

RUS OG PSYKISKE LIDELSER

Randi Engløkk
Psykiater
Haugaland A-senter / Helse Fonna

Tysværtunet 24.03.2015

Agenda

- Forekomst av rus og psykiske lidelser
- Ulike komorbiditetsmodeller
- Rus og personlighetsforstyrrelser
- Rus og ADHD
- Rus og PTSD
- Rusutløste psykoser

Forekomst

- En har funnet høy grad av samsykelighet mellom ruslidelser og psykiske lidelser
- Ikke bare alvorlige psykiske lidelser som schizofreni og bipolar lidelse, men mange former for psykiske lidelser
- Sykdommene påvirker hverandre gjensidig, og fører til en dårligere behandlingsprognose
- Viktig med riktig diagnostisering, men kan være vanskelig
- Fokus på INTEGRERT behandling

Jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser, og jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, desto høyere er forekomsten av ruslidelser

Personer med en stofflidelse har en høyere forekomst av psykiske lidelser enn personer med alkohollidelse

Inndeling	Alle alkohol - diagnoser		Alle narkotika – diagnoser		Alle rusmiddel – diagnoser	
	Prosent	OR	Prosent	OR	Prosent	OR
Gruppe						
Generell befolkning	13.5	-	6.1	-	16.7	-
Schizofreni	33.7	3.3	27.5	6.2	47.0	4.6
Alle bipolare lidelser	43.6	5.1	33.6	8.3	56.1	6.6
Alle stemningslidelser	21.8	1.9	19.4	4.7	32.0	2.6
Alvorlig depresjon	16.5	1.3	18.0	3.8	27.2	1.9
Dystymi	20.9	1.7	18.9	3.9	31.4	2.4

ECA studien. Nasjonal faglig retningslinje for ROP lidelser, Helsedirektorat

Inndeling	Alle alkohol - diagnoser		Alle narkotika – diagnoser		Alle rusmiddel – diagnoser	
	Prosent	OR	Prosent	OR	Prosent	OR
Gruppe						
Generell befolkning	13.5	-	6.1	-	16.7	-
Schizofreni	33.7	3.3	27.5	6.2	47.0	4.6
Alle bipolare lidelser	43.6	5.1	33.6	8.3	56.1	6.6
Alle stemningslidelser	21.8	1.9	19.4	4.7	32.0	2.6
Alvorlig depresjon	16.5	1.3	18.0	3.8	27.2	1.9
Dystymi	20.9	1.7	18.9	3.9	31.4	2.4

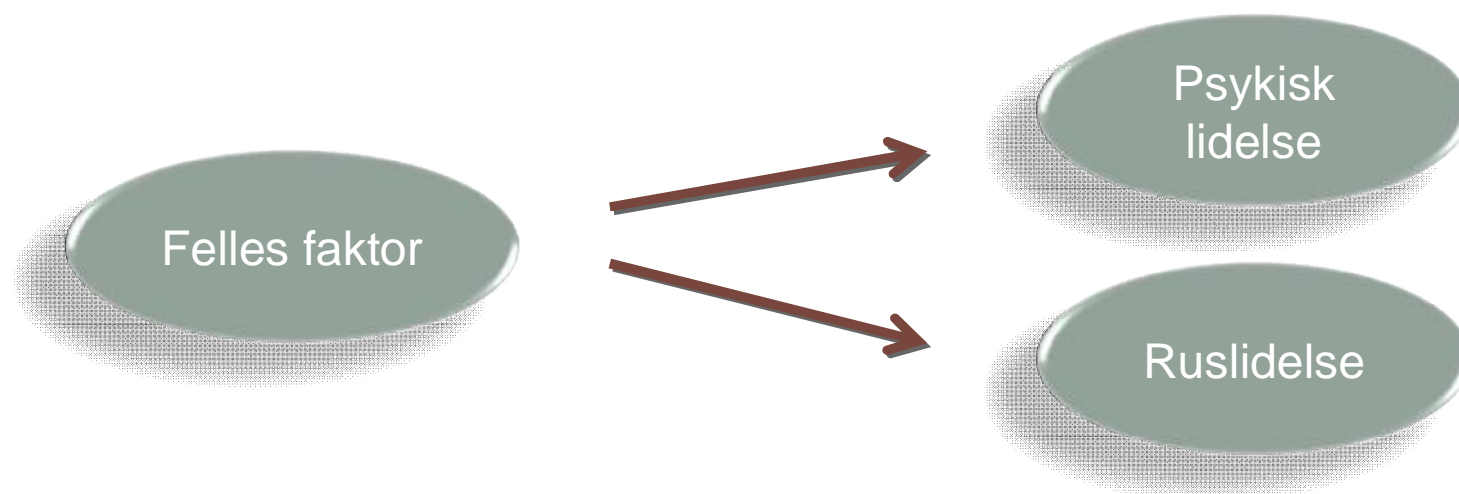
Hvorfor finner vi denne sammenhengen?

