

**Betydningen av rusmiddelbruk og premorbid
fungering ved førstegangs psykoselidelse for
symptomutvikling**



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i Rus og psykisk helsearbeid

Masteroppgave (40 studiepoeng)

Student: Katrine Stangeland

Veileder: Professor Kolbjørn Kallesten Brønnick, PhD

31.05/2019

Sammendrag

Tidligere forskning har vist at pasienter med førstegangpsykose (FEP) har vesentlig høyere forekomst av bruk av illegale rusmidler enn personer som ikke har vært diagnostisert med alvorlige psykiske lidelser. Prognosen for symptomutvikling viser seg å være bedre, dersom FEP-pasienter som ruser seg på diagnosetidspunktet, slutter med rusmidler innen de to første årene. Det er også grunn til å tro at de ulike risikofaktorene som pasienten har vokst opp med, eller har i dag, vil utøve en effekt enten indirekte eller direkte. I denne studien ønsket jeg å undersøke om bruk av illegale rusmidler hos FEP-pasienter, kunne være assosiert med symptomutvikling, og om lav premorbid fungering kunne predikere rusbruk ved FEP. Utvalget ble hentet fra TIPS-studien II/III som inkluderer personer med førstegangpsykose, rekruttert ved sykehusopptak. Utvalget i denne studien ble begrenset til de som hadde komplette data for premorbid fungering og bruk av illegale rusmidler på baseline, ett år og to år ($N=144$). Pasientene ble delt inn i fire grupper: Aldri rus, alltid rus, stoppet med rus og noe rus etter baseline. For å analysere om bruk av rusmidler var assosiert med psykotisk symptomnivå og utvikling over tid, ble det brukt kovariansanalyse med repeterte målinger. Videre ble multivariat variansanalyse brukt, for å analysere om premorbid fungering var assosiert med bruk av rusmidler. Det var en signifikant hovedeffekt av rusgruppe på PANSS positive symptomer. Gruppen som ruset seg gjennom hele forløpet (baseline, 1 år og 2 år) hadde mer alvorlige positive symptomer enn de andre gruppene. Det var ingen signifikante forskjeller i settet av variabler for premorbid fungering (PAS) mellom de ulike gruppene. Det var imidlertid en indikasjon på at FEP-pasienter uten noen som helst form for rusbruk, har lavere premorbid sosialt funksjonsnivå. Studiens funn støtter tidligere forskning om at kontinuerlig rusmiddelbruk etter diagnosetidspunktet forverrer symptomutvikling for positive symptomer.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Innholdsfortegnelse	3
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn.....	6
2.0 Teoretisk fundament.....	7
2.1 Psykose	7
2.2 Rusmiddelbruk.....	8
2.3 ROP-lidelse.....	9
2.4 Samspillet mellom rusmiddelmisbruk og psykisk lidelse	9
2.5 Rusmidler gir økt risiko for psykose	10
2.6 Det biopsykososiale perspektiv	11
2.7 Premorbid fungering	12
3.0 Tidligere forskning.....	12
3.1 Rusmiddelbruk ved FEP	13
3.2 Cannabisbruk og prognose ved psykoselidelser.....	13
3.3 Cannabisbruk og tilbakefall	14
3.4 Premorbid funksjon og prognose	14
3.5 Premorbid funksjon og tilknytning til rus	15
3.6 Prognose og recovery	15
3.7 Rusmiddelbruk og utfall i funksjon og symptom.....	15
4.0 Metode.....	16
4.1 Utvalg.....	16
4.2 Måleverktøy.....	16
4.3 Design	17
5.0 Resultater	18

6.0	Diskusjon	18
6.1	Lav statistisk styrke	19
6.2	PAS som måleverktøy	19
6.3	Kjønnforskjeller i bruk av rusmidler	20
6.4	Premorbid fungering og rusmiddelbruk	21
6.5	Lav premorbid funksjon på sosial kontakt.....	21
7.0	Konklusjon og avslutning.....	22
8.0	Referanser	24

1.0 Innledning

Tidligere forskning har vist at pasienter med førstegangpsykose (FEP) har vesentlig høyere forekomst av bruk av illegale rusmidler enn personer som ikke har vært diagnostisert med alvorlige psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2012). Forskning viser også at prognosen for symptomutvikling er bedre dersom pasienter som ruser seg på diagnosetidspunktet slutter med rusmidler (Weibell et al., 2017). Studien til Weibell et al. (2017) undersøkte forholdet mellom rusbruk og det langsiktige sykdomsforløpet hos FEP-pasienter. De delte opp pasientene i fire grupper: vedvarende-, episodiske-, stopp- og ikke-brukere. Det studien viste var at de som sluttet å bruke rusmidler innen de første 2 årene etter diagnosen ble satt, hadde resultater som lignet på de som aldri hadde brukt. Begge disse gruppene, både ikke-brukere og stopp-brukere, hadde signifikant bedre skåre på GAF funksjon, enn de andre gruppene. Det samme gjaldt PANSS positive symptomer, hvor ikke-brukere og stopp-brukere hadde færre positive symptomer ved 2-års oppfølging, enn de andre gruppene.

