

är väldigt lätt att syntetisera hemma och det är väldigt lätt att smugla.

Gunnar Inghe:

Jag vill fästa uppmärksamheten vid att det är inte bara så att sjukdomspanoramat på det här området växlar i olika länder. Det märklige är, att situationen är så pass olika i länder som ligger bredvid varandra och har i stort sett samma sociala struktur. Nu vet vi som epidemiologer att detta att ett sjukdomspanaroma är olika inom skilda grupper, skilda områden, skilda länder ofta kan göra det möjligt att inringa de bakomliggande orsakerna. Detta pekar kanske på en praktiskt framkombar väg för att attackera problemet. Nu har vi här faktiskt mycket stora skillnader i vissa avseenden och dessa differenser bör följaktligen vara en intressant utgångspunkt när man skall analysera problemet.

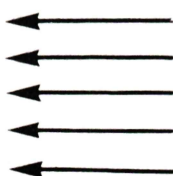
Låt oss nu övergå till att diskutera orsakssammenhengen. Karl Evang börjar.

Orsakerna till narkomani

Karl Evang:

Skal man ha noen mulighet for å sette inn effektive forebyggende tiltak, må man kjenne de faktorer som er på spill. Det skulle for så vidt være unødvendig i en forsamling som denne å minne om den lille triade som enhver epidemiolog og

Verten (The host)	Miljøet (The environment)	Det skadelige agens (The agent)
----------------------	------------------------------	------------------------------------



helseadministrator gjør klokt i alltid å ha lett tilgjengelig i sine hjerneceller.

Det eller de skadelige agens er altså i dette tilfelle de stoffer som fremkaller avhengighet ("drug dependence"). Begrepet miljø må her tas i videste mening, altså også det sosiale og mentale miljø og verten en mennesket, homo sapiens, som han av ukjente grunner kalles.

Når det gjelder vårt problem, tiltak for å forebygge eller begrense narkotikamisbruket, finner vi årsakskomponenter i alle disse tre ledd. Hvis vi begynner med det enkleste, det skadelige agens, er jo situasjonen dessverre karakterisert ved at antallet av slike agens stadig øker. Det produseres stadig nye slike agens, særlig innenfor gruppen syntetiske legemidler (smertestillende, beroligende, søvngivende og stimulerende) og vi lever under et sterkt press fra legemiddel firmaene som med fremragende dyktighet søker å presse salget opp. Man har i flere land nær sagt nådd det trinn at de fleste mennesker mener at de for sin helses skyld til stadighet bør bruke ett eller flere legemidler. Det er dessverre også grunn til å minne om at det ofte går lang tid før den avhengighetskapende virkning blir oppdaget, for barbiturate-nes vedkommende 10—15 år.

Gjennom adskillig tid hersket jo også det syn at man med hell kunne behandle alkoholikere med barbiturater til tross for at avhengighet av alkohol- og barbiturattypen jo nærmest er parallele. Den avhenginge skifter i virkeligheten forholdsvis lett over fra det ene stoff til det annet.

Det annet bekymringsfulle trekk i dagens situasjon, er at det foregår en bevisst utveksling av slike skadelige agens fra den ene kulturkrets til den annen. Gjennom århundreder var jo de forskjellige vanedannende rusmidler knyttet til bestemte områder av jorden. Bruken var tildels sterkt lokalt bestemt, særlig ut fra geografiske og klimatiske forhold: coca i Syd-Amerika fordi coca-busken vokste i Andes-fjellene, cath i Midt-Østen fordi cath vokste i fjellene der, opium i de tropiske og subtropiske strøk. På våre breddegrader hvor intet av dette vokste ble det vindruen som ga vårt utbredte og i stor utstrekning sosialt aksepterte rusmiddel alkohol. Det særpregete ved

situasjonen etter den annen verdenskrig er at det foregår en tydeligvis helt bevisst og systematisk opplagt overførsel av slike rusmidler fra den ene kulturkrets til den annen: marihuana og hasjij føres inn i den vest-europeiske kulturkrets, sentralstimulerende midler i opiumsstrøk, heroin og andre opiumsprodukter i områder hvor alkohol tidligere har vært relativt eneherkende o.s.v. Mens man tidligere hadde gode muligheter for å komme ulovlig produksjon til livs, fordi de stoffer det dreiet seg om jo tross alt måtte dyrkes i form av planter av forskjellig slag, utgjøres nå en stadig større del av stoffene av syntetiske midler hvor såvel produksjon som distribusjon er meget vanskeligere å kontrollere. Bak denne virksomhet står utvilsomt endel av de store internasjonale forbrytersyndikatene, Mafiaen og de store amerikanske gangsterorganisasjoner. Dette må ikke forstås derhen at disse organisasjoner utelukkende handler med narkotika, men de har tatt endel narkotika opp blant de stoffer de arbeider med. Nylig ble feiret et makabert jubileum i Chicago: Da sneen smeltet etter vinteren fant man en mann gjennomhullet av seks kuler. Det var en av de små narkotikahandlerne, og det ble av politiet registrert som gangstermord nr. 1.000 i kampen gangsterne imellom siden denne uhyggelige statistikken ble påbegynt i 1939. Hans "forbrytelse" besto i at han hadde søkt å lede politiet henimot en større og mere ledende narkotikahandler. Den internasjonale narkotikakontrollen i FN kan berette meget om dette, likeså Interpol.

Dette arbeid er fantastisk godt organisert også når det gjelder valg av propagandister og valg av salgsteknikk. Det foregår åpenbart på forhånd en markedsanalyse og man tilpasser sin propaganda til dette.

Når det gjelder miljøet, har vi en rekke faktorer som samvirker og som tildels er meget vanskelige å influere. En viktig kilde er legestandens ofte kritikkfrie forskrivning av de midler som går gjennom deres hender. Når det gjelder de syntetiske legemidler som misbrukes, er det dessverre ingen tvil om at storparten av de midler det dreier seg om — bortsett fra de sentralstimulerende — går gjennom legenes hender, altså i form av lega-

le forskrivninger. Undertiden kan det i slike tilfelle ikke reises noen kritik mot legen, idet det middel som forskrives ikke er kjent som vanedannende middel ennå. I andre tilfelle kan legen forsvares derved at den vanedannende effekt hos et godt og vel indisert legemiddel antas å være så beskjeden at legen må ha rett til å ta en sjangse. Men i andre tilfelle — og jeg kan her selvsagt bare uttale meg for så vidt angår mitt eget land, møter vi en mangel på respekt fra legenes side i forhold til disse midler som er ytterst betenkelig. Man kan faktisk skjelne mellom tre typer av leger i denne forbindelse:

1: Den "snille" lege, som ikke stiller sine indikasjoner strengt nok, som ikke tar seg den nødvendige tid til å undersøke pasientens bakgrunn og behov, men som imøtekommer pasientens ønske.