Komorbiditet = samtidig forekomst av rus og psykiske lidelser

KOMORBIDITETSMODELLER

1. Fellesfaktormodellen
2. Selvmedisineringsmodellen / supersensitivitetsmodellen
3. Skademodellen
4. Gjensidig påvirkningsmodellen

Felles faktormodellen



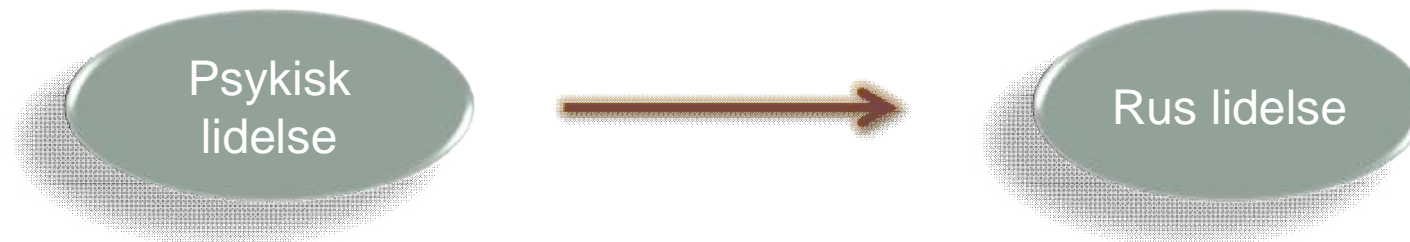
Denne modellen hevder at en eller flere faktorer hver for seg øker risikoen for å utvikle både psykisk lidelse og en ruslidelse

Psykologiske, sosiale eller genetiske faktorer.

Fellesfaktormodellen

- Familiefaktorer – genetikk
- Dyssosial personlighetsforstyrrelse
- Nevrobiologisk dysfunksjon

Selvmedisineringsmodellen / supersensitivitetsmodellen



Denne modellen består av flere undergrupper.

Felles for disse er tanken om at rusmidler brukes for å dempe psykisk smerte

- Psykososial risikomodell
- Lindring av dysfori
- Multippel risikomodell
- Sensitivitetsmodell (stress/sårbarhet)

Skademodellen

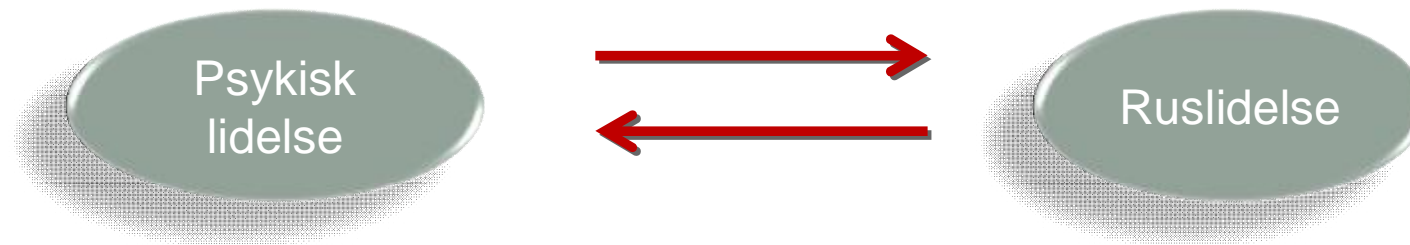


Denne modellen forutsetter at det er ruslidelsen som skaper en psykisk lidelse.

