

15. Avhengighet og misbruk

Forfattere

Helena Prochazka, *dr. med, överläkare, Försvarsmedicincentrum, Västra Frölunda, Sverige*

Eli Torild Hellandsjø Bu, *psykologspesialist, dr. psychol, Stiftelsen Bergensklinikkene*

Egil W. Martinsen, *professor dr. med, Aker universitetssykehus*

Sammendrag

Misbruk eller avhengighet av alkohol kan være en langvarig tilstand, og mange pasienter veksler mellom perioder med bruk av rusmidler og avholdenhet. Høyt forbruk av alkohol er en kjent risikofaktor for utvikling og forverring av mange sykdommer, og det er derfor nødvendig å rette behandlingen mot både selve misbruket/avhengigheten og komplikasjonene som følger av dette. Selv om den vitenskapelige dokumentasjon er begrenset, kan strukturert fysisk aktivitet anbefales for å dempe subjektivt ubehag i abstinensfasen. Det kan også være nyttig for å hjelpe pasienter til å mestre angst og depresjon, og muligens redusere faren for tilbakefall. Fysisk aktivitet er også viktig i behandling av kroppslige følgesykdommer, slik som diabetes og hjerte-karsykdommer. Fysisk aktivitet kan gjerne bestå av kondisjonstrening, først med lav og senere av høyere intensitet, styrketrening og koordinasjonstrening. Virkninger av fysisk aktivitet er best undersøkt ved misbruk eller avhengighet av alkohol, men er sannsynligvis også gunstig for dem som bruker andre rusmidler. Mange har problemer med å komme i gang med og etablere kontinuitet i treningen. Flere norske kommuner har av den grunn etablert en ordning med treningskontakter, som kan hjelpe pasienter med dette.

	Treningsform	Intensitet	Frekvens	Varighet
<i>Abstinens-behandling</i>	Lavintensiv kondisjonstrening	40–60 % av ABM*	4 ganger/uke	15 minutter/gang
	Styrketrening	40–70 % av 1 RM**	3 ganger/uke	20 minutter/gang
<i>Etterfølgende behandling</i>	Høyintensiv kondisjonstrening	50–75 % av ABM	3–5 ganger/uke	30 minutter/gang
	Styrketrening	50–70 % av 1 RM	2–4 ganger/uke	30 minutter/gang
	Ballspill	50–85 % av ABM	2–4 ganger/uke	40 minutter/gang

*ABM = aldersbestemt makspuls (220 – alder).

**RM = repetisjonsmaksimum. 1 RM tilsvarende den største belastningen som kan løftes gjennom hele bevegelsesbanen bare 1 gang.

Definisjon

Misbruk innebærer gjentatt bruk av alkohol, som medfører problemer og negative konsekvenser for brukeren selv og omgivelsene. Ved avhengighet skaper alkoholbruken alvorlige kognitive, atferdsmessige og fysiologiske symptomer, og personen fortsetter å bruke rusmidlene til tross for de problemer dette medfører. Typiske fenomener er toleranseutvikling, som innebærer at det trengs stadig større mengder rusmidler for å oppnå den ønskede virkning, og abstinensreaksjoner når en drikkeperiode avsluttes (1–5).

Utbredelse

Vi har ikke sikre tall på antallet alkoholmisbrukere og alkoholavhengige som finnes i Norge. I 2007 hadde 86 % av alle nordmenn over 15 år drukket alkohol, og det registrerte alkoholforbruket var på 6,6 liter ren alkohol pr. innbygger. Antall storkonsumenter, som har drukket mer enn 7 alkoholenheter (10 cl rein alkohol) daglig, tilsvarende 7 små flasker pils eller mer, ble beregnet å være 90 000. Dette betraktes som et risikofyllt forbruk med henblikk på utvikling av misbruk og avhengighet (6). Tallene er i god overensstemmelse med hva man finner i Sverige der prevalensen av misbruk og avhengighet av alkohol er anslått å være 5–9 prosent hos menn og ca. 1,5 prosent hos kvinner (2).

Årsaker og risikofaktorer

Som ved andre psykiske lidelser kan misbruk eller avhengighet av alkohol ha flere årsaker, og både genetisk sårbarhet, utrygg tilknytning og livsbelastninger kan bidra til at problemene utvikles.