2: Den lege som ut fra et profittmessig hensyn, fordi han kanskje har vanskelig for å skaffe seg annen praksis blir en kilde til kritikkfrie utskrivning av resepter, og

3: Den mest tragiske situasjon, hvor legen selv er narkoman. En slik lege vil hurtig bli "oppdaget" av andre narkomane. Det danner seg en krets av narkomane omkring ham, og han kan også ofte komme i et direkte avhengighetsforhold til den krets av narkomane som han forskriver til. Meget ofte ser vi i disse tragiske tilfelle hvordan det opptrer hva franskmennene karakteriserer som en folie à deux, d.v.s. at både legen og hans hustru er narkomane og hvor man derfor står i en særdeles vanskelig situasjon når terapeutiske skritt skal innledes.

Når det gjelder de "klassiske" narkotika, har vi jo i Norden mulighet for å kontrollere den individuelle forskrivning av den enkelte lege såvel som forbruket av den individuelle pasient. Når det gjelder den store gruppe av syntetiske legemidler, har vi av praktiske grunner ennå ikke kunnet gjennomføre dette. Med innføring av EDB-apparatur må vi imidlertid etter mitt skjønn i fremtiden også kunne føre en tilsvarende kontroll med disse midler.

Den annen lite gunstige omgivelsesfaktor er

ubekjentskap og uhensiktsmessig reaksjon hos det vi kunne kalle "nøkkelpersonellet", d.v.s. personell på helse-, skole- og politisektoren som først får kontakt med narkotikaproblemet. Man har i Norden stort sett unngått å betrakte den narkomane som en kriminell, men det ligger hos oss alle, også hos legene, utvilsomt en viss tilbøyelighet til å betrakte den narkomane som en mindreverdige pasient, en pasient som er moralsk befengt. Tar man en slik holdning til en pasient, har man allerede fra første øyeblikk avskåret seg fra muligheten for å etablere en terapeutisk situasjon.

Dette at den narkomane ikke aksepteres fullt ut på linje med andre som er kommet i vanskeligheter er kanskje særlig utbredt hos lærere, politi, foreldre og andre foresatte som får med narkomane å gjøre.

I tillegg til dette kommer andre miljøfaktorer, såsom at kjøpekraften er blitt sterkere, ungdomen tjener sine egne penger, har sine egne organisasjoner, sitt eget underholdnings- og fornøylesliv m.v..

Går man endelig over til verten selv, kommer vi inn på det som er vanskeligst å beskrive, men som kanskje idag også er det viktigste. Når det gjelder de "klassiske" narkomane og også alkoholistene og misbrukerne av de syntetiske legemidler, er alle fortrolig med dem. Jellineks oppdeling i den sosiogent betingete og den psykogent betingete avhengighet gir også en viss pekepinn. Når det gjelder disse narkomane som gjerne er kommet inn i sin ulykkelige situasjon i modnere alder, vil man også meget ofte i deres livshistorie kunne finne en rekke årsakskomponenter som forklarer deres tilstand:

De har kanskje lidt store personlige nederlag, har gjennomgått smertefulle sykdommer, som har nødvendiggjort bruken av smertestillende midler, har vokset opp under håpløse livsforhold, ser ingen fremtid i møte o.s.v. Dette skal jeg derfor ikke oppholde meg lenge ved. Det er forskyvningen mot de yngre aldersgrupper som byr de nye og tidligere ukjente problemer.

Enten man snakker med en slik ung misbruker i U.S.A., Sveits, England, Norge, er den forklaring de gir på sitt misbruk, den motivering og

filosofi de gir uttrykk for bemerkelsesverdig ensartet. Den er såvidt ensrettet både i prinsipp og i detalj, at man her åpenbart står overfor en hva man kunne kalle "bevegelse", en strømning av bred karakter. Det er vanskelig å beskrive dette i få ord, men man kan lett identifisere tre komponenter. Den første er *konfirmitetstendensen* som er så sterkt utbredt hos ungdom idag — og hos alle mennesker for så vidt — en konformitetstendens som styrkes ved massemedier. Ungdommen vil være lik annen ungdom, vil etterligne ungdom i det eller de land som anses å være toneangivende. Konformitetstendensen gir seg mange synlige utslag i klesdrakt, typer av "pop"-musikk, dans og annet livsmønster. Den annen komponent er brytningen mellom den yngre og den eldre generasjon, eller rettere sagt mellom *de* yngre og *de* eldre generasjoner. Man bør aldri forenkle problemet ved å tale om den eldre og den yngre generasjon, men erindre at til hver yngre aldersklasse, svarer en eldre aldersklasse. Mens ungdommen gjerne vil være konform med annen ungdom, vil den for enhver pris være annerledes enn sin eldre generasjon. Dette trekk er sterkt tilstede i det problemkompleks vi behandler her. Også dette er i og for seg et helt normalt trekk. Ungdom er og bør vel alltid være i opposisjon mot de eldre generasjoner.

Den tredje komponent og som kanskje representerer det eneste fundamentalt nye i denne situasjon i større omfang, er det som sosiologene i den senere tid stadig sterkere har understreket og som er betegnet med begrepet "alienation", fremmedgjøring, som preger en stor del av denne ungdom idag. Begrepet "Entfremdung" ble visstnok først brukt av Hegel og senere overtatt av Karl Marx. I dette ligger etter mitt skjønn adskillig av en nøkkel både til forståelse av årsaksforholdet og kanskje også en nøkkel till mulige forebyggende tiltak.

La meg derfor si et par ord om dette. Marx var særlig opptatt av fremmedgjøringen i forbindelse med utviklingen av produksjonslivet. Håndverkeren var ett med sitt produkt, det var håndverkeren selv som valgte det produkt han ville fremstille, og det enkelte produkt vokste under hans hender. Hans egen artistiske sans, hans evner og person-

lige erfaring fikk uttrykk i produktet. Han bestemte også selv antallet. Vi er vel alle klar over hvilken fundamental betydning nettopp dette har i et menneskes liv, forholdet til det produkt vi fremstiller. Så, sier Marx, inntreffer den situasjon at arbeideren ikke lenger kan bestemme hvilket produkt han skal levere. Han mister kontakten med produktet, alle produktene er like, de er ikke preget av hans person, han har heller ikke selv bestemt produktets art og har ingenting å si når det gjelder de viktige avgjørelser i produksjonsprosessen. På denne måte blir han fremmedgjort i forhold til sitt produkt og derved i forhold til samfunnet.

Det kan neppe være noen uenighet om at den tekniske, økonomiske og sosiale utvikling nå i en nå langt høyere grad har gjennomført en alminnelig fremmedgjøring. Dette gjelder ikke bare den industrielle produksjonsprosess, det gjelder også oss andre, at vi kommer på stadig større avstand fra det endelige formål med vår virksomhet. Selv den kliniske medisiner som arbeider med pasienter må nå finne seg i at den rolle han som individ kan spille stadig vil innskrenkes. Han er avhengig av andre, laboratorier, medarbeidere, institusjoner o.s.v.

