

# Biologiska och psykologiska faktorerens betydelse för missbruks- och beroendeutveckling och behandling

Basutbildning Riskbruk, Skadligt bruk, Beroende -  
Basutbildning 2024

**PSYKOLOG** | **LINDA GJERTSSON**

NEUROPSYKOLOGI OCH BETEENDEFÖRÄNDRING

# Dagens agenda

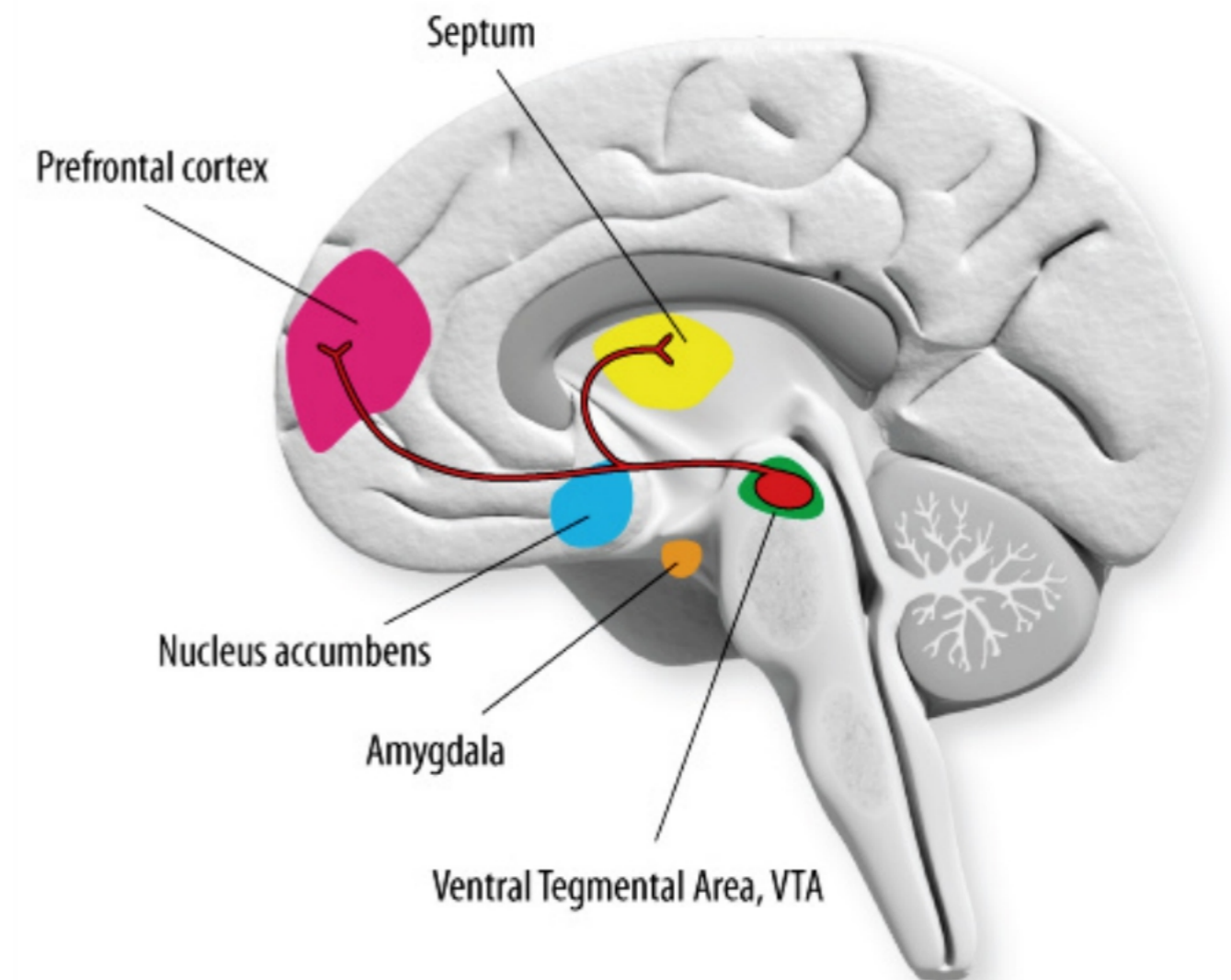
- Hjärnans belöningssystem och beroende
- Beteendeproblem och substansmissbruk
- Om genetisk sårbarhet och p-faktorn
- Missbruk & psykiatrisk samsjuklighet
- En särskild titt på ADHD
- Kartläggning, bedömning och strategiska överväganden -  
Om integrerad behandling vid dubbeldiagnos

