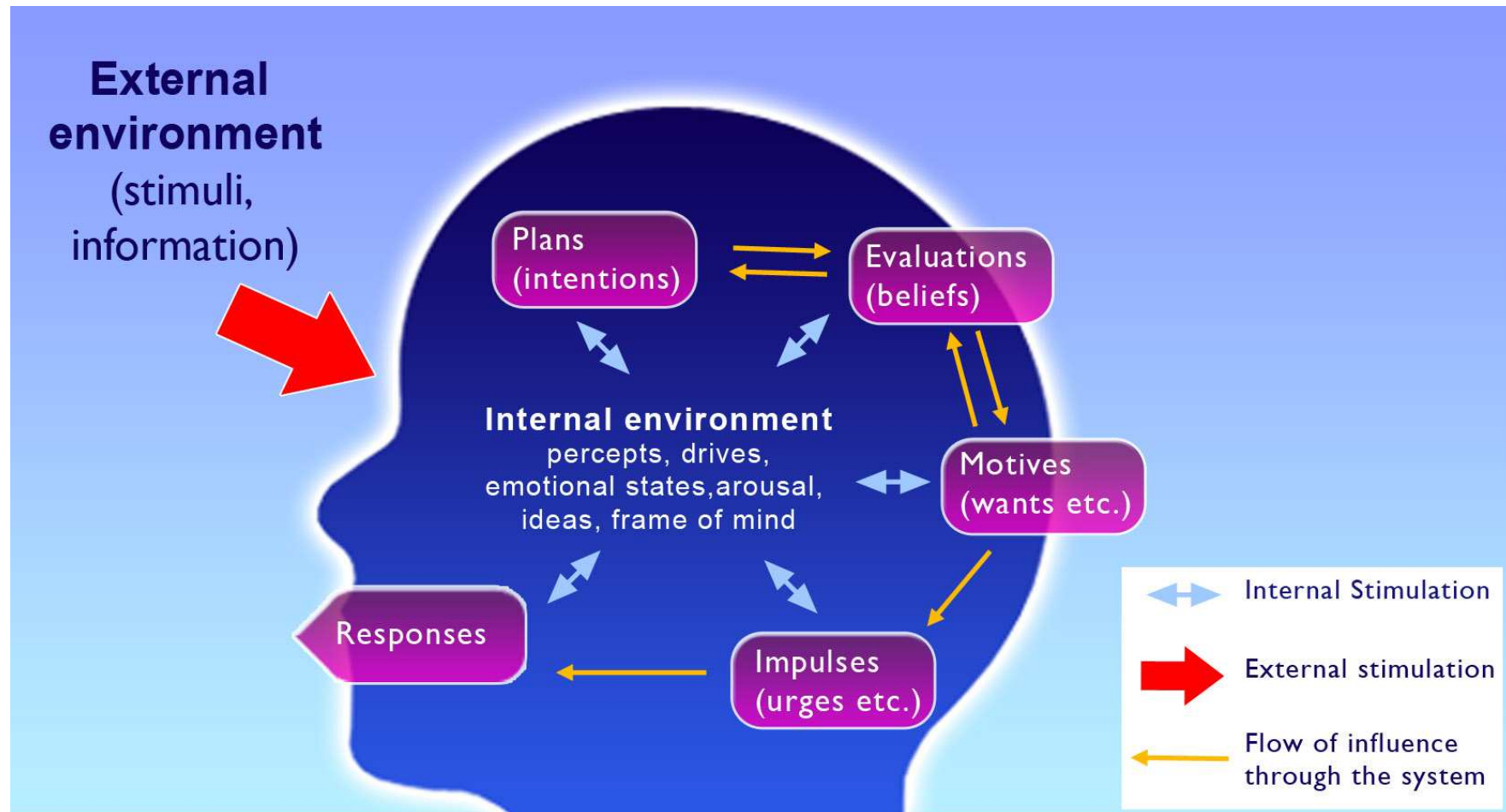
## En motivationsteori om missbruk

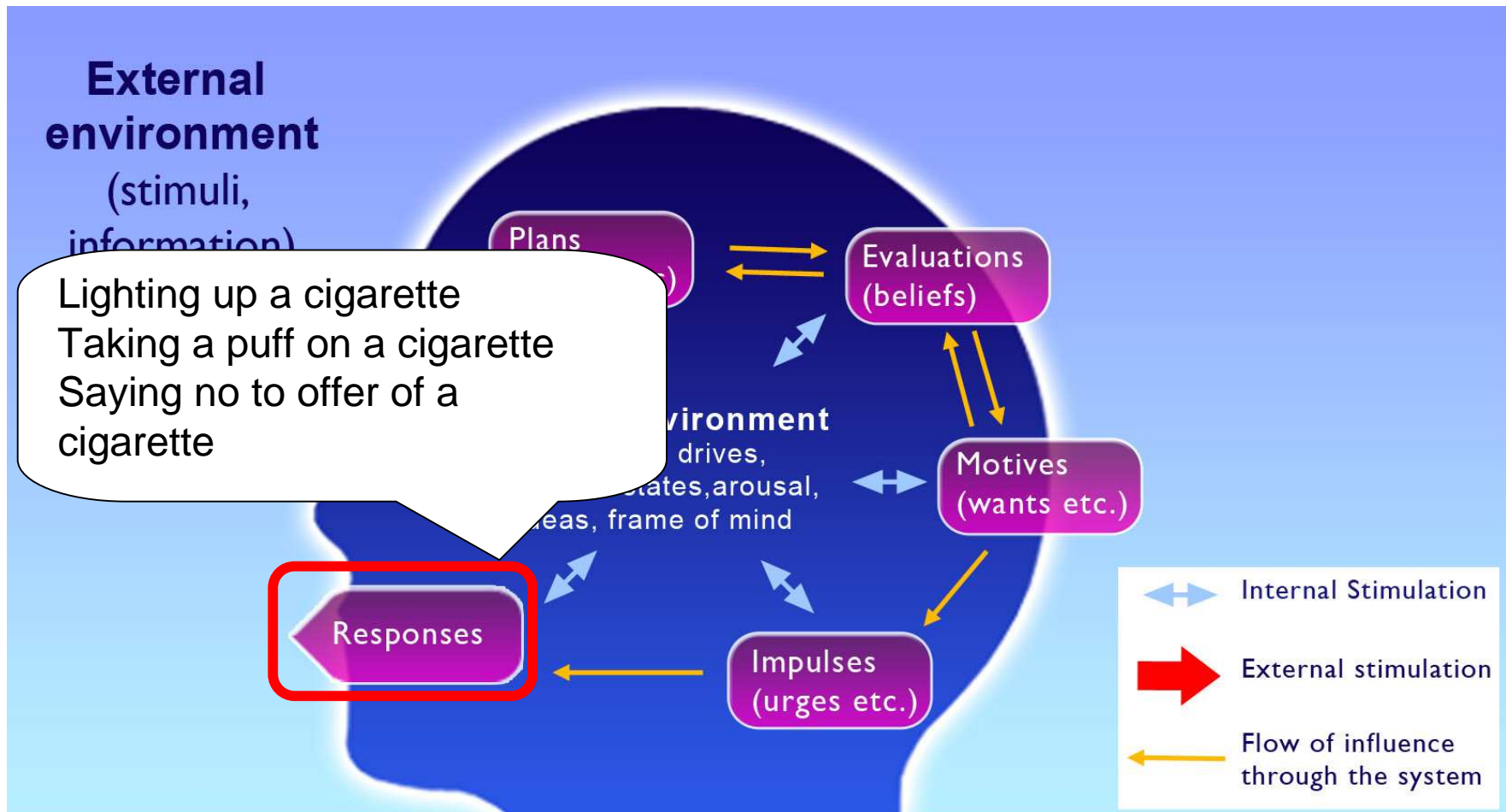