Hos den ungdom som i våre dager henfaller til misbruk av narkotika, finner man påfallende ofte en generell fremmedgjøring fra det samfunn hvori de lever. Dette gjelder særskilt slik ungdom som er i stand til å gi uttrykk for en viss innstilling, en viss filosofi. De reagerer mot en rekke forhold av sosial og politisk art i våre dager. Det ligger derfor et visst politisk eller sosialt resonnement til grunn hos mange av dem.

Jeg vil dog gjerne med en gang understreke at man ikke må oppfatte dette derhen at den ungdom som misbruker narkotika utgjør en homogen gruppe, den er tvertimot nettopp kjennetegnet ved sin heterogenitet. I en viss utstrekning har man utvilsomt med ubalanserte nevrotisk belastete individer å gjøre som kanskje ikke under noen omstendighet ville klart å tilpasse seg til en normal tilværelse, men som ville være endt i mistilpasning i en eller annen form, herunder også kriminalitet. På den annen side finner vi imidlertid meget ver-

difull ungdom, ja blandt dem enkelte av de rikest utstyrte, både intellektuelt og følelsemessig, som aller sterkest reagerer mot våre dagers kynisme, brutalitet, materiell forflatning, nyttemoral og poengjakt.

Kommer man inn på slik ungdom, vil man ofte direkte få det spørsmål: Ja, synes du dere har laget en verden som er noe å strebe etter? Vil dere virkelig at vi skal bli sånn som dere?

Dette utgangspunkt er på ingen måte urimelig, og mange ungdommer er også istand til å spesifisere dette nermere. Ungdommen finner jo med usvikelig sikkerhet alltid frem til de spørsmål som er de viktigste i enhver generasjon. Det som interesserer ungdommen mest idag er derfor først og fremst utviklingslandenes problemer, muligheten for en fredelig utvikling og bekjempelse av de farlige krigsvåpen. De kan da peke på at mens det faller mange vakre ord om hjelp til utviklingslandene og om nødvendigheten av en fredelig utvikling, viser verden et ganske annet bilde:

Stadig økende kløft mellom de fattige og rike land, fortsatt opprustning, pågående destruktive kriger i flere deler av verden, ofte ført av rike land mot fattige.

Ungdommens reaksjon er klar, den vil ikke ha noe med dette å gjøre, den vil finne andre veier, finne verdier av annen karakter. De har i stor utstrekning mistet troen på de politiske partier og andre organisasjoner. Men, sier de, det er en verdi tilbake: Den menneskelige verdi. Vi får da forsøke å finne oss selv, å finne andre. Ungdommens kontaktbehov og usikkerhet — fundamentale trekk hos all ungdom — gjør også sitt.

Hvis det derfor kommer en tilstrekkelig dyktig agent eller "selger" inn i bildet som utnytter dette fullt ut, vil han kunne oppnå meget. Han lokker med at man gjennom bruk av marihuana, LSD o.s.v. både kan lære seg selv å kjenne, oppnå kontakt med andre og også oppnå den frihet som er en forutsetning for en individuell utvikling. Sartres og andre eksistensialisters frihetsbegrep og filosofi forøvrig er i stor utstrekning akseptert.

På denne bakgrunn er det vel riktig å konstatere at vertens motstandskraft mot de skadelige agens

i vår utviklingsfase, såvel nasjonalt som internasjonalt er redusert. Spørsmålet er derfor om vi har ett eller flere immunitetsskapende stoffer som vi kan bruke. Her ligger det største og vanskeligste problem når det gjelder forebyggelse.

Går man til de yngste aldersgrupper med snif-fingepidemiene, som har gått over Norden med uregelmessige mellomrom, bør man kanskje ikke betrakte dette som et så alvorlig fenomen, selv om det nok bør gi grunnlag for bekymringer. Det er foretatt forholdsvis få systematiske undersøkelser over motivering m.v. hos slike barn. De få som er gjort synes å tyde på følgende: Slike epidemier begynner ofte ganske plutselig og er gjerne startet av en enkelt elev som på et eller annet vis er "avvikler". Det hele kan være så enkelt at vedkommende barn ikke kan konkurrere fullt ut med sine skolekamerater på det intellektuelle plan eller på det fysiske. De føler seg underlegne og vil derfor søke etter et annet område hvor de kan hevde seg i forhold til kameratene. Det dreier seg altså om en enkel og lettfattelig kompensatorisk hevdelsesmotivering. I andre tilfelle kan det dreie seg om barn som er emosjonelt underernært. De kan skrive seg fra følelseskalde hjem, fra autoritære eller tvert om overbeskyttende hjem, de er blitt ulikevektige og usikre og har et emosjonelt behov som de søker tilfredsstillet ved nye opplevelser. Endelig er i enkelte tilfelle også registrert en situasjon hvor snif-fing-epidemier er startet av meget begavete elever for hvem skolesituasjonen likefrem er kjedelig, idet skolesystemet ikke kan ta hensyn nok til de med meget høy intelligens. Er så først sniffingen startet gjør konformitetstendensen seg innen klassen eller kameratgruppen sterkt gjeldende. De som ikke vil være med på galoppen blir uglesett. Etterligningen av ungdom — som kanskje røker marihuana — og de voksne som jo både røker og drikker spiller selv-sagt også inn.

Ofte vil man se at disse epidemiene dør ut like hurtig som de begynte. De nye klasser som kommer til finner ingen særlig grunn til å ta uvanen opp, medmindre det gis en bestemt foranledning. Med dette håper jeg å ha gitt en rask oversikt over endel av de årsakskomponenter man har å regne med.

Gunnar Inghe:

Jag får tacka för denna inledning. Det är nu meningen att vi skall ta upp det ena problemet efter det andra i debatten, men först vill jag fråga meddebattörerna om de på något ställe vill kom-plettera framställningen, peka på ytterligare fak-torer som kan tänkas spela in?

Nils Bejerot:

Jag skulle gärna vilja försöka att ytterligare sys-tematisera kring det som Evang har talat om nu. När det gäller narkomaniprevention måste man först ha klart för sig vilka medel det är fråga om. Varje medel har sina speciella karakteristika och appellerar i vissa fall till speciella grupper och miljöer. Nästan all narkomanilitteratur, både kring behandling och prevention, har hittills ut-gått från en farmakologisk gruppering: man talar om opiatgruppens problematik, om kokain-gruppen och cannabisgruppen, barbituraterna, am-fetaminerna, hallucinogenerna osv.

Personligen tror jag att det är utomordentligt viktigt att man inför en *tvärgående, socialmedi-cinsk dimension rakt igenom alla dessa farmako-logiska grupper, en indelning efter generiska grunder*.

