

Hvordan skal man forstå narkomani medisinsk?

Et litteraturstudie

Carl Fredrik Knobloch

**Prosjektoppgave ved Medisinsk Fakultet
Universitetet i Oslo**

13.09.2007

Innholdsfortegnelse:

1.0 Abstract.....	
1.0 Innledning.....	2
2.0 Metode.....	3
3.0 Historisk bakgrunn.....	3
4.0 Narkomani; definisjoner og omfang.....	3
4.1 Definisjon narkomani.....	3
4.2 Hvor stort er problemet i Norge?.....	4
4.3 Diagnoser i ICD-10 og DSM-IV.....	4
5.0 Ulike forståelser av helse.....	4
5.1 Det medisinske konsept – en objektiv forståelse av helse.....	4
5.2 Det økologiske konsept – en relativistisk forståelse av helse.....	5
5.3 WHO sitt konsept – en holistisk forståelse av helse som den ideelle tilstand.....	6
6.0 Kasuistikker.....	6
7.0 Vurdering av kasuistikker mot ulike forståelser av helse.....	9
8.0 Diskusjon.....	13
9.0 Konklusjon.....	18
10.0 Appendix	19
10.1 Appendix 1, Definisjoner narkomani.....	19
10.2 Appendix 2, Diagnosekriterier avhengighet.....	22
10.3 Appendix 3, Biologiske endringer?.....	23
11.0 Referanser.....	24

Abstract

Objective: The goal of the paper is to get a deeper understanding of how to understand drug addiction medically.

Method: I have used a matrix with three traditional understandings of health; a medical view, an ecological view and the view of The World Health Organization. These different views are measured against five different cases, ranging from a well established diagnosis like Parkinsons disease, to a person who is a soccer supporter, a condition which very few will reckon as a disease. Two cases with drug addiction are measured against these different conditions.

Discussion: The three traditional understandings of health and disease all present good arguments on how to understand drug addiction, emphasising different aspects of the condition. There are findings indicating that biophysiological changes, both genetically and in the area of transmitter substances, are the foundation for development of drug addiction. In persons with behavioural addictions you can sometimes see a similar pattern.

Still drug addicts do not always fit into the common understanding of having a disease. Disease is commonly defined as an unwanted deviation. The question is; not wanted by who? Among the drug addicts there is a great variety in the desires of wanting to leave the addiction.

Defining drug addiction as a disease will have consequences for the addict and for the community.

Conclusion: Defining drug addiction as a disease is tempting, especially for the people personally involved, but it can undermine the drug addict's own initiatives to get out of the addiction. It is important with a balanced understanding between disposition and action in understanding this phenomenon.

1.0 Innledning;

Narkomani har i lang tid vært et problem i det norske samfunn. I media i den senere tid har det blitt hevdet fra flere hold, blant annet fra kjente politikere at fenomenet er en sykdom. Andre er bastante på at narkomani ikke kan forstås som sykdom. Veldig sjelden ser vi argumentene veid mot hverandre i forhold til ulike forståelser av sykdom og helse.

2.0 Metode;

Jeg har valgt å bruke en matrise med tre ulike forståelser av sykdom om helse, og fem forskjellige kasus/tilstander som spenner fra en allment anerkjent sykdomstilstand til mer udefinerbare fenomener. Begrepene helse og sykdom går over i hverandre i denne oppgaven og brukes derfor komplementært.

Hovedinndeling av matrisemodellen hentes fra Balog, J.E., *An historical review and philosophical analysis of alternative concepts of health and their relationship to education*, med støtte i Seedhouse, D: *Health, The Foundations for Achievement* og Jodalen, H: *Helse som metafysikk*.

I diskusjonsdelen veier jeg ulike argumenter mot hverandre i forhold til hvordan man skal forstå narkomani medisinsk.

Bøkene jeg har brukt har jeg valgt etter anbefaling fra veileder. Artikkene har jeg funnet ved søk i Pubmed og Cochrane Library.

3.0 Historisk bakgrunn;

Menneskelivet har til alle tider opplevd ubehagelige fenomener som vi har forholdt oss til symbolsk og språklig. Slike fenomener har blitt referert til som ”sykdom”.

Da slike fenomener har hatt stor innvirkning i menneskets liv har sykdomsbegrepet blitt tillagt estetisk, moralsk, religiøs, rasjonell og politisk betydning.

Sykdom som uttrykk for guddommelig straff var en vanlig forestilling I de gamle kultursamfunn i Mesopotamia, Egypt og India, i jødedommen og senere i islam.

Med den kristne tanke om en god gud ble syndsbegrepet sentralt. Sykdom ble en nødvendig konsekvens av synd heller enn straff. Det var også vanlig å forstå sykdom som noe påført av onde ånder, altså sykdom som noe som påføres utenfra.

Den kinesiske tradisjon forstod sykdom som å handle mot naturens lover. Tanken om sykdom som kroppslig disharmoni fantes tidlig i Kina og Europa, og oppstod sannsynligvis uavhengig av hverandre.

Med tanken om disharmoni som grunnlag for sykdom ble læren om de fire væsker, humoralpatologien, utviklet. Sykdommen var her en del av personen, den hadde ikke en selvstendig eksistens. En slik forståelse kaller man ontologisk oppfatning.

På 1800-tallet presenterte R.Koch (1843-1910) og L.Pasteur (1822-1895) sin arbeid med bakteriologien. Senere kom W.Cannon (1871-1945) homøostaseteorien i boken *The wisdom of the body*, som har vært med på å legge noe av grunnlaget for moderne patofysiologi og endokrinologi. (Søvik, 2001)

4.0 Narkomani; definisjoner og omfang

4.1 Definisjon narkomani

Narkomani forstås i denne oppgaven som jevnlig bruk av illegale stoffer. (Se appendix 1 for forskjellige definisjoner av narkomani). Med illegale stoffer menes de stoffene som til enhver tid befinner seg på Helsetilsynets liste over narkotiske stoffer, som heter; ”Forskrift om narkotika 1978-06-30 nr 08”. Listen oppdateres kontinuerlig av Statens Legemiddelverk.

Mange av stoffene på listen har svært ulik virkningsmekanisme. Den inneholder for eksempel sentralt stimulerende midler som amfetamin, og sentralt dempende som opioider. Hvilke stoffer som skal være på Helsetilsynets liste avgjøres altså ikke av hvilken virkningsmekanisme stoffene har, men er politisk begrunnet.

4.2 Hvor stort er problemet i Norge?

Det er beregnet at antall sprøytenarkomane i Norge ligger et sted mellom 11 000 og 15 000 (Hordvin et al. 2004).

Det åpenbare problemet med slike antagelser er at man mangler data. Det er også umulig å få en oversikt over antallet ved vanlige spørreundersøkelser på tilfeldige befolkningsutvalg, bl.a. fordi antallet tross alt er lite i forhold til befolkningen, slik at

feilkildene kan slå uforholdsmessig sterkt ut. Det er i tillegg neppe de sprøytenarkomane man lettest får svar fra i slike undersøkelser.

Av Norges befolkning over 15 år har 3,8% brukt marihuana/hasj siste tolv mnd 2004. 13,5% har en gang i sitt liv prøvd hasj og omtrent 3% har prøvd amfetamin. (Norlund, 2005).

4.3 Diagnoser i ICD-10 og DSM-IV

Det er i mange tilfeller vanskelig å diagnostisere narkomani. Rusbruken kan for eksempel være intens over kortere perioder, for så å være nesten fraværende over lengre perioder. Det kan også være samarbeidsproblemer mellom lege og ”klient” da man ikke er enige om målene og motivene for diagnostisering.

”Offisielle diagnosekriterier er heller ikke noe som brukes for å avgjøre hvilke klienter som tas imot i behandling. I praksis overlater en langt på vei til klienter og pårørende å selv definere problemet og vurderer nytte av behandling uavhengig av definisjoner av avhengighet.” (Fekjær, 2004)

Diagnosen ”avhengighet”, baseres på oppfyllelsen av minst tre av seks kriterier i ICD-10, og tre av sju kriterier i DSM-IV. (Se appendix 2 for oversikt over diagnosekriterier).
Diagnosen kan gis uansett hva slags stoff man er avhengig av.

