

Alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk

– hvordan forstå og behandle de med dobbeltdiagnose?

Det å ha en alvorlige psykiske lidelse samtidig med et rusmisbruk (doppeltdiagnose) bidrar til kraftig forverret prognose. Selv om begge lidelsene er langvarige og preget av ustabilitet med hensyn til symptomer, sykdomsinnsikt og behandlingsmotivasjon, finnes det likevel behandlingstiltak som møter pasientgruppens heterogene behov. Her presenteres hva dobbeltdiagnose er, hvordan det kan forstås og hvilke behandlingstiltak som prioriteres.



Dr.phil. og psykolog
Rolf W. Gråwe er
seniorforsker ved
SINTEF Helse
Foto: Siv Stenseth

Alvorlig psykisk lidelse med komorbid rusmisbruk omtales som dobbeltdiagnose. Med alvorlig psykisk lidelse menes her lidelser som har en vedvarende negativ effekt på personens psykososiale fungering, det vil si jobb, skolegang og mellommenneskelige relasjoner. Dette er typiske lidelser som schizofreni, bipolare lidelser (mani og depresjon), alvorlig depresjon med psykotiske symptomer, og alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Forekomst

Den grundigste forekomststudien som er utført i moderne tid er fra tverrsnittundersøkelsen The Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study i USA (1). Denne viste at livstidsprevalensen for alkohol og for narkotikalidelser var respektivt 13,5% og 6,1% i den generelle befolkning, og at forekomsten av ruslidelser blant de med psykiske lidelser var høyest blant de med schizofreni eller bipolar lidelse. For personer med schizofreni var denne forekomsten 33,7% for alkohollidelser og 27,5% for narkotikalidelser. For de med bipolare lidelser var forekomsten enda høyere. Hele 43,6% av disse hadde en livstidsrisiko for å få alkoholmisbruk og 33,6% for narkotika-misbruk. To senere studier har også vist liknende forekomsttall (2, 3). De fleste studier viser at forekomsten av rusmisbruk i siste 6 måneder blant de med alvorlige psykiske lidelser er mellom 25 og 35% (4).

Det er ikke funnet spesielle sammenhenger mellom type psykisk lidelse og bruk av spesielle rusmidler. Flere studier har likevel vist at spesielt sentralstimulerende rusmidler (kokain, amfetamin, m.m.) er knyttet til utvikling eller forsterkning av psykosesyntomer. En ny oversiktsstudie utført av Curran *et al.* (5) viste at en enkelt dose av et sentralstimulerende rusmiddel kan utløse en kortvarig økning av psykosesyntomer blant 50–70% av personer med schizofreni som allerede har eksisterende

psykosesyntomer. Særlig er de som har vedvarende psykosesyntomer utsatt. Uansett type ruslidelse har mange forskningsstudier vist at rusbruk har mange negative konsekvenser for de med alvorlige psykiske lidelser, særlig økt risiko for reinnleggelse pga. forverring av den psykiske lidelsen, selvmord, økt byrde og belastning for pasientens familie, aggresjon og vold, kriminalitet og fengsling, økonomiske vansker og ustabil bosituasjon (6). Rusbruk kan utløse kortvarige psykosesyntomer hos alle mennesker, men personer med psykoselidelser er spesielt utsatt da psykosesyntomene typisk vedvarer i tid (uker) lenge etter at russtoffene er nedbrutt i kroppen. Rusbruk er også assosiert med dårligere behandlingssamarbeid med helsepersonell og medisintaking. Selv om en person med schizofren lidelse tar foreskrevne antipsykotiske medisiner, vil ikke dette forhindre en psykotisk forverring eller en økning av eksisterende psykosesyntomer hvis denne bruker sentralstimulerende rusmidler (5).

