

**Nils Bejerot**

**Narkotika  
och 3:e  
aktualiserade  
upplagan  
narkomani**

**Aldusserien**

**Nils Bejerot**  
**Narkotika och narkomani**  
**Aldusserien**

**Nils Bejerot**  
**Narkotika och**  
**narkomani**

Med förord av S S B Glider,  
chefredaktör för World Medical Journal

**Bonniers**

ISBN 91-0-040548-5

© Nils Bejerot 1969, 1972, 1975

Omslag av Vidar Forsberg

Originalutgåva i Aldusserien 1969

Tredje aktualiserade upplagan, andra tryckningen 1977

Printed in Sweden

Bonniers Grafiska Industrier AB 1977

Stockholm

Mångfaldigande av innehållet i denna bok, helt eller delvis, är enligt lag om upphovsrätt av den 30 december 1960 förbjudet utan medgivande av Bokförlaget Aldus, Stockholm. Förbudet avser såväl text som illustrationer och gäller varje form av mångfaldigande, genom tryckning, duplicering, stencilering, bandinspelning etc.

# Innehåll

Författarens förord 7

Förord av S S B Gilder 9

Inledning 13

Vad är narkomani 17

Inte "bara ett symtom" 18      Nikotinismen är lärorik 20  
Alla är i princip mottagliga 21      "Symtomteorin" leder  
vilse 21      Missbruk och beroende 22      Vilja och lust 24  
Lust-olust-principen 28      Ursårad lust 30      Narkomani  
hos apor 31      Narkomani bland insekter 35      Djur och  
människor 37      Men alla blir inte narkomaner 38      Ett  
tillstånd som står narkomanierna nära 39

Vad är narkotika? 40

Ett juridiskt begrepp 40      Ett medicinskt begrepp 42  
Varifrån kommer de narkomaniframkallande medlen och hur  
verkar de? 42      1. Opiaterna 44      2. Kokain, amfetamin  
och andra centralstimulerande medel 47      3. Hallucinoge-  
nerna 51      4. Lugnande medel och sömnmedel 58      5. Al-  
kohol, thinner och andra lösningsmedel 59      6. Blandmiss-  
bruk 60      Lagstiftningen 62

Vilka vägar leder till narkomani? 64

I. Singelfall 64      II. Epidemiska narkomanier 66      III.  
Endemiska narkomanier 83

Riskgrupper vid narkomani 85

Vilka utvecklar narkomani av terapeutisk typ? 85      Vilka  
utvecklar narkomani av epidemisk typ? 86      jämförelse  
mellan narkomani av epidemisk och terapeutisk typ 89  
Vilka utvecklar narkomani av endemisk typ? 92      Olika  
förklaringsmodeller 94      Varför fortsätter bara en del? 97

## Kännetecken vid missbruk 98

## Narkotikaepidemier 101

Den första missbruksepidemin 102      Den största missbruksepidemin 102      Erfarenheter från USA 104      Erfarenheter från England 111      Utvecklingen i Sverige 118      Polis-klientelet i Stockholm 120      Den sk legala förskrivningen 126      Förklaringar till massmissbruk 128

## Narkomani hos läkare 133

## Dödligheten vid narkomani 137

## Narkomanvård 139

En ny och svår specialitet 139      Skilj först på missbruk och beroende 140      Svenska erfarenheter 141      Samhällsutvecklingens roll 142      Vad säger man till en knarkare? 145      Frihet och tvång 148      Hur skall vården ordnas? 152      Vård i enskilt hem 153      Storfamilj 154      Vårdbyar 155      Ex-narkomanens roll 156      Inte alla kan "botas" 159      Eftervården en hörnsten 160

## Förebyggande åtgärder avgörande 162

## Opinionens roll 168

## Några slutanmärkningar 170

Sverige och Japan 170      Öppen och sluten psykiatrisk vård - ordmagi 171      Några ord till de drabbade föräldrarna 173

## Ordlista 175

## Litteratur 182

## Register 186

## Författarens förord till andra upplagan

Detta grundläggande informationsmaterial i narkotikafrågan tillkom ursprungligen på begäran av redaktionschef Sigfrid Ågren i *Expressen*. Där publicerades broschyren som specialbilaga och tidningen delade under våren 1969 ut 200 000 särtryck till skolor och institutioner. Senare har broschyren också publicerats i *Aftenposten (Oslo)*, *Berlingske Tidende (Köpenhamn)* och *Ilta-Sanomat (Helsingfors)*. Materialet byggdes sedermera ut innan det 1969 första gången lades fram i bokform i Sverige och senare i övriga nordiska länder och i USA.

I denna andra upplaga har materialet utvidgats ytterligare och kompletterats med nya rön och en fylligare framställning av vissa avsnitt. Boken är enkelt skriven utan onödiga fackuttryck eller krångliga ord. Avsikten är att envar som är intresserad av narkotikafrågan på några timmar skall kunna orientera sig i det komplicerade problemkomplexet. Särskilt hoppas jag nå fram till politiker och socialarbetare. Första upplagan kom till flitig användning i studiecirkelverksamhet, och jag tror att denna upplaga ännu bättre skall fylla detta behov. Den som önskar en mera djupgående och grundlig analys av frågan vill jag hänvisa till mina större böcker, som finns upptagna i litteraturförteckningen.

Min hustru **Carol Maurice, BA, SRN**, har som tidigare biträtt mig i detta arbete. Socionom Gun Zacharias har framfört en rad väsentliga påpekanden som inarbe-

tats i texten och även utarbetat en studiehandledning för NBV för användning av materialet i studiecirkelar. Sammanlagt ett tiotal medarbetare, vänner och folkbildare har haft vänligheten att läsa manuskriptet och ge mig mängder av värdefulla synpunkter. Till dem alla står jag i stor tacksamhetsskuld.

Stockholm i juli 1972

*Nils Bejerot*

Förord till tredje upplagan

Denna upplaga skiljer sig från den föregående endast i att vissa sak- och sifferuppgifter aktualiserats. I studiecirkelarbeta kan båda upplagorna användas parallellt.

Stockholm i februari 1975

*N. B.*



## Förord av S S B Gilder

Sedan jag 1970 - vid den 16:e nordiska psykiaterkongressen i Arhus - framlagt min teori om narkomanin som en på artificiell väg framkallad drift skrev Dr S S B Gilder, chefredaktör för *World Medical journal*, följande ledare i *Canadian Medical Association journal* (8.5.71), som han tidigare hade varit utgivare av. Med tillstånd från Dr Gilder och CMAJ återges denna ledare här som förord till boken.

I konferenser om narkomani med representanter för olika ämnesområden händer ofta att talare börjar med att upplysa åhörarna om att vi vet litet eller ingenting i saken; tjugo minuter senare utvecklar de en patentförklaring av biokemisk eller psykologisk eller fysiologisk typ till detta fenomen. I verkligheten förhåller det sig tvärtom. Det finns en enorm kunskapsmassa om drogernas verkningar, om narkomanernas psykologiska mönster och bakgrund, om narkomanins sociologi. Vad vi ännu inte kan är att sammanfoga våra data och ge en rimlig förklaring av det hela.

I juli förra året fick de skandinaviska psykiatererna höra ett föredrag i Danmark av en svensk psykiater som försökte göra en syntes av många pusselbitar och ställa upp en övergripande teori om narkomani. Det kanske inte är något i grunden nytt i hans tankar men han sammanfogar dem bättre än de flesta. Nils Bejerot vid Karolinska institutet i Stockholm menar att narkomani är en artifi-

ciellt framkallad drift och att det är två stadier i drogberoendet. Under första fasen missbrukar individen drogen men har fortfarande kontroll över konsumtionen; i den andra fasen har processen utvecklat sin egen dynamik, och behandlingen måste nu bli radikalt annorlunda.

Detta problem angår helt visst många vetenskapliga discipliner, men mycket ofta brukar företrädare för olika specialiteér inte förstå varandra utan anlägger en närmast fientlig attityd till sina kolleger från andra discipliner. Alla tenderar dock att se narkomanin som ett symptom på någon kemisk, psykologisk, social eller etisk defekt hos antingen individen eller samhället. Allt detta menar Bejerot är felaktigt och ofruktbart. Narkomani - vare sig det gäller narkotika eller alkohol - är inte ett symptom utan ett djupgående patologiskt tillstånd med sin egen inboende dynamik. Tag till exempel tobaksrökningen. Tonåringen börjar röka för att visa sig vuxen. Men trettio år senare är han fångad av ett drogberoende, medan det ursprungliga motivet för rökningen för länge sedan försvunnit. Processen följer nu sin egen dynamik.

Detta utgör inte något stöd för uppfattningen att en individ måste dras med personlighetsstörningar eller sociala problem för att bli drogberoende. Varje människa och varje djur kan utveckla ett drogberoende om tillräckliga kvantiteter tillförs kroppen under tillräckligt lång tid. Ju större beroendebildande egenskaper drogen har och ju mer angenäma de farmakologiska effekterna är, desto snabbare och starkare utvecklas beroendet. Det utvecklade beroendetillståndet måste klart hållas isär från missbruksfasen.

Under missbruksfasen har individen fortfarande kontroll över situationen; under beroendefasen har han förlorat kontrollen. Missbrukstidens längd, innan beroende

uppstår och drogen tar över, varierar för olika medel. När det gäller heroin är det fråga om veckor, när det gäller barbiturater är det en fråga om månader, för alkohol en fråga om år (men processen går snabbare i unga år, så vi kan träffa på alkoholister som inte är mer än tjugo år eller däromkring). Narkomani uppstår snabbare om medlet sprutas intravenöst (dvs *direkt in i venerna; övers ann*) än om det tas genom munnen. Apor utvecklar alkoholism mycket snabbt om de förlöper ges intravenösa alkoholinjektioner.

Bejerot ser likheten med sexualdriften. Medel-Svensson inleder ett sexuellt förhållande och hittar på alla tänkbara svepskäl för att få möjlighet att vara borta från hemmet och få vara tillsammans med sin nya kärlek; snart tappar han kontrollen över känslorna och blir tvungen att fortsätta sitt bedrägeri till varje pris. Han är fångad, "hooked", men de knep han tillgriper för att tillfredsställa sitt sexuella beroende är småsaker jämförda med narkomanens knep för att komma över sitt älskade heroin. Vi vet faktiskt att narkomaniserade människor och djur föredrar sina droger framför sex, både kvantitativt och kvalitativt. Detta ger oss en viss uppfattning om de försakelser narkomanen upplever när han uppmanas att avstå från sin drog. Skulle en syndande Don Juan samtycka till kastrering för att få bot för sitt tillstånd? Lustmördaren föredrar vanligen ett liv på en sluten institution framför kastrering och frihet. Eller som Rado uttryckte sig om narkomanin: "Patienten lider inte av sin sjukdom, han njuter av den."

Man behöver inte vara psykiskt avvikande eller störd för att föredra njutning framför ett vettigt sätt att leva; tänk bara på alla upplysta feta människor. Eller tänk på hur vanligt det är att alkoholisten gärna accepterar be-

handling för sin magkatarr eller andra komplikationer under förutsättning att han inte berövas sin alkohol.

Enligt Bejerot innebär drogberoendet egentligen att en kortslutning av lust-olust-mekanismen inträtt och givit upphov till en artificiell drift som är jämförbar med sexu•aldriften eller till och med starkare än den. Detta belyses också om vi kortsluter denna försvarsmekanism experimentellt. Neurofysiologen Olds har visat oss vad som händer när man placerar elektroder i lustcentrum på råttor. De glömmer allt utom att stimulera sig själva med elektroden. Seevers experiment med apor som gavs möjlighet att injicera sig själva med narkotika och fortsatte att göra detta tills de blev sjuka är också belysande. Även i insektsvärlden förekommer narkomani, som hos vissa myror som är galna i körtelslem från vissa skalbaggar. Vi har alltså att göra med ett djupgående biologiskt fenomen där andra exempel är flickan med *anorexia nervosa* ("*nervös avmagring*", *en sjukdom som stundom leder till döden; övers anm*), den besatte gamblern eller den sexuellt perverterade.

Slutsatserna av denna syn på narkomani är klara. Allt som är möjligt måste göras för att förhindra att beroendefasen inträder. När det stadiet en gång har nåtts måste uppfordran till den beroendesjuka att medverka till behandling verkligen bli stark, om trollcirkeln skall kunna brytas.

*S S B Gilder, MD*

# Inledning

När det gäller vetenskap och teoribildning måste vi ideligen ompröva våra teorier mot de nya rön som ständigt växer fram. Om verkligheten inte stämmer överens med de gamla teorierna är det teorierna som måste justeras. Inom varje vetenskapsområde har vi varit tvingade att emellanåt revidera även våra grundläggande teorier. Jag hävdar att de iakttagelser som kan göras om narkomanin i det kliniska arbetet inte stämmer med gängse populäruppfattningar om tillståndets natur, spridning och behandling. I den här lilla boken har jag huvudsakligen koncentrerat mig på hur narkomani uppstår och vad slags tillstånd det är fråga om.

Jag vill börja' med att skildra ett fall som jag haft hand om. Det faller sedan på läsaren att avgöra om detta fall - och andra som läsaren kanske själv är förtrogen med - bäst förklaras utifrån gängse föreställningar eller av de teorier som jag skall presentera här.

Patienten är en framstående läkare, en skicklig specialist inom sitt fack. Han har alltid varit öppen och gladlynt, omtyckt av både patienter och personal. Han hade tidigare aldrig haft några problem med alkohol, mediciner eller "nerver", han är gift och var i femtioårsåldern när det hela började. Sedan några år tillbaka hade han av och till oroats - eller kanske snarare förargats - en smula över tillfällig impotens emellanåt, men han hade inte uppfattat situationen som så allvarlig att han brytt sig om att diskutera saken med någon kollega och

specialist på området, och hustrun hade aldrig klagat eller gjort några anmärkningar om detta. När han var på semester i Syd-Europa kom han att tänka på att centralstimulerande medel - som ju länge varit närmast totalförbjudna i Sverige - hade rykte om sig att öka potensen, och han beslöt sig för att undersöka hur det förhöll sig med den saken. Han skaffade sig ritalinatabletter på ett apotek och tog tableterna på vanligt sätt men utan önskvärt resultat. Han fortsatte trots detta med tableterna och ökade dosen en smula. Efter ett par månader beslöt han sig för att pröva effekten av en intravenös injektion av upplösta tabletter. Han fortsatte sedan med injektioner och tog sådana i tät följd, dygnet runt under några dygn för att sedan göra några dagars uppehåll innan han åter injicerade. Detta fortsatte och han blev efter en tid så omdömeslös att han uppträdde påverkad på sjukhuset. Hans hustru tog kontakt med framstående psykiatrer, men de förklarade att de inte kunde vidta några åtgärder då kollegan inte var villig att medverka till någon vård.

Den narkomaniserade läkaren blev ideligen psykotisk - fick "knarknojoj" - och bröt då sönder möblerna i hemmet i sitt letande efter gömda mikrofoner och TV-kameror. Efter några månader stod hustrun inte ut längre utan lämnade spillrorna av deras eleganta hem och hyrde sig ett rum. Mannen fick ännu starkare förföljelseidéer, när han blev lämnad ensam, och flyttade efter några dagar till hustruns hyresrum. Efter bara ett par dagar där fick han emellertid åter en svår ritalinapsykos. Han var övertygad om att de obefintliga förföljarna hade upptäckt hans gömställe och vågade därför inte stanna kvar där längre. Han tog in på ett hotell, där han inom loppet av några timmar hade brutit sönder hela inredningen i rummet i sitt sökande efter mikrofoner och TV-kameror. Polisen kallades till platsen, och i egenskap av psykiatrisk konsult hos polisen undersökte jag mannen på en polisstation. Han kände mycket väl igen mig sedan gammalt och bad om hjälp mot det internationella TV-gäng som filmade honom dygnet runt uppe från innertaket och som nu också var i full aktion inne på polisstationen. Han bad mig också förklara för polisen "och alla andra idioter som tror att jag är tokig" att han var helt frisk och vid sina sinnens fulla bruk. Tiden mellan den första ritalinatabletten och det dramatiska omhändertagandet med åt-

följande tvångsinläggning på psykiatriskt sjukhus var ganska exakt ett år.

Gängse föreställningar om att narkomani är ett symptom på psykisk missanpassning, alienation, misströstan eller oro över en komplicerad tillvaro, dåliga barndomsförhållanden, olämpliga föräldrar och så vidare galler knappast i det här fallet. Denne välbegåvade, allmänt omtyckte och framgångsrike man levde i en ekonomiskt privilegierad situation. Hans förhållande till hustrun var mycket gott, och han var en av de minst "alienerade" människor jag känner. Om han haft varma och harmoniska föräldrar eller inte känner jag inte till, men barndomsförhållandena hade i varje fall inte avhållit honom från att nå en toppposition i ett krävande och ansvarsfullt yrke och njuta av ett såvitt man kan förstå lyckligt och harmoniskt privatliv. Den detalj som förledde honom att pröva centralstimulerande medel - hans emellanåt sviktande potens - är ett alldagligt fenomen bland män i hans ålder, välkänt för varje läkare.

Min teori om narkomanins natur går i korthet ut på att narkomanin är en direkt effekt av drogernas verkningar och helt fristående från de faktorer som ursprungligen föranledde individen att börja missbruka medlen. Ofta är det en ren tillfällighet att en individ börjar missbruka ett medel: det kan vara nyfikenhet, en önskan att tillhöra en gängmiljö där missbruket förekommer eller helt enkelt en olycklig medicinsk behandling. De omständigheter som gjorde att vederbörande först kom i kontakt med drogen, började experimentera med den och missbruka den behöver alltså inte ha någonting med det fortsatta förloppet att göra: Sedan drogberoendet en gång utvecklats övertar nämligen detta styrningen av drogkon-

sumtionen och därmed av den fortsatta utvecklingen. Med andra ord: Det finns tusen skäl *varför Jeppe började suppa* eller knarka. Men *att Jeppe fortsätter att suppa* eller knarka beror (i de flesta fall väsentligen) på att han utvecklat ett drogberoende.

Enligt min uppfattning är det karakteristiska för narkomanin att drogbegäret antagit en driftsmässig karaktär och styrka, och det är lika svårt för narkomanen att bryta sitt beroende som det är för normala människor att undertrycka sitt sexuella begär. Denna teori och teorier om narkonraniernas sociala spridningsmekanismer, om effekten av olika typer av narkotikapolitik och olika vägar att bekämpa omfattande missbruksepidemier skall i fortsättningen diskuteras i detalj.



## Vad är narkomani?

Samhällsutvecklingens och samhällsfaktorens roll för uppkomsten av narkomani skall diskuteras i ett senare avsnitt (s 6q.). Först skall vi göra en grundlig genomgång av vad beroendebildning och narkomani representerar biologiskt.

*Narkomani* kan beskrivas som ett tvingande bruk av - eller begär efter - gifter som är till allvarlig skada för individen eller samhället eller vanligen bådadera.

De gifter det här är fråga om påverkar hjärnan och upplevelsorna mycket starkt, som regel på ett lustbetonat sätt. Individen har en tendens att snabbt vänja sig vid dessa gifteffekter. Efter en tid är det mycket svårt eller nästan omöjligt för honom att undvara eller avstå från det gift han blivit beroende av.

Han har då blivit narkomaniserad. Giftberoendet har fått en driftsmässig karaktär och styrka: längtan efter giftet har utvecklats till ett begär, kanske lika starkt eller starkare än sexualdriften. Bruket eller missbruket har nu övergått i ett allvarligt tillstånd, narkomani, och missbrukaren har blivit narkoman.

De flesta narkomaniformer har ett behagligt inledningsskede, ibland kallat narkomanins smekmånad, men förr eller senare kommer de negativa effekterna och svårigheterna, ofta med våldsamt kraft.

Narkomanen kan hela tiden iaktta sig själv och sitt drogbegär, men han inser som regel för sent att beroen-

det blivit honom övermäktigt. Även om han verkligen vill sluta så förmår han i de flesta fall inte motstå gift-hungern. Den som allvarligt försökt banta eller försökt att bryta ett så alldagligt giftberoende som nikotinismen har en liten, liten aning om vilka starka krafter som slumrar långt under det medvetna viljelivets nivå.

### **Inte "bara ett symtom"**

I populärdebatten hör man ofta att narkomani "bara är ett *symtom*" på bakomliggande orsaker - psykiska störningar eller rubbningar, sociala missförhållanden etc. Detta resonemang grundar sig på en missuppfattning.

*Symtom* är en medicinsk benämning för *sjukdomstec-ken*: har man exempelvis värk och ömhet i nedre, högra delen av buken kan detta vara ett symtom på blindtarmsinflammation. Om den sjuka blindtarmen tas bort försvinner förstås därmed också symtomet.

Helt annorlunda är relationen tobaksrökning-lungcancer: om en rökare så småningom ådrar sig lungcancer (och det gör var 12:e person som under decennier röker två paket cigaretter per dag, medan endast en på 30 000 av icke-rökarna drabbas av lungcancer!) så är *lungcancer visserligen förorsakad av tobaksrökningen men är för den skull inte något symtom på tobaksrökning*: om rökaren avbryter sin tobakskonsumtion har detta nämligen inte någon effekt på canceren, som utvecklats till *en process i sig själv med sin egen dynamik*. Relationen drogmissbruk-narkomani är av samma slag, likaså samlag-graviditet och lek med eld och eldsvåda.

Det är självklart att social missanpassning, prostitution och kriminalitet *kan* vara och mycket ofta är yttringar av (eller, om man i detta sammanhang hellre föredrar en

medicinsk förklaringsmodell, symtom på) bakomliggande psykiska och sociala störningar, men *alkoholism och narkomani är inga symtom utan allvarliga sjukdomstillstånd.*

Missuppfattningen på den här punkten är mycket spridd. Den är allvarlig därför att "symtomteorin" passiviserar behandlingsarbetet på ett förödande sätt: Vi kan ju inte skaffa folk nya och bättre föräldrar, vi kan inte ge dem en ny och bättre barndom än den de haft, och det tar tid att ändra samhället till det bättre. Men eftersom alkoholism, narkomani och eldsvådor inte är symtom utan självständiga processer kan vi lyckligtvis handskas framgångsrikt med dem trots att det utlösande skedet ohjälpligt är passerat och kanske också höljt i dunkel.

När man hävdar att narkomani "endast är ett symtom" på missanpassning, psykiska störningar eller sociala svårigheter har man således förväxlat *mottagligheten*, dvs de predisponerande faktorerna, med själva *sjukdomsprocessen*. Resonemanget är lika oriktigt som det vore att hävda att tuberkulosen i gamla tider var symtom på fattigdom, undernäring och dåliga bostadsförhållanden. Sådana faktorer utgjorde givetvis mycket väsentliga faktorer för tuberkulosens spridning i befolkningen, de var predisponerande faktorer, men den turberkulösa sjukdomsprocessen brukade inte avstanna därför att den redan sjuke fick bättre sociala förhållanden. Däremot kunde man i viss utsträckning motverka riskerna för tuberkulos bland de ännu inte drabbade genom omfattande slumsanering, förbättring av arbetsmiljö och kostvanor etc, men då talar vi inte längre om behandling utan om *prevention*, förebyggande åtgärder, och det är något helt annat. I den direkta kampen mot tuberkulosen var man tvingad att koncentrera sig på att eliminera smittspridningen.

Man bör observera att ju mera spridd tuberkulosen blev bland de fattiga och underprivilegerade, desto oftare drabbades även människor som levde under de bästa sociala förhållanden av sjukdomen - helt enkelt därför att smittriskerna ökade också för de socialt mest gynnade. Liknande fenomen föreligger vid ungdomsnarkomanierna.

### **Nikotinismen är lärorik**

Låt oss belysa resonemanget med ett enkelt vardagsexempel, tobaksrökningen - eller rättare sagt nikotinismen - som är ett av de alldagligaste av alla giftberoenden, trots den betydande översjuklighet och överdödlighet som vi numera vet att den är förbunden med. De flesta som börjar röka gör det i de yngre tonåren, vanligen för att imitera de äldre och för att verka tuffa och vuxna. I början smakar det inte ens gott, ungarna får huvudvärk och kräkningar, men de hostar sig igenom det ena cigarettpaketet efter det andra för att inför sig själva och andra demonstrera sin vuxenhet.

Om nu denna process är *den bakomliggande orsaken* till att en tonåring *börjar* röka så kan den knappast förklara varför samma person trettio år senare kanske röker ett paket cigaretter om dagen. "Orsaken" - att visa sig vuxen - finns inte längre kvar, men vederbörande har ändå som bekant mycket svårt att sluta röka. Varför? Därför att han utvecklat ett nikotinberoende. Cigarettrökningen är då inte längre något symptom, och den har inte varit det sedan tonåren. Rökbegäret har nu blivit *ett tillstånd i sig*, en sk konditionering eller betingning, ja en "sjukdom" om man så vill, och betydligt allvarligare än våra vanligaste banala sjukdomar - mjäll, vårtor och karies.

## Alla är i princip mottagliga

Från exemplet med den alldagliga cigarettrökningen kan vi omedelbart konstatera att det uppenbarligen *inte fordras någon störd personlighet eller några bakomliggande sociala problem för att en individ skall utveckla ett giftberoende. I princip utvecklar varje människa och varje däggdjur ett beroende av denna typ om vissa bestämda ämnen tillförs kroppen i vissa kvantiteter under en viss tidrymd.* ju mer potent ett beroendebildande ämne är och ju angenämare effekterna upplevs desto snabbare och starkare blir beroendebildningen. jag vågar påståendet att nog alla mina läsare efter några veckors dagligt bruk av kokain för resten av livet skulle längta efter att få uppleva dessa drogsensationer igen; så starka och angenäma är verkningarna under det första stadiet av kokainmissbruk.

## "Symptomteorin" leder vilse

Som en följd av de missuppfattningar som "symptomteorin" grundar sig på får man i narkotikadebatten ofta också höra att det inte är så mycket man kan göra åt den beroendesjuka, förrän man för det första fått klarhet i "de bakomliggande orsakerna" och för det andra behandlat eller skaffat undan dessa bakomliggande orsaker. Argumentationen är ungefär lika förnuftig som om brandkåren inför ett övertänt hus skulle förklara att man inte kan göra något åt saken, förrän man fått klarhet i brandorsaken. Men bränder och narkomanier måste alltid attackeras och behandlas - och detta så tidigt som möjligt. Kan man sedan så småningom också få klarhet i vad som utlöste branden respektive narkomanin så är det förstås

värdefullt, inte så mycket för det aktuella fallet utan som kunskap för att förebygga bränder i andra hus och narkomani hos andra människor. I många fall kommer vi aldrig att kunna fastställa den utlösande orsaken, men den destruktiva processen bör man förstås ändå försöka bringa under kontroll.

Ibland stöter man också på argumentet att man inte kan göra någonting åt vare sig narkomani hos den enskilde eller ungdomens drogmissbruk över huvud taget förrän man i grunden förändrat vårt samhälle. I denna tappning blir symtomteorin lätt en ursäkt för att man inte vill-kan-vågar-orkar-gitter göra något åt problemen här och nu. Att vi skall verka för ett bättre och rättvisare samhälle borde vara en självklarhet. Men den vägen botar vi inte redan etablerade nikotiner, alkoholister och narkomaner.

### **Missbruk och beroende**

Med den givna definitionen av narkomani kan vi - åtminstone teoretiskt - lätt skilja missbrukstillstånden från narkomanierna: På missbruksstadiet kan man viljemässigt styra sin konsumtion och berusa sig efter behag, men så småningom - beroende på medlets lustskapande och beroendeframkallande egenskaper, på dosering, intensiteten i missbruket, missbrukstidens längd, individuella faktorer etc - kan missbruket övergå i narkomani och därmed anta en driftsmässig prägel. Individens förlorar då styrningsfunktionen över sitt giftbegär, beroendet tar överhanden och dominerar individen och hans livsföring (fig i).

Vid missbruk av kokain och heroin inträder detta driftsmässiga tillstånd som regel redan efter några veckors

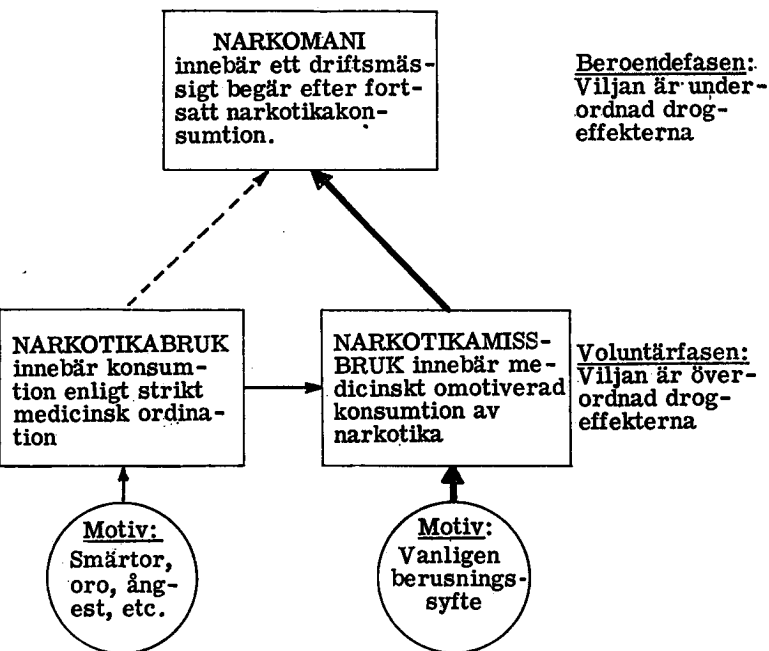


Fig. r. Relationer mellan bruk, missbruk och beroende av narkotika. Medicinskt motiverat bruk av narkotika kan stundom leda till narkomani, i så fall vanligen via en tids missbruk, dvs överskridande av givna doseringar. Den helt dominerande vägen in i narkotikamissbruk går dock via direkt berusningssyfte.

missbruk, men det kan komma betydligt snabbare. När det gäller sömn- och rogivande medel, cannabis och centralstimulerande medel, fordras vanligen några månaders konsumtion av stora doser innan narkomaniseringen inträtt. Alkoholismen däremot inträder som regel först efter åratals missbruk. I ungdomsåren är det dock ofta tillräckligt med något eller några års missbruk för att nå

detta stadium, medan alkoholismen i medelåldern ofta föregås av 5-10 års missbruk. Prägling, inläring och även felutveckling går mycket snabbare hos unga än hos äldre.

Medlens beroendeframkallande förmåga varierar således i högsta grad. På samma sätt medför intravenös tillförsel av droger en snabbare och starkare beroendebildning än om medlen tas genom munnen. Apor utvecklar alkoholism under loppet av några veckor om de ges riklig intravenös tillförsel av alkohol.

## **Vilja och lust**

*Narkotikamissbruk* ger alltså lätt upphov till *konditionerings- eller sjukdomstillståndet narkomani*. Bakom denna genomgripande kvalitetsförändring (ett s k dialektiskt språng för att uttrycka det i filosofiska termer) ligger vad jag vill tolka som en "kortslutning" av individens grundläggande biologiska styrningssystem. Det låter konstigt men är ganska enkelt att demonstrera.

Missbrukaren har i drogerna funnit en genväg till starka lustupplevelser och dessa lusttillstånd blir genom inläring, konditionering, lätt så angelägna att vederbörande inte är beredd att avstå från dem: normal tillfredsställelse och lust kan inte längre konkurrera med drogeffekterna.

När giftberoendet antagit en driftsmässig karaktär och styrka har individen för den skull inte helt förvandlats till ett viljelöst offer utan bibehåller en viss möjlighet att modifiera sitt beteende. Den giftberoende människan försöker länge dölja eller styra sin drogkonsumtion i socialt accepterade former: Alkoholisten brukar försöka att i det längsta hålla sig nykter på arbetsplatsen och kanske



också i trafiken, sprutnarkomanen försöker i början undvika att ta medlet så att de anhöriga upptäcker hans tillstånd etc.

Här bör man observera att de yttringar av opålitlighet som är så karakteristiska för narkomanen i själva verket är ett försvar för det driftsmässiga drogbegäret och att detta reaktionssätt är starkt uttalat även i de fall där vederbörande inte företedde några psykiska abnormdrag före narkomaniseringen. Vi känner igen beteendet från vardagslivets driftsförsvar: Den i vanliga fall mest hederlige och pålitlige herr Medel-Svensson blir som bekant lika opålitlig när han skall slå vakt om något utomäktenskapligt erotiskt förhållande som blivit viktigt för honom. Den driftsmässiga styrningen gör att den otrogne blir "upptagen" av ideliga sammanträden, träningskvällar, affärsresor, vetenskapliga kongresser eller vad det nu kan vara för dimridåer han kan gömma sin driftsutlevelse bakom.

Även när ett visst beteende är uttryck för en medfödd eller förvärvad drift har människan således fortfarande stor frihet att bestämma detaljerna i och kring driftsutlevelsen, men han/hon har små möjligheter att kuva den. Även de frommaste munkar har som bekant besvär med sin sexualitet som de upplever som djävulens frestelser.

En av mina patienter, en 35-årig sekreterare, som ursprungligen druckit sig till en vinalkoholism i glada vänners lag och som därefter blivit narkoman på meprobat (ett lugnande medel) under behandling för sin alkoholism, får ideliga återfall vilka underlättas av många läkares okunnighet om beroendetillstånden och deras ofta enorma godtrogenhet (och givetvis också av samhällets bristfälliga kontroll över förskrivningen av beroendefram-

kallande preparat). Det är en välbegåvad och humoristisk kvinna som i timmar kan berätta om alla de trick hon använder för att komma över meprobamatrecept i stor skala och för att opportunistiskt väcka den rätta medkänslan hos dem som vid återfallen skall trösta och hjälpa henne till rätta. Hon har lovat att så småningom skriva en liten bekännelseskraft på temat "Hur man som narkoman lurar läkare, socialarbetare, journalister och annat godtroget folk", men hon känner sig ännu inte tillräckligt stark för att våga bränna sina skepp. "Tänk vad svårt jag skulle få att komma över mina favoritpiller igen om jag sedan skulle återfalla", är ännu så länge hennes självvironiska kommentar till de ideliga uppskoven med skrivandet.

Från den kliniska erfarenheten vet vi att narkomaniserade människor och djur ofta värderar drogeffekterna högre än den sexuella tillfredsställelsen både kvantitativt och kvalitativt. Opiatnarkomanerna blir som regel impotenta. De är fullt på det klara med att detta är en effekt av drogerna och att könsdriften kommer tillbaka om de slutar med drogerna, men de sexuella lustupplevelserna kan inte konkurrera med drogeffekterna; därför föredrar opiatnarkomanerna drogerna med åtföljande impotens. Detta ger en liten föraning om behandlingsproblematiken vid narkomani. Hur många människor med sexuella svårigheter skulle vara beredda att acceptera kastrering som lösning av problemet? Även här lämnar praktiken vissa intressanta erfarenheter. Innan man med framgång kunde behandla farliga sexualbrottslingar med långtidsverkande hormoner blev dessa män ofta internerade på livstid eller till hög ålder. De brukade erbjudas kastrering och omedelbar frigivning men detta avvisades ofta. Vederbörande föredrog att sitta inspärrad - med bibe-

hållen möjlighet att onanera - framför att bli kvitt sin farliga könsdrift och gå ut i samhället som en fri man.

Den australiska psykoanalytikern Rado har beskrivit narkomanens situation i en raljant formulering som fångar tillståndet i en enda mening: "Patienten lider inte av sin sjukdom, han njuter av den." Därmed inte sagt att narkomanen inte ofta har det svårt på många sätt. Men narkomanins emotionella debet och kredit talar för fortsatt drogkonsumtion, och därvid brukar det bli.

Låt oss här för ett ögonblick begrunda den vanligaste av våra narkomaniformer - alkoholismen. Vi känner till att alkoholisten kan supa sönder sin ekonomi, sin familj, sitt arbete, sin sociala ställning och förlora allt som tidigare hade någon betydelse för honom. Att han kan finna sig i detta långsamma psykiska, ekonomiska och sociala förfall kan endast förklaras med att de smärtsamma successiva förlusterna uppvägs av den lusttillfredsställelse som alkoholen ger honom.

Vilja och lust kolliderar ofta i vardagslivet, och man behöver inte vara någon psykiskt störd eller viljesvag människa för att ha svårigheter att tygla sin lust. Vi behöver bara tänka på alla de feta människor som av hela sin själ verkligen vill bli slanka. Men lusten att stoppa i sig god mat brukar vara starkare, varför de med åren blir ännu rundare. Betänk sedan att droglusten i många beroendesjukdomar är väsentligt mera pockande än lusten att frossa.

Bantningspatienterna uppvisar också många paralleller med narkomanerna: De är ofta oförmögna att styra utvecklingen åt rätt håll trots starkt medicinskt stöd, de är opålitliga i sina uppgifter om vad de konsumerar, de hävdar ofta att de "äter just ingenting" trots att de fortsätter att öka. Läger man in dem på klinik för bantning

("avvänjning") har de en tendens att smuggla till sig olovliga kalorier, och efter utskrivningen är risken för återfall i frosseri och därmed fetma överväldigande.

Liksom narkomanerna vill de feta komma till rätta med komplikationerna till sin speciella njutning utan att vara beredda att offra njutningskällan som sådan. Där- emot underkastar man sig gärna meningslös "behandling" (som massage mot fetma respektive "rådgivning" mot narkomani), som inte äventyrar själva lusttillfredsställelsen.

Alkoholisten vill på samma sätt ha hjälp med sin magkatarr eller sitt magsår, sin sömnlöshet eller retlighet, men han är inte beredd att offra alkoholen. Om han verkligen vill sluta dricka kan ha ta antabus, men det är mycket få alkoholister som verkligen är beredda att acceptera denna farmakologiska blockering, som effektivt sätter stopp för fortsatt drickande.

Det förhåller sig på ungefär samma sätt med storrökaren: han prövar villigt alla tänkbara medikamenter mot sin kroniska luftrörskatarr, men han avvisar som regel den enda riktiga åtgärden - att sluta röka.

### **Lust-olust-principen**

Vi är nu framme vid problemets kärna. Det går lättast att förstå narkomaniseringsprocessen, den paradoxala sjukdomsbilden vid narkomani och tillståndets ytterligt svårbehandlade och kroniska karaktär om man ser *beroendebildningen som en "kortslutning" av lust-olust-principen och narkomanin som en på detta sätt uppkommen artificiell drift, i kraft jämförbar med eller t o m starkare än sexualdriften.*

Lust-olust-principen synes utgöra den primära biolo-

piska styrningsmekanismen för hela djurriket inklusive människan. För att uppnå lust - om det gäller att äta och dricka, att finna värme, trygghet och gemenskap eller att uppnå sexuell tillfredsställelse - fordras någon form av ansträngning. På samma sätt fordras det ansträngning för att undvika olust - oavsett om det gäller hunger, törst, smärta, köld, ensamhet, sexuell otillfredsställelse etc. Man kan hävda att *lust-olust-principen är den omedvetna regulatorm i djurriket och att den främjar individens anpassning och släktets fortbestånd. Individerna tycks vara biologiskt programmerade för lustoptimering.*

Man bör även observera att lust-olust-principen har inbyggda spärrar som förhindrar eller motverkar att de normala, biologiska lustmekanismerna missbrukas på ett sätt som skulle äventyra individens anpassning och artens möjlighet att överleva: Även de starkaste lustupplevelsorna - den sexuella orgasmen - åtföljs som bekant av s k refraktärperioder då lusten försvinner; detta medför att även de brunstigaste ungdjur måste ägna sig åt annat (kanske livsbefrämjande aktiviteter som att bygga bo, jaga etc) mellan de sexuella förlustelserna.

Någon invänder nog att vi människor inte är några driftsstyrda djur och hänvisar kanske till att vi dagligen piskar oss till en massa olustiga saker: Vi stiger upp i ottan för att hinna till vår skola eller vårt arbete, där vi kanske har obehagliga och tråkiga arbetsuppgifter och tvingas stå ut med odrägliga lärare och chefer, vi kanske pluggar in vad vi upplever som meningslös kunskap därför att kursplanen kräver det, vi betalar punktligt in våra restskatter fastän vi kanske har svårt att klara våra nödvändigaste utgifter etc, etc. Det fordras dock inte någon djupare eftertanke för att inse att olusten snart skulle bli ännu större om vi underlät att kämpa oss igenom

vårt dagliga mått av olust: Vi skulle bli utan arbete och examen, vi skulle förlora våra anhörigas och vänners aktning och så småningom riskera en social utstötningssprocess. Kämpar vi oss igenom svårigheterna får vi i stället olika former av belöningar - inkomst, aktning, trygghet - för våra uppoffringar, ibland kanske bara ett gott samvete, men det är inte heller någon dålig tillfredsställelse.

## Urspårad lust

Vad händer nu om vi "kortslyter" lust-olust-mekanismen och ger individen obegränsade möjligheter att förlusta sig själv? Den kanadensiske neurofysiologen Olds har demonstrerat detta.