# Belöning och beroende

Under 50 -talet en serie djurexperiment där råttan tryckte på en pedal och fick en elektrisk stimulering i nucleus accumbens - om ingen effekt i det området så tryckte inte råttan på pedalen

Idag har bildanalys av mänskliga hjärnan visat att det fungerar på liknande sätt för människor

Nervbanorna på bilden domineras av signalsubstansen *dopamin* →



# Belöning och beroende

- Frisättning av dopamin ökar alltså individens *motivation* att anstränga sig för en viss belöning - dvs. att få drogen
- Dopaminfrisättningen ökar inte i sig när individen får drogen (vilket är vanligt missförstånd!)
- Inte sällan kan en person med beroende beskriva att peaken kommer precis innan hen tar drogen, en viktig funktion med själva substansen däremot är att lindra abstinens

# Belöning och beroende

- Även om det framför är allt signalsubstansen dopamin som är målet för drogerna så även andra signalsubstanser är involverade i belöningseffekter, som *endogena opioider*, *acetylkolin* och *serotonin*
- Dessa kan ge direkta belöningseffekter eller påverka dopamin indirekt
- Notera att belöningssystemet aktiveras inte enkom av droger, utan är centralt för vår inlärning i många slags sammanhang

# Belöning och beroende

- Mat och sexuella aktiviteter är naturliga förstärkare eller motivatorer för mänskligt beteende - men droginducerad belöning är mycket kraftigare.

*Exv:* Sex aktiverar dopmin 50-100%, amfetamin 1000%  
-> naturlig belöning känns därefter mycket svagt

- Det sker en adaptation i hjärnan, drogens målprotein blir mindre känsligt -> toleransutveckling.

# Beteendeproblem och substansbruk

- Stor överlappning mellan substansbruk och beteendeproblem (dvs. sådant som överdrivet spel, sex, träning, mat od).  
Liknande kontrollförlust och negativa konsekvenser
- Belöningssystemet tycks fungera likadant vid både utvecklingen av substansbruk och beteendeproblem. Peaken...
- Toleransutveckling och abstinens på liknande sätt

# Beteendeproblem och substansmissbruk *forts.*

Fler likheter rör triggers och beteendemönster:

- *Svåra emotionella tillstånd* som utlösare av beteendeproblemet + brist på copingstrategier
- *Impulskontrollstörning*: mellan trigger och handling sker ingen reflektion och tiden är kort
- *Tvångsmässighet*: hög grad av förväntansångest med anspänning + tankar på att utföra beteendet som inte släpper förrän individen utfört beteendet



# Typer av beteendeproblem

- **Mat:** Bulemi/hetsätning (samt anorexi), ortorexi - äta sunt
- **Fysisk träning**
- **Sex** Sex som sådant, pornografi, onani, multipla partners, dejtande/flirtande
- **Shopping** dvs. konsumtion av sådant som inte direkt behövs, ett begär till skillnad från behov
- **Internetanvändning**
- **Spel** - Det mest studerade fenomen relaterat till substansmissbruk

# SUD och beteendeproblem

- Personerna skäms (känna kort stunds tillfredsställelse och sedan ångra sig), en plågsam känsla över sig själv som person med risk för ertappning (“brallorna nere”, “handen i syltburken”) -> undandragande av olika art.
- Skam + vi har ofta bristfälliga rutiner för att fråga - > beteendeproblem kan missas
- Det är kanske först efter stabil nykterhet det blir tydligt vilka beteendeproblem som kvarstår och vilka som klingat av
- Var särskilt vaksam under tidiga fasen av substansfrihet
- Vissa klienter skiftar mellan SUD och beteendeproblem

