

Birgit Trembacz
Lisbeth Juul Hansen

ALKOHOL & AFHÆNGIGHED

- en psykosocial og
neuropsykologisk synsvinkel

Videnscenter om Alkohol

Alkohol
afhængighed

Alkohol & afhængighed

en psykosocial og neuropsykologisk synsvinkel

Birgit Trembacz og Lisbeth Juul Hansen

Videnscentrets skrifter kan frit citeres, dog med tydelig angivelse af kilden. Publikationer, der omtaler, anmelder, henviser til, gør uddrag af eller gengiver dele af videnscentrets publikationer, bedes tilsendt centret.

Publikationen kan købes ved henvendelse til:

Videnscenter om Alkohol

Jægersborg Allé 139

DK - 2820 Gentofte

Tlf. 3976 3505

Fax. 3975 0930

E-mail: viden@via-alkohol.dk

www.via-alkohol.dk

ISBN 87-987654-1-8

Omslag: Net Bureauet

Oplag: 1.500

Tryk: Eks-Skolens Trykkeri ApS.

Illustration: Cruveilhier, J.: *Traité d'anatomie descriptive*. Tome 3. Paris, 1871.

Herfra: Hjernens set nedefra. Fig. 130, p.444

Indholdsfortegnelse:

Forord	9
Præsentation af indholdet	11
Indledning	12
Hvad er alkohol	13
Storforbrug og afhængighed	14
Alkoholafhængighedssyndromet	14

Del 1. Psykosociale synsvinkler

Kapitel 1. Hvorfor bliver man afhængig	16
Forskellige terapiers syn på psykologiske årsagsfaktorer	17
Psykodynamisk	17
Eksistentiaistisk	17
Kognitiv/adfærdsterapeutisk	17
Systemisk	17
Minnesotabehandlingen	17
Familiære faktorer	18
Sociokulturelle faktorer	19
Kapitel 2. Kort og langtidsvirkning af alkohol	21
Alkohols korttidsvirkning på personligheden, den akutte rus	21
Forskellige terapiers syn på alkoholbehandling	22
Den psykodynamiske	22
Den eksistentielle	23
Den kognitive og adfærdsterapeutiske	23
Den systemiske familiebehandling	24
Minnesotabehandlingen	26
Sociale konsekvenser	28
Alkohols indflydelse på søvn og drømme	28

Kapitel 3. Generelle behandlingsmæssige overvejelser	30
Kommer man over det, når man holder op med at drikke	30
Behandlingsmål og behandlingplan	31
Årsager/konsekvenser	32
Rusens kompensatoriske aspekt	32
Tvang/trods	32
Familien, børnene og de unge	33
Genopbygning af psyke og socialt liv, herunder familien	33

Del 2. Neuropsykologiske synsvinkler

Kapitel 4. Hvorfor bliver man afhængig	36
Biologiske faktorer	36
Serotonin og dopamin	37
Gen/teorien/arvelighed	38
Socialt betingede udviklingsforstyrrelser	39
Kapitel 5. Kort og langtidsvirkning af alkohol. Påvirkning af hjernen	41
Den akutte rus	41
Langtidsvirkninger af alkohol	42
Hjernens funktionsmåde	42
Påvirkning af hjernen	43
Personlighedsændringer ved langvarig brug	43
Funktionsnedsættelser efter afhængighed af alkohol	44
Højre hjernehalvdel, indsigt og helhed	45
Frontal-lapperne	47
Social kompetence	47
De eksekutive funktioner	48
Sociale konsekvenser	49
Hukommelse og koncentration	50
Hjernestammen	50
Koncentration og hukommelse	51

Kapitel 6. Neuropsykologiske behandlingsperspektiver	53
Kommer man over det, når man holder op med at drikke	53
Genoptræning af mentale funktioner efter storforbrug og afhængighed af alkohol ..	54
Psyke eller hjerne? - Hvordan kan man skelne og behandle	56
Afsluttende betragtninger	60

Tillæg

Alkohols helbredsmæssige konsekvenser	61
Abstinenser	61
Påvirkning af hjernen	62
Lillehjernen	62
Svære hukommelsesproblemer. Korsakoff-psykose	62
Sygdomme i indre organer	63
Leveren	63
Bugspytkirtlen	63
Hjerte	64
Forplantningen	64
Litteraturliste	65

Videnscenter om Alkohol

Denne publikation, »Alkohol og afhængighed - en psykosocial og neuropsykologisk synsvinkel«, er den første publikation Videnscenter om Alkohol udsender. Videnscentret er en selvejende, landsdækkende institution under Socialministeriet, hvis formål er at bidrage til indsatsen mod alkoholmisbrug. Centret indsamler, bearbejder og formidler viden inden for alkoholområdet blandt andet ved at udgive en publikation som denne. Idéen med publikationen er at styrke den opfattelse, at behandling nytter, samt at understrege vigtigheden af et helhedssyn på behandling over for den enkelte person med et alkoholproblem.

En grundig viden om generelle psykiske og sociale konsekvenser af alkoholafhængighed og de skadelige virkninger på hjernens funktioner, fremmer forståelsen af, hvad alkohol sætter i gang. Videnscentret ønsker samtidigt at fremme forståelsen for, at der altid kan skabes forbedringer i misbrugerens situation, såvel fysisk som psykisk og socialt.

Publikationen beskriver og sammenkæder nogle meget forskellige forsknings- og behandlingsmæssige vinkler på alkoholafhængighed. For videnscentret er det afgørende, at de mange personer, der arbejder med alkoholproblematikken, hvadenten det er som professionelle eller i frivilligt socialt arbejde – kan blive mere vidende, og dermed bedre rustet og inspireret til arbejdet.

De to forfattere, psykologerne Birgit Trembacz og Lisbeth Juul Hansen har udarbejdet publikationen for centret. En særlig tak til psykiateren, overlæge Finn Zierau fra Alkoholenhederne i Hovedstadens Sygehusfællesskab samt neuropsykolog på Videnscenter for Hjerneskadete, Brita Øhlenschläger, der har gennemlæst materialet og givet deres kommentarer. Endvidere tak til Danmarks Natur- og Lægevidenskabelige Bibliotek, der har rådgivet og stillet illustration til rådighed.

Peer Aarestrup
Centerleder

Forord

Der er ikke, og vil sandsynligvis aldrig findes en enkelt årsag til, at mennesker får alkoholproblemer. Der er brug for at tænke bredt, og vi har derfor forsøgt at sammenstille psykosociale og neuropsykologiske indfaldsvinkler, for derigennem at give mulighed for en bredere forståelse af problemfeltet.

Man finder uheldigvis stadig holdninger som: »De skal bare tage sig sammen« eller »han har rygrad som en regnorm«. En moralsk og fordomsfuld opfattelse af personer med alkoholproblemer smitter af på de medfølgende interventioner; – i værste fald udført af velmenende amatører, som mener, at blot man bruger sin fornuft og almene viden, kan man hjælpe mennesker med alkoholproblemer.

Det er imidlertid et langt mere kompliceret behandlingsområde, hvor selv garvede behandlere med mellemrum kan komme i tvivl om den rigtige måde at hjælpe på.

Det er muligt, at nogle erfaringer fra det neuropsykologiske arbejdsområde kan udvide forståelsen af mennesker med alkoholproblemer.

I denne publikation har vi vægtet bredden og overblikket fremfor detaljen, (uden dog at have vist hele bredden). Vores overvejelser er ikke udtømmende, men skal ses som en summarisk præsentation af nogle af de mest udbredte forståelser, forklaringer og behandlingsideologier, der findes indenfor området i Danmark i dag.

Publikationens målgruppe er fortrinsvis studerende, socialarbejdere, terapeuter, læger og andre behandlere indenfor alkoholområdet, som har brug for et overblik. Forhåbentligt vil materialet også kunne benyttes af professionelle i tilstødende områder, eksempelvis sagsbehandlere i den offentlige sektor, privatpraktiserende læger, psykologer, neuropsykologer og psykiatere.

Det primære fokus ligger på de mennesker, der er blevet afhængige af alkohol. Vi skelner disse fra storforbrugere, men da det er svært at sige præcis, hvornår

man er blevet afhængig af alkohol, vil nogle af beskrivelserne også kunne omfatte de storforbrugere, som er godt på vej til at blive afhængige. Den litteratur der henvises til, skelner heller ikke altid klart mellem de to grupperinger. Her har vi med udgangspunkt i vore erfaringer foretaget nogle skel af hensyn til læseværdigheden og tilgængeligheden til stoffet.

I de tilfælde, hvor vi henviser til både storforbrug og afhængighed bruger vi betegnelsen alkoholproblemer.

Forfatterne er begge cand. psych.

Birgit Trembacz har fra 1985 arbejdet med teori- og metodeudvikling indenfor alkohol- og familiebehandlingsområdet. Desuden med behandling af storforbrugere og alkoholafhængige i offentligt- (Hovedstadens Sygehusfællesskab), halvoffentligt- (Blå Kors) samt privat regi (Familieterapeutisk Center, København). B.T. har de senere år haft særlig fokus på uddannelse og supervision af terapeuter, rådgivere og læger, og har netop afsluttet et to-årigt alkohol- og familiebehandlingsprojekt for familier med alkoholproblemer.

Lisbeth Juul Hansen er neuropsykolog og har siden 1993 fortrinsvis arbejdet med genoptræning af hjerneskadede. Hun er p.t. leder af et daghøjskoleprojekt for lettere hjerneskadede og mennesker, der er ramt af piskesmæld.

Det skal understreges, at begge forfatters teoretiske og metodiske ståsted (trods en tilstræbt neutralitet) nødvendigvis har præget udvælgelsen og præsentationen af de perspektiver, der ses i denne publikation. Derfor skal det nævnes at B.T. primært er orienteret mod systemisk teori- og familiebehandling, medens L.J.H. arbejder indenfor den holistiske genoptræningstradition, der lægger vægt på samspillet mellem hjerneskade, personlighed og livsverden.

Præsentation af indholdet

Efter dette forord bringes en kort indledning, hvor nogle af alkoholens psykologiske, sociale, kulturelle og kemisk/biologiske funktioner beskrives. Begreberne storforbrug og alkoholafhængighed defineres.

Dernæst består publikationen af to dele, hvor første del indeholder psykosociale perspektiver og anden del neuropsykologiske perspektiver. Det er vores ønske, at de to synsvinkler supplerer hinanden. Vi har derfor struktureret hver del på samme måde, med tilnærmelsesvis de samme hovedoverskrifter.

I kapitel 1 og 4 beskrives forskellige årsagsforklaringer indenfor henholdsvis det psykologiske/sociale/kulturelle og det biologisk/genetiske område.

I kapitel 2 og 5 beskrives kort- og langtidsvirkninger af et storforbrug, i særdeleshed ift. et afhængigt forbrug.

Vi kommer i kapitel 2 ind på behandlingsmodellernes forskellige synsvinkler med særlig fokus på psykologiske, familiære og sociale konsekvenser af et afhængigt alkoholforbrug. I dette kapitel findes også behandlingsmæssige overvejelser. Disse bygger primært på B.T.'s erfaringer fra 10 års behandlingspraksis.

Kapitel 5 giver en nærmere beskrivelse af de ændringer og funktionsnedsættelser af hjernen, man kan finde hos alkoholafhængige.

I kapitel 3 og 6 findes generelle behandlingsmæssige overvejelser set fra henholdsvis en klinisk psykologs og en neuropsykologs synsvinkel.

Afslutningsvis har vi i kapitel 7 forsøgt at kombinere de to synsvinkler, psykologien og neuropsykologien, med udgangspunkt i nogle af de dilemmaer man kan opleve i praksis.

For overskuelighedens skyld har vi desuden lavet et mindre tillæg, med en beskrivelse af alkoholproblemers helbredsmæssige konsekvenser.

Indledning

Alkohol er det mest tilgængelige rusmiddel, vi kender i den vestlige verden. Det er sandsynligvis også det ældste, da man kan finde tegn på produktion af alkohol helt tilbage til oldtiden. Det er kun få kulturer, der ikke har kendt til alkohol, heriblandt nævnes enkelte eskimostammer og amerikanske indianerstammer, samt indfødte australiere.

Alkohols evne til indledningsvis at fremkalde eufori og opstemthed har betydet, at den igennem tiden ofte er blevet brugt i religiøse ceremonier, magi og forberedelse til krig, og vi finder stadig rester af den ceremonielle brug bl.a. i den kirkelige nadver. Alkohol er blevet en del af vores kultur.

Psykosocialt set kan alkohol bruges på mangfoldige måder. Alkohol kan virke søvndyssende, opkvikkende, kan fremkalde kærlige eller aggressive følelser, kan få et menneske til at føle sig som den allerdejlige i verden, og et andet menneske til at føle sig som den mest usle. Nogle kan blive indadvendte, andre det modsatte. Andre igen bruger alkohol til at dæmpe smerter og angst. Unge kan bruge alkohol til at eksperimentere med egne grænser. Alkohol kan bruges til mangt og meget.

Desværre har den udbredte brug af alkohol også omkostninger, og det er nogle af disse ubehagelige psykosociale, fysiologiske og neurologiske følgevirkninger denne publikation vil belyse. For at kunne dette, har vi fundet det nødvendigt kort at præsentere grundlaget for de forskellige indfaldsvinkler til at forstå alkoholproblemer.

Hvad er alkohol?

Vi kalder alkohol for en stimulans, men i realiteten tilhører alkohol de såkaldte depressiver, dvs. stoffer, der ikke stimulerer, men derimod hæmmer en lang række af aktiviteter og funktioner i hjernen.

I samme gruppe finder vi sovemidler og de såkaldte benzodiazepiner, som kendes under firmanavne som valium og stesolid.

Fælles for disse stoffer er den beroligende effekt.

Den ses tydeligst hos de to sidstnævnte, eftersom de er beregnet på at hæmme de centre i hjernen, der holder os vågne og opmærksomme, samt de dele af hjernen der er aktive, hvis man er angst. Alkohol virker langsommere og hæmmer andre funktioner, hvilket vi vender tilbage til.

Derudover er det fælles for disse stoffer, at:

- langvarig brug kan medføre afhængighed
- abstinenssymptomerne for de forskellige stoffer ligner hinanden
- man kan afhjælpe abstinenser fra et af stofferne med et andet stof fra samme gruppe
- man kan udvikle tolerance over for effekten af et af stofferne
- man kan udvikle krydstolerance (øget tolerance for de andre stoffer i gruppen), hvilket kan øge risikoen for blandingsmisbrug
- en overdosis kan være livstruende.

Storforbrug og alkoholafhængighed

Der har i tidernes løb været mange forskellige definitioner på et alkoholproblem: Alkoholmisbrug, skadeligt forbrug, episodisk forbrug, addictivt forbrug, overforbrug, alkoholisme m.m.

