emcdda.europa.eu

Polydrug use

EMCDDA 2002 selected issue

In *EMCDDA 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*

Särskilda frågor

Det här kapitlet tar upp tre särskilda frågor med anknytning till narkotikaproblemet i Europa: blandmissbruk, framgångsrik behandling och narkotikamissbruket i fängelserna.

Blandmissbruk

Med den breda definition av ”blandmissbruk” som används i många medlemsstater avses att en person använder mer än en typ av drog – genom att konsumera dem samtidigt eller efter varandra (detta är också definitionen i WHO:s lexikon. I Europa har begreppet ”blandmissbruk” funnits sedan 1970-talet. I den vidaste bemärkelsen definieras blandmissbruk som användning av en laglig drog samt av ytterligare en laglig eller olaglig drog. Det finns dock avsevärda skillnader mellan medlemsstaterna i fråga om vilka ämnen som inkluderas och vilka tidsramar som används. Skillnaderna verkar bero på vilka undersökningsuppgifter som finns att tillgå och hur man ser på riskerna med enskilda ämnen eller kombinationer av ämnen. Oftast inkluderar man de vanligaste olagliga drogerna, alkohol och läkemedel. Energidrycker inkluderas ibland, och i Frankrike inkluderar man tobak. Tidsramarna för konsumtionen varierar mellan en sextimmarsperiod och en individs hela livstid.

Enligt den vidaste bemärkelsen skulle alla som använder olagliga droger vara blandmissbrukare eftersom de nästan alltid använder alkohol och/eller tobak någon gång i sitt liv. Även om man definierar ”blandmissbruk” på grundval av enbart olagliga droger finns det så stor variation i kombinationer och missbruksmönster att det inte är mycket värt att införa en standarddefinition. När vi här tar upp allmänna farhågor i samband med blandmissbruket i EU koncentrerar vi oss främst på akuta hälsorisker.

Det råder allmän enighet om att blandmissbruk har fyra huvudfunktioner: att maximera effekter, motverka eller reglera negativa effekter och ersätta eftersträvade effekter. Informationen om varför man kombinerar specifika droger kommer från missbrukares beskrivningar av hur de försökt att få, och förlänga, lustupplevelser (Seppälä, 1999; Strang m.fl., 1993). Vilka ämnen som används beror på den lokala tillgångssituationen, på modetrender och på lokal praxis för förskrivning i den mån det handlar om läkemedel som skrivs ut till missbrukare i behandling (i Tyskland, Frankrike, Irland och Förenade kungariket).

Hälsorisker

De kombinationer av droger som påträffas i samband med överdoser och andra dödsfall ger indikationer på särskilda risker med olika drogkombinationer (se ruta).

Exempel på drogkombinationer som anses medföra förhöjd risk

- Det är svårt att ta en överdos av enbart bensodiazepiner, men om man kombinerar en stor dos av bensodiazepiner med en stor dos av alkohol eller en opiatdrog som heroin eller metadon kan detta leda till döden.
- När ecstasy används tillsammans med alkohol ökar hälsoriskerna, eftersom alkohol hämmar kroppens temperaturreglering och ökar vätskeförlusterna.
- Kombinationen av kokain och alkohol kan vara mer direkt giftig för hjärta och lever än endera drogen för sig. Alkohol påträffas ofta hos personer som dött av hjärtproblem orsakade av kokainkonsumtion.
- Kombinerad användning av olika stimulantia, inklusive energidrycker, kan leda till överaktivitet i det sympatiska nervsystemet, vilket kan hämma temperaturregleringen och hjärtats funktion.

Källa: Leccese m.fl., 2000; *DrugScope* 2001.

Hälsoriskerna i samband med kombinationer av psykotropa ämnen beror inte bara på de farmakologiska egenskaperna hos de konsumerade ämnena och de konsumerade mängderna, utan också på en rad egenskaper hos individen, sociala faktorer och miljöfaktorer.

När det gäller ”förvarningssystem” finns det en växande oro över att det kan finnas blandningar av olika psykoaktiva ämnen i tabletter som säljs under namnet ”ecstasy” och att de som konsumerar tabletterna därför oavsiktligt kan utsätta sig för hälsorisker med anknytning till blandmissbruk. I Danmark fann man exempelvis 2001 att mellan 10 % och 32 % av de tabletter man analyserade innehöll mer än ett verksamt ämne. De vanligaste ämnena i tabletterna var MDMA samt PMA, PMMA, MDE och MDA (Danmark). I Frankrike visade det sig att två tredjedelar av ett analyserat urval av tabletter som såldes under namnet ”ecstasy” innehöll MDMA i kombination med andra verksamma ämnen – företrädesvis läkemedel.