Hvorfor er det en så høy sammenheng mellom rusmisbruk og psykiske lidelser? Det finnes flere typer forklaringsmodeller: 1) det er felles sårbarhetsfaktorer ved begge typer lidelser som ligger til grunn for lidelsene; 2) alvorlige psykiske lidelser er hovedårsaken til rusmisbruk; 3) rusmisbruk er hovedårsaken til alvorlige psykiske lidelser; og 4) det er en gjensidig interaksjon mellom rusmisbruk og psykiske lidelser. Tilgjengelig vitenskapelig evidens viser at det ikke finnes noen enkeltstående forklaringsmodell. Det er indikasjoner på at det finnes felles sårbarhetsfaktorer (som familiærgenetiske, antisosial personlighetsforstyrrelse og nevrobiologisk svikt), en del pasienter får psykiske problemer før den psykiske lidelsen, noen debuterer med rusmisbruk først, mens hos andre kan begge lidelsene interagere og bidra til å utløse, forsterke og opprettholde hverandre.

Tekst:
Rolf W. Gråwe

Behandling

I helsevesenet skilte man tidligere i langt større grad mellom ruslidelsen og de psykiske lidelsene i den forstand at psykisk helsevern ikke anså det som sitt ansvar å behandle rusproblematikk, og russektoren ikke anså det som sitt ansvar å behandle psykiske lidelser. Slik ble pasientene kasteballer i helsevesenet fordi ingen anså dem som sitt hovedansvar. Det faktum at ruslidelser og psykiske lidelser henger sammen, ble heller ikke tatt på alvor. Nyere forskning viser at integrerte behandlingsprogrammer som kombinerer psykisk helsevern med rusintervensjoner gir mer lovende resultater enn separat behandling av lidelsene (6, 7, 8, 9, 10).

Det er utført seks kontrollerte behandlingsstudier som gir støtte for effekten av integrert behandling ved dobbeltdiagnose. Fire av disse studiene viser at langvarige integrerte, helhetlig og motivasjonsstyrkede tiltak reduserer rusbruken signifikant mer enn standard ikke-integrert behandling (11, 12, 13, 14). To andre studier sammenliknet ulike typer integrerte tiltak. Den ene viste at «assertive community treatment» (ACT) eller aktivt oppsøkende tverrfaglig behandling, hadde god effekt på mange pasienter (15), og den andre viste at sosial ferdighetstrening var mer effektivt enn både «intensive case management» og tolv-trinns-behandling (vedrørende sistnevnte, jf. Anonyme Alkoholikere) (16).

Uansett behovet for mer forskning på dette feltet, så er behandlingsstudier og kliniske modeller med vekt på integrerte og helhetlige tiltak blitt «gullstandarden» for klinikere, da disse studiene har satt sammen behandlingskomponenter som møter pasientenes behov. Slike tiltak ble på 90-tallet omtalt som «New Hampshire-modellen» da det i dette området ble utført flere pionerstudier som implementerte denne typen integrerte og helhetlige behandlingstiltak. Det er utviklet flere ulike integrerte behandlingsprogrammer og mange av disse har felles verdier og felles komponenter. Både i Sverige og i Norge er det offentlige helsepolitiske føringer for satsing på disse behandlingskomponentene. Kjernekomponentene er: integrerte helsetiltak, helhetlige tiltak, aktivt oppsøkende tiltak, fokus på å redusere de negative konsekvensene av rusbruket (skadereduksjon), motivasjonsfremmende- og styrkende tiltak, tilgjengelighet av flere psykoterapeutiske tiltak, tiltak som er tilpasset pasientens rusbruk og behandlingssønske (stadietilpasset behandling) og farmakologiske tiltak. Hver av disse komponentene representerer ulike behandlingsdimensjoner og utgjør sammen en integrert og effektiv behandlingsmodell (6).

Integrerte behandlingstiltak

Integrasjon av helsetilbudene til de med både alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser handler mye om organisering av de ulike behandlingsdimensjonene, dvs. helsetiltak rettet mot begge lidelsene gitt samtidig og av de samme behandlingsansvarlige.

