

Behandling av olika typer av alkoholproblem

Hans Kristenson

Klassifikation och typologi av alkoholproblem erbjuder komplicerade kliniska frågor, som i denna artikel benas upp. Detta innebär också mer distinkta möjligheter till motsvarande behandlingsprogram.

Hans Kristenson är docent och överläkare vid Alkoholkliniken vid Malmö allmänna sjukhus.

Bakgrund

Alkoholproblemen i samhället har uppfattats mycket olika vid olika tidpunkter och därmed har också olika synpunkter på behandlingen framförts. För cirka 50 år sedan var den moraliska modellen för synen på alkoholismen den dominerande. Orsaken till individens alkoholism var då hans svaga karaktär och dåliga moral. Alkoholproblemen var självförvållade, samhällets åtgärder gick ut på att uppföstra, straffa och kontrollera individen och få honom helnykter genom frisk luft, hårt arbete, moralisk påverkan och långvarig isolering från alkohol, [1].

Under 60-talet har den medicinska sjukdomsmodellen varit den dominerande uppfattningen. Denna har starkt influerats av Anonyma Alkoholisters synsätt på alkoholismen och fått sin genomslagskraft också genom Jellineks utredning av begreppet alkoholism [2]. Alkoholisten är en sjuk människa som har ett latent begär efter alkohol. Begäret utlöses av små mängder alkohol och dessa leder automatiskt till fortsatt drickande och förlust av kontroll över konsumtionen. Alkoholismen är en sjukdomsprocess som förlöper genom olika stadier. Behandlingen går ut på att bota komplikationer till drickandet, få patienten symtomfri och nykter och Antabus har

varit ett värdefullt läkemedel som tillsammans med alkohol ger kroppsliga besvär vilka avskräcker patienten från att börja dricka.

Den psykologiska sjukdomsmodellen har uppfattat alkoholproblem och alkoholism som ett symptom på bakomliggande psykologiska problem. Alkoholisten har betraktats som en omogen person och den bristande mognaden har uppkommit i tidiga känsloupplevelser. Beteendet har tolkats som symboliska försök att lösa omedvetna konflikter och behandlingen har krävt långvarig, intensiv psykoterapi. Emellertid har alkoholisterna ofta uppfattats som alltför instabila för att klara en långvarig behandling.

WHO har sedan 1977 introducerat ett folkhälsoperspektiv på alkoholismen och föreslagit två distinkta begrepp, nämligen alkoholberoendesyndrom och alkoholrelaterad skada [3]. Alkoholrelaterad skada eller alkoholrelaterat problem har definierats som varje försämring av den fysiska, mentala eller sociala funktionsnivån hos individen som har relation till alkoholkonsumtionen. Denna vida definition har kommit att inkludera en hel del stor-konsumenter av alkohol som tidigare tenderade att bli uteslutna då de icke ingick i kliniska studier eller inte hade några skador av sin alkoholkonsumtion. Samtidigt har på senare år beteendeterapeutiska metoder kommit att bidra till alkoholistbehandlingen. Den beteendeterapeutiska modellen omfattar social inlärningsteori och kommunikationsteori som

Alkoholisten har betraktats som en omogen person och den bristande mognaden har uppkommit i tidiga känsloupplevelser

Alkoholproblemen betingas av en hög alkoholkonsumtion och en sådan är vanlig hos 15–20 % av den manliga befolkningen och hos 3–5 % av kvinnorna

grundläggande för uppfattningen av alkoholmissbruk vilket ses som ett inlärt beteende som kan förändras. I behandlingen riktas intresset på modellinläring, analys, straff och belöningsmekanismer samt att överföra det nyinlärdas till att fungera i vardagslivet, [4].

Förekomst av alkoholproblem inom olika vårdorganisationer

Alkoholproblemen betingas av en hög alkoholkonsumtion och en sådan är vanlig hos 15–20 % av den manliga befolkningen och hos 3–5 % av kvinnorna. I tidig vuxenålder har man en hög konsumtion och särskilt bland männen som emellertid kring 25 års åldern drastiskt minskar hos majoriteten medan en mindre grupp fortsätter att ha en hög konsumtion och efter hand utvecklar ett beroendeförhållande till alkohol. Denna grupp växer med tiden så att man i 40 års åldern har en ny topp av storkonsumtion av alkohol och också av de mest frekventa förstängångsinläggningarna för alkoholism.