Risikofaktorer ved rusbruk:

- Traumer (overgrep, vold, kriminalitet, dødsfall)
- Dårlig ernæring og boforhold
- Stigmatisering og marginalisering
- Direkte skader på hjernen som følge av rusbruk

Gjensidig påvirkningsmodellen



Forutsetter at flere faktorer er med på å sette i gang og opprettholde kombinasjonen rus og psykisk lidelse.

Hvorfor finner vi denne sammenhengen?

Ingen av modellen alene kan forklare den høye forekomsten av samtidig rus og psykiske lidelser. En regner med at alle flere modeller bidrar til å forklare samsykelighet.

- 1. Fellesfaktormodellen**
(dyssosial personlighetsforstyrrelse)
- 2. Selvmedisineringsmodellen**
(supersensitivitetsmodellen)
3. Skademodellen
4. Gjensidig påvirkningsmodellen

Risikofaktorer for utvikling av samtidig rus og psykisk lidelse

- Mann
- Lavt utdannet
- Atferdsforstyrrelse som ung
- Kriminalitet
- Dyssosial personlighetsforstyrrelse
- Familiehistorie med ruslidelse
- Opplevd traume eller PTSD

Viktigste sykdomsgrupper rus+psykiatri

- Bipolar lidelse
- Schizofreni
- Angst og PTSD (posttraumatisk stresslidelse)
- Depresjon
- ADHD/ADD
- Spiseforstyrrelse
- Personlighetsforstyrrelse

Rus og personlighetsforstyrrelser

- Studier viser at 50 – 70% av pasientene i en ruspoliklinikk har en personlighetsforstyrrelse
- I normalbefolkningen regner en med at 10 % fyller diagnosekriteriene for en personlighetsforstyrrelse
- Vanligere med en personlighetsforstyrrelse blant pasienter som har en stofflidelse enn blant pasienter med alkohollidelse
- Begge lidelsene påvirker hverandre og gjør at behandling blir vanskelig

Dilemma:

Rusatferd kan fremstå som en personlighetsforstyrrelse

Hva er en personlighetsforstyrrelse ?

*Med personlighetsforstyrrelse mener vi en psykisk lidelse preget av avvikende personlighetstrekk som viser seg i **stabile mønstre** av tanker, følelser og reaksjoner innen et vidt felt av personlige og sosiale situasjoner. Mønstrene representerer markerte avvik fra hvordan gjennomsnittsmennesket i en kultur tenker, føler og handler i forhold til andre.*

Inndeling av personlighetsforstyrrelser

Cluster A

- Paranoid PF
- Schizoid PF

Cluster B

- Dyssosial PF
- Emosjonelt ustabil PF
- Dramatiserende PF

Cluster C

- Engstelig/unnvikende PF
- Tvangspreget PF
- Avhengig PF

Rus og ADHD

- Barn og ungdom med en ADHD diagnose har økt risiko for å utvikle en ruslidelse
- Barn/unge som i tillegg har en atferdsforstyrrelse, har enda høyere risiko for ruslidelser
- Omtrent 60% fortsetter å ha symptomer på ADHD i voksen alder
- Behandling med sentralstimulerende legemidler (Ritalin, Concerta) hos barn og unge med ADHD har ikke vist seg å øke risikoen for utvikling av en ruslidelse.
- Flere studier har vist at en kan forhindre rusbruk gjennom riktig medisinerings

PTSD – Post Traumatisk Stress Lidelse

PTSD er senskader som oppstår pga en psykisk belastning

Diagnostiske kriterier:

1. Gjenopplevelse

(mareritt, flash-back, følelse av at det skjer igjen utløst av triggere)

2. Unngåelsesatferd og innsnevret følelsesliv

(isolerer seg, unngår åstedet, mister interesse for omverdenen o.sv.)

