

# Rus og psykiatri: Grunnleggende likheter og forskjeller



# Konklusjon

---

- ✓ Langt flere likheter enn forskjeller
- ✓ Vil være en katastrofe for pasientene om vi ble for opptatt av skillene
- ✓ Sterk oppfordring til å tråkke i hverandres bed og lære av hverandre.

# Ulikt lovverk og historie

- **Psykiatri**

- medisinsk spesialitet
- Psykisk helsevernloven
- Sykehusbasert – leger

- **Rus og avhengighet**

- særomsorg
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Kommunalt ansvar - sosialarbeidere

# Andre ulikheter - synsing

- Spesielle grupper for eksempel LAR og plata problematikken
- Mer bruk av private tilbydere i Rus
- Rus er mer preget av medikamenter og sosiale tiltak, mens psykiatri har en rekke samtaleterapi
- Rus mer opptatt av somatikk enn psykiatrien

# ”Per”, 20 år

---

Henvist Rus pol pga bekymring rundt  
Cannabisbruk og marginalisering

Tidligere flere episoder med psykotiske trekk

Cannabis demper tankekjør – dårlig av  
antipsykotisk medisin

MINI: PTSD

Faller ut – trenger bolig og jobbtiltak

# «Mohammed», 46 år

---

Kurder fra Iran, gift, 2 barn

Lang fluktrute, via Irak og Tyrkia

Godt integrert – utdanning og jobb

Arbeidsufør – henvises psyk pol

Alvorlig PTSD og komorbid depresjon

Psykoterapi – liten effekt

Søkes til Rus pol – behandles for betydelig misbruk

# Livstidsforekomst av misbruk/avhengighet ved ulike psykiske lidelser

- Bipolar lidelse	61%
- Schizofreni	47%
- Panikksyndrom	36%
- Tvangssyndrom	33%
- Affektive syndrom	32%
- Angstsyndrom	15%

ECA-studien

# Prevalens av psykisk sykdom hos personer med avhengighet

- Land	Andel (%)
Island (Tomasson)	74%
Norge (Landheim)	70%
Sverige – alkohol	61%
Sverige – stoffmisbruk	60/62%
Sverige (kohort narkotika, n=1.460)	50/78%



## Stemningslidelser og forekomst av alcohol, cannabis eller benzodiazepinmisbruk

**Table 3. Mood Disorders as Predictors of Alcohol, Cannabis, and Benzodiazepine Use, Abuse, and Dependence<sup>a</sup>**