Olds opererade in små platinaelektroder i lustcentrum i mellanhjärnan på laboratorieråttor. Därefter placerade han en liten tippkontakt i buren och gav råttorna möjlighet att själva sluta en svag elektrisk ström och på detta sätt stimulera lustcentrum. Råttorna syntes uppleva en mycket stark lustkänsla, och de "hemföll" omedelbart "åt lasten" att ideligen stimulera sig själva. Hannarna glömde sina brunstiga honor, de glömde att äta, dricka och sova och stimulerade sig dygnet runt tills de föll ned medvetlösa eller döda av utmattning. Teoretiskt förefaller det som om detta är en direkt motsvarighet till kemiskt framkallad narkomani, och hela kärnproblematiken syns här fångad i ett nötskal.

Jag vill också belysa styrkan i drogbegäret vid väletablerad narkomani genom att referera till intervjuer med unga manliga narkomaner på förvaringsanstalt. Jag har frågat en rad av dessa kriminellt hårt belastade unga män, som också ådragit sig en djupgående narkomani och som i många fall inte varit utanför fängelset under lång

tid, vad de skulle föredra om de hade fritt val: obegränsade mängder alkohol eller narkotika under ett dygn. Utan någon tvekan förklarar de förstås att de föredrar narkotika. När man sedan modifierar frågeställningen och frågar vad de skulle föredra om de fick välja mellan obegränsade kvantiteter narkotika under ett dygn eller en attraktiv sexualpartner blir de som regel konfunderade några sekunder. Mer än fyra av fem säger sig dock föredra drogen framför kvinnan.

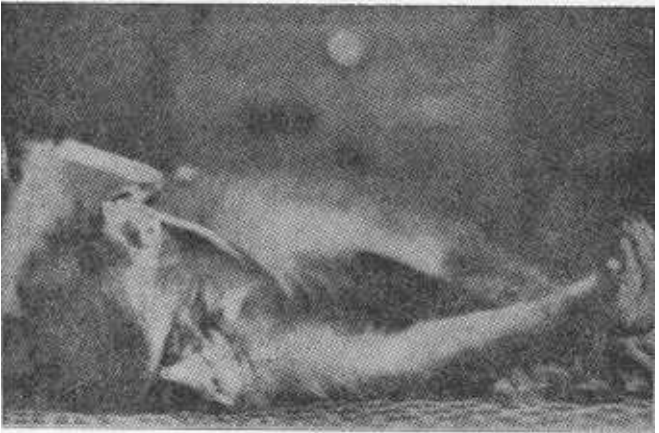
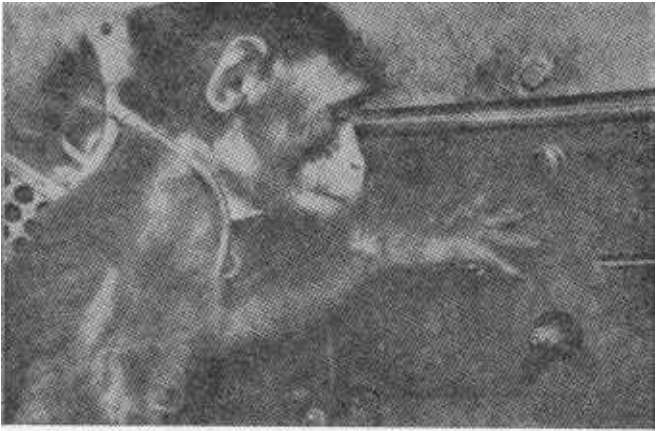
När unga män som länge varit utan kvinnor föredrar sin favoritdrog framför en sexualpartner ger det en föreställning om styrkan i de krafter de beroendeframkallande drogerna kan skapa hos individen. Det ger också en aning om behandlingssvårigheterna.

### **Narkomani hos apor**

En forskare som givit betydande bidrag till förståelsen av narkomanins väsen är den amerikanske farmakologen Seevers. Han demonstrerade sina intressanta djurförsök på film vid ett internationellt symposium i Stockholm 1968.

Seevers arrangerade sitt försök så att rhesusapor fick möjlighet att själva dosera tillförseln av olika beroendeframkallande medel direkt in i venerna. Genom ryggen lade man in små slangar i apornas kärlsystem. Aporna försågs med gördlar och slangarna leddes genom ledande rörarmar från gördlarna till en injektionsapparat utanför buren. I buren placerade man en knapp som apan själv fick upptäcka. En tryckning gav genast en viss dos av det medel som prövades. En datamaskin kopplades in och registrerade vad som hände (fig 2).

Man fick först se de friska aporna, som kunde röra



*Fig. 2. När rhesusapor ges möjlighet att injicera sig med olika beroendeframkallande droger, utvecklar de snabbt drogberoende och blir angelägna att fortsätta drogkonsumtionen trots att de blir sjukare och sjukare. Efter Seevers.*



sig fritt i sina burar och synbarligen var helt obesvärade av den apparatur de kopplats till. Så småningom upptäckte apan knappen och tryckte på den av lekfullhet eller nyfikenhet. Omedelbart fick den en intravenös injektion.

Man kunde sedan i detalj följa utvecklingen av narkomaniseringen vid injektion av olika typer av droger. Aporna utvecklade snabbt en svår narkomani och blev våldsamt sjuka. Trots detta fortsatte de att ta mer av medlet och var helt oförmögna att minska sina doseringar eller att avstå.

Särskilt intressant var försöket med centralstimulantia av den typ som är föremål för massmissbruk i Sverige (amfetamin). Aporna visade sig knarka efter exakt samma mönster som etablerade narkomaner: De injicerade sig upprepade gånger dygnet runt i 6-8 dygn utan sömn och utan nämnvärd föda eller dryck. De var sedan utmattade och sov några dygn. Därefter åt och drack de och startade därefter genast nästa intensiva injektionsperiod om ungefär en vecka osv. Detta periodiska injicerande är helt farmakologisk-fysiologiskt betingat. Det sammanhänger nämligen bland annat med kroppens ettorkning under den intensiva tillförseln av centralstimulantia.

När man frågar en amfetaminist varför han slutar sina injektionsperioder efter ungefär en vecka får man ofta beskedet: "Man får ont i halsen; man blir så torr så man inte kan svälja längre; det känns som halsfluss." På detta stadium är slemhinnorna så uttorkade att obehagen vid fortsatt drogtillförsel blir större än tillfredsställelsen. Därför avbryts injiceringen. Sedan vätskebalansen återställts blir det mera lustbetonat att ta centralstimulantia igen än att avstå, och enligt lust-olust-principen inleds därmed

nästa injektionsperiod. Ibland uppger amfetaministen att han efter en veckas injicerande "inte får någon effekt längre". I dessa fall syns förrådet av s k transmittorsubstanser - "signalsubstanser" - ha uttömts, varför euforin eller lustkänslan uteblir.

Låt oss återgå till Seevers apor. Efter en tid togs de ut ur sina burar, de fick vila några veckor och komma i full fysisk trim igen. Därefter satte Seevers dem tillbaka i burarna, kopplade på dem gördlarna och slangarna men öppnade inte kranarna till injektionsmaskinen.

Nu hände det verkligt intressanta. Seevers berättade att de apor som utvecklat ett beroende till heroin tryckte omkring 2 000 gånger på injektionsknappen innan de gav upp. Men de apor som blivit beroende av amfetamin tryckte dubbelt så ofta - upp till 4 000 gånger - innan de slutligen gav upp. Förutom det psykiska beroendet tillkommer dock för centralstimulantia också den s k pundningseffekten eller tendensen till stereotypt upprepande (Götestam 1974). Undersökningen belyser i viss mån det kliniskt välkända förhållandet att tillfälligt missbruk av amfetamin och andra centralstimulantia mycket lätt ger upphov till ett starkt och kroniskt beroende (även om efter några månaders uppehåll heroinaporna var ivrigare än amfetaminaporna att återuppta drogkonsumtionen).

*Det är nämligen det psykiska beroendets styrka som är kämpunkten i narkomanin och som bäddar för de ideliga återfallen. De tidigare mycket omskrivna fysiska abstinensbesvären vid vissa narkomaniformer utgör i dag inte något nämnvärt medicinskt problem vid korrekt sjukhusvård. Efter en å två veckor - vid beroende av vissa sömnmedel tre veckor - är de fysiska besvären över. Men det psykiska beroendet, längtan efter förnyade drogupplevelser, sitter djupt och är långvarigt, ofta livslångt.*

## Narkomani bland insekter

En och annan läsare gör nog reflexionen att det väl inte är så underligt att råttor och apor utvecklar narkomani om man sticker in elektroder i hjärnan på dem eller om man sätter dem i burar och lägger in slangar i deras kärlsystem och sedan ger dem möjlighet att stimulera sig själva. Det kan då vara intressant att veta att man också kan narkomanisera insekter och att det finns insektsbekämpningsmetoder som bygger på en urspårning av den biologiska lusten. Man har exempelvis syntetiserat det kvinnliga könshormonet för en myggart och besprutat områden med detta. Hannarna får då sädesavgång så snart de kommer i beröring med barr, blad, gräs etc, som blivit besprutade. I detta överflöd av sexualstimulantia för hannarna får honorna mycket liten chans att bli befruktade, varför arten dör ut inom det besprutade området.

Det är också av stort principiellt intresse att känna till att en form av narkomani förekommer spontant i djurriket. Att fenomenet är ovanligt torde bero på att de arter som utvecklar ett sådant beroendetillstånd får kraftigt reducerade chanser att överleva i naturen. Blir beroendetillståndet högggradigt eller vitt utbrett inom en viss art blir det oförenligt med artens fortbestånd.

Bland myrorna finns många arter som har en utpräglat narkoman tendens. Den gula tuvmyran eller *Lasius flavus* håller sig med skalbaggarna *Claviger* och *Lomechusa*, vilka producerar körtelsekret som tuvmyrorna är högeligen förtjusta i (Lindroth och Nilsson 1959). Sedan myrorna matat sina "husdjur" skyndar de sig att hämta sin belöning i form av en dos av det begärliga körtelsekret, som skalbaggarna avsöndrar i små körteltofsar på



*Fig. 3. Den gula tuvmyran, Lasius flavus, hämtar sin begärliga drog, ett körtelextrakt från skalbaggen Claviger. Foto Lennart Nilsson.*

utsidan av kroppen (fig 3). Ursprungligen trodde man att dessa sekret innehöll något födoämne eller vitamin och att det således var fråga om ömsesidig nytta för båda arterna, en symbios i biologisk mening. Men så är inte

förhållandet, och myrsamhället klarar sig betydligt bättre utan skalbaggarna; det blommar upp och blir mycket livskraftigt om man avlägsnar gästdjuren. Dessa är heller inte parasiter. De gula tuvmyrorna är så rädda om sina "husdjur" att de vid fara i första hand bringar dessa i säkerhet och först därefter försöker rädda sina egna ägg. *Lomechusa-larverna* tolereras i myrsamhället trots att de livnär sig på myrornas ägg och larver. För möjligheten att förlusta sig på skalbaggesekretet offrar myrorna således sin egen avkomma. Tanken går här osökt till opiumrökarna i det gamla Kina; det berättas att det inte var ovanligt att de sålde barn och hustru för att få möjlighet att skaffa sig mera opium.

## Djur och människor

Djur och människor reagerar i huvudsak lika på olika beroendeframkallande medel. Det visar att narkomani inte förutsätter en störd personlighet eller en trasslig social bakgrund för att utvecklas.

Det är viktigt att förstå dessa djupgående biologiska fenomen. Det är vanligt att beteendeforskare och samhällsvetare står helt främmande inför dessa naturkrafter och tolkar narkomanin som ett bristtillstånd (brist på kärlek, ömhet, trygghet, accepterande, självsäkerhet etc) eller som ett resultat av en felaktig personlighetsutveckling. Sådana faktorer kan ha betydelse för *missbrukets uppkomst*, men *den utbildade narkomanin* är ett tillstånd av en principiellt helt annan kvalitet.

Farmakologerna är numera, till skillnad från många beteendevetenskapare, väl förtrogna med att vissa ämnen ger upphov till svåra beroendetillstånd oavsett vem

som intar dem, men den driftsmässiga karaktären i dessa beroendetillstånd har inte blivit uppmärksammas och förstådd ens inom medicinen. För en mansålder sedan insåg inte heller farmakologer av facket alltid att vissa substanser framkallade allvarliga beroendetillstånd om de i vetenskapligt syfte prövade dem på sig själva en viss tid. Den framstående farmakologen Louis Lewin säger i sitt etnofarmakologiska arbete *Phantastica*: "Bland forskare har jag sett fruktansvärda tillstånd av kokainhunger. De som tror att de kan träda in i lyckans tempel genom denna förlustelsens port får betala sina kortvariga njutningar med kropp och själ."

### **Men alla blir inte narkomaner**

Att flertalet människor i praktiken undgår allvarliga giftberoenden beror inte på biologiska utan på sociala och kulturella förhållanden: antingen att de inte kommer i kontakt med medlen eller att de på grund av uppfostran, kunskaper etc undviker att laborera med drogerna på egen hand (när det gäller narkotika eller beroendebildande läkemedel) eller undviker att överskrida gränsen för beroendebildning (av exempelvis alkohol).

*Användningen av narkotiska preparat är medicinskt försvarlig endast vid bestämda sjukdomstillstånd och då givetvis under sträng och kompetent läkarkontroll. All annan användning av dessa medel är att beteckna som missbruk.*

Vilka är det då som tar till narkotika och utsätter sig för dessa stora risker? Vi skall återkomma till det sedan vi först stiftat bekantskap med de narkomaniframkallande medlen och de sjukdomsbilder de ger upphov till.

## Ett tillstånd som står narkomanierna nära

**Man** kan som bekant förlusta sig på otaliga sätt även om förlustelserna inte brukar ge upphov till ett driftsmässigt begär som vid sex, drogberoende och frosseri. Ett omtyckt och oskyldigt nöje är att köpa en lott eller tippa några rader, andra föredrar toto, roulette eller kortspel. Men på samma sätt som man kan bli så beroende av alkohol och droger att berusningseffekterna upplevs som det viktigaste i tillvaron kan man också bli bergtagen av spel; man kan drabbas av spelgalenskap eller *gambling*.

Gambling är ett sedan årtusenden välkänt tillstånd. Det visar så många släktdrag med narkomani att jag skulle vilja hävda att det motsvarar en form av "narkomani utan droger". Båda tillstånden har en djupgående, driftsmässig prägel, ofta med våldsam styrka, och båda tillstånden är utomordentligt svårbehandlade.

Ett spel som för den utomstående ter sig helt meningslöst och därtill klart förlustbringande upplevs av den inbitne spelaren så lustbetonat att han svårligen eller omöjligt kan dra sig ur det. Trots att spelaren vet att han har oddsen emot sig och att den som håller roulette, toto, bingo eller lotteri tjänar stora pengar på verksamheten, kan gamblern inte avbryta spelet förrän pengarna är slut eller lokalen stänger. Liksom narkomani åtföljs gambling ofta av kulturell avtrubbning och socialt förfall. Ruin och självmord är inte sällsynta som slutstadier vid båda tillstånden.

Det finns en lång rad andra tillstånd som står narkomanierna nära, men de faller utanför ramen för en kortfattad framställning: Sexuella perversioner (fetischism, exhibitionism, sadism etc), kleptomani, pyromani, nagelbitning m fl. Alla representerar de driftsurspårningar.

# Vad är narkotika

Ordet *narkotika* kommer ursprungligen från det grekiska ordet *narke* som betyder sömn. Det var den gamla tidens främsta narkomaniform, opiummissbruket, som kom att forma terminologin. Opium verkar dövnande och sövnande, och opiumrökningen brukar avslutas med några timmars djup sömn.

*Narkotika* har emellertid kommit att omfatta också andra starkt beroendeframkallande medel, som i vissa fall inte alls är dämpande eller sövnande utan raka motsatsen (t ex kokain).

## Ett juridiskt begrepp

*Narkotika är numera helt enkelt ett rent juridiskt begrepp:* Däri inryms de ämnen som är upptagna i den internationella narkotikakonventionen av 1961 (opium, morfin, andra morfinderivat och ersättningsmedel för dessa liksom kokain och cannabispreparat som hasch och marihuana). Dessa ämnen är således narkotikaklassade över praktiskt taget hela världen.

Öst och väst har varit helt överens om nödvändigheten av en restriktiv narkotikapolitik, och få internationella avtal har rönt en så massiv anslutning som narkotikakonventionen.

Förutom de ämnen som internationellt klassats som narkotika har varje land rätt att på egen hand och inom



sitt område narkotikaklassa andra allvarligt beroendeframkallande medel som givit eller hotar att ge upphov till svårt missbruk. I Skandinavien har en rad syntetiskt framställda centralstimulerande medel (amfetamin och fenmetralin, det senare mera känt under handelsnamnet preludin, och flera andra) klassats som narkotika. Det samma har skett med LSD och vissa andra sk hallucinogener (meskalin, psilocybin m fl).

LSD har hittills klassificerats som narkotikum i många länder men är ännu inte upptaget i den internationella konventionen. De centralstimulerande medlen och råmaterialen till dessa har fram till 1972 narkotikaklassats endast i ett fåtal länder, vilket sammanhänger med att de hittills har blivit föremål för avancerat missbruk endast i några få länder. Likaså har kännedomen om den svåra narkomaniform som de ger upphov till tidigare varit mycket bristfällig även i internationella fackmannakretsar.

I januari 1969 rekommenderade dock FN:s narkotikakommission på svenskt initiativ alla länder att införa strängaste kontroll även beträffande centralstimulantia. I augusti 1970 förklarade WHO (världshälsoorganisationen) att intravenös tillförsel av centralstimulerande medel - det är den vanligaste "tung" missbruksformen i vårt land - ger upphov till en narkomaniform som är lika allvarlig som kokainismen. Sjukdomsbilderna blir också i stort desamma. Vid en FN-konferens i Wien i januari 1971 togs ytterligare ett viktigt steg mot införlivandet av centralstimulantia i den internationella narkotikakonventionen.

Den 1 juli 1972 upptogs en rad sömn- och rogvivande medel i den svenska narkotikalagstiftningen och den 1 oktober 1974 klassades ytterligare sådana preparat som narkotika utan att för den skull underkastas lika noggrann

kontroll som tidigare klassade pSeparat. Skärpningen av kontrollen är välkommen, men narkotikaklassningen som sådan är ytterst tveksam, därför att respekten för begreppet tunnas ut.

### **Ett medicinskt begrepp**

Världshälsoorganisationen antog för några år sedan en ny terminologi på narkomaniområdet. Narkomani hade tidigare i sina svårare former på engelska kallats *drug addiction* (ungefär motsvarande "hemfallenhet"), i lättare former *drug habituation* (ungefär motsvarande "vanebildning").

1964 sammanförde WHO sina tidigare begrepp till ett enda, *drug dependence*, som på svenska officiellt översatts till "*läkemedelsberoende*". "*Giftberoende*" hade nog varit en bättre översättning. Själv har jag föreslagit beteckningen "*toxikomani*" (av grekiskans *toxikon* = gift och *mani* = galenskap) som vetenskapligt samlingsnamn för alla olika arter, former och grader av giftberoende, oavsett om gifterna är klassade som narkotika, som vanliga läkemedel eller helt enkelt utgörs av t ex alkohol (alltså för narkomaniformen alkoholism), thinner, trikloretülen eller liknande.

### **Varifrån kommer de narkomaniframkallande medlen och hur verkar de?**

Det är en lång rad mycket olikartade medel - naturprodukter och syntetiska preparat - som kan ge upphov till narkomani. Vi skall göra en systematisk genomgång av de viktigaste medlen, deras ursprung och verkningar.

Först några ord rent allmänt om de beroendeframkallande medlens verkningar. Det är viktigt att göra klart

för sig vad följande ord står för: farlig - farligare - farligast och stark - starkare - starkast.

Kompareringen å.v de två adjektiven farlig och stark förekommer ofta i debatten. Jag nämnde tidigare att nikotinismen är ett banalt giftberoende. **Men det betyder naturligtvis inte** att nikotinet är ett svagt eller ofarligt gift. Den som exempelvis äter upp en havannacigarr eller sprutar in motsvarande mängd nikotinelösning i venerna kan knappast få tillfälle att vittna om hur starkt gift nikotinet är.

För att få ett objektvt mått på ett verksamt medels effekt jämfört med en annan variant av samma ämne måste man kräva, att samma dos av den aktiva substansen tillförs kroppen på samma sätt. Exempelvis är berusningseffekten av 20 cl brännvin naturligtvis större än effekten av 20 cl mellanöl, och en pipa haschisch är effektivare ur berusningssynpunkt än en lika stor pipa marihuana, trots att det i de båda första fallen rör sig om alkohol och i de båda andra fallen om cannabis.

Effekten av det verksamma medlet mätt på ovanstående sätt har vilselett många till slutsatsen, att exempelvis brännvin måste vara farligare än öl och att haschisch är farligare än marihuana, medan det är den totala giftmängden (etanol respektive tetrahydrocannabinol) som svarar för graden av skadeverkningarna. Vi kan se att den aktuella styrningen av den svenska alkoholkonsumtionen till svagare sorter (öl och vin i stället för starksprit) inte lett till minskning av alkoholskadorna utan snarare till en ökning av alkoholismen bland ungdom (ölkoholism). Uppfattningen att öl är "ofarligt" kombinerat med lättåtkomligheten av exempelvis mellanöl har lett till en ölkonsumtion i vissa ungdomskretsar som vi tidigare bara sett bland det gamla kronikerklentelet av

utslagna ölgubbar.

Om vi alltså jämför två droger, A och B, och säger, att effekten av drog A är större än av drog B, menar vi, att det behövs mer av drogen B än av drogen A för att få fram samma effekt, men att båda drogerna kan ge samma effekt. Om man röker, låt oss säga, fem marijuana-cigarretter i följd uppnår man en liknande effekt som om man rökt en haschischpipa. Detsamma gäller alkohol: några nubbar eller några mellanöl ger ungefär samma berusningseffekt.

Ett annat sätt att jämföra en drogs styrka med en annans är följande: Drog A är starkare än drog B. Med detta menar vi då att effekten av drog A är kvalitativt större än effekten av drog B, nästan oavsett dosens storlek. Som exempel kan vi ta morfin och magnecyl.

## 1. Opiaterna

Opium är det sedan årtusenden mest kända och fruktade ~~sedan~~ narcotiska medlet, beskrivet redan av Homeros i Odys-

Råopium utvinns ur opiumvallmon, som odlas i ett varmt och torrt bälte från Balkan över Mindre Asien, Mellersta östern, Afganistan, Indien, Thailand, Burma och Syd-Kina.

Den största opiumproducenten idag är Thailand, där bergsstammarna (ca 200 000 individer) i de otillgängliga bergstrakterna mot Burma och Laos sedan århundraden haft opiumodling som sin viktigaste inkomstkälla. Enligt en WHO-rapport från 1967 bor de så avlägset att de inte har haft några andra produkter som varit lönsamma att transportera till yttervärlden. I rapporten diskuteras också nya alternativ till odling och försörjning för dessa

bergsfolk. Det största problemet utgör dock de enorma profiter som de olika leden i den internationella narkotikahandeln kan skaffa sig: Utan långtgående internationella kontrollåtgärder i producentländerna torde man inte ens genom mycket goda odlingsalternativ kunna styra produktionen socialt, då bergsbönderna-producenterna annars skulle bjudas ett högre och fortfarande lönsamt pris för fortsatt opiumodling.

WHO har beräknat att endast omkring en tiondel av världens opiumproduktion går till medicinska ändamål, resten till olika former av missbruk. Råopium består till ungefär tio procent av morfin, som brukar utvinnas i produktionslandet och smugglas ut därifrån. De östra smuggelvägarna går över Filippinerna och Hongkong till USA, de västra över medelhavsområdet till Italien och södra Frankrike där morfinet vanligen bearbetas till heroin som är fyra-fem gånger starkare och därför mindre skrymmande som smuggelgods. Heroinet är ett vitt, nästan luktlöst pulver med bitter smak. Huvudparten av heroinet smugglas vidare till den köpstarka amerikanska marknaden.

### *Opiateffekter och opiatnarkomani*

Morfinets verkningar är så starka att de helt dominerar råopiets effekter. Heroinet har en något kortare verkningsstid än morfin: 2-3 timmar mot ungefär 4 timmar för morfinet.

Det finns en rad s k morfinersättningsmedel (metadon, palfium etc) som framställts i hopp om att man skulle komma ifrån tillvänjningsriskerna. Även om forskningen på detta område de senaste åren lett till lovande resultat - t ex pentazocin (fortalgesic) - är fortfarande

många farliga ersättningsmedel i medicinskt bruk.

Inom medicinen används opiaterna främst för sina starkt smärtstillande effekter. De ger också en känsla av ro och välbehag, gynnsamma effekter när det gäller operations- och olycksfallspatienter.

För alla preparat i opiatgruppen gäller att dosen så småningom måste höjas för att verkningarna skall kunna bibehållas eller upprepas. Detta kallas för *tillvänjning* eller *toleransutveckling*. I extrema fall kan morfinisten komma upp i So gånger den för vanliga människor dödliga dosen och ett par hundra gånger den medicinskt brukliga doseringen.

När medel av opiattyp går ur kroppen inträder - om man under en tid tagit stora doser - svåra fysiska abstinensbesvär (temperaturstegring, muskelsmärter, illamående, ihållande kräkningar, diarréer etc), som gör att den sjuke till snart sagt varje pris försöker skaffa sig medlet igen.

Känslan av förhöjd sinnesstämning och välbehag eller "salighet" (eufori) leder snabbt även en smärtfri person till beroende. Redan några veckors missbruk - eller oförsiktigt medicinskt bruk - kan vara tillräckligt för att grundlägga en svår narkomani.

Särskilt snabbt utvecklar sig beroendet vid intravenösa injektioner av morfin och heroin. Här kan redan den första sprutan ge en så överväldigande lustkänsla ("kick") att ett psykiskt beroende kan utveckla sig redan innan den fysiska tillvänjningen inträtt. I medicinsk verksamhet ger man aldrig dessa medel intravenöst.

De behagliga effekterna kommer dock snart i bakgrunden. Efter en intensiv smekmånad med morfin eller heroin får missbrukaren som regel föra en ständig kamp först för att återfå den ursprungliga effekten och känslan, se-

dan för att begränsa obehagen och olusten och slutligen för att komma upp i ett vanligt psykiskt normal-tillstånd. Detta har kallats kampen för den "negativa euforin" (eufori=stark känsla av välbefinnande) : Smärtlindring känns behaglig även om smärtorna inte försvinner helt. På samma sätt upplever en betryckt och olycklig människa en lindring med dessa medel även om hon inte uppnår vad vi brukar kalla normal sinnesstämning. Det är exempelvis välkänt att många gamla alkoholister blir gråtmilda eller retliga av alkohol. Att de ändå fortsätter att dricka måste tolkas som att även dessa perioder av gråtmildhet eller retlighet är angenämare än deras vanliga sinnesstämning.

Efter avvänjning förstärks återigen lustupplevelsorna vid förnyad drogkontakt, och vederbörande kan då för en kort tid klara sig med låga doser innan toleransutvecklingen snart medför höga doser igen. Många opiatnarkomaner vandrar ideligen runt i denna cirkel av missbruk, avvänjning, förnyat missbruk etc.

Alla opiater nedsätter sexualdriften. Manliga morfinister blir som regel impotenta, medan menstruationerna kan upphöra för kvinnliga opiatmissbrukare. Dessa brukar själva ofta misstolka de uteblivna menstruationerna som graviditet.

## 2. Kokain, amfetamin och andra centralstimulantia

**Kokainet** kommer från kokabusken som har sin hemvist i de varma, subtropiska dalarna i Anderna, där det använts som stimulantium sedan förhistorisk tid.

När kokabladen, som innehåller  $t-2$   $\infty$  kokain, tuggas, frigörs mycket små mängder kokain. En sådan tuggdos har en kortvarig verkan, ungefär 40 minuter, och detta

- en *cocada* - var inte bara det gamla tidsmättet i Anderna utan också ett längdmått: den väg man kunde vandra på ett kokainrus - omkring tre kilometer på slättlandet och två kilometer i bergen.

Det rentframställda kokainet är ett mycket starkt centralstimulerande medel, men *verkningarna är i allt väsentligt desamma som framkallas av våra vanliga syntetiska missbruksmedel - amfetamin, precludin och ritalina*. Skillnaden ligger i medlens styrka men kompenseras av att våra missbrukare tar desto större doser av de syntetiska preparaten.

Amfetaminerna kom i kliniskt bruk strax före det andra världskriget. Vissa missbrukstendenser iakttogs tidigt utomlands, främst bland studenter som använde dessa centralstimulerande medel vid intensiv tentamensläsning etc. Vid måttlig dosering ökas nämligen såväl fysisk som psykisk arbetsförmåga något, men självkritiken avtar liksom de känsliga kvaliteterna i omdömet; även minnesfunktionerna försämras under påverkan av dessa medel. Under andra världskriget torde flertalet krigförande länder ha använt amfetaminpreparat i stor skala för att tillfälligt stimulera uttröttade soldater under långa och påfrestande krigsoperationer.

### *Snabb vanebildning*

Kokainet ger en mycket snabb vanebildning, och bundenheten blir ytterst intensiv. Praktiskt taget inga fysiska abstinensbesvär uppkommer när effekterna av kokainet försvinner. *Inte heller våra syntetiska centralstimulantia ger några fysiska abstinensbesvär att tala om.*

Trötthet, hunger och törst elimineras under påverkan av alla centralstimulantia, sinnesstämningen höjs, själv-



känslan ökar - ibland till "storhetsvansinne" - hämningarna försvagas och omdömet avtrubbas.

En rastlös och oordnad aktivitet blir påfallande, och den brottsframkallande effekten av centralstimulantia har länge varit känd i den vetenskapliga litteraturen. Effekten sammanhänger just med att den CS-påverkade över-skattar sig själv och underskattar svårigheter och konsekvenser av sitt handlande. Långt innan dessa medel var narkotikaklassade eller svåra att komma över rapporterades (Borg 1960, 1961) fall av plötslig och omfattande kriminell aktivitet i samband med CS-missbruk hos tidigare mycket skötsamma personer.

Snart blir gifteffekten också här det viktigaste i den sjukets tillvaro. Vid den narkomaniform som dominerar i Sverige (upprepade intravenösa injektioner av stora doser 3-i0 gånger per dygn under kanske en vecka åt gången med några dygns vila mellan perioderna) försämras den sjuke som regel snabbt medicinskt, socialt, intellektuellt och etiskt.

### *Livshotande "nojor" och personlighetsförändringar*

Såväl kokain som syntetiska centralstimulantia ger lätt upphov till akuta, schizofreniliknande tillstånd, som bland missbrukarna brukar kallas "nojor": Den sjuke blir då höggradigt misstänksam, hör röster, känner sig förföljd, blir starkt ångestladdad och betar sig egendomligt, ibland panikartat.

Många av mina patienter har visat upp mycket sär-egna "nojor". En tog ned tapeterna i sitt rum och tvättade dem i badkaret "för att hitta små mikrofoner som bakats in i tapeterna". En annan plockade sönder sin kostym i alla sömmarna: Han förklarade att det fanns "kristaller

i sömmarna och dom här trådarna ingår i några hemliga kristallmottagare".

Det är mycket vanligt att "nojan" tar sig uttryck i våldsamheter, ofta livshotande både för den sjuke och personer i den sjukas omgivning.

En av mina patienter kastade sig ut från ett fönster på andra-tredje våningen därför att han hallucinerade och tyckte sig höra hur fästmän (som inte ens visste var han fanns!) skulle slå sönder dörren med en yxa och döda honom. Genom att han en lång stund stått i fönstret och ropat på hjälp hamnade han i ett brandsegel.

En annan psykotisk narkoman slängde från flera våningars höjd ut större delen av möblemanget i sin våning. Han hade för sig att huset var omringat av civilklädda poliser, och det var dessa han försökte träffa med möblerna som han kastade mot fotgängare på gatan.

Dessa patienter måste givetvis omedelbart omhändertas och föras till psykiatriskt sjukhus. "Nojorna" brukar gå över efter några dygn eller en vecka.

Bestående karaktärsförändringar har rapporterats. Vissa amfetaminester har fått en mera misstänksam läggning efter långvarigt missbruk, och kroniska amfetaminpsykosser förekommer även om de är sällsynta. De påminner starkt om schizofreni men kan som regel skiljas från detta tillstånd.

### *Farmakologisk grund till gängmissbruk*

De centralstimulerande medlen har - i motsats till övriga narkomaniframkallande medel - en anmärkningsvärd verkningsmekanism som förklarar varför dessa medel missbrukas i gäng, medan exempelvis morfinisten och heroinisten brukar ta sina injektioner i ensamhet eller

tillsammans med någon enstaka kamrat.

Redan 1942 upptäckte den amerikanske forskaren Chance vid försök på råttor att effekten av en viss dos amfetamin förstärktes i direkt proportion till det antal råttor (upp till tio) som han placerat i samma bur. Om han i stället för en råtta satte tio råttor i buren behövde han alltså endast ge en tiondels dos för att uppnå samma effekt.

Vårt vanliga gängmissbruk i "kvartarna" är således ett psykologiskt och sociologiskt fenomen som är farmakologiskt betingat.

Rent omedvetet "hushållar" missbrukarna med sina medel genom att samlas i kvartarna och genom att dra in nya i kretsen. Dessa mekanismer bidrar sedan till missbrukets mycket snabba spridning.

Att kokainismen är en av de narkomaniformer som är svårast att bota har man vetat länge. Men att våra syntetiska centralstimulantia (amfetamin, preludin, ritalina) ger upphov till praktiskt taget samma sjukdomsbild som kokainet har man inte vetat tidigare.

### 3. Hallucinogenerna

Det finns en rad naturprodukter och syntetiska preparat som kraftigt förändrar alla sinnesupplevelser och kan framkalla hallucinationer, dvs sinnesvillor.

*Cannabis = haschisch och marihuana*

Hasch och marihuana kommer från den indiska hampan, *cannabis sativa*, ett högvuxet och hårdigt gräs som växer i subtropiskt och torrt klimat. Växtens farmakologiska effekter var välkända långt före vår tideräknings början.

Från honblommorna och toppskotten beredes *marihuana*, som ser ut som ett mellanting mellan finskuren tobak och hackade snören.

*Hasch* är kåda från honblommorna. Den torkas in och blir då mörkbrun eller nästan svart och mycket hård. Den smugglas vanligen i form av stora kakor eller kulor och försäljs i småbitar som kan påminna om sönderskuret radergummi.

Hasch har en svag doft, men när man tänder på den, glöder den och ger en stark doft som påminner om söt, orientalisk rökelse.

Haschen skärs i småbitar och röks praktiskt taget alltid i pipa. Marihuanan, som är mera skrymmande och avsevärt svagare, är sällsynt i Skandinavien. Den röks ofta i specialtillverkade, handrullade cigaretter.

### *Korttidseffekter*

Haschrökningen medför ett berusningstillstånd, som har vissa likheter med alkoholpåverkan: förhöjd sinnesstämning, ökad självkänsla, försämrat omdöme, sänkta hämningfunktioner.

Den haschpåverkade får en markant tankeflykt och blir fnissig. Helt omotiverade tvångsskratt förekommer. Syn- och hörselupplevelserna förändras under haschruset. Den påverkade får svårt att bedöma tid och avstånd, han får till och med svårt att bedöma längden av sina egna kroppsdelar. Detta tillsammans med att muskelrörelserna blir dåligt samordnade, ger ibland upphov till svåra felbedömningar. Haschrökaren är därför höggradigt farlig i trafiken, både som förare och fotgängare.

Vid starkare påverkan inträder hallucinatoriska synförmimmelser, särskilt när den påverkade blundar. På detta

stadium inträder en upplösning av själva jag-känslan, dvs upplevelsen att vara en självständig, iakttagande och handlande individ: Verkligheten glider undan och den påverkade tycker sig uppleva "gemenskap med universum", känna "kosmiska vibrationer" eller "se tingens innersta väsen" etc.

Efter några timmar har ruset passerat. Haschrökaren förstår då mycket väl att de egendomliga sensationerna var berusningseffekter.

Om haschrökaren störs under ruset blir han lätt högirritabel. Dessutom kan svåra orostillstånd ("snedtändning") förekomma vid stark haschberusning: Skrämmande hallucinationer och vantolkningar av omvärlden kan då ge upphov till panikhandlingar.

Vid användning av alla typer av hallucinogener förekommer ibland att drogsensationerna uppträder spontant igen, veckor och månader efter senaste dosen. Dessa skoeffekter är vanligast i anslutning till LSD-missbruk och brukar i missbrukarkretsarna kallas för "clean trips" (rena tripper).

### *Långtidseffekter*

Även om ruseffekterna är snabbt övergående, uppstår vid långvarig haschrökning en förändrad verklighetsuppfattning.

Verkligheten upplevs av den inbitne haschrökaren som allt mer ointressant och meningslös, medan rusupplevelsorna börjar upplevas som allt mera viktiga och väsentliga. Haschrökaren tappar lätt intresset för skolan eller arbetet, han passiviseras och får en stark tendens att glida in i en dagdrivartillvaro, vilket får allvarliga sociala återverkningar om det inträffar med en mängd unga män-

niskor. En fungerande demokrati måste bygga på aktiva och politiskt ansvarskännande människor. De som lever under svåra och pressande sociala förhållanden måste själva ha möjlighet att aktivt påverka samhällsutvecklingen. En social och politisk passivisering genom t ex drogmisbruk och drogberoende försvårar eller omöjliggör en sådan aktivitet och bidrar därigenom till att permanenta sociala missförhållanden.

Den ändrade verklighetsuppfattningen drabbar inte bara upplevelsen av dagen och morgondagen utan även av det förgångna. Ideligen ser man hur haschrökare, som under uppväxtåren varit glada och aktiva barn, i efterhand upplever sin barndom som en förvriden mardröm.

Det börjar nu komma allt flera rapporter i den vetenskapliga litteraturen om skadliga och allvarliga cannabis-effekter. Således har man från flera håll beskrivit ett karakteristiskt och djupgående passivitetstillstånd hos inbitna cannabisrökare, det s k amotivationssyndromet (Nahas 1973, Bejerot et al 1974). I vittnesmål inför den amerikanska senaten har ett 20-tal forskare belyst en rad allvarliga cannabis-effekter (US. Senate 1974).

### *Haschpsykosor*

Svåra sinnessjukdomar (psykosor) utlösta av haschrökning har länge varit välkända i arabländerna. Vi börjar nu få ett snabbt stigande antal haschpsykosor också här. En svensk rapport om 46 fall har publicerats av Bernhardson och Gunne (1972).

Dessa tillstånd är allvarligare än amfetaminpsykoserna ("nojorna"). De sitter i mycket längre, ofta i månader, och blir troligen i vissa fall kroniska.

Jag har själv sett flera ungdomar som blivit höggradigt och sannolikt definitivt personlighetsförändrade efter en enstaka haschpsykos. Dessa fall blir troligen arbetsförmögna och invalidiserade för livet.

Den viktigaste aktiva cannabiskomponenten, tetrahydrocannabinol (THC), kan numera syntetiseras. När en hundradels gram THC ges till en försöksperson inträder omedelbart ett psykotiskt tillstånd av samma typ som det som framkallas av LSD.

Om man experimentellt ger THC till rhesusapor förändras deras beteende genomgripande. Normalt är de aktiva och aggressiva, men när de fått THC sitter de helt stilla, passiva och ointresserade av omvärlden. Man kan då sticka in ett finger i munnen på apan utan att den reagerar det minsta (Edery 1970).

### *Hippievärlden*

I början av 1968 fick jag en nästan chockartad upplevelse av haschens förmåga att förändra folks livssyn och tillvaro.

Under en studieresa i Fjärran östern stannade jag några dagar i New Delhi. De indiska myndigheterna uppgav att den första hippien hade kommit till New Delhi 1966. Vid mitt besök hade man registrerat över 500 hippies det senaste halvåret enbart i ett av stadens fyra distrikt. Indierna var förbryllade över denna egenartade invasion.

Jag tillbringade huvudparten av min tid i New Delhi bland dessa hippies. Nästan alla jag kom i kontakt med var europeiska eller amerikanska f d universitetsstudenter. Alla hade rökt cannabis en längre tid. Jag talade med dussintals av dessa ungdomar, som förklarade att de var

definitivt färdiga med det moderna industrisamhället. De flesta var inställda på att fortsätta upp till Nepal och Himalayas sluttningar och stanna där. Många sa att de ämnade bli buddistmunkar.

Dessa hippies bar egendomliga kläder och många hade bjällror och små klockor runt halsen. En del gick omkring med den medeltida tibetanska *Dödsboken* i fickan som helig skrift. De drog sig fram på besparingar eller pengar som anhöriga sände, på indiernas gästfrihet och enligt polisen också i viss utsträckning på illegal droghandel.

Det är svårt att säga hur mycket av detta som är en moderörelse och hur mycket som beror på långvariga hascheffekter. Ju mer man ser av gamla haschveteraner desto mer övertygad blir man om att haschen så småningom slår ut folk ur en ordnad tillvaro.

