
Mulige sammenhenger mellom rus og traumer ved førstegangs psykose

-En kvantitativ studie om sammenhengen mellom rus, traumer og psykose



**Universitetet
i Stavanger**

Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap- Spesialisering i psykisk helsearbeid

Student Stine Tofte Sørensen

Veileder Kolbjørn Selvåg Brønnick

Juni 2017

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår- 2017

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Stine Tofte Sørensen

VEILEDER: Kolbjørn Selvåg Brønnick

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Mulige sammenhenger mellom rus og traumer ved førstegangs psykose

Engelsk tittel: Connections between the use of illegal drugs and psychological trauma within patients with first-episode psychosis

EMNEORD/STIKKORD:

Illegale rusmidler, Rusmiddelavhengighet, Relasjonelle barndomstraumer, Traume, Psykose, Førstegangs psykose

ANTALL SIDER: 54

STAVANGER 01.06/2017

Sammendrag

Dette er et kvantitativt studie som bygger på data fra TIPS- II, tidlig oppdagelse og behandling av psykose, prosjektet ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS). TIPS- II prosjektet har som hovedmålsettinger å minimere varighet av ubehandlet psykose. Dette prosjektet tar for seg befolkningen i Sør-Rogaland. TIPS- II prosjektet jobber blant annet med å dokumentere symptombylde, diagnoser, psykososial fungering, rus og forekomst av traumer. Data samlingen som ble benyttet i dette studiet ble innhentet av ulike spørreskjemaer for førstegangs psykose (first-episode psychosis; - FEP).

Data fra dette materialet ble analysert for å undersøke mulige sammenhenger mellom traumer og rus ved FEP. Tidligere forskning på dette emnet viser sammenhenger mellom psykose og rus, rus og traumer, traumer og psykose. Rus og traumer er ofte er tilstede ved psykoselidelser. Det er derimot i mindre grad studert hva slags relasjon det er mellom alle tre faktorene i en og samme studie. Studiet i denne rapporten omhandler to hoved mål:

- Undersøke om traumatiserte mennesker med FEP har en annen forekomst av rusmisbruk enn de uten en traumehistorie.
- Hvilken rolle rus sammen med traume spiller for symptombylde, og sykdomsforløpet det første året etter oppstart av behandling for psykose.

Metoden som er benyttet i dette studiet er en kvantitativ kohortstudie. Funnene som er presentert er at det kun eksiterer en sammenheng ved to av de excitative symptomene; fiendtlighet og manglende samarbeidsvilje:

- Personene som hadde både rus og psykose, men ikke barndoms traumer var mer fiendtlige enn de som hadde rus, psykose og barndomstraumer.
- Personene som hadde både rus og psykose men ikke barndoms traumer hadde mer manglende samarbeidsvilje enn de som hadde rus, psykose og barndomstraumer.

Dette studiet viser noen indikasjoner på sammenheng, men det konkluderes med at det behøves mer forskning på emnet for å kunne si noe om hvilke sammenhenger som eksisterer, samt hvilken betydning dette har for behandling.

Abstract

This project is a quantitative study on data from the TIPS- II project, which is on early discovery and treatment of psychosis. The project is owned by Stavanger University hospital. The main purpose of the TIPS- II project is to minimize the duration of untreated psychosis in the population of south-Rogaland. Among other, the project is also to document symptom picture, diagnosis, psychosocial functioning, substance abuse and incidence of trauma. The data was obtained by different questionnaires on admission for first-episode psychosis. Data from this material has been analyzed to investigate if there is a connection between substance abuse and trauma at admission. Earlier research shows association between trauma and substance abuse, substance abuse and psychosis, trauma and psychosis. There is less studies with these three factors together. The objective of this current research is:

- Research whether people with first-episode psychosis exposed to trauma has a different prevalence of drug abuse then people with first-episode psychosis without exposure to trauma.
- Research the role substance abuse and trauma plays for illness and symptom picture the first year after the start of treatment for psychosis.

The method used in this research is a quantitative cohort study. The findings presented are that there's only a context in two of the excitative symptoms; hostility and the lack of willingness to cooperate:

- The people who had substance abuse and psychosis but not childhood trauma were more hostile than those who had substance abuse, psychosis and childhood trauma.
- The people who had substance abuse and psychosis but not childhood trauma had more willingness to cooperate than those who had substance abuse, psychosis and childhood trauma.

This research had some indications of connections, but it is concluded that more research is required on the subject in order to say something about the contexts that exist, and for the meaning this has for treatment.

Forord

En masteroppgave er en prøvelse med mange oppturer, nedturer og mye frustrasjon. Jeg ønsker å takke Kolbjørn Selvåg Brønnick som har vært min veileder. Jeg ønsker og å takke Anne Nordheim for noen flotte seminarer. Og til min klasse som har vært til god hjelp gjennom disse flotte seminarene. De har hatt mange gode kommentarer og tilbakemeldinger. En spesiell takk til Maren Sørensen for gode tilbakemeldinger, nyttige innspill og motivasjon, og til Kari Sørensen for korrekturlesing.

Stine Tofte Sørensen

Stavanger, Vår 2017

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Data søk	4
1.2 Målsetning	5
1.3 Problemstilling / hypoteser – forskningsspørsmål.....	5
1.4 Oppgavens disposisjon	6
2.0 Teoretisk perspektiv	7
2.1 Traumer	7
2.2 Rus	9
2.3 Psykose	10
2.4 Tidligere forskning på sammenhenger	11
2.4.1 Traumer og Rus.....	12
2.4.2 Psykose og rus.....	12
2.4.3 Psykose og traumer	13
2.4.4 Psykose, traumer og rus	13
3.0 Metode.....	16
3.1 Introduksjon.....	16
3.2 Metodiske overveielser.....	16
3.3 Design.....	17
3.4 Utvalg	17
3.5 Datainnsamling	20
3.6 Analyser.....	22
3.7 Relevans og pålitelighet, validitet og reliabilitet	23
3.8 Forskningsetiske vurderinger	25
4.0 Funn.....	27
4.1 Deskriptivt statistikk.....	27
4.2 Påvirker relasjonelle barndomstraumer forekomsten av rusmisbruk ved FEP?.....	29

4.3 Er det en interaksjon mellom relasjonelle barndomstraumer og rus relatert til psykotisk symptombilde?.....	30
4.4 Er det en interaksjon mellom relasjonelle barndomstraumer og rus med tanke på prognose med tanke på remisjon fra FEP?	33
4.5 Oppsummering	35
5.0 Diskusjon.....	36
5.1 Påvirker relasjonelle barndomstraumer forekomsten av rusmisbruk ved FEP?.....	36
5.2 Er det en interaksjon mellom relasjonelle barndomstraumer og rus relatert til psykotisk symptombilde?.....	38
5.3 Er det en interaksjon mellom relasjonelle barndomstraumer og rus med tanke på prognose med tanke på remisjon fra FEP?	45
5.4 «Hvilken sammenheng er det mellom rusproblematikk og traumeerfaringer blant pasienter med førstegangs psykose(FEP, First Episode Psychosis).»	46
5.4.1 Kritisk tilbakeblikk	46
6.0 Referanser.....	49

Vedlegg:

1. Forkortelser
2. PICO skjema
3. Søkehistorikk
4. Freyd Goldberg Trauma Survey
5. Drake
6. SCI-PANSS

1.0 Introduksjon

Tidligere forskning viser sammenhenger mellom traumer og psykose (Aakre, Brown, Benson, Drapalski & Gearon, 2014; Devylder, Wang, Oh & Lukens, 2013; Schafer & Fisher, 2011; Steel, Haddock, Tarrier, Picken & Barrowclough, 2011), rus og traumer (Brady & Back, 2012; Kjøsnes, 2014; Lanesskog, 2009; K.L. Mills, Teesson, Ross & Peters, 2006; Roberts, Roberts, Jones & Bisson, 2016) og at rus ofte er tilstede ved psykoselidelser (Toftdahl, Nordentoft & Hjorthoj, 2016), men det er i mindre grad studert hva slags relasjon det er mellom alle tre faktorene i en og samme studie. Dette studiet vil belyse hvilken relasjon det er mellom rus, traumer og psykose og om det er en sammenheng mellom disse. Først i oppgaven defineres hva som inkluderes i de forskjellige begrepene. Deretter hvorfor det kan være nyttig å studere disse sammen for å øke mengden kunnskap innenfor dette feltet.

Dette studiet vil ta for seg pasienter som er innlagt for førstegangpsykose, og om denne psykosen har en sammenheng mellom forekomsten av rus og traumer. Dette både i forhold til de ulike symptomene, samt om det generelt er en sammenheng mellom symptomene og psykosen.

Psykose er en mental sykdom som defineres av negative og positive symptomer. Negative symptomer er egenskaper som hos friske mennesker er til stede, men som «forsvinner» ved psykose. Eksempel på dette er lite motivasjon eller følelsesmessig avflating. Positive symptomer er egenskaper som hos friske ikke er til stede, men som er egenskaper som psykosen «gir» deg. Eksempelvis vrangforestillinger og hallusinasjoner (Bergsholm, 2015; J. O. Johannessen, 2011). Da psykoselidelser medfører stort lidelsestrykk for pasienter blir dette omtalt som alvorlige mentale lidelsene. I tillegg gir psykoselidelser store samfunnsutgifter (Helsetilsynet, 2007). Guldvog (2015) skriver i en rapport for helsedirektoratet at Norge bruker rundt 70 milliarder kroner hvert år på psykiske lidelser. Helsetilsynet (2007) skriver at det er anslått at noe over 120 000 mennesker i Norge har alvorlige psykiske lidelse, av disse er det 16 000 som har schizofreni og 30 000 med alvorlig affektive lidelser. Helsedirektoratet påpeker også at schizofreni og manisk depressiv lidelse forekommer like hyppig uavhengig av kjønn (Helsetilsynet, 2007). De mest brukte diagnosene for å differensiere psykose er schizofreni og bipolar lidelse. En blanding av lidelsene kalles affektiv lidelse (Bergsholm, 2015; J. O. Johannessen, 2011).

Svært mange mennesker med psykose bruker også illegale rusmidler. Dette er rusmidler som ikke er utgitt av legen og som er ulovlig i Norge. Eksempler på disse kan være heroin, amfetamin, kokain og hasj. I følge Statens Helsetilsyn (2000) er det omtrent 4000 mennesker med dobbeltdiagnoser, altså diagnoser hvor rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser opptrer samtidig.

Traumer er et fenomen hvor personer som har opplevd ekstreme påkjenninger også opplever psykiske utfordringer i ettertid av hendelsen eller opplevelsene (Anstorp & Benum, 2014). Videre har en stor andel av mennesker med psykose opplevd barndomstraumer. Dette er traumer som har oppstått før fylte 18 år (Nancy et al., 2010). Det finnes som tidligere nevnt en stor forskningslitteratur både på traumer, rus og psykose, men det er i svært begrenset grad undersøkt om det er en sammenheng mellom rus og traumer ved psykose. Et raskt søk på CINAHL viser 19 treff på Trauma AND Drug abuse OR Substance abuse, mens Trauma AND Drug abuse OR Substance abuse AND Psychosis kun hadde 13 treff der artiklene handlet om sammenhengen mellom to av elementene mens det tredje var nevnt i artikkelen. Dermed ga dette søket få funn på sammenhenger mellom alle tre elementene. Det eneste funnet var Nancy et al. (2010). Nancy et al. (2010) påpeker i sin artikkel at personer med rusproblematikk og psykiatriske diagnoser har en høy forekomst av barndoms traumer. De påpeker at disse resultatene ikke kan generaliseres uten forbehold på bakgrunn av at retrospektive selvrapporterte data på barndomstraumer og ulike helsepåvirkninger kan være utsatt for retrospektiv bias, altså selvrapportering basert på feilaktig hukommelse, eller mangel på rapportering av traumer. Psykiske plager (psychological distress) ved både traumer og rus, er derimot dokumentert (Garland, Pettus-Davis & Howard, 2013; Strine et al., 2012). Kim, Ford, Howard og Bradford (2010) undersøkte 239 bostedsløse menn med traumer. De fant at traumer var nært assosiert med psykiske lidelser. De fant derimot at traumer ikke hadde en effekt på rusproblematikken. Her hadde forskerne fokus på traumer i utvalget sitt, og ikke psykose med som en variabel. Funnene deres var også basert på en subkultur som er vanskelig å generalisere til den øvrige befolkningen.

Imidlertid er det dokumentert at mennesker med rusproblemer har høyere forekomst av traumer generelt. Dette er som historien om høna og egget, hvor det er vanskelig å si hva som kom først og hva som er mest påvirket av den andre (Steinbuchel, Wilens,

Adamson & Sgambati, 2009). Garland et al. (2013) og Arefjord (2011) påpeker at rus ofte er brukt som selvmedisinering ved traumer for å unnslippe ubehagelige følelser. Fekjær (2016) skriver at mange rusmisbrukere hadde ulike problemer før de begynte med rus. De fleste narkomane hadde vært i kriminalomsorgen, eller i psykiatrien før de begynte med rus. Han beskriver rusen som en måte å komme bort ifra mobbing, traumer, psykiske plager ved å finne en subkultur uten krav der de føler de hører hjemme. Han viser til forskning, på rusmisbrukere i behandling, hvor miljøfaktorer, læringsvansker og familiesituasjonen med foreldre i et rusmiljø i stor grad forklarer rusmisbruket i seg selv. Han viser også til faktorer som vanskjøtsel, mobbing, seksuelle misbruk som bakgrunn for rusmisbruket. I USA er det funnet at schizofrene har tre ganger den normale hyppigheten av alkoholisme, og seks ganger den normale hyppigheten av rusmisbruk (Fekjær, 2016). Fekjær (2016) beskriver at en rusmisbruker har et større sosialt liv enn en eks-narkoman. Videre argumenterer Fekjær at livet som narkoman bidrar til videre traumatisering grunnet vanskeligere miljø med andre krav. Rusen benyttes til ulike formål; til å gjøre noe de ikke tør edru, til å unnlate noe de egentlig burde gjøre, for tilhørighet i en sosial gruppe, for å legitimere nederlag (Fekjær, 2016) eller som selvmedisinering som tidligere nevnt (Arefjord, 2011; Garland et al., 2013; Lanesskog, 2009).

Ved psykose er det viktig å se på bakgrunnen og historikken for å bedre kunne hjelpe pasienten. Dersom rusmisbruket er brukt som selvmedisinering, er det kanskje ikke dette som må være hovedfokuset i behandlingen (Lanesskog, 2009) og ikke rusmisbruket som må lettes for å dempe det psykologiske stresset som kan ha utløst psykosen. Dersom disse har en sammenheng, vil det lettere kunne forstås hvilken behandlingsplan som må iverksettes for å hjelpe disse pasientene på best mulig måte. Det behøves en mer helhetlig forståelse rundt disse pasientene. Rus, traumer og psykisk helse er tidligere forsøkt belyst, men enkelte resultater, som fra Nancy et al. (2010), kan ikke generaliseres uten forbehold. Dette på bakgrunn av at retrospektive selvrapporterte data på barndomstraumer kan være utsatt for retrospektiv bias eller mangel på rapportering av traumer. Kim et al. (2010) undersøkte bostedsløse menn, noe som heller ikke representerer den øvrige befolkningen da det er for mange ukjente faktorer som kan spille inn. Med bakgrunn i ovenstående, tyder dette på nytte av å avdekke disse sammenhengene.

Psykose/rus/traumer- hva er relasjonen.

- Mange tror traumer bidrar til å forårsake psykose
- Rus forårsaker også psykose
- Rus påvirker symptombilde og prognose, hvordan sykdommen vil forløpe, ved psykose
- Kan det være en sammenheng mellom rus og traumer som påvirker psykosens vesen (symptomer, prognose, årsaker).

1.1 Data søk

Det ble gjort noen søk i enkelte databaser som Cinahl, Academic search premier og Google Scholar, for å se på relevansen mellom rusproblematikk og traumer innenfor førstegangpsykose pasienter. Dette søket ble gjennomført for å se om dette emnet hadde blitt forsket mye på. Det er som tidligere nevnt lite forskning rundt disse begrepene samlet. Det la grunnlaget for hvilken metode og fremgangsmåte studien skulle ha. Dette temaet kan sees på som viktig, ettersom forskningen viser at førstegangpsykosepasienter ofte har rusproblematikk og traume. Samt rusproblematikk og traumeerfaringer ofte henger sammen. Søkeordene som ble brukt var blant annet hentet fra ordnett.no og her ble det lagt fokus på de medisinske begrepene. For førstegangs psykose var det brukt begrepene «FEP» OR «First episode psychosis*», for rusproblematikk er det brukt (MH "Alcoholic Intoxication+") OR "Intoxication", "drunkenness", "inebriation", "high", "dependent", (MH "Substance Addiction Consequences (Iowa NOC)") OR "addicted", (MH "Substance Dependence+") OR "drug addict", (MH "Substance Abusers+") OR "drug abuse*", og alle disse i en OR relasjon. For traumer var det brukt (MH "Trauma+") OR "trauma". Dette søket ble gjort for å undersøke om problemstillingen kunne være relevant. Samt for å finne tilgjengelig kunnskap om dette emnet. Det kom flere artikler på søk der traumer og førstegangpsykose, rus og traumer eller rus og førstegangpsykose ble søkt. På enkelte søk der AND kombinasjon ble benyttet, ble alle temaene funnet. Det viste seg at innenfor rusproblematikk var det ordet «High», som ble funnet ved søk. Mer spesifikt i formen av «High risk». Da dette søkeordet ble fjernet, ble det ikke lenger treff i disse

databasene på alle tre begrepene sammen. Det er i ettertid gjort flere søk ved hjelp av PICO skjema, se vedlegg 3.

1.2 Målsetning

Målsetningen med studiet er å undersøke om traumatiserte mennesker med førstegangpsykose, heretter kalt FEP, har en annen forekomst av rusmisbruk enn de uten en traumehistorie. Samt hvilken rolle rus sammen med traumer spiller for symptombilde og sykdomsforløp det første året etter oppstart av behandling for psykose. Med bakgrunn i at det er forsket så mye på sammenhengen mellom to og to av disse elementene og at tidligere forskning har funnet ulike resultater (Kim et al., 2010; Nancy et al., 2010) på om det eksisterer en sammenheng, så tenkes det at sammenhengen kan ha betydning for symptombildet og sykdomsforløpet. Behandlingen de mottar er ikke nevnt i dette studiet, men kan ha betydning for sykdomsforløpet (Roberts et al., 2016). Dette vil kunne gi et bidrag til å bedre forstå potensielle årsaksfaktorer bak rusmisbruk ved psykose og til økt innsikt i hvilken rolle rus og traumer spiller for prognose ved FEP, samt for psykose lidelsens fenomenologi (vår forståelse av psykose lidelser). Det vil også kunne gi informasjon som vil kunne gi bedre grunnlag for behandling av disse pasientene?

