

## Diagnostisering av rusutløste psykoser ved en akuttpost

Anne Tove Øydna

## Diagnostisering av rusutløste psykoser ved en akuttpost

Rusmisbruk kan både maskere, forverre og utløse en alvorlig sinnslidelse. Forhastede antagelser om kausalitet mellom rus og psykose kan henge sammen med manglende kunnskap, emosjonelle reaksjoner og fordommer hos behandleren.

### Innledning

Rusmidler med såkalte psykotomimetiske egenskaper som alkohol, kokain, amfetamin, hallusinogener og cannabis er utbredt. Bruk eller misbruk av dem kan forårsake psykotiske reaksjoner hos mennesker som ellers ikke lider av psykiske lidelser. Psykotiske symptomer kan oppstå under pågående rus, i forbindelse med abstinens eller som såkalte flashbacks en tid etter inntak av rusmiddelet. Sederende rusmidler som benzodiazepiner, heroin, GHB og alkohol gir sjelden akutte psykotiske symptomer under rus, men psykotiske symptomer kan forekomme ved abstinenser. Et eksempel er at auditive hallusinasjoner kan oppstå etter omfattende alkoholinntak. Aktiverende eller sentralstimulerende rusmidler som ecstasy, amfetamin, kokain og LSD inntas nettopp med tanke på å oppnå virkninger som sansebedrag, illusjoner og hallusinasjoner (Rusmiddeldirektoratet, 1999a, 1999b, 1999c, 1999d, 1999e).

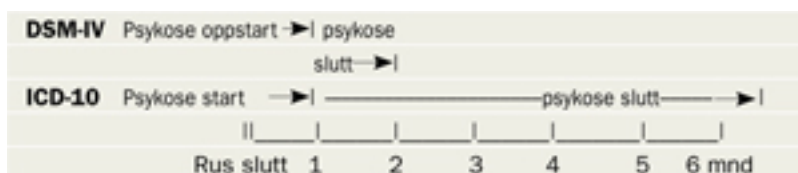
Diagnostisering av pasienter med symptomer på psykose og rusmisbruk er en utfordrende oppgave som krever utvidede kunnskaper både om psykose og virkningen av rusmidler. Rusutløst psykose er en diagnose der det gjøres en antagelse om kausalitet mellom rusinntak og en forbigående psykose. Det har imidlertid blitt avdekket at en stadig økende andel av all diagnostisering innebærer en vurdering av rusmisbruk og dens virkning på pasienten (Alfarnes, 2003). Studier viser at omtrent halvparten av alle personer med en schizofrenidiagnose har et rusproblem (Buckley, 1998; George & Krystal, 2000; Petersen, 1995).

Diagnostiske vurderinger omkring psykotiske symptomer og rusmisbruk er svært omfattende, og kan variere fra diagnoser på rusmisbruk og rusutløste psykoser til en vurdering av kriteriene for alvorlige sinnslidelser som schizofreni, paranoid schizofreni, schizotyp lidelse, schizo-afektiv lidelse og alvorlig affektiv lidelse med psykotiske symptomer. På en akuttpost med 24 timers oppholdstid vil relevante tentative diagnoser være rusutløst psykose, flashbacks, akutt psykotisk forstyrrelse og uspesifisert psykose. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (ICD-10; WHO, 1992) og Diagnostic and Statistical Manual IV (DSM-IV; American

Psychiatric Association, 1994) benytter litt ulike diagnostiske kriterier på dette området. Disse kriterier og diagnoser vil bli gjennomgått mer i detalj.

Rusutløst psykose (F 1x.5, andre siffer angir det aktuelle rusmiddelet) er ifølge ICD-10 en tilstand hvor psykotiske symptomer oppstår i løpet av, eller innen to uker etter opphør av rusmisbruk. Symptomene vedvarer i mer enn 48 timer og avtar innen seks måneder. DSM IV (292.xx) åpner for at symptomene kan starte inntil fire uker etter opphør av rusing, men det kreves at de skal være forbigående, maksimum varighet en måned (se Figur 1). I henhold til DSM-IV består denne typen symptomer primært av hallusinasjoner og vrangforestillinger. Det poengteres at hallusinasjoner som personen forventer som en følge av å ha inntatt rusmidlet, ikke skal inkluderes.