Inom sjukvården påträffar man storkonsumenter av alkohol eller alkoholmissbrukare med stigande svårighetsgrad vid: hälsoundersökningar, distriktsläkarvård, somatiska vårdenheter, psykiatriska kliniker eller specifika alkoholkliniker och mentalsjukhus.

Inom socialvården behandlas också en mängd alkoholmissbrukare som emellertid kan ha kontakt med socialvården av andra skäl än missbruk, tex för att få ekonomiskt stöd. Men det finns också en relativt väl definierad grupp med svåra problem som vårdas av och till på nykterhetsvårdsanstalter eller andra speciella enheter, vanligen av institutionskaraktär.

Inom kriminalvården är alkoholproblemen påfallande och en majoritet av män som begått brott är också alkoholmissbrukare, åtminstone tillfälligt. De flesta rattfyllerister är också i allmänhet avancerade

alkoholmissbrukare, även om det finns en liten grupp som enbart är högkonsumenter. Ofta är rattfylleri ett tidigt tecken på kommande, mer uttalade alkoholproblem.

Inom företagshälsovården och den militära organisationen förekommer också alkoholproblem, individerna är här i allmänhet mer selekterade och behandlingsprogram för särskilda yrkesgrupper har rapporterats särskilt framgångsrika.

Undersökning av dryckesvanor i den allmänna populationen har visat att storkonsumenterna i dag blir alkoholister under behandling i morgon. Karakteristiskt för alkoholproblem är att en och samma individ kan ha perioder av missbruk med svåra symtom växlande med symtomfrihet däremellan. Långvarig, total nykterhet något år förekommer relativt ofta. För att en person skall ha ansetts klara sitt alkoholproblem bör därför uppföljningstiden vara tillräckligt lång. Uppföljningstider på minimum fyra år har föreslagits [5].

Man har försökt uppskatta hur många personer med alkoholproblem som man finner vid olika tvärsnittsundersökningar. Vanligen påträffar man en tredjedel till en fjärdedel av alla alkoholister eller alkoholmissbrukare på mentalsjukhus, psykiatriska kliniker, allmänna sjukhus, socialbyråer, polisstationer, fängelser och distriktsläkarvård och dessa patienter utgör de med de svåraste symtomen. Långsiktig uppföljning är en förutsättning för att kunna kartlägga alla med alkoholproblem [6].

Klassifikation

Alkoholproblemen kan ur didaktisk synpunkt indelas i olika kategorier med gradvis övergång i varandra. Såväl den svenska som den engelska terminologien är emellertid oklar och begreppen har olika innebörd vid olika undersökningar och är beroende av om man tex har en medicinsk eller social referensram. Under 60-talet var man mycket upptagen

Storkonsumenterna i dag blir alkoholister under behandling i morgon

med att definiera alkoholism i medicinsk mening, medan man på senare år med allt fler försök med beteendeterapi mera intresserat sig för måttlighets- och storkonsumenter. I USA publicerade National Council on Alcoholism 1972 kriterier för diagnosen alkoholism som visserligen var litet svårtillgängliga men mycket nyanserade och som täckte hela spektrat av alkoholproblem [7]. Nyligen har man publicerat DSM III på svenska där man emellertid gör en uppdelning av alkoholmissbruk och alkoholism men inte alls nämner storkonsumtion, vilket kan uppfattas som ett steg tillbaka i utvecklingen [8]. Jellinek som utförligt beskrev olika former av alkoholism har mest blivit uppmärksammas för gamma-alkoholismen vilken kommit att motsvara kronisk alkoholism. Han diskuterar emellertid också alfa-alkoholism som karakteriserar individer som är psykologiskt beroende av alkohol och som får psykologiska skador med familjeproblem, frånvaro från jobbet och dylikt dock vanligen utan att bli fysiologiskt beroende och ytterligare försämrats. Beta-alkoholismen har fått ökad aktualitet då man på senare år haft möjlighet dels att upptäcka tidiga organskador på individer som haft en hög alkoholkonsumtion men också då man kunnat konstatera att en mycket stor del av de medicinska skadorna uppkommer hos människor som ej är beroende av alkohol. Klassifikationen sammanfattas i *tabell 1*.