1.3 Problemstilling / hypoteser – forskningsspørsmål

Dermed er problemstillingen for dette studiet å undersøke «Hvilken sammenheng er det mellom rusproblematikk og traumeerfaringer blant pasienter med førstegangs psykose(FEP, First Episode Psychosis)?»

Forskningsspørsmålene er:

- Påvirker relasjonelle barndomstraumer forekomsten av rusmisbruk ved FEP?
- Er det en interaksjon mellom relasjonelle barndomstraumer og rus relatert til psykotisk symptombilde?
- Er det en interaksjon mellom relasjonelle barndomstraumer og rus med tanke på prognose med tanke på remisjon fra FEP?

Det er valgt å bruke relasjonelle barndomstraumer i analysene, og det er ikke delt i barndomstraumer og traumer i senere år, eller relasjonelle og ikke personlige traumer. Dette grunnet at forskningen tilsier at det er ved relasjonelle barndomstraumer at det er størst påvirkning på utvikling (Killén, 2015; Nancy et al., 2010). Blandingsmisbruk av narkotiske rusmidler vil heller ikke bli separert eller berørt som et emne. Bruk av narkotiske rusmidler vil kun berøres som ett ja eller nei spørsmål. Det er personer innlagt for FEP som er deltakere her, det vil ikke bli inkludert personer som ikke har oppsøkt hjelp eller som tidligere har hatt psykose.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt opp i seks kapitler. Kapittel to vil ta for seg det teoretiske perspektivet. Dette kapitlet er basert på begrepsavklaringer og tidligere forskning. I kapittel tre vil metoden bli avklart og forklart. I kapittel fire blir funnene presentert, og i kapittel fem vil de bli diskutert og veid opp i mot det teoretiske perspektivet og eventuelle metodiske utfordringer. Kapittel fem er delt opp i forskningsspørsmålene som vil bli diskutert før det blir oppsummert hvordan disse svarer på problemstillingen. Kapittel seks viser referansene som er benyttet.

2.0 Teoretisk perspektiv

Det teoretiske perspektivet bygger på tidligere forskning og begrepene som er nødvendig for å belyse problemstillingen. Forskningen er funnet gjennom ulike søk i databaser, se vedlegg 3. Det er også benyttet referanser fra litteraturlistene i funnene fra søkene. Begrepene blir avgrenset og redegjort for slik at betydningen i denne oppgaven vil bli klargjort. Funnene av tidligere forskning etter søkene vil kun kort bli oppsummert, men blir utdypet i diskusjonen hvor de blir veid opp i mot funnene i dette studiet.

2.1 Traumer

Traumer, i dette studiet, defineres som psykisk traume som er en reaksjonen på en traumatisk hendelse i livet, som ødelegger fundamentale skjema og indre arbeidsmodeller om en selv og verden. Et psykisk traume er en naturlig reaksjon på en heller unaturlig situasjon. (Anstorp & Benum, 2014; Dyregrov, 2000; Killén, 2015)

Traume betyr skade og kommer opprinnelig fra gresk. Traume data vil her bli hentet inn ved hjelp av selvrapporterte data. Dermed er det basert på personens vurdering, eller opplevelse av en hendelse, eller mer varig opplevelse som føles traumatisk for personen selv. Det er det psykologiske traumet og ikke det fysiske/medisinske traumet som vil bli brukt. Det fysiske/medisinske traumet er det som blir brukt etter for eksempel en bilulykke. Etter en bilulykke kan kroppen ha fått så store skader at legene kan si at kroppen har opplevd et traume, uten at nødvendigvis personen psykisk vil kjenne på det i ettertid. Dette er et fenomen hvor personer som har opplevd ekstreme påkjenninger, og som opplever psykiske utfordringer i ettertid av en hendelse eller en opplevelse (Anstorp & Benum, 2014; Dyregrov, 2000; Killén, 2015).

Barndomstraumer setter dype spor i barns følelsesmessig, kognitive, atferdsmessige, sosiale og fysiske funksjon. Killén (2015) påpeker at disse erfaringene lagres ikke i minnet og blir integrert i tidligere erfaringer, slik andre traumer gjør men blir adskilt og helt eller delvis ute av hukommelsen. Tilknytningsraumer eller relasjonelle traumer er

de mest alvorlige (Killén, 2015). Når traumer skjer i nære relasjoner eller tilknytningsforhold er ikke lenger tilknytningen barnets primære beskyttelse.

Kari Killén (2015) viser til at indre arbeidsmodeller, hvordan vi oppfatter og handler, kommer av tilknytningen til omsorgspersoner. Det handler om hvordan vi blir både som barn og voksen, og hvordan vi opplever oss selv. Disse indre arbeidsmodellene revurderes på grunnlag av ny erfaring gjennom hele livet, men preges hele veien av de første erfaringene som barn (gjengitt i Killén 2009, s.95). Derfor er det relasjonelle barndomstraumer som vil bli lagt hovedvekt på her. En dårlig indre arbeidsmodell kan over tid prege mennesker ved nedsatt funksjon og dårlig mental helse (Killén, 2009, s. 129). Anstorp og Benum (2014) skriver at traumer kan komme av påkjenninger som grov mobbing, seksuelle misbruk, mishandling, tortur, omsorgssvikt eller flukt og krig. Traume er som et avtrykk av smerte eller frykt som henger igjen i personen som opplevde traume. De personene med traumer som møter til behandling, har ofte levd med skader etter overveldende påkjenninger i lang tid. Traumer har satt søkelyset mot sammenhenger mellom ytre påvirkninger og utviklingen av psykiske lidelser (Anstorp & Benum, 2014). Videre definerer Anstorp og Benum (2014) «komplekse traumelidelser» som «skader etter vedvarende og gjentatte handlinger utført av viktige omsorgspersoner.» (Anstorp T.2014, s.20).

Det finnes mange undersøkelser som viser en sammenheng mellom å være utsatt for overveldende belastninger tidlig i livet, og utvikling av alvorlige lidelser (Brown, Schrag & Trimble, 2005; Felitti & Anda, 2011; Perry & Herman, 1993; Zanarini, 2000). Psykisk traume er et åpent sår som ikke leges. Det er ofte kommet av personen sin mulighet til tilpasning og mestring i hverdagen etter en alvorlig hendelse (Anstorp & Benum, 2014). Det er vanskelig å si om en hendelse vil være traumatisk eller ikke da det er personens subjektive opplevelse og egenskaper ved personen som spiller en rolle i hvordan hendelsen vil bli oppfattet. Mennesker har ulik sårbarhet, og miljøfaktorer så vel som genetiske faktorer spiller en rolle for om psykiske lidelser utvikles eller ikke (Borge, 2003). Skam er en gjenganger i pasienter med traume og defineres som frykt for fordømming fra den ytre verdenen og er nært knyttet til selvfølelsen (Anstorp, 2003; Follesø, 2003). Skam og taushet om hendelsene er knyttet sammen. Anstorp (2003) påpeker at skam opprettholder en alvorlig traumeproblematikk. Det å leve med traumer

som et åpent sår som ikke leges, kan være utfordrende til det nivået at noen søker flukt fra smerten i form av rus (Anstorp, 2003).

Det er relasjonelle barndomstraumer som vil bli benyttet i datamaterialene her. Killén (2015) påpeker at traumer fra overgrep i barndommen gir større sannsynlighet for psykiske problemer. Hun påpeker også at desto nærmere overgriperen og barnets forhold har vært, desto større sannsynlighet er det. Relasjonelle barndomstraumer er traumer som har hendt i nære relasjoner tidlig i livet (Killén, 2015).

Det er ikke valgt å dele inn traumer i type 1 og type 2 traumer, da dette ikke er nødvendig for å diskutere problemstillingen i denne oppgaven.

2.2 Rus

Ruslidelser er en diagnostisert psykisk sykdom som kommer av en persons rusmisbruk. Rusmisbruk defineres som forbruk av illegale rusmidler uten at det foreligger en diagnose. (Ose, Jensberg, Kaspersen, Kalseth & Lilleeng, 2008)

Det finnes mange forskjellige typer rusmidler, og alle har ulike virkestoffer som påvirker kroppen forskjellig. Rusmidlene kan deles i tre ulike undergrupper; dempende, stimulerende og hallusinogene. De dempende rusmidlene kan for eksempel være opioider som heroin, benzodiazepiner og alkohol. Disse gir en beroligende og avslappet følelse. Alkohol er det dempende middelet som er mest brukt. De stimulerende kan være kokain og ulike amfetaminer som gir en følelse av energi og økt årvåkenhet. De hallusinogene kan være LSD og enkelte sopp-arter som kan endre virkelighetsoppfatningen. Det finnes også rusmidler som inngår i flere av disse gruppene som cannabis eller hasj som kan være både dempende og hallusinogene, mens ulike løsemidler kan være både dempende og stimulerende. Ecstasy eller MDMA, som er hovedinnholdet i ecstasy, er både stimulerende og hallusinogen. PCP og ketamin ligger innenfor alle undergruppene, og var tidligere brukt som anestesi ved operasjoner (Kjøsnes, 2014). Det finnes også mange ulike nye psykoaktive rusmidler på markedet. Mange av disse betegnes som «lovlige» da ikke lovverket klarer å holde tritt med den ekspanderende, økende utviklingen. Disse har ofte en sterkere effekt, og er syntetisk fremstilt (Bretteville-Jensen, 2015). Det finnes også anabole androgene steroider som

gjør at kroppen blir sterkere. Anabole androgene steroider blir ofte tatt for å kunne forsvare seg, skremme, sloss tilbake eller oppnå respekt (Kjøsnes, 2014). Dette kan være for å oppnå en følelse av trygghet som mangler hos personer med dobbelproblematikk (Lossius, 2011a).

2.3 Psykose

Psykose er en tilstand av forvirring eller sammenbrudd. I denne tilstanden blir mestringsmekanismer eller psykologiske forsvarsmekanismer brutt ned. Det er en situasjon der opplevd stress overmannen oss, og gjør at vi ikke lenger takler utfordringer på samme måte.

Vanlige symptomer kan være forvirret tankegang, vrangforestillinger, hallusinasjoner, liten motivasjon eller uforklarlige forandringer i følelsene. Dette kan også komme sammen med angst, depresjon, trøtthet og så videre, som også gjerne kommer i forkant av en psykose. Hos de fleste bygges dette gradvis opp i ulikt tempo, og det tenkes derfor at det kan forebygges og oppdages før det utvikles psykose. Omtrent fem-ti personer av tusen opplever dette i løpet av livet, og i 25 % av tilfellene er tilstanden langvarig. (Bergsholm, 2015; J. O. Johannessen, 2011)

Vrangforestillinger er alvorlige misforståelser som ikke lar seg endre ved vanlig argumentasjon. Det finnes ulike former som paranoid vrangforestilling, følelse av å overvåkes eller forfølges, storhetsideer, at personen har spesielle evner, depressive vrangforestillinger, tro på at en er ansvarlig for grusomme hendelser i verden. Personer med vrangforestillinger kan ha større selvmordsfare eller utagere. Hallusinasjoner er en opplevelse av at personen ser, hører eller lukter noe som ikke eksisterer men som personen opplever som reelt. Positive symptomer er når pasienten har fått noe som ikke pleide å være tilstede, altså hallusinasjoner eller vrangforestillinger, mens negative symptomer betyr at han har mistet noe som energi, matlyst eller tiltakslust. (Bergsholm, 2015; J. O. Johannessen, 2011)

Psykotiske lidelser kan diagnostiseres i ulike diagnoser basert på symptomer og årsaker. Diagnosen begrunnes i de symptomene som er mest fremtredende over tid. To av de mest omfattende og vanligste psykotiske lidelsene er bipolar lidelse og schizofreni. En

blanding av disse lidelsene kalles schizoaffektiv lidelse. Schizofreni innebærer angst, depresjon og en stor utfordring i å skille mellom omverdenen og en selv. Denne diagnosen innebærer også ofte hallusinasjoner eller vrangforestillinger. Bipolar lidelse er en lidelse som forårsaker følelsesmessige svingninger til høye topper og lave daler. Schizoaffektiv lidelse kan ha symptomer som faller inn under begge de tidligere nevnte diagnosene.

Rusutløst psykose er utløst av rusmisbruk, denne kommer brått og varer kort. Den kan være langvarig, og utvikle andre diagnoser dersom personen er sårbar for det. De vanligste symptomene er desorientering, hukommelsesproblemer og visuelle hallusinasjoner. Dette er i motsetning til schizofreni, hvor det som oftest er hallusinasjoner i form av hørsels- eller lukt- hallusinasjoner. Det finnes kritikk av schizofrenibegrepet og diagnosesystemet. Dette er begrunnet i en tro på at diagnosen ikke er valid. Det kan også være sykdommer som hjernesvulst og AIDS som kan vises som psykoser. (Bergsholm, 2015; J. O. Johannessen, 2011)

Psykose måles i form av et utredningsverktøy som kalles PANSS. Dette skjemaet brukes for å få oversikt over positive og negative symptomer. PANSS-symptomene det scores på er tankemessig desorganisering, hallusinatorisk atferd, vrangforestillinger, mistenksomhet, storhetsideer og uvanlig tankeinnhold. Dette er et verktøy som brukes videre i behandlingen av pasienter med psykose (Opler, Kay, Lindenmayer & Fiszbein, 1992).

2.4 Tidligere forskning på sammenhenger

Det er her valgt å trekke inn noe av den tidligere forskningen for å belyse sammenhenger. Den forskningen som er med her er tatt ut fra det helhetlige søket på alle tre emnene, og det er plukket ut enkelte artikler for å belyse sammenhengene. Det er inkludert alle funnene i kapittel 2.4.4 for å belyse det som er funnet på emnet om sammenhengen mellom alle tre emnene i en og samme forskning. De forskningene som er nevnt i introduksjonen er ikke repetert her.

2.4.1 Traumer og Rus

Kjøsnes (2014) skriver at rus kan hjelpe personer med traumer til å mestre hverdagen. Misbruk av rusmidler har også bivirkninger, og rusen som kan dempe angst kan dermed også gi mer angst. Hun påpeker at angsten fra rusen sammen med traumesymptomene kan gjøre hverdagen vanskeligere å håndtere. K.L. Mills et al. (2006) viser at personer med post traumatisk stress lidelse, heretter kalt PTSD, har fem til seks ganger forhøyet risiko for å ha en ruslidelse sammenlignet med de uten denne diagnosen. Mills gjorde også en studie i 2004 som viser at forekomsten av PTSD er høyere hos dem som har brukt flere rusmidler, og høyest hos dem som har brukt kokain eller opiater (K.L. Mills, Teesson, Darke, Ross & Lynskey, 2004).

Lanesskog (2009) tar høyde for at rusmisbrukere ofte også har psykiske lidelse, og at de har en vanskelig oppvekst samt opplevde traumer under tiden de har brukt rusmidler. Han forklarer at synet på hvilken behandling de behøver har endret seg, og at det ikke lenger bare er rusmiddelbruket som er utfordrende men også somatisk og psykiatrisk hjelp må vektlegges (Lanesskog, 2009).

Roberts et al. (2016) har gjort en litteraturstudie der de har funnet at PTSD og ruslidelser ofte forekommer sammen. Komorbiditet, altså nærværet av en eller flere sykdommer foruten en primær sykdom, er allment anerkjent som vanskelig å behandle. Dette er assosiert med dårligere resultat av behandling og dårligere resultater enn for én tilstand/sykdom alene. Denne litteraturstudien tar for seg hvilke behandlings metoder som har best resultater.

Brady og Back (2012) påpeker at tidlige barndoms traumer er sterkt assosiert med utviklingen av mentale helse problematikk, dette inkluderer alkoholavhengighet.

2.4.2 Psykose og rus

I 2016 var det en større dansk studie som så hvor mange av de psykiatriske pasientene som også hadde ruslidelse. Totalt 463 003 pasienter deltok. Av disse hadde 37 % av dem med schizofreni, 35 % av de med andre schizofrenirelaterte diagnoser og 28 % av de med andre psykoselidelse brukt rus i løpet av livet. Også 17 % av dem med PTSD

hadde brukt rus, mens alkohol var det som preget utvalget mest (hele 25 % av alle i utvalget) (Toftdahl et al., 2016).

2.4.3 Psykose og traumer

Schafer og Fisher (2011) skriver at i det siste tiåret, har et betydelig antall populasjonsbaserte studier antydnet at barndoms traumer er en risikofaktor for psykose. I flere undersøkelser vurderes effekten opp mot et bredt spekter av potensielt samvirkende variabler, inkludert genetiske påvirkning på psykose. Mindre er kjent om mekanismene bak sammenhengen mellom traumer og psykoser. Mulige forklaringer inkluderer forholdet mellom negative oppfatninger av selvet, negativ innvirkning, og psykotiske symptomer, så vel som biologiske mekanismer som dysregulert kortisol (uhensiktsmessig utskillelse av stresshormon). Psykotiske pasienter som har opplevd barndomsraumer har en tendens til å ha tillegg utfordringer som PTSD, større rusmisbruk, høyere nivåer av depresjon og angst, og hyppigere forsøk på selvmord. Aakre et al. (2014) fant i sin studie at det kunne tyde på at kvinner med schizofreni og rusmiddelmissbruk hadde en mer omfattende traumatisk historie enn kvinner med kun rusmiddelmissbruk. De fant også at kvinner med både schizofreni og rusmiddelmissbruk hadde større sannsynlighet for også å ha PTSD. Devylder et al. (2013) fant at traume av å miste et barn har en sammenheng med psykose. De etterspør en bredere undersøkelse på andre ulike traumer. Steel et al. (2011) fant i sin forskning at det er en høy forekomst av traumatiske hendelser hos personer diagnostisert med schizofreni.

2.4.4 Psykose, traumer og rus

Det vises til søkehistorikk som er vedlagt. Det er vanskelig å finne forskning på disse tre temaene i en og samme artikkel.