Figur 1. Rusutløst psykose, tidskriterier i diagnosemanualene.



Såkalte flashbacks (F 1x.70/292.89) er ofte visuelle hallusinasjoner av kort varighet som oppstår lengre tid etter avbrudd av bruk av primært hallusinogener, slik som LSD, PCP (også kalt englestøv), ecstasy og fleinsopp. De skiller seg fra psykotiske tilstander ved at det her er snakk om gjentakelse av opplevelser som pasienten hadde i ruspåvirket tilstand. Ved akutt psykotisk forstyrrelse (F23/298.8) avtar de psykotiske symptomer i løpet av dager eller en til tre måneder, men det kreves at det ikke skal være noe tegn til organisk eller rusrelatert etiologi.

Uspesifisert psykose DSM-IV 298.9 (psychotic disorder NOS) er en samlediagnose for de tilstander av psykose hvor det er utilstrekkelig informasjon til å fastsette en mer spesifikk diagnose. Et eksempel på dette er ifølge manualen de tilfeller hvor psykotiske symptomer er til stede, men hvor det ikke er mulig å avklare i hvilken grad disse er forårsaket av rusinntak. En identisk diagnose i ICD-10-systemet finnes ikke, den minst spesifiserte diagnosen her vil være uspesifisert, ikke-organisk psykose (F 29).

Denne studien tok sikte på å avdekke hvordan de tentative diagnoser ved en akuttpost fordelte seg på de ulike beskrevne diagnoser. Jeg vil drøfte hvilke faktorer hos pasienten som ville kunne komplisere det diagnostiske bildet ved samtidige symptomer på psykose og rusmisbruk, og ulike

forhold hos behandler som kan tenkes å påvirke den diagnostiske prosessen. Til slutt vil jeg peke på mulige konsekvenser for pasienter dersom de tentative diagnoser er misvisende.

## Metode

Undersøkelsen ble foretatt ved Akuttmottakspost C2 ved Psykiatrisk klinikk, Stavanger Universitetssykehus. Sengeposten har åtte senger og ansvar for en populasjon på ca. 216 000 innbyggere. Sengeposten foretar polikliniske akuttvurderinger og gir et tilbud om innleggelse i maksimalt 24 timer. Etter vurdering eller innleggelse på akuttposten blir pasienten gitt et tilbud om videre innleggelse på sengepost, poliklinisk oppfølging eller oppfølging med kommunale tjenester. Tilbud om oppfølging blir vurdert ut fra klinisk skjønn.

## Utvalg

Det ble foretatt en statistisk gjennomgang av alle som hadde blitt vurdert poliklinisk ved akuttposten samt alle innleggelser ved posten i perioden 01.01.02 til 31.12.02.

Utvalget bestod av alle pasienter som ved innleggelse hadde fått en skåre på rusmisbruk ifølge Drakes skala for rusmisbruk (Bartels, Drake & Wallach, 1995), samtidig som de hadde fått en diagnose som inkluderte en psykotisk lidelse. Diagnoser som ble vurdert var alle diagnoser i F 20-gruppen i tillegg til F 1x.5 «Psykisk lidelser eller forstyrrelser forårsaket av bruk av ... psykotisk tilstand». Utvalget bestod av 21 kvinner og 82 menn.

## Skåringer

Behandlere ved posten i det aktuelle tidsrommet var assistentleger og overlege. Miljøpersonalet ved posten består hovedsakelig av sykepleiere, de fleste med videreutdanning i psykiatri. Pasientene ble tatt imot av overlege eller assistentlege ansatt ved akuttposten dersom de kom til posten før kl. 14, og av assistentleger i forvakt dersom de ankom etter kl. 14, eller i helgene. Størs-tedelen av pasientene ankom posten etter kl. 14.

Pasientene ble diagnostisert ut fra kriteriene i ICD-10. Ifølge rutineene på posten skal det foretas en inntakssamtale innen to timer fra pasienten ankom sengeposten. En tentativ diagnose skal stilles etter denne samtalen, og presenteres for overlegen ved posten samme dag eller på morgenmøtet dagen etter. Den tentative diagnosen blir basert på klinisk skjønn. Det blir ikke anvendt noe klinisk intervju eller andre kartleggingsverktøy med tanke på diagnostisering av psykose.