Olika perspektiv på alkoholproblem

Ur epidemiologisk synpunkt har man försökt att fastställa samband mellan konsumtionsnivå och alkoholskada. 80 g alkohol per dag har ansetts riskabelt för utveckling av sjukdom såsom skrumplever, alkoholpsykos och oesophaguscancer [9]. Med öka-

Ur epidemiologisk synpunkt har man försökt att fastställa samband mellan konsumtionsnivå och alkoholskada

de kunskaper har konsumtionsnivån sänkts och idag råder relativt god överensstämmelse om att mer än 40 g alkohol per dag är en riskabel konsumtion. För kvinnor bör konsumtionsnivån sannolikt ligga något lägre med tanke på den lägre kroppsvikten och den snabbare skadeutvecklingen.

Ur medicinsk synpunkt ter sig alkoholproblemen dels som alkoholism i medicinsk mening dvs alkoholberoendesyndrom och som alkoholrelaterade sjukdomar eller skador såsom skrumplever, återkommande pankreatit, alkoholpsykos men även en del andra diagnoser som så att säga har en relativt hög specifik vikt för alkoholorsak. Till dessa hör fraktur, kontusion, atypisk depression, suicid, epilepsi mfl.

Ur social-psykologisk synpunkt karakteriseras alkoholproblemen av det som i svenskt språkbruk vanligen kallas missbruk inkluderande sociala komplikationer. Till dessa hör skilsmässa, arbetsbyte, dålig ekonomi och alkoholskador som kan sägas vara ett uttryck för nedsatt social funktionsnivå: fylleriförseelse eller omhändertagande enligt LOB och rattfylleri.

Prevention

Prevention av alkoholproblem kan indelas i primär, sekundär och tertiär prevention. Den primära preventionen omfattar lagar och förordningar som på

Tabell 1. Klassifikation av alkoholproblem. Alkoholproblem kan indelas i olika kategorier med gradvis övergång i varandra. Typologien betingas av naturalhistorian och individens ålder.

	storkonsumtion	alkoholmissbruk	alkoholism
a) engelsk terminologi	excessive drinking	problem drinking	alcoholism
b) Jellinek	beta alkoholism	alfa alkoholism	gamma+delta alkoholism
c) WHO	alcoholrelated disabilities	alcoholrelated disabilities	alcohol dependence
e) DSM III	0	alcohol abuse	alcohol dependence
e) ICD	Observation	Abusus ethylalcoholica	Alcoholismus habitualis eller Alcoholismus chronicus

ett opersonligt sätt reglerar alkoholkonsumtionen och söker förhindra uppkomst av alkoholproblem. Som exempel kan nämnas obligatorisk inköpsregistrering med viss begränsning av inköpen som i dagarna blivit aktuell genom Folkkampanjen mot alkohol. Ett annat exempel är minskad tillgänglighet genom lördagsstängt på systembolaget som på senare tid lett till minskade alkoholskador. Upplysning och undervisning är andra åtgärder som starkt framhållits men där tidigare utvärderingar ej givit några säkra, mätbara förändringar i konsumtion eller skadenivå.

Om preventionen riktas mot särskilda riskgrupper, tex storkonsumenter inom vissa yrken, gravida missbrukare, ungdomar med anpassningsproblem eller fall med mycket sjukfrånvaro eller olycksfall inom företag eller om man gör försök att spåra upp tidiga alkoholmissbrukare och högkonsumenter av alkohol kallas detta sekundär prevention. Åtgärderna är då individinriktade och man önskar med stöd, kontroll och uppmuntran förebygga en fortsatt negativ utveckling av en hög alkoholkonsumtion.

Tertiär prevention slutligen omfattar behandling av alkoholister och alkoholmissbrukare där relativt massiva insatser har dålig effekt om individen har en svår alkoholism. Trots omfattande medicinska insatser, förtidspensionering, långvarig institutionsvård mm är prognosen dålig för alkoholister med svåra medicinska komplikationer. Vårdaspekten är här viktig främst ur humanitär synpunkt.

