

15. Alkoholberoende/-missbruk

Författare

Helena Prochazka, medicine doktor, överläkare, Försvarsmedicincentrum, Västra Frölunda

Sammanfattning

Alkoholberoende/-missbruk är ofta ett kroniskt tillstånd även om det förekommer långa perioder av nykterhet. Överkonsumtion av alkohol är en känd riskfaktor för såväl utveckling som förvärrande av en mängd andra sjukdomar, och det är därför nödvändigt att behandlingen inriktas på både själva beroendetillståndet och missbrukets komplikationer. Strukturerad träning utgör ett viktigt terapeutiskt tillägg i abstinensfasen och i efterföljande behandling av ångest och depression samt i behandling av följsjukdomar såsom diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Träningen ska innehålla konditionsträning av initialt låg och sedan högre intensitet, styrketräning samt koordinationsträning. Ordinationsförslag:

	Träningsform	Intensitet	Frekvens	Duration
Abstinens-behandling	Lågintensiv konditionsträning	40–60 % av ÅPM*	4 ggr/vecka	15 minuter/gång
	Styrketräning	40–70 % av 1 RM**	3 ggr/vecka	20 minuter/gång
Efterföljande behandling	Högintensiv konditionsträning	50–75 % av ÅPM	3–5 ggr/vecka	30 minuter/gång
	Styrketräning	50–70 % av 1 RM	2–4 ggr/vecka	30 minuter/gång
	Bollspel	50–85 % av ÅPM	2–4 ggr/vecka	40 minuter/gång

* ÅPM = ålderspredikerad maxpuls (220 – ålder).

** RM = repetitionsmaximum. 1 RM motsvarar den största belastning som kan lyftas genom hela rörelsebanan endast en gång.

Definition

Diagnoser *missbruk* och *beroende* ställs anamnestiskt med hjälp av det psykiatriska deskriptiva diagnostiska systemet DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) IV (1). *Missbruk* föreligger när en person uppfyller ett av följande kriterier under ett års tid:

1. Upprepad användning av alkohol som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter i arbetet, skolan eller i hemmet.
2. Upprepad användning av alkohol i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet.
3. Upprepade kontakter med rättsväsendet som en följd av missbruk.
4. Fortsatt användning trots återkommande problem.

För diagnosen *beroende* krävs att en person uppfyller tre av följande sju kriterier under ett års tid:

1. Behov av allt större alkoholmängd för att uppnå ruseffekt (toleransökning).
2. Abstinensbesvär när bruket upphör.
3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs.
4. Varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget.
5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol.
6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.
7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

Sammanfattningsvis kännetecknas *beroende* och *missbruk* av att individen förlorat kontroll över intaget och detta har lett till en väsentlig funktionsnedsättning eller lidande för individen och/eller omgivningen.

Förekomst

Trots att olika undersökningar av alkoholvanor visar endast 50–70 procents samstämmighet, är man överens att alkoholproblem i form av riskfylld konsumtion, missbruk och beroende är ett vanligt förekommande och växande problem i Sverige. Incidensen för alkoholism hos män är omkring 2,5 promille per år. Prevalensen uppskattas till 5–9 procent hos män och runt 1,5 procent hos kvinnor. I Europa ligger prevalensen mellan 0,6 och 20 procent beroende på varierande definitioner (2). I USA beräknas 10–15 procent män och 5 procent kvinnor vara kroniskt beroende av alkohol, varav en fjärdedel är i aktivt missbruk (3).

Orsak och riskfaktorer

Alkoholberoende har en multifaktoriell genes. Individer med så kallad typ 2-alkoholism (4) kännetecknas av tydlig genetisk disposition och man har funnit karakteristika i form av tidig missbruksdebut, ”novelty seeking”-beteende, aggressivitet, tendens till hypoglykemi, låg halt av serotoninmetabolit 5-HIAA i cerebrospinalvätska samt låg aktivitet av MAO-B (monoaminoxidas B) i trombocyterna. Denna typ kallas även *primär alkoholism* och förekommer i större utsträckning hos män. Så kallad *sekundär alkoholism* eller typ 1-alkoholism förekommer traditionellt oftare hos kvinnor och utvecklas sekundärt till andra psykiska störningar, exempelvis depression och ångest, som i sin tur kan uppstå i anslutning till krisreaktioner och anpassningsstörningar (5).

