

Å skille rus og psykopatologi

Eline Borger Rognli
e.b.rognli@medisin.uio.no

Peter Krajci

Tore Willy Lie

Lars Linderoth

Lars Lien
styreleder i Norsk psykiatrisk forening

Jørgen G. Bramness
Professor, dr.med., Forskningsdirektør SERAF

Anne Signe Landheim

Rusproblemer og psykiske vansker forekommer ofte samtidig. Diagnoseintervjuet PRISM kan belyse hvilken av tilstandene som best forklarer pasientens plager.

Vi regner med at omkring halvparten av de som i løpet av livet har hatt en ruslidelse, også har hatt en eller flere psykiske lidelser, og motsatt: at omkring halvparten av de som i løpet av livet har hatt en psykisk lidelse, også har hatt en eller flere ruslidelser (Kessler et al., 1996; Regier et al., 1990). I norske undersøkelser er det vist at to tredjedeler av de som kommer til behandling for rusavhengighet, også trenger behandling for psykiske lidelser (Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002), og at ubehandlede psykiske lidelser predikerer tilbakefall til rus (Landheim, Bakken, & Vaglum, 2006).

Diagnoser er sentrale i måten vårt helsevesen er organisert på. De fungerer som portåpnerer (eller stengsler) til økonomiske og behandlingmessige rettigheter, og kan utløse tiltak og tilrettelegging. Dette kan dreie seg om rett til satser for ung ufør istedenfor vanlig uføretrygd, rett til ACT-team eller døgnbehandling, bestemte medisiner eller utvidet tid på eksamen. I tillegg er diagnoser veiledende for behandling. En angstlidelse vil kanskje bli behandlet med en kombinasjon av eksponeringstrening og kognitiv terapi. Tenker vi at angsten er sekundær til pasientens høye forbruk av alkohol og benzodiazepiner, vil vi imidlertid heller jobbe med å redusere rusbruken, med en forventning om at angsten vil avta når rusbruken avtar. I akuttpsykiatrien vil symptombildet for schizofreni og amfetaminutløst psykose være vanskelig å skille (Medhus, Mordal, Holm, Mørland, & Bramness, 2012; Srisurapanont et al., 2011), samtidig som disse tilstandene krever ulik behandling og oppfølging.

I utredning av disse pasientene står klinikerer overfor krevende diagnostiske vurderinger. Fordi symptomer som skyldes ruspåvirkning, ikke skal telle i retning av en psykisk lidelse, kan ikke diagnostiseringen her basere seg kun på det deskriptive symptombildet, men på en vurdering av årsaken til symptomene. Klinikerer har her en del veiledende prinsipper å gå etter: Dersom de psykiske symptomene oppsto før rusingen tok til, eller vedvarer en betydelig tidsperiode etter at rusingen opphører, er det grunn til å tro at symptomet ikke skyldes rus. Videre kan det være at symptomet og rusbruk er til stede samtidig, men at pasienten har brukt et *rusmiddel som ikke forventes å gi slike symptomer* (f.eks. mani samtidig med bruk av dempende midler), eller at *symptomet klart overgår det man skulle forvente* ut fra mengde rusmiddel brukt.

De fleste diagnostiske intervjuer er laget for å skille psykopatologi fra normalitet, og i den grad rus er bygget inn i vurderingen, overlates differensialdiagnostikken til pasientens eller klinikerens skjønn og på generelt grunnlag. For eksempel inneholder det diagnostiske intervjuet Mini Internasjonalt Neuropsykiatrisk Intervju (M.I.N.I. Plus) instruksjoner i innledningen som sier at symptomer som best kan forklares som uttrykk for bruk av rusmidler, ikke skal kodes positivt. Intervjuet inneholder også differensialdiagnostiske spørsmål som: «Har du tatt medisiner eller narkotiske stoffer like før disse symptomene begynte?» (Helsebiblioteket, 2016; Sheehan et al., 1998). Det spesifiseres ikke hva «like før» betyr, eller hvilke medisiner eller narkotiske stoffer som kan gi effekter som kan forveksles med symptomet som her måles.