Dödliga och icke-dödliga överdoser

De narkotikadödsfall som har fått mest uppmärksamhet i pressen under det senaste decenniet är i huvudsak sällsynta ecstasydödsfall (Belgien, Danmark, Italien och Förenade kungariket). Pressens intresse fångas däremot oftast inte av dödsfall bland problemmissbrukare. Huvuddelen av de 7 000–8 000 registrerade akuta narkotikarelaterade dödsfallen (överdoserna) i EU varje år drabbar män som har missbrukat opiater i flera år (se Narkotikarelaterade dödsfall i den här rapporten).

Resultat från toxikologiska analyser av dödliga och icke-dödliga överdoser med anknytning ([53]) till missbruk av olagliga droger finns inte tillgängliga i någon större utsträckning, men de resultat som finns visar konsekvent att de flesta dödsfallen har samband med injicering av heroin i kombination med andra droger. En nyligen utförd studie av 153 narkotikamissbrukare i Förenade kungariket som varit med om en icke-dödlig överdos visade att mer än en drog hade använts i 111 av fallen (73 %) (Neale, 2001). När det gäller dödliga överdoser är minst en annan drog eller alkohol inblandad i över 50 % av fallen i Förenade kungariket och i upp till 90 % av fallen i Irland. Bensodiazepiner, alkohol, metadon och kokain är de ämnen som oftast påträffas i kombination med opiater, och en vanligt förekommande förklaring till de enskilda överdoserna är att dessa kombinationer vållade dem (ONS, och 2000a och 2000b; Farrell, 1989; Bennett & Higgins, 1999; Strang m.fl., 1999; Taylor m.fl., 1996) ([54]).

Dödsfall med anknytning till kokain, amfetamin eller MDMA (ecstasy) utan närvaro av opiater eller bensodiazepiner är ovanliga; oftast är det fråga om kombinationer med andra droger eller alkohol.

Andra risker

Blandmissbruk anses också medföra en särskilt hög risk för trafikfarlig körning men uppgifterna på EU-nivå om droger och fordonskörning är ytterst begränsade. Våldsamt eller aggressivt beteende har nyligen kopplats till mönster med ökad användning av alkohol i kombination med stimulantia (Snippe & Bieleman 1997; Vermaas 1999).

Trender

I vissa länder ökar fortfarande antalet dödsfall – den allvarligaste konsekvensen av blandmissbruk. De oftast påträffade ämnena var kombinationer av morfin, bensodiazepiner och alkohol, med en nationell eller lokal ökning på senare tid för kokain enligt rapporter från Spanien, Frankrike, Italien, Nederländerna och Förenade kungariket (mer information finns i Narkotikarelaterade dödsfall i den här rapporten).

Oron över riskgrupper

Samhällets och allmänhetens oro med anknytning till blandmissbruksmönster avser främst två grupper som skiljer sig från varandra med avseende på vilka typer av ämnen och kombinationer de använder och i vilka miljöer konsumtionen sker.

- Den största vetenskapligt bevisade hälsorisken finns bland problemmissbrukare, i första hand bland dem som injicerar opiater och andra droger.

- Massmedierna och allmänheten oroar sig också över riskerna för dödsfall och överdoser bland personer som använder droger i nöjessyfte, som inte är beroende av drogerna och som för de mesta konsumerar olagliga droger enbart i specifika sociala miljöer eller enbart under en viss period av sina liv. Denna oro är överdriven med hänsyn till det relativt begränsade antalet dödsfall.

För problemmissbrukarnas del använder man antalet klienter som söker behandling vid specialiserade centrum i

([53]) En drog anses vara inblandad eller ha anknytning till ett fall om drogen med säkerhet identifieras i den toxikologiska analysen eller om det framläggs bevis för att den avlidne konsumerade drogen innan han eller hon dog. Detta innebär inte nödvändigtvis att drogen var dödsorsaken. Det kan innebära att drogen eller drogerna var en bidragande dödsorsak.

