Kognitiv psykoterapi vid missbruk

Presentation och kommentarer kring en kognitiv behandlingsmodell

Carl Gyllenhammar

(Sokraten 3/2000)

Den psykologiska utvecklingsmodell och behandlingsmodell Beck, Wright, Newman & Liese presenterar i boken Cognitive Therapy of Substance Abuse (1993), utgår från Becks grundläggande teori om kognitionernas betydelse för våra emotioner. Vid drogberoende är det scheman som kretsar kring en upplevelse av hjälplöshet eller värdelöshet, som man ser som riskfaktorer för utveckling av drogrelaterade antaganden och handlingsmönster, vilka sedan bidrar till att vidmakthålla drogberoendet då de aktiveras. Som vid all kognitiv psykoterapi är den konceptualisering man gör av patientens problem vägledande för behandlingen. Sambandet mellan utlösande situation, tankar, känslor och handlingar illustreras i nedanstående figur, vilken är hämtad från boken av Beck m.fl. från 1993

Aktiverande stimulus ® Drogrelaterat antagande ® Automatiska ® Drogsug
(Inre eller yttre "trigger") aktiveras: Förväntan om tankar
pos. effekt alt. Befrielse
fr. neg. känslor/ tankar.

-

Fortsatt bruk ¬ Focus mot handlings- ¬ Underlättande antaganden
eller återfall. strategier: Droganskaffande (tillåtelse)

Figur 1. Konceptualisering av återfall eller fortsatt droganvändande hos en drogberoende individ. Från Beck, Wright, Newman & Liese 1993.

I det kliniska arbetet utgår man från konkreta situationer, då patienten upplever drogsug eller återfaller i drogbruk, och analyserar dessa situationer i detalj. Tillsammans med patienten kartlägger man:

- Yttre miljöfaktorer: ex. tax-free butik, bar, disco, fritidsbåten etc.
- Inre faktorer: ex. olust, stress, tristess, nedstämdhet, ilska, hunger, glädje etc.
- Vilka spontana tankar har patienten i den konkreta situationen (automatiska tankar): ex. "jag måste ha en drink", "äntligen fri att dricka", "skjut i dig".
- Hur upplevs drogsuget: ex. sug i magen, spänning i musklerna, påträngande tankar, stigande ångest.
- Vad gör patienten: ex. dricker, tar tabletter, tar en promenad, ringer AA-kompis.
- Konsekvenser av handlandet.

Denna inledande analys är en sedvanlig kartläggning av tankar, känslor, beteenden och konsekvenser i en viss situation i enlighet med behandlingsmodellen vid kognitiv psykoterapi. Till hjälp för denna kartläggning kan man ha ett formulär, som det i figur 2 nedan.

Dag	Situation	Då kände jag	Då tänkte jag	Då drack jag(standardglas)	Omedelbara konsekvenser	Senare konsekvenser

"Standardglas": Ett "glas"@ 1 burk folköl; 1 flaska starköl; 1 glas vin; 4 cl. starksprit

Figur 2. Formulär för kartläggning av risksituationer

En tidig intervention är att göra patienten medveten om den stegvisa process, tankekedja, som finns mellan aktiverande stimulus och patientens handlande. Man går igenom olika strategier att bryta denna process, t. ex.:

- undvika miljöer, som innebär en risk,

- känna igen känslor som leder till drogsug och hitta sätt att hantera dem,
- säga stopp till automatiska tankar, som på ett imperativt sätt uppmanar till drogande,
- lära sig känna igen hur drogsuget tar sig uttryck just för mig som individ och hitta lämpliga sätt att hantera detta, t.ex. promenad, dricka vatten, äta, vänta till dess det går över.

Beck m.fl. tänker sig att den drogberoende också har en uppsättning regler eller antaganden om kontroll och att det är en dynamisk balans mellan drogrelaterade antaganden och antaganden om kontroll. Denna balans växlar beroende på både yttre (t.ex. pengar/ inte pengar) och inre (t.ex. pigg/ trött) faktorer. Terapeuten och patienten medvetandegör och omprövar antaganden, som har att göra med förväntad drogeffekt, genom att i detalj studera förloppet från initieringen av individens förväntan till drogepisodens slut. Tillsammans med patienten utforskar man om han eller hon uppnådde önskad effekt, hur länge den varade och man väger ev. positiva effekter mot negativa konsekvenser. Man utforskar också antaganden om kontroll genom att studera de tillfällen då patienten i en risksituation inte började droga. Om de drogrelaterade antagandena domineras av en önskan att befrias från negativa känslor eller tankar skall man diagnostiskt ta reda på om dessa tankar/ känslor är ett uttryck för drogabstinens, och alltså en del av patientens drogberoende, eller om de är uttryck för en psykisk störning av annat slag.