I det diagnostiske intervjuet Psychiatric Research Interview for Substance and Mental disorders (PRISM) er disse vurderingene bygget inn i intervjuet i form av spørsmål og veiledning til intervjuer, og PRISM er det eneste diagnostiske intervjuet som er laget spesifikt for å skille rus fra normalitet og psykopatologi. I ROP-retningslinjen som utkom fra Helsedirektoratet i 2012 (Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser) anbefales det at diagnostisk utredning av psykisk lidelse og ruslidelse gjøres med verktøyene MINI PLUS, SCID-I eller PRISM, og PRISM beskrives som et nytt og lovende verktøy (Helsedirektoratet, 2012).

PRISM er det eneste diagnostiske intervjuet som er laget spesifikt for å skille rus fra normalitet og psykopatologi

Hensikten med dette fagessayet er å beskrive PRISM-intervjuet. Vi vil ha et praktisk og klinisk fokus, og gi informasjon om innhold, struktur, styrker og svakheter.

Utvikling av PRISM

PRISM ble utviklet av professor Deborah Hasin og kolleger ved Columbia University og New York State Psychiatric Institute i USA (Hasin et al., 1996). Det ble først laget som en papirbasert versjon, men ble senere bearbeidet til en PC-basert versjon. Fordelen med PC-basert versus papirbasert intervju er raskere gjennomføringstid, redusert risiko for tilfeldige feil samt begrenset behov for å kontrollere om intervjuet har blitt fylt ut riktig.

PRISM-intervjuet er basert på DSM-IV-kriteriene, er semistrukturert og det eneste diagnostiske intervjuet som er testet for reliabilitet (Hasin et al., 1996; Morgello et al., 2006) og validitet (Torrens, Serrano, Astals, Pérez-Domínguez, & Martín-Santos, 2004) i en ruspopulasjon. Intervjuet undersøker de fleste symptomlidelser, to personlighetsforstyrrelser (borderline og antisosial) samt misbruk og avhengighet til alle rusmiddelkategorier. Det er særlig grundig på undersøkelse av depresjon og psykose. I tillegg til engelsk foreligger PRISM på spansk og norsk. Til forskningsformål har intervjuet blitt brukt i en rekke ulike settinger: i sykehus for dobbeldiagnoser (Hasin, Trautman, & Endicott, 1998; Nunes, Liu, Samet, Matseoane & Hasin, 2006), i psykiatrisk avdeling (Aharonovich et al., 2005), akutt-psykiatrisk avdeling (Caton et al., 2005), på avgiftningsavdeling (Nocon, Bergé, Astals, Martín-Santos, & Torrens, 2007), ulike plasser utenfor sykehus (González-Saiz et al., 2009; Herrero, Domingo-Salvany, Torrens, Brugal, & Investigators, 2007; Morgello et al., 2006), i lavterskeltilbud (Astals et al., 2008) og i sprøyteutdelingsprogram (Hides et al., 2014). Norge er så langt det eneste landet som legger til rette for en bred klinisk implementering av PRISM.

Den amerikanske PRISM er nylig oppdatert til DSM-5 (Grant et al., 2015; Hasin et al., 2015), og papirversjonen er nå helt forlatt til fordel for en PC-baserte versjon. En oppdatering av den norske PRISM til DSM-5 vil være aktuelt etter hvert.

Utvikling av PRISM i Norge

PRISM ble oversatt til norsk av psykiater Valborg Helseth i 2006, finansiert av Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved UiO og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NK-ROP). All tekst ble oversatt og tilbake-oversatt av uavhengige oversettere, og tilbake-oversettelsen ble godkjent av utviklerne ved Columbia University. Bearbeidelsen til PC-basert norsk versjon kom få år senere, og ble ledet av psykolog Eline Borger Rognli, med samme finansieringskilder samt Oslo universitetssykehus. Prosessen tok utgangspunkt i den norske godkjente papirversjonen og forløp i tett dialog med Columbia-gruppen. Nye deler ble oversatt og tilbake-oversatt av uavhengige oversettere. Den endelige norske PC-versjonen er godkjent av de amerikanske utviklerne. Fra og med 2013 har NK-ROP hatt det nasjonale ansvaret for administrering og opplæring i PRISM.