# Vem som helst utvecklar inte substansbrukssyndrom - det finns en genetisk sårbarhet

## Studerat fynd A:

- Många (män) gör något externaliserat någon gång i livet - t.ex. slåss eller blir tagen för rattfylla
- Många (kvinnor) gör något internaliserat t.ex. grubblar och änglas - söker eventuellt vård

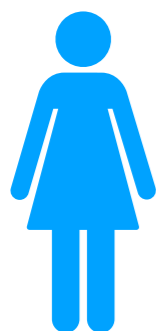
## Studerat fynd B:

- Det mänskliga genomet är dynamiskt, vilket innebär att i regel är miljöfaktorer mer avgörande i barnår, ju äldre vi blir desto mer slår genetiska faktorer igenom
- Över åren så har allt färre psykiska problem, och de som har det har allt större problem, dvs. en hög p-faktor ->

I toppen, dvs. en hög grad av psykopatologifaktor,  
är problemen inte så enkla att påverka;  
samsjukligheten är stor - "dubbeldiagnos"

## Tankestörning

Med åldern slår den genetiska predisponeringen  
igenom på ett tydligare sätt: de psykiska problemen  
och missbruket blir allt tydligare



**Internaliserade problem**

**Externaliserade problem**



"Enklare" problem som många i befolkningen brottas med, psykisk ohälsa  
men också riskbruk och lindrigt substansbrukssyndrom - inte så svårt att  
påverka med tex Motiverande samtal och AA

# Två typer av personligheter som har ökad risk för att utveckla substansberoende

- De ÄNGSLIGA

“Neurotisism” - >

Lätt oroliga, stressade, anspända

Självosäkra, irriterbara, impulsiva på emotionell grund - ter sig labila

Sårbara för psykiatriska störningar som vi känner inom depressions- och ångestdiagnoserna

- De NORMBRYTANDE

Låg grad av samvetsgrannhet -

Impulsiva/inte eftertänksamma

Egna regler/inte gemensamma

Lågt tålamod och pålitlighet

Låg grad av självdisciplinering, stå över behov för värden längre fram i tiden

# Substansbruk och psykiatrisk samsjuklighet

- Ju allvarligare psykiatrisk problematik, desto större risk att utveckla ett substansbruk. Återigen, ju högre upp i p-faktorn, desto större risk för flera samtidiga tillstånd och problem
- Kombinationen substansbruk och psykisk ohälsa leder till värre konsekvenser än om problemen uppträder var och en för sig - t.ex. ökar risken för suicid och våldsamma handlingar
- Den största gruppen människor med substansbruksproblem är dock de “vanliga” socialt etablerade personerna utan primär psykiatrisk sjukdom

# Ett folkhälsoperspektiv

- Ur *befolkningsperspektiv* så är lättare psykiska diagnoser (som ångest och depression) mycket vanligare än tyngre (som schizofreni och bipolär sjukdom) varför den mest vanliga personen med missbruk återfinns i den breda populationen - återigen, tänk p-faktorn!
- Samtidigt utvecklar de flesta med folkhälsosjukdomarna ångest och depression *inte* substansbruk
- Psykisk ohälsa kan följa ett substansbruk

Den största gruppen med substansbruksproblem är alltså de “vanliga” människorna som är socialt etablerade och utan psykisk sjukdom och de söker inte specifikt hjälp för det.

**Alkohol** är den mest vanligt förekommande drogen

- Eftersom återkommande högt intag sliter på kroppen och kan ge många olika typer av somatisk påverkan, så är det inte ovanligt att personerna söker för dessa problem i primärvården (magrelaterade problem som gastrit, låga järnvärden p.g.a. slitage av benmärg, högt blodtryck, diabetesliknande symptom etc)



# Kliniska beroendepopulationer

- Vanligaste psykiatriska problemen inom **beroendevården**:
- Ångest, depression och personlighetssyndrom - 40% av alla med alkoholmissbruk och 70% av alla med drogmissbruk har någon typ av personlighetssyndrom (enligt Socialstyrelsens 2007) - i normalpopulationen 11%