Det ble foretatt en vurdering av pasientens rusmisbruk ut fra Drakes skala. Ved misbruk skal pasienten ifølge skåringskriteriene ha misbrukt det aktuelle rusmidlet de siste seks måneder, og det «er sikre tegn til vedvarende eller tilbakevendende sosiale, yrkesmessige, psykologiske eller fysiske problemer knyttet til bruken eller sikre opplysninger om tilbakevendende farlig rusmisbruk». Kriteriene for rusavhengighet inkluderer kriteriene for misbruk, men med mer omfattende rusproblemer eller tap av kontroll over rusingen.

## Resultater

I perioden var det totalt 1533 innleggelser ved posten. Av disse var det 725 (47,3 %) som av personalet ble vurdert til å ha å ha et rusmisbruk, fordelt på 377 (24,6 %) som ruset seg på illegale rusmidler, og 348 (22,7 %) som ruset seg på alkohol. Totalt var det 404 førstegangsinleggelse.

Det var 103 (6,7 %) innleggelser hvor pasienten ble vurdert av behandler eller assistentlege til å utvise symptomer på psykose, og som samtidig ble vurdert til å ha et rusproblem. Disse var fordelt på 21 kvinnelige pasienter og 82 mannlige pasienter. Av disse hadde 32 vært innlagt tidligere ved intermediære poster ved psykiatrisk klinikk, SiR eller ved Jæren distriktpsikiatriske senter, og det var da blitt stilt en diagnose på en alvorlig sinnslidelse. De resterende 71 innleggelser gjaldt pasienter som enten var førstegangsinleggelse, eller som var innlagt før uten at det var blitt gitt en diagnose på alvorlig sinnslidelse. Det var ingen tilfeller der pasienter ble gitt en tentativ diagnose på rusutløst psykose ved akuttposten etter at det var blitt stilt en diagnose på schizofreni fra tidligere innleggelser.

Som det fremgår av Tabell 1, ble diagnosen rusutløst psykose totalt gitt 42 ganger, og av disse var en antatt hasjutiløst (F15.5), tre antatt utløst av sentralstimulerende midler (F16.5) og 38 antatt utløst av bruk av multiple psykoaktive rusmidler (F19.5). Når det gjaldt forekomst av andre typer psykoser, ble denne diagnosen gitt i 61 tilfeller, 16 fikk diagnosen uspesifisert psykose (F29), 13 fikk diagnosen akutt psykose (F23) mens de resterende 32 fikk schizofreni, paranoid schizofreni eller en schizo-affektiv lidelse.

**Tabell 1. Totalt antall pasienter med diagnose på psykose og samtidig rusproblemer.**

	N	%	Andel totalt
Alvorlige sinnslidelser:			
Schizofreni F20	7	22	
Paranoid F22	10	31	

	N	%	Andel totalt
Sch-affektiv F25	14	44	
Andre F28	1	3	
<b>Sum alvorlige sinnslidelser</b>	<b>32</b>		<b>31</b>
Rusutløste psykoser:			
Hasj F15.5	1	2	
Sentralstimulerende	3	7	
Multiple F19.5	38	91	
<b>Sum rusutløste psykoser</b>	<b>42</b>		<b>41</b>
Andre psykoser:			
Akutt psykose F23	13	45	
Uspesifiserte F29	16	55	
<b>Sum andre psykoser</b>	<b>29</b>		<b>28</b>
<b>SUM</b>	<b>103</b>		<b>100</b>

Til sammen var det som nevnt 71 pasienter som utviste symptomer på psykose som ikke hadde en kjent alvorlig sinnslidelse. Av disse fikk 42 pasienter (59 %) diagnosen rusutløst psykoser, 13 pasienter (18 %) fikk diagnosen akutt psykose og 16 pasienter (23 %) fikk diagnosen annen uspesifisert psykose (se Tabell 2). Det var to pasienter som ved akuttposten hadde blitt stilt diagnosen rusutløst psykose mer enn en gang; en pasient ble stilt diagnosen to ganger i perioden, og en annen ble stilt diagnosen seks ganger i løpet av 2002.