Indtagelse af alkohol bliver problematisk, når forbruget øges til et potentielt skadevoldende niveau. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kvinder ikke indtager mere end 14, og mænd ikke mere end 21 genstande pr. uge. Genstandsgrænserne er defineret ud fra forskningsresultater, der peger på, at større forbrug øger risikoen for fysiske skader.

Man kan dog forestille sig en kvinde, der drikker 14 genstande mellem kl. 18 og 24 hver fredag aften. Drikkeriet foregår på forskellige værtshuse, og hun har ladet sine to mindre børn være alene derhjemme. Beruselsen medfører, at kvinden til tider bliver aggressiv, til tider seksuelt indladende, endog overfor mænd hun ellers ikke ville søge kontakt med. 14 genstande pr. uge kan være for meget for nogle, når man inkluderer alkoholforbrugets psykosociale konsekvenser. I det følgende skelnes mellem et storforbrug og et afhængigt forbrug.

Et **storforbrug** kan defineres som et forbrug, der genstandsmæssigt overskrider Sundhedsstyrelsens anbefalinger (14/21). Som påpeget i det ovenstående eksempel er antal genstande dog ikke nødvendigvis proportionel med alvoren af de psykosociale følgevirkninger.

Et højt antal genstande behøver heller ikke vise hen til, at et menneske er afhængig af alkohol. Hertil kræves opfyldelse af andre kriterier.

Defineret af WHO, (Geneve, 1992).

Definitionen er hyppigt anvendt, også internationalt set. Man skal, indenfor de sidste 12 måneder, have haft tre af følgende seks symptomer for at have udviklet afhængighedssyndromet:

1. Craving (fysisk eller psykisk oplevet trang til alkohol).
2. Tolerans (stigende forbrug set over en årrække).

Alkohol-afhængigheds-syndromet

3. Abstinenser ved nedsættelse/ophør af alkoholindtag (uro, rastløshed, hjer-tebanken, sveden m.m.).
4. Drikke videre trods viden om negative konsekvenser ved fortsat brug.
5. Mindsket interesse i den sociale omverden (fokus er primært på alkohol).
6. Kontroltab (at fortsætte med at drikke trods beslutning om at stoppe/-begrænse forbruget).

Der vil ofte være tale om glidende overgange mellem et storforbrug og en afhængighed. Ingen med et afhængighedssyndrom har stået ved et bestemt punkt i deres liv, hvor de har kunnet sige: »nu har jeg de og de symptomer, så jeg udvikler nok snart et afhængighedssyndrom«.

Nogle bliver afhængige efter bare to års storforbrug. Andre efter 20 år. Der er forskningsresultater, som peger på, at kvinder hurtigere end mænd udvikler et afhængighedssyndrom. Mange tror endvidere, at man skal drikke hver dag og/eller skal starte dagen med at have noget at drikke, for at være afhængig af alkohol. Sådan forholder det sig langt fra.

De allerfleste med et afhængigt forbrug af alkohol ved, at der er noget galt, og holder kortere eller længere pauser, hvor de slet ikke drikker, eller drikker ganske lidt. Almindeligt er dog, at forbruget løber løbsk i perioder. Mange oplever det som at spille russisk roulette. De bestemmer tilsyneladende ikke helt, hvornår og hvordan den næste drikkeperiode bliver.

Nogle drikker heftigt 1-2 uger pr. år. Andre drikker 3 uger hver 2. måned. Andre igen drikker hver torsdag, fredag og lørdag. Eller nogle drikker i 2-3 uger, er på abstinensmedicin i 2 uger for herefter at drikke 2-3 uger igen. Osv.

Hvis forbruget stiger støt, set over en årrække, er det et advarselssignal, man bør tage alvorligt.

I dette afsnit har vi kun defineret storforbrug og alkoholaafhængighed. Således har vi valgt ikke at bruge begreberne misbrug og alkoholisme, da de ofte forbindes med en moralsk og stemplende holdning. Begreber anvendt indenfor psykiatrien er også blevet fravalgt.

Del 1. Psykosociale synsvinkler

KAPITEL 1.

Hvorfor bliver man afhængig?

Udviklingen af afhængighed er både fysiologisk, men også psykologisk og socialt betinget. Nogle mennesker føler, at de behøver en drink for at kunne tackle bestemte situationer. Andre befinder sig i et socialt- eller arbejdsmæssigt miljø, hvor alkohol er så central, at det er svært at deltage i det almindelige liv uden en drink. Brugt på denne måde er begrebet dog ikke særlig brugbart til at identificere, hvilke mennesker der har brug for hjælp. Som oftest vil det være den fysiske afhængighed, der tvinger et menneske til at søge behandling. Men behandlingen skal også kunne tage højde for den psykosociale afhængighed, idet denne er ret så afgørende for, om personen får nedsat eller stoppet sit alkoholforbrug.

Der er endnu ingen, der har kunnet påvise én bestemt udløsende faktor for udviklingen af afhængighed af alkohol. Nogle mener, at det kun er de biologiske og/eller genetisk disponerede, der kan udvikle afhængighedssyndromet. Andre hælder til den opfattelse, at alle kan udvikle afhængighed.

Et psykosocialt faresignal i forhold til at kunne være i gang med at udvikle en afhængighed kan være, hvis personen bruger alkohol som en krykke. Hvis der er et givent problem, man ikke magter i tilværelsen uden at skulle drikke (falde i søvn, sige fra, vise kærlighed, fungere i sociale sammenhænge etc.), øges risikoen for på længere sigt at udvikle en afhængighed.

Forskellige terapiers syn på psykologiske årsagsfaktorer

Der findes mange forskellige psykologiske forklaringsmodeller. Forskningen indenfor området er stadig på et meget indledende stadie. I kap. 2 præsenteres forskellige psykologiske teoriers opfattelse af familiemønstre og den alkoholafhængiges personlighed samt ændringer i denne. Implicit i disse beskrivelser findes også visse årsagsforståelser, hvilke kort skal introduceres her:

Med et *psykodynamisk perspektiv* menes, at intrapsykeiske konflikter i barndommen kan medføre mangelfuld udvikling af selvfølelse og selvværd, et stærkt fordømmende overjeg, en utilstrækkelig jegudvikling m.m. Intrapsykeiske konflikter og mangelfuld selvudvikling kan medføre, at man kommer til at drikke for meget alkohol (Løfgren, 1982).

Ud fra et *eksistentialistisk perspektiv* har man primært fokus på, at personen har ret til, og måske problemer med at vælge og prioritere i sit eget liv, på en måde så livet bliver tilfredsstillende. En persons ambivalens og medfølgende ustabile motivation, (som altid er afhængig af et samspil med omverdenen), ses som nogle væsentlige forklaringer på, at nogle har et vedvarende alkoholproblem (Di Clemente og Hughes, 1990).

Med et *kognitiv/adfærdsterapeutisk perspektiv* fokuseres på uhensigtsmæssige tankemønstre og indlært vaneadfærd som årsager til, at mennesket kan få et problematisk forhold til alkohol. (Gorski, 1 og 2, 1997, Marlatt, 1985).

Med et *systemisk perspektiv* skiftes fokus fra intrapsykeiske til interpersonelle årsagsforklaringer. Man ser problemet som opstået i et samspil mellem den enkelte og omverden. Der findes aldrig én årsag, der alene fører til et alkoholproblem. Årsager og konsekvenser indgår i et kompliceret samspil med hinanden (cirkulær årsagsforståelse). Man fokuserer på fastlåsthed i systemet. Disse kan fx være orienteret mod relationer, kommunikation og et systems organisering (struktur) (Bygholm Christensen, 1994, 1997, Bateson, 1978, Trembacz 1999, 1).

Indenfor *Minnesotabehandlingen* har man siden 1950'erne haft som grundholdning, at alkoholafhængighed er en biologisk/genetisk betinget sygdom.

Psykosociale faktorer spiller også ind ift., om sygdommen kommer til udbrud. Her taler man om en slags allergi, hvor personen ikke kan tåle alkohol, som en diabetiker ikke kan tåle sukker. Behandlingsmålet er altid totalafholdenhed, idet man ikke mener, at en alkoholafhængig nogensinde vil kunne få et såkaldt normalt forhold til alkohol (Kurtz, 1991).

Sammenfattende om de forskellige behandlingsideologier kan siges, at de sjældent findes i rendyrket form. I virkelighedens verden ses ofte behandlingstiltag, der inddrager lidt fra forskellige retninger.

Ligeså kan man indenfor den samme behandlingsideologi finde forskellige behandlingsmål. Nogle arbejder med totalafholdenhed, andre med drikkeophør med tilbagefaldsmestring, andre med kontrolleret drikning, andre igen med en længere afholdenhedsperiode afløst af forsøg på at drikke kontrolleret.

Væsentligt er dog, at de allerfleste behandlingstiltag i dag medtænker muligheden for tilbagefald, og ikke ser disse som udtryk for fejlslagen behandling eller værre endnu – som manglende samarbejde fra klientens side.

Familiære faktorer

Stanton (1979) har påpeget, at det ser ud til, at nogle familiestrukturer ses hyppigere i familier, hvor især den yngste i en søskendeflok senere udvikler et alkoholproblem: En fjern far og overansvarlig mor, hvor der er en tendens til, at man i familien forholder sig på en overinvolveret måde til hinanden, øger risikoen for et senere alkoholproblem. En pointe er også, at mønstret, som det er kendt fra primærfamilien, kan gentages i den familie, man selv får opbygget.

Vi ved også (Christensen, 1992, 1994), at børn, der vokser op i en familie med alkoholproblemer, lever med en høj belastningsgrad. Det er faktorer som uforudsigelighed, højt stressniveau, for stort ansvar, hemmeligholdelse m.m., som er med til at belaste barnet. Børn og unge fra familier med alkoholproblemer lærer for eksempel at:

- tage hensyn til andre, men glemme sig selv
- tro, at det er deres skyld, at familien har det svært
- bevare problemet som en hemmelighed

- have mistillid til andre
- søge trykthed gennem kontrol af omgivelserne.

Denne sociale og psykologiske indlæring er med til at øge risikoen for senere selv at udvikle et problematisk forhold til alkohol.

Men det er ikke alle børn, som vokser op i familier med alkoholproblemer, der senere får et alkoholproblem. Nogle af de faktorer, der kan beskytte barnet er for eksempel, at der findes andre voksne i barnets netværk, som kan lytte til, respektere og hjælpe barnet (ibid).

Sociokulturelle faktorer

Mennesket eksisterer i en social og kulturel sammenhæng, som også har stor betydning for, hvordan og hvor meget alkohol bruges. Alkohol kan være:

- et time-out middel i en ellers stresset tilværelse
- et middel til at skabe fællesskab og samhørighed i et samfund, der er opsplittet og isolerer mange mennesker
- en trøster og ven, når man har mistet og/eller er i krise
- en opvikker, hvis man skal yde en ekstraordinær indsats på arbejdspladsen, i hjemmet etc.
- angstdæmpende for de, der er usikre i sociale sammenhænge.

Et samfunds alkoholpolitik samt de mere implicite rammer og regler for forbrug, som er indlejret i kulturen, er også faktorer, der er med til at bestemme og styre den enkeltes forbrug af alkohol. Sundhedsstyrelsens uge 40 kampagner kan for eksempel være med til at inspirere os til at:

- være bevidste om vores forbrug (genstandsgrænser)
- få sundere drikkevaner (drik vand til vin etc.)
- opdage at de pårørende og børnene også lider under problemet.

Et samfunds kontrol- og afgiftspolitik vil også kunne være med til at styre forbruget i bestemte retninger (mindre snaps, men mere øl. Færre øl, men mere vin).

Spørgsmålet er dog, om fx højere priser og flere indskrænkninger i forbrugsmulighederne medfører et samlet lavere forbrug.

Danmarks liberale politik på området, må formodes at bygge på den antagelse, at mere kontrol og styring ikke vil minimere danskernes alkoholforbrug og/eller alkoholproblemer.

Man må dog sige, at den seneste stramning, hvor det er blevet forbudt børn under 15 år at købe alkohol, har været et vigtigt budskab at sende til de unge, men måske i særdeleshed til de voksne.

Kort- og langtidsvirkning af alkohol

Når man taler om alkohols virkning på personligheden, må man for det første skelne mellem de ændringer, der sker under den akutte beruselse, og de ændringer der kan ses efter langvarig brug af alkohol. For det andet må der skelnes mellem storforbrugere, og de, der har udviklet et afhængigt forbrug af alkohol.

Endvidere er der, afhængig af hvilken psykologisk og terapeutisk referenceramme man vedkender sig, fokus på forskellige sider af personligheden og/eller familien. Derfor vil dette kapitel også indeholde korte beskrivelser af de forskellige retningers syn på problemet og løsningerne. Forskellighederne bør ikke ses som modsætninger i konkurrence med hinanden, men som forskellige synsvinkler, der kan supplere hinanden, idet de ser på forskellige aspekter af den menneskelige eksistens.

Alkohols korttidsvirkning på personligheden

Den akutte rus

Dr. Jekyll og Mr. Hyde-metaforen rammer plet for manges vedkommende. Både storforbrugeren og den alkoholafhængige kan skifte personlighed i forbindelse med påvirkning af alkohol. Typisk vil den person, der ellers er underdanig og selvudslettende, kunne blive brovtende, selvhævdende og aggressiv. Eller den stærke, optimistiske og dominerende kan blive svag, selvudslettende og pessimistisk. Den glade kan blive trist og vice versa. Således kan det antages, at rusen giver personen mulighed for at få kontakt med og vise gemte eller glemte sider af personligheden.

Nogle få oplever dog ikke disse mere dramatiske skift af personligheden, men får snarere forstærket den tilstand, som de er i, inden de begynder at drikke. Dette ses dog mere udpræget hos normalforbrugere og storforbrugere. De positive ændringer i forbindelse med den akutte rus forsvinder dog efter lang tids forbrug af alkohol. Den der er blevet afhængig af alkohol, drikker som oftest blot for at holde abstinenserne fra livet eller for at komme til at føle sig tilnærmelsesvis i normal tilstand.

Forskellige terapiers syn på alkoholbehandling

Personlighedsændringer hos et menneske, der igennem en længere årrække har haft et alkoholproblem, kommer som oftest snigende og gradvist. Ligeså forholder det sig med ændringer i familien.

I det følgende vil blive nævnt nogle få af de mange retninger, der beskæftiger sig med emnet. Udvælgelsen er foregået ud fra et ønske om at nævne de mest anvendte teorier på området (dog ikke i prioriteret rækkefølge).

