

## Er behandlingsbegrebet klar til skrot?

**Steffen Jöhncke har i sidste nummer af STOF** (nr. 16) en stor og læseværdig artikel om begrebet behandling, social behandling og kommentarer til SFI's rapport om den sociale misbrugsbehandling.

Her er der mange gode aktører på banen. Nogle der slår til lyd for, at behandling skal give effekt på individbasis, andre at det også skal have effekt på samfundsmæssig basis.

Nogle mener, at behandling skal medføre stoffrihed, andre mener, at skadesreduktion er sagen.

Nogle mener, at individet er i centrum, andre at hele samfundet skal behandles.

Nogle mener, at jo mere intensiv behandling er, jo bedre resultat - andre at det ikke gælder.

Til sidst foreslår Steffen Jöhncke: 'At tiden er inde til endegyldigt at droppe behandlingsbegrebet i indsatsen for stofmisbrugere - og dermed forestillingen om, at stofproblemer kan udskilles og skal betragtes og kureres separat fra alle andre problemer og udfordringer i brugerens liv' - til at: 'Der er brug for alsidige og individuelt tilpassede, livsforbedrende og skadesreducerende indsætter med mange forskellige midler, herunder arbejde med at opnå stoffrihed som et middel af flere.' Dette begreb hedder nu 'stoffrigørelsesarbejde'.

I stedet for at definere et nyt begreb, der i sidste ende bare er 'behandling på flere områder', kunne det være en diskussion værd, at behandling er et overbegreb, der som nævnt i artiklen kommer fra den lægelige verden, og som spænder fra en pille mod en sygdom (gruppe af symptomer) til en bred variation af ingredienser til behandling af en mere eller mindre veldefineret sygdom (gruppe af symptomer).

Lad os først tage et par eksempler fra lægeverdenen og derefter overføre det til misbrugsbehandlingen.

Jeg møder med ondt i halsen hos min læge, som konstaterer, at det drejer sig om en bakterieinfektion. Lægen fortæller mig lidt om sygdommen og oplyser, at den vil gå væk med en penicillinbehandling. Jeg kan vælge at tage imod behandlingen - og så ved jeg

med stor sandsynlighed, at jeg bliver kureret (så god som ny). Jeg kan også vælge at lade være med at tage behandlingen - så går det nok over af sig selv. Og det gør det også, men med risiko for, at der opstår senfølger af sygdommen.

Hvis jeg derimod møder op hos lægen med sukkersyge, så bliver jeg også anbefalet at tage en eller anden form for medicin, men derudover hører der oplysning om sygdommens natur, diætopleveling, viden om madlavning, motion, orientering af de pårørende, evt. social håndtering fra kommunens side, hvis medicinen er for dyr, i form af tilskud, motion osv., osv.

Alle disse ingredienser hører med i moderne sukkersygebehandling. Hvis jeg følger behandlingen, bliver jeg ikke kureret (så god som ny) og efter en tid i stand til at kvitte behandlingen og genoptage mit gamle liv uden diæt, tabletter og motion. Den behandling, jeg modtager, har en livsforlængende og skadesreducerende effekt (jeg får udskudt sukkersygens senfølger).

Som behandling betragtet er den vel lige så værdig og indeholder meget større kompleksitet end penicillinbehandling?

Det afgørende er, at de enkelte elementer i behandlingen er validerede - dvs. viser sig som værende effektive i behandlingen af sukkersyge. Hvis de ikke er klart effektive, må det i hvert fald kræves, at de ikke er skadelige eller virkningsløse. Ingen vil i dag behandle sukkersyge med åreladning.

Så hvis vi ikke har en behandlingsstrategi med veldefinerede elementer, der kan afprøves, risikerer vi i bedste fald at overbehandle og bruge unødige ressourcer - i værste fald at skade den, der bliver behandlet.

Den medicinske historie er fuld af eksempler på skadelig behandling, der er indført i den bedste mening. Mange behandlingsformer blev dog fjernet, fordi det kunne påvises, at de netop var skadelige. Det er her, evidensbegrebet har en stor styrke.

Jeg ved, det er svært for det sociale felt at betragte misbrug som en sygdom.

Det er det bl.a., fordi man har svært ved at blot se på fænomenet og hurtigt kommer til

at lægge årsagssammenhænge på grundlag af diverse teorier ind i tilstanden. Teorier, der er uden bevis.

'Misbrug er socialt arveligt. Ja, der er selvfølgelig også genetik involveret!'

Alkoholafhængighed: 60% genetik, 40% miljø!

Hvis man i stedet vil betragte misbrug som et kontinuum, hvor der startes med misbrug = overforbrug af et stof gående hen imod afhængighed og til sidst svær afhængighed, vil det efter min mening give en meget større mening.

