

## Statusartikel

Ugeskr Læger 2021;183:V01210036

# Alkoholafhængighed og komorbid psykisk lidelse

Anders Fink-Jensen<sup>1, 2, 3</sup>

1) Psykiatrisk Center København, Københavns Universitetshospital – Rigshospitalet, 2) Region Hovedstadens Psykiatri, 3) Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Ugeskr Læger 2021;183:V01210036

### HOVEDBUDSKABER

- Mindst 140.000 danskere opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed.
- Alkoholafhængighed er en psykiatrisk diagnose og ses ofte sammen med anden psykiatrisk lidelse (psykiatrisk komorbiditet).
- Patienter med alkoholafhængighed og komorbid psykisk lidelse bør behandles for disse lidelser efter de samme retningslinjer, som gælder for behandling af den enkelte lidelse.

Begrebet dobbeltdiagnosepatienter anvendes typisk om patienter med diagnoserne skizofreni eller affektiv bipolar sindslidelse og samtidig tilstedeværelse af afhængighed af alkohol eller andre euforiserende stoffer [1-3]. Alkoholafhængighed er dog også ofte til stede ved en række andre psykiske lidelser. Denne artikel vil primært omhandle alkoholafhængighed og samtidig tilstedeværelse af anden psykisk lidelse. I WHO's diagnoseklassifikationssystem, International Classification of Diseases and Related Health Problems - World Health Organization (ICD-10), findes den psykiatriske diagnosegruppe F10 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol (Tabel 1). F10-diagnosegruppen indeholder en række underdiagnoser, hvor de oftest anvendte er akut alkoholintoksikation, skadelig brug af alkohol, alkoholafhængighedssyndrom, abstinensstilstand som følge af alkoholbrug samt delirøs abstinensstilstand som følge af alkoholbrug. Betegnelsen alkoholmisbrug er udbredt – også blandt sundhedsfagligt personale – men er ikke en ICD-10-diagnose.

---

**TABEL 1** Definition af alkoholafhængighed i henhold til ICD-10: F10.2. Der er tale om afhængighed, når  $\geq 3$  af nedenstående kriterier samtidig har været til stede inden for 3 mdr. eller gentagne gange inden for det sidste år.

Drikketrang

Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen

Abstinenssymptomer eller indtagelse af alkohol for at ophæve eller undgå disse

Toleransudvikling

Alkohol har en dominerende rolle mht. prioritering og tidsforbrug

Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning

ICD-10 = International Classification of Diseases and Related Health Problems – World Health Organization, 10. udg.

---

#### ALKOHOLFORBRUGET I DANMARK

Det skønnes, at ca. 585.000 personer i Danmark har et skadeligt forbrug af alkohol, og ca. 140.000 danskere er afhængige af alkohol [4]. Desuden drikker mere end 860.000 danskere over Sundhedsstyrelsens såkaldte højrisikogrænse på 14 ugentlige genstande for kvinder og 21 ugentlige genstande for mænd [5], mens antallet af danskere, der drikker over Sundhedsstyrelsens såkaldte lavrisikogrænse på syv ugentlige genstande for kvinder og 14 ugentlige genstande for mænd, i sagens natur er langt højere [5]. Således drak 20,6% af befolkningen på 16 år eller derover over Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse i 2013 [5]. Der findes ikke en egentlig psykiatrisk diagnose for et isoleret alkoholoverforbrug.