**Tabell 2. Diagnoser gitt til pasienter uten kjent alvorlig sinnslidelse som presenterte symptomer på psykose og samtidig ble vurdert til å ha et rusproblem**

		% for utvalget
Rusutløste psykoser	42	59
Akutte psykoser	13	18
Uspesifiserte	16	23
<b>SUM ikke alvorlig sinnslidende</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

## Diskusjon

Pasienter med symptomer på psykose som gav uttrykk for å ha et rusproblem, ble i de fleste tilfeller (59 %) vurdert på akuttmottaksposten ved Psykiatrisk klinikk i Stavanger til å ha en rusutløst psykose. Etter bare noen timers observasjon ble det altså antatt å være en kausalitet mellom pasientens rusmisbruk og vedkommendes psykotiske symptomer. Videre ble diagnosen akutt psykotisk lidelse anvendt i vesentlig utstrekning, på tross av at diagnosekriteriene klart krever at man skal kunne utelukke rusrelatert etiologi. Kun 23 % av pasientene med denne type problemer fikk en diagnose på uspesifisert psykose med indikasjon om behov for videre utredning.

### Forhold som kompliserer det diagnostiske bildet

Tidligere studier har konkludert med at det medfører store vansker å skille mellom de ulike gruppene av diagnoser ved samtidig rusproblemer og psykotiske symptomer (Lehman et al., 1994). Nyere forskning tyder på at primær psykotisk lidelse med komorbid rusmisbruk muligens kan skilles fra rusutløst psykose ved høyere andel av rusmisbruk blant foreldre, rusavhengighet hos pasienten og større andel visuelle hallusinasjoner (Caton et al., 2005). Flere forhold tilsier imidlertid at det ikke uten videre kan gjøres antagelser omkring kausalitet mellom rusing og psykose. Dette reflekteres i de differensialdiagnostiske kriteriene i DSM-IV og ICD-10.

Dersom pasientens atferd, kognisjon og emosjoner er i tråd med det som vanligvis er forbundet med rus eller abstinens av det aktuelle rusmiddelet, skal det i henhold til DSM-IV gis en intoksikasjons- eller abstinensdiagnose. Hvis det foreligger psykotiske symptomer som går ut over det som er vanligvis er forbundet med rusing eller abstinens, og pasienten ikke har intakt realitetsorientering, eller ikke har noen formening om at hallusinasjonene er induisert av rusmiddelet, må det i henhold til manualen tas stilling til om de psykotiske symptomene er rusutløste eller ikke. Dette inkluderer ifølge DSM-IV en vurdering av i hvilken grad de psykotiske symptomene var til stede forut for rusingen og om de er større enn det man kan forvente ut fra den type, mengde og tidsperiode som rusmidlet er inntatt. Ifølge manualen bør man ikke ta stilling til om det er snakk om en rusutløst psykose før man har observert at de psykotiske symptomene har avtatt i løpet av fire uker.

På den aktuelle akuttposten kan det ha vært snakk om en betydelig andel av psykoser som faktisk var utløst av ulike typer rusmidler, og at diagnosene ble vurdert ut fra at symptomene ikke stod i forhold til den eller de rusmidlene som var inntatt. I noen tilfeller, eksempelvis når personen oppgir å ha hallusinasjoner som inkluderer flere sansemodaliteter og å ha ruset seg på sentralstimulerende

rusmidler, vil man kunne antyde en slik diagnose. Det er imidlertid store individuelle forskjeller når det gjelder reaksjoner på rusmidler. Bildet kompliseres av at personen ofte har inntatt flere ulike rusmidler, eller ikke kan gjøre rede for inntaket. Slike vurderinger er derfor vanskelige. De bør sees i sammenheng med den alvorlige konsekvensen det kan få for pasienten dersom vedkommende har en alvorlig sinnslidelse som ikke blir avdekket. Før det foreligger tilstrekkelig informasjon til å stille en mer spesifikk diagnose, anbefaler diagnosemanualene at det stilles en diagnose på uspesifisert psykose som formidler et behov for videre utredning. Den betydelige andelen rusutløste i forhold til uspesifiserte psykoser vil i dette tilfellet kunne indikere at diagnosen rusutløst psykose ble stilt på mangelfullt grunnlag.