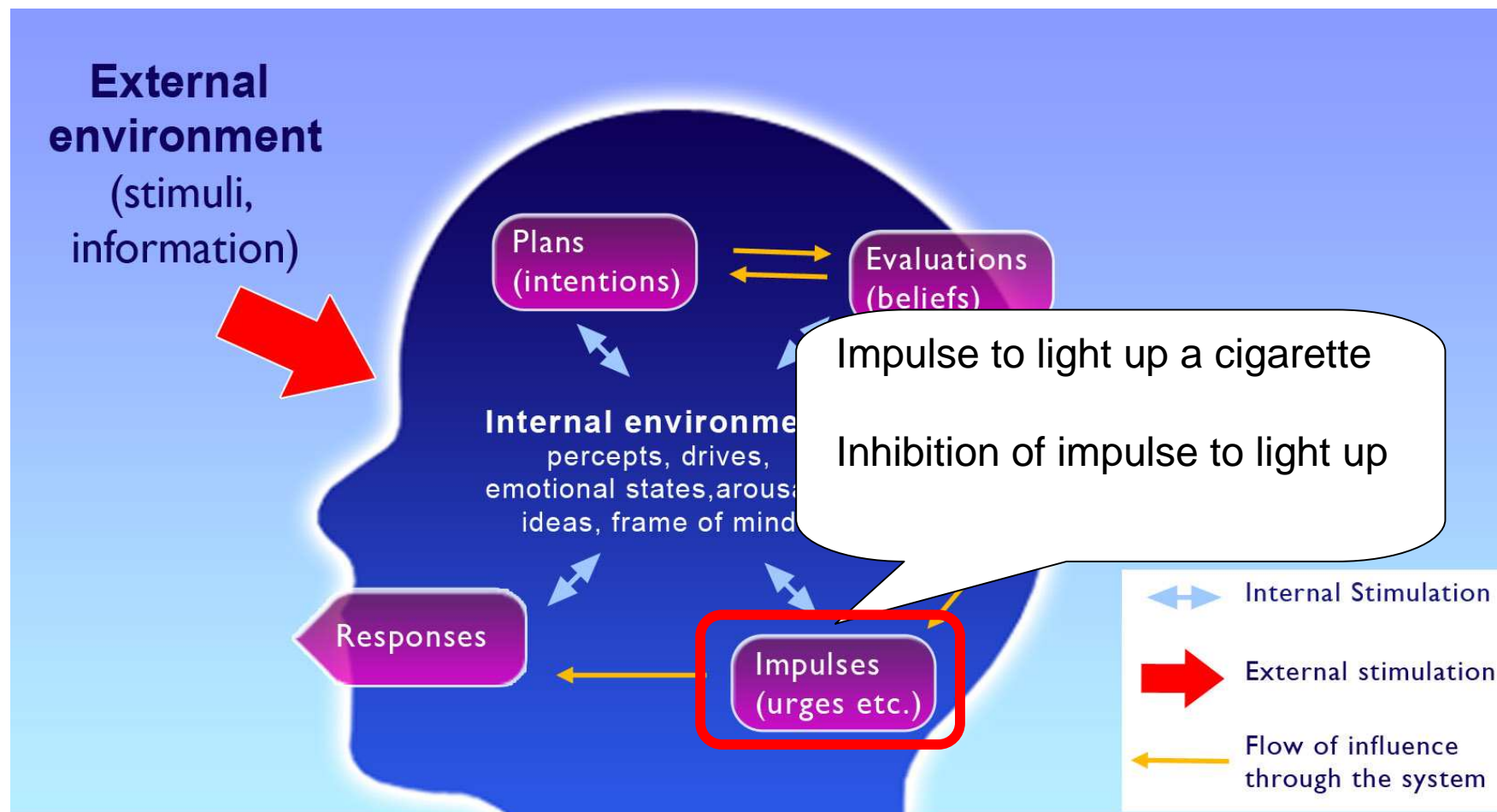
<http://www.primetheory.com/slides/Theoryofaddictionfirsthalf.pdf>