Den första gruppen skulle då bli "*av läkare medvetet etablerade narkomanier*". Vad är nu detta? Jo, det gäller naturligtvis ingenting annat än de svårt smärtplågade cancerpatienter och andra som — för att deras sista levnadstid skall bli dräglig — måste ges opiatgruppens läkemedel i successivt stegrade doser allt eftersom toleran-sen utvecklas. I dessa fall utgör den tillstötande narkomanin som regel inte något som helst pro-blem, vare sig för patienten som tillförsäkras de stegrade doserna allt efter behov, för läkaren som med fullt förtroende kan skriva ut narkotiska pre-parat även för självmedicinering i form av table-ter, suppositorier etc eller för samhället. Den enda risk, som den här typen av narkomani erbjuder för samhället, är om några större partier narko-tika skulle komma på drift i samband med ett

plötsligt dödsfall. I och med att cancerfallen genom förbättrad strålningsterapi etc får en längre överlevnadstid eller till och med botas helt kan dock även denna narkomaniform komma att utveckla sig till ett avsevärt terapeutiskt problem.

Andra gruppen skulle bli "*av läkare omedvetet etablerade narkomanier*". Detta är genast en betydligt mera heterogen grupp. Först har vi de relativt få men alltid uppmärksammade fallen av terapeutiska missöden kring folk som fått medel ur opiatgruppen mot svåra smärttillstånd, t ex olycksfalls- och operationspatienter, kanske vanligare gallstens- och njurstensfall. Här bidrar den sociala miljön mycket till riskmomenten. En patient som lever ute i landsorten och har sin provinsialläkare är i detta avseende mycket bättre skyddad än en storstadspatient, som utlämnas till ständigt alternerande jourhavande läkare. Har man på landsbygden eller i småstaden en gallstenspatient, som gång på gång behöver akuta kuperingar av smärttillstånd, ser läkaren antingen till att patienten kommer under operation eller att vederbörande i fortsättningen inte får den här typen av smärtstillande preparat. Men i en storstad som exempelvis Stockholm kan en patient i princip ta hem jourhavande läkare flera gånger per dygn utan att vederbörande läkare känner till att patienten några timmar tidigare fått en spruta av den kollega som då hade jourpasset. Trots allt syns det dock vara relativt få fall av morfinism, som uppstått genom terapeutiska missöden. Många morfinister vill, när man försöker få fram deras anamnes, gärna hävda att de blivit morfinister på detta sätt, men när man samlar in deras handlingar, journaler etc visar sig den här genesen till morfinism vara ytterst sällsynt.

Det finns en annan, betydligt större och viktigare grupp iatrogena narkomanier: de patienter som under behandling har blivit svårt tillvanda till olika former av psykofarmaka. Det gäller i första hand barbituraterna, som ju har förskrivits i enorma mängder under decennier, och många — kanske flertalet fall av barbiturism — har ursprungligen grundlagts genom vanliga förskrivningar.

Erfarenheten tycks visa att barbituraterna är särskilt riskabla när de används som dagsedativa, vilket var vanligt förr. När barbituraterna används som sömnmedel, på ett adekvat sätt är väl bäst att tillägga, är tillslagsrisken så låg att det vid normal dosering och inte konstant bruk knappast föreligger någon väsentlig fara. Men när barbituraterna används som dagsedativum för att kupera ångesttillstånd brukar ångesten — denna individens larmreaktion på en omedveten fara — försvinna tillfälligt under barbiturattäcket. Om ångestgenesen sedan inte bearbetas utan finns kvar, har ångesten en tendens att arbeta sig igenom detta barbiturattäcke. Patienten brukar då själv öka doseringen och blir återigen symtomfri för en tid — tills det är dags för dosökning igen. På det sättet kan patienten nästan omedvetet smyga sig in i barbiturism och komma upp i doser 30—40 gånger de terapeutiska. Vid den tidpunkten har redan ett fysiskt beroende inträtt och svåra abstinensbesvär uppträder då medlet går ur kroppen; i detta tillstånd kan patienten som bekant råka ut för epileptiforma anfall och till och med fullt utvecklade delirier. Obehandlat kan ett sådant abstinenssyndrom bli livshotande.

Precis samma utveckling har vi haft med meprobamaterna. Även väl ansedda universitetskliniker kunde för tio år sedan rapportera i fackpressen att vi antligen hade fått ett suveränt ångestdämpande medel utan biverkningar och tillvänjningsrisker, men bara några år senare hade vi de första svåra meprobamatnarkomanerna, och nu torde vi ha åtskilliga hundra, kanske tusentals i landet. Det finns många andra preparat, som är aktuella i det här sammanhanget. Främst skulle jag kanske vilja peka på tillvänjningsrisken vid behandling med Hemineurin — ett i och för sig utomordentligt värdefullt läkemedel — och Valium. Den här andra gruppen av iatrogena och omedvetet framkallade toxikomanier är betydande.

I förbigående skulle jag vilja nämna att utformningen av det svenska sjukförsäkringssystemet ökar riskerna för dessa iatrogen framkallade beroendetillstånd. I Sverige kan nämligen en patient i princip vandra runt till så många läkare

som de ekonomiska och transporttekniska möjligheterna medger, och hos åtskilliga — kanske flertalet läkare — kan patienten sannolikt utan större svårigheter få recept på barbiturater, meprobamater etc. I England däremot är förhållandena något annorlunda. Det engelska hälsovårdssystemet är som bekant uppbyggt på grunden av ett kontraktsförhållande mellan patienten och en viss general practitioner. Är man missnöjd med sin läkare får man säga upp bekantskapen, men det brukar ta någon månad innan man blir överförd till en annan praktiker. Detta system hindrar eller i varje fall motverkar den tendens till överkonsultation och överkonsumtion av läkemedel som vi onekligen har i Sverige, främst i storstäderna.

Den tredje gruppen i vår generiska indelning skulle bli *de autoetablerade narkomanierna*. Där har vi en gammal klassisk grupp, nämligen medicinalpersonal — läkare, sjuksköterskor, veterinärer och apotekare; till den gruppen finns också ett litet bihang av läkarhustrur. Längre representerade medicinalpersonalen en betydande del av de klassiska narkomanierna i Sverige. En beredskap mot medicinmissbruk av epidemisk och alltså av principiellt helt annan typ fanns inte under efterkrigsåren, därför att man länge stirrade sig blind på just de här gamla typerna av narkomani — de isolerade singelfallen av iatrogen eller autoetablerad natur.

Till gruppen av autoetablerade narkomaner skulle jag också vilja räkna patienter som får en vanlig förskrivning av exempelvis barbiturater eller liknande och omedelbart avviker från doseringsföreskrifterna, tar in medikamenterna i uppenbart missbrukssyfte och på det sättet grundlägger ett läkemedelsberoende. Det är då inte fråga om en i egentlig mening iatrogen skada, även om medlen förskrivits på vanligt sätt. Läkarens roll är här mera jämförbar med järnhandelsbiträdet som säljer ett rep som vederbörande sedan går hem och hänger sig med.