### **Definisjon på psykose**

Forståelsen av psykose var tidligere i Norge preget av dynamisk teori. I de siste tiår har oppmerksomheten i større grad blitt rettet mot en deskriptiv tilnærming beskrevet i diagnosemanualene med vekt på relativt grove og alvorlige atferdsavvik. I henhold til DSM-IV varierer definisjonene på psykose. Den snevreste definisjonen begrenser psykose til vrangforestillinger eller hallusinasjoner uten innsikt. En videre definisjon åpner for hallusinasjoner med innsikt. Manualen anvender begrepet psykose ulikt avhengig av lidelse. Ved F2-gruppen anvendes begrepet på vrangforestillinger, dominerende hallusinasjoner, uorganisert tale eller atferd. Ved rusindusert psykose anvendes begrepet i DSM-IV om vrangforestillinger og hallusinasjoner, men her kreves det at pasienten ikke har innsikt.

Psykose kan defineres som vesentlig avvik eller flukt fra virkeligheten (Kendall & Hammen, 1998), eller mer utdypende som grov realitetsbrist som innbefatter at personen evaluerer nøyaktigheten av sine tanker inkorrekt og som følge av dette gjør grovt feilaktige antagelser om realiteter (Rosenhan & Seligman, 1984). Psykose skal kunne kjennetegnes ved realitetsbrist, funksjonsnedsettelse, manglende sykdomsinnsikt, sansebedrag, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, og unormalt varierende stemningsleie (Thorsen, 2002). Hallusinasjoner har også blitt hevdet å være en del av normal atferd (Kendall & Hammen, 1998; Steinkopf, 2004). Den medisinske modellen som er reflektert i diagnosemanualenes noe dikotomiske syn på psykose, reflekterer dermed ikke virkeligheten, som trolig innebærer mer gradvise overganger mellom lett realitetsbrist til ulike typer psykose.

*Omtrent halvparten av alle personer med en schizofrenidiagnose har et rusproblem*



## Rusmidlers psykotomimetiske egenskaper

Forståelsen av psykosebegrepet kompliseres ytterligere ved samtidig rusmisbruk og psykoser.

Rusmidler inntas med den hensikt å oppnå en form for realitetsbrist. Amfetamin inntas for å oppnå en følelse av velvære og energi, noe som kan føre til en relativ realitetsbrist i forhold til eksempelvis kroppsbildet, egne evner og selvbildet generelt (Rusmiddeldirektoratet, 1999). I henhold til DSM-IV er de vanligste psykotiske symptomene etter inntak av amfetamin forfølgelsestanker, endring av kroppsbilde og ansikter, samt en fornemmelse av krypdyr under huden.

Det aktive stoffet i cannabis, tetrahydrocannabinol (THC), lagres i kroppens fettceller. Personen blir gradvis, over en periode på flere uker, mer påvirket av rusmidlet (Rusmiddeldirektoratet, 1999). De ønskede virkningene av cannabis inkluderer positive, intense perseptuelle og emosjonelle opplevelser (Ashton, 2001), men angst og vrangforestillinger av paranoid karakter opptrer relativt hyppig. Et betydelig forbruk av cannabis over tid vil kunne medføre tilbaketrekking, mangel på initiativ og reduksjon i kognitiv utføringsevne (Ashton, 2001). Symptomene ved omfattende misbruk av cannabis kan derfor til forveksling være lik prodromet ved utvikling av psykose, som inkluderer vansker med verbal formidling, forstyrrelse av selvopplevelsen, og sterk tilbaketrekking (Møller & Husby, 2003).

Personer inntar rusmidler for å oppnå en viss realitetsbrist, men når realitetsbristen går over et visst nivå, snakker vi ikke lenger om rus, men om psykose. Diagnosemanualene har valgt å sette dette skillet ved det punkt hvor personen selv har forståelse for sin tilstand. Altså, hvis personen ser rosa elefanter og vet at det er fordi han eller hun har ruset seg, berettiger dette en rusdiagnose. Dersom personen blir redd og ikke forstår situasjonen, kan det være grunnlag for å stille en psykosediagnose. Man kan undre seg over dette skillet og hensiktsmessigheten ved det, og det bidrar til å komplisere arbeidet for den som skal forsøke å diagnostisere personen.