Den **psykodynamiske behandling** (se Løfgren, 1982) har fremhævet, at den alkoholafhængiges personlighed viser tendenser til:

- umodenhed og uansvarlighed
- impulsstyring
- dependens (følelsesmæssig afhængighed)
- asocial adfærd (alkohol får første prioritet)
- følelsesfladhed
- skam- og skyldfølelser

Personen vil primært fungere med primitive forsvarsmekanismer såsom:

- benægtten (– jeg har ikke noget problem)
- udadprojicering (– det er fordi manden er dum, skattevæsenet er efter mig etc.)
- idyllisering (– min familie fungerer så godt)
- rationalisering (– jeg drikker, fordi det er den bedste måde at slappe af på, og når jeg arbejder så hårdt, må man vel have lov til...)
- eksterne kontrol (– jeg kan ikke selv styre det).

Ud fra den psykodynamiske teori og metode vil man arbejde hen imod at løse intrapsykiske konflikter, og øge personens selvindsigt. Ligeså vil man søge at hjælpe personen til at udvikle nye og mere hensigtsmæssige forsvarsmekanismer. Denne form for behandling er dog sædvanligvis langvarig og dyr. Da den heller ikke har vist sig speciel anvendelig overfor mennesker med alkoholproblemer, anvendes den kun i begrænset omfang. Mange af begreberne findes og bruges dog stadig i den sociale sektor og behandlingssektoren. Også indenfor Minnesotabehandlingen findes beskrivelser af den alkoholafhængige, der tager udgangspunkt i dele af den psykodynamiske teori. Ligeså kan man på

almindelige hospitalsafdelinger, hos mange psykiatere og hos nogle privatpraktiserende psykologer finde denne teori som grundlag for at forstå mennesker med alkoholproblemer.

Den eksistentiale terapi. Nyere forskning (DiClemente og Hughes, 1990, Miller og Rollnick, 1991) har påvist, at den alkoholafhængiges måde at være og reagere på, altid skal ses i samspil med omverden. Klientens ambivalente holding til sit alkoholforbrug ses ikke blot som intrapsyriske størrelser, der er uafhængige af omverden, egen alder, etc. For eksempel vil en moraliserende og konfronterende holdning hos den pårørende/rådgiveren/behandleren kunne fremkalde eller forstærke de reaktioner, som, indenfor psykodynamisk tænkning, benævnes: benægten, idyllisering og rationalisering.

Med en eksistentiale holdning lægges vægt på, at personen har ret til at foretage egne prioriteringer og valg. Denne holdning medfører fx, at samtaleprocessen bliver styret via en passende balance mellem forståelse, accept og udfordring (Trembacz, 1999).

Den kognitive og adfærdsterapeutiske behandling fokuserer på menneskets tanke- og handleprocesser. Enhver opstået situation vil kunne ansues som et felt af tanker, følelser, handlinger og fysiologiske reaktioner. Som udgangspunkt antager den kognitive terapi, at mennesket gennem sit liv og sine erfaringer opbygger en grundholdning til, hvad det kan forvente af verden og sig selv. Denne grundholdning er skjult for personen selv, men afspejles i de tanker mennesket gør sig om sig selv og sin omverden. Disse tanker vil påvirke personens følelser, kropsfornemmelser og handlinger (Gorski, 1 og 2, 1997, Marlatt, 1985).

Eftersom det er særdeles vanskeligt at styre følelser og kropsfunktioner, sigter kognitiv terapi mod, at personen lærer at modificere destruktive tanke- og handlemønstre.

Hos et menneske, der har udviklet en afhængighed af alkohol, kan ses nogle tankemønstre, som nærmest har tvangsmæssig karakter. Tanken om at drikke bliver så dominerende og altomfattende, at personens viljestyrke tilsyneladende

de bliver sat ud af kraft, og han/hun begynder at drikke igen trods tidligere beslutning om at være afholdende.

Kognitiv/adfærdsterapeutisk behandling handler blandt andet om at opdage de automatiske – ofte negative og destruktive – tankemønstre, der fører til, at personen drikker mere, end han ønsker:

- Jeg knokler og knokler, men ingen anerkender min indsats. Jeg kan lige så godt drikke.
- Hvor er jeg dum og intetsigende, de andre kan ikke lide mig... hvis jeg drikker bliver jeg mere fri.

Herefter introduceres og indøves nye tankemønstre med tilhørende andre følelser og anden adfærd, hvilke hindrer eller minimerer alkoholforbruget/tilbagefaldet (Ludwig, 1988).

Nogle af disse behandlingstiltag tager udgangspunkt i den adfærd og ikke de tankeprocesser, der fører til drikkeadfærd.

Indenfor **systemisk familiebehandling** (Bygholm Christensen, 1994 og 1997, Trembacz, 1999 a) opfattes personligheden samt problemer hos den enkelte som noget, der er opstået og/eller fastholdt i et kompliceret samspil med omgivelserne. Årsag-virkningsforholdet betragtes som cirkulært, og man vil ofte finde, at såkaldte årsager til et problem er sammenblandede med konsekvenserne af selvsamme problem. Fx manden der mener, at konens konstante utilfredshed er årsag til, at han drikker for meget (konsekvensen), hvor konen mener, at drikkeriet er årsagen til hendes utilfredshed (konsekvensen). Ofte vil det være grundløst at forsøge at udrede årsagen til et eventuelt drikkeri, og hvis man endelig finder en plausibel forklaring, og ændrer på tingenes tilstand, vil dette ikke automatisk medføre, at drikkeriet ophører. Her kan læseren forestille sig metaforen »et brændende hus«, for den der har alkoholproblemet. Det nytter ikke noget, at undersøge sikringssystemet og skifte sikringer ud i årevis, mens huset brænder lystigt videre. Ilden skal også slukkes.

Alkoholproblemet bliver et selvstændigt problem, der også skal gøres noget ved.

Sædvanligvis har man indenfor systemisk tænkning fokus på systemerne, hvori storforbrugeren/den alkoholafhængige indgår. Det kan være familien, arbejdspladsen, boligområdets miljø m.m. Man antager, at familiens organisering samt familiens og de enkelte familiemedlemmers måde at være i verden på, kan være medvirkende til, at et alkoholproblem opstår eller fastholdes.

I forhold til familiens organisering ser man ofte:

- rod i hierarkiet, hvor for eksempel barnet/børnene får voksenansvar
- over- eller underinvolvering, hvor familiemedlemmerne har svært ved at kende egne og andres grænser og ansvar
- rigide rammer, hvor familien isolerer sig fra omverden, og forsøger at skjule problemet.

Familiens selvforståelse og de enkelte familiemedlemmers selvforståelse (narrativer) er begrænsende, idet narrativerne ofte er negative og fastholder den enkelte og familien (– Vi er en familie med problemer. Det er flovt. Vi må hellere passe på, at ingen opdager det).

Ovenstående kan både ses som årsager til, men også som en konsekvens af et alkoholproblem. Der sker nemlig ændringer i familiens organisering og selvforståelse, når familien tilpasser sig den med alkoholproblemet. Familien isolerer sig, oplever det skamfuldt, og forsøger på forskellig vis at løse problemet. Dog ofte med den ulykkelige konsekvens, at forsøgene på at løse problemet kun forværrer dette.

Et par eksempler:

- Ægtefællen begynder at kontrollere og forsøger at styre den andens alkoholforbrug, som er ved at løbe løbsk. Dette medfører sædvanligvis trods og modreaktioner fra den med alkoholproblemet, der begynder at drikke i smug. Nu begynder en avanceret gemme-snyde leg, som kan foregå i årevis, og som er med til, at problemet kan fastholdes. Netop denne problematik ser man også tit, når den med alkoholproblemet bliver tvunget til at tage antabus.

- Ved en tiltagende uansvarlighed fra den drikkendes side, vil andre i familien begynde at tage mere ansvar, såsom at styre økonomien eller sygemelde partneren. Men ved at gøre dette, hindres den med problemet i at mærke konsekvenserne af sin adfærd, og problemet kan vedvare og forstærkes.

Ovenstående eksempler viser også hen til det meget anvendte begreb indenfor behandlerverdenen, som kaldes medafhængighed. De der er tæt på den med alkoholproblemet vil, med deres tilpassende eller evt. korrigerende tiltag, kunne være med til, at drikkeriet kan bestå.

Bateson (1978) har udviklet en teori om den alkoholafhængiges måde at være i verden på. Her antages, at den alkoholafhængige har en udpræget kamp- og konkurrencepræget indstilling til sig selv, andre mennesker og omverden. Denne livsstilsstrategi er på længere sigt uudholdelig for personen, som opdager, at rusen tilbyder et nødvendigt alternativ; at kunne opleve gensidighed og føle sig som del af et fællesskab.

Efterhånden som afhængigheden udvikles, og den alkoholafhængige får brug for hjælp, vil personligheden ændres i retning af at blive tvunget til at kunne modtage hjælp fra andre. Kamp- og konkurrencemotivet forsvinder, og personen bliver mere åben i sin indstilling til andre og livet. Symptomets (alkoholafhængighedens) funktion er således »at hjælpe« personen til at komme fri af den konkurrerende tilværelsesstrategi.

Minnesotabehandling. Der findes forskellige variationer af Minnesotabehandling. Fælles for dem alle er, at de bygger på AA's (Anonyme Alkoholikeres) filosofi og selvhjælpsgrupper (Kurtz, 1991). Denne filosofi går ud på, at den alkoholafhængige er blevet afhængig af alkohol grundet en biologisk/genetisk defekt kombineret med psykosociale faktorer. Alle de andre nævnte behandlingsmodeller inkluderer også muligheden for genetiske/biologiske årsagsfaktorer, men lægger nok mindre vægt på denne antagelse, end man gør i Minnesotabehandling. I Minnesotabehandling mener man derudover, at den alkoholafhængige har brug for et nyt sæt livsværdier (AA's 12 trin). Målet er altid totalafholdenhed. Behandlingen er meget struktureret, og tilbyder den alkoholafhængige en ny måde at forholde sig til sig selv og andre på.

De forskellige Minnesota-behandlingssteder adskiller sig fra hinanden med hensyn til graden af professionalisme. Steffen (1993) har for eksempel placeret behandlingsstederne på en skala, hvor man i den ene ende finder de steder, der fungerer mere som et hjem og som en storfamilie, og i den anden ende finder steder, der har udviklet en høj grad af professionalisme.

I det foregående er blevet beskrevet forskellige behandlingsmodellers opfattelse af et alkoholproblems følgevirkninger på det personlighedsmæssige og familiære område. Grundet de forskellige opfattelser af alkoholproblemets væsen er der også forskellig fokus på problemets løsninger.

Man kan ikke på nuværende tidspunkt afgøre, om én behandling er de andre overlegen. Dog ser det ud til at behandlingstiltag, der arbejder ud fra en kognitiv og/eller familierapeutisk referenceramme kan øge behandlingens effekt (Miller et al, 1995).

Endvidere ser man indenfor behandlingsforskningen en tendens til at søge svar på spørgsmålet: hvilke mennesker har brug for hvilken behandling på hvilket tidspunkt?

Matchningsprojekter er et forsøg på at besvare dette spørgsmål.

For eksempel kan klienter med et enten lavt konceptuelt niveau (ydre styrede) eller med et højt konceptuelt niveau (indre styrede), matches til behandlere med tilsvarende niveau, og en behandlingsmodel der enten er adfærdsterapeutisk (ydre styring) eller psykodynamisk orienteret (indre styring) (Nielsen et al, 1998).

Med de utallige klient/familie- og behandlingsvariable der findes, er der også et væld af variable, man kan forsøge at matche til hinanden. Forskningen har dog indtil nu ikke kunnet påvise en klar sammenhæng mellem matchning og behandlingseffekt.

Sociale konsekvenser af alkohol- problemer

Der er ingen tvivl om, at alkoholproblemer har mange konsekvenser på det sociale område.

Set fra et samfundsmæssigt perspektiv viser nyere opgørelser, (Sundhedsministeriet, 1997) at danskernes alkoholforbrug koster dyrt i form af sygedage, hospitalsindlæggelser, forringet arbejds kvalitet m.m. (12-16 milliarder pr. år).

Hvis man ser det fra den enkeltes synsvinkel, kan nogle af de sociale følger i forbindelse med et alkoholproblem være, at aggressioner vokser med vold til følge. Børn kan blive mishandlet og udsat for omsorgssvigt. Mange skilsmisser er forårsaget af et alkoholproblem. Alkohol er ofte indblandet i forbindelse med detentionsophold, kriminalitet, spirituskørsel og trafikuheld.

Dette er blot nogle af de sociale konsekvenser, der kan sættes i forbindelse med alkoholproblemer, og som i sidste ende kan medføre, at den enkelte bliver udstødt fra arbejdsmarkedet, familien og det sociale liv.

Desværre er den sociale deroute truende aktuel for mange med et langvarigt alkoholproblem.

I det følgende vil vi komme ind på, hvilke psykosociale konsekvenser et for stort alkoholforbrug kan have på søvn- og drømmemønstret.

Alkohols indflydelse på søvn og drømme

Alkohol kan, på kort sigt, virke beroligende og søvndyssende. Man falder hurtigt i søvn, men søvnen kan blive urolig med hyppige opvågninger. Alkohol hindrer endvidere drømmesøvnen (REM; rapid eye movement).

Der har været flere forskellige antagelser om, hvilken funktion drømme har. Nogle har været inde på, at det er en slags udrensningsproces, hvor alt unødvendigt bliver udskilt fra hjernen. Andre (Trembacz, 1989) mener, at drømme er med til at skabe balance og udvikling, personligheds mæssigt set.

Laboratorieforsøg (Kolb og Whishaw, 1990) har vist, at mennesket ikke kan undvære REM-perioderne. Særligt følsomme forsøgspersoner kan udvikle psykoser efter få dage, når de bliver vækket hver gang de bevæger sig ind i en REM-periode (4-5 perioder i løbet af en nat).

Delirium tremens er endvidere af nogle blevet forstået som »et gennembrud af drømme i vågentilstand« efter længere tids drømmedeprivation. Det er også almindeligt, at alkoholafhængige, når de stopper med at drikke, oplever mange voldsomme mareridt. Derfor kan det formodes, at for megen alkohol, også på de natlige drømmes domæne, er med til at skabe ubalance og onde cirkler.

Der findes ganske få, men interessante undersøgelser (Scott, 1968, Choi, 1973,) over alkoholafhængiges drømmeindhold. Gruppen bestod af 70 personer, som havde søgt behandling, og som var holdt op med at drikke. Det viste sig, at denne gruppes drømme, i forhold til en kontrolgruppes drømme, var mere konfliktfyldte med mange dilemmaer og offersituationer. Ligeså fandt man, at de alkoholafhængige, der havde natlige drømme, hvor de drak, havde en bedre prognose (holdt sig ædru i længere tid), end de der ikke havde drikke-drømme.

