



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

AMFETAMIN OCH ADHD HOS VUXNA

En kvalitativ studie av centralstimulantias funktion för vuxna med ADHD

SW2226, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits

Magisteruppsats

090605

Författare Tony Larsson

Handledare Tom Leissner

ABSTRACT

Titel Amfetamin och ADHD hos vuxna - En kvalitativ studie av centralstimulantias funktion för vuxna med ADHD.

Författare Tony Larsson

Nyckelord Missbruk, Självmedicinering, ADHD, centralstimulantia, amfetamin.

Det förekommer att man i socialt arbete möter amfetaminmissbrukare som hävdar att de använder sig av drogen i självmedicinerande syfte. Preparat såsom Ritalin och Concerta som används vid medicinering av personer med ADHD innehåller samma centralstimulerande ämnen som amfetamin. Studier har också visat att personer med ADHD löper en ökad risk att hamna i missbruk.

Syftet med denna studie är att undersöka centralstimulerande drogers funktion för vuxna personer med ADHD utifrån begreppen självmedicinering och identitet, samt att spåra eventuella skillnader och förändringar i förhållande till dessa begrepp efter påbörjad medicinering med centralstimulerande läkemedel. Syftet har sedan ytterligare preciserats genom fyra konkreta frågeställningar.

Studien genomfördes med hjälp av kvalitativ metod i form av löst strukturerade tematiska intervjuer med nio personer som har eller haft ett missbruk av centralstimulerande droger samt har diagnostiserad ADHD. Intervjupersonerna delades in i tre grupper där en grupp ej påbörjat medicinering med centralstimulantia, en andra nyligen påbörjat medicinering och en tredje medicinerat en längre tid.

Resultatet visar att missbruket av amfetamin för intervjupersonerna fyller självmedicinerade funktioner i det att drogen skapar lugn och förmåga att fokusera. De är dock i olika grad medvetna om dessa funktioner. Medicinering med centralstimulantia fyller samma funktioner men ger en mer jämn och tillförlitlig effekt, samt att intervjupersonerna undgår flera av de negativa konsekvenser som är behäftade med narkotikamissbruk. Medicineringen har också positiva effekter för intervjupersonernas identitet och självuppfattning då det ger dem möjlighet att stärka och utveckla andra identiteter än den som missbrukare.

ABSTRACT

Title Amfetamin och ADHD hos vuxna - En kvalitativ studie av centralstimulantias funktion för vuxna med ADHD.
Author Tony Larsson
Keywords drug abuse, self medication, ADHD, central stimulants, amphetamine

In the context of social work one sometimes encounter amphetamine addicts claiming that they use the drug for self medicating purposes. Prescription drugs like Ritalin and Concerta that are used for medicating persons with ADHD contains the same central nervous system stimulants that is found in amphetamine. Studies have also found that people with ADHD are at greater risk of abuse and addiction.

The purpose of this study is to examine the central stimulant drugs function for adults with ADHD from the concepts of self medication and identity, along with the intention to trace possible divergences and changes in relation to these concepts after the commence of medication with central stimulant prescription drugs. The purpose has than been further defined by four concrete issues.

The study was conducted with use of a qualitative method, namely semi-structured thematic interviews with nine persons that have or had abused central stimulant drugs and been diagnosed with ADHD. The subjects was parted into three groups whereas one hadn't begun medication with central stimulant drugs, another that recently had begun medicating and a third that's been medicating for some time.

The results show that the subject's abuse of amphetamine fulfils self medication functions in the sense that the drug enables them to feel calm or to focus. They themselves are at varying degrees aware of these functions. Medication with central stimulant drugs fulfil the same functions but give the subject a more continually and reliable effect. Also, the subjects manage to avoid some of the negative consequences associated with drug abuse. The medication also have positive effects for the subjects identity and self-apprehension as it gives them the opportunity to strengthen and develop other identities then the one as being an drug-addict.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	2
INLEDNING	3
BAKGRUND OCH TIDIGARE FORSKNING	4
Amfetamin som missbruksdrog och medicin	4
Diagnosen ADHD	6
<i>Två närliggande diagnoser</i>	9
ADHD, missbruk och medicinering	10
Ett kritiskt perspektiv på ADHD-diagnosen	13
SYFTE	15
Frågeställningar	15
METOD	16
Metodologi	16
Bakgrund	17
Studiens genomförande	17
Etiska överväganden	19
Begreppsdefinitioner	19
<i>Missbruk</i>	19
<i>Drogfrihet</i>	20
<i>Centralstimulantia, amfetaminpreparat etc.</i>	20
TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	21
Missbrukets funktion	21
Teorin om självmedicinering	23
Missbruk och identitet	26
<i>Stämplingsteori</i>	28
RESULTAT OCH ANALYS	32
Kort presentation av intervjupersonerna	32
Om missbrukets olika funktioner	33
Självmedicinering med centralstimulantia	35
<i>Missbrukspreparat, dosering och intagsätt</i>	41
<i>En svår balansgång</i>	43
Alkohol och andra droger	46
De andra	49
Amfetaminet och identiteten	52
Barndom uppväxt och social situation	54
ADHD-diagnosens betydelse	56
Ritalinets roll	58
Förändringar	61
DISKUSSION OCH AVSLUTANDE KOMMENTARER	67
KÄLLFÖRTECKNING	70
BILAGOR	74
Bilaga 1 - Skriftlig information kring studien och villkor för medverkan	
Bilaga 2 – Samtycke till medverkan i studien	

INLEDNING

I socialt arbete kan man emellanåt komma i kontakt med individer som diagnostiserats med eller befaras ha ADHD och som missbrukar någon form av centralstimulantia, vanligtvis amfetamin. Dessa individer uttrycker inte sällan att de använder drogen för att kunna koncentrera sig eller att hålla sig lugna; påståenden som inte kan avfärdas som ovidkommande då läkemedel såsom Ritalin och Concerta som används för att medicinera personer med ADHD i grund och botten innehåller samma centralstimulerande substanser. Det faktum att preparaten innehåller samma ämnen som det illegala amfetamin som missbrukas har dessutom gjort användandet av dessa medicinska preparat kontroversiell. Delvis har man ifrågasatt riktigheten i att ge preparat som innehåller substanser som kan missbrukas till barn och unga; delvis finns en föreställning om att förskrivandet av Ritalin och Concerta till amfetaminmissbrukare bara är ett sätt att legitimera och ge dispens åt dessa individers missbruk. Utöver detta ställer sig dock ett flertal intressanta frågor rörande kopplingen mellan centralstimulantiamissbruk, ADHD och medicineringen av ADHD med centralstimulerande läkemedel. Vilka funktioner fyller missbruket av centralstimulerande droger för missbrukare med ADHD och kan medicinering med legala centralstimulerande preparat fylla samma funktioner? Hur ser centralstimulantiamissbrukare med ADHD på sig själva och sitt missbruk? Genererar användandet av legala preparat förändringar i självbild och identitet i förhållande till användandet av illegala preparat? Att få svar på frågor som dessa är intressant främst utifrån att de i vissa avseenden kan förändra vårt sätt att se på missbruk och missbrukare.

Vid en genomgång av forskningen kring frågor som de ovan ställda har jag funnit en mängd medicinvetenskapliga studier som utifrån olika frågeställningar men nästan uteslutande genom kvalitativa metoder undersökt sambandet mellan legalt och illegalt användande av centralstimulantia och ADHD. Jag har istället valt att göra en kvalitativ studie där nio vuxna personer med ADHD och med ett tidigare eller pågående missbruk av amfetamin själva fått berätta om sina erfarenheter för att kunna skapa en bättre inblick och förståelse för denna typ av problematik. Några av intervjupersonerna har också påbörjat medicinering med legala centralstimulerande preparat, vilket givit möjlighet att även studera förändringar som skett och de skillnader som finns mellan legala och illegala preparat.

BAKGRUND OCH TIDIGARE FORSKNING

Amfetamin som missbruksdrog och medicin

Samlingsnamnet Centralstimulantia [CS] innefattar förutom amfetamin även substanser som kokain och katinon (kat). De gemensamma egenskaperna för alla de separata substanser som täcks av begreppet är att de på något sätt stimulerar transmissionen av transmittorsubstanserna adrenalin, noradrenalin, dopamin eller serotonin (McKim, 2003). Att närmare gå in på hur de neurofysiologiska förklaringsmodellerna över substansernas effekt eller hur dessa skiljer sig åt för de olika preparaten är avancerat och ligger utanför intentionen med detta arbete. De mer konkreta effekterna substanserna har på den mänskliga kroppen är ökad hjärtfrekvens och förhöjt blodtryck. Amfetamin vidgar även luftvägarna, vilket varit en av anledningarna till att amfetaminpreparat i form av läkemedlet Bensedrine på 30-talet förskrevs till astmatiker. Andra effekter som kunnat konstateras är huvudvärk, muntorrhet, aptitlöshet och sömnstörningar. Det är dock sällan CS-drogerna missbrukas för dess rent somatiska effekter. Dessa är snarare oönskade bieffekter till de psykiska effekter man eftersträvar (Ibid.).

Ruset av en CS-drog beskrivs ofta i termer av välbefinnande, lust, eufori, energiskhet, förhöjt medvetande och ökat självförtroende. Upplevelserna av ruset är många gånger sammankopplade med starkt positiva känslor, vilket gör att personen känner ett sug efter att uppleva samma sak igen. På så sätt kan ett kraftigt psykiskt beroende av missbrukssubstansen snabbt byggas upp (Nordegren & Tunving, 1997). Kokain har beskrivits som den drog som både orsakar snabbast och svårast psykiskt beroende. Kokain är också den enda drog som bl.a. apor i djurförsök med självadministrering av preparatet fortsätter att ta frivilligt tills de avlider av återverkningarna (Hartelius, 2004). Något fysiskt beroende eller uttalade abstinenssymptom vid avbruten tillförsel av substansen, som är vanligt vid t.ex. opiatmissbruk, förekommer dock sällan i samband med missbruk av CS. Efter att de önskade effekterna av drogen klingat av infinner sig ett "bakrus", där missbrukaren känner apati, oro, ångest, trötthet o.s.v. För kokain som har ett kortare rus (ca. 40 minuter) än amfetamin (ca. 5 timmar) är detta bakrus inte heller lika allvarligt men för amfetaminister såväl som kokainister gäller att man kan skjuta detta oundvikliga bakrus på framtiden genom att tillföra mer av substansen. Många amfetaminmissbrukare är därför "igång" och tar nya doser amfetamin, ibland flera dygn i sträck innan de är så fysiskt utmattade att de tvingas sluta. Ibland används andra droger såsom cannabis eller benzodiazepiner för att "komma ned", d.v.s. för att inte bakruset skall bli alltför obehagligt (Nordegren & Tunving, 1997).

De psykiska effekterna CS har på missbrukaren är inte alltigenom positiva. Den som är amfetaminpåverkad blir lätt aggressiv eller agerar impulsivt. Denne kan också vara så uppe i varv att ett samtal eller resonemang från den påverkade blir svårt att följa. Den psykiska påfrestningen kan leda till att missbrukaren, speciellt under bakruset, får paranoida vanföreställningar. Fullt utvecklade psykosor förekommer också som en följd av amfetaminmissbruk (Ibid.). En annan, något underlig effekt av amfetaminintag är att missbrukaren kan bli "pundig". Att vara pundig innebär att man ägnar sig åt ett stereotypiserat beteende, som t.ex. utan egentligt ändamål plocka isär och sätta ihop en klocka eller att ytterst pedantiskt städa lägenheten. Samtidigt glömmar de allt annat som finns kring dem och blir irriterade om de blir avbrutna i sysslan. Den svenske psykiatrikern Gösta Rylander observerade i mitten av 60-talet dessa beteenden som kunde fortgå i flera timmar hos

missbrukare som tagit stora doser CS (McKim, 2003). De allmänt kända uttrycken ”punda” eller ”pundare” hänсыftar alltså egentligen till denna typ av beteende.

Amfetamin, som är en helt syntetisk drog, framställdes för första gången så tidigt som år 1887 och började i någon utsträckning under 1920-talet användas i medicinskt syfte mot t.ex. astma och vid sömnmedelsförgiftningar. Dock var det först under andra världskriget som preparatet fick en viktig funktion att fylla i och med dess förmåga att hålla soldater vakna och alerta under långa tider. Efter krigets slut lanserades det stora överskott på amfetaminpreparat till marknaden bl.a. som bantningsmedel och uppiggande medel. Preparaten ansågs länge som relativt harmlösa och det var först under mitten av 1950-talet som ett tungt, intravenöst missbruk av amfetamin kunde skönjas, främst i Japan och Sverige. Amfetaminpreparat kunde i Sverige på den tiden med enkelhet fås på recept medan de numera är narkotikaklassade och får endast skrivas ut på dispens på indikationerna narkolepsi, schizofreni eller neuropsykiatriska funktionshinder, såsom ADHD. Trots den strikta kontrollen av både preparat och injektionssprutor (som behövs vid intravenöst missbruk) är amfetamin den näst vanligaste drogen efter Cannabis i Sverige. Det mesta av det illegala amfetamin som idag finns att köpa i Sverige är tillverkat i de forna öststaterna och kostar ca 200 kr/gram, beroende på mängd, kvalitet och kontakter. Beaktansvärt är att amfetaminmissbruk i mångt om mycket är en typiskt skandinavisk företeelse. Preparatet är inte alls lika vanligt förekommande i t.ex. USA och Centraleuropa. Då illegalt bruk av amfetaminpreparat ändå uppmärksammas i USA handlar det oftast om metamfetamin; ett preparat som har starkare ruseffekter och längre verkningsstid. Istället är det kokain som i USA har en mycket större utbredning än i Skandinavien och övriga Europa (Nordegren & Tunving, 1997).

Kokain framställs genom en kemisk extraheringsprocess av kokablad. Kokaplantan växer i princip endast i Sydamerika, vilket innebär att så gott som allt kokain härstammar från detta område. Drogen användes fr.o.m. mitten av 1800-talet och fram till förra sekelskiftet vid behandling av ett flertal olika sjukdomstillstånd (bl.a. depression och tuberkulos) samt som lokalbedövningsmedel inom kirurgin. Vid 1800-talets slut började man inse kokainets skadeverkningar och kontrollen av drogen utökades därefter successivt. I USA är kokain relativt vanligt förekommande i jämförelse med hur det ser ut i Sverige. Kokain har fram tills nyligen varit en ovanlig drog i Skandinavien, kanske delvis beroende på att priset kunde vara så högt som 1500 kr/gram. De senaste åren har dock drogen fått större utbredning och priset har sjunkit markant. Kokain missbrukas också i en ytterligare purifierad form, vanligen kallad crack. Effekterna och bieffekterna vid användandet av kokain kan sägas vara ungefär desamma som för amfetamin, bortsett från att ett kokainrus är kortare och bakruset inte så påtagligt (Ibid.).

Kat (ä. khat, qat) är en planta som växer i vissa delar av Afrika. Bladen tuggas och ger en amfetaminliknande effekt, även om ruset anses vara mildare. Drogen är ovanlig utanför Afrika, mycket beroende på att stora kvantiteter behövs för att erhålla ett rus samt det faktum att bladen måste konsumeras medan de fortfarande är färska. Trots det har drogen fått en viss utbredning även i Sverige då den missbrukas av vissa etniska grupper som immigrerat till Sverige (Hartelius, 2004).

Såsom det påpekades ovan användes amfetamin under andra världskriget för att öka soldaternas uthållighet och prestationsförmåga i ansträngande situationer. Senare kunde man också kliniskt observera att amfetamin ökar prestationsförmågan även vid mer finmotoriska

eller mentalt krävande verksamheter, framförallt då det handlade om komplexa uppgifter som krävde en långvarig uppmärksamhet (McKim, 2003). En grupp som visat sig kunna dra nytta av denna egenskap hos amfetaminpreparaten är personer med neuropsykiatriska funktionshinder. Amfetaminets effekt på personer med denna typ av funktionshinder har studerats ända sedan 1937 och har i USA kommit att användas vid behandling av ADHD sedan 60-talet (Biederman & Faraone, 2005). I Sverige används vanligen preparatet metylfenidat som säljs under produktnamn såsom Ritalin och Concerta vid behandling av ADHD. Tabletterna finns att tillgå i olika styrka och utsöndringstakt. Från och med december 2008 får alla läkare med specialistkompetens i psykiatri eller rättspsykiatri skriva ut preparaten. Tidigare har den rätten endast varit förbehållen läkare med specialistkompetens i barn- och ungdomspsykiatri/neurologi, såtillvida man inte givits särskild dispens från Läkemedelsverket (Läkemedelsverket, 1999). I Socialstyrelsens kunskapsöversikt beskrivs amfetaminpreparatens funktion hos barn med ADHD såhär:

CS förbättrar koncentrationsförmågan och minskar överaktivitet och impulsivitet. Därigenom förbättras barnets sätt att fungera. Samvaron med andra underlättas och misslyckandena i vardagen blir färre. Barnet har också lättare att klara skolan. Dessutom tycks medicinen förbättra kognitiva funktioner som att tänka ut lösningar på problem. Den förbättrar också finmotoriken och minskar humörsvängningar. De positiva behandlingseffekterna gör att barn och ungdomar med ADHD under kritiska år av sin uppväxt får lättare att tillgodogöra sig hjälp och stöd från omgivningen och klara sin inläring bättre.
(Socialstyrelsen, 2004, pp. 38)

Man tillägger att biverkningarna av medicineringen oftast är lindriga i form av minskad aptit, insomningssvårigheter och magont. I några fall har det dock förekommit att barnens psyke har påverkats så kraftigt av medicineringen att man inte kunnat fullfölja behandlingen. För en av fem barn med ADHD har inte medicinering med CS haft någon positiv effekt. Man påpekar också att en normaldos av något av dessa preparat motsvarar ca. en hundradel av en normal missbrukardos av amfetamin (Ibid.).

Diagnosen ADHD

ADHD har under de senaste åren blivit ett mycket välkänt diagnostiskt begrepp för allmänheten. Socialstyrelsen (2002) har vid en sammanställning av ett flertal undersökningar från olika samhällen kommit fram till att andelen barn i skolåldern som har ADHD är omkring 2-5%. Förkortningen står för Attention Deficit/Hyperactivity Disorder och som namnet antyder innehåller diagnosen två olika typer av symptom, där det ena berör förekomsten av koncentrationssvårigheter och det andra förekomsten av hyperaktivitet hos den drabbade. I DSM-IV, som är en vedertagen psykiatrisk diagnosmanual, har man delat in diagnosen i tre subtyper; ADHD med företrädevis koncentrationssvårigheter som symptom, ADHD med företrädevis hyperaktivitet/impulsivitet som symptom samt en typ som uppvisar båda symtomgrupperna (MINI-D IV : Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR, 2002). Subtypen med företrädevis koncentrationssvårigheter som symptom benämns ibland även som ADD.

Applegate, Lahey & McBurnett (1994) kunde visa på att de konsekvenser som de olika subtyperna av ADHD var behäftade med skiljde sig åt. Medan gruppen hyperaktiva/impulsiva löpte större risk att visa uppförandestörningar (CD), trotssyndrom (ODD), ångest och depressivitet, löpte gruppen med koncentrationssvårigheter större risk presterade dåligt i skolan. Gruppen med kombinerade symptom förknippades med risken för påtagliga sociala problem i allmänhet. Diagnosen ADHD i sin helhet har kunnat associeras med en förhöjd risk för komorbiditet med ett flertal psykiatriska diagnoser såsom depression och bipolärt syndrom. Detta orsakar problem i att kunna tolka förlopps- och behandlingstudier av dessa individer (Socialstyrelsen, 2002) då det exempelvis kan vara svårt att skilja mellan vad som är ett symptom på den ena eller andra diagnosen. Enligt en studie (Biederman, Chase, Faraone, Kwon, Moore, Tanguay & Wilens, 2005) löper de personer som utöver ADHD har ett diagnostiserat substansmissbruk störst risk att kunna behäftas med någon ytterligare psykiatrisk diagnos. I undersökningens resultatdiskussion resonerar författarna kring att den komorbida psykiatriska problematiken vanligen föregått missbruksproblematiken samt att personer med komorbid problematik är utsatta för ett större psykiskt lidande, har en större benägenhet att använda droger som kompensation och därmed löper en större risk att utveckla ett missbruk. Barkley, Fischer, Fletcher & Smallish (2006) genomförde en studie av unga vuxna som haft diagnostiserad ADHD som barn med intentionen att tydliggöra dessa personers funktion i samhället, bl.a. avseende utbildning, arbete, sociala nätverk och sexualliv. Resultaten visade på att undersökningsgruppen hade lägre utbildning, blivit avskedade från fler jobb, hade mindre arbetskapacitet, färre vänner, blivit föräldrar tidigt och hade fler sexuellt överförbara sjukdomar. Resultaten från undersökningen kan tolkas som att beteendestörningen ADHD kan ha en stor inverkan på flera skilda områden av den drabbades liv.

Redan i början av 1900-talet fanns en diskussion kring de beteende hos barn som idag skulle förknippas med ADHD. Under 1930-talet började diagnosen MBD användas. Förkortningen stod från början för "Minimal Brain Damage" men ändrades sedan till "Minimal Brain Dysfunction". Denna och andra liknande diagnoser, exempelvis "Hyperactive Child Syndrome", som förekom i mitten av 1900-talet, lade dock först och främst fokus på de symptom som rörde motorisk hyperaktivitet (hyperkinesi) och impulsivitet. Det var först i slutet av 1900-talet när de olika DSM-manualerna började användas inom psykiatrin som man lade de symptom som rör koncentrationssvårigheter till diagnosen som kom att kallas ADHD (Biederman et al., 2007). Idag används två olika klassificeringssystem för att diagnostisera ADHD; ICD-10 och DSM-IV. Den förra är ett klassificeringssystem som innefattar alla typer av diagnoser, inte bara psykiatriska (I ICD-10 heter den diagnostiska motsvarigheten till ADHD Hyperkinetic Disorder – HKD). En viss skillnad finns i diagnoskriterierna mellan de två systemen, varför resultatet av bedömningarna ej heller kan förväntas bli helt desamma (Biederman et al., 2005). I DSM-IV ställs som kriterium att minst sex av de beskrivna symptomen varat i över sex månader, att de har orsakat nedsättningar innan personen fyllt sju år, samt att dessa nedsättningar är betydande för det sociala livet, skolgången eller yrkeslivet. Om kriterierna uppfylls både avseende koncentrationsproblemsymptomen och hyperaktivitets/uppmärksamhetssymptomen kan personen sägas tillhöra gruppen med kombinerade symptom. Exempel på de symptom avseende koncentrationssvårigheter som beskrivs i DSM-IV är att personen ofta är ouppmärksam på detaljer eller att denne inte verkar lyssna på direkt tilltal. Exempel på symptom som rör hyperaktivitet/impulsivitet är att personen har svårt att vara stilla med händer och fötter eller att personen ofta har svårt att vänta på sin tur (MINI-D IV : Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR, 2002).

I Sverige och i övriga Norden har man också använt den svenska psykiatriska diagnosen DAMP som är snarlikt ADHD. DAMP-diagnosen kan dock sägas vara något snävare än ADHD då personer med diagnostiserad DAMP också har motoriska och perceptuella svårigheter. Diagnosen lanserades av psykiatrikern Christopher Gillberg under 1980-talet men används inte längre inom psykiatrin (Beckman & Eriksson, 2004)

Den allmänna föreställningen om ADHD och diagnosens föregångare har länge varit att symptomen endast förekommer hos barn och unga och att de sedan försvinner när personen närmar sig vuxen ålder. Studier har dock kunnat visa att en nedgång av symptomen med stigande ålder visserligen är förhållandevis men att kring hälften av de personer som varit diagnostiserade med ADHD som barn har funktionsnedsättningar i vuxen ålder som påverkar dem i deras vardag. Samtidigt är dessa nedsättningar i vuxen ålder ofta inte tillräckligt signifikanta för att diagnoskriterierna skall kunna uppfyllas (Biederman et al, 2005). I andra studier menar man att 60% av de personer som diagnostiserats med ADHD som barn fortsätter ha kliniskt signifikanta symptom på ADHD i vuxen ålder (Levin & Mariani, 2007). En förklaring till att den allmänna uppfattningen så länge varit att symptomen försvinner vid vuxen ålder ser Russell (1998) i att även om symptomen inte försvinner då individen blir äldre så blir de vanligtvis subtilare och uppfattas inte lika lätt av omgivningen. Han anför som exempel att en vuxen person med ADHD troligen inte beter sig så uppenbart impulsivt att denne rusar ut i trafiken utan att se sig för men att man ändå kan ha ett beteende som i längden sänker livskvaliteten. Samme författare pekar också på det faktum att vad som idag benämns som ADHD föregåtts av snarlika diagnoser med andra namn, även om kriterierna ändrats något. Det innebär att den som diagnostiserats med t.ex. DAMP som ung under 80-talet då han nu blivit vuxen har en ”inaktuell” diagnos som inte används längre. Vad som också i sammanhanget är angeläget att understryka är att bortsett från det faktum att själva symptomen visat sig kunna återfinnas hos vuxna, har många av dem som varit drabbade av ADHD under barn- och ungdomsåren haft svårt att klara skolan p.g.a. sina problem. Att man hoppat av skolan tidigt med dåliga betyg inverkar förstås på de möjligheter man har senare i livet avseende yrkeskarriär, tillgång till högre utbildning, inkomst o.s.v. På samma sätt kan även andra sociala faktorer påverkas i tidig ålder utifrån de specifika svårigheter som är förknippade med ADHD och som senare i livet gör att man hamnar i en svår situation (Barkley et al., 2006).

Det finns ännu ingen fullständig bild av de neurobiologiska aspekterna av ADHD. Vad man ändå kunnat konstatera är att personer med ADHD har obalanser i transmittersystemet som rör transmittersubstanserna dopamin och noradrenalin (Biederman et al., 2007). I vissa studier har man konstaterat avvikelser i prefrontala områden i hjärnan hos barn med ADHD (Socialstyrelsen, 2002). Man har liksom inte heller kunnat redogöra för en entydig bild av orsakerna till ADHD även om genetiska förklaringar om ärftlighet har spelat en stor roll då man velat redogöra för symptomets uppkomst och orsaker. Biederman et al.(2005) har vid en sammanställning av ett stort antal undersökningar kring ADHD och ärftlighet uppskattat att ADHD kan förklaras utifrån ärftlighet till 76%. ADHD har också förklarats utifrån miljömässiga faktorer. Exempelvis ger komplikationer under graviditeten och förlossningen en förhöjd risk för att barnet skall drabbas. Likaså har intag av alkohol och nikotin under graviditeten visat ett samband med ADHD. Andra faktorer som i studier visat sig hänga ihop med en ökad risk för ADHD är t.ex. låg socialklass, stora familjer, kriminalitet bland föräldrarna, fosterhemsplacering och psykisk sjukdom hos modern. Det är dock inte

existensen av enskilda faktorer som ökar risken för ADHD, utan en samtidig förekomst av flera av dem (Ibid.)

Vad gäller behandlingen av ADHD så har medicinering med CS i flera studier visat sig ha effekt på de symptom som förknippas med diagnosen. Kritik förekommer dock emot att få studier har gjort några uppföljningar i ett längre perspektiv och att dokumentering av effekterna efter det att medicineringen avslutats saknas i forskningen (Socialstyrelsen, 2002). Biederman et al. (2007) tar i sin översikt av diagnosen upp teorin om att då hjärnan ur ett neurobiologiskt perspektiv möjligen ser annorlunda ut från födseln hos personer med ADHD jämfört med andra, så kan en neurokemisk förändring i hjärnan genom medicinering aldrig bli annat än tillfällig. Så snart medicinen slutar tillföras återgår hjärnan till sitt ursprungliga sätt att fungera då den på detta område inte kan utvecklas. Andra har menat att medicineringen i sig inte kan lösa de problem personer med ADHD möter men att denna medicinering kan vara en förutsättning för att annan samtidig behandling skall bli verkningsfull (Efron, 2006). Exempel på metoder som har visat sig framgångsrika i att dämpa ADHD-symptomen är manualbaserade psykosociala behandlingsprogram riktade till föräldrar och lärare (Socialstyrelsen, 2002).

Två närliggande diagnoser

Uppförandestörning [CD] är en psykiatrisk diagnos i DSM-IV som liksom ADHD sorteras under "Störningar som domineras av bristande uppmärksamhet och utagerande stort beteende". (MINI-D IV : Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR, 2002). Diagnosen förkortas ofta i vetenskapliga artiklar med CD efter den engelska benämningen Conduct Disorder. Förkortningen är också den jag valt att använda i detta arbete.

För att diagnosen skall kunna ges skall personen ha uppvisat "Ett upprepat och varaktigt mönster av beteenden som innefattar kränkning av andras grundläggande rättigheter eller för åldern grundläggande sociala normer och regler" (Ibid.). Man omnämner sedan ett antal kriterier varav minst tre skall ha uppvisats inom en tolv månadersperiod. Exempel är att man har hotat eller trakasserat andra, visat fysisk grymhet mot djur, avsiktligt förstört andras egendom, ofta skolkar från skolan o.s.v. Liksom vad gäller ADHD skall beteendet ha orsakat en reell funktionsnedsättning socialt, i arbetet eller i skolan. Diagnosen sätts vanligen på barn och unga då personer som fyllt 18 år istället ofta behäftas med diagnosen Antisocial personlighetsstörning. Man talar i DSM-IV också om olika svårighetsgrader av CD utifrån hur väl kriterierna för diagnosen uppfylls (Ibid.).

Det har visat sig att CD har en hög grad av komorbiditet med ADHD; d.v.s. att störningarna förekommer samtidigt hos en och samma individ. Som tidigare påpekats löper personer med CD en kraftigt förhöjd risk för att drabbas av flera olika svårigheter i livet, bl.a. missbruk (Hall & Lynskey, 2001).