Innhold og struktur

De fleste spørsmålene i PRISM inneholder vurderingsveiledning som skal hjelpe intervjueren å skåre enten «ja» eller «nei». Vurderingshjelpen adresserer hyppighet, varighet og intensitet av symptomer; hyppighet, varighet av rusbruk og type rusmiddel samt andre vanlige kilder til usikkerhet. Sammen med oppgitte oppfølgingsspørsmål er hensikten å hjelpe intervjuer med å differensiere mellom primære og rusinduserte psykiatriske symptomer og de forventede effektene av intoksikasjon og abstinens. Spørsmål, oppfølgingsspørsmål og veiledning dukker opp på skjermen samtidig, men er fargekodet, slik at intervjueren raskt oppfatter hva som skal leses høyt (spørsmål), hva som kan leses høyt ved behov (oppfølgingsspørsmål), og hva som ikke skal leses høyt, men kun er til hjelp for at intervjuer skal kode riktig (veiledning). Rusdelen i PRISM er plassert i begynnelsen av intervjuet, før delene som omfatter de enkelte psykiske lidelsene. Historien om rusbruk er således kjent når de psykiske lidelsene skal kartlegges. En del av ruskartleggingen innebærer også å tegne tidslinjer bakover i tid og for de siste 12 månedene. Hvert rusmiddel kartlegges for seg, og man skaffer oversikt over rusfrie perioder, perioder med lite bruk og perioder med mye bruk. Rusanamnesen er strukturert og omfattende. Den består av én screeningdel og én del som går i dybden og undersøker misbruk og avhengighet for de rusmidlene som ble rapportert brukt over terskelnivå i screeningdelen.

Ved starten av intervjuet markeres hvilke deler man ønsker å gjennomføre. Intervjuet inneholder følgende deler, nevnt i den rekkefølgen de fremtrer i intervjuet: oversikt/demografi, rusmiddelscreening (alkohol, nikotin, cannabis, kokain, heroin, hallusinogener, sedativa, stimulerende midler, opiater, andre stoffer), misbruk/avhengighet, depresjon, dystymi, mani og hypomani, cyklotymi, psykose, selvmord, spesifikk fobi, sosial fobi, panikk lidelse, agorafobi, generalisert angstlidelse, tvangslidelse, posttraumatisk stresslidelse, anorexi, bulimi, antisosial personlighetsforstyrrelse, borderline personlighetsforstyrrelse, ADHD, spilleavhengighet og intervjuers observasjoner. Intervjuet vurderer diagnoser innenfor tidsrammene siste to uker (kun for depresjon), siste 30 dager, siste år og livstid.

Intervjuet har screeningspørsmål i innledning til de fleste diagnoseseksjonene. Dersom disse avkrefte, hopper man videre til neste del. Hvis de bekrefte, går man inn og undersøker mer i detalj.

Hvordan bruke PRISM

I intervjusituasjonen vil klinikeren gjerne sitte med en laptop i fanget, blikket vekselvis på pasienten og skjermen, og fingrene på tasteknappene for «ja» og «nei» og «enter» (som tar en til neste spørsmål). Intervjuet følger en forgreingsstruktur som er vanlig for diagnostiske intervjuer, der ulike svar utløser ulike videre spørsmål, og det finnes mange måter å gå gjennom intervjuet på. I PRISM vil det underliggende programmet hjelpe intervjueren å navigere, slik at ved å trykke «enter» genereres neste spørsmål automatisk, basert på alle foregående svar. Intervjuer leser derfor kun det spørsmålet som dukker opp på skjermen, og behøver ikke lete eller huske for å vite hva neste spørsmål skal være. I noen av spørsmålene refereres det til pasientens tidligere svar når man skal spørre videre om samme tema, for eksempel: «Du nevnte tidligere at du opplevde frysninger, skjelvinger, angst og svettetokter da du var på nedadgående rus på alkohol. Fortsatte du likevel å bruke alkohol?» Her fletter programmet inn de abstinenssymptomene respondenten bekreftet å ha opplevd tidligere i intervjuet, og bruker disse for å utforske avhengighetskriteriet om fortsatt bruk til tross for skadelige effekter.