Olika typer av behandling

Här diskuteras farmakologisk behandling, psykoterapi och beteendeterapi samt sk GT feedback vilken är en utveckling av den kliniska medicinska behandlingen. Institutionsvård och specifika rehabiliterande åtgärder belyses ej.

Farmakologisk behandling

Alkoholproblem som leder till förgiftning och avgiftningsbehov kräver i allmänhet viss farmakologisk behandling. Även om tillnyktringen vanligen kan ske utan mediciner behöver abstinensfasen bedömas av medicinskt kunnig person och patienten behöver vanligen medicineras med icke-korstoleranta läkemedel under strikt kontroll. Därtill behö-

ver de patienter som har olika komplikationer periodvis medicineras ehuru icke för alkoholproblemen som sådana. För att understödja den långsiktiga nykterheten har under mycket lång tid Antabus-behandling använts och den har visat sig vara framgångsrik vid välmotiverade patienter som tagit tabletterna länge. På senare år har man återigen diskuterat möjligheten av att ha långverkande avvänjningsmedel och bla prövat implantation av Antabus som emellertid inte visat sig vara farmakologiskt effektivt. Den goda behandlingseffekten för de starkt selekterade patienterna varav 50% klarat sig nyktra i sex månader motiverar fortsatt forskning för att finna effektivare preparat. En önskvärd modifikation vore att man kunde injicera Antabus med 1-4 veckors duration.

Mot bakgrunden av en medicinsk sjukdomsmodell för alkoholism har man prövat olika mediciner på alkoholsug, ångest- och spänningsymtom men inte funnit dessa särskilt effektiva. Sålunda har barbiturater, benzodiazepiner, litium och apomorfin inte visat sig vara effektiva i att reducera dryckesbenägenheten hos alkoholister [10].

Ett annat sätt att minska alkoholskadorna i samhället vore att ersätta alkohol med någon annan drog sk lyckopiller som skulle förstärka de positiva känslorna och ta bort känslor av olust mm. Erfarenheter av sådana psykotropa droger som tex cannabis visar emellertid att de inte ersätter alkohol utan adderas till ett tidigare alkoholmissbruk.

Hjärnskadorna som uppkommit efter alkoholkonsumtion kan i viss utsträckning fås att gå tillbaka och förebyggas med B-vitamin. Sedan man kunnat visa att inte bara storkonsumenter av alkohol utan även en del måttlighetsdrickare kan utveckla skador som går att fastställa med psykologiska test har man åter diskuterat möjligheten att vitaminisera alkoholen. De vanliga beredningsformerna av B-vitamin är

.....

Ett sätt att minska alkoholskadorna i samhället vore att ersätta alkohol med någon annan drog sk lyckopiller som skulle förstärka de positiva känslorna och ta bort känslor av olust mm

.....

.....

I all behandling av alkoholmissbruk ingår en psykoterapeutisk hållning och stödterapi

.....

emellertid oanvändbara då det behövs så stora mängder tillsats av B-vitamin att smaken blir oanvändbar.

Psykoteraپی

I all behandling av alkoholmissbruk ingår en psykoterapeutisk hållning och stödterapi. I början blir behandlingen till sin karaktär mer omhändertagande, vanligen beroende på patientens dåliga tillstånd och för att etablera kontakt. Sedan tillståndet förbättrats och de kroppsliga symtomen blivit mindre påfallande känner patienten sig ofta hjälplös och handfallen. Han behöver då hjälp med att ta tag i sin situation både socialt och psykologiskt. Även om det är en minoritet av patienterna som är i behov av kvalificerad psykoteraپی är det ofta ändå svårt att erbjuda kvalificerad, individorienterad långsiktig psykoteraپی på grund av bristfälliga resurser. Långsiktig psykoteraپی har ofta en gynnsam effekt ledande till väsentliga förändringar i personligheten och en mer realistisk hållning till personliga problem inkluderande alkohol.

Beteendeterapi

Beteendeterapitekniken går vanligen ut på att ge en mild bestraffning (tex faradisk ström) för ett oönskat beteende (negativ förstärkning) eller en belöning för en önskad aktivitet. En metod har utvecklats för att träna alkoholister att känna alkoholhalten i blod med hjälp av alkometer jämte egna upplevelser. Om alkoholhalten i blod stiger över en viss nivå, tex 0.6 promille kan patienterna få en lätt chock av elektricitet.