Diagnosen trotssyndrom [ODD] är snarlik CD men lägger mer fokus på drag i personligheten än på de direkta handlingar individen utför. CD kan också sägas vara en mer allvarlig form av beteendestörning där normbrytande och destruktivitet är vanliga inslag, medan ODD innefattas av en mer negativ och fientlig hållning till omvärlden (Biederman, Mick & Spencer, 2007). Diagnosen får dock inte förekomma samtidigt som CD hos en person. På

engelska heter diagnosen Oppositional Defiant Disorder och förkortas vanligen ned till akronymen ODD. Denna förkortning används även för att benämna diagnosen i detta arbete.

För att uppfylla diagnostiseringskraven skall individen ha haft "Ett mönster av negativistiskt, fientligt och trotsigt beteende som varat i minst sex månader" (MINI-D IV : Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR, 2002). Diagnoskriterierna, varav minst fyra skall vara uppfyllda, är t.ex. att personen ofta tappar besinningen, grälar med vuxna, förargar andra med avsikt och ofta är hämndlysten eller elak. Även för denna diagnos gäller att den orsakat en signifikant funktionsnedsättning och att inte diagnosen Antisocial personlighetsstörning kan sättas på de personer som fyllt 18 år (Ibid.).

ODD är tätt förknippad med CD och har liksom den sistnämnda visat sig ha en hög komorbiditet med ADHD. Vad som ovan sagts under rubriken för CD angående förhöjd missbruksrisk och andra svårigheter gäller även för diagnosen ODD (Hall & Lynskey, 2001).

ADHD, missbruk och medicinering

Ett stort antal studier har genomförts för att kartlägga sambandet mellan ADHD och olika former av missbruk. Eftersom behandling av ADHD med preparat som i sig eventuellt kan missbrukas och i flera fall har stora likheter med de CS-preparat som missbrukas illegalt ständigt varit ett omdebatterat ämne, har likaledes många studier syftat till att undersöka aspekter och konsekvenser av denna behandling. Dessa studier har ofta varit av kvantitativ karaktär, där man testat en eller flera undersökningsgrupper mot en kontrollgrupp och på så sätt kunnat göra uttalanden om vad som är specifikt för undersökningsgruppen. Några undersökningar syftar snarare till att ge en samlad bild av tidigare funna resultat och är därmed att betrakta som metastudier av forskningsfältet.

I flera genomförda studier har författarna dragit slutsatsen att personer med ADHD i jämförelse med populationen i övrigt löper en förhöjd risk att drabbas av missbruksproblematik (t.ex. Abrantes, Biederman, Spencer & Wilens, 1997; Biederman, Faraone, Mick, Milberger, Spencer & Wilens, 1995; Poulin, 2007). Omvänt har man också funnit att det finns en högre procentandel personer med ADHD bland narkotika- och alkoholmissbrukare än i befolkningen i stort (t.ex. Asarnow, Hess, Shekim, Zaucha & Weeler, 1990; Evans, Kleber & Levin, 1998). Att man här ändå uttalat sig om kausaliteten i det att det är förekomsten av ADHD som ger en förhöjd missbruksrisk och inte tvärtom beror på att man kunnat diagnostisera undersökningspersoner med ADHD i unga år och innan missbruksproblematiken förelåg. Det skall också nämnas att vissa forskare förhållit sig kritiska till sambandet och menar att ADHD i sig inte innebär någon ökad risk för individen att senare fastna i ett missbruk. Istället är det ADHD i kombination med CD som utgör en ökad missbruksrisk (Lynskey & Hall, 2001; Disney, Elkins, Iacono & McGue, 1999). Utöver den förhöjda missbruksrisken bland personer med ADHD alternativt ADHD och CD har forskare också visat att dessa personer till skillnad från andra missbrukare har en tidigare missbruksdebut, mer sällan söker hjälp för att bryta sitt missbruk och behöver längre tid i behandling för att bryta missbruket. Missbruket hos personer med ADHD är också mer omfattande och har svårare konsekvenser för individen (Biederman, Mick & Wilens, 1998).

Få undersökningar har lagt vikt vid att föra resonemang kring tänkbara orsaker kring den förhöjda missbruksrisken. Ändock kan man dela upp de förklaringar som ges i sociala och neurologiska/genetiska orsakssamband. Ett försök att förklara sambandet utifrån sociala faktorer är att barn med ADHD i större utsträckning än andra har dåliga relationer med sina föräldrar och har svårare att klara av sin skolgång., vilket i sin tur gör individen predisponerad för att fastna i ett missbruk. Barn med ADHD kan i vissa fall också ha en bristande självkontroll och ett riskbeteende som gör att de i tonåren och vuxenlivet är mer benägna än andra att pröva och fortsätta använda droger då möjligheten ges (Bukstein, Martins, Molina, Pechansky, Rohde, ruaro & Szobot, 2007). På så sätt kan ett föreliggande drogmissbruk också betraktas endast som ytterligare ett symptom på CD (Barkley et al., 2004). Hall & Lynskey menar i en artikel (2001) t.o.m. att någon förhöjd missbruksrisk hos personer med ADHD inte föreligger, däremot att personer med CD löper en stor risk att hamna i missbruk och att flera personer med ADHD i tonåren utvecklar CD.

Bland de artiklar som skrivits i ämnet är de neurologiska och genetiska förklaringsmodellerna vanligast, vilket får anses naturligt såsom den absoluta majoriteten av studierna gjorts inom ramen för medicinsk forskning. Hos personer med ADHD har man kunnat konstatera abnormiteter i upptagningen av transmittorsubstansen dopamin i vissa delar av hjärnan, vilket i sin tur orsakar defekter i nervsystemets belöningssystem och exekutivfunktioner. Man har även kunnat konstatera abnormiteter i samma delar av hjärnan hos personer med diagnostiserat drogmissbruk. Likaså har defekter i belöningssystemet och exekutivfunktionerna visat sig vara en predikator för drogmissbruk (Bukstein et al., 2007). ADHD och missbruk kan därmed på så vis förklaras utifrån samma grundorsaker.

Biederman, Faraone, Fraire, Mick, Monuteaux, Petty, Purcell & Wilens har i en artikel (2008) undersökt anhöriga till personer som har ADHD eller drog- eller alkoholmissbruk och visar på en hög ärftlighet av både ADHD och missbruksproblematik. Man har här också kunnat påvisa samvariationer, d.v.s. att man konstaterat en förhöjd risk för ADHD bland barn till missbrukande föräldrar och bland andra släktingar till personer med missbruksproblematik. Slutsatsen de drar är att ADHD och drogmissbruk har gemensamma riskfaktorer. Författarna till artikeln verkar grunda sina antaganden i att dessa riskfaktorer är av genetisk art men utesluter samtidigt inte möjligheten att ADHD och drogmissbruk har separata genetiska orsaker men delar vissa miljömässiga faktorer som i sin tur skapar samvariationen.

Som jag senare i detta avsnitt skall återkomma till har man kunnat påvisa att CS- preparat kan fylla en särskild biokemisk funktion hos personer med ADHD. Carroll & Rounsaville (1993) kunde konstatera att 38% av de 298 personer i deras undersökning som sökte behandling för sitt kokainberoende diagnoskriterierna för ADHD. Dessa personer hade missbruksdebuterat tidigare och hade ett svårare missbruk än de övriga. Författarna drog därmed slutsatsen att missbrukarna med ADHD använde kokain för att självmedicinera med de symtom som förknippas med ADHD. Andra forskare har dock kommit fram till att personer med ADHD inte kan bevisas föredra någon typ av droger framför andra (Abrantes et al., 1997; Brady, Clure, Johnson, Rittenbury, Saladin & Waid, 1999).

Ända sedan 60-talet har man behandlat personer, främst barn, med ADHD och andra liknande diagnoser med CS- preparat. Experimentella studier av behandling med CS har pågått sedan 1937 (Doyle, 2004). Trots att behandlingen med CS därmed inte kan sägas vara ett helt nytt fenomen, har frågan varit mycket omdebatterad under senare år. Anledningarna till att ämnet

är så kontroversiellt är flera. Det faktum att man överhuvudtaget medicinerar minderåriga och även andra personer med substanser som i hög grad liknar dem som säljs illegalt som missbrukspreparat kan synas upprörande. Det har i debatten även funnits farhågor om att medicinering med CS- preparat gör en grupp som redan innan har en förhöjd risk att hamna i missbruk än mer predisponerade för ett illegalt amfetaminmissbruk. En annan ingång i debatten är att man velat medicinera bort beteenden hos barn och vuxna som förekommer i en naturlig variation men som inte är önskvärda i vårt moderna samhälle. Utöver detta finns den omständigheten att läkemedlen kan ge kännbara biverkningar för dem som behandlas, exempelvis nervositet, sömnsvårigheter, illamående och minskad aptit (*FASS: Läkemedel i Sverige*, 2001).

Trots att man inte tillfullo kunnat klargöra de neurologiska förklaringsaspekterna kring ADHD, är man ändå överrens om de CS- preparatens funktion för hjärnan. Något förenklat kan man säga att preparaten hämmar återupptagningsförmågan av signalsubstanserna dopamin och noradrenalin i hjärnan (Biederman et al., 2007), vilket i sin tur påverkar dess funktion. Amfetamin som säljs illegalt som ett missbrukspreparat har i mångt om mycket samma inverkan på hjärnan (Levin & Mariani, 2007). Personer med ADHD har som jag tidigare nämnt uppvisat abnormiteter i upptagningen av dopamin och de positiva aspekterna av medicineringen har visat sig vara att dessa personer bl.a. fått lättare att koncentrera sig och att fokusera. De med ett hyperaktivt beteende har dessutom kunnat "varva ned" på ett sätt de inte kunnat tidigare (Ibid.).

Det har funnits en oro för att medicinering med CS- preparat skall leda till ett ökat missbruk, speciellt bland personer med både ADHD och CD eller tidigare missbruksproblematik. Levin et al. (2007) drog dock slutsatsen att behandling med CS är effektivt även för personer med ett pågående missbruk, trots att en viss risk för missbruk av läkemedlen kan föreligga. Adamson, Biederman, Faraone & Wilens (2007) fann ingenting som pekade på en ökad risk för missbruk bland personer som medicineras med CS, tvärtom menar de att medicineringen snarare minskar risken hos personer med ADHD att senare utveckla ett missbruk. Chow & Hack (2001) konstaterade dock i sin undersökning att så många som 50% av de ungdomar med ADHD som var förskrivna CS- preparat inte följde läkarens ordination, vilket kan innefatta att de exempelvis ger bort sin medicin till andra eller sparar doser för att senare kunna ta en flerdubbel dos.

Man kan också föreställa sig att CS- läkemedel avsedda för personer med ADHD säljs vidare illegalt. Förskrivningen av denna typ av läkemedel till barn och unga i USA har sedan mitten av 90-talet ökat (Boyd, McCabe & Teter, 2004). I en undersökning från 2002 kunde man konstatera att 8.8% av amerikaner över 12 år någon gång i sitt liv använt CS- läkemedel på ett icke-medicinskt vis (Substance abuse and mental health services administration. Results from the 2002 national survey on drug use and health: National findings i Levin & Mariani, 2007). I en annan undersökning fann man att 23.3% av de elever i högstadiet och gymnasiet (grade six to eleven) på en skola i USA som förskrivits CS hade blivit tillfrågade om att sälja eller ge bort sina mediciner till andra elever. De elever som missbrukade de medicinska preparaten använde sig i större utsträckning av alkohol och andra droger. Missbruket av läkemedlen var mer utbrett i gymnasiet (high school) än i de lägre klasserna. En lösning till dylika problem har varit utvecklandet av CS med fördröjd effekt, vilket minskar missbrukspotentialen. Man har även med viss framgång medicinerat med preparat som har mindre missbrukspotential, exempelvis läkemedel mot depression och narkolepsi (Biederman & Faraone, 2005). Poulin

presenterar dock i en artikel (2007) en intressant teori som gör gällande att de personer som använder CS-läkemedel på ett icke-medicinskt vis och som i större utsträckning använder sig av andra droger de facto många gånger själva har problem som kan tyda på förekomsten av ADHD, även om de inte blivit utredda och diagnostiserade för detta. I samma undersökning konstaterar Poulin också att ca 26% av de gymnasie- (high school) ungdomar i hennes undersökning som var förskrivna CS gav bort eller sålde en del av sin medicin. Hon drar slutsatsen att en förhöjd risk för missbruk av CS- läkemedel finns bland personer i närhet, exempelvis klasskamrater, till en gymnasieungdom som har dessa läkemedel förskrivna.

Ett kritiskt perspektiv på ADHD-diagnosen

Då man talar om ADHD i en socialvetenskaplig kontext är det angeläget att påminna om att mycket av det som skrivits kring diagnosen – däribland merparten av de studier som refererats till i avsnittet ovan – utgår ifrån ett medicinskt perspektiv. Det finns dock kritik mot diagnosen och dess tillämpning; en kritik som ofta har en socialkonstruktivistisk förankringsgrund.

Eva Kärfve (2006) hävdar att medicinvetenskapens psykiatriska gren tagit ett starkt grepp om definitionen, d.v.s. diagnostiserandet, av olika former av psykisk ohälsa och att man många gånger härleder problematiken till en neurobiologisk förankringsgrund. Det medför en perspektivförskjutning från sociala och psykodynamiska förklaringsmodeller till genetiskt baserade dito. Att på detta sätt genom diagnostisering försöka finna och med olika insatser hjälpa personer som inte kan leva upp till alla de krav som ställs på individen i det postmoderna samhället, oavsett om detta kommer an på en naturlig variation eller orsakats av miljö och kulturella faktorer, menar Kärfve är ett sätt att definiera nya avvikargrupper i samhället. Det innebär också att gränserna för vad som uppfattas som normalt i det mänskliga beteendespektrumet snävas in. Att ett barn diagnostiseras med ADHD kan bl.a. innebära att lägre krav på skolprestationer ställs, vilket i sin tur innebär att barnet har än mindre chans att hålla jämna steg i utvecklingen med andra i sin ålder. Då även barn utan diagnos ibland kan misslyckas i skolan hävdar neuropsykiatrin att besvären kan vara dolda och bli uppenbara först i efterhand. Kärfve menar att detta är en förklaring ad hoc, vilket minskar tillförlitligheten för denna typ av neuropsykiatriska diagnoser. Hon drar också historiska paralleller till vad som tidigare kallades vanart och vill med det påvisa att samhället alltid haft behov av att definiera avvikargrupper.

Efron resonerar i en artikel (2006) kring det faktum att antalet barn med beteendeproblem verkar öka. Han härleder detta dels till ett ökat medvetande bland både allmänhet och expertis om problemens förekomst, dels att det blivit svårare att vara förälder i det moderna samhället men också att samhället saknar resurser, inom t.ex. skola och socialtjänst, för att avhjälpa de problem som finns. Då det övriga samhället saknar förmåga att hjälpa vissa utsatta grupper, kommer flera personer att diagnostiseras med exempelvis ADHD eftersom de själva har svårt att klara av de krav som ställs på dem. Läkarna har inte heller stora möjligheter att lösa problemen men såsom snabba, enkla och billiga lösningar givetvis är önskvärda kan detta möjligen ge upphov till en överdiagnostisering av ADHD och en överförskrivning av CS-läkemedel. Efron påstår inte att det verkligen förhåller sig så men menar ändå att endast medicinera de symptom som är förknippade med ADHD inte kommer att ge upphov till

Tony Larsson
SW2226, Vetenskapligt arbete i socialt arbete
Magisteruppsats
Göteborgs Universitet, vt. 09.

någon varaktig förändring hos den enskilde då det inte kombineras med andra insatser, såsom terapi. Jensen (2004) drar i sin artikel om socialarbetarnas roll för barn med ADHD samma slutsats. Vissa forskare har menat att det i västvärlden finns en faktisk överdiagnostisering av ADHD och en samtidig överförskrivning av CS- läkemedel (Fine, Safer & Zito, 1996). Ytterligare andra menar snarare att den föreligger en underdiagnostisering av ADHD (Biederman & Faraone, 2005) och en underförskrivning av CS (Poulin, 2007).

SYFTE

Såsom tidigare visats har man i ett flertal undersökningar kunnat påvisa förekomsten av en förhöjd risk att utveckla alkohol- och drogmissbruk hos personer som diagnostiserats med ADHD. Tydligast har sambandet varit då diagnosen förekommit i kombination med diagnosen CD. Dessa undersökningar har dock genomförts med användandet av kvantitativa metoder, vilket inneburit stora urvalsgrupper och ett flertal tydligt avgränsade variabler. Förklaringsmodellerna har vanligen varit av medicinsk art och diskussionen berör sällan enskilda bakomliggande orsaker som inte är av neurovetenskaplig karaktär men som kan vara upphov till den förhöjda risken att hamna i ett missbruk.

Då läkemedel som Ritalina och Concerta – preparat som i mångt om mycket är identiska med centralstimulerande droger som missbrukas illegalt – i studier visat sig mycket verkningsfulla i att lindra vissa av de förekommande symtomen hos personer med ADHD (t.ex. koncentrationssvårigheter och hyperaktivitet), kan man dessutom föreställa sig att missbruket av centralstimulantia bland personer med ADHD fyller en särskild funktion.

Syftet med undersökningen är att studera den centralstimulerande drogens funktion hos personer med missbruksproblematik och diagnostiserad ADHD utifrån begreppen självmedicinering och identitet samt att påvisa eventuella förändringar som sker efter påbörjad medicinering med centralstimulerande preparat. Detta görs genom att analysera undersökningspersonernas egna berättelser utifrån för syftet relevanta teorier.

Frågeställningar

För att ytterligare precisera studiens syfte har jag formulerat nedanstående fyra frågeställningar som jag söker besvara.

1. Vilka självmedicinerande funktioner fyller det illegala bruket av centralstimulerande preparat hos missbrukaren/undersökningspersonerna?
2. I vilken utsträckning är missbrukaren/undersökningspersonerna medvetna om de självmedicinerande funktionerna som det illegala bruket av centralstimulerande preparat eventuellt fyller för dem?
3. Uppfyller det legala bruket av centralstimulerande preparat samma funktioner som det illegala bruket?
4. Skiljer sig den identitetsskapande funktionen mellan det legala och illegala bruket av centralstimulerande preparat och i så fall hur?

METOD

Metodologi

I flera av de undersökningar som presenteras i litteraturgenomgången inför denna studie har ett tydligt samband mellan missbruksproblematik och ADHD kunnat konstateras (t.ex. Biederman et al., 1995 och Asarnow et al., 1990). Huruvida undersökningspersonerna har ett missbruk eller ej avgörs vanligen av resultatet på något förhandskonstruerat test. Exempel på sådana test avsedda att avgöra förekomsten och arten av ett missbruk är SCID och ASI. De används bl.a. frekvent inom socialtjänsten i arbetet med missbruk. Dessa test baseras till stor del på skattningsskalor och frågor med givna svarsalternativ, vilket starkt begränsar utrymmet för undersökningspersonens egna reflexioner. Vinsten med bruket av denna typ av standardiserade test är att man enkelt kan göra en preliminär bedömning av eventuellt föreliggande missbruk samt att man får resultat som är direkt jämförbara med varandra, vilket givetvis är mycket användbart då man exempelvis vill genomföra statistiska korrelationsanalyser.

De undersökningar jag presenterar och som påvisar ett samband mellan missbruk och ADHD är oftast skrivna utifrån ett neuropsykiatriskt perspektiv och lägger sitt huvudsakliga fokus på sambandet i sig. Möjliga orsaker till den förhöjda missbruksrisken för dessa personer, liksom hur missbruket tar sig uttryck i den enskildes vardag, diskuteras sällan. Andra forskare, exempelvis Khantzian (1985), har framkastat teorier som gör gällande att ett drogmissbruks orsaker delvis står att finna i en självmedicinerande aspekt. Missbrukaren väljer huvuddrog utifrån dess biokemiska egenskaper att kompensera brister i den egna personligheten. Ytterligare andra, såsom Lalander (2001), har i sina undersökningar av missbruk och missbrukare betonat den roll för identiteten som missbruket av olika preparat spelar. För att kunna svara på frågor rörande *vilka* brister hos undersökningspersonerna missbruket av CS eventuellt svarar emot och på vilket sätt detta sker, liksom vilken roll den identitetsskapande funktionen av missbruket spelar för dessa, kan andra forskningsmetoder än de som använts i ovan nämnda kvantitativa undersökningar vara lämpliga. Kvalitativa undersökningsmetoder kan också vara lämpliga vid genomförandet av explorativa studier av områden som till stora delar är outforskade (Halvorsen, 1992).

Genom att ställa öppna frågor som uppmuntrar och ger utrymme åt intervjupersonen att själv forma sin berättelse till personer med både missbruksproblematik och ADHD, vill jag istället ge individen möjlighet att framhålla de aspekter de anser vara betydelsefulla. Då man låter människan berätta om sin subjektiva upplevelse av sin vardag och sitt missbruk får man ett material som genom tolkning och analys med teorins hjälp kan bidra till en djupare förståelse av den roll som drogen spelar i individens tillvaro. Det är således något annat än arten och omfattningen av missbruket hos personer som diagnostiserats med ADHD jag söker vinna kunskap om, utan vilken funktion utifrån begreppen självmedicinering och identitet det fyller för de personer jag valt att intervjua inför min studie.

Bakgrund

Utgångspunkten för detta arbete var ett intresse för och en vilja att belysa de eventuella kopplingar som kan tänkas finnas mellan amfetamin-/CS-missbruk och ADHD. Efter en första presentation av idén för handledare undersöktes möjligheterna till att genomföra studien utifrån en kvantitativ metodansats. Tanken var att med hjälp av en färdig intervjumall utföra en komparativ studie mellan fyra olika grupper för att därigenom kunna avgöra hur missbrukets funktion skiljer sig mellan CS-missbrukare som har ADHD och CS-missbrukare som inte har ADHD. Grupperna skulle då utgöras av 1) personer med ADHD som brukar CS illegalt. 2) Personer med ADHD som medicinerar på legal väg med CS. 3) Personer utan ADHD som brukar CS illegalt samt 4) en kontrollgrupp som har ADHD men som överhuvudtaget inte använder CS.

En central tanke bakom kvantitativa forskningsmetoder är att dess resultat skall vara generaliserbara till en större del av populationen än det urval man undersöker. För att uppnå signifikans och därmed generaliserbarhet av resultatet krävs ett stort urval av undersökningspersoner (Halvorsen, 1992). Att inför denna studie frambringa ett tillräckligt stort antal undersökningspersoner till var och en av de ovan nämnda grupperna skulle visa sig svårgörligt utifrån de rådande omständigheterna. Tanken övergavs därför till förmån för en mer kvalitativt inriktad studie och möjligheterna att göra en jämförande kvalitativ intervjustudie mellan CS-missbrukare med och utan ADHD.

I en socialkonstruktivistiskt orienterad diskurs kring ADHD skulle man snarare uttrycka sig som att en person *diagnostiserats* med ADHD istället för att säga att denne *har* ADHD. Synen på diagnoser som ett sätt att etiketterna människor är essentiell (Hacking, 2004). För att användandet av diagnoser i syfte att definiera olika typer av fysiska och psykiska tillstånd överhuvudtaget skall vara försvarbart måste man dock förutsätta att det finns symptom som föregriper diagnosen. Som vi senare skall se tenderar t.ex. stämplingsteoretiker att i någon mån vända på kausalitetsordningen i det att de hävdar att diagnostiseringen av en sjukdom hos en individ kan förstärka de symptom som är behäftade med diagnosen (Lundén & Näsman, 1973). Relevansen av ovanstående resonemang för metodvalet inför detta arbete är i korthet att man inte kan förutsätta att endast de som diagnostiserats med ADHD är de som uppvisar de symptom som vanligtvis förknippas med diagnosen. Att helt enkelt härleda missbrukare som inte diagnostiserats med ADHD till en grupp garanterar inte att man får en kategori av ”friska” missbrukare då det bland dessa kan finnas personer som uppvisar symptom som är förknippade med ADHD men som helt enkelt inte uppmärksammas; ett problem som förvisso även var förhanden vid den kvantitativa metodutformningen. En möjlighet att undkomma problemet är givetvis att i gruppen av missbrukare utan ADHD endast använda sig av undersökningspersoner som utretts för ADHD men där man inte kunnat belägga diagnosen. Att finna CS-missbrukare som utretts för ADHD men som inte diagnostiserats och som dessutom var villiga att medverka i studien skulle dock också visa sig svårt.

Studiens genomförande

Valet av metod inför studien föll slutligen på att i en form av före- efterstudie utifrån kvalitativa intervjuer undersöka missbrukets funktion hos CS-missbrukare med diagnostiserad

ADHD innan och efter det att de påbörjat medicinering av CS. Frågeställningarna fick således till viss del anpassas efter metodvalet. Totalt intervjuades nio stycken personer inför studien. Dessa nio intervjupersoner valdes utifrån kategorierna 1) personer som missbrukat CS och blivit diagnostiserad med ADHD men som inte påbörjat medicinering med CS. 2) Personer som missbrukat CS, som blivit diagnostiserad med ADHD och nyligen (som längst en månad en månad sedan intervjutillfället) påbörjat medicinering med CS samt 3) personer som missbrukat CS, som blivit diagnostiserade med ADHD och medicinerat med CS under sedan minst fyra månader från intervjutillfället. När eller om intervjupersonen avbrutit sitt missbruk av CS utgjorde inget kriterium. Tre personer ur varje grupp intervjuades vid ett tillfälle per person. Motivet till att dela in intervjupersonerna i dessa kategorier var att kunna tydliggöra de förändringar i förhållande till mina frågeställningar som sker över tid.

Att på detta vis intervju endast tre personer ur varje grupp ger givetvis ingen signifikans eller därav påföljande generaliserbarhet åt resultatet men kan ändå förebygga något av den godtycklighet som kan komma ut av att enbart intervju någon enstaka person ur varje grupp. Som jag tidigare nämnt syftar denna studie inte till att presentera något generaliserbart resultat utan snarare att skapa en insyn i och förståelse för dessa personers belägenhet i ett än så länge ganska outforskat fält.

Nio personer som uppfyllde kriterierna för att ingå i någon av de tre ovanstående grupperna tillfrågades av Medicine Doktor Bo Söderpalm Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Beroendekliniken om de ville medverka i studien samtidigt som de erhöll skriftlig information kring studien och villkoren för medverkan (Se bilaga 1). De tillfrågade personerna som valde att medverka fick sedan skriva under ett samtycke (se bilaga 2). Någon ersättning för medverkan i studien erbjöds inte. Alla intervjupersoner erbjöds dock att få ta del av arbetet då det färdigställts. Av dessa nio personer genomförde sju av dem intervjun medan två av dem uteblev. Ytterligare två personer tillfrågades därför för att göra studien komplett; den ene via en beroendeklinik i Göteborg och den andre genom privata kontakter.

Sju av intervjuerna ägde rum mellan november månad, 2008 och februari månad, 2009, två av dem under april månad, 2009. Sju av intervjuerna genomfördes i ett mottagningsrum på Neuropsykiatriska avdelningen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, en av dem i ett mottagningsrum på en beroendeklinik och en i ett avskilt rum på ett bibliotek. Varje intervju, utom en som avbröts efter ca 20 minuter på intervjupersonens begäran, tog mellan 40 och 70 minuter i anspråk. Endast jag i rollen som intervjuare och intervjupersonen närvarade under dessa sessioner. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades sedan för utskrift av mig själv.

Intervjuformen kan bäst beskrivas som löst strukturerad tematisk (Widerberg, 2002). Jag valde att utforma en intervjumall utifrån ett antal olika teman, såsom synen på missbruk, social situation och tankar om framtiden, under vilka jag skrev några exempel på konkreta frågor jag ville ställa till intervjupersonen. För varje intervju försökte jag sedan täcka in samtliga teman med några frågor men lät samtidigt intervjupersonen i någon mån styra intervjun i det att denne själv fick välja vart tyngdpunkten skulle ligga. De teman kring vilka intervjupersonen föreföll ha mer att berätta och gav längre och mer uttömmande svar, ställdes fler följdfrågor. De teman som intervjupersonen å andra sidan verkade mindre engagerad i avhandlades istället mer kortfattat och översiktligt i intervjun.

Metoden som sedan användes för att analysera resultatet är att betrakta som tematisk (Ibid.). Efter genomläsning av materialet utformades nya teman för att på ett strukturerat och överskådligt vis täcka de områden som var relevanta för besvarandet av frågeställningarna. Materialet styckades sedermera upp och återinfördes under respektive tema för att göra informationen mer lättillgänglig vid analysens genomförande. Jag har i resultat- och analysdelen valt att först presentera och analysera resultatet för de teman som berörts i intervjuerna och att därefter, i ett sista avsnitt, klargöra och analysera de förändringar som kan skönjas utifrån vad som framkommit i de tidigare analysavsnitten.

Etiska överväganden

För att uppfylla de etiska kraven på studien har Vetenskapsrådets forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet, 1990) tillämpats. De medverkande har genom tryckt informationsblad (se bilaga 1) bl.a. upplysts om villkoren för medverkan samt om hur studien går till. De informeras däri även om att medverkan är frivillig, att man som intervjuperson har rätt att avbryta sin medverkan och att man är fri att välja att inte svara på vissa frågor. De tillfrågade har vid intresse av medverkan undertecknat ett skriftligt samtycke (se bilaga 2). Samtliga tillfrågade har varit myndiga. Någon påtryckning för de tillfrågade att medverka till studien har inte förekommit. Studien har varit fristående från och oberoende av den verksamhet genom vilka de tillfrågats. Någon ersättning eller annat gynnande för medverkan i studien har heller inte varit förhanden.