Behandlingsmæssigt kan det være en fordel at tale med den alkoholafhængige om eventuelle mareridt og/eller drikke-drømme. Mareridtene vil sædvanligvis forsvinde, hvis personen fortsat holder sig fra alkohol og samtidig tager sig selv og sit liv alvorligt. Drikke-drømmene, der af mange opleves som meget truende og rædselsfulde, kan betragtes som en hjælp til at holde sig ædru.

På lang sigt kan et storforbrug af alkohol påvirke »det indre ur« – kroppens egen mekanisme til at regulere organernes døgnrytmer. Det har også den effekt, at det bliver sværere at falde i søvn, samt at søvnen bliver overfladisk. Alkohol er derfor en dårlig sovemedicin.

Ovenstående behandlingsovervejelser er specifikt i forhold til den alkoholafhængiges søvn- og drømmemønstre. I næste afsnit findes nogle mere overordnede og generelle behandlingsovervejelser.

Generelle behandlingsmæssige overvejelser

Kommer man over det, når man holder op med at drikke?

De allerfleste oplever klare forbedringer i psykisk og social henseende blot ved at holde sig fra alkohol i en længere periode eller ved at nedsætte forbruget. Ofte er der dog brug for et enten rådgivnings- eller terapeutisk forløb, hvor personen/familien finder ud af at forholde sig til sig selv og omverdenen på nogle nye måder, som overflødiggør eller nedsætter rusbruget.

Det kan dog være endog meget svært at udvikle og bevare den konstante motivation, som skal til for at opnå en varig ændring, og tilbagefald kan da også forstås som en naturlig del af ændringsprocessen.

Det er vigtigt, at familie, venner, arbejdsplads etc. kan sige fra og hjælpe den med alkoholproblemet til at se og mærke, at alkoholforbruget er et problem. Nogle eller noget (fysikken, familien, arbejdet etc.) skal sige fra, dels fordi det sædvanligvis er bedst for de berørte parter, dels fordi det styrker en skrøbelig motivation hos den, der har alkoholproblemet.

Hvis personen søger professionel hjælp, er det vigtigt, at den professionelle har en respektfuld og indlevende holdning, samt accepterer personens aktuelle ønske om ændring. For eksempel udtrykkes en respektfuld holdning, når den professionelle er oprigtig interesseret i, hvilken funktion alkohol har haft for personen:

- – Hvordan har alkohol hjulpet dig?
- – Hvad er det alkoholen giver dig?
- – Hvad er det du godt kan lide ved at drikke?

Ofte vil personen så selv spontant fortælle om de negative sider, der er ved at drikke.

- Alkohol får mig til at slappe af, men min familie er ved at være træt af mit drikkeri.

Man kan hjælpe med at opstille dilemmaer: – På den ene side er det godt at kunne drikke fordi... men på den anden side synes du.....
Men overlad valg og beslutninger til den der har problemet.
Nogle rådgivere eller behandlere vil dog kunne komme i en situation, fx hvor børn er omsorgstruede, hvor det er nødvendigt at stille krav til ændring af drikkeadfærd. Disse krav bør være konkrete, enkle, klare og tidsbegrænsede i forhold til en evaluering, hvor en eventuel ny målsætning kan blive opstillet (SMART-skabelonen, se nedenfor). Hvis kravene ikke opfyldes, skal der opstilles klare konsekvenser med henblik på at sikre børnenes trivsel.

Behandlingsmål og behandlingsplan

Hos mennesker med alkoholproblemer findes store individuelle forskelle ift. hvor psykisk og socialt belastet personen er blevet. Sædvanligvis er storforbrugeren bedre i stand til at nedsætte og kontrollere sit forbrug. Målsætningen ift. den alkoholafhængige vil som oftest være totalafholdenhed eller længere og længere perioder uden alkohol med kortere og kortere drikkeperioder, eller drikkeophør med tilbagefaldsmestring. Men det er nødvendigt, at finde klientens egne ønsker, at acceptere disse, og hjælpe ham/hende til at sætte sig realistiske mål, som kan evalueres. På den måde vil personen gradvist kunne ændre målsætning afhængig af de indhøstede erfaringer.

En behandlingsplan bør være:

- **S**pecifik
- **M**ålelig
- **A**ccepteret af begge parter
- **R**ealistisk
- **T**idsspecifik

Det vil sige, at en behandlingsplan skal indeholde klare og præcise angivelser af fx alkoholbrug eller længde på periode uden alkoholbrug. Eventuelle undtagelser eller risikosituationer præciseres (specifik). Hermed fås et sigtepunkt, ud fra hvilket man kan måle sin indsats (målelig). Både behandler og klient skal kun-

ne tro, at målet er realistisk opnåeligt (accepteret og realistisk). Endelig skal der fastsættes en periode, hvori målet skal nås (tidsspecifik). SMART-skabelonen vil også kunne anvendes ift. målsætninger på det psykosociale-familiære område.

Årsager/ konsekvenser

Mange vil falde i den fælde, at søge og søge efter årsagerne til et alkoholproblem. Den med problemet vil være den ivrigste, fordi det vil være en befrielse at finde en logisk forklaring på det ulogiske alkoholproblem! Men alkoholproblemet forsvinder som oftest ikke, selv om man mener at have fundet årsagerne, og har udbedret disse.

Selvfølgelig kan der være mange gode grunde til, at en person er begyndt at drikke for meget. Disse grunde skal man bruge resten af sit liv på at rydde op i, men alkoholproblemet er blevet et problem i sig selv, som man også skal gøre noget ved (motivation, tvangstanker, mestringsstrategier, familiemønstre osv.).

Rusens kompensatoriske aspekt

Når et menneske skal finde ud af at leve et liv med et reduceret forbrug eller med totalafholdenhed, kan det være på sin plads, at finde ud af hvilke psykosociale funktioner alkoholen/rusen har haft. Nogle vil på spørgsmålet: – Hvordan hjælper alkohol dig?, kunne svare:

- – Jeg får fred for alle tankerne
- – Så bliver jeg glad
- – Så kan jeg hygge mig.

Der skal findes alternativer til disse funktioner, hvis livet ikke skal blive for kedeligt eller for belastende uden alkohol.

Nogle bruger også alkohol som medicin for en depression, svære angsttilstande, en incestproblematik m.m. Hvis alkoholproblemet har bestået i flere år, og det virker umuligt for personen at gøre noget ved det, kan der være tale om alvorligere psykiske lidelser, som kræver særlig psykiatrisk og/eller psykologisk hjælp.

Tvang/trods

De færreste bryder sig om at blive tvunget til noget, men ikke desto mindre er det det, der sker for mange med alkoholproblemer. Behandleren eller familie-

medlemmerne forlanger, at de går på antabus. Antabus kan være en glimrende støtte, hvis personen selv vælger det. Hvis ikke, kan der i stedet blive udviklet nogle psykologiske mekanismer, som forværrer problemet på længere sigt. Ofte vil det ende i snyde-gemmelege, hvor den med alkoholproblemet altid »vinder« i sidste ende (de fleste kender til forskellige metoder, hvormed de kan undgå virkningen af antabus). Ofte vil man også kunne se, at der vil være perioder med antabus og ingen alkohol afløst af voldsommere drikkeperioder (– nu skal den have hele armen, de skal sku' ikke bestemme over mig).

Familien, børnene og de unge

Alle professionelle bør have fokus på familiens medlemmer, når de møder et menneske med alkoholproblemer. Her kan man virkelig komme til at forebygge og hindre, at den sociale arv videregives. Derudover kan børnene lide i en sådan grad, at de skal have hjælp så hurtigt som muligt.

Men vejen til børnene går gennem forældrene. Derfor må den professionelle have som udgangspunkt, at forældre altid ønsker det bedste for deres børn, og at de sandsynligvis har svært ved at se i øjnene, endsigse tale med andre om, hvad alkoholproblemet gør ved familien og børnene.

Ofte vil der være behov for, at familien får hjælp til at ændre nogle af de overlevelsesstrategier, de har udviklet, mens problemet var tilstede. Hvis ikke dette sker, vil familiens organisering nærmest invitere til, at der skal være et alkoholproblem. Eksempelvis hvis ægtefællen fortsætter med at tage det fulde ansvar for familien, måske til stadighed er kontrollerende og mistænksom overfor den, der har et alkoholproblem.

Genopbygning af psyke og socialt liv, herunder familien

Det tager tid at genopbygge sin psyke og sit sociale liv efter mange år med et alkoholproblem. En del kan, både på det psykologiske og det sociale område, have bremset deres udvikling og sociale indlæring fra måske 16-års alderen, hvor drikkeriet begyndte. De fleste har et lavt selvværd. Mange er tyngt af skyldfølelser overfor de mennesker, de har svigtet, når de har drukket.

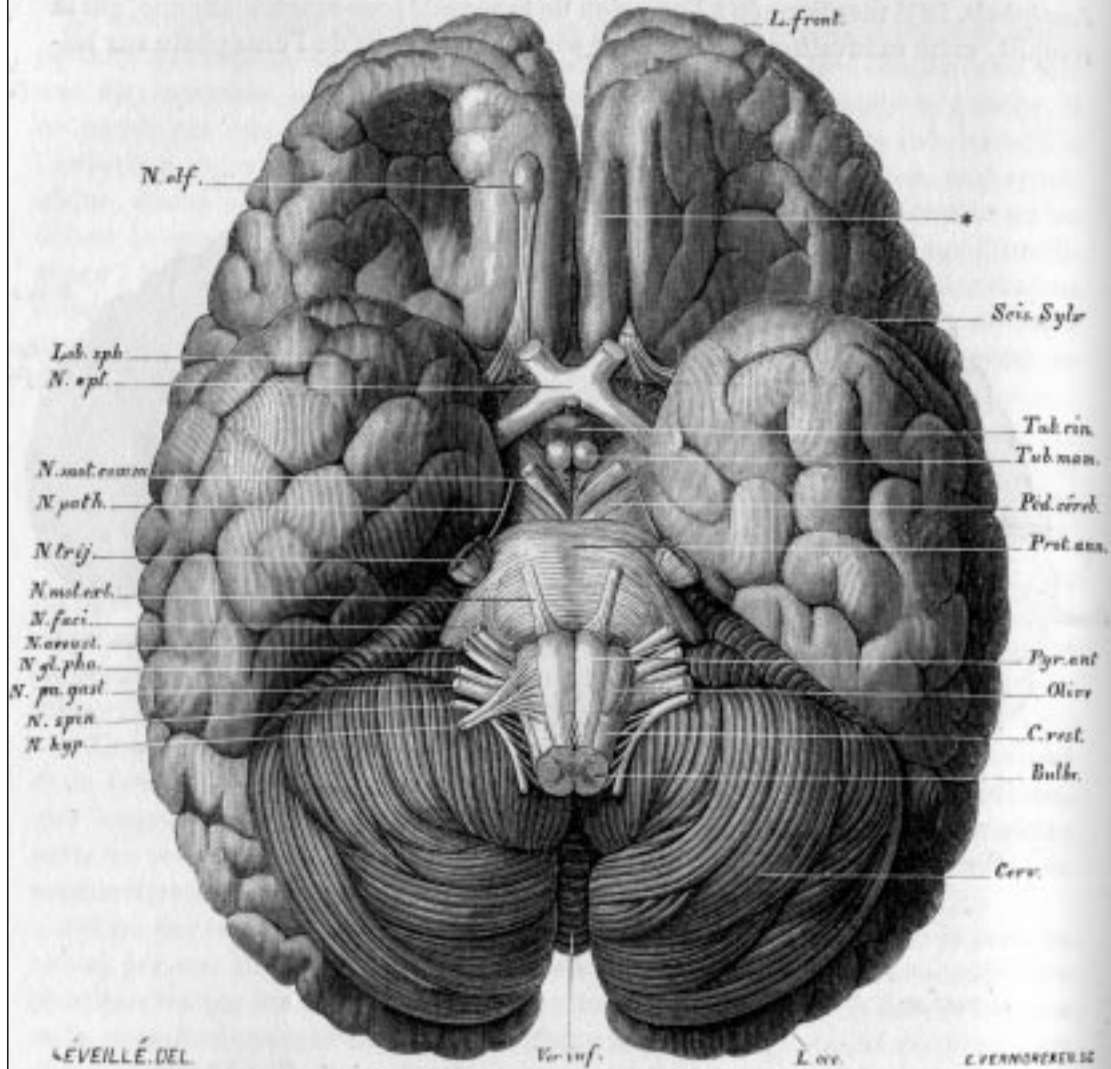
Det handler om at kunne se virkeligheden i øjnene, og måske at gøre rent bord ift. sine omgivelser. Vigtigt er det at fortælle den alkoholafhængige, at man ikke vælger at blive afhængig af alkohol, men nu kan gøre, hvad der er menneskeligt muligt for ikke fremover at lade denne afhængighed styre sig og livet.

Denne indstilling tager noget af det tunge ansvar fra personen, men lader ansvaret for fremtiden blive hos vedkommende.

Indtil nu er der dels set på mulige sociale og familiære årsager til et alkoholproblem, dels set på konsekvenserne af et alkoholproblem indenfor de nævnte områder.

Næste del fokuserer på biologiske årsagsforklaringer, samt nogle af de neuropsykologiske konsekvenser, der kan findes hos mennesker med et afhængigt forbrug af alkohol.

(Fig. 130) (*).



ÉVEILLÉ DEL.

L. VERMOREL SC.

Face inférieure de l'encéphale (d'après L. Hirschfeld).

Del 2. Neuropsykologiske synsvinkler

KAPITEL 4

Hvorfor bliver man afhængig?

Spørgsmålet om, hvorfor man bliver afhængig af alkohol har (som nævnt i første del) optaget en række faggrupper. I dette afsnit vil vi forsøge kort at ridse op, hvilke bud, der kan gives på en naturvidenskabelig forklaring.

Udgangspunktet har været, at alkoholafhængighed kunne anses som en sygdom, man havde pådraget sig, enten på grund af biologiske eller genetiske årsager.

Ingen af disse forklaringsmodeller kan stå alene, men bidrager hver især med interessante synsvinkler.

Biologiske faktorer

Det har i en periode været kendt, at man kan finde biokemiske ændringer i hjernen hos personer med alkoholafhængighed. Disse ændringer ses primært i forbindelse med en række transmitterstoffer, hvoraf serotonin og dopamin er de mest kendte.

Transmitterstofferne er biokemiske signalstoffer, der påvirker aktivitetsniveauet i udvalgte dele af hjernen. De er så at sige specialiserede kemiske igangsættere.

En ubalance i transmittersystemet kan bl.a. skyldes en over- eller underproduktion af selve stoffet, eller en ændring af antallet af receptorer til de pågældende stoffer, eller en ændring i andre transmitterstoffer, der har en fremmende eller hæmmende virkning. Listen over transmitterstoffer, der kan kædes sammen med alkoholafhængighed er lang. Hjernens kemi og transmitterstoffernes virkning og indbyrdes regulering er et kapitel for sig. Derfor bliver emnet kun sporadisk belyst her. For specielt interesserede henvises til mere udførlige bøger om emnet.