Det vil forklare, hvorfor mange med let misbrug kommer sig uden behandling (stoffrigørelse). Det gør de lette, harmløse sygdomme også. Det vil også forklare, hvorfor de sværeste tilstande ikke kommer sig af sig selv. Det gør de sværeste sygdomme heller ikke - måske kommer de sig ikke engang på trods af behandling. Folk dør af kræft på trods af behandling! Folk fortsætter i misbrug på trods af behandling!

Generelt gælder, at folk først kommer i behandling, når ulemperne i tilstanden overskrider en tærskel, så man ikke kan opretholde sin daglige funktion, eller når andre mener, at det forholder sig sådan. Det er velkendt, at de fleste misbrugere går ubehandledt rundt ude i samfundet.

Når man så endelig har fået en misbruger ind i behandlingssystemet (stoffrigørelses-systemet), er det essentielt at se på, om der er andre ting, der gør, at misbrugeren ikke kan følge tilbuddene i systemet.

Det nytter ikke, at misbrugeren gerne vil have en uddannelse, gerne vil have en bolig, hvis han/hun ikke kan sidde stille eller huske at betale sin husleje. Så kunne systemet selvfølgelig hjælpe med det, men varig effekt ville det næppe give.

Som behandler kunne man også vælge at se på, om der var andre fænomener, der -lagt sammen - kunne danne et billede af, hvilken intervention fra behandlingssystemet (stoffrigørelsessystemet), der skulle startes ud med, så vi ikke spildte vores energi på noget, der i første omgang ikke hjalp?

Nu nærmer vi os en kategorisering (diagnostisering). En kategorisering (diagnostisering) bør være veldefineret, så vi alle ved, hvad vi snakker om, og den bør sige noget om, hvilke tiltag fra 'stoffrigørelsesskuffen' vi skal starte med. Måske skal vi starte med

flere ting på en gang?

En stor del af misbrugerne har veldefinerede psykiatriske symptomer ved siden af deres misbrug. Symptomer, der er uafhængige af misbruget, men også påvirkes af det. Så måske er der en misbruger, der har ADHD og er uden bolig samt har begyndende sukkersyge, der skal have adresseret alle fire ting på én gang for at nå et godt resultat?

Her mener jeg, at det er direkte uprofessionelt blot at læne sig op ad 'medarbejdernes kreative og pragmatiske evner til at få tingene til at fungere i praksis'. Man skal vide, hvilke/n intervention/er der skal hives op af skuffen, og hvilke der absolut IKKE skal. Helst begrundet i systematiske videnskabelige opgørelser.

Hvis man kan acceptere ovennævnte beskrivelse af tiltag for at bedrive god 'stoffrigørelses håndtering' (behandling), bliver dette begreb mere entydigt - og dermed også behandlingsbegrebet. Så bliver det kun en strid om ord og ikke om indhold. Selvfølgelig indeholder 'stoffrigørelses håndteringen' både unikke og universielle tiltag over for den enkelte misbruger, men det gør 'behandlingen' også.

At vi så ikke lever i den ideelle verden, hvor der er svar på effektiviteten af alle redskaber i 'stoffrigørelses håndteringen' medfører ikke, at vi skal forlade nogle basale principper om 'måling og vejning' af vores tiltag, når vi skal udsætte borgere for vores 'behandling'.

FINN ZIERAU

finn.zierau@sof.kk.dk / www.cfm.kk.dk

## ➡ SVAR

**Tak til Finn Zierau** for kommentaren. Fra mig blot et par korte replikker om vores få uenigheder. Heri ligger altid det mest interessante!

Finn Zierau vil gerne slå et slag for evidensbaseret behandling af stofbrugere og understreger, at det dér vil kunne gøre en gavnlig forskel, ligesom evidens og resultatmåling har gjort det i behandlingen af mange andre sygdomme. Så vidt er vi sådan set ikke uenige: I min artikel i sidste nummer af STOF skriver jeg netop om evidens, at det er 'glimrende, (lad os få) mere af det'.

