

## Behandling af alkoholafhængighed.

### Baggrund

**Indledning:** For at få diagnosen alkoholafhængig, skal 3 af de 6 nedenstående kriterier være opfyldte:

- Alkoholtrang
- Kontroltab ved alkoholindtagelse (kan ikke stoppe, når man er gået i gang med at drikke)
- Abstinenser
- Toleranceudvikling (større og større alkoholemængde er nødvendig for at opnå samme virkning)
- Fortsat indtag trods kendt skadevirkning (f. eks. ved kendt leversygdom)
- Alkohol spiller en dominerende rolle i personens liv (f.eks. at man dyrker aktiviteter eller bekendtskaber, hvor alkohol er i centrum).

Der er ca. 140.000 alkoholafhængige, men formentlig ca. 850.000 med større forbrug ud over sundhedsstyrelsens grænseværdi. Kun ca. 25.000 personer er i behandling for alkoholafhængighed. Direkte kontakt til kommunernes alkoholrådgivninger: <http://www.hope.dk/>

**Diagnostik og kontrol:** Anamnese evt. suppleret med måling af gamma-glutamyl-transferase ("gamma-GT") efter samtykke fra pt. (journalføres). For normalværdier mv. se LABKA. Markør ved kronisk højt alkoholforbrug „Stigning efter 1-2 ugers > 60g/dag.

**Behandlingsmål:** Principielt er behandlingsmålet alkoholfrihed. Imidlertid er evidensen i de omtalte behandlingsformer ikke vurderet entydigt med total alkoholfrihed som mål, men ofte med opnåelse af bedre social tilpasning og bedre familieliv som mål. OBS: Der skal være mindst 3 måneders total afholdenhed før neuropsykologisk undersøgelse kan betragtes som retvisende. For praktiske formål er et moderat forbrug ej muligt efter tidligere misbrug: Kun 1,6% havde et moderat forbrug ved 5-7 års follow-up af 1289 behandlede alkoholikere.

**Den traditionelle behandling:** I Danmark har der været tradition for at anvende disulfiram (Antabus), som den primære medicinske behandling, ofte suppleret med små doser antipsykotica, antidepressiva eller anden relevant støttende medicinsk behandling. Systematisk sideløbende samtalebehandling, har ikke været praktiseret. Indtagelse under supervision har været anbefalet, men næppe gennemført konsekvent.

**Nonfarmakologisk behandling:**

Den medicinske behandling kan ikke stå alene. Der er evidens for, at samtidig kognitiv terapi giver klart bedre resultater, ligesom deltagelse af partneren (familieterapi) også mindsker recidivrisikoen. Der anbefales 3 måneders behandling, længere forløb har ikke vist mere vedvarende effekt. Behandling kan gives individuelt eller gruppebaseret. Efterbehandling med sigte på tilbagefaldsforebyggelse, har vist sig værdifuld. I familier, hvor den alkoholafhængige umiddelbart har frasagt sig behandling, vil en professionel rådgivning af de pårørende øge sandsynligheden for at den alkoholafhængige faktisk kommer i behandling.

Almindeligvis anbefales dagbehandling, men ved sværere sociale problemer, kan døgnbehandling være berettiget.

Til socialt udsatte kan overvejes at tilbyde Community Reinforcement Approach (CRA) mhp. at styrke den alkoholafhængiges inddragelse i samfundet (f.eks. få et arbejdsliv, få et ædru netværk, få en mere velfungerende familie).

Motivationen er fortsat den vigtigste faktor for et vellykket forløb, hvad enten målet er total alkoholfrihed eller reduktion af forbruget.

Obs børn :Underretningspligt.

**Medicinsk behandling :**

Benzodiazepiner med lang halveringstid som f. eks. chlordiazepoxid (Risolid) bruges til abstinensforebyggelse under afrusning i ambulante forløb. Tiamin + B-combin forte anvendes for at undgå Korsakoffs psykose og Wernickes encefalopati. Angst, uro og depression må behandles med beherskede doser SSRI, antipsycotica mv.

Acamprosat (Campral) anbefales som førstevalgspræparat til forebyggende behandling. Der er evidens for virkning i modsætning til disulfiram, og væsentligt færre bivirkninger. De alvorlige hepatologiske bivirkninger, der (om end sjældent) ses ved disulfirambehandling, findes ikke ved acamprosat. Acamprosat skal gives i 1 år med 3 daglige doseringer idet halveringstiden er relativ kort. Det kan opleves besværligt og reducerer compliance. Er der ikke effekt efter ca. 6 uger behandling, kan det seponeres. Bivirkningerne er få, hyppigst diarré. Enkelttilskud.

Naltrexon (Adapend, Naloxon) har tilsyneladende effekt på den samlede alkoholindtagelse efter 3 måneders behandling, men der er ikke konstateret effekt ved længere tids opfølgning. Enkelttilskud.

Nalmefen (Selincro) er der ikke evidens for virkningen af sammen med struktureret samtalebehandling. Samtalebehandlingen alene har vist samme effekt. Stoffet kan måske have en vis effekt overfor en gruppe med stort alkoholindtag uden abstinenser eller psykisk sygdom, som ønsker en vis reduktion af forbruget. Enkelttilskud.

Disulfiram (Antabus) har usikker virkning, hvorfor det ikke længere anbefales som førstevalgs præparat. Behandlingen er forbundet med mange bivirkninger og kræver total afholdenhed. Behandlingen skal altid gives superviseret.

## Dokumentation

**Referencer:** Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje: Behandling af alkoholafhængighed. 2015.  
IRF- Alkoholafhængighed skal behandles. 3. mar. 2015  
Alkoholforbrug i Danmark. Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige. Ulla Arthur Hvidtfeldt, Anders Blædel Gottlieb Hansen, Morten Grønbæk og Janne Schurmann Tolstrup. SIF 2008  
Alkoholstatistik 2015. Nationale data Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, 2015.  
The Extent of Long-Term Moderate Drinking among Alcoholics Discharged from Medical and Psychiatric Treatment Facilities N Engl J Med 1985; 312:1678–82  
Prolem-free drinking over 16 years among individuals with alcohol use disorders RSS ,  
Drug and Alcohol Dependence, 2008-01-01, Volume 92, 116-122

## Links

NKR

[https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~/\\_media/DA9C87FC4B3F490E8C480B5E692F125E.ashx](https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~/_media/DA9C87FC4B3F490E8C480B5E692F125E.ashx)

Sundhedsstyrelsen

[http://www.irf.dk/dk/publikationer/rationel\\_farmakoterapi/maanedsbld/2015/behandling-af-alkoholafhaengighed.htm](http://www.irf.dk/dk/publikationer/rationel_farmakoterapi/maanedsbld/2015/behandling-af-alkoholafhaengighed.htm)

<http://hope.dk/>

## Udarbejdelse

**Forfattere:** Monika Menachem og Henrik Agerlin Petersen  
**Ekstern review:** Socialoverlæge Helle Petersen, Københavns kommune

**Dato:** Januar 2018,

Opdateres 31.12.2021