Diagnose og symptomer

Diagnosesystemet ICD-10 ble i januar 1997 tatt i bruk som klassifikasjonssystem for psykiatriske lidelser og sykdommer i Norge. ICD-10 skiller mellom *skadelig bruk av alkohol* (F10.1) og *avhengighet* (F10.2), sistnevnte med 7 underkategorier.

Når diagnosen ikke kan fastsettes sikkert ved hjelp av målrettet anamnese, kan somatisk undersøkelse og blodprøver være nyttige. Hevelse i parotiskjertlene, forstørret lever, høyt blodtrykk, høye blodverdier av leverenzymene ASAT, ALAT og gamma GT, MCV (erytrocytter, gjennomsnittsvolum), CDT (karbohydratfattig transferrin), urinstoff og IgA (immunglobulin A) styrker mistanken om alkoholproblemer.

F10.1 Skadelig bruk

Foreligger når alkohol brukes på en slik måte at det er påført brukeren psykiske eller somatiske helseskader. Skadelige bruksmønstre blir ofte kritisert av andre, og er forbundet med uheldige sosiale konsekvenser av ulik art.

F10.2 Avhengighetssyndrom

En avhengighetsdiagnose skal vanligvis bare stilles hvis tre eller flere av følgende kriterier har inntruffet samtidig i løpet av det foregående året:

- a) Sterk lyst eller følelse av tvang til å innta alkohol.
- b) Problemer med å kontrollere alkoholinntaket, med hensyn til innledning, avslutning og mengde.
- c) Fysiologisk abstinensstilstand når alkoholbruken har opphørt eller er redusert, som viser seg ved karakteristiske abstinenssymptomer, eller bruk av alkohol for å lindre eller unngå abstinenssymptomer.
- d) Toleranseutvikling, slik at stadig økende alkoholkonsum er nødvendig for å oppnå den ønskede effekt. Klare eksempler på dette finner vi hos alkoholavhengige personer som daglig kan innta alkoholkonsum store nok til å slå ut eller ta livet av brukere uten toleranseutvikling.
- e) Økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser, som følge av alkoholbruken. Mer og mer tid brukes på å skaffe eller innta alkohol eller til å komme seg etter bruken.

f) Alkoholbruken opprettholdes til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser, som leverskader etter betydelige alkoholkonsum, depressive perioder rett etter perioder med høyt alkoholinntak eller reduksjon av kognitivt funksjonsnivå som kan relateres til alkoholkonsumet.

Dagens behandlingsprinsipper

Med unntak av abstinensbehandling bør all farmakologisk behandling kombineres med psykososiale virkemidler.

Farmakologisk behandling

Abstinensbehandling

Hovedmålet er behandling og forebygging av livstruende delirium tremens, epileptiske anfall og andre abstinenssymptomer. Den vanligste behandlingen i Norge ved ukomplisert abstinens er et antiepileptikum, karbamazepin (Tegretol, Karbamazepin, Trimonil) eller valproat (Ofiril, Deprakine). Clomethiazol (Heminevrin) og diazepam (Vival, Valium, Stesolid) benyttes også. Det er viktig å supplere med mineraler, spesielt magnesium, og multivitaminer, spesielt tiamin (3).

Forebygging av tilbakefall ved alkoholavhengighet

I Norge er akamprosat (Campral) godkjent for farmakologisk behandling av alkoholavhengighet. Det medfører redusert alkoholsug (craving), og med det større sannsynlighet for avholdenhet hos pasienter, der sug er en alvorlig risikofaktor for tilbakefall til drikking. Disulfiram (Antabus) er et aversivt middel, som medfører stort ubehag når det kombineres med alkohol. Det har ingen effekt på alkoholsuget, og brukes som del av et helhetlig behandlingsopplegg, eksempelvis i kombinasjon med samtaleterapi og fysisk aktivitet (3). Mest vanlig er bruk av Antabus som trygghetsskapende hjelpemiddel for å forebygge tilbakefall i første fase av poliklinisk behandling.

Psykososial behandling

I Norges offentlige utredninger (3) gjennomgås de ulike behandlingsalternativer ved rusrelaterte lidelser. De best dokumenterte psykososiale behandlingsformer har felles elementer som tydelig struktur, klare målsetninger og veldefinerte tiltak. Blant disse metodene finner vi kognitiv atferdsterapi (4), samt 12-trinnsprogrammet etter Minnesota-modellen, som ofte kombineres med delttagelse i selvhjelpsgrupper i regi av anonyme alkoholikere (AA). Motiverende intervju eller endringsfokusert rådgivning er også en effektiv og godt dokumentert behandlingsform (5).