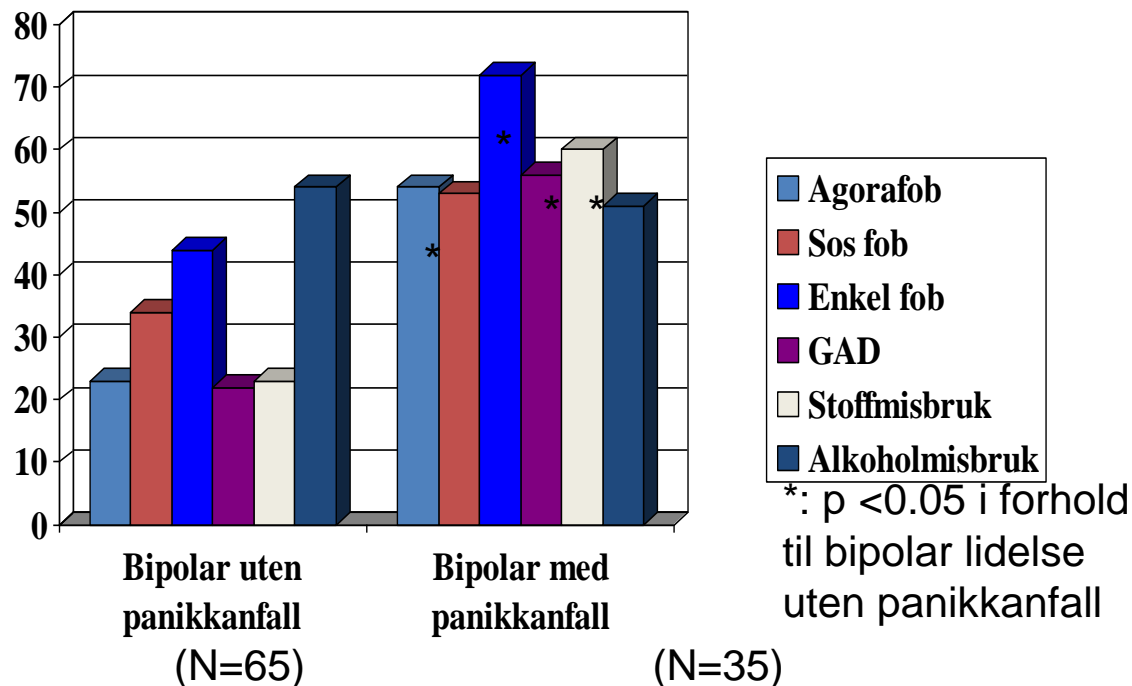
Predictors	Abuse	Dependence
	<b>Alcohol</b>	
Major depressive disorder	1.8 (0.6-2.9)	2.2 (0.7-7.2)
Manic symptoms	2.4 (1.2-4.8)	4.4 (1.6-12.7)
Bipolar II disorder	9.1 (2.7-31.2)	21.1 (6.6-67.5)
No. of years	1.0 (1.0-1.1)	1.1 (1.1-1.2)
Male sex	6.3 (3.0-13.4)	12.5 (5.1-30.5)
	<b>Abuse/ Dependence</b>	
	<b>Use</b>	
	<b>Cannabis</b>	
Major depressive disorder	1.5 (0.7-3.6)	2.3 (0.7-6.9)
Manic symptoms	2.2 (1.2-4.1)	4.8 (2.0-11.6)
Bipolar II disorder	2.1 (0.8-6.0)	0.8 (0.2-3.7)
No. of years	1.0 (1.0-1.0)	1.0 (1.0-1.0)
Male sex	2.4 (1.4-4.3)	3.1 (1.0-9.4)
	<b>Benzodiazepines</b>	
Major depressive disorder	2.7 (0.7-10.2)	13.2 (2.6-67.7)
Manic symptoms	3.6 (1.3-10.0)	11.5 (4.8-27.8)
Bipolar II disorder	6.9 (2.0-24.2)	14.1 (2.7-75.0)
No. of years	1.0 (1.0-1.1)	1.0 (0.9-1.0)
Male sex	0.3 (0.1-0.5)	0.7 (0.2-2.6)

<sup>a</sup>Values are given as odds ratio (95% confidence interval).

Merikangas, K. R. et al. Arch Gen Psychiatry 2008;65:47-52.

## Komorbid sykdom hvis det foreligger panikklidelse i tillegg til bipolar I lidelse. Data fra NCS (n=8098)

Goodwin & Hoven J Aff Dis 2002; 70: 27-33



*Høyere angstbelastning under en bipolar lidelse medfører betydelig lengre varighet av depressiv fase og øker derfor også risiko for bruk av rusmidler.*

*Coryell et al. Am J Psychiatry 2009; 166:1238–1243*

# Bruk av rusmidler hos pasienter med førstegangss psykose (Tall fra TIPS Stavanger)

Rusmiddel	Bare psykose	Rusutløst psykose	Psykose+rus
Alkohol	46 (71.2%)	41 (93.3%)	29 (96.7%)
Cannabis		39 (86.7%)	20 (80.0%)
Amfetamin		33 (73.3%)	20 (80.8%)
Kokain		12 (24.4%)	8 (32.0%)
Opiater		9 (20.0%)	11 (44%)
Sedativer		14 (31.3%)	8 (32.0%)
Andre stoffer		15 (33.3%)	11 (44%)

# Effekter av rusmiddelmissbruk på bipolart spektrumlidelser

- Alkohol og Cannabis kan øke antallet depressive episoder uten at pasienten nødvendigvis fortsetter å drikke.
- Cannabis kan øke antallet maniske episoder og endre symptomatologi
- Sykere og senere til behandling og dårligere samarbeid om behandling
- Responderer dårligere på «tradisjonell» behandling for bipolar lidelse
- Større risiko for suicid
- Større funksjonssvikt over tid (arbeid, relasjoner)

# Bruk av rusmidler for å dempe symptomer ved bipolar lidelse

- Hele 93 % av pasientene brukte rusmidler for å dempe minst et symptom. Vanligst var:
  - depresjon (78%),
  - Tankekjør (58%),
  - Irritabilitet (57%).
- De fleste opplevde bedring av symptomer (67%), særlig tankekjør og depresjon