3. Hyperaktivitet – økt spenningstilstand

(søvnvansker, irritabilitet, uro, aggresjon, konsentrasjonsvansker, på-vakt holdning, skvettenhet, depresjon)

Ruslidelser og PTSD

- Høy komorbiditet ruslidelse / PTSD
- Selvmedisineringshypotese: Bruker rusmidler for å dempe psykisk ubehag når en har en PTSD lidelse
- Høy-risikohypotesen:
 - Rusavhengige lever et liv som gjør dem utsatt for traumer – overgrep, vold, ulykker
 - Det å ha en kronisk ruslidelse øker den biologiske sårbarheten i forhold til traumer

Er utsatt for retraumatisering gjennom det å leve et liv som rusavhengig

Ruslidelser og selvmordsfare

- Litt over 500 registrerte selvmord årlig i Norge
- Omtrent 1/3 av dem som tar livet av seg har en avhengighetslidelse
- Finner alkohol i blodet hos 50 % av dem som tar livet av seg
- Forekomst av depresjonslidelse er høy hos rusavhengige som tar livet av seg
- **Kombinasjonen rusavhengighet og depresjon er alvorlig med tanke på selvmordsfare**
- Selvmordsforsøk er også mer vanlig blant mennesker som har en ruslidelse enn i befolkningen forøvrig

Ruslidelser og selvmordsfare

- Aktiv drikkeperiode
- Alvorlig depressiv lidelse (den enkeltfaktoren som øker risikoen mest)
- Liten eller ingen sosial støtte, mangel på nettverk.
- Arbeidsløshet
- Alvorlig somatisk lidelse
- Bor alene
- Uttalelser om suicidale tanker og planer

Psykoser

Ulike definisjoner, men vanlig å inkludere en eller flere:

- forstyrret virkelighetsoppfatning
- hallusinasjoner
- vrangforestillinger
- forvirring
- bisarr atferd

(- psykotisk funksjonsnivå)

Tegn på utvikling av psykose

- Angst og uro. Rastløs, greier ikke å slappe av
- Raske humørsvingninger
- Sosial tilbaketrekking
- Sanseforstyrrelser
- Konsentrasjonsvansker
- Ekstremt opptatt av bestemte tema, magisk tenkning
- Dårlig funksjon, greier ikke å følge opp rutiner
- Søvnvansker
- Nedstemthet, selvmordstanker
- Endring i selvopplevelsen, følelsen av å miste seg selv

Ulike årsaker til psykotiske symptomer

- Schizofreni
- Bipolar lidelse
- Depresjon med psykose
- Delir
- Stressutløst/livspåkjenninger
- Psykose knyttet til abstinenser
- Medikamentelt utløst psykose
- Søvnmangel
- Rusutløst psykose

Rusmidler som kan utløse psykose

- Cannabis
- Amfetamin
- Metamfetamin
- Kokain
- Syntetiske stoffer
- (Hallusinogener)

Psykosesymptomer knyttet til rus

- Psykose under abstinens – oftest benzodiazepiner, GHB og alkohol
- Flashbacks – gjenopplevelse av tidligere rusbruk
- Hallusinasjoner – regnes ikke som psykose, dette er ruseffekten av hallusinogener som LSD eller fleinsopp
- Rusutløste psykoser – symptomene oppstår i relasjon til til rusinntak. Kan gå noen timer, noen ganger dager

Primærpsykose

Psykosetilstand hvor vi kan utelukke enhver form for bakenforliggende organisk årsak.