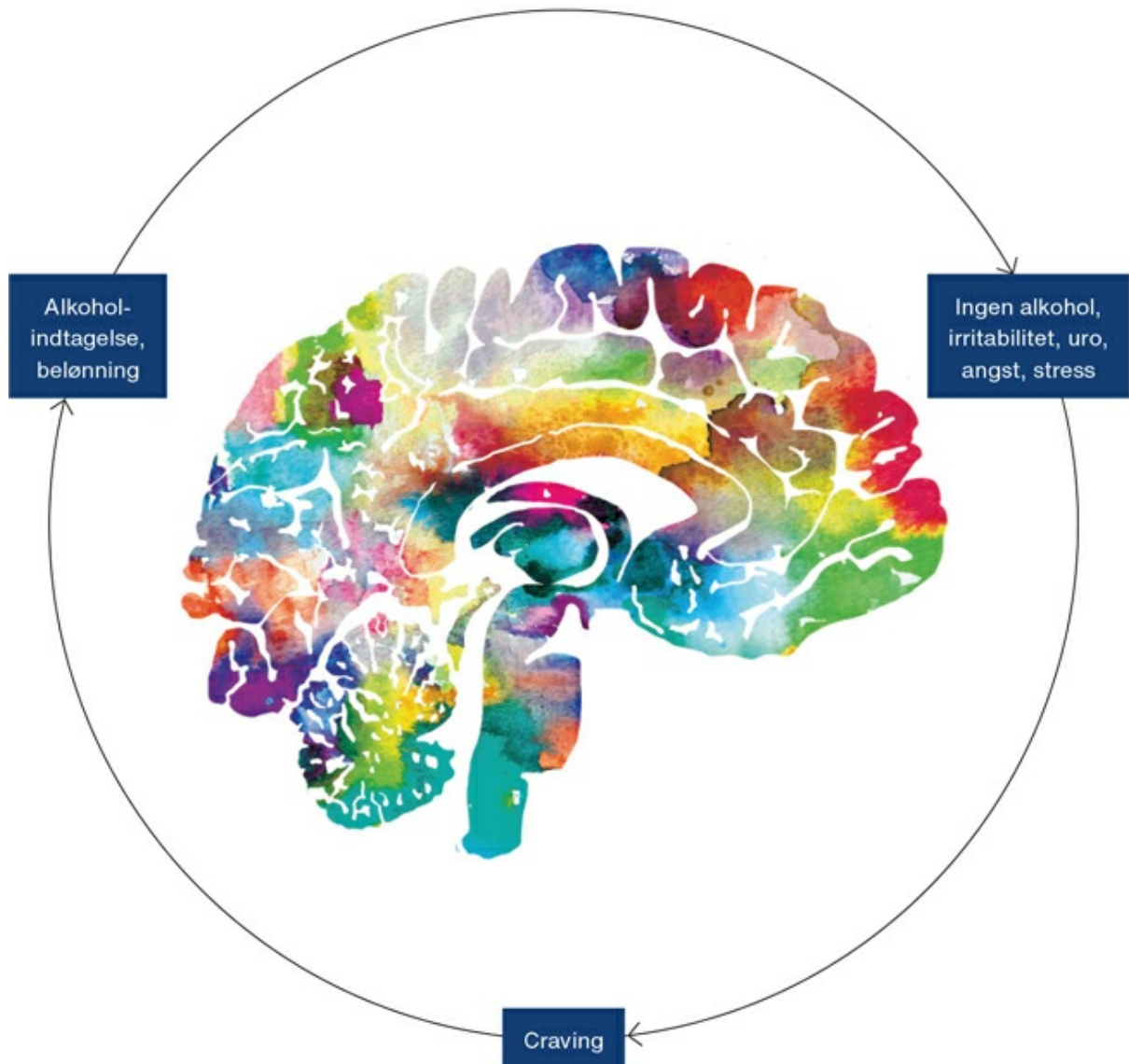
#### ALKOHOLAFHÆNGIGHED

Alkoholafhængighed er en sygdom, som omfatter en kompleks interaktion mellem sociale, kulturelle og biologiske faktorer [6]. Tvillinge- og adoptionsstudier har vist, at mindst 50% af risikoen må tilskrives genetiske faktorer [7]. Den arvelige faktor er mest udtalt hos de personer, hvor alkoholafhængigheden er startet tidligt [8]. Det har dog som for de fleste andre psykiske lidelser været vanskeligt at få kortlagt relevante kandidatgener for alkoholafhængighed [6] og endnu sværere at få beskrevet relevante kandidatgener ved samtidig komorbid psykisk lidelse.