Det finns hos gamla inbitna haschrökare mycket av den livssyn som man förbinder med Orienten - passiviteten, världsfrånvändheten, tendensen till mysticism och fatalism - och man undrar i hur hög grad denna gamla och i stora områden stillastående kulturkrets är präglad just av dessa droger.

De asiatiska länder som motstått eller övervunnit sina narkotikaproblem - Japan och Kina - uppvisar å andra sidan en dynamisk utveckling.

## LSD

LSD har blivit mycket omskrivet men lyckligtvis har LSD-missbruket inte fått någon massspridning i Sverige. Särskilt bland haschrökande ungdom är det många som tillfälligt provat LSD, men det tycks vara relativt få som använder det intensivt och regelbundet. Tillgången på medlet har också varit mycket ojämn.



Preparatet syntetiserades redan 1938, men det låg oanvänt i ett schweiziskt laboratorium till 1943, då de märkliga effekterna upptäcktes av en tillfällighet. Framställaren, Albert Hofmann, råkade nämligen utan att själv märka det få i sig mikroskopiska mängder av preparatet och upplevde den första LSD-psykosen sedan han kommit hem från arbetet.

LSD-effekterna är i princip av samma natur som hascheffekterna men ofantligt mycket starkare och mera djupgående. 50 måliondels gram är tillräckligt för att framkalla en schizofreniliknande psykos, som varar 6-10 timmar.

Veckor och månader efter en enda dos kan nya psykotiska attacker uppträda helt spontant. Jag har haft patienter som blivit djupgående personlighetsförändrade efter en enda LSD-dos.

Man kan av det sagda lätt få intrycket att cannabis är "svagare" och LSD "starkare". För närvarande torde det vara så, att mycket få cannabissmissbrukare kan konsumera cannabispreparat i sådan mängd, att effekten vid ett berusningstillfälle kan mätas med effekten av ett LSD-rus. Men långtidseffekterna kan bli desamma. Dessutom kan som nämnts den verksamma substansen i indisk hampa numera syntetiseras, och det är troligt att den högaktiva substans som utvunnits har en berusningseffekt fullt jämförbar med LSD:s. Översikten på sidan 61 delar in hallucinogenerna i "starka" hallucinogener och cannabispreparat. Indelningen kan missförstås då den kan leda tanken till att cannabis inte är så starkt = farligt och vidare då den inte täcker möjligheten att extrahera eller syntetisera den verksamma substansen i cannabis till "starkare" preparat.

Den i USA på sin tid nästan extatiska kulturen kring

LSD startades i början av 60-talet av ett par psykologidocenter vid Harvard-universitetet. Sedan kromosomförändringar rapporterats hos LSD-missbrukare och deras barn tycks kulten kring preparatet ha avtagit i Sverige, men missbruket är fortfarande mycket omfattande i USA och England.

#### **4. Lugnande medel och sömnmedel**

Vissa lugnande medel och sömnmedel kan ge upphov till allvarliga beroendetillstånd om de givna ordinationerna överskrids under en längre tid.

Av sömnmedlen kan särskilt de s k barbituraterna (preparat av typen nembotal, diminal duplex etc) ge upphov till svårartad narkomani med epileptiska kramper och grava förvirringstillstånd under abstinensperioden.

Ofta uppstår denna missbruksutveckling genom en smygande höjning på egen hand av i vanlig ordning förskrivna doser. Vederbörande blir allt mera giftberoende. Inte sällan ser man att en människa utvecklat en avancerad sömnmedelnarkomani utan att ens vara medveten om att ett beroendetillstånd uppstått ("Numera måste jag ta 6-8 tabletter för att somna" etc).

Det är särskilt ängsliga, neurotiska och stressade människor med eller utan sömnsvårigheter som löper risk att utveckla ett beroende till denna typ av preparat, likaså alkoholister och alkoholmissbrukare. Av och till förekommer även att dessa medel injiceras intravenöst i "knarkarkretsår", antingen som enda missbruksmedel eller vanligare som komplement för s k "avtändning" vid missbruk av centralstimulerande medel.

## 5. Alkohol, thinner och andra lösningsmedel

Alkohol kan som bekant ge upphov till de mest svårartade beroendetillstånd. Den kroniska alkoholismen är som sagt i princip ett narkomanitillstånd. Alkoholhungern är för den alkoholskadade pockande och tvingande. När alkoholen går ur kroppen får alkoholisten svåra fysiska abstinensbesvär med darrningar, svettningar, hjärtklappning etc. I svåra fall utvecklas delirium tremens, ett livshotande psykotiskt tillstånd som obehandlat har en mycket hög akut dödlighet i hjärtkollaps.

Också många andra medel än de här nämnda kan missbrukas i berusningssyfte och därmed ge upphov till svåra beroendetillstånd. Vi kan nämna thinner och det mycket giftiga lösningsmedlet trikloretylen, som också ingår i många klistersorter.

Det är främst den i olika förtunningsvätskor ingående toluolen, som genom sin höga flyktighet och fettlöslighet (hjärnsubstansen består främst av speciella fettvävnader) svarar för berusningseffekten hos thinnern.

Sniffaren dränker in en trasa eller trasselsudd med lösningsmedlet och håller den för näsa och mun och inandas kraftigt - s k "dragningar".

Redan efter 10-15 dragningar inträder ett berusningstillstånd, som i allt väsentligt - utom lukten - påminner om alkoholberusning. Ruseffekten är snabbt övergående om den inte underbygges med ytterligare dragningar. Ofta förekommer kontinuerlig sniffning under många timmar, även hela dygn har rapporterats.

En viss toleransutveckling inträder vid intensiv sniffning, dvs vederbörande tål och kräver större doser. De missbrukssymtom som uppkommer efter en tid är desamma som vid alkoholmissbruk: Olust, irritabilitet, stundom

oro och svåra affektutbrott, sömnsvårigheter etc. Om missbruket varit avancerat kan svåra abstinenssymtom i form av svettningar och skakningar och till och med delirium tremens uppstå.

Påverkan på lever och blodbildande organ i benmärgen inträder. Särskilt triklöretylen är ytterst giftigt och sniffning av detta medel har i flera fall lett till döden genom akut andningsförlamning (Edh et al 1973).

Erfarenheterna visar att sniffning främst förekommer bland sysslolösa och understimulerade yngre tonåringar. Kring en liten kärngrupp om några få svårt störda ungdomar kan stora epidemier snabbt blossa upp. Dessa gängfenomen brukar upphöra om kärngruppen tas om hand av barnavårdande organ för behandling. Svåra sniffare brukar i de övre tonåren i regel övergå till alkohol- eller narkotikamissbruk.

## 6. Blandmissbruk

Det är också värt att notera att olika former av blandmissbruk, dvs ett samtidigt avancerat missbruk av flera helt olikartade medel, blir allt vanligare. Ofta uppstår en ond cirkel med en bindning till ett ständigt bruk av uppiggande eller dämpande preparat, narkotika, vanliga läkemedel och alkohol.

I fig 4 lämnas en översikt över olika huvudgrupper av beroendeframkallande medel och vissa karakteristika för de olika beroendeformerna. Behovet av att så småningom öka doserna för att uppnå samma effekt - toleransutveckling och därmed sammanhängande fysiska obehag, s k abstinensfenomen - brukar kallas fysiskt *beroende*. Detta är alltså starkt uttalat hos medel med en dämpande effekt (opiater, sömnmedel, lugnande medel, alkohol och lös-

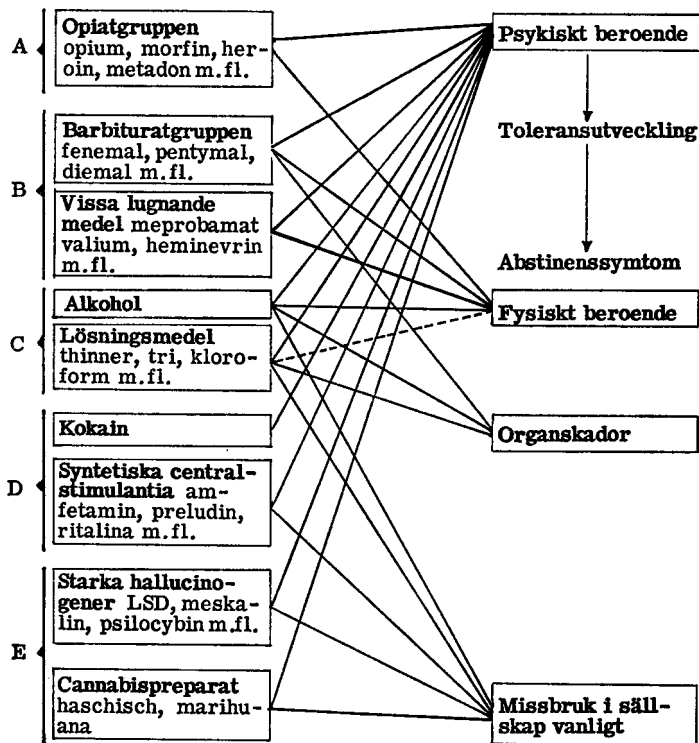


Fig. 4. översikt över olika grupper av beroendeframkallande medel och olika beroendeformer. Endast medel med sk depressiv (dämpande) effekt (grupperna A, B och C) är förknippade med en uttalad toleransutveckling, dvs behov av dosökning, och kroppsliga (fysiska) abstinensbesvär att tala om. Modifierad modell efter Mogens Jacobsen.

ningsmedel) men är obetydligt utvecklat vid centralt stimulerande medel (kokain, amfetamin, LSD och cannabis). Däremot är förstås alla *psyiskt beroendebildande*, dvs narkomanibildande. *Det fysiska beroendet represen-*

*terar endast en tillfällig rubbning i ämnesomsättningen och är utan betydelse för narkomanin som sådan men gör det givetvis svårare att avbryta en pågående "period".*

## **Lagstiftningen**

Vad som skiljer olika njutningsgifter och rusmedel åt är således inte bara deras omedelbara psykiska och fysiska effekter utan också den tidsrymd de kan brukas eller missbrukas innan vanebildning, tillvänjning eller beroende inträder.

Medan man kan bli heroinist eller kokainist på någon vecka tar det kanske ett par veckor att bli morfinist, några månaders missbruk att bli barbiturist eller amfetaminist och som regel 3-10 års missbruk för att bli alkoholist (utan att ha överskridit vad som i vida kretsar betraktas som socialt accepterat drickande). Det är viktigt att veta att alkoholberoende utvecklar sig snabbare ju yngre missbrukaren är.

Haschischberoende utvecklas avgjort snabbare än alkoholberoende. Redan efter några månaders intensivt missbruk tycks beroendet vara mycket svårt att bryta. Tillfälliga uppehåll i drogkonsumtionen kan den cannabisberoende prestera, men om preparatet är lättillgängligt är tendensen till återfall utomordentligt stark. De priser cannabisrökaren är beredd att betala och de i många länder avsevärda juridiska risker han är beredd att ta är ett visst objektivt mått på beroendets styrka. Detta illustrerades redan 1924 av den egyptiske delegaten vid Andra internationella opiumkonferensen: "Trots de förödmjukelser och straff som drabbar cannabisnarkomanerna i

Egypten återfaller de alltid i sin last" (US. Senate 1974, sid 171.

Det är dessa varierande risker för utveckling av beroende som förklarar att lagstiftningen kring olika medel varierar så mycket liksom medlens åtkomlighet.

Lagstiftningsvägen kan man givetvis inte kontrollera alla dessa olika medel, allra minst lösningsmedlen för tekniskt och industriellt bruk. *Lagstiftningen måste därför också ta fasta på missbrukarens tillstånd och behov av vård, inte bara på medlets kemiska sammansättning.*

För närvarande vägrar en del nykterhetsnämnder att befatta sig med aldrig så svårt nedgångna vuxna thinner-sniffare med hänvisning till att rusmedlet inte är alkohol!

Jag ser ibland en drygt 30-årig man som enbart under en månad omhändertagits 17 gånger inom ett polisdistrikt i Stockholm med anledning av grav thinnerberusning på gatorna. Han sover i portgångar och prång, men han kan inte beredas vård enligt nykterhetsvårdslagen.

Det kan inte vara rimligt att medlets kemiska formel skall vara avgörande för om ett socialt ingripande är erforderligt eller nödvändigt. *I dag föranleder inte ens gravt missbruk av narkotika hos personer över 20 år något socialt ingripande, trots att dessa medel är vida farligare än alkohol och trots att de på mycket kortare tid än alkohol ger upphov till svåra eller kroniska beroendetillstånd.*

Såväl i Norge som i Finland har nykterhetsvårdslagstiftningen utvidgats till att omfatta alla medel oavsett deras kemiska natur. Detsamma är också fallet med den svenska barnavårdslagen av 1960. Det är hög tid att den svenska nykterhetsvårdslagen moderniseras och anpassas efter dagens situation.

# Vilka vägar leder till narkomani?

Innan vi går in på frågan om vilka som löper den största risken att dras in i narkomani skall vi se vilka vägar in i narkomanin som är de vanligaste.

Före 1965 indelade man narkomanierna enbart efter missbruksmedlens typ; man talade alltså om morfinister, heroinister, amfetaminister etc. Det året lanserade jag en socialmedicinsk indelning av narkomanierna efter uppkomstmekanismerna: singelfall (terapeutiskt betingade), epidemiska och endemiska narkomanier.

## I. Singelfall

Med singelfall menas sådana narkomanifall som *uppkommit utan inflytande från andra narkomaner*. Vi kan särskilja tre huvudtyper av singelfall.

1) *Vid läkarbehandling medvetet accepterad narkomani*. Det är här främst fråga om att lindra svårt smärtplågade dödssjuka människors sista levnad och man får finna sig i att vederbörande narkomaniseras. Det är som regel inga svårare problem förbundna med dessa narkomanier.

2) *Genom medicinsk behandling oavsiktligt framkallad narkomani*. Enstaka fall av morfinism har uppstått på detta sätt. Erfarenheterna från andra världskriget visar dock att narkomanirisken är mycket liten vid korrekt



medicinsk behandling av smärtplågade människor.

Däremot är det inte helt ovanligt att nervösa och ångestplågade patienter kan bli narkomaniserade genom överdosering av lugnande mediciner och sömnmedel. Risken är särskilt stor om patienten vandrar runt till många läkare och får mediciner här och där utan att en samordning av medicineringen sker. Många läkare skriver också ut lugnande medel och sömnmediciner på ett lätt-sinnigt sätt och skapar därigenom narkomaner bland sina hjälpsökande, aningslösa patienter. Denna narkomaniform är inte tillräckligt uppmärksammas och torde utgöra ett snabbt växande problem i vårt land.

Denna typ av läkemedelsmissbruk och narkomanirisk kan framgångsrikt motarbetas med hjälp av en central dataregistrering av recepten. Norge har ett sådant system för narkotikaklassade preparat.

Enligt nuvarande bestämmelser får apotekspersonal inte ens ta kontakt med en läkare och meddela att patienten också får liknande mediciner från andra läkare.

3) *Självetablerad narkomani* är ett gammalt välkänt fenomen. Genom lättheten att komma över narkotika har medicinalpersonal i alla tider löpt en väsentlig risk att under stressade och smärtplågade tillstånd ta till kraftiga medel och sedan bli fast i ett missbruk.

*Alla dessa tre typer av singelfall* har det gemensamt att de inte är smittsamma; de har en mycket liten tendens att dra in andra i sitt missbruk även om de enskilda fallen ofta är mycket svåra och alarmerande. Här får man dock lämna en viss reservation för narkomaniserade läkare som i omkring en femtedel av fallen även drar in hustrun i narkomani och som har en utpräglad tendens

att handskas vårdslöst med narkotika i sitt medicinska arbete.

## II. Epidemiska narkomanier

Enligt vardagligt språkbruk krävs det någon form av mikrober för att det skall anses befogat att tala om epidemier. Detta är ett missförstånd, och begreppet epidemi har i alla tider haft en mycket vidare innebörd. Om vi citerar världens förnämsta medicinska lexikon, *Dorland's Illustrated Medical Dictionary* (1965), får vi följande definitioner på innebörden av ordet *epidemi*: "*r. Berör många individer inom ett område vid samma tidpunkt; vid utbredning och snabb spridning. 2. En sjukdom med hög sjuklighet vilken endast tillfälligt förekommer i ett samhälle. 3. En period med omfattande utbredning av en sjukdom vilken som helst.*"

Här återfinns alltså ingenting om smittsamhet över huvud taget, endast om epidemins egenskaper som masssjukdom. Samma innebörd ger *Encyclopaedia Britannica* (1964): "*Egentligen utgörs en epidemi av en ovanligt hög förekomst av ett sjukdomstillstånd definierad till tid, plats och individer jämfört med tidigare erfarenheter.*"

Det kan vara på sin plats att erinra om att mänskligheten med betydande framgångar bekämpade olika former av epidemier årtusenden innan man visste något om mikrober. När den engelske läkaren *John Snow* 1832 påvisade att koleran i London spreds via dricksvattnet ut-sattes han för våldsamma attacker, inte minst från medicinskt håll. När han också hävdade att smittämnet utgjordes av små djur hånades han med repliker som: "Försök inte inbilla oss att en så svår sjukdom som kolera kan orsakas av djur som är så små att man inte kan se

dem!" Så sent som 1848 slöt Svenska Läkaresällskapet upp till stöd för den då mycket omhuldade "klimatteorin" som sannolik förklaring till kolerans härjningar i Sverige, och man uppdrog också åt första observatorn vid Stockholms observatorium att hålla utkik i skyn efter sådana förändringar i de magnetiska kraftfälten - norrsknen och liknande - som kunde förklara kolerans spridning.

För 125 år sedan var det alltså närmast ogörligt att få läkarkåren och den upplysta allmänheten att inse att epidemier kunde spridas genom mikrober. I dag är det lika svårt att få folk att inse att epidemier också kan spridas på annat sätt än genom mikrober. Detta illustrerar drastiskt trögheten i traditionella populärföreställningar och konventionellt tänkande.

Att det således förekommer vad som enligt internationellt och vetenskapligt språkbruk måste betecknas som epidemiska narkomanier kan det dock knappast råda någon tvekan om. Men det verkligt intressanta är att vi också kan tala om epidemiska narkomanier i den snävare, lekmanamässiga bemärkelsen av smittsamma sjukdomstillstånd. Om en sjukdom sprids från person till person och ingen kan drabbas av den utan direkt personlig kontakt med en som redan är drabbad, är sjukdomen i princip smittsam; den behöver därför inte vara epidemisk (jämför gonorre i ett puritanskt samhälle) men kan vara det (som exempelvis gonorren i raggargängen).

Det intravenösa missbruket uppvisar alla karakteristika på såväl smittsamhet som epidemi. När en debutant lär sig den avancerade injektionstekniken är det undantagslöst en etablerad missbrukare som introducerar vederbörande i den, ger "jungfrusilen". Detta innebär en psykosocial kontaktsmitta. Vad som är mindre känt är att även haschrökningen förutsätter att nybörjaren erhåller en nog-

grann introduktion och upplärning av en haschrökare. Det är alltså inte drogen, narkotikan, som smittar utan missbruksbeteendet, "the drug-taking behaviour".

*Mottagligheten* varierar i olika åldrar, socialgrupper och miljöer och för olika individer inom dessa kategorier. Det skall vi diskutera närmare i nästa kapitel liksom *expositionen* - att man över huvud taget utsätts för kontakt med drogmiljöerna - och *massiviteten* eller "smitttrycket", som varierar med frekvensen drogmissbrukare i den miljö där man vistas.

Rent psykiska sjukdomsepidemier är för övrigt välkända i medicinens historia. Lindberg (1969) har presenterat en översikt över dessa fenomen, från medeltidens bisarra smittsamma dansepidemier till moderna självmords- och mordbrandsepidemier (där direkt personlig kontaktsmitta är ovanlig). Särskilt känd är den självmordsvåg som utlöstes bland unga människor av Goethes romantiska berättelse om Werthers lidanden, som utkom 1774 och översattes till svenska 1783. Så sent som i början av 60-talet förekom en omfattande dansepidemi bland fiskarbefolkningen på några japanska småöar (Bejerot 1968).

Redan 1968 skrev psykiatern D C Cameron, chef för WHO:s narkotikasektion:

Det finns bara en viktig skillnad mellan den klassiska infektionssjukdomsmodellen och narkomani som smittsamma tillstånd. När det gäller infektionssjukdomarna söker individen inte upp smittämnet. I sämsta fall är han likgiltig för de smittämnen som framkallar kolera och malaria. Men när det gäller narkomani söker individen upp och eftersträvar smittan.

De flesta ledande psykiatrer inom narkomaniområdet är nu överens om att ungdomsnarkomanierna är smittsam-

ma tillstånd. Bland dem som kraftigt understrukt detta märks H Brill (vice ordförande i New York State Narcotic Addiction Control Commission), J H Jaffe, amerikanska regeringens förre rådgivare i narkotikafrågor; i England bland andra de Alarcón, James och Birdwood, i Skandinavien E Strömngren i Arhus, författare till vår mest använda lärobok i psykiatri, professor C H Alström i Stockholm, professorerna B J Lindberg och S Forssman i Göteborg och N Retterstøl i Bergen, Arnfinn Teigen, chef för Europas enda narkomansjukhus - Hov utanför Oslo - och många, många andra. Vid den sextonde nordiska psykiaterkongressen i Arhus 1969 och den femte psykiatriska världskongressen i Mexico 1971 belystes ungdomsnarkomaniernas smittsamhet i en rad föredrag, och det var inte en enda psykiater vid dessa kongresser som ifrågasatte smittsamheten vid dessa tillstånd.

Vid den psykiatriska världskongressen i Mexiko City rapporterades (Benaim, Horder och Andersson 1971) en liten, välavgränsad psykisk epidemi som är värd att referera här därför att den så drastiskt och lärorikt belyser några av mekanismerna vid en viss typ av psykisk smitta. Det gäller en epidemi av hysterisk "medvetlöshet" begränsad till en enda klass i en stor enhetsskola i en förort till London. Det fanns 24 flickor i klassen, alla i åldern 16-17 år, och klassen var inne i en period med slutprov. Den ena flickan efter den andra drabbades av och till av plötslig medvetlöshet under lektionerna, och skolmyndigheterna såg sig slutligen nödsakade att stänga klassen en vecka före terminens slut sedan åtta flickor och en ung vikarierande lärare samtidigt legat medvetlösa på golvet. Flertalet av de flickor som berördes tillhörde den tongivande "inne-gruppen" i klassen. Flickor med annan etnisk bakgrund - några grekiska och judiska flickor samt

den enda svarta - drogs inte med i epidemin liksom inte heller de duktigaste. De två mest drivande flickorna bakom epidemin överfördes till ett psykiatriskt sjukhus sedan man först konstaterat att det inte rörde sig om någon kroppslig sjukdom. På det psykiatriska sjukhuset lyckades den ena av dem starta en hysterisk graviditetsepidemi bland sina medpatienter: De drabbade blev övertygade om att de var gravida och började visa alla fysiska tecken på graviditet utan att någon sådan förelåg.

Bakgrunden till denna märkliga masshysteri, som varade från december till juni, var att en av flickornas klasskamrater tidigare hade blivit gravid och sedan avlidit av hjärnblödning efter förlossningen, strax innan epidemin bröt ut.

J H Jaffe, tidigare presidentens personlige rådgivare i narkotikafrågor, framlade tillsammans med P H Hughes vid Mexiko-kongressen 1971 en rapport om "heroinepidemi i Chicago". De hade särskilt intresserat sig för den våldsamma spridningen av heroinism i Chicago 1946-52 och samhällets motreaktioner. De hävdar att denna epidemi, som nästan helt försvann i början av 50-talet, började gå tillbaka redan innan några större behandlingsarrangemang blev insatta och detta som följd av "en plötslig och kraftig utspädning av heroinet och åtföljande stegring av kostnaderna", dvs som en direkt följd av ett effektivt polisiärt tryck på den illegala narkotikahandeln. Jaffe och Hughes konstaterar att "spridningsmekanismen har många av de karakteristika som utmärker en infektiös sjukdom ... Epidemin har i sin väg efterlämnat ett antal avgränsade områden där heroinnarkomanin har blivit stationär." Från dessa stationära härdar blossade den nya heroinvågen upp under 1960-talet.

Jaffe och Hughes har undersökt ett stort antal mikro-

epidemier och konstaterat hur dessa smälter samman till konglomerat av mikroepidemier innan de sammansmälter till makroepidemier. Vissa stadsdelar går nästan helt fria, medan "huvudparten av narkomanerna är en produkt av makroepidemier i ett relativt begränsat antal områden". De påpekar att spridningen inte går via langarna utan via "nära vänner som vill pröva en ny typ av påtändning ... Vi finner att många initieras i heroinmissbruk av syskon eller make/maka". Författarna har också insett det stora informationsvärde som ligger i att studera den varierande mottagligheten, och de hör till de mycket få som har observerat massivitetsfenomenen i spridningen, dvs att allt mindre predisponerande belastning erfordras för att en individ skall dras in allteftersom missbruket tilltar tills epidemin slutligen når en viss mättnadsnivå.

Epidemiska narkomanier företer genomgående en lång rad för epidemier välkända fenomen som snabb spridning (ofta s k geometrisk eller exponentiell tillväxt med relativt oförändrad fördubblingstid under oförändrade juridiska och sociala betingelser, så länge den mottagliga riskpopulationen är tillräckligt stor), klar geografisk avgränsning, starkt varierande motståndskraft och mottaglighet i olika åldrar och befolkningsskikt med stora individuella variationer i motståndskraft i samma ålder och miljö samt massivitetsfenomen (vilket innebär att också de mottagligaste individerna i epidemins början kräver relativt kraftigt utlösande moment för att dras med, medan allt mer motståndskraftiga individer, åldrar och befolkningsskikt drabbas i stigande utsträckning då smittmassiviteten - koncentrationen indragna - växer i den sociala miljön).

De epidemiska narkomanierna företer alltså en rad karakteristika som radikalt skiljer dem från de narkomani-

former vi tidigare berört. De viktigaste är följande:

- 1) Personlig kontaktsmitta
- 2) Snabb spridning
- g) Historisk avgränsning
- q.) Geografisk avgränsning
- 5) Nationalitetsavgränsning
- 6) Aldersmässig avgränsning
- 7) Karakteristiska könsproportioner
- 8) Kotteri-, grupp- och klientelavgränsning
- g) Massivitetsfenomen, dvs ökad smittrisk vid ökat smitttryck (flera missbrukare) i den sociala miljön
- 10) Modenkänslighet för preparattyp
- 11) Modenkänslighet för intagningsätt

Dessa elva karakteristika, som ingår i begreppet narkomani av epidemisk typ, skall granskas närmare.

### *1) Personlig kontaktsmitta*

*De former av epidemiska narkomanier som nu hemsöker nästan hela den sk västvärlden förutsätter en direkt, personlig smittkontakt från missbrukare till nybörjare. jag har intervjuat tusentals sprutnarkomaner den senaste tioårsperioden och jag har endast hittat två - båda läkare - som börjat injicera på egen hand utan kontakt med någon annan missbrukare. Detsamma gäller haschrökarna: Alla har de förts in i missbruket av någon etablerad missbrukare.*

*Smittspridningen vid epidemisk narkomani går nästan uteslutande via nära personliga vänkontakter. Det var en tidigare allmänt spridd missuppfattning att langarna initierade personer i missbruk av denna typ. Langarna kom-*



mer först senare in i bilden och spelar då en mycket ödesdiger roll: De sörjer för att drogerna alltid är lättillgängliga och förstärker därigenom missbruksintensiteten bland dem som börjat och ökar frestelserna och riskerna för återfall bland dem som blivit drogfria. Men själva *missbruksspridningen* går genom nära vänkontakter. Jag känner inte något vetenskapligt arbete från senare år som längre ifrågasätter detta.

### s) *Snabb spridning*

Antalet narkomaner av singeltyp - de terapeutiska missödena - är relativt konstant i ett land och i huvudsak proportionellt mot läkartätheten. Antalet narkomaner av epidemisk typ däremot tenderar att växa geometriskt med en förvånansvärt jämn fördubblingstid under likartade betingelser (befolkningsunderlag, preparattillgång, lagstiftning, åtgärder).

Den engelska heroinepidemin fördubblades var 16:e månad från 1959, då man inledde en omfattande förskrivningsverksamhet, till 1967 (Bewley 1968), då man tvingades införa en betydligt restriktivare lagstiftning med resultat att epidemin också omedelbart bromsades upp kraftigt.

Den svenska amfetaminepidemin avläst i injektionsfall tycks ha fördubblats ungefär var 30:e månad från slutet av 40-talet till 1968 (Bejerot 1970), då narkotikapolitiken skärptes och epidemin också här bromsades upp kraftigt. Som vi senare skall se pressades epidemin även tillbaka under den omfattande polisoffensiven mot den illegala narkotikahandeln 1969-70. Under det olyckliga försöket med en liberal narkotikapolitik här i landet 1965-67 med åtföljande utskrivning av stora narkotikamängder på re-

cept till ett betydande antal missbrukare kunde en fördubbling av antalet sprutnarkomaner noteras på tolv månader (Bejerot 1975).

Det var först vid mitten av 1960-talet som de första sprutnarkomanerna dök upp i övriga nordiska länder efter smittspridning från Sverige, och ungefär samtidigt observerades de första fallen nere på kontinenten. Från Danmark rapporterade man våren 1972 mellan 3 000 och 4 000 sprutnarkomaner, vilket ger en ungefärlig fördubblingstid på sex månader sedan de första fallen diagnostiserades 1965-66. Holland, som för en lika liberal narkotikapolitik som Danmark, har också ett problem av samma storleksordning som Danmark. I länder som Norge och Finland, där man haft att brottas med problemen lika länge men där attityden och narkotikapolitiken varit mer restriktiv, har man också bara en bråkdel så många missbrukare (per tusen invånare) som i de ultraliberala länderna Danmark och Holland. Narkotikapolitiken i vårt land intar här en mellanställning och det har också ökningstakten i missbruket gjort. Men här började epidemin mer än 15 år tidigare än i grannländerna.

### 3) *Historisk avgränsning*

Narkotikaepidemierna startar alltid plötsligt, som när en gnista tänder en skogsbrand. Däremot kan det pyra länge i undervegetationen innan elden slår ut i full styrka.

Historien visar många exempel på att även mycket omfattande och intensiva missbruksepidemier har kunnat stoppas, som exempelvis den stora amfetaminepidemin i Japan efter krigsslutet eller den 300-åriga kinesiska opiumrökningen som stoppades genom drastiska åtgärder efter revolutionen 1949. Kokainepidemien i Europa under

1920-talet, med centrum i Berlin och utlöpare till London, Paris och Stockholm, stoppades också den genom en strikt narkotikapolitik i alla berörda länder.

#### *ϕ) Geografisk avgränsning*

Det ligger i spridningsdynamikens natur att missbruks-epidemierna får någon form av geografisk avgränsning. Det kan gälla en skola, en stadsdel, en stad, en räjong eller ett land - de epidemiska narkomanierna bromsas uppenbarligen upp av naturliga och politiska gränser.

Alltefter som en epidemi utvecklas förändras givetvis de geografiska gränserna för den. Under det första decenniet av vår aktuella epidemi (1946-56) utgjorde den ett exklusivt stockholmsfenomen, men våren 1956 flyttade en av mina socialläkarpatienter, en svårt nedknarkad Skrubba-grabb, till Göteborg och etablerade den första kvarten där. I mitten av 60-talet bröt epidemin ut över hela landet och man fick relativt stora dotterepidemier i en mängd landsortsstäder och även på mindre orter.

Till grannländerna spred sig epidemin först tio år efter det den från Stockholm hade nått Göteborg. 1965 utvisades några finska medborgare som lärt sig injektionstekniken i Stockholm, och en liten dotterepidemi kom att grundläggas i Helsingfors. Fram till 1966 förekom inte några kända fall i Danmark, men några danska medborgare hade vid denna tidpunkt diagnostiserats som intravenösa missbrukare i Stockholm. De första fallen observerades i Köpenhamn 1966, men därefter har epidemin i Danmark expanderat snabbt, och de danska myndigheterna uppgav 1968 att man redan hade över 500 fall i Köpenhamn och dotterepidemier också i Odense, Århus och på andra platser. Ett dussintal unga norska

medborgare - huvudsakligen prostituerade flickor - som hade debuterat som intravenösa missbrukare i Stockholm och diagnostiserats här 1967 sändes hem av barnavårdsmyndigheterna, som då ännu inte förstod att dessa tillstånd är smittsamma. 1968 uppträdde de första kända sekundärfallen i Oslo, och man uppskattar dem nu till omkring fem hundra.

*Personer som lider av en allvarlig åkomma av smittsam karaktär skall i princip inte utvisas från epidemiområdet till intakta länder utan de skall behandlas inom det smittade området.*

Smittsamheten måste också beaktas då man arrangerar behandlingshem utanför epidemiområdena. Vid ett utskrivningshem i Staffanstorp drog några ungdomsvårdsskoleelever från Råby för några år sedan på kort tid in ett 30-tal ungdomar på orten i narkotikamissbruk. Den höga smittsamheten måste särskilt beaktas i vårdinstitutioner av olika slag (barnavård, ungdomsvård, sjukvård, kriminalvård, alkoholistvård etc), och missbrukare och narkomaner av epidemisk typ skall i princip inte blandas med annat problemklientel, som alltid har en sänkt motståndskraft. Mot detta syndas det dock på det vådligaste på många håll med täta och allvarliga komplikationer som följd. Troligen gör man sig inte skyldig till någon överdrift om man förmodar att flera personer smittats ned i narkomani av epidemisk typ på våra fängelser, ungdomsvårdsskolor och psykiatriska sjukhus än de som botats där för denna allvarliga sjukdom. I åtskilliga fall har även personal som arbetar med narkomaner av epidemisk typ själva smittats och dragits in i narkomani. Unga och emotionellt instabila människor bör därför inte arbeta inom detta svåra vårdområde.

## 5) *Nationalitetsavgränsning*

På samma sätt som de epidemiska narkomanierna får sitt geografiska mönster på grund av den djupare personliga kontaktens avgörande roll i spridningsdynamiken håller sig denna missbruksform i hög grad inom etniska gränser. Detta är ett välkänt sociologiskt fenomen som mer eller mindre gäller alla former av såväl sociala som asociala beteenden i en blandad population. För narkomaniernas del visade Lichtenstein (1914) tidigt de stora skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper (kineser-vita-negrer) i USA, och Chein (1964) har beskrivit samma fenomen beträffande vit, svart och puertoricansk befolkning i New York i våra dagar.

Bland de tusentals utlänningar som av skilda anledningar gripits av polisen och kommit att ingå i en fortlöpande undersökning av arrestanterna i Stockholm har vi hittat några få injicerande engelsmän, tyskar, holländare och amerikaner. På det hela taget kan man hävda att ett utländskt medborgarskap i hög grad skyddar mot avancerade former av epidemisk narkomani även om man råkar bo mitt i epidemicentrum. Detta sammanhänger med att smittörföringen vid intravenöst missbruk fordrar en närmare och intensivare kontakt än vad som är vanligt mellan olika nationaliteter i en storstad.

Resistensen mot haschrökning är uppenbarligen väsentligt lägre. Haschrökningen har fått en mycket snabb internationell spridning därför att den främst spreds och utvecklades i kretsar med livliga och intima internationella kontakter (jazz- och popmusiker, studenter etc).

När en missbruksepidemi brutit igenom en etnisk eller geografisk gräns bör man räkna med en exponentiell ökning av spridningsfrekvensen även i den nya folkgruppen.

## 6) *Åldersmässig avgränsning*

Epidemierna drabbar i början snäva åldersgrupper: Thinnersniffningen vanligen yngre tonåringar, haschrökningen äldre tonåringar och åldrarna däröver, det intravenösa giftmissbruket ursprungligen 25-30-åringar.

Ju mera missbruksepidermierna sprider sig, desto bredare blir så småningom åldersfördelningen: Våren 1965 fanns det mycket få intravenösa missbrukare under 20 och över 40 år bland stockholmspolisens arrester. Ändå var redan då var fjärde arrestant mellan 20 och 40 år intravenös missbrukare och hela 39 % av dem mellan 25 och 30 år.

## 7) *Karakteristiska könsproportioner*

Medan proportionen män/kvinnor vanligen håller sig kring 1 : 1 i narkomanier av terapeutisk typ (kvinnorna kan till och med vara något överrepresenterade i denna grupp), dominerar männen alltid i de epidemiska narkomanierna. Den manliga övervikten tenderar dock att minska ju mera epidemin sprids i befolkningen.

I början av en missbruksepidermi går det ofta 6-8 män på varje indragen kvinna, men proportionen faller successivt ned till 3-4 män på varje kvinna. Dessa fenomen återspeglas i heroinismen i USA och England, i de svenska och japanska amfetaminepidemierna, i det begynnande alkohol(miss)bruket i den mohammedanska delen av världen etc.

Om en missbruksepidermi slutligen övergår i endemisk - dvs konstant, stabil, stationär - form och giftbruket blir socialt tolererat och accepterat, ökar kvinnornas andel successivt, vilket kan exemplifieras med tobaks- och alko-

holbruket i industriländerna. Endast undantagsvis tycks könsproportionerna i ett endemiskt drog(miss)bruk nå proportionen 1 : 1 ; så tycks ha skett hos vissa kokatug-gande indianstammar i Sydamerika. Se vidare Endemiska narkomanier s 83.

#### 8) *Gruppavgränsning*

Det intravenösa missbruket uppstod i bohemkretsar i Stockholm i slutet av 40-talet men kom snart att främst drabba svårt psykiskt och socialt störda, socialt missanpassade och kriminellt identifierade ungdomar. Så småningom har injicerandet brutit utanför denna kärngrupp, men tyngdpunkten ligger fortfarande kvar i dessa kretsar av kriminellt aktiva, där man alltså i stor utsträckning har haft en betydande kriminell aktivitet även före narkotikadebuten (Bejerot et al 1974).

Haschrökningen däremot har en helt annan bakgrund. Den introducerades i Sverige i slutet av 40-talet av amerikanska jazzmusiker. 1956 hade vi den första cannabisrättegången här i landet; den gällde sex jazzmusiker. Länge höll sig haschen inom dessa kretsar också här i landet.

1965 fanns det endast omkring ett par hundra haschrökare i landet, huvudparten centrerade kring jazzrestaurangen Gyllene Cirkeln i Stockholm. I anslutning till Beatles-feber, popgalor och kommersialiserad drogromantik i många former - och en okritisk publicitet - bröt cannabisrökningen snabbt in bland stora ungdomsgrupper. Nu har tiotusentals skolungdomar och studenter landet över provat hasch, och antalet grava missbrukare är betydande (Herulf 1972). *Ju mer en epidemi av den här typen sprider sig, desto mer försvinner de uvprung-*

*liga kotteri- och gruppgränserna. Allt mer "vanliga" grupper och människor dras då in i riskzonen.*

Chefen för det norska medicinalväsendet, Karl Evang (1972) har pekat på följden av en missriktad "förståelse" för missbruket:

Varje form av socialt accepterade av beroendebildande droger måste motarbetas ... Varje bagatellisering av riskmomenten vid bruk av narkotika bidrar starkt till att öka det sociala accepterandet, särskilt i grupper som präglas av önsketänkande.

#### 9) *Smittkontakt och smittotryck*

Att vi inte hade några som injicerade narkotika intravenöst eller rökte hasch i Sverige före 1945 berodde på samma enkla förhållande som att vi inte hade några syfiliter eller tobaksrökare i Europa före Columbus eller några tuberkulösa eller alkoholiserade eskimåer förrän de koloniserats av danskarna. Naturligtvis måste det även tidigare ha funnits människor med hög benägenhet att drabbas av dessa åkommor men de undgick sitt öde därför att de inte blev utsatta för smittan: de var tidigare inte riskexponerade.

*Expositionen*, risken och möjligheten att drabbas, måste alltså föreligga. Vid ett bestämt smittotryck reagerar olika människor på olika sätt: några drabbas genast, andra först efter en tid, många klarar sig hela livet trots återkommande eller ständiga smittkontakter. Men också smittotrycket eller *smittmassiviteten* kan variera och då kommer också den individuella mottagligheten att variera med dessa förhållanden. De första som dras in i en missbruksepidemi har genomgående varit belastade av en hög frekvens psykiska och sociala stigmata och handikapp, men ju *mer epidemin sprider sig desto mindre individuellt predispo-*



*nerande faktorer* ("personlig svaghet") *fordras för att vederbörande skall drabbas.*

Detta fenomen kallar vi alltså för *smittmassiviteten* och den är mycket viktig att känna till om man skall förstå spridningsdynamiken. Den kan enkelt exemplifieras med vår cannabisepidemi. Om man för 15 år sedan hade gått ut bland svenska studenter och sagt att man erbjöd dem att pröva på cannabis ("ett narkotikum som i smärre doser ger berusningseffekter inte olika dem alkoholen ger, i större doser förändrar jag-känslan; ett medel som man inte behöver utveckla något beroende till om man prövar det några enstaka gånger men som man vid fortsatt bruk lätt kan utveckla en stark bundenhet till, en speciell narkomaniform som i stor utsträckning resulterar i en mer eller mindre bestående förändring av personligheten"), då är jag övertygad om att praktiskt taget varenda en skulle ha avböjt erbjudandet att provsmaka. I dag har kanske hälften av studenterna prövat cannabis.

