

Definitionens makt över den beroende människan



**Tom
Kettunen**

Vad innebär det att vara beroende? Är det fråga om bristande viljesvaghet, dålig karaktär eller är det en livslång obotlig hjärnsjukdom? Hur definieras beroende av grupper så som anonyma alkoholister? Vilken roll spelar forskningsfinansiärerna för definitionen av beroende? Tom Kettunen skriver.

”Först tar du en drink, sen tar drinken en drink, sen tar drinken dig” skriver **F Scott Fitzgerald** i *Den store Gatsby*.

Beroende är ett ständigt omtvistat begrepp inom medicin, psykologi, filosofi och juridik. En del av debatten handlar om huruvida beroendeproblem är uttryck för bristande vilja eller saker utom vår kontroll. Är beroende en respons på lidande, ett hälsoproblem, ett moraliskt misslyckande, ett resultat av vår biologi eller vår miljö? Är beroende en livslång dom eller någonting som man kan bli av med?

Hur vi ser på beroende påverkar hur vi förhåller oss till människor med beroendeproblem, och hur människor med beroende ser på sig själva. Personer med beroendeproblem möter ofta social stigmatisering, nedvärderande attityder, fördomar och negativa stereotyper vilket leder till skam och skuldkänslor hos individen med beroendeproblem. Dessa slags nedlåtande och föraktfulla attityder hindrar människan att söka vägar bort från sitt beroende. Det finns en mångfald av moraliserande attityder om beroende. Beroende har betraktats som en personlig symbol för viljesvaghet, bristande karaktär, moraliskt förfall, självförstörelse, tragedi, flykt, och överflöd. Beroende har beskrivits som ett monster som lever inuti oss, tar kontrollen och förstör. Beroende har också beskrivits som Stockholmssyndromet, där en person utvecklar en irrationell lojalitet mot sin kidnappare, trots misshandling, tortyr och hot om döden.

I politiska sammanhang tenderar många att betrakta beroendeproblem som någonting som folk själva ådragit sig och som man inte borde satsa skattepengar på. Ett sätt att skifta fokus från detta moraliserande och fördömande har varit att ge bruket en sjukdomsstatus. Tanken är att om vi pekar på en underliggande biologisk förklaring, flyttas fokuset till ett behandlingsbart hälsotillstånd och till ett mer värdeneutralt språk, vilket leder till bättre behandlingsplaner och till att vi slutar betrakta straff och skambeläggning som en lösning. Genom att se på beroende som en sjukdom främjar vi medkänsla och minskar stigmatisering.

Elvin Jellinek banade vägen för en medicinsk förståelse av beroende som en behandlingsbar sjukdom, med en tydligt kartlagd beroendeutveckling samt vägar till tillfrisknande. I sin banbrytande bok *The Disease Concept of Alcoholism* från 1960 kategoriserar Jellinek alkoholism enligt olika typer och utvecklar ett sätt att förstå beroendets progression (Jellinek-kurvan).

Jellinek noterar att en sjukdom helt enkelt är ett samlingsnamn för konstellationer av samtidigt förekommande problem, som försämrar funktionsförmågan och leder till kliniskt betydande lidande och skador. En sjukdom är således vad läkarkåren *betraktar* som sjukdom och vad läkarkåren

behandlar. Det här implicerar att det som avgör vilket slags problem beroende är, beror på vem som har mandat att besluta om behandlingen. Sedan 1960-talet har det främst varit läkarkåren och psykologer, men också organisationer som Anonyma Alkoholister (AA) som haft ett sådant mandat.

Det finns många konkurrerande sjukdomsbeskrivningar gällande beroende. AA beskriver alkoholberoende som en kronisk och livslång sjukdom. Målet blir då att lära sig hantera sjukdomen för att kunna leva ett så normalt liv som möjligt, i nykterhet. Betoningen på nykterhet inom AA vilar på idén att alkoholberoende är en oförmåga att sluta dricka då man tagit sin första drink. Enligt AA är sjukdomen både fysisk och själslig och visar sig i en besatthet med att dricka. För att kunna uppnå nykterhet krävs en själslig utveckling som kan uppnås genom att man förbinder sig till ett 12-stepsprogram som inkluderar möten och kamratstöd. Det är speciellt den sociala interaktionen och det emotionella stödet som gjort AA så framgångsrikt.