I denne studien vil jeg bygge videre på Weibell et al. (2017) sin studie, hvor jeg på lignende måte deler inn utvalget av FEP-pasienter inn i fire ulike grupper etter deres bruk av rusmidler. Jeg ønsker å undersøke om disse gruppene har ulik prognose og symptomutvikling. Som en utvidelse av Weibell et al. (2017), ønsker jeg også å undersøke om det er en sammenheng mellom bruk av illegale rusmidler og premorbid fungering.

De ulike risikofaktorene som pasienten har vokst opp med eller har i dag, er det grunn til å tro vil kunne ha en effekt enten indirekte eller direkte. Psykiske lidelser og rusproblemer er som regel et resultat av et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold (Evjen, Kielland & Øiern, 2012). Dersom pasienten bruker rusmidler, kan dette ha en biologisk effekt på kognitive funksjoner. Samtidig kan rus skape en toleranseutvikling, slik at hjernens tilpasning til rusmidlenes kjemiske effekt gjør at lystfølelse og andre positive effekter av rusmidlene, erstattes av ubehag og dysfori i fravær av rusmiddelet slik at inntaket reguleres av ubehagsfølelse mer enn søking etter lyst (Stallvik, 2011). Videre kan bruk av illegale rusmidler ha innvirkninger på sosiale og psykologiske forhold i livet. Man kan anta at kognitive, sosiale og psykologiske forhold i oppveksten kan være faktorer for senere rusmiddelbruk og psykiske lidelser. Lavt premorbid funksjonsnivå kan være forårsaket av miljøfaktorer, samt biologiske og/eller genetiske årsaker (Stallvik, 2011).

Forskningsspørsmålet i denne studien er hvordan bruk av illegale rusmidler er assosiert med symptomutvikling de to første årene etter en førstegangpsykoselidelse (FEP), med følgende hypoteser:

1.

H₀: Pasienter med førstegangpsykose (FEP) med bruk av rus de siste 6 månedene vil ikke ha bedre symptomutvikling dersom de slutter å ruse seg.

H₁: Pasienter med førstegangpsykose (FEP) med bruk av rus de siste 6 månedene vil ha bedre symptomutvikling dersom de slutter å ruse seg.

2.

H₀: FEP pasienter med bruk av rus de siste 6 månedene, men som slutter å ruse seg, vil ikke ha best symptomutvikling av alle- også enn dem som ikke brukte rusmidler.

H₁: FEP pasienter med bruk av rus de siste 6 månedene, men som slutter å ruse seg, vil ha best symptomutvikling av alle- også enn dem som ikke brukte rusmidler.

3.

H₀: Premorbid fungering vil ikke predikere bruk av illegale rusmidler ved FEP.

H₁: Premorbid fungering vil predikere bruk av illegale rusmidler ved FEP.

1.1 Bakgrunn

Psykiske lidelser er utbredt i befolkningen, hvor det i løpet av et år er cirka 16-22 prosent av den voksne befolkningen som har en psykisk lidelse (Reneflot et al., 2014). Psykoser rammer bare 1-3,5 prosent av befolkningen (Reneflot et al., 2014), men alvorlighetsgraden og den store funksjonssvikten gjør at behandling, rehabilitering og oppfølging krever betydelig tid og ressurser (Malt, 2018). Mennesker med psykoselidelser skaper store utfordringer både for pasientene selv og menneskene rundt seg. Familie og venner blir preget og for pårørende vil det være mange bekymringer. I tillegg vil en psykosepasient innebære store kostnader for samfunnet gjennom blant annet lange behandlingsforløp og bruk av flere kommunale hjelpetiltak. Pasienter med psykiske lidelser opplever ofte dårligere livskvalitet og har, statistisk sett, drastisk kortere levetid (Lien, Huus & Morken, 2015).

Som helsepersonell har man for det første et ansvar overfor det hjelpesøkende eller hjelpetrengende. For det andre har man et ansvar overfor samfunnet som helhet hvor man bør skape og opprettholde et behandlingstilbud som er omfattende nok til at alle kan få den hjelpen de trenger. Det tredje ansvarsområdet vil være overfor psykiatrifagets ønsker om medisinsk vitenskap, og det å være oppdatert på ny kunnskap som kan tilby pasientene en behandling som er behovstilpasset og fleksibel, men samtidig effektiv (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009).

Gjennom blant annet disse forpliktelsene ser jeg viktigheten av å bidra med å øke kunnskapen på dette feltet, for at psykosepasienter, med eller uten rusproblemer, kan få den hjelpen de trenger, så tidlig som mulig. Ved å øke kunnskap vil vi ha større forutsetninger for å møte deres liv, gi de tilpasset behandling og tilrettelegge for deres behov. Jeg ønsker at denne studien vil være med å bidra til at disse menneskene med sine komplekse liv, kan få bedre behandling, prognose og livskvalitet. Rus er et stort problem for unge mennesker i dag og ved FEP er det en hyppigere forekomst av bruk av illegale rusmidler enn hos den øvrige befolkningen (Helsedirektoratet, 2012). Kunnskap om dette feltet er nødvendig for å forbedre behandling og forståelse av lidelsen.