<http://www.primetheory.com/slides/Theoryofaddictionsecondhalf.pdf>

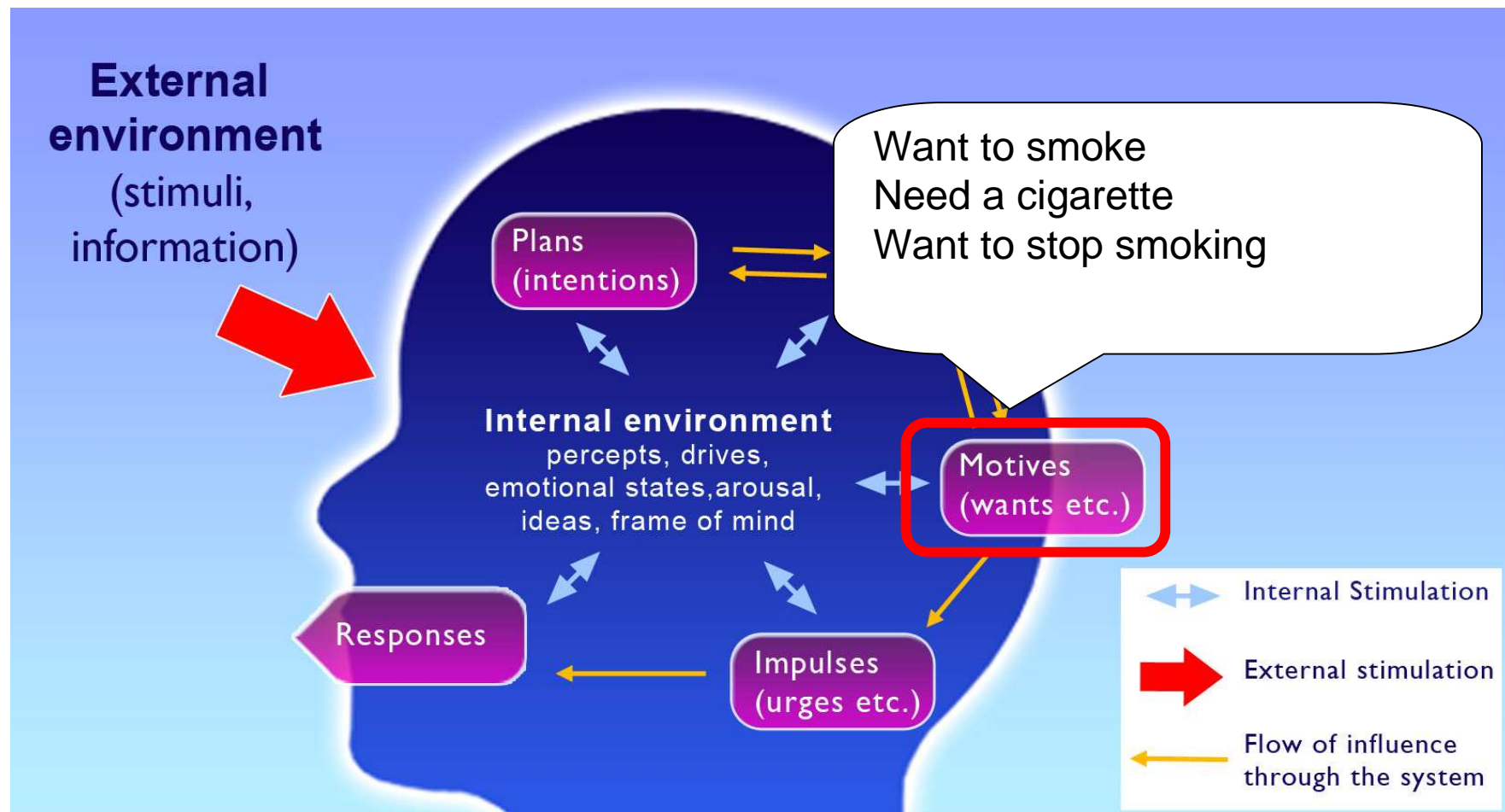
# The motivational system (P.R.I.M.E. theory)



