

---

# Evidensbaserade behandlingar av alkohol- och narkotikaproblem

STEN THELANDER

Bland de många som möter patienter med missbruksproblem finns en utbredd misstro mot möjligheterna till effektiv behandling, och inte sällan en nedvärderande inställning till den alkoholiserade eller narkotikaberoende individen. Återfall betraktas som bekräftelser på den missbrukandes svaga karaktär eller hållningslöshet. En liknande inställning ses sällan när en person med astma eller hjärtsvikt återinsjuknar på grund av medicinslarv eller när en person med diabetes eller njursvikt försämras på grund av oförmåga att följa diet- eller vätskerestriktioner.

Ett skäl till detta är att det inte är allmänt accepterat att betrakta beroendesjukdomar som kroniska tillstånd med stora likheter till kroniska kroppsliga sjukdomar. Samtidigt är detta det mest rimliga förhållningssättet och därför blir målsättningen med behandling sällan bot utan problemminskning och skadereaktion<sup>1,2</sup>.

I ett sådant perspektiv finns ett betydande antal behandlingsmetoder med starkt empiriskt stöd<sup>3</sup>.

Alkoholproblem är vanliga i en stor del av världen, medan narkotikaberoende i de flesta utvecklade länder är ett mindre medicinskt problem. Kopplingen mellan narkotikahantering och kriminalitet gör dock att ofta narkotikaproblemen förefaller större än vad som faktiskt är fallet. Samtidigt är speciellt våldsbrottslighet, inklusive våld i familjen, mycket oftare orsakad av alkohol än narkotika.

Även sambandet mellan injektionsmissbruk och infektioner inklusive HIV, gör att narkotikaproblemen ställs i fokus.

Ser man på de direkta och indirekta kostnaderna är dock alkoholmissbruk och beroende vida kostsammare. Detta gäller även om man tar hänsyn till den hjärtskyddande effekt som ett måttligt alkoholintag förefaller ge medelålders och äldre.

## Behandling av riskfyllt drickande

Det saknas tyvärr en vetenskaplig konsensus kring hur riskfyllt drickande skall definieras. De flesta som gjort försök att definiera tillståndet har satt gränsen till mer än tre flaskor lättvin per vecka för män och två för kvinnor. Berusningsdrickande kan medföra att man tillhör riskgruppen, även om veckokonsumtionen ligger lägre än dessa gränser.

De flesta med ett riskfyllt drickande betraktar inte detta som ett problem och söker inte hjälp för det. De behandlingsstudier som genomförts har baserats på personer som söker hjälp för kroppsliga krämpor, vilka ibland är relaterade till drickandet.

Frågor om alkoholvanor accepteras av flertalet patienter i Europa och USA, men inställningen hos sjukvårdspersonal varierar mycket. Inte sällan avstår man från frågor eftersom man känner osäkerhet inför vilken hjälp man kan erbjuda.

Ett 30-tal studier visar att enkla och korta samtal med information om alkoholens risker, och för- och nackdelar med ändrade alkoholvanor, har effekt<sup>4</sup>.

Sannolikt kan insatsen göras lika bra av sjuksköterskor som av läkare, och mer omfattande insatser vid flera tillfällen har inte visat någon ökad effekt. Ungefär en av åtta reducerar sitt drickande till ofarliga nivåer under åtminstone ett år, men effekten avklingar sedan gradvis. Detta kan tala för att insatsen bör upprepas, men effekten av sådana tilläggsbehandlingar har inte studerats.

## Psykosocial behandling av alkoholberoende

Beroende av alkohol utmärks av att alkoholen blivit central i individens liv så att arbete, familj och fritid försummas samt att den alkoholberoende gjort flera misslyckade försök att på egen hand normalisera sin alkoholkonsumtion. Plötsligt avbrott i alkoholintaget eller en kraftig reduktion av drickandet orsakar kroppsliga och psykiska abstinensproblem som kan bli livshotande.

Under diagnosen alkoholberoende rymms ett spektrum av varierande svårighetsgrad och behandlingsinsatser måste anpassas till dessa. Ett tidigt och måttligt beroende kräver mindre insatser och mer omfattande åtgärder kan till och med ha en negativ effekt. Oavsett svårighetsgrad saknas vetenskapligt stöd för att institutionsbehandling är överlägsen öppenvård, utom under svåra, akuta, abstinensperioder. Detta innebär dock inte att kroppsligt nergångna individer med bostadslöshet och andra sociala problem inte kan tänkas ha nytta av institutionsvistelse, men behandlingen av denna grupp har studerats i liten utsträckning.

Gemensamt för framgångsrika behandlingar är att de utgår från alkoholproblemet som det centrala att åtgärda. Utan nykterhet eller kontrollerat drickande blir psykoterapeutiska och sociala insatser verkningslösa.

Givet nykterhet som fokus för behandlingen har såväl AA, kognitiv beteendeterapi, motivationshöjande behandling, par- och familjeterapi samt vissa former av psykodynamisk terapi en dokumenterad effekt. Ospecifik social rådgivning saknar effekt, men är på många håll fortfarande den dominerande behandlingsformen.