Serotonin og dopamin

Serotonin fungerer bl.a. som neurokemisk modulator for følelses- og impuls-kontrol.

Man finder de største mængder af serotonin i de dele af hjernen, der forbindes med følelser (det såkaldte limbiske system). Envidere i områder fortil i hjernen, der forbindes med evnen til at fastholde opmærksomhed, motivation samt planlægning (se i øvrigt kap. 5).

Følelser som depression, angst og usikkerhed, samt evnen til at styre sine impulser er tilbagevendende og centrale temaer, når udviklingen af alkoholafhængighed diskuteres.

Alkohol ser ud til at stimulere produktion af serotonin, hvorfor hypotesen er, at alkoholafhængige så at sige »selv-medicinerer« mod angst og depression, når de drikker (Marlatt & VandenBos, 1997).

Serotonin medvirker desuden i reguleringen af det andet nævnte transmitterstof, dopamin.

Neurotransmitteren dopamin er bedst kendt i forbindelse med Parkinsons syge. De dopaminproducerende celler bliver nedbrudt, hvilket medfører den velkendte rystesygdom hos personen.

Men dopamin medvirker ved mange andre processer i hjernen, bl.a. i mange af de samme områder som serotonin. Derudover menes dopamin at påvirke det såkaldte lystcenter (også kaldet belønningscentret), der ligger dybt i hjernen. Stimulation af lystcentret fremkalder oplevelsen af eufori, og vil derfor påvirke adfærden hos både mennesker og dyr (Cloninger, 1988).

Rotteforsøg har vist, at elektrisk stimulation af dette center får rotten til at op-høre med al aktivitet, inklusiv de mest grundlæggende selvopholdelsesdrifter. Hvis man giver rotterne mulighed for selv at styre stimulation ved at indoperere elektroder forbundet med en lille fodpedal, holder de op med at spise og drikke og træder i stedet ivrigt på pedalen, indtil de dør af tørst og udmattelse (Kolb & Whishaw, 1990).

En del rusmidler, i særdeleshed amfetamin, heroin, kokain og morfin, og i svagere grad alkohol, forøger dopaminproduktionen, og vil derigennem fremkalde oplevelsen af forbigående eufori hos brugeren.

Genteorien/ arvelighed

Denne stimulation af lystcentret er ganske sikkert medvirkende til at gøre brugere af de stærkere rusmidler afhængige, – det er imidlertid ikke endeligt afklaret, om det også gælder for alkohol, da alkohol ikke har den samme tydelige forbindelse til dopamin produktionen (Marlatt & VandenBos, 1997).

Begge biologiske forklaringsmodeller er interessante, men bør nok ikke tages som den endegyldige forklaring på udviklingen af afhængighed.

I de seneste år har det været tale om, at afhængighed af alkohol skulle være genetisk betinget. Den generelle holdning på nuværende tidspunkt er, at afhængighed kan forbindes med flere genetiske faktorer – afhængighed er multigent betinget.

Der er flere forklaringer på, hvordan de eventuelle »afhængigheds-gener« skulde fungere i praksis.

- En mulig forklaring kunne være, at personen arver en defekt i nogle signalmekanismer i hjernen, der registrerer graden af alkoholpåvirkning, ligesom andre centre registrerer fx sult og tørst. Det gør bærerne af dette gen ude af stand til at registrere, hvor påvirkede de er, og dermed regulere forbruget.
- Et gen kan disponere til en ændret produktionen af de enzymer, der nedbryder alkohol. Alkoholen nedbrydes derfor hurtigere, og man kan tale større doser, før man føler sig utilpas.
- Nedarvede personlighedstræk som fx impulsivitet, giver større risiko for at man kommer ind i decideret afhængighed af alkohol.

I forbindelse med teorien om en arvelig faktor i udviklingen af afhængighed af alkohol har forskningen bl.a. undersøgt familieforhold.

Omkring en tredjedel af alkoholafhængige har mindst en forælder, der også har været afhængig af alkohol. Bortadopterede børn af alkoholafhængige forældre har desuden en lidt større risiko for at udvikle alkoholafhængighed end adoptivbørn med afholdende biologiske forældre. Risikoen øges jo flere generationer, der har fremvist afhængighed.

Der må imidlertid være andre udløsende faktorer end de biologiske, idet langt-

Socialt betingede udviklingsforstyrrelser

fra alle børn af alkoholafhængige selv udvikler afhængighed. Under halvdelen af disse børn ender i et decideret storforbrug og kun omkring 15% af sønnerne og 9% af døtrene udvikler selv alkoholafhængighed (Coggans, 1998). Den mest udsatte gruppe ser ud til at være børn, der både havde afhængige forældre og voksede op i et socialt belastet miljø.

En belastet opvækst kan få såvel psykologiske, sociale og fysiologiske konsekvenser.

Ifølge Perry (1996), en amerikansk neuropsykolog, er der mulighed for at en barndom præget af usikkerhed, manglende tillid og angst, får konsekvenser for hjernens udvikling.

Hjernen er som bekendt langt mere plastisk end før antaget. Vi fødes med anlæg for evner, der udvikles i løbet af vores opvækst, – evner for at udvikle sprog, logik og abstrakt tænkning, osv.

Populært sagt kan man sammenligne hjernen med en muskel. En muskel, der ikke bliver brugt, vil efterhånden svinde ind. Til en vis grad gælder det samme for vores medfødte anlæg. Fx vil blindfødte, der får synet tilbage i voksenalderen, aldrig udvikle så sofistikeret en synssans som personer, der er født seende.

Under opvæksten udvikles blandt andet evnen til at forholde os til os selv og vore relationer til andre, – evnen til at forstå vore egne og andres følelser, og efterhånden udvikler vi en række strategier til at løse konflikter og problemer på mere og mere sofistikerede måder.

Et barn der vokser op i grundlæggende utrygge omgivelser vil opleve usikkerhed, angst og vrede, og bliver nødsaget til at bruge størstedelen af sin opmærksomhed og sin mentale energi på at forsøge at bemestre og forsvare sig mod det hjemlige kaos. Der bliver derfor tilsvarende mindre mulighed for at bruge energi på at udvikle modne strategier for problemløsning. De dele af hjernen bliver derfor tilsvarende underudviklede (Perry, 1996, 1999).

Det er muligt for mennesket at lære mere hensigtsmæssige og modne strategier senere i livet, men erfaringen viser, at det både kan være en vanskelig og langvarig proces.

Med forbehold for eventuelle medfødte skader eller nedarvede personligheds-

træk fra afhængige forældre, kan Perrys teori være med til at forklare, hvorfor alkoholafhængiges sønner og døtre i nogle tilfælde har svært ved at bryde familiemønstret som voksne.

Kort og langtidsvirkninger af alkohol – Påvirkning af hjernen

Storforbrug og afhængighed af alkohol kan sættes i forbindelse med en række neurologiske forstyrrelser og intellektuel reduktion.

Der er væsentlig forskel på den akutte rus og konsekvenserne efter langvarig afhængighed af alkohol.

Den akutte rus

Korttidsvirkningen af alkohol er velkendt.

- Ved moderat indtagelse virker alkohol ikke umiddelbart hæmmende, – snarere tværtimod. Man bliver snakkesalig og føler sig afslappet, og mindre hæmmet i sin adfærd. Grunden er, at alkohol hæmmer et aktiverings- og kontrolsystem i bunden af hjernen, der hedder den retikulære formation (RF). Ved at hæmme RF får resten af hjernen så at sige lov til at løbe på frihjul. Desuden påvirker alkohol også de dele af hjernen, der tager sig af impuls kontrol (Kolb og Wishaw, 1990). Dette er en del af forklaringen på, hvorfor effekten af alkohol varierer fra menneske til menneske. Der er store individuelle forskelle ift. hvilke impulser, der er stærkest eller mest fremtrædende, samt hvad et menneske har lært at kontrollere eller undertrykke (se også s.16).
- I realiteten sker der en række funktionsnedsættelser. Hukommelse og indlæringssevne svækkes, og det bliver sværere at opretholde opmærksomhed og koncentration, ligesom man bliver lettere at aflede. Tænkningen bliver langsommere og overfladisk, og vurderingsevnen svækkes. Dette er i modstrid med, at den berusede selv oplever at være på højde med situationen.
- Ved større doser fjernes tilsvarende evnen til selvkontrol, og følelsesmæssige reaktioner forstærkes. Emotioner som jubel, tristhed eller selvmedlidenhed kan overtage personens normale reaktioner. Omgivelserne vil ofte registrere irriterabilitet eller aggressivitet.

- Når alkoholpromillen stiger, mister man kontrollen over sine bevægelser og bliver mere og mere sløv.
- Yderligere stigning medfører koma. Vejrtrækningen bliver langsom og anstrengt, og temperaturen falder. Alkoholforgiftning er en livstruende tilstand, der kan medføre døden.

Langtidsvirkninger af alkohol

Hjernens funktionsmåde

Hjernen består af millionvis af celler med mere eller mindre specialiserede opgaver.

Det er imidlertid ikke kun antallet af celler, der er betydningsfuldt for hjernens funktion.

Det siges fx om Einstein, at han havde nogenlunde det samme antal celler som størstedelen af befolkningen. Hans utrolige mentale kapacitet kunne dermed ikke forklares udfra et større antal af »de små grå«. I stedet fandt man efter hans død, at hans hjerne udmærkede sig ved at have langt flere støtteceller og nerveforbindelser, end man kunne finde ved mikroskopiundersøgelse af normalhjernener. Man regner derfor med, at antallet af støtteceller og nerveforbindelser er af vital betydning for et optimalt funktionsniveau i den enkelte hjerne.

Hjernen har et utal af nervetråde, der forbinder de enkelte dele og funktioner i hjernen. Det absolut største fiberbunt (Corpus Callosum) forbinder de to hjernehalvdele med hinanden, men andre og mindre fiberbundter forbinder hjernens celler på kryds og tværs. Det foregår på alle niveauer, helt ned til den enkelte celle, der modtager eller sender information via nervetråde.

Kommunikationen mellem de enkelte hjerneceller foregår ved en svag elektrisk strøm. Hver nervetråd er omgivet af en fedtskede, der sikrer, at de elektriske impulser ledes hurtigt og præcist gennem nervetråden.

Hvis disse fedtskeder beskadiges eller forsvinder, forstyrres aktiviteten i hjernen, og resultatet bliver en nedsat mental funktion.

Dette kan observeres en rum tid forud for, at man kan registrere synlige skader på hjernen (som fx mindsket rumfang eller forstørrede hulrum i hjernen). Denne funktionsnedsættelse kan man nu registrere ved sofistikerede scanningsmetoder, der måler hjernens aktivitetsniveau.

Påvirkning af hjernen

I mange år var det en udbredt antagelse, at man mistede nogle hjerneceller, hver gang man indtog alkohol, og obduktionsresultater viste da også, at hjernens rumfang rent faktisk var mindre hos afdøde personer med et mangeårigt storforbrug af alkohol.

Forbedrede mikroskoper satte efterhånden forskerne i stand til at tælle antallet af hjerneceller i udvalgte områder af hjernen. For et par år siden vakte det stor opstandelse, at et par danske forskere (Jensen og Pakkenberg, 1993) kunne konstatere det samme antal hjerneceller hos afdøde alkoholafhængige som hos den almindelige befolkning.

Alkohol nedbryder altså ikke »de små grå« – men hvad nedbrydes så?

Det ser ud til, at alkohols giftvirkning fortrinsvis fremkalder skader på det såkaldte støttevæv.

- Alkohol mindsker antallet af nerveforbindelser (axoner og dendritter) til og fra den enkelte celle.
- Antallet af kapilærer (fine blodkar) mindskes, hvilket medfører nedsat blodgennemstrømning.
- Fedtvævet nedbrydes.

Med andre ord sker skaden ikke på selve cellen, men derimod på grundlaget for kommunikationen mellem cellegrupper i hjernen, fedtvævet og nerveforbindelserne (Marlatt & VandenBos, 1997, Lishman, 1987).

Personlighedsændringer ved langvarig brug

Visse studier har vist, at en del patienter indlagt for alkoholmisbrug, har karakterafvigende træk (Marlatt & VandenBos, 1997). Disse træk kan ofte forklares ved, at personen har været udsat for svære omsorgssvigt som spæd og/eller en problematisk opvækst. En anden forklaringsmodel kunne være arvelige komponenter i personlighedsstrukturen.

Funktionsnedsættelser efter afhængighed af alkohol

Det er dog ikke kun rent genetiske eller psykiske faktorer, der kan medføre vanskeligheder af personlighedsmæssig art. Der kan også være tale om organiske skader. Alkoholens skadevirkninger rammer nemlig primært hjerneområder, der menes at være ansvarlige for personligheden.

Det er endnu ikke muligt at sige præcist, hvornår indtagelse af alkohol får en fysisk effekt på hjernens rumfang og vægt.

Harper, (Marlatt & VandenBos, 1997) en engelsk neurolog, undersøgte i 1988 moderate konsumenter, der drak mellem fire og otte genstande dagligt.

Han fandt, at selv moderate indtag af alkohol medførte tab af hjernevæv, forstørrede hulrum i hjernen, og større afstand mellem hjernen og kraniet.

Andre forskere har opnået andre, mindre alarmerende resultater, og der ser ud til at være store individuelle forskelle (Marlatt & VandenBos, 1997).

Det ser dog ud til, at en del alkoholafhængige har nedsat aktivitet i hjernen, både i selve hjernevævet og i ledningsbanerne.

Jo længere tids afhængighed, jo værre bliver billedet.

Op til 40 års alderen ser man relativt moderate ændringer i blodgennemstrømningen af hjernen, men omkring 45 års alderen sker der typisk en drastisk forværring af aktivitetsniveauet. Hos de ældste undersøgte personer svarede scanningerne til den lave aktivitet man ser hos Alzheimer patienter (Berglund, 1977).

Man skulle dermed tro, at følgevirkningerne af alkohol først viste sig efter mange års intensivt forbrug. Desværre viser neuropsykologiske testresultater, at også yngre alkoholafhængige har nedsat funktionsniveau i en lang række mentale opgaver, selv i de tilfælde, hvor hjernescanningerne ikke viste væsentlige ændringer (Maylor, 1993, Grünberger, 1976, Ron, 1977).

Der kan gives flere forskellige forklaringer på dette fænomen.

- Det kan skyldes, at skaderne på hjernen er diffuse og sværere at identificere gennem scanninger, og/eller at alkoholpåvirkningen starter med at ramme nogle enkelte cellegrupper frem for andre.
- En anden forklaring kan være de førnævnte ændringer i hjernens biokemi.