Användning av belöning (positiv förstärkning) för måttligt drickande är en metod som används på olika patientkategorier. Vid behandling av ambulanta patienter var belöningen för kontrollerat drickande fortsatt och intensifierad behandling och stöd. Ambulant behandling med diskussioner i grupp har genomförts på terapicentra som bla har måttligt drickande till mål. Alkoholisterna har satt

sina egna gränser för vad de skulle dricka och uppmuntras att finna mera mogna lösningar på sina problem än att dricka alkohol.

Beteendeterapiteknikerna är många, har i allmänhet målsättning att lära patienter att dricka måttligt i stället för att förbli helynktra, har använts på selekterade patientpopulationer, vanligen små grupper och under relativt kort tid. Detta gör att det är svårt att värdera hur pass värdefull eller effektiv beteendeterapi är som en självständig behandlingskomponent [4].

GT-feedback

Från klinisk utgångspunkt har det alltid varit uppenbart att behandling av alkoholproblem måste ske genom en samverkan av en mängd olika faktorer. Sålunda kräver alla patienter stödterapi, av och till mediciner och är emellanåt i behov av speciell kontroll m.m. Mot bakgrunden av detta har det med tiden blivit alltmera uppenbart att mätning av laboratorieprover som är förhöjda efter en alkoholperiod och efter hand normaliseras kan användas som en beteendeteknik av typen positiv förstärkning. Fördelen med laboratorieprov är också att diskussionen av enskilda värden ger realism åt behandlingen och man kan bättre följa förloppet. Denna metod som kallas GT-feedback har fått sitt namn efter leverlaborationen gamma glutamyltransferas (GT). Givetvis kan man använda andra leverlaborationer eller blodalkoholhalt som ett alternativ vid kontroll och behandling. Med olika modifikationer kan denna metod användas på olika typer av patienter med alkoholproblem:

- 1) ett alternativ till Antabus på lång sikt då ett laboratorieprov i månaden väl speglar nykterhetsläget hos patienten,
- 2) underlag för möjligheten att sjukskriva en patient,

.....

En metod har utvecklats för att träna alkoholister att känna alkoholhalten i blod med hjälp av alkometer jämte egna upplevelser

.....

3) kontroll av att en person varit nykter under permission från institution m.m.

GT-feedback har framgångsrikt använts vid behandling av högkonsumenter utplockade ur den allmänna populationen [11]. Målsättningen har här varit kontroll av alkoholkonsumtionen men ej helykterhet. Patienten har rekommenderats att minska sin totala konsumtion och endast dricka en förutbestämd alkoholmängd vid speciella tillfällen. Behandlingsresultaten som värderats mot en likvärdig kontrollgrupp har visat sig vara förvånansvärt bra med effekt på sociala och medicinska parametrar som sjukskrivningsbehov och vård dagar på sjukhus [11].

GT-feedback kan också användas för att belysa alkoholens roll vid behandling av kronisk sjukdom som tex högt blodtryck. GT-värden kan här inkluderas i behandlingen och alkoholkonsumtionen kan diskuteras på ett naturligt sätt då man ej får tillfredsställande terapieffekt av blodtrycksbehandling. Hänsynstagning till alkoholens roll uttryckt i GT-värden förbättrar kraftigt resultaten av blodtrycksbehandlingen [12].

Förändringar i perspektivet och sammanfattning

Alkoholismen har tidigare huvudsakligen uppfattats som en sjukdom och en metafor och alkoholisten har beskrivits som en äldre, socialt förkommen, luggsliten man som uppträder högröstat störande på offentliga platser [1, 13]. Sedan andra världskriget, har alkoholkonsumtionen stigit i hela världen och därmed har antalet storkonsumenter av alkohol med eller utan skador ökat. Samtidigt har kunnat konstateras att cirka hälften av alla alkoholskador har förefunnits hos individer som ej varit alkoholberoende. Gruppen storkonsumenter har sålunda blivit mer markerad inom vården och antalet individer med alkoholproblem har totalt ökat och kommit

.....
Cirka hälften av alla alkoholskador har förefunnits hos individer som ej varit alkoholberoende
.....