5.0 Ulike forståelser av helse

5.1 Det medisinske konsept – en objektiv forståelse av helse.

Det tyvende århundre har vært dominert av det medisinske konsept. Dette synet ser på helse som fravær av sykdom.

Helse blir definert på en negativ måte ved at helse er det motsatte av noe, eller at det er fravær av en manifest forstyrrelse. På denne måten blir det antatt at et individ har god helse i sin normaltilstand. I en slik helseforståelse forutsetter man at sykdom finnes, at de er observerbare og at de er universelt definerbare. Sykdom blir sett på som uavhengige og selvoppholdene fenomen.

Påvisning av patologiske anatomiske strukturer og oppdagelsen av bakterier la mye av grunnlaget for denne måten å forstå sykdom og helse på. Sykdom ble koblet til grunner som hadde sin egen eksistens, og når disse sykdommene invaderte kroppen ble individet ansett som sykt.

Fire særpreg / kjennetegn kan skille dette synet fra andre måter å forstå helse på;

1. Helse er et objektivt fenomen. Helse bestemmes av tilstedeværelsen eller fraværet av sykdom.
2. Helse forstås som et organisk fenomen.

3. Fokus er mer rettet mot sykdom enn mot individ. F.eks er sykehuset delt i inn i avdelinger hvor man har spesialister og subspecialister.

4. Målet er å oppnå en minimumsstandard av helse, ved å hindre eller eliminere sykdom slik at individet skal gjenopprette sitt nivå av helse.

5.2 Det økologiske konsept - en relativistisk forståelse av helse

Tanken at man kun kan forstå sykdom og helse i en relasjonell kontekst har vært en viktig konkurrerende ideologi til den objektive måten å forstå helse på. I følge det økologiske syn er helse en relativ konstruksjon.

Forestillinger om helse er definert av mennesket i relasjon til kulturelle verdier og sosiale normer. For å avgjøre om noen har god helse eller ikke må man først bestemme hvilke normer som er sunne – for så å måle de objektive forhold mot disse. Forståelsen av helse blir dermed definert relativt på grunnlag av subjektive vurderinger av mennesket selv.

Et viktig moment er at mennesket forstås som en del av det økologiske system, og er i samspill med miljøet rundt seg, som stadig er i endring. Helse og sykdom blir dermed uttrykk for suksess eller fiasko for individet i sitt forsøk på å tilpasse seg miljøets endringer. Dette gjelder fysisk, psykisk, og sosialt.

Den har god helse som klarer å tilpasse seg livets stadige utfordringer. Man kan si at helsen kan måles i menneskets evne til å oppnå mål det har satt for seg selv så lenge målet akseptabelt innenfor dets sosiale gruppe.

I stedet for å fokusere på anatomiske strukturer, individuelle organismer, eller mennesket som objekt ser den økologiske forståelsen på samspillet mellom individet og dets totale miljø. Dette samspillet er et integrert system man kaller et økosystem. Slik fokuset mer på økosystemet som en helhet enn på delene i seg selv.

5.3 WHO sitt konsept – en holistisk forståelse av helse, helse som den ideelle tilstand

I 1946 lanserte WHO sin berømte på definisjon av helse; ”Helse er fullstendig fysisk, mental og sosial velbehag – ikke bare fravær av sykdom”. Forfatterne av denne definisjonen argumenterer at helse må innbefatte hele mennesket.

Fire karakteristika skiller dette synet på helse fra det medisinske og det økologiske;

1. WHO-konseptet definerer helse i forhold til en tilstand av total velbehag fysisk, psykisk og sosialt. WHO forkaster ikke ideen om at det finnes en objektiv, verifiserbar angivelse av fysisk helse. Når de imidlertid går bakenfor fysiske kriterier og inkluderer psykiske og sosiale kriterier som blir vurdert ut fra kulturelle betingelser, må denne forståelsen anses som relativistisk.

2. Årsakene bak god og dårlig helse er mangefaktorielle.
3. Ved å definere helse som fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære må man vurdere helsen i forhold til hele organismen, personen, og ikke bare en syk del av personen eller sykdommen i seg selv.
4. WHO sitt fundamentale mål er at mennesket skal oppnå fullstendig velvære.

6.0 Kasuistikker

Marianne

Marianne er en 58 år gammel dame. Hun bor i Skien med sin mann, Tore, i en praktisk enebolig utenfor byen. De har to barn som bor i nærheten. Ofte har de besøk av barn og barnebarn.

Marianne har stort sett vært frisk hele livet, men for seks år siden begynte hun å merke at hun var noe ustø. Hun oppsøkte lege som ikke kunne finne noe spesielt.

Symptomene økte på, med mer ustøhet og en del skjelving i hendene. Hun måtte slutte med håndarbeid som hun alltid hadde vært så glad i. Tore hadde også bemerket at han syntes at hun hadde begynt å gå på en litt spesiell måte.

Ved neste besøk hos fastlegen nevnte han at det kunne være en Parkinsons sykdom, og videre utredning bekreftet dette.

For tre år siden ble hun uføretrygdet fra lærerjobben sin.

De siste årene har hun trent stadig med hjelp av sin mann, da gå vanser og skjelving i hendene gjør dagligdagse aktiviteter vanskelig. Hun plages også av mye spytt i munnen, og mye svetting.

Marianne synes dagene er lange og tunge, spesielt om morgenen. Hun savner jobben veldig. Hun har dessverre ikke funnet noen ny hobby som hun kan drive med i stedet for håndarbeid. Bare besøk av barnebarna lyser opp dagene hennes. Venner hun hadde stor glede av tidligere orker hun ikke lenger være sammen med.

Kristian

Kristian er en 9 år gammel gutt. Han har to eldre brødre og bor med sine foreldre i Drammen. Han går i fjerde klasse på Lilleby barneskole. Kristian har alltid vært litt vilter. I barnehagen var han alltid høyt og lavt, og kom stadig hjem med skrubbsår etter å ha falt ned fra noe – eller fra knuffing med de andre barna i barnehagen.

Etter at Kristian begynte på skolen startet problemene. Han hadde store problemer med å være stille og følge med på hva som ble sagt av læreren.

Det var også en del meldinger om slåssing i friminuttene. Etter hvert fant lærere og foreldre ut at det ville være best å prøve å gå på en annen skole. Kristian ble derfor flyttet til Lilleby barneskole.

Her ble problemene bare noe bedre. Helsesøster anbefalte at man kontaktet lege for å vurdere en utredning av eventuell ADHD.

Dette ble gjort, og diagnosen ble fastslått. Man startet med behandling med ritalin, og etter dette bedret situasjonen seg.

I dag går det forholdsvis greit på skolen. Kristian er omtrent halvparten av tiden med en egen lærer, og halvparten av tiden med de andre i klassen. Han har flere venner i klassen som han også er sammen med på fritiden. En gang annenhver uke er han sammen med støttekontakten sin, Harald.

Når han er hjemme er aktivitetsnivået hans høyt. Foreldrene synes det virker som om han blir bombardert med impulser, og at han handler på hver impuls han får. Få aktiviteter holder han i ro i stort mer enn femten minutter, som for eksempel dataspill, mens de andre guttene kan spille i timevis.

Kristian har stor glede av at han har begynt på Judo. Her får han foldet seg ut, og når han kommer hjem er han noe roligere enn tidligere på dagen. Foreldrene er stilt opp så godt de kan, men de andre to guttene trenger også støtte og oppmerksomhet. De skulle gjerne stilt opp mer for Kristian, men føler at de er på grensen til å slite seg ut.

Kristian selv er klar over at han har ADHD. Han synes ikke selv det er et stort problem, men han føler seg litt annerledes og ensom iblant.

Lise

Lise er en 33 år gammel kvinne fra Lillestrøm. Hun er for tiden boende på Kampen i Oslo. Da Lise var 13 år skilte foreldrene seg. Far hadde lenge hatt et stort alkoholproblem. Hun valgte selv å bo med mor etter skillsmissen. Valget var enkelt da far i tillegg ved flere anledninger hadde misbrukt henne både fysisk og psykisk.