([54]) Tabell 12 OL visar ett exempel på antalet droger i samband med opiatrelaterade dödsfall i Irland (Internetversionen).

Europa och dessa klienters egenskaper som en indirekt indikator. När det gäller dem som använder droger i nöjessyfte kan man använda resultaten från en stor europeisk enkät bland nöjesdrogsmissbrukare i nio europeiska städer samt ett antal enstaka enkäter bland nattklubbsbesökare.

Problemmissbrukare

Man har sedan 1970-talet kunnat visa att problemmissbrukare anpassar sin "drogmeny" efter drogtillgången på marknaden och efter i vilken fas av livet de befinner sig. Om ett ämne inte går att få tag på kan de ersätta detta med ett annat ämne, som inte nödvändigtvis behöver vara av samma typ (Haw, 1993; Strang m.fl., 1993; Fountain m.fl., 1999).

Blandmissbruk bland behandlingsklienter

På europeisk nivå ger behandlingsdata information om primär- och sekundärdroger: primärdrogen är "den drog som vållar klienten mest problem" ([55]) och sekundärdroger är den näst mest problematiska drogen. I det europeiska systemet för information om behandling, som bygger på anvisningarna för indikatorn på behandlingsefterfrågan (TDI), registreras upp till fyra ämnen per person. Dessa uppgifter kan användas som en indirekt indikation på utbredningen av problematiskt blandmissbruk ([56]), även om de bara avser missbrukare som befinner sig i behandling.

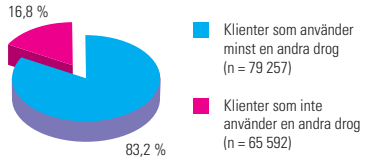
De flesta (83,2 %) klienter i behandling använder en sekundärdrog vid sidan av sin primärdrog (figur 23). I många länder uppger man att blandmissbruket ökar ([57]).

De vanligaste mönstren för problematiskt blandmissbruk är dels heroin i kombination med andra opiater, exempelvis "förskingrat" metadon (som används på ej avsett sätt), eller med bensodiazepiner, dels opiater i kombination med kokain, cannabis och stimulantia eller alkohol, dels kokain i kombination med alkohol eller stimulantia ([58]).

Missbruksmönstren skiljer sig markant mellan länder och mellan könen. De tillgängliga uppgifterna visar att det i vissa länder finns en drogkombination som dominerar,

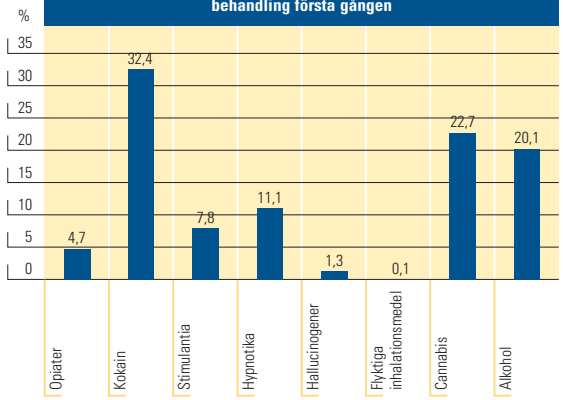
Figur 23 A

Andel av klienter i behandling som använder mer än en drog



Figur 23 B

Den näst mest problematiska drogen för klienter som tagists in för behandling första gången



Källa: Indikatorn på behandlingsefterfrågan (TDI), data för 2000 från öppenvårdscentraler. Nationella Reitox-rapporter, 2001.

medan det i andra länder förekommer flera olika kombinationer. Tillgängliga uppgifter tyder på homogena mönster i några länder, exempelvis Grekland och Italien, när det gäller primärdrogsfördelningen: heroin används samtidigt med hypnotika, sedativ, andra opiater eller cannabis. I Spanien och Nederländerna, där en relativt stor andel av klienterna söker behandling för kokain som primärdrog, förekommer kokain också ofta som sekundärdrog till heroin eller stimulantia.

När det gäller könsfördelningen är blandmissbrukarna i behandling oftast män. Detta gäller i särskilt hög grad dem som kombinerar heroin med andra opiater och kokain eller alkohol; andelen kvinnor är större bland dem som kombinerar stimulantia med cannabis, andra stimulantia och andra ämnen (hypnotika/lugnande medel, flyktiga ämnen) ([59]).