Intervjuet har screenings spørsmål i innledning til de fleste diagnoseseksjonene

Når man sitter i intervjusituasjonen, er det er kun intervjuer som ser skjermen. PRISM egner seg ikke til selvutfylling. Dersom man har behov for å notere vurderinger eller opplysninger underveis, finnes en funksjon for å lage tekstbokser der man kan skrive inn fritekst. Disse kommentarene lagres da i tilknytning til spørsmålet, og kommentarene kan hentes ut samlet til slutt.

For hvem, og når, egner PRISM seg?

PRISM er et omfattende intervju og egner seg kanskje ikke som en del av standardpakke for alle pasienter som kommer til en vanlig poliklinikk eller avdeling. For en del vil enklere diagnostiske intervjuer (som MINI PLUS eller SCID-I) være tilfredsstillende. Enkelte steder, for eksempel ved utredningsenheter i psykisk helsevern eller TSB, vil imidlertid PRISM kunne være svært egnet. Ved utredningsavdelingen på avdeling TSB Sanderud er PRISM innført som en del av det standardiserte utredningstilbudet.

For å stille en diagnose om primær psykisk lidelse krever PRISM fire uker rusfrihet, tilsvarende kravet i DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). En pasient i pågående rus vil altså ikke kunne vurderes for primær pågående psykisk lidelse, selv om primær psykisk lidelse tidligere i livet vil kunne stilles. Pasienter bør uansett være så rus- og abstinensfrie og med så lavt symptomtrykk at de er i stand til å konsentrere seg over noe tid.

PRISM egner seg godt til forskningsformål, da informasjonen som lagres gjennom intervjuet, kan overføres direkte til statistiske analyseprogram som SAS og SPSS.

Bruk av PRISM til forskning i Norge

PRISM har blitt brukt i to norske forskningsprosjekter: doktorgradene til Valborg Helseth (Helseth, 2013) og Anne Marit Langås (Langås, 2013). En studie av feasibility, altså anvendelighet, inngikk i Helseths grad, der 61 pasienter i en akutt-psykiatrisk avdeling ble intervjuet (Helseth, Samet, Johnsen, Bramness, & Waal, 2012). Majoriteten av pasientene som inngikk i denne studien, hadde ingen spesielle problemer med å huske rusbruk og psykiske symptomer bakover i tid. Unntaket

var individer med mange psykoseepisoder, der det var nødvendig å innhente tidligere journal. Pasientene var hovedsakelig positive til intervjuet, og uttalte blant annet: «Intervjuet hjalp meg å forstå sammenhengen mellom psykiatriske symptomer og rusbruk, det ble tydeligere for meg», «De strukturerte spørsmålene gjorde det lettere å fokusere», og «Intervjuet er nøyaktig. Jeg føler meg sikker på intervjuet. Dette får meg til å føle meg trygg, og gir meg en følelse av å være viktig» (Helseth et al., 2012, s. 101). Median tidsbruk for gjennomføring i Helseths feasibility-studie var 155 minutter (2 timer og 35 minutter), og median antall sesjoner var 3. Det var en systematisk økning i tidsbruk jo flere rusmidler pasienten hadde brukt, og jo flere diagnoser vedkommende fikk (Helseth et al., 2012).

Da den PC-baserte versjonen var klar i 2013, ble det gjennomført en systematisk utprøving med registrering av programtekniske vansker og tidsbruk. Sju klinikere gjennomførte til sammen 19 intervjuer. Her var median antall sesjoner 3 (min-maks = 1–9) og gjennomsnittlig tidsbruk var 200 minutter (3 timer og 20 minutter, sd = 100 minutter). Tre intervjuer skilte seg ut som særlig omfattende, og når disse ble holdt utenfor, var gjennomsnittlig tidsbruk 160 minutter (2 timer og 40 minutter, sd = 40 minutter) og median antall sesjoner 2 (min-maks = 1–5).