Det material som intervjuerna genererat i form av ljudupptagningar och transkriptioner förvaras inlåst och på ett sådant sätt att obehöriga personer ej kan ta del av det. För att undvika att medverkande i studien identifieras utifrån det färdiga arbetet har namnen fingerats och personernas ålder har i vissa fall ändrats marginellt. Vissa specifika detaljer i intervjupersonernas berättelser som saknar relevans för resultatet och som kan röja identiteten har också ändrats.

Det material som inhämtats genom intervjupersonerna är avsett för genomförandet av denna studie och kommer inte att användas i icke-vetenskapliga syften. I och med detta är de fyra huvudkraven rörande information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande för att garantera det grundläggande individskyddet uppfyllt.

Begreppsdefinitioner

Missbruk

Eftersom allt användande av amfetamin och andra narkotikaklassade droger i andra syften än medicinska är olagligt definieras därför också användandet av drogerna i detta arbete till som missbruk, oberoende av t.ex. frekvens av och motiv till användandet. Däremot, som vi senare skall se i resultat- och analysdelen, kan narkotikamissbruket ha olika karaktär och variera i svårighetsgrad.

I fråga om alkohol kan man inte med samma lätthet definiera allt användande av drogen som missbruk. Här är det snarare ett mönster i konsumtionen som på ett ohälsosamt vis avviker från det normala som blir avgörande för om jag i analysen refererar till intervjupersonernas alkoholanvändande som missbruk. Det kan röra t.ex. motiv till drickandet, kvantitet och socialt sammanhang. Intervjupersonernas egna benämningar spelar också en avgörande roll.

Drogfrihet

Det finns givetvis många sätt varpå man kan definiera drogfrihet. Man kan överväga om det är en individs inställning till drogen, dennes sug efter drogen eller den tid som passerat sedan han sist använde sig av drogen som skall vara avgörande för vad som är att kalla drogfrihet. Då man i olika studier vars syfte är att avgöra exempelvis hur många som blivit drogfria efter att ha genomgått en viss behandling definierat drogfrihet annorlunda har man som konsekvens inte heller uppnått samma resultat. I denna studie är dock avgörandet av intervjupersonernas drogfrihet inte något primärt syfte, varför samma vikt inte heller läggs vid att definiera begreppet. Drogfrihet anses föreligga om intervjupersonen själv hävdar det och om påståendet dessutom kan bedömas såsom rimligt i förhållande till dennes beskrivning av sitt förhållande till drogen.

Centralstimulantia, amfetaminpreparat etc.

Amfetamin var den enda centralstimulerande drog som hade någon egentlig betydelse för intervjupersonerna. Kokain och andra centralstimulerande preparat var droger de bara testat eller experimenterat med och därför är termen amfetamin också den vanligast förekommande i analysen. Centralstimulantia – som i arbetet kortats ned till akronymen CS – används som begrepp i mer teoretiska och övergripande sammanhang. Begrepp såsom t.ex. CS-preparat, amfetaminpreparat används som synonymer för att uppnå större språkvariation i texten. Det centrala är skiljandet mellan de olagliga amfetaminpreparat som missbrukas och de medicinska preparat som förskrivs via läkare. Denna distinktion görs vanligtvis i texten med en hänvisning till preparatet som lagligt eller olagligt.

TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Missbrukets funktion

Intaget av en illegal substans kan för en person fylla ett vitt antal olika funktioner, eller med andra ord; människors drogbruk och missbruk har olika syften som kan skilja sig från gång till annan hos samma individ men givetvis också mellan olika personer. Samtidigt får man inte vara alltför pragmatisk och tolka det som att missbrukets funktion är detsamma som svaret på varför individen missbrukar. Även om missbrukets funktion många gånger kan säga något om dess orsaker, är svaret på frågan om varför givetvis mer komplext sammansatt än så. Begreppet funktion kan således definieras som det syfte användandet eller hanterandet av drogen, medvetet eller omedvetet, fyller hos individen.

Melin & Näsholms bok *Behandlingsplanering vid missbruk* (1998) är som titeln antyder tänkt att användas som en modell för kartläggning och behandlingsplanering av missbrukare. Författarna menar att en viktig aspekt för att kunna göra en bra kartläggning och utifrån den erbjuda en passande behandling till missbrukaren är att finna ut vilka funktioner missbruket fyller för just honom/henne. Att missbrukaren själv förstår och reflekterar över de funktioner missbruket fyller är också bidragande till att denne själv på sikt lyckas med att övervinna sitt missbruk, menar de. I boken omnämns några av de faktorer som kan tänkas alternera den funktion drogen har, exempelvis den specifika drogens egenskaper, kvantiteten som konsumeras, myter, traditioner och erfarenheter kring drogen samt vilken miljö drogen intas i. Utöver dessa finns också en lång rad personliga faktorer som påverkar drogens funktion, såsom sinnesstämning och personlig mognad. Funktionen kan också ändras över tid, exempelvis genom att individen går längre i sin missbrukskarriär. T.ex. fyller alkoholen väldigt olika funktioner för den som dricker någon gång i månaden och för den som druckit stora mängder dagligen under lång tid men ändå fortsätter trots uppenbara negativa konsekvenser, kanske delvis för att undvika abstinenssymptom. Melin & Näsholm menar också att drogen vanligen fyller fler funktioner hos missbrukaren än hos normalbrukaren. Hos personer med olika psykiska störningar kan en drogs funktion vara mycket artigen, exempelvis i kompensationssyfte.

Melin & Näsholm (Ibid.) fortsätter avsnittet om drogernas funktion med att lista en lång rad exempel över specifika funktioner som en drog kan tänkas fylla. Några av de omnämnda funktionerna är belöning, hämningslösande, eufori, social gemenskap, självdestruktivitet och dämpning av abstinens. Intressant nog är det långt ifrån alla upptänkliga funktioner som direkt härrör från drogens ruseffekter. Av de två funktioner jag i detta arbete valt att studera närmare bland mina undersökningsspersoner - nämligen identitetsskapande och självmedicinering - kan åtminstone den förstnämnda anses vara av sådan art att funktionen kan fyllas utan att drogen ens behöver konsumeras. Kanske räcker det med att man umgås med folk som använder sig av en drog eller att man uttrycker sig på ett visst sätt om en drog för att detta skall bli en del av ens identitet? Kan ruset vara en önskad bieffekt till någon annan av drogens egenskaper hos den som missbrukar i självmedicinerande syfte? Frågeställningarna är avsedda att belysa det faktum att begreppet funktion i förhållande till droger är något synnerligen mångfacetterat och kan inte begränsas till ett konstaterande om att en viss substans har en specifik inverkan på individen.

Koski-Jännes tar i sin artikel *In search of a comprehensive model of addiction* (2004) fasta på det faktum att det existerar många förklaringsmodeller kring missbruk av olika slag men att dessa ofta är behäftade med brister i det att de saknar någon eller några av alla aspekter kring missbruk som finns att ta hänsyn till. De mer generella modellerna kan många gånger bidra med en holistisk bild av problemet men är vanligtvis abstrakta till sin karaktär och ger därför sällan behandlaren eller missbrukaren några konkreta verktyg för att bryta missbruket. De behandlingsinriktade modellerna fokuserar snarare på en aspekt av missbruket och utelämnar därmed i mångt om mycket flera andra viktiga perspektiv, menar Koski-Jännes. Hon ger exempel på hur olika förklaringsmodeller utgår ifrån behavioristiska, kognitiva, socioekonomiska och biologiska teorier. Därefter påpekar hon att man inte kan erhålla en fullgod förklaringsgrund till varför missbruk uppstår och fortlöper utifrån endast ett av dessa perspektiv då de alla är relevanta för missbruket. Hon efterlyser vad hon kallar en "biopsykosocial" (min övers.) modell som tar hänsyn till alla dessa aspekter i sitt försök att förklara fenomenet, varefter hon själv skisserar på en sådan modell. Jag vill här återigen understryka att missbrukets funktion inte är detsamma som dess hela förklaring, men Koski-Jännes modell kan ändå tjäna till att kasta ytterligare ljus över begreppet funktion.

Koski-Jännes (Ibid.) förklarar missbruk genom dess funktion på flera nivåer där den innersta utgörs av neurobiologiska processer som påverkas av drogens kemiska egenskaper och dess inverkan på människans hjärna och kropp. Droger i allmänhet har visat sig ha en stark inverkan på transmittorsubstansen dopamin. Även andra transmittorsubstanser påverkas av drogintag men skiljer sig mer åt beroende på preparat. Man kan här tänka sig funktion i form av att ändra eller återställa balansen hos dessa transmittorsubstanser som i sin tur ger perceptiva sensationer hos missbrukaren.

På en nivå högre pågår vad Koski-Jännes (Ibid.) kallar interna psykologiska processer, d.v.s. processer som inte uppfattas och reflekteras av missbrukaren själv. Här handlar det för missbrukaren om de funktioner drogen har på ett omedvetet plan, vilka ofta är positiva i ett kort perspektiv (under drogens inverkan) men negativa i ett längre perspektiv. Omedvetet hos missbrukaren kan också finnas perceptionsstörningar och förväntningar på drogens effekter. Konsekvensen blir att missbrukaren väljer att ånyo komma i åtnjutande av de kortvariga, positiva effekterna trots existensen av de långsiktiga, negativa effekterna av drogintaget.

På nästa nivå är de psykologiska processerna och missbrukets funktioner externa, d.v.s. medvetna för missbrukaren och denne kan själv reflektera över dem. Han känner till både de positiva och negativa effekterna av drogen och kan känna sig ambivalent i förhållande till sitt eget beteende. Jag menar att förmågan till reflektion å ena sidan kan hjälpa individen att förmå sig själv att bryta ett missbruk men å andra sidan också ge legitimitet åt det egna missbruket då individen t.ex. kommer till slutsatsen att han inte har något annat val än att fortsätta sitt missbruk. Det skulle kunna vara en hos drogen så viktig funktion att missbrukaren inte anser sig kunna klara tillvaron utan den.

På den yttersta nivån finns i Koski-Jännes (Ibid.) modell de sociala processerna som självklart också har en stor inverkan på individens handlande i förhållande till droger. Författaren understryker att kulturella normer och värderingar har en stark inverkan såväl på kollektivet som på dess enskilda medlemmar men att även andra externa faktorer av social och ekonomisk art spelar en viktig roll. Ekonomisk misär kan exempelvis få en person att vidmakthålla ett missbruk som har till främsta funktion att fungera som en flykt från en hård

verklighet. Man kan vidare föreställa sig hur en person som till följd av en stark klassegregering inte välkomnas i andra kretsar än i en där drogmissbruk är frekvent förekommande har svårt att bryta sitt eget missbruk, då alternativet kan vara att bli ställd utanför alla sociala sammanhang.

Koski-Jännes (Ibid.) menar att en fundamental princip för att öka möjligheten för den enskilde att bryta med sitt missbruk är att vinna insikt i de processer som pågår runt missbruket och det är också modellens huvudsakliga syfte att tydliggöra dessa processer. Jag tror förvisso att det kan vara mycket värdefullt för en missbrukare att bli medveten om de processer som gör att han rättfärdigar det egna missbruket eller hur sug efter drogen uppstår, men man kan samtidigt vara kritisk till hur mycket en nyvunnen insikt om hur de socioekonomiska förhållandena personen lever under befäster missbruket eller hur missbrukssubstansens biokemiska egenskaper påverkar nervsystemet skulle betyda för individens utsikter att bryta ett missbruk. Man kan också fundera kring om det finns någon tydlig gräns mellan de nivåer Koski-Jännes kallar interna och externa psykologiska processer. I själva verket måste det ju förhålla sig så att det finns en del processer som missbrukaren lätt kan göra medvetna för sig själv men som denne emellanåt ”tänker bort”. Andra processer är missbrukaren kanske ytterst medveten om men misstolkar eller bagatelliserar dess betydelse. Ytterligare andra är mer otillgängliga för missbrukaren, men kanske även svåra för andra personer att få grepp om och att kunna tydliggöra.

Vid en första anblick kan Koski-Jännes modell se enkel och översiktlig ut då hon skildrar missbrukets processer utifrån fyra olika nivåer. Om Koski-Jännes kritik av andra missbruksmodeller är att de antingen är alltför abstrakta och teoretiserande eller alltför begränsade av att bara se problemet ur ett perspektiv, kan man i fråga om Koski-Jännes modell konstatera att man i denna kan plocka in ett stort antal mer avgränsade teorier från flera olika forskningsdiscipliner för att förklara de processer författaren talar om. Detta kan i sin tur generera en mängd av de verktyg för att bryta missbruket som Koski-Jännes talar om men frågan är om inte alla analyser som kan göras utifrån de olika teorierna gör resultatet väldigt svåröversiktligt och komplext och av den anledningen svårt att tillämpa i praktiken.

Teorin om självmedicinering

Begreppet självmedicinering begagnas relativt frekvent inom fältet för socialt arbete med missbruk. Trots det har det forskats förvånansvärt lite kring fenomenet i den bemärkelse begreppet används i samband med drogmissbruk. Melin & Näsholm (1998) berör begreppet som hastigast i det att de listar tänkbara funktioner ett drogmissbruk kan fylla. De beskriver där självmedicinering såsom *användandet av alkohol eller andra droger för att lindra psykiska symptom som svår ångest, panikattacker eller psykotiska upplevelser* (Ibid., pp. 38). Såsom författarna använder begreppet ligger det förstas nära till hands att se självmedicinering i mångt om mycket som ett sätt för missbrukaren att lindra eller upphäva obehagliga sidoeffekter av drogmissbruket i sig eftersom detta många gånger orsakar psykiskt lidande för missbrukaren. Författarna skriver också att alkohol och andra droger kan ha en smärtstillande effekt som också kan vara anledning till bruket av drogen. De väljer dock att kalla denna funktion för ”smärtlindrande”. I denna studie kommer dock begreppet självmedicinering användas något mer avgränsat, nämligen användandet av drogen för att

lindra fysiska eller psykiska symtom som ligger vid sidan av missbruket. D.v.s. sådant som inte uppkommit som en konsekvens av missbruket i sig.

Melin & Näsholm (Ibid.) för också ett resonemang kring att många missbrukare visat sig ha psykiska störningar. Framst är det personlighetsstörningar, depressioner och ångesttillstånd som är vanligt förekommande hos dessa individer men som författarna själva för fram är det inte helt enkelt att avgöra om den psykiska störningen har föregått missbruket eller om störningen tvärtom är en konsekvens av ett missbruk. I samma avsnitt framför Melin & Näsholm också att psykiska störningar såsom DAMP och Aspbergers syndrom på senare tid presenterats som tänkbara orsaker till missbruk. ”*För dessa klienter kan centralstimulerande droger fungera som självmedicinering genom att bidra till minskad splittring, ökad koncentrationsförmåga och paradoxalt nog lugn.*” (Ibid. s. 71). Jag vill här påpeka att en föregående psykisk störning hos en individ inte alls nödvändigtvis innebär att denne börjat missbruka i ett självmedicinerande syfte. Ett missbruk kan som sagt ha många orsaker och funktioner som kan bilda ett komplext mönster med många aspekter.

Edward Khantzian (1985, 1997) presenterar i ett par rapporter vad han kallar ”The self-medication hypothesis”; en teori som säger att en missbrukare inte väljer sin drog slumpmässigt, utan att denne väljer ett preparat vars psykofarmakologiska effekter är i stånd att kompensera för de brister han upplever. Khantzian menar att forskare fram till början av 70-talet hade en ganska snäv syn på missbrukets orsaker. Narkotikamissbrukare började använda droger i ungdomen för dess lugnande eller euforiskapande effekter i syfte att döva ångesten inför vuxenlivets krav. Den typen av förklaringar till missbruk är mycket förenklade menar Khantzian. Dessutom syftade man med begreppet drog då oftast på rent narkotiska läkemedel (såsom opiater och barbiturater) som alla har en sedativ eller smärtstillande effekt på människan. Under 70-talet började dock mer sammansatta förklaringsmodeller kring missbruk dyka upp, ofta understödda av mer moderna psykoanalytiska teorier kring begrepp som objektrelationer och självbild men hänsyn togs också till strukturella faktorer (t.ex. Wieder & Kaplan, 1969 i Khantzian, 1985, pp. 1260). Under denna tid föddes också idén om att missbruk kan ha flera orsaker och att olika personlighetsdispositioner kan föredra olika missbrukspreparat. Khantzian var en av dem som under denna tid hävdade att opiatmissbrukare använder opiater för dess aggressionsdämpande effekter då dessa individer var i avsaknad av en psykologisk försvarsmekanism som annars gjorde dem aggressiva (Khantzian, 1985).

I takt med psykiatriens utveckling menar Khantzian (1985) att man fått större möjlighet att verifiera en teori om självmedicinering, delvis utifrån användandet av diagnosmanualer inom psykiatri, genom vilka man kan klassificera psykiska störningar på ett standardiserat sätt, dels utifrån neuropsykiatriens framsteg och de empiriska möjligheterna som är behäftade därvid. Enligt Khantzian lider många opiatmissbrukare av aggressivitetsproblem och använder opiater för att känna sig normala, lugna eller avslappnade. Detta baserar han på observationer av över 200 missbrukare. Kokainmissbrukare däremot menar Khantzian lider av andra typer av störningar. Han nämner depression, bipolär personlighetsstörning och ADHD. Personer med dessa besvär kan använda kokain för att medicinera olika störningar i känslolivet. I grunden finns brister i impuls kontroll, känslomässig instabilitet, dysfori och brister i självförtroendet. Författaren tillstår här att han inte har gjort tillräckligt många observationer för att kunna dra några definitiva slutsatser. I sin uppföljningsrapport från 1997 söker Khantzian även att underbygga sin teori genom att referera till en lång rad

undersökningar som studerat sambandet mellan substansmissbruk och de psykiatriska diagnoserna schizofreni och posttraumatiskt stressyndrom. Han tycker sig här finna belägg för att missbruk är vanligare bland dessa grupper, att missbrukande personer med diagnoser använder droger för att dämpa negativa symptom av störningen och att de psykiska besvären – även om de inte var så kraftiga till en början – föregick missbruket. Författaren lägger även till funktionen av alkohol och andra droger som verkar hämmande på centrala nervsystemet (såsom bensodiazepiner och barbiturater), utöver opiaternas och CS (Kokainets). Alkoholen fungerar som en ego- och superegoupplösare och dess effekter kan därmed tilltala neurotiska, spända och nervösa personer då den ”mjukar upp” de psykologiska försvaren. (Khantzian, 1997).

Khantzians självmedicineringsteori utgjorde ett viktigt fundament i behandlingsmetoden för kokainmissbrukare, benämnd MDGT (Modified Dynamic Group Therapy). Metoden hade stor framgång främst i det att få klienter hoppade av. Behandlingen bygger på psykodynamiska tekniker men som modifierats efter att särskild hänsyn tagits till de speciella psykologiska sårbarheter som konstruktörerna menar är vanliga bland drogmissbrukare (Halliday, Khantzian & McAuliffe, 1990).

Koski-Jännes (2004) framför kritik mot Khantzians självmedicineringsteori, dels utifrån att människor också använder sig av droger för att förstärka positiva känslor, t.ex. i rekreationssyfte eller i samband med social gemenskap. Detta blir svårt att förklara med hjälp av Khantzians teori, där ju missbrukaren använder sig av drogen för att kompensera brister i den egna personligheten. Till Khantzians försvar kan man möjligen hävda att bruket av en drog kan fylla flera funktioner för en och samma individ. En missbrukare kan t.ex. emellanåt använda en drog för att förstärka positiva känslor, även om det primära syftet är att kompensera för någon brist. Dessutom är det lättare att förknippa droganvändande som syftar till att förstärka positiva känslor med ett lättare missbruk eller med ett experimenterande med droger. I Sverige betraktas allt icke-medicinskt användande av narkotikapreparat som missbruk men om man istället ser till bruket av alkohol är det lätt att se hur ett mer normalt användande av alkohol oftast förknippas med förstärkandet av någon positiv känsla medan ett missbruk i högre grad präglas av compensation. Den andra kritiken Koski-Jännes ger är att Khantzians teori inte tar någon större hänsyn till kontextuella faktorer förknippade med missbruket. Koski-Jännes menar att andra avgörande faktorer för val av missbruksdrog är t.ex. pris, tillgänglighet och sociala konventioner; faktorer som ju ligger utanför den enskilde missbrukaren. Jag anser att Khantzian i någon mån garderat sig för sådan kritik då han framhåller att missbrukare många gånger experimenterar med olika substanser men att de flesta missbrukare föredrar en drog framför andra. Det är en process som leder missbrukaren fram till den drog som passar honom bäst. Teorin, menar Khantzian, var heller inte avsett att vara något annat än ett komplement till andra teorier i ämnet (Khantzian, 1997). Dessutom menar jag att man aldrig kan veta om samma individer som fastnat i ett missbruk i ett samhälle där opiater är billiga och lättillgängliga skulle vara missbrukare även om det istället var kokain som var billigt och lättillgängligt.

En brist hos Khantzians självmedicineringsteori, trots att författaren i sin tidigare rapport om självmedicineringsteorin (Khantzian, 1985) talar om den moderna neuropsykiatriens möjligheter att frambringa empiriska data som understödjer en dylik teori, är denna forskningsanknytning frånvarande i den tidigare såväl som i den senare rapporten från 1997.

Självmedicineringsteorins validitet skulle givetvis öka om relevanta neuropsykiatriska forskningsresultat som stödjer teorin kunde presenteras.

Missbruk och identitet

Mycket har skrivits kring identitet men utifrån arbetets omfattning måste de aspekter som här behandlas begränsas till vad som kan förknippas med begreppet funktion i förhållande till missbruk.

Begreppet identitet är i hög grad avhängigt en hel rad faktorer. ”*Individens upplevelser av sig själv och sin omvärld skapas i stor utsträckning utifrån faktorer som kön, klass, etnicitet och ålder*” skriver Lalander i sin doktorsavhandling ”*Anden i flaskan*” (1998, pp. 34). Det innebär att vår identitet i mångt om mycket skapas utifrån de grupper vi tillhör, men också att dessa gruppstillhörigheter sätter gränser för hur vi förväntas agera. Exempelvis kan det under vissa omständigheter vara acceptabelt att män dricker sig kraftigt berusade, medan motsvarande handlande av en kvinna av andra kan betraktas som ansvarslost och förkastat. Bauman (1991) menar dock att dagens moderna västerländska samhällen ger ett större utbud av sådant vi kan identifiera oss med, till skillnad från tidigare samhällen där var och ens roller var ganska tydligt och statistiskt definierade redan från början. Samtidigt menar han att detta förhållande kan orsaka frustration hos grupper som ser möjligheter men saknar resurser att identifiera sig med något de vill identifiera sig med. Ziehe (i Lalander, 1998) uttrycker det som att problemet i de traditionella och auktoritära samhällena var att man *ville* för mycket, medan problemet i det moderna samhället är att man *uppnår* för lite.

Identitet, eller snarare identitetsskapande, kan ses som en funktion av missbruk om man t.ex. hävdar att det är bättre att bli betraktad och betrakta sig själv som en missbrukare än att inte ha någon identitet alls (Melin & Näsholm, 1998). Jag vill dock mena att man knappast kan vara i fullständig avsaknad av identitet och att ett mer eller mindre frivilligt tillägnande av missbruksidentiteten snarare utgör ett komplement eller ersättning för andra otydliga eller oönskade identiteter. För att närmare belysa aspekterna av en sådan process använder Lalander (1998) begreppen ”motstånd” och ”symbolanvändande”.

Med motstånd menas den typ av aktiviteter en individ eller grupp tillgriper när han/de upplever sig själva som begränsade eller missnöjda i förhållande till sina behov p.g.a. andras maktutövande. Individen kan då protestera mot sin egen underordning genom att utöva motstånd mot maktutövarnas vilja (Ibid.). I Lalanders studie av unga heroinister (2001) exemplifieras motståndet med de blivande heroinmissbrukarnas frekventa skolkande och senare snattande och haschrökande. Då samhället (i form av skola, socialtjänst och polis) tvingas ingripa för att stävja detta motstånd blir detta för den underordnade ändå en bekräftelse och ett bevis på egenmakt, just genom att han på detta sätt kan förmå samhället att reagera och ingripa. Dock skall inte motstånd i sig betraktas som nödvändigtvis destruktiva eller kriminella handlingar. Som Lalander (1998) skriver skulle inte ungdomskulturer i någon nämnvärd utsträckning existera om ungdomar – en grupp hos vilka motstånd är särskilt förekommande – tyckte att identitetsskapandet och socialiseringen in i vuxenlivet var enkel.

Individer använder symboler för att påminna om och visa andra sin personliga och sociala identitet, d.v.s. med vilka grupper man identifierar sig och önskar att bli identifierad med. Detta kan ses som ett kulturskapande inom grupper. Utvecklandet av ett symbolanvändande för att befästa en grupptillhörighet kan kopplas till utövandet av motstånd mot maktutövarna då ett dylikt symbolanvändande är vanligt förekommande bland ungdomar och andra grupper av människor som har ett stort behov av att hävda sin frihet och autonomi (Ibid.). Det finns ett stort antal ungdomskulturer som använder sig av särskilda attribut, t.ex. genom klädval och musikpreferenser, för att markera sin grupptillhörighet och därmed identitet inför sig själv, gruppmedlemmarna och inför utomstående. Samtidigt utesluter inte identifikationen med en grupp identifikationen med andra grupper. En punkare är givetvis inte bara punkare utan kanske också man, student, storstadsbo o.s.v. Bjurström (1997) menar dessutom att vår samtid karaktäriseras av en ökande blandning och återanvändande av stilar, till stor del underblåst av globaliseringen och mediernas ökande betydelse. Det innebär att vi kan identifiera oss med flera grupper samtidigt, röra oss mellan dessa grupper och även framställa oss som tillhörande olika grupper i olika sammanhang och situationer. I Lalanders heroinmissbrukarstudie (2001) visade sig haschrökande ha varit en viktig symbol för att visa grupptillhörighet som ”flummare”. Visserligen blir användandet av illegala droger som symboler problematiskt på så sätt att symbolanvändandet inte kan ske öppet på samma sätt som t.ex. klädattribut eftersom de är olagliga, men kanske bidrog detta sakförhållande till drogens potenta funktion som förstärkare av de sociala banden inom gruppen. Jag vill i detta sammanhang också påpeka att man inte kan betrakta alla de yttre attribut som människor använder sig av för att härleda andra till stereotypa grupper såsom varande en frivillig lek med användandet av symboler för att visa grupptillhörighet; en hemlös missbrukare använder troligen inte trasiga kläder som en symbol för att visa grupptillhörighet, samtidigt som trasiga kläder inom vissa ungdomskulturer däremot kan utgöra en sådan frivillig symbol.

En del i att främja identiteten och identitetsskapandet är människors tendens att bilda grupper av olika slag. Goffman (1959) talar i sammanhanget om ”team” och definierar begreppet såsom ”en samling individer som samarbetar i framställningen av en rutin” (Ibid. s. 75). Det innebär att teammedlemmarna inför en uppgift agerar med samma manér, detta för att teamet av utomstående skall kunna identifieras och att situationen av teamets medlemmar skall definieras på ett likvärdigt sätt. Goffman menar att teammedlemmen kan identifiera sig med sin grupp i den utsträckningen att han s.a.s. lurar sig själv i det att han införlivar och upprätthåller gruppens normer och använder dem även då han agerar utanför gruppen. Det finns också ofta någon form av förtrolighet som teammedlemmarna tillåts visa gentemot varandra då inga utomstående finns närvarande och på detta sätt kan samvaron i teamet användas till förberedande inför mötet mellan teamet och de utomstående. På samma sätt kan teamet användas i rekreations- och återhämtningssyfte efter mötet med de utomstående. Ett team kan vara nästan vilken sammanslutning som helst, exempelvis ett fotbollslag, en arbetsgrupp eller ett kompisgäng. Mötet mellan teamets representanter och de utomstående sker ofta i vad Goffman benämner som ”främre regioner”, medan medlemmarna kan slappna av och vara sig själva i ”bakre regioner”. I de främre regionerna är representanten iakttagen. Där finns krav och förväntningar på hur denne skall bete sig (Ibid.). I dessa regioner finns ibland också risk för att identiteten ifrågasätts eller kränks (Johansson i Lalander, 1998). Johansson påpekar även att ungdomar i regel oftare befinner sig i sådana regioner där de är utsatta för granskning av andra och där risken för identitetskränkning är påtaglig. Exempel på sådana platser är skola, fritidsgårdar, gym, fester o.s.v. Vuxna människor däremot, rör sig i mindre utsträckning i sådana regioner, utan håller sig till mer välbekanta miljöer såsom

arbetsplatsen och hemmet. Min egen föreställning är att somliga missbrukare i högre grad rör sig i miljöer som kan beskrivas som främre regioner. Man kan tänka sig att en missbrukare rör sig i kretsar där man skaffar nya bekanta och där gamla försvinner, byter boende ofta, träffar myndighetsrepresentanter och liknande genom socialtjänst, polis och vårdgivare. Miljöer där man onekligen utsätts för granskning. Personer som ofta rör sig i sådana främre regioner har många gånger ett större behov av att ingå i ett team, eller vad man nu väljer att kalla en sådan grupp som understödjer individens identitet (Lalander, 1998).

Stämplingsteori

Vad som brukar benämnas som stämplingsteori är – i motsats till vad namnet annars verkar implicera – inte en hårt sammanhållen teori. Snarare har flera författare lagt fram egna tolkningar och innebörder av teorin. Stämplingsteori är också något som i hög grad emanerar ur en rad andra interaktionistiska teorier. Kanske är det därför orätt att tala om stämplingsteori i bestämd form.