Stora forskningsinsatser har kretsat kring frågan om vissa egenskaper hos den alkoholberoende patienten gör denna mer lämpad för en viss behandlingsform. Man har dock inte funnit några samband.

Om man applicerar den kroniska sjukdomsmodellen på alkoholism blir det rimligt att erbjuda långvariga behandlingskontakter, men där intensiteten anpassas till om problemet är under

kontroll eller om individen befinner sig i en aktiv missbruksperiod. Argumenteringen för nykterhet förs på en rationell nivå och utan moraliserande undertoner.

### **Läkemedelsbehandling av alkoholberoende**

En framgångsrik läkemedelsbehandling förutsätter oftast också en psykosocial behandlingsmiljö. Att endast skriva recept är sällan verkningsfullt.

Disulfiram (Antabus) och kalciumkarbimid (Dipsan) är medel som vid alkoholintag orsakar kroppsliga och psykiska biverkningar (hjärtklappning, rodnad, illamående, kräkningar) vilket antas minska benägenheten att fortsätta dricka. Dipsan används numera sällan och de vetenskapliga studier som gjorts har samtliga avsett Antabus.

En förutsättning för effekt är att patienten tar medicinen under övervakning. Detta kan ske på en mottagning eller på arbetsplatsen. Det är sällan lämpligt att familjemedlemmar ansvarar för kontrollen. Medicinen kan ge leverpåverkan och mer sällan impotens, men båda dessa problem är mycket vanligare vid fortsatt alkoholmissbruk.

Naltrexon (Revia) är en substans som blockerar opioidreceptorerna och därigenom minskar eller upphäver det positiva i rusupplevelsen. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för effekt, men endast om läkemedlet kombineras med specifik psykosocial behandling, företrädesvis kognitiv beteendeterapi. Effekten ses huvudsakligen i form av minskat alkoholintag, snarare än i helnykterhet. Biverkningarna är få och beskedliga.

Acamprosot (Campral) har en fortfarande oklar verkningsmekanism, men reducerar suget efter att dricka. Detta medför att effekt ses i form av en längre tids helnykterhet. Sannolikt uppnås effekt även utan specifika psykoterapeutiska effekter, men som oftast är förutsättningarna för behandlingsframgång större om en god patient-behandlarrelation har etablerats.

I de två studier där naltrexon och acamprosot jämförts med

varandra har naltrexon visat på en större effekt, och en kombination av de båda substanserna ökade ytterligare effekten<sup>5,6</sup>.

Behandling med antidepressiva eller ångestdämpande medel har ingen effekt på alkoholproblemet men på samtidigt förekommande depression eller ångesttillstånd. Tidiga studier av de selektiva serotoninåterupptagshämmarnas effekt mot alkoholsuget har inte kunnat reproduceras i större kliniska studier.

### **Behandling av alkoholabstinens**

Svårare alkoholabstinens behandlas främst med korstoleranta substanser, och bensodiazepiner är de säkraste och bäst dokumenterade preparaten. Det saknas stöd för att en viss slags bensodiazepin skulle vara överlägsen de andra.

Eftersom näringsintaget är undermåligt hos många alkoholister bör patienterna rutinmässigt behandlas med höga doser B-vitaminer för att förhindra såväl centrala som perifera nervskador.

Eftersom bensodiazepiner har en egen antiepileptisk effekt är det tveksamt om den vanliga åtgärden att också ge specifika anti-ikonvulsiva som karbamazepin eller fenytoin är motiverad för att förebygga abstinenskramp.

Även vid delirium tremens är bensodiazepiner bäst dokumenterade, men i förhållande till tillståndets allvarlighetsgrad är det vetenskapliga stödet för behandlingsval otillfredsställande.

## **Behandling av narkotikaberoende**

### **Cannabisberoende**

Inställningen till cannabis varierar från att betrakta drogen som relativt ofarlig till att se den som en inkörsport till tyngre droger, psykosutlösande och motivationsutplånande. I länder där missbruk av kokain och heroin är vanligt fokuserar behandlingsinsat-

serna främst på dessa och ett sidomissbruk av cannabis accepteras inte sällan.

Inga läkemedel har studerats mot cannabisberoende och endast ett fåtal psykosociala behandlingsstudier har gjorts. Familjeterapi har visat en viss effekt i behandlingen av tonåringar som fortfarande bor i föräldrahemmet. En studie fann effekt av kognitiv beteendeterapi.

I förhållande till problemets storlek är kunskapsunderlaget för behandling helt otillräckligt.

### **Behandling av kokainberoende**

Ett stort antal läkemedel har studerats, men inga har visat någon effekt.

Ett betydande antal psykosociala behandlingar har studerats. Mått på behandlingseffekt anges dels som andelen drogfria urinprov, dels kvarstannande i behandlingsprogrammen.

Psykodynamiskt orienterade program ger ett högt kvarstannande, men minskar inte kokainmissbruket. Institutionsvård har inte visats ge bättre resultat än behandling i öppen vård.