Alkoholafhængighed udvikles typisk over flere år, og det neurobiologiske grundlag for denne udvikling involverer forskellige hjerneområder og forskellige transmittersystemer [9]. Ved indtagelse af alkohol (eller andre euforiserende stoffer) sker der en akut frigivelse af signalstoffet dopamin i det såkaldte belønningscenter i hjernens basalgangliesystem. Denne aktivering vil samtidig trigge aktivering af modsatrettede processer med efterfølgende reduceret aktivering af belønningscenteret og øget aktivering af hjernens stress-system med

stress-symptomer og dysfori (tristhed) til følge. Et mere udtalt forbrug af alkohol eller euforiserende stoffer vil over tid påvirke hjernens pandelapper med heraf følgende kognitive deficit og mere kompulsiv alkohol-/stofsøgende adfærd (Figur 1). Under udvikling af egentlig afhængighed sker der således over tid en række neurobiologiske forandringer, og ligesom ved en lang række andre psykiatriske lidelser vil behandlingseffekten afhænge af, hvor tidligt i forløbet man får påbegyndt behandlingen af patientens afhængighed. Det er således generelt lettere at få behandlet en persons alkoholafhængighed, før den udvikler sig til en kronisk tilstand med mere blivende neuroadaptive forandringer [9, 10]. Interessant nok er de omtalte hjerneområder også påvirket ved en række andre psykiske lidelser som f.eks. skizofreni og depression.

**FIGUR 1** De tre funktionelle domæner i udvikling af alkoholafhængighed: 1) alkoholindtagelse (= belønning), 2) ingen alkohol (= irritabilitet, uro, angst og stress) og 3) craving. Over tid vil der foregå en neuroadaptation med påvirkede eksekutive funktioner og mere kompulsiv alkoholsøgende adfærd.



## ALKOHOLAFHÆNGIGHED OG PSYKIATRISK LIDELSE

### Bipolar affektiv sindslidelse eller skizofreni

Begrebet dobbeltdiagnosepatienter anvendes om patienter med bipolar affektiv sindslidelse eller skizofreni og samtidig afhængighed af alkohol eller euforiserende stoffer [1-3]. Der foreligger ikke en klar og entydig definition af begrebet, men patienter med lettere psykiske lidelser og afhængighed regnes normalt ikke med til denne gruppe. Behandling af dobbeltdiagnosepatienter udgør en særlig udfordring. Dette er delvist betinget af komorbiditeten i sig selv. I tilfælde af afhængighed af andre euforiserende stoffer end alkohol er situationen yderligere kompliceret af, at behandlingen overordnet set varetages forskellige steder: Behandling af stofafhængighed varetages af kommuner eller private institutioner, mens behandling af de psykiatriske lidelser foregår på hospitaler, hos praktiserende speciallæger i psykiatri og hos speciallæger i almen medicin [11]. I et nyere dansk, prospektivt registerstudie, hvor man fulgte alle patienter, som var født i 1955 eller senere og diagnosticeret med skizofreni, bipolar affektiv sindslidelse eller depression, og hvor man undersøgte den såkaldte livstidskomorbiditet, blev det påvist, at 32% af patienterne med skizofreni, 33% af patienterne med bipolar affektiv sindslidelse og 24% af patienterne med depression på et eller andet tidspunkt i deres liv også havde fået en alkoholdiagnose (primært alkoholafhængighed og skadelig brug af alkohol) [3].

Begrebet livstidskomorbiditet kan benyttes, når flere komorbide tilstande optræder i løbet af livet hos den samme person, men de komorbide tilstande behøver ikke optræde samtidig. Eftersom der ofte kan gå flere år fra debut af en psykiatrisk lidelse, til diagnosen stilles, og tidsintervallet fra sygdomsdebut til diagnosticering kan variere mellem de psykiatriske lidelser, vil det i sagens natur ofte være vanskeligt at afgøre, om det var alkoholafhængigheden eller den komorbide psykiatriske lidelse, der startede først. Typisk vil en komorbid alkoholafhængighedsproblematik forværre det samlede psykiatriske sygdomsforløb. F.eks. viste en post hoc-analyse af data fra et stort klinisk interventionsstudie, at patienter med skizofreni og samtidig alkoholafhængighed havde et mere alvorligt sygdomsforløb med signifikant kortere tid til efterfølgende relaps og hospitalsindlæggelse end patienter, som havde skizofreni, men ingen alkoholafhængighedsdiagnose [12]. Det er velkendt, at alkohol – ligesom benzodiazepiner – udøver en stimulerende virkning på GABA A-receptorer, og at denne virkning menes at forårsage alkohols angstdæmpende og beroligende effekter [10]. Derfor er det også umiddelbart forståeligt, at alkohol ofte anvendes som en form for selvmedicinering ved primære angstlidelser, ved angstsymptomer og forpinthed i forbindelse depression eller psykotiske tilstande og ved ængstelighed og anspændthed hos personer med ængstelig personlighedsstruktur. Alkohol kan dog også forstærke den sindsstemning, som den pågældende befinder sig i på tidspunktet for alkoholindtagelse. Således finder man, at ca. en tredjedel af de mennesker, der begår selvmord, har alkohol i kroppen som udtryk for alkoholindtag op til selvmordstidspunktet [13]. Der er selvfølgelig også en gruppe af patienter med alkoholafhængighed og komorbid psykisk lidelse, hvor alkoholafhængigheden ikke kan forklares ud fra et behov for selvmedicinering.