2.0 Teoretisk fundament

2.1 Psykose

Psykose innebærer en tilstand preget av realitetsbrist, hvor symptomene kan være klare vrangforestillinger eller hallusinasjoner (Evjen et al., 2012). På grunn av at tenkemåten og oppfattelsen kan endres, kan en oppfatte å ha mer kontroll enn virkeligheten tilsier (Evjen et al., 2012). En kan for eksempel være overbevist om at symptomer er forårsaket av ytre påvirkning. Den manglende realitetsinnsikten kan være sviktende dømmekraft, feiltolkning av sosiale signaler, sviktende kontaktevne, noe som gjør det vanskelig for de fleste psykotiske personer å fungere i samspill med andre (Malt, 2018). I likhet med demenstiltander og etter hjerneskader, kan en se klare organiske skader i hjernen ved noen psykoselidelser. Rusmidler kan gi hjerneskader som i enkelte tilfeller kan føre til mer langvarige psykoser (Evjen et al., 2012). Forvirringstiltander eller psykoser som skyldes rusforgiftning, rusabstinens eller rusutløste psykoser, kan være psykotiske tiltander med nær relasjon til rusmiddelbruk. Der psykosen er forårsaket av forgiftning, vil psykosen gå

over av seg selv når inntaket av rusmiddelet opphører. Rusutløste psykoser dreier seg om psykotiske lidelser som oppstår etter inntak av rusmidler og varer en tid etter at forgiftningstilstanden eller abstinensfasen er over (Evjen et al., 2012).

2.2 Rusmiddelbruk

For mennesker med både rusproblemer og psykisk lidelse påvirkes situasjonen av tilgjengeligheten av rusmidler og av kulturelle forhold rundt bruken. Moderat bruk av alkohol er stort sett sosialt akseptert blant befolkningen, mens illegale rusmidler ikke blir akseptert i store deler av befolkningen. For illegale rusmidler er tilgjengeligheten en helt annen enn for alkohol, og det er få sosiale møteplasser hvor rusmiddelbruk er akseptert. Man kan se på rusmiddelavhengighet hos personer med ulike synsvinkler, som for eksempel en innlært atferd, som del av en marginalisert rolle, bevisste valg eller som en løsning på eksistensielle problemer i livet. Likevel er det mest lønnsomt å se helheten og den totale situasjonen som den enkelte befinner seg i (Evjen et al., 2012). Rusrelatert dødelighet og helseskade er som regel ikke på grunn av rusmidlenes direkte helseskade, men heller et resultat av situasjoner som de med rusproblemer utsetter seg for (Evjen et al., 2012). Derfor er det viktig å ikke bare se på rusmidlenes direkte virkninger på det biologiske, men se personen med rusproblemer i sine omgivelser, når det gjelder det sosiale, samt det psykologiske. «Avhengighet er å ha tilførselen av et rusmiddel som en så sterk motivkraft i tilværelsen at det forstyrrer andre motiver» (Evjen et al., 2012, s. 60), er en definisjon på avhengighet som setter avhengigheten i en sammenheng med både det biologiske, psykologiske og sosiale forhold.

En rusdiagnose kan settes når følgene av et rusmiddelbruk påvirker en persons livssituasjon og livsførsel på en ødeleggende måte (Helsedirektoratet, 2012). De to allment godtatte definisjonene på rusdiagnoser av substanser er i ICD-10 og DSM-IV. I ICD-10 knyttes rusdiagnoser delt til hvilke stoffer som brukes, og dels til bruksmønsteret. I tillegg skilles det mellom skadelig bruk og avhengighet. I DSM-IV skilles det mellom misbruk og avhengighet (Helsedirektoratet, 2012). Noen sentrale begreper for å stille diagnosen avhengighet er: sterk trang eller «sug» etter substansen, tap av kontroll, endret preferanse i favør av rusing, utvikling av fysisk eller psykisk sykdom sekundært til rusbruken, toleranse slik at det er behov for større doser for å oppnå ønsket virkning, samt abstinensreaksjoner når substansen mangler (Evjen et al., 2012)

Skadelig bruk av rusmidler i ICD-10 innebærer bruk av rusmidler som har gitt fysiske eller psykiske helseskader i en definert tidsperiode, og er ikke knyttet til avhengighet. Skadelig bruk kan gi mye helseskade uten at det behøver å foreligge et avhengighetssyndrom (Helsedirektoratet, 2012). Skadelig rus krever at den aktuelle skaden er påført brukerens psykiske eller somatiske helse.

«Misbruk» i DSM-IV har en bredere kategori enn «skadelig bruk» i ICD-10, fordi her legges det mer vekt på sosiale konsekvenser og kriminalitet knyttet til rusmiddelbruk, mens det i «skadelig bruk» legges mer vekt på helseskade.

2.3 ROP-lidelse

Begrepet ROP-lidelse indikerer at en person har minst to selvstendige lidelser, der alvorlig psykisk lidelse er kombinert med ruslidelse (Evjen et al., 2012). Personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse blir også inkludert, dersom hver av disse er forbundet med betydelig nedsatt funksjon, når det for eksempel gjelder det å bo, sosial fungering, arbeide eller nedsatt funksjon på andre betydningsfulle livsområder. For en person som både har rusmisbruk og psykisk lidelse, er det godt dokumentert at dette for mange fører til betydelig funksjonsnedsettelse (Evjen et al., 2012). Dette kan ofte få drastiske konsekvenser for personen selv, men også pårørende og nettverk. Det kan ofte være vanskelig å nyttiggjøre seg av behandlingstilbud ved ROP-lidelse, fordi mange faller mellom to stoler, og passer ikke inn enten i det kommunale tjenestetilbudet eller hos behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten. Samtidig rus- og psykisk lidelse er en stor utfordring og preger livssituasjonen til mange pasienter ved sosiale problemer som bolig, økonomi og arbeid. Det er en utfordrende kompleksitet på grunn av blant annet blandingsmisbruk, belastning på pårørende, hyppige akuttinnleggelser og avgiftninger, bruk av tvang, rask sykdomsutvikling, kontakt med politi og kriminalomsorg, sosialt avvikende atferd og behov for langsiktig og omfattende rehabilitering eller oppfølging.