*Smittmassiviteten* och *konformitetstrycket* är några av de viktigaste faktorerna i missbruksepidemiernas spridningsdynamik.

#### 10) *Modekänslighet för preparattyp*

De epidemiska narkomanierna karakteriseras också av en hög modekänslighet och rörlighet. Då ett visst preparat eller medel, som står i förgrunden vid en viss tidpunkt, blir svårt att anskaffa får andra preparat ersätta detta; ibland kan hela missbruksepidemier ändra karaktär på det sättet.

Ett exempel på sådana modeväxlingar lämnar vår nuvarande epidemi. När de centralstimulerande bantningsmedlen av typen preludin kom på modet 1957-1958 över-

gick flertalet amfetaminister till preludin, inte enbart för att det nya preparatet var lättare att komma över utan även för att effekterna ansågs förnämligare. Också laborerandet med LSD i vissa akademiska kretsar i USA ledde till en liknande modekastning bland stora grupper cannabisrökare. Om man slår ut en illegal drog kan man räkna med att missbruket (missbrukarna) minskar, medan de redan beroende (narkomanerna) tenderar att söka sig över till nya rusmedel i st f de eliminerade.

### 11) *Modekänslighet för intagningssättet*

Länge åt man, "knaprade", tablettorna i de svenska missbrukarkretsarna. Omkring 1947 började några få att spruta medlet direkt in i venerna. I dag är det inte många missbrukare som nöjer sig med att ta medlen genom munnen.

Mest varierar intagningssättet för opiaterna. I vissa epidemier röker man som bekant medlet, i andra äter man det, i andra återigen gör man lösningar som man injicerar, i vissa epidemier in under huden, i andra direkt in i venerna. Även snusning förekommer i sammanhanget.

Vi har nu gått igenom ett antal förhållanden där narkomanier av epidemisk typ markant skiljer sig från de s k singelfallen. Det finns ytterligare en viktig punkt att beakta - den individuella mottagligheten. Vid praktiskt taget alla sjukdomar - och således också vid narkomani - förekommer varierande individuell mottaglighet. Det skall vi diskutera närmare i nästa kapitel.

Förutom de olika singelfallen och de epidemiska fallen har vi ännu en viktig huvudtyp av narkomanier: den endemiska.

### III. Endemiska narkomanier

Här är det fråga om narkomanier som ständigt förekommer inom ett land och som uppstått till följd av ett socialt mer eller mindre tolererat bruk av vissa medel.

Till den här gruppen kan man således räkna opiumrökningen i det gamla Kina efter den inledande, epidemiska fasen, haschrökningen i Nordafrika och kokainismen bland de sydamerikanska djungelindianerna.

I princip hör förstås också alkoholismen hit. Den förekommer främst i den kristna delen av världen, medan buddistiska och muhammedanska länder ända in i våra dagar varit förskonade från alkoholismen tack vare sina religiösa regler. Detsamma gäller den judiska kulturkretsen.

Eftersom de endemiska missbruksformerna uppstått på grundval av att medlet är mer eller mindre socialt tolererat inom landet kommer dessa narkomanier att drabba ett mera genomsnittligt och "normalt" urval av befolkningen än de epidemiska narkomanierna, som å sin sida drabbar mera speciella befolkningsgrupper (ungdomar, bohemer, kriminella etc).

Dessa fenomen kan vi se mycket tydligt i vårt land. Alkoholismen, vår endemiska narkomaniform, drabbar ganska jämnt i olika befolknings- och socialgrupper. Det intravenösa missbruket, som har en så utpräglat epidemisk karaktär, drabbar däremot mera speciella grupper.

Medan missbrukare och narkomaner av epidemisk typ har en stor benägenhet att växla mellan olika typer av rusmedel ("blandmissbruk") har narkomaner av endemisk typ - liksom de av terapeutiskt ursprung - en stark benägenhet att hålla sig till sitt invanda och socialt sanktionerade rusmedel. Om morfinisten av terapeutisk typ

inte kommer över morfin övergår han för den skull inte till centralstimulantia eller hasch (men ibland till de socialt accepterade medlen alkohol eller sömnmedel); morfinisten av epidemisk typ däremot experimenterar sig i en abstinenssituation gärna fram till andra illegala missbruksmedel. Alkoholisten med sin endemiska missbruksform börjar heller inte sniffa thinner eller pröva narkotika om hans försörjningslinjer skulle stängas av exempelvis genom en spritstrejk (men han kan i vissa fall missbruka sömnmedel och liknande socialt accepterade preparat i stället). Inte heller skulle det vara naturligt för en nordafrikansk cannabisrökare att övergå till alkohol eller andra "främmande" rusmedel om han blev utan sitt cannabis.

# Riskgrupper vid narkomani

De som utvecklar olika former av narkomani skiljer sig åt på ett mycket djupgående och avgörande sätt som grupper, dvs statistiskt sett. Med olika former av narkomani avses då inte en indelning efter olika slags rusmedel utan efter *de olika vägarna in i narkomanin*, de olika socialmedicinska huvudtyperna av narkomani: singelfall, epidemiska och endemiska former.

## Vilka utvecklar narkomani av terapeutisk typ?

Huvudparten av singelfallen har som nämnts (s 64.) uppstått *som komplikation till medicinsk behandling* av a) ihållande eller återkommande smärttillstånd, b) oro och ångest, c) sömnsvårigheter. Dessa medicinska olycksfall kallas för *narkomanier av terapeutisk typ*.

Narkomanier på basen av smärttillstånd är numera relativt ovanliga, men däremot är beroendetillstånd förorsakade av ovarsam medicinering mot oro, ångest och sömnsvårigheter relativt vanliga och tycks bli allt vanligare. Det är huvudsakligen fråga om medelålders människor, i sina bästa och mest aktiva år. Kvinnor och män utvecklar ungefär lika ofta denna narkomaniform. Oron och ångesten sammanhänger dels med *personliga problem* med kärlek, sexuella svårigheter, äktenskap, familj och barn eller med ensamhet och isolering, dels med *stress och svårigheter i arbetslivet* och samhällssituationen.

De som utvecklar narkomani av terapeutisk typ är ofta mer ambitiösa än genomsnittet men också mera känsliga för kritik och motgångar. Olika former av neuroser och plågsamma upplevelser av att vilja men inte kunna ökar riskerna för uppkomsten av dessa beroendetillstånd, som alltså gäller ro- och sömngivande mediciner förskrivna av läkare på vanligt sätt. Dessa socialt plikttrogna, litet överambitiösa, ängsliga och ömtåliga människor står psykologiskt längre från "knarkarna" - narkomanerna av epidemisk typ - än genomsnittsmänniskorna.

### **Vilka utvecklar narkomani av epidemisk typ?**

Även om man lätt kan visa att narkotikamissbruk av epidemisk typ är starkt överrepresenterat under vissa perioder, i vissa samhällen, i speciella åldersgrupper, subkulturer och samhällsklasser, förekommer givetvis även en varierande individuell benägenhet att experimentera med droger liksom varierande benägenhet att fastna i missbruket och utveckla ett svårt beroende. Detta är en självklarhet, och individuella variationer i mottaglighet förekommer vid praktiskt taget alla sjukdomar utom några mycket få (som t ex smittkoppor, där alla som nås av smittämnet också blir sjuka).

Den epidemiska narkomanin, vår i dag mest spridda allvarliga ungdomssjukdom vid sidan av ungdomsalkoholismen, påminner i många viktiga avseenden om 1800-talets stora folksjukdom, tuberkulosen, som också härjade värst bland de unga i de socialt mest underprivilegerade skikten, särskilt i de största städerna, medan enstaka fall kunde uppträda i alla miljöer.

De som dras in i narkotikaepidemier skiljer sig som grupp - statistiskt sett - i nästan alla avseenden från dem

som utvecklar narkomani av terapeutisk typ. Det är i första hand fråga om unga, instabila, äventyrliga, osäkra och lättledda människor liksom även mera utåtriktade och nyfikna. De i olika avseenden mindre framgångsrika löper också större risker att dras med, särskilt de som av olika skäl har svårt att bli accepterade i vanliga gäng och som därför är beredda att experimentera med droger för att åtminstone bli accepterade bland avvikarna - en de utstötts gemenskap.

Problematiske uppväxtförhållanden är betydligt vanligare i denna grupp än bland genomsnitts ungdomen (eller bland narkomaner av terapeutisk typ), men många kommer från mycket goda hemförhållanden.

*Gemensamt för alla narkomaner av epidemisk typ är att de inte varit eller är ute efter att dämpa smärtor, ångest eller sömnsvårigheter utan de söker förlustelse, berusning, "kickar".* Därav följer också att de epidemiska narkomanerna även tidigare (statistiskt sett) visat en högre benägenhet än genomsnittet jämnåriga för andra former av omedelbar lusttillfredsställelse: De har som grupp tidigare tobaks-, alkohol- och sexualdebut (Herulf 1972), de har varit mera promiskuösa, de har sprungit ute mera, de har på många sätt visat sig mera nöjeslystna och "avancerade" än genomsnitts ungdomen. Som grupp har de också haft svårare att bära olust och att realisera långsiktiga målsättningar, vilket kan ha tagit sig uttryck i högre frekvens skolskolk, arbetsfrånvaro, arbetsbyten, vagabondage etc före narkotikadebuten än normalt, vilket framgår av ett stort antal intervjuundersökningar.

Experimenterandet med droger ingår i denna grupp som ett nytt led i en livsföring präglad av en hög benägenhet att söka omedelbar lusttillfredsställelse. Dessa per-

soner har också - fortfarande statistiskt sett - en sämre utvecklade sk överjagsfunktion eller samvetsstyrning än genomsnittet, och detta återspeglas i en starkare tendens till lust- och driftsstyrning. Personlighetsstrukturen tar sig uttryck i en högre frekvens av olika typer av normbrytning även före narkotikadebuten, och många har visat en tidig och betydande kriminell aktivitet etc.

Det är viktigt att hålla i minnet att *vad som nu sagts endast gäller statistiskt sett för gruppen epidemiska narkomaner som helhet*. Den individuella variationen är mycket stor, och inslaget av "helt vanlig ungdom" är betydande även i den allvarligaste formen av epidemisk narkomani, injektionsformen.

Vad som här anförts skildrar närmast de psykiska egenskaper som sammanhänger med en hög benägenhet att dras in i narkomani av epidemisk typ, dvs *mottagligheten*.

Individer med en mer eller mindre uttalad lust- och driftsstyrning, med mer eller mindre svaga samvetsfunktioner och en mer eller mindre bristfällig viljestyrka och uthållighet har vi haft i alla tider. De representerar en del av den sk statistiska normalfördelningen av karaktärsdrag i folkhavet.

Mottagligheten representerar emellertid endast den ena komponenten i uppkomsten av narkomani av epidemisk typ. Den andra utgörs av *smittexpositionen och smittotrycket*. *Det är främst de yttre expositionsfaktorerna som avgör vilka och hur många som skall dras in i olika narkotikaepidemier*. De yttre förhållandena och främst en utbredd "drogkultur" är alltså långt viktigare för insjuknande och sjukdomsförlopp än de individuella, "inbyggda" mottaglighetsfaktorerna. De svagaste dras in så snart de blir riskexponerade, men även genomsnittliga



eller "starka" kan dras med när smittotrycket blir intensivt.

Vid samma smittexposition varierar mottagligheten för smittsamma tillstånd även bland syskon i samma familj, precis som kroppslängd, begåvning, bollsinn och muskelstyrka varierar i en syskonkrets. Den individuella mottagligheten varierar också med tiden: dels med åldern och dels med tillfälliga kriser och påfrestningar. Så är det också med narkomani av epidemisk typ. Att vissa syskon dras in i narkotikamissbruk och narkomani och inte andra är mycket vanligt men beror mindre på varierande mottaglighet än på varierande kontakter med missbruksmiljöerna, dvs olika smittotryck.

### **Jämförelse mellan narkomani av epidemisk och terapeutisk typ**

Den djupgående skillnaden mellan de båda huvudtyperna av narkomani, den epidemiska och den terapeutiska typen, uppmärksammades inte förrän 1965. Dessa iakttagelser är så nya att de ännu inte är mera allmänt kända ens i medicinska kretsar, och iakttagelserna har med få undantag ännu inte införts i läroböckerna i psykiatri.

Av översikten i tabell 1 framgår att narkomani av epidemisk och terapeutisk typ representerar två olika sjukdomstillstånd inte bara beträffande uppkomstmekanismer och omständigheter i övrigt utan också beträffande drabbade personer, deras sociala och psykologiska karakteristika och även deras inställning till sin sjukdom: Narkomanerna av terapeutisk typ upplever sitt drogberoende som en stor olycka, de upplever skuld och skam för att de inte kan motstå drogerna, och de försöker på alla sätt dölja sina drogproblem för omvärlden. Narkomanerna av

Tabell 1. Några socialmedicinska skillnader mellan narkomani av terapeutisk och epidemisk typ. Modifierad sammanställning efter Brill (1968).

| Karakteristika                       | Narkomaner av epidemisk typ  | Narkomaner av terapeutisk typ (singelfall)  |
|--------------------------------------|--|---|
| Vanlig åldersfördelning              | 15-35 år (medelålder 27)   | 30 år och däröver (medelålder 40)   |
| Proportion män/kvinnor               | 3-8 män för varje kvinna   | Lika många män som kvinnor  |
| Utbredning                           | Fallen tätt anhopade i vissa storstadsområden  | Enstaka, spridda fall i hela landet   |
| Typ av droger                        | Främst centralstimulantia och morfinbas; som regel mångsidigt drogmissbruk; ofta även cannabis     | Sömnmedel och lugnande medel dominerar. Centralstimulantia och morfin sällsynta i Sverige                               |
| Psykiatrisk klassifikation           | Karaktärs- och personlighetsstörningar   | Neuroser, depressioner och psykoser, psykosomatiska rubbningar  |
| Psykiatrisk bakgrund                 | Endast sociala anpassningsrubbningar   | Långvariga subjektiva besvär, ofta psykosomatiska   |
| Missbrukets svårighetsgrad           | Varierande från tid till tid men vanligen allvarlig  | Varierande från fall till fall; ett okänt antal fall beräknas hålla stabila doser                                       |
| Grad av ekonomisk insufficiens       | Svår, som regel på gränsen till vagabondage (periodiskt)   | Allvarlig men ofta inte fullständig; många bibehåller en viss marginell produktivitet                                   |
| Tendens att "mognä ut" ur missbruket | En viss del av fallen avbryter missbruket när de blir äldre (förlust av den euforiska reaktionen?) | Sannolikt inte av betydelse   |
| Tillstånd efter avslutad avvänjning  | Vanligen markant fysisk och psykisk förbättring  | En underliggande psykiatrisk störning kan dmaskeras och manifesta störningar kan förvärras                              |
| Kriminalitet                         | Frekvent före och under missbruket; ses också efter ev. avslutad missbruk                          | Kriminalitet föregår sällan narkomanin; tenderar att begränsas till tekniska manipulationer med recept under narkomanin |

|   |  |   |
|---|--|---|
| Vägen in i missbruket                         | Vanligen i gängmiljö under socialt tryck från en grupp som söker förlustelse | Under medicinska förhållanden, i anslutning till behandling för sjukdom |
| Sociala omständigheter kring droganvändningen | Frekvent drogmissbruk i grupper  | Drogintag endast i ensamhet   |
| Psykisk smittsamhet                           | Den viktigaste spridningsmekanismen med epidemisk utbredning som följd       | Inte något problem  |
| Attityd till droganvändningen                 | Ses ofta som högst eftertraktansvärd   | Skuld och ångest  |

epidemisk typ däremot upplever berusningen som det mest eftertraktansvärda, som höjdpunkten i livet, och de kan prata i det oändliga med likasinnade om sina drogupplevelser, precis som pojkar talar om flickor och sex.

Narkomani av terapeutisk respektive epidemisk typ är som nämnts två i *grunden olika sjukdomar eller tillstånd* även om samma missbruksmedel (exempelvis morfin) kommer till användning. Därav följer också att behandlingen och särskilt preventionen måste utformas på olika sätt för dessa sjukdomstillstånd, och jag menar att det närmast är ett felgrepp att vårda dem tillsammans. De neurotiska och känsliga terapeutiska olycksfallen upplever sig inte ha någonting gemensamt med de utagerande, krävande, ohämmade och njutningslystna narkomanerna av epidemisk typ. På blandade vårdavdelningar blir ofta de mest karaktärsstörda "knarkarna" dominerande, och det händer inte så sällan att narkomaner av terapeutisk typ blir trugade och förledda att pröva de epidemiskt aktuella rusmedlen. Det finns åtskilliga fall där narkomaner av terapeutisk typ eller psykiatriska vårdfall utan tidigare missbruksproblematik blivit nedsmittade i narkomani av epidemisk typ under vistelse på

sjukhus och sedan fastnat i ett hårt injicerande. Även yngre personal inom narkomanvården - främst flickor - blir stundom indragna i epidemisk narkomani via förälskelse i en patient.

### **Vilka utvecklar narkomani av endemisk typ?**

Den endemiska narkomanin representeras hos oss endast av alkoholismen, som är vår största folksjukdom sedan tuberkulosen kämpats ned. Ungefär var tionde svensk man har ett allvarligt alkoholberoende och var tjugonde (eller 5 %) är socialt mer eller mindre invalidiserad och utslagen av alkohol. Bland kvinnorna har alkoholismen tidigare varit ovanlig (den har legat omkring 1 %), men den ökar nu snabbt, mest i form av vinalkoholism. Vi har idag omkring en kvarts miljon alkoholister i Sverige och återverkningarna på familjeliv, hälsotillstånd, arbetsliv och olika sociala och medicinska vårdorgan är enorma.

Alkoholkonsumtionen har länge varit i snabbt stigit i landet, särskilt bland ungdomen och bland kvinnorna. *Per invånare över femton år är alkoholkonsumtionen nu, omräknad i ren sprit, dubbelt så stor som i början av 30-talet*, då konsumtionen var som lägst. Vi är nu tillbaka i ungefär samma läge som i slutet av 1800-talet, då den unga arbetarrörelsen gick till storms mot superiet för att över huvud kunna möjliggöra kampen för ett bättre samhälle.

Det är välkänt att alkoholismen drabbar folk i alla samhällsklasser, i alla yrken och alla miljöer. Trots mycket omfattande forskning har man inte lyckats påvisa någon viss typ av människor, som skulle vara särskilt disponerad för att utveckla alkoholism, och inte heller någon viss typ som skulle vara förskonad från risken att bli alko-

holist. Nyare forskning talar för att alkoholskadorna är linjärt beroende av (direkt proportionella till) den konsumerade alkoholmängden.

Det hävdas ofta att alkoholism särskilt skulle hota människor med ett trist och enformigt liv eller ett monotont och otrevligt arbete, men alkoholforskaren Carl Carlsson har påpekat att alkoholismen faktiskt är mycket vanligare bland folk med trevliga och intressanta yrken - skådespelare, författare, journalister, konstnärer, restaurangfolk, diplomater etc. Läkare och de flesta andra akademiska yrken torde mycket väl fylla den genomsnittliga kvoten av alkoholism, medan präster och lärare är underrepresenterade.

I mellanskikten är risken för alkoholism störst bland dem som har den lägsta sociala kontrollen över sig: de som alltså kan dricka under arbetsdagen utan att några chefer anmärker på detta.

Bland arbetarna förefaller frekvensen av alkoholism vara högre i sådana yrken som har fria arbetsförhållanden utan lagackord. Där man står i en fabrik eller där man har ett fritt arbete men ett gemensamt lagackord medför den inbördes sociala kontrollen att arbetarna är nyktra under arbetsdagen.

Givetvis finns det bland alkoholisterna en del med en påtagligt neurotisk reaktionsbenägenhet, och de skulle under andra betingelser mycket lätt ha kunnat utveckla en narkomani av terapeutisk typ. En annan och betydligt större grupp har onekligen primära karakterologiska brister av den typ som är vanlig bland narkomaner av epidemisk typ. Om narkotika hade varit vanlig i deras ungdom skulle de lika lätt ha kunnat fastna för detta som för alkohol. *Men den stora gruppen alkoholister utvisar inte några mera påtagliga personlighetsbrister och ingen*

*skulle under deras yngre år ha räknat med att de skulle ha haft en större risk för alkoholism än vem som helst. Deras alkoholism är en följd av sällskapsdrickande och alltför vådliga alkoholseder i de grupper och miljöer där de kommit att arbeta eller vistas.*

Enbart genom att avskaffa avdragsrätten för representationsdrickande i affärslivet och tullfriheten för en av de mera privilegierade grupperna i samhället - de som ofta gör internationella resor och har rätt att varje gång införa betydande alkoholkvantiteter skattefritt - skulle man väsentligen dämpa alkoholkonsumtionen (kanske 15 -20 %) och därmed i motsvarande grad minska riskerna för alkoholism samtidigt som det allmänna skulle tillföras inte oväsentliga skatteintäkter.

Utan att betecknas som narkomani utgör *nikotinismen* ändå en form av endemisk toxikomani. Även om det säkerligen föreligger vissa psykiska och sociala skillnader mellan rökare och icke-rökare pekar ändå nikotinismen på det viktiga sambandet mellan medlens lättillgänglighet och deras sociala acceptering å ena sidan och frekvensen beroendetillstånd å den andra.

### **Olika förklaringsmodeller**

Man bör observera att den populära narkomanimodellen "människa-medel-miljö" (där man glömt ett mycket viktigt "m" - marknaden!) är en mekanisk modell som inte tillåter en differentiering ens mellan de socialmedicinskt viktigaste typerna av narkomani. Ofta framförs också att narkomani är "ett multifaktoriellt problemkomplex", dvs beror på en rad olika och samverkande faktorer och förhållanden. Detta är lika självklart som

att praktiskt taget allt annat i vår värld är multifaktoriellt betingat, men tesen har ett mycket lågt förklaringsvärde. Alla socialmedicinska huvudtyper av narkomani är givetvis var för sig "multifaktoriellt betingade", och i uppkomsten av dem alla finns ett intimt samspel mellan människa-medel-marknad-miljö: Vi har ju ingen narkomani utan medel och inga människor utan miljö.

Särskiljande av narkomanierna i olika socialmedicinska huvudgrupper representerar ett *socialdynamiskt betraktelsesätt* och är en förutsättning för att man skall kunna hålla isär de viktigaste faktorerna i det komplicerade sociala växelspel som missbruksproblematiken utgör. Utan en uppdelning av narkomanierna efter uppkomstmekanismerna blir de, liksom kattor i mörker, alla gråa.

Dåliga uppväxtbetingelser framförs ofta som huvudorsak till narkomani, alkoholism och kriminalitet. I århundraden torde det ha varit självklart att dåliga uppväxtbetingelser skadar avkomman, och det gäller både människor och djur. Utan tvekan har våra narkotikamissbrukare av epidemisk typ i större utsträckning än genomsnitts ungdomen haft det problematiskt med sig själva och sin omgivning.

Men att försöka förklara den under vissa perioder snabbt spridande missbruksepidemin utifrån individualpsykologiska teorier är helt dömt att misslyckas.

Dessa teorier är ägnade att skuldbelasta narkomanerna och särskilt deras föräldrar. Resonemangen blir dessutom ofruktbara och ger inte några praktiska anvisningar för hur problemet skall bringas under kontroll. Tvärtom tycks dessa individualpsykologiska resonemang paralysera samhället och frammana en känsla av misströstan och maktlöshet inför massmissbruket: "Det är ju så litet vi kan göra."

En svensk undersökning från början av 60-talet (Jons-son-Kälvesten 1964) visade att en fjärdedel av slumpvis utvalda skolpojkar i Stockholm skulle behöva barnpsykiatrisk behandling. Liknande undersökningar på vuxna har tidigare visat att det psykiatriska behandlingsbehovet där är av samma storleksordning.

Det finns i alla samhällen mycket stora grupper som i hög grad är mottagliga för narkotikamissbruk och narkomani om de exponeras för riskerna - drogerna och drog-användningen. Den historiska erfarenheten visar att preventionen därför främst måste inrikta sig på att eliminera narkotikan ur samhället.

Den som vidhåller att "dåliga hem" skulle vara en huvudfaktor i förklaringen av massmissbruket är skyldig att visa eller göra troligt att antalet "dåliga hem" (hur de nu skall definieras) liksom narkomanierna har fördubblats ungefär var trettionde månad under två decennier i detta land (men inte i exempelvis Finland och Norge).

Sedan Adam och Evas dagar har männen skyltt sina synder och misslyckanden på kvinnorna, men liksom det torde vara svårt att finna belägg för någon plötslig försämring i de sociala förhållandena i vårt land under 1950-talet (och i Danmark först 1966) så torde det bli svårt att påvisa någon plötslig stegring i antalet kyliga eller överbeskyddande mödrar i vårt land för 15-30 år sedan, då dagens unga narkomaner föddes. Bevisbördan kommer att bli tung att bära för dem som framhärdar i att peka ut de olycksdrabbade föräldrarna som individualpsykologiska syndabockar.

De motsträviga tycks inte våga snudda vid tanken att ungdomsnarkomanierna är smittsamma tillstånd. Jag misstänker att det är därför att den är så uppfordrande.



Den kräver handling - här och nu. Då har man psykologiserat och teoretiserat färdigt.

### **Varför fortsätter bara en del?**

Den vanliga frågan varför vissa personer fortsätter att ta narkotika medan andra slutar efter att ha prövat är biologiskt felaktigt ställd. Från djurförsök vet vi att det är regeln att fortsätta med luststimulationen sedan man en gång börjat. Tillämpar vi resonemanget på människan innebär detta att *det är naturligt att fortsätta drogkonsumtionen och att det är avvikande (från det biologiska grundmönstret) att avbryta*. Om vi däremot frågar oss vad det är som gör att somliga avbryter drogkonsumtionen eller håller den på en låg och kontrollerad nivå får vi meningsfulla svar som tyder på att upplysning, kunskap, attityder, personlighet, social bakgrund och aktuell situation etc spelar en avgörande roll i det inledande skedet, innan drogbegäret fått en driftsmässig karaktär. Man måste hela tiden ha klart för sig att *frågan om varför folk börjar ta narkotika är helt skild från frågan varför de fortsätter*; de representerar principiellt skilda problemkomplex ungefär som brandorsaker och brännbarhet representerar helt olika frågeställningar. Se s 21.

## Kännetecknen på missbruk

Det avancerade missbruket medför - oavsett missbruksmedel - så stora förändringar i den giftberoendes kroppsliga, psykiska och sociala tillstånd att vederbörande inte kan dölja sin situation för sina närmaste. Som regel försämras relationerna mellan den sjuke och hans närmaste så småningom starkt, men även i de fall där relationerna hela tiden är goda visar narkomanen en utpräglad tendens att också inför sina närmaste vilja förringa sitt beroende och de giftkvantiteter han konsumerar. Han har också en utpräglad tendens att vilja skylla sin giftkonsumtion på yttre omständigheter (anhöriga, arbete, samhälle etc), eller på smärttillstånd eller liknande: " Jag kan helt enkelt inte fungera utan narkotika", är ett vanligt svepskäl för fortsatt missbruk.

Att känna igen tecknen på ett begynnande missbruk är svårare, och de är vanskligare att tolka. Den första larmsignalen brukar bestå i en relativt snabbt insättande förändring i beteende och vanor; tidigare skötsamma ungdomar börjar plötsligt vara ute länge och ofta, tappar intresse för skola och arbete, får svårt att komma upp om morgnarna, blir retliga och irriterbara. I de flesta fall där tonåringar betar sig på det här sättet är det dock lyckligtvis inte fråga om narkotikamissbruk utan om en utvecklingskris, som vanligen efter en tid mynnar ut i en stabilisering igen.

Vid narkotikamissbruk förekommer som regel en fort-

skridande försämring av det psykiska och sociala tillståndet.

Om en person har börjat med *intravenösa injektioner* är det endast en tidsfråga innan de anhöriga upptäcker blodfläckar på skjortärmarna (i armvecken), hittar blodiga bomullstussar och förr eller senare även sprutor och spetsar, de senare ofta placerade på baksidan av kavajuppslag. Likaså är stickmärken i armvecken och på underarmarna (ibland på överarmens insidor, mera sällan på benen) mycket karakteristiska och säkra tecken.

Man kan också på beteende, rörelser och mimik se om en person är påverkad av centralstimulantia: Han blir ovanligt pratsam, fladdrig i tankarna; vid starkare påverkan blir rörelserna ryckiga och mimiken kan bli spasmliknande med plötsliga, omotiverade och okontrollerbara grimaser.

*Haschrökaren* har även en del utensilier som är karakteristiska: Haschen röks alltid i pipa och skärs vanligen i småbitar, varför en vass kniv alltid hör till. Är vederbörande själv langare brukar han ha en liten brevvåg, ofta av västficksmodell. Haschen förvaras vid dagligt bruk ofta i tändsticksaskar.

Haschrökarna vill gärna ordna någon lugn vrå åt sig själva och sina vänner. Dämpad belysning och en atmosfär av ro och mystik är eftertraktade i samband med rökning. Den starka och söta haschdoften är ett säkert indicium på rökning.

Haschrökarens fnittrighet och tendens till omotiverade tvångsskratt är omvittnade. Ett uppträdande som vid alkoholpåverkan men utan alkohol- eller thinnerdoft är starkt misstänkt för att vara haschbetingat. Haschrökare med intensiv konsumtion kan få lätt rodnade ögonvitor och katarrala besvär, men detta är mycket osäkra tecken.

En förändrad livssyn med dragning åt kvasifilosofiska spekulationer och mysticism inträder först på ett relativt sent stadium av intensiv haschkonsumtion. I samband med att det logiska tänkandet påverkas utvecklas tendenser till magiskt tänkande. Man möter därför ofta ett intensivt intresse för astrologi och metafysik och en fixering till mystiska amulett hos inbitna haschrökare.

# Narkotikaepidemier

Narkotikaepidemiernas dramatiska förlopp stöder inte teorierna att massmissbruk skulle vara yttringar av individuella psykiska störningar eller sociala anpassningsproblem. Om individuell missanpassning var den dominerande faktorn bakom ungdomsnarkomanierna borde vi finna relativt likartade drogproblem i de flesta länder, och de skulle under alla omständigheter under långa perioder visa relativt konstant omfattning i olika länder. De sociala förhållandena förändras långsamt utom under vissa bestämda situationer som djupgående ekonomiska kriser, revolution och krig. Det finns faktiskt inte någonting som talar för att det skett några väsentliga förändringar i frekvensen neuroser, familjekonflikter, kyliga föräldrar etc i de samhällen som drabbats av omfattande missbruksepidemier. I skarp kontrast till de långsamma förändringarna i befolkningens psykiska hälsotillstånd flammar missbruksepidemierna plötsligt upp och sprider sig snabbt, men dessa epidemier sammanfaller i historien inte med perioder av krig, revolution eller ekonomisk depression men väl med sociala sönderfallsperioder. Om sådana faktorer som bostadsförhållanden och låga löner skulle vara en huvudfaktor bakom narkomani är det svårt att förklara varför narkomani av epidemisk typ drabbar 3-8 gånger fler män än kvinnor, som ju genomgående är underprivilegerade i nästan alla samhällen. Men när det gäller narkomani av terapeutisk typ är kvinnorna som sagt lika många - ibland t o m fler - än männen.

## Den första missbruksepidemin

Den första stora missbruksepidemin i Europa i modern tid uppstod på Irland i början av 1800-talet och spred sig även till England, Tyskland och Frankrike. Tiotusentals personer började missbruka ett nytt kemiskt medel som användes inom industrin. Man fick inte slut på massmissbruket förrän man införde stränga restriktioner kring medlet. Detta illustrerar den avgörande roll som medlens lättillgänglighet spelar i missbruksepidemiernas dynamik.

## Den största missbruksepidemin

Japan drabbades strax efter det andra världskriget av en gigantisk missbruksvåg av exakt samma typ som den svenska. Krigsmaktens amfetaminlager hade kommit på drift. Missbruket sköt fart, först bland bohemer, prostituerade och kriminella, senare i allt vidare kretsar.

Under en tid såldes centralstimulantia helt fritt i Japan. En betydande nyproduktion av medlet tillkom. Mynigheterna blev snart tvungna att införa recepttvång och senare att narkotikaklassa amfetaminet. Då var emellertid lavinen i rullning. Hundratusentals personer hade blivit beroende, och en omfattande illegal tillverkning, insmuggling och handel hade övertagit den reguljära läkemedelsmarknadens roll.

När epidemin kulminerade 1954 beräknade man att 2 miljoner av Japans 100 miljoner hade tillfällighetsmissbrukat amfetamin. Man beräknade att 600 000 var svåra amfetaminister, och hälften av dessa sprutade sig intravenöst.

Situationen var ytterst alarmerande. En rad motåtgärder hade genomförts från 1949 och därefter, men de var

inte tillräckligt genomgripande och sattes liksom i Sverige in för sent. Motåtgärderna låg hela tiden ett steg efter epidemiutvecklingen.

1954 växte i Japan en stark opinion fram mot massmissbruket, som vid denna tidpunkt var flerfaldigt mera utbrett än det svenska hittills blivit. Lagstiftningen skärptes drastiskt och råmaterialen underkastades samma stränga kontroll som det färdiga amfetaminet. Man hade inte haft tid att bygga upp några behandlingscentra utan kriminalvården fick ta hand om alla som överbevisats om olaga befatning med narkotika.

För mindre innehav dömdes till 3-6 månaders fängelse, för smålangning 1-2 år, för storlangning 2-4 år och för illegal tillverkning och smuggling i större skala upp till tio år.

I 1954 arresterades 55 600 personer för narkotikabrott i Japan, men 1958 var siffran nere i 271 personer och epidemin var stoppad. En del missbrukare övergick till alkohol, men den övervägande majoriteten återvände till en drogfri tillvaro.

Därefter har narkotikamissbruket i Japan varit obetydligt. En mindre epidemi av heroinmissbruk i början av 60-talet stoppades snabbt på samma sätt som tidigare amfetaminepidemin. Missbruk av receptfria sömnmedel och thinner förekom i slutet av 60-talet, men frekvenserna var låga. Ett visst amfetaminmissbruk återkom i början av 70-talet.

Japan var länge det enda industrilandet utanför Östeuropa som undgått den våldsamma cannabisepidemin, som från mitten av 60-talet med popmusiken sköljt över hela den sk västerländska världen. Detta sammanhänge med att man i Japan hade en hög beredskap mot narkotikaepidemier och hade insett den avgörande betydelsen

av tidiga och konsekventa motåtgärder. De senaste åren har dock cannabisrökningen via amerikanska soldater fått fotfäste också i Japan. Eftersom klimatet möjliggör inhemska odling av cannabis är det svårt att komma till rätta med detta. Problemet är dock av väsentligt mindre omfattning än i Västeuropa.

I Östeuropa har man såvitt jag vet lyckats förhindra alla narkotikaepidemier. Olaga innehav av narkotika bestraffas också hårdare i Sovjetunionen än i de flesta andra länder. Folkrepubliken Kinas kampanj mot den trehundraåriga opiumrökningen i början av 50-talet var lika hård och framgångsrik som den japanska mot amfetaminet. Det är möjligt och troligt att japanerna hade lärt av de kinesiska framgångarna på detta område.

## Erfarenheter från USA

Utvecklingen i USA har varit utomordentligt intressant och lärorik, men man måste gå långt tillbaka för att få ett perspektiv på dagens situation.

Fram till 1914 tillämpades en fullständigt fri narkotikahandel i USA, och opium, morfin (renframställt 1803), heroin (halvsyntes på basen av morfin, framställt 1898) och kokain kunde köpas fritt i vilken drugstore som helst.

Från uppskattningsvis 150 000 narkomaner i USA vid sekelskiftet (Harney 1961) steg frekvensen långsamt till omkring 200 000 vid början av första världskriget. Det innebar att ungefär en amerikan på 100 var narkoman vid denna tidpunkt (fig 5, se nästa uppslag).

Huvudparten av de amerikanska narkomanerna utgjordes 1914 av medelålders människor, och kvinnorna övervägde något. Det var i första hand fråga om opiatnarkomaner av terapeutisk typ: På grund av smärttillstånd hade



man tagit opiat, aningen på läkarordination eller som huskursmedicinering. I anslutning till ihållande smärtor (rheumatism, magsår etc) eller återkommande smärtor (tandvärk, menstruationssmärter etc) hade ett utdraget eller återkommande bruk av opiat förekommit och slutligen medfört narkomani. De drabbade fortsatte därefter drogkonsumtionen även i de fall där de utlösande smärttillstånden hade försvunnit.

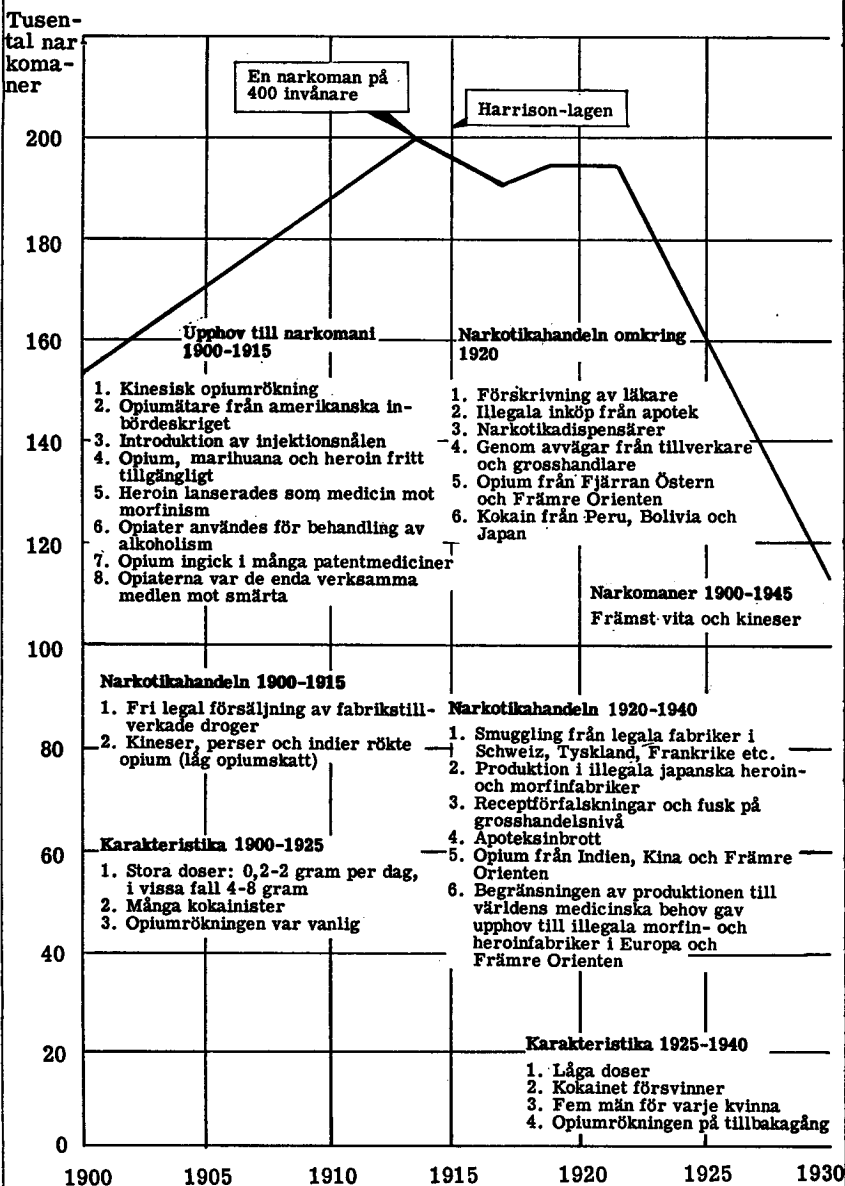
Det framgår av den vetenskapliga litteraturen (O'Donnel och Ball 1966) att dessa terapeutiska narkomaners tillstånd var bedrövligt. Från experimentella studier i Lexington vet vi också att opiatnarkomaner vid fri tillgång till opiat som regel snabbt blir mycket sjuka.

Den stora och växande skaran av svårt narkomaniserade människor och deras eländiga situation var det ena skälet till att USA 1914 införde en särskild lag, Harrison Act, för att reglera narkotikahandeln. Det andra skälet var att heroin hade börjat missbrukas inte på basen av smärttillstånd utan som ett nyupptäckt rusmedel.