Några namn som vanligtvis brukar förknippas med stämplingsteori är Becker, Tannenbaum och Goffman. I Sverige har Lundén & Näsman (1973) givit sin redogörelse av stämplingsteori och det är även denna framställning jag främst kommer att använda mig av i arbetet. Allmänt kan stämplingsteori sägas vara en ansats till att åskådliggöra en process som leder en individ från att sporadiskt ha uppvisat ett avvikande beteende till att tillägna sig en fullständig avvikaridentitet via vad som brukar benämnas som en avvikarkarriär. Denna process sker genom interaktion mellan individ och samhälle. I varje samhälle finns vedertagna normer kring hur man förväntas bete sig, se ut etc., liksom det finns gränser för vad som uppfattas vara normalt och vad som uppfattas som avvikande. Becker (2006) menar att alla individer emellanåt uppvisar beteenden som av samhället betraktas som normstridigt men det är inte alltid som ett sådant beteende framkallar någon nämnvärd reaktion från omgivningen, antingen beroende på överinseende med något sporadiskt avvikande beteende eller på att omgivningen är omedveten om det normbrytande beteendet, d.v.s. att det skett i ”hemlighet”. Ett sådant beteende, då det inte föranlett något reaktion, kan kallas regelbrytande. Det är först när omgivningen på något vis sanktionerar beteendet som man kan tala om det som en *primär avvikelse*. En sanktion torde i sammanhanget kunna betyda allt mellan fängelsestraff för den som begått grov brottslighet till omgivningens fördömande av den som betett sig normstridigt på något sätt. Denna primära avvikelse innebär att medmänniskorna börjar identifiera individen utifrån den primära avvikelserna och förväntar sig ett specifikt beteende som i sin tur är förknippade med den stereotypa bilden av individen som börjar växa fram, exempelvis såsom varande alkoholist. Med andra ord har individen blivit *stämplad* som alkoholist (Lundén & Näsman, 1973).

I fortsättningen kommer individens avvikande beteende som ligger i linje med den primära avvikelserna tolkas utifrån denna och ger således ytterligare bekräftelse på stämplingens giltighet. Sådana påföljande avvikelser benämns som *sekundära avvikelser* eller *följdavvikelser* och de härrör från individens reaktioner och försök att hantera omgivningens förändrade inställning till honom. Poängen är att det i förlängningen inte bara är andras syn på individen som förändras; individens självuppfattning utsätts för press genom den bild andra har av honom och utgör ett hot mot identiteten. De sekundära avvikelserna ger upphov till ytterligare sanktioner från omgivningen och samhällets sida. Beteendet börjar

uppmärksammas i bredare lager, varpå insatser i syfte att normalisera individen bort från sitt avvikande beteende kommer till stånd, exempelvis missbruksbehandling. Officiella insatser av det slaget genererar än mer validitet för uppfattningen om individen som en avvikare, både hos individen och i det övriga samhället. För att undvika effekterna av en fortgående identitetskris kan individen söka sig till grupperingar eller *subkulturer* där den inlemmade avvikaridentiteten accepteras och bejakas samtidigt som åtminstone några av det normativa samhällets värderingar förkastas. Genom att individen på detta sätt identifierar sig och identifieras med en subkultur av liknande avvikare närmar sig individen fullbordandet av utvecklingen av en *avvikaridentitet* (Ibid.). Till den här mer allmänna redogörelsen för stämplingsteori har Lundén & Näsman i sin egen modell av stämplingsprocessen fogat en del egna begrepp då man t.ex. benämner omgivningens förändrade inställning till den stämplade som *förändring av interaktionsmöjligheter* och samhällets sanktioner såsom *inskränkning i legitima möjligheter* för den stämplade. Av deras modell kan man också förstå att de inte lägger samma vikt vid någon särskild kronologisk ordning för skeendena i stämplingsprocessen. De menar att både förändring i interaktionsmöjligheter, inskränkning i legitima möjligheter, inträde i avvikargrupp och självbildsförändring mot avvikaridentitet kan vara direkta konsekvenser av en primär avvikelse men också i sig ha förklaringsvärde för sekundära avvikelser.

Beroende varifrån stämplingen av individen kommer kan den få olika konsekvenser. Lundén & Näslund (Ibid.) anger icke-signifikanta andra, samhället (d.v.s. dess institutioner), självstämpling och signifikanta andra som möjliga källor till stämpling. Då t.ex. stämpling av individen genom samhällets institutioner oftast ger konsekvenser av inskränkning av legitima möjligheter och i interaktionsmöjligheter, ger signifikanta andras stämpling snarare upphov till självbildsförändringar eller inträde i avvikargrupper.

Fenomen som vid en första anblick förefaller relevanta att analysera utifrån ett stämplingsteoretiskt perspektiv är kanske främst missbruk och annat asocialt beteende. Stämplingsteori kan dock tillämpas även vid tolkning och analys av andra typer av avvikande som inte kan betraktas som asocialt på samma sätt. Det kan t.ex. handla om framväxande psykisk sjukdom eller medfödda fysiska men. Mankoff (i Knutsson, 1977) skiljer mellan två typer av avvikelser, nämligen *tillskriven* och *uppnådd* avvikelse. Den uppnådda avvikelser är en sådan avvikelse som kommit till stånd utifrån individens aktiva beteende eller intentioner, såsom att använda narkotika, medan den tillskrivna avvikelser är av sådan art att den attribueras individen oberoende av dennes beteende och intention, exempelvis genom en synlig brännskada eller en medfödd psykisk funktionsnedsättning.

Till grund för vad vi kallar stämplingsteori har Meads teori om symbolisk interaktionism varit en viktig influens. I korthet menade han att vårt medvetande emanerar ur vår kommunikation med andra, främst genom språket men även med andra gester. Genom språk och gester skapas signifikanta symboler. En signifikant symbol betecknas som något väcker samma associationer och föreställningar hos olika individer. Med hjälp av sådana signifikanta symboler och vår förmåga till reflektion kan vi jämföra och assimilera vårt eget beteende med andras. Med denna därmed vunna förmåga att genom andra se på oss själva som ett objekt kan vi uppfatta vår egen identitet. Mead delade dock upp jaget i "me" och "I", där "me" skapas utifrån just denna förmåga att se oss själva genom andra, medan "I" utgörs av våra ursprungliga impulser, såsom hunger och aggression. Vårt jag skapas således inte enbart utifrån vår förmåga att assimilera andras beteenden gentemot oss, utan i ett kompromissande

mellan "me" och "I" (Mead, 1976). Som andra viktiga influenser för stämplingsteori kan nämnas Goffmans stigmateori (2005) om hur individer bärande på olika typer av stigma utsätts för diskriminering från det normativa samhället, vilket leder till ytterligare problem för den som bär på stigma. Goffman är dessutom intressant i sammanhanget utifrån vad som under förra avsnittet skrevs om team (Goffman, 1959). Att tillhöra ett team innebär en trygghet i det att man har en grupp att identifieras och identifiera sig med. Teamet är också till nytta för individen i förberedelse inför och efter situationer som innebär en granskning eller ifrågasättande av den egna identiteten. Goffman nämner också att individen kan införliva teamets normer och värderingar till den grad att det blir en del av honom själv, även då han inte agerar utifrån sin tillhörighet i teamet. Detta stämmer bra överrens med vad som i stämplingsprocessen skildras som den avvikandes uppsökande av likasinnade i särskilda subkulturer. Man kan också aktualisera begreppet motstånd då sekundära avvikelser kan identifieras som handlingar avsedda att hävda individens autonomi gentemot det normativa eller att demonstrera sitt missnöje mot det.

En fundamental fråga man bör ställa sig då man tar stämplingsteori i beaktande är vad som egentligen betecknar avvikande beteende. Boglind (i Knutsson, 1977, pp. 34) skriver att "avvikande beteende är det som stämplas som avvikande." Detta får tolkas som att varje samhälles medlemmar gemensamt avgör vad som är normalt och vad som är avvikande. Av detta kan man dra slutsatsen att det som stämplas som avvikande beteende i en kultur inte nödvändigtvis blir det i en annan. Knutsson nagelfar i ett arbete (Ibid.) stämplingsteori med hård kritik på flera punkter. Bland annat ställer han frågan hur det kommer sig att vissa individers avvikande beteende stämplas och utgör en primär avvikelse, medan andra individer klarar sig undan en sådan stämpling. Lundén & Näsman (1973) menar att individer från lägre sociala grupper löper en större risk att bli stämplade. Man kan föreställa sig att barn som vuxit upp i miljöer där de signifikanta andra (föräldrar o.dyl.) inte representerat de normer som vanligtvis återfinns i samhället utan själva anammat subkulturella normer löper större risk att avvika från gängse normer när de längre fram konfronteras med dessa och därmed att bli stämplade. Det blir därmed relevant att belysa frågan med teorier kring socialt arv.

Knutsson (1977) kritiserar stämplingsteoretikerna för att härleda de sekundära avvikelserna och närmandet till en fulländning av avvikaridentiteten till den primära avvikelserna, medan orsakerna till den primära avvikelserna och anledningarna till att avvikelserna kom att bli primär och inte endast regelbrytande sällan diskuteras. Jag tror att Knutsson varit alltför pragmatisk i sin tolkning av stämplingsteori och dess förklaringsmodeller då han anser teorin vara hårt belastad av inkonsekvenser och brister. Man får anta att ingen stämplingsteoretiker gjort anspråk, såsom Knutsson tokar det, på att ge en fullständig förklaring till avvikande beteende enbart utifrån en sådan teori. Om stämplingsteoretikerna däremot gjorde anspråk på att kunna ge en fullständig förklaring skulle de förvisso stöta på problem med att förklara uppkomsten av den primära avvikelserna och orsakerna till att just denna avvikelse varit stämplande medan andra inte är det. Jag betraktar stämplingsteori som ett perspektiv på fenomenet avvikande identiteter som dock måste kompletteras med andra perspektiv. Vad gäller drogmissbruk är ju den kanske mest uppenbara komponenten man måste ta hänsyn till, då man vill göra en någorlunda genomgripande belysning och analys av situationen, utvecklingen av ett substansberoende. Lundén & Näsman (1973) framhåller också att deras modell av stämplingsprocessen är att betrakta som en konstruktion och renodling av processen, inte som ett schema som obehörigen måste följas. Verkligheten är inte alls så determinerad för den som riskerar att stämplas. Man understryker också att det hela tiden finns vägar ut ur processen

och att bryta den onda cirkeln, vilket torde bli uppenbart om man ser till exempel hämtade ur empirin. Såsom jag betraktar stämplingsteori kan man heller inte tolka begreppet primär avvikelse alltför bokstavligt, d.v.s. i den bemärkelsen att en specifik och enskild företeelse skulle fungera som en definitiv startpunkt för stämplingsprocessen.

Knutsson (1977) betraktar den stämplingsteoretiska ansatsen såsom samhällskritisk då han anser att man härleder skulden till den avvikandes beteende till omgivningen och samhället, inte till individen. Slutsatsen man utifrån stämplingsteori kan dra menar han, om än något tillspetsat, är att det bästa man från samhällets sida kan göra för att stävja oönskat avvikande beteende är att inte göra någonting alls eftersom alla sanktioner mot den avvikande leder till ytterligare avvikande. Lundén & Näsman (1973) beskriver å sin sida stämplingsteori som en teori som lägger tyngdpunkten på *relationen* mellan individ och samhälle. Stämplingsteori, menar jag, syftar inte till att presentera några lösningar på avvikande beteende, utan att beskriva ett kausalt samband. Att på detta sätt tala om relationer istället för skuld öppnar för tolkningar och analyser av problematiska samhällsfenomen. Efter en sådan belysning kan man diskutera lämpliga åtgärder och förhållningssätt. Ingen skulle dock på allvar hävda att ”att göra ingenting” skulle vara ett rimligt förhållningssätt gentemot t.ex. missbruk, just utifrån vad som ovan sagts om att stämplingsteori inte utgör en fullständig förklaring till avvikande. Ur detta perspektiv på stämplingsteori som ett sätt att betrakta relationer vill jag påstå att den fråga som Knutsson ställer om varför vissa individer stämplas och andra inte blir intressant. Då Lundén & Näsman som här ovan hävdar att individer från lägre sociala skikt i högre grad riskerar att bli stämplade som avvikare kan man exempelvis härleda detta till frågan om vilka sociala klasser som företrädevis äger problemformuleringsprivilegiet.

RESULTAT OCH ANALYS

Kort presentation av intervjupersonerna

Grupp 1

Linda är 45 år och bosatt i Göteborg. Hon är arbetslös och har eget boende. Hon har missbrukat amfetamin sedan hon var runt 30 år.

Rebecka är 41 år och bosatt i Göteborg. Hon är likaså arbetslös och har eget boende. Hon har missbrukat amfetamin sedan hon var runt 15 år.

Vincent är 29 år och är bosatt i en medelstor stad i Västra Götaland. Han arbetar som egenföretagare med estetisk verksamhet. Han har missbrukat amfetamin sedan han var runt 20 år.

Grupp 2

Simon är 55 år och bosatt i Göteborg. Han är arbetslös och har boende genom kommunens försorg. Han har missbrukat amfetamin sedan han var runt 30 år.

Irma är 30 år och bosatt i Göteborg. Hon är arbetslös och har eget boende. Hon har missbrukat amfetamin sedan hon var runt 15 år.

Alf är 45 år och bosatt i Göteborg. Han är arbetslös och har boende genom kommunens försorg. Han har missbrukat amfetamin sedan han var runt 15 år.

Grupp 3

Andreas är 46 år och bosatt i Göteborg. Han arbetar deltid och har boende genom kommunens försorg. Han har missbrukat amfetamin sedan han var runt 20 år.

Mårten är 31 år och bosatt i Göteborg. Han är arbetslös och har eget boende. Han har missbrukat amfetamin sedan han var runt 17 år.

Jesper är 46 år och bosatt i Göteborg. Han är f.n. arbetslös men arbetar i vanliga fall med datorer. Han har eget boende. Jesper har missbrukat amfetamin sedan han var runt 20 år.

Om missbrukets olika funktioner

I arbetets teoridel definierades en drogs funktioner såsom det syfte användandet eller hanterandet av drogen, medvetet eller omedvetet, fyller hos individen. Det kan finnas många olika anledningar till att man använder sig av droger och de kan skilja sig mellan person, situation och typ av drog. Med andra ord: missbruket kan fylla olika funktioner och det är just vad citaten nedan är avsedda att illustrera.

Jag tror ju faktiskt inte att jag fått några större men av att röka hasch eller att ta några droger överhuvudtaget, men... Det har snarare hjälpt mig att inse hur bra mitt liv skulle ha kunnat vara om det liksom kunnat fungera riktigt va. (Andreas, grupp 3)

Jag ville inte sova av andra skäl. Jag hade sådan ångest för mina barn, att man inte hade träffat dem och så. Och det var ju inte det att jag inte kunde sova, utan det var ju mer att jag inte ville vakna upp o-påtänd. Då börjar ju tankarna komma på ett helt annat sätt, men det blir ju bättre på amfetamin, för man skyfflar bort jävligt mycket... Ja, man tänker inte på någonting om man inte vill det va. (Alf, grupp 2)

Jag injicerade GHB med, så du fattar att det var snurrtigt (...) Jag fattar inte vad vi tänkte på, eller rättare sagt inte tänkte... Drogen ska i, du vet. Ja, fy fan vad äckligt. Jag spyar bara jag tänker på det. (Mårten, grupp 3)

Andreas verkar vilja ge uttryck för sitt användande av hasch och andra droger som ett sätt att kompensera för redan befintliga brister i den psykiska hälsan och därmed uppnå ett tillstånd som för de flesta människor är helt naturligt, utan tillförsel av något sinnesförändrande preparat. Alf däremot verkar i sin utsaga bekräfta användandet av amfetamin delvis som en metod att skjuta upp och hålla ångesten på avstånd; en ångest som till stor del härrör från användandet av samma drog. Mårten framstår tillsist genom det handlande han beskriver i detta citat som ganska självdestruktiv. GHB är starkt frätande och ytterst svåröserat även vid oral tillförsel, vilket är det normala och Mårten var säkert medveten om att injicerandet av drogen är förenat med direkt livsfara.

Man får inte utifrån det ovan sagda uppfatta just det användande av droger som beskrivs som det normala för dessa personer då beskrivningarna av användandet kan skilja sig markant även för en och samma person. Att betrakta nyttjandet av droger i citaten ovan som funktion i form av kompensation, ångestdämpande och självdestruktivitet är förstås också tolkningar och antaganden – och dessutom mycket förenklade. Enligt Koski-Jännes biopsykosociala förklaringsmodell finns det en rad faktorer av både intern och extern karaktär som inverkar på den missbrukande individen och som man måste ta hänsyn till vid ett försök att tydliggöra funktionen. Koski-Jännes illustrerar detta som processer som pågår på flera nivåer, där den innersta utgörs av neurokemiska processer och den yttersta av sociala. Eftersom bara en större eller mindre del av dessa är medvetna för missbrukaren själv, kan man inte heller enbart godta dennes egna förklaringar till beteendet. För en rakt igenom medveten och reflekterande människa skulle det vara riktigt, men de flesta av oss skapar inför oss själva och inför andra rationaliseringar och efterhandskonstruktioner av vårt handlande. Exempelvis för att skydda oss från den starka ångest en fullständig uppriktighet skulle kunna innebära. Trots det innehåller intervjumaterialet ändå exempel på hur intervjupersonerna åtminstone inför sig själva skiljer sig mycket åt.

Ett centralt begrepp för syftet med denna studie är självmedicinering och som hjälp för analysen använder jag främst Khantzians teori kring begreppet. Trots det är det ändå viktigt att ta andra eventuella funktioner i beaktande, då funktionen sällan är självklar och många gånger glider in i varandra. Ett annat citat av Andreas kan illustrera detta.

Då börjar det strula sig med hyrorna, allting. Jag säljer min TV. Det säger väl allt. (...) Samtidigt är det folk som säger då att du måste ju ta riktiga doser och såhär. Ja, jag börjar ta sådana halvgramsdoser och det är ju en helt annan drog då ju. Det blir lite mer såhär psykotropa upplevelser då liksom. (Andreas, grupp 3)

Andreas, som tidigare gjort vad han kunnat för att ta små doser av amfetamin och hålla en låg profil drabbas av en rad motgångar. Han ger efter för andra missbrukares råd att ta större doser, varefter drogen får en annan effekt. Han blir av med sin bostad och blir mer och mer marginaliserad i samhället. Man kan tolka detta utifrån den biopsykosociala modellen såsom att en förändring sker i de sociala processerna runt honom, vilket får missbruket att ändra karaktär och därmed också drogens funktion.

Samtliga av studiens medverkande ger i intervjuerna direkt eller indirekt uttryck för att självmedicinering i någon form skulle vara deras amfetaminmissbruks primära funktion, då man ser till nuet eller den period som låg närmast det att de eventuellt upphörde med sitt missbruk. Dock har det i många fall hos intervjupersonerna funnits perioder, vanligen i början av missbrukskarriären, då missbruket har fyllt andra funktioner. Det är svårt att peka på exakt vilka dessa funktioner är. Oftast verkar det ha rört sig om en ganska diffus blandning av en rad funktioner såsom eufori, identitetsskapande, belöning och time out. Funktionsbegreppen är hämtade från de många tänkbara funktioner Melin & Näsholm räknar upp.

En förklaring till att amfetaminmissbruket för många av intervjupersonerna ändrat karaktär under åren som gått är att då en drog fortfarande är någon relativt nytt och okänt för individen, har man lättare att följa de gängse normerna i drogkulturen eftersom man inte har något annat att relatera till. I den biopsykosociala modellen framställs insikt om de pågående processerna som ett viktigt steg till att möjliggöra förändring. Man kan föreställa sig att flera av intervjupersonerna efter en tids missbrukande av amfetamin vinner en större förståelse för hur drogen fungerar just för dem. Även om det inte förmått dem att bryta missbruket, kan det ändå hjälpt dem att stävja det och hålla det på en mer måttfull nivå. Linda beskriver hur hon ganska tidigt insåg det destruktiva i att använda amfetamin på samma sätt som de hon missbrukade ihop med gjorde.

Så hade du någon period i början av ditt missbruk när du tog större doser då? (...) Jag var ju med knarkare som... Och jag tog änna lika mycket som de, fast lite svagare. Hallå! Man blir ju tom i bollen för fan. Och jag gillar ju inte att inte ha kontroll. (...) Och därför så är det ju inte roligt när man sitter och gungar såhär (gungar med överkroppen i fåtöljen). Vad fan händer? Jag tappar omdömet. Omdömet om min omgivning, om mina föräldrar och mina barn... Fick ågren. Mådde sämre och sämre på det. (Linda, grupp 1)

Trots att samtliga på olika sätt ger uttryck för att använda sig av amfetamin i självmedicineringade syfte, om man med det menar att uppnå ett tillstånd av att känna sig

normal och välfungerande, finns det i alla fall hos Alf, Simon, Vincent och Rebecka en viss klivenhet inför de andra ruseffekter som kan komma av amfetamin

Är det någon skillnad då, om man jämför amfetamin och Ritalin? Ja... Man är ju inte påtänd på det sättet... Så hellre skulle jag då haft lite mer amfetamin och lite mindre Ritalin egentligen va. (Simon, grupp 2)

Men... Jag vet inte, amfetaminet, det är ju så lätt att överdosera på det va och det är ju dem man nästan har varit ute efter på något sätt hela tiden. (Alf, grupp 2)

Blev det en större kick av att injicera då eller? Ja, det är klart. (...) Inte den direkta kicken, men mer ruset. Det vill jag kalla det för. Men samtidigt är det inget jag är i behov av längre, förutom att... Om jag är såhär ledsen, arg, frustrerad över någonting. Då kan jag känna de här att "Åh, nu vill jag ha en..." Förstår du vad jag menar? (Rebecka, grupp 1)

Men festar du på det (amfetamin, min anm.) också då? ... Det var ju så det började, men... Visst, man har ju skitkul om man är några och man tar lite mer då, verkligen, men jag kan ju liksom inte göra både och. Det skulle bli lite väl mycket tror jag. Nu tar jag ju små doser själv... Så nej, det var längesedan.

Dessa utsagor är på ett sätt fullt förståeliga då det är svårt att dra någon skarp linje mellan vad som enligt intervjupersonerna kan betecknas som att uppnå ett normaltillstånd och vad som är ett drogrus i mer allmän mening. Som Melin & Näsholm framhåller kan en och samma drog fungera på olika sätt beroende på t.ex. intagssätt, kvantitet och sammanhang. I de sociala sammanhang som intervjupersonerna befunnit sig tillsammans med andra amfetaminanvändare har normen varit missbruk och inte medicinering. Även om amfetaminet i någon mån hjälpt dem att fungera normalt utesluter inte detta att samma person kan uppskatta andra egenskaper av samma drog, såsom euforiskapande eller belönande. Det är bara Vincent som uttrycker att han fortfarande uppskattar att "festa", d.v.s. ta drogen för social gemenskap, på amfetamin. Måhända beror detta på att han aldrig haft någon period av tungt amfetaminmissbruk på samma sätt som de andra i studien. De övriga tre som citerats ger i alla fall uttryck för att sakna den "kick" det ger att ta större doser amfetamin eller att injicera drogen, även om de kommit till insikt om att ett sådant brukande av amfetamin ger större negativa konsekvenser. Därför har de slutat använda illegalt amfetamin, alternativt försökt hålla sig till mer moderata doser.

Självmedicinering med centralstimulantia

Ett antagande som fanns vid utformningen av syfte och frågeställningar inför denna studie var att personer med ADHD använder CS-droger i självmedicerande syfte. Utifrån det resultat som intervjuerna genererat kan man sluta sig till att samtliga medverkande givit uttryck för att använda sig av amfetamin i detta syfte med utgångspunkt i Melin & Näsholms definition av begreppet, nämligen användandet av droger för att lindra psykiska symptom såsom svår ångest, panikattacker eller psykotiska upplevelser.

Jag bara torskade på det (amfetaminet, min anm.) första gången ännu. Och jag bara kände det: Wah! Herrejävlar, nu vet jag vad som saknats i mitt liv. Helt plötsligt fick jag ännu... Rett ut tankarna ordentligt och fick gjort det jag skulle. (Simon, Grupp 2)

För att få lätta på trycket helt enkelt. Vad ska man kalla det? Det här suset som man har då. Bruset och suset som jag kallar det och... Trycket. En del kallar det oro, men jag kallar det inte oro... Jag har alltid levt med en fruktansvärd energi. (Jesper, grupp 3)

För mina känslor är... Jag går in med för mycket annars va. Men tar jag amfetamin så bryr jag mig inte så jävla mycket. Förr slogs jag vettu. Jag sänkte någon bara de tittade på mig. I dagens läge kan någon titta och jag tänker att jag inte behöver bry mig, vad de säger. Det är en bra grej. Man blir känslokall. (Linda, grupp 1)

De tre citaten är alla svar på frågan om varför intervjupersonerna använder eller har använt amfetamin. För att begreppet självmedicinering skall vara till någon väsentlig nytta för studiens syfte måste det dock snävas in något i förhållande till den vida mening funktionsbegreppet har hos Melin & Näsholm. Det är lätt att föreställa sig att droganvändande emellanåt bland de allra flesta missbrukare är att betrakta som självmedicinering då man ser det som ett sätt att lindra ångest, panikattacker eller psykotiska upplevelser. Många missbrukare torde emellanåt uppleva stark ångest, dels som en konsekvens av substansintaget i sig, exempelvis i samband med avtändning och abstinens, men också utifrån den utsatta position många missbrukare befinner sig i. Tar man då droger för att döva denna ångest är ju detta utifrån definitionen att betrakta som självmedicinering. Citatet av Alf under avsnittet om funktion är ett exempel på detta, även om han också beskrivit hur han använt sig av CS i andra syften. Vad som i denna undersökning åsyftas med begreppet självmedicinering användandet av droger för att undertrycka psykiska eller fysiska besvär som föregått missbruket eller åtminstone ligger vid sidan av missbruket. D.v.s. besvär som inte orsakats av missbruket i sig. Självmedicineringen måste också kunna ställas i relation till de symptom som kan förekomma hos en person med ADHD för att man överhuvudtaget skall kunna säga något om huruvida dessa individer självmedicinerar av skäl som har sin grund i denna specifika neuropsykiatriska störning.

Simon beskriver ovan tydligt hur han, då han första gången testade amfetamin i trettioårsåldern efter att under tio år endast ha rökt hasch sporadiskt, hittade en drog som verkligen passade honom. För första gången upplevde han att han kunde reda ut tankarna under påverkan av amfetaminet; något han erfarit att han haft svårt för ända sedan han var liten, men som blivit allt värre efter en traumatisk händelse där en närstående förolyckades fem år tidigare. Denna svårighet att reda ut tankarna Simon berättar om är att betrakta som ett ganska karakteristiskt drag hos personer med ADHD. I DSM-IV framställs detta i diagnoskriterierna som svårigheter att följa instruktioner, att vidmakthålla uppmärksamheten och att lätt distraheras av yttre stimuli.

Jesper säger vid ett annat tillfälle att han inte upplever sig haft några svårigheter att koncentrera sig eller att lära in.

Nej, jag hade ju aldrig det, som tur var. Jag har ju inte det här attention-syndromet. Man kan ju dela in ADHD, har jag förstätt, i AD- och HD-människor. Man är ju olika kategorier då. Jag är absolut en fullpoängare vad det gäller ADHD i sig själv då. (Jesper, grupp 3)

Precis som Jesper beskriver delar man i DSM-IV upp ADHD-diagnosen i tre subtyper: De med företrädevis koncentrationsstörningar, de med företrädevis hyperaktivitet och impulsivitet samt de med båda delar. Jesper menar att han tror sig tillhöra den andra kategorin.

Jag har alltid levt i ett kaos. Ett fruktansvärt kaos (...). Jag tar in allting. Jag tar in alla intryck och är man då ofokuserad och inte kan ... Så att säga... Katalogisera, indexera informationen, så kommer det bara in, in, in och så blir det för mycket.

Jag har aldrig kunnat fokusera, göra en sak i taget. Jag menar, jag har massa bollar i luften, men när de här bollarna trillar ned som jag har slängt upp, så är jag tre mil bort. Jag kan gå en väg ett tag för att plötsligt bara vända och gå den vägen istället och ingen fattar att jag inte går på den (första, min anm.) vägen längre. (Jesper, grupp 3)

Detta är talande för personer med hyperaktivitet/impulsivitet som primära symptom. I DSM-IV omtalas de som rastlöshet och en benägenhet att ofta byta från en ofullbordad aktivitet till en annan.

Linda anger ett mer svårplacerat motiv till användandet av amfetamin i självmedicinerande syfte, sett utifrån diagnoskriterierna för ADHD. Den inverkan amfetamin har på amfetaminmissbrukare i allmänhet, att de "dör känslomässigt" tycker hon för egen del är en positiv egenskap hos amfetaminet.

Då (när man tagit amfetamin, min anm.) tycker jag att man kan styra mycket bättre, över sina känslor. Det kan jag inte annars. När jag såg barn i TV svälta, då drömde jag mardrömmar om att det var mina barn som svält. (Linda, grupp 3)

Att på detta sätt som Linda beskriver vara överkänslig för affekter är inte det mest typiska symptomet hos personer med ADHD. Åtminstone inte utifrån vad man kan utläsa från diagnoskriterierna. Vid ett annat tillfälle framhåller Linda att hon har svårt att koncentrera sig, speciellt då det finns personer eller annat runt omkring som distraherad. Man får komma ihåg att diagnosen ADHD inte sällan förekommer komorbid med andra psykiatriska diagnoser och att det givetvis snarare kan vara symptomen på denna andra störning man upplever sig komma tillrätta med genom att använda CS.