De personer som kombinerar sin primärdrog med cannabis är huvudsakligen mellan 15 och 24 år gamla. Blandmissbrukarna av opiater och kokain är äldre (20–39 år),

([55]) I standardanvisningarna ("protokollet") för indikatorn på behandlingsefterfrågan (TDI), version 2.0, punkt 14, definieras primärdrogen som "den drog som vållar klienten mest problem", medan punkt 19 – "Annan drog (sekundärdrog) vid sidan av primärdrogen" – ger en indikation på blandmissbruk (se följande webbplats: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf).

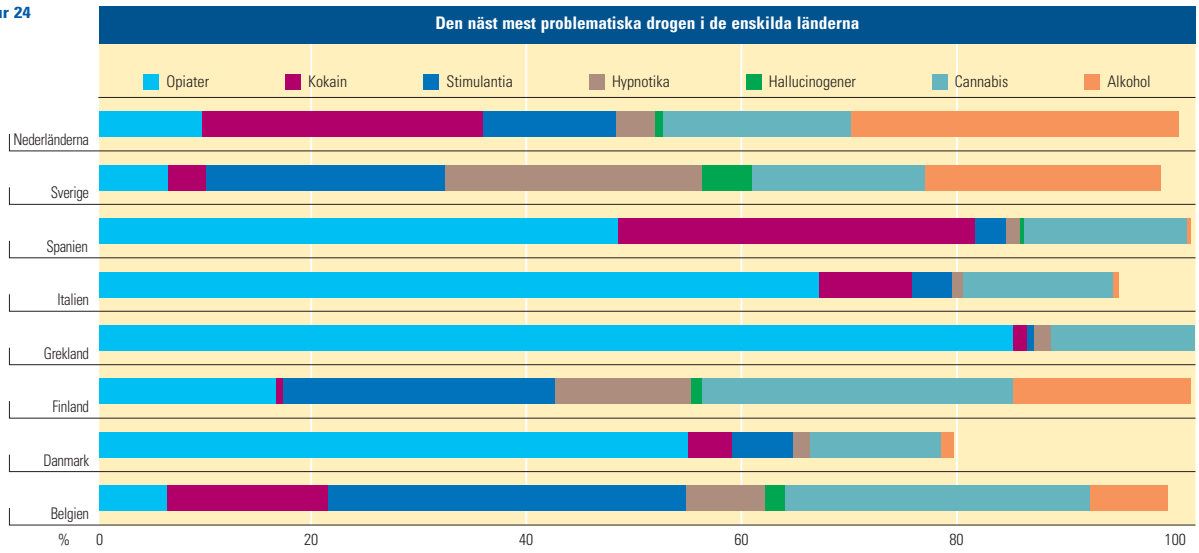
([56]) Uppgifter om detta fanns från följande länder: Belgien, Grekland, Spanien, Italien, Nederländerna, Finland och Sverige.

([57]) Se de nationella Reitox-rapporterna, avsnittet om efterfrågan på behandling, kapitel 1, figur 6 "Samtliga klienter som tagits in för behandling".

([58]) Figur 16 OL: Vanliga mönster i fråga om drogkombinationer: den mest problematiska drogen och den näst mest problematiska drogen (Internetversionen).

([59]) Figur 17 OL: Den näst mest problematiska drogen, uppdelning efter kön (i procent av totalantalet per drog) (Internetversionen).

Figur 24



Källa: Indikatorn på behandlingsefterfrågan (TDI), data för 2000 från öppenvårdscentraler. Nationella Reitox-rapporter, 2001.

och de som kombinerar andra droger med alkohol är äldst av blandmissbrukarna i behandling ([60]).

Med ledning av de tillgängliga uppgifterna kan man urskilja följande missbruksmönster bland behandlingsklienterna:

- Äldre klienter, oftast män, har opiater som primärdrog och kombinerar primärdrogen med andra opiater eller med cannabis.
- Yngre klienter, män och kvinnor, använder cannabis och stimulantia i kombination med alkohol eller andra ämnen (exempelvis hallucinogener).
- Män under 30 använder kokain i kombination med alkohol och andra stimulantia.
- Män i åldern 20–39 år använder heroin och kokain.