Till de autoetablerade fallen skulle jag också vilja räkna de som accidentellt fastnar för ett missbruk under sin yrkesutövning, tex inom måleribranschen. Det torde knappast finnas någon yrkesmålare som inte någon gång blivit kraftigt

påverkad eller berusad av thinner eller andra lösningsmedel, när han arbetat i dåligt ventilerade rum, cisterner etc. Men en normal personlighet har inte behov av att upprepa berusningstillstånd av den här typen utan vederbörande ser i fortsättningen till att han arbetar under bättre ventilationsförhållanden. En avvikande personlighet däremot kan genom ett enda sådant accidentellt tillfälle grundlägga ett svårt missbruk.

Jag hade för tio år sedan som patient en skomakare, som på detta sätt hade blivit missbrukare av trikloretülen, som han använde när han lagade gummistövlar. Denna patient utvecklade en så svår tillvänjning att vi fick lägga in honom åtskilliga gånger för vård, först frivilligt, senare — när han blev allt sjukare och inte ville medverka till vård — genom tvångsinläggning. Det gick dock inte att rädda honom. Han dog efter några år i leverskador; trikloretülen är ju utomordentligt toxiskt. Inom den tekniska industrin har vi ett stort antal lösningsmedel som är narkomaniframkallande på detta sätt.

Fjärde gruppen i vår indelning skulle bli *de epidemiska narkomanierna*. Vi känner dem från historiens gryning och framåt, de syns av och till under århundradens lopp. Jag kan nämna att man i början av 1800-talet, femtio år innan eternas anestetiska användningsområde var upptäckt, hade svåra etersniffningsepidemier i Tyskland, England och Frankrike med tusentals människor indragna. Under första världskriget hade man i Baltikum en utbredd eterdrickningsepidemi som också omfattade tusentals människor.

I Amerika har man för närvarande flera olika missbruksepidemier: dels det över hela kontinenten utbredda heroinmissbruket, som är centrerat till de stora metropolerna men som också trängt ut i småstäderna. Man har också dussintals lokalt avgränsade epidemier, många av mycket bisarr karaktär. Från Los Angeles-området har man rapporterat en *air-plane-glue-sniffing-epidemic*, där många barn i de lägre tonåren dragits in. Ungarna köper bensolhaltiga modellklister, som de smetar på händer eller näsdukar och inandas tills berusningstillstånd uppstår. Det rapporteras vanebildning och beroendeutveckling av samma typ som vi känner från thinnersniffningen, och

ungarna uppges använda sina godispengar och vad de kommer över till detta begärliga klistor. När de egna tillgångarna inte räcker dras barnen lätt in i småkriminalitet och snatterier för att kunna köpa air-plane-glue. Från USA berättas också om bensinsniffningsepidemier, som omfattar tusentals ungdomar inom flera relativt begränsade områden. Den varianten av sniffning brukar helt enkelt tillgå så att ungdomarna skruvar av locken på bensintankarna och inandas ångorna tills de blir berusade; även här rapporteras en hög affinitet till missbruket. Sedan har vi vår egen högaktuella svenska missbruksepidemi, och Evang har nämnt också andra.

De epidemiska narkomanierna har en rad påtagliga karakteristika. För det första är de alltid på ett eller annat sätt *geografiskt avgränsade*. Det kan gälla en skola, ett kvarter, en stadsdel, en stad, en räjong eller ett land, men de epidemiska narkomanierna hesiterar uppenbarligen inför naturliga geografiska och politiska gränser.

För det andra respekterar den epidemiska missbruksformen i mycket hög grad *etniska gränser*. I Sverige har vi exempelvis denna intensiva epidemi av missbruk av centralstimulerande medel bland svenska kriminella, men vi har i stockholmsområdet tio- à femtontusen, kanske ännu fler finländare — och många av dem har vistats länge i Sverige — men det förekommer ytterligt få missbruksfall i denna folkgrupp. De finländare som jag hittat bland missbrukarna har som regel bott i Sverige under flera år; några kom hit redan som krigsbarn, andra förefaller ha kommit i mycket nära kontakt med svenska kriminella gäng och blivit smittade där. Annars skyddas synbarligen utländskt medborgarskap i hög grad mot denna epidemiform även om man bor mitt i epidemikum.

För det tredje är det alltid *vissa åldersgrupper* som är drabbade; varje narkotikaepidemi synes ha sin egen speciella åldersdistribution. Evang nämnde sniffarna: där centreras åldersprofilen kring 12—15 år. När det gäller cannabispreparaten blir det fråga om de äldre tonåringarna. I injektionsepidemin ligger huvudparten av missbrukarna mellan 20 och 30 år, även om det som

nämnts finns växande svansar åt båda hållen i distributionen.

Därtill kommer att det alltid är *speciella grupper och klientel*, som är affekterade vid epidemiskt missbruk. Jag nämnde att de första amfetaminepidemierna omfattade universitetsstudenter. Det finns epidemier avgränsade till bohemkretsar, till kriminella skikt etc, men det är alltid fråga om på ett eller annat sätt särpräglade och avgränsade kretsar. Naturligtvis kan en epidemi samtidigt omfatta flera sådana subkulturer.

De epidemiska narkomanierna karakteriseras också av *hög modekänslighet* och rörlighet. Det är alltid ett visst preparat eller medel, som står i förgrunden vid en viss tidpunkt. Men den höga preparatpreferensen viker i den mån det är svårt att få tag på modepreparatet; då får andra preparat ersätta dessa, och ibland kan hela missbruksepidemin på detta sätt definitivt ändra karaktär. Så skedde när centralstimulerande bantningspreparat av typen Preludin fick vikariera för amfetamin. Historien kan uppvisa ännu mera dramatiska förändringar av denna typ; jag skulle vilja kalla dessa fenomen för *mode- eller epidemimutationer*. När Preludinet gjorde sitt segertåg 1957—58 övergick flertalet amfetaminister till Preludin, inte bara för att det nya preparatet var lättare att komma över utan för att effekterna ansågs förnämligare.

Även administrationssättet är utomordentligt miljö- och modebetonat i de epidemiska narkomanierna. Under en period åter exempelvis alla sina tabletter, man "knappar". Så börjar någon att spruta intravenöst och plötsligt skall hela missbrukspopulationen eller huvudparten av den gå över till den nya missbruksmetoden; även här kan vi alltså tala om en epidemimutation. Inom parentes sagt syns den intravenösa applikationen ha tillkommit under det andra världskriget, då man utbildade tiotusentals sjukvårdare i injektionsteknik; många av dessa måste rimligtvis ha varit narkomaner som på detta sätt lagt sig till med denna nya metod, på amerikansk narkomanslang kallad "main-lining". Före kriget syns intravenöst medicinmissbruk ha varit okänt i Amerika, även om den subkutana och intramus-

kulära applikationen har gamla anor, särskilt bland medicinalpersonal.

Beträffande epidemiska narkomanier skulle jag slutligen vilja säga att många av dem sannolikt emanerar från ett enda fall av autoetablerad narkomani: en gnista har startat en sådan här skogsbrand, som syns ha speciella förutsättningar för snabb spridning i samhällets undervegetation.