### **Behandling av amfetaminberoende**

Trots att missbruk och beroende av amfetamin är vanligt i Norden saknas helt kontrollerade behandlingsstudier härifrån. Endast en liten randomiserad studie har identifierats och i denna fann man effekt av kort kognitiv beteendeterapi, men också av kontrollbehandlingen som bestod av motiverande intervju och en broschyr.

Kunskapsläget är därför mycket otillfredsställande.

### **Behandling av heroinberoende**

Missbruk av heroin är förknippat med en starkt förhöjd dödlighet, särskilt beroende på överdoser och infektioner. Heroin inji-

ceras oftast intravenöst, men kan också inandas efter uppvärmning. Abstinensen är plågsam men sällan farlig.

Behandlingen kan vara skadeförebyggande (rena sprutor, särskilda lokaler för injicering, rent heroin på recept) eller syfta till att ersätta heroin med andra opioidreceptoragonister (metadon, LAAM), partiella agonister (buprenorfin) eller antagonisterna (naltrexon). En ytterligare möjlighet är att hjälpa patienten till fullständig drogfrihet.

Om beroendet varit långvarigt krävs oftast också betydande psykosociala insatser.

### **Läkemedelsbehandling**

Metadon är den i särklass bäst dokumenterade behandlingen. Metadonbehandling minskar injektionsmissbruk (eller så avstängs patienten från metadon vid injektionsmissbruk), minskar kriminalitet och dödlighet, men har inte entydigt visats påverka arbetsförmåga och social integrering.

LAAM är ett icke-kommersiellt alternativ till metadon som knappast används utanför USA.

Buprenorfin förefaller ha en med metadon likvärdig effekt, men har studerats i mindre omfattning. Substansen kan ha en mindre missbrukspotential, men epidemier av missbruk har rapporterats från Frankrike och Italien.

Användningen av naltrexon är begränsad därför att det visat sig svårt att få patienter att kvarstanna i längre tids behandling. Effekten är överlägsen placebo, men substansen har inte jämförts direkt med metadon.

### **Heroinbehandling i Nederländerna och Schweiz**

Antalet injektionsmissbrukare har stadigt minskat i Nederländerna under det senaste årtiondet. En liten grupp allt äldre missbrukare har inte klarat metadonbehandling, men har under kontrol-

lerade former erbjudits heroin för fortsatt injicerande. En utvärdering visade goda effekter och inga tecken på nyrekrytering. Programmet i Schweiz är likartat, men har inte utvärderats lika systematiskt.

### **Psykosociala behandlingar av heroinberoende**

Endast en randomiserad studie har jämfört metadon med psykosocial behandling utan metadon. Bortfallet var oerhört mycket större i gruppen som inte fått metadon.

Övriga studier av olika psykosociala behandlingar har samtliga haft metadon som en basbehandling. Såväl kognitivt-beteendeterapeutiska som psykodynamiskt inriktade behandlingsprogram har visats ha effekt på missbruket, men inte på kvarstående i behandling.

På kort sikt uppnår man bättre effekter av institutionsvård, men det är tveksamt om denna behandlingstvinst står sig.

### **Behandling av heroinabstinens**

Förutom korstoleranta substanser som metadon och buprenorfin har också alfaantagonisten katapresan en dokumenterat likvärdig effekt. Abstinenstiden kan förkortas om något av dessa preparat kombineras med naltrexon. Eftersom den abstinente heroinmissbrukaren ofta också är kroppsligt sjuk sker avgiftningen oftast i slutenvård.

## **Sammanfattning**

Såväl vid alkohol- som narkotikaberoende finns empiriskt dokumenterade behandlingar. Effekterna är måttliga, men kliniskt relevanta, i synnerhet om man accepterar analogin med kroniska kroppsliga sjukdomar. För flera vanliga missbruksdroger är underlaget för behandlingsval fortfarande obetydligt, och för samt-



liga beroendetillstånd krävs omfattande behandlingsforskning för att förbättra resultaten.

Kunskaperna om dessa behandlingsmetoder är otillräckligt spridda, vilket bevarar den obefogade behandlingsnihilism som råder utanför den specialiserade beroendevården.

#### LITTERATUR

- 1 O'Brien C. P, McLellan AT. Myths about the treatment of addiction. *Lancet* 1996;347:237-40.
- 2 McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 2000;284:1689-95.
- 3 Berglund M, Thelander S, Jonsson E, eds. *Treating Alcohol and Drug Abuse: An Evidence-Based Review*. Chichester: WileyEurope, 2003.
- 4 Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002;97:279-92.
- 5 Rubio G, Jiminez-Arriero MA, Ponce G, Palomo T. Naltrexone versus acamprosate: one year follow-up of alcohol dependence treatment. *Alcohol Alcohol*. 2001;36:419-25.
- 6 Kiefer F, Jahn H, Tarnaske T, Helwig H, Briken P, Holzbach R, et.al. Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:92-9.

