

Kjernekomponentmodellen gir nye muligheter i avhengighetsbehandling

Espen Ajo Arnevik
RusForsk, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo
ESARNE@ous-hf.no

Oddvar Jordheim Tyssen
Blå Kors Øst

Inge W. Brorson
Blå Kors Øst

Avhengighetslidelser krever mer enn diagnosespesifikke intervensjoner. Kunnskap om kjernekomponenter er relevant i fremtidig utvikling av nye behandlingsmetoder. Kjernekomponentmodellen bygger på den transdiagnostiske tilnærmingen hvor tanken er å gå bak den ytre atferden og lage et klassifiseringsrammeverk basert på komponenter som deler felles etiologiske, kognitive, affektive og interpersonlige trekk (Sauer-Zavala et al., 2017). Tenkningen har utgangspunkt i spiseforstyrrelsesfeltet og retter seg mot de underliggende og opprettholdende prosessene som er felles ved flere psykiske lidelser, uavhengig av den spesifikke diagnosen. Et eksempel i klinisk praksis vil være en pasient med et rusproblem som går i behandling og slutter å misbruke sitt foretrukne rusmiddel. Samtidig viser pasienten et økende spilleproblem og en begynnende spiseforstyrrelse. Er terapien vellykket, eller har symptomene kun flyttet på seg, mens kjerneproblematikken fremdeles er uløst? Dersom vi antar at kjerneproblematikken er uløst, antar vi samtidig at det finnes ett eller flere kjerneområder som ikke kun handler om virkningen av rusmiddelet. Spørsmålet er hvilke komponenter dette kan være, og hvilke kriterier som bør stilles for å kunne definere slike kjernekomponenter. Modellen tar hensyn til at komorbiditet dominerer og setter som premiss at etiologien på tvers av enkeltlidelser kan være den samme, og at de faktorer som opprettholder lidelsene, ofte er like.

Rusavhengighet er en kompleks tilstand. Tilstanden er karakterisert av intens og til tider ukontrollerbar higen eller craving etter rusopplevelsen, tvangsmessig søken etter rusmidler og en bruk av rusmidler til tross for fare for alvorlige konsekvenser (World Health Organization, 2018). Rusavhengighet involverer og påvirker ulike hjernebaner, spesielt de som har med belønning, læring og motivasjon å gjøre. Noen personer er mer sårbare for å bli avhengige enn andre, både på grunn av genetiske forskjeller, tidspunktet man blir eksponert for rusmidler på, og miljømessige faktorer (Chandler & Andrews, 2018). I starten av et misbruk kan vi velge å ta et rusmiddel eller ikke, men når hjernen blir eksponert for rusmidler over tid, reduseres muligheten til å velge. Søken etter rus og rusmidler blir mer og mer tvangsmessig og ødelegger personens egen vilje og evne til selvkontroll. Over tid kan det føre til store helsemessige og sosiale konsekvenser. Det øker risikoen for fysisk sykdom og skade, psykiske lidelser, fattigdom, tap av nettverk og familie, jobb, og tidlig død.

For pasienter med rus- og avhengighetslidelser er komorbiditet mer regelen enn unntaket.

Avhengighet er mer enn bare tvangsmessig bruk av rusmidler. For pasienter med rus- og avhengighetslidelser er komorbiditet mer regelen enn unntaket (Volkow, 2009), og det er de senere år gjort en utvidelse av avhengighetsproblematikk til også å omfatte atferdsavhengigheter som blant annet spillavhengighet (Petry et al., 2018).

Det er stor variasjon i type behandling som tilbys for mennesker med avhengighetslidelser. Økt fokus på målbar behandlingseffekt og kost-nytte-vurderinger fører til behov for at en utarbeider tydelige standarder for behandling. Samtidig er fokuset på atferdsuttrykk fremfor psykologiske mekanismer problematisk – og den klassiske medisinske modellen har møtt kritikk med den sterke tilknytningen til de tradisjonelle diagnosesystemene (DSM/ICD). Fokuset fører til at man får et stort antall faglige retningslinjer og anbefalinger for behandling som gjør utdanning, implementering og behandling både vanskeligere og dyrere. Vi har i dag fem ulike retningslinjer med totalt 520 anbefalinger som styrer behandlingen i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), i tillegg til de som gjelder for psykisk helsevern og somatisk helse (Helsedirektoratet, 2021). Behandlingsprogrammer skal i prinsippet dekke områdene som er diktet av både hoveddiagnose og relevante sekundærdiagnoser. Klinikeres oppgaver er dermed å redusere rusmiddelbruken og i tillegg behandle psykiske lidelser og somatiske lidelser. Dette innebærer også sosiale tiltak som å bedre arbeidsevne, utdanning og familienettverk der det har vært til stede, eventuelt bygge opp funksjoner som tidligere ikke har vært der.