# Samsjuklighet och vårdbehov

- Personer med substansbruk och psykiatrisk samsjuklighet kan ha otroligt olika vårdbehov, oavsett diagnos och drog - >
- Grad av psykiskt funktionshinder\* och den samlade bilden, inte minst personens sociala situationen, bör styra vårdplanering och insatser, snarare än koden på diagnoserna

\* Dvs. väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden under en längre tid/varaktighet

# Grad av vårdbehov

## Substansbruk och psykisk ohälsa

<b>Hög grad</b>	++	+++
<b>Psykiska problem</b>		
<b>Låg grad</b>	+	++
	<b>Missbruk</b>	<b>Hög grad</b>

# Några särskilda psykiatriska diagnoser

- **PTSD** är mycket vanligt bland personer med substansbruk, och sannolikt underdiagnosticerat
- Personer med **ätstörning** kan utveckla beroendesyndrom - och tvärtom
- Personer med **AD/HD** har en förhöjd risk för substansbruk - men det är ihop med en samtidig uppförandestörning som skapar den stora risken för att individen utvecklar ett substansbruk. Kombinationen (AD/HD, anti-social PS och substansbrukssyndrom) är mycket vanligt förekommande i kriminalvården.



*DSM-5: Utvecklingsrelaterade  
funktionsavvikelser -  
Hyperaktivitetssyndrom med  
uppmärksamhetsstörning*

- Start före 12 års ålder enligt det amerikanska diagnossystemet DSM -5
- Faktiskt funktionsnedsättning i minst 2 livssfärer
- Inget annat som bättre förklarar diagnosen: i DSM-5 får samsjuklighet med autismspektrumtillstånd finnas, men inte psykotiska tillstånd och inte heller andra allvarliga psykiska störningar

# Ouppmärksamhet

Dominerande  
ouppmärksamhetsstörning:  
*För barn minst 6 symptom uppfyllda  
av 9 möjliga, för vuxna 5 symptom*

Sådant som....

Ouppmärksam/"slarvig"

Svårt att hålla koncentrationen över  
tid

Svårt att ta in och följa instruktioner

Glömsk och distra

Avledbar

Dålig överblick och  
organisationsförmåga

Dålig "startmotor"





# Hyperaktivitet & impulsivitet

Dominerande hyperaktivitet & impulsivitet  
(ovanligt1):

*För barn minst 6 kriterier uppfyllda av 6 olika symptom på hyperaktivitet samt 3 olika symptom på impulsivitet, för vuxna 5 symptom*

Sådant som...