2.4 Samspillet mellom rusmiddelmisbruk og psykisk lidelse

Noe som kan være avgjørende for forebygging og behandling av ROP-lidelser, er hvilke hypoteser eller antakelser man har om måten rusbruk og psykiske symptomer samspiller på. For en behandler vil det være vesentlig om en til en viss grad kan forutse om de psykiske symptomene vil kunne forsvinne, dersom rusbruken opphører. Eller om rusavhengigheten vil

avta dersom den psykiske helsen tilfriskner. Det er fire hypoteser eller forklaringsmodeller på ROP-fenomenet; skademodellen, selvmedisineringshypotesen, felles årsaksfaktorer, og gjensidig påvirkning.

Skademodellen dreier seg om at rusmiddelbruk trigger psykisk lidelser som ellers ikke ville ha blitt utviklet (Evjen et al., 2012). Dette kan for eksempel være en forklaring der psykiske symptomer kommer av ulike rusmidler. Dette kan delvis være med å forklare sammenhengen mellom cannabisbruk og tidlig psykoseutvikling. Videre kan også depresjoner og angstlidelser være sterkt påvirket av opiatmisbruk (Evjen et al., 2012).

Selvmedisineringshypotesen, går i motsatt retning av skademodellen. Her antar man at psykisk lidelse fører til ruslidelse. Som gruppe, har rusavhengige vært mye utsatt for overgrep og andre traumer. Dette kan være knyttet til barndommen, vanskelig voksenliv, kriminalitet og ulykker. Forskning tyder på at personer med posttraumatisk stresslidelse har betydelig økt risiko for å utvide rusmiddelmisbruk (Evjen et al., 2012). Det er også flere pasienter som har uttrykket at de rusmidlene de inntar, hjelper mot spesifikke psykiske plager, som angst.

Når det gjelder felles årsaksfaktorer som ligger bak utviklingen av psykisk lidelse og rusmisbruk, kan det være på grunn av genetisk sårbarhet eller sosial arv. ROP-pasienter kommer ofte fra familier hvor det finnes flere familiemedlemmer med psykiske lidelser eller ruslidelser, sammenlignet med den øvrige befolkningen. Samtidig kan man også tro at en traumatisk barndom kan føre til økt risiko for senere rusmisbruk (Evjen et al., 2012).

Interaksjonsmodellen prøver å forklare at ROP-lidelsen kommer av at det er flere faktorer som påvirker hverandre gjensidig. Både den psykiske lidelsen og rusmisbruket påvirker hverandre samtidig, og det er ingen enkeltvis forklaring på hvorfor personer med psykiske lidelser også har sårbarhet for utvikling av rusmisbruk (Evjen et al., 2012). Likevel har de fleste av disse 8% ikke en psykosedidiagnose.

2.5 Rusmidler gir økt risiko for psykose

Begrepet psykotiske opplevelser henvender seg til hallusinasjoner og vrangforestillinger som kan være bisarre, trekke oppmerksomhet eller forårsake bekymring og hjelpesøkende atferd (Rognli, Bramness, Skurtveit & Bukten, 2017). Det er rapportert at blant den generelle befolkningen er det 8% som har hatt psykotiske opplevelser (Rognli et al., 2017). I en

tverrsnittstudie utført i 57 av de 63 fengslene i Norge, hadde 35,5% aldri hatt psykotiske opplevelser, mens 53,7% hadde hatt psykotiske opplevelser i løpet av livet. Av de som hadde hatt psykotiske opplevelser, var det 55,8% som opplevde dette kun under påvirkning av rusmidler. 32,8% hadde opplevd det både under påvirkning av rusmidler, men også uten. 11,9% hadde hatt slike opplevelser uten å ha vært påvirket av rusmidler. Det vil si at nærmere 45% av deltakerne oppga at de hadde hatt psykotiske opplevelser, også uten bruk av rusmidler. Fra tidligere studier, er det kjent at bruk av cannabis er assosiert med økt risiko for psykotiske symptomer, og at denne risikoen øker ved jevnlig bruk. Denne studien fant at også andre rusmidler var assosiert med psykotiske opplevelser, som for eksempel amfetamin og heroin (Rognli et al., 2017). Det var et av de overraskende funnene ved studien, at alle rusmidler øker risikoen for psykotiske episoder, og ikke bare cannabis og amfetamin, som er mer kjent i psykoseforskningen. Det å ha en ustabil oppvekst, er kjent til å skape en større sårbarhet for rusmisbruk og psykiske lidelser. Denne studien fant ut at sårbarheten for psykoselidelser og rusbruk kan knyttes til genetisk og sosial arv, hvor familie er en viktig faktor. En av de sterkeste markørene på sårbarhet, var det å vokse opp uten sine biologiske foreldre (Rognli et al., 2017).