Som Prasad og Prasad (2009) påpeker så kan traumer ha en effekt på emosjonelle, kognitive og psykologiske funksjoner. Avhengig av omstendighetene så kan effekten være alt fra mildt stress til angst, depresjon, rusmiddelmissbruk og PTSD. De nevner ikke psykose som en direkte konsekvens.

En annen studie av innsatte ved det største kvinnefengselet i New Zealand, viser til at mer enn én tredjedel av kvinnene som var henvist til psykiatrisk fikk diagnosen psykotiske lidelser. Flertallet av kvinnene rapporterte rusmisbruk før fengsling så vel som offer for familievold. Det var kun to tredjedeler av de som ble videre henvist til psykiatrien etter fengselet som møtte (Collier & Friedman, 2016).

Aakre et al. (2014) fant i sin studie at det kunne tyde på at kvinner med schizofreni og rusmiddelmissbruk hadde en mer omfattende traumatisk historie, enn kvinner med kun rusmiddelmissbruk. De fant også at kvinner med både schizofreni og rusmiddelmissbruk hadde større sannsynlighet for og også å ha PTSD.

Bhui og Warfa (2010) gjorde en studie på bruk av Khat, en narkotisk stimulerende rus, hos somaliske immigranter som kommer fra en traumatisk livssituasjon. Frekvens av Khat bruk var ikke forbundet med vanlige psykotiske symptomer, eller symptomer på angst og depresjon. Heller ikke med traumatiske hendelser i denne populasjonen. Traumatiske hendelser relatert til lave nivåer av psykotiske symptomer og høye nivåer av symptomer på angst og depresjon. Khat bruk er ikke nødvendigvis knyttet til psykotiske symptomer i befolkningsprøver av somaliske menn og kvinner. Kontrastene mellom disse funnene og de fra studier i konfliktområder og studier av mennesker med psykiske helseproblemer som bruker Khat foreslår at ytterligere undersøkelser er nødvendig. Disse bør ta hensyn til miljømessige og fysiologiske interaksjoner. Khat er ikke ulovlig i Somalia da den er en del av kulturen. Det er kulturelt og Khat brukes av mange på lik måte som te og kaffe i vestlige land. Det argumenteres også i studien at Khat ikke er så mye sterkere enn kaffe og at dette kan påvirke resultatene.

Steinbuechel et al. (2009) fant at en økt forekomst av PTSD ble funnet hos ungdom med bipolar lidelse. Individuer med både PTSD og BPD (Bi-Polar Lidelse) utviklet betydelig mer påfølgende SUD (ruslidelse), med BPD, PTSD, så SUD som den vanligste rekkefølgen i forløpet. Oppfølgingsstudier må gjennomføres for å belyse rekkefølgen og årsakssammenheng av BPD, PTSD og SUD.

Scheller-Gilkey, Moynes, Cooper, Kant og Miller (2004) fant at pasienter med schizofreni og en historie med rusmisbruk, hadde signifikant høyere frekvens og alvorlighetsgrad av barndoms traumer. De hadde også større PTSD symptomatologi,

skåret betydelig høyere på depresjon, og høyere score på det generelle delskalaen av PANSS.

Videre vil metoden bli utdypet og forklart.

3.0 Metode

I dette studiet ble kvantitativ metode benyttet, en kohortstudie ved hjelp av allerede innhentet datamateriell. Kohortstudie er en studie der en følger en gruppe mennesker over tid, og ser hvem som utvikler sykdom (Bjørndal & Hofoss, 2004). I dette tilfelle så gjøres det ved å se på regresjon (bedring) over tid. Dette er fordi datamaterialet som er innhentet også tar for seg hvordan regresjonen av psykosen forløper seg over tid. Dette datamateriale vil ved hjelp av det statistiske dataprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) analyseres med tanke på problemstillingen og forskningsspørsmålene.

3.1 Introduksjon

Det er fylt ut et PICO skjema, søkeskjema, for å starte søkene, se vedlegg 2. Det er søkt aktuelle begrep innenfor MESH terms, emneordsystem, og ordnett.no for å finne de mest relevante søkeordene for å finne relevante artikler og tidligere forskning. Dette ble gjort etter at de første søkene gjorde det klart at temaet og problemstillingen var relevant å forske på. Det ble søkt spesielt etter forskning som tidligere hadde forsøkt å besvare akkurat dette området for å se hvordan det var mest relevant å se på dataene i dette studiet.

Denne studien er sett på i lys av Stavanger Universitetssjukehus, heretter kalt SUS, sin forskning på tidlig oppdagelse og behandling av psykoser, heretter kalt TIPS. Deres datamateriell inkluderer også materiell som er nødvendig for å belyse denne problemstillingen. Datainnsamlingen ble rekruttert som en del av den pågående TIPS- II studien, tidlig behandling og intervensjon ved psykose som startet i 2002.

3.2 Metodiske overveielser

Det er i oppgaven valgt å bruke en kvantitativ metode for innsamling og vurdering av data. Datainnsamlingen ble rekruttert som en del av den pågående TIPS- II studien, som vil beskrives nærmere senere i kapittelet.

Kvalitativ metode ble derfor ikke vurdert, da all data var kvantitative fra innsamlingen som allerede var utført i studien. Polit og Beck (2012) skriver at kvantitativ metode er

godt egnet når det er teorier og hypoteser som skal testes, samt når vi vil finne ut hvor ofte et fenomen forekommer og når generalisering er ønskelig. Fordelen med kvantitativ metode er at vi har muligheten til å generalisere fra et mindre utvalg, til en større populasjon med stor grad av sikkerhet. Ulempen med metoden er at den er rigid i datainnsamlingen, og at det kan gi overfladisk informasjon og en analytisk avstand som kan innebære lav forståelse av fenomenet (Polit & Beck, 2012). Kvantitativ metode er brukt for å belyse denne problemstillingen, da det er ønskelig å bekrefte eller avkrefte forskningsspørsmål og generalisere funnene. Polit og Beck (2012) skriver at kvantitativ metode bygger på naturvitenskap. De skriver at det har som formål å forutsi, forklare og kontrollere hendelser ved å finne/avdekke årsaks relasjoner gjennom formulering av lovmessigheter. Kvantitativ metode benyttes for å få breddekunnskap, teste hypoteser og å finne årsakssammenhenger som kan overføres til andre situasjoner eller personer. Den bygger ofte på tidligere studier eller forskerens egne erfaringer, og det utformes helt definerte forskningsspørsmål som er mulig å utforske og teste. Forskeren skal være nøytral, objektiv og ha distanse i forhold til undersøkelse av personen/objektet for å sikre kontroll gjennom at innsamlede data skal være reliable, valide, generaliserbare og kvantifiserbare (Polit & Beck, 2012).

3.3 Design

Denne studien benytter seg av flere design. Polit og Beck (2012) skriver at kvantitativ metode kan deles i beskrivende og eksperimentelt design. Det beskrivende blir benyttet for å beskrive verden som den er uten å forsøke å forandre noe. Det er beskrivende design som benyttes når det er ønskelig å beskrive forekomsten av, sammenhenger, fordeling av og sammenligning mellom variabler. Denne studien benytter både beskrivende design og korrelasjon. Korrelasjon undersøker forholdet mellom variablene uten å gjøre noen manipulasjon av den uavhengige variabelen.

3.4 Utvalg

For å oppnå reliabilitet må det gjøres et utvalg. Et utvalg viser hva som skal inkluderes og hva som skal ekskluderes i en studie. Det gjøres i forkant, og må vise inklusjons- og eksklusjonskriterier som er satt for hele studien. Det er ikke mulig å undersøke alle i

populasjonen men i helsefaglig forskning er det mest praktisk å velge ikke-sannsynlighetsutvelgelse (Polit & Beck, 2012). Ikke-sannsynlighetsutvelgelse innebærer at enhetenes sannsynlighet for å komme med i utvalget er ukjent. Det er flere metoder for utvelgelse av utvalget; Skjønnsmessig, hvor utvalget velges av forsker ut i fra egen vurdering. Utvelgelse ved selvseleksjon, hvor enhetene avgjør selv om de vil være med i utvalget. Slumpmessig, hvor det er verken forskeren eller enhetene som bestemmer hvem som kommer med i utvalget. Dette innebærer at det er et tilfeldig utvalg, men ikke et sannsynlighetsutvalg. Eller kvote, hvor det er forhåndsbestemt for eksempel fem menn og fem kvinner. Det er ikke mulig å beregne omfanget av tilfeldige utvalgsfeil i ikke-sannsynlighetsutvelgelse, men heller ikke i de andre metodene (Polit & Beck, 2012). I denne studien er det gjort en fortløpende utvelgelse som innebærer at alle som oppfyller inkluderingskriteriene og ekskluderingskriteriene i den perioden dataene er innhentet fra, deltar i denne studien. Polit og Beck (2012) skriver at denne måten å gjøre utvalget på reduserer risikoen for skjevheter i utvalget og ses på som den beste metoden ved ikke-sannsynlighetsutvelgelse (s.278).

Datainnsamlingen ble rekruttert, som tidligere nevnt, som en del av den pågående TIPS-II studien. Disse dataene inkluderer personer som opplever en førstegangpsykose og som har gitt informert samtykke. Inklusjonskriterier er at pasientene må være folke registrert i Rogaland fylke og i alderen 15-65 år. De må kunne snakke tilfredsstillende norsk for å kunne svare på spørsmål om sin psykiske helse og i tillegg forstå hva spørsmålene innebærer. De må ikke ha psykisk utviklingshemning og de må være eller nylig ha vært aktivt psykotisk med en score på minst fire på noen av PANSS-symptomene og symptomene må ha vedvart hele dagen i flere dager eller flere ganger i uken i flere uker. De må ikke tidligere ha fått behandling for psykose (definert som antipsykotiske medisiner på 3,5 haloperidol ekvivalenter i 12 uker eller inntil remisjon, tilfriskning symptomatisk, av psykotiske symptomer). De må ha en IQ på over 70 (estimat basert på Wenchler Adult Intelligence Scale). Pasienten må også være villig og i stand til å avgi skriftlig samtykke.

Tabell 1:

Inklusjonskriterier

Førstegangpsykose	
Informert samtykke	Må være i stand til å avgi skriftlig samtykke
Folkeregistrert i Rogaland fylke I alderen 15-65 år	
Snakke tilfredsstillende norsk	for å kunne svare på spørsmål om sin psykiske helse og i tillegg forstå innholdet i spørsmålet
Ingen psykisk utviklingshemming	IQ over 70
Må være, eller nylig ha vært aktivt psykotisk	PANSS score på minst fire over flere hele dager eller flere ganger i uken over flere uker.
Må ikke tidligere ha fått behandling for psykose	definert som antipsykotiske medisiner på 3,5 haloperidol ekvivalenter i 12 uker eller inntil remisjon av psykotiske symptomer

FEP utvalget ble trukket fra en populasjonsbasert kohort av FEP individer, rekruttert ved ett sykehus (Rogaland). Til sammen 482 påfølgende personer ble identifisert og 70 av disse ble ekskludert (21 var ikke innenfor kriteriene, 12 hadde for dårlige språkferdigheter, 11 var yngre enn 15 år og 6 hadde for lav IQ). Det var 20 personer som valgte å ikke gjennomføre studien. Av de 412 gjenværende personene så var det 165 som ikke samtykket til deltakelse. Det var derfor 60 % (247) personer som samtykket til å delta. Denne studien inneholder data fra tidspunktet for inkludering.

Det kan være en svakhet i oppgaven at dette utvalget kun inkluderer dem som har mottatt behandling for psykosen sin ved TIPS i Stavanger, og ikke de i befolkningen som ikke har oppsøkt behandling eller som bor i andre steder i landet. Det kan derfor diskuteres om det er et representativt utvalg for å generalisere data. Det er mange andre faktorer som kan spille inn, som miljø og samfunn. Utvalget er 231 personer og en deskriptiv tabell over disse er presentert i Tabell 3 i 4.0 Funn.

Tabell 2:

Oversikt over utvalget

482	Innlagt med FEP, identifisert
-21	Ikke innenfor kriteriene
-12	Dårlige språkferdigheter
-11	Yngre enn 15 år
-6	For lav IQ
-20	Valgte å ikke gjennomføre studien
-165	Samtykket ikke til deltagelse
247	Samtykket til å delta

3.5 Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk ved intervjuer og spørreskjemaer som pasientene mottok ved inntak til behandling ved TIPS. Det er også foretatt to intervjuer og spørreskjemaer i løpet av behandlingen ved TIPS, en ved 6 og en ved 12 måneder. I denne studien er det kun et utvalg av datainnsamlingen som er benyttet.

Som spørreskjema er det benyttet Freyd Goldberg Trauma Survey for å dokumentere hvilke traumer forskningsenhetene vurderer å ha opplevd (se vedlegg 4). Dette tar for seg et bredt spekter av mulige traumer ved en 12 punkter selvrappoterings. Dette blir

målt i antall ganger før og etter 18 års alderen. Hver deltaker blir bedt om å svare på om de har opplevd (ja eller nei) fire kategorier av traumatiske hendelser. Ikke personlige traumer (som for eksempel vært i en stor bil, båt, motorsykkel, tog eller industriell ulykke som resulterer i lignende konsekvenser), mellommenneskelige traumer av noen som ikke er nær omgangskrets av dem (som at noen angrep deg med vilje, men du kjente dem ikke godt), mellommenneskelige traumer begått av noen nær dem (for eksempel bevisst angrepet av noen du var svært nær), og andre traumer (for eksempel opplevd dødsfall til en av dine egne barn). Dette skjemaet har vist seg å ha god begrepsvaliditet og test-retest reliabilitet. Her i denne studien er dette brutt ned til opplevd eller ikke opplevd traume. Det er kun relasjonelle barndomstraumer, som tidligere nevnt, som har skjedd før 18 år som er inkludert i analysene.

Det er brukt Drake skjema for å kartlegge forbruket av alkohol og narkotiske rusmidler (se vedlegg 5). Drake skjemaet består av to skalaer for å vurdere misbruk hos pasienter som har alvorlige psykiske tilsander. Skalaene er Alcohol Use Scale og Drug Use Scale, og vurderingen gjelder de siste seks måneder. Det er kun Drug Use Scale som er inkludert i analysene og funnene i denne studien. Når personen som besvarer skjemaet er innlagt, så vil svarene gjelde forbruk før innleggelse. Denne skalaen er utviklet av Drake, Mueser og Mchugo (1996) og Emily Pape Ellefsen oversatte denne til norsk i 1996. Målene ansees som reliable og korresponderte godt med 29 pasienters selvrapporing i intervjuer gjort av Carey (2002), som også konkluderer med at skalaene kan brukes for å registrere endringer over tid. Dette kan være en svakhet da det registrerer bruk i løpet av livet og ikke motiver bak bruk av alkohol eller rus. Drink-to-cope kunne trolig hatt mer nytte for seg innen dette feltet (O'hare, Shen & Sherrer, 2010).

PANSS (positive and negative syndrome scale) er brukt for å måle psykoselaterte symptomer. Dette utredningsverktøyet ble utviklet av Kay, Opler og Fiszbein i 1987. I 1991 videreutviklet Kay dette til et strukturert intervju, en versjon som kalles SCI-PANSS. Det er SCI-PANSS som er benyttet i analysene og funn i denne oppgaven, men er nevnt som PANSS (se vedlegg 6). SCI-PANSS har en bedre reliabilitet enn kun PANSS. Det er delt opp i syv nivåer på ulike symptomer. Her har utvalget skåret minst fire på én av symptomene, og dette må ha vart i minst syv dager. Symptomene er; vrangforestillinger, hallusinasjoner, storhetstanker, mistenksomhet eller uvanlig

tankeinnhold. Utredningen skal skje så fort som mulig etter at pasienten er innlagt, og tilstanden tilsier at det er mulig. Dette gjentas også etter seks og tolv måneder. Tolv måneder er inkludert i analyser og funn her. (Sr. Kay, 1991; Sr. Kay, Fiszbein & Opler, 1987)

3.6 Analyser

Problemstillingen vil belyses med deskriptiv statistikk bestående av krysstabeller og med inferensiell statistikk med tanke på generalisering av funn.

Den deskriptive statistikken vil kunne si noe om hvor mange av utvalget, som i tillegg til sin psykose, har både rusproblematikk og traumeerfaringer. Den beskriver også hvor mange som kun har en av dem. Det vil videre kunne beskrive utvalget ut i fra alder og kjønn. Dette vil også kunne hjelpe og validere dataene ved å sjekke for grenseverdier, og om noen av enhetene avviker fra normalen i en sånn grad at det er avgjørende for funnene. Varighet av ubehandlet psykose og hvor mange som møter kjernekriteriene for schizofreni, vil også bli tatt med her som del av utvalgsbeskrivelsen.

Rus og traumer er i denne studien definert som binære/ dikotome variabler som beskriver forekomsten i form av ja/nei (0/1). Dette innebærer at disse variablene egner seg som grupperingsvariabler i både multivariate og univariate kovariansanalyser, der avhengige variabler vil være de respektive symptomvariablene fra PANSS. Først er det gjort en multivariat kovariansanalyse (MANCOVA) for å se om det finnes en sammenheng mellom rus og traume ved PANSS generelt. MANCOVA er en analyse av sammenhengen mellom flere enn to variabler.

Hypotesen om at det vil være en interaksjon mellom traumer og rus med tanke på symptombilde på baseline (data innhentet før behandling tilsvarer baseline) og med tanke på symptomendringer i løpet av 12 måneder etter baseline, testes først med en multivariat kovariansanalyse (MANCOVA), etterfulgt av separate analyser med univariate kovariansanalyser (ANCOVA) for hver PANSS variabel. ANCOVA er en analyse som ser på fordelingen av enkelte variabler. Dette for å kunne se om det eksisterer en statistisk sammenheng mellom rus og traumer, ved de ulike symptomene for å kunne svare på det andre forskningsspørsmålet.

Statistisk signifikans for MANCOVA analysene bestemmes ved Wilk's Lambda. Alle analysene er justert for kjernekrterier for schizofreni, kjønn, alder og logaritmen av varighet av ubehandlet psykose (for å korrigere en stor skjevhet i distribusjonen der man har flere subjekter med avvikende lange varighetsdata).