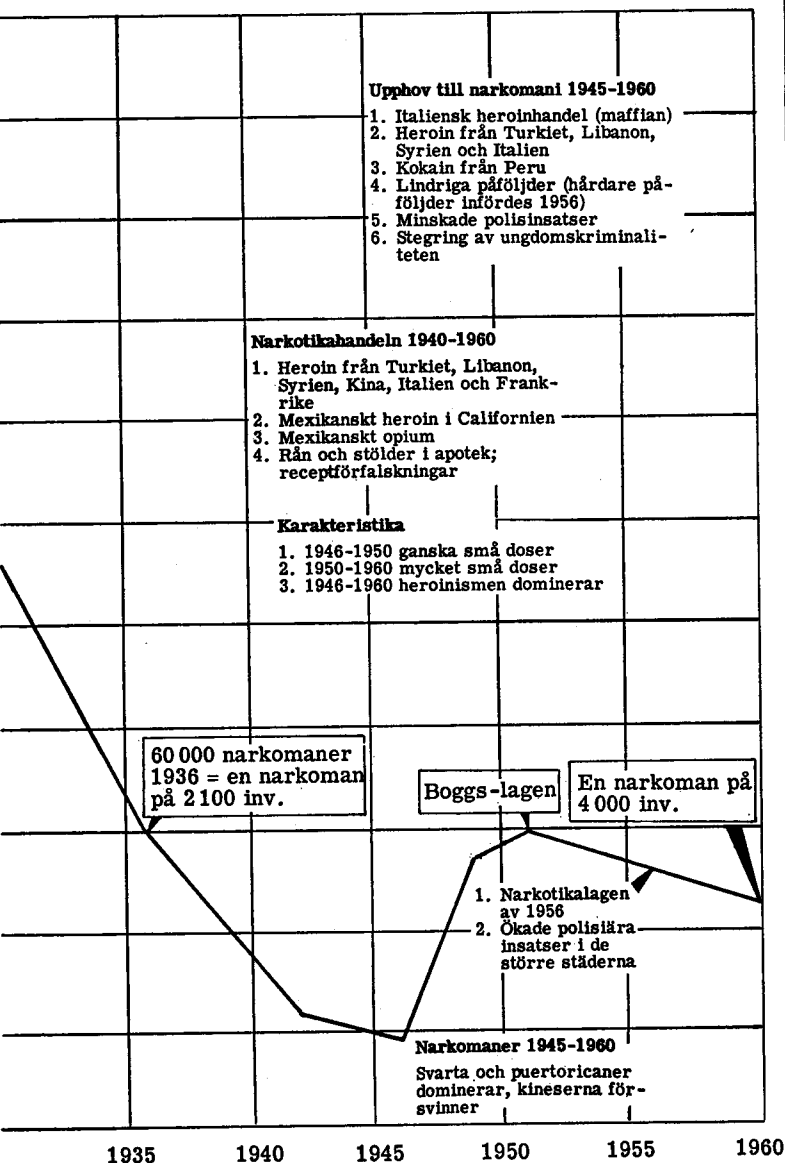
När heroinet introducerades möttes det med en okritisk och ödesdiger entusiasm i medicinska kretsar (och detta har senare upprepats med många andra läkemedel). Liksom man tidigare hade försökt att bota alkoholism med opium trodde man sig nu kunna bota morfinism med heroin. (I dag tror många att man botar heroinism med metadon.) Det dröjde ända till 1912 innan man upptäckte att heroin var ännu mera beroendebildande än morfin.

Omkring 1912 hade heroin börjat användas som rusmedel i kriminellt aktiva kretsar i New York, och fängelseläkaren vid Manhattan State Prison, Lichtenstein, kunde 1914 rapportera att 60 % av polisklientelet redan då var heroinister.

# AMERIKANSK NARKOTIKAHISTORIA



(Efter Harney och Cross 1961)



Genom införandet av Harrison Act hoppades myndigheterna kunna bringa läget under kontroll. Narkotika skulle i fortsättningen endast få säljas mot läkarrecept, och därmed ville man skydda befolkningen och motverka att nya narkomanifall uppstod. Man var dock på det klara med att narkomani är en kronisk sjukdom och gjorde sig inte några förhoppningar om att de redan narkomaniserade skulle sluta att efterfråga sina droger. Därför inrättade man ett stort antal narkotikadispensärer, där de beroendesjuka fick gå och hämta droger eller recept.

Det är möjligt att den amerikanska narkotikapolitiken skulle ha lyckats om den införts några år tidigare, innan heroinepidemin skjutit fart. Men 1914 fanns det redan en stor efterfrågan på heroin även bland folk som aldrig tidigare använt det - just därför att det fått rykte om sig att vara ett eminent rusmedel. Följden blev att många lät registrera sig som heroinister och fick legala förskrivningar utan att vara narkomaner: vid denna tidpunkt hade man svårt att fastställa om narkomani verkligen förelåg eller inte. Likaså var det vanligt att folk registrerade sig för legal tilldelning vid flera dispensärer samtidigt, och narkomanerna av epidemisk typ spred missbruket omkring sig.

Åtgärderna ledde till att antalet narkomaner av terapeutisk typ minskade allteftersom de äldre dog undan, medan antalet heroinister av epidemisk typ växte.

Flertalet narkotikadispensärer stängdes inom loppet av några år, då man insåg att verksamheten gjorde mera skada än nytta, men ett fåtal var öppna till 1923. Då stängdes de sista på order från regeringen, sedan det amerikanska läkarförbundet på sin kongress hade antagit en resolution med detta krav. Därmed inleddes den

restriktiva narkotikapolitik som därefter i princip har varit rådande i USA.

Från 1923 till 1939 minskade antalet narkomaner i USA till ungefär en sjundedel, från omkring 200 000 till omkring 30 000 (Harney 1961), samtidigt som folkmängden ökade väsentligt. *Relativt sett inträffade på dessa 16 år en minskning till en tiondel, från en narkoman på 400 till en på 4 000 invånare. Under hela denna tid utgjordes heroinisterna huvudsakligen av vita och kineser.*

Under det andra världskriget låg frekvensen narkomaner fortfarande på samma låga nivå som före kriget eller minskade ytterligare något.

Fram till 1935 sändes de narkomaner som begått brott - även narkotikabrott - till fängelse. 1935 öppnades det stora narkomansjukhuset i Lexington, och därefter blev många narkomaner i samband med brott av olika slag dömda till vård där i stället för till fängelsestraff. Behandlingsresultatet blev som väntat dåliga, och 80-90 % brukade återfalla mycket snart efter utskrivningen. De begick nya brott och sändes åter till Lexington, skrevs ut, återföll etc.

Den helt överväldigande majoriteten av dessa narkomaner var av epidemisk typ, och narkomanin ingick ofta som en komponent i en djupgående social missanpassning, precis som fallet just nu är med huvudparten av våra intravenösa missbrukare: de var alltså i stor utsträckning primärt "kriminellt identifierade", dvs uppfattade sig själva som kriminella, och sekundärt narkomaniserade.

Efter kriget riktades en allt hårdare kritik mot den restriktiva narkotikapolitiken, som av sociologen Lindesmith (1947) betecknades som både inhuman och ineffektiv. Lindesmith hävdade också att den restriktiva amerikanska narkotikapolitiken i själva verket var roten till

den höga narkomanifrekvensen i USA, därför att politiken tvingade narkomanerna till illegalitet och drev dem till langning för att de skulle kunna underhålla sin egen genom illegaliteten mycket dyrbara drogkonsumtion. Lindesmith hänvisade till England som det stora föredömet: där hade man (på den tiden) en mycket liberal narkotiklag (Rollestone Act, instiftad av en konservativ regering 1926) och mycket få narkomaner.

Lindesmiths kritik fick snart ett allt starkare stöd, särskilt från beteendeforskare och liberala jurister (försvarsadvokater), och man började i USA som följd av denna starka opinion se mildare på narkotikabrottsligheten, särskilt smålangning och innehav "för eget bruk". Sedan narkomanifrekvensen tredubblats på fem år (1948-1952) skärptes ånyo lagstiftningen i början på 50-talet (Buggs Act) och därefter återigen 1956, och frekvensen sjönk åter snabbt. 1960 var man nere i ca 45 000 narkomaner eller ungefär som 1939 - en på 4 000 invånare, vilket var den lägsta nivån under 1900-talet. Där höll sig frekvensen sedan ytterligare några år.

I samband med Lindesmiths andra bok (1965) inträdde åter en opinionssvängning i liberalistisk riktning och nu starkare än tidigare. Därmed tycktes de amerikanska domstolarna i stor utsträckning ha börjat förlora tilltron till den traditionellt restriktiva narkotikapolitiken. Därtill kom att heroinismen i början av 1950-talet hade brutit in i de färgade slumgettona, som länge varit förskonade från denna plåga, och sedan främst expanderat där. Detta gjorde avvägningen av påföljderna ännu svårare, då utsikterna för de anklagade syntes lika dystra vilka åtgärder man än vidtog i det enskilda fallet.

Vid mitten av 60-talet bröt också den stora LSD- och marihuanavågen ut över USA med några narkomanise-

rade och avsatta psykologidocenter i spetsen (Leary och Alpert från Harvard). De hade själva inspirerats av den engelska författaren Aldous Huxleys böcker till meskalinrusets lov (1960). Drogrörelsen tog också kraft från den s k ungdomsrevolten, som i sin tur torde ha väckts av Vietnamkriget men också förberetts av ett långvarigt fasthållande vid gamla sexualtabun för ungdomen. De färgades intensifierade kamp för social likställighet och social rättvisa bidrog ytterligare till den omfattande och djupgående förtroendekrisen i samhället. I skuggan av den sociala oron inträdde en våldsam expansion av alla former av epidemisk narkomani i USA. *Enbart de sista fem åren torde antalet heroinister minst ha femdubblats, och siffror på mellan 500 000 och en miljon rapporteras av initierade bedömare, men epidemin har nu kulminerat.*

Utvecklingen har klart visat att Lindesmith förväxlade orsak och verkan när han bedömde samspelet mellan narkotikapolitik och narkomanifrekvens. *I stället för att vara orsak till en hög narkomanifrekvens är restriktiva narkotikalagar en följd av en hög (eller stigande) narkomanifrekvens. På samma sätt har ett land råd att hålla sig med liberala narkotikalagar endast så länge man inte har någon utbredd narkotikaepidemi.* Denna senare tes skall belysas med erfarenhet från England och Sverige.

### Erfarenheter från England

Stimulerade av Lindesmiths teorier och den starka liberalistiska opinionen de skapat började några engelska läkare i slutet av 1950-talet laborera med narkotikaförskrivningar till narkomaner av epidemisk typ (men den epidemiska narkomanin och andra socialmedicinska huvudtyper av narkomani var vid denna tidpunkt inte analy-

serade och beskrivna).

Tidigare hade man som nämnts endast haft en handfull heroinister i England: en del gamla sjömän som grundlagt sin narkomani utomlands och några få invandrade västindier. Därtill hade man en del opiatnarkomaner av terapeutisk typ och - som alltid - narkomaner av typen medicinalpersonal (självetablerade narkomaner).

Ett halvduzin kanadensiska heroinister utvandrade 1959 till England sedan en kvinnlig engelsk psykiater, Lady Frankau, hade lovat att ta sig an dem och förskriva heroin åt dem. De första åren publicerades optimistiska rapporter som förklarade att flera av dessa kroniska heroinister hade kommit i ordnade sociala förhållanden, sedan de fått sitt behov av heroin tillgodosett genom billiga apoteksinköp. Många äldre psykiatrer med långvarig erfarenhet av narkomanvård påpekade att denna behandling innefattade en rad ytterst svårkontrollerbara faromoment, de påpekade att liknande behandlingsförsök i USA på 20-talet hade misslyckats och ställde sig själva avvisande till denna behandlingsform. De gynnsamma primärresultaten gav emellertid behandlingen och dess förespråkare vind i seglen, och behandlingsmetoden döptes i fack- och populärpress till det "engelska systemet" (the British system).

Snart nog började oroande tendenser spåras kring den legala narkotikaförskrivningen i England. Det visade sig att narkomaner under denna "behandling" i betydande utsträckning överlät legalt förskrivna preparat till andra, lånade ut eller vanligare sålde preparat med mycket god förtjänst. I genomsnitt underhöll under dessa år varje narkoman med legal tilldelning en ny och ännu inte auktoriserad narkoman, en "satellit", på överskottet från sina egna förskrivningar (Backhouse och James 1969). Ut-



vecklingen blev alltmer oroande, och under 1964 och 1965 förekom i den engelska fackpressen en rad alarmerande rapporter. Chapple och Marks skrev (1965):

Det har framkommit att en av våra patienter har gjort åtminstone 11 personer till heroinister under det han "behandlats med legala förskrivningar" av sin egen läkare; dessa 11 är nu "legaliserade narkomaner" och lär utbreda missbruket till andra. Vi anser att ingen ytterligare förskrivning av heroin till nya narkomaner bör tillåtas, och de legala förskrivningarna för de nuvarande fallen bör "frysas in" eller reduceras.

Ordinationerna hade ofta haft formen av stående (örskrivning på viss mängd, som fått avhämtas dagligen för egen administration, vanligen intravenös.

Många narkomaner levde i England flott och arbetsfritt på sina legala förskrivningar. James (1965) nämner att "en förskrivning om 0,6 g heroin och 0,3 g kokain per dag har ett marknadsvärde av 1 500 kr per vecka". Glatt (1965) summerar sin uppfattning om det mångomskrivna "brittiska systemet":

Men ett system, som inte respekteras av vare sig läkarna, sjukhusen, narkomanerna eller deras föräldrar kan knappast betecknas som ett gott system.

Den alarmerande utvecklingen i England fastslogs i siffror av den interdepartementala sk Brain-kommittén, som i sin första rapport 1965 visade att heroinismen i de aktivaste missbrukaråldrarna (mellan 20 och 35 år) sedan 1959, då man i större omfattning började praktisera den liberala behandlingspolitiken, hade stigit med 50 procent per år. *Bewley (1968) visade att heroinismen hade fördubblats var 16:e månad sedan förskrivningsverksamheten hade inletts tio år tidigare.* De officiella siffrorna från

Home Office återges i tabell 2.

De engelska myndigheterna försöker nu förtvivlat komma till rätta med den våldsamma heroinepidemi som en handfull omdömeslösa läkare medverkade till genom okunnighet och missbruk av en alltför liberal lagstiftning. Lagen är numera ändrad och privatpraktikerna får inte längre skriva ut heroin och kokain men väl morfin, metadon och amfetamin på samma premisser som tidigare. Man har överfört huvudparten av narkomanerna till särskilda narkotikadispensärer, men situationen är ytterst prekär. I anslutning till att fabrikanterna kraftigt skurit ned leveranserna av amfetamin till apoteken börjar många narkomaner av epidemisk typ gå över till intravenöst missbruk av sömnmedel av olika slag, dvs samma fenomen som man kunnat notera i Sverige.

Den engelske socialpsykiatern R de Alarcón har redovisat heroinepidemins spridningsmönster i ett intressant

| Åldrar          | 1959      | 1960      | 1961       | 1962       | 1963       | 1964       | 1965       | 1966       | 1967        | 1968        |
|-----------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| Under 20 år     | —         | 1         | 2          | 3          | 17         | 40         | 134        | 317        | 381         | 709         |
| 20-34 år        | 35        | 52        | 87         | 126        | 162        | 219        | 319        | 479        | 827         | 1390        |
| 35-49 år        | 7         | 14        | 19         | 24         | 38         | 61         | 52         | 83         | 66          | 78          |
| 50 år och äldre | 26        | 27        | 24         | 22         | 20         | 22         | 16         | 20         | 24          | 20          |
| Okänd ålder     | —         | —         | —          | —          | —          | —          | —          | —          | 1           | 43          |
| <b>Totalt</b>   | <b>68</b> | <b>94</b> | <b>132</b> | <b>175</b> | <b>237</b> | <b>342</b> | <b>521</b> | <b>899</b> | <b>1299</b> | <b>2240</b> |

Tabell 2. Fall av heroinism kända av Home Office (x969). Tabellen illustrerar smittriskerna kring liberala (s k "legala") narkotikaföreskrivningar till narkomaner för självmedicinering. 1959 fanns inga kända fall av heroinism under 20 års ålder i England, 1968 fanns 709 kända fall. I de vanliga debutålderna (20-34 år) har heroinismen ökat med ungefär 50 procent per år under perioden 1959-68 (Senare publicerad statistik är inte jämförbar med denna serie.)

diagram över en noggrann studie i Crawley (62 000 invånare), en nybyggd drabantstad 5 mil utanför London (fig 6, s 116).

Materialet grundar sig på intervjuer med heroinister som sökt vård vid Crawley Psychiatric Service. Patienterna tillfrågades om när de hade fått sin första injektion, vem som hade givit dem "jungfrusilen" och vilka de själva senare eventuellt givit en debutinjektion.

Sammanlagt omfattar studien 53 pojkar och fem flickor, alla i åldrarna mellan 15 och 20 år. 42 ungdomar lämnade uppgifter om såväl debuttid som smittkontakt.

I 16 fall kunde uppgifterna verifieras av dem som givit förstainjektionen. 8 ungdomar (A1, C1, D1, E1, F1, H1, I1 och J1) vägrade att uppges smittkontakten men angav tidpunkten för den första injektionen. Fyra av dessa (A1, C1, D1 och E1) uppgav att de inte hade fått den första injektionen i Crawley utan på annan plats, vanligen i London, men i samtliga dessa fall hade injektionerna givits av kamrater från Crawley. Sju fall (A7, A25, A26, B5, B10, B12 och B14) är kända endast genom dem som givit debutinjektionerna.

De Alarcån delar in spridningsdynamiken i tre stadier:

r) 1962-65: Några få Crawley-ungdomar experimenterar med heroin medan de tillfälligt bor på andra platser. Tiden från första injektionen till regelbundet missbruk är här lång, upp till ett år.

2) *Första hälften av 1966*: En kärna av unga heroinister utkristalliseras i Crawley. Inte alla de etablerade fungerar som smittkällor, men de flesta av dem verkar som "missbruksförstärkare" (reinforcers).



3) *Andra hälften av 1966 och första hälften av 1967*: De riskhotade grupperna kommer i kontakt med ett stort antal smittkällor (initiators) och "reinforcers", och heroinmissbruket sprider sig explosionsartat i staden. Tiden från första injektionen till regelbundet missbruk har nu blivit kort.

Smittspridningen följer i huvudsak två stora kedjor (A och B). Under 1965 och 1966 praktiserades legal förskrivning av heroin till de etablerade missbrukarna. Detta avbröts genom ny lagstiftning 1967. "Preliminära data antyder att siffran för 1968 kommer att visa en kraftig nedgång i antalet nya fall av heroinmissbruk i Crawley." De Alarcón anser att förbudet att förskriva heroin till missbrukarna är den viktigaste orsaken till att nyrekryteringen sjunkit. Andra faktorer är att många av de svåraste fallen - och värsta smittspridarna - flyttat till London och att centralstimulantia hade börjat tränga undan heroin i nya missbrukarkretsar i Crawley. De Alarcón påpekar att man inte får glömma att narkomani är en kronisk sjukdom. Endast tre av de 53 ungdomarna i denna undersökning hade 1968 såvitt bekant spontant upphört med missbruket efter den första injektionen.

*Fig. 6. Spridningen av heroinism i Crawley 1962-67 enligt R de Alarcón. Sociogrammet illustrerar hur en heroinist (A1) från en grannstad 1962 flyttar in till Crawley och där grundlägger en omfattande epidemi av heroinism. Det tog honom tre år innan han hade blivit så intim med sina nya kontakter att han introducerade dem (A2, A3, A4 och A5) i intravenöst heroinmissbruk. Ytterligare en från Brighton inflyttad eller besökande heroinist bidrar till att denna lokala epidemi på kort tid får en explosionsartad spridning i Crawley.*

## Utvecklingen i Sverige

Det svenska missbruket av centralstimulantia kan som nämnts ledas tillbaka till en liten krets av bohemer, författare, skådespelare och konstnärer i ett litterärt koteri i Stockholm i slutet av 40-talet. Missbruket höll sig länge inom denna trängre krets, där injektionstekniken kom till, men spred sig ut till socialt missanpassade och kriminellt aktiva kretsar i början av 50-talet. Historiken är utförligt skildrad i mitt större arbete "Narkotikafrågan och samhället" (1968).

Den alarmerande utvecklingen i Sverige uppmärksammades inte av myndigheterna förrän i slutet av 50-talet. Epidemin hade då redan fått en betydande omfattning, och en administrativ åtstramning av den tidigare ofta mycket lättvindiga förskrivningen av stora kvantiteter centralstimulerande bantningsmediciner - främst preludin - resulterade nu endast i att illegal insmuggling och langning med dessa preparat ersatte läkarförskrivningarna.

Vi har tidigare nämnt att missbruksepidemier har en tendens att växa exponentiellt, dvs att de har en viss fördubblingstid som länge kan hålla sig tämligen oförändrad om befolkningsunderlaget inte blir för snävt och om några väsentliga motåtgärder inte sätts in och förändrar epidemins utvecklingsbetingelser.

Hösten 1954 genomfördes en kartläggning av amfetaminmissbruket i gängmiljöerna i Stockholm. Undersökningen utfördes av barnavårdsnämndens nattpatrull, som kom fram till att det vid denna tidpunkt fanns omkring 500 kända amfetaminmissbrukare i Stockholm. 1960 torde antalet intravenösa amfetaminmissbrukare ha uppgått till närmare ett tusental i landet; 1965 uppskattades de

# Antal fall

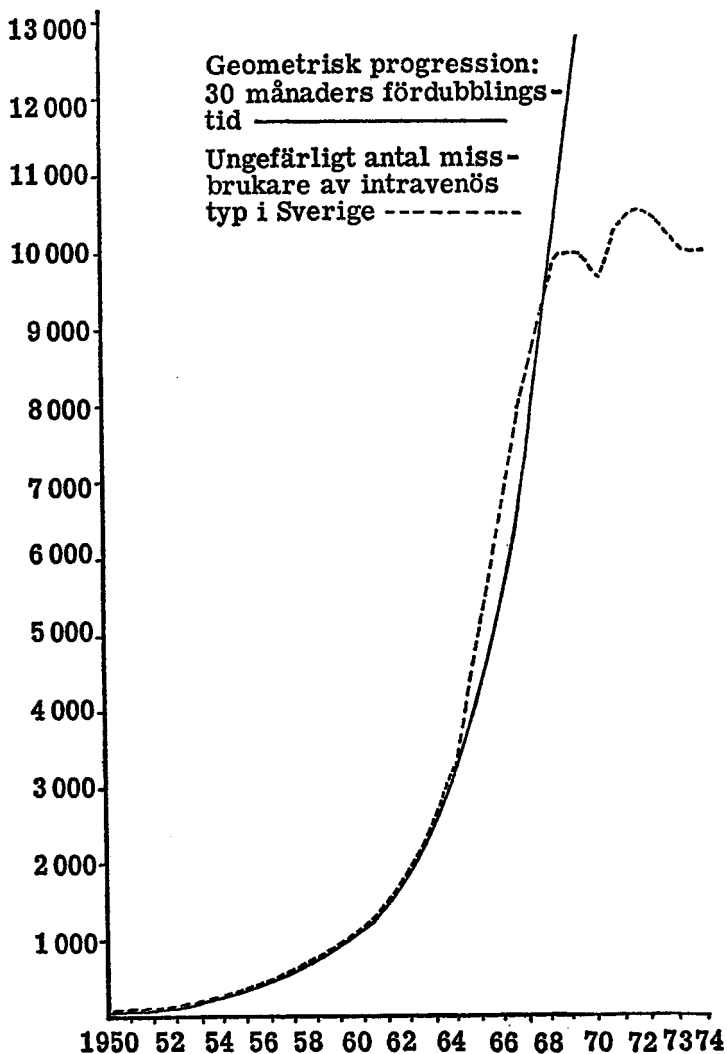


Fig. 7. Ungefärligt antal centralstimulantiomisbrukare av intravenös typ i Sverige 1950-74.

till ungefär 4 000 och hösten 1968 uppskattade narkomanvårdskommittén dem till omkring 10 000 i hela landet.

I samband med en stor aktion, som den svenska polisen i början av 1969 inledde mot den illegala narkotikahandeln, bromsades epidemin upp. Fortlöpande socialmedicinska undersökningar visar att antalet debutanter i intravenöst missbruk under 1969 var avsevärt lägre än under de föregående åren. Utvecklingen i stora drag vad beträffar frekvensen av intravenöst giftmissbruk i Sverige 1950-74 åskådliggörs i fig 7 på s 119.

Ökningen i det intravenösa missbruket tycks i huvudsak ha följt den geometriska progressionskurvan med ungefär 30 månaders fördubblingstid. Under försöket med en liberal narkotikapolitik och en omfattande förskrivning av narkotika till missbrukare (från våren 1965 till våren 1967) blev fördubblingstiden enligt en omfattande stickmärkesundersökning bland stockholmspolisens arrestanter väsentligt kortare än tidigare (Bejerot 1975)-

Det andrum som polisoffensiven 1969 gav utnyttjades inte till att bygga upp en adekvat vårdapparat, varför epidemin åter expanderade när den polisiära insatsen mattades av. Sedan några större internationella narkotikaligor med inriktning på Sverige sprängts under 1971-72 föll åter injektionsmissbruket avläst i polisklientelet i Stockholm, men 1974 var tendensen åter ökande sedan heroinet definitivt brutit in på den svenska missbruksmarknaden.

### Polisklientelet i Stockholm

Våren 1965 inledde jag en fortlöpande undersökning av polisklientelet i Stockholm: Med hjälp av några rutine-



rade sjuksköterskor har förekomsten av injektionsmärken på armarna noterats.

Stickmärkesundersökningen har visat sig anmärkningsvärt representativ för injektionsmissbruket ute i samhället. Narkomanvårdskommittén tog 1967 initiativ till en omfattande kartläggning av narkotikamissbruket i Stor-Stockholmsområdet. Hela sjukvårds- och socialvårdsapparaten mobiliserades liksom skolorna, polisen och kriminalvården. Totalt identifierades 1949 intravenösa missbrukare under det halvår inventeringen pågick. Hela 70 % av dessa var kända i stickmärkesundersökningen fram till mitten av 1969 (fig 8). De som var okända i stickmärkesundersökningen vid denna tidpunkt var främst unga missbrukare rapporterade från skolor, barnavårdsorgan och gulsotskliniker. Erfarenhetsmässigt vet vi att en betydande del av dessa unga missbrukare senare blir diagnostiserade i stickmärkesundersökningen, där uppskattningsvis inemot 80 % av sprutnarkomanerna förr eller senare blir identifierade.

Under de första fem åren av denna undersökning har 45 614 intagna undersökts (de representerar 22 943 individer som återkommit vid i genomsnitt två tillfällen), och 3 772 aktiva intravenösa missbrukare diagnostiserades fram till 31.3 1970 (Bejerot 1975). Undersökningen fortsätter och omfattar nu ca 100 000 arrestanter.

Såsom framgår av tabell 3 har ökningen av denna avancerade missbruksform varit mycket dramatisk i polis-klientelet under observationsperioden. 1965 ägnade sig var femte enligt brottsbalken (i vissa fall barnavårdslagen) gripen svensk man i Stockholm åt intravenöst giftmissbruk, 1966 var fjärde och 1967 var tredje.

1968 var 40 % av de manliga (svenska) arrestanterna i Stockholm intravenösa missbrukare, men där hejdades

missbruket tills vidare i och med kampanjen mot den illegala narkotikahandeln 1969. Under första halvåret 1970 sjönk t o m andelen missbrukare till 35 % bland de manliga arresterarna (fig 9).aktionen följdes emellertid inte upp på den sociala sidan, varför effekten blev övergående.

| Ålder   | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | Totalt |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| <b>A. Totalantalet arrester med stickmärken</b> |       |       |       |       |       |       |        |
| 1965  | 8     | 64    | 53    | 21    | 4     | -     | 150    |
| 1966  | 28    | 65    | 64    | 37    | 32    | 5     | 231    |
| 1967  | 109   | 134   | 109   | 60    | 53    | 42    | 507    |
| 1968  | 124   | 154   | 101   | 70    | 36    | 22    | 507    |
| 1969  | 91    | 162   | 114   | 66    | 47    | 32    | 512    |
| 1970  | 99    | 140   | 127   | 79    | 37    | 36    | 518    |
| 1971  | 123   | 230   | 229   | 124   | 64    | 48    | 818    |
| 1972  | 123   | 270   | 196   | 123   | 73    | 54    | 839    |
| 1973  | 73    | 159   | 101   | 65    | 51    | 22    | 471    |
| 1974  | 35    | 146   | 114   | 63    | 37    | 27    | 422    |
| <b>B. Missbruksfallens procentuella andel</b>   |       |       |       |       |       |       |        |
| 1965  | 3,6   | 27,7  | 35,8  | 17,9  | 7,7   | -     | 19,4   |
| 1966  | 11,5  | 23,6  | 37,4  | 30,3  | 24,1  | 12,2  | 23,4   |
| 1967  | 27,7  | 39,5  | 53,4  | 38,0  | 33,5  | 27,6  | 35,8   |
| 1968  | 30,9  | 47,4  | 54,3  | 47,0  | 26,7  | 17,9  | 38,3   |
| 1969  | 22,4  | 44,5  | 49,8  | 42,0  | 37,3  | 29,6  | 36,4   |
| 1970  | 21,8  | 40,3  | 51,2  | 53,0  | 31,6  | 30,5  | 35,9   |
| 1971  | 28,1  | 51,8  | 63,8  | 61,1  | 38,8  | 33,3  | 46,7   |
| 1972  | 39,2  | 61,8  | 63,0  | 59,1  | 54,9  | 42,5  | 54,8   |
| 1973  | 28,1  | 51,1  | 50,8  | 47,4  | 46,8  | 25,6  | 42,7   |
| 1974  | 19,3  | 48,8  | 45,6  | 37,7  | 35,6  | 32,9  | 39,0   |

Tabell 3. Intravenöst missbruk bland stockholmspolisens manliga arrester (svenska medborgare) omhändertagna enligt brottsbalken och närliggande lagar andra kvartalet 1965-1975. Se även fig 9, sid 125.

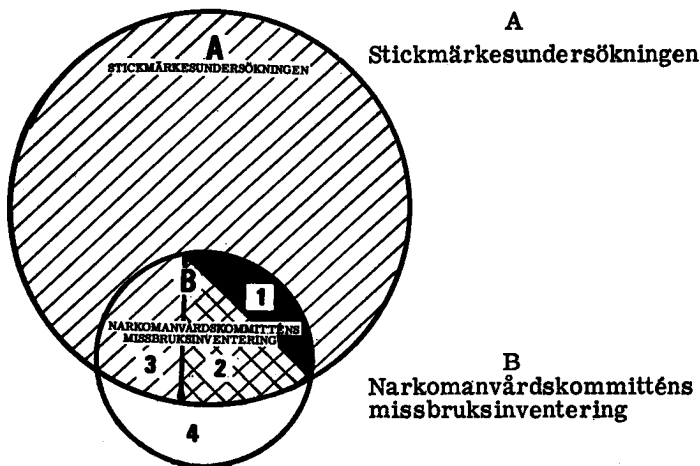


Fig. 8. Relationer mellan stickmärkesundersökningen i polis-klientelet i Stockholm och narkomanvårdskommitténs missbruksinventering i Stor-Stockholm 1967.

A) Stickmärkesundersökningen (SMU): Intravenösa missbrukare (individer) diagnostiserade under perioden april 1965-juni 1969.

B) Narkomanvårdskommitténs missbruksinventering (NMI) i Stor-Stockholm 117-31112 1967 (1949 intravenösa missbrukare diagnostiserades totalt; här = 100 %).

1) Individer exklusivt rapporterade från SMU under den tid NMI pågick (333 fall = 17,1 %).

2) Individer rapporterade från SMU och annan källa i NMI samtidigt under tiden tid missbruksinventeringen pågick (459 fall = 23,6 %).

3) Individer i NMI rapporterade från **annan** källa än SMU men kända som intravenösa missbrukare i SMU under tiden 1965-69 (578 fall = 29,7 %).

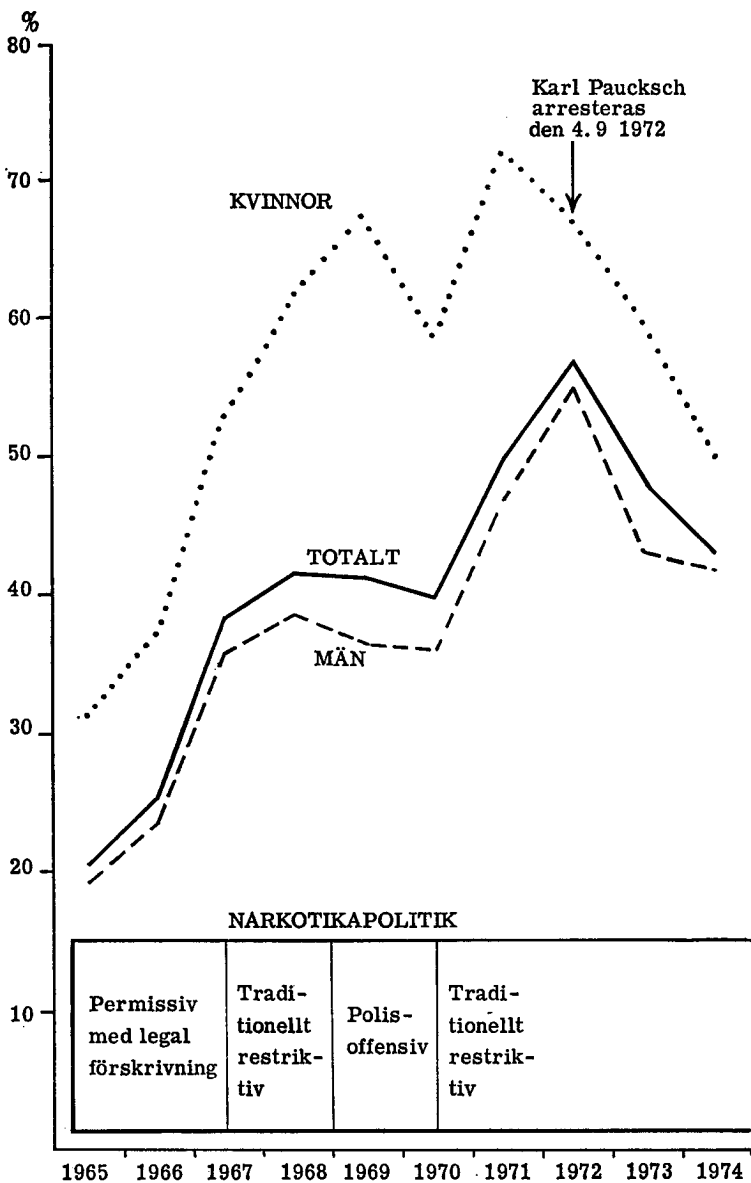
4) Individer diagnostiserade i NMI som intravenösa missbrukare men okända i SMU 1965-69 (378 fall = 29,7 To)-

Figuren och procentsiffrorna avser män och kvinnor sammantagna men enbart svenska medborgare.

Kvinnorna är alltid relativt få i polisklientelet. Detta sammanhänger dels med att brottslighet och avancerad social missanpassning är betydligt vanligare bland män, dels också med att de socialt urspårade kvinnorna huvudsakligen drar sig fram på prostitution eller underhålls av kriminellt aktiva män och därför löper mindre risk än männen att gripas av polisen. När de slutligen omhändertas är de således genomsnittligt mera belastade och nedgångna än de kriminella männen, vilka alltså som regel omhändertas på ett betydligt tidigare stadium i sin asociala utveckling. Dessa förhållanden återspeglas i stickmärkesundersökningen av att de gripna kvinnorna är färre; i gengäld uppvisar de en betydligt högre andel av intravenösa missbrukare än männen. (Se tabell g, s 122.)

Eftersom den kriminella aktiviteten (mätt i anmälda brott) har ökat markant under större delen av observationsperioden - liksom polisens insatser - har antalet omhändertagna stigit mycket starkt. *Under den period då det intravenösa missbruket ökade som snabbast, 1966-67, får dubbledes det absoluta antalet diagnostiserade fall av denna typ i polisklientelet i Stockholm under ett enda år.*

*Fig 9. Den procentuella andelen missbrukare av intravenös typ bland arresttillfällen beträffande svenska medborgare under 65 år gripna av polisen i Stockholm enligt brottsbalken och närliggande lagar under andra kvartalet 1965-76. Återgången till den traditionellt restriktiva narkotikapolitiken under 1967 åtföljdes omedelbart av en dämpning i missbruksförekomsten. Offensiven mot den illegala narkotikahandeln 1969 dämpade missbruket ytterligare. Den illegala handelsapparaten reorganiserades dock snabbt, och kring årsskiftet 1971-72 noterades toppvärden för injektionsmissbruket. Sedan Paucksch-ligan sprängts hösten 1972 föll missbrukstecknen snabbt och dramatiskt. Under 1975 tenderar missbruket åter att öka sedan heroinet definitivt brutit in på den svenska missbruksmarknaden.*



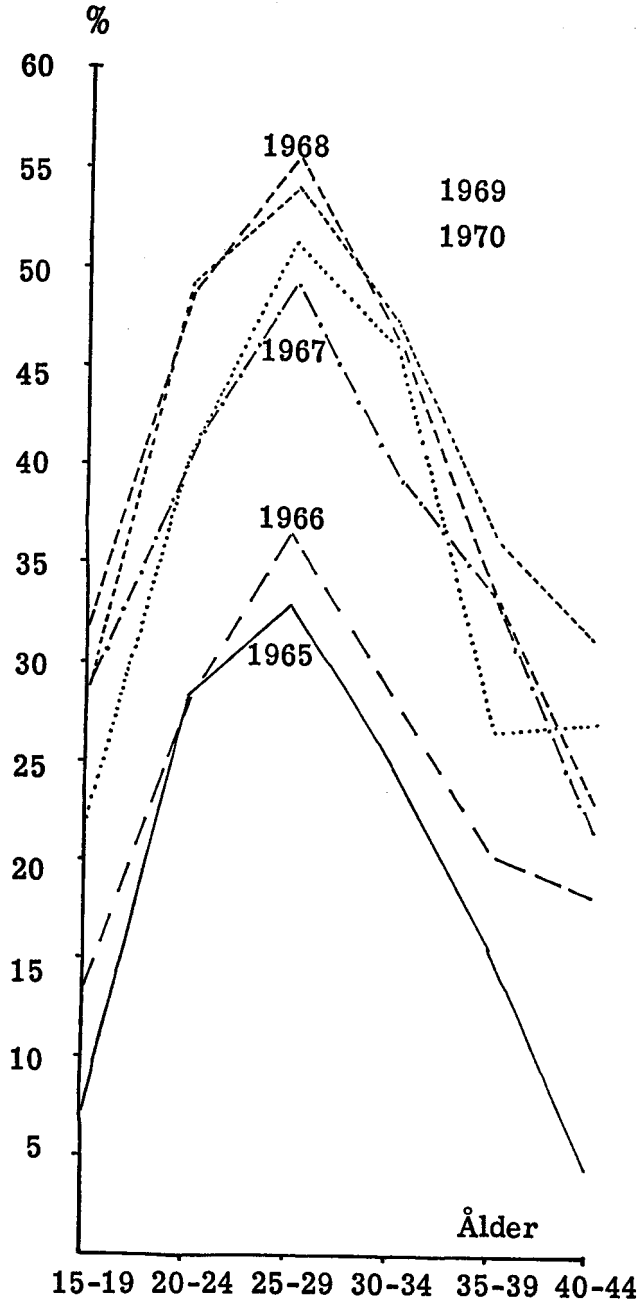
Den s k legala förskrivningen

Den dramatiska stegringen av missbruksfrekvensen gick parallellt med en omfattande och intensiv propaganda för en liberal narkotikapolitik, det temporära försöket att omsätta denna politik i praktiken i form av s k "legal" förskrivning och den mycket stora och starkt tendentiösa publiciteten kring denna verksamhet. Enbart en läkare förskrev under en tvåårsperiod, från våren 1965 till våren 1967, i snabbt stegrad tempo 600 000 doser opiater och 4 miljoner doser centralstimulantia till i genomsnitt 82 narkomaner.

Patienterna erhöll i början i genomsnitt 1 000 doser per patient och månad, efter ett halvår 2 000 doser och då verksamheten slutligen stoppades i samband med att en 17-årig flicka avled efter överdoser, som givits intravenöst av några s k "legala" narkomaner, var man uppe i 3 000 doser per patient och månad. Enbart en patient fick under denna tid 37 liter enprocentig morfinlösning utskrivet till sig själv; därtill fick även hustrun stora förskrivningar. Ett omfattande läckage av dessa preparat till den illegala marknaden förekom, och *var fjärde missbrukare av intravenös typ i polisklientelet bekräftade vid systematiska intervjuer sommaren 1967 att han köpt eller mottagit narkotika i direktkontakt med någon känd narkoman med legal tilldelning.*

Av en efterundersökning av dessa "legala" narkomaner framgår att sjukskrivningsfrekvensen och social-

*Fig. 10. Procentuell andel missbrukare av intravenös typ i olika åldersgrupper av svenska arrester gripna enligt brottsbalken av polisen i Stockholm under tiden april 1965-juni 1970. Värdena är beräknade på respektive undersökningsår, inte enbart på andra kvartalet respektive år som i tabell 3.*



hjälpbehovet ökade markant under behandlingsperioden jämfört med tidigare år och att denna ökning kvarstod året efter behandlingsperiodens slut. Även den kriminella aktiviteten steg under behandlingsperioden. Dödligheten var också mycket hög: inte mindre än fyra av dessa unga människor avled under pågående "behandling".