En av grundpelarna inom AA är idén att alkoholen gör individen maktlös och att det är omöjligt att sluta dricka på egen hand. De tre första stegen i 12-stepsprogrammet går ut på att erkänna denna maktlöshet, att hitta en kraft större än man själv (ofta Gud) och att överlämna sin vilja och sitt liv i denna krafts omsorg. Dessa idéer om maktlöshet och andligt överlämnande har varit svåra för ateister/agnostiker att greppa, och har kritiserats för att de utvecklar ett nytt beroendeförhållande till AA-gruppen som å sin sida undergräver självständighet.

AA-modellen har också kritiserats för sin strikta betoning på abstinens, där varje snedsteg kan betraktas som ett totalt misslyckande, vilket kan leda till att människor helt ger upp. Dessutom innebär idén att alkoholberoende är en obotlig sjukdom en begränsad identitet som utesluter individens personliga mognad och utveckling och på så sätt kortsluter alla vägar ut ur beroendet.

En annan sjukdomsbeskrivning som blivit dominant under de senaste årtiondena är hjärnsjukdomsmodellen. Hjärnsjukdomsmodellen beskriver beroende som en hjärnsjukdom som förändrar hjärnans struktur och funktion. Enligt hjärnsjukdomsmodellen är beroende ett komplext samspel mellan biologiska, psykologiska och miljömässiga faktorer.

Hjärnsjukdomsmodellen förklarar beroende på följande sätt. En drog eller ett beteende överbelastar hjärnans belöningssystem med dopamin vilket ger en stark njutning. Hjärnan anpassar sig till njutningen genom att minska antalet dopaminreceptorer vilket leder till tolerans: det krävs högre doser för att nå samma effekt. Om man inte fortsätter med bruket eller beteendet leder bristen på dopamin till obehag, ångest

och nedstämdhet. Bruket eller beteendet blir därför tvångsmässigt och drivs av ett starkt sug efter mera droger eller annat, samt undvikande av abstinens. Det sker då samtidigt en omprioritering i hjärnan där bruket/beteendet ger bäst njutning, och andra slags njutningar nedprioriteras. Också yttre faktorer som särskilda platser eller vissa känslor kan plötsligt utlösa ett oemotståndligt sug. I och med att beroendet på detta sätt förändrar hjärnan finns det en stor risk för återfall även efter långa tider av uppehåll. Därför beskrivs beroende som en kronisk sjukdom med risk för återfall.

Idén om beroende som en kronisk sjukdom får många att tänka att det handlar om någonting evigt och obotligt (liksom tankegången hos AA). Men i hjärnsjukdomsmodellen betyder kronisk helt enkelt långvarig, i kontrast till akut. Den är långvarig för att det länge finns en risk för återfall, men det innebär ändå inte att detta behöver vara ett livslångt problem.

Ett tidigt bidrag till denna modell publicerades år 1997 i *Science* av **Alan Leshner**, dåvarande direktör för *National Institute of Drug Abuse* (NIDA) i USA. Två andra betydande forskare på området, **Nora Volkow** direktör för NIDA sedan 2003 och **George Koob** direktör för *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) i USA, har vidareutvecklat hjärnsjukdomsmodellen till exempel i en artikel som publicerades i *Lancet Psychiatry* år 2016.

Dessa två institutioner, NIDA och NIAAA, finansierar ungefär 80% av all beroendeforskning i världen. År 2023 hade NIDA en budget på 1 miljard USD och NIAAA 570 miljoner USD. Man kan hävda att den som ekonomiskt bestämmer över vilket slags forskning som görs på området också kommer att kunna avgöra vilket slags problem beroende är.

Hjärnsjukdomsmodellen vilar starkt på djurförsök där djur haft möjlighet att självadministrera psykoaktiva ämnen i hög frekvens (till exempel genom att trycka på en spak). Genom den här typens försök har forskare identifierat neurala kretsar som påverkas av

de mest beroendeframkallande ämnena. För enkelt kan vi kalla detta för det mesolimbiska dopaminsystemet. Djuren i försöken som erbjuds psykoaktiva ämnen ökar ofta självmant på både frekvens och dos, och de jobbar ofta hårt för att få tillgång till ämnet. Dessutom fortsätter djuren att självadministrera psykoaktiva ämnen även då dessa ämnen associeras med negativa stimuli (till exempel elchocker).