Femte gruppen slutligen, skulle bli *de endemiska narkomanierna*. Hit vill jag räkna de former av narkomani som uppstår på basen av ett socialt och konventionellt mer eller mindre accepterat bruk av vissa nervgifter. Eftersom bruket är socialt accepterat och kanske huvudparten av befolkningen blir riskexponerad, drabbas dessa endemiska narkomanier en mera "normal" selektion av populationen, medan det mer blir speciella särgrupper som drabbas av epidemierna.

Till de endemiska narkomanierna skulle man kanske kunna räkna opiumrökningen i det gamla Kina mot slutet av 1800-talet, även om den ursprungligen hade startat med en epidemisk spridning av ganska sent datum. Likaså hör marihuana- och haschbruket i Nordafrika hit, liksom cocatuggandet bland indianerna i Peru och Bolivia, där i vissa stammar hundra procent av den vuxna befolkningen uppges vara kokainister. I princip bör förstås också alkoholismen i den kristna delen av världen till de endemiska narkomanierna, medan som vi vet den muhammedanska och buddhistiska delen av världen hittills varit relativt förskonad från denna sjukdom. En epidemisk spridning av denna speciellt västerländska narkomaniform till de gamla kulturkretsarna i Asien och Nordafrika pågår emellertid, och det är väl endast en tidsfråga innan alkoholismen är endemisk över hela världen.

Ett meningsfullt och framgångsrikt preventionsarbete inom narkomaniområdet måste i första hand basera sig på en riktig analys av missbrukets karaktär enligt en socialmedicinsk-generisk modell. Problemet kompliceras av att *iatrogena, autoetablerade och epidemiska former av missbruk och narkomani av ett och samma medel kan förekomma samtidigt vid sidan av varandra i samma land*, såsom exempelvis morfinismen-

heroismen i USA. För att tackla problemet på rätt sätt måste analysen göras grundligt och för terapeutiska ställningstaganden måste *varje enskilt fall diagnostiseras noggrant inte bara farmakologiskt och psykiatriskt utan även socialmedicinskt*. Profylaktiska och repressiva åtgärder, som är meningsfulla när det gäller att bekämpa den ena formen av narkomani, kan vara kontraindicerade när det gäller ett missbruk av annat ursprung, trots att det är fråga om samma missbruksmedel, t ex morfin. Hittills har, såvitt jag kan se av den internationella litteraturen, inga försök gjorts att analysera narkomaniproblemen efter dessa linjer.

Även om grundelementen i preventionen är gemensamma för alla dessa olika former och typer av narkomani måste tyngdpunkten läggas på olika avsnitt av preventionsprogrammet beroende på vilken ruta i detta tvådimensionella system av medel och spridningstyper, som man har att ta itu med. I samtliga fall fordras ett samordnat orkesterspel av olika former av åtgärder, men solistinstrumenten varierar allt efter karaktären av de missbruksformer som vid en given tidpunkt främst skall bekämpas i ett visst samhälle. Varje större socialmedicinsk problemlösning på detta område fordrar således allt efter omständigheterna sitt specialkomponerade partitur.

Gunnar Inghe:

I anslutning till Bejerots inlägg passar det bra att ta upp ett par av de inlämnade frågorna. Jag ger ordet till Jørgen Ravn.

Jørgen Ravn:

Jeg vil gerne understrege de ændringer, der er sket i narcomaners valg af stoffer, og som er omtalt af indlejerne. Jeg var første gang ansat på et psykiatrisk hospital i 1929.

Jeg er nu chef på en afdeling på et psykiatrisk hospital på Fyn, hvor vi har en storby på godt og vel 100.000 indbyggere i vort distrikt. Ve ser prak-

tiskt taget ikke de klassiske morfinister mere. Derimod ser vi stadig barbituratmisbrugere — især pentymal, og et urovækkende antal meprobamatmisbrugere, nogle med Librium, og vi har haft en enkelt med Valium. Vi har kun haft en Marihuannamisbruger.

I den sidste uge inden kongressen er jeg fra ambulante patienter blevet ringet op, om de ikke måtte have lov at tage nogle flere valiumtabletter, fordi de var så hængt for, at der skulle komme krig. Vi har observeret det på vore neuroseafdelinger og så det også tidligere under den sidste Suezkrise i 1956. Vi har en jagerflyveplads ikke langt fra os, Lillebæltsbroen var "mål" for jagerne. Patienterne blev faktisk opskræmte, jeg ringede til Flyvevåbnet og bad dem holde sig uden for hospitalet, då de fremkaldte angst for, hvad der ville ske. Under sidste Suezkrise var der et interview i en af Odenseaviserne med samtlige apoteker. Under krisen steg antallet af udleveringer af beroligende stoffer med 10—15 %, viste det sig.

Med hensyn til profylaksen har vi hos os spekuleret meget på, hvorledes vi skulle forhindre de mange recidiver. Lexiton omtaler jo en meget stor recidivprocent. Vi er kommet ind på en intensiv ambulant efterbehandling og samtidigt med en understøttende terapi, hvor vi bruger chlorprotixen (Truxal®). Siden 1958 har vi behandlet ca. 7.000 patienter med dette stof. I begyndelsen gav vi 90 mg. pr. døgn, men det viste sig, at der kom recidiver. I det sidste 1½ år er vi kommet op på, igennem meget lang tid til misbrugerne, at give 150 mg. pr døgn, men det går ikke at give medicinen alene. I de første måneder efter udskrivningen kommer patienterne hver uge i ambulatoriet, og de siger selv, at disse psykoterapeutiske samtaler er meget vigtige. Vi må derfor have mere ambulant psykiatri, men hvor skal vi få alle disse psykiatere fra?

Jag skal lige referere et par unge, der havde konflikter i skolen. Lægen gav dem meprobamat, de steg ret hurtigt i dose, så blev de henvist til mig, og jeg behandlede med psykoterapeutiske samtaler samtidigt med understøttende behandling med chlorprotixen, endda i så små doser som

5 mg., og noget henne i behandlingen spurgte jeg disse unge: Sig mig, hvordan følte I, da I fik meprobamat? Jo, de blev rolige, og konflikterne kom på afstand, og de kom i, som den ene sagde, Nirvana-stemning. Jamen, hvordan så med Truxalet? Jo, da bliver vi rolige, men vi kan godt se, at det er bedre end det andet. Chlorprotixenet har jeg kunnet seponere hos den ene. Jeg tror, vi skal passe meget på vor ordination af psykofarmaka, og vi skal have vore praktiserende læger bedre uddannet. Efter min mening giver også psykiaterne alt for store doser på hospitalerne. Vi har hele tiden hos os brugt så små doser som overhovedet muligt. Man taler jo om, at patienterne er kommet i en kemisk tvangstrøje, og man skriver tit efter min mening patienterne ud med alt for store doser, og så kommer vi i retningen af det, vi havde i 30'erne med barbituratmisbrug. Vi må passe på, at vi ikke havner i den anden grøft, nu er vi kommet ud af barbituratgrøften stort set, men vi må ikke havne i en psykofarmakagrøft, det ville også være synd for disse stoffer, der er udmærkede til så mange ting, men de skal bruges med forstand.