Särskilt dramatisk blev ökningen av det intravenösa missbruket bland de yngsta (i 5-1 g år) och de äldsta (40-44 år) arresterade under försöket med den liberala narkotikapolitiken (fig 10, s 127): *Från andra kvartalet 1965, då förskrivningsverksamheten inleddes i större omfattning, till andra kvartalet 1967, då den snabbt började avvecklas, tiodubblades andelen intravenösa missbrukare - från 3 till 30 % - bland de yngsta och de äldsta arresterade.*

När förskrivningsverksamheten avvecklades och en restriktiv narkotikapolitik återinfördes dämpades således missbruksutvecklingen omedelbart.

### Förklaringar till massmissbruk

Många hävdar som bekant att den främsta anledningen till den snabba spridningen av narkotikamissbruket är att samhället blivit så ointressant och tillvaron så meningslös att ungdomen för den skull tillgriper narkotika. Detta är en helt otillfredsställande förklaring.

Finns det någon som vill hävda att den samhällsliga situationen i Japan försämrades så kraftigt från krigsslutet till 1954 att det kan förklara utvecklingen av massmissbruket under den tiden? Och blev situationen så radikalt förbättrad mellan 1955 och 1958?

Vad var det som gjorde att heroinisterna i England under ett decennium (1959-68) fördubblades var



månad men att ökningen därefter plötsligt dämpades betydligt?

Vad var orsaken till att opiatnarkomani i USA minskade till en tiondel på kort tid, från 1923 till 1939 (Horney 1961), men att den minst femdubblats mellan 1967 och 1972?

Vad var det som inträffade i Sverige i början av 50-talet och som våra nordiska grannländer var förskonade från till mitten av 60-talet?

Om man tror att orsaken till den snabba missbruksutvecklingen bottnar i en snabb ökning av djupgående personlighetsstörningar och att vi därför måste dras med narkotikamissbruk tills vi fått fram ett friskare och hårdigare släkte *eller* om man tror att "det är samhällets fel" i meningen att vårt ekonomiska system just nu (men inte för 50 eller 100 år sedan och inte under depressionens, massarbetslöshetens och fascismens 30-tal!) skulle vara orsaken till dessa problem och att man därför först måste skapa ett i grunden annat och bättre samhälle innan man kan göra något åt massmissbruket, då har bristande insikter och önsketänkande fört oss till en paralyserande kapitulationspolitik samtidigt som man själv avsvär sig varje ansvar för dagens situation. Men i så måtto är det riktigt att säga att missbruksepidemierna är samhällets fel, att de tydligen endast blommar upp i mycket liberalistiska samhällen under allmänna förfallsperioder.

Utan vidare vågar jag påstå att man i ett socialistiskt land aldrig skulle finna sig i att ett massmissbruk av narkotika bredde ut sig bland ungdom eller vuxna. I alla kommunistiska stater är narkotikakontrollen ytterst sträng, och straffen är där väsentligt högre än i Skandinavien, England eller Hongkong. Svenskar som varit oförsiktiga nog att försöka flyga hem med hasch via Tasjkent har

också fått erfara detta.

Endast en övergripande förståelse av en lång rad kärnpunkter i narkotikadynamiken kan leda fram till realistiska åtgärder. Det finns numera en solid grund av kunskaper och erfarenheter att bygga på. Några av de viktigaste punkter man bör känna till för att meningsfullt kunna diskutera lämpliga motåtgärder skall summeras i korthet. Man måste inse

att initieringen när det gäller "ungdomsnarkomanierna",  
dvs missbruk av epidemisk typ, alltid går från etablerad missbrukare till nybörjare

att nyfikenhet och tendens att acceptera ett gruppmönster är de främsta psykologiska initieringsmekanismerna

att det är de unga, instabila, djärva och de som har svårt att bli accepterade i kamratkretsen som löper de största riskerna att dras med

att man intar drogerna därför att de framkallar lustupplevelser

att man därigenom rubbar eller "kortslyter" den biologiska balansen av lust och olust som fungerar som en omedveten försvars- och styrningsmekanism för människor och djur

att missbruket lätt övergår till ett beroende som sedan följer sin egen dynamik

att beroendet har en driftsmässig karaktär och styrka

att de lustsensationer drogerna ger för narkomanen ofta betyder mer än sexualdriften för vanliga människor

att den som lärt sig uppskatta drogsensationerna också gärna vill låta sina kamrater och vänner upptäcka och avnjuta dem

att narkomani av epidemisk typ är en höggradigt smitt-

sam sjukdom bland särskilt mottagliga

att motståndskraften mot narkotikamissbruk avtar ju mer missbruket sprids och ju större "förståelse" man allmänt visar missbruket

att stödet och förståelsen skall gälla narkomanen och inte missbruket och narkomanin

att "den fria viljan" hos den drogberoende sätts på undantag av drogbegäret

att narkomanen mycket väl kan inse det destruktiva i sin livsföring men att han ändå som regel inte är beredd att offra sina drogupplevelser

att narkomanen gärna söker tillfällig hjälp när han är i trångmål eller när det är ont om droger, men att detta som regel inte innebär att han är beredd att offra drogerna för gott

att de djupgående rubbningar i viljelivet, som orsakats av drogbegärets driftsmässiga karaktär, gör all narkomanibehandling utomordentligt svår och komplicerad

att narkomani i princip är en kronisk sjukdom men att detta inte innebär att vederbörande inte kan leva drogfritt

att den "färdigbehandlade" narkomanen inte kan styra ett tillfällighetsmissbruk igen, på samma sätt som den avvande storrökaren-nikotinisten inte kan bli en tillfällighetsrökare och den avhållsamma alkoholisten inte kan bli en måttlighetsdrickare igen ("allt-eller-intet-lagen")

att enstaka undantag från "allt-eller-intet-lagen" inte förändrar lagens giltighet; den drogberoende som själv tror att han utgör det mycket ovanliga undantaget - och det hoppas de flesta på - kommer snart att erfara att han reagerar "normalt" enligt regeln

att totalabstinens är den enda konstruktiva vägen för den

som en gång utvecklat ett drogberoende  
att solidariteten med de svaga och särskilt mottagliga gör  
att även de (som tror sig vara) starka bör avhålla sig  
från varje experimenterande med droger  
att en liberaliserad narkotikapolitik snabbt ökar missbruk  
och narkomani  
att en restriktiv narkotikapolitik minskar dessa risker och  
tillstånd  
att narkomani av epidemisk typ inte representerar några  
naturkatastrofer utan i detalj kan analyseras, förstås,  
styras och stoppas  
att ett samhälle har så många narkomaner och missbru-  
kare som okunnigheten och passiviteten förtjänar  
att det i sista hand är en politisk fråga hur vi skall ha  
det med narkotikamissbruket.

## Narkomani hos läkare

Läkarkåren är en yrkesgrupp med extremt hög narkomanifrekvens. Ungefär en procent av den amerikanska läkarkåren uppges vara svårt narkomaniserad. Europeiska undersökningar tyder på att problemet är av samma storleksordning här. *Detta gör narkomani 30-100 gånger vanligare bland läkare än bland annat folk - i länder utan svåra narkotikaepidemier måste vi genast tillägga.*

Om, som det hävdas från så många håll, psykiska och sociala missanpassningsfenomen skulle spela den avgörande rollen för uppkomsten av narkomani skulle det betyda att läkarna utgör en exceptionellt psykiskt störd eller underprivilegierad grupp. Om vi övergår från spekulationer till verklighet, vad kan vi lära från narkomani bland läkare? Vad slags läkare drabbas, och hur går det för dem? Vi kan konstatera följande:

1) *Medlens lättillgänglighet och deras beroendeframkallande förmåga är grundförutsättningen för all narkomaniutveckling:* Läkare och sjuksköterskor handskas dagligen med narkotika och kan lätt frestas att medicinera sig själva.

2) *Upplysning och utbildning syns vara ett bräckligt skydd om medlen är lättillgängliga:* Inte ens en läkarutbildning ger således ett gott skydd mot narkomani.

3) *Inga negativa personlighetsdrag erfordras för uppkomsten av narkomani om medlen är lättillgängliga:* De narkomaniserade läkarna har vid amerikanska undersökningar inte visat sig vara avvikande personligheter utan ganska genomsnittliga människor. Man noterade dock att många av dem hade haft orealistiska förväntningar på livet och sin framtida karriär. När de inte nådde så långt som de hoppats drabbades de i 40-50-årsåldern av besvikelser och tog till narkotiska preparat, ofta i samband med smärttillstånd eller depression.

En intressant studie som belyser läkarnas ökade risker för narkomani har utförts av Vaillant. I slutet av 30-talet valde han ut 268 19-åriga studenter med extremt god fysisk och psykisk hälsa och följde dem fram till 1967. 45 blev läkare; av dessa utvecklade 3 ett så höggradigt drog- och alkoholberoende att de var oförmögna till arbete under mer än ett år (en under fem, en under tio år). Av 90 utvalda kontrollfall bland dem som inte blev läkare var det bara en som hade drabbats av en längre (tvåårig) arbetsoförmåga p g a alkoholism.

4) *Ytterst gynnsamma sociala förhållanden skyddar i och för sig inte mot narkomani om medlen är lättillgängliga.*

5) *Hög socialekonomisk status underlättar inte narkomanibehandling och rehabilitering i nämnvärd utsträckning.*

I populärdebatten skiljer man som bekant inte på missbruk och narkomani. Likaså underskattar man giftberoendets driftsmässiga karaktär och styrka, samtidigt som man brukar överskatta betydelsen av olika sociala stödarrangemang kring den redan svårt narkomaniserade.

Flertalet av våra intravenösa missbrukare har många sociala svårigheter att kämpa med: dålig yrkesutbildning; de är hänvisade till dåliga jobb; arbetslöshet går alltid först ut över dem; de har dålig ekonomi även utan missbruk; många har bostadsproblem; de är kanske utkastade hemifrån eller frånskilda; många var straffade långt innan de började sitt narkotikamissbruk etc.

Av sociala och humanitära skäl skall narkomanerna givetvis ha stöd och hjälp på alla sätt, men vi skall inte tro att det i nämnvärd grad påverkar deras narkomani - på samma sätt som folks sexuella begär inte försvinner därför att de får bättre sociala förhållanden.

De narkomaniserade läkarna har allt som våra genomsnittsnarkomaner inte har och knappast kan räkna med: God yrkesutbildning och god ekonomi, bra bostad, vanligen stabila familjeförhållanden med hustru och barn, en god social ställning att gå tillbaka till och goda kunskaper om vad narkomani verkligen innebär.

Hur går det då för dessa särskilt gynnade narkomaner? Den amerikanske forskaren Pescor summerar resignerat den narkomaniserade läkarens utsikter: "Likväl, trots alla dessa fördelar, har han föga, om ens något, bättre utsikt till bot än den vanlige narkomanen."

A andra sidan finns det amerikanska undersökningar som visar mycket goda resultat vid behandling av narkomaniserade läkare under mångårig och noggrann kontroll med tätt återkommande, slumpvisa urinkontroller och förlust av legitimationen om vederbörande återfallit (Jones och Thompson 1958). Medan tidigare omkring 90 % av de narkomaniserade läkarna återföll efter sjukhusvård, kom man nu upp till 92 % (av 130 läkare) som blev helt narkotikafria trots att observationstiden sträcktes ut till mellan 5 och 10 år i detta material (Quinn 1959).

När ett långvarigt och allvarligt tryck av denna typ och täta urinkontroller fordras för att få narkomaniserade läkare att offra sina favoritdroger, vilket tryck fordras då för att få dem att avstå som inte har någonting annat än sin drogtillfredsställelse att förlora? Den frågan skall vi strax återkomma till.



## Dödligheten vid narkomani

Förutom att den narkomaniserade människan som regel fungerar mycket dåligt individuellt, i familjen och i samhället, har hon en mycket hög sjuklighet i mer eller mindre direkt samband med narkomanin.

Därtill är narkomani alltid förbunden med en mycket starkt förhöjd dödlighet. *Preliminära undersökningar beträffande svenska intravenösa missbrukare av centralstimulantia visar att de har 15-25 gånger så stor dödlighet som jämnåriga i hela befolkningen.* Ändå är dödsfall p g a överdosering sällsynta när det gäller missbruk av centralstimulantia jämfört med missbruk av sömnmedel och opiater, där risken för dödliga överdoser och andningsförlamning eller kvävning av uppkräkt maginnehåll alltid är överhängande.

Alla narkomaner av epidemisk typ har - alldeles oavsett missbruksmedel - en starkt förhöjd dödlighet på grund av sin livsföring: Många avlider genom dråp och mord, de kör ihjäl sig, tar livet av sig etc i en utsträckning som ingen annan grupp människor. Också de narkomaniserade läkarna har en våldsamt förhöjd dödlighet.

Sämst ställda tycks heroinister med sk legal tilldelning vara. Av 1 00 sådana patienter som vårdats vid Tooting Becs Hospital i London (Bewley and Ben-Arie 1968) var 13 döda två år efter utskrivningen! Det kan tilläggas att 44 av de 100 då fortsatte att ta heroin, 9 hade övergått till andra opiater, 19 var intagna på sjukhus eller fängel-

ser eller befann sig utomlands. Endast 15 hade upphört att ta narkotika - tills vidare, måste man tillägga. Många av dessa kommer erfarenhetsmässigt att återfalla. Som vid cancerbehandling är det *först efter en femårig observationstid som man kan uttala sig om prognosen vid narkomani*. (Fortfarande föreligger då en starkt förhöjd risk för återfall hos den drogberoende, medan cancerpatienten efter fem år brukar vara på den säkra sidan.)

## Narkomanvård

### En ny och svår specialitet

Den psykiatriska sjukvården har mekaniskt övertagit alltför mycket av sina yttre former från kroppssjukvården, men en utveckling är på gång mot mera ändamålsenliga vårdformer.

När det gäller narkomanvård finns det fortfarande i vida kretsar, bland både allmänhet och läkare, en övertro på värdet av rostfria sängar, vitklädda sjuksköterskor och hela "den klassiska baletten" med anor från medeltida nunneordnar. Narkomanvården måste utvecklas längs helt andra vägar. Det finns å andra sidan inte heller längre något försvar för en stor del av den vildvuxna floran av "behandlingsexperiment" - projekt som varken gör skäl för beteckningen behandling eller experiment. Innan man ger sig in på att behandla svårt sjuka människor - *innan man har moralisk rätt att syssla med detta* - är man skyldig att sätta sig in i den omfattande vetenskapliga litteraturen på området eller ta del av sammanfattande översikter av dem som haft tid och möjlighet att systematiskt studera problemen under många år. Narkomanvård är en så svår specialitet att om man skall fördjupa sig i den enbart genom personlig erfarenhet och egna misstag - på patienternas och samhällets bekostnad - då räcker en mansålder inte långt.

## Skilj först på missbruk och beroende

Innan man börjar planera lämpliga stöd- och vårdarrangemang för en person som har berusningsproblematik (det må gälla lösningsmedel, alkohol, "vanliga" läkemedel eller narkotika) fordras först en ingående kartläggning av vederbörandes situation med särskild tonvikt på att värdera missbruksproblematikens allvarlighetsgrad och patientens personliga och sociala resurser och handikapp.

Om vederbörande fortfarande är kvar i missbruksfasen och ännu inte utvecklat ett djupgående beroende, kan man många gånger avstyra en hotande felutveckling med relativt enkla åtgärder. Om missbruket däremot redan övergått till ett allvarligt beroende fordras åtgärder av helt annan omfattning om man skall ha någon möjlighet att varaktigt hjälpa narkomanen.

Att diagnostisera mellan missbruk och beroende och lägga upp ett individuellt välavvägt och realistiskt behandlingsprogram är svårt och kräver dels stor allmänpsykologisk-psykiatrisk-social kunskap och erfarenhet, dels en avancerad specialkunskap inom missbruksområdet. I varje situation finns det några få vägar som leder rätt men tusentals möjligheter att varje dag göra misstag. Om aldrig så intresserade och välvilliga personer utan erforderliga erfarenheter och specialkunskaper sysslar med detta riskerar de att många missbrukare hinner glida in i beroendefasen utan att adekvata motåtgärder mobiliseras i tid. Ju mera svårbehandlad en sjukdom är och ju allvarligare prognosen är, desto större krav måste ställas på dem som skall utreda fallen och planlägga behandlingen. Vem skulle ha hävdad att cancerbehandlingen, bara för att den länge var föga framgångsrik, lika gärna kunde skötas av lekmän som av specialister? Före radiumbe-

handlingens tid skulle man säkert statistiskt ha kunnat visa att specialisterna inte skulle ha fått nämnvärt bättre resultat än lekmän och kvacksalvare. Men personer med kvalificerad vetenskaplig skolning kan systematisera erfarenheter och planlägga behandling på ett sådant sätt att reell kunskap snabbt skapas i situationer där den vetenskapligt oskolade är dömd till ett ständigt irrande och önsketänkande.

### Svenska erfarenheter

I Sverige trevar sig narkomanvårdare ännu fram utan att ha funnit mera definitiva behandlingsformer. Några få, kunniga och outröttliga entusiaster sliter hårt på sina håll och uträttar storverk i det tysta, men villrådigheten och resignationen dominerar inom de olika vårdsektorerna - sjukvården, barna- och ungdomsvården, nykterhetsvården, socialvården och kriminalvården. Efter otaliga misslyckanden och besvikelser slår man sig på många håll till ro med det i sak tyvärr ofta riktiga konstaterandet att "det är så litet vi kan göra" och försöker snabbt få den beroendesjuka överförd till någon annan vårdgren eller lämnar honom åt sitt öde med gifterna.

Hittills är det ytterst få narkomaner i detta land som fått någon vård värd namnet. Ett otal har varit inne på psykiatriska sjukhus några veckor upp till några månader. Många har haft ett flertal sådana kortvariga vårdperioder. Som regel har de skrivit ut sig själva eller avvikit under permission eller frigång i sjukhusparken.

Den svenska narkomanvårdskommittén redovisade, i sitt slutbetänkande att *varje i landet vårdad narkoman i genomsnitt varit intagen på sjukhus fem gånger under ett och samma undersökningsår.*

Från det största psykiatriska sjukhuset i Stockholm, Beckomberga, har överläkarföreningen meddelat narkomanvårdskommittén att man på sjukhuset inte anser sig kunna vårda narkomaner (av epidemisk typ) på ett meningsfullt sätt. Patienterna är obenägna att acceptera erforderliga vårdtider. Insmuggling av narkotika på avdelningarna hör till vanligheten. Aktiveringsmöjligheterna är små, och vården blir ofta en passiv vilopaus i avvaktan på nästa missbruksperiod, utfylld med TV-tittande och narkotikaprat patienterna emellan. En överläkare vid Beckomberga rapporterar till kommittén: "Någon patient som helt lyckats avbryta sitt missbruk känner vi inte till."

På några svenska specialkliniker bedrivs aktiv gruppterapi, men vårdperioderna brukar även där vara orealistiskt korta. Därtill kommer att psykoterapi - enskilt eller i grupp - i sig inte nämnvärt rubbar det djupgående driftsmässiga drogbegäret om inte en lång drogfrihet kan garanteras genom lämpliga vårdarrangemang.

Resultaten är alltså ytterst nedslående vid kortvarig traditionell narkomanvård och vid vård utan tillräckliga resurser och för ändamålet lämpliga specialarrangemang. De korta vårdperioderna ger både den sjuke, hans anhöriga, de sociala organen och i vissa fall också läkarna den vilseledande uppfattningen att vederbörande fått riktig vård. Han betraktas sedan som kronisk och obotlig narkoman.

### Samhällsutvecklingens roll

Vårt samhälle har under århundraden utvecklats mot allt större frihet för individen, och denna utveckling har accelererat under efterkrigstiden.

I äldre tider hade individen en mycket begränsad fri-

het: han lydde under staten, kungen, kyrkan, jord- och kapitalägaren, byalaget, släkten, familjen och sist men inte minst under trycket av en hård, bister och fattig verklighet. Rättigheterna var få och små och skyldigheterna många och tunga. I detta system var den sociala trygghet som bjöds omgärdad av alla dessa skyldigheter; det sociala normtrycket var starkt. Den som underkastade sig reglerna och skyldigheterna och accepterade plikter, seder, bruk och normer kunde också påräkna bistånd från familjen och släkten, i någon mån också från byalaget och socknen. Den som bröt mot reglerna blev utstött och fick klara sig bäst han kunde. De utslagna blev utfrusna "tattare", ofta kringdrivande tiggare, i värsta fall fredlösa.

I vårt välfärdssamhälle har kollektivet åtagit sig ansvaret inte bara för alla de skyldigheter som tidigare åvilade släkten utan också många av de skyldigheter som åvilade individen själv (försörjningsplikten under en lång rad olika förhållanden). De individuella rättigheterna och sociala förmånerna har vuxit enormt, men de har inte balanserats av individuella skyldigheter (annat än skattevägen). När ett ökande antal människor slås ut ur produktionen, rationaliseras bort därför att de inte längre är lönsamma, upphör också väsentligen deras individuella skyldigheter och de hamnar i ett socialt vakuum där de inte längre kan påverka sin sociala situation. Om de dessutom verkligen har ansträngt sig och bjudit till att göra sitt bästa men ändå misslyckats måste ytterligare ansträngningar nu te sig helt meningslösa; vad de än gör kan de inte förbättra sin situation.

Ett ökande antal människor får en känsla av vanmakt och meningslöshet och många drivs till en flykt in i sjukdom, alkoholism, narkomani, asocialitet etc. Från att ha

varit en fattig men aktad glesbygds människa kan samma individ på kort tid förvandlas till ett anonymt socialfall, isolerad i en sovstad och utlämnad till sin ensamhet med TV:n och de reklamlappar som ramlar ned i brevlådan. Urbaniseringen, rationaliseringen, strukturomvandlingen och kommersialiseringen - och de därmed förändrade relationerna människor emellan - är det höga pris folket fått betala för jakten på snabb produktionsökning i vårt samhälle. Produktionsökningen har i sin tur varit en förutsättning för det omfattande sociala reformarbetet. Medan rationaliseringsvinsterna lätt kunnat avläsas i bokslut och budgetarbete har minusposterna - de individuella, sociala och miljömässiga - sällan beaktats i kalkylerna. Individen själv kommer många gånger bort i alienationsprocessen, som i vissa avseenden medfört en situation som för tanken till antikens "bröd och skådespel": socialhjälp eller förtidspension och TV med två kanaler.

Bland de äldre åtföljs den snabba samhällsutvecklingen och avfolkningen av stora landsdelar av ökad stress, osäkerhet med nya roller, nervösa besvär, tilltagande alkohol- och medicinkonsumtion, skilsmässor och ofta ensamhet. För de yngre blir reaktionerna annorlunda: en tilltagande nöjesjakt, rotlöshet, nedbrytning av det sociala normsystemet, känslor av obetydlighet, främlingskap, likgiltighet, meningslöshet eller vanmakt och en flykt från "knegartillvaron".

I en sådan situation får vi ett samhälle med många utslagna, vingklippta människor - som en skog med många torra träd och en vildvuxen och risig undervegetation. En gnista här tändes lätt en skogsbrand. En injicerande pionjär 1945 startar också en social skogsbrand, en narkomaniepidemi, som under tjugo år har fördubblats var trettonde månad. Är det elden eller skogen eller tor-



kan vi skall skylla på? Elden är i varje fall det enda vi omgående kan göra något åt och det vi under alla omständigheter måste göra något åt. Att rätta till bristerna i samhällsutvecklingen måste bli ett arbete på lång sikt.

Vad säger man till en knarkare?

Vad skall man säga till de unga drogmissbrukare som driver omkring med sina gäng och haschar i parkerna, ölar i portgångarna, sover här och där i kvartarna, tar dagen som den kommer och drar sig fram på bistånd från föräldrarna, på sjukpenning, socialhjälp eller omskolningsbidrag eller "försörjer sig själva" på prostitution, knarklangning eller egendomsbrottslighet? Skall man säga åt dem att det här inte kan hålla i längden, att de skadar sig själva, att det inte är solidariskt med Medel-Svensson som står på verkstadsgolvet och sliter mellan 7 och 17 för att försörja dem och deras kompisar?

Den som inte med långvarigt emotionellt stöd, skarp-sinniga argument, råd och dåd och lock och pock försökt få sådana ungdomar att varaktigt lämna missbruksmiljöerna och vagabonderandet och få dem att visa elementär solidaritet med den arbetande befolkningen kan inte göra sig en blek föreställning om hur svårt det är att komma någon vart. Man möter en dimridå av ursäkter och undanflykter: det är föräldrarnas, myndigheternas, regeringens, kapitalismens, imperialismens eller någon annans fel; knarkaren själv däremot är bara ett (villigt) offer helt utan eget vållande. När man i samråd med missbrukaren analyserar och avfärdar den ena ursäkten efter den andra närmar man sig slutligen pudelns kärna. Beronde på omständigheterna, missbrukarens sinnesstämning och utfrågarens skicklighet och tålamod når man

till sist ofta fram till ett förtroligt medgivande att "jag gitter faktiskt inte ta mej ur skiten, jag tar det onda (de medicinska, sociala, juridiska komplikationerna) med det goda (drogeffekterna och dagdrivartillvaron)". Andra gånger mynnar samtalet ut i aggressiva urladdningar av typen: "Jag kan tala om för dej och alla som vill lyssna att jag råkar trivas med det här och med mina kompisar, och ingen jävel kan få mig att lämna det här livet och gå och ställa mej på ett skitigt verkstadsgolv eller slita med något annat meningslöst knegande. Låt dom jobba som känner att dom behöver jobba och låt oss knarkare vara ifred."

De öppna och förtroliga narkomanerna medger i psykiatriska samtal utan omsvep att de inte av egen kraft kan ta sig ur missbruksmiljöerna, och de kan visa äkta ruelse inför de bekymmer de vållar sina närmaste. Vanligare är dock att ett aggressivt och avvärjande försvar mobiliseras mot de mindervärdeskänslor som missbrukaren alltid bär på djupet, bakom den tuffa fasaden. Vad man än tar upp möter man då samma typ av försvar: Om man påpekar att det måste vara svårt för föräldrarna att ha sina barn kringdrivande i knarkträsket ("Ja, inte tror du väl att man vill ha det som farsan och morsan?"), att de är osolidariska mot dem som arbetar ("Jag har inte bett om något medlidande eller någon solidaritet; knegarna har sitt och vi har vårt"), att de utgör en nedbrytande miljö som ständigt drar in andra nyfikna, instabila eller rotlösa ungdomar ("Om dom nu trivs bättre hos oss än hos Svenssons så är dom också välkomna hos oss").

Om man förklarar för de ständigt avvärjande och urskuldande narkomaner som demonstrerar detta "pseudo-psykopatiska" tänkesätt och beteende (och de är i stark

majoritet) att de objektivt sett parasiterar på den arbetande befolkningen och att de slutligen kanske blir så många att samhället inte är benäget att låta dem hållas, får man en "positiv" reaktion också här: "Ja, så många får vi förstås inte bli; alla får ju inte börja knarka, för då går det åt helvete med bygget; några måste ju jobba också. Men det är nog ingen risk, för det här livet vågar sig nog dom flesta inte på."

Med dessa komprimerade axplock ur samtal med tusentals narkomaner under två decennier menar jag förstås inte att narkomanen inte skulle vilja vara en välanpassad och socialt fungerande Medel-Svensson, en människa utan drogberoende. Innerst inne skulle han vilja det lika gärna som alla feta unga damer skulle vilja vara slanka. Gemensamt för dem är att de inte kan styra sina driftsmässiga begär efter omedelbar lusttillfredsställelse, efter droger respektive mat. Fetma är nu inte något större socialt problem, men narkomani är det i allra högsta grad. Därför krävs det också alldeles särskilda åtgärder för att hjälpa en ung narkoman till rätta. Han behöver en social bärgningsbil för att komma upp ur knarkträsket. Summariskt kan man uttrycka det så att *de konstruktiva krafterna sammantagna måste vara starkare än drogtvånget om det skall finnas utsikt till framgång.*

*Narkomanerna skall ha rätt att få den bästa hjälp och vård vi kan erbjuda dem - och vi kan ge dem betydligt bättre alternativ än det hittillsvarande pingpongåkanudet ut och in på olika sjukhus och anstalter - men också kollektivet-samhället måste ha en rätt: Rätten att kräva att vederbörande medverkar till en meningsfull vård och rehabilitering. Detta innebär i princip behandlingsskyldighet för de drabbade.*

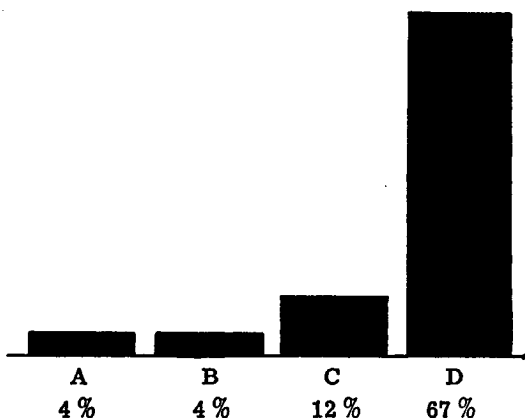
De få narkomaner som frivilligt söker vård och allvar-

ligt medverkar i rehabiliteringssträvandena utgör inte något större problem ur någon synpunkt. Men huvudparten av narkomanerna av epidemisk typ är ovilliga att medverka till varje form av meningsfull vård (men däremot "vilar de gärna upp sig" emellanåt på sjukhus eller behandlingshem när den sociala situationen blir ohållbar), och de är ovilliga att lämna sin asociala livsföring. Det är den gruppen som utgör den tunga delen av vårt narkotikaproblem (inte de få behandlingsvilliga och inte våra medelålders sömnmedelsöverkonsumerande byråsekreterare eller pillertröstade hemmafruar), och *det är de vårdnegativa som diskussionen främst måste gälla.*

### Frihet och tvång

Av den vetenskapliga litteraturen framgår klart att man erhåller betydligt sämre resultat när narkomanen frivilligt söker vård, än när han har ett tvång över sig. Detta förbluffar naturligtvis dem som inte är mycket väl förtrogna med giftberoendets djupgående och driftsmässiga natur. Jag skall återge ett citat av Vaillant (1966) från en efterundersökning av 100 narkomaner som vårdats på det berömda Lexington-sjukhuset, världens främsta forskningscentrum inom narkomaniområdet. Efterundersökningen gällde en tolvårsperiod, varunder gruppen avtjänade över 350 fängelsevistelser och 270 kända frivilliga vårdperioder på sjukhus (fig 11 ).

"Längden av drogfriheten under det första året (short-term) efter Lexington syntes vara korrelerad till längden av sjukhusvistelsen. Mer dramatisk var emellertid upptäckten att 96 procent av alla narkomaner som frivilligt sökte sjukhusvård för sitt drogberoende återföll inom ett år medan 67 procent av dem som erhöll lägst nio månaders fängelse och ett års övervakning



*Fig. r1. Resultatet av en tolvårig efterbehandlingsstudie av 100 narkomaner utskrivna från Lexington. Förekomsten av ett års narkotikafrihet efter olika typer av förnyade omhändertaganden i den kriminellt höggradigt aktiva gruppen. Efter Vaillant (1969).*

- A. Frivillig sjukhusvistelse (totalt 270 fall).*
- B. Fängelse under nio månader men utan övervakning (totalt 279 fall).*
- C. Fängelse mer än åtta månader men utan egentlig övervakning (totalt 66 fall).*
- D. Mer än åtta månaders fängelse och mer än ett års noggrann övervakning (totalt 30 fall).*

var abstinenta ett år eller längre. Den viktigaste faktorn för att uppnå abstinens hos en etablerad narkoman syntes vara närvaron eller frånvaron av en konstruktiv men påtvingad obligatorisk övervakning. Författaren bedömer att både fängelsestraff utan föranstaltningar om övervakning och helt frivilliga vårdprogram ofta är kontraindicerade (dvs direkt olämpliga; övers. anm.) i behandling av narkomani av epidemisk typ (urban addiction)."

Ganska: säkert kan man nog säga att det inte är fängelsevistelserna utan den noggranna, långvariga övervakningen i anslutning till frigivningen som svarar för resultatet. Risken att få avtjäna resterande straff är den kraft som håller det starka drogbegäret på mattan. Troligen skulle man få lika goda resultat med en kortare inledande period av drogfrihet och efterföljande noggrann övervakning med täta urinkontroller och arbetskontroller, men denna kombination ingick inte i det amerikanska påföljds-systemet och kunde därför inte studeras.

Vaillants klassiska studie är en av de mycket få där man jämfört utfallet av frivillig narkomanvård och vård under kontroll och tvång. *Ingen av dessa studier talar för att man med frivillighet kan uppnå ens tillnärmelsevis så goda resultat som med tvångsvis initierad vård. Tvångsvård i och för sig garanterar dock inte någon framgång vid drogberoende, men kontrollen-trycket-tvånget utgör en förutsättning för att uppnå (statistiskt) goda behandlingsresultat. Lättare fall klarar man utan tvång, och även enstaka svårare fall tillfrisknar utan tvång - oavsett vad man gjort eller inte gjort för dem: En del blir frälsta, några blir politiskt starkt engagerade, några bryter upp definitivt ur missbruksmiljöerna och slår rot i någon skyddad avkrok av världen.*

Nyligen har Bjerver (1972) på en grupp alkoholister i Stockholm visat att tvångsätgärder även när det gäller (alkohol) narkomaner av endemisk typ ger bättre resultat än frivillig vård - detta trots att tvånget inom nykterhetsvården i dag som regel sätts in på ett mycket sent stadium i sjukdomsutvecklingen och sällan utnyttjas för att möjliggöra en avancerad, långsiktig och konsekvent behandlingslinje.

När vi nu har stora grupper arbetslösa akademiker och

vårdkostnaderna vid de psykiatriska sjukhusen och specialklinikerna är uppe vid mellan 250 och 500 kr per dygn och intagen (vid ungdomsvårdsskolor och fängelser omkring 200 kr per dygn och intagen), frågar man sig varför man inte angriper två problem samtidigt och genomför planerade och väl kontrollerade försök med representativa grupper av kriminellt aktiva narkomaner i behandlingsprojekt som har utsikt till framgång.

De dåliga resultaten i det amerikanska civil-commitment-systemet har ofta åberopats som bevis mot tvångsvård. Det är ett system som ingen såvitt jag vet förordat i Sverige. Systemet präglas av orealistiskt korta vårdtider, man tränger samman stora grupper hårt kriminellt belastade narkomaner i institutioner inom storstadsområdet. De intagnas viktigaste sysselsättningar är att titta på TV och prata om narkotika. Efterkontrollen är bi-istfällig.

Historien uppvisar emellertid ett betydande antal stora och våldsamma narkotikaepidemier som framgångsrikt har eliminerats. Det skulle vara mycket fruktbart om nationella och internationella narkotikaorgan studerade de framgångsrika åtgärder som ledde till att svåra missbruks-epidemier tidigare stoppats i olika länder.

Vad frågan om tvång gäller i detta sammanhang är inte ett fysiskt tvång (annat än i undantagsfall) utan *plikten, skyldigheten* att medverka till förelagd behandling och kontroll, precis som vi länge haft vid könssjukdomar och många allvarliga smittsamma sjukdomar - och det oavsett om vederbörande själv varit besvärad av sjukdomen eller inte.

Frågan om frivillighet och tvång är mera komplicerad än vad folk vid första påseende sannolikt föreställer sig. Vad är vårt skolsystem annat än en nioårig tvångsmatning med kunskaper, frågade Svante Nycander i *Dagens*

*Nyheter.* Och vad är vårt dagliga arbete annat än tvång' Friedrich Engels påpekade för över hundra år sedan att frihet är insedd nödvändighet. När man inser nödvändigheten upplever man inte längre tvånget. Har man brutit benet är man tacksam att man tvingas hålla sig stilla. Ett ordnat samhälle kan över huvud taget inte fungera utan ett omfattande och mångskiftande tvång.

När det gäller narkomani har vi i realiteten att välja mellan att kapitulera för det driftsmässigt präglade drog-begäret, det destruktiva *drogtvånget*, eller att hävda den konstruktiva *behandlingskyldigheten*. Att vika undan för det opportunistiska agerande, som narkomanen regelmässigt utvecklar för att säkra möjligheterna till fortsatt missbruk, är i bästa fall en till humanitet förklädd okunnighet om den epidemiska narkomanins kliniska bild, allvarliga karaktär, höga smittsamhet och dåliga prognos; i sämsta fall är det fråga om en modekänslig opportunism för liberalistiska strömningar. Valet står - i kanske 90 procent av fallen - mellan tvångsvård eller ingen vård alls.

Behandlingskyldighet vid narkomani av epidemisk typ är i sista hand också en solidaritetsfråga: narkomanin berör inte bara den beroendesjuka själv, utan också hans anhöriga, samhället och i högsta grad de nya offer som står i tur att dras in i de oändliga smittkedjorna. Tillstånd som är allvarliga och svårbehandlade skall i första hand förebyggas. *Första ledet i ett meningsfullt preventionsprogram inom detta område är just behandlingskyldighet för de redan drabbade.*

Hur skall vården ordnas?

Alla som arbetar inom narkomanvården är nog överens om att det behövs ett antal små, slutna psykiatriska vård-



avdelningar för den inledande behandlingsfasen (i vissa fall avgiftning, behandling av den komplicerande oron och olika kroppsmedicinska, psykiatriska, psykologiska och sociala utredningar och behandlingsåtgärder och för att utforma en långsiktig behandlingsplan etc).

Efter några veckor på en sådan specialavdelning bör den fortsatta, minst halvårslånga, helst årslånga direkta vården fortsätta under halvöppna former på betryggande avstånd från de gamla missbruksmiljöerna. Där kan en lång rad olika arrangemang bli aktuella, beroende på vederbörandes ålder, fallets allvarlighetsgrad och omständigheterna i övrigt. En stor variation av behandlingsalternativ måste finnas tillgängliga.

### Vård i enskilt hem

Ett arrangemang som prövats med framgång i Sverige är vård av narkotikaskadad ungdom (upp till 20 år) i enskilda lantbrukarhem i glesbygder i Norrland (Jämtland).

Hemmen väljs ut med stor omsorg, ungdomarna förbereds för placeringen under en längre tids poliklinisk kontakt och slussas ofta via en specialklinik till sina fosterföräldrar. En socialkurativ stödapparat ser till dessa ungdomar och fosterhem med täta kontakter (personliga besök minst en gång i månaden, brev- eller telefonkontakt varje vecka) och följer upp fallen med utslussning till yrkesutbildning eller arbete i tätort etc.

Resultaten har varit goda och bäst för de ungdomar som definitivt slagit rot i området och inte återvänt till storstadsområdena. Ersättningen till fosterföräldrarna är 1 500 kr per månad exklusive kläder etc. Vårdformen är således extremt billig jämförd med traditionell institu-

tionsvård, där kostnaderna som nämnts ligger mellan 200 och 500 kr per dygn och intagen.

Men lämpliga fosterhem är svåra att anskaffa, och denna vårdform lämpar sig endast i undantagsfall för narkomaner över 20 år av vilka vi nu har tusentals i de svenska storstadsområdena. För dem måste man alltså tänka sig något nytt men verklighetsnära och ekonomiskt realiserbart behandlingsarrangemang.

## Storfamilj

Storfamiljen kan - om den är uppbyggd kring en kärna av psykiskt friska, stabila, kunniga och engagerade vuxna - utgöra en idealisk vårdmiljö för drogberoende ungdomar.

Som ett typexempel på narkomanvård när den är som bäst vill jag peka på storfamiljen Westerberg i Hassela nära Sundsvall. I en gammal nyrenoverad herrgård har makarna Ulla och K-A Westerberg med hjälp av några få medarbetare tagit hand om ett 40-tal ungdomar från Mariakliniken i Stockholm under de sex år verksamheten varit i gång. Numera tar man tolv nya per år, praktiskt taget alla omhändertagna enligt barnavårdslagen och med hot om ungdomsvårdsskola vilande i bakgrunden om de skulle avvika. Mycket snart rotar sig ungdomarna och stannar något år innan de placeras ut i skolor, yrkesutbildning och arbete. Efter utskrivningen brukar de återvända till hemmet vid ledigheterna kring helger och veckoslut och betraktar Hassela som sitt "riktiga" hem. Man har lyckats bra med alla så när som ett par, tre som avvek innan de hunnit rota sig i storfamiljen. Det bör påpekas att familjen Westerberg funnit narkomanvård helt ogörlig utan ett tvångselement i bakgrunden, och de tar i princip

inte emot "frivilliga" fall (som man alltså inte skulle ha någon hållhake på i det känsliga inledningsskedet). Att tvånget är nödvändigt i det inledande skedet har också de omhändertagna och utskrivna ungdomarna samfälligt framhållit i uttalanden, artiklar och tidningsintervjuer.