Man har bl.a. kunnet konstatere, at der hos yngre alkoholafhængige er færre receptorer for transmitterstoffer; der er altså færre modtagestationer for de kemiske substanser, der formidler information fra celle til celle (Marlat & VandenBos, 1997). (Se i øvrigt kap. 4).

Desuden pegede blodgennemstrømningsundersøgelser på, at nogle hjerneområder ser ud til at gå relativt fri (venstre hjernehalvdel), medens andre områder af hjernen (den forreste del af hjernen og højre hjernehalvdel) rammes hårdere ved store indtag af alkohol (O'Mahony, 1999, Marlatt & VandenBos, 1997, Hill, 1979, Ron, 1977).

Skader på netop disse dele af hjernen er ikke umiddelbart iøjnefaldende, og kaldes derfor de skjulte skader eller de tavse handicap. Neurologiske patienter med højresidige eller frontale skader beholder nemlig en stor del af de evner, vi normalt regner for at være intelligensen. De rammes derimod på nogle andre og særdeles vigtige funktioner. Disse dele af hjernen kræver derfor en lidt nærmere præsentation.

Højre hjernehalvdel

Indsigt og helhed

Den højre hjernehalvdel blev i mange år betegnet som den ikke-dominante eller tavse hjernehalvdel.

Baggrunden for disse betegnelser var, at følgevirkningerne af f.eks. en blodprop i højre side af hjernen var langt mindre tydelige end følgerne af en blodprop i venstre hjernehalvdel. De mest opsigtvækkende følger var forbundet med såkaldt visuelle evner, at kunne genkende ting eller ansigter, at kunne finde rundt eller at tegne.

Helt op til begyndelsen af vort århundrede var man rent faktisk i tvivl om højre hjernehalvdel havde nogen funktion udover at bearbejde synsindtryk.

I vort århundrede er det langsomt gået op for forskerne, at højre hjernehalvdel

har langt flere funktioner, end man før havde antaget.

Det er efterhånden almindelig kendt, at højre side af hjernen er sædet for kreativitet og fantasi. Lidt mindre kendt er det faktum, at højre hjernehalvdel generelt fungerer ved hjælp af et andet princip end den venstre.

Hvor den venstre hjernehalvdel analyserer et indtryk enkelte elementer, er højre hjernehalvdel i stand til umiddelbart at se helheden og kaldes nu for »den holistiske« hjernehalvdel. Denne evne til at opfatte globale helhedsindtryk kan man illustrere ved at se på, hvordan vi genkender et ansigt.

Den venstre del af hjernen er mildest talt elendig til denne opgave. Den vil analysere ansigtet og nå frem til den konklusion, at ansigtet består af en næse, to øjne med tilhørende øjenbryn, en mund, en hage osv. Uheldigvis er det fælles for alle ansigter på jorden, og det kræver derfor højre hjernehalvdels umiddelbare oplevelse og forståelse af samtlige fine detaljer i synsindtrykket at kunne skelne det ene ansigt fra det andet. Denne kapacitet til at overskue helheder er ikke kun begrænset til genkendelse af ansigter.

Højre hjernehalvdel kan let og gnidningsløst vurdere følelsesudtryk, både i stemme, mimik og kropssprog, og sætter os desuden i stand til at opleve vores egne følelser.

Højre side af hjernen er desuden forudsætningen for, at vi ved, hvilken af de mange elementer i en samtale eller situation, der er de vigtigste. Dette gør, at vi kan holde fast i den røde tråd og få overblik, så vi kan handle i overensstemmelse med, hvad situationen kræver.

Neurologiske patienter med skader i højre side udmærker sig ofte ved at skifte emne umotiveret, hæfter sig ved uvæsentlige detaljer og taber let tråden og mister pointen.

Højre hjernehalvdel er med andre ord en af forudsætningerne for at have situationsfornemmelse.

En anden vigtig funktion er evnen til selvindsigt.

Skader på højre hjernehalvdel kan bl.a. medføre, at personen ikke kan tolke kropslige signaler som fx træthed. De oplever ikke, at deres grænse er nået, før den er langt overskredet. De har desuden en svækket indsigt i deres egen situa-

tion, og er ofte generelt ubekymrede om dette, til tider i stærk modstrid med situationens alvor.

Dette kan let tolkes som benægtning, modstand eller fortrængning. Man bør imidlertid have i mente, at hvis den svækkede indsigt skyldes en skade på højre hjernehalvdel, kan psykologiske arbejdsmetoder, der lægger vægt på indsigt, eventuelt være uvirksomme. (Se i øvrigt kap. 6).

En nedsat indsigt i egen situation kan dog også skyldes skader på andre dele af hjernen, i særdeleshed den forreste del – frontallapperne.

Frontallapperne

Social kompetence og de eksekutive funktioner

Den forreste del af menneskets hjerne, frontallapperne, er unikke i den forstand, at de er væsentligt større hos os end hos noget andet landpattedyr, inklusiv aberne. Det er denne overlegne størrelse, man i dag anser for at være grundlaget for vores mentale overlegenhed over dyrene.

Frontallapperne er det område i hjernen, der udvikles senest hos det enkelte menneske, faktisk regner man med, at udviklingen af frontallapperne først er afsluttet omkring det 20'ende år hos mænd. Hos kvinder et par år tidligere.

Social kompetence

Den forreste del af hjernen spiller en vigtig rolle for social omgang. De frontale hjernedele er bl.a. ansvarlige for, at vi kan udsætte tilfredsstillelsen af vore behov, samt at vi er i stand til at kontrollere impulser af både indre og ydre art. Impulskontrol er ikke en medfødt evne.

Se blot på mindre børn, der græder af frustration over ikke at få, hvad de ønsker sig i et supermarked. Det er først igennem opvæksten eller gennem opdragelsen, så at sige, at barnet lærer de sociale spilleregler og udvikler evnen til at udholde frustration samt at styre sine impulser.

Desuden er de forreste dele af hjernen i stand til at foretage en løbende vurde-

ring af, om vor egen adfærd er i overensstemmelse med de almindelige regler for, hvad man kan og ikke kan. Der er altså tale om en generel selvregulering, hvor man både skal kunne vurdere sig selv og rette sin adfærd ind, så ønsker og behov kan opfyldes på en socialt accepteret måde.

Man har vidst at frontallapperne spillede en rolle for personligheden lige siden 1848, hvor den amerikanske læge John Farlow for første gang beskrev følgerne af en skade på den forreste del af hjernen. Den stakkels mand, der blev beskrevet var Phineas Gage, formand for et jernbanesjak. Da han skulle fylde krudt i en klipperevne ved hjælp af en jernstang eksploderede krudtet og drev jernstangen igennem den forreste del af kraniet. Mærkværdigt nok overlevede Phineas Gage ulykken, – ja, han mistede ikke engang bevidstheden. Han viste ikke nogle tegn på at være intellektuelt retarderet, men til gengæld ændrede han fuldstændigt personlighed. Hvor han før havde været høflig, omgængelig og almindeligt respekteret, blev han nu et andet menneske. Uligevægtig, ufor-skammet og vulgær. Han var uimodtagelig for gode råd, og havde kun ringe indsigt i både sig selv og sine medmennesker.

Han havde mistet forståelsen af de almindelige regler for social omgang og endte sit liv isoleret og ensom. Desuden var han fuld af urealistiske og barnlige planer, som han aldrig førte ud i livet.

Hans skade havde bevirket, at en anden vital funktion, evnen til at målrette sin handlinger, var gået tabt. En overordnet betegnelse for de mange komponenter i denne gruppe af mentale evner er de eksekutive funktioner.

De eksekutive funktioner

Lezak (1983), en fremtrædende neuropsykolog, definerer de eksekutive funktioner som: »den mentale kapacitet, der er nødvendig for at kunne formulere mål, planlægge, hvordan de opnås samt udføre de nødvendige handlinger effektivt«.

Denne kapacitet kan opdeles i mange enkeltdeler, der hver især er af vital betydning for at kunne leve et selvstændigt liv.

For at kunne udføre en handling kræves det, at man er i stand til at:

- sætte sig realistiske mål, i overensstemmelse med egne evner

- lave en plan for forløbet
- komme i gang med de praktiske detaljer, (initiativ)
- hæmme adfærd, der forhindrer én i at nå målet (impulsstyring)
- opretholde energi og målrettethed (undgå afledning)
- løbende at kunne vurdere, om ens handlinger er i overensstemmelse med målet
- løse problemer, der opstår undervejs
- tænke strategisk, abstrakt og logisk
- kunne overføre erfaringer fra tidligere handlinger (kunne generalisere)
- skabe sammenhæng og kontinuitet i adfærden

De mest banale dagligdags gøremål (som fx at pakke en kuffert eller lave et måltid mad) kræver medvirken af stort set samtlige disse funktioner.

Selv ganske diskrete påvirkninger eller skader på de forreste dele af hjernen giver sig udslag i et nedsat funktionsniveau. Herfra sorteres og vurderes de informationer, der kommer fra højre og venstre hjernehalvdel. Frontallapperne udvælger hvad der er værd at rette opmærksomheden mod og hvilke emner, det er værd at beskæftige sig med.

Man kan fx observere manglende overblik og forringet evne til planlægning og struktur hos personer, der har fået hjernerystelser eller piskesmæld ved trafikulykker.

Det er endog ikke nødvendigt at have pådraget sig skader på hjernen for at opleve funktionsnedsættelser af de forreste dele af hjernen. Fx har langtidsstress også vist sig at nedsætte aktiviteten i frontallapperne.

Sociale konsekvenser

I takt med at kapaciteten i højre hjernehalvdel og de forreste dele af hjernen nedsættes, bliver det gradvist vanskeligere for det alkoholafhængige menneske at nedsætte eller stoppe sit alkoholforbrug. Den forringede evne til indsigt og problemløsning kan medvirke til at vanskeliggøre en ændring af livsstil. En medvirkende årsag er, at funktionsnedsættelsen (specielt i frontallapperne) desuden kan resultere i udprægede problemer med initiativ.

Hos neurologiske patienter med svære frontale skader kan man f.eks. observe-

re, at de har vanskeligt ved at indlede de mest banale handlinger, som fx at komme ud af døren om morgenen eller få smurt madpakken til trods for, at de udmærket er i stand til at beskrive, hvad de burde gøre. Selv mindre skader på frontallapperne viser sig ofte ved, at de ramte personer udskyder handlinger »til de er i stødet«, selv når handling i øjeblikket er særdeles påkrævet.

Frontale skader kan også give sig udslag i vanskeligheder i forbindelser med impulsivitet og temperament (som Phineas Gages eksempel viser). Neurologiske patienter med skader i frontallapperne har ofte beskrevet, at de har fået et mere letantændeligt temperament. For nogle er det svært at kontrollere vrede og aggression, og de kan stå delvist uforstående overfor deres egne voldsomme følelsesudbrud. Andre igen bliver let rørte og kan græde over selv banale hændelser eller indtryk. Konsekvenserne af initiativproblemer eller vanskeligheder med temperament er uheldige. Dertil kommer, at evnen til selvregulering generelt har betydning for både den sociale og den følelsesmæssige udvikling.

Mennesker, der har svært ved at kontrollere irrelevant adfærd, som tilsyneladende handler impulsivt, eventuelt er vredladne eller aggressive, og er sårbare overfor stressfaktorer i miljøet, er ofte i risiko for at blive socialt udstødte. Isolationen bliver større, og motivationen for at dulme depression og ensomhedsfølelse med alkohol forstærkes. – Det bliver en ond cirkel.

Hukommelse og koncentration

Alkohol påvirker ikke kun storhjernen, der tager sig af de højere mentale evner.

Man har kunnet påvise, at der også sker ændringer i den udviklingsmæssigt set ældste del af hjernen, hjernestammen.

Hjernestammen

Hjernestammen er betegnelsen for et område centralt i den nederste del af hjernen, der omfatter en lang række vigtige strukturer. Blandt disse ser især tre

ud til at påvirkes ved lang tids alkoholmisbrug: thalamus, hypothalamus og det retikulære aktiveringssystem, også kaldet RAS.

Thalamus og Hypothalamus er relæstationer. Et utal af forbindelser både til og fra andre dele af hjernen mødes her.

Man har stadig ikke endeligt forstået hvordan disse dybtliggende cellekerner fungerer, men man mener, at de er involverede i stort set alle aspekter af det menneskelige liv, fra oplevelsen af sult/tørst, styring af motorik, søvnrytmer og temperaturregulering til social adfærd, hormonregulering og seksuel adfærd. Det er endnu ikke muligt helt klart at sige, hvilke konsekvenser det har for personen, at alkohol har en nedbrydende virkning på disse vitale cellekerner, men ofte ser man ændringer i fx spisemønstre og søvnrytmer.

Koncentration og hukommelse

Det retikulære aktiveringssystem (RAS) menes, som navnet antyder, at spille en vigtig rolle i opretholdelsen af generel aktivitet i hele hjernen. Det holder os vågne og opmærksomme.

Man kan se, at svære skader i denne del af hjernestammen sender folk i koma, og lette skader påvirker bevidsthedsniveauet, så det kan blive svært at opretholde fx koncentration og opmærksomhed på dagens opgaver.

De forreste dele af hjernen og højre hjernehalvdel forbindes også med evnen til generelt at kunne koncentrere sig.

Den nedsatte funktion i disse tre områder kan give en forklaring på de hukommelsesproblemer, man finder hos alkoholafhængige, især før de er ophørt med at drikke (Maylor, 1993). Her ser man i særdeleshed vanskeligheder i forbindelse med korttidshukommelsen og lagring af ny information.

I praksis betyder det, at personen oplever besvær med at lære nyt stof, men udmærket kan huske tilbage i tiden.

Groft sagt er **hjernestammen** ansvarlig for, at vi er vågne og opmærksomme, **højre hjernehalvdel** opretholder koncentrationen og aktiverer de dele af hjernen, der kræves til løsningen af opgaven, medens **frontallapperne** sorterer informationerne, og udvælger, hvad der er værd at rette opmærksomheden mod og hvilke emner, det er værd at beskæftige sig med.

Har man en nedsat evne til at koncentrere sig, tager det længere tid at opfatte og forstå informationer, og man får svært ved at tilegne sig nyt stof eller ny viden.

Når koncentrationsevnen er svækket, ser man desuden ofte, at en del vigtige informationer ikke huskes, og at sammenhængen i informationerne dermed går tabt.

Har personen så tilmed nedsat abstraktionsevne og overblik, er der basis for nogle massive misforståelser.

Det er vigtigt at professionelle er opmærksomme på ikke at tale for hurtigt, og det er en fordel at informere både skriftligt og mundtligt, samt at gentage vigtige informationer, da hukommelsen dermed hjælpes på vej.