Ved et af de psykofarmakologiske møder i København sagde professor Erik Jacobsen: "Hør, I psykiatere må huske på, at det ikke er bolsjer, I har fået, men det er stærkt virkende stoffer."

Med hensyn til de langhårede, kommer jeg i tanker om, af jeg under mine Selma Lagerlöf-studier traf på en indberetning stammende fra 1856 fra provinsialläkaren i Karlstad, hvor han spørger Medicinalstyrelsen: "Hvad skal jeg gøre, der er kommet en epidemi i Värmland kallat roparerörelse, de unge farer omkring og råber og skaber sig og er fudstændig galna". Det forsvandt i løbet af ½ år.

Mogens Nimb:

Det er et næsten uoverskueligt emne, vi har taget op til diskussion, og både emnets mange fascinerende facetter og dets uoverskuelighed er kommet klart til udtryk her. Jeg lyttede med ganske speciel glæde og interesse til dr. Evang's indlæg,

som jeg næsten i eet og alt var enig i, navnlig måden at anskue problemet på, som jeg synes er det vigtigste for os. Det er den menneskelige side af sagen, den samfundsfilosofiske.

Jeg tror, at uden dette aspekt bliver problemet slet ikke til at begribe. På den anden side må vi vel heller ikke tabe af syne, at vi har et *specifikt* absusproblem, at den samfundskrise, vi gennemlever nu giver sig utallige udtryksformer, også i utallige andre former for ulykker: kriminalitet, opløsning af mange forskellige normer og værdier, suicidalrisiko, og meget andet, der vel afspejler det, der rører sig i samfundet. Selv om de kun berører ganske små grupper, så er det alligevel ligesom et troldespejl, hvor samfundets ømme punkter bliver forstørret op.

Det andet, der også er kommet klart frem, er dette, at vi taler om to helt forskellige ting — det ene er, om vi så må sige, den "lægedirigerede" narkomani, som vi stadig kender, og det er forkert, hvis man har fået det indtryk, at jeg siger, den ikke findes i Danmark. Det gør den naturligvis, og vel endda i den gruppe, som Bejerot kalder for den endemiske. Danmark har jo i utallige år haft et enormt forbrug af praktisk taget al medicin, og vi har abususcifre fra vore psykiatriske afdelinger, som siger sparto til det, man kan byde på både i Norge og Sverige. Der er blevet lavet en ganske morsom opgørelse fornylig fra den psykiatriske universitetsklinik i Stockholm af Bergsman og Järpe, som har gennemgået journalerne og fundet ud af, at man i Stockholm drev en vidtgående *underdiagnosticering* af narkomani, og at man ved en kritisk granskning af journalerne fandt godt og vel dobbelt så mange tilfælde, som man officielt havde registreret. Jeg kan ikke sige andet, end at det for mig var lidt af en udfordring, og derfor tog jeg fat på det samme problem, og gennemgik på vor egen afdeling, hvor vi får ca halvdelen af Københavns kommunes psykiatriske patienter indlagt, det samme år (1963) med forhåbentlig lignende kritiske øjne som mine svenske kolleger, og fandt frem til, at vi drev en vidtgående *överdiagnosticering* af antallet af abustilfælde, som vi havde registreret. Hvis man virkelig an-

vendte nogenlunde stramme og rimelige diagnostiske kriterier — så faldt henved 40 % væk: de tyve procent var sikkert helt bortfaldet, de 20 % var usikre, og tilbage blev 60 % af dem, der vitterligt forekommer i vore officielle statistiker. Det er jo en enorm forskel fra det ene land til det andet, og det hænger vel lidt sammen med, at vi ofte har ment, at hvis folk overhovedet tog medicin, vi ikke selv havde ordineret, så var det abusud. Det er måske at drive i den modsatte grøft.

Det, der virkelig bekymrer os, er de utraditionelle former for narkomani, med cannabisprodukter og hallucinogenerne, mescaline, LSD og hvad de hedder allesammen. Der står vi en helt ny situation, fordi vi *ikke* kan skyde på lægerne, vi kan *ikke* skyde på Sundhedsstyrelsen, og i mange tilfælde står vi over for at skulle overlade det til politiet. Jeg er bange for, at vi skal forfalde til den amerikanske filosofi, hvor vi kriminaliserer forhold, som netop ved, at man betragter dem som kriminelle, bliver kriminelle. Vi skal passe på i denne situation. Jeg tror ikke, at vor situation er den samme som i Amerika, og jeg må sige, at efter de oplysninger, der foreligger, så tror jeg ikke, at cannabis-produkterne er "gefundenes Fressen" for internationale ligaer. Tværtimod er det ret voluminøse stoffer, og de er rørende billige. Det er ikke noget, der kan friste pengestærke organisationer at smugle den slags. Det må være heroin, LSD eller noget, hvor der er en enorm profit i forhold til risikoen. Ved hash er risikoen for stor, og fortjenesten lille, og derfor tror jeg, vi skal være varsomme med at gøre som amerikanerne: at drive analogien fra heroinproblematikken over på hash. Jeg mener stadig, at vi ikke skal gøre det tilladt, men jeg tror, vi skal være meget forsigtige med at drive forfølgelsen så vidt, at vi havner i en grøft, vi ikke kan komme op af igen.

Karl Evang:

Den inndeling som Bejerot brukte var verdifull. Vi for vår del pleier å regne endel av de epidemisk opptredende for å være autoetablerte, men dette er jo et rent terminologisk spørsmål som ikke har vesentlig betydning.

Det jeg pekte på som kjennetegner situasjonen er altså at vi nå har å gjøre med en pandemisk situasjon. På samme måte som kolera nå brer seg igjen over store deler av verden fra sitt endemiske område er de endemiske narkotikatypene under utbredelse i andre kulturkretser.

På basis av Bejerots eksempel ville jeg også stille de tilstedeværende psykiatere et spørsmål: Her sitter altså en maler med sin lakk, han arbeider i et rom, han beruses av det som fordamper fra lakken. Så sier Bejerot: Den normale personlighet vil da ikke være utsatt for å bli henfallen til dette, han vil ikke føle noen trang til å fortsette. Men det er jo nettopp dette vi må stille et spørsmålstegn ved, hva er normalt? Hvor mange sånne normale malere finnes det? Jeg tror at hvis vi stiller normalitetsbegrepet så skarpt og høyt finner vi nesten ingen hverken i malebransjen eller annetsteds. Vi har i virkeligheten to problemstillinger. Den ene, og det er kanskje for våre ungdomsproblemer det minst vesentlige, er hvilken effekt selve stoffet har på det menneske som blir utsatt. Selv om en person er normal når han begynner å innånde stoffet er han da den samme maler når han er ferdig, er han like "normal" når han har innåndet dette noen ganger? Vi vet jo f.eks. om alkoholen at den har en ganske spesifikk virkning når det gjelder å nedbryte de menneskelige hemningsmekanismer.