Mårten skisserar också på anledningar att använda sig av amfetamin som härrör från brister rörande känslolivet.

Jag vet ju att känslolivet alltid varit konstigt änna. Alltså jag har inte kunnat visa känslor. Jag vet inte hur många jag har skrämt iväg genom åren... Människor. (...) Mitt känsloliv blev ju bättre (vid användandet av amfetamin, min anm.), det var ju bara det att... Jag kunde inte förmedla det på rätt sätt, förstår du? Bara det att utan amfetaminet så förmedlade jag ju ingenting. Jag var bara kall och uttryckslös. Men så tog jag amfetaminet, för även om jag var kall och uttryckslös, så var jag inte det här inne (pekar mot bröstet, min anm.). Men sen när jag tog amfetamin, då kunde jag förmedla mina känslor – Trodde jag. Det var ju det som var det komiska. Det kom bara ut värre. (Mårten, grupp 3)

Mårten bar på känslor han inte kunde förmedla till andra, även om han ville det. Han upplevde att både han själv och andra uppfattade honom som kall och uttryckslös. Detta försökte han sedermera kompensera genom att ta amfetamin, då han under ruset tyckte sig få lättare för att dela med sig av sina känslor till andra. Också här är det svårt att se någon direkt koppling till symptomen av ADHD. Tolkat utifrån Melin & Näsholms resonemang kring funktion ligger det nära tillhands att med deras terminologi betrakta det som demaskering av dolda känslor eller hämningslösande. Efter att ha upphört med missbruket och påbörjat medicinering med Concerta betraktar han försöken att kompensera detta genom amfetamin som misslyckade, såsom han skrämde iväg folk med sitt beteende och tillsist bara kunde umgås med andra missbrukare. Tilläggas skall dock att denna funktion av CS inte är den enda Mårten beskriver. Han berättar också om hur han hela sitt liv haft svårt att fokusera på uppgifter. Med amfetaminet kom fokuset, även detta som vi senare skall se, inte var alltigenom positivt.

Av de nio intervjuade personerna i studien bekräftar samtliga förekomsten av ADHD-symptom hos sig själva. Sju av dessa nio berättar om användande av amfetamin som dämpning av ett eller flera symptom som kan återfinnas i diagnoskriterierna för ADHD i DSM-IV. De två övriga ger uttryck för användandet av amfetamin i självmedicinerande syfte men för symptom som inte på ett lika konkret sätt kan härledas till ADHD-diagnosen. Det är dels Linda som citerats ovan och som använder amfetamin för att dämpa sitt lätttrörda känsloliv. Dels är det Rebecca som använder amfetamin på morgonen för att kompensera sin apati och för att överhuvudtaget kunna komma upp ur sängen. Båda tillhör grupp 1 och har således inte påbörjat någon medicinering med CS, såsom Ritalin eller Concerta. Man kan föreställa sig att deras berättelser om användandet av amfetamin i självmedicinerande syfte inte nödvändigtvis fullt ut motsvarar de faktiska förhållandena. De personer som sedan en tid tillbaka är insatta på medicinering kan ha fått en distans till sitt missbruk och därmed också hunnit reflektera över det på ett annat sätt än de som fortfarande befinner sig mitt i det. De som inte uttrycker sig självmedicinera konkreta ADHD-symptom kan med andra ord vara mindre medvetna om orsakerna till sitt agerande. Som berörs i teoridelen av detta arbete anser både Melin & Näsholm och Koski-Jännes att missbrukarens egen insikt i drogens funktioner är viktig för att denne skall kunna bryta sitt missbruk. Detta är dock en process som kan ta tid och man kan behöva hjälp av utomstående, t.ex. missbruksterapeuter, för att vinna denna insikt. Samtidigt måste man å andra sidan också vara medveten om att utsagor om självmedicinering av konkreta symptom kan vara efterhandskonstruktioner och försök till att rationalisera ett beteende som givetvis lätt skapar ångest.

Även de sju som i intervjuerna ger uttryck för självmedicinering av ADHD-symptom gör detta med varierande grad av säkerhet och självinsikt.

Jag gör det (tar amfetamin, min anm.) för att bli lugn, eller ja, om jag inte tar för mycket då (skratt). (...) Det blir ju aldrig att jag tänker att jag ska ta amfetamin bara sådär. Det gör jag inte. Det blir ju att jag dricker, och så blir jag trött och såhär, och då är jag panik änna och då måste jag ha amfetamin. Sedan när alkoholen börjar gå ur så blir man stel och spänd änna. Och då tänker jag att jag måste ha alkohol och då blir det så fram och tillbaka hela tiden. (Irma, grupp 2)

Jag höll på ganska rejält tills jag var 27-28 år, som jag pundade jävligt mycket, men... Jag slutade helt själv och sen har jag då självmedicinerat, som man kallar det. Tagit det en fem,

sex, sju gånger per år. Och det har alltså varit för att lindra denna... ADHDn då. (...) Det fick mig att ta då varannan månad ungefär. Så att när man då tar amfetamin... Ruset i sig är inte så kul att ta, men två, tre veckor efteråt så har man ett lugn som är väldigt skönt. (Jesper, grupp 3)

En del använder själva begreppet självmedicinering i sina beskrivningar av missbruket och ger ingående beskrivningar av hur det hjälper dem i vardagen. Andra konstaterar mer summariskt att de blir lugna eller mer fokuserade då de tar amfetamin. Irma tycker förvisso i citatet ovan att amfetaminet gör henne lugn om hon tar moderata doser men samtidigt verkar hon inte ha någon direkt intention till självmedicinering då hon ju dessutom framhåller att det är efter att hon druckit alkohol som hon bestämmer sig för att ta amfetamin. Jesper har däremot, utifrån vad som framkommer av materialet, funderat länge på vilken funktion amfetaminet har för just honom och han betraktar det som att han enbart sysslat med självmedicinering de senaste åren vid de tillfällen då han tagit drogen.

Återkommande begrepp som använts för att beskriva effekten av amfetamin bland de personer som tydligt kan sägas självmedicinera ADHD-symptom är t.ex. närvaro, fokus, koncentration, lugn och balans. Utifrån det kan man göra bedömningen att dessa personer självmedicinerat mot koncentrationsstörningar såväl som hyperaktivitet och impulsivitet, möjligen med någon större vikt vid koncentrationsstörningar.

Khantzian utgår i sin teori kring självmedicinering från att missbrukare väljer ett missbrukspreparat vars effekter kompenserar olika brister hos denne. Man kan konstatera att detta stämmer bra på intervjupersonerna i den meningen att de allra flesta verkar använda amfetamin för att kompensera brister avhängiga deras neuropsykiatriska störning. Khantzian menade att kokain, som också är en CS-drog, föredras av personer med denna störning utifrån sina psykofarmakologiska egenskaper. Detta baserade han i mångt om mycket på egna antaganden och ett fåtal observationer. Man måste förvisso förhålla sig kritisk till påstående med så dålig empirisk underbyggnad, samtidigt som det ändå stämmer bra in på intervjupersonerna. Att Khantzian primärt talade om kokain som CS-drog och inte amfetamin beror på att kokain är en långt mer vanlig CS-drog i USA än vad amfetamin är. I Sverige är förhållandet det motsatta. Här blir Koski-Jännes idéer om de externa, sociala processerna runt missbrukaren relevanta och hon riktade även kritik mot Självmedicineringsteorin utifrån detta. Hon menade att det inte står en missbrukare fritt att välja det preparat som passar bäst för honom, utan att det i stor utsträckning avgörs av bl.a. tillgänglighet och sociala konventioner. D.v.s. att om amfetamin är långt mer vanligt i Sverige än kokain, är det också långt mer troligt att individer väljer att missbruka amfetamin istället för kokain. Detta påstående verkar utifrån vad som framkommit under intervjuerna stämma bra.

Ett kriterium för medverkan i denna studie är att man haft missbruk av en CS-drog som främsta missbrukspreparat. Någon undersökning har därmed inte gjorts av huruvida personer med ADHD generellt föredrar CS-droger. Teoretiskt är det förstås möjligt att andra droger, t.ex. opiater, kan kompensera samma brister hos personer med ADHD men som föredrar denna typ av droger. Mårten tror dock att amfetamin är den drog som föredras av personer med ADHD.

De som går på amfetamin har ju mycket ADHD-problem. Alltså, de flesta tycker ju amfetamin är bara äckligt ju. (...)

Tror du folk som är till exempel opiatmissbrukare också kan ha psykiska problem? *Jag känner ju en del som är opiatmissbrukare och de tål ju inte tjacket (amfetaminet, min anm.). Det är likadant för mig. Jag tål inte heroinet. Jag blir sjuk som en ödla du vet... Det har aldrig gett mig någonting.* (Mårten, grupp 3)

Mårten drar slutsatsen utifrån sig själv och vad han har sett bland andra missbrukare han känt att många av dem som missbrukar amfetamin lider av ADHD-problematik men att personer med en annan psykisk disposition drar sig för att använda drogen. På samma sätt har han själv svårt att se vilken funktion ett opiatmissbruk kan fylla, då han själv bara mår dåligt av det. De övriga intervjupersonerna har ingen direkt uppfattning om huruvida personer som har andra typer av droger som primär missbruksdrog eventuellt kompenserar för andra eller samma symptom, men flera av dem menar att det verkar vara vanligt förekommande med ADHD-liknande problematik bland amfetaminmissbrukare, eller att det i dessa missbrukskretsar åtminstone talas mycket om denna typ av problem.

Khantzian anger i sin självmedicineringsteori även andra psykiska besvär som kan vara vanliga hos personer som föredrar kokain, såsom känslomässig instabilitet, dysfori och brister i självförtroendet. Det skulle stämma ganska väl in på Linda, som använder sig av amfetamin för att uppnå balans i ett annars instabilt känsloliv; för att bli "kall" som hon även uttryckte det ovan. Intressant nog framhåller både Rebecka, Andreas, Simon, Alf och Vincent motiv såsom apati, håglöshet och brist på motivation för att använda amfetamin. Medan Lindas motiv kan kopplas till Khantzians tankar om känslomässig instabilitet, kan Rebeckas, Andreas, Simons, Alfs och Vincents motiv kopplas till dysfori och brister i självförtroendet.

Jag kommer ju upp och sådär, men... Jag har ändå svårt för att ta tag i saker. Har alltid haft. Det var samma sak när jag skulle komma hit. (...) Det är ju det jag menar. Har jag inget amfetamin kommer jag ju inte upp. Jag kommer inte in i duschen ens va. Sen när man väl kommit in i duschen, då behöver man ju nästan en dos till för att komma ut också va. (Alf, grupp 2)

Jag ville ju ha amfetamin för att liksom kunna ta en dos på morgonen och känna att, ja, det här är lätt, detta är roligt. För jag tycker fortfarande idag att allting verkligen suger. Det är verkligen skittråkigt att leva om jag inte får mina mediciner (Ritalin, min anm.) (Andreas, grupp 3)

Även om dessa motiv till att använda amfetamin kan vara svåra att härleda direkt till några diagnostiska symptom för ADHD, stämmer de ändå väl överrens med Khantzians tankar kring de brister som kan föranleda en person att välja CS som huvuddrog. Samtidigt kan man, sett utifrån den biopsykosociala modellen, fundera kring vilken processnivå man skall härleda motiv såsom håglöshet och brist på motivation till. Är det ytterligare en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som orsakat dessa symptom och att man därmed kan återföra dem till de neurobiologiska processerna? Ställs det på den sociala processnivån så stora krav på personerna att de upplever att de inte kan leva upp till dem och att de därför känner sig apatiska och håglösa? En sannolik förklaring till symptomen är att missbrukets konsekvenser tillsammans med de återverkningar ADHD-problematiken givit genererat olika typer av depressiva symptom hos intervjupersonerna på en intern och extern psykologisk processnivå. Om detta är riktigt innebär det att användandet av amfetamin för att lindra dessa symptom inte självklart är att betrakta som självmedicinering utifrån den smalare definition av

begreppet jag valt att använda mig av; bruket av drogen för att lindra psykiska eller fysiska besvär som inte orsakats av missbruket i sig.

Missbrukspreparat, dosering och intagsätt

Av de CS-preparat som intervjupersonerna missbrukat i självmedicinerande syfte är amfetamin nästan uteslutande den drog som använts. Några av dem har testat andra preparat, såsom kokain och efedrin (som f.ö. inte är narkotikaklassat) men detta har då snarast skett i experiment- eller rekreationssyfte. Jesper berättar t.ex. följande om sina erfarenheter av kokain.

Men kortfattat, vad är skillnaden mellan amfetamin och andra droger för dig? (...) *Kokain är ganska kul, men det har ingen mer effekt på mig än att det är en livad drog. Jag tycker inte att det... Jag är ingen kickare. Men kokain fungerar bra. Man blir kul på kokain. Men det är inte det jag är ute efter. Jag har ganska kul i mitt liv ändå. (...) Det är som att supa till. Då kan jag hellre dricka lite pilsner.* (Jesper, grupp 3)

Alf berättar vid ett tillfälle om hur han var fri från amfetamin under tio år eftersom han träffade en kvinna och då kände att han behövde ändra sin livsstil.

Men började du ta amfetamin igen sedan då? *Ja... Det smög sig på lite för att jag snortade kokain vid några tillfällen sådär, vid påsk och nyår och så. Sen var det väl att det inte gick att få tag på vid något tillfälle, så jag köpte amfetamin istället då. Sen var jag inne på den linjen igen va.* (Alf, grupp 2)

Han tog alltså CS-drogen kokain vid enstaka festliga tillfällen under de år då han höll upp med amfetaminmissbruket, men då det vid något av dessa tillfällen inte gick att få tag på kokain kan man tolka det som att längtan efter CS blev för stor och han valde att skaffa amfetamin istället; en drog han tidigare varit fast i ett ganska intensivt missbruk av. Det gjorde att han föll tillbaka in i amfetaminmissbruk.

Förklaringar till att amfetamin och inte t.ex. kokain är den drogen som använts bland intervjupersonerna kan vara att även om kokain är en CS-drog, är dess effekter inte identiska. Framförallt klingar effekten av mycket snabbare än på amfetamin. En person som självmedicinerar med ett preparat kan förstås vara hjälpt av att det har en lång verkningsstid. Det kan också bero på att amfetamin, inte minst för några år sedan, var långt mycket vanligare och billigare i Sverige än kokain. Utifrån den biopsykosociala modellen kan den första av dessa förklaringar härledas till neurobiologiska och psykologiska processer, medan den andra förklaringen härleds till sociala processer. Det är amfetaminmissbruk snarare än kokainmissbruk som är normen bland de personer individen kan komma i kontakt med.

Det är svårt att hävda att det skulle finnas några särskilda karakteristika för hur självmedicinering med amfetamin konkret går till med hänsyftning till intagsätt, dos och frekvens. Citaten nedan representerar några olika förhållningssätt bland intervjupersonerna.

Man tar ju en liten dos i käftan, kanske någon gång i veckan då, eller när allt känns för jävligt. Och... Efter det får man ju passa på och jobba då och göra det man ska... Samtidigt

får man ju passa sig... Jag kan ju liksom ha liggande hemma. Det kan ju inte en vanlig pundare. Så en femma (fem gram amfetamin, min anm.) räcker ju bra länge. (Vincent, grupp1)

Jag trycker (injicerar) inte och jag knaprar inte, och jag håller mig alltid till jättelite. För jag vill ha kontroll på mitt liv. Jag vill inte spacea eller flumma. (...) Men jag håller mig till en 0.2:a (gram, min anm.) om dagen.

Är det en dos då, eller delar du upp det? En dos på en dag. Tar jag mer än så har jag gått över gränsen och det vet jag själv. (Linda, grupp 1)

Ruset i sig självt är inte så kul att ta men, två, tre veckor efteråt så har man ett lugn som är väldigt skönt. (...)

Tog du stora doser då? Ja. Då tänder man på en fredag, lördag... Tänder man på ordentligt. Rakt upp och sen planar man ut då. (Jesper, grupp 3)

Liksom, anledningen till att jag valde att fortsätta injicera istället för att ta de oralt, va, det var ju som att trycka på en knapp. Nu mår jag bra. Nu bestämmer jag att jag mår bra. Det var ju alltså när jag skickade in en dos i blodet... Och... Annars så upplevde jag ju att det var lite bättre att äta eller dricka det för att man nådde ju en ändå lite högre nivå. (Andreas, grupp 3)

Vincent anser sig aldrig varit inne i något riktigt missbruk, utan snarare ”hobbyknarkat” en del, som han kallar det. Samtidigt beskriver han en rädsla för att fastna i ett missbruk med svåra konsekvenser om han tar amfetamin alltför ofta. På nivån med en liten dos någon gång i veckan känner han sig dock någorlunda säker och försöker i samband med det klara av de uppgifter han lätt annars skjuter framför sig. Linda håller sig också till små doser av rädsla för att inte tappa kontrollen men använder sig av drogen mer frekvent. Jesper tog å sin sida stora doser men höll sig till att göra det någon gång varannan månad. Lugnet efter ett rus varade i flera veckor. Andreas höll sig under många år också till ca. 0.2 gram per dygn men valde att injicera det istället för att ta det oralt då han tyckte sig ha bättre kontroll på drogens effekter.

Varken Melin & Näsholm eller Khantzian, som tar upp begreppet självmedicinering, berör överhuvudtaget inte frågor om dosering och intagssätt, men man kan ändå föreställa sig att ett användande av drogen i detta syfte borde innebära att man inte använder drogen i större doser eller oftare än vad som krävs för att uppnå den önskade, självmedicinerande effekten. Man kan av intervjumaterialet konstatera att många av de medverkande - Andreas, Irma, Alf, Linda och Vincent – berättar om hur de åtminstone tidvis tagit ganska små doser i förhållande till vad de betraktar som normaldoserna för en missbrukare. Dessutom finns Jesper och Rebecka som anser sig ta drogen mer sällan än en normalmissbrukare. Som motiv därtill anges behov av kontroll på beteendet, att man inte önskar de effekter som högre eller mer frekventa doser ger eller att man vill ”hålla” på sitt förråd av amfetamin, antingen av ekonomiska skäl eller att man inte vill beblanda sig alltför mycket med andra missbrukare. Vincent anför också rädsla för att hamna i ett allvarligare missbruk; ett motiv som kanske många gånger också är underförstått även för de övriga.

Amfetamin är vattenlösligt och kan därför intas både oralt och intravenöst. I studien är det Irma, Lida, Vincent och Jesper som i stort sett bara intagit drogen oralt. Av dem ger Irma, Linda och Vincent uttryck för att injektionsmissbruk skulle vara en allvarligare typ av

missbruk. Utifrån ett identitetsperspektiv kan man tänka sig att de tre förvisso är införstådda med det faktum att deras amfetaminanvändande är att betrakta som missbruk och att de i någon mening kan identifiera sig med detta, men att de ändå inte tycker sig vara innefattade av den ”allvarligare typ av missbruk” som de menar att injektionsmissbrukare ägnar sig åt. Det rör sig således om en uppfattning av gradskillnad.

Jag känner ju folk som hållit på och skjutit (injicerat, min anm.) skiten och det är ju... Som att det är en helt annan grej, en helt annan drog då. Tror jag i alla fall. Jag har inte provat och jag tänker inte prova heller, men... Det är ju kicken. Det är kicken som blir grejjen för dem och det kan man bli jävlig hookad på. De slutar aldrig tänka på det. Även om de lagt av för många år sedan så blir de fan nästan tårögda när de pratar om vilken jävla känsla det är liksom. (Vincent, grupp 1)

Amfetamin som injiceras ger en mer omedelbar effekt då det går direkt ut i blodomloppet utan att ta vägen förbi kroppens reningsorgan. Samtidigt ökar risken att drabbas av infektionssjukdomar.

Rebecka har tidigare injicerat amfetamin under många år men tar det numera oralt eftersom hennes vener blivit förstörda av ett alltför intensivt injektionsmissbruk och som hon själv säger; av dåligt amfetamin. Mårten, Andreas, Alf och Simon har också företrädesvis injektionsmissbrukat amfetamin och det förefaller också som att de är de som haft tyngst missbruksproblematik bland intervjupersonerna. Av dem är det, förutom Andreas som citerades ovan, bara Rebecka som uppger någon särskilt skäl till att föredra injicering av drogen. Hon menar att drogen då hade en mer omedelbar verkan och att det gav ett bättre rus. Samtidigt menar hon att hon inte är i något behov av den typen av rus längre.

En svår balansgång

Min första spontana tanke vad det gäller hela den här biten så är det att... Om jag skulle ha fått det här mycket tidigare så hade jag sluppit denna... Du vet, hela mitt jävla liv har nästan gått i pillror, va. (Simon, grupp 2)

Är det (amfetamin, min anm.) den enda drogen du tar? Ja, det är ingen drog. Det är ju bara det att jag får mera balans.. (...) Men sen är det ju mycket som att man lever i ett missbruk, så man får bli kriminell. Det blir så mycket... De blandar ut skiten och jag vet inte allt vad det är som gör att man... Hamnar i misär. Jag känner så. (Linda, grupp 1)

I det första citatet är det Simon som reflekterar över sin tillvaro efter det att han blivit utredd för ADHD och insatt på Concerta. Han har levt ett hårt liv med både psykiska problem och missbruk som i perioder föranlett både bostadslöshet och kontakter med polis och sociala myndigheter. Linda, i det andra citatet, försöker att leva ett så normalt liv som möjligt men inser att hennes bruk av amfetamin orsakar en mängd problem för henne. Av vilken anledning man än må använda sig av amfetamin kan man inte undgå det faktum att både handel, innehav och överlåtande av drogen i Sverige är olagligt och därmed straffbart, så länge det inte skrivits ut på recept av en läkare med det mandatet. Detta i kombination med drogens egenskaper kan givetvis medföra direkta och indirekta konsekvenser för berörda personer. Bland de negativa aspekterna av amfetaminmissbruk intervjupersonerna nämner finns risken att åka fast (med

allt det kan innebära), att bli involverad i annan kriminalitet, att beblanda sig med andra missbrukare och kriminella, att tappa kontrollen då t.ex. missbruket eskalerar, att man riskerar den egna hälsan, att privatekonomin tar skada och att man får dåliga droger. Samtliga medverkande i studien har också drabbats av en eller flera av dessa konsekvenser, men i olika utsträckning.

Andreas berättar om hur han rökt hasch och även testat amfetamin i övre tonåren. Det var dock när han några år senare tog någonting han inte är helt säker på vad det var men som han kallar x-amfetamin som han upplevde att detta var något han behövde för att fungera normalt. För att kunna uppnå detta stadium ett par gånger i månaden behövdes mycket pengar, då amfetaminet var dyrt. För att finansiera detta slutade han röka hasch och började sälja det istället. Efter denna insikt om att amfetaminet fick honom att känna sig normal satte han själv igång med att undersöka möjligheterna att få tillgång till preparaten legalt, alternativt att lära sig tillverka det för att kunna tillgodose sitt eget behov utan att beblanda sig med andra missbrukare.

Läkaren sa ju att de skulle titta på allt det här om hur jag mådde och om han skulle skriva ut amfetamin till mig. Han kunde väl mycket väl förstå att jag mådde bra på det och så, men det var ju omöjligt. (...) MBD och hyperaktiva barn som jag läste någonting om, det hade ju inte jag någonting med att göra, för det sprang ju på väggarna ungefär va och det växte man ju ifrån, sa man ju och... Efedrin kunde jag ju få utskrivet och olika hostmediciner som innehöll efedrin och etylmorfin, men ja... Jag kunde ju nå lite av det där som amfetaminet gav mig, men... (Andreas, grupp 3)

Han prövar att ersätta amfetaminet med en rad andra, både lagliga och olagliga preparat men lyckas inte uppnå samma stadium på dem. Andreas fortsätter att använda sig av amfetamin illegalt och hamnar under några år i ett ganska allvarligt missbruk med sociala konsekvenser, bl.a. bostadslöshet, som följd. Trots det håller han sig ganska mycket för sig själv och är försiktig i sina kontakter med missbrukare.

Jag har ju alltid... Försökt undvika att hamna i fängelse. (...) Jag har några ringa narkotikabrott på min... Meritlista. Missuppfatta mig rätt nu. Det är alltså genom eget bruk av amfetamin och hasch. Liksom, det påvisar att jag aktat mig jättemycket för att åka fast, umgås med människor som ser till att jag åker fast. Du kan vara hur skötsam som helst, men går du bredvid fel människa på gatan vid fel tid så kan polisen komma och stanna dig, eller er, för de känner igen den här andra, så blir du också visiterad och har du inte lärt dig din läxa så kanske de hittar knark på dig va... Det slipper jag idag. (Andreas, grupp 3)

Andreas berättelse är på ett sätt ganska talande för de risker samtliga intervjupersoner utsatt sig för men är kanske den som illustrerar den situation dessa personer befinner sig eller har befunnit sig i.

Utifrån intervjuerna som gjorts kan man konstatera att alla utom Vincent i början av sin missbrukskarriär haft en kortare eller längre period av ganska intensivt missbruk och att somliga av dem senare på egen hand blivit mer återhållsamma och försiktiga för att minimera de risker amfetaminmissbruk är behäftat med. Mårten, Simon och Irma är de som inte verkar ha gjort några explicita, egenhändiga försök att trappa ned intensiteten av sitt missbruk innan de påbörjat legal medicinering med CS. Andreas är unik på det sättet att han tidigt insåg

amfetaminets speciella funktion för honom och försökte förhålla sig till det som en medicin för att sedan hamna i ett intensivare missbruk, medan de övriga snarare kommit till sådana insikter senare i missbrukskarriären. Vincent kan inte sägas ha haft något sådant intensivt missbruk, även om han testat flera olika droger.

En viktig poäng med att hålla sitt missbruk för sig själv och på en rimlig nivå är att undvika upptäckt, både av myndigheter, närstående och andra samhällsmedlemmar. Tolkat utifrån stämplingsteori löper en missbrukare risk att bli stämplad som avvikare om missbruket uppdagas, vilket i sin tur kan innebära förändringar i interaktionsmönster gentemot andra samt inskränkningar i handlingsutrymmet. Det kan också föranleda förändringar av den egna självuppfattningen. Trots att många av intervjupersonerna i någon mening redan kan betraktas som stämplade, finns det alltid mer att förlora och flera av personerna har själva arbetat aktivt för att bryta sig ur stämplingsprocessen och visa upp en respektabel fasad. Risken finns alltid att man trillar tillbaka. Exempelvis uttrycker Rebecka stor besvikelse över att åter figurera i polisens register efter att inte haft med dem att göra på många år, trots att konsekvenserna inte blev så allvarliga för henne denna gång. Man kan också ställa försöken att hemlighålla sitt missbruk i relation till vad man inom stämplingsteori kallar regelbrytande beteende. Ett missbruk är givetvis att betrakta som regelbrytande men riskerar ändå inte att stämplas som avvikande av andra så länge det inte uppdagas.

Ett annat bekymmer för personer som försöker självmedicinera med amfetamin man köper illegalt är att det håller olika kvalitet och i någon mån kan ha olika egenskaper. Det innebär att man inte kan veta hur eller på vilket sätt man blir påverkad då man byter från en sorts amfetamin till en annan. Jesper berättar om en period då han försökte ta mycket små doser amfetamin dagligen istället för att ta en stor dos någon gång varannan månad.

Problematiken var det att det är ju olika kvalitet på amfetaminet och den kemiska sammansättningen är ju olika. (...) Man får ju inte ett jämt flöde av kvalitet eller vad det gäller den kemiska strukturen, så slog det fel va. Och då gick det jättefel. (...) Det var väldigt jobbigt med de här fluktuationerna då... Så fick man köpa stora mängder och det är ju väldigt dyrt då också, naturligtvis. (Jesper, grupp 3)

Jag vet inte vad det kan vara, det knarket som går på gatan. Jag vet inte vad för något labb det kommer ifrån (skratt). Det finns ju allting från vitt till svart alltså. Alla färger på det änna va, och alldeles kletigt är det också. Lösningssmedel och grejjer i är det väl också. Jag menar, man vet inte vad det är man får i sig va. När det här kletiga har torkat. Det smakar ju inte ens knark längre va. Så det är ju massa konstiga grejjer de håller på och laborerar ihop. Men det är ju någon form av amfetamin i alla fall. Något hopkok är det. Periodvis har det ju varit jävligt bra från Polen änna va och även bra från Holland, men nu verkar det ju som att det här kletiga, det har tagit över hela jävla marknaden va. (Alf, grupp 2)

Alf har missbrukat amfetamin till och från sedan 70-talet. Tidigare sålde han droger för att själv kunna finansiera sitt missbruk av cannabis och amfetamin och han har även avtjänat fängelsestraff för narkotikarelaterad brottslighet. Under senare år har han ägnat sig åt bl.a. kopparstöld för att finansiera missbruket. Alf får sägas vara väl förtrogen sedan lång tid tillbaka med hur marknaden för narkotika ser ut i Göteborg och talar i citatet ovan i nästan ironiska ordalag kring det brett varierande utbud av amfetamin som funnits och finns att tillgå.

Sen kom ju det här polska. Det som de även tillverkar här i Göteborg. Det var då många kroppar förstördes. Det frätte sönder venerna på oss, men ändå skulle man ha i sig det vet du, så man slog i sig pyttelite och så skrek du, och så pyttelite och så skrek du.

Kan det ha varit lösningsmedel i eller något sådant kanske? Ja, det är väl något sådant och det är ju många av oss som det än idag inte svarar för, så även när jag går till läkaren och så är det ju fruktansvärt jobbigt när de ska ta sänkan. (Rebecka, grupp 1)

Inte nog med att kvaliteten skiftar. Man kan heller inte vara säker på vad drogerna innehåller och hur de är framställda. Rebecka menar att hennes och flera andra injektionsmissbrukares vener blev förstörda av kemikalier som fanns i amfetaminet de använde, vilket innebär en nedsatt hälsa och bekymmer i samband med användandet av kanyler inom sjukvården.