På ungdomsskolen begynte Lise å gå en del på fest. Her ble hun introdusert for alkohol og hasjrøyking. Etter ungdomsskolen begynte hun på kokkelinje. Denne ble fullført til tross for mye festing og eksperimentering med narkotiske stoffer.

Etter skoleslutt fikk hun jobb som kokk på et sykehjem, men måtte slutte her pga for mye fravær fra jobben uten god grunn. I årene som kom ble forbruket av narkotiske stoffer større, og fra 25 års alder begynte hun å injisere heroin for å oppnå den samme rusen.

Lise bor nå i bolig betalt av sosialkontoret da hun ikke har noen jobb. Det meste av dagen bruker hun på å skaffe penger til de daglige dosene. Hun har ikke hatt noen fast jobb over lengre tid de siste årene, og har derfor ikke sett noen annen mulighet enn å prostituere seg for å få penger til narkotikaforbruket.

Fire ganger har hun tatt overdose slik at ambulansen har rykket ut for å redde henne. Flere ganger har hun vært lagt inn på sykehus for behandling av pneumonier og abscesser.

Lise opplever at hun er i en håpløs situasjon. Hun ønsker mer enn noe annet å slutte med stoff, men hun klarer bare ikke. To ganger har hun vært på avrusing – men hun har ikke lykkes.

Petter

Petter er en 37 år gammel mann. Han er gift med Mari, og de har lille Malin på 4 år. Petter har jobbet som konsulent i det velrenomerte firmaet McKinsey i Oslo de siste tre år. Han er svært målrettet og har lykkes med det meste siden han begynte i firmaet. Mye av

grunnen til at han lykkes er hans evne til å få klientene til å føle seg svært godt ivaretatt av han selv.

Helt fra han var ungdom har Petter alltid vært glad i fart og spenning. På videregående skole begynte han med fallskjermhopping, og senere basehopping.

Skolegangen har stort sett vært uproblematisk. Han har aldri trengt å legge ned mye arbeid i noe for å få gode karakterer.

Etter videregående gikk han på handelshøyskolen i Bergen, hvor han traff sin kone, og jobbet etter dette i forskjellige firmaer han mente ville passe bra på CVen.

Arbeidspresset i McKinsey er svært stort. Det forventes at man jobber mye, og leverer i tide. Det er også mye reising i jobben. På disse reisene blir det mye festing sammen med gode venner og kolleger i metropolene i Europa. For å få et ekstra kick i festingen bruker Petter å sniffe kokain. Han begynte med dette for tre – fire år siden. Alt oppleves så mye sterkere når han er ruset på kokain. Det er også mye lettere å gjøre et utenomekteskapelig sidesprang.

Både kokainbruken og sidesprangene holdes skjult for hans kone. Dette krever en viss planlegging og anstrengelse da festingen nå skjer omtrent en gang i uken. Faktisk har det blitt sånn nå at Petter nå nesten aldri er på fest uten han tar kokain.

Han har dårlig samvittighet for utroskapen og er redd for å bli oppdaget, men han tror ikke at Mari mistenker noe da dette som regel skjer på firmareiser.

Petter holder fortsatt på med basehopping. For å kunne drive med denne sporten kreves det at han holder seg i svært god form. Omtrent tre ganger i uka er han ute og jogger. En dag i uka trener han vekter

Finn

Finn er 32 år, bor på Tyholt i Trondheim med sin samboer, Eva, og deres to barn. Han jobber som drosjesjåfør i byen og trives godt med det. Mye av grunnen til det er at han har fleksibel arbeidstid og kan få fri til sin store lidenskap; Rosenborg BK.

Hver helg reiser Finn sammen med kameratene på kamp, enten den er på hjemme- eller bortebane. To ganger i uka spiller han også selv fotball.

Eva er lei av at Finn er så opptatt av fotball. Hun synes ikke han prater om annet. Dessuten koster all denne fartinga en del penger. Hun er også lei av at Finn stadig har kamerater på besøk. Hun synes han godt kunne være litt mer opptatt av barna i stedet for all denne fotballen.

Finn er for så vidt enig i at det kan bli litt mye fotball, men han ønsker ikke å kutte ned på tiden han bruker på fotball.

7.0 Vurdering av kasuistikker mot ulike forståelser av helse

Marianne

Med en medisinsk forståelse av helse vil man si at Marianne lider av en alvorlig sykdom, Parkinsons sykdom, og at denne reduserer hennes helse betraktelig.

Man vil kalle dette en sykdom fordi det ved Parkinson er kjent patofysiologi som ligger til grunn for lidelsen. Man finner et tap av neuroner i substantia nigra i basalgangliene, hvor blant annet dopamin er neurotransmitter. Det er en redusert kapasitet for opptak og dekarboksylering av levodopa til dopamin, noe som gir mangel på dopamin. Denne mangelen skaper en disinhibisjon av nerveimpulsene i basalgangliene, med mulig utvikling av Parkinson som resultat. (Nyberg-Hansen, 2003).

Klinisk har Marianne sterkt nedsatt funksjonalitet. Hun er nå uføretrygdet på grunn av ustøhet og skjelving i hendene. Svetteingen i hendene og spyttsekresjonen som hun plages av skyldes trolig acetylcholinubalansen på grunn av mangelen på dopamin. Mye tyder på at hun også lider av en depresjon.

Alle disse funnene, både klinisk og patofysiologisk, er objektive funn. Fra et medisinsk synsvinkel er det ingen tvil om at Marianne har en alvorlig sykdom og at hun dermed har sterkt redusert helse.

Med en økologisk forståelse av helse vil man legge vekt på hvilke sosial normer og kulturelle verdier som ligger til grunn i samfunnet Marianne lever i når man vurderer graden av helse.

I det norske samfunn er det å kunne jobbe til man er nådd pensjonsalder sett på som et gode. Marianne har måttet bli uføretrygdet på grunn av sykdommen og den påfølgende reduserte arbeidsevne. Spørsmålet blir da hvor godt Marianne tilpasser seg sin nye situasjon som uføretrygdet. Finner hun nye meningsfulle oppgaver, interesser, måter å realisere seg selv på?

Kasuistikken tyder på at Marianne ikke tilpasser så godt til den nye situasjonen. dagene er lange og tunge, og hun savner jobben veldig. Hun har måttet slutte med håndarbeid, som var hennes hobby. Mye kan tyde på at hun lider av en depresjon.

Som i de fleste kulturer er det viktig med familie og venner rundt seg. Marianne har både familie og venner, men vennene orker hun ikke være sammen med.

Med en økologisk helseforståelse vil man si at Mariannes helse er redusert. Ikke fordi hun lider av Parkinsons sykdom, men fordi hun tilpasser seg dårlig til sin nye livssituasjon. Om hun hadde funnet nye hobbyer, brukt den frigjorte tiden til å være sammen med venner, funnet nye måter å realisere seg selv på ville ikke helsen hennes nødvendigvis vært redusert.

Med WHO sin definisjon av helse ser man ikke kun på de objektive funn, men inkluderer også psykiske og sosiale forhold. Når man vurderer Marianne sine forhold fysisk, psykisk og sosial ser man at hun strever på alle områdene.

Hun har en alvorlig, objektivt verifiserbar diagnose som hemmer hennes fysiske utfoldelse.

Psykisk har hun symptomer som kan tyde på at hun har en depresjon, noe som er relativt vanlig ved Parkinsons sykdom.

Sosialt har livet endret seg for Marianne. Tidligere hadde hun mye glede av å være sammen med venner og familie. Nå er det bare familien som hun orker å være sammen med.

WHO sin definisjon av helse har en holistisk måte å se menneskets helse på. Marianne strever på mange områder i livet. Med en slik holistisk helseforståelse vil man si at Marianne har dårlig helse.

Med en medisinsk forståelse av helse vil man være noe man ikke være veldig bastant når man uttaler seg om Kristians helse. Spørsmålet blir om ADHD er en sykdom. Man vil lete etter objektive funn klinisk og patofysiologisk for å avgjøre hva tilstanden skal sortere under.