Personer som konsumerar droger i nöjessyfte

Förekomsten av blandmissbruk är högre bland ungdomar i nattklubbsmiljöer än bland ungdomar i andra miljöer – i synnerhet när det gäller alkohol, cannabis och stimulantia (Calafat m.fl., 1999; ESPAD 2000). Det finns också en del bevis för att blandmissbruk av nöjesdroger i Europa generellt är vanligare bland män och personer som regelbundet använder cannabis än bland kvinnor och personer som experimenterar med cannabis, även om det finns geografiska skillnader. En stor europeisk studie av personer som använde droger i vissa nattklubbsmiljöer år 1998 visade att ungefär hälften av de personer i technomiljö som sade sig använda droger uppgav sig kombinera alkohol och cannabis; på andra och tredje plats kom kombinationerna alkohol och ecstasy respektive cannabis och ecstasy (Calafat m.fl., 1999). Tabell 1 visar att droganvändningen i nöjesvärlden tydligt domineras av alkohol. De flesta av dem som använder droger i nöjessyfte konsumerar inte stora mängder olagliga droger i kombination med alkohol, men det finns studier som tyder på att andelen personer med ”tunga” mönster för droganvändning blir allt större, och det finns en allt starkare oro för de hälsorisker och möjliga skador på lång sikt som kan vållas av vissa mönster för droganvändning i nöjessyfte (Club Health, 2002; Hunt, 2002; McElrath & McEvoy, 1999; Reitox).

Tungt blandmissbruk i nöjesvärlden har anknytning till upprepad exponering för problem med drogtillgången

Tabell 1

Kombinationer av droger som konsumerats samma kväll/natt av personer som använder droger i nöjessyfte

	%
Alkohol och cannabis	50,6
Alkohol och ecstasy	11,9
Alkohol och cannabis och ecstasy	10,4
Cannabis och ecstasy	8,4
Alkohol och kokain	7,8
Cannabis och ecstasy, alkohol och kokain	7,8
Cannabis, alkohol och kokain	2

Källa: Calafat m.fl. (1999) Night life in Europe and recreative drug use, IREFREA & Europeiska kommissionen, Valencia.

([60]) Figur 18 OL: Den näst mest problematiska drogen, uppdelning efter ålder (Internetversionen).

och en positiv syn på drogkombinationer i kamratgruppen. Det tunga drogmissbruket begränsas dock i allmänhet till vissa sociala evenemang, semesterperioder eller vissa särskilt sociala och utåtriktade faser i livet (Bellis m.fl., 2000).

En ökad förekomst av heroinrökning har rapporterats av några medlemsstater (Frankrike och Italien). På senare år har man särskilt oroat sig över att folk röker heroin för att ”komma ner” efter ecstasy, men bevisen för detta är blandade eller motsägelsefulla. Exempelvis uppgav över hälften av de drogmissbrukare som intervjuades i behandlingsmiljöer och fängelser i irländska studier att de hade rökt heroin för att ”komma ner” efter ecstasy, men enkäter bland personer som använder nöjesdroger och bland 15–16-åriga skolelever visar att heroin fortfarande har en mycket negativ image (ESPAD, 2000).

De lokala marknaderna

Det finns föga forskning om drogmarknaderna i EU och därför går det inte att redovisa exakt vilka kombinationer av droger som finns att tillgå på de lokala marknaderna.

När det gäller konkreta marknadsplatser rapporteras det regelbundet i brittiska massmedier om handel med ecstasy, amfetamin, pulverkokain och cannabis på klubbar och barer för personer som frekventerar nattklubbar. Nederländsk forskning har dock visat att många unga nattklubbsbesökare får sina droger från kamrater snarare än från langare. Vissa av de marknadsplatser som används av dem som köper och säljer heroin, crackkokain och receptbelagda läkemedel (som bensodiazepiner) är välkända, men det är oftast inte där som nattklubbsbesökarna köper sina droger. Olika droger säljs på olika platser: en del är inriktade mot ”förskingrade” receptbelagda läkemedel, medan det på andra främst handlas med heroin och/eller crackkokain. När det gäller ”förskingrade” receptbelagda läkemedel sköts distributionen av ett stort antal personer som säljer läkemedel de har fått utskrivna till sig själva (Edmunds m.fl., 1996; Fountain m.fl., 1999).