Helhetlige tiltak innebærer at man ikke bare behandler symptomer på psykiske lidelser, men også fokuserer på andre viktige forhold som påvirker psykiske lidelser. Eksempler på dette er arbeid og sysselsetting, boligforhold, økonomi, fritid, familie og nettverk, m.m. Helhetlige tiltak handler også om at man for den enkelte pasient må kartlegge og behandle hvordan de psykiske vanskene og rusbruken gjensidig påvirker hverandre og forsterker proble-

mene. Dette handler for eksempel om å forstå at en person ruser seg for å våge å fungere sosialt, for å dempe anspenthet eller for å få sove. Slik sett er det viktig at rusbehandling suppleres med behandling av f.eks. sosial angst, bekymringsangst eller insomni. Slike helhetlige dobbeltdiagnosetiltak bør fremgå av pasientens individuelle behandlingsplan.

Aktivt oppsøkende tiltak handler om at behandlingen tar hensyn til at både alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser er langvarige lidelser preget av tilbakefall og ustabil motivasjon. Det anbefales derfor sterkt at helsepersonellet er aktive med hensyn til å engasjere og re-engasjere pasientene i behandlingen og ikke sitter på kontoret og venter på at klientene skal dukke opp av seg selv.

Skadereduksjon handler om å gi målrettede tiltak som reduserer de negative konsekvensene av rusbruken. Dette kan være tiltak rettet mot sikker sex, bruk av rene sprøyter, inhalere stoffet i stedet for å injisere det, bruke hasj i stedet for opiater, drikke øl i stedet for brennevin, m.m.

Langvarig behandling betyr tidsavgrenset behandling. Da ingen studier har dokumentert gode langvarige effekter av korttidsbehandling og fordi både alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser er langvarige og preget av et svingende sykdomsforløp, frarådes det å etablere tidsavgrensede behandlingstilbud.

Motivasjonsfremmende- og styrkende tiltak angår å benytte motivasjonsfremmende teknikker og å unngå konfronterende uttalelser for å hjelpe pasientene til å selv innse at de har et rusproblem og å selv ønske hjelp til å redusere eller å slutte. Slik motiverende rådgivning («motivational interviewing») er et sett av terapeutiske strategier som hjelper rusmisbrukere til å forstå de negative konsekvensene av rusbruken på deres liv og dermed bidra til å økt motivasjon for å motta hjelp til å redusere eller slutte.

Tilgjengelighet av flere psykoterapeutiske tiltak handler om at pasientene bør få den formen for psykoterapi som de har behov for og at helseinstitusjonen ikke skal avgrense seg til én bestemt behandlingsmodell. Dette innebærer tilbud om ulike former for gruppe-, individual- og familierapi og psykoedukasjon med ulikt innhold og fokus.

Stadietilpasset behandling og tiltak angår å tilpasse hjelpe-tiltakene til pasientens rusbruk og behov for hjelp. Det er opplagt at hjelpetiltakene for en rusmisbruker som ikke innser at han/hun har et rusproblem og selvfølgelig heller ikke ønsker hjelp for å slutte, bør være svært forskjellig fra en annen som har en slik innsikt og som ønsker å delta i aktive tiltak med mål om å slutte med rusmidler. Videre vil tiltak til en pasient som har vært abstinent i mer enn ett år være forskjellig fra tiltak til en som trenger avrusing.

Psykofarmakologiske tiltak handler om å ikke medisinerer rusutløste symptomer, benytte medisiner som har et lavt misbrukspotensiale og er lite toksiske, foreskrive små mengder og ha hyppig pasientkontakt, benytte tilfeldige urin- og plasmamålinger når det kan bidra til å identifisere rusmisbruk, foretrekke medisiner mot psykiske lidelser som også har potensiale til redusere rus-sug, og vurdere å foreskrive medisiner med spesifikk rusmisbruks-indikasjoner.