2.6 Det biopsykososiale perspektiv

Det er i dag vanlig å tenke at psykiske lidelser og rusbruk som regel er et resultat av et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Dette gir grunnlag for et helhetsperspektiv og muliggjør et mer individuelt tilpasset behandlingsforløp ut ifra pasientens behov og egne ressurser. Det er den komplekse interaksjonen mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som bidrar til utvikling og opprettholdelse av rusmisbruk og psykiske lidelser (Stallvik, 2011).

Biologiske faktorer til for eksempel rusavhengighet kan være gener og kjemiske reaksjoner i hjernen. Det er fortsatt uavklart hvordan genenes rolle er når man snakker om rusavhengighet. Noe av grunnen er at det er metodiske utfordringer i forskningen og det er vanskelig å lokalisere gener ved komplekse sykdommer hvor mange faktorer spiller inn. Likevel er det ufravikelig at rusavhengighet blir påvirket av biologiske faktorer. Rus skaper en kjemisk ubalanse i kroppen og kroppens tilpasning til denne kjemiske effekten gjør at den vil ha mer når effekten går ut av kroppen. Rusbruk kan føre til en avhengighet til stoffet, men man har også en psykologisk avhengighet til rusmiddelet (Stallvik, 2011).

Psykologiske faktorer kan være personlighetstrekk og mentale lidelser. Om en for eksempel har spenningsøkende og risikotakende personlighetstrekk, kan dette være med på å forårsake at rusmidler blir mer attraktivt. Tidligere norske undersøkelser viser til at mentale lidelser som ADHD, bipolar lidelse, depresjon og schizofreni er assosiert med en større risiko for rusmisbruk og for å utvikle avhengighet (Stallvik, 2011).

Gjennom oppveksten har mange hatt et trygt og sunt miljø med støttende familie og klare rammer. Andre har blitt utsatt for en rekke risikofaktorer gjennom oppveksten, som dårlige foreldre, konflikter, rusmisbruk, skilsmisse og misbruk. Disse sårbarhetsfaktorene utgjør en fare for å starte med rusmidler og/eller få psykiske lidelser som voksen (Haugsgjerd et al., 2009). Mennesker med disse vonde bakgrunnene kan ofte søke sammen for å finne et fellesskap hvor en kan skape identitet og føle samvær. Dette kan ofte være et rusmiljø som igjen gjør det vanskelig å komme seg ut av rusmisbruket på grunn av at man ikke vil forlate kanskje sitt eneste nettverk (Stallvik, 2011).

2.7 Premorbid fungering

Man kan anta at ulike risikofaktorer, både fra oppveksten, men også i dag, vil kunne ha en effekt enten indirekte eller direkte. Dersom pasienten bruker rusmidler, kan dette ha en biologisk effekt på kognitive funksjoner. Det kan også tenkes at lavt premorbid funksjonsnivå kan være forårsaket av miljøfaktorer, samt biologiske og/eller genetiske årsaker (Stallvik, 2011). Premorbid funksjon refererer til individers sosiale, mellommenneskelige, akademiske og yrkesmessige funksjon før symptomene av diagnosen inntraff (Monte, Goulding & Compton, 2008). Flere studier har vist at underskudd i premorbid fungering relateres til en rekke skadelige sykdomsrelaterte variabler, som tidlig alder ved sykdom, kognitive og nevropsykologiske underskudd og alvorligere positive og negative symptomer (Monte et al., 2009). Det har også blitt studert som en prediktor for behandlingsresultat, med det generelle mønsteret som indikerer at god premorbid funksjon er prediktiv for bedre respons på behandling (Monte et al., 2008).

3.0 Tidligere forskning

Gjennom oppveksten er det flere risikofaktorer som kan ligge til grunn for at man senere kan utvikle psykose. Relasjonelle barndomstraumer, bruk av illegale rusmidler, alkoholbruk, lav premorbid fungering, dårlige oppvekstvilkår og andre mer uspesifikke psykiske helseplager.

I denne oppgaven ønsker jeg å se på FEP-pasientenes selvrapporterte bruk av illegale rusmidler i forkant av at de ble inkludert i TIPS-prosjektet (Tidlig oppdagelse og behandling av psykoser), og se på hvordan dette er assosiert med symptomutvikling de første to årene etter inklusjon. Videre vil jeg undersøke om det er en sammenheng mellom premorbid fungering og bruk av illegale rusmidler ved FEP.

3.1 Rusmiddelbruk ved FEP

Rusmisbruk er vanlig hos FEP og har vært knyttet til dårligere prognose med mer alvorlig psykopatologi og høyere tilbakefall (Weibell et al., 2017). Studien til Weibell et al. (2017) hadde som mål å undersøke forholdet mellom rusbruk og det langsiktige sykdomsforløpet i et representativt utvalg av FEP-pasienter. 266 pasienter ble delt inn i fire grupper basert på mønsteret i rusbruken i de første 2 årene av behandling: vedvarende brukere, episodiske brukere, stopp-brukere og ikke-brukere (Weibell et al., 2017). Pasienter som sluttet å bruke rusmidler innen de første 2 årene etter diagnosen, hadde resultater som ligner på de som aldri hadde brukt, med færre symptomer enn episodiske eller vedvarende brukere. Både episodiske og vedvarende brukere hadde også flere negative symptomer enn de som sluttet å bruke (Weibell et al., 2017). Denne studien er en av svært få langsiktige longitudinelle studier som har undersøkt rusmiddelbruk i FEP. Resultatene formidler håp om at de skadelige effektene av rusmisbruk på psykisk helse kan bli vesentlig reversert, hvis man stopper misbruket i tide. Dette kan hjelpe pasienter som sliter med avhengighet med sin motivasjon til å bli rusfri (Weibell et al., 2017).