Diagnos och symtom

Diagnos ställs i första hand enligt ovanstående kriterier under rubriken ”Definition”. När diagnos inte kan fastställas med hjälp av riktad anamnes, kan somatisk undersökning och blodanalys vara vägledande. Svullnad av parotiskörtlar, förstörd lever, förhöjt blodtryck, förhöjda blodvärden av ASAT (Aspartat aminotransferas), ALAT (Alanin aminotransferas), gamma GT (Glutamyltransferas), MCV (Erythrocyter, medelvolym), CDT (Bisialotransferrin), urat och IgA (Immunoglobulin A) stärker misstankar om alkoholproblem.

Nuvarande behandlingsprinciper

Med undantag för abstinensbehandling bör alla övriga farmakologiska behandlingar kombineras med psykosociala interventioner.

Farmakologisk behandling

Abstinensbehandling

Det främsta målet är behandling och förebyggande av livshotande delirium tremens, epileptiska anfall och övriga abstinenssymtom. Den vanligaste behandlingen i Sverige är antingen bensodiazepin- eller klometiazol- (Heminevrin) schema, ofta kompletterad med krampförebyggande läkemedel och vitamin B.

Alkoholberoende- och återfallsförebyggande behandling

För farmakologisk behandling av alkoholberoende finns i Sverige två godkända preparat: akamprosat (Campral) och naltrexon (Revia). Det förstnämnda ökar antalet helnyktra individer genom minskat alkoholsug (craving) och det andra minskar alkoholbruk. Ett tredje preparat, disulfiram (Antabus), så kallat aversivt medel, saknar anti-cravingeffekt och används enbart under kontrollerade former.

Psykosocial behandling

I SBU:s (Statens beredning för medicinsk utvärdering) kunskapssammanställning (3) jämfördes en mängd psykosociala behandlingsmetoder. De mest effektiva hade gemensamma drag såsom klar struktur och väldefinierade åtgärder med detaljerade riktlinjer. Till sådana metoder räknas kognitiv beteendeterapi och 12-stepsprogram enligt Minnesota-modell, ofta kombinerade med självhjälpsprogram AA (Anonyma Alkoholister) och andra motivationshöjande åtgärder.

Hos psykiskt störda missbrukare behandlas missbruk parallellt med den psykiska störningen och hos hemlösa missbrukare kombineras beteendeterapeutiska metoder med strukturerat och samordnat stöd (3).

Effekter av fysisk aktivitet

Organiserad fysisk aktivitet och träning, som ingått i flera komplexa behandlingsprogram, har påvisat positiva effekter både vid behandling av akut abstinensfas och vid behandling av alkoholsug (craving), ångest och depression. Fortsatt regelbunden fysisk aktivitet har sedan en ångestlindrande och depressionsförebyggande verkan, samt en betydelsefull psykosocial funktion genom att fylla tomrummet efter missbruket och bygga upp självförtroende (6).

Abstinensfas

I en engelsk interventionsstudie med så kallad cross-over-design (7) har kortvarig träning (10 minuters cykling) i abstinensfas visat försiktig lätt, men övergående, effekt på alkoholsug (craving). I övrigt talar klinisk erfarenhet för att fysisk träning i akut skede lindrar främst somatiska abstinenssymtom. Flera studier har visat signifikant minskning av darrningar, svettningar samt reduktion av ångest efter organiserad lågintensiv konditionsträning (8, 9). En annan viktig effekt av fysisk aktivitet i det akuta avgiftningsskedet är förbättrad sömn (10).

Långtidseffekter

Återställande/förbättrande av fysisk kondition är den viktigaste långtidseffekten av fysisk aktivitet och träning, och fungerar som grund till övriga kroppsliga förbättringar i hjärtfunktion, perifer cirkulation, blodsockernivåer och kroppsuppfattning med medföljande minskning av neurologiska symtom. Regelbunden fysisk aktivitet påverkar stämningsläget positivt (11–13) och lindrar ångest. I en studie med rörelseterapi (movement therapy) (14) innefattande tre grundläggande rörelsemoment (löpning, hopp och bollspel), har förbättring av somatiska parametrar (ökad styrka och minskade neurologiska symtom) samt även bättre stress- och ångesthantering uppmätts. Långtidseffekt av fysisk aktivitet och träning är dock helt beroende av regelbundenhet.