Alkohol och andra droger

Samtliga medverkande i studien har åtminstone under någon period av sin missbrukskarriär varit i närmare kontakt även med andra droger än vad som är fallet med personer utan missbruksproblem. Det kan förklaras utifrån vad som sagts kring identitet och stämplingsteori om hur en samling individer slår sig samman i team för att samarbeta i framställningen av en rutin. En central tanke i stämplingsteori är att avvikare slår sig samman i subkulturer där identiteten som avvikare accepteras av likasinnade. Narkotikamissbrukare är ett exempel på sådana grupper, även om de förstås är mycket informella till sin karaktär. I dessa informella sammanslutningar florerar även andra droger än amfetamin. Vissa av intervjupersonerna har även uppskattat andra illegala drogers effekter medan andra snart tappat intresset för dem. Dock verkar inte någon annan drog kunna fulla de självmedicinerande funktioner amfetaminet fyller för dem.

Av de personer som intervjuats är det främst Andreas, Mårten, Alf och Vincent som tagit ett flertal andra droger utöver amfetamin. Andreas, som tidigare citerats, uppgav att han testat en mängd preparat, från alkohol till opium, för att hitta något som kunde ersätta amfetaminet utan att lyckas. Mårten berättar om hur han tagit de flesta droger men att dessa inte i första hand var tänkta att ersätta amfetaminet.

Så du har haft problem med panikångest? Javisst. Det var ju därför det blev ett blandmissbruk också. Det är ju bland annat det med amfetamin att man är ju tvungen att döva ångesten, förstår du?

Men kom de andra drogerna efter amfetaminet så att säga då? I rangordning menar du då eller?

Nja, alltså, började du som amfetaminmissbrukare och sen så... Jaja, det började ju med amfetamin, men sen så kommer du ju i kontakt med den världen va. Har du provat amfetamin, då är ju inte steget långt till att du provar...

Vad tog du då? Tja, ecstasy, LSD... Vad tog jag inte?

Festade du mycket när du tog droger? Ja, men det är ju de här klassiska... Amfetaminet festade jag inte på. (Mårten, grupp 3)

Amfetaminet som Mårten tog dagligen festade han aldrig på. Vid sådana tillfällen tog han andra droger. Ytterligare andra droger – olika former av bensodiazepiner visar det sig - använde han för att döva ångesten som följer av missbruket och det liv han levde. Sett genom den biopsykosociala modellen skapar ett stegrande missbruk både konsekvenser för de olika neurologiska och psykologiska processerna, men också för de sociala. Ett sätt att hålla den ångest detta skapar på avstånd är att som Alf tillföra mer amfetamin i syfte att skjuta upp ångesten. Ett annat effektivt sätt att mota ångesten är att tillföra ytterligare preparat avsedda just för att dämpa ångest. Upphör man med användandet av preparatet riskerar ångesten att komma tillbaka med förnyad styrka och på så sätt riskerar man att hamna i en ond spiral av blandmissbruk.

Både Alf och Vincent beskriver sig själva som experimenterare och säger sig ha testat många preparat främst p.g.a. nyfikenheten på dess effekter. Funktionen man utifrån Melin & Näsholms begrepp man närmast kan tala om då är förändring av sinnesintryck och sinnestillstånd. Alf har efter ett långvarigt missbruk blivit något försiktigare med åren med vilka droger han prövar medan Vincent inte ställer sig främmande till att prova nya preparat.

I dagens läge skulle jag nog inte våga ta en tripp (ta hallucinogena droger, t.ex. Psilocybin, LSD, min anm.) alltså. Så pass kraftigt vet jag ju att det är va. Det är enormt och det är inte mycket som behövs. Men däremot MDMA och sådant, det har jag provat på litegrann. Lite olika bokstavsdroger så. Jag har faktiskt gillat det. Det var goa grejjer änna va. Jag har alltid varit experimentlysten. Gillat att prova nya grejjer. Samtidigt som det är i dagens läge så tänker jag änna att va fan, jag behöver inte mer grejjer som jag gillar va. (Alf, grupp 3)

Hur är det med andra droger då? Har du tagit fler droger än just amfetamin? *Ja (skratt), när jag var yngre så tänkte jag typ att jag ska ha testat allt. Så är det väl inte riktigt längre, men... Man har ju gått igenom registret. De flesta drogerna a till ö liksom. Sen finns den ju massa sjuka grejjer på nätet man kan få tag i och det kan ju vara kul... Det har ju mest varit en kul grej när enstaka gång liksom, när man provat skumma svampar och allt det här. Sjukt att säga så om droger kanske, men så är det. Det är ingenting jag behöver ha liksom... Men kan du fortfarande tänka dig att testa nya saker? *Visst. Det är klart, jag tar ju fan inte vad som helst. Man får ju vara försiktig, men... Visst. (Vincent, grupp 1)**

Merparten av intervjupersonerna – alla utom Irma och Linda – berättar att de rökt hasch innan de testade amfetamin och det var många gånger genom dessa bekantskaper de kom i kontakt med amfetaminet. En del av dem uppskattade cannabisens effekter och fortsatte att röka hasch, medan andra ogillade drogen och slutade ganska snart.

Men hur började det då, om du tänker tillbaka till då du var tolv? Var det Cannabis du kom i kontakt med först? *Ja, det var det ju. Jag blev döförälskad i den drogen med en gång va. Det höll jag på med i många år... Det började ju redan i skolan. Och därigenom kom jag ju i kontakt med amfetaminet också från början. (Alf, Grupp 2)*

Hur kom du först i kontakt med droger, överhuvudtaget menar jag? *Nej, alltså, jag gick ju på fina skolor, XX och annat, så det blev ju att man... Det fanns bara. Tyckte man kunde testa på det och det var ganska kul. Men haschet, det släppte jag ju ganska fort måste jag säga. Det var inte så kul, men amfetamin var jättekul. (Jesper, grupp 3)*

Alf har i perioder konsumerat mycket stora mängder hasch, ibland runt tio gram om dagen. Han berättar att även cannabis dämpar honom lite som amfetaminet, men att det samtidigt gör honom väldigt trött och seg. Vid ett tillfälle refererar han till amfetaminet som medicin och haschet som lyxmedicin. Han menar med det att cannabis egentligen är något han tror han kan klara sig utan, även om han känner ett stort sug efter det. Amfetaminet ser han dock inte hur han skulle klara sig utan. Tilläggs skall att Alf vid intervjutillfället påbörjat medicinering med Ritalin och inte längre använder illegalt amfetamin.

Alkohol är en drog som finns tydligt närvarande i intervjumaterialet. Mårten, Jesper, Andreas, Irma och Vincent ger alla uttryck för att alkohol också fungerar för att dämpa symptom som kan härledas till ADHD-problematiken. Av dem förefaller alla haft om inte missbruksproblem så i alla fall en osund relation till alkohol. Irma har druckit sedan hon var 12 år. I perioder har hon dagligen druckit mycket stora mängder alkohol. Mårten debuterade också i den åldern. Under skoltiden, innan han testat amfetamin, drack han på dagarna. Några år senare då han börjat missbruka amfetamin drack han sig alltid kraftigt berusad när han väl drack. Sånär svarar Jesper på frågan om han tror man kan använda sig av vilken drog som helst för att dämpa ADHD-symptomen.

Nej... Alkohol. Alkoholen fungerar ganska bra... Den triggas också dopaminet på ett visst sätt... Jag blir inte full som andra människor blir fulla. Jag blir väldigt glad, jag blir mer uppskruvad och lugn och balanserad på nåt sätt när jag dricker. Jag kan dricka väldigt mycket, så att man går i stå och dör av alkoholförgiftning i princip. (Jesper, grupp 3)

Irma är inne på något liknande då hon talar om hur alkoholen fungerar för henne.

Och han (en manlig kamrat, min anm.) "du är ju fan så mycket trevligare när du dricker". Och så när jag inte drack då var jag sådär skittråkig och gnällig och... Nej. När jag drack så var det alltid full fart och så du vet. Det var mer roligt då. (...) Du vet när man kommer upp i de konsumtionerna är det inte så kul änna. Man kommer hem till folk mitt i natten och bara tänder lampor och sätter på musik. Ja, helt katastrof.

Om man får tro vad Jesper säger om den speciella funktion alkohol har för honom och andra med ADHD, rör det sig om processer på en neurobiologisk nivå, sett genom den biopsykosociala modellen. Då de flesta andra blir dåsiga och somnar efter att ha druckit en stor mängd alkohol, kan vissa personer fortsätta att dricka utan att för den skull bli trötta. Detta kan komma an på skillnader i de neurobiologiska funktionerna. Det finns, såsom tidigare omnämnts, tecken som tyder på obalanser i transmittorsystemet som rör transmittorsubstanserna noradrenalin och dopamin hos personer med ADHD.

Andreas tror också att alkohol i viss mån kan ersätta amfetaminets funktion för personer med ADHD, men förkastar det ändå på grund av de andra effekter alkoholen tenderar att ha för många.

Det funkar ju liksom inte... Två öl sen slår man ju ut omdömet och sen är det liksom igång. Då tycker man att man kan ta en till och en till. Har man då ADHD och med belöningssystemet, det funkar ju inte riktigt som det ska det heller. Tillslut dricker man sig redlös... Och det blir en sån social misär. (...) Jag hade aldrig klarat det om jag druckit alkohol istället för att ta amfetamin. (Andreas, grupp 3)

Khantzian omnämner också alkohol i sin självmedicineringsteori och menar då att dess dämpande effekter på centrala nervsystemet kan vara tilltalande för neurotiska personer då alkohol mjukar upp de psykologiska försvarerna. Det är svårt att se någon direkt koppling för hur detta kan vara till gagn för personer med ADHD på samma sätt som amfetaminets egenskaper.

Tillsist skall också nämnas att Rebecka och Linda uttrycker skepsis inför alkohol som drog. De lägger båda vikt vid att ha kontroll över sig själva och som Rebecca uttrycker det gillar hon inte det "bortdomnande" ruset.

De andra

I citatet nedan berättar Mårten om sitt sociala liv under sin tid som missbrukare. Från att ha haft ett blandat umgänge innan missbruket, tappade han – eller "skrämd bort" som han själv uttrycker det vid ett annat tillfälle – alla de personer som inte missbrukade. Tillslut kunde han bara umgås med andra missbrukare.

Men folk du umgicks med medan du missbrukade, var det i regel andra missbrukare? *Det var ju det i slutet som sagt. Det var ingen annan som pallade med mig. Så det blev mindre och mindre kontakt med andra? Ja, ändå så gjorde jag inget specifikt mot någon. Förstår du? Jag har inte velat se mig själv på...*
(...) Var det lättare att umgås med missbrukare? *Ja, tillslut så går det ju bara med dem... Det är ju bara det som går... Och det blir ju bara värre hela tiden. Det är ju det jag säger: När du går på amfetamin så... Får du bättre koll på grejjerna. Bara det att de grejjerna du får koll på, det är ju inga bra grejjer.* (Mårten, grupp 3)

Du fortsatte röka cannabis och ta amfetamin, hur blev det? *Hamnade du i ett sådant umgänge, eller umgicks du med folk som inte missbrukade också? Det är ju det. Jag började ju hamna i sånt ganska tidigt för haschet och det kostade ju ganska mycket pengar ändå. OK, jag började så pass tidigt så det var ju inte så dyrt då, men jag började ju springa i nere i parken och göra affärer med haschet, tjänade pengar. Så hade man ju så man klarade sig själv av grejjerna då va. Så höll jag på i säkert 10 år. Sprang i Kungsparken och sålde hasch.* (Alf, grupp 2)

Alf hade under många år tät kontakt med missbrukskretsar då han finansierade sitt eget missbruk genom att sälja hasch till andra. Vid ett senare tillfälle under intervjun redogör han också för hur han hade svårt att motivera umgänge med andra personer än andra amfetaminmissbrukare. Själv kunde han periodvis vara vaken av amfetaminet flera veckor i sträck och människor som inte själva tog amfetamin hade förstås svårt att vara på samma nivå som Alf.

Samtliga av intervjupersonerna har periodvis umgått i kretsar med andra missbrukare. Hur dessa grupperingars uppkomst och fortlevnad kan förklaras utifrån ett teoretiskt perspektiv har gjorts under avsnittet om Alkohol och andra droger. Man får dock inte försumma de mer konkreta fördelarna, eller kanske snarare förutsättningarna: Amfetamin är narkotikaklassat

och hantering av drogen är i de allra flesta fall olaglig. Det innebär att man måste ha någon typ av ingång i kretsar som kan förse en med drogen. Vad Mårten berättar i citatet ovan kan ur ett stämplingsteoretiskt perspektiv tolkas som att han genom sitt avvikande beteende stämplats och exkluderats från andra gemenskaper. Det umgänge som återstod för honom fanns i de subkulturer som accepterade hans beteende, d.v.s. bland andra missbrukare.

Om man betraktar sammanslutningar av narkotikamissbrukare som en subkultur, kan man även ana delkulturer inom denna subkultur. Intervjupersonerna beskriver ofta en typisk amfetaminmissbrukare som en driftig typ där det händer mycket hela tiden. Heroinmissbrukare beskrivs t.ex. på ett annat sätt.

Om du får gissa då, finns det något som skiljer heroinmissbrukare från amfetaminmissbrukare? *Alltså, man umgås inte med dem. Vi säger att du har kompisar, men ni umgås inte. Man är på helt andra planeter... Han sitter och snöar medan tjackpundaren (amfetaminmissbrukaren, min anm.) gör business... Det går inte alltså, man får inte ut något av dem. Vi kan säga att en horseare (heroinmissbrukare, min anm.) fular alltid i business, för han måste ha sitt heroin på ett annat sätt än jag måste ha mitt amfetamin, fattar du? Han blir sjuk så att han kan dö.* (Mårten, grupp 3)

Samtidigt som de medverkande i studien – mer eller mindre frivilligt – umgåtts och haft kontakter i amfetaminmissbrukskretsar är det flera av dem som är kritiska till bl.a. sedvänjorna, moralen och jargongen i dessa kretsar. Det har fått dem att dra sig undan och hålla sig för sig själva, alternativt försöka finna annat umgänge. Detta antingen på eget initiativ eller till följd av att de påbörjat medicinering med CS-preparat, vilket givit dem ett bra tillfälle att avbryta sitt missbruk.

Negativa aspekter av amfetaminmissbruket då?(...) *De falska polarna, så att säga. De skrattar när du har dem framför dig men när du vänder ryggen till så kan de sticka kniven i dig. Intriger... Besserwissers. Den ene ska vara bättre än den andre (...).* Så du tycker inte det är någon riktig vänskap? *Nej, det är det inte. Absolut inte.* (...) *Så är det alltid. Så länge du har någonting som de vill ha eller kan dra nytta av, då är det "hallå kompis". Då vettu, kan de kyssa dina tår om det är så... Men på baksidan är de så falska så att det är ju... Det är ju till och med som att killarna börjar bli som fittor.* (Rebecka, grupp 1)

Hur kände du inför den världen och de människorna, de som tog droger och sålde droger? *Jag föraktar dem. Jag föraktar den världen överhuvudtaget gör jag, så det är sjukt jobbigt, det är det ju*

(...) Det är ju så att det blir ett sånt förhållande mellan langare och kund att det (...) är nästan som avgudar eller sådär och är det någon som har bra grejjer då... Då blir det en väldigt konstig relation till de människorna... en del är ju så riktigt falska människor och de går ju liksom och baktalar andra för att ställa sig i bättre dager hos dehär langarna. Sen finns det ju de som offerar sig som säljer precis allting för att få tag på knark och... en del kan ju utnyttja det här till sin egen fördel, ja, för att köpa grejjer hur billigt som helst. (Andreas, grupp 3)

Någon förtrolighet gruppmedlemmarna emellan i de bakre regionerna som Goffman talar om är utifrån det ovanstående svår att finna, förutsatt att samvaron med andra missbrukare är att

betrakta som att befinna sig i en bakre region. Kanske är framträdandet i gruppen, som många gånger kan bära karaktären av nödvändighet istället för rekreation, snarare att betrakta som att befinna sig i en främre region.

Att ifrågasätta och dra sig undan den subkultur man kommit att ingå i kan vara väldigt jobbigt. Finns inga andra sammanslutningar man kan ingå i som en del, finns risken att man drabbas av en identitetskris. Detta torde vara verklighet för flera av de medverkande i studien då de exkluderats från många normala sammanhang, samtidigt som de inte kan identifiera sig med de missbrukare som finns i subkulturerna. Rebecka har dragit sig undan missbrukskretsarna och försöker leva ett så normalt liv som möjligt i sin lägenhet men vänner och bekanta som inte missbrukar, trots att hon självmedicinerar med amfetamin varje morgon. Andreas har sedan ett halvår tillbaka då intervjun gjordes medicinerat med Concerta och använder inte längre illegalt amfetamin. För att finna andra att identifiera sig med har han börjat ägna sig åt musik; något som länge varit ett intresse men som han inte haft någon möjlighet att syssla med. Han har också blivit aktiv inom föreningslivet.

Linda är under intervjun noga med att påpeka att hon bara tar små doser amfetamin i självmedicinerande syfte. Hon har mycket svårt att relatera till hur de flesta missbrukare använder sig av drogen. Själv vill hon ha kontroll och aktar sig noga för att ta för stora doser och tycker att hon har ett visst stöd i sitt perspektiv från personer i sin omgivning.

Min mamma säger det; du är fortfarande kvar i din verklighet. Hon känner en annan människa va: Han har spaceat. Han är inte kvar i sin verklighet. Jag är fortfarande kvar och kan bete mig. När man börjar snacka siffror och grejjer och gå över sitt förstånd, då har man gått för långt tycker jag va. Man behöver inte droga sig så att man tappar det vettiga man hade en gång i tiden. (Linda, grupp 1)

Jesper har under de år han självmedicinerade med amfetamin umgått med en annorlunda typ av missbrukare. Då de övriga i studien mestadels har haft kontakt med missbrukare som även ägnade sig åt annan kriminalitet och där andra typer av social problematik varit frekvent, har Jesper umgått med folk som haft jobb, bostad och i en i övrigt ganska välordnad tillvaro. Han känner inte heller samma aversion mot de personer han umgått med och som missbrukat amfetamin. Samtidigt har han hela tiden haft goda relationer med familj och andra vänner som inte använt droger. Det talar för att Jesper inte på samma sätt drivits mot en subkultur utifrån en stämplingsprocess som ägt rum, utan att han själv delvis valt detta umgänge utifrån praktiska och sociala skäl.

Irma och Vincent har inte heller samma negativa syn på andra missbrukare, även om de förstår att det som förenar dem i grunden är något ganska destruktivt. Sådär sammanfattar Irma vid ett tillfälle sin relation till andra missbrukare.

Man har varit runt en massa och lärt känna en massa folk. Det var kul såhär, sist var jag på XX (ett behandlingshem för missbrukare, min anm.). Det är alltid såhär från folk som sover i trappuppgångar till ja folk som... Läkare kanske. Så det är så sjukt blandat. Så det är roligt. Man har träffat en massa roligt folk ändå. Man har lärt sig väldigt mycket. Kan man säga att det är en positiv aspekt av drogandet, att du träffat mycket folk? Jaja, ja. Eller ja, positivt... Det hade ju varit lika positivt om man inte levte så. Det har ju varit jävligt hårt, så. Hade jag kunnat... hade det varit lite mer normalt så, bara suttit och druckit såhär

ett glas vin så och lärt känna varandra på ett sånt sätt. Det hade varit mycket bättre. (Irma, grupp 2)

Vincent räknar inte ”pundarna”, som han kallar dem, till sina vänner men har heller inget emot dem. I själva verket förefaller han snarare vara nyfiken och fascinerad av det udda liv de lever.

Man träffar ju på en del rätt hårda pundare såhär genom folk man känner ibland, va, och oftast är det ju rätt schyssta killar. De kan ju berätta saker för dig, va, som du inte hör från någon annan... man kan ju snacka, liksom, men... Det är ju inte mina polare och jag är ju inte deras. Även om man säger det kanske. Det är ju inte dem jag ringer och tar en fika med på stan precis. (Vincent, grupp 1)

Amfetaminet och identiteten

Utifrån var som framkommit i intervjuerna och vad som analyserats under avsnittet om förhållandet till och synen på andra missbrukare kan man konstatera att samtliga av de medverkande vid intervjutillfället hade betänkligheter kring att identifiera sig med amfetaminmissbrukare som grupp. Samtidigt måste man förhålla sig kritiskt till detta på så sätt att ingen missbrukare troligtvis utan vidare skulle identifiera sig fullt ut med en sådan grupp. Det som dock förenar intervjupersonerna är hänvisningen till sitt eget bruk av droger som något väsensskilt från många andras - närmare bestämt den självmedicinerande funktionen - även om detta inte är tydligt uttalat hos alla medverkande. Man kan också se att insikten om denna funktion förändrat självuppfattningen hos dem. Ur ett stämplingsteoretiskt perspektiv är en amfetaminmissbrukare i regel utsatt för samhällets fördömande p.g.a. sitt avvikande beteende. Den egna insikten om att man använder drogen i ett självmedicinerande syfte för att kompensera faktiskt föreliggande abnormiteter kanske inte mildrar samhällets syn på beteendet, men kan ändå bidra till en förändring i den identitet som formats utifrån en stämplingsprocess. Självstämpling är ett förekommande begrepp inom stämplingsteori och stämplingsprocessen är inte fulländad innan den avvikande tillägnat sig själv den avvikaridentitet man velat behäfta honom med. Insikten om drogens självmedicinerande funktion kan således vara ett incitament för att bryta stämplingsprocessen. Att dessutom som Linda, Jesper och Rebecca också haft närstående personer som uttrycker förståelse för deras motiv till att använda amfetamin är naturligtvis till ytterligare hjälp i den processen.

Vincent har aldrig blivit stämplad med någon avvikande identitet som missbrukare eftersom han lyckats hemlighålla sitt drog användande för föräldrar och andra viktiga personer. Han har heller aldrig blivit uppmärksammas av polis eller sociala myndigheter.

Jag har ju alltid varit försiktig, mycket hush, hush kring det här med knark, va. Sen tänkte jag ju själv ganska tidigt... Jag tillhör väl den generationen, och jag fick den här diagnosen eller vad man ska säga va så det känns ju bitvis nästan legitimt det här man håller på med... Det stör ju ingen.

Lyckligtvis har Vincent undvikit att dras in i en stämplingsprocess, mycket tack vare sin egen försiktighet men kanske också för att han tidigt själv insåg och fick bekräftelse på sin ADHD-

problematik. Han planerar att fortsätta med självmedicineringen såsom han gör vid intervjutillfället, men hoppas på att få medicinering istället.

Såsom Näsholm & Melin påpekar kan det många gånger vara bättre med en identitet som missbrukare än att inte ha någon identitet alls. Samtidigt kan man bära flera identiteter med sig, vilket kan förhindra en fullständig förlikning med missbrukaridentiteten. Jesper och Vincent är lika på så sätt att de brunnit för sina respektive yrken och inte umgåtts i någon nämnvärd utsträckning med tyngre missbrukare.

Jag har jobbat... jag menar facket har ju ringt och jag menar jag hade fyra-, femhundra övertidstimmar i flera år, så facket ringde och tjatade på arbetsgivaren på den tiden. Jag tog bort övertiden och så fick jag väldigt bra lön för det jag gjorde istället. Jag var ju uppe i 76 000 kronor i månaden de bästa åren. Det är inte dåligt. Jag har haft väldigt bra i mitt liv men jag har jobbat som en galärslav i mitt liv och det är väl min sjukdom också.

Samtliga kvinnliga medverkande i studien framhåller sina eller andras barn som mycket viktiga för identiteten. Omtanken om barnen har också fått dem att vara återhållsamma i sitt missbruk och att inte utsätta sig själva för alltför stora risker.

Jag måste börja göra någonting för det går inte längre nu va... Och... Ja, sen barnen börjar såhär bli större och att man bara "nej, hjälp". (...)
Så det är mycket barnen du tänker på? Jajaja, visst, herregud, så att de inte hamnar i samma... karusell. Nej fy, usch... Nej, så vill jag ju änna, jag menar jag vill ju göra någonting med mitt liv. (Irma, grupp 2)

Familjen har också varit viktig för bibehållandet av identitet utöver den som missbrukare. Även möten med partners har - åtminstone en period – varit betydande för försöken att ändra livsstil. Flera av intervjupersonerna anser att de haft tur som ändå haft sin familj, trots perioder av tungt missbruk och social misär.

Sammanfattningsvis kan man utifrån materialet konstatera att de som under perioder haft andra intressen, sysslor och mål utöver missbruket under dessa perioder också klarat sig bättre från de svåra konsekvenser ett missbruk kan få. Andra identiteter har således spelat en viktig roll för livskvaliteten. Samtidigt har missbruket och ADHD-symptomen många gånger också hindrat intervjupersonerna i sina strävanden. Vissa av dem har försökt att komma igång i arbete eller studier under tiden de missbrukat men oftast har det fallerat efter en kort tid.

Har du haft svårt för att bara sätta dig ner och göra någonting? Ja, det har alltid varit svårt för mig, men samtidigt då när jag har pluggat eller studerat, det är ju någonting jag ändå gillar va, så det är ju... Fast det är klart, de gångerna man pluggat, då har man ju gått på nån form av amfetamin då. Och antingen har det ju varit då att man har tagit för mycket så att det har gått åt helvete bara för det. Det har ju varit så i många år av mitt liv va. (Alf, grupp 2)

Andreas har exempelvis haft en intresse för musik under hela sitt liv men har varit förhindrad att kunna utöva det aktivt då han haft ett missbruk med bl.a. bostadslöshet som följd. Det är först sedan han påbörjat medicinering med Concerta han kunnat engagera sig i musikskapande.

Barndom, uppväxt och social situation

Bland de medverkande i studien finns mycket social problematik utöver amfetaminmissbruket. Det är egentligen bara Jesper och Vincent som klarat sig från försörjningssvårigheter, bostadsproblematik, åtal för narkotikabrott etc. Båda säger sig ha haft en bra uppväxt, ordnad skolgång, god kontakt med familjen, arbete och andra intressen. Således kan man både säga att de har andra identiteter att stödja sig mot och att de undvikit stämpling från samhällets sida genom att de lyckats hålla sitt missbruk mer eller mindre för sig själva.

Jag har alltid haft bra jobb, tjänat bra med pengar. Jag gick ut skolan med 4.3 i snittbetyg. Jag lyckas väldigt bra trots allt. Men jag har alltid känt mig utanför, jag har alltid varit utanför, va. Jag har alltid tagit för stor plats. Och det här med fokus... Eller det här med intelligens. Jag har ju lärt mig och den har jag ju kunnat använda till att ordna mitt liv trots allt. (Jesper, grupp 3)

För att finna ett lugn i sig själv och för att kunna fokusera har Jesper dock använt amfetamin i många år. Tillsist blev det för mycket för honom och han fick söka hjälp genom psykiatrin innan man kunde konstatera att han hade ADHD och började medicinera med Ritalin.

Alla de övriga intervjupersonerna vittnar om perioder i sina liv med mycket sociala problem, om än i olika former. Alla utom Linda berättar om tidiga alkohol- och narkotikadebuter – i vissa fall redan i 12-årsåldern - och i de flesta fall ledde det ganska snart till ett omfattande missbruk. Om inte av alkohol eller cannabis som är de två debutdrogerna som omnämns, så i varje fall av amfetamin. Beskrivningar av att ha hittat ”rätt” drog efter att ha provat amfetamin förekommer i någon variant i samtliga intervjuer.

Var det (amfetamin, min anm.) den första drogen du tog eller började det med andra?
Alkohol... Sen... Var det ju kanske hasch en eller två gånger. Sen var det ju amfetamin... Jag var ju aldrig intresserad av droger, som jag trodde du vet, förrän jag provade amfetamin. (...) Men gick det fort sedan, då efter att du tagit första gången? *Jaja, jag torskade ju med en gång. (Mårten, grupp 3)*

Att utifrån intervjumaterialet peka på någon primär avvikelse i stämplingsteoretisk bemärkelse är svårt. Det är då snarare beskrivningarna av det första mötet med amfetamin som verkar utgöra en viktig punkt i intervjupersonernas liv. I Simons historia utgör förutom mötet med amfetaminet även en traumatisk händelse där han och en närstående varit inblandade en sådan viktig punkt i livet.

Rebecka berättar hur hon vuxit upp i ett hem med en ensamstående moder och flera syskon där socialtjänsten gått in med flera insatser. Från att ha varit ett snällt barn blev hon väldigt trotsig så snart hon kom upp i tonåren.

Hur länge har du hållit på då? *Eh, först kom ju haschet då, i... Det var nog redan i sjätte klass... 13-årsåldern då. Och amfetaminet kom in i slutet på nian om man säger så. Sen när jag slutade nian då och sen dess så har det varit mest regelbundet. (Rebecka, grupp 1)*

Vidare berättar Rebecka om hur hennes mor inte hade mycket att säga till om hemma och att hon var bråkig i skolan, varför hon fick gå i specialklasser. Detta kan ses som utövande av motstånd i förhållande till det maktutövande föräldrar, socialtjänst och skola står för. Denna typ av berättelser om motstånd mot påtvingade auktoriteter är förekommande i beskrivningarna av uppväxten och i ett tidigt skede av missbrukskarriären, men är svårare att finna exempel på i ett senare stadium. En utsaga av Andreas kan dock illustrera att former av motstånd ändå förekommer i någon form.