### Posttraumatisk belastningsreaktion

Ved posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) kan patienter opleve, at alkohol har en lindrende virkning på flashback og indsovningsproblemer, men samtidig vil alkohol kunne forværre den generelle søvnkvalitet samt give irritabilitet og koncentrationsbesvær, som også ofte ses ved denne lidelse. Tilsvarende vil patienterne ofte opleve en umiddelbar lindring af angst- og depressionssymptomer, der også ses ved belastningsreaktioner. Hvorvidt denne selvmedicinering med alkohol medfører et alkoholoverforbrug, et skadeligt forbrug af alkohol eller en egentlig afhængighed, afhænger af den enkelte persons vulnerabilitet og den komorbide symptomsværhedsgrad samt varighed af PTSD-symptomerne.

### Attention deficit and hyperkinetic disorder

Ved ADHD og visse former for personlighedsforstyrrelser er forekomsten af alkoholafhængighed også øget. I en

metaanalyse fra 2018 rapporteredes om en livstidsprævalens af »alcohol use disorder« (skadeligt brug af alkohol eller alkoholafhængighed) på 77% blandt personer med dyssocial personlighedsstruktur, 52% blandt personer med emotionelt ustabil personlighedsstruktur af borderlinetype og 39% blandt personer med andre typer af personlighedsforstyrrelser [14].

### Monitorering af psykiatriske patienters alkoholforbrug

Tilstedeværelse af et alkoholoverforbrug, et skadeligt forbrug af alkohol eller en egentlig alkoholafhængighed bør altid resultere i et øget fokus på at få afdækket, hvorvidt alkoholforbruget skal ses som en form for selvmedicinering i forbindelse med anden psykisk lidelse. Man kan med fordel udspørge patienten grundigt om, hvilke fordele hun/han måtte opleve i forbindelse med alkoholindtagelse, og om der sker en reduktion i forekomsten af evt. psykiske symptomer. Hvis dette er tilfældet, bør det afklares, om patienten opfylder kriterierne for en egentlig psykiatrisk diagnose, og i tilfælde af dette tages der stilling til relevante behandlingsmæssige tiltag i forhold til den komorbide psykiatriske lidelse – terapi, medicinsk behandling og/eller sociale foranstaltninger. Desto tidligere behandlingen påbegyndes, jo større er chancen for, at den vil være effektiv. Ved årelang alkoholafhængighed vil der typisk være sket neuroadaptive forandringer med mere stereotyp, tvangspræget alkoholindtagelse til følge [9], hvilket mindsker sandsynligheden for et effektivt og vellykket behandlingsforløb, ligesom det over tid bliver vanskeligere at afklare, om der er en underliggende psykiatrisk problemstilling, som har initieret patientens alkoholafhængighed.