Pillighet

Rastlöshet - i den inre/ständig oro

På språng

Pratar mycket

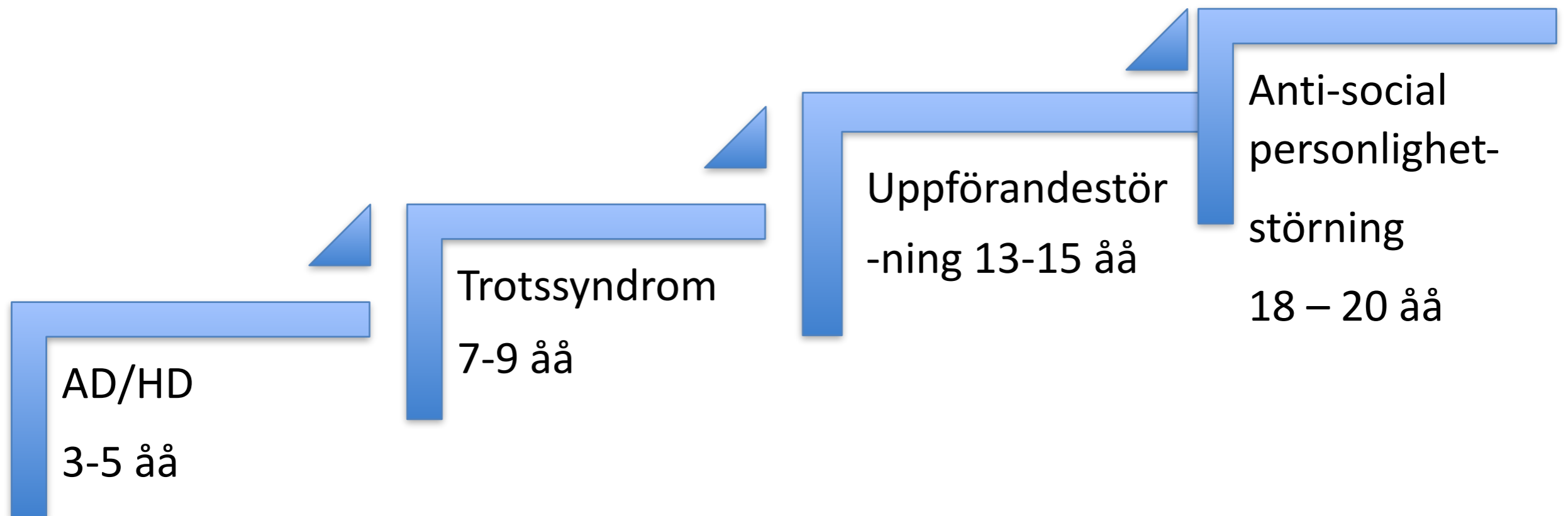
Avbryter, annan impulsivitet

-> Mest vanligt är en kombination av  
ouppmärksamhet OCH hyperaktivitet,  
dvs ADHD, därefter ADD med viss rastlöshet





# AD/HD ökar risken för beteendestörning



# Sambandet mellan ADHD och substansbrukssyndrom

- Tidig debut av ADHD, särskilt hyperaktivitet, verkar vara genetiskt betingat (kom ihåg ovan angående externaliserade och normbrytande problembeteenden)
- En annan riskfaktor är små barn med dålig känsloreglering, återkommande utbrott
- Multicenterstudie beroendepsykiatri: AD/HD som sorterande faktor för annan psykisk samsjuklighet ( dvs risken ökar för fler diagnoser)—>

->

# Sambandet mellan ADHD och missbruk *forts.*

- 40% med alkoholbrukssyndrom med samtidig ADHD har *också* en samtidig depressionsstörning än de utan ADHD
  - Anti-social 52% (Återigen: Externalisering och normbrytande problembeteenden)
  - Borderline 35% (kom ihåg ovan angående internaliserade problembeteenden)
- > Olika tillstånd där ADHD inte ensamt utgör problemet men försvårar i den sammantagna problembilden

# Kartläggning och bedömning

- Bedömning och diagnos är förutsättning för att kunna planera effektiv behandling
- Diagnos säger inget om orsaker; det är ett sätt att kategorisera problem samt söka kunskap om insatser med god evidensstyrka
- Diagnoser i början av vårdkontakten skall ses som preliminär och aktivt utvärderas; När klienten är nykter och lämnat svåraste abstinensfasen så förändras rimligtvis bedömningen