Jag kunde inte nöja mig med de här svaga 200-250 milligramsdoserna längre, utan åtminstone 300 då, och sen så eskalerade ju det och det blir värre och värre... Ja, mycket på grund av frustration på nåt sätt va... Man nästan protesterade mot livet, mot allting då va. Man sitter i nån källare eller har gjort inbrott nånstans på nåt kontor bara för att kunna ta sig en spruta när man är hemlös va, och liksom dunkat i så mycket tjack i sprutan så att det, ja, knappt gått att lösa va. (Andreas, grupp 3)

Andreas, som tidigt insåg vilken funktion amfetaminet fyllde för honom och som varit måttfull i sitt missbruk, känner frustration när han drabbas av en rad motgångar. Missbruket eskalerar och han tar större och större doser i vad som - trots att han egentligen inte upplever sig ha något behov av det – i en akt som förefaller vara en blandning av motstånd och självdestruktivitet.

Liksom motstånd är symbolanvändande för att visa tillhörighet också någonting som troligtvis är vanligare under ungdomsåren och i ett initialstadium av missbruket. Detta förefaller också mycket logiskt såsom de flesta intervjupersonernas berättelser delvis är en historia om kampen att undvika missbruksidentiteten och finna andra identiteter att stödja sig emot. Andreas och Vincent ger exempel på hur de använder kläder som symboler för att visa andra tillhörigheter, eller kanske snarare för att undvika att identifieras med missbrukare. Är Andreas berättelse kanske också ett tecken på motstånd mot samhällets försök att stämpla honom som missbrukare?

*Ju längre ned i rännstenen jag hamnade, ju mer mån blev jag att liksom... Ha vårdad klädsel, faktiskt, liksom. Jag har till exempel sedan tio år tillbaka inte burit jeans. Utan... jag vet inte. Det är någon slags revoltgrej liksom va...
En revolt mot missbrukare eller vad? Nej, en revolt mot folks fördomar liksom, mot mig som amfetaminist och uteliggare, hemlös... Men jag är ändå ingen dålig människa. Jag anser mig inte vara det. (Andreas, grupp 3)*

Vissa, mest småkids då, har ju stora jävla majjblad (cannabislöv, min anm.) på kläderna och såhär. Det är väl kanske mest en cool grej när man är i den åldern, men det är ju rätt korkat alltså, om man håller på. Om man har någonting att dölja... Det är ju som att be om problem. Klär du dig bara snyggt och propert och kan bete dig så vill det fan till innan folk anar nåt alltså (...) Folk är fan fördomsfulla men dom är korkade också (skratt). (Vincent, grupp 1)

Som nämndes i teoriavsnittet om identitet kan det många gånger vara acceptabelt för män att konsumera alkohol på ett sätt som inte är lika legitimt för kvinnor. Att missbruka amfetamin torde dock överhuvudtaget inte betraktas som acceptabelt ur ett samhälleligt perspektiv. Beteendet riskerar således att fördömas vem det än må röra. Man kan dock utifrån materialet

sluta sig till att kvinnorna vittnat om fler insatser från samhällets sida, t.ex. genom sjukvård och socialtjänst, medan männen i större utsträckning lämnats ifred och fått klara sig själva. Irma har exempelvis vistats på behandlingshem i flera omgångar och Linda har haft mycket kontakt med öppenvården för narkomaner. Detta kan till viss del förklaras genom att flera av kvinnorna har barn och att man utifrån ett barnperspektiv uppmärksammar dessa kvinnor i större utsträckning än männen. Dock kan man också utifrån ett genusperspektiv förklara detta fenomen med en allmän, outtalad föreställning om att män i större utsträckning skulle vara kapabla att ta hand om sig själva och att på egen hand reda ut sina problem, vilket gör att kvinnorna oftare blir föremål för samhällets hjälpinsatser.

Av de medverkande i studien har samtliga utom Jesper och Vincent haft svårigheter i skolan. Det tar sig ibland uttryck som inlärningssvårigheter, ibland som en oförmåga att lyda auktoriteter eller motivationsbrist. De flesta har enbart gått ut grundskolan eller hoppat av gymnasiet innan examen. Det är bara Jesper som uppger att han läst vid högskola/universitet. Jesper och Vincent är också de enda som har arbetat större delen av tiden efter skolslutet.

ADHD-diagnosens betydelse

Såsom omnämnts under avsnittet om intervjupersonernas "sociala situation" upplevde flera av dem svårigheter i skolan. En del vittnar om hur de haft svårt att förstå och ta till sig den kunskap som förmedlades, andra om hur de varit trotsiga mot lärare, haft svårt att sitta still eller funnit sig själva omotiverade till att lära. Man kan relatera detta till ADHD-diagnosens uppdelning av symptom på koncentrationssvårigheter och på hyperaktivitet/impulsivitet och mycket riktigt tenderar undersökningspersonerna många gånger att lägga fokus på det ena eller det andra.

Hur var det för dig i skolan? Jag har gått ut nian.

Gick det bra fram till dess då? Alltså, jag gillade ju skolan de timmarna jag var där och fick träffa polarna. Jag hade ju sådan här koncentrationsstörningar... Så... Det fanns ju liksom inte en sportslig att jag skulle kunna sitta där och... Lära mig. (Mårten, grupp 3)

Jag hade väldigt lätt för mig egentligen i skolan, men jag sket i det. I sjuan - åttan så var det plötsligt så, när folk pratade för mycket va, runt omkring mig så kunde jag inte koncentrera mig. (...) Då blev jag så arg, störd, började gapa och skrika så att jag fick ju komma till OBS-klass.

Så du hade inte svårt att lära dig? Nej, tvärtom, jag gillade att lära mig. Men det är just att i vissa lägen är man skoltrött och så har med det här gapet och livet omkring sig. Man har det här trycket på sig. Jag vill inte att någon säger till mig att gör det och det, det, det. Jag vill veta varför först och främst. (Linda, grupp 1)

Alla personer i studien är strax under 30 år eller äldre och vid den tiden de gick i grundskolan var inte ADHD någon diagnos som användes. Några av dem, exempelvis Irma och Andreas, kom i ett relativ tidigt skede i kontakt med begrepp som DAMP och MBD som kan sägas vara ADHD-liknande diagnoser. Det avfärdades dock både av dem själva och av sjukvården att de skulle lida av en sådan problematik. Fram tills ganska nyligen var uppfattningen att denna typ

av problem bara förekom hos barn och att de sedan ”växte bort” i tonåren. De hade också svårt att se sig själva i de allmänna föreställningar av diagnosen som förekom.

Men så ditt sätt att se på ADHD innan då, det var att det var människor som var psykiskt sjuka? *Ja, alltså, nej. Psykiskt sjuka, man kallade ju dom MBD-barn förut såhär änna. Och då typ tänker man på såhär sådana som gapade och skrek och lade sig på marken och gjorde såhär tokiga saker. Då tänkte jag bara att jag är ju inte sån.* (Irma, grupp 2)

Även om det i intervjuerna tar sig olika uttryck är det gemensamt för samtliga medverkande att de tidigt i livet upplevt sig själva som annorlunda, ofta i mellan- eller högstadiet. Möjligen kan man förklara det utifrån att det på denna nivå börjar ställas fler krav på eleverna i skolan, men också fler krav i stort.

Sen hamnade jag ju på BUP och det... För jag hamnade ju på alkoholförgiftning och så. Men då mådde jag ju bra, fattar du? Det var ite förrän jag var 16 – 17, när det var dags att bli vuxen, har jag kommit på nu. Då kände jag att det klarar inte jag nånstans (...)
Så det var kraven som...? Ja, precis, då kände man någonstans att det var orimligt... Alla kraven. Det är bara min allmänna gissning. Alltså, jag visste inte ens vad depression var när jag var liten. Jag hade bara hört ordet liksom. Sen så blev det bara kolsvart.

En annan slutsats man kan dra utifrån intervjumaterialet är att diagnosen och bekräftelsen på ADHD betytt mycket för samtliga. Sammanfattningsvis kan man säga att det givit en djupare självinsikt; en ökad förståelse för de brister man upplevt men sällan fått någon förklaring till eller bekräftelse på. Bekräftelsen på ADHD-problematiken har givit intervjupersonerna ett incitament till att påbörja ett förändringsarbete av identiteten och självbilden till något positivare.

Men hur kände du sen när du fick den här diagnosen ADHD? Var det väntat? *Öh... Ja, jag misstänkte det nästan... Man känner sig typ såhär... Ja, lite dum först, så jag bara... Det är ju nästan som att vara utvecklingsstörd (skratt). Du vet, såhär änna. Men jag – Psykiskt sjuk? Nej... Men sen så pratade jag med hon som gjorde utredningen och hon bara ”du, det finns jättestora affärsmän och såhär som har DAMP” då. Som är alltså väldigt kreativa människor och såhär. Och jag bara ”okej” (skratt). Och då började jag änna tänka att vad ska man bli, såhär. Började tänka lite högre.* (Irma, grupp 2)

Jag har ju insett det att jag har ju ADHD och jag kan ju bara ta och slänga bort den här... Skulden som jag lagt på mig själv att... Jag hade de här typiska ADHD-symptomen. Avledbarhet, att jag inte kunde koncentrera mig på det läraren förklarade. Jag var ju helt borta i skolan, liksom, det... Jag skyllde på att jag rökt hasch. Jag trodde massa olika grejjer berodde på att jag tagit droger. Jag fick ju lära mig, vi blev ju indoktrinerade något så fruktansvärt om att det här är ju det och det och liksom naturligtvis är det ju bara ditt fel. (Andreas, grupp 3)

Det har också givit en förklaring och ibland något av en ursäkt till många av de förehavanden intervjupersonerna - trots vetskapen om förkastligheten av dessa – ägnat sig åt i perioder, främst avseende det egna missbruket. Det är förstås till stor hjälp i att lindra den ångest över sitt leverne flera av dem känner.

Förståelsen när jag väl, verkligen förstod. Jag förstod ju att jag hade någonting, men när jag förstod det här med ADHDn, varför man har gjort som man har gjort, då var det ju en befrielse När man då har stoppat i sig ganska mycket droger, eller amfetamin rättare sagt, var det ganska befriande att få veta och förstå varför. Då fick jag ju en förklaring på det också och jag har ju på något sätt inför mig själv kunnat rättfärdiga mig själv, mitt beteende i mitt tidigare liv och det var väldigt skönt. (Jesper, grupp 3)

För jag tänkte, vadå, för mig låter det självklart; om någon fått papper på att man inte varit... Kapabel, när man gjorde så, fattar du? Typ som om någon begår ett brott som är psykiskt störd, då hamnar ju inte han på kåken. Han hamnar på rättspsyk, eller hur? Och det är ju för att han inte var ansvarig för sina egna handlingar. (Mårten, grupp 3)

Mårten, i citatet ovan, finner det orättvist att han skall återbetala studielån som han tagit då han varit i ett aktivt missbruk. Enligt en utredning som han själv inte hade någon större kännedom om hade redan vid den tiden visat på förekomsten av ADHD-problematik. Mårten har också levt på ett sådant sätt att han inte längre kunde härbärgera all ångest utan att dessutom börja missbruka bensodiazepiner. Han gör jämförelsen med sig själv och personer som p.g.a. allvarlig psykisk störning inte kan dömas till fängelse för de brott de begått. Liknelsen är förstås tillspetsad men kan ändå vara trösterik för den som har mycket ångest över tidigare missgärningar att hantera.

Ritalinets roll

Stor frihet. Det känns såhär änna: Förtrycket är slut. Så känns det. För att... Samhället har ju hållit på med ett jävla svineri mot oss som inte passar in i mallen änna. (Simon, grupp 2)

Så besvarar Simon frågan om huruvida han upplever någon skillnad efter att ha fått påbörja medicinering med Ritalin. Simon verkar mena att han hela sitt varit i behov av amfetaminpreparat för att kunna fungera på ett sätt som de flesta människor gör men att hans liv till stora delar blivit förstört av den sociala misär han hamnat i till följd av sitt narkotikamissbruk. Nu upplever han en stor lättnad över att ha fått laglig tillgång till ett preparat som förvisso inte gör honom ”påänd”, som han uttrycker det, men som ändå undertrycker de psykiska besvär han alltid upplevt; oförmågan att reda ut tankarna och finna energi och motivation att göra sådant han varit ålagd och ålagt sig själv. Detta med att undslippa bundenheten till det olagliga amfetaminet och alla risker och konsekvenser det medför är ett tema som även berörs i Andreas, Mårtens, Jespers och Alfs berättelser. Av de tre intervjupersoner som ännu inte påbörjat någon medicinering ger alla tre uttryck för förhoppningar om detta. Utöver att slippa de stora riskerna det innebär att införskaffa och använda amfetamin på egen hand, verkar medicineringen även innebära en liten bekräftelse på att det egna beteendet inte varit helt förkastligt i den bemärkelsen att substanserna i grunden är desamma.

Angående de mer konkreta förändringar avseende den egna hälsan är det Andreas, Jesper och Mårten - d.v.s. den grupp som medicinerat längst – som är mest positiva och specifika i sina utsagor kring preparaten.

Tillexempel när jag köper amfetamin på gatan, då kan ju jag få fokus, va. Men jag kan få fokus på den här blomman i fem timmar. Medan jag på Concertan då... Kan jag fokusera på vettiga saker... Och det är ju det som jag har saknat.

Men känner du att det fungerar för dig? Ja, så att jag blir rädd du vet, för jag hade ju sådana fruktansvärda koncentrationsstörningar, så det var inte sant du vet. (...) När jag höjde dosen till 72 så lärde jag mig mer om min dator på tre dagar du vet, än jag gjort på fem år. (...) Jag har precis börjat köra med Windows Vista... Vanligtvis hade jag ringt till supporten 30 gånger, men jag ringde inte en enda gång. Jag satt och systematiskt... Jag har ju fan kommit fram till att jag är ju fan inte korkad alltså. Jag är ju faktiskt rätt skärpt. (...) Ibland kunde jag bara sitta i fåtöljen så här och titta du vet. Inte kolla på TVn eller hålla på med datan, utan bara sitta och vara fascinerad av att allting är så lugnt bara. (Mårten, grupp 3)

Jag är precis lika deprimerad som alla andra emellan varven och mår dåligt och piss och hatar allting... Och ibland är allting toppen och ännu bättre, men för det mesta är det... Jag har en jämnare kurva. Alltså sinuskurvan har blivit lite jämnare. Förut var det mer toppar och dalar... Och det är inte bra. (...) Det är ju en billig medicin att hjälpa folk med trots allt. Det är ju inte som att det är kostsamt, eller tidskrävande eller speciellt omständligt. Det är ganska enkelt. (...) Så det är ju en bra hjälp och man måste ju bara lära människor att förstå att man, eller vi, eller jag, inte går omkring hela tiden och är påtända och mår skitbra hela tiden och är kickade. Jag blir... Jag är normal idag. Först idag är jag normal.

Mårten och Andreas beskriver hur medicinen hjälpt dem att överkomma koncentrationssvårigheter och brister i motivationen, medan Jesper talar om att han funnit ett lugn där han blivit av med sina kraftiga humörsvängningar och sin hyperaktivitet. Det som förenar dem är ändå konkreta beskrivningar av hur medicinen haft en positiv effekt på dem. Att ADHD-symptomen som tidigare varit ett hinder för dem åtminstone delvis försvunnit har i sin tur inneburit att de kunnat börja träna, ägna sig åt fritidssysselsättningar, skaffa nya kontakter och vänner, planera inför framtiden etc.

På frågan om huruvida preparaten (Ritalin och Concerta) också kan användas i berusningssyfte går svaren isär något. Medan Jesper och Alf menar att man kan känna av ett rus om man tar stora doser av medicinen, även om det inte är samma typ av rus, verkar Mårten mena att det inte går att ta medicinen i russyfte.

Fungerar det som vanligt amfetamin då (om man tar en hel veckas dos på en gång, min anm.)? Ja, det fungerar som vanligt amfetamin men det... Det är inget att rekommendera och det ger inte den effekten heller. Det blir inte samma sak. Det blir tvärtom. Man skruvar till det något fruktansvärt i skallen istället så... Det blir inte bra. (Jesper, grupp 3)

Jag tänkte på det här med medicinen, eftersom det är ju också amfetamin. Kan man missbruka den eller? *Det är ju det som är så jävla häftigt. Alltså, om jag hade tagit mer än min dos så hade jag ju... Bara mått sämre. För jag kommer ihåg, jag höjde ju dosen för snabbt där på XX (ett behandlingshem, min anm.), plus att det var några som jag provade innan du vet... Några som hade klippt (stulit, min anm.) medicin eller hur det nu var. Ja, det enda som hände var att det var som om man tagit dåligt amfetamin och det var inget som att ta tjack i alla fall, plus att jag fick yrsel. Och... Inte skönt någonstans. Det är ju det som gör det så jävla häftigt. Utan du har hittat din dos och... ja, tar du mer så mår du inte bättre, som du kanske gör på amfetamin till viss mån. (Mårten, grupp 3)*

Att suget efter både illegalt amfetamin och andra droger minskat håller alla sex som påbörjat medicinering med om. Jesper har inte tagit några andra droger utöver amfetamin på länge men har efter att ha börjat medicinera även upphört med att ta illegalt amfetamin. Andreas, som förklarar större delen av sitt missbruk som försök till självmedicinering har likaså upphört med användandet både av illegala droger och av alkohol. Mårten, som tidigare tagit flera andra illegala droger och emellanåt även druckit stora mängder alkohol säger sig varken känna sug efter amfetamin, alkohol eller andra droger. Han har t.o.m. slutat röka efter att ha påbörjat medicinering.

Och du hade inga stora förväntningar (på medicineringen, min anm.)? *Nej, inte på samma sätt alltså, med det här att jag skulle kunna sluta röka och grejjer... Eller att jag skulle kunna dricka två cider. Alltså, jag har alltid tyckt folk är dumma i huvudet som dricker två cider; att det är meningslöst änna.*

Du drack mer då, eller? *Ja, det är ju glapp i dopaminsystemet. Du måste ju kicka liksom. Det måste ju hända någonting... Och det gör det ju på droger då.* (Mårten, grupp 3)

Simon och Alf och talar också om positiva effekter av medicineringen, men uttrycker sig inte lika odelat entusiastiskt. Alf säger sig förvisso tro att medicinen fungerar bra men anar samtidigt att han inte kommit upp i en tillräcklig dos. Han härleder detta till sitt långvariga och grava missbruk av amfetamin och menar att han kanske blivit resistent mot amfetaminpreparat. Han använder inte längre illegalt amfetamin men röker fortfarande hasch emellanåt. Simon känner att han äntligen har fått möjlighet att fullfölja allt han vill göra men ger samtidigt uttryck för att sakna ruset som det illegala amfetaminet gav honom. Han använder fortfarande illegalt amfetamin någon gång emellanåt. Irma berättar inte om några konkreta positiva effekter av medicinering för den egna mentala hälsan.

De har ju fått mig på sänthär Ritalin heter det. Ja, men det tycker jag inte, det är... Då tycker jag ju amfetamin är, rent amfetamin är det bästa. Så jag ska kämpa för att få rent amfetamin, för det här är... Nej, det här är inte riktigt. Man blir änna stissig. Ja, man blir ännu mer stressad av det, som man han druckit för mycket kaffe, typ. (Irma, grupp 2)

Man får anta att vad Irma menar med rent amfetamin är det amfetamin missbrukare vanligtvis kan förse sig med illegalt. Att hon börjat medicinera med Ritalin är delvis en förutsättning för att hon ånyo skall beviljas vård på behandlingshem av socialtjänsten. Själv tycker hon dock att hon blivit mer rastlös och orolig sedan hon för fem veckor sedan påbörjade medicineringen. Hon uppger dock vid ett annat tillfälle att hon inte längre känner något direkt sug efter alkohol – något hon tidigare varit en storkonsument av – men relaterar inte denna förändring till medicinen, utan att det snarare är något som kommit av sig självt.

Rebecka, Linda och Vincent har ännu inga egna erfarenheter av Ritalin eller Concerta men samtliga sätter ändå stor tilltro till att medicinering med ett dylikt preparat skulle vara till stor hjälp för dem. Denna inställning härrör tillsynes mycket utifrån att det i amfetaminmissbrukskretsar talas mycket om ADHD-problematik och att de själva eller genom andra känner folk som haft positiva erfarenheter av medicineringen. Rebecka har i ett tidigare citat berättat om hur hon tror hon skulle kunna bli hjälpt av medicinering. Samtidigt är hon inte säker på att alla har ärliga avsikter.

Sen är det ju det att man... Ser ju även på andra. Sådana som har gått igenom den behandlingen eller vad man nu vill kalla det... Eller så är det bara någonting man hoppas för att se något slut på knarkandet änna.

Så du känner folk som har missbrukat och som fått diagnos och medicinering, och de har blivit bättre? Ja, nej, de knarkar inte. Jag ser ju både och änna. Många ser det ju som att de knarkar lagligt nu änna va. Det förstör ju bara chanserna för många andra. (Rebecka, grupp 1)

Förändringar

I syfte att kunna åskådliggöra en eventuell förändring från tidigare för de personer med amfetaminmissbruk och ADHD i och med att de börjat medicinera med CS-preparat har jag valt att intervjua personer i tre olika stadium i förhållande till medicinering. För att sedan på ett ändamålsenligt vis kunna redogöra för dessa förändringar har jag valt att, i en något reviderad form, använda mig av Koski-Jännes biopsykosociala förklaringsmodell.

Förändringar kan spåras i processer som ligger utanför analyspersonen, i dennes medvetna psykologiska processer samt i de omedvetna och neurobiologiska processerna. De två sista processnivåerna slås ihop och med denna nivå menas här mer konkreta förändringar i perception och beteende. Eftersom analysen genomgående utgår ifrån intervjupersonernas egna berättelser blir det därmed svårt att spåra genuint omedvetna förändringar hos dem. De medvetna psykologiska processerna får representera förändringar av tankebanor och reflektivitet. Förändringarna på en nivå skapar dock ofta förändringar på de övriga och kan därmed vara svåra att särskilja då de lätt flyter in i varandra.

Att inneha och använda amfetamin utan att man blivit förskrivet preparatet av läkare är olagligt, vilket gjort studiens samtliga medverkande till kriminella innan de ev. upphört med missbruket. Utöver det kostar ett amfetaminmissbruk, beroende på den kvantitet man använder, ofta mycket pengar och de flesta av intervjupersonerna saknar tillräckliga inkomster för att kunna finansiera missbruket. Det är en bland flera anledningar till att flera intervjupersoner varit inblandade i ytterligare kriminalitet. Personerna i grupp 1 använder sig under intervjutillfället av relativt små kvantiteter amfetamin och kan därför finansiera sitt missbruk med de medel de har. Vincent har inkomster från sitt arbete, medan Rebecka och Linda klarar sig på sitt försörjningsstöd. Linda har dock till viss del ägnat sig åt kopparstölder för att dryga ut sina inkomster. Jesper har liksom Vincent haft goda inkomster med vilka han kunnat finansiera sitt missbruk. Irma är förtegen om hur hon haft råd med sitt missbruk. De övriga har ägnat sig åt kriminalitet för att finansiera sitt missbruk, främst narkotikahandel i större eller mindre skala men även t.ex. inbrott och stöld. Mårten och Andreas från grupp 3 har slutat ägna sig åt brottslighet och fått hjälp med att söka de ekonomiska ersättningar de har rätt till. Simon hinner inte berätta huruvida han fortfarande ägnar sig åt brottslighet medan Alf, som också ingick i grupp 2, menar att hans brottsliga verksamhet definitivt minskat.

Klart man får lite sålt (droger, min anm.) och så änna va. Men jag behöver ju inte bryta (göra inbrott, min anm.) va, och det är jävligt skönt på något sätt. Jag höll ju på mycket med kopparn'. Höll på att bryta koppar och så. Klart man tar lite här och där om man ser någonting (skratt), men det är ju bra för... Privatpersoner slipper bli lidande på det sättet som de lätt blir annars va. (Alf, grupp 2)

Vad gäller inkomst, sysselsättning och umgänge för personerna i grupp 3 så får Mårten och Andreas pengar till sitt uppehälle utifrån socialförsäkringssystemet. De har tidigare i högre grad stått utanför detta system. Andreas har sedan han påbörjade medicineringen blivit aktiv i föreningslivet och börjat ägna sig åt musik tillsammans med andra. Mårten berättar att han anser sig ha blivit dåligt behandlad och ibland ignorerad av sjukvård, försäkringskassa och socialtjänst under flera år och vill därför i efterhand få klarhet i vilka som varit hans rättigheter. Utöver det planerar han att börja studera men har ännu inte kommit till klarhet om vad det är han vill göra.

Nu kan jag ju börja studera. Nu är bara kruxet vad i helvete jag ska studera... Nu har jag sådana lyxproblem, vet du. (Mårten, grupp 3)

Mårten och Andreas umgås inte längre i missbrukskretsar på det sätt de tidigare gjorde. Jesper, som egentligen aldrig ansett sig ha umgått i missbrukskretsar eller i varje fall inte gjort någon skillnad mellan bekanta som använder sig av droger eller inte, har heller inte förändrat sitt umgänge på något betydande vis. Jespers problem har tidigare varit att han snarast arbetat för mycket och planerar nu att vara ledig en tid för att varva ned.

I grupp 2 är det svårare att spåra några större förändringar i de sociala processer som omger intervjupersonerna. Irma skall åter vistas en tid på behandlingshem för missbruk och denna gång med medicinering av Ritalin. Simon berättar ingenting konkret som kan tolkas som en förändring rörande inkomst, sysselsättning eller umgänge. Alf vittnar inte ännu om några större förändringar på dessa punkter, även om han verkar hålla sig lite mer för sig själv, vilket givetvis kan vara en konsekvens av att han inte längre ägnar sig åt narkotikaaffärer i samma utsträckning.

Att det varit svårare att peka på förändringar i de sociala processerna kring personerna i grupp 2 kan förklaras genom att många av de förändringar som rör den sociala situationen och som intervjupersonerna själva är medskapande till emanerar från andra förändringar i de medvetna- och omedvetna psykologiska processerna. Det tar således tid innan tydliga förändringar av den sociala situationen kan skönjas och de tillhörande grupp 2 har nyligen påbörjat medicineringen. I detta perspektiv kan även personerna i grupp 3 anses vara i början av en sådan förändringsprocess. De flesta av de medverkande har levt med ett tungt missbruk och mycket social problematik under många år. Att komma tillbaka till ett helt normalt liv är en process som därför kan ta mycket lång tid.

Personerna i grupp 1 är alla skeptiska till umgänget i missbrukskretsar. Likaså anser de själva att de använder amfetamin i självmedicinerande syfte och håller sig till moderata doser. De tror alla att CS-preparat såsom Ritalin och Concerta kan komma dem till gagn. Vincent och Rebecka har bildat sig denna uppfattning utifrån andra personers berättelser medan Linda själv provat att medicinera med Ritalin som hon kommit över och tyckte att det hade en gynnsam effekt på henne.

Bland intervjupersonerna i grupp 2 kan man finna en viss skepsis mot dessa mediciner. Irma är mest kritisk och menar att hon hellre skulle vilja ha ”vanligt” amfetamin, då hon tycker att det fungerar bättre för henne. Simon säger sig förvisso se fördelar med medicinen han fått men verkar sakna det rus han får av illegalt amfetamin men inte av medicineringen. Alf är för

sin egen del övertygad om att medicinen han fått kommer att fungera bra men säger samtidigt att han tror att han inte kommit upp i rätt dos. Denna klenetrogna inställning till medicineringen kan få sin förklaring utifrån vad intervjupersonerna i grupp 3 berättar om tiden i början av medicineringen. Alla vittnar om en period innan medicineringen hade någon effekt eller rentav förvärrade besvären. Det har tagit en tid att hitta rätt dos. I Jespers fall bytte man även från Concerta till Ritalin då Concerta inte visade sig fungera bra för honom.

I början när du går in dig på det (Concerta, min anm.)... Jag tänkte ju nästan sluta först ju. Det var läkaren som övertalade mig... Det var ju som att ha tagit dåligt amfetamin. Hur länge varade det då? Ja, det var säkert två månader, då det inte vart roligt alltså. Det har inte varit skoj att ta.

Du mådde sämre nästan, eller? *Tja, blev stressad och hade yrsel.* (Mårten, grupp 3)

Samtliga personer i grupp 3 talar dock i odelat positiva ordalag om medicineringens effekter vid tillfällena då intervjuerna med dem gjordes. Jesper och Andreas beskriver dock att det tog dem ett tag att förlika sig med tanken om att de ev. kommer att behöva fortsätta med medicineringen med dessa preparat i resten av sina liv; en föreställning som ytterligare försvårats då preparaten innehåller substanser som i de flesta fall betraktas som narkotika.

Bekräftelsen på ADHD-problematiken för intervjupersonerna är någonting som mest påfallande verkar ha påverkat identiteten och självuppfattningen för personerna i grupp 3. Överhuvudtaget synes denna grupp vara den som i intervjuerna mest reflekterat över sin egen mentala konstitution utifrån sin diagnos. Linda uttrycker sig såhär kring sin diagnos.