Indikationer

Det saknas kontrollerade epidemiologiska studier om sambandet mellan effekt av fysisk aktivitet och utveckling av alkoholism. Beträffande indikationer för sekundärprevention rekommenderas individuellt anpassad fysisk aktivitet till alla patienter oavsett ålder.

Ordination

Lättare fysisk träning påbörjas efter att de initiala abstinensbesvärerna avklingat, vilket brukar ske under andra avgiftningsveckan. Efter somatisk undersökning och funktionstest är första momentet lågintensiv konditionsträning, som efter ett par dagar kombineras med styrketräning. Efterföljande träningsprogram sträcker sig över flera månader och syftar till en permanent förändring av livsföring. Därför kan den inledas på en dagavdelning och sedan följas upp inom öppenvård med utvärdering av somatiska parametrar och funktionstester (tabell 1).

Tabell 1. Träningsformer vid alkoholmissbruk.

	Syfte	Träningsform	Intensitet	Duration (minuter/gång)	Frekvens (gångar/vecka)
Abstinens- behandling	Lindra abstinensbesvär	LKT* Promenad	40–60 % av ÅPM***	15	4
	Förbättra sömnkvalitet	LKT: Promenad, styrketräning	35–70 % av ÅPM 40–70 % av 1 RM****	20	3
Efterföljande behandling	Öka kondition	HKT**: Cykling, gång, löpning	50–75 % av ÅPM	30	3–5
	Öka styrka	Styrketräning	50–70 % av 1 RM	30	2–4
	Öka uthållighet	Medelintensitet, valfri motion	50–70 % av ÅPM 50–70 % av 1 RM	45–60	2–4
	Förbättra koordination	Bollspel	50–85 % av ÅPM	40	2–4

* LKT = lågintensiv konditionsträning.

** HKT = högintensiv konditionsträning.

*** ÅPM = ålderspredikerad maxpuls (220 – åldern).

**** RM = repetitionsmaximum. 1 RM motsvarar den största belastning som kan lyftas genom hela rörelsebanan endast en gång.

Funktionstester

Somatisk undersökning och funktionstest ska alltid vara vägledande för strukturerad fysisk träning. Uppföljning och kontinuerlig utvärdering av mätbara parametrar har stor betydelse även som motivationshöjande och stödjande komponent i behandlingen. Före träningsstart och vid utvärdering är ett standardiserat gångtest, ”Six-minute walk test” (6MW-test) (15), mest lämpligt. Testet kan genomföras antingen på löpband (treadmill) eller i en korridor med en raksträcka av minst 30 meter. Se förslag till rapportbladet i figur 1. För utvärdering av subjektiva trötthetssymtom och andningsbesvär används Borgs CR10-skala (16) (se vidare under kapitlet ”Bedöma och styra fysisk aktivitet”). Skalan visas för patienten som svarar med uppskattad besvärsgredning mellan 1–10. Instruktioner: ”Uppskatta din andfåddhet” och ”Uppskatta din trötthet” upprepas i början och slutet av testet.

Figur 1. Förslag till Rapportbladet för 6MW-test.

Patientens namn _____

Personnr _____ Datum _____

Nr av 6MWD _____ Övervakad av _____

Ålder _____ Kön _____

Vikt (kg) _____ Längd (m) _____ BMI (kg/m²) _____

Blodtryck _____ Puls i vila _____

Läkemedel innan testet (preparat, dos och tid) _____

	Början av 6MW-test	Slutet av 6MW-test
Tid		
Puls (slag/min)		
Dyspné (Borgskala)		
Trötthet (Borgskala)		

Avbröt eller vilade innan testets slut? Nej _____ Ja, skäl _____

Symtom under testet: Bröstmärtor, illamående, dyspné, kramper, yrsel, annat

Antal sträckor: _____ (x 60 m) + sista delsträcka (m): _____ = _____ m

Totalt avstånd under 6 minuter: _____ meter

Procentuell differens mot första 6MW-test: +/- _____ %

Kommentarer _____

Kontraindikationer och risker

Kontraindikationer för fysisk träning vid alkoholberoende beror på patientens kardiovaskulära, pulmonella och neurologiska status. *Absoluta kontraindikationer* utgörs av grav hjärtinsufficiens, okontrollerad arytm, högt blodtryck, instabil angina, svår obstruktivitet, nyligen genomgången hjärtinfarkt och svår neuropati. Till de *relativa kontraindikationerna* hör kardiomyopati, svår diabetes och andra metabola sjukdomar samt komplikationer såsom akut pankreatit, akut hepatit och portalhypertension.