## Dobbeltdiagnoser

Omtrent halvparten av alle med en schizofrenidiagnose har et rusproblem (Buckley, 1998; George & Krystal, 2000; Petersen, 1995). Dette kan være en form for selvmedisinering (Khantzian, 1985), men rusmisbruket vil uansett kunne bidra til å maskere en psykoseutvikling. Videre er det holdepunkter for at rusmisbruk kan føre til tidligere debut av schizofreni (Addington & Addington, 1998), eller være en stressfaktor som kan bidra til å utløse en psykotisk lidelse (Arseneault, Cannon, Witton & Murray, 2004). Sensitivisering til rusmidlet kan føre til at personen får stadig hyppigere episoder med psykoser (Bratteteig, Hove & Aakerholt, 2001). Overgangen mellom tilbakevendende rusutløste psykoser og

en alvorlig sinnslidelse med psykose kan da bli flytende. Ved såkalt rusindusert residiv psykose vil en pasient som er i remisjon fra sin alvorlige sinnslidelse, kunne oppleve oppblomstring av psykotiske symptomer som følge av rusing. Forskning har vist at primære og sekundære rusmisbrukere ikke skiller seg med hensyn til rusinduserte lidelser (Bakken, Landheim & Vaglum, 2003).

De diagnostiske kriteriene avspeiler kompleksiteten i det diagnostiske bildet ved rus og psykose. Psykose kan være vanskelig å definere, men antas å innebære en form for realitetsbrist. Det diagnostiske bildet kompliseres av at rusmidler inntas nettopp med tanke på å oppnå endret bevissthetsnivå og delvis realitetsbrist. Rusmisbruk kan bidra til å maskere, forverre eller utløse en latent psykoselidelse.

*Manglende kompetanse, forventninger, fordommer, emosjonelle reaksjoner og mangel på kartleggingsrutiner kan bidra til forhastede antagelser om kausalitet omkring rus og psykose*

Kompleksiteten rundt det å diagnostisere psykose og rusproblemer, gjør at man må kunne stille seg undrende til hva det er som fører til at de fleste pasienter med psykose og rusproblemer ved den aktuelle akuttmottaksposten etter bare noen timers observasjon fikk en diagnose på rusutløst psykose med indikasjon om kausalitet mellom rusinntaket og psykosen.

### **Forhold i miljøet som påvirker den diagnostiske prosessen**

Ulike forhold i miljøet har vist seg å kunne påvirke behandleren i forhold til diagnostisering, blant annet gjelder dette kontekst og forventninger (Rosenhan & Seligman, 1984). Det at pasienten presenterer seg som rusmisbruker, kan dermed tenkes å påvirke behandleren. Selv om rusreformen (Statens helsetilsyn, 2000) har bidratt i positiv retning, eksisterer det fremdeles et noe kunstig skille mellom rusomsorgen og psykisk helsevern, noe som kan reflektere sosial stigmatisering og fordommer omkring mennesker med rusmisbruk som umoralske og slemme (Kunøe, Greaker & Sjøly, 2004). I den grad behandleren er påvirket av slike fordommer, vil dette kunne resultere i at de psykotiske symptomene raskt antas å være «selvforskyldte» og et resultat av rusinntaket.

Behandleren har ofte en opplevelse av utilstrekkelighet på det relasjonelle plan i møte med den psykotiske pasienten. Dersom det er for lite bevissthet omkring denne opplevelsen, kan kartleggings- eller behandlingstiltak bli preget av emosjonelle reaksjoner som har til hensikt å gjenopprette behandlerens følelse av mestring. Tiltakene kan dermed ha islett av at det skal handles, gjerne raskt, og ikke nøles (Eidissen, 2003). Det å anta en kausalitet mellom rus og psykose etter bare timers observasjon kan være et tegn på en slik emosjonell reaksjon.

Det er opplagt at diagnoser vil bli stilt på mangelfullt grunnlag dersom behandleren har manglende kunnskaper på området. Dette synes å gjenspeiles i det faktum at 18 % av pasienter med rusproblemer og psykose fikk diagnosen akutt psykotisk lidelse på tross av at diagnosemanualene krever at man ved denne diagnosen skal kunne utelukke organisk eller rusrelatert etiologi. Studier har vist at en betydelig andel av psykiatere ikke har en logisk og sammenhengende forståelse av rusutløst psykose (Brabbins & Poole, 1996).