» Weiss et al. J Affective Disorders 2004; 79: 279-83

# DMQ-basert forskning

(Meyer et al. Journal of Affective Disorders 2012; 136: 926-932; NB: kun 27 personer)

Generelt høyest alkoholforbruk i sykdomsfaser, men dess mer man drikker utenom sykdomsepisode, dess mer øker drikkingen under sykdomsepisoder

- Dempe depressive symptomer (depressiv fase)
- Forsterke eventuelle «positive» sykdomssymptomer (manisk og hypoman fase)

Sosial forsterkning ved normalt stemningsleie og hypomani og mani spesielt for å få større aksept, «morsom», «overskuddsperson»....

**DMQ-R:** modified Drinking Motives Questionnaire- Revised. 28 spm

# Diagnostiske utfordringer

- Symptomer på psykiske lidelser ved langvarig og omfattende bruk av rusmidler kan **forveksles** med selvstendige psykiske lidelser
- Rusmidler kan **tildেকে** symptomer på psykiske lidelser
- Symptomer på psykisk lidelser i **abstinensfasen**
- Rusutløste psykiske lidelser versus selvstendige psykiske lidelser

Feildiagnostisering  
Underdiagnostisering

Personlighets-  
forstyrrelser

# Ulike modeller for sammenhengen mellom rusmisbruk og psykiske lidelser

---

1. Psykiske lidelser fører til rusmisbruk
2. Rusmisbruk fører til psykiske lidelser
  - Farmakologisk effekt
  - Livet som misbruker
3. Felles bakenforliggende faktor for begge lidelser
4. Rusmisbruket og den psykiske lidelsen oppstår uavhengig av hverandre og påvirker hverandre
5. Strukturforklaringer



# Psykiske lidelser fører til rusmisbruk

---

Psykiske lidelser → Rusmisbruk

- **Klassiske** selvmedisineringshypotesen
- Generell selvmedisineringshypotese  
(Lindring av dysfori)
- Supersensitivitetsmodellen
- Iatrogen sårbarhet

# Latrogen sårbarhet

---

- Antipsykotiske medikamenter kan føre til et underaktivert dopaminergt belønningssystem og dermed øke sårbarheten for rusmisbruk



- Noe forskning viser at personer med psykose som bruker nye typer antipsykotiske midler har mindre hyppig rusmisbruk