Interaktioner med läkemedelsbehandling

De godkända läkemedlen för alkoholbehandling akamprosat (Campral), naltrexon (Revia) och disulfiram (Antabus) utgör inga kontraindikationer till fysisk aktivitet. Tvärtom kan regelbunden träning lindra läkemedlens biverkningar i form av huvudvärk och trötthet.

Förslag till interventionsprogram baserat på motionsbehandling

Fridinger och medarbetare (17) vid Charter Hospital, Texas, har utarbetat behandlingsprogram för blandmissbrukare, som kan tillämpas i de flesta missbruks-/beroendegrupper. Programmets filosofi bygger på en kombination av mental och fysisk utbildning med syfte att öka chans till totalt tillfriskande och bygger på fyra faser:

1. Somatisk/psykiatrisk undersökning
2. Screening av fysisk kondition och nutritionsstatus
3. Organiserad fysisk träning
4. Utbildningsprogram.

Somatisk och psykiatrisk undersökning ligger till grund för planering av patientens deltagande i gemensamma fysiska aktiviteter. Det individuella behovet av avgiftningssätt och tidsförlopp planeras. Kontrakt med patienten skrivs.

Inom 72 timmar efter intagning genomgår patienten den andra fasen, som innehåller funktionstester och egenbedömning av motivation enligt steg fyra i AA:s 12-stegsprogram. Individuellt baserat nutritionsprogram innehållande fett-, kolesterol-, kolhydrat- och fiberförbrukning skapas med hjälp av datorprogram.

Nästa fas innehåller daglig motion och schemalagda aktiviteter. Varje morgon startar med 15 minuters stretching, därefter 15 minuters promenad utomhus eller inomhusaktivitet. Förutom dessa dagliga aktiviteter innehåller programmet 20–30 minuters träning 3–4 gånger per vecka bestående av antingen ergometercykling, promenad, joggning på löpband eller deltagande i gympapass. Till dessa aktiviteter tillkommer tre obligatoriska tillfällen med fokusering på muskelstyrka (till exempel styrketräning med vikter).

Den sista fasen består av utbildning inom sex viktiga områden:

1. Betydelse av fysisk aktivitet för välbefinnande
2. Undervisning om riskfaktorer för återfall
3. Stresshantering
4. Rökningens betydelse för återfall i missbruk av andra substanser
5. Näringslära
6. Psykologiska vinster av fysisk aktivitet.

Referenser

1. America 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. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av alkohol- och narkotika-problem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Rapport 156/1. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2001.
4. Virkkunen M, Linnoila M. Serotonin in early onset, male alcoholics with violent behaviour. *Annals in Medicine* 1990;22:327-31.
5. Ottosson J. Alkoholism. I: Psykiatri. 5. uppl. Stockholm: Liber; 2000. s. 99-134.
6. Martinsen EW. Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000;120: 3054-6.
7. 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.
8. Palmer J, Vacc N, Epstein J. Adult inpatient alcoholics. Physical exercise as a treatment intervention. *J Stud Alcohol* 1988;49:418-21.
9. 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.
10. 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.
11. Meyer T, Broocks A. Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases. Guidelines for exercise testing and prescription. *Sports Med* 2000;30:269-79.
12. Byrne A, Byrne DG. The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states. A review. *J Psychosom Res* 1993;37:565-74.
13. Sexton H, Maere Å, Dahl NH. Exercise intensity and reduction in neurotic symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:231-5.
14. Tsukue I, Shohoji T. Movement therapy for alcoholic patients. *J Studies Alcohol* 1981; 42:144-9.
15. ATS statement. Guidelines for the Six-Minute Walk Test. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166:111-7.
16. Borg G. Psycho-physical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc* 1982; 14:377-81.
17. Fridinger F, Dehart B. A modell for the inclusion of a physical fitness and health promotion component in a chemical abuse treatment program. *J Drug Education* 1993;23:215-22.