Mye tyder på at flertallet utvikler tilstanden på arvelig grunnlag. Statistisk er det sammenheng mellom ADHD og komplikasjoner i graviditet. Postpartumfaktorer som bilirubinemi og andre fødselskomplikasjoner kan tyde på at forhold etter fødselen spiller en rolle. MRI viser 10% volumreduksjon av fremre øvre og nedre frontallapp og basalganglier hos ADHD barn sammenlignet med kontroller. (Malt, 2003, Nyberg-Hansen, 2003). Likevel har man ennå ikke lyktes i å finne noe agens eller entydige årsaksforhold som forklarer tilstanden.

Diagnosen er en klinisk diagnose som gis av psykiater etter at den har observert barnet i forskjellige situasjoner over tid. Den stadig økende antall personer med diagnostisert ADHD kan få en til å lure på om det heller er vår forståelse av atferd som har endret seg.

Det at medikamentell behandling med sentralstimulantia som metylfenidat og amfetamin peker i retning av at dette har en organisk årsak, og at det dermed bør sortere under sykdom.

Med en økologisk helseforståelse vil man si at Kristian har ganske god helse fordi han nå tilpasser seg sin tilstand på en god måte.

Før tilstanden ble diagnostisert ville man sagt at helsen hans var redusert. Han fungerte da dårlig både på skolen og blant venner, med dårlig læringsmiljø og mye slåssing i friminuttene.

Etter at han fikk diagnosen og startet behandling har tingene endret seg. Han har begynt på judo, og dette har han stor glede av. Han har flere venner som han er sammen med på fritiden. Skolen har vært flink til å legge til rette for at Kristian kan få lære i sitt eget tempo.

Selv opplever ikke Kristian at han har noe problem. Dette er viktig i den økologiske helseforståelsen.

Kristians økosystem utgjøres av han selv, familien, skolen og vennene. Samarbeidet dem i mellom virker å være godt, men foreldrene er på grensen til å bli utslitt. Dette reduserer deres helse, men ikke Kristians.

Med WHO sin definisjon av helse vil man si at Kristian har redusert helse.

Han har fått diagnostisert ADHD, det er således ikke fravær av en medisinsk tilstand. Men han får god og effektiv medikamentell behandling, som har gjort at han har senket aktivitetsnivået samt at han kan holde konsentrasjonen lengre. Ellers forteller ikke kaset om at han har andre fysiske problemer.

Tilrettelegging på skolen har gjort at han har lettere for å lære. Dette må vi anta at skaper mestringsfølelse og dermed økt grad av helse.

Psykisk opplever ikke Kristian at ADHD diagnosen er et stort problem, men han føler seg litt annerledes og ensom iblant.

Sosialt fungerer han godt. Han har flere venner som er sammen med på fritiden. Da man ikke kan si at Kristian har fullstendig velvære fysisk og psykisk vil man med WHO sin forståelse av helse måtte si at Kristians helse er redusert.

Petter

Med en medisinsk helseforståelse vil man si at Petter har relativt god helse. Han trener jevnlig, både styrke og kondisjon. Kasuset forteller ikke om noen andre momenter som skulle tilsa dårlig helse enn hans misbruk av kokain. Man må da spørre seg om det er slik at det at han jevnlig bruker kokain er et uttrykk for en avhengighet som man må forstå som et organisk fenomen eller en manifest forstyrrelse av en av kroppens funksjoner.

Man vil spørre seg om Petter har forstyrrelser i det mesolimbiske frontokortikale dopaminsystem eller i det endogene opioidsystem, eventuelt om han kan ha en genetisk disposisjon for avhengighet. (Se appendix 3 for omtale av biologiske teorier om årsakene til narkomani).

Dersom man mener det er endringer her vil man si at han har redusert helse. Dersom man mener at hans kokainbruk er et resultat av et menneskes suverene valg, vil man ikke mene at han har redusert helse.

Med en økologisk helseforståelse vil man si at Petter har god helse. Han utfolder seg i en krevende jobb, han trener for å kunne fortsette med basehoppingen sin, han innretter både utroskap og narkotikabruk på en slik måte at den ikke blir oppdaget av sin kone.

Han er svært målrettet – og når også de målene han setter seg. Han utviser stor evne til å endre seg etter miljøet han til en hver tid befinner seg i.

Med økologisk helseforståelse må man også spørre seg hvilke kulturelle verdier og sosiale normer som gjelder i samfunnet man er en del av. I Petters tilfelle vil man si at han oppnådd det som ansees som goder i vårt samfunn, selv om han skjuler både kokainbruk og utroskap.

Med WHO sin forståelse av helse har Petter lett redusert helse. Fysisk er han i god form. Vi har ingen opplysninger om at han har tatt noe skade av kokainbruket til nå.

Sosialt er han i en utfordrende jobb i et pulserende arbeidsmiljø. Han trives blant kolleger. Han er også gift og har ett barn. Vi får ikke høre noe om ekteskapsproblemer da utroskapet hans ennå er uoppdaget, men vi kan anta at han ikke får dekket alle sine behov siden han velger å være utro.

Psykisk sier kasuistikken at han har litt dårlig samvittighet for utroskapet. Eller får vi inntrykk at han har god psykisk helse da han er suksessrik i et anerkjent firma. Vi kan anta at han trolig takler mye psykisk press i en krevende jobb.

Både fysisk og sosialt vil han med WHO sin definisjon av helse kunne sies å ha god helse, men psykisk har han redusert helse da han har dårlig samvittighet for utroskapet.

WHO sin forståelse av helse er holistisk og man må derfor si at Petter har lett redusert helse.

Lise

Med en medisinsk forståelse av helse er Lise et komplisert kasus. Grunnproblemet hennes er hennes avhengighet av heroin. Relatert til dette har Lise vært plaget av pneumonier og abscesser. Disse sykdommene har redusert hennes helse betraktelig over de periodene de har pågått. Mellom de definerte sykdomsperiodene er det også sannsynlig at helsen hennes har vært redusert da mangeårig heroinbruk reduserer immunforsvar og psykisk helse etc.

Et sentralt spørsmål her, som i kasuset Petter, er om avhengigheten hennes av narkotika isolert sett er et uttrykk for sykdom. Man vil som beskrevet hos Petter spørre seg om hun har forstyrrelser i det mesolimbiske frontokortikale dopaminsystem eller i det endogene opioidsystem, eventuelt om hun kan ha en genetisk disposisjon for avhengighet. (Se appendix 3).

Om man mener det ikke er endringer hos Lise vil man si at sykdommene som narkotikamisbruket fører med seg reduserer hennes helse, men at heroinavhengigheten i seg selv ikke er et uttrykk for sykdom, og derfor ikke redusert helse.

Med en økologisk forståelse av helse har Lise dårlig helse. Lise er narkoman. I stort sett alle samfunn blir en slik livsstil ansett som en usunn måte å leve livet sitt på.

Hun når ikke målene hun setter seg. Flere ganger har hun prøvd å slutte med narkotika, men hun greier det ikke. Hun klarer heller ikke å holde på en jobb.

Psykisk er hun fortvilet, fysisk kan vi anta at hun er redusert jfr. flere sykehusinnleggelser.

Lises samspill med hennes totale miljø er dårlig, hun har derfor dårlig helse.

Med WHO sin definisjon av helse har Lise dårlig helse. Fysisk, psykisk og sosialt er hun langt fra fullstendig velvære.

Finn

Med det medisinske konsept vil man si at Finn har god helse. Han er sannsynligvis i relativt god form siden han har trener to ganger i uka.

Man kan jo stille seg spørsmålet om hans fotballinteresse grenser til sykkelig avhengighet.

Det finnes flere teorier om at det er patofysiologiske likheter mellom avhengighet av en substans som narkotika, og avhengighet av en spesiell type atferd, som gambling, nymfomani, kleptomani. De mest anerkjente teoriene er om genetisk disposisjon og endringer i transmitterbalansen i hjernen, spesielt med tanke på serotonin- og dopaminnivåer. (Nutt, Robbins, Stimons, Ince, Jackson 2007).

Det finnes også likheter med ADHD. Noen studier viser at mennesker med avhengighetsproblemer har nedsatt aktivitet og følsomhet i prefrontal cortex i hjernen. Følgene er at den rasjonelle tankegangens evne til å dempe impulser blir nedsatt. (Lemonick and Park, 2007).