Mueser et al. 2006, Pettersen et al. 2014

# Skademodellen

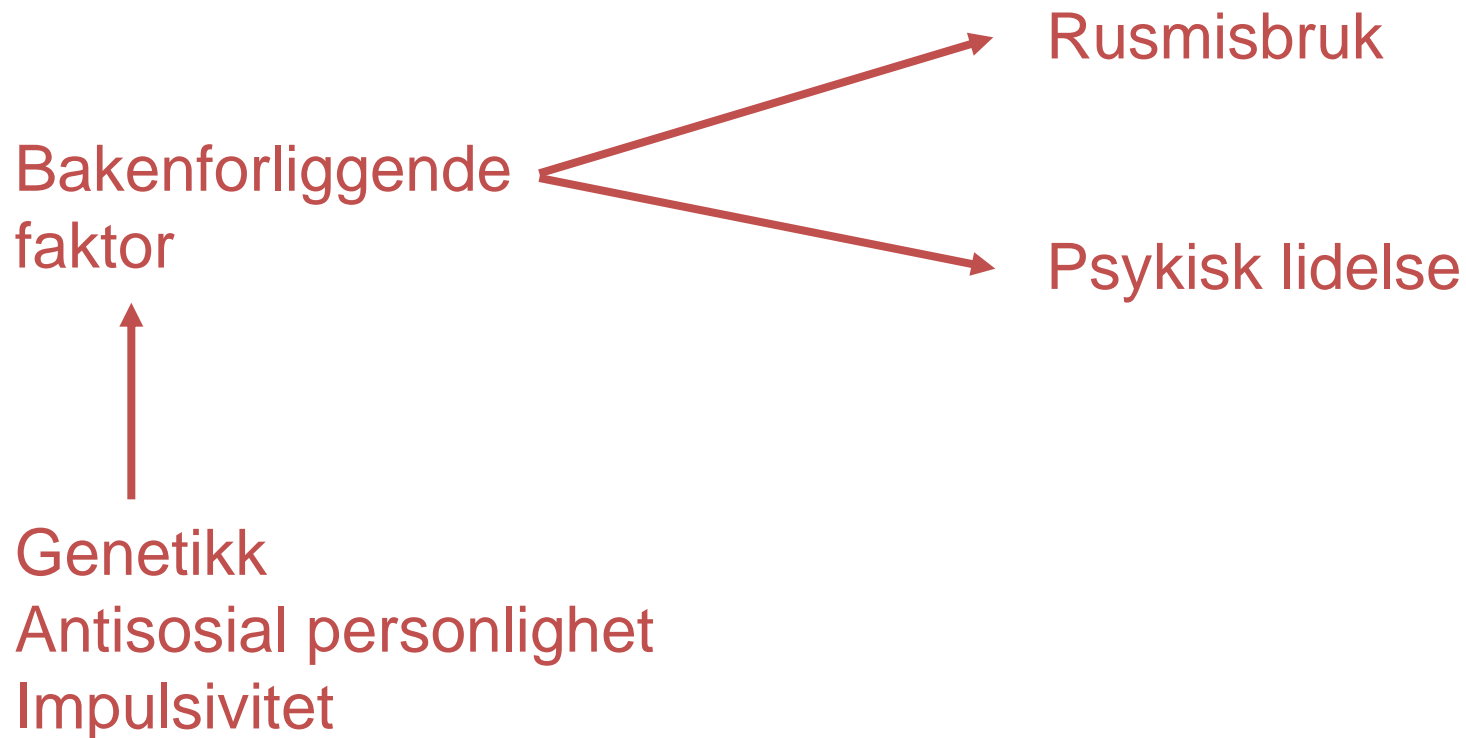
---

**Rusmisbruk**  **Psykiske lidelser**

- Utløser en selvstendig psykisk lidelse
  - Effekt av rusmiddelet
  - Livet som misbruker
- Rusutløst psykisk lidelse  
(under abstinens og kun ved bruk av rusmidler)

# Fellesfaktormodellen

---



# Gjensidig påvirkningsmodell

---



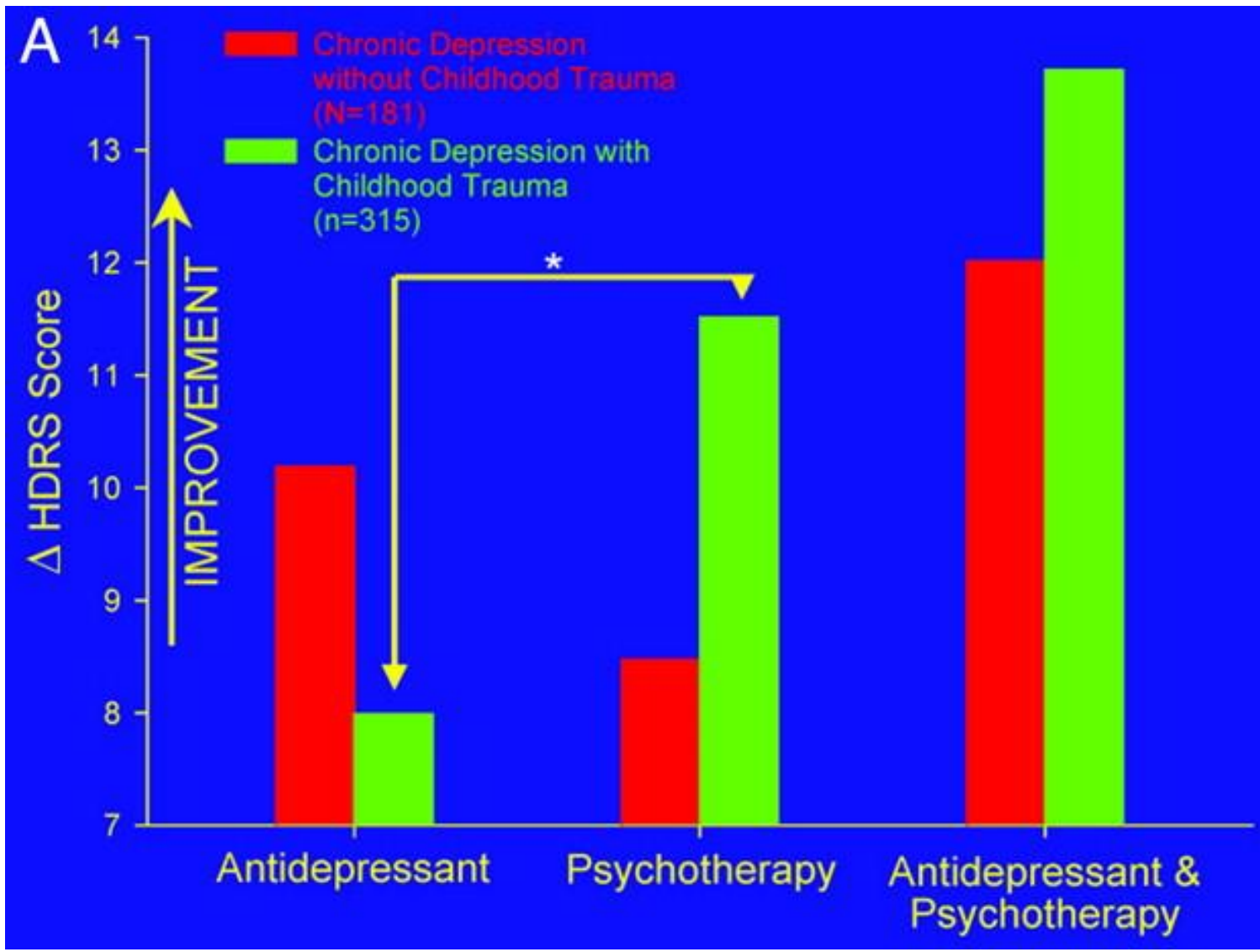
- Lidelsene er uavhengige av hverandre og kan forsterke og opprettholde hverandre
- Flere og ulike faktorer utløser og opprettholder lidelsene