Økt behandlingskvalitet i norsk helsevesen

Hjelpeapparatets evne til å inkorporere alle disse komponentene i behandlingen på en integrert måte er kritisk for å oppnå optimale behandlingsresultater for personer med

dobbeltdiagnoser. Det er laget et skjema for å måle graden av klinisk implementering av 20 antatt evidensbaserte behandlingstiltak for personer med dobbeltdiagnoser (6). Hvert av de 20 leddene skåres på en femdelte skala i henhold til i hvor stor grad det spesifikke behandlingsstedet (DPS, poliklinikk, rusavdeling, m.m.) anvender tiltakene eller tilbyr tjenestene til sine pasienter. Skåringen baseres på gjennomgang av loddtrukne pasientjournaler og intervju av helsepersonell på hvert sted. Totalsummen for alle leddene gir således en indikasjon på behandlingsskvaliteten som tilbys pasienter med dobbeltdiagnoser ved det spesifikke behandlingsstedet. En skåre over 79 betyr at behandlingsstedet har fullstendig implementert integrert dobbeltdiagnosebehandling, en skåre mellom 50 og 78 betyr moderat implementert, og en skåre under 49 betyr ikke tilfredsstillende implementert. Ved bruk av måleskjemaet på ni norske og en dansk psykisk helseinstitusjon, ble det funnet at ingen av institusjonene skåret over 79 eller hadde en tilfredsstillende grad av implementering (17). To institusjoner skåret under 49. Dette indikerer at personer med dobbeltdiagnose ikke får tilfredsstillende behandling innen psykisk helsevern og at det er et stort behov for behandlingskompetanse innen feltet.

Det er også et stort behov for behandlingsforskning, spesielt langtidsstudier hvor man ser hvilke pasienter som profitterer best på ulike typer behandlingstiltak. Videre er det et stort behov for ulike typer manualiserte behandlingstiltak (f.eks. 18) og mestringsbaserte selvhjelps- og pasientopplæringsprogramer drevet i regi av helseforetakene. Det er dessuten viktig at spesialisthelsetjenesten samarbeider aktivt med brukerorganisasjoner og pårørendeforeninger for rusmisbrukere.

Referanser

1. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, D. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of American Medical Association*, 264, 2511-2518.
2. Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.
3. Teeson, M., Hall, W., Lynskey, M., & Degenhardt, L. (2000). Alcohol and drug use disorders in Australia: Implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 206-213.
4. Graham, R. C., Maslin, J., Copello, A., Birchwood, M., Mueser, K., McGovern, D., & Georgiou, G. (2001). Drug and alcohol problems among individuals with severe mental health problems in an inner city area of the UK. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 448-455.
5. Curran, C., Byrappa, N., & McBride, A. (2004). *British Journal of Psychiatry*, 185, 196-204.
6. Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders. Effective intervention for severe mental illness and substance abuse*. New York: Guilford.
7. Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., *et al.* (1998): Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 589-608.
8. Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., *et al.* (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental health problems. *Psychiatric Services*, 52, 469-476.
9. Graham, H. L., Copello, A., Birchwood, M. J., & Mueser, K. T. (eds)(2003). *Substance misuse in psychosis: Approaches to treatment and service delivery*. Chichester: Wiley.
10. Mueser, K. T., Drake, R. E., & Noordsy, D. L. (1998). *Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric dis-*

orders. Journal of Practical Psychiatry and Behavioural Health, 4, 129-139.

11. Barrowclough, C., Haddock, G., TARRIER, N., Lewis, S., Moring, J., O'Brian, R., Schofield, N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.
12. Carmichael D., Tackett-Gibson, M., O'Dell, L., Jaysuria, B., Jordan, J., & Menon, R. (1998). *Texas Dual Diagnosis Project Evaluation Report 1997-1998*. College Station: Public Policy Research Institute/Texas A & M University.
13. Drake, R. E., Yovetich, N. A., Bebout, R. R., Harris, M., & McHugo, G. J. (1997). Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 298-305.
14. Goodley, S. H., Hoewing-Roberson, R., & Godley, M. D. (1994). *Final MISA Report*. Bloomington, IL: Lighthouse Institute.
15. Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K., & Ackerson, T. H. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: A clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 201-215.
16. Jerrell, J. M., & Ridgely, M. S. (1995). Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 566-576.
17. Gråwe, R. W., Hagen, R., & Mueser, K. T. A multicentre study of treatment fidelity and short-term clinical outcome in patients with dual diagnosis. Manuskript under forberedelse for publisering.
18. Gråwe, R. W., & Espeland, B. (2001). *På vei til et bedre liv*. Trondheim: Tapir forlag.