Diagnoser er deskriptive kategorier som verken sier noe om årsak til symptomer eller har tilknytning til bestemte teoretiske rammeverk eller tjenester. Med kompleksiteten som kreves i en behandling, kan man undre seg over om diagnoser settes som en «pliktøvelse» for å sikre pasienters rettigheter mer enn som informasjon til selve behandlingstilnærmingen. For å favne mer av den klinikknære praksisen, ivareta klinikernes intuitive kunnskap og samtidig sikre likeverdig og evidensbasert behandling kan en pragmatisk modell med et utvalg av et begrenset antall kjernekomponenter fremstå som et mer praktisk anvendelig alternativ.

Kjernekomponenter for rus- og avhengighetslidelser

Det er de siste årene blitt utviklet en rekke ulike teorier med mål om å avdekke felles komponenter og prinsipper for avhengighetsatferd (Griffiths, 2005; Orford, 2001; Shaffer et al., 2004). I et forsøk på å samle de sentrale komponentene fra de eksisterende modeller om avhengighet i en felles struktur lanserte West og Brown i 2013 PRIME-teorien (West & Brown, 2013). Teorien forklarer avhengighet som en kronisk tilstand i motivasjonssystemet, karakterisert av at man gir overdreven høy prioritet til en bestemt aktivitet. I det menneskelige motivasjonssystemet identifiseres fem subsystemer som interagerer med hverandre, og systemet i sin helhet beskrives i West og Browns *A Theory of Addiction* med akronymet PRIME. PRIME står for **p**laner, **r**esponser, **i**mpulser og **i**nhibisjon, **m**otiver og **e**valuering (West & Brown, 2013). Avhengighet kan forklares ved en unormal fungering i de enkelte subsystemene. Et eksempel kan være en person som til tross for de negative konsekvensene fortsetter å drikke alkohol. Atferdsmønsteret blir opprettholdt gjennom impulser («Jeg trenger å drikke alkohol»), den emosjonelle tilstanden («Jeg har angst»), motivene («Jeg vil drikke alkohol») og evalueringene («Å drikke alkohol gjør at jeg føler meg bedre»). Dette fører til at en ikke legger planer for å endre eller stoppe atferden.

I 2018 presenterte Kim og Hodgins *the component model for addiction treatment* (CMAT) som i større grad er rettet mot behandling av avhengighet (Kim & Hodgins, 2018). Modellen beskriver seks psykologiske komponenter som opprettholder avhengighet, og som en derfor bør fokusere på i behandling. De seks komponentene er: mangel på motivasjon, negativ urgency (et driv mot

å lindre negativ affekt), maladaptive forventninger, svekket selvkontroll, svekket sosial støtte og tvangspregert atferd (Kim & Hodgins, 2018). I CMAT-modellen påpekes det også at hver komponent er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å gi en effektiv behandling. Det kan legges ulik vekt på de ulike komponentene og på den måten tilpasse behandlingen til den enkelte pasient. Bruken av kjernekomponentbegreper vil kunne være mer praktisk gjennomførlig, det vil si *feasible*, i en klinisk hverdag, favne vidt og lettere kunne treffe en heterogen gruppe av pasienter, slik en oftest møter i en klinisk hverdag.

Bruken av kjerne- komponentbegreper vil lettere kunne treffe en heterogen gruppe av pasienter, slik en oftest møter i en klinisk hverdag

Det er internasjonalt en forhåpning om at en økt forståelse av kjernekomponenter i rus- og avhengighetslidelser vil kunne føre til at en utvikler behandlingsintervensjoner som bedre og mer effektivt kan favne spekteret av avhengighetstilstander enn om en utvikler egne intervensjoner for det enkelte rusmiddel eller atferd (Eaton et al., 2015). For å utvikle behandlingsintervensjoner er det blant annet behov for bedre kunnskap om hvordan vi skal vektlegge de ulike komponentene. Hvilken kjernekomponent oppleves å være den viktigste og som man kan påvirke og endre på en slik måte at det vil føre til bedring for den enkelte pasient?

Vurdering av KKM og behovet for videre klinisk forskning

Det er flere åpenbare fordeler med bruk av en kjernekomponentmodell. En kjernekomponent bør oppleves som nyttig og sentralt i klinisk praksis og behandling. På samme måte som nye begreper bør være solid teoretisk forankret, bør de ha gjenklang hos klinikere med lang erfaring med pasientgruppen.

Det ligger et potensial, og en forhåpning, om at kjernekomponentmodellen kan føre til en forenkling og avbyråkratisering av både retningslinjer og manualer, slik at kategorisering og behandling i større grad harmoniserer med klinikers intuitive kunnskap og kan støtte denne. Intuitiv kunnskap omtales ofte som klinisk erfaring. Det er erfaringsbasert kunnskap som brukes for å ta kliniske beslutninger både underveis i en terapitime og i behandlingen som helhet (Kahneman & Klein, 2009). Eksempler på dette finner vi i mikrosituasjoner hvor klinikere velger å fokusere på ett fenomen fremfor et annet, for eksempel handlinger pasienten forteller om versus formen pasienten forteller den med, eller der hvor kliniker velger å utforske impulsiviteten til pasienten fremfor bruken av et bestemt rusmiddel.