Neuropsykologiske behandlingsperspektiver

Kommer man over det, når man holder op med at drikke?

Den seneste forskning tyder på, at afhængighed af alkohol ikke (som før antaget), reducerer antallet af hjerneceller, men derimod fortrinsvist mindsker mængden af fedtvæv og nerveforbindelser i hjernen (Lishman, 1987, Marlatt & VandenBos, 1997). Man kunne mene, at det var ligegyldigt, om det var hjernecellerne, nerveforbindelserne eller fedtvævet, der gik til. Resultatet er det samme, et nedsat mentalt funktionsniveau.

Det er imidlertid af afgørende betydning for prognosen for alkoholfahængige. Det springende punkt er, at hjerneceller ikke kan gendannes. Tab af hjerneceller er uopretteligt.* Det kan fedtvæv derimod, og til en vis grad nerveforbindelserne mellem de enkelte celler og cellegrupper. Det giver derfor en vis optimisme i forhold til at bedre eller genoprette alkoholskader, når den alkoholfahængige holder op med at drikke.

De langtidsundersøgelser man har lavet på alkoholfahængige, efter de er blevet totalt afholdende, tyder generelt på, at der allerede efter 6-7 ugers afholdenhed sker en forbedring af den mentale kapacitet (O'Mahony, 1999, Overall, 1978). Hjernen fungerer simpelt hen hurtigere, reaktionstiden bliver kortere, hukommelsen og koncentrationsevnen forbedres. Denne bedring er imidlertid afhængig af total afholdenhed. Der skal meget små doser alkohol til, før funktionsniveauet forværres drastisk. Desuden er reaktionstiden og hukommelsen stadig nedsat i forhold til en normal kontrolgruppe så sent som tre år efter at personen er ophørt med at drikke (Maylor, 1993). Det behøver dog ikke at afspejle hjernens funktionsniveau alene.

* Nogle dyreundersøgelser har peget mod, at især yngre individer rent faktisk kan danne nye hjerneceller. Sandsynligheden er dog lille for, at dette kan finde sted i nogen nævneværdig grad i det voksne menneske. De undersøgelser af musikeres hjerner, som nævnt i et tidligere afsnit viste, at hjernen primært er fleksibel op til omkring puberteten. De violinister, der viste de største strukturændringer i hjernen var begyndt at spille i 5-6 års alderen. Jo senere, de begyndte at spille, – jo færre ændringer kunne man påvise.

Genoptræning af mentale funktioner efter storforbrug og afhængighed af alkohol

Når leverens funktion er stærkt nedsat, vil den ikke være i stand til at nedbryde alkohol, hvorfor selv små doser vil have en effekt på hjernen.

En del funktioner ser ud til at kræve systematisk genoptræning, før der ses tegn på bedring, specielt er det problematisk at forbedre de højere mentale evner, abstraktionsevne og problemløsning. Her er det tvivlsomt, om de sværest skadede vil kunne opnå, hvad man regner for et normalt funktionsniveau (Marlatt & VandenBos, 1997).

Op til 1970'erne var den generelle holdning, at skader på hjernen ikke kunne genoprettes. En af de vigtigste opdagelser inden for de sidste 15 år har været, at hjernen rent faktisk ændres og udvikler sig gennem hele livet. Der dannes nye forbindelser mellem hjernecellerne, og hjerneområder der trænes meget, bliver større.

Det har bl.a. vist sig i en undersøgelse af musikeres hjerner. (Scanninger viste, at violinister eksempelvis havde et langt større område for bevægelse af venstre hånds fingre end os andre. De mange års træning har dermed fremkaldt strukturelle ændringer i hjernen).

Disse fund bekræfter, at hjernen ikke er så statisk og uforanderlig, som man hidtil har troet. Det giver grund til optimisme i forhold til at genoptræne en skade på hjernen.

Erfaringer fra genoptræningscentre både i Danmark og udlandet har vist, at genoptræningen har størst chance for at krones med held, hvis en række forudsætninger er opfyldt:

- Grundlæggende funktioner skal trænes, før man forsøger at træne de mere overordnede mentale funktioner. Det er f.eks. ikke hensigtsmæssigt at indlære strategier for problemløsning, før man er i stand til nogenlunde at koncentrere sig om opgaven.
- Det er vigtigt, at træningen er så virkelighedsnær som muligt.
- Klienten bør have en vis indsigt i sin egen situation og være motiveret for at ændre den.

I særdeleshed den sidste faktor har vist sig at spille en afgørende rolle for at vellykket genoptræningsforløb. Desuden er det vigtigt at understrege, at man først bør fokusere på at få personen ud af sit misbrug, før man overvejer eventuelt at supplere behandlingen med neuropsykologisk genoptræning.

Når man overvejer genoptræning af forhenværende alkoholafhængige, er det nok vigtigt at forstå en lektie, man kan uddrage fra arbejdet med neurologiske patienter:

- det er ofte de frontalt og højresidigt skadede, der har svært ved at forstå, hvorfor de behøver genoptræning
- de fungerer bedst under ganske stramme rammer og faste rutiner
- det er vanskeligt at motivere personer med svigtende indsigt
- det er vanskeligt at holde et behandlingsforløb i gang med klienter, der er impulsive og mister tråden undervejs i et forløb.

Man bør derfor være forberedt på, at en del af genoptræningen vil vække modstand hos alkoholskadede personer. Ikke nødvendigvis på grund af ond vilje, men derimod på grund af en vaklende indsigt.

I næste kapitel vil vi komme med nogle få eksempler på, hvordan de psykologiske og neuropsykologiske perspektiver kan supplere hinanden. Samtidigt indeholder dette kapitel også beskrivelser af nogle af de dilemmaer mange behandlere og rådgivere oplever i deres møde med klienten.

Psyke eller Hjerne?

Hvordan kan man skelne og behandle?

Først og fremmest er det vigtigt at huske på, at de beskrevne funktionsnedsættelser af hjernen i høj grad ser ud til at være reversible. Man skal dog være opmærksom på, at der kan gå op til seks uger efter at personen er stoppet med at drikke, før den akutte forgiftningstilstand er klinget af. Mange med kortere ædru perioder opnår derfor ikke at opleve en bedring. Når de forsøger at stoppe eller holder pauser, udebliver tilsyneladende den positive bedring.

En del tror derfor, at de er blevet så fysisk/neurologisk skadede af deres alkoholforbrug, at de lige så godt kan drikke videre.

Hvis disse mennesker skal hjælpes, skal man for det første kunne acceptere hyppige tilbagefald, men samtidig hjælpe personerne til at gøre de alkoholfri perioder længere og længere, og drikkeperioderne kortere og kortere. Måske når de til sidst at mærke de positive ændringer, der fortæller dem, at de måske ikke er så skadede alligevel.

På den anden side skal man være opmærksom på, at der reelt kan være resterende problemer med initiativ, hukommelse, realitetsopfattelse m.v.

Det er svært at afgøre, hvorvidt en klients problemer er af psykologisk art, eller er betinget af en organisk forstyrrelse/skade. Erfarne behandlere kan ofte komme i tvivl – det kan neuropsykologer også.

Spørgsmålet bliver da:

Er det noget med hjernen? – eller...

... er personen en hårdnakket benægter?

Længerevarende stort forbrug af alkohol kan påvirke de områder af hjernen, der har med realitetssansen og selverkendelsen at gøre. Det kan være særdeles vanskeligt at opnå indsigt i sin egen situation, hvis man pådrager sig en skade i disse områder.

Det er imidlertid også muligt at have svigtende indsigt af andre grunde. Der findes psykologiske mekanismer, fortrængning og benægtelse, som hjælper et menneske til fortsat at kunne holde ud at leve, selv om virkeligheden opleves som traumatisk.

Hvis benægtelsen er psykologisk betinget, vil en respektfuld, støttende, men også udfordrende holdning efterhånden kunne hjælpe klienten til at se flere af realiteterne i øjnene.

Hvis benægtelsen derimod er et resultat af en organisk skade, vil personens benægtelse af problemet kunne være kombineret med en overoptimistisk og lettere lalleglad fremtræden. Det kan være frustrerende at opleve, at lige meget hvor empatisk og respektfuld man er, sker der ingen forbedring af realitetssansen.

I disse tilfælde er det nødvendigt at medtænke muligheden for et organisk grundlag. Man kan forsøge at være mere vedholdende og konfronterende. Give konkret og kontant feedback på personens handlinger og problemløsningsstrategier.

Dette kan suppleres med at videofilme personen i en problemløsningsituation, og få vedkommende til at vurdere sin egen manglende effektivitet.

... vil personen bare ikke samarbejde?

Der er flere symptomer, som kan pege i retning af, at der er tale om funktionsnedsættelser i frontallapperne og højre hjernehalvdel.

Symptomerne er følgende:

- påfaldende uengageret i egen situation, selvom den ser alvorlig ud,
- personen kan opleves som befindende sig inde i en »osteklokke«,
- rastløshed kombineret med springende tankegang eller tangentialitet (ryger ud af forskellige tangenter og taber tråden undervejs),
- problemer med at fokusere på det væsentlige, mister pointen i en samtale,
- hukommelses- og koncentrationsbesvær,
- initiativløshed eller manglende evne til at styre sin energi,
- være i stand til at beskrive sin situation ret så nøjagtigt, uden at kunne handle for at ændre denne, eller.
- mangle overblik, selv i forholdsvis banale situationer.

Jo flere af ovennævnte symptomer man finder hos personen, og jo længere varigheden er – jo større er sandsynligheden for, at tilstanden også kan skyldes en påvirkning af hjernen.

Der kan dog også være tale om psykologisk betingede faktorer, eksempelvis depression. Derfor vil det ved førnævnte symptomer være nødvendigt at sikre sig en diagnostisk afklaring, der vil kunne af- eller bekræfte en depressiv tilstand. Samme symptomer kan også være tegn på en krisetilstand, hvilket kræver en særlig indsats i forhold til bearbejdning af krisen.

Nedenstående strategier vil være hjælpsomme overfor såvel et menneske i krise som et menneske med organisk betingede funktionsnedsættelser. Disse strategier kan fremme personens overblik og handlemuligheder og dermed hjælpe til at kompensere for de oplevede vanskeligheder:

Rådgivning, støtte og fastholdelse med:

- en høj grad af struktur
- overskuelige mål
- undgå at stresse personen med for høje/urealistiske krav
- lav én ting ad gangen
- brug af skema/oversigter/undervisningsplancher m.v. for at fremme personens overblik
- enkle klare og entydige regler.

Et eksempel på en praksis der også kan være anvendelig overfor denne gruppe af klienter er SMART-skabelonen (se s. 31).

En høj grad af struktur og styring kan umiddelbart synes at kolliderer med fx et eksistentielistisk menneskesyn, men det kan være nødvendigt at afvige princippet om, at klienten selv skal prioritere og vælge. Et menneske med et langvarigt alkoholafhængighedssyndrom og organisk betingede funktionsnedsættelser kan have brug for, at behandleren prioriterer og vælger for ham/hende.

... er personen et ustruktureret rodehoved ?

En person, der har drukket for meget i for lang tid vil, når alkoholforbruget stoppes, ofte have vendt op og ned på dag og nat. Personen har ikke spist særligt meget og absolut ikke på bestemte tider. Lejlighed, økonomi etc. er ofte et stort rod.

En del får i den ædru periode ryddet op i hængepartierne, og får indført en almindelig spise-, sove- og døgnrytme igen. Andre har svært ved at få en rytme tilbage i deres liv.

Vedvarende problemer med at etablere almindelige døgnrytmer kan få konsekvenser for det daglige funktionsniveau.

I sådanne tilfælde kan personen forsøge at:

- stå op på et fast tidspunkt hver dag (også efter tre timers søvn)
- indarbejde faste daglige rutiner og spisetider
- udsætte sig for så meget dagslys som muligt (dagslys påvirker det indre ur)
- bruge aftenen til at gear ned, eventuelt forsøge at benytte et afslapningsbånd
- undgå brug af sovemedicin. Der er risiko for, at personen stadig har krydstolerance, og medicinen derfor vil være uden virkning
- indtage søvnfremkaldende fødevarer (mælkeprodukter, kød, æg, banan, hvede, ris m.m.) en halv time før sengetid.

Afsluttende betragtninger

Vi har med dette arbejde fremhævet de mange forskellige synsvinkler på et alkoholproblem, dets mulige årsager, konsekvenser og løsningsmodeller. I stedet for at skabe forvirring håber vi at have vist områdets kompleksitet. Denne kompleksitet er det nødvendigt at kende til. Dels fordi entydige holdninger sædvanligvis ikke gavner klienten, dels fordi man via en nuanceret opfattelse af problemets karakter vil kunne udvikle en vis ydmyghed. Ingen kender den endegyldige sandhed. Derfor er Kierkegaards hyppigt citerede visdomsord stadig aktuelle:

»At man, naar det i Sandhed skal lykkes en at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er og begynde der« (Kierkegaard, S.: Brudstykker af en ligefrem Meddelelse, 1859).

Så længe vi ikke ved, hvilke metoder, der er mest effektive overfor hvilke klienter/familier, må anbefalingen gå på, at det aldrig skader at være åben, respektfuld, indlevende og engageret. Forskningen (Hougaard 1983, 1986) har da også indtil nu vist, at ovenstående karakteristika hos en professionel, ser ud til at være de mest virksomme ift. at kunne hjælpe personen til en ændring, og dette uanset hvilke metoder der bruges!

Når den empatiske holdning kombineres med viden og overblik over et kompliceret felt, er man godt klædt på til at kunne være hjælpsom overfor et menneske med alkoholproblemer.

TILLÆG

Alkohols helbredsmæssige konsekvenser

Abstinenser

Hvis indtagelsen af alkohol pludseligt stopper, oplever den alkoholafhængige typisk en række abstinenssymptomer. Graden af abstinenserne afhænger af, hvor intensivt og i hvor lang tid personen har drukket. Gentagne ubehandlede abstinenser ser ud til, på længere sigt, at øge risikoen for kramper, hvorfor en medicinsk behandling af abstinenserne er påkrævet.

Lette symptomer

- Det mest kendte og almindelige af abstinenssymptomerne er rysten. Almindeligvis er det overkroppen og i særdeleshed hænderne der ryster, hvilket har forskaffet dette symptom kælenavnet mandolinfeber. Desuden lider personen af feber, kvalme og svimmelhed.
- Personen er rastløs, irriteret og farer op ved den mindste forskrækkelse. I nogle tilfælde oplever personen i de første dage forbigående sansillusioner i form af tinnitus eller korte synsillusioner. Generelt går disse symptomer over i løbet af et par dage.