Dersom man at Finn har biologiske endringer som nevnt ovenfor vil man si at han har redusert helse, men med informasjonen vi har er det trolig at fotballinteressen hans mer et uttrykk for lidenskap enn den er for patologi.

Med en økologisk helseforståelse vil man kunne si at Finn har et ganske godt samspill med sine omgivelser. Han har venner som han trener, deler interesser og reiser sammen med. Han diskuterer det noe konfliktfylte temaet fotball med sin kone.

Han har tilpasset jobbsituasjonen slik at han kan oppnå sine mål.

Med WHO sin forståelse av helse har Finn ganske god helse. Både fysisk og sosial nyter han velvære. Om velværet er fullstendig vites ikke.

Psykisk har vi ikke info om noen problemer annet enn at det synes å være en konflikt i forhold prioritering av tid mellom fotball og familie. Disse problemene prater Eva og Finn om, noe som tyder på god evne til kommunikasjon.

8.0 Diskusjon

Som vi ser av matrisen er det ikke noe klart svar på hvordan man skal forstå narkomani medisinsk. Innenfor gruppen av narkomane er både individene og avhengigheten svært varierte.

De forskjellige forståelsene av helse er også svært ulike. Om noen har god helse avhenger av hvem du spør.

Fra en medisinsk synsvinkel er det bare Marianne som helt tydelig har dårlig helse. Dette på grunn av sin Parkinsons sykdom. Kristian har også redusert helse da han lider av ADHD som trolig er et organisk fenomen. Lise kommer i en mellomstilling der mange år med narkotikabruk har redusert hennes helse, men om selve avhengighetsproblematikken er et uttrykk for sykdom er man uenige om. Petter og Finn har god helse.

Fra en økologisk synsvinkel er Marianne og Lise de to med dårligst helse da disse strever mest med å tilpasse seg sin livssituasjon. Kristian, Finn og Petter har alle god helse da de har et godt samspill med miljøet rundt seg, og oppnår de målene de setter seg.

Fra WHO sin synsvinkel har alle redusert helse i større eller mindre grad. Dårligst helse har Marianne og Lise da de er langt fra å nyte fullstendig velvære fysisk, psykisk og sosialt. Deretter kommer Kristian fordi han har fått diagnostisert ADHD, dernest Petter fordi han strever med dårlig samvittighet ovenfor sin kone, og tilslutt Finn som har ganske god helse.

Narkomane er ikke en ensartet gruppe, noe kasusene Lise og Petter er eksempler på. De to vurderes svært ulikt av hver og en av de tre forståelsene av helse. Petter og Lise vurderes også hver for seg ulikt av de forskjellige forståelsene av helse.

De tre forståelsene av helse som jeg har presentert her vektlegger forskjellige sider ved det å være menneske;

Noe av kritikken mot det medisinske konseptet har vært at mennesket er svært komplekst. Dersom man sier at helse er fravær av sykdom, og sykdom er objektive, organiske fenomener, da underminerer man pasientens unike metafysiske resurser. (Seedhouse, 1986, Jodalen, 1995).

Annen kritikk har vært at teorien bærer preg av et reduksjonistisk menneskesyn, at fenomenet blir forstått kun i en biologisk kontekst uten å se det i sammenheng med sosiale og kulturelle betingelser. (Larsen, 2003).

Den økologiske forståelsen av helse har blant annet blitt kritisert for at den ikke omfatter mennesker som trives fysisk, psykisk og sosialt med det de driver med – selv om

denne aktiviteten er selvdestruktiv på sikt, som for eksempel narkotikamisbruk. (Seedhouse, 1986).

WHO sin definisjon av helse er blitt kritisert for at den nærmest er en beskrivelse av himmelriket. Spørsmålet er om det er mulig for noe menneske noen gang å nyte fullstendig velvære fysisk, psykisk og sosialt. (Jodalen, 1995). Eksempelvis må all krig i verden opphøre.

Tanken er likevel at selv om målene er uoppnåelige, desto høyere man setter målene jo høyere vil man rekke i arbeidet for helse.

Et sentralt spørsmål i å finne ut hvordan man skal forstå narkomani medisinsk er om man kan kalle narkomani en sykdom?

Umiddelbart har en som Kasuset Lise mange symptomer og funn som man tradisjonelt forbinder med sykdom.

En kan få abstinensproblemer som trolig skyldes en noradrenerg hyperaktivitet i hjernestammen. Man vil få sympatikusaktivitet som gir hypertensjon, svette, rastløshet, insomni etc. (Bråthen og Bovim, 2003).

Påvirkning av narkotika er en intoksikasjon, en forgiftning, altså noe sykkelig. (Bratfos, 1980)

Langvarig bruk av narkotika kan gi skader av hjerne, lever, psykiatri med mer.

Likevel passer ikke sykdomsmodellen så godt på narkomani. For eksempel virker ikke umiddelbart den narkomane syk utenom selve beruselsen. Det er heller ikke alltid den narkomane ønsker å bli "frisk". (National survey, 2003).

Hva skal være avgjørende for om en tilstand kan kalles sykdom eller ikke? Som vi har sett av kasusene er det ikke et entydig svar på hva som skal regnes som sykdom. Likevel er det en del momenter som man tradisjonelt forbinder med det å være syk, som for eksempel nedsatt funksjon, smerte/ubehag eller et ønske om å bli frisk.

Kasusene Marianne og Kristian har begge ett eller flere av disse kjennetegnene. I kasuset Petter og blant mange narkomane er det verken nedsatt funksjon, smerte/ubehag eller et ønske om å bli "frisk". Spørsmålet blir da om ikke dette er et uttrykk for en ønsket tilstand mer enn sykdom.

På den andre siden finnes det eksempler på mennesker bevisst lar seg smitte med et agens som helt klart er utgangspunkt for sykdom, jfr. HIV.

I kaset til Lise er hun både fysisk plaget av abstinenser, hun må kunne sies å ha nedsatt funksjon, da hun ikke fungerer godt i samfunnet. Hun uttrykker også et klart ønske om å klare å slutte med narkotika.

Således passer kasuset Lise bedre med den tradisjonelle forståelsen av sykdomsbegrepet enn Petter.

En annen definisjon av sykdom er; et ikke ønsket avvik.

Mange spørsmål følger i kjølvannet av en slik definisjon.; avviket er ikke ønsket av hvem? Eller sagt med andre ord; hvem skal få definere hvem som er syke eller ikke? Skal avviket være uønsket av individet selv? De pårørende? Helsetjenesten? Samfunnet?

Det er vanskelig å omtale de narkomane som en enhetlig gruppe siden variasjonene er store, både forhold til grad av forbruk og avhengighet, men også i forhold til deres egen innstilling til narkotikabruket.

En kronisk stoffmisbruker vil kanskje for øyeblikket si at narkotikabruket er et ønsket avvik, men hvis man tenker seg at han hadde blitt spurt før misbruket startet om avviket var ønskelig, gitt at han visste hvilken virkning det ville få i livet hans, hva ville han svart da?

Samtidig er begrepet sykdom en juridisk term som samfunnet bruker for avgjøre hvem som skal ha rett til trygdemessige ytelser. I denne betydningen av begrepet må samfunnet være premissleverandør for betydningen av begrepet.

En inndeling mellom syk og ikke syk i et samfunn er nært knyttet til hva som er normalt og forståelsen av normalitetsbegrepet (drøftet i Jodalen, 1995).

Ligger det en sykkelig drift bak ønsket om å ruse seg?

Siden man tilsynelatende ødelegger livet sitt på den måten må det ligge en sykkelig kraft til grunn blir det resonert. Denne driften kan skyldes en psykologisk eller biologisk disposisjon. (Bratfos, 1980)

Kanskje jevnlig bruk av rusmidler etter hvert skaper behov for stadig mer. Når inntaket stopper oppstår abstinensproblemer, som i kasuset til Lise. Men fysisk tilvenning er lite uttalt ved narkotika av typen sentralstimulantia og hallusinogener, og abstinenssymptomer er heller ikke alltid så fremtredende ved sentralt dempende midler som opiater, anxyolytika og alkohol.