Mycket skulle vara vunnet om flera kunniga och lämpliga idealister och entusiaster kunde ställa upp och starta vårdenheter av typen Hassela här och där i glesbygderna och visa administratörer, byråkrater, publicister och politiker hur framgångsrik narkomanvård skall bedrivas. Vad som krävs är förstås mycket goda insikter i problematiken (man måste t ex kunna skilja på narkomanen och narkomanin och veta vad som skall stödjas och stärkas och vad som skall demaskeras och bekämpas), gott handlag med ungdom, oförvägenhet, en stor portion tålmod, ett brinnande intresse och ett intensivt emotionellt engagemang. Finns dessa förutsättningar så kommer heller inte vårdframgångarna att utebli.

## Vårdbyar

Vi kan inte räkna med att enskilda fosterhem och storfamiljer kan ta sig an mer än en bråkdel av de tusentals utslagna, beroendesjuka ungdomar som nu driver omkring år efter år i de sociala träskmiljöerna. Jag har därför föreslagit att man anordnar serier av små terapeutiska byar ute på landsbygden. Där skulle patienterna efter den inledande sjukhusvården erbjudas att tillbringa återstoden av behandlingstiden.

Givetvis måste patienterna differentieras så att fall med gynnsam prognos inte blandas med patienter som är helt inställda på att fortsätta sitt missbruk vid första bästa tillfälle. Men annars bör män och kvinnor blandas och

patienterna få leva ett så naturligt vardagsliv som möjligt i sin by. Verksamheten bör centreras kring någon liten verkstad, skola, folkhögskolekurser, yrkesutbildning etc och givetvis ledas av kvalificerad personal.

De patienter som föredrar den traditionella vården på sjukhus, ungdomsvårdsskolor och kriminalvårdsanstalter får naturligtvis stanna där. Likaså bör de som är så svårt skadade att de inte kan klaras av behandlingspersonalen och patientkollektivet återgå till sjukhusvård av gängse typ.

Alla narkomaner jag diskuterat detta projekt med har ställt sig mycket positiva. Några vårdenheter av den här typen har också vuxit fram under de senaste åren - i Värmland, Jämtland och Hälsingland. Denna typ av vård är tyvärr ännu 1975 inte utvärderad på ett vetenskapligt acceptabelt sätt.

### Ex-narkomanens roll

Före detta narkomaner som själva gått igenom ekluten och blivit helt återställda kan spela en mycket stor roll i behandlingsarbetet genom sina omfattande erfarenheter av narkomanernas värderingar, kännedomen om de ständiga strävandena att på olika krokvägar försöka säkerställa fortsatt drogkonsumtion och deras insikter i narkomanernas ofta otroliga manipulerande med sin omgivning. De berömda amerikanska behandlingssamhällena Synanon och Daytop har fostrat en kärna av terapeutiskt skickliga ex-narkomaner.

Synanon förefaller numera ha stagnerat som en sluten stambildning, där ex-narkomanen skall stanna för resten av livet. Synanon har en egenartad, starkt auktoritär pyramidstruktur och en egen pseudoreligion med omfattan-

de ritual etc.

Daytop Village, New York, grundades 1963 av William O'Brien som en utbrytning från Synanon. Daytop arbetar i motsats till Synanon på att återföra ex-narkomanerna till det vanliga samhället igen, med sikte på att de efter behandlingen skall utgöra en huvudkraft i preventionsarbetet mot ungdomsnarkomanierna ute i samhället. 80 % av de intagna kommer via polis och domstolar - de begär alltså intagning på Daytop som alternativ till fängelse - och 10 % kommer genom föräldradyck. Endast omkring 10 % kommer "frivilligt", men även i dessa fall är det oftast tryckande omständigheter som gör att narkomanen söker vård, vanligen efter ett långvarigt missbruk: han har kanske inte längre några oskadade vener kvar att spruta i, han står inte längre ut med jakten efter gifterna etc. I realiteten är alltså praktiskt taget alla tvingade in i behandlingssituationen på Daytop. Byn fungerar som ett högt utvecklat och mycket stabilt terapeutiskt samhälle med en avancerad behandlingsteknik, där ex-narkomanen spelar en central roll. På Daytop har man endast ett dussintal professionella anställda samt ett hundratal ex-narkomaner, men man har 500 boende och 500 dagbesökande under behandling samtidigt. Behandlingen tar totalt två år (som regel 12-18 månader i själva behandlingsbyn), och resultaten har varit mycket goda (Casriel 1971).

Också i Skandinavien har vi en utomordentligt framstående ex-narkoman som utvecklat sig till en av våra absolut främsta terapeuter, norrmannen Thomas Löken. Efter en svår alkoholism förvärvad i kretsen av glada fotbollsspelare hamnade Löken i en tioårig period av avancerad morfinism, men i och med en tvåårig behandling på slutet avdelning vid Ullevåls sjukhus 1959-60 blev

han återställd. Löken kan berätta om hur han på sjukhuset genast försökte spela rollen av den idealiske patienten som endast hade ett obetydligt och snart närmast obefintligt drogbehov, hur han i alla situationer försökte att ge de rätta svaren på läkarnas och psykologernas frågor och hur han hela tiden bara hade en enda tanke i huvudet: "Hur skall jag snabbt komma ut härifrån och få tag på morfin?"

Först efter ett år hade Lökens narkotikahunger avtagit så mycket att han på allvar började umgås med tanken att kanske definitivt offra drogerna. Han berättar: "Lyckligtvis hade jag turen att ha så kunniga, kloka och starka läkare att de inte släppte ut mej efter ett år - jag vet också att det hade gått galeit då - utan de höll mej ytterligare ett år, och det var precis vad som krävdes."

Givetvis tar Löken inte ens ett halvt glas öl eller en huvudvärkstablett mer, därför att han är helt på det klara med att drogberoende är en kronisk sjukdom som lätt blossar upp vid minsta förnyade drogkontakt.

1961 var Löken med om att öppna Europas första specialsjukhus för narkomaner i Hov i Land, 12 mil norr om Oslo, och var kurator där till 1969, då han blev föreståndare för det nyöppnade efterbehandlingshemmet i Oslo, också det i många avseenden unikt. Det är inrymt i två nyrenoverade gamla patricierhus i Oslos skeppsredarkvarter och genomsyrat av värme och hemtrevnad.

Alla gäster har kommit till hemmet efter omsorgsfull behandling på Hov, och de stannar ett år eller längre på hemmet. Samtliga intagna är i arbete eller utbildningssituation. Medan den genomsnittliga sjukfrånvaron för befolkningen i Oslo 1971 låg vid-25 dagar hade eftervårdshemmets gäster endast 16 dagars sjukfrånvaro. Av dem som passerat hemmet fungerar 80 procent ute i sam-

hället. Detta visar vad som kan uppnås när rehabiliteringsprocessen drivs på ett verkligt kompetent sätt.

På samma sätt som den "botade", kunnige, stabile, talangfulle och entusiastiske ex-narkomanen är värd sin vikt i guld så är den "halvbotade", den defektläkte, okunnige, instabile ex-narkomanen kanske det värsta som kan drabba vård- och behandlingsarbetet. Tyvärr är det mycket få före detta narkomaner som kan spela en säkert positiv och konstruktiv roll i behandlingsarbetet.

### Inte alla kan "botas"

Vi får slutligen inte glömma att den ursprungliga kärnan av narkomaner av epidemisk typ var svårt personlighetsstörda redan innan de blev narkomaniserade. En mycket betydande del av dem är så avvikande att de hade varit "dömda" till livslång missanpassning även om de inte hade blivit narkomaniserade.

Man måste därför ha realistiska förväntningar och inte tro att en aldrig så förnämlig narkomanvård och rehabiliteringsorganisation skall lyckas "bota" alla och återföra dem till ett " normalt " liv. A andra sidan har samhället genom en missriktat liberal och "förstående" inställning - som länge fått passera som "modern" och "radikal" - låtit drogmissbruket anta sådana proportioner att vi även vid en stor och välavvägd satsning måste räkna med att få dras med en betydande restgrupp av sociala invalider. Ju längre det dröjer innan samhället tar itu med missbruksvågen på ett socialmedicinskt korrekt, humanitärt acceptabelt och samhällsekonomiskt realistiskt och vettigt sätt, desto större kommer "den förlorade generationen" att bli.

## Eftervården en hörnsten

En av de mycket få noggranna studier som presenterats i Sverige beträffande återfallsfrekvensen vid narkomani kommer från forskningskliniken vid Ulleråkers sjukhus (Andersson och Gunne 1969). Tre månader efter utskrivningen hade 80 % av sprutnarkomanerna återfallit, efter sex månader injicerade sig 84 % och efter ett år 88 %. Det var dock endast 5 % som helt hade undgått återfall under det första året efter utskrivningen. Resultaten är inte bättre eller sämre än vid andra sjukhus och i nivå med vad man måste räkna med under nuvarande frivilliga vårdssystem och närmast fiktiva "eftervård".

Man vet att en långvarig och noggrann eftervård i form av socialkurativt stöd och arbetsvård (stödsamtal, gruppaktivitet, hjälp med bostad, arbete, ekonomi, utbildning etc) är ett oumbärligt komplement till den kliniska vården oavsett hur den utformas.

Eftervården måste också innebära ett visst "tryck" på vederbörande till återanpassning. Erfarenheterna talar entydigt för att resultaten blir väsentligt bättre med obligatorisk eftervårdskontroll.

När den behandlade narkomanen återkommer till det vanliga samhället skall arbete (s k skyddat arbete Om inte annat kunnat ordnas) och bostad (helst i inackorderingshem med tränad personal) vara klara, och *tillsynen måste under lång tid vara daglig*. Om vederbörande bor privat måste han omedelbart sökas upp så snart han uteblir från arbetet, där en kontaktman bör finnas. Har ett återfall inträffat bör vederbörande omgående över till inackorderingshem eller liknande, och visar han sig trots de stödåtgärder som står till buds oförmögen att komma till rätta med drogerna bör han snabbt återgå ett steg i be-



handlingskedjan, dvs resa tillbaka till vårdbyn igen för en tid. *En minst treårig övervakning av detta slag är ofrånkomlig om den drogberoende skall ha någon utsikt att bli frisk och socialt fungerande.*

Utan fast bostad och ordnat arbete har den utskrivne praktiskt taget ingen chans att klara sig utan återfall snabbt. Den långa och dyrbara vårdperioden har då endast medfört ett temporärt avbrott i missbruksutvecklingen. Frågan om eftervårdshem av pensionatstyp är därför avgörande, men även dessa arrangemang slår fel om inte hemmen leds av verkligt insiktsfull och kompetent personal- Lämpliga enskilda hem är kanske den bästa formen av eftervård, men då måste "fosterfamiljen" ha ett mycket starkt stöd av skickliga socialarbetare och berörda sociala organ-

Frivilliga krafter kan göra stora insatser inom eftervården genom att åta sig övervakningsuppdrag eller bilda små kontaktgrupper till stöd för den före detta narkomanen, som länge kommer att bära en lättväckt narkotikahunger inom sig och som ständigt hotas av smärre eller svårare återfall, oftast i samband med att vederbörande träffar gamla missbrukarkamrater- Den behandlade narkomanen bör därför länkas in i nya grupper och miljöer

## Förebyggande åtgärder avgörande

När det är fråga om en sjukdom som är allvarlig för individen och samhället, när sjukdomen är mycket svårbehandlad och resultaten av alla slags behandlingsåtgärder är osäkra, måste preventionen - att förebygga narkomani-fallens uppkomst - bli det allra viktigaste momentet i sjukdomsbekämpningen- Om tillståndet dessutom visar en mycket hög smittsamhet blir de förebyggande åtgärderna av helt avgörande betydelse-

Det är allmänt accepterat, när det gäller allvarliga smittsamma sjukdomar, att samhällets första skyldighet är att skydda mottagliga individer från att utsättas för smittrisker. Vid sådana tillstånd där behandlingsresultaten är dåliga, som t ex vid narkomani, blir preventionen särskilt betydelsefull- Vi accepterar som bekant att de som lider av könssjukdomar har behandlingsskyldighet, oavsett om de har några obehag av sin sjukdom eller inte och detta trots att dessa tillstånd numera är relativt lätta att bota- Vid många smittsamma sjukdomar finner vi det självklart att de sjuka underkastas tvångsvis isolering och behandling. Omfattande epidemier har i gångna tider bringats under kontroll först sedan man insett deras smittsamma karaktär och vidtagit åtgärder för att bryta smittkedjorna. Jag menar att det inte är någon som helst svårighet att eliminera narkotikaepidemierna den dag vi är beredda att dra de logiska konsekvenserna av deras höga smittsamhet och tillämpar följande klassiska program för

epidemibekämpning:

1) *Så långt möjligt slå ut de farliga drogerna, narkotikan, ur den sociala miljön*

Detta är tullens och polisens uppgift när det gäller illegal tillverkning, smuggling och langning.

Det är viktigt att känna till att den illegala narkotikahandeln, liksom vinningsbrott över huvud taget, följer samma grundläggande lagar om risker och profiler som annan ekonomisk verksamhet. De enorma profiterna och måttliga riskerna inom narkotikabranschen drar därför med nödvändighet till sig en omfattande organiserad kriminalitet. Det är därför ogörligt att stoppa en missbruks-epidemi enbart genom att försöka komma åt den illegala handeln: allteftersom polisen och tullen oskadliggör den ena ligan efter den andra träder ständigt nya profitörer till och intar platsen efter de (för tillfället) oskadliggjorda. Det blir därför avgörande att också *efterfrågan på narkotika* tacklas. Sedan en epidemi vuxit sig stark kan man radikalt minska efterfrågan endast genom att se till att en betydande andel av de beroendesjuka lyfts ur och bort från träskmiljöerna (och inlemmas i konstruktiva behandlingsarrangemang)-

Det faller på socialstyrelsen och läkarkåren att se till att det blir en striktare förskrivning av beroendeframkallande läkemedel, särskilt så kallade psykofarmaka, än vad som hittills varit fallet. Väsentligt bättre än den genomförda, tvivelaktiga narkotikaklassningen av sömnmedel och lugnande medel vore en fortlöpande central dataregistrering och analys av dessa receptmassor.

2) *"Vaccinera" de riskhotade*

Detta innebär upplysning till hotade ungdomsgrupper och

andra- Av den höga narkomanifrekvensen bland läkare i nästan alla länder måste man dock dra den slutsatsen att upplysning är ett bräckligt skydd mot narkomani om medlen är lättillgängliga. Långt viktigare än upplysning är "indoktrinering" mot narkotikamissbruket: Det betyder att påverka värderingar, attityder och normer på ett sådant sätt att benägenheten att experimentera med droger motarbetas- Som Evang påpekat är det mycket viktigt att missbruket inte blir socialt tolererat och accepterat; i annat fall dras oundgängligen nya stora skaror in i missbruket.

En betydande del av ungdomen har allvarliga anpassningsproblem under uppväxtåren - och så var det även innan vi fick några narkotikaepidemier. I de flesta fall brukar ungdomarna komma igenom svårigheterna och så småningom stabilisera sig. Men om de under problemperioden börjar roa och trösta sig med hasch och andra narkotika löper de stor risk att definitivt fastna i sin missanpassning.

I vidare mening måste preventionsarbetet inrikta sig på hela samhällsbilden för att motverka och förebygga de sociala utslagnings- och utstöttningsprocesserna, som snabbt accelererat under det senaste decenniet-

#### *g) Behandla de sjuka*

De sjuka skall ha rätt till adekvat vård, men samhället måste å sin sida ha rätt att kräva att de sjuka medverkar till en meningsfull vård-

Narkomani angår i lika hög grad den sjukes anhöriga (som ofta drabbas hårdare än den sjuke) och samhället som narkomanen själv. En enda definitivt utslagen ung narkoman kostar samhället minst 2 miljoner kronor i

utebliven arbetsinsats, vårdkostnader, sjukpengar, förtidspension, kriminalitet etc-

#### 4) *Långtidsvårda de höggradigt smittsamma*

Vad skall man göra med dem som man inte kan bota och som inte kan klara någon form av tillfredsställande poliklinisk behandling, som fortsätter med illegal narkotikahandling *och som därtill fortsätter att dra in andra i sitt missbruk?*

Låt oss se vilka logiska alternativ som står samhället till buds i dag:

a) att ställa dessa höggradigt smittsamma kroniker till ansvar enligt narkotikalagstiftningen och låta kriminalvården ta hand om dem;

b) att omhänderta dem på slutna avdelningar inom mentalsjukvården;

c) att utfärda "fullmakter" för dem att syssla med narkotika på egen hand, dvs att ständigt ge dem åttals-eftergift - eller förskriva narkotika åt dem - och nöja sig med att försöka notera hur många nya offer de drar med sig i sitt missbruk;

d) att blunda för problemet och låtsas som om det inte existerade-

Det sista alternativet är det enklaste och det man hittills stannat för.

Personligen har jag föreslagit att man skall acceptera dem just som kroniska och smittsamma narkomaner och överväga att ordna på bästa sätt för dem på någon trevlig "knarkö", där de kan få leva i fred med sitt missbruk i ett litet samhälle med sina nära och kära. De sjuka måste givetvis få livränta och de anhöriga borde kunna få vårdbidrag.

Naturligtvis skulle dessa narkomaner vara i sin fulla rätt att lämna "Knarkö" om de så önskade. Men då måste de givetvis också följa det vanliga samhällets lagar på narkotikaområdet.

Sammanfattningsvis skulle jag vilja säga att ett ultra-liberalt, permissivt och skenradikalt ("popradikalt") samhälle inte har några möjligheter att stoppa den illegala droghandeln och därmed inte heller missbruksepidemierna. Historien visar många exempel på hur stora missbruksepidemier övervunnits, men det har undantagslöst varit genom hård kamp och generella, restriktiva åtgärder, inte genom individualterapi. Historien visar inte ett enda exempel på att man någonstans lyckats bemästra en missbruksepidemi utan långtgående åtgärder i restriktiv riktning. Men även med restriktiva åtgärder är samhället dömt att misslyckas i kampen mot missbruket om

- 1) åtgärderna inte är utformade på ett välavvägt sätt
  - 2) de inte har ett starkt stöd i den allmänna opinionen
  - 3) åtgärderna inte genomförs med konsekvens under längre tid
- ϕ) om inte polismakten och domstolsväsendet har en mycket hög integritet (är "omutliga").

Däremot tyder erfarenheterna från Kina och Japan på att det inte är avgörande att man känner igen massmissbruket som ett epidemiskt och socialmedicinskt fenomen; resultaten tycks märkligt nog bli mycket framgångsrika även när man som i dessa länder betraktar missbruket som utslag av asocialitet och masskriminalitet.

Varje missbruksepidemi måste betraktas som unik och studeras i sitt historiska och sociala sammanhang. Motåtgärderna måste utformas utifrån de politiska, kulturel-

la, juridiska, etiska och ekonomiska förhållandena i det land där epidemin härjar. Det betyder att varje missbruksepide mi tarvar sin egen analys och sin egen skräddarsydda aktionsplan, där epidemins art, omfattning och spridningstakt är några av de viktigaste faktorerna att beakta.

## Opinionens roll

Massmedia - liksom allmänheten - närmar sig narkotika-problemen utifrån allmänna kulturella erfarenheter och ideologiska föreställningar om hur sociala problem skall tacklas. Forskarna och terapeuterna undersöker och utreder dessa förhållanden och kommer på grundval av mer eller mindre omfattande beläsenhet och klinisk erfarenhet fram till slutsatser och rekommendationer om hur problemen bör angripas. Med nödvändighet måste det alltid uppstå spänningar och stundom konflikter mellan ett ideologiskt-traditionellt-kulturellt synsätt och ett vetenskapligt (liksom också mellan ett individorienterat och ett socialmedicinskt synsätt). De som behärskar massmedia och yttrandefriheten har den tunga skyldigheten att så objektivt som möjligt rapportera vad även för dagen obekväma forskare och fackmän kommer fram till. Allmänheten har rätt att bli allsidigt informerad, och det är särskilt viktigt i frågor där tiotusentals människors val och ve står på spel.

Det viktigaste i dagens läge är att sprida en så omfattande upplysning om narkomaniernas allvarliga karaktär och våldsamt snabba spridning att en bred och stark opinion kräver att samhället snabbt mobiliserar sina resurser och möter hotet med verkningsfulla motåtgärder - lagstiftning, prevention och adekvat vård.

Vid en studieresa till Japan 1968 träffade jag flera av de personer, som organiserade den stora motaktionen mot



den japanska amfetaminepidemin på 50-talet. De förklarade att de länge hade vetat exakt hur problemet måste angripas, men det var inte förrän den allmänna opinionen krävde att massmissbruket skulle stoppas som myndigheterna fick möjlighet att vidta de långtgående åtgärder som var erforderliga. Därefter bringades läget under kontroll på några år, trots att den japanska epidemin hade drabbat tre gånger flera människor per tusen invånare än den svenska epidemin hittills gjort.

Det är i de länder där man stoppat omfattande missbruksepidemier som vi har att hitta ledtrådar för vårt politiska handlande. Det är också i de behandlingsprojekt där man uppnått de bästa resultaten som vi bör söka ledtrådar för vårt terapeutiska handlande.

Särskilt svårt har TV brustit i narkotikafrågan, och detta har numera belysts i en sociologisk undersökning (Carpelan och Österman 1970), som inte heller den redovisats i TV trots att TV spelade in en intervju med de båda forskarna när undersökningen presenterades vid den medicinska riksstämman.

Av utredningen framgår klart att TV under hela narkotikadebatten mycket ensidigt gynnat den narkotikaliberala linjen och dess företrädare. Själv har jag under alla dessa år inte fått disponera mer än två minuter vid två tillfällen i TV. Det kan inte vara någon tillfällighet att vi i radio och TV inte haft en enda debatt kring svensk narkomanvård och narkotikapolitik med företrädare för de olika grupperingarna. Det skulle ge allmänheten möjlighet att ta del av den typ av fakta och argument som lämnats i den här boken, och det har några mäktiga tydligen funnit mindre välbetänt.

# Några slutanmärkingar

## Sverige och Japan

Hur kom det sig att man lyckades stoppa den stora japanska narkotikaepidemin men inte den svenska? Var den japanska polisen så mycket effektivare än den svenska?

Om man analyserar statistiken närmare finner man att den japanska polisen 1954 - det stora kampanjåret mot narkotikamissbruket - arresterade omkring 9 procent av det beräknade antalet aktiva narkomaner för narkotikabrott (55 600 av ca 600 000). Under 1969 - den svenska polisens kampanjår - dömdes 1 400 personer för olaga befattning med centralstimulantia. Detta gör 14 procent av det uppskattade antalet aktiva CS-narkomaner i landet vid den tidpunkten (ca 10 000). *Den svenska polisen var med andra ord en halv gång till så effektiv som den japanska under offensiven mot den illegala narkotikaträffiken.*

Hur kunde då epidemin elimineras helt i Japan men fortsätta att rulla vidare i Sverige? Förklaringen är enkel. I Japan togs varje ertappad narkoman och missbrukare ur missbruksmiljöerna för en tid, och villkorliga domar utdömdes aldrig för narkotikabrott- I Sverige fick huvudparten av de ertappade lämna polisen efter några timmars förhör och återvända till sitt missbruk- Många fick senare åtal eftergift (och är alltså inte inkluderade bland de 14 procent som blev dömda), många fick böter eller enbart villkorliga domar med skyddstillsyn- Ett betydande

de antal dömdes till "sluten psykiatrisk vård", vilket låter humant och betryggande- Men *"sluten psykiatrisk vård"* innebär inte någonting annat än att patienten är *inskri- ven vid ett psykiatriskt sjukhus eller en psykiatrisk klinik vid ett vanligt sjukhus, inte att han vistas där,* än mindre att vederbörande låter bli att missbruka sina favoritdroger.

## Öppen och sluten psykiatrisk vård - ordmagi

Vid ett tillfälle undersökte jag en 20-årig pojke som omhändertagits för omfattande egendomsbrottslighet under den tid han varit omhändertagen för sluten psykiatrisk vård på Långbro, dömd till detta av domstol för tidigare kriminell aktivitet och komplicerande narkomani- Då jag såg honom var han mera nedgången än huvudparten av de 6 000 sprutnarkomaner som ingår i min undersökning. Han var då fortfarande och sedan ett halvår "inneliggande" på sjukhuset- Det framkom att grabben redan efter ett par dagars vistelse på sjukhuset hade fått permission varje dag efter morgonronden klockan 9 med enda förbehåll att vara inne före klockan 22 på kvällen. Dagarna hade han tillbringat på Gamla Bro, i missbrukargängen ute på stan eller i sin egen bostad där han dagligen satt och kokade och injicerade råopium på sig och sin ig-åriga fästmö, som också hade införts av polisen vid samma tillfälle och som också hon var i ett bedrövligt tillstånd. Det behövs knappast påpekas att den dagliga narkotikakonsumtionen hela tiden finansierats med fortlöpande kriminalitet, medan skattebetalarna fick punga ut med Po kr per natt för pojkens säng på sjukhuset. Socialvården betalade hyran för hans knarkarkvart och sjukkassan höll honom med fickpengar.

Det anförda är på intet sätt unikt utan hundratals snarlika fall förekommer: En 19-årig flicka som också dömts till "sluten" psykiatrisk vård på Långbro, även hon p g a omfattande bedrägerier m m, hade inom loppet av ett halvår påträffats av polisen i olika knarkarkvartar vid 23 tillfällen och varje gång återförts till sjukhuset. För tvivlade polismän som omhändertagit flickan vid åtskilliga tillfällen och konstaterat hur hon blivit allt sämre under denna slutna psykiatriska vård bad mig om ett råd. Jag uppmanade dem att rapportera fallet till JO, vilket de också gjorde. JO har sedermera avgivit ett mycket ampert uttalande om den vanvård flickan utsatts för på sjukhuset.

Domstolarna, riksdagen, regeringen, pressen och allmänheten vilseleds av termen "sluten psykiatrisk vård", en term som alltså inte behöver ha vare sig med slutenhet eller vård att skaffa- Det är hög tid att ersätta termen "sluten" sjukvård med vad den innebär - "inskriven som intagen" - och kalla "öppen" vård för vad den är - behandlingsbesök vid sjukhus (eller hos läkare)- För den händelse man behöver en särskild beteckning för vård på låst avdelning skulle jag vilja föreslå uttrycket "vård på låst avdelning". Om termen "sluten" helt utgår ur vårdterminologin klarnar begreppen genast en smula.

Sedan vet vi ju att ingen blir botad för narkomani - eller ens meningsfullt hjälpt - bara av att vara intagen på exempelvis en låst psykiatrisk avdelning, lika litet som någon kan ta sig över Atlanten bara för att han disponerar en åra. De tusentals misskötta övervakningsfallen - från barnavården, nykterhetsvården och kriminalvården - som driver omkring i missbruksmiljöerna och knarkar disponerar inte ens en åra, ännu mindre båt eller sjökort- Det är den bittra sanningen-

## Några ord till de drabbade föräldrarna

Till de stora skarorna av olyckliga och hårt drabbade föräldrar till narkomaner och missbrukare vill jag slutligen säga: Låt Er inte skrämmas till tystnad av de kvasipsykologiska anklagelserna att "det är föräldrarnas fel om ungarna knarkar"- Jag känner hundratals av Er och vet att Ni inte är bättre eller sämre föräldrar än andra. Ni kämpar år ut och år in i frenetisk kamp för att hålla Er unge över vattenytan; ständigt går det galet- Ni vandrar från det ena misslyckandet till det andra-

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". Kräv att socialtjänstemännen skall pröva och bevisa sina trosföreställningar på en liten bråkdel av dessa gamla alkoholister, förslagsvis de som är födda den 15:e i varje månad (dvs en trettiondel av dem alla). Ni kommer att mötas av ett medlidsamt flin, för passiviteten och hjälplösheten har inte något annat svar. För Er är det uppenbart att man måste ingripa tidigt och massivt om man skall kunna hejda felutvecklingen och rädda vad som räddas kan av Ert barns ungdom och framtid. Men Ni kommer att översköljjas av beskäftigt psykologiserande undanglidningar nästan var Ni än söker hjälp, och "hjälparna" kommer att linda in sin egen osäkerhet och villrådighet i krångliga ord och besynnerliga utläggningar

för att Ni själv skall känna Er riktigt okunnig och enfaldig och inte sedan besvära dem igen med krav på aktiva ingripanden utan lugnt invänta att Er unge så småningom skall nå botten och samtidigt den gudomliga "motivatio-nen" och "ledsna på knarkandet".

Ni får inte heller något stöd från skolan, inte från barnavårdsnämnden, inte från sjukhusen, från socialstyrelsen eller från press och etermedia- Det enda Ni har är Era bittra erfarenheter (som ingen vill tro), Era bekymmer (som ingen vill dela) och Era förhoppningar (som inte ens de passiva "hjälparna" tror på om de vågar vara ärliga).

Envar av Er vet mer om vad narkomani innebär än de mäktiga i detta samhälle. De lyssnar artigt och vänligt vid besök och uppvaktningar; Ni får deltagande och löften, men allt förblir vid det gamla.

Ni olycksdrabbade föräldrar är den kraft som snabbt skulle kunna bringa makthavarna ett stort stycke närmare verkligheten. Skammen vilar inte på er utan på samhället - på dem som har makt och inflytande men låter detta ske med tusentals unga människor. Organisera er. Förvandla er från anklagade till anklagande och sätt kraft bakom era krav. Då kommer också snart något positivt att hända.

# Ordlista

Då detta arbete riktar sig till en bred publik och kanske kommer till användning i studiecirklar och kursverksamhet lämnas förklaringar till medicinska termer och begrepp som ofta återkommer i narkotikadebatten- Även en rad utommedicinska termer har medtagits, antingen därför att de är mindre vanliga eller därför att de i detta sammanhang har en ovanlig eller mycket speciell innebörd; i sådana fall har som regel endast den här aktuella innebörden av varje ord angivits.

*abstinens* avhållsamhet

*accidentell* tillfällig; genom olyckshändelse

*addiction av WHO* fram till 1964 använd beteckning för "svårare" narkomaniformer; jmf *habitation*

*adekvat* fullt motsvarande; anpassad till gällande krav

*administration av läkemedel* sätt att tillföra

*affekt* stark sinneströrelse

*affektabilitet* benägenhet för hastigt växlande affekter

*affinitet* frändskap; dragningskraft; "bundenhet"

*agens* verkande medel

*agiterad* häftigt orolig; upphetsad

*alkoloid* basiskt ämne från växt- eller djurriket

*ambulant (behandling)* den sjuke går till och från behandlingen

*amfetamin* det äldsta av de syntetiskt framställda centralstimulerande medlen

*anafylaktisk chock* häftig överkänslighetsreaktion (förekommer särskilt vid injektioner)

*analgetika* smärtstillande medel

*anamnes* (sjukdoms) **förhistoria**

*anestetika* bedövningsmedel

*anikterisk hepatit* leverinflammation utan gulsot

*anorexi* sjuklig aptitlöshet

*applikation* påläggning; användning

*autoetablerad* av patienten själv grundlagd

*banal* alldaglig; obetydlig

*barbiturater* ro- och sömngivande medel av barbitursyretyp

*benign* godartad

*cirkulationskollaps* hastigt insättande livshotande tillstånd på grund av sviktande cirkulation

*cubital-* hörande till armbågen; cubitalven = armbågsven

*dialys* en fysikalisk metod att via membraner skilja kristalloider från kolloider; "konstgjorda njurar" är en viktig terapeutisk form av dialys

*dissociera* särskilja

*delirium* övergående förvirringstillstånd med hallucinationer, vanföreställningar och motorisk oro

*diskrepans* bristande överensstämmelse

*dissekera* sönderdela i studiesyfte

*dragerad* överdragen med lämplig substans

*duration* varaktighet

*durett* beredning som möjliggör att den aktiva substansen kan avges tidsreglerat

*dysfori* känsla av allmän olust

*embryonalstadium* fosterutvecklingsskede

*endemi* lokalt begränsad inhemsk sjukdom

*epidemi* massjukdom med snabb spridning

*epidemiologi* klinisk e. = läran om smittsamma epidemiska sjukdomar; allmän e. = läran om (ex. sjukdoms-)tillståndets utbredning i populationen; allmän e- brukar indelas i deskriptiv och analytisk e.

*epileptiform* epilepsiliknande

*episodisk* tillfällig; snabbt övergående

*etnofarmakologi* läran om ett visst folks eller en viss stams läkemedel

*eufomani* av den danske farmakologen Knud Moller 1954 infört begrepp, vidare än det traditionella narkomanibegreppet; jmf toxikomani

*eufori* känsla av höggradigt välbefinnande, särskilt hos svårt sjuka

*evidens* tydlighet, klarhet, visshet

*expektera* avvakta



*farmakologi* läkemedelslära  
*fixerad* fast; överdrivet känslomässigt bunden  
*follow-up* efterundersökning

*genes* uppkomst  
genererande: alstrande  
generisk: angivande ursprung

*habituation* av WHO fram till 1964 använd beteckning för "lät-  
tare" narkomaniformer; jmf *addiction*; 1964 sammanfördes  
h. och a. till ett enhetligt *drug-dependence*-begrepp, på svenska  
närmast giftberoende; se även *toxikomani* och *eufomani*

*habitué* vanemässigt bunden person

*habituell* inrotad; vanemässig

*hepatit* leverinflammation

*hallucinationer* förnimmelsetartade upplevelser utan yttre retning  
(sinnesvillor)

hallucinos: psykiskt tillstånd med *hallucinationer*

*hallucinogener* medel som framkallar *hallucinos*

*hospitaliserad* intagen för vård på sjukhus

*hybrid* korsningsform; blandart

*hypnotika* sömnmedel

*iatrogen* genom läkares åtgärder orsakad sjukdom eller skada

*ikterus* gulset

*intidens* anger hur ofta någonting, t ex en sjukdom, inträffar i en  
bestämd population

*indikationer* omständigheter som motiverar åtgärder

indikationsställning: samvägda motiv för åtgärder

*inducerad* föranledd av någon yttre faktor

*inhalation* inandning (av finfördelat agens)

*in manu medici* i läkares hand, särskilt beträffande läkemedel  
för applikation direkt av läkaren

*immunologi* läran om faktorer och förhållanden som samman-  
hänger med immunitet, dvs oemottaglighet (för smitta)

*inokulation* inympning

*inokulationshepatit* en virusframkallad leverinflammation vanli-  
gen överförd genom infekterat blod (via gemensamma sprutor  
e l)

*integrera* bilda ett samordnat helt

*intoxikation* förgiftning

intoxikerad: påverkad av gift

*intramuskulär (i.m.)* in i en muskel

*intravenös (i.v.)* in i en ven

*irreversibel* (process) som ej kan vändas

*karaktärsneuros* genom tidiga, ogynnsamma miljöfaktorer störd karaktärsutveckling

*klinik* här: vad som rör en sjukdoms symtom och förlopp

*kombinationspreparat* läkemedel sammansatt av flera verksamma substanser

*kompenserad* fullt utjämnad genom mot varandra verkande likstora krafter

*konsekutiv* efterföljande; i följd

*kontraindicerad* avgörande skäl föreligger mot viss åtgärd eller behandling

*korrelation* ömsesidigt förhållande, samband eller växelverkan

*kriminell identifikation* genom omedvetet acceptering av kriminella värderingar präglad personlighet

*kriminogen* brottslighetsframkallande

*kupera* undertrycka

*latent* fördold; utan igenkännbara tecken

*lysenkoism* hänsyftar på den ryske genetikern och charlatanen

Lysenko som under Stalin-tiden gjorde sig beryktad för att med partiets stöd sprida ovetenskapliga föreställningar och förfölja genetiker som satte lojaliteten mot vetenskapen över lojaliteten mot (den för dagen förhärskande) partilinjen

*lädera* (att) skada

*malign* elakartad

*manifest* uppenbar; ådagalagd

*meprobamat* ett (visst) lugnande preparat

*metadon* ett syntetiskt morfinersättningspreparat

*metadonmetoden* en speciell behandlingsmetod mot narkomani av opiattyp (morfinism, heroinism etc) utarbetad av Doles och Nyswander (1965). Metoden innebär att den sjuke efter fullständig avgiftning tillföres metadon (uppblandat i saft) i långsamt stigande doser. Efter ca tre veckor är individen "mättad" av metadon och någon euforiserande effekt inträder då inte

längre av tillfört morfin, heroin etc- Metoden möter samma praktiska svårigheter som exempelvis antabusbehandling vid alkoholism: de som bäst behöver det farmakologiska skyddet vägrar som regel att ta den ordinerade medicinen, som bör tillföras under mycket lång tid - så länge som risken för återfall är betydande

*mimik* minspel och åtbörder som uttrycksrörelser

*mors subita* plötslig död

*motivation* bevekelsegrunderna till ett beteende och dettas intressestyrka

*motorisk* avseende rörelser och nervkontrollen över dessa

motorik: samtliga rörelser som helhet

*mutation* plötslig förändring av arvsmassan utan samband med korsning

*nalorfin-prov* vid tillförsel av morfinantagonisten nalorfin inträder hos en opiatpåverkad individ snabbt fysiska abstinensbesvär; detta kan utnyttjas för att omgående påvisa om en person är opiatpåverkad eller för att kontrollera abstinens hos en avvand opiatnarkoman

*narkolepsi* tillstånd med attacker av obetvinglig sömn

*nutrition* näring; näringstillstånd

*oral* som tillhör munnen; se peroral

*pandemi* sjukdom som drabbar flera länder eller en hel världsdel

*paranoia* förryckthet med hänsyftnings- och förföljelseidéer men opåverkat minne och intelligens

paranoid: höggradigt misstänksam

*patologisk* sjuklig

*peroral* som sker per os, dvs genom munnen

*permissiv* tillåtande

*population* samling av individer eller enheter som ingår i en undersökning

*praxis* vedertaget bruk; handling; verksamhet

*preferens* företräde

*premorbid* före sjukdomens framträdande

*prevalens* (en företeelses eller sjukdoms) förekomst; point p. \_ förekomst vid en viss tidpunkt; period p. = förekomst under en viss angiven tidsrymd

*prevention* förebyggande åtgärder  
preventiv: i förebyggande syfte  
*profylax* förebyggande; skyddande åtgärder, mest mot sjukdom  
profylaktisk: förebyggande; skyddande  
*prognos* förhandsbedömning av förlopp och utgång  
*progrediera* fortskrida; gradvis stiga  
*prohibitiv* hindrande; tillbakahållande; förbuds-  
*prolongerad* förlängd, utdragen  
*proselytera* värva anhängare, omvända  
*psykedelisk* "medvetandevidgande"  
*psikomotorisk* avseende psykiskt betingade rörelsemekanismer  
*psykopati* medfödd själslig abnormitet som vållat varaktiga störningar i tanke-, känslö- eller viljelivets utveckling; jämför: karaktärsneuros

*recidiv* återfall i en sjukdom  
recidiverande: återfallande  
*repression* undertryckande; ingripande eller åtgärd mot redan inträffade icke önskvärda företeelser  
repressiv: undertryckande  
*resistens* motstånd; motståndskraft  
*resorption* uppsugning av partiklar, ssk genom blod- och lymfvägar vid matsmältningen  
*retentionsrätt* kvarhållningsrätt  
*rigid* stel; omedgörlig  
*rudimentär* outvecklad; förkrympt

*samvariation* samtidiga och likartade förändringar hos olika variabler  
*sample (sample)* urval; representativ del; stickprov  
*schizofreniform* schizofreniliknande  
*sedativa* lugnande medel  
*sekundärfall* till en individs sjukdom härlett insjuknande hos annan; andrahandsfall  
*selektion* urval  
selektiv: utväljande  
selektera: utvälja  
sic! så! (latin); anges i recept för att markera avsiktligt över-skridande av maximaldos (= så menar jag verkligen!)