Hjärnsjukdomsmodellen vilar också på hjärnavbildningsstudier där man jämfört människor med och utan beroende, och specifikt har tittat på dopaminaktiveringens roll i det så kallade belöningsystemet. Forskare har noterat dopaminmedierade förändringar i delar av hjärnbarken som är associerade med dålig impuls kontroll och försämrade beslutsförmåga. Eftersom dessa förändringar verkar vara beständiga, förklarar detta varför många med beroende tenderar att få återfall även efter långa tider av abstinens.

Ett problem med hjärnsjukdomsmodellen är att de djurstudier som den ursprungliga modellen baserade sig på har visat sig vara mycket svaga. Djur som lärt sig självadministrera psykoaktiva ämnen upphör med beteendet om de placeras i mer naturliga miljöer (med andra djur) och har tillgång till andra former av belöning, som mat eller gemenskap. Hjärnavbildningsstudierna har också stött på replikeringsproblem, och de få studier som kunnat påvisa skillnader i hjärnstruktur kan inte avgöra om beroende är en orsak till eller en konsekvens av långvarigt bruk.

Hittills har man inte heller lyckats klassificera eller diagnosticera beroende baserat på bildfynd av förändringar i hjärnan. Den här sortens svårigheter är i och för sig inte unika för beroendeforskning. Hjärnavbildning är problematiskt också då det gäller många andra sjukdomar. Hjärnavbildning används därför inte heller för att diagnosticera sjukdomar som till exempel ALS, Huntingtons, och epilepsi. Dessa diagnosticeras i stället genom en kombination av neurologiska tester, detaljerad genomgång av personens sjuk-

domshistoria, magnetundersökningar, och andra tester som är specifika för varje enskild sjukdom. Därtill är många av de strukturella förändringar som upptäckts i hjärnan hos personer med beroende inte specifika för beroende, utan även kopplade till en lång rad psykiska störningar som inte har något alls gemensamt med beroende.

Ett av argumenten för hjärnsjukdomsmodellen var att ett starkt forskningsfokus på neurovetenskap skulle leda till innovativa interventioner (farmakologiska och neurologiska). Men trots massiva finansiella satsningar, speciellt av NIDA och NIAAA, har det inte utvecklats mediciner eller behandlingar som skulle vara mycket effektivare än de redan existerande.

I och med att hjärnan står i fokus i hjärnsjukdomsmodellen har många behandlingsförslag fokuserat på att göra direkta interventioner i hjärnan på människor med beroende. Det mest kontroversiella ingreppet, som tar avstamp i **George Koobs** forskning, är ablativ hjärnkirurgi där man förstör små mängder vävnad på specifika ställen i hjärnan. Dyliga kirurgiska ingrepp blev mycket populära i Kina i början av 2000-talet trots att de är dyra, irreversibla och resultaten synnerligen blygsamma. Kinas hälsomyndigheter upphörde att erbjuda denna behandling år 2004 i och med att den ansågs vara dyr och ineffektiv. En annan neurokirurgisk metod, så kallad djup hjärnstimulering (DBS) med elektroder i hjärnan och en inplanterad pulsgenerator som sänder svaga signaler av elektrisk ström till specifika hjärnområden, har visat sig vara relativt effektivt i att hjälpa försökspersoner minska sin dosering, men samtidigt massivt dyrare än andra minst lika effektiva och etablerade behandlingsformer som till exempel kognitiv beteendeterapi.

En paradox som hjärnsjukdomsmodellen har svårt att svara på är att de flesta människor med diagnostiserade beroendeproblem tillfrisknar utan att ha fått någon vård. I många fall beror det här på att livssituationen och det sociala sammanhanget förändras. Dessa fall av så kallad spontan re-

mission verkar undergräva idén om beroende som en kronisk hjärnsjukdom med livslång risk för återfall. En ytterligare aspekt som är oförenlig med hjärnsjukdomsmodellens beskrivning av beroende är att personer med beroende ofta kan förändra sitt beteende baserat på väldigt små incitament. Till exempel en person som rökt i årtal kan ibland helt plötsligt sluta av en eller annan orsak. Det här är svårt att förena med en idé om att folk med beroende är kompulsiva och knappt har någon kontroll över vad de gör.