3.2 Cannabisbruk og prognose ved psykoselidelser

Weibell et al. (2017) sier at de som ruser seg og slutter tidlig, er assosiert med god prognose over en 10-årsperiode, mens de som fortsetter å ruse seg vil ha dårligere prognose. En annen studie viser lignende resultater, hvor pasienter som sluttet å bruke cannabis etter baseline, hadde verre symptomer enn de som aldri hadde brukt, men de viste mer forbedring i positive symptomer (PANSS), generelle symptomer (PANSS) og alvorlighetsgrad av symptomer og psykososial svekkelse (GAF) (van der Meer & Velthorst, 2015). I tillegg hadde de færre psykotiske tilbakefall sammenlignet med de som hadde brukt cannabis både før og etter baseline. Vedvarende cannabisbruk har en samlet skadelig effekt. Pasienter som startet å bruke cannabis etter baseline, hadde mindre bedring over tid, sammenlignet med de som ikke brukte cannabis. De som sluttet å bruke cannabis hadde vist mer forbedring i

positive symptomer, generelle symptomer og funksjon sammenlignet med de som fortsatte cannabisbruken (van der Meer & Velthorst, 2015). I konklusjonen kommer det frem at det bør forskes mer på langsiktige effekter på ulike mønster av cannabisbruk og psykoselidelse (van der Meer & Velthorst, 2015).

3.3 Cannabisbruk og tilbakefall

En studie av Schoeler et al. (2017) studerte effektene av hyppighet, om bruk var vedvarende og typen cannabis som ble brukt, knyttet til tilbakefall i de to første årene etter førstegangpsykose. Resultatene viser at de som brukte cannabis jevnlig før psykosen, og som stoppet å bruke det etterpå, hadde lavest risiko for tilbakefall. De som fortsatte bruken månedlig etter, hadde størst sjanse for å oppleve tilbakefall. Mer spesifikt, var det de som fortsatte bruken og gikk på sterk cannabis daglig som hadde størst risiko, sammenlignet med tidligere cannabisbrukere (Schoeler et al., 2017). De hadde flere tilbakefall, lengre varighet på sykehusoppholdene, kortere tid mellom tilbakefallene og alvorligere tilbakefall. De som hadde lavest risiko for tilbakefall, var de som hadde brukt cannabis før, men som avsto etter psykosen. Denne gruppen skåret høyest på funksjonsnivå ved at de bare brukte kommunens behandlingstilbud (Schoeler et al., 2017).

3.4 Premorbid funksjon og prognose

For kronisk schizofreni, antyder tidligere studier at høy premorbid funksjon er forbundet med bedre resultater (Haim, Rabinowitz & Bromet, 2006). Det er riktignok usikkert om disse funnene er overførbare for andre psykoselidelser. Denne studien måler symptomer på pasienters premorbide funksjon gjennom PANSS-skala ved første sykehusopptak for pasienter med schizofreni og andre psykotiske stemningslidelser med 2-års oppfølging (Haim et al., 2006). Lav premorbid funksjon ble assosiert med dårligere resultat i alle de tre diagnostiske gruppene (schizofreni, alvorlig depresjon og bipolar lidelse). Det ble spesielt assosiert med flere negative symptomer tidlig i sykdomsløpet, dårligere klinisk fungering, dårligere forbedring i negative symptomer og dårligere sosial fungering (Haim et al., 2006). Videre kan det være viktig med en tidlig vurdering av premorbid funksjon, da dette kan være et viktig verktøy for å hjelpe pasienter med å forbedre behandlingsresultat i et tidligere stadium (Haim et al., 2006).

3.5 Premorbid funksjon og tilknytning til rus

En studie av Tomassi et al. (2017) viser økt forekomst av traumer og rus blant FEP, og at begge disse er risikofaktorer for å utvikle psykose senere i livet. Denne studien viste blant annet, at de sosiale faktorene hadde innflytelse for psykoseutvikling. Utfordringer i omgivelsene gjorde det lettere å bli fanget i rusavhengighet og møte sosial motgang som for eksempel sosioøkonomisk status og arbeidsledighet. Dermed vil disse risikofaktorene spille en betydelig rolle i pasientens liv og være sentrale elementer i utvikling av psykose (Tomassi et al., 2017)