For å undersøke om rus og traumer påvirker sjansen for remisjon (tilfriskning symptomatisk), ble det gjennomført binær logistisk regresjonsanalyse med remisjon (ja/nei) som avhengig variabel, der det blir justert for kjernekrterier for schizofreni, alder, kjønn og varighet av ubehandlet psykose og med rus og traumer, samt interaksjonsleddet mellom disse som prediktorvariabler. Binær logistisk regresjonsanalyse forklarer responser, sannsynligheten for at ja/nei skal inntreffe. Denne analysen identifiserer signifikante forklaringsvariabler.

Det ble brukt et alfa nivå på .05 for alle inferensielle statistiske tester. Det er innen forskning på sosiale fenomen vanlig å forholde seg til en 5 % fare for at forskjellen er tilfeldig. Dette er i motsetning til medisinsk forskning da 1 % eller alfa nivå på .01 er vanlig (Bjørndal & Hofoss, 2004). Alle analyser ble utført ved hjelp av SPSS for Windows, versjon 20.

3.7 Relevans og pålitelighet, validitet og reliabilitet

Validitet viser til om resultatene i en forskning kan tillegges undersøkelsen og ikke andre ytre faktorer som det ikke er kontrollert for. Altså at en undersøker det som skal undersøkes, og at ikke for eksempel spørreskjemaene måler noen andre faktorer. Høy reliabilitet, troverdighet i en studie, er en forutsetning for at det også er høy validitet, at studien er gyldig og sann kunnskap (Polit & Beck, 2012). Dette datamaterialet har svært mange informanter og det er dermed mulig å generalisere utfallet av analysene og det er mindre fare for type 2-feil i dataanalysene. Type 1-feil er å tro på noe som er en ren utvalgstilfeldighet (Bjørndal & Hofoss, 2004). Denne er sikret ved et alfanivå på .05. Type 2-feil er å la være å tro på en realitet, noe som sikres ved utvalgsstørrelsen (Bjørndal & Hofoss, 2004). Det er samme spørreskjemaene som er brukt ved innhenting av all data og disse spørreskjemaene er validerte.

Siden 2008 har TIPS- II inkludert rus-indusert psykose, mens tidligere data ikke inkluderer dette. Denne gruppen var vanskeligere å rekruttere og det var et høyere nivå av frafall i deltakelse. Data som er anvendt i denne studien er testet i flere ulike forskningsprosjekt. Det kan derfor vurderes om det eksisterer en Inter reliabilitet.

A. Johannessen, Tufte og Veiden (2006) skriver at i samfunnsforskning behøver ikke tall å være synonyme, eller lik, med fakta. Det dreier seg i stor grad om å beskrive og fortolke personers vurderinger og meninger basert på minner. Tallskalaer er ikke noe vi bruker i hverdagen for å beskrive hvordan vi har det eller opplever ting, og den vil derfor trolig ikke oppfattes og forstås likt av alle som svarer på slike spørsmål. Tallene representerer allikevel et fenomen, men ikke nødvendigvis med samme nøyaktigheten som noe matematisk. Omfanget og data er også basert på hvordan man definerer fenomenet som skal undersøkes. Svarene i data som er representert i denne studien er ulike aktørers versjoner av et fenomen, og derfor en fortolket virkelighet (A. Johannessen et al., 2006). A. Johannessen et al. (2006) påpeker at forskeren er preget av en forforståelse som vil kunne påvirke hvordan data forenkles. Forskeren vil bli vurdert og kommentert av andre forskere underveis i alle fasene av prosessen, også på om fortolkningene av data virker fornuftig og fortrolige. Her er det kvantitative data som er mindre utsatt for forskerens fortolkninger, men mer utsatt for respondentene sine tolkninger av spørsmålene. Svarene vil allikevel gi et innblikk i forståelsen denne gruppen har for sine tidligere og nåværende utfordringer.

En fallgrube kan være at alle svar er beregnet på selvrapporing. Det at svarene er beregnet på selvrapporing kan også være positivt da det ikke påvirkes av intervjuers måte å stille spørsmålene på. Fisher, Craig og Fearon (2011) påpeker at det er høyere sannsynlighet for underrapportering heller enn overrapportering av traumer. De nye psykoaktive rusmidlene som fremdeles er «lovlige», kan være en mangel i denne studien da det er mindre sannsynlig at de blir rapportert som rusmidler. Det er også en fallgrube at skam ikke blir spurt om på spørreskjema da dette, som tidligere nevnt, er en dokumentert grunn for utvikling av traumer. Generalisering uten forbehold er ikke mulig på bakgrunn av at retrospektive selvrapporterte data på barndomstraumer kan være utsatt for retrospektiv bias, selvrapporing basert på feilaktig hukommelse eller mangel på rapportering av traumer. Det at disse er sjekket etter tolv måneder gjør validiteten sterkere.

Det mangler en teoretisk tidslinje siden spørsmålet om traumer kommer før rus eller omvendt fremdeles er et spørsmål om «høna og egget» (Evjen, Boe Kielland & Øiern, 2012). Derfor kan kausaliteten eller årsakssammenhengen være usikker. Det er ikke hensikten å undersøke hvilken risiko traume eller rus har på psykose. Det må også bemerkes at 40 % av personene som møtte inkluderingskriteriene valgte å ikke delta og deres traume og rushistorie er dermed ukjent.

3.8 Forskningsetiske vurderinger

Forskningsetikken i Norge har tre grunnleggende krav knyttet til forholdet mellom forsker og enhetene det forskes på; informert samtykke, krav på å bli korrekt gjengitt og krav på privatliv (Jacobsen, 2005). Det betyr at undersøkelsen er anonym, og deltagerne ikke kan bli gjenkjent. Informert samtykke er gitt av alle deltakere. Studenten, som tolker resultatet, har fått ferdig anonymiserte data og har derfor ikke kunnet vite hvem deltakerne er. Det innebærer at kravet til privatliv dermed er beskyttet. Spørreskjemaer som utvalget har svart på er lagt inn i SPSS, nøyaktig som de er rapportert og det vurderes derfor at kravet til å bli korrekt gjengitt også er oppfylt.

Prosjektet ble godkjent av den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) region vest. Det skal arbeides ut ifra en grunnleggende respekt for mennesker og individer. Det er derfor viktig å belyse at materialet er anonymisert til det nivået at det kun nå foreligger en koblingsnøkkel (identitetsopplysninger med referansenummer som kan kobles til dataene) som studenten ikke har tilgang til. (Everett & Furseth, 2012) Det foreligger samtykke fra alle pasienter involvert, men det er ikke studenten selv som har innhentet dette. Det foreligger godkjenning fra den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og personvernombudet på SUS som også inkluderer måten dataen er anvendt i denne studien. De involverte pasientene har ikke fått informasjon om denne spesifikke studien annet enn at dataene innhentet også kan brukes i annen forskning enn den de kjente til i øyeblikket.

Som Everett og Furseth (2012) påpeker så har forskere et samfunnsansvar som involverer at forskningen skal være relevant og komme samfunnet til gode. Det er i formålet med denne studien beskrevet hvordan resultatene kan tenkes å være nyttige for

samfunnet. Det vil blant annet kunne gi en bredere forståelse for denne type problematikk som nevnt i introduksjonen er en voksende samfunnsutfordring.

I neste kapittel presenteres funn. Det er forsøkt å bygge opp med deskriptive funn først og videre lagt opp funnene i rekkefølgen av forskningsspørsmålene.

4.0 Funn

Rekkefølgen av studiens funn vil være knyttet opp mot forskningsspørsmålene som har vært førende for data analysene her. Det har i studien kommet frem funn som kan tyde på et behov for videre forskning og utredning på sammenhengen mellom psykose, rus og traumer. Grunnet studiens begrensninger i tid og omfang har det ikke vært rom for å utforske funnene videre. Det vil først presenteres utvalget i studien gjennom tabeller for å vise variasjonen.

4.1 Deskriptivt statistikk

Tabell 3:

Egenskaper ved utvalget

	Rus	Ikke rus
N	80	151
Alder: Gjennomsnitt (standardavvik)	25 (7,6)	27 (11,5)
Kjønn: M/K	56/ 24	74/77
VUP**	91,55	98,26
Kjernekriterier schizofreni har/ikke	29/51	50/101
Relasjonelt barndomstraume har/ikke	33/ 42	57/ 87
**Varighet av ubehandlet psykose presentert i uker, Median 13,/22,		

I tabell 4a rapporteres gjennomsnittlige PANSS symptomnivåer for pasienter som ikke hadde relasjonelle barndomstraumer og p-verdier beregnet med ikke-parametriske Mann-Whitney U tester, mens tilsvarende tall for dem som hadde barndomstraumer rapporteres i tabell 4b.

Tabell 4a:

Gjennomsnittlige PANSS symptomnivå uten relasjonelle barndomstraumer

	Rus	Ikke rus	p
PANSS baseline negativ	2,15 (1,18)	2,16 (1,01)	.975
PANSS baseline desorganisert	2,42 (1,49)	1,91 (1,03)	.024
PANSS baseline depressiv	2,76 (1,05)	3,25 (1,06)	.016
PANSS baseline positiv	3,22 (1,11)	3,01 (.66)	.177
PANSS baseline eksitative	1,92 (1,12)	1,47 (.59)	.003
Uten traumer gjennomsnitt (standardavvik)			

Tabell 4b:

Gjennomsnittlige PANSS symptomnivå med relasjonelle barndomstraumer

	Rus	Ikke rus	p
PANSS baseline negativ	2,24 (1,21)	2,06 (.94)	.463
PANSS baseline desorganisert	2,29 (1,00)	1,88 (.91)	.047
PANSS baseline depressiv	3,15 (1,20)	3,46 (1,02)	.197
PANSS baseline positiv	3,20 (.73)	3,18 (.83)	.921
PANSS baseline eksitative	1,58 (.61)	1,55 (.61)	.832
Med traumer gjennomsnitt (standardavvik)			

Vi ser at de uten traumer skiller seg fra dem med traumer ved at PANSS depressiv og eksitative skalaskårene er signifikant forskjellige utelukkende for disse avhengig av rus. Dette indikerer en mulig interaksjonseffekt mellom rus og traumer for depressive symptomer og såkalte ”eksitative” symptomer.

4.2 Påvirker relasjonelle barndomstraumer forekomsten av rusmisbruk ved FEP?

MANCOVA med PANSS baseline som avhengige variabler viste ingen interaksjonseffekt mellom rus og traumer ($F(5,188)=0,875$, $p=,499$). Det var heller ingen hovedeffekter av rus ($F(5,188)=1,661$, $p=,146$) eller relasjonelle barndomstraumer ($F(5,188)=1,012$).

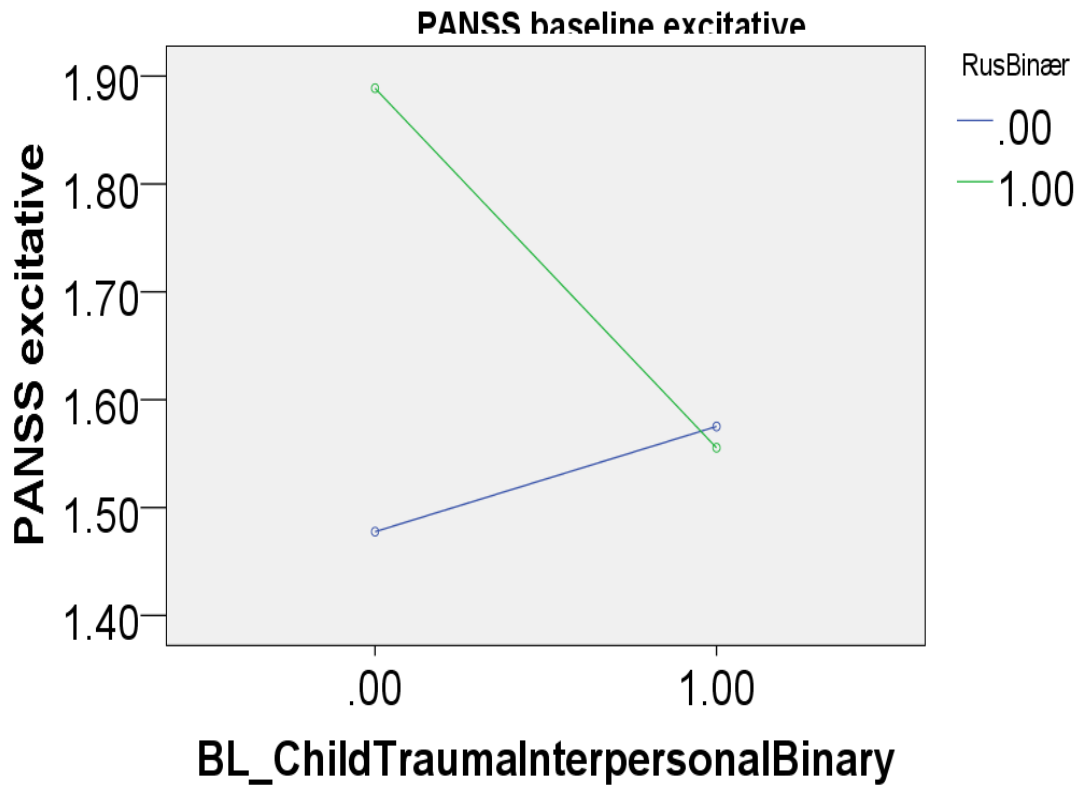
4.3 Er det en interaksjon mellom relasjonelle barndomstraumer og rus relatert til psykotisk symptombilde?

I MANCOVA med PANSS baseline positive var det ingen signifikante hovedeffekter av rus ($F(1,213)=,456$, $p=,500$) heller ikke relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=,716$, $p=,398$). Det var heller ingen signifikant interaksjon mellom rus og relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=,722$, $p=,396$). For PANSS baseline negative var det signifikant hovedeffekt av alder ($F(1,213)=, p=.011$) men ikke relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=,074$, $p=,785$) eller rus ($F(1,213)=,173$, $p=,678$). Det var heller ingen signifikant interaksjon mellom rus og relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=,355$, $p=,552$).

Oppfølging med univariate ANCOVAer viste at for PANSS baseline disorganized. var det en signifikant hovedeffekt av rus ($F(1,213)=,4,930$, $p=,027$). Det var ingen signifikant interaksjon mellom rus og relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=,133$, $p=,715$). For PANSS baseline depressive var det en signifikant hovedeffekt av rus ($F(1,213)=4,025$, $p=,046$) men ikke relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=2,853$, $p=,093$). Det var heller ingen signifikant interaksjon mellom rus og relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=,366$, $p=,546$). For PANSS baseline excitative var det ingen signifikante hovedeffekter av rus ($F(1,213)=3.35$, $p=.069$) eller relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=1.27$, $p=.261$). Imidlertid var det en signifikant interaksjon mellom rus og relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=4.31$, $p=.039$). Dette er illustrert i figur 1. Vi ser at interaksjonseffekten kommer av at pasienter som har barndomstraumer og rus skårer likt på PANSS excitative som dem som ikke har rus men har barndomstraumer, men at de som ikke har barndomstraumer men som ruser seg, har høyere skåre enn de andre gruppene.

Ingen andre analyser var signifikante.

Figur 1.



Covariates som vises i modellen evalueres ved følgende verdier: kjønn = .42, alder i år = 26.55

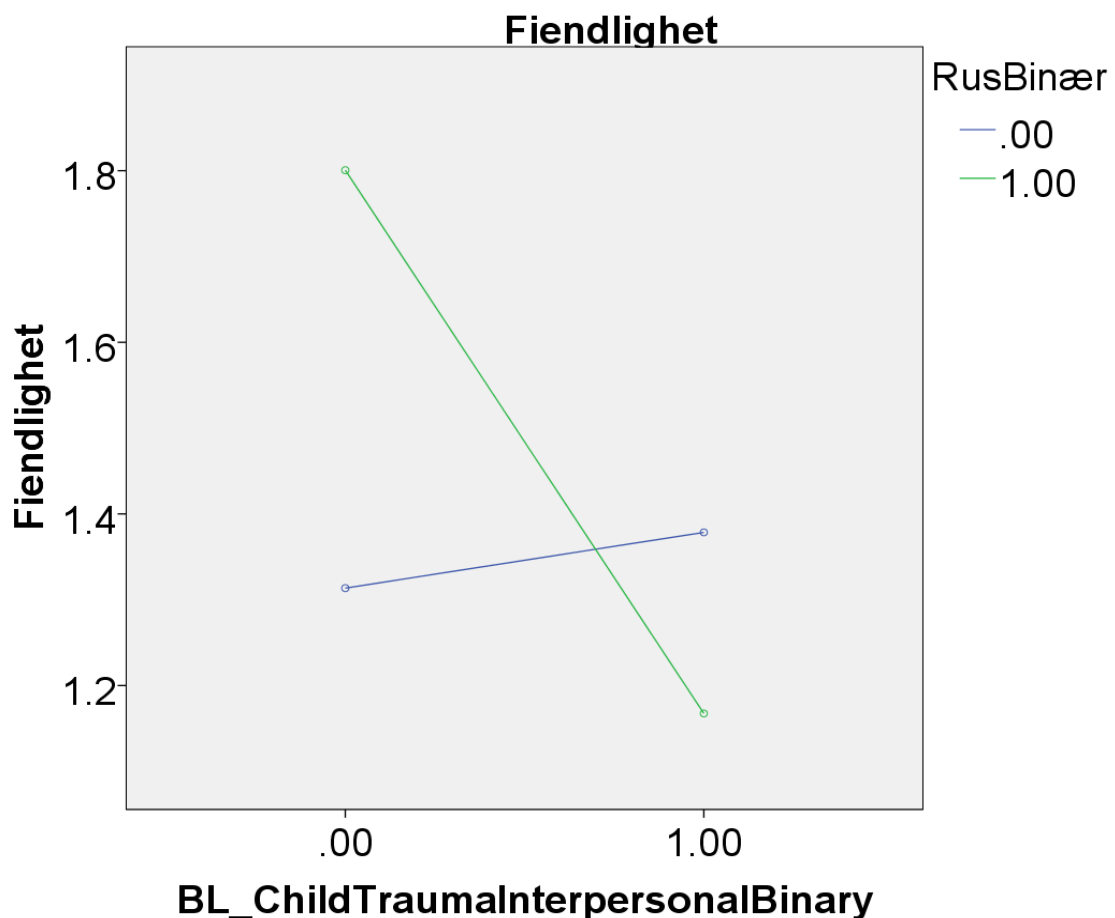
PANSS eksitative skalaen er sammensatt av enkeltpørsmål som måler litt ulike ting. Som oppfølging av den signifikante interaksjonseffekten, ble det gjennomført separate ANCOVAer for agitasjon, fiendtlighet, manglende samarbeidsvilje og dårlig impuls kontroll. For agitasjon var det en signifikant hovedeffekt av rus ($F(1,213)=10,030$, $p=.002$) men ikke relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=,242$, $p=,623$). Det var heller ingen signifikant interaksjon mellom rus og relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=,001$, $p=,975$). For fiendtlighet var det ingen signifikant hovedeffekt av rus ($F(1,213)=,856$, $p=,356$) heller ikke relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=3,785$, $p=,053$). Det var en signifikant interaksjon mellom rus og relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=5,810$, $p=,017$). For manglende samarbeidsvilje var det ingen signifikante

hovedeffekter av rus ($F(1,213)=3,775$, $p=.053$) heller ikke relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=3,248$, $p=.073$). Det var en signifikant interaksjon mellom rus og relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=4,226$, $p=.041$). For dårlig impuls kontroll var det ingen signifikant hovedeffekt av rus ($F(1,213)=.428$, $p=.514$) heller ikke relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=.085$, $p=.771$). Det var heller ingen signifikant interaksjon mellom rus og relasjonelle barndomstraumer ($F(1,213)=1,874$, $p=.172$).

