

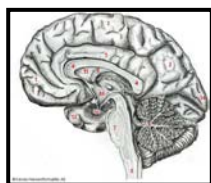
10 ting forskningen har lært oss om rus og avhengighet

Omskrivning/oversettelse av Doug Sellmans artikkel i Addiction 2009 (Sellmann D. The 10 most important things known about addiction. Addiction 2009; 105: 6-13) ved forskningsdirektør ved SERAF, professor dr.med. Jørgen G. Bramness



1. Avhengighet handler tvangsmessig adferd

Noe som ofte oversees av allmennheten og til og med av kolleger er hvordan avhengigheten er økende tvangspreget. Dette er heller ikke fullstendig forstått nevrobiologisk, men menneskers normale fleksibilitet forsvinner og atferden blir mer kompulsiv. Før vektla man i forklaring av avhengighet mest toleranseutvikling og/eller abstinenssymptomer. Nå forstår avhengighet mer som et atferdsmessig syndrom med manglende kontroll, overdreven vektlegging av rusmidelets betydning (incentive salience) i tillegg til neuroadaptasjon (med toleranseutvikling og/eller abstinenssymptomer), men også tvangsmessig bruk til tross for kunnskap om og erfaringer med negative medisinske og psykologiske konsekvenser av bruken. Framtidig forskning bør fokusere på å forstå utviklingen av denne tvangsmessige atferden nevrobiologisk, ikke bare for narkotika, men for all avhengighet. Man bør forsøke å måle denne atferden mer etterrettelig. Instrumenter som Obsessive Compulsive Drinking Scale er et godt utgangspunkt, men vi må utvikle instrumenter som er compatible med nyere nevrobiologisk kunnskap om tvangsmessig atferd.



2. Den tvangsmessige bruken er utenfor bevisst kontroll

Avhengighet innebærer ubevisste prosesser. Dette reflekteres i at mange primitive hjerneavsnitt er involvert. Nucleus accumbens i det limbiske system er sentral i forståelsen av russøkende atferd. "Beslutningsprosessen" om inntak er ubevisst! Den nevrobiologiske forståelsen av avhengighet forklarer hvorfor folk ikke kan komme ut av misbruket ved "å ta seg sammen". Den "frie viljen" forutsetter en velfungerende orbitofrontal cortex. Det er dette som skal til for å gi det halve sekundet forsinkelse som kreves for å tenke seg om og å bruke denne viljen. En av konsekvensene av de nevrobiologiske endringer som har funnet er manglende mulighet til kontroll, bruk og overdreven (tvangsmessig) bruk som en ubevisst prosess og at rusmidelets betydning ("salience") er sterkt overdrevet og får signifikans framfor mange andre viktige oppgaver og prioriteter. Til slutt har vi fått en forståelse av at disse endringene er nokså varige og at hjernen til en viss grad er endret for alltid hos dem som har vært avhengige.

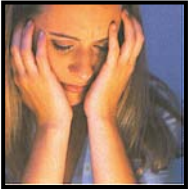


3. Avhengighet er ca 50% arvelig og forståelsen av kompleksiteten øker

Alkoholavhengighet er i tvillingstudier, adopsjonstudier og i dyremodeller vist å ha stor arvelighet (40-60%). For andre rusmidler ligger arveligheten på fra 0,4 for hallusinogener til 0,7 for kokain. Avhengighet er en "kompleks genetisk sykdom" som innebærer interagerende genetiske faktorer og miljøfaktorer.

Det er en økende kompleksitet i vår forståelse av hvordan miljømessige faktorer kan bidra til avhengighet. Mange potensielle faktorer fra intrauterin eksponering, erfaringer fra tidlig i livet, traumer og deprivasjon, familiær belastning, sosialt miljø i barne- og ungdomsår til samfunnets holdninger og myndighetenes politikk kan bidra til avhengighetsutvikling. I lys av vår økende forståelse av arv og genetik (f.eks. gjennom kartlegging av det humane genom) har vår optimisme

med hensyn til hvilke forklaringskraft som kan komme fra molekylærgenetikk vært stor. En forståelse av de ulike dimensjoner i den personlighetsmessige struktur hvor man kunne tenke seg at bestemte temperament ga risiko for avhengighet økte optimismen for bidragene fra molekylærgenetikken. Drømmen har imidlertid ikke blitt realisert. Håpet om at en håndfull primære gener skulle forklare avhengigheten er blitt erstattet med en forståelse av at det er hundrevis av ulike gener som interagerer på ulike måter. Det er kompleksitet med koblede gener, ulike funksjonelle varianter og epigenetic prosesser. Det er ikke lenger snakk om en debatt om arv versus miljø, men en gen-miljø interaksjon. Gener og miljø er ikke lenger sett på som separate enheter, men nært sammenknyttede elementer.



4. Det er høy komorbiditet med andre psykiske lidelser

Pasienter har som oftest ikke bare alkoholavhengighet. Så mange som tre firedeler av pasientene i tillegg ha en alvorlig psykisk lidelse. De tre vanligste er sosial fobi, depresjon og PTSD. Slike studier er replikert i mange land. Prosentandelen er antagelig enda høyere for narkotikaavhengighet.