Men det annet er kanskje ennå mere vesentlig: Hvem er det som er normal i den forstand at han ikke ønsker å forandre seg? De fleste av oss har vel oppnådd en viss mental balanse, og selv om den — gud bedre — er temmelig skrøpelig, vil vel de fleste av oss ikke innrømme at vi kanskje gjerne ville forandre oss. Vi tør ikke. I moden alder når noe av dette er avreagert, er det vel flere som ser klarere hvordan de gjerne ville ha vært om vi skulle vært et bedre og nyttigere menneske. Underbevisst må dette ønske ligge hos alle. Ingen av oss er

perfekte, ingen er vel tilfreds med seg selv, unntatt kanskje noen ganske få med enorm originalitet og utfoldelse. Er ikke en av grunnene til den epidemiske utbredelse av disse stoffer at også det ganske vanlige, såkalte normale menneske oppdager at han gjennom forgiftningen blir annerledes.

Når det gjelder det som Nimb har vært inne på, nemlig tendensen hos enkelte til å ville stille cannabis i klasse med heroin, er jeg helt på linje med ham. Det har utvilsomt foreligget en noe hysterisk betonet overdrivelse på dette felt. Men like farlig er det etter min mening å hevde at cannabis er ufarlig eller at cannabis i det hele står i en helt annen stilling enn andre narkotika. Det er neppe noen tvil om at de store forbrytersyndikater for tiden også intersserer seg for cannabis. Gode forretningsfolk er alltid klar over at det er omsetningens størrelse som teller. Blir salget stort nok, kan man ta relativt liten profitt ved hvert enkelt salg. Det er også ganske karakteristisk at når det gjelder smugling er man begynt å gå fra marihuana som er meget voluminøst og derfor vanskelig å frakte og over til den mindre voluminøse hasjij. Betydelig kapital er nedlagt i selve formene for smugling, og det kommer stadig mere raffinerte måter å smugle hasjij i konsentrert form på. Det er også god forretningstaktikk å selge til dumpingpriser, inn markedet begynner å arbeide seg selv opp. Men man må være konkret og forsiktig, hvert stoff må bedømmes etter sin farlighetsgrad.

Nils Bejerot:

Jag vill klarlägga några smärre missförstånd här. Jag nämnde att praktiskt taget ingen målare — och åsyftade då inte sk konstnärer utan folk som målar hela hus — att knappast någon av dessa målare under sin yrkesutövning undgått att någon gång känna en påtaglig berusningseffekt av tekniska lösningsmedel. Eftersom det är ytterligt få inom yrkesgruppen som utvecklar ett fast beroende till missbruk av lösningsmedel kommer vi in på normalitetsbegreppet. Om exempelvis endast en målare av femhundra fastnar för den här missbruksformen vågar jag utan när-

mare psykiatrisk exploration ändå hävda att denna bråkdel av målarpopulationen med mycket stor sannolikhet redan före missbruksdebuten varit psykiskt avvikande jämfört med den delen av yrkesgruppen, som inte fastnat för denna intoxikationsform och inte utvecklat ett missbruk utan i stället ventilerat sina arbetslokaler bättre i fortsättningen.

Beträffande autoetablerade narkomanier kontra epidemiska former finns det många tecken som tyder på att praktiskt taget varje epidemi startar med ett autoetablerat fall. Men naturligtvis är det bara en bråkdel av alla autoetablerade missbruksfall som kommer att alstra något sekundärfall över huvudtaget och ännu mycket färre som startar epidemier. Den stora huvudparten, med största sannolikhet mer än 99 procent av de autoetablerade fallen, torde förbli individuella missbruksfall, singelfall. Men av och till uppstår som bekant sporadiska småepidemier, som vi känner särskilt väl från tonårssniffningen.

När det gäller den aktuella svenska missbruks-epidemin med intravenös applikation är den inte bara smittsam i största allmänhet utan det är till och med fråga om *direkt kontaktsmitta från person till person*, därför att ingen kan lära sig denna avancerade injektionsteknik utan att ha blivit introducerad i den av någon annan missbrukare. Sedan är det en helt annan sak att den inte drabbar läkare, socialarbetare och poliser, som dagligen kommer i kontakt med de sjuka, men det har ju med resistens och immunitetsförhållanden att göra.

Jag tror det var Nimb, som nämnde att det kan förekomma sporadiskt missbruk, som inte skulle passa in i mitt schema. Jag vill inte tvångsmässigt försöka pressa in allt i den här teorimodellen, men de sporadiskt uppträdande missbruken hör hit: de hör till de epidemiska, även om det rör sig om temporära småepidemier med bara några enstaka fall. Jag skall nämna ett typiskt sådant exempel för att visa vilka mekanismer som ibland är verksamma.

För ungefär ett och ett halvt år sedan hade den amerikanska tidskriften *Playboy* en artikel om hallucinogener. Där nämndes bland annat

att en viss frösört — Ipoméa eller Morning Glory — hade hallucinogen verkan och att man i stort sett endast behövde en sjuttiofemöres fröpåse för att komma in i ett rustillstånd av LSD-karaktär. En grabb i Eskilstuna läste artikeln, gick till blomsterhandeln, köpte några påsar och provade. Runt honom uppstod sedan en liten tillfällig missbruksepidemi, som omfattade en handfull tonårspojkar. På det stadiet tog en journalist i en Eskilstuna-tidning upp den lilla missbruksepidemin, och dagen därpå hade *Expressen* en halvsida om saken. Nästa dag fanns det knappast en fröpåse Ipoméa att köpa i en enda blomsterhandel i Sverige.

Gunnar Inghe:

Flera psykiater har lämnat in lappar om den här frågan, men jag tror att vi inte skall fördjupa oss i den här diskussionen. Då kommer vi in på ett helt annan fråga än vad vi idag skall diskutera. Ginman har bett att få svara, men sedan sätter vi streck för denna debatt om normaliteten.

Leif Ginman:

Jag skulle vilja återkomma till Bejerots andra grupp, det omedvetet etablerade hetrogena missbruket. I Finland under kriget användes i armén så gott som uteslutande heroin som smärtstillande medel. Man beräknar att ungefär 200.000 män blev sårade och de fick alla en kortare eller längre tid heroin. Vid en efterundersökning som Akilles Westling har gjort konstaterade han att frekvenserna av narkomani ibland dessa låg under frekvensen av narkomani hos, skall vi säga, normalbefolkningen. Så det visar att den här omedvetet etablerade hetrogena missbruket kanske inte är så allvarligt om det är fråga om en psykiskt normal person.