Det er vanlig at mennesker med rusproblemer også har andre psykiske lidelser, som oftest angstlidelser og depresjon. Behandlingsresultatene blir best dersom samme behandler eller behandling sinstitusjon tar tak i både rusproblemene og andre psykiske lidelser. Dette kalles integrert behandling. De aller hardeste belastede må få hjelp til mat og bolig, i tillegg til konvensjonell behandling (3). Dette krever et godt samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Virkninger av fysisk aktivitet

Organisert fysisk aktivitet og trening kan dempe subjektivt ubehag i den akutte abstinensfasen. Det kan også redusere faren for tilbakefall, ved å redusere alkoholsug og ved å lindre samtidig forekommende angst og depresjon. I tillegg kan fysisk aktivitet styrke selvfølelsen og bidra til å fylle tomrommet etter misbruket (7).

Abstinensfasen

Svært få studier har undersøkt effekten av fysisk aktivitet i abstinensfasen. I en engelsk intervensjonsstudie med cross-over design (8) hadde kortvarig trening (10 minutter sykling) i abstinensfasen en svak, forbigående effekt på alkoholsugget. Ellers taler klinisk erfaring for at fysisk trening i abstinensfasen hovedsaklig lindrer somatiske abstinenssymptomer. Flere studier har påvist betydelig reduksjon av skjelvinger og svettetokter, samt reduksjon av angst, etter lavintensiv kondisjonstrening (9,10). Dette har medført at pasientene kommer seg raskere gjennom denne fasen. En annen viktig virkning av fysisk aktivitet i avgiftningsfasen er bedret søvn (11).

Langtidsvirkninger

Gjenoppretting eller forbedring av fysisk form er den viktigste langtidsvirkning, og regelmessig fysisk aktivitet fører til bedret hjertefunksjon og perifer sirkulasjon, normalisering av blodsukkernivå og nevrologiske symptomer. Samtidig medfører regelmessig fysisk aktivitet til reduksjon av depresjon og angst (12–14). Kunnskapsgrunnlaget for å anbefale fysisk aktivitet som intervensjon for å forebygge tilbakefall av misbruk eller avhengighet av alkohol, er imidlertid begrenset. Ikke publiserte resultater fra en randomisert, kontrollert studie ved Stiftelsen Bergensklinikkene tyder imidlertid på at individuelt tilrettelagt fysisk aktivitet, som komponent i et behandlingsopplegg, kan bidra til å forebygge tilbakefall til drikking 1,5 år etter avsluttet institusjonsbehandling (Bu, pers. med., 2008). Skal fysisk aktivitet være nyttig på lang sikt, må den gjennomføres regelmessig over tid. Dette kan muliggjøres ved å tilrettelegge for aktiviteter som pasienten trives med og har mulighet for å følge opp i sitt lokalmiljø etter avsluttet behandling.

Indikasjoner for primær- og sekundærforbygging

Flere undersøkelser viser at alder for drikkedebut er en sterk prediktor for drikkemønsteret i ungdomstiden og seinere. Jo tidligere debut, desto mer og oftere drikking av alkohol seinere i livet (15–17). To landsomfattende undersøkelser blant norsk ungdom har vist at de som deltar i organisert idrett starter seinere med å drikke alkohol, og de drikker mindre i ungdomstiden og i tidlig voksen alder enn de som står utenfor idretten (15–16). Resultatene tyder på at regelmessig fysisk aktivitet på barne- og ungdomstrinnet kan forebygge et skadelig drikkemønster seinere i livet.

For å hindre tilbakefall (sekundærforebygging), anbefales individuelt tilpasset fysisk aktivitet for alle pasienter, uansett alder, men det vitenskapelige grunnlag for anbefalingene er begrenset. Erfaringsbasert kunnskap tilsier imidlertid at fysisk aktivitet som sekundærforebyggende tiltak bør tilrettelegges mens pasienten er under aktiv behandling, for å kunne bli en naturlig del av oppfølgingen etterpå. For å motivere og skape kontinuitet i treningen har enkelte kommuner i Norge innført et system med treningskontakter. Intensjonen er å etablere kontakt mellom pasienten og en støtteperson i hjemkommunen med idrettslig erfaring, som kan bistå pasienten med å etablere rutiner for fysisk aktivitet både under og etter avsluttet behandling.