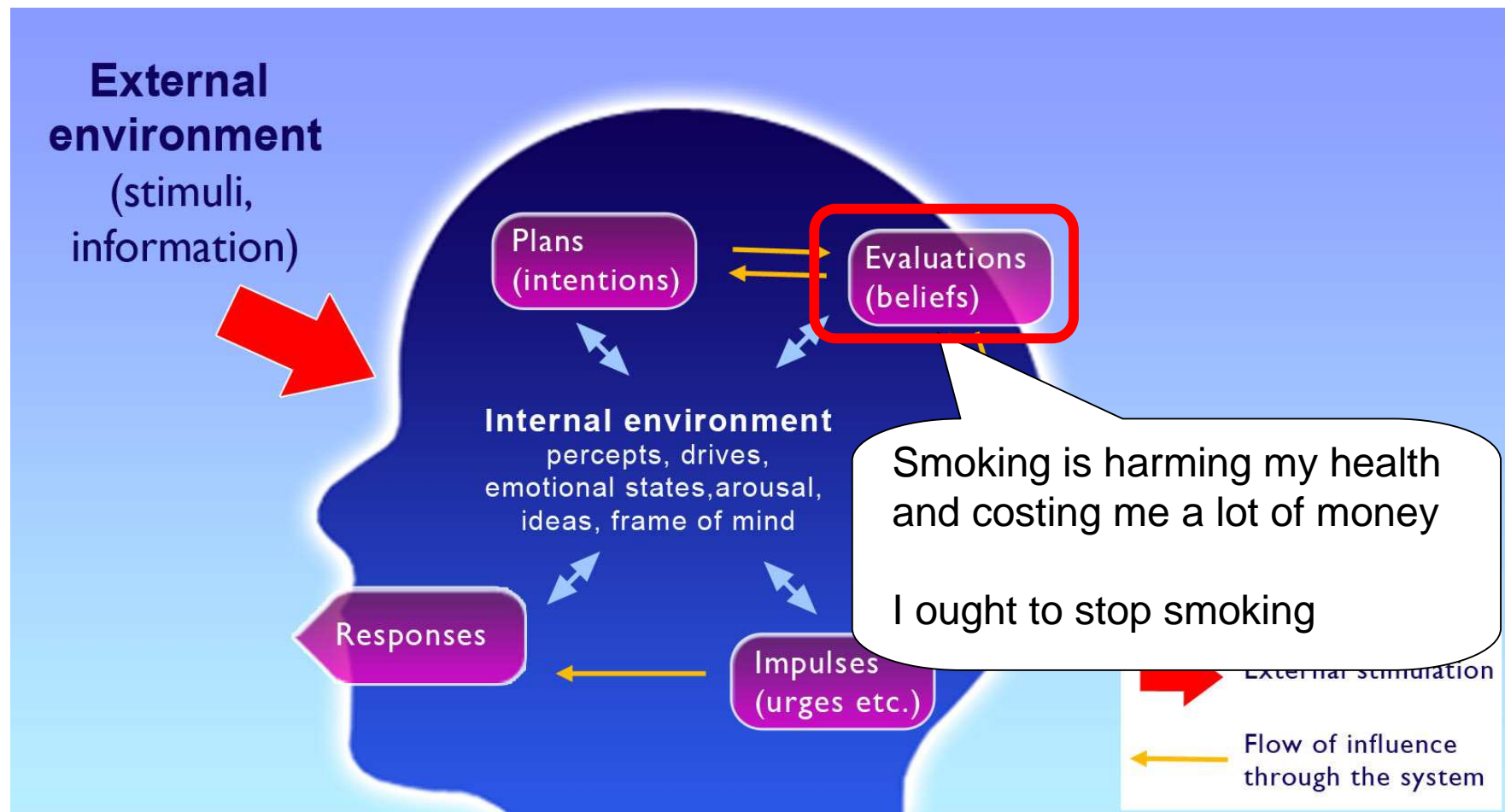


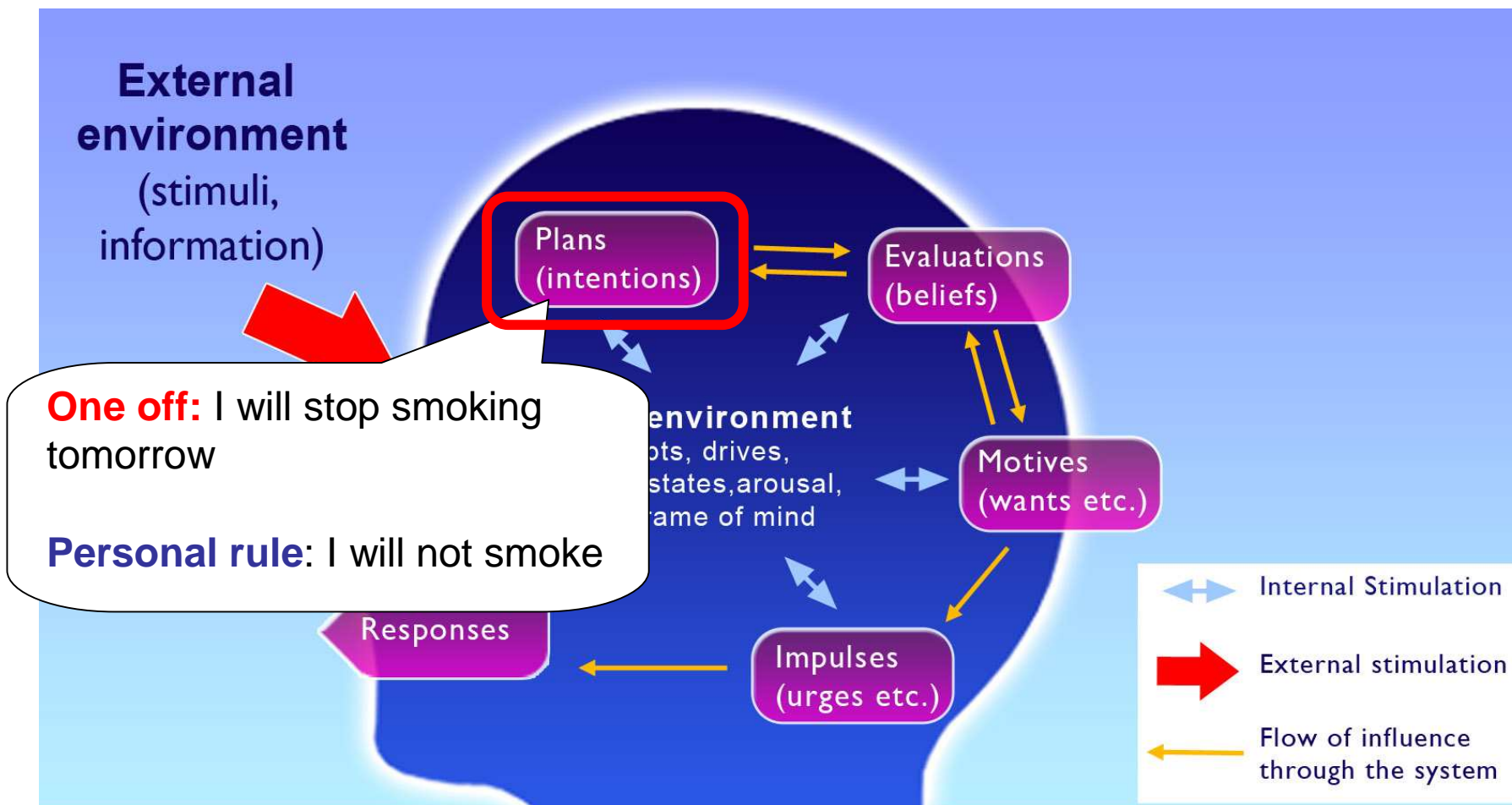