Som figur 2 viser så er det mer fiendtlighet hos de enhetene som har brukt rus og ikke har traumer. De enhetene som har brukt rus og samtidig har opplevd relasjonelle barndomstraumer, viser mindre fiendtlig atferd.

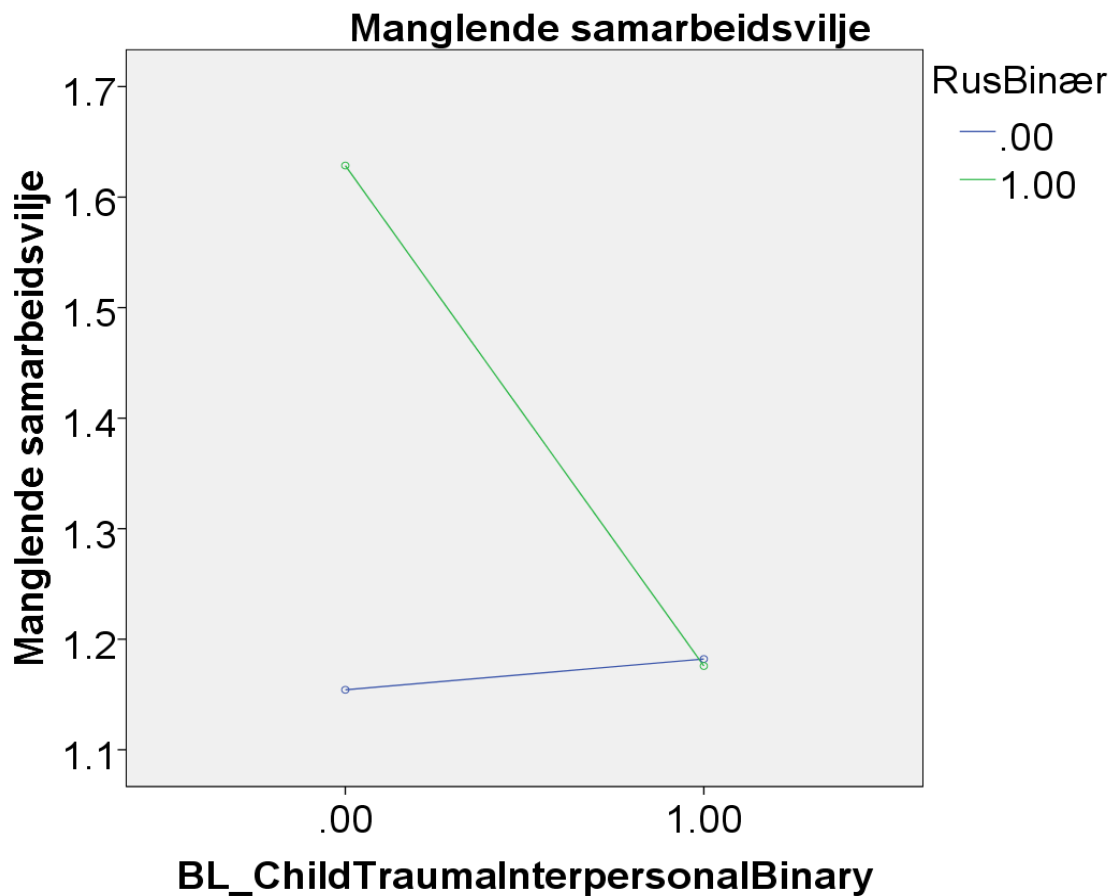
På figur 3 så er det tydelig at det er en større manglende samarbeidsvilje hos enhetene som har brukt rusmidler og ikke har opplevd traumer. Enhetene som har brukt rus og opplevd relasjonelle barndomstraumer har en større samarbeidsvilje.

Figur 2.



Covariates som vises i modellen evalueres ved følgende verdier: kjønn = .42. alder i år = 26.55

Figur 3.



Covariates som vises i modellen evalueres ved følgende verdier: kjønn = .42. alder i år = 26.55

Selv om utvalget var stort, så er det sjekket for signifikansnivået og graden av utvalgstilfeldighet. Det ble utført en Kji-kvadrat test av uavhengighet for å undersøke forholdet mellom rus og relasjonelle barndomstraumer. Forholdet mellom disse variablene var ikke signifikant, $X^2(2, N = 219) = ,528, p = ,564$. Rus hadde ingen statistisk signifikant sammenheng ($p \Rightarrow ,05$) med relasjonelle barndomstraumer.

4.4 Er det en interaksjon mellom relasjonelle barndomstraumer og rus med tanke på prognose med tanke på remisjon fra FEP?

Den binære logistiske regresjonsanalysen viste ingen signifikante hovedeffekter av rus eller relasjonelle barndomstraumer og heller ingen interaksjonseffekter. Se tabell 5.

Tabell 5.

Classification Table^a

Observed	Predicted		
	Andreasen12mndsremisjon		Percentage Correct
	.00	1.00	
Ste Andreasen12mndsremisjon p 1	.00	1.00	
	132	6	95,7
	63	9	12,5
Overall Percentage			67,1

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Ste BL_ChildTraumaInterpersonal p 1 ^a Binary	-,169	,375	,203	1	,652	,845
RusBinær	,050	,400	,016	1	,900	1,052
BL_ChildTraumaInterpersonal Binary by RusBinær	-,758	,670	1,278	1	,258	,469
kjønn	,106	,316	,113	1	,737	1,112
alder	,033	,015	5,066	1	,024	1,033
Constant	- 1,434	,514	7,798	1	,005	,238

a. Variable(s) entered on step 1: BL_ChildTraumaInterpersonalBinary, RusBinær, BL_ChildTraumaInterpersonalBinary * RusBinær, kjønn, alder.

4.5 Oppsummering

Utvalget er gjort rede for i tabell 3, 4a og 4b. Det var ingen signifikante funn i sammenhengen mellom rus og traumer ved PANSS baseline generelt. Det var sammenheng mellom rus og traumer ved PANSS excitative noe som er vist i figur 1. Her ser vi at ved personer med traume, rus og psykose så er det lavere score på excitative symptomer enn uten traumer men med rus og psykose. Uten rus så er det generelt lavere score på excitative symptomer.

For å bedre forklare dette funnet ble det videre undersøkt de ulike variablene som er inkludert i excitative. Manglende samarbeidsvilje og fiendtlighet hadde signifikante funn i sammenhengen mellom rus og traumer men ikke i de øvrige variablene.

Sammenhengen i fiendtlighet er presentert i figur 2. Her ser vi at de som har rus og traumer scorer lavere på fiendtlighet enn de som har rus men ikke traumer.

Sammenhengen i manglende samarbeidsvilje er presentert i figur 3. Her ser vi at de som har rus og traumer scorer lavere på manglende samarbeidsvilje enn de som har rus men ikke traumer.

Ved remisjon etter 12 måneder ser vi ingen interaksjonseffekt mellom rus og relasjonelle barndomstraumer.

Diskusjonen i kapittel fem viser hvordan funn blir koblet til teori og metodiske utfordringer. Dette gjøres i samme oppbygging som forskningsspørsmålenes rekkefølge.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil funn, beskrevet i kapittel 4, bli diskutert i henhold til studiens tre forskningsspørsmål: 1. Påvirker relasjonelle barndomstraumer forekomsten av rusmisbruk ved FEP? 2. Er det en interaksjon mellom relasjonelle barndomstraumer og rus relatert til psykotisk symptombylde? 3. Er det en interaksjon mellom relasjonelle barndomstraumer og rus med tanke på prognose med tanke på remisjon fra FEP?

Ovenstående forskningsspørsmål er satt for å besvare problemstillingen i denne studien.

«Hvilken sammenheng er det mellom rusproblematikk og traumeerfaringer blant pasienter med førstegangs psykose (FEP, First Episode Psychosis).»

5.1 Påvirker relasjonelle barndomstraumer forekomsten av rusmisbruk ved FEP?

Hertz (2011) skriver om viktigheten av å se pasienter i et større bilde og se på alle mulige sammenhenger. Han er sikker på at alt henger sammen, men at vi ikke sikkert kan si på hvilken måte. Han skriver om en historie hvor han mener schizofreni ble utløst av psykoaktive stoffer og at bruken skyldes alvorlig barndomstraumer. Han skriver også om hvor viktig det er å finne bakgrunnen eller årsaken for hvorfor psykose oppstår. Årsaken for psykosen, når den er kjent for pasienten, mener Hertz (2011) kan gi bedre resultater på behandling og remisjon.

Tidlige traumer vil kunne gi personen en utsatthet for stress og føre til en kontinuerlig stresstilstand i kroppen (Arefjord, 2011). Psykose er en situasjon der stress overmannet personen og en ikke lenger takler livet på samme måte (Bergsholm, 2015; J. O. Johannessen, 2011). Arefjord (2011) påpeker at rusmiddelbruk er en mestringsstrategi for å unngå negative følelser og stress. Dette tyder på at stress er en fellesnevner i alle disse og at stress er med på å utløse psykose. Når det finnes forskning som viser at rus og psykose har en sammenheng (Toftdahl et al., 2016), at traumer påvirker psykose (Aakre et al., 2014; Devylder et al., 2013; Schafer & Fisher, 2011; Steel et al., 2011) og at rus og traumer påvirkes av hverandre (Brady & Back, 2012; Kjøsnes, 2014; Lanesskog, 2009; K.L. Mills et al., 2006; Roberts et al., 2016) er det lett å tro at det

finnes en sammenheng mellom alle tre. Tidligere forskning innenfor dette viser til både en sammenheng og en ikke eksisterende sammenheng (Aakre et al., 2014; Bhui & Warfa, 2010; Kim et al., 2010; Nancy et al., 2010; Scheller-Gilkey et al., 2004; Steinbuchel et al., 2009). Aakre et al. (2014) påpeker at kvinner med schizofreni og ruslidelser har en mer omfattende traumehistorikk enn de kvinnene som kun har ruslidelse. Dette er ikke sammenlignbart med dette studiet da alle her har FEP og det ikke er sjekket ved den øvrige befolkningen med andre diagnoser. Aakre et al. (2014) undersøkte spesifikt schizofreni og PTSD og påpekte at studiestørrelsen var liten, men resultatene kan indikere en sammenheng mellom alle tre faktorene. Bhui og Warfa (2010) undersøkte kun rusmiddelet Khat, og om dette hadde en sammenheng med psykose og traumehistorie. De fant ingen sammenheng hverken med psykotiske symptomer eller traumatiske hendelser i en populasjon basert på somaliske immigranter. Dette bygger opp under funnene i denne oppgaven, og kan indikere at bruk av Khat kan være mer generaliserbart enn studien påpeker. Kim et al. (2010) fant en sterk sammenheng mellom traumer og mer psykiske lidelser, men at dette ikke hadde en sammenheng med ruslidelser. Dette i en populasjon av bostedsløse menn. Dette er sammenlignbart med denne studien. Nancy et al. (2010) fant en sammenheng mellom eksponering for barndomstraumer og utfallet av et individs ruslidelse og psykisk lidelser. Det ble undersøkt forskjellen mellom to grupper, personer som fikk behandling for kombinerte psykiske lidelser og ruslidelser opp mot de som for øvrig ble behandlet i det ordinære helsevesenet. Dette står i motsetning til funnene i denne studien. Det kan indikere at det fremdeles eksisterer en sammenheng ved psykiske lidelser, men at denne ikke er generaliserbar til psykoselidelser. Scheller-Gilkey et al. (2004) fant også at personer som fikk behandling for schizofreni og ruslidelse hadde vært mer utsatt for og hadde mer alvorlige barndomstraumer enn pasienter med schizofreni som ikke hadde ruslidelser. I denne studien var det ikke funnet en sammenheng, noe som er overraskende gitt størrelsen på prosjektet studien har brukt data fra. Studiene som tar for seg spesielt schizofreni og PTSD, eller mer alvorlige barndomstraumer viser en sammenheng, noe som kan tyde på at ulike traumer og psykoselidelser allikevel kan ha en sammenheng. En tidligere nevnt utfordring kan være de selvrapporterte dataene rundt traumer og rus. Disse dataene korrelerer, er like/sammenhengende, med data fått 12 måneder senere. Fordi dataene er like gjør det at dette ikke kan forklare hvorfor den tidligere forskningen har ulike resultater. Det at det ikke er tatt høyde for alvorlighetsgraden av rusforbruket

kan også ha en påvirkning på resultatene. En annen forklaring kan være ulikhetene i forskningens metode og ulike holdepunkt eller fokus.

5.2 Er det en interaksjon mellom relasjonelle barndomstraumer og rus relatert til psykotisk symptombilde?

Interaksjonen mellom rus, traumer og symptombildet er det ikke funnet noen tidligere forskning på. Komorbiditet er allikevel assosiert med dårligere resultat av behandling og dårligere resultater enn for enten tilstand alene (Roberts et al., 2016). Her ser vi at store deler av symptombildet ved psykose ikke blir påvirket av en interaksjon mellom rus og traumer. Det er to hovedfunn på at fiendtlighet og manglende samarbeidsvilje er påvirket av interaksjonen mellom rus og traumer.

PANSS baseline; negative, positive og depressive ga ingen statistiske sammenheng på interaksjonen mellom rus og traumer. Det ble et funn på at rus og traumer hadde en interaksjon med det excitative symptombildet. Simonsen et al. (2010) fant at excitative symptomer hadde en negativ effekt ved tre måneders remisjon, altså det predikerte ikke remisjon ved tre måneder. Ved personer med traume, rus og psykose så er det lavere score på excitative enn uten traumer men med rus og psykose. Uten rus så er det generelt lavere score på excitative symptomer. Dette betyr at de som ikke hadde brukt rusmidler scoret lavere på, eller hadde mindre av, symptomer som agitasjon, fiendtlighet og impulsivitet. Videre ble det undersøkt hvilke av de ulike delene av dette symptomet som var med å påvirke sammenhengen. Agitasjon, eller kroppslig uro og dårlig impulskontroll, altså å handle uten å fortenke, hadde ingen statistisk signifikant interaksjon med rus og barndomstraumer. Både fiendtlighet og manglende samarbeidsvilje ga utslag i en interaksjon med rus og traumer, men på ulik måte. De enhetene som hadde både rus og psykose men ikke barndoms traumer var mer fiendtlige enn de som hadde rus, psykose og barndomstraumer. De enhetene som hadde både rus og psykose men ikke barndoms traumer hadde mer manglende samarbeidsvilje enn de som hadde rus, psykose og barndomstraumer.

Det er her, i denne oppgaven, valgt å se på fiendtlighet som både vold, sinne og aggresjon (Ellis, Weiss & Lochman, 2009). Disse begrepene er benyttet om hverandre videre i diskusjonen. Opler et al. (1992) skriver at følgende punkter om fiendtlighet, det

å verbalt eller eventuelt med trusler gå løs på andre, er fiendtlige handlinger. Manglende samarbeidsvilje er det å aktivt protestere i forhold til intervjuer, familie, sykehus eller andre. De forklarer at dette punktet i PANSS besvares ut i fra inntrykk eller observasjoner gjort av intervjuer, pleiepersonell eller familien.

Fraværet av traumer vises i enhetene i dette studiet i form av mer fiendtlighet og mer manglende samarbeidsvilje. Ruskulturen, stjeling, vold for å få penger og problemer med politiet (Fekjær, 2016) kan gjøre en mer utsatt for fiendtlighet og å ikke ønske å samarbeide med etater som tidligere har skuffet eller ikke tatt imot de (Furuholmen & Schanche Andresen, 2012). Mens rus som selvmedisinering kan gjøre at personer sitter mer inne og unngår farlige miljøer. Selvmedisinering kan være et ønske om hjelp og dermed fremme samarbeidsviljen. Dette kan implisere at de ulike gruppene kommer fra ulike subkulturer, og at de uten traumer kan være mer aktivt deltakere i ruskulturen eller rusmiljøer.

Skog (2006) påpeker at i en kultur, finnes det sosiale normer som er allment akseptert. Disse er forskjellige fra kultur til kultur. De fleste retter seg etter normene, selv om de er uenige i dem, avhengig av hvilken subkultur en refererer til. En subkultur er en kultur som avviker fra «normalen», eksempler er ruskultur, religiøse kulturer og kulturer basert på interesser som surfekultur. Ruskulturen er en kultur som ofte tar imot dem som er litt annerledes, med åpne armer. I ruskulturen er det normer og regler som blant annet gjør at kriminalitet og vold er mer anerkjent og koblet til respekt. (Skog, 2006)

Fekjær (2016) påpeker «at det krever mindre kriminelt sinnelag å utføre norm- og regelbrudd under rus enn ellers.» (Fekjær, 2016, s. 187). Undersøkelser rundt vold og kriminalitet som forekommer på grunn av ruspåvirkning, gjøres sjeldent i Norge. I første halvdel av 90-tallet viser tallene at kvinnemishandling, voldtekt, grov vold, drap, ran og ildspåsettere uten vinningsmotiv gjøres i stor grad i ruspåvirket tilstand. Slik som voldtekt er det av 85 tilfeller 64 % som var i ruspåvirket tilstand og 10 % i edru tilstand, de resterende var ikke opplyst (Fekjær, 2016; Skog, 2006). Fekjær (2016) påpeker og at rusmiddelmissbruk er sterkere involvert i vinningsforbrytelser. Dette kan tyde på at ruskulturen er mer preget av fiendtlighet og utfordringer med politiet og hjelpeinstanser enn personer som ikke ruser seg eller personer som har råd til forbruket sitt. Ved å ruse seg har man allerede gått over en terskel til å gjøre noe «ulovlig» og dermed også gjøre terskelen mindre for å utføre ulovlige handlinger igjen. Rus og abstinenser kan også

gjøre at personer har lettere for å utføre kriminelle handlinger for å sikre neste dose. Dette er ikke direkte forklaring på funn, men det kan si noe om rusen sin rolle på agitasjon. Det som kan stride imot tanken om ulike kulturers medvirkning, er at begge gruppene benytter seg av rusmidler. En mulig forklaring på manglende samtykke kan være manglende samarbeidsvilje, selv om ikke dette kan bekreftes. Eller det kan også være en forklaring, at summen av utfordringer er så stor at pasientene ikke har resurser til deltakelse, dette kan heller ikke bekreftes.