Anbefalinger

Ved behandlingsstart gjennomføres somatisk undersøkelse, for å avdekke kontraindikasjoner for fysisk aktivitet. Under abstinensfasen starter pasientene med lett fysisk aktivitet, der målet er å dempe abstinensplager og bedre søvnkvalitet. Lavintensiv kondisjonstrening i form av spaserturer, samt avspennings-teknikker, som etter et par dager kombineres med styrketrening, kan anbefales. Påfølgende treningsprogram starter med funksjonstesting og strekker seg gjerne over måneder og år. Målet er å oppnå en permanent forandring av levevaner, som kan forebygge tilbakefall til skadelig drikking. Treningen kan gjerne startes på sykehus eller poliklinikk, og senere følges opp i åpen omsorg (tabell 15.1).

Tabell 15.1. *Treningsformer ved alkoholmisbruk*

	Mål	Treningsform	Intensitet	Varighet minutter/gang	Frekvens ganger/uke
<i>Abstinens-behandling</i>	Lindre abstinens-plager	LKT* Spasertur, avspenning	40–60 % av ABM***	15	4
	Forbedre søvnkvalitet	LKT: Spasertur, styrketrening	35–70 % av ABM 40–70 % av 1 RM***	20	3
<i>Etter-følgende behandling</i>	Øke kondisjonen	HKT**: Ergometer, gange, løping	50–75 % av ABM	30	3–5
	Øke styrken	Styrketrening	50–70 % av 1 RM	30	2–4
	Øke utholdenheten	Middels intensitet, valgfri mosjon	50–70 % av ABM 50–70 % av 1 RM	45–60	2–4
	Forbedre koordinasjonen	Ballspill	50–85 % av ABM	40	2–4

*LKT = lavintensiv kondisjonstrening.

**HKT = høyintensiv kondisjonstrening.

***ABM = aldersbestemt makspuls (220 – alder).

****RM = repetisjonsmaksimum. 1 RM tilsvarende den største belastningen som kan løftes gjennom hele bevegelsesbanen bare én gang.

Funksjonstester

Somatisk undersøkelse og funksjonstester skal alltid være veiledende for strukturert fysisk aktivitet. Oppfølging og kontinuerlig vurdering av målbare parametre kan bidra til å øke motivasjon. Før treningen begynner, er en standardisert gangtest, «Six-minute walk test» (6MW-test) (18), mest hensiktsmessig. Testen kan gjennomføres på tredemølle eller i en korridor med en rett strekning på minst 30 meter. Til vurderingen av subjektiv tretthet og andpustenhet brukes Borgs CR10-skala (19). Skalaen vises til pasienten, som svarer med å angi på en 1–10 skala hvor andpusten eller tretthet han eller hun er. Skåringene foretas ved begynnelsen og slutten av testen. Detaljer om slik testing og problemgradering er beskrevet i kapittel 6. Som motivasjonsfremmende tiltak bør testen benyttes regelmessig, slik at pasientene kan få tilbakemeldinger om fremgang.

Treningskontaktordningen

I Norge har flere kommuner etablert en treningskontaktordning for pasienter innen rus og psykiatri. Bakgrunn er at mange pasienter har vanskelig med å komme i gang med trening på egen hånd. Tiltaket har bakgrunn i et prosjekt som har blitt drevet i Sogn og Fjordane i perioden 2002–2005 (20). Prosjektet hadde som mål å øke nivået av fysisk aktivitet etter institusjonsopphold og poliklinisk behandling, samt å gjøre terskelen for å komme med i et treningsmiljø så liten som mulig. Treningskontaktordningen ble etablert i kjølvannet av dette prosjektet. Ordningen innebærer å rekruttere lekfolk med ulik faglig bakgrunn til deltakelse på 40 timers kurs. Der blir de utdannet til treningskontakter, som skal være i stand til å skape en positiv opplevelse rundt fysisk aktivitet og friluftsliv. Etter kurset har treningskontaktene forutsetninger for å planlegge aktiviteter og turer ut fra den enkelte pasients behov og forutsetninger.