Styrker og svakheter ved PRISM

Omfanget og nøyaktigheten i PRISM kan være både en styrke og en svakhet. Både kliniker og pasient kan bli slitne og oppleve noen av spørsmålene som repeterende, og at det kan være vanskelig å huske langt tilbake i tid. Bruk av tidslinjer i innledningen er ment å avhjelpe dette. Mens man i forskningsøyemed må være svært stringent hva angår gjennomføring, kan en klinisk tilpasning gi rom for mer fleksibilitet. Dersom kun et utvalg av diagnoser er av interesse, kan man ved starten av intervjuet velge kun disse delene, noe som vil være tidsbesparende. I noen tilfeller vil for eksempel pasientens rushistorie være godt kartlagt, og det er den differensialdiagnostiske vurderingen av psykiske lidelser som er aktuell. Da kan man gjøre rus-screeningen, men hoppe over delen om misbruk og avhengighet. For pasienter med omfattende blandingsmisbruk vil dette være svært tidsbesparende, samtidig som rus-screeningen er detaljert nok til å ivareta vurderingen av rus opp mot psykiske lidelser senere i intervjuet. Dersom man uansett har behov for å gjøre en grundig undersøkelse av samtlige personlighetsforstyrrelser, kan man utelate delene om borderline og antisosial personlighetsforstyrrelse fra PRISM og heller supplere med et SCID-intervju. Jo bedre man kjenner PRISM-intervjuet, jo bedre vil man være i stand til å gjøre slike vurderinger. Det blir også lettere å strukturere samtalen, stille effektive oppfølgingsspørsmål og kode raskt etter hvert som man får mer erfaring og blir bedre kjent med intervjuet. For å øke sannsynligheten for at klinikere skal være fornøyde med PRISM, anbefaler vi å lære intervjuet skikkelig, og å bruke det jevnlig. Dersom man kun gjennomfører et par intervjuer i året, vil trolig ferdighetsnivået forbli for lavt, og tilfredsheten med intervjuet tilsvarende. Siden diagnostiseringen er basert på DSM-IV kriterier, må en ekstra vurdering gjøres ved overføring til tilsvarende ICD-10-diagnoser.

Screeningspørsmålene for noen av seksjonene er vide, hvilket gjør at det er lett å passere og dermed måtte gjennomføre hele seksjonen. Noen seksjoner har ikke screeningspørsmål, ut fra en tankegang om at det dreier seg om tabubelagte opplevelser som ofte ikke rapporteres med mindre det spørres direkte. Dette gjelder for eksempel psykoseseksjonen og delene om personlighetsforstyrrelser. Igjen, med kjennskap til intervjuet kan man selekttere bort slike seksjoner i starten, dersom det er ønskelig.

Det at intervjuet gjøres på PC, kan være en fordel, men kan også virke negativt. I starten kan klinikeren oppleve at det tekniske står i veien for blikk-kontakt og relasjon, og noen blir overveldet

av mengde tekst på skjermen man skal ta inn for hvert spørsmål. Mens man i et papirbasert intervju har full oversikt over hvilke veivalg man tar underveis, og hvor i intervjuet man er, vil dette være mer skjult når det gjøres på PC, og man kan som intervjuer lettere miste oversikten. Erfaringsmessig vil både relasjonsfokus og orientering i intervjuet gå lettere når man får litt trening.

Opplæring i PRISM

Målgruppen for opplæring i bruk av PRISM-CV er leger og psykologer. Dette er i tråd med Helsedirektoratets anbefaling om at det er disse yrkesgruppene som skal drive diagnostisk arbeid, og som har fokus på dette i sin grunnutdanning (Helsedirektoratet, 2012). En intervjuer som er kjent med innholdet i de enkelte diagnostiske tilstandene, vanlige differensialdiagnostiske utfordringer og organiseringen av diagnosesystemet vil ha et godt utgangspunkt for å vurdere om det har fremkommet nok informasjon til å kode «ja» eller «nei», eller om man må stille flere oppfølgingsspørsmål. Klinikere med omfattende kunnskap og erfaring innenfor utredning og diagnostikk, men som ikke er leger eller psykologer, kan få opplæring og bruke intervjuet dersom ledelsen på arbeidsplassen vurderer det som hensiktsmessig og forsvarlig.