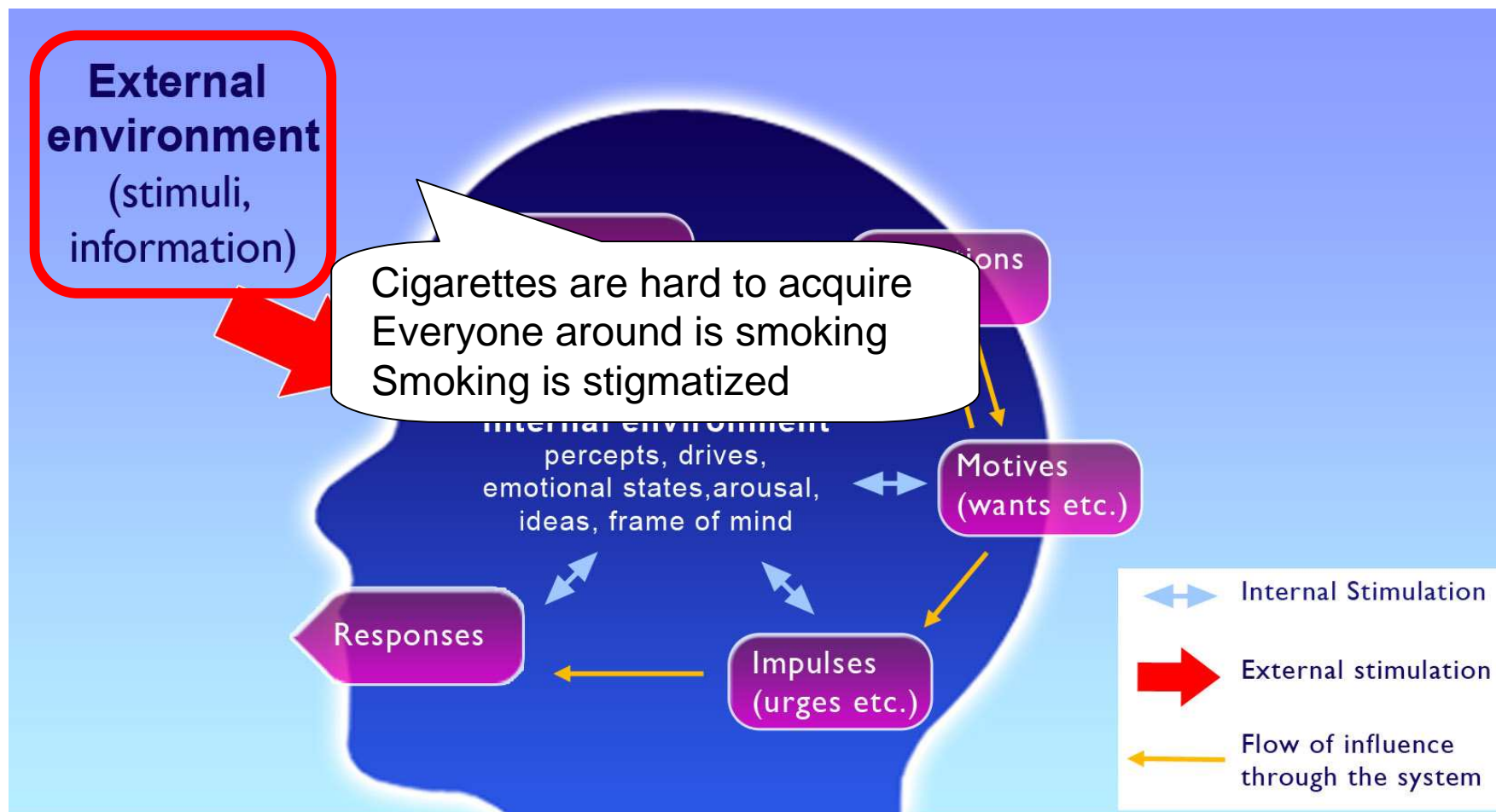




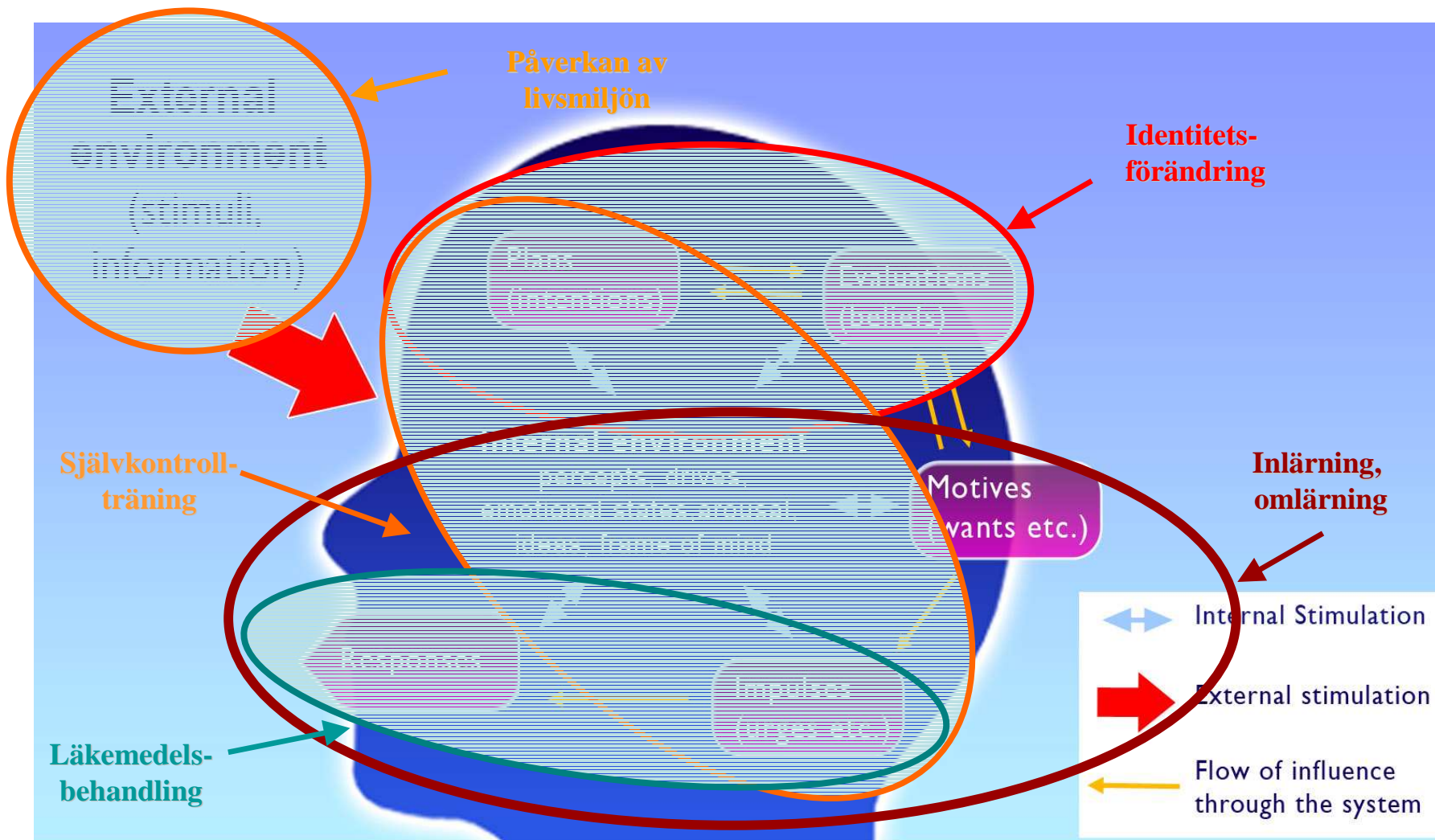








## Möjliga behandlingsingripanden – beroende på person/situation



[www.primetheory.com](http://www.primetheory.com)