.....
Behandling av alkoholproblem måste ske genom samverkan av en mängd olika faktorer
.....

att te sig annorlunda än de välkända alkoholisterna inom olika vårdorganisationer. Den medicinska behandlingen har delvis kompletterats med andra typer av vårdprogram avsedda för tidiga fall. Tendensen har varit från sjukhusvård och institutionsvård till ambulansvård [14]. Nya grupper som yngre män och kvinnor har sökt sig till behandling och man har visat att kortare sjukhusvård varit lika effektiv som långvarig sådan. Särskilda program inom tex företagshälsovård har rapporterats effektiva.

Behandlingen med avgiftning av alkoholister har ett värde i sig även om det inte leder till långsiktig rehabilitering [15] och avgiftningen kan också i vissa fall ske efter en social modell, dvs med selekterat patientmaterial utan mediciner. Ängstdämpande medicin gör begränsad nytta vid behandlingen av alkoholism men nya droger som påverkar beroendemekanismer och toleransutveckling är under utveckling.

Uppspårning och intervention, stöd och behandling av storkonsumenter har fortsättningsvis en plats inom behandlingen av alkoholproblemen. GT-feedback och andra beteendemodifikationer utgör lovande ansatser i det fortsatta behandlingsarbetet.

REFERENSER

1. Duckert, F: Alkoholproblem går att lösa. Liber Förlag, Lund 1983.
2. Jellinek, EM: The disease concept of alcoholism. Hillhouse Press, New Brunswick NJ 1960.
3. Edwards, G, Gross, MM, Keller, M, Moser J, Room R: Alcoholrelated disabilities. World Health Organization, Geneva 1977.
4. Miller, WR: The addictive behaviors Pergamon, Press, New York, 1980.

5. *Keller, M*: A nonbehaviorist's view of the behavioral problem with alcoholism. I Nathan, P.E, Marlatt G.A, Löberg T, eds: Alcoholism. New directions in behavioral research and treatment. Plenum Press, New York 1978.
6. *Room, R*: Treatment-seeking populations and larger realities. I Edwards, G och Grant M: Alcoholism treatment in transition Croom Helm, London 1980.
7. Criteria for the diagnosis of alcoholism, National Council on Alcoholism Committee for the Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. Am J Psychiatr 1972; 129: 127–35.
8. American Psychiatric Association-Mini D diagnostiska kriterier enl DSM-III. Pilgrim Press, Stockholm 1984.
9. *Péquignot, G, Tuyns, A.J*: Compared toxicity of ethanol on various organs. Manuscript, Strasbourg 1980.
10. *Madden, J.S*: What would a pharmacological treatment for alcohol dependence look like? I Edwards, G and Littleton, J: Pharmacological treatments for alcoholism. Croom Helm, London 1984.
11. *Kristenson, H*: Dold alkoholism, kartläggning och prevention, DSF rapport 1982: 5. Liber, Stockholm.
12. *Henningsen, N.C, Hood, B, Mathiasson, I, Trell, E, and Kristenson, H*: Alcohol and hypertension. Lancet 1981, ii; 992–993.
13. *Sontag, S*: Sjukdom som metafor. Brombergs, Uppsala 1981.
14. *Schuckit, M.A*: Charting what has changed. I Edwards, G och Grant, M. Alcoholism treatment in transition. Croom Helm, London 1980.
15. *Vaillant, G.E*: The natural history of alcoholism. Harvard University Press, Cambridge, Ma, 1983.

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

Förebyggande arbete i lagens namn nr 1/83

Ur innehållet:

Lars Olov Bygren, Sune Nyström: **Allmänhetens syn på hälsofrämjande åtgärder**

Anders Romelsjö: **Prevention av alkoholproblem**

Lothar Schelp: **Prevention av olycksfall hos barn och äldre**

Bjarne Jansson: **Att förebygga arbetsolycksfall – åtgärdsprogram**

Bo Haglund, Bjarne Jansson: **Att förebygga lösningsmedelsskador**

Kristina Pellmer–Wramner, Bengt Wramner: **Företagshälsövården och tobaksfrågan**

Viweka Urswitz: **Samhällsarbete och förebyggande socialt arbete**

Numret kan rekvireras från
Socialmedicinsk tidskrift
17283 Sundbyberg