NK-ROP har siden 2013 hatt det formelle ansvaret for drift og opplæring i PRISM. Kursene går over to dager og inneholder informasjon om bakgrunn og rasjonale for PRISM, og om strukturen, begrepene, konvensjonene og mulighetene i intervjuet. De enkelte diagnostiske delene gjennomgås, og mye tid brukes på rollespill og på at deltagerne får øve seg på å intervju hverandre. Etter gjennomført kurs skal kursdeltageren levere inn et lydopptak av et intervju med kollega eller annen egnet respondent, hvilket danner grunnlag for å bli sertifisert. Opplæringsprogrammet og sertifiseringskravet er tilsvarende det som brukes i USA, etter ønske fra utviklerne ved Columbia University.

Per mars 2015 var det arrangert 14 kurs med til sammen 1192 deltagere. Det er fire sertifiserte norske kursholdere tilknyttet NK-ROP, samt noen flere som fungerer som ressurspersoner og interne kursholdere på sine arbeidsplasser. Kurs annonseres på nettsidene til NK-ROP (www.rop.no) og har så langt blitt arrangert omtrent to ganger i semesteret.

Teknisk og praktisk informasjon

Programvaren som PRISM er laget på, driftes av Statistisk sentralbyrå i Nederland. Det er ingen lisenskostnad for bruk av PRISM, men per 2015 kostet lisens for et års bruk av programvaren (Blaise) 111 Euro. Veiledning rundt de praktiske og datatekniske sidene ved intervjuet gis av NK-ROP. De sikkerhetsmessige og juridiske aspektene ved lagring av pasientsensitive opplysninger på en egen PC må løses lokalt, for eksempel ved å bruke en egen test-PC som oppbevares innelåst, og som er passordbeskyttet. For mer informasjon om PRISM, se nettsiden til Columbia University (<http://www.columbia.edu/~dsh2/prism/>) samt nettsiden til NK-ROP (<http://rop.no/kartleggingsverktøey/prism-cv>).

Avsluttende kommentar

Utredning og diagnostiske vurderinger av mennesker med rusmisbruk og samtidig psykisk lidelse er krevende. PRISM-intervjuet kan ikke løse dette. Det er imidlertid vår påstand at PRISM er det

intervjuet som er mest grundig og presist når det gjelder å undersøke hvert diagnosekriterium og hvert symptom opp mot både rusmisbruk og psykiske lidelser.

En tidsbruk på rundt tre timer kan virke mye, men er kanskje den tiden det tar å gjøre en grundig differensialdiagnostisk vurdering av mennesker med kompliserte og sammensatte lidelser. ×

Referanser

- Aharonovich, E., Liu, X., Samet, S., Nunes, E., Waxman, R. & Hasin, D. (2005). Postdischarge Cannabis Use and Its Relationship to Cocaine, Alcohol, and Heroin Use: A Prospective Study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1507–1514.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC.
- Astals, M., Domingo-Salvany, A., Buenaventura, C.C., Tato, J., Vasquez, J.M., Martín-Santos, R. & Torrens, M. (2008). Impact of Substance Dependence and Dual Diagnosis on the Quality of Life of Heroin Users Seeking Treatment. *Substance Use and Misuse*, 43, 612–632. doi:10.1080/10826080701204813
- Caton, C.L.M., Drake, R.E., Hasin, D.S., Dominguez, B., Shrout, P.E., Samet, S. & Schanzer, W.B. (2005). Differences Between Early-Phase Primary Psychotic Disorders With Concurrent Substance Use and Substance-Induced Psychoses. *Archives of General Psychiatry*, 62.
- González-Saíz, F., Domingo-Salvany, A., Barrio, G., Sánchez-Niubó, A., Brugal, M.T. & de la Fuente, L. (2009). Severity of Dependence Scale as a Diagnostic Tool for Heroin and Cocaine Dependence. *European Addiction Research*, 15, 87–93. doi:10.1159/000189787
- Grant, B.F., Goldstein, R.B., Smith, S.M., Jung, J., Zhang, H., Chou, S.P., Pickering, R.P., Ruan, W.J., Huang, B. & Saha, T.D. (2015). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-5 (AUDADIS-5): reliability of substance use and psychiatric disorder modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 148, 27–33.
- Hasin, D., Trautman, K. & Endicott, J. (1998). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders: Phenomenologically Based Diagnosis in Patients Who Abuse Alcohol or Drugs. *Psychopharmacology Bulletin*, 34(1), 3–8.
- Hasin, D., Trautman, K., Miele, G.M., Samet, S., Smith, M. & Endicott, J. (1996). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): Reliability for Substance Abusers. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1195–1201.
- Hasin, D.S., Shmulewitz, D., Stohl, M., Greenstein, E., Aivadyan, C., Morita, K., Saha, T., Aharonovich, E., Jung, J. & Zhang, H. (2015). Procedural validity of the AUDADIS-5 depression, anxiety and post-traumatic stress disorder modules: Substance abusers and others in the general population. *Drug and Alcohol Dependence*, 152, 246–256.
- Helsebiblioteket (2016). Lastet ned fra <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/mini-gaf-og-honos-f...> (lest 30.03.16)
- Hesledirektoratet (2012). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser.
- Helseth, V. (2013). Mood disorders and psychotic disorders with co-occurring substance use disorders. (PhD), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Helseth, V., Samet, S., Johnsen, J., Bramness, J.G., & Waal, H. (2012). Feasibility of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) in an acute psychiatric ward. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 8(02), 96–104.