Jag har ju änna själv kallat mig hysterisk. Men jag vet inte, jag har ju alltid känt att det... Det är ju bara ett namn på något som är påkommet. Jag kan inte koncentrera mig. Jag har koncentrationssvårigheter, skador i hjärnan på något sätt. (...) Jag tror inte på psykiatrin. (Linda, grupp 1)

Jag tog ju mig över den här trappen då och det känns ju väldigt bra att jag förlikat mig med de här sakerna. Och jag har även fått en förståelse i mig själv, för mig själv, om mig själv för det jag har gjort. Då slipper jag ju lida, för man har ju ändå funderat på varför har jag gjort som jag har gjort och nu vet jag det... Och det var en jättebörd som försvann. Det var en stor kvarnsten som plötsligt bara var borta. Jag kände mig befriad. (Jesper, grupp 3)

Jesper och de övriga i grupp 3 verkar funderat mer över hur deras diagnos retrospektivt har inverkat på deras tillvaro än vad som är fallet i grupp 1 och 2, även om Alf och Simon upplever diagnosen som en lättnad och att det ändå fött en del nya tankar hos dem. Man kan dock inte härleda denna ökade reflektionsförmåga kring diagnosen enbart till medicineringens effekter. Den kan givetvis ha bidragit till att intervjupersonerna funnit det lugn och den förmåga till fokusering som behövs för att reflektion skall äga rum. Samtidigt är insikten om diagnosens betydelse och därmed möjligheten till förändringar i identitet och självuppfattning också en process som tar tid. I samtliga fall utom för Vincent är bekräftelsen på ADHD nämligen något som legat relativt nära i tiden innan medicinering med CS ev. inleddes. Således har personerna tillhörande grupp 3 haft mer tid till att reflektera över sin diagnos.

Planer, tankar och förhoppningar om framtiden är också något som kan relateras till förändringar i medvetna psykologiska processer. I grupp 1 lägger ingen av intervjupersonerna

någon större vikt vid diskussionen om framtiden. Alla tre ser fram emot att påbörja medicinering med CS och hoppas att det skall hjälpa dem att komma ifrån sitt amfetaminmissbruk. Rebecka talar också om att hon vill arbeta på att förbättra sin fysiska hälsa. Vincent talar inte om några särskilda planer eller förhoppningar om förändringar i framtiden. Han vill fortsätta att arbeta och att behålla det umgänge han har.

Liksom grupp 1 lägger de i grupp 2 också tonvikten vid att först och främst komma tillrätta med sitt missbruk. Irma, som skall åka iväg till ett behandlingshem hoppas att hon denna gång skall kunna upphöra med sitt missbruk och börja leva ett mer stillsamt liv, främst såsom hon vill vara en god förebild för sina barn. Hon har också obestämda planer om att senare läsa upp sina gymnasiebetyg och eventuellt läsa vidare. Hon tror dock inte att medicineringen kan vara till gagn för henne i denna process då hon tycker att "vanligt" amfetamin är det enda som hjälper henne.

Men tror du medicinen kan hjälpa dig i ett längre perspektiv? *Nej... Man märker med en gång om det fungerar eller inte.* (Irma, grupp 2).

För Simon och Alf rör tankarna om framtiden också missbruket. Simon tar fortfarande illegalt amfetamin emellanåt men verkar ändå vara inställd på att försöka sluta helt. Alf har insett att haschet medför negativa konsekvenser för hans mentala hälsa; det gör honom trött och seg, säger han och det är nu ett övervägande han har framför sig om huruvida han skall ge upp drogerna alltigenom.

Personerna i grupp 3 har alla upphört med missbruket av illegala droger och deras framtidsperspektiv förefaller utifrån deras berättelser vara något längre än de övrigas. Andreas har kommit en lång bit på väg i att förändra sin tillvaro. Han har engagerat sig i en intresseorganisation, ägnar sig åt musik på fritiden, tränar, har nyligen fått ett deltidsarbete och har fått bättre kontakt med sina barn. Han arbetar nu aktivt för att genom socialtjänstens boendetrappa på sikt få ett eget hyreskontrakt. Han står också i kö för att få göra en mer komplett neuropsykiatrisk utredning och för att få reda på om han har några ytterligare störningar utöver ADHD. Jesper, som hela tiden haft arbete, planerar nu att flytta utomlands och att där vara ledig en tid för att "landa i sig själv", som han uttrycker det. Därefter planerar han att söka arbete där han kan hålla ett lägre tempo än innan. Mårten är inställd på att börja studera, men är ännu inte på det klara över vad han skall läsa. Utöver det vill han reda ut en del frågor han har kring myndigheternas agerande kring honom. Alla tre säger också att de velat ställa upp i studien eftersom de velat bidra till att belysa fenomenet med amfetaminmissbrukare med ADHD-problematik; en grupp de själva tillhört och som de tycker är angeläget att ytterligare uppmärksamma.

Att personerna i grupp 3 talar om framtiden i ett längre och bredare perspektiv är naturligt med tanke på att möjligheten att komma tillrätta med ett narkotikamissbruk och dessutom få hjälp med den problematik som i mångt om mycket kan ha föranlett missbruket är något av en förutsättning för att ha mod att göra större planer för framtiden. En redan påtaglig förändring i identitet och självuppfattning kan också ligga bakom förändringar i hur man förhåller sig till framtiden.

Att skönja förändringar i perception och faktiskt beteende, d.v.s den nivå som motsvarar de inre och de neurobiologiska processerna är något enklare i grupp 2. Irma känner inte längre

något sug efter alkohol men hon härleder själv inte denna förändring till medicineringen, utan att detta är något som kommit av sig själv. Samtidigt tycker hon att hon blivit mer stressad och orolig sedan hon påbörjade medicineringen. Alf berättar om hur han uppnått ett större lugn men att han ändå inte tror han kommit upp i rätt dos. Simon redogör också för ett större lugn och en ökad förmåga till att ”reda ut tankarna ordentligt”. Detta lugn och förmågan att fokusera är till en viss del effekter som intervjupersonerna i någon mån också tidigare kunnat uppnå genom sitt användande av illegalt amfetamin. Skillnaden mellan illegalt amfetamin och de medicinska preparaten beskrivs utifrån intervjumaterialet på flera sätt: Medicinerna ger ingen omedelbar effekt på de symptom de uppgivit sig självmedicinera för, d.v.s. att det krävs en viss insättningsperiod innan den har någon effekt. Medicinerna ger heller ingen ”kick” eller rus på samma sätt som illegalt amfetamin. Det håller också en jämn kvalitet och man undviker de oväntade effekter som kan komma av att ta illegalt amfetamin med varierande kvalitet och kemisk sammansättning.

Avseende personerna i grupp 3 kan man än mer tydligt se medicineringens effekter för perception och beteende. Både Jesper, Andreas och Mårten berättar om samma vinster som grupp 2. De använder med andra ord också begrepp såsom lugn och fokus för att beskriva de positiva förändringar som skett av medicineringen. Att man ändå kan påstå att effekterna är påtagligare för grupp 3 beror på att de är mer utförliga i sina beskrivningar av effekterna samt att de även vittnar om hur de faktiskt i större utsträckning påverkat deras handlingar, deras reflektionsförmåga och livsföringen i stort.

Sammanfattningsvis vill jag hävda att medicineringen med CS för intervjupersonerna i grupp 3 har bidragit till att 1 – kompensera för de brister i mentala funktioner som föreligger utifrån deras ADHD-problematik, 2 – upphöra med missbruket av illegalt amfetamin och därmed också kunna bryta den marginalisering och kriminalitet som missbruket medfört, samt 3 – skapa förändringar i identitet och självuppfattning.

För att ändå anlägga ett kritiskt perspektiv på dessa förändringar kan man till en början hävda att även illegalt amfetamin i någon mån kunnat kompensera föreliggande mentala brister. Dock beskrivs effekten av de medicinska preparaten något annorlunda i det att de inte ger någon ”kick” eller rus. Inte heller vid överdosering är effekten densamma som för illegalt amfetamin. De medicinska preparaten har också en mer jämn och långsiktig verkan då de håller en jämn kvalitet och kemisk sammansättning. En insättningsperiod krävs dessutom innan medicineringen fungerar optimalt.

Att de medverkande i studien kunnat upphöra med sitt missbruk av amfetamin och därmed också med annan kriminalitet och social problematik är givetvis till stor del avhängigt att de fått legal tillgång till amfetaminpreparat och därmed kunna medicinera under kontrollerade former. Man får dock inte bortse ifrån att en egen vilja och motivation till att bryta ett missbruk är fundamentalt för utgången. Samtliga medverkande i studien verkar i ganska hög grad vara eller ha haft motivation att avbryta missbruket. Huruvida en person som ej på samma sätt är motiverad till att sluta missbruka skulle ha åstadkommit samma förändringar går inte att avgöra utifrån materialet. Man kan dock erinra sig ett citat av Rebecka.

Många ser det ju som att de knarkar lagligt nu änna va. Det förstör ju chanserna för många andra. (Rebecka, grupp 1)

Tony Larsson
SW2226, Vetenskapligt arbete i socialt arbete
Magisteruppsats
Göteborgs Universitet, vt. 09.

Medicinering med CS kan ha bidragit till förändringar i identitet och självuppfattning hos intervjupersonerna, dels utifrån att medicineringens effekter att skapa lugn och koncentration ökat reflektionsförmågan, dels såsom förskrivningen av amfetaminpreparat kan ha tolkats som en signal om att deras tidigare amfetaminmissbruk i självmedicineringssyfte inte helt saknat relevans och att beteendet därmed i någon utsträckning är förståeligt. Samtidigt torde själva upphörandet med missbruket skapa en distans som i sig medför förändringar för identitet och självuppfattning. En annan faktor som dessutom förefaller viktig i sammanhanget är bekräftelsen på ADHD-problematiken. Det har för många av intervjupersonerna skapat mycket tankar kring den egna personen och omvärderingar av tidigare beteende.

DISKUSSION OCH AVSLUTANDE KOMMENTARER

I arbetet med analysen av intervjumaterialet har självmedicinering varit ett centralt teoretiskt begrepp för att förstå de funktioner CS-missbruket haft för de medverkande i studien. I den första frågeställningen ställdes frågan om vilka självmedicinerande funktioner det illegala bruket av CS-droger fyller hos undersökningspersonerna. Efter att i ett inledande avsnitt ha resonerat kring att ett missbruks funktion, eller snarare funktioner, är något synnerligen komplext och mångfacetterat i den bemärkelsen flera funktioner kan vara föreliggande samtidigt, att de kan förändras över tid, beroende på kontext, på den kvantitet av drogen som konsumeras etc., kunde jag ändå konstatera att samtliga medverkande gav uttryck för att ha använt sig av amfetamin i något självmedicinerande syfte. Man kan också sluta sig till att även om självmedicinering inte var den enda funktion amfetaminmissbruket fyllde, föreföll det ändå för samtliga vara den primära funktionen. De självmedicinerande funktionerna uttrycktes ofta som att intervjupersonerna använde drogen för att uppnå lugn, reda ut tankarna, kunna fokusera och koncentrera sig, m.a.o. sådana självmedicinerande funktioner som direkt kan härledas som en kompensation för brister orsakade av ADHD-problematik utifrån de diagnoskriterier som återfinns i DSM-IV. Sju av nio uttryckte att de använt sig av amfetamin i ett sådant syfte. Andra självmedicinerande funktioner som yppades men som inte på samma självklara sätt kan återföras till diagnoskriterierna för ADHD var att överkomma känslor av apati och brist på motivation samt att uppnå en känslomässig balans. Utifrån den smala definitionen av begreppet självmedicinering som använts i arbetet, nämligen att användandet av drogen avser att lindra eller kompensera för brister som ligger vid sidan av narkotikamissbruket och därför inte uppstått som en konsekvens av det, bör man dock förhålla sig kritiskt till huruvida användande i syfte att kompensera för känslor av apati och brist på motivation. Sådana depressiva symptom kan möjligen förklaras utifrån den sociala situation och andra faktorer som hänger samman ett narkotikamissbruk.

Den andra frågeställningen berörde i vilken utsträckning undersökningspersonerna är medvetna om de självmedicinerande funktionerna som det illegala bruket av CS-droger ev. fyller för dem. Även här synes samtliga medverkande i varierande grad vara medvetna om dessa funktioner av amfetaminet hos dem själva, främst såsom alla omnämner den typen av självmedicinerande funktioner som räknades upp ovan. Insikten om de självmedicinerande funktionerna verkar i de flesta fall ha varit något som vuxit fram hos undersökningspersonerna efter en lång tid av amfetaminmissbruk. Man kan dock konstatera att medvetenheten om de självmedicinerande funktionerna var större i grupp 3, d.v.s. den grupp som medicinerat med förskrivna amfetaminpreparat längst, än i de två övriga grupperna. Detta tog sig uttryck genom en högre grad av medvetenhet i reflekterandet kring amfetaminmissbrukets funktioner. De använde också oftare själva begreppet självmedicinering i sina beskrivningar av sitt amfetaminmissbruk. Grupp 3 var också den grupp som tydligast och i störst utsträckning brutit sitt tidigare missbruk och det är också de personerna som längst varit medvetandegjorda om sin ADHD-problematik. Denna insikt och distansen till det egna missbruket kan med ytterligare stöd av en tidsfaktor ha bidragit till en större insikt om amfetaminmissbrukets självmedicinerande funktioner hos dem själva.

En tredje frågeställning angick huruvida det legala bruket av CS-preparat uppfyller samma funktioner som det illegala bruket av CS-droger. Av intervjuerna med personerna i grupp 3 och i någon utsträckning med personerna i grupp 2 kan man sluta sig till att de legala preparaten fyller samma funktioner som det illegala amfetaminet avseende de symptom

intervjupersonerna uppgivit sig självmedicinera, d.v.s. att de kompenserar för hyperaktivitet, koncentrationssvårigheter, motivationssvårigheter etc. Dock kan det inte fylla de eufori- och rusfunktioner som amfetaminmissbruket åtminstone periodvis haft för de medverkande i studien. Intervjupersonerna berättar också om andra vinster med de medicinska preparaten, såsom att de efter en insättningsperiod ger en mer långsiktig och stabil effekt. Eftersom läkemedlen, till skillnad från det illegala amfetaminet som kan variera i styrka och kemisk sammansättning, håller en jämn kvalitet undkommer intervjupersonerna oväntade och oönskade effekter av preparaten. Det är undersökningspersonerna i grupp 3 som är mest positiva till de medicinska preparaten i förhållande till det illegala amfetaminet. Alla vittnar de om en period i början av medicineringen som kännetecknas av en ökad stress och oro. Intervjupersonerna i grupp 2 som befinner sig i början av medicineringen uttrycker en viss skepsis gentemot läkemedlen, mycket utifrån denna känsla av ökad stress och oro samt att medicinen ännu inte har samma effekt som amfetaminet på de symtom de tidigare självmedicinerat.

Den fjärde och sista frågeställningen berörde frågan om huruvida den identitetsskapande funktionen skiljer sig mellan det legala och illegala bruket av CS preparat och i så fall hur. Tydligt är att en av de största vinsterna intervjupersonerna i grupp 2 och 3 upplever med den legala medicineringen av CS är att undgå kopplingen till det illegala bruket av amfetamin och missbrukskretsar. Trots att de flesta av intervjupersonerna även under ett pågående amfetaminmissbruk inte gärna velat identifiera sig själva som missbrukare och försökt undvika alltför nära kontakt med andra missbrukare, är det svårt att klara sig undan den stämpningsprocess amfetaminmissbrukare många gånger hamnar i. Medicineringen med legala amfetaminpreparat har möjliggjort en väg ut ur denna stämpningsprocess för de intervju personer som påbörjat medicinering, såsom merparten av dem upphört att missbruka illegala droger och därmed också kunnat upphöra med kontakten med missbrukskretsar. Framförallt är det tydligt hur personerna i grupp 3 kunnat skapa och stärka andra identiteter hos sig själva då de fått distans till sitt amfetaminmissbruk. Förskrivningen av legala amfetaminpreparat har också fungerat som ett erkännande av dessa personers behov av CS för att kunna fungera normalt med en mer positiv självbild som konsekvens. Samtidigt får man inte förringa den effekt bekräftelsen på ADHD-problematiken haft för identiteten då kunskapen därom ger en ökad självkänedom och som dessutom kan ge en förklaring i efterhand till en del av det egna beteendet.

Sammanfattningsvis kan sägas att amfetaminpreparat utifrån intervju personernas egna berättelser fyller viktiga neurokemiska funktioner för dem och att tillgången till medicinska CS-preparat såsom Ritalin och Concerta inneburit en mer kontrollerad och jämn tillförsel av de ämnen som undertrycker symptom som härrör från ADHD-problematiken. Medicineringen med legala CS-preparat har också givit intervju personerna ett viktigt incitament till att upphöra med missbruket av illegalt amfetamin och andra droger, vilket i sin tur genererar stora möjligheter till förändringar i den sociala situationen såväl som för den egna identiteten. Bekräftelsen på ADHD-problematiken har för intervju personerna också varit en betydelsefull faktor för förändringar i identitet och självbild.

Det finns skäl till en viss försiktighet vid tolkningen av det resultat intervjuerna med de nio medverkande i studien givit då åtta av dem söks via beroendekliniker där de varit aktuella p.g.a. sitt amfetaminmissbruk samt för utredning av ADHD. Människor påverkas av de synsätt och värderingar som är rådande i de sammanhang där de ingår och det är således

sannolikt att intervjupersonernas berättelser i någon mån färgats av de perspektiv som anammas av personalen på dessa kliniker. Dessutom finns förstås möjligheten att personer som påbörjat medicinering med CS men som varit mycket negativa till effekten därav i hög utsträckning avbrutit medicineringen och därmed ej heller kunnat ingå i grupp 3 i denna studie. Det framgick tydligt att alla tre intervjupersoner som ingick i grupp 3 var mycket positiva till medicineringens effekter men deras utsagor kan på dessa grunder inte ses som representativa för alla som medicinerat med CS. Ytterligare studier kring frågeställningarna med ett större och mer slumpmässigt urval av informanter är därför befogat för att uppnå ett vetenskapligt signifikant resultat. Eftersom samtliga medverkande i denna studie har bekräftad ADHD, vore det också intressant att jämföra CS-drogernas funktion för dessa personer med amfetaminmissbrukare som inte har ADHD.

En utgångspunkt för syftet och frågeställningarna inför denna studie har varit att CS-droger har en speciell funktion för personer med ADHD och i enighet med det gav intervjupersonerna också uttryck för att amfetamin haft en speciell funktion för dem, nämligen de som i detta arbete refererats till som självmedicinerande. Flera av dem var också av uppfattningen av att ADHD-problematik är vanligt bland amfetaminmissbrukare. Relevanta frågor som därav ställer sig är hur vanlig denna typ av neuropsykiatriska störning är bland amfetaminmissbrukare och kan andra typer av droger fylla samma självmedicinerande funktioner utifrån berättelser av missbrukare med ADHD, men som har t.ex. bensodiazepiner eller opiater som primär missbruksdrog. Eftersom samtliga medverkande i studien haft amfetamin som primär missbruksdrog och endast sporadiskt experimenterat med andra centralstimulerande droger kan man heller inte med säkerhet hävda att andra centralstimulerande droger utöver amfetamin fyller samma självmedicinerande funktioner.

För genomförandet av denna studie har begreppet självmedicinering varit centralt. Tyvärr finns mycket lite skrivet kring detta begrepp inom det vetenskapliga fältet, trots att begreppet är vedertaget inom socialt arbete. Det är Edward J Khantzian som introducerat det som en teori kring missbruk och menar däri att kokain föredras av personer med bl.a. ADHD, bipolär personlighetsstörning och depression. Khantzian baserar detta uttalande endast på ett fåtal egna observationer men nämner samtidigt de neuropsykiatriska framstegen som gjorts under senare år som en ny framkomlig väg för att verifiera teorin. Eftersom teorin om självmedicinering av amfetamin för den grupp som studerats i denna undersökning förefaller vara ytterst relevant, är det min mening att fler vetenskapliga studier för att testa Khantzians självmedicineringsteori borde göras för att därigenom kunna avgöra dess antagandens giltighet.

KÄLLFÖRTECKNING

Adamson, J., Biederman, J., Faraone, S. V. & Wilens, T. E. (2007). A naturalistic study of the effects of pharmacotherapy on substance use disorders among ADHD adults. *Psychological Medicine*, 37, pp. 1743 – 1752.

Abrantes, A. M., Biederman, J., Spencer, T. J., & Wilens, T. (1997). Clinical characteristics of psychiatrically referred adolescent outpatients with substance use disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, pp. 941 – 947.

Applegate, B., Lahey, B. & McBurnett, K. (1994). DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151, pp. 1673 – 1685.

Asarnow, R. F., Hess, E., Shekim, W. O., Zauha, K. & Weeler, N. A. (1990). A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual stage. *Comprehensive Psychiatry*, 31, pp. 416 – 425.

Barkley, R. A. (1998) *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

Barkley, R. A., Fischer, M., Fletcher, K. & Smallish, L. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:2, pp. 195 – 211.

Barkley, R. A., Fischer, M., Fletcher, K. & Smallish, L. (2006). Young adult outcome of hyperactive children adaptive functioning in major life activities. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45:2, pp. 192 – 202.

Bauman, Z. (1991). *Modernity and ambivalence*. Cambridge: Polity Press.

Becker, H. (2006). *Utanför: Avvikandets sociologi*. Lund: Arkiv Förlag.

Beckman, V. & Eriksson, E. (2004). *ADHD/DAMP: En uppdatering*. Lund: Studentlitteratur.

Biederman, J., Chase, R., Faraone, S. V., Kwon, A., Moore, H., Tanguay, S. & Wilens, T. E. (2005). Characteristics of adults with attention deficit hyperactivity disorder plus substance use disorder: The role of psychiatric comorbidity. *American Journal on Addictions*, 14:4, pp. 319 – 327.

Biederman, J. & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 366, pp. 234 – 248.

Biederman, J., Faraone, S. V., Fraire, M. G., Mick, E., Monuteaux, M. C., Petty, C. R., Purcell, C. A. & Wilens, T. E. (2008). Familial Risk Analyses of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders. *American journal of Psychiatry*, 165, pp. 107 – 115.

Tony Larsson
SW2226, Vetenskapligt arbete i socialt arbete
Magisteruppsats
Göteborgs Universitet, vt. 09.

Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T. J. & Wilens, T. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 1652 – 1658.

Biederman, J., Mick, E. & Spencer, T. J. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33:6, pp. 631 – 642.

Biederman, J., Mick, E. & Wilens, T. E. Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD. *American Journal on Addictions*, 7, pp. 156 – 163.

Bjurström, E. (1997). *Högt och lågt – Smak och stil i ungdomskulturen*. Umeå: Boréa Bokförlag.

Boyd, C. J., McCabe, S. E. & Teter, C. J. (2004) The use, misuse and diversion of prescription stimulants among middle and high school students. *Substance Use & Misuse*, 39:7, pp. 1095 – 1116.

Brady, K. T., Clure, C., Johnson, D., Rittenbury, M., Saladin, M. E. & Waid, R. (1999). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and substance Use: Symptom Pattern and Drug Choice. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 25:3, pp. 441 – 448.

Bukstein, O., Martins, C., Molina, B. S. G., Pechansky, F., Rohde, L. A., Ruaro, P. & Szobot, C. M. (2007). Is attention-deficit/hyperactivity disorder associated with illicit substance use disorders in male adolescents? A community-based case-control study. *Addiction*, 102, pp. 1122 – 1130.

Carroll, K. M. & Rounsaville, b. J. (1993). History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. *Comprehensive Psychiatry*, 34, pp. 75 – 82.

Chow, B. & Hack, S. (2001). Pediatric psychotropic medication compliance: A literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11, pp. 59 – 68.

Disney, E. R., Elkins, I J., Iacono W. G. & McGue, M. (1999). Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 156, pp. 1515 – 1521.

Doyle, R. (2004). The history of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, pp. 203 – 214.

Efron, D. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder: Are we medication for social disadvantage? (Against). *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42, pp. 548 – 551.

Tony Larsson
SW2226, Vetenskapligt arbete i socialt arbete
Magisteruppsats
Göteborgs Universitet, vt. 09.

Evans, S. M., Kleber, H. D. & Levin, F. R. (1998). Prevalence of adult attention deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug & Alcohol Dependence*, 52, pp. 15 – 25.

FASS: *Läkemedel i Sverige*. (2001). Stockholm: Läkemedelsinformation.

Fine, E. M., Safer, D. J. & Zito, J. M. (1996). Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s. *Pediatrics*, 98, pp. 1084 – 1088.

Goffan, E. (1959). *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Nordstedts Akademiska Förlag.

Goffman, E. (2005). *Stigma: Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Nordstedts Akademiska Förlag.

Hacking, I. (2004) *Social konstruktion av vad?* Stockholm: Thales.

Hall, W. & Lynskey, M. T. (2001). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and substance use disorders: is there a causal link? *Addiction*, 96, pp. 815 – 822.

Halliday, K. S., Khantzian, E. J. & McAuliffe, W. E. (1990). *Addiction and the vulnerable self. Modified dynamic group therapy for substance abusers*. New York: The Guilford Press.

Halvorsen, K. (1992). *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Hartelius, J. (2004). *Narkotika dopningsmedel och hälsofarliga varor*. Stockholm: Svenska Carnegieinstitutet.

Jensen, C. E. (2004). Medication for children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Clinical Social Work Journal*, 32:2, pp. 197 – 214.

Khantzian, E. J. (1985). The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259 – 1264.

Khantzian, E. J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4:5, pp. 231 – 244.

Knutsson, J. (1977). *Stämplingsteori – en kritisk granskning*. (Vetenskapliga gruppen, rapport nr 1). Stockholm: Brottsförebyggande Rådet.

Koski-Jännes, A. (2004). In Search Of a Comprehensive Model of Addiction. *Addiction and life course*, 44, pp. 49 – 67.

Kärfve, E. (2006). Den mänskliga mångfalden – diagnosen som urvalsinstrument. I G Hallerstedt (Red.), *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande* (pp. 59 – 71). Göteborg: Daidalos.

Tony Larsson
SW2226, Vetenskapligt arbete i socialt arbete
Magisteruppsats
Göteborgs Universitet, vt. 09.

Lalander, P. (1998). *Anden i flaskan. Alkoholens betydelser i olika ungdomsgrupper*. Eslöv: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.

Lalander, P. (2001). *Hela världen är din – En bok om unga heroinister*. Lund: Studentlitteratur.

3 - Levin, F. R. & Mariani, J. J. (2007). Treatment strategies for co-occurring ADHD and substance use disorders. *American Journal on Addictions*, 16, pp. 45 – 56.

Lundén, A. & Näsman, E. (1973). *Stämplingsprocessen*. Lund: Prisma.

Läkemedelsverket. (1999). *Centralstimulantiabehandling vid hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning (ADHD) hos barn och ungdomar*. (Reviderat 060103). [WWW.dokument]. URL http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/NewsPage_446.aspx. Nedladdat 081205.

McKim, W. A. (2003). *Drugs and behavior: an introduction to behavioral pharmacology*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Mead, G. H. (1976). *Medvetandet, jaget och samhället: Från socialbehavioristisk ståndpunkt*. Lund: Argos.

Melin, A-G. & Näsholm, C. (1998). *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund: Studentlitteratur.

MINI-D IV : Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR. (2002). Danderyd: Pilgrim Press.

Nordegren, T. & Tunving, K. (1997). *Droger A – Ö*. Stockholm: Natur och kultur.

Poulin, C., (2007). From attention-deficit/hyperactivity disorder to medical stimulant use to the diversion of prescribed stimulants to non-medical stimulant use: connecting the dots. *Addiction*, 102, pp. 740 – 751.

Socialstyrelsen (2002). *ADHD hos barn och vuxna. Socialstyrelsens kunskapsöversikt*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2004). *Kort om ADHD hos barn och vuxna. En Sammanfattning av Socialstyrelsens kunskapsöversikt*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Vetenskapsrådet (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

FÖRFRÅGAN OM MEDVERKANDE VID STUDIE

Bakgrund och syfte

Det material som samlas in för studien är avsett att användas vid författandet av en magisteruppsats i socialt arbete vid Göteborgs universitet. Studiens syfte är att undersöka missbruket hos personer som diagnostiserats med ADHD och som missbrukar, alternativt tidigare har missbrukat amfetamin eller andra centralstimulerande droger.

Förfrågan om deltagande

Du har blivit tillfrågad om du vill delta som undersökningsperson i studien eftersom du har diagnostiserats med ADHD och har eller har haft ett missbruk av centralstimulerande droger.

Hur går studien till?

Du kommer att vid ett tillfälle att intervjuas av mig (Tony Larsson) och jag kommer att ställa frågor som bl.a. rör ditt missbruk, din bakgrund och din sociala situation. Vid intervjun närvarar bara vi två. Intervjun beräknas ta ca en timma i anspråk och kommer att spelas in på band. Totalt skall nio personer intervjuas inför studien. Tid och plats för intervjun kan diskuteras efter meddelat samtycke.

Hantering av data och sekretess

Du kommer att vara anonym i studien och dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Allt material som inhämtats och som ligger till grund för den färdiga studien kommer att förvaras inlåst. Banden kommer endast jag att lyssna till.

Information om studiens resultat

Vill du ta del av studiens resultat kan du kontakta Tony Larsson på nedanstående telefonnummer eller e-mailadress. Du kan också få ta del av de uppgifter du själv lämnat vid intervjun.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att medverka i studien och det sker utan ersättning. Du kan också när som helst under studiens gång välja att avbryta din medverkan. Under intervjun väljer du själv om du vill svara på de frågor som ställs.

Ansvariga

Upphovsman till studien och uppsatsen är Tony Larsson. Handledare är universitetslektor Tom Leissner vid institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet. För frågor och ytterligare information kring studien, kontakta Tony Larsson, tel. XX (säkrast kvällstid) eller e-mail: XX.

Tony Larsson
SW2226, Vetenskapligt arbete i socialt arbete
Magisteruppsats
Göteborgs Universitet, vt. 09.

Bilaga 2

SAMTYCKE

Jag har fått information om studiens syfte och utformning samt givits möjlighet att kontakta Tony Larsson för ytterligare information kring studien. Jag ger också mitt frivilliga samtycke till att delta i studien som undersökningsperson och att de uppgifter jag lämnar vid intervjun får användas till uppsatsen.

.....
Stad och dagens datum

.....
Signatur och namnförtydligande