Uenigheden går snarere på, hvor store forventninger man *realistisk* set skal stille til,

at hele indsatsen for stofbrugerne (uanset om vi kalder den behandling eller noget andet) kan basere sig på evidens-kontrollerede metoder. Selvom det skulle lykkes at få den ene eller den anden terapiform eller præparatbrug i behandlingen blåstemplet i et eller andet veludvalgt videnskabeligt forsøg – hvor meget vil det så faktisk have at gøre med den komplicerede og stressede hverdag, som de i praksis skal fungere i? I evidens-forsøg skiller man al 'støjen' fra og undersøger én faktor. Men i hverdagen er 'støjen' – alt det, som brugerne også bliver påvirket af – jo et arbejdsvilkår. Evidens-bevægelsen vil give os input til at træffe bedre valg. Fint nok. Men hvis den behandling, der er evidens for, er for dyr eller for krævende, politisk utålelig eller uacceptabel for brugeren – så er vi alligevel henvist til at afveje hensyn og muligheder i hver enkel sag. I den virkelige verden er indsatsen for stofbrugerne ikke primært et spørgsmål om den rette dosering af det ene eller andet virkemiddel efter videnskabelige forskrifter – det er først og fremmest et spørgsmål om at få nogle institutioner og nogle hverdagsliv til at hænge nogenlunde tåleligt sammen. Her er vi fuldkommen afhængige af *professionelle* medarbejderes kreative og pragmatiske evner til at få tingene til at fungere i praksis – og jeg tror ikke, at Finn Zierau skal ønske sig noget som helst andet.

Finn Zierau nævner en passant, at 'mange med let misbrug kommer sig uden behandling'. Jeg gætter på, at det er som svar på min bemærkning om, at de fleste misbrugere synes at stoppe *uden* behandling. Men pointen er jo netop, at det ikke kun er de lette tilfælde, men også mange med alvorligt misbrug, der stopper uden behandling – dog ikke nødvendigvis uden *hjælp* fra andre. Dette er sikkert nok en kedelig konstatering for dem, der tror på, at *deres* løsning (behandling) er det eneste rigtige. Men det er en positiv nyhed for alle andre.

Endelig hæfter jeg mig ved, at 'det er svært for det sociale felt at betragte misbrug som en sygdom'. Tja – måske fordi det ikke er det. At kalde misbrug for en sygdom er en metafor, og det har som alle metaforer sine fordele og ulemper. Det er heller ikke noget tilfældigt valg af billedsprog, for netop kategorien 'sygdom' leder vores forståelse af problemet i bestemte retninger og bort fra

andre muligheder. Finn Zierau er som læge interesseret i at hjælpe sin patienter – det har jeg stor respekt for. Jeg er som antropolog til gengæld interesseret i at undersøge, hvorfor der er så stærk en tendens i tiden til at gøre social elendighed til et spørgsmål om individuelle diagnoser på bekostning af en bredere samfundskritik?

Bedste hilsner og tak for debatten,

STEFFEN JÖHNCKE

Steffen.Johncke@anthro.ku.dk / www.antroplogi.ku.dk

## Afgiftning igen...og igen - er det en god ide?

**Cand.psych., ph.d. Morten Hesse har i STOF nr. 16** skrevet om, hvorvidt gentagne afgiftninger nu er en god ide<sup>1</sup>? Det er interessante og kontroversielle betragtninger, men måske mere af teoretisk end praktisk betydning. Artiklen kunne efterlade læseren med det fejlagtige indtryk, at vi blot skal sende patienterne hjem igen i stedet for at tilbyde nyttesløs behandling.

Kindling- hypotesen fra starten af 80'erne beskrives korrekt som det fænomen, der er observeret hos forsøgsdyr, hvor gentagne afgiftninger medfører øget følsomhed i særlige områder i hjernen over for effekten af abstinenser, så der med tiden skal mindre og mindre til at udløse abstinenser. Morten Hesse henviser også til en undersøgelse fra 1993 på 6.818 patienter og konkluderer, at undersøgelsen viser, at der er tydelig sammenhæng mellem abstinenskrampe og gentagne afgiftninger. Dette på trods af, at det mest markante resultat af undersøgelsen er, at der er en øget risiko for efterfølgende indlæggelser hos de 7%, der havde svære symptomer i form af delirium tremens, alkoholiske hallucinationer, alkoholrelateret demens eller krampe i forhold til dem, der ikke havde disse alvorlige symptomer<sup>2</sup>.

Der er næppe tvivl om, at langvarig alkoholindtagelse og gentagne afgiftninger kan give anledning til en sensibilisering af hjernen med neuroadaptive forandringer i

adskillige signalstoffer. Der findes en massiv mængde litteratur, der handler om disse rent neurofysiologiske forandringer, og som kan forklare abstinenssyndromets symptomer og ledsagende psykiske symptomer som for eksempel angst, uro, rysten, sveden, forhøjet puls og evt. temperaturstigning<sup>3;4</sup>. Det er problematisk, at konklusionerne i artiklen blandt andet bygger på artikler, der er mellem 21 og 37 år gamle.

De fleste danskere har prøvet en alkohol-afgiftning/afrusning, men de færreste har prøvet alkoholabstinenser. Og de allerfærreste abstinenskramper. Mange patienter med mange alkoholforgiftninger får aldrig abstinenser.