Moderate symptomer

Omkring en tiendedel af de, der indlægges til afvæning, oplever abstinenser i form af krampeanfald. Det er som oftest kun personer, der har et både stort og langvarigt alkoholforbrug bag sig, der oplever disse symptomer. I enkelte tilfælde udvikler kramperne sig til deciderede epileptiske grand mal anfald og i en tredjedel af tilfældene udvikler abstinenserne sig til delirium tremens, alkoholpsykose.

Delirium tremens

Symptomerne ved delirium tremens er rysten, ophidselse og angst, samtidig med at personen udvikler kraftige hallucinationer og vrangforestillinger. Fysisk er tilstanden præget af hjerteflimren, personen er søvnløs, har svedeture og feber.

I starten af anfaldet oplever personen forbigående hallucinationer, der giver anledning til angst. I takt med den stigende grad af hallucinationer øges forvirring og angst hos personen, der mister kontakten til virkeligheden. Vedkom-

mende hører stemmer, ser personer eller dyr, der ikke er til stede eller føler, at insekter kravler under huden.

Delirium kan vare i op til tre dage, og når det klinger af, falder personen i en udmattet søvn. 5% af tilfældene har dødelig udgang, i de fleste tilfælde på grund af hjertestop (Marlatt & VandenBos, 1997)

Påvirkning af hjernen

Udover de allerede beskrevne funktionsnedsættelser af storhjerne, kan man også registrere funktionsnedsættelser i lillehjernen.

Lillehjernen

Lillehjernen styrer bl.a. motorik, holdning og balance i kroppen.

Det er almindeligt, at der sker et vist celletab i lillehjernen, når vi bliver ældre. Det har dog vist sig, at års alkoholafhængighed fremskynder denne proces. I særdeleshed formindskes antallet af de store purkinjeceller, der er ansvarlige for kommunikationen fra lillehjernen til resten af hjernen. Dette kan være grunden til, at ældre alkoholafhængige kan få problemer med at styre deres skridt, samt lettere mister balancen, også når de ikke er påvirkede af alkohol. Lillehjernen er ikke kun ansvarlig for motorisk styring. Den har vist sig at spille en rolle i forbindelse med koncentration og opmærksomhed. Dette kan påvirke f.eks. hukommelsen (Lishman, 1987).

Svære hukommelsesproblemer

Den mest ekstreme form for alkoholrelaterede hukommelsesproblemer kaldes for Korsakoff-psykose. Den er særdeles sjælden, og skyldes ikke direkte alkohols nedbrydende virkning på hjernen, men derimod mangel på B-vitaminet, thiamin, på grund af fejlnæring.

Korsakoff-psykose

Behandles tilstanden ikke med hurtig indgift af thiamin, ødelægges et lille område i hippocampus, dybt i hjernen. Dette område anses for at være porten ind til hukommelsen. I praksis betyder det, at patienten mister erindringen om år tilbage og for resten af livet vil være ude af stand til at lagre nogen form for nye informationer i hukommelsen.

Der er ingen kur for disse patienter og tilstanden bedres ikke (Lishman, 1987).

Sygdomme i indre organer

Leveren

Et af de mest velkendte problemer ved alkoholafhængighed er det hårde slid på leveren. 90% af den konsumerede alkohol udskilles via leveren, mens ca. 10 procent bliver udskilt via urin og sved.

Leveren producerer enzymer, der kan nedbryde alkohol, hvorefter affaldsstofferne kan udskilles. Efter længere tids indtag af alkohol, øges mængden af disse enzymer, og større mængder alkohol bliver nedbrudt. Det øger tolerancen for alkohol, og dermed kan forbruget øges tilsvarende. Efter års storforbrug begynder leveren at tage skade.

Leveren omdannes langsomt til fedtvæv, og dens evne til at udskille giftstoffer reduceres kraftigt. En del alkoholafhængige udvikler decideret skrumpeliver. Desuden har alkoholafhængige en forøget risiko for såvel leverbetændelse som leverkræft.

Når leveren skal nedbryde alkohol, bruger den en væsentlig del af sin kapacitet på denne opgave, og det forstyrrer nedbrydelsen af giftstoffer og optagelsen af andre stoffer, fx næringsstoffer.

Selvom der er mange kalorier i alkohol, kan alkoholafhængige derfor i praksis komme til at lide af underernæring, og i særdeleshed vitaminmangel.

Vitaminmangel og underernæring medfører en svækket almentilstand, der bl.a. kan vise sig som nedsat mental kapacitet.

Bugspytkirtlen

Desuden forårsager alkoholindtag ubalance i sukkerindholdet i blodet.

Blodsukkeret stiger kraftigt efter en stor dosis alkohol, hvorefter bugspytkirtlen begynder at producere insulin for at nedbryde sukkeret.

Hvis bugspytkirtlen overbelastes i et længere tidsrum, kan situationen udvikle sig til bugspytkirtelbetændelse. Betændelsen kan blive kronisk og medføre så store skader på bugspytkirtlen, at produktionen af insulin nedsættes og personen udvikler sukkersyge.

I andre tilfælde sker det modsatte. Det eksplosivt forhøjede blodsukker reguleres af den forøgede produktion af insulin, men når alkoholindtagelsen stopper, sker der hurtigt et drastisk blodsukkerfald, fordi bugspytkirtlen har indstillet

sin produktion på en forøget mængde sukker. I disse tilfælde kommer personen til at lide af kronisk lavt blodsukker, en tilstand der menes at kunne medvirke til depression.

Dette er i særdeleshed uheldigt, hvis en af grundene til afhængigheden er en flugt fra en depressiv tilstand.

Hjertet

Desuden får alkohol blodtrykket til at stige, og ved afhængighed kan dette naturligt udvikle sig til en kronisk tilstand.

Det forhøjede blodtryk er på langt sigt skadeligt for hjertet, der ellers ser ud til at være et af de få organer i kroppen, der ikke skades af alkohol. Tværtimod ser det ud til, at et par genstande dagligt sænker risikoen for at få blodpropper i hjertet.

Forplantningen

Man har også set skader på testikler og ovarier efter alkoholproblemer og alkoholafhængige får ofte nedsat frugtbarhed. For mændenes vedkommende sker der, efter års storforbrug, en nedsat produktion af testoteron.

Alkoholproblemer hos gravide forbindes derudover med det såkaldte føtalt alkohol syndrom (FAS). Disse børn kan i værste fald fødes mentalt retarderede. I mindre alvorlige tilfælde er de nyfødte unormalt sensitive over for berøring, lyd og lys. De græder meget og kan kun vanskeligt trøstes.

Hvis moderen har haft et afhængigt forbrug i slutningen af graviditeten, er det endvidere nødvendigt at behandle nyfødte børn for abstinenssymptomer.

Da man ikke kan afgøre med sikkerhed, hvor få genstande der kan have en skadelig virkning på fosteret, anbefaler læger afholdenhed under graviditet.

Anvendt litteratur

Bateson, G. ed. (1978)

Steps to an ecology of mind. Collected essays in anthropology, psychology, evolution and epistemology. - London, Chandler.

Berglund, Mats (1977)

»Cerebral dysfunktion in alcoholism and presenile dementia« A comparison of two groups of patients with similar reduction of the cerebral blood flow. Acta Psychiatrica Scandinavia. Vol 55(5): 391-398

Byholm Christensen, H. (1994)

Alkoholisme, relation og familieinteraktion. Nordisk Psykologi. Vol. 50 (4), p. 280-304

Byholm Christensen, H. (1997)

Behandlingsmuligheder for børn i familier med alkoholmisbrug. Århus, Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet

Choi, S.Y. (1973)

Dreams as a Prognostic Factor in Alcoholism. American Journal of Psychiatry. June, p. 699-702

Christensen, E. (1992)

Børn i familier med alkohol- og stofproblemer. Kbh.; Sundhedsstyrelsen

Christensen, E. (1994)

Når mor eller far drikker: – interview med børn og forældre i familier med alkoholmisbrug. Kbh.; Socialforskningsinstituttet

Christenfeld, Nicholas (1996)

Anxiety, alcohol, aphasia and ums. Journal of Personality and Social Psychology. Marts, 70:3, p. 451-460

Cloninger C.R. et al (1988)

Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. Alcoholism: clinical and experimental research. 12:494-505

Coggans, Niall et. al (1998)

The facts about alcohol, aggression, and adolescence. Addiction. August 91:8 p. 1234

Comings, D.E. et al (1991)

The dopamine D receptor locus as a modifying gene in neuropsychiatric disorders. Journal of American Medical

Association. Okt. Vol. 256(13), p. 1793-1801

DiClemente, C.C. og Hughes, S.O. (1990)
Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2: 217-235

Goodwin, D. (1973)
Alcoholproblems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. *Archives of General Psychiatry*; 28: p. 238-243

Goodwin, D. (1975)
Genetic and experimental Antecedents of Alcoholism. A prospective Study. Grune and Stratton, USA

Goodwin, D. (1995)
Alcohol Amnesia. *Addiction*, 90:3, p. 315-318

Gorski, T.T. (1997) (1)
Tilbagefaldsforebyggende terapi: arbejdsbog i håndtering af centrale personligheds- og livsstilsproblemer. Haderslev: Sydgården

Gorski, T.T. et al (1997) (2)
Hvordan man forbliver ædru: en vejledning i forebyggelse af tilbagefald. Haderslev: Sydgården

Grünberger, J. (1976)
Residual deficiency of brain performance in chronic alcoholics after a five-year abstinence. *Schweizer Archive für Neurologie*. Vol. 118(2): p. 295-305

Hill, Shirley et al (1979)
Computerized transaxial tomographic and neuropsychological evaluation in chronic alcoholics and heroin abusers. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 136 (4b): p. 598-602

Hougård, E. (1983)
Psykotterapi som non-specifik behandling. Risskov: Psykologisk Institut, Århus Universitet. (Psykologisk skriftserie, no.6, vol.8)

Hougård, E. (1986)
Metodologiske problemer i psykoterapeutisk efterforskning. *Agrippa* nr. 8, p.107-134

Jensen, G. og Pakkenberg, B. (1993)
Do alcoholics drink their neurons away? *Lancet* 1993. Vol. 342, p. 1201-1203

- Johnson, Karen (1996)
Honour thesis. University of South West, Australia.
- Kolb, B. and Whishaw, I.Q. (1990)
Fundamentals of Human Neuropsychology. London: W.H. Freeman
- Kurtz, E. (1991)
Not God. The history of Alcoholic Anonymous. Center Zity. USA
- Lezak, M.D. (1983)
Neuropsychological assessment. New York: Oxford University Press
- Lishman. W.A. (1987)
Organic psychiatry: the psychological consequences of cerebral disorder. Oxford : Blackwell Science
- Ludwig, Arnold M. (1988)
Understanding the alcoholic's mind: the nature of craving and how to control it. New York : Oxford University Press
- Løfgren, B. (1982)
Alkohol: rus, misbruk, behandling. Oslo: Universitetsforlaget
- Marlatt, G. A. (1985)
Craving for alcohol, loss of control and relapse: A cognitive behavioral analysis. Alcoholism: New Directions in Behavioral Research and Treatment. p 271-314. New York, Plenum Press
- Marlatt and VandenBos ed. (1997)
Addictive Behaviours: reading on etiology, prevention and treatment. Washington, DC : American Psychological Association
- Maylor, E.A. (1993)
Alcohol, reaction time and memory. British journal of psychology. Aug., 89:3 p. 301
- Miller, W.R. and Rollnick, S. (1991)
Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press
- Miller, W.R. et al. Ed. (1995)
Handbook of alcoholism, treatment approaches: effective alternatives. Boston: Allyn and Bacon
- Nielsen, B., Søgaaard Nielsen, A., Wraae, O. (1998)

Patient-Treatment Matching Improves Compliance of Alcoholics in Outpatient Treatment. Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 186, No.12, p. 752-760

Nielsen, Per (1991)

Motivation og motivationsbearbejdning hos alkoholmisbrugende klienter. NOLK3/91

O`Mahony, J. et al (1999)

Intellectual impairment among recently abstinent alcohol abusers. British journal of clinical psychology. Feb. 35:1, p. 77-83

Omstein, Peter (1977)

Cognitive deficits in cronic alcoholics. Psychological Reports. Vol. 40 (3pt.1), p. 719-724

Overall, John (1978)

Effects of aging, organicity, alcoholism and functional psycholpatology on WAIS substest profiles. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol 46(6) : p. 1315-1322

Perry, Bruce D. et. al (1996)

Childhood Trauma, the neurobiology of adaption and use-dependent development of the brain: How states becomes traits. Infant Mental Health journal . Vol 16. (4) p. 271-291

Perry, Bruce D. (1999)

Memories of fear. Images of the body in trauma. Ed. Goodwin & Attias Basic Books. USA

Ron, M.A. (1977)

Brain damage in cronic alcoholism: a neuropathological, neuroradiological and psychological review. Psychological Medicine . Vol. 7 (1) p. 103-112

Schuckit, M.A. (1995)

Drug and alcohol abuse. Addiction. Vol. 90:9, p. 1272

Stanton, M. D. (1979)

Family Treatment Approaches to Drug Abuse Problems. A Review. Family Process. Vol. 18, p. 251-274

Steffen, V. (1993)

Minnesota-modellen i Danmark. Mellem tradition og fornyelse. Holte : SOCPOL.

Sundhedsministeriet (1997)

Analyse af de samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholforbrug. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag, 1997. (Sundhedsanalyser 1997:1)

Trembacz, B. (1989)

Sanseløs, men også drømmeløs af druk. Blå Kors Sociale årsberetning

Trembacz, B. (1999)

Børne-Diopollon; En alkohol- og familiebehandling. Projektrapport, Sundhedsstyrelsen og Socialministeriet.

Trembacz, B., Benzen K. (1999)

Den motiverende samtale i praksis. Lægen, Apr., nr. 4, p. 29-32

WHO. (1992)

The ICD 10 Classification of Mental Health and Behavioural Disorders. Clinical description and Diagnostic guidelines. Geneva. p. 75-76.

Udgangspunktet for publikationen er, at behandling af alkoholafhængighed nytter, og at der er flere måder at handle på.

Publikationen belyser en række af de væsentligste spørgsmål og teorier, der knytter sig til emnet, og den giver eksempler på forskellige behandlingsmuligheder.

Den belyser emner som:

- Hvad er afhængighed af alkohol?
- Hvorfor bliver man afhængig?
- Forskellige psykologiske og sociale forklaringer på alkoholafhængighed.
- Genopbygning af psyke og socialt liv.
- Hvordan påvirker alkohol hjernen? – hvad er en neuropsykologisk tilgang til alkohol?
- Behandling og genoptræning af hjernens mentale funktioner.
- Kommer man over det, når man holder op med at drikke?

"Alkohol og afhængighed" er ikke en grundbog, men den giver mulighed for at vurdere alkoholafhængighed ud fra en mere helhedsorienteret synsvinkel, hvor både det fysiske, det psykiske og det sociale liv spiller sammen.