Imidlertid kan for eksempel neuroleptika lett gi fysisk avhengighet, men gir ikke eufori eller narkomani. Det er altså liten sammenheng mellom fysisk avhengighet og alvorligheten av rusmiddelbruken. (Bratfos, 1980).

Nesten alle narkomane har avbrudd og opphold i rusbruken over lengre perioder. De avruses frivillig i eller utenfor institusjoner, eller ufrivillig som for eksempel i fengsel. De fleste rusmisbrukerne mener at det er mye vanskeligere å slutte å røyke tobakk.

Det virker som om hovedproblemet hos røykere er å slutte, mens det hos stoffmisbrukere er å ikke begynne igjen. (Fekjær 2004)

Man kan også tenke seg at psykisk avhengighet bygges opp av stoffene selv gjennom påvirkning og endring av transmittersubstanser i hjernen.

På den andre siden finnes flere typer atferd som har lignende avhengighetsmønster som narkomani uten at det er et agens inne i bilde. Eksempler på dette er storspising, kleptomani, gambling.

Slik avhengighetsatferd har mange likheter med stoffavhengighet. Atferden kan medføre store problemer for relasjoner og samliv, økonomi og arbeidsforhold. Psykiske konsekvenser som skam- og skyldfølelse, depresjon, angst og selvmordsfare er også vanlig. (Fekjær, 2004)

Et studie sammenlignet abstinensplagene til 104 rusavhengige med 222 spilleavhengige og fant at spilleavhengige opplevde sterkere avvenningsplager. (Rosental and Lesieur, 1992).

Finnes det biologiske endringer?

Det finnes flere teorier om det patofysiologiske grunnlaget for utviklingen av stoffavhengighet.

Tre av disse er referert i appendix 3.

Hvem blir narkomane?

I 1997 ble det gjort et studie på data fra 794 stoffmisbrukere som var født ca 1960. Dataene ble samlet inn av det statlige rusforskningsinstituttet. Studiet viste at de aller fleste narkomane hadde store problemer i livet allerede før de ble narkomane;

70 % hadde lærings- og atferdsproblemer i skolen
53% hadde en eller to foreldre med alkoholproblemer
46% var skillsmissebarn
33% hadde ikke vokst opp hos foreldre
29% hadde vært under barnevernet.
11% hadde vært seksuelt misbrukt utenfor familien.
38% var mobbeofre
gjennomsnittalderen for første arrestasjon var 15.9 år.

(Lauritzen, Waal, Amundsen, Arner, 1997)

Disse funnene viser viktigheten av miljøfaktorene i utviklingen av narkomani.

Årsakene til at noen blir narkomane er mangefaktorielle. For å danne seg et bilde av årsakssammenhenger er det naturlig å tenke bio-psyko-sosialt;

”A reasonable assertion is that the initiation of drug abuse is more associated with social and environmental factors, whereas the movement to abuse and addiction are more associated with neurobiological factors (Glantz and Pickens, 1992) .

Temperament and personality traits and some temperament clusters have been identified as factors of vulnerability to drug abuse (Glantz et al., 1999) and include disinhibition (behavioural activation) (Windle and Windle, 1993), negative affect (Tarter et al., 1995), novelty- and sensation-seeking (Wills et al., 1994) and “difficult temperament” (conduct disorders) (Glantz et al., 1999).”

(Koob and LeMoal, 2006).

Mange momenter taler for at den narkomane ikke er et forsvarsløst objekt i forhold til sin avhengighet av narkotika. Selv om man finner patofysiologiske endringer hos de narkomane er det usikkert om disse er resultat av eller grunn til rusbruken.

Den narkomane må ta en rekke bevisste valg for å oppnå avhengighet; Den narkomane må skaffe penger til sitt forbruk av narkotika. Stoffet må handles inn. Det må iblant prepareres før inntak. Det handler således ikke om tap av kontroll..

Nybegynneren innenfor rus må stå imot samfunnets og pårørendes innvendinger, samt egen viten om at rusbruk er skadelig.

Rusopplevelsen er ofte en negativ opplevelse de første gangene, og må innlæres ved gjentatt bruk. H.Becker viste dette i et studie hvor han intervjuet 50 cannabisbrukere. Hans konklusjon var ;

”De følelser som marihuana fremkaller, er ikke automatisk eller nødvendigvis behagelige. Smaken for en slik opplevelse er tillært, akkurat som den sosialt tillærte smaken for østers eller dry martini. Brukeren føler seg tørst, svimmel, det kribler i hodet hans, han feilbedømmer tid og avstand og så videre. Er disse følelsene behagelige og lystbetonet? Han er ikke sikker. Hvis han skal fortsette å bruke marihuana, må han bestemme seg for at de der behagelige. Ellers vil påvirkningen, selv om den er virkelig nok, være ubehagelig og han vil helst unngå den.”

(Becker, 1963)

Mye tyder altså på at narkomani kan forstås som en målbevisst handling. (Bratfos, 1980)

Å definere hvordan vi forstår narkomani medisinsk vil kunne gi en holdningsendring i samfunnet – og det vil kunne få konsekvenser for hvordan den stoffavhengige vurderer sin egen situasjon.

Dersom man kaller narkomani en sykdom vil man ikke like enkelt kunne mene at den narkomane selv har skylden for at han er narkoman. Den generelle oppfatningen i befolkningen er at sykdom rammer hvem som helst uforskyldt – og det fjerner dermed ansvaret for avvikende atferd. En naturlig følge vil være økt respekt og omsorg fra samfunnets side.

For den narkomane selv vil trolig selvbildet bli bedre av samme årsaker som nevnt ovenfor. Selvbekreftelse og skyldfølelse vil bli redusert da man er et offer for sykdom i stedet for en som gjentatte ganger har tatt dårlige valg i livet.

En fare ved en sykdomsstempling er at stoffmisbrukeren kan bli passivisert og umyndiggjort. Ved å ta ansvare bort fra den narkomane og over på sykdom står man i fare for å underminere den enkeltes resurser og metafysiske styrke. (Metafysisk styrke forstås her som den enkeltes åndelige og intellektuelle styrke). (Jodalen 1995).

Samfunnsøkonomisk vil en definering av narkomani som sykdom få konsekvenser da en slik merkelapp vil utløse en rekke ytelser i form av trygd og fritak fra arbeid.

En innvending mot å definere narkomani som sykdom i et samfunnsøkonomisk lys er likheten stoffavhengighet har med atferdsavhengigheter som spilleavhengighet, sms-avhengighet etc. Vanligvis er den som har avhengighetsatferd mer enn alminnelig glad i denne atferden, noe som dermed skiller den fra tvangshandlinger.

Dersom man velger å definere gjentatt og skadelig atferd som avhengighet og dermed som sykdom, vil dette utløse rettighetene nevnt ovenfor. Man står dermed i fare for å definere store deler av befolkningen som behandlingstrengende, med de kostnader det måtte medføre. (Fekjær, 2004).

Et annet samfunnsøkonomisk aspekt ved rusproblematikken er befolkningens bruk av legale rusmidler som alkohol og tobakk. Hva er rasjonale for at disse er legale, mens narkotika ikke er det?

Ser man på skadevirkninger isolert fra bruk av henholdsvis Khat og alkohol, fremstår det som et paradoks at Khat er forbudt mens alkohol er lovlig. Rammene for denne oppgaven tillater ikke en drøfting av dette temaet, men det er viktig å være klar over at alkohol og tobakk representerer en langt større utfordring for samfunnet, både samfunnsøkonomisk og helsemessig, enn det narkotika gjør.

Som diskutert ovenfor er det vanskelig å argumentere for at avhengighet bør forstås som årsaken til rusbruken. Flere ganger blir avhengighet brukt som forklaring på årsaken til stoffmisbruk, som om avhengighet er en magisk eller anerkjent medisinsk tilstand.

En slik forklaring gir liten mening. Avhengighet er mer en beskrivelse av en type atferd enn den er en forklaring på årsaksforholdene.