Rusutløste psykoser vs primære psykoser

- Store likheter, glidende overganger
- Større risiko for at rusutløste psykoser kan utvikle seg til primære psykoser ved dårlig premorbid fungering, psykisk sykdom i familien og ved dårlig sykdomsinnsikt
- Noen studier har rapportert ulike symptombilder, f.eks flere synshallusinasjoner og kroppslige hallusinasjoner ved rusutløst psykose

Hva kjennetegner rusutløst psykose?

Pasienter med rusutløst psykose:

- Mer fiendtlige
- Mer innsikt i egen sykdom
- Høyere forekomst av traume
- Mer angst

Hva skiller de to gruppene?

Primærpsykose

- mer alvorlige psykiske symptomer
- både negative og positive symptomer
- mindre innsikt

Rusutløst psykose

- eldre ved psykosedebut
- flere med dyssosial pf
- oftere ekteskap
- oftere hjemløse
- flere har PTSD
- tyngre avhengighetslidelser
- hyppigere syns-
hallusinasjoner

Amfetaminutløst psykose

- Metamfetaminbruken øker i Norge
- Paranoide fenomener er svært vanlig 25-40% av brukerne
- Kan være svært aggressive under psykose
- Psykosesymptomene klinger ofte raskt av
- Trenger søvn og fred, ikke alltid medisiner
- Fare for at psykosen varer lengre fra gang til gang

Typisk for amfetaminpsykoser

- Mistenksomhet
- Paranoide forestillinger
- Tankeforstyrrelser
- Syns- og hørselshallusinasjoner
- Økt motorisk aktivitet
- Storhetsforestillinger

Risikofaktorer for utvikling av psykose ved amfetaminbruk

- Førstegradsslektning med schizofreni
- Permorbid personlighet med schizoide/schizotypale trekk
- Hyppig bruk
- Tidlig debut med rusmidler
- Injeksjon som foretrukket administrasjonsmåte

Cannabis og psykose

- De siste tiårene vært fokus på om det er noen sammenheng mellom bruk av cannabis og utvikling av schizofreni/psykoselidelser
- Stor studie fra Sverige på militærrekrutter fant en økning av schizofreni ved bruk av cannabis > 6 ganger
- Etter hvert gjort flere oversiktsartikler, og disse viser at det er en økt risiko for psykoseutvikling ved bruk av cannabis
 - * 40 % økning for bruk noensinne
 - * 50 – 200% økning ved tyngre bruk

Cannabis og psykose - ulike teorier

- 1) At det er en årsakssammenheng mellom cannabisbruk og utvikling av schizofreni
- 2) At cannabisbruk fremskynder psykoseutvikling hos sårbare personer
- 3) At cannabisbruk forsterker symptomene ved schizofreni
- 4) At mennesker med schizofreni har en større tendens til å bruke cannabis

Cannabis og psykose

- Metaanalyse fra 2011
- 83 studier inkludert
- totalt 8167 rusbrukere / 14352 ikke-rus

Resultat:

- Symptomdebut 2.7 år tidligere ved bruk av cannabis
- Tidligere debut ved høyt forbruk

Støtter teorien om at cannabisbruk kan utløse en psykoselidelse hos allerede sårbare individer

Viktig å utsette psykosedebut da dette er assosiert med en dårligere prognose av sykdommen

Krav til diagnosen «Rusutløst psykose»

Psykosesymptomene kan inntre opp til 48 timer etter substansbruken, men da forutsett at de ikke er en del av en abstinensstilstand med delirium

Lidelsen forsvinner, i det minste litt innen 1 måned, og fullstendig innen 6 måneder

Oppsummert om ROP lidelser

- **Svært viktig med integrert behandling**
- **Tålmodighet!!!!**
- **Ikke alltid realistisk å oppnå rusfrihet, bedre livskvalitet og et verdig liv**
- **Tverrfaglighet er viktig – alle må dra i samme retning**
- **Ruslidelser er kroniske lidelser, tilbakefall er normalt**

Takk for oppmerksomheten