At ville psykologisere angsten i forbindelse med en afrusning således, at angsten medfører alkoholtrang, er en forkert fortolkning af et neurobiologisk fænomen<sup>3</sup>. Når patienten i forbindelse med en afgiftning begynder at tænke på alkohol, er det med stor sandsynlighed, fordi alkohol kan tage de begyndende abstinenser. Alkohol er et fremragende stof til behandling af abstinenser og har været brugt hertil for 100 år siden.

Morten Hesse anfører, at der er påvist en øget risiko for somatiske alkoholskader hos personer, der samler genstandene på få dage om ugen sammenlignet med dem, der fordeler genstandene over alle ugens dage, men denne sammenligning er helt forfejlet. Det har intet med sagen at gøre og beror på en helt anden mekanisme - formentlig i al sin simpelhed, at man opnår en højere alkohol-koncentration og dermed større skadevirkning, end hvis man fordeler de samme genstande på færre dage<sup>5</sup>. Der er ingen som helst dokumentation for, at det skulle have noget med de alkoholfrie dage at gøre. Tværtimod er der god dokumentation for, at reduktion eller ophør med at drikke for en person med et alkoholproblem reducerer risikoen for somatiske sygdomme<sup>6</sup>.

Det lyder, som om Morten Hesse mener, at afgiftning/afrusning er noget patienterne deltager i, fordi deres behandler siger det eller intervenerer. Morten Hesse må leve langt fra den kliniske verden. Mange patienter møder netop op i alkoholbehandlingen, fordi de ikke kan styre alkoholindtaget p.g.a deres alkoholafhængighed og beder om hjælp. Hvis man kunne sørge for, at de kunne 'stabilisere deres alkoholforbrug', var den

gordiske knude løst. Virkeligheden er sådan, at patienter bliver indlagt akut på psykiatrisk eller somatisk afdeling, enten fordi han eller hun er alkoholforgiftet eller allerede har udviklet ubehagelige abstinenssymptomer – eller henvender sig i et alkoholambulatorium for at få hjælp. Det er også velkendt, at nogle patienter kommer gentagne gange inden for kort tid. Er det disse patienter, vi skal sige til, at de skal gå hjem og drikke videre, eller hvem er det??

Det er muligt, at man kan finde et lille hjørne, der er interessant fra en hypotetisk synsvinkel, men fra en klinisk synsvinkel skal man selvfølgelig understøtte ethvert forsøg på at opnå vedvarende afholdenhed, blandt andet ved en god, aggressiv og evidensbaseret farmakologisk abstinensbehandling med benzodiazepiner som første valgs præparat<sup>7</sup>. Der er ingen dokumentation for, at andet end farmakologisk behandling, der adresserer de neurofysiologiske forstyrrelser, har effekt, heller ikke NADA akupunktur.

Fat mod, vi kan roligt afgifte/afrusne vores patienter med god samvittighed. Hvis afrusningen ledsages af tilstrækkelig farmakologisk abstinensbehandling, hindrer vi yderligere forværring af efterfølgende abstinensepisoder, risiko for delirium tremens og kramper, og i tilgift gør det beslutningen om at forblive ædru nemmere.

#### ULRIK BECKER

becker@dadlnet.dk / www.si-folkesundhed.dk

#### FINN ZIERAU

finn.zierau@sof.kk.dk - www.cfm.kk.dk

#### LITTERATUR

- (1) Hesse M. Afgiftning igen... og igen - er det en god ide? STOF nr. 16. 2011.
- (2) Booth BM, Blow FC. The kindling hypothesis: further evidence from a U.S. national study of alcoholic men. *Alcohol Alcohol* 1993 Sep;28(5):593-8.
- (3) Breese GR, Sinha R, Heilig M. Chronic alcohol neuroadaptation and stress contribute to susceptibility for alcohol craving and relapse. *Pharmacol Ther* 2011 Feb;129(2):149-71.
- (4) De Witte P, Pinto E, Anseau M, Verbanck P. Alcohol and withdrawal: from animal research to clinical issues. *Neurosci Biobehav Rev* 2003 May;27(3):189-97.
- (5) Tolstrup JS, Jensen MK, Tjønneland A, Overvad K, Grønbaek M. Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women. *Addiction* 2004 Mar;99(3):323-30.
- (6) Grønbaek M, Johansen D, Becker U, Hein HO, Schnohr P, Jensen G, et al. Changes in alcohol intake and mortality: a longitudinal population-based study. *Epidemiology* 2004 Mar;15(2):222-8.
- (7) Sundhedsstyrelsen CfEoMT. Alkoholbehandling - en medicinsk teknologivurdering. [8(2)], 1-220. 2006. København, Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og medicinsk Teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering. Kristensen, F. B., Hørdler, M., and Bakketeig, L.