Fekjær (2016) skriver at det finnes ulike brukere av narkotiske rusmidler. Det er de som er narkomane som bruker rus daglig og som ofte er innom hjelpeapparatet for å få hjelp til å senke forbruket sitt. Og så er det de som bruker rusmidler, da oftest hasj, kokain, amfetamin og ecstasy, som kun bruker dette en gang i uka. Disse «helgebrukerne» er ofte mer velfungerende og har fast bopel og skole eller arbeid. Fekjær (2016) nevner at hovedregelen er at narkomane har hatt store personlige problemer i oppveksten. Store personlige problemer i oppveksten kan vises i form av traumer, dette kan være en forklaring på hvorfor denne gruppen har større samarbeidsvilje og forståelse for at de har et behov for hjelp. Det er for lite differensiering i denne studien for å si noe sikkert om dette. Fekjær (2016) nevner også at risikofaktorene for misbruk av narkotika er mye av de samme som for psykiske lidelser (Fekjær, 2016). Dette med at det er to hovedforskjeller i brukere av narkotiske rusmidler kan være en forklaringsmulighet for funnene i denne forskningen. Det kan tyde på at traumer kan være med på å definere forskjellen på hvilken type bruker en har disposisjon for å bli. Fekjær (2016) nevner også en tredje gruppe, de som kun er avhengige av legemidler. Han skriver at disse er mer velfungerende og ofte ikke ute i det samme miljøet som de andre gruppene er.

Landheim, Bakken og Vaglum (2003) fant i sin studie at det er tydelige undergrupper blant rusmiddelbrukere. Dette i form av hvordan de var psykisk påvirket eller ikke. De påpeker at personer som var avhengig av mer enn tre rusmidler (inkludert alkohol) var mer utsatt for å være antisosial, passiv-aggressiv og for å ha borderline personlighetsforstyrrelse enn de som for øvrig var avhengig av færre rusmidler. Dette er ikke undersøkt i denne studien, men tyder på at en bredere forskning på ulike type traumer og spesifisering av rusmiddelmissbruket kan være nødvendig.

Fekjær (2016) påpeker at rus blir brukt som en flukt og et «handicap», at når man er beruset så er det rusen som er skyld i handlingene og ikke personen. At derfor ikke

ubehagelige opplevelser, angst og virkeligheten kjennes på som like sterkt. Han påpeker at den som til vanlig er verbalt aggressiv kan tillate seg å utøve vold når han er ruspåvirket.

Bengtson, Steinsvåg og Terland (2004) påpeker at dersom personer opplever fiendtlighet i nærmiljøet de ferdes i, ser fiendtlighet eller vold, utsettes for det eller har opplevd det i tidlig barndom så økes faren for selv å gjøre dette. Fagan (2001) skriver i sin artikkel, etter å ha undersøkt flere studier, at av barn utsatt for overgrep så vil 20-50 % bli overgripere i løpet av livet. Bengtson et al. (2004) påpeker også at hvilke typer overgrep, traume eller omsorgssvikt, varighet, alvorlighet, hyppighet og hvem som var overgripere vil påvirke atferden i senere tid. Det er ikke i denne oppgave sjekket om de ulike gruppene er forskjellige i forhold til hvilke type traumer de selv har vært utsatt for eller opplevd. Dette kan være diskusjon for videre forskning.

Bengtson et al. (2004) påpeker at barn som har opplevd traumer og vold ofte søker mot selvskading, aggresjon og unnvikelse. De vil kunne trekke seg unna sosialt samspill, forsøke å holde følelsene på avstand og domineres av en generell mistillit og motstand. Dette sammen med tilgjengeligheten for rusmidler vi kunne skape utfordringer, fiendtlighet og motstand i form av manglede samarbeidsvilje i senere år. (Bengtson et al., 2004). Bengtson et al. (2004) påpeker at ungdom som har opplevd traumer og som har utviklet en fiendtlig atferd for å gjenopprette makt/avmakt balansen ofte vil ha møtt tøffe konsekvenser i skolen, hjelpeapparatet, rettsvesen eller fengsel i ytterkantene (Bengtson et al., 2004). Dette står i motsetning til funnene i denne studien der det er personene som ikke har opplevd traume som er mer fiendtlige og har mindre samarbeidsvilje. Den sosiale og kulturelle bakgrunnen til de ulike enhetene eller personene er ikke inkludert i denne studien og det kan derfor ikke sjekkes om dette spiller inn på resultatene.

Det å være voldelig/fiendtlig får ifølge Bengtson et al. (2004) samfunnsmessige reaksjoner som fordømmelse, utstøtelse og ekskludering av det sosiale fellesskapet. Furuholmen og Schanche Andresen (2012) påpeker at rus også gir samfunnsmessige reaksjoner lignende de av vold. Bengtson et al. (2004) skriver at sub kulturen og de normer og regler som gjelder innenfor den vil påvirke hvordan holdninger, handlinger og væremåte er i voksenlivet. I en subkultur preget av rus vil ofte vold og kriminalitet skape redsel og respekt. Det kan tenke seg at det er den samme gruppen, i dette studiet,

som er mer fiendtlige og som har en større manglende samarbeidsvilje. Da Bengtson et al. (2004) skriver om at hos de som har vokst opp i et fiendtlig miljø vil de indre arbeidsmodellene, som Killén (2015) nevnte, være preget av mye motstand mot etater. Over tid blir personen mindre tilgjengelig for hjelp og samarbeid. De blir hardere, lukker seg vekk fra omverdenen og stenger alt ute for å beskytte seg selv. Bengtson et al. (2004) påpeker også viktigheten av samarbeid for mulig behandling, noe som kan vise seg vanskeligere innenfor denne gruppen med komorbiditet og manglende samarbeidsvilje. Dette tyder på viktigheten av å undersøke dette videre og om det er denne gruppen som er preget av mindre remisjon av symptomer.

De indre arbeidsmodellene kan, etter relasjonelle barndomstraumer, påvirke oppfatningen av selvet. Killén (2015) påpeker at oppfatninger som kroniske hjelpeløse, maktesløse og i fare kan bidra til stress og derfor økt risiko for depresjon og paranoide forestillinger. De indre arbeidsmodellene gjør noe med hvordan en person oppfatter seg selv og omsorgspersonene. Det sier noe om hva de forventer av omsorgspersonene som de også bringer med seg videre i livet om hva de kan forvente av andre mennesker. For eksempel hvis de har blitt avvist av omsorgspersonene, så forventer de å bli avvist av alle mennesker de møter. Dette påvirker det sosiale livet og hvordan en person selektivt utvelger sosial informasjon (Killén, 2015). Dette kan påvirke hvilken kultur personen føler seg inkludert i. Forsvarsmekanismer som er lært tidlig vil også bli internalisert, de vil bli en del av personens handlingsalternativer, som for eksempel aggresjon, dissosiering, benekting eller bagatellisering. Det at Killén (2015) mener at barndomstraumer kan føre til utvikling av forsvarsmekanismer som vold, står i motsetning til funn i denne studien. Hun påpeker at relasjonelle barndomstraumer har noe av de samme symptomene som blant annet schizofreni, noe som kan bygge opp under tidligere forskning der disse elementene viser en sammenheng mellom schizofreni, barndomstraumer og rus.

Boles, Joshi, Grella og Wellisch (2005) gjorde en studie med personer i rusbehandling. De rapporterte at de som har opplevd seksuelt misbruk som barn, var yngre når de kom inn til behandling og hadde større sannsynlighet for å ha komorbide psykiske lidelser. De var oftere avhengig av alkohol og kokain og hadde høyere nivåer av kriminell aktivitet og negativ innflytelse. Det er ikke undersøkt videre i denne studien hvilken

aldersgruppe som er mest preget av rus og traumer. Det kan være nyttig å se om alder har en påvirkning på de samme elementene og symptomene.

For noen kan rus døyve smerten etter traumer fra omsorgssvikt. Atferd som rusproblematikk er en velkjent og godt dokumentert utvei for mange som sliter etter traumatiske hendelser. Omsorgssvikt i barndommen kan ha en rekke konsekvenser både fysisk, psykisk og sosialt (Killèn, 2009). Lossius (2011b) skriver at rusmidler påvirker hjernen på samme området når en person ruser seg som når mennesker opplever nærhet og glede i forhold til andre mennesker. Rusmidler kan også endre intensiteten i følelser som sinne og glede, dempe angst og fungere som «time out» på den måten at hverdagens realiteter blir satt på vent. Rus kan dempe fysiske og psykiske smerter og emosjonelle tomrom, og på den måten være brukt som selvmedisinering. Hun nevner at det ikke finnes noen entydige grenser for når rusmiddelbruk blir skadelig eller farlig. I Norge brukes ICD-10 (kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer) (World Health Organization, 1993) til å diagnostisere rusproblemer, og dette verktøyet skiller mellom skadelig bruk og avhengighet. Et skadelig bruk er bruk der rusmiddelinntaket fører til fysiske eller psykiske skader. Dette studiet har ikke tatt høyde for mengde eller hvilke type rusmidler som har vært benyttet. Det er heller ikke dokumentert om pasienten selv har benyttet rusmiddelet som selvmedisinering, flukt eller glede.

Grønningsæter (2011) skriver at aggresjon ofte er følge av vrangforestillinger om forfølgelse, som er utbredt blant rusrelaterte psykosetilstander. Hun påpeker at dette ofte er knyttet til amfetaminbruk. Denne studien har ikke delt rusrelatert psykose og ulike rusmidler og har derfor ikke noe grunnlag for å si om dette stemmer med funnene om fiendtlighet.

Det er mulig at traumer kan sees på som en beskyttende faktor. En annen forståelse kan være at dette handler om to ulike grupper, og at traumer endrer personens indre arbeidsmodeller og at de har mer empati og forståelse for seg selv og andre.

John Bowlby (Bowlby, 1969, 1973, 1980) utviklet en teori om tilknytning, at alle mennesker har et behov for å knytte emosjonelle bånd til andre mennesker. Sentralt i teorien er at det i tidlig barndom er behov for gjensidighet i samspillet mellom barn og omsorgsgiver. Omsorgsgiver må lære barnet å regulere egne følelsesmessige reaksjoner som for eksempel aggresjon, da dette ikke er en medfødt egenskap hos mennesket.

Omsorgssvikt eller traumer i nære relasjoner kan påvirke hvilken tilknytning disse pasientene har. Killén (2015) påpeker at mangel på trygg tilknytning og traumatisk stress kan disponere en person til å bli impulsiv, voldelig og overaktiv. Hvis pasientene med traumer ikke har fått behovet om tilknytning oppfylt, så har de mulig ikke lært å regulere følelsene sine rundt agitasjon. Denne teorien motstrider funnene i denne studien, da det er de uten traumer som har mer fiendtlighet. Dette indikerer at videre forskning må til for å undersøke hvilke andre faktorer som spiller inn på funnene i denne studien. Bowlby hadde også teorien som tidligere er nevnt (Killén, 2009) om indre arbeidsmodeller, og at erfaringer setter et minnespor som gjør at handlinger og holdninger generaliseres til å gjelde alle mennesker, også i voksen alder. Dersom et barn utsettes for traumer i tidlig barndom, så vil utviklingen kunne bli påvirket. Dette påvirker den sosiale kompetansen, noe som får betydning også for allianse, tillit og samarbeid i senere behandlingstilbud (Arefjord, 2011). Dette kan være en forklaringsmulighet på funnet rundt agitasjon og manglende samarbeidsvilje. At de ulike gruppene er preget av ulike relasjoner og hvordan de har blitt møtt av omsorgsgivere i tidlig barndom.

Empati er muligheten til å forstå hvordan andre føler, kunne sette seg mentalt i en annens sted og respondere til personen deretter (Killén, 2015). Det å ha empati vil dempe aggresjon og fiendtlighet da personen har muligheten til å sette seg inn i hvordan dette vil få den andre til å føle seg. Som Killén (2015) påpeker, så vil evnen til å forstå egne relasjonelle barndomstraumer eller overgrep kunne hjelpe og forhindre fremtidige overgrep og voldelig oppførsel. Dette kan være en forklaring på hvorfor gruppen som også hadde traumer scoret lavere på symptomet fiendtlig.

Skog (2006) nevner at aggresjon og vold under rus, i stor grad er styrt av kulturelle regler. Rusmiljøet er i seg selv en egen subkultur med egne regler og normer. Funnene som viser at personer som ruser seg og har traumer er mindre aggressive enn de som ruser seg og ikke har traumer, kan være et tegn på ulik kulturelle betingelser i det samfunnet eller subkulturen de har befunnet seg i før behandling. Det er for lite data rundt dette til å kunne bekrefte eller avkrefte hypotesen så videre forskning er nødvendig.

Karlsson (2013) påpeker at mennesker har et behov for å passe inn, ha en jobb, stabil økonomi, gode relasjoner og å være normal. Dersom dette ikke møtes så er det større

risiko for en svekket mental helse. Dersom disse personene er i arbeid, og har et velfungerende sosialt liv, så vil risikoen for psykiske lidelser være lavere. Det rapporteres om bedre psykisk helse dersom mennesker er i arbeid og opplever samhold og mestring (Karlsson, 2013). Manglende samarbeidsvilje og fiendtlighet kan være uheldig for arbeid og sosialt liv. Dermed kan dette være en mulig hemmer for bedring og remisjon.

5.3 Er det en interaksjon mellom relasjonelle barndomstraumer og rus med tanke på prognose med tanke på remisjon fra FEP?

Prognosen, hvordan sykdommen vil forløpe for pasientene, med tanke på remisjon, tilfriskning symptomatisk eller bedring, er en av grunnene til at TIPS startet sitt prosjekt. De hadde en tanke om at tidlig intervensjon vil kunne gi en bedre prognose og føre til at flere opplevde bedring (Langeveld et al., 2012).

Det ble undersøkt om rus og relasjonelle barndomstraumer hadde en interaksjon med tanke på remisjon etter tolv måneder. Her er det ikke funnet en sammenheng i interaksjonen mellom rus og traumer i denne studien. Det er heller ikke undersøkt direkte på sammenhengen her som funnet tidligere. Det vi vet er at rus og traumer hver for seg har en påvirkning på psyken, noe som henger sammen med funn i tidligere forskning. Dette står i motsetning til det Roberts et al. (2016), som tidligere nevnt, sier om at komorbiditet, altså nærværet av en eller flere sykdommer foruten en primær sykdom, er allment anerkjent som vanskelig å behandle. Dette er assosiert med dårligere resultat av behandling og dårligere resultater enn for en av tilstandene alene. Det at denne forskningen tar for seg tilstedeværelsen og sammenhengen mellom tre symptomer som kan være sykdommer i seg selv, kan spille inn. Også hvilken type behandling disse pasientene har fått, kan spille inn på resultatet. Som Roberts et al. (2016) nevner, så er noen former for behandling mer virkningsfulle enn andre. Dette bekrefter behovet videre undersøkelse har for behandlingsform.

Boles et al. (2005) nevner at de som var seksuelt misbrukte som barn og ruste seg på alkohol og kokain, hadde lavere sannsynlighet for å bli avholden etter behandling. Dette kan tyde på at ulike typer rusbruk og ulike traumer kan ha påvirkning på prognosen. Metoden her og valg av å slå alt av traumer og rusmisbruk under ett, kan være en svakhet for å oppnå resultater.

5.4 «Hvilken sammenheng er det mellom rusproblematikk og traumeerfaringer blant pasienter med førstegangs psykose(FEP, First Episode Psychosis).»

For å oppsummere: Rusproblematikk og traumeerfaring har ikke en direkte sammenheng hos pasienter med førstegangs psykose. Tidligere forskning har ulike resultater som viser til enkelte sammenhenger, men det er ikke undersøkt sammenheng mellom traumer, førstegangspsykose og rus som i denne studien. Funnene som viste en sammenheng hadde hovedsakelig gått ut fra schizofreni og alvorlige barndomstraumer eller PTSD. Dette kan være en mulig årsak til at denne studien ikke fant en sammenheng.

Det er en sammenheng med rus og relasjonelle barndomstraumer ved enkelte symptomer på psykose. Rus og relasjonelle barndomstraumer har en sammenheng på de excitative symptomene fiendtlighet og manglende samarbeidsvilje. Det finnes ulike måter dette kan forklares på, men det behøves mer forskning for å kunne si noe sikkert.

Det ble funnet en sammenheng mellom rus og traumer ved symptomet fiendtlighet. Det ble også funnet en sammenheng mellom rus og traumer ved symptomet manglende samarbeidsvilje. Mulige forklaringer som er forsøkt diskutert i denne studien er kulturelle forklaringer ut i fra ulike subkulturer. At det finnes ulike brukere av ulike rusmidler, og at antall, mengde og hvor ofte rusmidler benyttes preger symptom bildet. Narkomane er oftere preget av traumer, eller alvorlige problemer i barndommen, og søker oftere hjelp. Sosial påvirkning, alder og ulike former for overgrep er en mulig forklaring som det ikke er grunnlag i denne studien for å si noe om. Selvmedisinering, ulike former for rus og traume som beskyttelse er og nevnt som mulig forklaring. Det behøves videre forskning for å kunne si hva som er årsaken og forklaringen på denne sammenheng.

Det er ikke funnet en sammenheng ved remisjon, men komorbiditet er anerkjent til å predikere dårligere resultat av behandling.