*skyter* ett krigiskt folk som levde vid Svarta Havet årtusendet f Kr

*spontanläkning* tillfriskande utan behandling  
*status* tillstånd, ibland i betydelsen ställning (kroppslig status, psykisk status, legal status)  
*stimulantia* stimulerande, pådrivande medel; retmedel  
    *centralstimulantia*: stimulantia som verkar på centrala nervsystemet  
*subakut* ej fullt akut  
*subkronisk* ej fullt kronisk  
*subkultur* undergrupp i samhället med egna normer, levnads- och tänkesätt  
*subkutan* (s.c.) under huden  
*supplementera* tillägga; utfylla  
*suicidium*, *pl suicidier* självmord  
*syndrom* en samling samtidigt uppträdande och orsaksmässigt sammanhörande symtom; ibland sjukdomsbild  
  
*terapieresistent* motståndskraftig mot behandling  
*terapeutisk* avseende behandling  
*tolerans* förmåga att tåla viss belastning eller kvantitet av läkemedel  
*toxicitet* giftighetsgrad  
*toxikomani* giftberoende  
*toxisk* giftig; framkallad av gift  
*tremor* darrning; skakning  
  
*variabel* föränderlig storhet (under studium)  
*venerea* könssjukdom (ar)  
*virulens* sjukdomsframkallande förmåga  
*vulnerabilitet* sårbarhet; ömtålighet

# Litteratur

- de Alarcón, R, The spread of heroin abuse in a community. *Bull Narcotics* nr 3, 21: 17-22, 1969.
- Andersson, S-J och L-M Gunne, Efterkontroll av amfetaminister. *Läkartidningen* nr 13, 66: 1331-1334 1969.
- Backhouse, C I and James, I P, The relationship and prevalence of smoking, drinking and drug taking in (delinquent) adolescent boys. *Brit Med J* nr 1, 64: 75-79, 1969.
- Bejerot, N, Aktuell toxikomaniproblematik. *Läkartidningen* nr 50, 62:4231-4238, 1965.
- *Narkotikafrågan och Samhället*- Aldus/Bonnier 1968. 480 s.
  - Narkomani som artificiellt framkallad drift: En teori. *Nord Med* nr 1, 85: 20-27, 1971.
  - *Inlägg i narkotikadebatten*. Sober 1970. 237 s.
  - *Narkotikamissbruk och narkotikapolitik; En epidemiologisk och metodologisk studie av narkotikamissbruk av intravenös typ i stockholmspolisens arrestklientel 1965-1970 i relation till förändringar i narkotikapolitiken*. Akademisk avhandling, Socialmedicinska institutionen, Karolinska institutet, Stockholm 1974. Stencil 410 s. Under tryckning hos Sobers förlag, Mölnlycke.
- Bejerot, N, Candefjord, I-L & Canadefjord, JÄ: *Omhändertagen i Humlegården; en socialmedicinsk kartläggning av det s k humlegårdsklientelet*. Sober 1974. 104 s.
- Benaim, S, Horder, J P and Anderson, J, The falling girls: Observations on the dynamics of a hysterical epidemic. V World Congress of Psychiatry. Abstracts. La Prensa Médica Mexicana, Mexico City 1971.
- Bernhardson, G and L-M Gunne, Forty-Six Cases of Psychosis in Cannabis Abusers. *Int J Add* nr 1, 7: 9-16, 1972.
- Bewley, T, Ben-Arie, O and James, I P, Morbidity and mortality from heroin dependence. i. Survey of heroin addicts known to Home Office- *Brit Med J* 725-729, 1968.

- Bewley, T and Ben-Arie, O, Morbidity and mortality from heroin dependence. 2. Study Of 100 consecutive inpatients. *Brit Med J*, 727-730) 1968.
- Bjerver, K, An evaluation Of compulsive treatment programs for alcoholic patients in Stockholm with particular reference to longitudinal development, epidemiological aspects and patient morbidity. *Opuscula Medica: Supplementum XXV*, 1972. 107s.
- Borg, E, Missbruk av phenmetrazin. *Nord Med* nr 51, 64: 1909-1960.
- Brain Report. Drug Addiction. The second report Of the inter-departmental committee. Her Majesty's Stationery Office, London 1965.
- Brill, H, Medical and delinquent addicts Or drug abusers: A medical distinction Of legal significance. *Hastings Law Journal* nr 3, 19: 783-801, 1968.
- Cameron, D C, Youth and Drugs: A World View. *JAMA* nr 6, 206: 1267-1271, 1968.
- Campbell, A M G, Evans, M, Thomson, J L G and Williams, M J, Cerebral atrophy in young cannabis smokers. *Lancet* nr 7736, 2: 1219-1225, 1971.
- Carlsson, C: *Alkoholism som sjukdom*. Akademiförlaget, Göteborg 1970. 116 s.
- Carpelan, L och Österman, T, Asiktsgrupperingar i narkotikadebatten och TV:s behandling av dessa 1965-67. Examensarbete vid Journalisthögskolan i Göteborg våren 1970. Stencil 41 s.
- Chance, M R A, Aggregation as Factor Influencing Toxicity Of Sympathomimetic Amines in Mice. *J Pharmacol and Exper Therap*, 87: 214, 1946.
- Chapple, P A and Marks, V, Letter to the editor: The addiction epidemic. *Lancet* t: 288-289, 1965.
- Chein, I, Gerard, D L, Lee, R S & Rosenfeld, E, *Narcotics Delinquency & Social Policy. The Road to H*. Tavistock Publications, London 1964. 482 s.
- Edh, M, Selerud, A & Sjöberg, C: Dödsfall i samband med missbruk av organiska lösningsmedel. *Läkartidningen* 70:3949-3959, 1973.

- Ederly, H, Cannabis-Pharmacology. International Symposium on Drug Addiction. Jerusalem 1970.
- Evang, K, Skisse av ett arbetsprogram: Kampen mot psykotrope stoffer. *Nord Med* 87: 161-162, juni 1972.
- Glatt, M M, Reflections on heroin and cocaine addiction. *Lancet* 2: 171-172, 1965.
- Gunne, L-M, *Narkomani - medicinska fakta*. Akademiförlaget, Göteborg 1970.
- Götestam, G: Intressant och lättläst om narkomani. *Läkartidningen* nr 41, 71:3863, 1974•
- Harney, M L and Cross, J C, *The Narcotic Officer's Notebook*. Charles Thomas, Springfield 1961. 276 s.
- Herulf, B, *Ungdom och Narkotika. En social-psykiatrisk studie i Stockholm*. Svenska föreningen för psykisk hälsovård, 1972. 444 s.
- Huxley, A, *The Doors of Perception/Heaven and Hell*. Chatto & Windus, London 1960. 152 s.
- James, I P, Correspondence. *Lancet* r: 288, 1965.
- Jones, L E and Thompson, W, How 92 % Beat the Dope Habit. *Bulletin*, Los Angeles County Medical Association, April 3, 1958.
- Jonsson, G och Kälvesten, A L, 222 *Stockholmspojkar*, Stockholms Kommunalförvaltning, Stockholm 1964. 684 s.
- Lewin, L, *Phantastica, Narcotic and Stimulating Drugs. Their Use and Abuse*. Routledge & Kegan Paul, London 1964. 335 s.
- Lichtenstein, P M, Narcotic addiction. *New York Med J* 100: 962-966, 1914. I O'Donnell & Ball, (Eds), *Narcotic Addiction* (23-34). Harper & Row, London 1966. 248 s.
- Lindberg, B J, Narkotikaepidemier - finns dom? *Läkartidningen* nr 14, 66: 1398-1399, 1969
- Lindesmith, A R, *Opiate Addiction. Principia Press*, Bloomington 1947.
- *The Addict and the Law*. Indiana University Press, Bloomington 1965. 337 s.
- Lindroth, C och Nilsson, L, *Myror*. Forum, Stockholm 1959, 95 s-



- Nahas, G: *Marihuana - the deceptive weed*. Raven Press, New York 1973. 334 s.
- Narkomanvårdskommittén, *Narkotikaproblemet. Del III: Samordnade åtgärder*. Socialdepartementet, SOU 1969: 52. 445 s.
- O'Donnell, J A and Ball, J C (Eds), *Narcotic Addiction*. Harper & Row, New York and London 1966. 248 s.
- Olds, J and Milner, P, Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *J Comp Physiol Psychol* 47: 419-427, 1954.
- Pescor, M J, Physician drug addicts. *Dis Ner Syst* 3: 2-3, 1942.
- Quinn, W F, Narcotic Addiction in Physicians. *Bulletin*, Los Angeles County Medical Association, April 3, 1958.
- Rado, S, Fighting narcotic bondage and other forms of narcotic disorders. *Comp Psych* 4: 160-167, 1963.
- Retterstöl, N and Sund, A, Drug addiction and habituation. *Acta Psychiatr Scand* 40 (supel 179), 1964. 120 s.
- Retterstöl, N, *Narkotika missbruk*. Läromedelsförlagen, Stockholm 1970. 160 s.
- Seevers, M H, Drugs, monkeys and men. *Mich Q Rev* nr 1, 8, 1969.
- United Nations Survey Team. *Report on the Economic and Social Needs of the Opium-Producing Areas of Thailand*. Nai Chaleo Chuntarasup, Printer and Publisher, Bangkok 1967.
- U.S. Senate: *Marihuana-hashish epidemic and its impact on United States security*. U.S. Government Printing Office, Washington 1974. 430 s.
- Vaillant, G E, A Twelve-Year Follow-Up of New York Narcotic Addicts: t. The Relation of Treatment to Outcome. *Am J Psychiatry* nr 7, 122: 727-737, 1966.
- Vaillant, G E, Brighton, J R and McArthur, C, Physicians' Use of Mood-Altering Drugs. A 20-Year Follow-up Report. *The New England J of Med* nr 7, 282: 365-370, 1970.

# Register

- abstinens 34, 46, 47, 58-61  
Afganistan 44  
Aftenposten 7  
de Alarcón R 69, 114\_117  
alkohol 10, 11, 24, 28, 31, 38,  
42-44, 47, 59-61, 63, 78, 79, avvinjning 47  
84 92-95, 103, 158  
alkoholism 19, 23, 24, 27, 42,  
43, 59, 83, 92-94, 105, 106,  
157  
alkoholist 11, 22, 24, 27, 28,  
47, 58, 62, 84, 131, 150, 173  
Alpert R 111  
Alström C H 69  
amfetamin 33, 34, 41, 47-51,  
61, 62, 71 74, 78, 82, 102,  
103, 114, 118-128, se även  
centralstimulantia  
amfetaminspsykoser 13, 14,  
50, 54 55  
fallbeskrivningar 13, 14, 49,  
50  
korttidseffekter 52, 53  
långvårdseffekter 53, 54  
i Japan 74, 78, 102, 103,  
169  
i Sverige 73, 74, 118-128  
amotivational syndrome 54  
Anderna 47  
Andersson J 69 37-42,  
antabus 28  
anorexia nervosa 12  
anpassning 29  
apor 11, 24, 31-34, 55  
arrestpopulation, se polis-  
klientel  
"avtändning" 58  
Backhouse C I 112  
bakomliggande orsaker 20, 21  
Balkan 44  
Ball J 104  
bantning 18, 27  
barbiturater 11, 58, 61, 62  
barnavårdsnämnd 118  
barnavårdslagen 63, 154  
Beckomberga 142  
begär 17, 39, 147  
behandling, se vård och narko-  
mani, behandling av  
behandlingsskyldighet 147,  
152, 162, 168  
Bejerot N 9-12, 68, 73, 74  
Benaim S 69  
Ben-Arie O 137  
Bergen 69  
Berlin 75  
Berlingske Tidende 7  
Bernhardson G 54  
beroende 10, 15, 22-25, 34,  
46, 54, 58-82, 130,  
140.  
fysiskt 46, 60, 61

- psykiskt 34, 46, 61  
 berusningstillstånd 23, 44, 52  
 Bewley T 73, **113, 137**  
**biologiska aspekter** 12, 2g, 34,  
 37, 130; se även narkomani,  
 driftsmässig karaktär  
 Birdwood G 69  
 Bjerver K 150  
 blandmissbruk 60, 83  
 Boggs-lagen 107, 110  
 Bolivia i 06  
 Borg E 49  
 Brain-kommittén 113  
 Brill H 69, g0  
 British System, Brittiska syste-  
 met 112, 113  
 brännvin 43  
 buddism 83  
 Burma 44  
  
 Cambell A M G 54  
 Cameron D C 68  
 cannabis 23, 40, 51-56, 61, 62,  
 79-84, 90, 103, 104  
 korttidseffekter 52, 53  
 långtidseffekter 53, 54  
 cannabis sativa 5 i  
 Carlsson C 92  
 Carpelan L 169  
 Casriel D 157  
 centralstimulantia 14, 15, 23,  
 33, 34, 41, 47-51, 58, 61,  
 81, 84, 90, 99, 102, 118-128,  
 137, 170  
 cerebral atrofi 54  
 Chance M R A 5 i  
 Chapple P A 113  
 Chein I 77  
 Chicago 69  
 civil-commitment 151  
  
 Claviger 35, 36  
 clean trips 53  
 Canadian Medical Association  
 journal g  
 cocada 48  
 Crawley 115-117  
 Cross J C 106, 107  
  
 Dagens Nyheter 151  
 Danmark g, 74, 75  
 dansepidemier 68  
 Daytop 156, 157  
 diemal 61  
 diminal duplex 58  
 djur 37  
 dotterepidemier 75  
 drift 39  
 förvärvad eller artificiell 12,  
 25, 28; se även narkomani,  
 driftsmässig karaktär av  
 medfödd eller naturlig 25  
 driftsstyrning 88, 147  
 driftsurspårning 39  
 droger  
 farlighet 43, 57  
 styrka 43, 44, 57  
 drogbegär 16, 17, 22, 25, 97,  
 131, 142, 152  
 drogberoende, se beroende  
 drogkultur 88  
 drug addiction 42  
 drug dependence 42  
 drug habituation 42  
 dödlighet vid narkomani 128,  
 137, 138  
 vid alkoholism 59  
  
 Edery H 55  
 eftervård 160, 161  
 ekoeffekter 53

- endemiska narkomanier, se  
   narkomani, endemisk  
 Engels F 152  
 England 58, 69, 73, 78, 102,  
   110-117, 128, 129  
 epidemier 60, 66, 67, 68-82,  
   120  
   psykiska 68, 69  
 epidemiska narkomanier, se  
   narkomani, epidemisk  
 epileptiska anfall 58  
 etnisk bakgrund 69, 77  
 eufori 34, 46, 47, 90  
 Europa 74, 102, 106  
 Evang K 80, 164  
 exhibitionism 39  
 ex-narkoman 156-159  
 exponentiell tillväxt 71, 118,  
   119; se även geometrisk till-  
   växt  
 exposition 68, 77, 80  
 Expressen 7  
  
 fallbeskrivningar 13, 14, 26, 49,  
   50, 63, 69, 157, 158, 171,  
   172  
  
 fenemal 61  
 fenmetralin 41  
 fetischism 39  
 fetma 28, 147  
 Filippinerna 45  
 Finland 63, 74, 96  
 Fjärran Östern 55, 106  
 FN 41  
 Forssman S 69  
 fortalgesic 45  
 fosterhem 153  
 Frankau L 112  
 Frankrike 45, 102, 106, 107  
 frekvenser av missbruk 78, 104  
   -114, 118-128, 134, 170  
 frihet och tvång 148-152  
 Främre Orienten z 06  
 fängelse 149  
 förebyggande åtgärder 12, 19,  
   22, 95, 152, 162-168  
 förskrivning 25, 105-114, 118-  
   121; 126, 128, 137, 163, 165  
  
 gambling 12, 39  
 Gamla Bro 171  
 geografisk avgränsning 72, 75,  
   77  
 geometrisk tillväxt 71, 73, 119,  
   124, se även exponentiell  
   tillväxt  
 giftbegär, se drogbegär  
 giftberoende, se beroende  
 Gilder S S B 9-12  
 Glatt M M 113  
 gonorré 67  
 gruppterapi 142  
 Gunne L-M 54, 160  
 gängmissbruk 50, 51  
 Göteborg 69, 75  
  
 hallucinationer 50, 53  
 hallucinogener 41, 51-58, 61  
 Harney M L 104, 106, 107,  
   109, 129  
 Harrison Act 105, i 08  
 haschisch 40, 43, 44, 51-56,  
   61, 62, 72, 77-80, 83, 84,  
   99, 100, 129  
 haschpsykos 54, 55  
 haschspridning 68, 77  
 Hassela 154, 155  
 Helsingfors 7, 75  
 heminevrin 61  
 heroin 11, 22, 34, 45, 46, 61,

- 62, 69, 73, 78, 103, 105-110, 114, 117
- heroinist 50, 108, 109-113, 137
- Herulf B 79, 87
- Himalaya 56
- hippies 55, 56
- historisk avgränsning 72, 74
- hjärnskrumpning 54
- Hofmann A 57
- Holland 74
- Home office
- Homeros 44
- Hongkong 45, 129
- Horder J P 69
- Hov 69, 158
- Hughes P H 70
- Huxley A 111
- Hälsingland 156
- Ilta-Sanomat 7
- impotens 13, 15, 26, 47
- Indien 44, 106
- infektionssjukdomsmodell 68
- inläring 37
- insekter 12
- intravenöst missbruk 11, 24, 31, 46, 41, 58, 67, 78-83, 88, 99, 109, 114, 118-122
- Irland 102
- Italien 45, 107
- Jacobsen M 61
- Jaffe J H 69, 70
- James I P 69, 112, 113
- Japan 56, 74, 78, 102-106, 128, x66-170
- Jeppé 16
- Jo 172
- Jones L E 135
- Jonsson G 95
- Jämtland 153, 156
- Kanada 112
- karaktärsförändringar, se personlighetsförändringar
- Karolinska institutet 9
- Kina 37, 44, 56, 83, 104, 106, 107, 166
- kineser 107
- kleptomani 39
- kloroform 61
- knarknojor 14
- "knarkö" 165, 166
- kokablad 47, 79
- kokain 21, 22, 38, 40, 41, 47-51, 61, 62, 74, 83, 106, 114
- kolera 66, 67
- kontaktsmitta 67, 72
- kriminalitet 18, 49, 79, 88, 91, 95, 102, 107, 109, 118, 125, 128, 163, 166, 171
- kristna världen 83
- kromosomförändringar 58
- Kälvesten A-L 95
- könsdrift, se sexualitet
- könsproportioner 72, 78, 79, 90, 101, 104, 106, 122, 145
- Köpenhamn 7, 75
- lagstiftning 62, 63, 65, 73, 103, 105-107, 110, 165-167, 170
- langare 99
- Laos 44
- Lasius flavus 35, 36
- Leary T 111
- "legal" förskrivning 106, 107, 112-114, 126, 128, 137, 165
- Lewin L 38
- Lexington 105, 109, 148, 149
- Libanon 107

- liberal förskrivning, se "legal" förskrivning
- Lichtenstein P M 77, 105
- Lindberg B J 68, 69
- Lindesmith A R 109-111
- Lindroth 35
- Lomechusa 35, 37
- London 69, 75, 115, 137
- LSD 41, 53-58, 61, 82, 110
- LSD-psykos 57
- lugnande medel 25, 58-61, 65, 90
- lust och olust 12, 24-31, 33-35, 87, 88, 130, 147, se även narkomani, driftsmässig karaktär
- lustoptimering 29
- läkemedelsberoende, se beroende
- Långbro 171, 172
- Löken T 157, 158
- lönsamhet, se narkotikahandel
- lösningssmedel 59-61
- maffian 107
- magnecyl 44
- makroepidemier 71
- marihuana 40, 43, 44, 51-56, 61, 106, 110
- Marks V 113
- massivitet 68, 71, 72
- Maurice C 7
- medicinalpersonal 65, 133
- Mellersta Östern 44
- menstruation 47, 105
- meprobamat 25, 61
- meskalin 41, 61, 111
- metadon 45, 61, 105, 114
- Mexico 69, 107
- mikrober 66
- mikroepidemier 70, 71
- Mindre Asien 44
- missanpassning 19, 21, 164  
 psykisk 15, 18, 19, 80, 102, 133  
 social 18, 19, 79, 80, 90, 101, 124, 133
- missbruk 10, 15-18, 22, 23, 37, 38, 40, 44-47, 61, 63, 82, 131, 134, 140; se även narkomani  
 kännetecken vid 98-100
- missbruksbeteende 68
- missbruksepidemier 80, 81, 166
- modekänslighet 72, 81, 82
- mohammedanism 78, 83
- mordbrandsepidemier 68
- morfin 40-46, 61-64, 83, 90, 91, 105, 114, 126, 158
- morfinbas 90
- morfinderivat 40
- morfinist 44-46, 50, 84, 157
- motiv 23
- mottaglighet 19, 21, 68, 71, 82, 88, 89, 95, 130
- myror 35-37
- nagelbitning 39
- narkomaner 22, 82, 131
- narkomani 19, 22, 24, 134  
 hos apor 31-34  
 behandling 139-142, 147-165, 168, 170-173; se även narkomanvård  
 blandformer 60, 83  
 definition 17  
 hos djur 31-38  
 driftsmässig karaktär 15-17, 22-24, 28, 30, 38, 97, 130, 131, 134

- endemisk 64, 78, 79, 83-85,  
 92, 94, 150  
 epidemisk 64-92, 101, 108-  
 111, 130, 132, 137, 142,  
 149  
 hos insekter 12, 35-37  
 klassificering 64-97  
 hos läkare 65, 133-137, 164  
 hos myror 35-37  
 orsak 20, 111  
 singlefall 64, 65, 73, 85, 91  
 smittsam spridning 66-74  
 som "symtom" 10, 15, 18,  
 19, 21, 22  
 terapeutisk 64, 73, 83, 85-  
 87, 89-94, 101, 104, 105,  
 108, 112  
 narkomanvård 139-142, 147-  
 165, 168, 170-173; se även  
 narkomani, behandling  
 narkomanvårdskommittén 123,  
 141, 142  
 narkotika 31, 40-63, 80, 133  
 narkotikabruk 23, 24  
 narkotikadispensärer 106, 108  
 narkotikaepidemier 69-92, 101  
 - 129, 115-117, 144, 151  
 narkotikahandel 44, 163, 166  
 narkotikamissbruk, se missbruk  
 narkotikapolitik 40, 73, 74,  
 110, 111, 120, 121  
 liberal 73, 111, 120, 125,  
 128, 132, 169  
 restriktiv 75, 109, 111, 125,  
 128, 129, 132, 166; se även  
 lagstiftning  
 nationalitetsavgränsning 77  
 negativ eufori 47  
 nembutal 58  
 Nepal 56  
 New Delhi 55  
 New York 69, 77, 105  
 nikotin 43  
 nikotinism 18, 20, 22, 43, 94,  
 131  
 Nilsson L 35, 36  
 "nojor" 49, 50, 54  
 Nordafrika 83  
 Norge 63, 65, 96, 163  
 Norrland 153  
 Nycander S 151  
 nykterhetsnämnder 63  
 nykterhetsvård 150  
 nykterhetsvårdslagen 63  
  
 O'Brien W 157  
 Odense 75  
 O'Donnell J A 105  
 Olds J 12, 30  
 olust, se lust  
 opiater 60, 61, 82, 137  
 opiatnarkomani 26, 44, 61,  
 104, 105, 112  
 opinion 166-169  
 Opium 40, 44-47, 61, 105-107  
 opiummissbruk 40, 44-47  
 opiumrökning 37, 74> 83, 104,  
 x06  
 organskada 61  
 Oslo 7, 69, 76, 158  
  
 palfium 45  
 paranoida reaktioner 49, 50,  
 54  
 Paris 75  
 pentazocin 45  
 pentymal 61  
 personlighetsförändringar 49,  
 55, 57, 81  
 personlighetsstörningar 10, 9r,

- 129, 159
- Peru 106, 107
- perversioner 69
- Pescor M J 135
- polisklientelet i Stockholm 120  
-128
- polisoffensiv 120
- predisponerande faktorer 19
- preludin 41, 48, 51, 61, 81,  
118
- prevention, se förebyggande
- prostitution 18
- psilocybin 41, 61
- psykiska epidemier 68, 69
- psykos 14, 50, 54-59, 90
- psykoterapi 142
- puertoricaner 107
- pyromani 39
- Quinn W F 135
- Rado S II, 27
- registrering 65, 108
- Retterstöl N 69
- riskgrupper 85-89
- ritalina 14, 48, 51, 61; se även  
centralstimulantia
- rogivande medel 23, 41, 86
- Rollestone Act tio
- Råby 76
- rådgivning 28
- rådgivningsbyrå 173
- rättor 12, 30, 51
- rökbegär 20
- sadism 39
- samhällsutvecklingens roll 142-  
145
- schizofreni 50
- Schweiz 106
- Seevers M H 12, 31, 32, 34
- sexualdrift 11, 12, 16, 28, 130,  
135
- sexualitet i 1, 25, 26, 31
- Single Convention 40
- singlefall 64-65, 73, 85, 90
- självetablerad narkomani 65,  
112
- självordsepidemier 68
- skalbaggar 35, 37
- Skandinavien 41, 52, 69, 129,  
157
- smittexposition 68, 89
- smittkontakt 72, 80
- smittkoppor 86
- smittmassivitet 80, 81
- smittotryck 68, 80, 89
- smittrisker 20, 80
- smittsamhet 91, 130, 151, 152,  
162, 165
- smittspridning 19, 76, 115-117
- "snedtändning" 53
- sniffning 59, 60, 63, 78
- Snow J 66
- socialmedicinsk klassifikation  
64-97
- socialvård 171
- Sovjetunionen 104
- Staffanstorp 76
- stickmärkesundersökningen  
120-128
- Stockholm 31, 67, 69, 75, 77,  
79, 95, 118-128, 142, 150
- storhetsvansinne 49
- störningar, se missanpassning
- Strömgren E 69
- Sverige 14, 33, 49, 67, 73, 74,  
80, 91, 92, III-129, 141,  
153, 170-174
- Sydamerika 79



- symtom 18-20  
symptomteorin, se narkomani,  
som "symtom"
- Synanon x56, 157  
Syrien 107  
sällskapsdrinkande 93  
sömnmedel 23, 41, 58, 60, 61,  
65, 84, 86, 90, 103, 114, 137
- Teigen A 69  
tetrahydrocannabinol 43, 55  
terapeutiska narkomanier, se  
narkomani, terapeutisk  
terapeutiska byar 155, 156  
terapeutiskt samhälle 157  
Thailand 44  
THC 43, 55  
thinner 42, 59-61, 63, 78, 103  
Thompson W 135  
tillgänglighet 73, 94, 102, 133,  
134  
tillvänjning 46  
tobaksrökning 10, 18, 20, 21,  
28, 78  
tolerans 46, 47, 59-61  
toxikomani 42, 94  
transmittorsubstanser 34  
trikloretylen 42, 59-61  
tuberkulos i g, 20, 86, 92  
Turkiet 107  
TV 169  
Tyskland x02, i06
- Ullevåls sjukhus 157  
upplysning 133, 163, x64
- USA 45, 57, 77, 78, 82, 104-  
112, 129
- Vaillant G E 134, 148, 149,  
150  
valium 61  
vanebildning 48  
Werther 68  
Westerberg K A 154  
WHO 41, 42, 44, 45, 68  
Wien 41  
Vietnam 111  
vilja 24-28, 88, 131  
villkorlig dom 170  
vin 43  
vinalkoholism 25, 92  
voluntärfasen 23  
World Medical journal 9  
vård, se narkomanvård  
vårdbyar 155, 156, 160  
Värmland 156
- Zacharias G 7
- Ågren S 7  
åldersfördelning 72, 78, 89, 90,  
104, 124, 127  
Arhus 69, 75  
återfall 28, 34, 62, 73, 109,  
148, 149, 160, 161
- Öl 43, 44  
ölalkoholism 43  
Österman T 169  
Östeuropa 104, 129  
övervakning 149, 160

## ALDUSSERIEN *Fackböcker- populärvetenskap*

Litteratur, språk

J. Andersson-M. Furberg *Språk och påverkan*

Kaj Attorps-Tomas Oliv  
12 *moderna romaner*

Gunnar Brandell-Jan Stenkvist  
*Svensk litteratur 1870-1970,*  
1-3

Torben Broström *Modern svensk litteratur*

Heinrich Böll *Ros och dynamit*

Nils Erik Hansegård *Två-  
språkighet eller halvspråkig-  
het?*

S. I. Hayakawa *Vårt språk och  
vår värld*

Hermann Hesse *Hemligheter*

Ingvar Holm *Harry Martinson*

Hans Isaksson *Hängivenhet och  
distans. En studie i Lars  
Gyllenstens romankonst*

Magdalena Jaakkola *Språk-  
gränsen*

Ellen Key *Hemmets århundrade*  
(red. R. Åmbjörnsson)

Martin Lamm *Det moderna  
dramat*

Cecilia Lindqvist *Resa med  
Aron*

Artur Lundkvist *Läsefrukter*

Bertil Malmberg *Språket och  
människan*

- *Språkinläring*

- *Teckenlära*

Göran Malmqvist *Kinesiska är  
inte svårt*

Gavin Orton *Eyvind Johnson*

Britt-Ingrid Stockfelt-Hoatson

*Invandrarbarnen och språket*

Karl Sundén *Dikttoppen*

Gunnar Tideström *Ombord på  
Aniara - En studie i Harry*

*Martinsons rymdepos*

Philippe Wolff *Västerländska  
språk*

Konst, musik, film, teater

Henrik Cornell *Den svenska  
konstens historia I-II*

E. Kjellberg-G. Säflund *Grekisk  
och romersk konst*

Gösta Kjellin-Marie-Louise  
Ramnefalk *Modern dramatik  
- tio analyser*

Philip von Schantz *Vad är  
grafik?*

Rolf Söderberg *Den svenska  
konsten under 1900-talet*

Historia, samhällskunskap

Stefan Björklund *Politisk teori*

S. Hadenius-H. Wieslander-

B. Molin *Sverige efter ,goo*

S. Hadenius-L. Weibull *Press  
radio tv*

I. Lindblad-K. Wahlbäck-

C. Wiklund *Politik i Norden*

Olle Nyman *Utländska stats-  
skick*

Jan Olof Olsson *Leningrad-  
S:t Petersburg*

Mårten Stenberger *Sten Brons  
jäm*

Ivar Strahl *Den svenska  
kriminalpolitiken*

- *Makt och rätt*

Jörgen Ullenhag (red.) *Sam-  
hällsvetenskap På. 70-talet*

Politik, aktuell debatt

Hannes Alfvén *Kärnkraft och  
atombomber*

Jan Andersson-Mats Furberg

*Politik och propaganda*

Torbjörn Andersson-Margareta

Rydman *Grannskapsarbete -  
grannsamarbete*

Nils Bejerot *Narkotikafrågan  
och samhället*

- *Narkotika och narkomani*

Barry Commoner *Cirkeln sluter sig*  
Gösta Ehrensvärd *Före - efter*  
- *En väv av möjligheter*  
Sven Forssman m.fl. *Arbetsmiljö*  
Tor Ragnar Gerholm *Futurum*  
*exaktum*  
S. & R. Godlovitch-J. Harris  
*Djur, människor, moral*  
Robert L. Heilbroner *Människans framtid*  
Ivan Illich *Den farliga sjukvården*  
- *Energi och jämlikhet*  
Andres Kung *Vad händer i Baltikum?*  
- *Sverige, Sverige, fosterland!*  
Andres Kung-Olof G. Tandberg  
*Jordens förtryckta*  
Nils-Erik Landell *Fågeldöd*  
*fiskhot kvicksilver*  
- *Hallonbergen*  
Göran Leijonhufvud *Mag*  
*Zedong och den ständiga revolutionen*  
Sven Lindqvist *Arbetsbyte*  
Seymour M. Lipset *Den politiska människan*  
Norman Mailer *Miami och Chicagos belägring*  
- *Nattens arméer*  
Carin Mannheimer *Rapport om kvinnor*  
Ingvar Rydberg *De arabiska revolutionerna*  
Ingrid Sjöstrand *Samhem*  
*Svenska partiapparater*  
Alvin Toffler *Framtidschocken*  
- *Ekospasmrapporten*  
Kerstin Vinterhed *Makt människor emellan*  
Tordis Örjasäter *Barn, böcker och massmedier*

Ekoomi, sociologi, geografi  
Vilhelm Aubert *Rättssociologi*  
William Barber *De ekonomiska idéernas historia*  
Wilfred Beckerman *Leve tillväxten!*

[I. E. Berglund-R. Grubbström-L. Halldé](#) *Vad är operationsanalys?*

[I. E. Berglund-K. H. Petersson](#)  
*Produktionens omvärld*  
Ulf Brinck-Inger Larsson, *Vårdvakt vanmakt*  
Kettil Bruun *Alkohol i Norden*  
Bengt Börjeson-Kerstin Vinterhed *Fem familjer i Sverige*  
Lewis Coser *Social konflikt*  
Robert Dorfman *Prissystemet*  
- *Priser och marknader*  
Åke Elmér *Från Fattigsverige till välfärdsstaten*  
Lars T. Eriksson *Konsumentkontakt och producentpåverkan*  
Amitai Etzioni *Moderna organisationer*  
Richard T. Gill *Den moderna nationalekonomi*  
- *Ekonomisk tillväxt - förr och nu*  
Peter Hall *Världsstäderna*  
Ragnar Hauge *Kriminalitet som ungdomsfenomen*  
Eli F. Heckscher *Svenskt arbete och liv*  
Alex Inkeles *Vad är sociologi?*  
Joachim Israel *Sociologi 1-2*  
Sven-Åke Johansson *Arbetsstudier*  
Sara Lidman-Odd Uhrbom  
*Gruva*  
Assar Lindbeck *Svensk ekonomisk politik*  
- *Blandekonomi i omvandling*  
Sven Lindqvist *Slagskuggan*  
- *Jord och makt i Sydamerika*  
Mats Lundahl-Bo Södersten  
*Utvecklingsekonomi 1-2*  
Karl Marx *Människans frigörelse*  
Margaret Mead *Kvinnligt, manligt, mänskligt*  
Richard Normann *Skapande företagsledning*  
Eric Rhenman *Systemsamhället*  
E. Rhenman-B. Stymne *Företagsledning i en föränderlig värld*  
Israel Ruong *Samerna*  
Gösta Rylander *Samhället och de psykiskt avvikande*  
Neil J. Smelser *Ekonomisk sociologi*  
Bertil Sundin *Individ,*

*institution, ideologi*  
Per Erik Wahlund *London-  
promenader*

## Religion

Walther Eidlitz *Livets mening  
och mål i indisk tankevärld*  
Emilia Fogelklou *Birgitta*  
Helmuth von Glasenapp *De fem  
världsreligionerna*  
Geo Widengren *Religionens  
ursprung*  
Bryan Wilson *Religiösa sekter*

## Filosofi, psykologi, pedagogik

J. Andersson-M. Furberg  
*Språk och påverkan*  
- *Politik och propaganda*  
Per Ankjär *Själhjälp*  
Michael Argyle *Människor  
emellan*  
H. R. Beech *Beteendeterapi*  
Leonard Berkowitz *Social-  
psykologi*  
Lars Bremberg *Terapeutiska  
sanhällen*  
Gerda von Billow *Barn rum  
form*  
Christer Båge *Ett spel om syn-  
dabocker*  
- *Familjeterapi - teori och till-  
lämpning*  
Båge m.fl. *Miljöterapi: Gemen-  
skap och behandling*  
Charles Dropsy *Leva i sin kropp*  
Anne-Marit Duve *Det första lev-  
nadsårets psykologi*  
Thord Erasmie *Barn - ungdom*  
- *Tonåring i hem skola samhälle*  
- *Vuxenutbildning*  
- *Handbok för vuxenstuderande*  
[M. L. Ferard-N. K. Hunnybun](#)  
*Samtal till hjälp*  
Stig Phaner *Psykologisk testning*  
Kenneth Forslund *Människan i  
vården*  
Michel Foucault *Vansinnets  
historia*  
Selma H. Fraiberg *De magiska  
åren*  
Victor Frankl *Livet måste ha  
mening*

Dorrit Fredriksson *Dukti Imbri*  
Jan Freese-Lars Lidberg-Jonas  
Thorén *Rättspsykiatri*  
Sigmund Freud *Drömtydning*  
Mats Furberg *Tankar om döden*  
Hans Granqvist *Lyssna inåt!*  
Hanne Haavind m.fl. *Myten om  
den goda modern*  
Thomas A. Harris *jag är Okay  
- du är Okay*  
Ingemar Hedenius *Livets  
mening*  
Hans Hof *Mer människa*  
J. Krishnamurti *Att vara fri  
- Bortom våldet*  
Eva-Mari Köhler *Samfostran*  
R. D. Laing *Det kluvna jaget  
- Knutar  
- Själ och andra*  
R- D. Laing-A. Esterson  
*Mentalsjukdom och miljö*  
Sven-Eric Liedman *Från Platon  
till Mao Zedong*  
Maud Mannoni *Familjens  
"neurotiska" barn*  
Rollo May *Kärlek och vilja  
- Makt och oskuld*  
A. S. Neill *Fria barn - lyckliga  
människor  
- Frihet - inte självsvald!*  
G. Z. Nordström-C. Romilson  
*Bilden, skolan, samhället*  
Clara Claiborne Park *Beläg-  
ringen*  
Neil Postman-Charles Wein-  
gartner *Lära för att överleva  
- Skolboken*  
Finn Rasborg *Undervisningsme-  
toder och arbetsmönster*  
Sigvard Rubenowitz *Personlig-  
hetspsykologi*  
Michael Rutter *Modersdepriva-  
tion*  
Carl Ivan Sandström *Utbild-  
ningens idéhistoria*  
Jean-Paul Sartre *Existentialis-  
men är en humanism*  
H. R. Schaffer *Sociabilitet*  
Milton Schwebel-Jane Raph  
*Piaget i skolan*  
Britt-Ingrid Stockfelt-Hoatson  
*Invandrarbarnen och språket*  
Thomas Szasz *Psykisk sjukdom -  
en myt*

- *Det andra syndafallet*  
*Hjalmar Wergeland Vad är*  
*barnpsykiatri?*  
Georg von Wright *Logik,*  
*filosofi och språk*

*Astronomi, fysik, matematik,*  
*statistik*

*Lars Olof Björn Ljus och liv*  
*Gösta Ehrensverd Före - efter*  
- *En väv av möjligheter*  
- *Levande materia*

*Tor Ragnar Gerholm Futurum*  
*exaktum*

- *Fysiken och människan*  
*Poul Chr. Matthiessen Befolk-*  
*ningsutvecklingen*

[W. A. Wallis-H. V. Roberts](#)  
*Vad är statistik?*

*Biologi, medicin*

*Nils Bejerot Narkotika och*  
*narkomani*

*O. G. Edholm Arbetets biologi*  
*Seymour Fischer Kvinnans*  
*orgasm*

*R. L. Gregory Öga och hjärna*  
*Eric Horning-Stefan Josefsson*  
*Knark*

*Ingmar Holmåsen Växter och*  
*djur i fjällen*

*Björn Kurtén Björnen från*  
*Drakhålan*

*Bengt Källén Fosterskador*  
*Nils-Erik Landell Stress i arbets-*  
*livet*

*Frederick Leboyer Födans utan*  
*våld*

*Margaretha Lovenius Det är ditt*  
*problem*

*Gösta Rodhe-Heng Österberg*  
*Barn och stress*

*K. Schmidt-Nielsen Djurens*  
*fysiologi*

[H. A. Witkin-H. B. Lewis](#)  
*Experiment med drömmar*

*Andra världskriget*

*A. J. Barker Pearl Harbär*  
- *Självordsvapen*

*Gerhard Boldt Hitlers sista*  
 *dagar*

*Richard W. Condon Finska*  
*vinterkriget*

*Günther Deschner Warszawa*  
 *reser sig*

*Constantine FitzGibbon London*  
*brinner*

*Benis M. Frank Okinawa -*  
*slutsteg mot segern*

*G. S. Graber Stauffenberg och*  
*attentatet mot Hitler*

*Domick Graham Slaget om*  
*Montecassino*

*Judith Holmes Olympiaden 1936*  
- *Hitlers propagandatriumf*

*Geoffrey Jukes Försvaret av*  
*Moskva*

- *Pansarlaget vid Kursk*  
- *Stalingrad - vändpunkten*

*John Keegan Barbarossa - invasionen i Ryssland 1941*

- *Waffen SS - asfaltsoldaterna*  
*Roger Manvell Göring*

- *SS och Gestapo*

*David Mason Attack mot*  
*Saint-Nazaire*

- *Utbyggnaden - offensiven till*  
*Seine*

- *Ubåt*

*R. John Pritchard Riksdagshus-*  
*branden*

*Roger Sibley - Michael Fry*  
*Rommel*

*James W. Stock Slaget om*  
*Tobruk*

*R. W. Thompson D-dagen -*  
*invasionens spjutspets*

*Nikolai Tolstoy Hitler rensar ut*  
- *de långa knivarnas natt*

*Rose Tremain Suffragetterna*  
*Charles Whitings Slaget om*  
*Ruhr*

- *Patton*

*John Williams Frankrikes fall*  
*Alan Wykes Hitler*

- *Leningrads belägring*  
- *Himmler*

- *Hitlers livvakt*

*Peter Young Commandos*  
*Earl F. Ziemke Slaget om*  
*Berlin*

Narkotika och narkomani ger en inträngande och lättförståelig bild av det komplicerade problemets alla sidor. Den alarmerande utvecklingen i Sverige skildras i detalj. Materialet är grundläggande och outhärligt för envar som vill sätta sig in i frågan.

Nils Bejerot är psykiater och socialmedicinare. Han har under fyra år tjänstgjort som forskningsläkare i narkomani vid Statens medicinska forskningsråd och är nu docent i socialmedicin vid Karolinska institutet.

*Bejerot är utan tvekan en av dem i Norden som vet mest om narkomani.*  
Professor Nils Retterstöl

*Narkotika och narkomani är den bästa populärt skrivna sammanfattningen av ämnet som idag står att läsa på svenska.*

S.E. Björkqvist i Hufvudstadsbladet

*Särdeles konkret och realitetsbetonad, präglad av författarens enorma erfarenhet och suveräna pedagogiska och stilistiska förmåga.*

Professor Erik Strömgren i Soc med tidskr

*Bejerot skriver på ett medryckande, kunnigt och korrekt sätt, sakligt men ändå lättförståeligt.*

Docent Gunnar Götestam i Läkartidningen

**28:de tusendet**

Bonniers vln

ISBN 91-0-040548-5