Insatser mot blandmissbruk

Två olika målgrupper för insatserna kan urskiljas: äldre personer med problematiskt blandmissbruk och ungdomar som använder droger i nöjessyfte.

Äldre personer med problematiskt blandmissbruk

När det gäller de äldre problematiska blandmissbrukarna är det viktigt att förebygga narkotikarelaterade skadeverkningar eftersom det kan uppstå oväntade konsekvenser. De budskap man förmedlar går bland annat ut på att ge missbrukarna tillräckliga kunskaper om effekterna av enskilda droger, om konsekvenserna av blandmissbruk och om lämpliga åtgärder i narkotikarelaterade akutfall.

Blandmissbruk har visat sig vara svårare att behandla än missbruk av en enda drog. Medlemsstaterna redovisar inga uppgifter om specifika behandlingsprogram för enskilda drogkombinationer, men nästan all vård är öppen för blandmissbrukare. Man inriktar sig mot beteenden snarare än droger. I akutbehandling och i samband med abstinens skulle blandmissbruk emellertid kunna vara högst relevant.

Om en klient använder både heroin och bensodiazepiner, påverkar detta behandlingseffekten. Om man angriper opiatmissbruket men inte bryr sig om det parallella missbruket av bensodiazepiner, riskerar substitutionsbehandlingen, exempelvis med metadon, att bli mindre effektiv. I Förenade kungariket framhålls det i de officiella förskrivningsriktlinjerna (Department of Health m.fl., 1999) att stimulantia inte bör skrivas ut till blandmissbrukare.

I alla länderna utom Sverige är det ett stort problem att få andra droger än opiater under kontroll i behandling med läkemedel, exempelvis metadon. I de övriga länderna anses uppenbarligen fördelarna med att ha regelbunden kontakt med missbrukare i substitutionsprogram vara större än de nackdelar som samtidig användning av andra droger medför, men i Sverige tar man inte in blandmissbrukare i metadonbehandling oavsett hur allvarligt deras heroinproblem är.

Samtidig förekomst av psykisk sjukdom är en frekvent diagnos för blandmissbrukare. Från Danmark, Nederländerna, Österrike och Sverige rapporteras att ett stort och möjligen växande antal blandmissbrukare tas in på psykiatriska sjukhus.

Det finns inte mycket forskning om hur effektiv behandlingen av blandmissbrukare är. I allmänhet ökar sannolikheten för framgång om behandlingen anpassas till den enskilde klienten. I den brittiska NTORS-studien fann man att opiatmissbrukare som vid intagningen frekvent använde stimulantia uppvisade markanta förbättringar i termer av minskat opiatmissbruk *och* stimulantiamissbruk ett år senare (Gossop m.fl., 1998). Från Grekland rapporteras att man inom substitutionsprogrammen hävdar att behandlingsinsatserna bidrar till att minska blandmissbruket (KETHEA & NSPH, 2001).

Utveckling av speciella behandlingsprogram för särskilda grupper som blandmissbrukare nämns som ett behov i den tyska nationella rapporten, och i den brittiska rapporten sägs att det kunde vara lämpligt att sprida exempel på metoder som visat sig fungera väl. Från finländskt håll framhålls att det behövs utbildning, och det har redan inletts en del verksamheter för att ge behandlingspersonalen utbildning i hur man hanterar blandmissbrukare.

Personer som använder droger i nöjessyfte

I vissa länder (Spanien, Frankrike och Italien) har man lanserat vittomfattande massmediekampanjer där man varnar för kombinerad användning av flera droger i nöjesmiljöer. I Italien stöddes kampanjen genom lokala initiativ vid stora evenemang för ungdomar. Det är inte alltid man nämner drogerna vid namn, och det anges inte uttryckligen vilka konsekvenserna kan bli. I andra länder (Belgien, Tyskland, Nederländerna, Österrike och Förenade kungariket) förmedlar man motsvarande hälsovarningar och råd via socialarbetare på narkotikaområdet eller via kamrater och självhjälpsgrupper.

Projekt för testning av tabletter kan ge missbrukarna information om farligt och oväntat tablettinnehåll ute i nöjeslokalerna, i tidskrifter, på affischer eller via Internet. På hösten 2000 hittade *ChEck iT!* i Österrike till exempel ett flertal tabletter som såldes under namnet ”Ecstasy” och innehöll PMA/PMMA, och man skickade genast ut varningar i nöjeslokaler och via Internet (Krieger m.fl., 2001). I november 2001 sände det nederländska DIMS-projektet exempelvis ut en snabb varningssignal om tabletter som innehåller PMA.