5.4.1 Kritisk tilbakeblikk

Det finnes flere styrker ved dette studiet, som en streng definisjon av gruppene som er inkludert i forskningen, inklusjonen av kun pasienter som har søkt behandling og som oppfyller kravene for psykose. Også ekskluderingskriterier for IQ vil beskytte for påvirkning av funksjonelt funksjonshemmingsnivå. Selv om det er flere styrker, er det også flere svakheter som påvirker studien som for eksempel retrospektiv selvrapporterte traumer og rus. Disse har vært sjekket etter tolv måneder, noe som kan styrke validiteten. Tidligere forskning styrker reliabiliteten av data gitt av individer med alvorlige psykiske lidelser (Fisher et al., 2011). Det er allikevel ikke mulig å si at disse dataene er nøyaktige. Dataene i dette materialet er store, noe som også er en styrke. Innenfor illegale rusmidler, så er det ikke tatt høyde for de nye psykoaktive rusmidlene som enda ikke er registrert ulovlige. Det er heller ikke tatt høyde for om rusproblematikken er så alvorlig at den kan klassifiseres som en lidelse eller om det er et engangstilfelle. Lite differensiering av de ulike elementene, at det ikke er delt opp i mengde, ulike former og bruk av rusmidler, ulike typer traumer og at det ikke er inkludert kulturelle og sosiale faktorer, kan ha påvirket resultatene og gitt mindre mulighet for å forstå bakgrunnen for funnene.

Det er ikke i denne studien sett på forskjeller i rusmidler, mengde, type eller antall ganger rus har blitt misbrukt, eller ulike former for traumer. For å få et bedre helhetsbilde over mulige sammenhenger enn det som er kartlagt i denne undersøkelsen, kan det være nødvendig med videre forskning på ulike traumer og mengde/type rus, eller ulike former for traumer.

Den tidligere forskningen tar for seg ulike rusmidler, ulike former og alvorlighetsgrader av traumer og ulike psykiske lidelser og psykosediagnoser. Da oppgavens resultater og tidligere forskning kan tyde på at det likevel eksisterer en form for sammenheng, bør det forskes mer på for å få et tydeligere svar.

Det er ikke i denne oppgave sjekket om de ulike gruppene er forskjellige i forhold til hvilke type traumer de selv har vært utsatt for eller opplevd. Dette kan være diskusjon for videre forskning. Det kan være en ide å se på om det er den gruppen som har både rus, traumer, FEP og høyere nivå av symptomet fiendtlighet også er de som har høyere nivå av manglende samarbeidsvilje. Da personer som har vokst opp i et fiendtlig miljø også har en motstand mot etater og behandling, og samarbeid er viktig for å oppnå

bedring, noe som kan indikere at dette er samme gruppen. Remisjon innen denne gruppen kan derfor også være nyttig å undersøke.

Videre forskning på hvilken aldersgruppe som er mest preget av rus og traumer kan være nyttig for feltet, da omsorgssvikt eller seksuelle misbruk som barn er yngre pasienter (Boles et al., 2005). De kulturelle betingelsene og ulike typer rusmiljø kan være en mulig forklaringsmodell i denne forskningen, men videre forskning er nødvendig for å kunne si noe om dette.

Det at denne studien valgte å ta alt av rus under ett og alt av relasjonelle barndomstraumer under ett, kan ha hatt betydning for resultatene. Det at den ulike tidligere forskningen hadde ulike nyanser i dette, kan tyde på at det finnes mulige sammenhenger som ikke denne studien har fått nyansert.

Mer forskning må til for å si noe om årsakssammenheng, mulig forklaring og betydning funnene har på behandling og forståelse rundt disse pasientene.

6.0 Referanser

- Aakre, J. M., Brown, C. H., Benson, K. M., Drapalski, A. L. & Gearon, J. S. (2014). Trauma exposure and ptsd in women with schizophrenia and coexisting substance use disorders: Comparisons to women with severe depression and substance use disorders. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural]. *Psychiatry Research*, 220(3), 840-845.
- Anstorp, T. (2003). Noen erfaringer med alvorlig dissosiasjonsproblematikk og heling gjennom terapi. I I. H. Anstorp T., B., Torp, E., (red.), *Fra skam til verdighet. Teologisk og psykologisk arbeid med vold og seksuelle overgrep* (s. 188-214). Oslo: Universitetsforlaget.
- Anstorp, T. & Benum, K. (red.). (2014). *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Arefjord, N. (2011). Personlighetsforstyrrelser og ruslidelser. I K. Lossius (red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 91-114). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bengtson, M., Steinsvåg, P. & Terland, H. (2004). Ungdom bak volden. *Forståelse og behandling av ungdom med volds-og aggresjonsproblemer*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Bergsholm, P. (2015). Forssvinner schizofreni? Psykosediagnostikens falitt. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 52(8), 12.
- Bhui, K. & Warfa, N. (2010). Trauma, khat and common psychotic symptoms among somali immigrants: A quantitative study. *Journal of Ethnopharmacology*, 132(3), 549-553.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Boles, S. M., Joshi, V., Grella, C. & Wellisch, J. (2005). Childhood sexual abuse patterns, psychosocial correlates, and treatment outcomes among adults in drug abuse treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(1), 39-55. doi: 10.1300/J070v14n01_03
- Borge, A. I. H. (2003). *Resiliens*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment; john bowlby*: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation* (vol. 2): New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (vol. 3): Basic books.
- Brady, K. T. & Back, S. E. (2012). Childhood trauma, posttraumatic stress disorder, and alcohol dependence. [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. *Alcohol Research*, 34(4), 408-413.

- Bretteville-Jensen, A. L. (2015). Produksjon og salg av nye psykoaktive stoffer-store forandringer fra de gamle narkotikamarkedene. I A. L. Bretteville-Jensen, Bilgrei O.R., (red.), *Nye psykoaktive stoffer en rusmiddelrevolusjon?* (s. 18-13). Oslo: Universitetsforlaget.
- Brown, R. J., Schrag, A. & Trimble, M. R. (2005). Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. . *The american journal of psychiatry*, 162(5), 6.
- Carey, K. B. (2002). Clinically useful assessments: Substance use and comorbid psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 40(11), 16.
- Collier, S. & Friedman, S. H. (2016). Mental illness among women referred for psychiatric services in a new zealand women's prison. *Behavioral Sciences & the Law*, 34(4), 539-550.
- Devylder, J. E., Wang, J. S., Oh, H. Y. & Lukens, E. P. (2013). Child loss and psychosis onset: Evidence for traumatic experience as an etiological factor in psychosis. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 90-94.
- Drake, R. E., Mueser, K. T. & Mchugo, G. J. (1996). Clinical rating scales: Alcohol use scale (aus), drug use scale (dus), and substance abuse treatment scale (says). I L. I. Sederer, B. Dickey & (red.) (red.), *Outcomes assessment in clinical practice*. (s. s. 113-116). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Dyregrov, A. (2000). Barn og traumer. *Oslo, Norway: Fagbokforlaget*.
- Ellis, M. L., Weiss, B. & Lochman, J. E. (2009). Executive functions in children: Associations with aggressive behavior and appraisal processing. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(7), 945-956.
- Everett, E. L. & Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven : Hvordan begynne - og fullføre* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Evjen, R., Boe Kielland, K. & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fagan, A. A. (2001). The gender cycle of violence: Comparing the effects of child abuse and neglect on criminal offending for males and females. *Violence and Victims*, 16(4), 457-474.
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus : Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2011). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: Implications of healthcare. I R. A. Lanius, Vermetten, E., Pain, C. (red.), *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic*. (s. 77-87). New York: Cambridge University Press.
- Fisher, H., Craig, T. & Fearon, P. (2011). Reliability and comparability of psychosis patients' retrospective reports of childhood abuse. *Schizophr Bull*, 37, 7.

- Follesø, G. S. (2003). Skam og skyld. *Anstorp, Hovland og Torp (red.) Fra skam til verdighet. Teologisk og psykologisk arbeid med vold og seksuelle overgrep.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Furuholmen, D. & Schanche Andresen, A. (2012). *Fellesskapet som metode om miljøterapi og rus* (vol. 3). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Garland, E., Pettus-Davis, C. & Howard, M. (2013). Self-medication among traumatized youth: Structural equation modeling of pathways between trauma history, substance misuse, and psychological distress. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(2), 175-185. doi: 10.1007/s10865-012-9413-5
- Grønningsæter, A. (2011). Psykoselidelser og rus. I K. Lossius (red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 115-134). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Guldvog, B. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser (is-2314)*. Oslo.
- Helsetilsyn, S. (2000). *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk*. Oslo: Utredningsserie
- Helsetilsynet. (2007). *Veileder landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser 2007*.
<https://www.helsetilsynet.no/upload/tilsyn/styringsdok/2007veilederkommhelsesosialpsykiske.pdf>.
- Hertz, S. (2011). Barne og ungdomspsykiatri, nye perspektiver og uante muligheter. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (vol. 2): Høyskoleforlaget Kristiansand.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Veiden, P. (2006). *Å forstå samfunnsforskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannessen, J. O. (2011). *Hva er psykose? Introduksjon om psykotiske lidelser for omsorgspersoner, familie og venner* (6 utg.). Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Karlsson, B. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*.
- Kay, S. (1991). *Positive and negative syndromes in schizophrenia. Assessment and research. Clinical and experimental research*. New York: Brunner/Mazel Inc.
- Kay, S., Fiszbein, A. & Opler, L. (1987). The positive and negative syndrome scale (panss)
for schizophrenia. . *Schizophrenia Bulletin*, 13, 15.
- Killén, K. (2015). *Sveket : I : Risiko og omsorgssvikt - et helseproblem og tverrfaglig ansvar* (5. rev. utg. [i.e. 2. utg. av 2-bindsutg.], utg. vol. I). Oslo: Kommuneforl.

- Killèn, K. (2009). *Sveket i*. Oslo Kommuneforlaget.
- Kim, M. M., Ford, J. D., Howard, D. L. & Bradford, D. W. (2010). Assessing trauma, substance abuse, and mental health in a sample of homeless men. *Health & Social Work*, 35(1), 39-48.
- Kjøsnes, R. (2014). Traumeforståelse i behandling av rusmiddelavhengighet. I B. K. Anstorp T. (red.), *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 142-162). Oslo: Universitetsforlaget.
- Landheim, A., Bakken, K. & Vaglum, P. (2003). Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. *European Addiction Research*, 9(1), 8-17.
- Lanesskog, J. O. (2009). *Epistler om rus og behandling* (vol. 1). Oslo: Tyrilistiftelsen Oslo.
- Langeveld, J., Joa, I., Friis, S., Ten Velden Hegelstad, W., Melle, I., Johannessen, J. O., . . . Larsen, T. K. (2012). A comparison of adolescent- and adult-onset first-episode, non-affective psychosis: 2-year follow-up. [journal article]. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(7), 599-605. doi: 10.1007/s00406-012-0308-9
- Lossius, K. (2011a). *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*: Gyldendal akademisk.
- Lossius, K. (2011b). Om å ruse seg. I K. Lossius (red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 23-39). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mills, K. L., Teesson, M., Darke, S., Ross, J. & Lynskey, M. (2004). Young people with heroin dependence. Findings from the australian treatment outcome study (atos). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(1), 6.
- Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J. & Peters, L. (2006). Trauma, ptsd, and substance use disorders. Findings from the australian national survey of mental health and well-being. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 6.
- Nancy, S., Wu, A., Laura, C., Schairer, B., Elinam Dellor, A. & Christine Grella, C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive Behaviors*, 35, 3.
- O'hare, T., Shen, C. & Sherrer, M. (2010). High-risk behaviors and drinking-to-cope as mediators of lifetime abuse and ptsd symptoms in clients with severe mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 255-263.
- Opler, L., Kay, S., Lindenmayer, J. & Fiszbein, A. (1992). Sci-panss. *Toronto: Multi-Health Systems Inc.*
- Ose, S. O., Jensberg, H., Kaspersen, S. L., Kalseth, B. & Lilleeng, S. (2008). *Kunnskapsstatus: Arbeid, psykisk helse og rus*. Trondheim: SINTEF Helse.

- Perry, B. D. & Herman, J. (1993). Trauma and defecation in the etiology of borderline personality disorder. In J. Pand(red.), *Etiology and Treatment*.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice (ninth edition ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Prasad, A. N. & Prasad, P. L. (2009). Children in conflict zones. [Review]. *Medical Journal Armed Forces India*, 65(2), 166-169.
- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N. & Bisson, J. I. (2016). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). doi: 10.1002/14651858.CD010204.pub2
- Schafer, I. & Fisher, H. L. (2011). Childhood trauma and psychosis - what is the evidence? [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 360-365.
- Scheller-Gilkey, G., Moynes, K., Cooper, I., Kant, C. & Miller, A. H. (2004). Early life stress and PTSD symptoms in patients with comorbid schizophrenia and substance abuse. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Schizophrenia Research*, 69(2-3), 167-174.
- Simonsen, E., Friis, S., Opjordsmoen, S., Mortensen, E. L., Haahr, U., Melle, I., . . . Røssberg, J. I. (2010). Early identification of non-remission in first-episode psychosis in a two-year outcome study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(5), 375-383.
- Skog, O.-J. (2006). *Skam og skade: Noen avvikssosiologiske temaer*: Gyldendal akademisk.
- Steel, C., Haddock, G., Tarrier, N., Picken, A. & Barrowclough, C. (2011). Auditory hallucinations and posttraumatic stress disorder within schizophrenia and substance abuse. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 199(9), 709-711.
- Steinbuechel, P. H., Wilens, T. E., Adamson, J. J. & Sgambati, S. (2009). Posttraumatic stress disorder and substance use disorder in adolescent bipolar disorder. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Bipolar Disorders*, 11(2), 198-204.
- Strine, T. W., Dube, S. R., Edwards, V. J., Witt Prehn, A., Rasmussen, S., Wagenfeld, M., . . . Croft, J. B. (2012). Associations between adverse childhood experiences, psychological distress, and adult alcohol problems. *American Journal of Health Behavior*, 36(3), 408-423. doi: 10.5993/AJHB.36.3.11
- Toftdahl, N. G., Nordentoft, M. & Hjorthoj, C. (2016). Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: A nationwide Danish population-based study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 51(1), 129-140.
- World Health Organization. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research.

Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of
borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 12.

Vedlegg 1

Forkortelser:

FEP: Førstegangsykose (First-Episode Psychosis)

TIPS: Tidlig oppdagelse og behandling av psykoser

TIPS-II: Tidlig intervensjon ved psykose

SUS: Stavanger Universitets Sjukehus

PICO: Søkeskjema (Patient, Intervention, Comparison, Outcome)

MeSH: emneordssystem (Medical Subject Headings)

AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test

DUDIT: Drug Use Disorder Identification Test

PANSS: Positive And Negative Syndrome Scale

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

PTSD: Post Traumatisk Stress Lidelse (Post Traumatic Stress Disorder)

BPD: Bi-Polar Lidelse (BiPolar Disorder)

SUD: Ruslidelse (Substance Use Disorder)

Vedlegg 2

PICO-skjema

Informasjonen oppgitt under danner grunnlag for innhenting av den forskningsbaserte kunnskapen. Vennligst vær så spesifikk som mulig. Slett eksempelteksten i de skarpe klammene og fyll inn informasjonen for din problemstilling. **NB! Kryss av/fyll inn kun der det er relevant!**

Problemstilling formulert som et presist spørsmål: Hvilken sammenheng er det mellom rusproblematikk og traumeerfaringer blant pasienter med førstegangs psykose (FEP, First Episode Psychosis)	
Pasientgruppe/populasjon/problem:	Personer innlagt for førstegangs psykose
Intervensjon/tiltak/eksponering:	Rusproblematikk
Sammenligning/alternative tiltak:	Traumeerfaringer
Utfall/endepunkter:	
Er det allerede gjort et søk etter retningslinjer? <input type="checkbox"/> Ja	
Hvilken type litteratur er av interesse (sett eventuelt flere kryss): <input type="checkbox"/> Retningslinjer x <input type="checkbox"/> Systematiske oversikter x <input type="checkbox"/> Primærstudier	
Hvilken type spørsmål dreier det seg om (sett kun ett kryss): <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Årsak x <input type="checkbox"/> Forekomst/utbredelse <input type="checkbox"/> Erfaringer	

Forslag til søkeord:			
Populasjon	Intervensjon	Sammenligning	Utfall
<p>Førstegangs psykose, First-episode psychosis, FEP, Pshychosis</p>	<p>Rusproblematikk, Rusmiddelmisbrukere, Rusmiddelavhengige, Stoffmisbrukere, Substance-Related Disorders, Drug Users, substance or drug and abuse* or addiction* or dependenc* or "use disorder*" or related disorder*</p>	<p>Traumer, Trauma,</p>	

Sentrale studier/artikler innen temaet:

Brown, R. J., Schrag, A., Trimble, M.R., (2005). Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. . The American Journal of Psychiatry, 162(5), 6.

Felitti, V. J., Anda, R.F., (2011). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: Implications of healthcare. I R. A. Lanius, Vermetten, E., Pain, C. (red.), The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic. (s. 77-87). New York: Cambridge University Press.

Mills, K. L., Teesson, M., Darke, S., Ross, J., Lynskey, M., (2004). Young people with heroin dependence. Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). Journal of Substance Abuse Treatment, 27(1), 6.

Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J., Peters, L., (2006). Trauma, PTSD, and substance use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. American Journal of Psychiatry, 163(4), 6.

Nancy S. Wu A, L. C. S. B., Elinam Dellor a, Christine Grella C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and

mental health disorders. Addictive Behaviors, 35, 3.

Perry, B. D., Herman, J., (1993). Trauma and defense in the etiology of borderline personality disorder. I j. Pand(red.), Etiology and Treatment.

Sarah Bendall, H. J. J., Carol A. Hulbert, & McGorry, A. P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: A systematic, critical review of the

evidence. Schizophrenia Bulletin 34(3), 11.

Saunders, J. B., Aasland, O.G., Babor, T.F., Fuente, J.R., Grant, M., (1993). Development of the alcohol use disorder identification test (audit): Who collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption Addiction(88), 13.

Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. Psychiatric Clinics of North America, 23(1), 12.