3.6 Prognose og recovery

Langsiktig prognose for pasienter med schizofreni og pasienter med rusbruk har blitt mye studert hver for seg (R. E. Drake et al., 2005). Den langsiktige prognosen for pasienter med samtidig schizofreni og rusbruk har derimot ikke blitt mye studert. Denne studien rapporterer 10-års utfall for 130 pasienter med begge diagnosene. I tillegg ble det brukt 6 variabler for å måle «recovery utfall» som ble identifisert av dobbeltdiagnosepasienter. Disse variablene ble eksempler på positiv mestringsatferd og som var viktige i deres egen recoveryprosess. Ved 10-års oppfølgingen var en stor andel pasienter over egendefinerte grenser for recovery: 62,7% opplevde at de kontrollerte sine symptomer assosiert med schizofreni; 62,5% oppnådde kontinuerlig remisjon fra rusbruk; 56,8% var i selvstendige bosituasjoner; 41,4% var konkurransedyktig ansatte; 48,9% hadde jevnlig sosial kontakt med ikke-rusbrukere; og 58,3% uttrykte helhetlig livstilfredshet. Disse resultatene var bare svakt sammenhengende over tid, noe som tyder på at recovery, definert av pasienter, er et komplekst konsept som blir påvirket av ulike faktorer i livet og i omgivelsene. Samlet sett gir de tiårige funnene på recovery utfall et håpefullt langsiktig perspektiv for dobbeltdiagnosepasienter (R. E. Drake et al., 2005).

3.7 Rusmiddelbruk og utfall i funksjon og symptom

Mange studier har konkludert med at cannabismisbruk har negativ innvirkning på utfallene i FEP. Det er få studier som har sett på påvirkningen av lignende misbruk av andre rusmidler. En 2-års, prospektiv, longitudinell studie av FEP-pasienter, mellom 18-30 år, som var med i et tidlig intervensjonsprogram i Canada, undersøkte den spesifikke påvirkningen av ulike rusmidler på tjenesteutnyttelse, symptomatiske og funksjonelle utfall (Ouellet-Plamondon, Abdel-Baki, Salvat & Potvin, 2017). Studien viste at rusmidler og alkohol var assosiert med

lavere funksjon, men at rusmidler hadde en større negativ effekt på de fleste målene ved 2-års oppfølging. Særlig de som brukte cannabis forverret symptomer og funksjon fra år 1 til 2. De som fortatte å bruke rusmidler hadde lavere funksjonalitet, men ulovlige rusmidler hadde en større negativ innvirkning enn alkohol på de fleste kliniske, funksjonelle og tjenesteutnyttelse utfallsmål ved 2 års oppfølging (Ouellet-Plamondon et al., 2017). I motsetning til pasienter med alkoholmisbruk, hadde pasienter med vedvarende rusmisbruk generelt flere symptomer enn de som ikke hadde rusmisbruk. Vedvarende cannabismisbruk var assosiert med flere positive og depressive symptomer som forverres med tiden. Vedvarende rusmisbruk var også forbundet med lavere funksjonalitet ved 1 og 2 års oppfølging sammenlignet med de som ikke ruset seg. De hadde også dårligere livskvalitet og kompromittert arbeid/studie. Dette betyr antyder at vedvarende rusmiddelbruk ikke bare forstyrrer klinisk og funksjonell forbedring, men at det synes å være knyttet til funksjonell forverring over tid, i noen tilfeller (Ouellet-Plamondon et al., 2017).

4.0 Metode

4.1 Utvalg

I denne studien ble utvalget hentet fra TIPS-studien II/III som startet i 2002, og var godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (015.03). Den inkluderte personer som har erfart førstegangpsykose. TIPS II/III var en populasjonsbasert kohortstudie av FEP-pasienter med rekruttering i sykehusopptak. Noen av inklusjonskriteriene var at de bodde i områdene til sykehusene som er med i studien, falt innenfor DSM-IV-kriteriene for schizofreni eller andre psykoselidelser, alder mellom 18-65, ikke behandlet for psykose tidligere, IQ over 70, snakket eller forsto et av de skandinaviske språkene, og var villig og samtykkedyktig til informert samtykke (Stain et al., 2014). Mitt utvalg ble hentet fra denne studien og besto av $N=144$ og som var FEP med komplette data på blant annet PAS, Drake, baseline, 1 år og 2 år.

4.2 Måleverktøy

I TIPS-studien er det blitt brukt flere måleverktøy, men de som vil være relevant for dette prosjektet, er PANSS, GAF, Drake russkala, SCID og PAS. I denne oppgaven blir PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) sentral, da den måler symptomnivåene. Den har fem symptomskalaer: negative, positive, eksitative, desorganiserte og depressive symptomer

(Kay, Opler & Lindenmayer, 1989). Dette gir oss et innblikk i symptompatalogi og hvor syke pasientene er. Her måtte pasientene skåre 4 eller mer på minst én av disse fem symptomskalaene. GAF (Global Assessment of Functioning) vurderer pasientenes symptom og funksjon (Pedersen, Hagtvatn & Karterud, 2007). For å måle bruk av illegale rusmidler blir Drake ruskala brukt. Dette er en 5-punktsskala for bruk av alkohol og illegale rusmidler (Robert E. Drake et al., 1990). Pasienten beskriver selv grad av avholdenhet, bruk, misbruk og avhengighet, og svarene baserer seg til og med 6 måneder tilbake i tid. Svarene vil dermed være deres bruk de siste 6 månedene før psykosen inntraff. SCID (The Structured Clinical Interview for DSM-IV) er pasientenes egne beskrivelser av symptomer og hendelser, medisinske journaler og annen relevant informasjon (First, 1997). SCID blir brukt av diagnostiske grunner og kartlegger symptomnivå. PAS (Premorbid Assessment of Functioning) måler premorbid funksjon hos FEP (Cannon-Spoor, Potkin & Wyatt, 1982). Den tar for seg blant annet skoleprestasjoner, skoletilpasning, vennskap og sosial kontakt i tidlig barndom, sen barndom og tidlig voksen. Det vil bare være relevant å se på tidlig og sen barndom, tidlig voksen ofte kan kollidere med debutalder til førstegangpsykose.