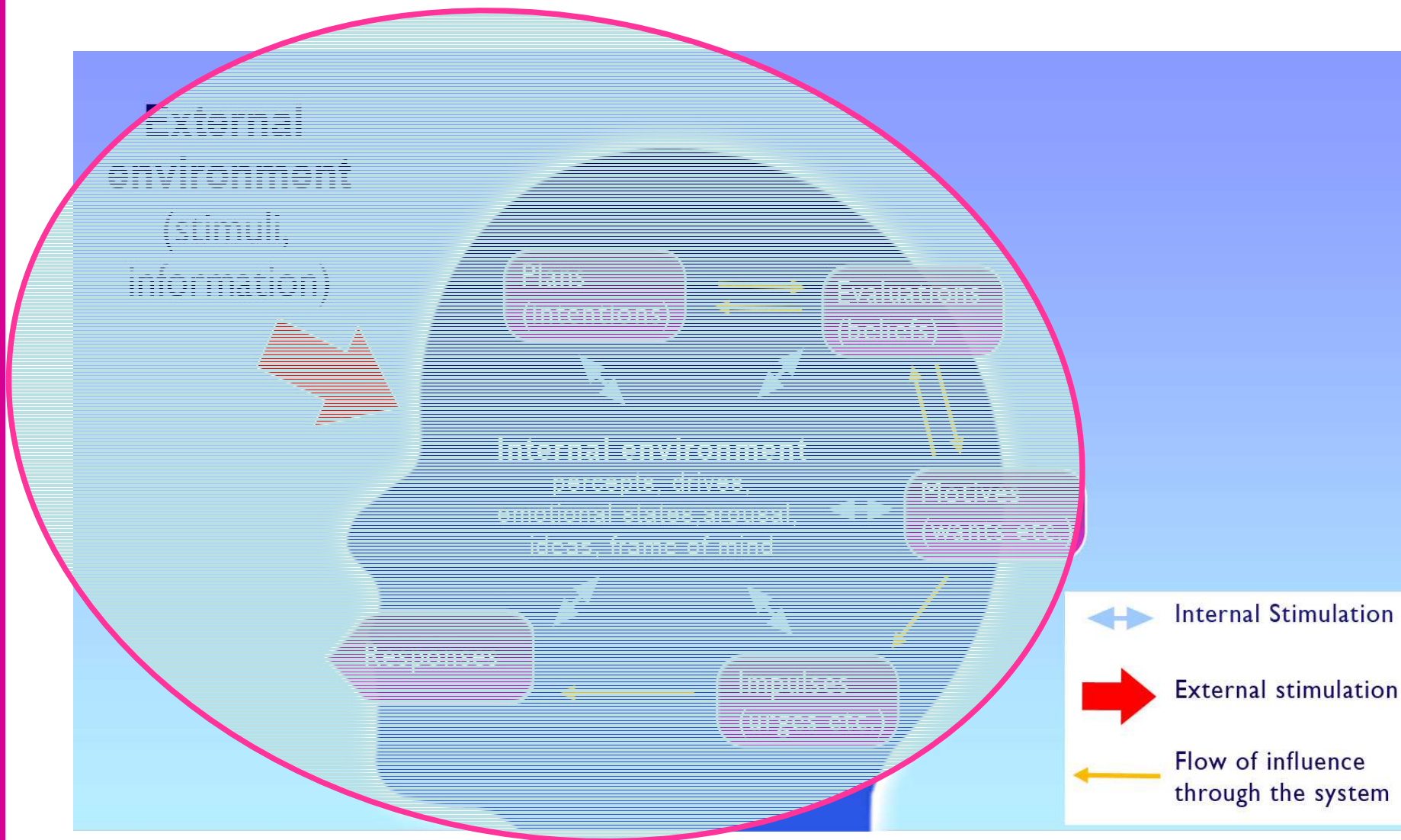
[www.rjwest.co.uk](http://www.rjwest.co.uk)

# Förändringens dynamik:



- **Kan ske *plötsligt* eller *gradvis***
- **Kan ske av *olika skäl*:**
  - till synes överraskande
  - efter en dramatisk yttre händelse
  - i samband med en vardaglig utlösande händelse
  - i samband med psykologiska, medicinska eller andra interventioner
  - i samband med förändringar i levnadsmiljön
  - etc.
- **Kan avse *symptomet* eller hela *motivationssystemet***

## Stabil förändring kräver att hela motivationssystemet är i balans



[www.primetheory.com](http://www.primetheory.com)

[www.rjwest.co.uk](http://www.rjwest.co.uk)

# Slutsatser för hjälpsystemet



- **Missbruk och beroende uppstår i ett komplext samspel mellan individuella förutsättningar, omgivningsförhållanden och ofta oförutsedda händelser**
- **Vägarna in i missbruk och beroende är många och olika**
- **Det finns många omständigheter och insatser som kan bidra till att människor hittar en väg ut ur missbruket**
- **Behandling är inte nödvändig, men kan underlätta och stödja ”naturliga läke- eller förändringsprocesser” (initiera, bana väg för, vidmakthålla)**
- **Behandling måste ”börja där klienten är” och interagera med och stärka olika ”läkande krafter” i hennes/hans levnadsmiljö**