Eventuelle begrensninger:**Kontaktperson:**

Stine Tofte Sørensen, 99316690,

Ytterligere kommentarer:

Vedlegg 3

Søkehistorikk

Søk gjort 02.03.17

Database: Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

Search Strategy:

-
- 1 Psychotic Disorders/ (40651)
 - 2 (FEP or First Episode Psychos* or schizo* or psychos*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] (285441)
 - 3 1 or 2 (297563)
 - 4 exp Substance-Related Disorders/ (249576)
 - 5 Drug Users/ (2129)
 - 6 Alcoholics/ (784)
 - 7 Alcoholic Intoxication/ (11818)
 - 8 ((substance or drug) adj (abuse* or addiction* or dependenc* or "use disorder*" or related disorder*)).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] (133923)
 - 9 (drug adj (user* or addict* or abuser*)).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] (29560)
 - 10 (alcoholic* or alcoholic intoxication or drunkenness*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] (81286)
 - 11 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 (313838)
 - 12 exp Stress Disorders, Traumatic/ (28789)
 - 13 (traumatic stress disorder* or psychological trauma*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] (9567)
 - 14 12 or 13 (32649)

15 3 and 11 and 14 (386)

16 limit 15 to (danish or english or norwegian or swedish) (360)

Av disse 360 funnene var det syv som kunne være relevante for denne oppgaven.

Database: cochranelibrary

Search Strategy:

1 Psychotic Disorders/ (1811)

2 (FEP or First Episode Psychos* or schizo* or psychos*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] (27199)

3 1 or 2 (27472)

4 exp Substance-Related Disorders/ (11169)

5 Drug Users/ (89)

6 Alcoholics/ (9)

7 Alcoholic Intoxication/ (569)

8 ((substance or drug) adj (abuse* or addiction* or dependenc* or "use disorder*" or related disorder*)).mp.

[mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] (8741)

9 (drug adj (user* or addict* or abuser*)).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] (0)

10 (alcoholic* or alcoholic intoxication or drunkenness*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] (4669)

11 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 (19309)

12 exp Stress Disorders, Traumatic/ (1392)

13 (traumatic stress disorder* or psychological trauma*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance

word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] (3379)

14 12 or 13 (3401)

15 3 and 11 and 14 (253)

De fleste av resultatene her tar for seg ulik type behandling og effekten av denne. Det var ingen funn som var relevante for denne oppgaven.

Totale funn direkte relevante for problemstilling:

Aakre, J. M., Brown, C. H., Benson, K. M., Drapalski, A. L. & Gearon, J. S. (2014). Trauma exposure and ptsd in women with schizophrenia and coexisting substance use disorders: Comparisons to women with severe depression and substance use disorders. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural]. <i>Psychiatry Research</i> , 220(3), 840-845.
Bhui, K. & Warfa, N. (2010). Trauma, khat and common psychotic symptoms among somali immigrants: A quantitative study. <i>Journal of Ethnopharmacology</i> , 132(3), 549-553.
Collier, S. & Friedman, S. H. (2016). Mental illness among women referred for psychiatric services in a new zealand women's prison. <i>Behavioral Sciences & the Law</i> , 34(4), 539-550.
Kim, M. M., Ford, J. D., Howard, D. L. & Bradford, D. W. (2010). Assessing trauma, substance abuse, and mental health in a sample of homeless men. <i>Health & Social Work</i> , 35(1), 39-48.
Nancy, S., Wu, A., Laura, C., Schairer, B., Elinam Dellor, A. & Christine Grella, C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. <i>Addictive Behaviors</i> , 35, 3.
Prasad, A. N. & Prasad, P. L. (2009). Children in conflict zones. [Review]. <i>Medical Journal Armed Forces India</i> , 65(2), 166-169.
Scheller-Gilkey, G., Moynes, K., Cooper, I., Kant, C. & Miller, A. H. (2004). Early life stress and ptsd symptoms in patients with comorbid schizophrenia and substance abuse. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. <i>Schizophrenia Research</i> , 69(2-3), 167-174.
Steinbuechel, P. H., Wilens, T. E., Adamson, J. J. & Sgambati, S. (2009). Posttraumatic stress disorder and substance use disorder in adolescent bipolar disorder. [Research Support, N.I.H., Extramural]. <i>Bipolar Disorders</i> , 11(2), 198-204.

Vedlegg 4

Freyd Goldberg Trauma Survey

Dato dg/mnd/år	__ . __ . ____	Id nr	_____	Rater	___
Sted	1. Stavanger				
Tidspunkt	1. Inntak	2. Ikke aktuell	3.	2-år	4. 5-år
Intervjugrunn	1. Rutine				

For hver av de følgende hendelser: Spør pasienten og skriv antall ganger hendelsen har forekommet.

1. Har du opplevd alvorlig jordskjelv, brann, oversvømmelse eller annen naturkatastrofe som førte til betydelig tap av personlig eiendom, alvorlig personskade av deg selv eller andre som sto deg nær eller at du var redd for at du selv skulle dø?

Antall ganger

Før 18års alder	
Etter 18års alder	

2. Har du vært med på en større ulykke med bil, båt, motorsykkel, fly eller tog eller opplevd en større industriell katastrofe som førte til liknende følger som er beskrevet over?

Antall ganger

Før 18års alder	
Etter 18års alder	

3. Har du vært vitne til at noen som sto deg svært nær, foreldre, søsken, viktige omsorgspersoner eller ektefelle/samboer, har begått selvmord, er blitt drept eller er blitt skadet alvorlig, slik at de fikk synlige skader som sår, brukne ben eller brannskader? Dette kan inkludere at man har sett en venn blir skadet i krigshandlinger.

Antall ganger

Før 18års alder	
Etter 18års alder	

4. Har du vært vitne til at noen som ikke sto deg så nært gikk gjennom liknende hendelser som beskrevet ovenfor?

Antall ganger

Før 18års alder	
Etter 18års alder	

5. Har du vært vitne til at noen som sto deg svært nær med vilje angrep et annet familiemedlem slik at det førte til at denne ble alvorlig skadet som f eks at de fikk blåmerker, blødninger, utslåtte tenner eller brukne ben?

Antall ganger

Før 18års alder	
Etter 18års alder	

6. Har du blitt angrepet så alvorlig, som beskrevet ovenfor, av noen som sto deg nær?

Antall ganger

Før 18års alder	
Etter 18års alder	

7. Har du blitt angrepet så alvorlig, som beskrevet ovenfor, av noen som ikke sto deg svært nær?

Antall ganger

Før 18års alder	
Etter 18års alder	

8. Har du blitt tvunget til å ha noen for form seksuell kontakt, som beføling eller samleie, med noen som sto deg svært nær, som f eks foreldre eller kjæreste?

Antall ganger

Før 18års alder	
Etter 18års alder	

9. Har du blitt tvunget til å ha seksuell kontakt med noen som ikke sto deg svært nær?

Antall ganger

Før 18års alder	
Etter 18års alder	

10. Har du blitt følelsesmessig eller psykologisk mishandlet over en betydelig tidsperiode av noen som sto deg svært nær, som f eks foreldre eller kjæreste?

Antall ganger

Før 18års alder	
Etter 18års alder	

11. Har du blitt fysisk mishandlet over en betydelig tidsperiode av noen som sto deg svært nær,

som f eks foreldre eller kjæreste

Antall ganger

Før 18års alder	
Etter 18års alder	

12. Har du opplevd at dine egne barn har dødd?

Antall ganger

Før 18års alder	
Etter 18års alder	

13. Har du opplevd alvorlige traumer, som det ikke er blitt spurt om i disse spørsmålene?

Antall ganger

Før 18års alder	
Etter 18års alder	

Spørsmål om årsakssammenheng:

Om du har svart ja på noen av de 13 spørsmålene ovenfor, hvor sannsynlig mener du at det er at disse opplevelsene kan være årsak til de psykotiske opplevelsene du har hatt i forbindelse med at du ble med i TIPS-prosjektet?

Ikke sannsynlig	1	Moderat sannsynlig	3	Svært sannsynlig (med sikkerhet)	5
Lite sannsynlig	2	sannsynlig	4		

Spørsmål om gjenopplevelse:

Om du har svart ja på noen av de 13 spørsmålene ovenfor, i hvor stor grad har du opplevd at de psykotiske opplevelsene, hallusinasjoner, vrangforestillinger eller tankeforstyrrelser, er gjenopplevelser av dette?

Aldri	1	Halvparten av gangene	3	Alltid	5
Noen ganger	2	Flertallet av gangene	4		

Vedlegg 5

Drake skjema

Dato dg/mnd/år	___ . ___ . ____	Id nr	_____	Rater	___
Sted	1. Stavanger				
Tidspunkt	1. Inntak	2. Ikke aktuell	3. 2-år	4. 5-år	
Intervjugrunn	1. Rutine				

Her er noen spørsmål om din bruk av alkohol siste 12 måneder. Vi er takknemlige om du svarer så grundig og ærlig som mulig ved å markere det alternativ som gjelder for deg.

1. Hvor ofte drikker du alkohol?	Aldri <input type="checkbox"/>	Månedlig eller sjeldnere <input type="checkbox"/>	2-4 ganger i måneden <input type="checkbox"/>	2-3 ganger i uken <input type="checkbox"/>	4 ganger i uken eller mer <input type="checkbox"/>
2. Hvor mange alkoholenheter tar du på en typisk drikkedag? (En alkoholenhet er: 1 glass vin, 1 drink, en liten flaske pils, 33 l)	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7-9 <input type="checkbox"/>	10 eller flere <input type="checkbox"/>
3. Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer på en gang?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn månedlig <input type="checkbox"/>	Noen ganger i måneden <input type="checkbox"/>	Noen ganger i uken <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten daglig <input type="checkbox"/>
4. Hvor ofte har du i løpet av	Aldri	Sjeldnere enn månedlig	Noen ganger	Noen	Daglig eller

det siste året ikke vært i stand til å stoppe å drikke alkohol etter at du hadde begynt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i måneden <input type="checkbox"/>	ganger i uken <input type="checkbox"/>	nesten daglig <input type="checkbox"/>
5. Hvor ofte har du i løpet av det siste året unnlatt å gjøre ting du skulle gjort på grunn av drikking?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn månedlig <input type="checkbox"/>	Noen ganger i måneden <input type="checkbox"/>	Noen ganger i uken <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten daglig <input type="checkbox"/>
6. Hvor ofte har du i løpet av det siste året trengt en drink om morgenen for å komme i gang etter sterk drikking dagen før?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn månedlig <input type="checkbox"/>	Noen ganger i måneden <input type="checkbox"/>	Noen ganger i uken <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten daglig <input type="checkbox"/>
7. Hvor ofte har du i løpet av det siste året hatt skyldfølelse eller samvittighetsnag på grunn av drikking?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn månedlig <input type="checkbox"/>	Noen ganger i måneden <input type="checkbox"/>	Noen ganger i uken <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten daglig <input type="checkbox"/>
8. Hvor ofte har du i løpet av det siste året ikke husket hva som hendte kvelden før på grunn av drikking?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn månedlig <input type="checkbox"/>	Noen ganger i måneden <input type="checkbox"/>	Noen ganger i uken <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten daglig <input type="checkbox"/>
9. Har du eller noen andre blitt skadet som følge av	Nei		Ja, men ikke det siste året		Ja, det siste

drikkingen din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	året
10. Har en slektning eller venn, lege eller sykepleier, eller noen andre engstet seg over drikkingen din, eller antydnet at du burde redusere?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja, men ikke i løpet av siste år <input type="checkbox"/>	Ja, i løpet av siste år <input type="checkbox"/>

Her vil vi stille deg noen spørsmål om bruk av stoff. Vi er takknemlige for at du svarer grundig og ærlig på de alternativene som passer for deg.

1. Hvor ofte bruker du andre rusmidler/stoff enn alkohol? (Se listen over andre rusmidler)	Aldri <input type="checkbox"/>	1 gang i måneden eller sjeldnere <input type="checkbox"/>	2-4 ganger i måneden <input type="checkbox"/>	2-3 ganger i uken <input type="checkbox"/>	4 ganger i uken eller mer <input type="checkbox"/>
2. Bruker du flere typer stoff samtidig?	Aldri <input type="checkbox"/>	1 gang i måneden eller sjeldnere <input type="checkbox"/>	2-4 ganger i måneden <input type="checkbox"/>	2-3 ganger i uken <input type="checkbox"/>	4 ganger i uken eller mer <input type="checkbox"/>
3. Når du bruker stoff, hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du da stoff?	0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7 eller flere <input type="checkbox"/>

<p>4. Hvor ofte blir du kraftig påvirket av stoff?</p>	<p>Aldri</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Sjeldnere enn en gang i måneden</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Hver måned</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Hver uke</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Daglig eller nesten hver dag</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>5. Har du det siste året opplevd at suget etter stoff har vært så sterkt at du ikke kunne stå i mot?</p>	<p>Aldri</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Sjeldnere enn en gang i måneden</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Hver måned</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Hver uke</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Daglig eller nesten hver dag</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>6. Har det i løpet av det siste året hendt at du ikke har klart å slutte å ta stoff når du først har begynt?</p>	<p>Aldri</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Sjeldnere enn en gang i måneden</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Hver måned</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Hver uke</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Daglig eller nesten hver dag</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>7. Hvor ofte i løpet av det siste året unnlot du å gjøre ting du skulle ha gjort p.g.a. stoffbruk?</p>	<p>Aldri</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Sjeldnere enn en gang i måneden</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Hver måned</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Hver uke</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Daglig eller nesten hver dag</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>8. Hvor ofte i løpet av det siste året har du startet dagen med å ta stoff etter stort stoffinntak dagen før?</p>	<p>Aldri</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Sjeldnere enn en gang i måneden</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Hver måned</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Hver uke</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Daglig eller nesten hver dag</p> <p><input type="checkbox"/></p>

9. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt stoff?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uke <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="checkbox"/>
10. Har du eller noen andre blitt skadet (psykisk eller fysisk) på grunn av din bruk av stoff?	Nei <input type="checkbox"/>		Ja, men ikke det siste året <input type="checkbox"/>		Ja, det siste året <input type="checkbox"/>
11. Har en slektning eller venn, lege eller annen helsearbeider (eller noen andre), vært bekymret over din bruk av stoff, eller foreslått at du bør slutte med stoff?	Nei <input type="checkbox"/>		Ja, men ikke det siste året <input type="checkbox"/>		Ja, det siste året <input type="checkbox"/>

LISTE OVER NARKOTISKE STOFFER (OBS! IKKE ALKOHOL)

Sett et kryss ved de stoffene du har brukt det siste året.

Skriv på linja under hvilket stoff/rusmiddel du har brukt mest det siste året?

.....

Cannabis	Amfetamin Metamfetami	Kokain	Opiater Røykeheroi	Hallucinogene r	Løsningsm iddel	GHB och øvrige
-----------------	---------------------------------	---------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Marijuana	n	Crack	n	Ecstasy	Thinner	GHB
Hasj	Fenmetralin	Freebase	Heroin	LSD	Trikloretylen	Anabola steroider
Hasjølje	Khat	Kokablad	Opium	Meskalin	Bensin	Lystgass
	Betelnøtt			Peyote	Gas	Amylnitrat (poppers)
	Ritalin			PCP	Solution	Antikolinergika
				Psylocibin	Lim	
				DMT		

TABLETTER – LEGEMIDLER

Tabletter regnes som narkotiske stoffer når du tar:

- legemidler mer eller oftere enn legen har foreskrevet
- tabletter for å ha det moro, føle deg bra, bli "høy", eller prøve ut effekten av dem
- tabletter som du har fått av en slektning eller venn
- tar tabletter som du har kjøpt "svart" eller stjålet

Beroligende legemidler		Og/eller sovetabletter	Smertestillende legemidler		
Alprazolam	Halcion	Sobril	Adrinex	Durogesic	Norgesic
Apodorm	Heminevrin	Somadril	Coccelana	Fortalgesic	Oxikon
Apozepam	Imovane	Sonata	Citodon	Hydromorfonklorid	Panocod
Alopam	Mogadon	Stesolid	Dexodon	Ketodur	Paraflex comp
Atarax	Nitrazepam	Stilnoct	Dexofen	Ketogan	Spasmofen
Diazepam	Oxazepam	Temesta	Dilaudid	Kodein	Subutex
Dormicum	Persedon	Triazolam	Distalgesic	Metadon	Temgesic
Fenemal	Rohypnol	Valium	Dolcontin	Morfin	Tiparol
Flunitrazepam	Serepax	Xanor	Doleron		

			Dolotard	Scopolamin	Tradolan
			Doloxene	Nobligan	Tramadul
					Treo comp

Tabletter regnes ikke som narkotiske stoffer når de er foreskrevet av lege og du tar dem slik legen sier at du skal (både mengde og hyppighet).

Helse Stavanger HF, Psykiatrisk klinikk, TIPS rev 04 / 2008

Vedlegg 6

SCI- PANSS

PANSS / GAF

Dato dg/mnd/år	__ . __ . ____	Id nr	_____	Rater	___
Sted	1. Stavanger				
Tidspunkt	1. Inntak	2. 3-mnd	3. 2-år	4. 5-år	
Intervjugrunn	1. Rutine				

PANSS

P1	1	2	3	4	5	6	7	
P2	1	2	3	4	5	6	7	
P3	1	2	3	4	5	6	7	
P4	1	2	3	4	5	6	7	
P5	1	2	3	4	5	6	7	
P6	1	2	3	4	5	6	7	
P7	1	2	3	4	5	6	7	
							SUM POS	
N1	1	2	3	4	5	6	7	
N2	1	2	3	4	5	6	7	
N3	1	2	3	4	5	6	7	

N4	1	2	3	4	5	6	7	
N5	1	2	3	4	5	6	7	
N6	1	2	3	4	5	6	7	
N7	1	2	3	4	5	6	7	
							SUM NEG	
A1	1	2	3	4	5	6	7	
A2	1	2	3	4	5	6	7	
A3	1	2	3	4	5	6	7	
A4	1	2	3	4	5	6	7	
A5	1	2	3	4	5	6	7	
A6	1	2	3	4	5	6	7	
A7	1	2	3	4	5	6	7	
A8	1	2	3	4	5	6	7	
A9	1	2	3	4	5	6	7	
A10	1	2	3	4	5	6	7	
A11	1	2	3	4	5	6	7	
A12	1	2	3	4	5	6	7	
A13	1	2	3	4	5	6	7	
A14	1	2	3	4	5	6	7	

A15	1	2	3	4	5	6	7	
A16	1	2	3	4	5	6	7	
							SUM ALM	
							TOTAL	

GAF: **SYMPTOM** _____ **FUNKSJON** _____

Helse Stavanger HF, Psykiatrisk divisjon, TIPS rev 01 / 2016