Omvendt bør psykiatriske patienter med jævne mellemrum udspørges om deres alkoholforbrug mhp. at afklare, om de har et overforbrug, et skadeligt forbrug eller en egentlig afhængighed af alkohol. Til afklaring af dette kan der med fordel anvendes det yderst gennemprøvede screeningsværktøj The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Figur 2) [15]. AUDIT kan udfyldes af patienten selv, men kan også udfyldes af en sundhedsperson i forbindelse med et interview. AUDIT er udviklet af WHO oprindeligt som et screeningsværktøj til almen praksis, men det har efterhånden fundet en bredere anvendelse. Skemaet består af ti spørgsmål fordelt på tre grupper, nemlig alkoholforbrug (1-3), alkoholafhængighed (4-6) og skadeligt alkoholforbrug (7-10). Hvert svar giver en score på 0-4, og maksimumscoren er således 40. Spørgeskemaet er yderst grundigt valideret med høj specificitet (omkring 80%) og selektivitet (omkring 90%) [15] og tager ca. et minut at udfylde. En score på 8-15 tyder på et storforbrug, en score på 16-19 tyder på et skadeligt forbrug, og en score på  $\geq 20$  tyder på afhængighed [16]. AUDIT-skemaet og tilhørende vejledning ligger på Dansk Selskab for Almen Medicins hjemmeside [17]. AUDIT-skemaet har været anvendt i en nyere dansk spørgeskemaundersøgelse, hvor 33% af de psykiatriske patienter havde en AUDIT-score på mere end otte, hvilket noget overraskende ikke var højere, end hvad man fandt i baggrundsbefolkningen [18]. De første tre spørgsmål i AUDIT-skemaet omhandler alkoholforbruget, og det er påvist, at disse spørgsmål med fordel kan anvendes som screeningsværktøj hos patienter med psykiatriske lidelser [19].

FIGUR 2 The Alcohol Use Disorder Identification Test.

	Aldrig	Højest én gang om måneden	2-4 gange om måneden	2-3 gange om ugen	4 gange om ugen eller oftere	
Alkoholinntag	1. Hvor tit drikker du noget, der indeholder alkohol?	0 point	1 point	2 point	3 point	4 point
Alkoholafhængighed	2. Hvor mange genstande drikker du almindeligvis, når du drikker noget?	1-2 genstande	3-4 genstande	5-6 genstande	7-9 genstande	10 eller flere genstande
		0 point	1 point	2 point	3 point	4 point
Skadeligt alkoholforbrug	3. Hvor tit drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed?	Aldrig	Sjældent	Månedligt	Ugentligt	Dagligt eller næsten dagligt
		0 point	1 point	2 point	3 point	4 point
Alkoholafhængighed	4. Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne stoppe, når du først var begyndt at drikke?	0 point	1 point	2 point	3 point	4 point
	5. Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne gøre det, du skulle, fordi du havde drukket?	0 point	1 point	2 point	3 point	4 point
	6. Har du inden for det seneste år måttet have en lille én om morgenen, efter du havde drukket meget dagen før?	0 point	1 point	2 point	3 point	4 point
	7. Har du inden for det seneste år haft dårlig samvittighed eller fortrudt, efter du har drukket?	0 point	1 point	2 point	3 point	4 point
	8. Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne huske, hvad der skete aftenen før, fordi du havde drukket?	0 point	1 point	2 point	3 point	4 point
Skadeligt alkoholforbrug		Nej	Ja, men ikke inden for det seneste år	Ja, inden for det seneste år		
		0 point	1 point	4 point		
Skadeligt alkoholforbrug	9. Er du selv eller andre nogensinde kommet til skade ved en ulykke, fordi du havde drukket?	0 point	1 point	4 point		
Skadeligt alkoholforbrug	10. Har nogen i din familie, en ven, en læge eller andre været bekymret over dine alkoholvaner eller foreslået dig at sætte forbruget ned?	0 point	1 point	4 point		

OPSUMMERING

Alkoholafhængighed hos patienter med samtidig psykiatrisk diagnose bør behandles efter samme retningslinjer som alkoholafhængighed hos patienter uden andre psykiatriske diagnoser [20].

Behandling af dobbeltdiagnosepatienter udgør en særlig udfordring. Dette skyldes, at behandlingen af afhængighed overvejende varetages af kommuner eller private institutioner, mens behandling af bipolar affektiv sindslidelse og skizofreni hovedsageligt foregår på hospitaler.