Manglende kompetanse, forventninger, fordommer, emosjonelle reaksjoner og mangel på kartleggingsrutiner kan hver for seg, eller i kombinasjon, bidra til forhastede antagelser om kausalitet omkring rus og psykose.

### **Konsekvenser for pasienten**

I hvilken grad får eventuelt forhastede antagelser omkring diagnoser noen reell følge for pasientene? Dagens diagnostiske system har sine historiske røtter innenfor den medisinske tradisjon og er basert på antagelsen om at menneskelig atferd kan måles og forutses, og at mentale lidelser kan kategoriseres. I de siste 20 år har det foregått en utvikling i retning av mer presise definisjoner og høyere grad av inter-skårer-reliabilitet, men det stilles likevel spørsmål rundt deskriptiv og prediktiv validitet av diagnosene med tanke på informasjon om differensiering, behandling og progresjon (Kendall & Hammen, 1998; Rosenhan & Seligman, 1984). Det foreligger ganske ulike meninger om adekvat behandling av psykoser, både i forhold til medisinerings (Hegelstad, 2005; Statens helsetilsyn, 2000b), nettverksarbeid (Steinkopf, 2004), psykososiale intervensjoner (Bola & Mosher, 2002) og integrering av behandling av rusmisbruk og alvorlig sinnslidelse (Drake et al., 1993).

Diagnoser kan være viktige for pasienter i og med at de danner grunnlag for vurdering av behovet for tvungent psykisk helsevern. Dersom pasienten blir vurdert til å ha en mulig alvorlig sinnslidelse med tilleggsproblemer innen rusmisbruk, vil vedkommende kunne fylle kriteriene for tvangsinnleggelse. Dette vil være mer usikkert ved en forbigående rusutløst psykose. Nyere forskning har konkludert med at det ved utvikling av psykoser er spesielt viktig for pasientens behandling og prognose at det foreligger en mest mulig korrekt diagnose så tidlig som mulig i lidelsens forløp (Heinimaa & Larsen, 2002).

Enhver behandler bør tilstrebe størst mulig forståelse for pasienters lidelse. En akuttpost ville neppe stille en alvorlig diagnose på schizofreni etter bare timers observasjon. Dersom man følger det diagnostiske resonnementet ovenfor, burde man være enig i en tilsvarende restriktiv holdning i forhold til rusutløst psykose. Risikoen ligger i at en pasient som holder på å utvikle en alvorlig

sinnslidelse, ikke får en diagnose som indikerer denne muligheten, men blir utskrevet med den begrunnelsen at det trolig var snakk om en rusutløst og forbigående psykose.

### Konklusjon

Ved akuttmottaksposten ved Psykiatrisk klinikk, Stavanger Universitetssykehus ble pasienter med samtidig rusmisbruks- og psykoseproblemer i 59 % av tilfellene gitt en diagnose på rusutløst psykose, 18 % fikk diagnosen akutt psykose, og 23 % fikk en diagnose på uspesifisert psykose med indikasjon om behov for videre utredning. Diagnostisering kompliseres av den glidende overgangen mellom rusopplevelsens flukt fra virkeligheten og den alvorlige realitetsbrist som psykose innebærer. Det diagnostiske bildet kompliseres ytterligere ved at rusmisbruk både kan maskere, forverre og utløse en alvorlig sinnslidelse som schizofreni. Forhastede antagelser om kausalitet mellom rus og psykose kan henge sammen med manglende kunnskap, emosjonelle reaksjoner eller fordommer i forhold til rusmisbruksproblemer.

Statens helsetilsyn (2000b) fremhever at all kontakt med alle psykotiske pasienter må preges av grunnleggende respekt for pasienten som person. Som behandlere bør vi anvende nødvendig tid og ressurser på grundig kartlegging slik at vi kan stille en diagnose så nøyaktig som mulig, for dermed å lage et individuelt basert behandlingsopplegg. Gjennom dette vil vi også formidle vår genuine interesse og respekt for pasienten, noe som trolig er det mest grunnleggende i all psykologisk behandling.