# Terapeutiskt kontinuum

Tid



**Fokus på yttre stöd  
Preliminär diagnostik**

**Fokus på inre förändring  
Mer robust diagnostik**

**Socialt stöd  
Omvårdnad**

**Psykosocialt stöd  
Psykopedagogik  
Motiverande samtal  
Nätverksarbete**

**Psykoterapi m  
tydlig struktur  
12 -stegsbehandling  
Familjebehandling**

**Psykoterapi med allt mer  
reflekterande inslag  
Återfallsprevention**

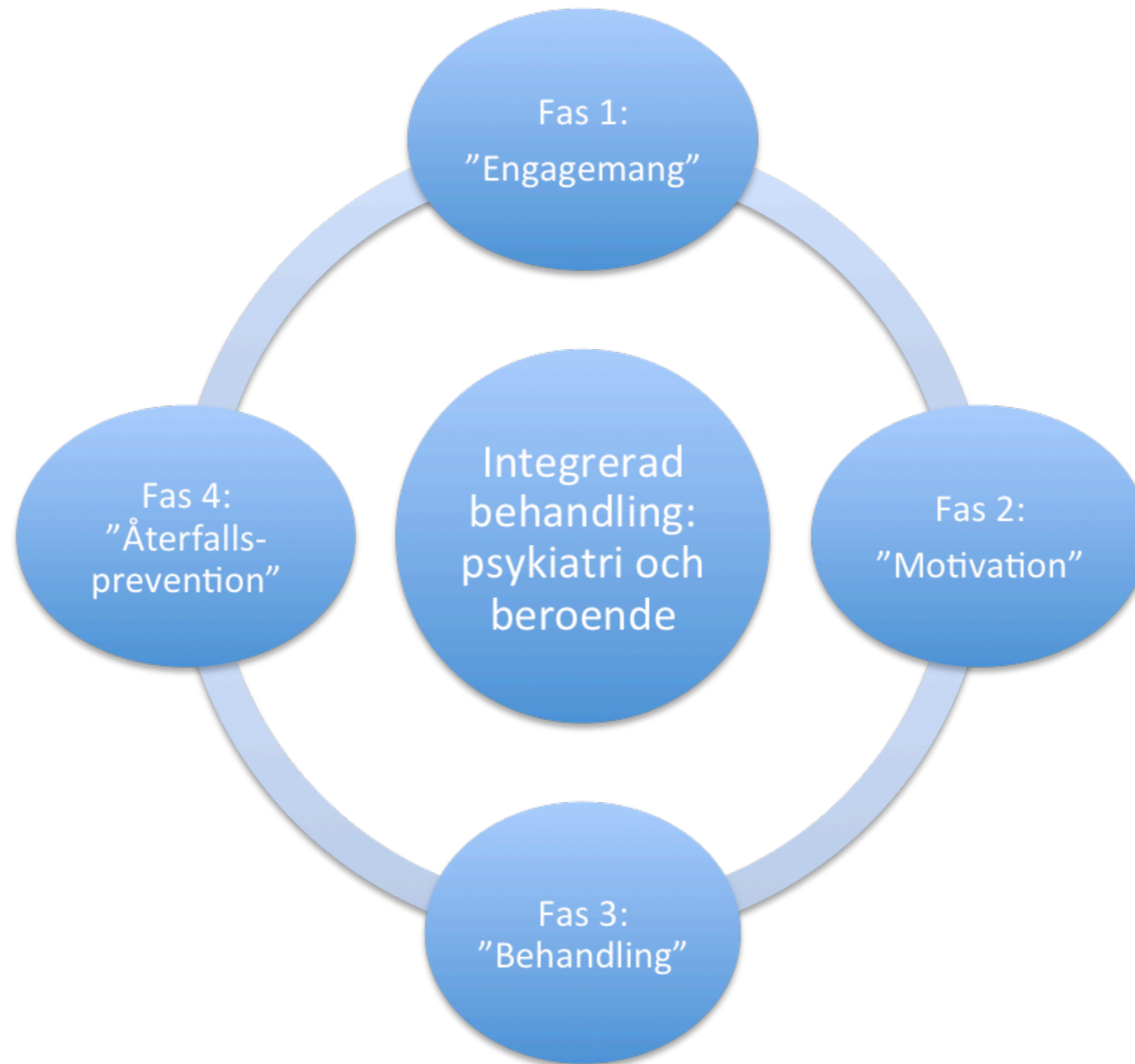
# Strategiska överväganden

Om patienten har ett substansbruk, tänk:

- 1) *Integrerad behandling* i motsats till *seriell*: Integrerad behandling av *både* det psykiatriska problemet och missbruket ger bättre resultat än seriell behandling, som bortser ifrån hur missbruk och psykisk sjukdom interagerar med varandra
- 2) Tänk i faser á lá motivationscykeln:

*Kim T Meuser: Integrated Treatment in Dual Disorders (2003)*

# Stegvisa behandlingsinsatser



# Bedömning av klientens fas i den integrerade behandlingen

1. *Engagemangsfas:* Personen har ingen regelbunden kontakt och därmed inte heller någon samarbetsallians med vårdgivare. Pågående samtidigt missbruk och psykisk sjukdom/-störning
2. *Motivationsfas:* Patienten har regelbunden kontakt och det finns en samarbetsallians. Klienten använder fortfarande droger.
3. *Behandlingsfas:* Patienten har varit nykter en tid, och är involverad i någon eller några behandlingar
4. *Återfallspreventionsfas:* Klienten är engagerad i behandling och har en längre tids nykterhet, ser droger/alkohol som ett problem



# Varje fas är förknippad med olika typer av interventioner samt mål

## 1. Engagemangsfas

*Mål:* skapa samarbetsallians, definierad som regelbunden kontakt.