- **Behandling av narkotikamissbruk – vad säger evidensen?**



## **Riktlinjer för missbruks- och beroendevård (SoS, 2007)**

### **Effektiva psykosociala metoder:**

- **Amfetamin, partydroger, kokain: inga godtagbara studier**
- **Cannabis: abstinens, kognitiv träning (visst stöd)**
- **Heroin: kunskapsläget oklart**
- **(Socialstyrelsen rekommenderar generellt KBT, ”dynamisk terapi”, CRA mm vid ”narkotikamissbruk”)**

### **Effektiv läkemedelsassisterad behandling:**

- **Heroin: Metadon /Subutex /Subuxone (i kombination med psykosocial behandling)**
- **Kokainmissbruk: Antabus (visst stöd)**

## Några problem med att tillämpa riktlinjerna:

**”The outcome equivalence paradox”** (absolut men inte relativ effektivitet)

(”Specifik behandling är bättre än ”standardbehandling” och ingen behandling alls, men ingen specifik behandling är överlägsen någon annan”)

**Obefintligt eller svagt stöd för ”matchning”**

(av vissa klienter till vissa specifika behandlingar)

**Variation i utfall beror mer på ”common factors”** (”terapeutisk relation”, god behandlingsmiljö, klientens ”sociala kapital” etc.) **än på val av specifik metod**

**Riktlinjerna ger ej stöd för val av behandling i det enskilda fallet**

(viktigt ge klienten tillfälle till ”informerat val”)

## Hur gå vidare?

### Evidensbaserad praktik (enligt Sacket m.fl.)

- **Bästa möjliga externa evidens (efficacystudier)**
- **“Beprövad klinisk erfarenhet”**
- **Patient’s / client’s choice**

- **Bästa möjliga externa evidens (efficacystudier)**
- **“Beprövad klinisk erfarenhet”**
- **Patient’s / client’s choice**

- **Bästa möjliga externa evidens (efficacystudier)**
- **“Beprövad klinisk erfarenhet”**
- **Patient’s / client’s choice**

- **Vägar ut ur missbruket – ett vidare perspektiv**

- **Det mesta vi vet om återhämtning från missbruk och beroende kommer från studier av behandlingseffekter**
- **Flertalet människor med missbruks- eller beroendeproblem kommer aldrig i kontakt med vård eller behandling**
- **Många av dessa finner ändå en så småningom en lösning (majoriteten av alla svenskar som tagit sig ur ett alkoholberoende har gjort detta utan behandling; Blomqvist m.fl., 2007)**

## ”Självläkning” vid narkotikaproblem (få data)

CADS-studien: Befolkningsurval i Kanada (12.000 pers.; Cunningham m.fl., 1999);

Andel av dem som slutat använda olika droger som fått behandling:

LSD – drygt 10 %

Marijuana – ca 20 %

Crack / kokain – ca 20 %

Opiater – drygt 30 %

NLAES-studien i USA (ca 43.000 personer; Cunningham, 1999);

Andel f.d. drogberoende som varit med om drogrelaterad behandling:

Cannabis – 27 %

Amfetamin – 38 %

Crack / kokain – 45 %

Hallucinogener – 46 %

Heroin – 70 %





# Slutsatser för hjälpsystemet:



- **Missbruk och beroende uppstår i ett komplext samspel mellan individuella förutsättningar, omgivningsförhållanden och ofta oförutsedda händelser**
- **Vägarna in i missbruk och beroende är många och olika**
- **Det finns många omständigheter och insatser som kan bidra till att människor hittar en väg ut ur missbruket**
- **Behandling är inte nödvändig, men kan underlätta och stödja ”naturliga läke- eller förändringsprocesser” (initiera, bana väg för, vidmakthålla)**
- **Behandling måste ”börja där klienten är” och interagera med och stärka olika ”läkande krafter” i hennes/hans levnadsmiljö**
- **En utmaning: Att anpassa lösningen till problemet (och inte tvärtom): att hitta sätt att möta de heterogena och varierande behoven hos en heterogen och varierande grupp människor med olika grader och typer av problem med olika rusmedel eller beteenden**

- **Mot en bättre missbruksvård?**

# Vad behöver göras?



## ➤ **Personer med ”tungt missbruk”:** från intensitet till extensitet:

- i stället för oregelbundet återkommande intensiva insatser (tvångsvård, behandlingshem etc.):  
kontinuerlig lågintensiv kontakt, återkommande socialt och medicinskt stöd, mobilisering av  
”läkande krafter” i levnadsmiljön; snabbt ingripande i akuta situationer

## ➤ **Att göra vården attraktiv och relevant för ”de många”:**

- *lokala mottagningar* med hög tillgänglighet; flexibilitet; individen som utgångspunkt;  
”skräddarsydda insatser; uppföljning/revidering - i dialog med klienten; samverkan mellan  
huvudmän; *tvärdisciplinära team*

## ➤ **Underlätta ”sjävläkning”/ ”hjälp till självhjälp”:**

- motverka moralism och enkla kategoriseringar; lära ut att ”sjävläkning” är  
möjlig och vad omgivningen kan bidra med; internetbaserat stöd; skapa alternativ

## ➤ **Socialpolitiska insatser som skapar alternativ**

## **Det sociala sammanhanget:**

**“för att ‘säga nej’ till missbruk krävs något annat och bättre att  
‘säga ja’ till”**

**Ur “Coming Clean” (Granfield & Cloud, 1999)**



Stockholms  
universitet

**Tack för uppmärksamheten**