Treningskontaktordningen fungerer som et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, der pasienter med denne formen for støttebehov tar kontakt med sitt sosialkontor eller forvaltningsavdelingen i kommunen for søknad om treningskontakt. En koordinator har deretter ansvaret for å matche hver enkelt pasient med en passende treningskontakt med tanke på kjønn, alder og interesser. Treningskontaktordningen er en del av støttekontakttilbudet, som eksisterer i norske kommuner, og treningskontaktene lønnes på linje med støttekontakter. Erfaringene tilsier at treningskontaktordningen fungerer best dersom pasienten får dette tilbudet allerede mens de er i aktiv behandling. Da kan det være et viktig tiltak etter avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten.

Kontraindikasjoner og risiko

Kontraindikasjoner for fysisk trening ved alkoholavhengighet avhenger av pasientens kardiovaskulære, pulmonale og nevrologiske status. *Absolutte kontraindikasjoner* omfatter alvorlig hjertesvikt, ukontrollerte arytmier, høyt blodtrykk, ustabil angina, komplisert obstruktiv lungesykdom, nylig hjerteinfarkt og komplisert nevropati. Blant de *relative kontraindikasjonene* er kardiomyopati, komplisert diabetes og andre metabolske sykdommer, samt komplikasjoner som akutt pankreatitt, akutt hepatitt og portal hypertensjon.

Interaksjoner med legemiddelbehandling

De godkjente legemidlene ved alkoholbehandling, akamprosot (Campral) og disulfiram (Antabus), utgjør ingen kontraindikasjon for fysisk aktivitet. Tvert imot kan regelmessig trening dempe legemidlenes bivirkninger i form av hodeverk og tretthet.

Referanser

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
2. Prytz H. Alkoholismens epidemiologi. I: Nordén Å, red. Alkohol som sjukdomsorsak. Stockholm: Norstedts förlag; 1988. s. 64-70.
3. Forskning på rusmiddelfeltet: en oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 2003. NOU 2003:4.
4. Mais AH, Olsen T, Martinsen EW. Kognitiv terapi ved rusproblemer og andre psykiske lidelser. I: Berge T og Repål A, red. Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008. s. 486-512.
5. Ottosson J. Alkoholism. I: Psykiatri, 5. oppl. Stockholm: Liber; 2000. s. 99-134.
6. Bryhni A, red. Rusmidler i Norge 2007. Oslo: Statens Institutt for Rusmiddelforskning; 2007. Tilgjengelig fra: <http://www.sirus.no>
7. Martinsen EW. Fysisk aktivitet for sinnets helse. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120:3054-6.
8. Ussher M, Sampuran AK, Doshi R, West R, Drummond DC. Acute effect of a brief bout of exercise on alcohol urges. Addiction 2004;99:1542-7.
9. Palmer J, Vacc N, Epstein J. Adult inpatient alcoholics. Physical exercise as a treatment intervention. J Stud Alcohol 1988;49:418-21.
10. Sinyor D, Brown T, Rostand L, Sereganian P. The role of physical fitness program in the treatment of alcoholism. J Stud Alcohol 1982;43:380-6.
11. King AC, Oman RF, Brassington GS, Bliwise DL, Haskell WL. Moderate-intensity exercise and self-rated quality of sleep in older adults. JAMA 1997;277:32-7.
12. Meyer T, Brooks A. Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases. Guidelines for exercise testing and prescription. Sports Med 2000;30:269-79.
13. Byrne A, Byrne DG. The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states. A review. J Psychosom Res 1993;37:565-74.
14. Sexton H, Maere Å, Dahl NH. Exercise intensity and reduction in neurotic symptoms. Acta Psychiatr Scand 1989;80:231-5.
15. Bu ET Hellandsjø , Watten RG, Foxcroft DR, Ingebrigtsen E., Relling G. Teenage alcohol and intoxication debut: The impact of family socialization factors, living area and participation in organized sports. Alcohol Alcohol 2002; 37: 74-80.

16. Bu ET Hellandsjø. Alcohol and sport activities: Spectator's perspective. I: Preedy VR, Watson RR, editors. Comprehensive handbook of alcohol related pathology. Vol 1. Amsterdam: Elsevier Academic; 2005. s. 240-9.
17. Pedersen W, Skrondal A. Alcohol debut: predictors and consequences. *J Stud Alcohol* 1998; 59, 32-42.
18. ATS statement. Guidelines for the Six-Minute Walk Test. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166:111-7.
19. Borg G. Psycho-physical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc* 1982;14:377-81.
21. Skrede A, Munkvold H, Watne Ø, Martinsen EW. Treningskontaktar ved rusproblem og psykiske lidingar. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 26:1925-7.