*Interventioner:* Praktiska interventioner dominerar, säkerställ att personen har pengar, får medicinska behov tillgodosedda, äter, sover....

Dvs. olika stabiliserande insatser som både gynnar alliansarbete samt personens dubbeldiagnostik; samarbeta med socialtjänsten och somatisk vård

Viss psykofarmaka för akuta psykiatriska tillstånd och abstinens, stöd i kontakt med familjen.

Din hållning: Vänlig, varm, icke-dömande, visa att du är en person som vill hjälpa klienten!

## 2. Motivationsfas

*Mål:* Att klienten börjar nå insikt i att beroendet är ett problem, och ökar motivationen att förändra sitt beteende.

Inledningsvis har klienten akuta abstinenssymptom, vid opiatmissbruk mer fysiska än vid andra droger som ger mer ångestrelaterade symptom. Därefter post-akuta abstinenssymptom där klienten vet att irritabilitet, dysfori mm bryts med återfall

Personen har någon slags ambivalens till sitt substansbruk, därför är MI och MET givna samtalmeter, liksom provtagning vid beroende

## 2. Motivationsfas *forts*

- *Interventioner:* stabilisera den psykiatriska störningen så mycket som möjligt, bedriv psykoedukation till klienten och nätverket. Jobba aktivt med MI. Självhjälpsgrupper som AA och NA kan vara mycket värdefulla, liksom färdighetsträningsgrupper.
- Kontakt med anhöriga kan vara mycket viktigt när klienten väl börjat formulera substansbruket som ett problem. Kontakt med AG som har ett rehabiliteringsansvar jämställt med sjukdom vid alkoholbrukssyndrom

### 3. Aktiv behandlingsfas

*Mål:* Minska beroendesubstanserna → fortsatt nykterhet

*Interventioner:* Ett brett spektrum av behandlingsmetoder och – modeller bör finnas tillgängliga; individuella-, familje- och gruppbehandlingar.

Innehållet ej bara fokus på beroendefrågor, utan även “livsstilsförändringar” vg arbete, sociala kontakter, självomhändertagande med mera.

Om/vid återfall: Behandlaren analyserar och backar till Motivationsfasen

### 3. Aktiv behandlingsfas *forts.*

- Diagnostiken kan bli mer exakt då akuta symptom som t.ex. panikattacker och hyperaktivitet klingat av
- Psykologutredning ingår också här. Farmakologisk behandling med narkotikaklassade preparat som centralstimulerande vid ADHD
- Psykoterapeutisk behandling för särskilda tillstånd och problem (som depressioner, social fobi och PTSD) ingår här
- En rimlig riktlinje är sex veckors nykterhet innan start av dessa mer specifika insatser; de flesta studier visar att man hämtat sig i intellektuella funktioner vid sådan wash-out
- Notera att även om personen akuta abstinens lägger sig, så kan den post-akuta abstinensen hålla i sig i ett år

## 4. Återfallspreventionsfas

*Mål:* 1 Medvetenhet om att återfall kan inträffa,  
2 Återupprätta viktiga livsområden.

*Interventioner:* Från fokus på att avstå droger, till fokus på naturliga förstärkare i normala aktiviteter

Gruppbehandling, mer självständighet i hushåll och boende, arbete/sysselsättning, fritidsaktiviteter osv.

## 4. Återfallspreventionsfas

- I ett behavioristiskt språkbruk, arbete med aktiviteter där det funnits ett underskotts beteende där drogrelaterade aktiviteter och beteenden varit överskotts beteende
- Samtidigt kan fortsatt engagemang i tex AA vara mycket viktigt, nu är kanske personen förebild, “sponsor”
- Nya sammanhang väcker frågor om både alienation och färdighetsbrister som kan behöva bemötas/tränas in

Frågor, funderingar,  
reflektioner?