- Herrero, M.J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M. & Brugal, M.T. (2007). Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction Biology*, 103, 284–293. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02076.x
- Hides, L., Dawe, S., McKetin, R., Kavanagh, D.J., Young, R.M., Teesson, M. & Saunders, J.B. (2014). Primary and substance-induced psychotic disorders in methamphetamine users. *Psychiatry Research*.
- 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 Orthopsychiatric Association*, 66, 17–31.
- Landheim, A. S., Bakken, K. og Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer: Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi*, 12(3), 309–318.
- Landheim, A. S., Bakken, K. & Vaglum, P. (2006). Impact of Comorbid Psychiatric Disorders on the Outcome of Substance Abusers: a Six Year Prospective Follow-up in Two Norwegian Counties. *BMC Psychiatry*, 6(44). doi:10.1186/1471-244X-6-44
- Langås, A. (2013). Substance use disorders and comorbid mental disorders in first-admission patients from a catchment area. A cross-sectional clinical study. (PhD), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Medhus, S., Mordal, J., Holm, B., Mørland, J. & Bramness, J.G. (2012). A comparison of symptoms and drug use between patients with methamphetamine associated psychoses and patients diagnosed with schizophrenia in two acute psychiatric wards. *Psychiatry Research*, 206(1), 17–21.
- Morgello, S., Holzer, C.E., Ryan, E., Young, C., Naseer, M., Castellon, S.A., Frol, A.B., Hampton Atkinson, J., Gelman, B.B., Grant, I & Singer, E.J. (2006). Interrater Reliability of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders in an HIV-infected Cohort: Experience of the National NeuroAIDS Tissue Consortium. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(3), 131–138. doi:10.1002/mpr.189
- Nocon, A., Bergé, D., Astals, M., Martín-Santos, R. & Torrens, M. (2007). Dual Diagnosis in an Inpatient Drug-Abuse Detoxification Unit. *European Addiction Research*, 13, 192–200. doi:10.1159/000104881
- Nunes, E., Liu, X., Samet, S., Matseoane, K. & Hasin, D. (2006). Independent Versus Substance-Induced Major Depressive Disorder in Substance-Dependent Patients: Observational Study of Course During Follow-Up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1561–1567.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.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. *JAMA*, 264(19), 2511–2518.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J. & Weiller, E. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). the Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22–33.
- Srisurapanont, M., Arunpongpaisal, S., Wada, K., Marsden, J., Ali, R. & Kongsakon, R. (2011). Comparisons of methamphetamine psychotic and schizophrenic symptoms: a differential item functioning analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(4), 959–964.
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez-Domínguez, G. & Martín-Santos, R. (2004). Diagnosing Comorbid Psychiatric Disorders in Substance Abusers: Validity of the Spanish Versions of the

Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1231–1237.