Behandling för personer som använder flera droger i nöjesmiljöer finns i princip inte. En orsak kan vara att den mesta missbrukarvården inte har utrustning för att hantera annat än opiatproblem och svåra beroendeproblem.

Policyfrågor

De ritualer och sociala kontroller som blandmissbrukarna utnyttjar för att uppnå de effekter de eftersträvar och samtidigt minska riskerna måste studeras, så att vi bättre förstår de sociala och miljömässiga omständigheter som bidrar till riskerna i olika missbrukargrupper (Boys m.fl., 2000; Decorte, 1999; Akram & Galt, 1999).

Det förebyggande arbetet, särskilt i nöjesmiljöer, bör innefatta tydlig vägledning och råd om de risker som är förbundna med blandmissbruk. Mer evidensbaserad kunskap behövs för att vi skall kunna slå fast vilken vård som är den bästa för blandmissbrukare och i synnerhet för problemmissbrukare med psykiska störningar.

En prioriterad åtgärd som kan ge ökad förståelse av de farmakotoxikologiska riskerna med specifika kombinationer är att de kliniskt verksamma läkarna bör följa upp patienter med misstänkt drogförgiftning och redovisa evidensbaserad information om akuta och långsiktiga hälsoskador.

Framgångsrik behandling

Det tredje strategimålet i EU:s handlingsplan mot narkotika (2000–2004) är att ”avsevärt öka antalet missbrukare som genomgått framgångsrik behandling”. Det finns inga sammanställda uppgifter på europeisk nivå som gör det möjligt att direkt mäta i vilken mån detta mål uppnås, men det har gjorts många utvärderingar i olika delar av Europa där man har försökt ta reda på om behandling fungerar och vilka typer som fungerar bäst. Utvärderingsresultat rörande framgångsrik behandling redovisas här i ordning efter typen av behandling: först abstinensbehandling, sedan drogfri behandling och sist behandling med läkemedel. Framgångskriterierna varierar mellan behandlingstyperna, och de avser även återintegrering i samhället och rehabilitering efter avslutad behandling.

Abstinensbehandling

Abstinensbehandling – även kallad avgiftning – anses i allmänhet vara första steget i en fullständig behandlingsprocess. Syftet är att först uppnå ett stadium där klienten är fysiskt drogfri och inte känner begär efter olagliga droger och sedan överföra/remittera klienten till drogfri behandling. I Sverige och Finland är slutförd abstinensbehandling ett krav för att en person skall få påbörja metadonbehandling.

Utvärderingar av abstinensbehandling har gjorts i de olika medlemsstaterna och i Norge, men detta är ändå den generellt sett minst utvärderade behandlingstypen. Över lag har abstinensbehandling med läkemedel som naltrexon, klonidin, lofexidin och buprenorfin visat sig kunna minska tecknen och symptomen på abstinens, även om effekten på olika slag av abstinenssymptom skiljer sig från läkemedel till läkemedel (Greenstein m.fl., 1997). Metadon används i stor utsträckning för att behandla abstinenssymptom, trots att det finns forskningsresultat som tyder på att metadon är bäst lämpat för underhållsbehandling.

Det förekommer även abstinensbehandling utan läkemedel (”cold turkey”), men dess omfattning är väsentligen okänd. Det finns inte heller några rapporter om effekter och utfall av icke-läkemedelsbaserad abstinensbehandling i jämförelse med abstinensbehandling med läkemedel. Den nya idén om snabb avgiftning med naltrexon under full narkos (ibland kallat ”turboabstinensbehandling”) bör undersökas noggrannare.

Inom ramen för en behandlingsinsats i Portugal där man kombinerade tillförsel av naltrexon med psykoterapi kunde man efter tre månader se märkbara förbättringar både i sociodemografiska och psykologiska variabler och i riskbeteende (Costa, 2000). I ett tyskt experiment avgiftade man metadonanvändare med naltrexon under full narkos. Patienterna var relativt nöjda med behandlingen men hela 50 % uppgav att de känt svårt obehag under första månaden efter avgiftningen. Sex månader efter