I motsetning til dette står de 3 store RCT-studiene på feltet de siste 30 årene (Project MATCH, UK Alcohol Treatment Trial (UKATT) og Pharmacotherapies and Behavioral Intervention Study). Alle studiene ekskluderte de fleste med psykisk lidelse. Siden det vanligste er at mennesker har flere rusproblemer, har psykiske lidelser, bruker psykotrope medikamenter og er sosialt marginaliserte er det et gap mellom resultatene av de viktigste (og dyreste) studier i feltet og de utfordringene vi møter i virkelige behandling av avhengighet. Fremtidig klinisk forskning må ta høyde for dette og inkludere mennesker som gir forskningen større ekstern validitet.



5. Avhengighet er en kronisk tilbakevendende lidelse

Total avholdenhet fra alkohol er veletablert som behandlingsstrategi ved alvorlige alkoholproblemer. Men selv om opptil en tredel av alkoholavhengige på kort sikt vil oppnå rusfrihet er relativt uvanlig å holde seg helt borte fra rusmidler på lengre sikt. Mindre enn 10% av narkotikaavhengige har langtids sammenhengende rusfrihet etter

behandling. De fleste vil oppleve at avhengigheten er en kronisk tilbakevendende sykdom, selv om mange opplever lengre perioder av stabilitet og forbedringer underveis. Man kan sammenligne avhengighet med andre kroniske sykdommer: Type 2-diabetes, hypertensjon og astma. Disse ligner på avhengighet i forekomst av tilbakefall og behandlingsetterlevelse. Ved intervensjoner som krever livsstilsendringer er det færre enn 30% av pasientene som makter å etterleve dette. Likevel ser vi at mirakuløse endringer (langsiktig sammenhengende rusfrihet) fremdeles er en slags forventet standard for pasienter som behandles for sin avhengighet. Denne forventningen finnes ikke bare i det offentlige, men selv hos fagfolk som jobber i feltet. Slike urealistiske forventninger vil sannsynligvis hindre folk i å søke hjelp, eller i hvert fall å komme igjen etter tilbakefall.



6. Flere forskjellige psykoterapier gir like gode resultater

Før introduksjonen av psykofarmaka med muligheten til å dempe rus sug var behandling av avhengighet dominert av psykososiale metoder. De siste 20 år har vi sett utviklingen av effektive intervensjoner som kognitiv atferdsterapi (CBT), 12-trinns tilrettelagt terapi (TTT), motiverende intervju (MI) og sosiale og atferdsmessige nettverk terapi (SBNT). I "Project MATCH" fant man ingen signifikante forskjeller mellom CBT, TTT eller MI. Andre studier har ikke funnet

forskjeller mellom MI og SBNT. "Non-directive reflective listening" (NDRL) er vist mindre effektive enn MI.

Alle studiene ekskluderte pasienter med andre psykiske lidelser eller fokusert på mindre alvorlige tilfeller. Vi har behov for psykoterapiforskning som i høyere grad reflekterer det virkelige livet. Vi må få en bedre forståelse av samspillet mellom pasienter, terapeuter, terapeutiske innstillinger og terapeutiske begrunnelsen som vekker pasientenes håp, gi dem suksess opplevelser, vekke dem følelsesmessig og tilby alternative løsninger på deres problemer. Vi må gjennom den terapeutiske prosessen vise kvalitetene i en god relasjon som er fleksibel, ærlig og troverdig, og som er interessert og tilstedeværende, samt å ha terapeutiske ferdigheter inkludert utforskning, refleksjon, komme med korrekte tolkninger, tilrettelegging uttrykk for påvirke og være bekreftende, er det grunnlag for å utvikle sterke terapeutiske allianser. Sterke terapeutiske allianser er sterke prediktorer for å involvere og å holde pasienter i behandling, inkludert de med psykiske lidelser.



7. "Kom tilbake når du er motivert" - ikke lenger en akseptabel respons

Det har aldri vært ansett som en god terapeutisk teknikk å be rusmisbrukere om å "komme tilbake når han/hun er motivert" (alternativt "når du har nådd bunnen"). Dette har likevel til en viss grad vært en underliggende holdning i mange deler av behandlingsapparatet. Dette er i dag endret. Vi begynner behandlingen der pasienten er, heller enn der terapeuten forventer at de skal være. I dag bruker vi motiverende intervjueteknikk (MI), forholder oss til stadier av endring og har en klientsentrert tilnærming. MI har vært usedvanlig betydningsfull i den grunnleggende tilnærming til å hjelpe mennesker med avhengighetsproblemer. Man har fjernet de til dels støyende konfrontasjonsstrategier og erstattet dette med en mer forsiktig lyttende tilnærming. Behandling av avhengighet og motiverende intervjueteknikk har nesten blitt synonyme. 12-trinns programmer og MI har nå blitt studert i flere titalls RCTer. Utgangspunktet for terapeutisk arbeid blir engasjement gjennom en empatisk og respektfull menneskelige holdning, en holdning som tar hensyn til hvor beredt personen er for endring. Klinikere vil være forskjellige med hensyn til hvor gode de er til å se verden gjennom pasientenes øyne, men empati er en ferdighet som kan læres.