Anne Tove Øydna  
Psykiatrisk klinikk, Sengepost B2  
Pb 1163 Hillevåg  
4095 Stavanger  
Tlf 95 86 58 31  
E-post ato@sir.no

## Referanser

- Addington, J., & Addington D. (1998). Effect of substance misuse in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 134–136.
- Alfarnes, S. A. (2003). Diagnostikk av pasientar med samstundes rusmiddelmissbruk og psykopatologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *40*, 404–408.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: Author.
- Arseneault, L., Cannon, M., Witton J., & Murray, R. M. (2004). Causal association between cannabis and psychosis: Examination of the evidence. *British Journal of Psychiatry*, *184*, 110–117.
- Ashton, C. H. (2001). Pharmacology and effects of cannabis: A brief review. *British Journal of Psychiatry*, *178*, 101–106.
- Bakken, K., Landheim, A. S., & Vaglum, P. (2003). Primary and secondary substance misusers: Do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism*, *38*, 54–59.
- Bartels, S. J., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1995). Long-term course of substance use disorders among patients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, *46*, 248–251.
- Bola, J. R., & Mosher, L. R. (2002). At issue: Predicting drug-free treatment response in acute psychosis from the Sotoria project. *Schizophrenia Bulletin*, *28*, 559–575.
- Brabbins, C., & Poole, R. (1996). Psychiatrists' knowledge of drug induced psychosis. *Psychiatric Bulletin*, *20*, 410–412.
- Bratteteig, M. Hove, I., & Aakerholt, A. (2001). *Rusa eller gal. Sammenhenger mellom rusmisbruk og psykiske lidelser*. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, Stavanger, Norway.
- Caton, C. L. M., Drake, R. E., Hasin, D. S., Dominguez, B., Shrout, P. E., Samet, S., & Schanzer, B. (2005). Differences between early-phase primary psychotic disorder with concurrent substance use and substance-induced psychosis. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 137–145.
- Drake, R. E., Bartels, S. J., Teague, G. B., Noordsy, D. L., & Clark, R. E. (1993). Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *181*, 606–611.
- Eidissen, V. (2003). Makt og avmakt i behandling av psykoser. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *123*, 2600–2602.

- Hegelstad, W. V. (2005). Det skal være automatikk i å tilby medisiner til pasienter med psykose. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 236–239.
- Heinimaa, M., & Larsen, T. K. (2002). Psychosis: Conceptual and ethical aspects of early diagnosis and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 533–541.
- Kendall P. C., & Hammen, C. (1998). *Abnormal psychology. Understanding human problems*. Boston, USA: Houghton Mifflin.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259–1264.
- Kunøe, N, Greaker, A. G. M., & Sjøly, M. (2004). Fra gangsyn til vidsyn – spesialist-ordningen og behovet for helhetlig behandling ved russymptomer og psykisk lidelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 572–574.
- Lehman A. F., Myers C. P., Corty E., & Thomson J. W. (1994). Prevalence and patterns of «dual diagnosis» among psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 106–112.
- Møller, P., & Husby, R. (2003). Det initiale prodrom ved schizofreni – kjernedimensjoner av opplevelse og atferd. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 123, 2425–2428.
- Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. (1984). *Abnormal psychology*. New York: Norton & Co.
- Rusmiddeldirektoratet (1995). *Fakta om ecstasy*.
- Rusmiddeldirektoratet (1999a). *Fakta om amfetamin og andre sentralstimulerende stoffer*.
- Rusmiddeldirektoratet (1999b). *Fakta om cannabis*.
- Rusmiddeldirektoratet (1999c). *Fakta om kokain*.
- Rusmiddeldirektoratet (1999d). *Fakta om LSD og andre hallusinogene stoffer*.
- Rusmiddeldirektoratet (1999e). *Fakta om opiater. Heroin, morfin, metadon*.
- Statens helsetilsyn (2000a). *Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Oslo: Utredningsserien 9:2000.
- Statens helsetilsyn (2000b). *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Utredningsserie 10–2000, IK–2727. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.
- Steinkopf, H. (2004). Nye modeller for intervensjoner ved alvorlige psykiske lidelser hos ungdom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 535–543.
- Thorsen, G.-R. B. (Red.). (2002). *Minilex, psykiatrisk minileksikon*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

WHO (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.