Hjärnsjukdomsmodellen har även kritiserats för att presentera en alltför deterministisk syn på beroende. Det här har visat sig förstärka känslor av hjälplöshet bland de drabbade, eftersom modellen antyder att det enbart behövs medicinska insatser snarare än eget agerande och egen vilja till förändring. Beroende uppstår sällan i ett vakuum, utan kan exempelvis ledsagas av underliggande trauman, obehandlade känsloproblem och problematiska beteendemönster, som kräver mer än medicin för att åtgärdas.

Hjärnsjukdomsmodellen är elegant i sin enkelhet. Den fokuserar på belöningssystemet i hjärnan, på tolerans, tvångsmässighet och abstinens, och gör sig av med allt det komplicerade i våra mellanmännsliga relationer. Men dess största problem är just detta att den förbiser alla de sociala, mellanmännsliga och samhällsstrukturella faktorer som bidrar till att vi utvecklar beroende men också till att vi hittar vägen ut ur beroendet. Sådana sociala, mellanmännsliga och samhällsliga faktorer är till exempel funktionella eller dysfunktionella familjeförhållanden, en trygg eller otrygg skola, stödande vänner eller vänner som själva har beroendeproblem, tillgång till sociala stödnätverk eller avsaknad av dyliga, tillgång till vård, alltför enkel tillgång till rusmedel, fördömande normer av många slag, och politiska beslut som till exempel skär ned på möjligheter till stöd och som ökar fattigdom.

Ett av argumenten för medikaliseringen av beroende var att detta perspektivskifte skulle minska stigma och att detta så småning-

om skulle leda till en mer kunskapsbaserad politik. Har samhället eller politiken då blivit skonsammare idag? Inte särskilt mycket. I och för sig finns det idag element av både mänskligare behandlingar och mänskligare former av straff i fall av brott, men drogpolitik används fortfarande som en metod för social kontroll, och strafflagar tillämpas oproportionerligt mot marginaliserade grupper. I vissa fall har medikaliseringen skapat nya sätt att inskränka medborgarnas friheter och rättigheter. I Norden har vi genom att sjukförklara brukare gjort det möjligt att försätta dem i tvångsvård. Från 1960-talet till 1980-talet var tvångsvård av narkotikamissbrukare standardlösningen inom den svenska psykiatrin. En av idéerna med tvångsvård är att den bryter akut missbruk, och räddar liv när individer inte kan hjälpa sig själva. Men forskning i tvångsvården har visat att den inte är meningsfull, saknar kunskapsstöd, skapar motstånd mot vård, och minskar en persons senare möjligheter till rehabilitering.

Sjukförklaringen av beroende har i vissa fall hjälpt personer med beroende att känna mindre skuld, vilket naturligtvis är positivt. Men förhoppningen att en sjukförklaring automatiskt minskar stigma är ändå förhastad.

Det finns en lång rad olika slags sjukdomar som är förknippade med stigma, till exempel olika former av psykisk ohälsa som depression och schizofreni, smittsamma sjukdomar som tuberkulos och HIV, och kroniska sjukdomar som diabetes och epilepsi. Människor som lidit av tuberkulos har till exempel genom historien sagts lida av allt från sexuell avvikelse till demoner. Det att någonting kategoriseras som en sjukdom är således inget skydd mot moraliserande, diskriminering och socialt utanförskap. Tanken att sjukförklaring minskar stigma förbiser den mänskliga tendensen att skylla på offret. Om vi har en stark tro på att världen är rättvis och att alla får vad de förtjänar, är det lätt att skylla på den utsatta individen om vi inte kan förklara lidandet. På så sätt rubbas inte tron på den rättvisa världen. Det är lättare att tänka att någon med svårt beroende förtjänar sina problem än att konfrontera ett trasigt system.

LITTERATUR

Edman, J. (2004). *Torken: Tvångsvården av alkoholmissbrukare i Sverige 1940–1981*. Doktorsavhandling, Almqvist & Wiksell International.

Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45–47.

Jellinek, E. M. (2020). *The disease concept of alcoholism*. Barakaldo Books.

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The lancet psychiatry*, 3(8), 760–773.

Tom Kettunen är redaktör för tidskriften
Nordic Studies on Alcohol and Drugs.