Motivene for stoffmisbruk varierer sterkt fra person til person. Motivene kan også la seg påvirke. Studier viser at en stor andel stoffmisbrukere vil holde seg stoffrie om de blir tilbudt nok penger. (Higgins, Alessi, Dantona, 2002)

Til dels er motivene for rusmisbruk ubevisste. For hjelpeapparatet er det viktig å hjelpe den narkomane til å forstå sine motiver for sitt misbruk. Dersom man bruker

”avhengighet” som årsak, har man tilsynelatende funnet forklaringen. Dette kan medføre at man fjerner drivkraften for å finne de virkelige motivene bak stoffmisbruket. (Fekjær 2004).

9.0 Konklusjon

Hvordan man skal forstå narkomani medisinsk er sammensatt. Både den økologiske- og WHO sin forståelse av sykdom og helse er med på å utfordre en tradisjonell medisinsk forståelse av narkomani som fenomen.

Debatten om narkomani som fenomen har hatt innslag av bastante konklusjoner fra de involverte partene. Da de forskjellige posisjonene presenterer gode argumenter, vil jeg mane til respektfull varsomhet uten bastante konklusjoner i omtalen av denne problematikken.

En balansert forståelse mellom disposisjon og handling er den store utfordringen i vårt møte med dette fenomenet.

Den viktimologiske modellen er forlokkende, for de rammende og pårørende, men den kan medvirke til å hindre oss i å ta de riktige grep i å bremse denne alvorlige epidemien.

Dersom man gir de narkomane et carte blanche til å definere seg selv som syke, er det et sentralt spørsmål om dette bidrar til å bedre deres situasjon på kort og lang sikt, da man gjennom denne ivaretagende forståelse fra samfunnets side kan få underminert muligheten til å ta de nødvendige initiativ for å komme ut av de destruktive sidene ved bruk av narkotika.

Appendix 1

Definisjoner Narkomani;

Store medisinske leksikon, Kunnskapsforlaget;

Narkomani; (av narko- og gr.mania, ’galskap, ustyrlig tilbøyelighet’), avhengighet av rusmidler med unntak av alkohol.

Norsk medisinsk ordbok, Det Norske Samlaget;

Narkomani; vanebinding til bruk av rusmiddel (s d) eller døyvende middel d e narkotika; årsakene kan vera medisinske, psykologiske, sosiale, arvelege, m v; jf eufomani (gr *narkosis* det å vera nomen).

Store Norske Leksikon, Aschehoug og Gyldendal;

Narkomani; (av narko- og –mani), narkotikamisbruk eller medikamentavhengighet, tilstand som foreligger når bruken av et meddel går ut over et individs fysiske og/eller psykiske helse og sosiale tilpasning. Av Verdens helseorganisasjon (WHO) er narkomani definert som en tilstand som psykisk og av og til fysisk er en følge av et samvirke mellom en levende organisme og et medikament. Tilstanden er karakterisert ved atferdsmessige og andre reaksjoner som alltid omfatter en tvangsmessig trang til å ta medikamenter kontinuerlig eller periodisk for å oppnå de psykiske virkningene, og av og til for å motvirke ubehag som kommer når de ikke tilføres. Toleranse kan være tilstede eller mangle. En person kan være avhengig av mer enn ett medikament.

Wikipedia, Norge 11/09/07

Narkomani (fra gresk *νάρκωσις* (*narkos*), forlammelse og *μανία* (*mani*), raseri, vanvidd) er en medisinsk og sosiologisk betegnelse for avhengighet av et narkotisk preparat. Begrepet «narkotika» benyttes i denne sammenheng om alle stoffer som er oppført på FNs eller det norske helsevesenets narkotikalister, og ikke spesielt om stoffer som virker narkotisk (dempende, søndyssende). Foruten de egentlige narkotika som opioider, barbiturater m. fl. omfatter kategorien derfor også avhengighetsskapende stoffer som amfetaminer, kokain, og cannabis. En person som har utviklet avhengighet av slike stoffer, *narkomani* kalles for en narkoman. Narkomani kan medføre store fysiske og psykiske problemer for den det gjelder.

Wikipedia, England 11/09/2007

Drug addiction is a condition characterized by compulsive drug intake, craving and seeking, despite what the majority of society may perceive as the negative consequences associated with drug use.

Although being addicted implies drug dependence, it is possible to be dependent on a drug without being addicted. People that take drugs to treat diseases and disorders, which interfere with their ability to function, may experience improvement of their condition.

Such persons are dependent on the drug, but are not addicted. One is addicted, rather than merely dependent, if one exhibits compulsive behavior towards the drug and has difficulty quitting it.

To qualify as being dependent a person must

- Take a drug regularly
- Experience unpleasant symptoms if discontinued, which makes stopping difficult.

Substance abuse can occur with or without dependency, and with or without addiction. Substance abuse is any use of a substance, which causes more harm than good.

Britannica Concise Encyclopedia 11/09/07

Drug addiction:[or *chemical dependency*] Physical and/or psychological dependency on a psychoactive (mind-altering) substance (e.g., alcohol, narcotics, nicotine), defined as continued use despite knowing that the substance causes harm. Physical dependency results when the body builds up a tolerance to a drug, needing increasing doses to achieve the desired effects and to prevent withdrawal symptoms. Psychological dependency may have more to do with one's psychological makeup; some people may have a genetic tendency to addiction. The most common addictions are to alcohol (alcoholism), barbiturates, tranquilizers, and amphetamines, as well as to the stimulants nicotine and caffeine. Initial treatment (detoxification) should be conducted with medical supervision. Individual and group psychotherapy are critical elements

Sitater fra *The Science of addiction*, av Lemonick, MD, Park, A. I Time Magazine, 10.09.07;

“Addiction has a specific definition: you are unable to stop when you want to, despite (being) aware of the consequences. It permeates your life; you spend more time satisfying (your craving).”

- Dr. Nora Volkow, Director, U.S. National Institute on Drug Abuse.

“Addiction is not just about substances. Addiction is about disrupting the processing of pleasure; the balance point is shifted so you keep creating more and more urges, and your keep wanting more and more.”

- Dr. Martin Paulus, Professor of psychiatry, University of California, San Diego.

“Addiction is a chronic and relapsing brain disease characterized by uncontrollable drugseeking behaviour and use. It persists even with the knowledge of negative health and social consequences”

- Scott Lukas, McLean Hospital.

“Addiction occur when behaviours start to become excessive. They are driven by our systems that stand up, shake us and say, “The brain is saying this is good; we should do it again.””

- Joseph Frascella, Director Clinical Neuroscience, NIDA

Appendix 2

Diagnosekriterier for avhengighet i DSM-IV og ICD-10.

	DSM-IV	ICD-10
Clustering criterion	A. A maladaptive pattern of substance use, leading to clinically significant impairment or distress as manifested by three or more of the following occurring at any time in the same 12-month period;	Three or more of the following have been experienced or exhibited at some time during the previous year:
Tolerance	1. Need for markedly increased amounts of a substance to achieve intoxication or desired effect; or markedly diminished effect with continued use of the same amount of the substance	1. Evidence of tolerance, such that increased doses are required in order to achieve effects originally produced by lower doses.
Withdrawal	2. The characteristic withdrawal syndrome for a substance or use of a substance (or a closely related substance) to relieve or avoid withdrawal symptoms.	2. A physiological withdrawal state when substance use has created or been reduced as evidence by the characteristic substance withdrawal syndrome, or use of substance (Or a closely related substance) to relieve or avoid withdrawal symptoms.
Impaired control	3. Persistent desire or one or more unsuccessful efforts to cut down or control substance use.	3. Difficulties in controlling substance use in terms of onset, termination, or levels of use.
Neglect of activities	4. Substance used in larger amounts or over a longer period than the person intended.	4. Progressive neglect of alternative pleasures or interests in favour of substance use; or A great deal of time spent in activities necessary to obtain, to use, or to recover from the effects of substance use.
Time spent	5. Important social, occupational, or recreational activities given up or reduced because of substance use.	
Continued use despite problems	6. A great deal of time spent in activities necessary to obtain, to use, or to recover from the effects of substance use.	
	7. Continued substance use despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to be caused or exacerbated by use.	
Compulsive use	None	5. Continued substance use despite clear evidence of overtly harmful physical or psychological consequences.
Duration criterion	B. No duration criterion separately specified. However, several dependence criteria must occur repeatedly as specified by duration qualifiers associated with criteria (e.g. 'often', 'persistent', 'continued').	6. A strong desire or sense of compulsion to use substance.
Criterion for subtyping dependence	With physiological dependence; Evidence of tolerance or withdrawal (i.e., any of items A-1 or A-2 above are present). Without physiological dependence: No evidence of tolerance or withdrawal (i.e., none of items A-1 or A-2 above are present).	B. No duration criterion separately specified.
		None

Figuren er hentet fra 'Neurobiology of addiction', (Koob og Le Moal, 2006).