# Gjensidig påvirkningsmodell forts

---

- Lite forskning på modellen, men relevant for angst og depresjon
- Personer med rusmisbruk og psykisk tilleggslidelse får oftere tilbakefall til rusmisbruket sammenlignet med rusmisbrukere uten tilleggslidelser
- ROP – II undersøkelsen viser at personer som var rusfrie seks år etter første kartlegging hadde en signifikant nedgang i nervøs symptombelastning

Bakken et al. 2006, Landheim et al. 2006, Mueser 2006, Hodgins et al. 1999, Schutte et al. 1997



# Finnes det også en alkohol depresjon?



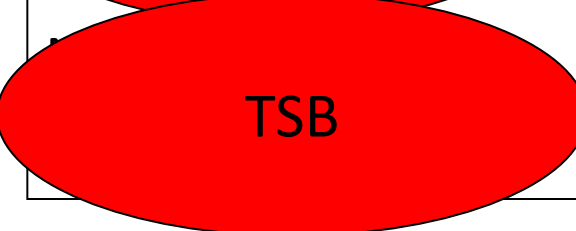

The current state of the literature suggests a causal linkage between alcohol use disorders and major depression, such that increasing involvement with alcohol increases risk of depression

- Joseph M. Boden and David M. Fergusson. **Alcohol and depression**, Addiction, mars 2011



# Ansvar i spesialisthelsetjenesten

## Psykisk lidelse

	Moderat	Alvorlig
Ruslidelse	 <p>TSB Psykisk helsevern</p>	 <p>Psykisk helsevern</p>
Skadelig bruk		
Avhengighet	 <p>TSB</p>	 <p>Psykisk helsevern</p>

# Integrert behandling

- Samtidig behandling står i kontrast til
  - parallell behandling
  - sekvensiell behandling

De to siste krever lavere grad av, eller avgrenset symptomtrykk og godt funksjonsnivå.

# Samtidig behandling

- Kan enten bety at en behandler jobber med alle (begge) problemene
- Teamet jobber med alle (begge) problemene
- Tett og samtidig samarbeid mellom to enheter (krever mye av behandlerne og systemet)
- Hvilke problemer en tar tak i først vil variere ut fra tilstand og lidelse

# Integrert behandling

- Identifisering av problemene og omfattende kartlegging av alle livs- og problemområder
- Analyse av rusens funksjon, funksjonsanalyse.