Konceptualiseringsmodellen i figur 1 och de interventioner som beskrivits ovan, är en fullt tillräcklig behandlingsmodell för relativt välfungerande individer med en beroendeproblematik, som debuterar i vuxen ålder. För individer med tidig debut av beroende eller med samtidig psykisk störning behöver man en fördjupad konceptualiseringsmodell, som också innefattar utvecklingen av tidiga självscheman. Liese och Franz ger ett förslag till en sådan utvecklingsmodell i *Treating*

Substance use Disorders with Cognitive Therapy (1996), se figur 3.

Tidiga livserfarenheter

-

Utveckling av scheman, Ex. "Jag är värdelös/ hjälplös", "Det kommer alltid att vara så grundantaganden och livsregler här", "Jag hatar att känna smärta"

-

Kontakt och experimenterande
med droger och drogrelaterat
beteende

-

Utveckling av (sekundära) drog- Ex. "Om jag dricker mår jag bättre", "Om jag tar heroin för-
relaterade antaganden svinner smärtan", "Om jag drogar träffar jag roliga människor",
"Bättre leva nu än i morgon"

-

Upprepat drogande/drickande Antagandena blir en del av personligheten

Figur 3. Konceptualisering av utvecklingen av drogberoende ur negativa livshändelser, dysfunktionella självschemata och drogrelaterade antaganden. Från Liese & Franz (1996).

I enlighet med Perris sårbarhetsmodell (1988) kan man se utvecklingen av ett drogberoende som ett dynamiskt samspel mellan olika faktorer både av försvagande och stärkande karaktär.

Exempel på försvagande faktorer:

- genetiska faktorer såsom typ2 alkoholism i släkten,
- otrygg anknytning, vilket ger svårigheter att reglera affekter och påverkar relationer och självbild,
- droger i miljön,
- drogglorifierande budskap,
- inlärda drogfrämjande beteenden.

Exempel på stärkande faktorer:

- god självbild, värdesätta sig själv,
- hög känsla av sammanhang (KASAM (Antonovsky 1991): begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet),
- "inlärd nykterhet".

Vid utvecklingen av ett drogberoende sker en neurofysiologisk förändring, som tar sig uttryck både i en ökad känslighet (sensitisering) för droger och en ned reglering av den "hedoniska termostaten" (ökad olust)(se t.ex.Heilig 1999). Huruvida detta är ett övergående eller ett bestående fenomen är inte klarlagt, men för en individ som utvecklat kliniska tecken på beroende föreligger sannolikt ovanstående neurofysiologiska förändring i någon grad under mycket lång tid. Detta utgör då ytterligare en sårbarhetsfaktor för vidmakthållande av drogberoende. Utifrån klinisk erfarenhet

har jag funnit att individer med tidig debut av drogberoende i högre utsträckning har en självbild som präglas av värdelöshet, självförakt och hjälplöshet än de med debut av beroende i vuxen ålder.

Referenser:

- Antonowsky A. *Hälsans mysterium.*Natur och Kultur. 1991. Amerikanska utgåvan: 1987
- Beck AT, Wright FD, Newman CF & Liese BS. *Cognitive Therapy of Substance Abuse.* Guilford Press 1993.
- Heilig M. *Beroende är lättare att förebygga än att behandla.* Läkartidningen vol.96 nr.15 sid. 1796-1801 1999
- Liese BS & Franz RA. *Treating Substance Use Disorders with Cognitive Therapy: Lessons Learned and Implications for the Future.* I *Frontiers of Cognitive Therapy* red. Salkovskis PM, Guilford Press sid. 470-508 1996.
- Perris C. *Kognitiv psykoterapi vid schizofrena störningar.* Pilgrim Press, Stockholm 1988.

Ovanstående text är en bearbetning av ett kapitel i boken **Kognitiv psykoterapi vid missbruk och beroende** *av Carl Gyllenhammar. Boken kan beställas via RFMA, Box 23201, 104 35 Stockholm. Fax: 08-302507. Pris: 100 kr (moms utgår ej)*

Carl Gyllenhammar är överläkare vid psykhälsan SÖS och legitimerad psykoterapeut.

Tillbaka