Appendix 3

Biologiske endringer?

Forskjellige typer narkotika virker på ulikt på hjernen. To mekanismer er sentrale; dopamin-belønningsystemet og det endogene opioidsystem.

Belønningsystemet er en del av det mesolimbiske frontokortikale dopaminsystem. Ved aktivitet som matinntak og sex blir det en økning i dopaminfrigjøringen i dette senteret. Opplevelsen er en positiv følelse av belønning. Ved inntak av narkotika blir det en overstimulering i dette senteret. (Koob and LeMoal, 2006). Når stoff ikke tilføres lenger faller dopaminnivået til under det normale nivå og personen får dysfori og et sterkt ønske om nytt inntak av stoff. (Bråthen og Bovim, 2003).

Mye tyder på at det endogene opioidsystemet ikke bare blir aktivert av eksogene opioider som morfin og heroin, men at også andre stimulantia aktiverer systemet og gir toleranse og avhengighet. (Teesson, Degenhardt, Hall, 2002).

En hypotese som kalles nevroadaptabilitetshypotesen sier at ved langvarig inntak av narkotika kan man få en varig endring i det mesolimbiske dopaminsystem og det endogene opioidsystem slik at de ikke reverseres til sin naturlige homeostase dersom man slutter å tilføre stoff.

(Teesson, Degenhardt, Hall, 2002)

Genetiske faktorer er også av betydning. Studier gjøres blant annet på adopterte barn og på tvillinger. (Hyman, 2007).

I et studie gjort av Kendler et al. 2006, så man på hvilket samsvar det var mellom tvillingers misbruk og avhengighet av Cannabis. Man fant at det var mellom 58 - 81 % samsvar mellom tvillingene.

Genetiske faktorer er altså av betydning for utvikling av avhengighet. Men det er ikke hundre prosent overlapp.

“Twin studies suggest significant overlap between genetic predisposition for dependence on most classes of addictive substances (Karkowski et al., 2000). Clearly, in no case is heritability 100 %, which argues strongly for gene-environment interactions, including the stages of the addiction cycle, developmental factors, and social factors.”

(Koob and LeMoal, 2006).

Referanser;

Balog JE: *An historical review and philosophical analysis of alternative concepts of health and their relationship to education*. University of Maryland, Ph.D. 1978.

Becker HS; *Becoming a Marijuana User*. Am J Sociol 1963, 59:235-242.

Bratfos O: *Er alkoholisme og narkomani sykdom?* Tidsskr Nor Lægeforen 1980, nr 27: 1614-1615.

Bråthen G, Bovim G: *Alkoholrelaterte nevrologiske sykdommer*. I: Nevrologi og nevrokirurgi, Fra barn til voksen. Gjerstad L, Skjeldal, OH, Helseth E (red), ISBN 82-412-0556-2, 3.utgave, Vett & Viten, Nesbru 2003.

Caplan AL, Engelhardt HT, McCartney JJ (red): *Concepts of health and disease*, ISBN? Addison-Wesley, Reading, Mass. 1981.

Comerci GD, Schwebel, RS: *Substance Abuse: An Overview*. Adolescent Medicine, State of the Art Reviews Feb 2000, Vol.11, No 1.

Fekjær HO: *Rus*. Gyldendal Akademisk, ISBN 82-05-33007-7, Oslo 2004.

Grünfeld B: *Sykdomsbegrepet i lys av økonomiske og politiske realiteter*. Tidsskr Nor Lægeforen nr.3, 1993; 113: 375-6.

Henriksen P (red): *Aschehougs og Gyldendals Store Norske Leksikon*. ISBN 82-573-0703-3, Kunnskapsforlaget, H Aschehoug & Co. (W.Nygaard) A/S og Gyldendal Norsk Forlag ASA, Oslo 1998.

Higgins ST, Alessi SM, Dantona RL: *Voucher-based incentives. A substance abuse treatment innovation*. Addict Behav 2002, 27: 887-910

Hofman B: *Trenger Helsevesenet begrepet sykdom?* Tidsskr Nor Lægeforen, nr.4 2003, 123: 487-90.

Hordvin O (red.): *Narkotikasituasjonen i Norge 2003*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning 2004.

Hyman SE: *Addiction; A Disease of Learning and Memory*. Am J Psychiatry, Aug 2005, 162; 1414-1422.

Hyman SE: *The Neurobiology of Addiction: Implications for Voluntary Control og Behaviour*. The American Journal of Bioethics 2007, 7(1): 8-11.

Jodalen H: *Helse som metafysikk*. Foredrag holdt i Humanistisk Kollegium, 4.april, 1995.

Koob GF: *The Neurobiology of addiction: a neuroadapational view relevant for diagnosis*. Addiction, sep;101, suppl 1;23-30, LaJolla, USA 2006.

Koob GF, Le Moal M: *Neurobiology of Addiction*. ISBN-13: 978-0-12-419239-3, Academic Press, Elsevier, Amsterdam, Boston, Heidelberg, London, New York, Oxford, Paris, San Diego, San Fransisco, Singapore, Sydney, Tokyo 2006.

Larsen H: *Narkomani: avvik eller sykdom? Forståelse av narkomani, og medias makt til å påvirke opinionen*. Oppgave i Kriminologi, Institutt for Kriminologi, Det Juridiske Fakultet, Universitetet i Oslo, Mai 2003.

Lauritzen G, Waal H, Amundsen A, Arner O,: *A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment: Methods and Findings*. Nordisk alcohol- og narkotikatidsskrift 1997, 14:43-63.

Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA: *Lærebok i psykiatri*, ISBN 82-05-28070-3, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2003.

National Survey on Drug Use and Health. SAMHSA, Rockville, Md, 2003.

Norlund S: *Utviklingen av narkotikabruk i Norge*. Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift. Vol 22 2005, (3–4), 197-208.

Nutt D, Robins T, Stimson GV, Ince M, Jackson A (eds): *Drugs and the future. Brain science, addiction and society*. ISBN 13 978-0-12-370624-9, Academic Press, Elsevier, Amsterdam, Boston, Heidelberg, London, New York, Oxford, Paris, San Diego, San Fransisco, Singapore, Sydney, Tokyo 2007.

Nyberg-Hansen R: *Parkinsonisme og andre basalgangliesykdommer*. I: Nevrologi og nevrokirurgi, Fra barn til voksen. Gjerstad L, Skjeldal, OH, Helseth E (red), ISBN 82-412-0556-2, 3.utgave, Vett & Viten, Nesbru 2003.

Nylenna M (red): *Store medisinske leksikon*. ISBN 82-573-0858-7, Kunnskapsforlaget, H Aschehoug & Co. (W.Nygaard) A/S og A/S Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 1999.

Rosental RJ, Lesieur HR: *Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling*. Am J Addict 1992, 1:150-4.

Seedhouse D: *Health, The Foundations for Achievement*. Wiley medical publication, Wolverhampton, Great Britain 1986.

Søvik O: *Sykdomsbegrepet i historisk og dagsaktuell sammenheng*. Tidsskr Nor Lægeforen nr 22, 2001; 121: 2624-7.

Teesson M, Degenhardt L., Hall W: *Addictions*, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales – Sydney, Australia. 2002.

West R: *Addiction, ethics and public policy*. Addiction 1997, 92 (9), 1061-1070.

Øyri A (red): *Norsk medisinsk ordbok*. ISBN 82-521-6088-3, Det norske samlaget, Oslo, 2003.