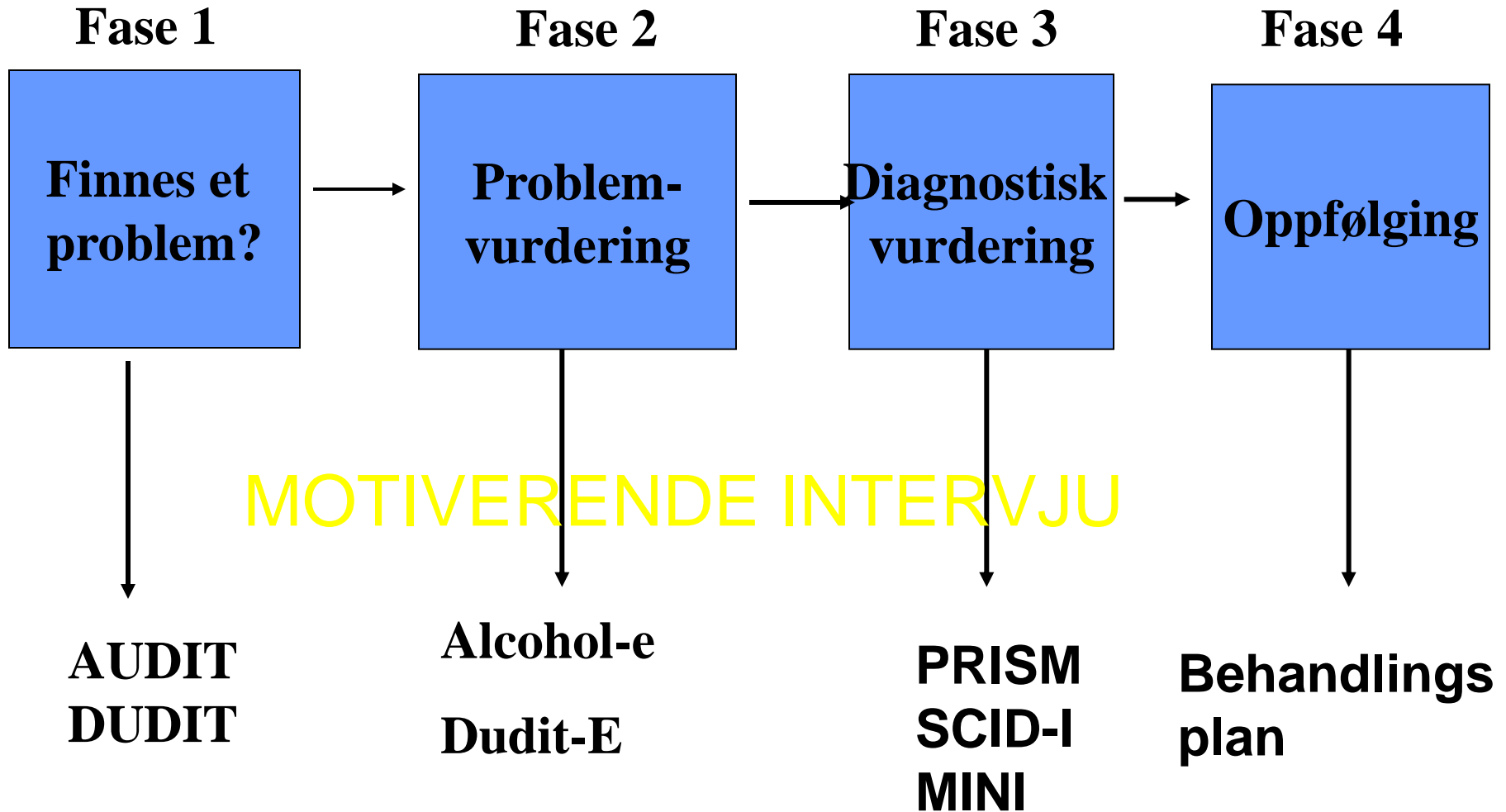
# Integrert behandling

- Aktivt engasjement, oppsøkende tjenester
- Integrasjon av alle tjenester og behandling
- Fasespesifikk behandling
- Motiverende intervju

# Integrert behandling

- Skadereduksjon
- Langsiktighet
- Forebygging av tilbakefall

# Utredningsprosessen



# Konklusjon

- Mer grunnleggende likheter enn forskjeller
- Mange felles utfordringer
- Målet må bli å få til en god integrering av våre fag
- Spesialister må bevege seg og ikke pasientene