Parallelt med metodene for å styrke den indre motivasjonen har det vært en økende bevissthet om at også eksternt sosialt press er viktig for å motivere folk til å søke og gå i behandling eller endre atferd. Dette betyr ikke at behandling av avhengighet kan fravike generelle prinsipper som pasientautonomi og informert samtykke.

Til sist er det viktig å huske at behandling av avhengighet må forholde seg til de høyeste standarder for å inneha legitimitet. Man må f.eks. ha like stor vekt på å behandle psykiatrisk komorbiditet enten dette er lettere eller mer alvorlige psykiske lidelser.



8. Desto mer individualisert og omfattende behandling er, jo bedre blir resultatet

Det har i noen grad vært en kamp mellom ulike yrkesgruppen om hva avhengighetsproblemet er og hvordan man best skal gripe an disse problemene. F.eks. kan man få en diskusjon om man skal benytte diagnose eller mer individualiserte beskrivelser.

Slike diskusjoner er unødvendige og tulle. En tjeneste som engasjerer seg i slike konseptuelle konflikter eller mangler i bred klinisk kompetanse, har en begrenset evne til å yte bistand til mennesker med avhengighet.

Den nye farmakoterapiæraen med medikamenter mot russug har bidratt med en medisinsk tilnærming til behandling av avhengighet. I tillegg til substitusjonsbehandling for mennesker med opioid-avhengighet. Denne medisinske forståelsen bør aldri erstatte at vi tilstreber en omfattende og individuell tilnærming i behandlingen. En slik omfattende plan vil ofte innebære praktiske løsninger på sosiale problemer, inkludert bolig, juridiske og faglige problemstillinger samt adressering spesifikk medisinsk, psykiatrisk og familie problemer. Planene er ofte bedre jo mer individualisert og omfattende den er.

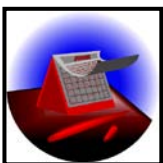


9. Skjellsettende opplevelser kommer ikke på kommando

En av de mest fasinende opplevelsene man kan ha ved behandlingen av avhengighet er å være vitne til at en avhengig person plutselig og fullstendig endrer sin atferd og begynner et nytt liv, ofte helt uavhengig av behandlingen. Bill Wilsons opplevelse av å stå foran Gud midt i sin fortvilelse førte til at han aldri mer drakk alkohol, og at han startet Anonyme Alkoholikere (AA). AA har blitt prototypen på selvhjelpsgrupper og utviklingen av den 12-trinnsprogram som en åndelig vei til helbredelse.

Men slike skjellsettende opplevelser er vanskelig å fremkalle. LSD ble på 50- og 60-tallet brukt for å framkalle slike opplevelser. Forskning viste at de som ble behandlet med LSD hadde betydelig bedre behandlingsresultatene enn kontrollgruppen etter 3 måneder. PCB kan være et nyttig hallusinogen til videre forskning I denne forbindelse er den amerikanske "War on Drugs" et hinder for rasjonell tenkning og seriøs forskning på dette området. Ketamin-psykedelisk forskning fra St Petersburg [72] har bidratt til å holde liv i denne forskningen. Hvor vi hadde vært i dag om LSD-forskning på 1950-tallet og 1960-tallet hadde fortsatt med uforminsket styrke vet vi ikke.

Behandling av avhengighet må innebære en re-orientering. Ny mening og håp i livet er nødvendig, en åndelig opplevelse, som for noen kan best beskrives som "å finne Gud". Forskning på metoder for å hjelpe folk til mer effektivt og forutsigbart å reorientere sine liv.



10. Endring tar tid

Enhver endring, i dette tilfelle nærmest en altomfattende endring i en persons syn på seg selv og sin plass i verden, tar tid! Behandling av avhengighet er ikke så mye et spørsmål om å endre sitt sinn, som å endre sin hjerne. Biologisk kan det forstås slik: Genuuttrykk som følge av terapeutisk intervensjoner (formelle og uformelle) må resultere i tilstrekkelig protein syntese, slik at ny atferd i respons til interne og eksterne signaler begynner å trumfe gamle atferdsmønstre. Dette er en variabel prosess heller enn en distinkt hendelse. Det tar måneder til år heller enn dager til uker. Tilheling innebærer en person gjør store endringer i "hele sitt livsmønster". Vi må tenke utvikling i faser:

1. Behandling (plukke opp restene av en mislykket livsstil)
2. Rehabilitering (sette sammen en ny livsstil)
3. Ettervern (øve på nye livsstil)
4. Self-management (living den nye livsstil)

Nøkkelen ligger i tid til å praktisere den nye atferd i lang periode. Avhengige som sliter med lav utholdenhet vil ha behov for utholdende terapeuter i prosessen. Disse terapeutene må genuint verdsette små forbedringer underveis og fortsetter til tross for skuffelser.