**Korrespondance** Anders Fink-Jensen. E-mail: anders.fink-jensen@regionh.dk

**Antaget** 2. marts 2021

**Publiceret på Ugeskriftet.dk** 5. april 2021

**Interessekonflikter** Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

**Referencer** findes i artiklen på ugeskriftet.dk

**Artikelreference** Ugeskr Læger 2021;183:V01210036

## SUMMARY

### Alcohol use disorders and comorbidity

Anders Fink-Jensen

Ugeskr Læger 2021;183:V01210036

Alcohol use disorders (AUD) often occur together with other psychiatric disorders such as affective disorders, anxiety disorders, personality disorders, drug use disorders, attention deficit and hyperkinetic disorder, post-traumatic stress disorder and psychosis. This psychiatric comorbidity is a global health problem and often not recognised and successfully treated. Increased awareness of possible AUD among psychiatric patients is needed, e.g. by use of the screening tool The Alcohol Use Disorder Identification Test, which is described in this review.

## REFERENCER

1. Castillo-Carniglia A, Keyes KM, Hasin DS, Cerdá M. Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry* 2019;6:1068-80.
2. Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 1990;264:2511-8.
3. Hjorthøj C, Østergaard ML, Benros ME et al. Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a nationwide, prospective, register-based study. *Lancet Psychiatry* 2015;2:801-8.
4. Danskernes alkoholvaner. Sundhedsstyrelsen, 2008. [www.sst.dk/~media/CE75E2D9B3AB4BA8A9C41F789BD4EC7B.ashx](http://www.sst.dk/~media/CE75E2D9B3AB4BA8A9C41F789BD4EC7B.ashx) (10. jan 2021).
5. Alkoholstatistik. Sundhedsstyrelsen, 2015. [www.sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/andre-analyser-og-rapporter/alkoholstatistik](http://www.sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/andre-analyser-og-rapporter/alkoholstatistik) (10. jan 2021).
6. Carvalho AF, Heilig M, Perez A et al. Alcohol use disorders. *Lancet* 2019;394:781-92.
7. Verhulst B, Neale MC, Kendler KS. The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Med* 2015;45:1061-72.
8. Prom-Wormley EC, Ebejer J, Dick DM et al. The genetic epidemiology of substance use disorder: a review. *Drug Alcohol Depend* 2017;180:241-59.
9. Vollstädt-Klein S, Wichert S, Rabinstein J et al. Initial, habitual and compulsive alcohol use is characterized by a shift of cue processing from ventral to dorsal striatum. *Addiction* 2010;105:1741-9.
10. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry* 2016;3:760-73.
11. Fink-Jensen A. Behov for en styrket og samlet behandling af dobbeltdiagnosepatienter. *Ugeskr Læger* 2016;178:V68165.
12. Pathak S, Jiang Y, DiPetrillo L et al. Course of psychosis in schizophrenia with alcohol use disorder: a post hoc analysis of the clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness in schizophrenia phase 1 study. *J Clin Psychiatry* 2020;81:19m12731.
13. Giesbrecht N, Huguet N, Ogden L et al. Acute alcohol use among suicide decedents in 14 US states: impacts of off-premise and on-premise alcohol outlet density. *Addiction* 2015;110:300-7.
14. Guy N, Newton-Howes G, Ford H et al. The prevalence of comorbid alcohol use disorder in the presence of personality

- disorder: systematic review and explanatory modelling. *Personal Ment Health* 2018;12:216-28.
15. Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31:185-99.
  16. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. The Alcohol Use Disorder Identification Test. World Health Organization, 2001.
  17. [www.dsam.dk/files/9/alkoholvaner.pdf](http://www.dsam.dk/files/9/alkoholvaner.pdf) (10. jan 2021).
  18. Sørensen T, Jespersen HSR, Vinberg M et al. Substance use among Danish psychiatric patients: a cross-sectional study. *Nord J Psychiatry* 2018;72:130-6.
  19. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS. The AUDIT-C: screening for alcohol use disorders and risk drinking in the presence of other psychiatric disorders. *Compr Psychiatry* 2005;46:405-16.
  20. National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed. Sundhedsstyrelsen, 2015. [www:socialstyrelsen.dk/filer/tvaergaende/socialtilsyn/retningslinjer-for-kommunal-godkendelse-af-alkoholbehandlingssteder-1.pdf](http://www.socialstyrelsen.dk/filer/tvaergaende/socialtilsyn/retningslinjer-for-kommunal-godkendelse-af-alkoholbehandlingssteder-1.pdf) (10. jan 2021).