Alle forsøk på å kategorisere eller generalisere er nødvendigvis forenklinger. Dersom kjernekomponentmodellen blir en *for* grov forenkling av vår forståelse av avhengighet, står vi i fare for å avgrense behandlingen ved at en fokuserer for mye på de komponentene som er definert på forhånd, og for lite på andre faktorer som kan være betydningsfulle. Vi risikerer å undervurdere kontekstuelle faktorer som sosialt nettverk, utdanning og jobb, og vi vet lite om hvordan en kjernekomponent, som det å bruke rus for å unngå positive eller negative følelser (urgency), opptrer og har sammenheng med avhengighet og psykisk lidelse på tvers av ulike kulturer.

Dersom vi forutsetter at kjernekomponenter lar seg identifisere, vil en utfordring være å se hvordan de enten alene eller i kombinasjon forårsaker ulike kliniske uttrykk. Avhengighet har høy komorbiditet med andre psykiske lidelser, og kjernekomponenter vil kunne føre til en forenkling både i antall diagnoser og antall intervensjoner. Samtidig reiser det spørsmålet om kjernekomponenter vil gjøre at det oppstår nye, men færre og bredere «diagnoser» eller kombinasjoner, bare på et annet nivå.

Avhengighetslidelser går gjennom en startfase, en misbruksfase, en avhengighetsfase, en avslutningsfase og en vedlikeholdsfase. Det vil være naturlig å tenke at komponentenes betydning og styrke varierer over tid. I tidlig fase av en avhengighet kan en komponent ha mindre betydning, mens i senere fase av avhengigheten kan den være den dominerende. Dette vil ha betydning for utvikling av behandlingsmoduler. Kim og Hodgins (2018) har foreslått noen kriterier for å bestemme hva som definerer en kjernekomponent: Den må være til stede i både rusmiddelavhengighet og atferdsavhengighet, den må ha en psykologisk utviklingsmessig komponent og et nevrologisk korrelat. Den må ha et solid teoretisk fundament og kunne oppleves som nyttig og sentralt i klinisk praksis/ behandling. I tillegg må det være utviklet behandlingsmetoder på tilleggende felt og dermed kunne bli beskrevet som en kjernekomponent også utenfor rus- og avhengighetsfeltet. Per i dag er det svært få, om noen, komponenter som vil fylle alle kriteriene. Avhengig av hvordan man vektlegger kriteriene, vil man få en sjekklister som i ulik grad vil kunne veilede videre forskningsinnsats, og som kan avklare hvilke komponenter man kan bygge på i utviklingen av ny behandling.

Videre må det lages behandlingsprotokoller basert på kjernekomponenter som bør testes ut klinisk. Selv om tenkningen og kunnskapen om kjernekomponenter fortsatt er i startgroppen, vil en klinisk utprøving kunne bidra til økt kunnskap om tilpasning av behandlingen til pasienten, gi oss erfaring til å bygge på terapeutenes kunnskap og autonomi, og gjøre det tydeligere hvilken intervensjon man bør velge.

Konklusjon

Kjernekomponentmodellen kan være et alternativ til dagens diagnostiske modell. Som med alle nye konsepter er det utfordringer også med kjernekomponentmodellen, og man må vokte seg vel for ikke å havne i et «nytt» diagnostisk system med utredning og tilhørende behandling. Modellen vil i teorien kunne by på en pragmatisk og forsvarlig forenkling som ligger nærmere en intuitiv forståelse og håndterbar praksis for pasient og behandler. Det forutsetter utvikling og uttesting av nye behandlingsmoduler.

Referanser

- Chandler, C. & Andrews, A. (2018). *Addiction – A biopsychosocial perspective* (bd. 1). SAGE.
- Eaton, N. R., RodriguezSeijas, C., Caragher, N. & Krueger, R. F. (2015). Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: a review. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 50(2), 171–182. <https://doi.org/10.1007/s0012701410012>
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Helsedirektoratet. (2021, 11. august). *Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp*. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=retningslinje>
- Kahneman, D. & Klein, G. (2009). Conditions for intuitive expertise: a failure to disagree. *American Psychologist*, 64(6), 515–526.
- Kim, H. S. & Hodgins, D. C. (2018). Component Model of Addiction Treatment: A Pragmatic Transdiagnostic Treatment Model of Behavioral and Substance Addictions. *Front Psychiatry*, 9, 406. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00406>
- Orford, J. (2001). Addiction as excessive appetite. *Addiction*, 96(1), 15–31.

- Petry, N. M., Zajac, K. & Ginley, M. K. (2018). Behavioral Addictions as Mental Disorders: To Be or Not To Be? *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 399–423. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy032816045120>
- SauerZavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R. & Barlow, D. H. (2017). Current Definitions of «Transdiagnostic» in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128–138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Shaffer, H. J., LaPlante, D. A., LaBrie, R. A., Kidman, R. C., Donato, A. N. & Stanton, M. V. (2004). Toward a syndrome model of addiction: multiple expressions, common etiology. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 367–374.
- Volkow, N. (2009). *Comorbidity: addiction and other mental illnesses*. National Institute on Drug Abuse.
- West, R. & Brown, J. (2013). *Theory of addiction* (2. utg.). Wiley Blackwell.
- World Health Organization. (2018). *International Classification of Diseases (ICD-11)* (11. utg.).