4.3 Design

Gjennomsnitt, standardavvik eller frekvenser ble brukt for å presentere deskriptiv statistikk. Det ble også brukt parvise sammenligninger med t-tester og kji-kvadrat analyser.

I denne oppgaven brukte jeg kovariansanalyse (ANCOVA, Analysis of CoVariance), med repeterte målinger. Ved hjelp av kovariansanalyse kan en studere effekten av en variabel på nominalt målenivå på en intervallvariabel, mens en kontrollerer for effekten av konfunderende variabler. Kovariansanalyse baserer seg på forholdstallet mellom variabiliteten innad i grupper vs. mellom gruppene som inngår i analysen. F-verdien i slike analyser uttrykker forholdet mellom innengruppe- og mellomgruppevarians, og en høy F-verdi indikerer at varians mellom gruppene er vesentlig større, enn varians innad i gruppene. Dette gjøres for å finne ut om det er statistisk signifikante forskjeller mellom gjennomsnittsverdiene i gruppene.

I min studie delte jeg utvalget inn i fire grupper, hvor jeg antok at gruppetilhørigheten ville determinere forskjeller i gjennomsnittsverdier og at forskjellene er så systematiske og store at dette kommer til uttrykk som en signifikant forskjell.

Multivariat kovariansanalyse (MANCOVA) er en utvidelse av den univariate kovariansanalysen (ANCOVA). I MANCOVA undersøker man effekten av nominale grupperingsvariabler på flere kontinuerlige avhengige variabler samtidig, ved at man binder dem sammen til en vektet lineær kombinasjon eller sammensatt variabel. MANCOVA sammenligner hvorvidt den nyopprettede kombinasjonen varierer fra de ulike gruppene eller nivåene av den uavhengige variabelen. Også ved MANCOVA justerer man de avhengige målene i henhold til kovariater før man gjør selve den multivariate variansanalysen. På denne måten tester MANCOVA i hovedsak hvor stor grad den uavhengige gruppevariabelen samtidig forklarer en statistisk signifikant mengde varians i den avhengige variabelen (StatisticsSolutions, 2019).

5.0 Resultater

Utvalget besto opprinnelig av 429 personer med FEP. Det var 192 personer som hadde PANSS data på 2-års oppfølgingen. Av disse var det 48 som manglet enten data på PAS eller Drake på ett av målepunktene og som ble ekskluderte, slik at jeg til slutt hadde 144 personer i utvalget. Se tabell 1 i artikkelen for deskriptive data.

Jeg fant ingen forskjell i settet av variabler for premorbid fungering (PAS) mellom de fire gruppene (0-Aldri rus, 1-Stoppet å bruke rusmidler etter baseline, 2-Rus etter baseline, 3-Rus på hvert målepunkt). Likevel viste det en svak effekt av gruppe for sosial kontakt i tidlig ungdom. Gruppen som aldri ruset seg, hadde lavere premorbid fungering på sosial kontakt i tidlig ungdom enn de andre gruppene.

Jeg måtte beholde alle nullhypotesene da ingen av dem ble avkreftet. Det var derimot en signifikant hovedeffekt av rusgruppe på PANSS positive symptomer. Gruppen som brukte illegale rusmidler gjennom hele forløpet (baseline, 1 år og 2 år) viste hele tiden høyere positive symptomer, enn de andre gruppene.

6.0 Diskusjon

Til tross for at hypotesene var basert på tidligere forskning, ble ingen av nullhypotesene falsifisert og jeg måtte dermed beholde alle. Hovedfunnet i studien er at de som brukte illegale rusmidler på alle tidspunkt, hadde mer alvorlige positive symptomer enn de andre gruppene. Selv om det ikke var signifikant, var det en tendens til at de som aldri hadde brukt

illegale rusmidler hadde lavere premorbid fungering på sosial kontakt i tidlig ungdom. Det er også en interessant forskjell i gruppen som har brukt rusmidler gjennom hele forløpet, hvor nesten alle var menn (87%).

6.1 Lav statistisk styrke

Statistisk styrke er sannsynligheten for å ikke feilaktig akseptere nullhypotesen, også kalt en type 2 feil. I min studie er det grunnlag til å tro at jeg endte opp med et for lite utvalg ($N=144$) for å kunne få statistisk signifikante funn av hypotesene mine, gitt at jeg hadde fire delgrupper i utvalget. De to minste rusgruppene mine var bare på 15 og 16 pasienter.

Hypotesene mine var antakelser basert på tidligere forskning, og det at jeg da ikke kunne forkaste nullhypotesene, kan være et resultat som skyldes lav statistisk styrke, og ikke at de ikke er sanne. Det betyr at funnene mine kan være en type 2 feil.

Det er også mulig at studien som mitt utvalg ble hentet fra, ikke hadde reliable målinger og at gjennomføringen og eventuelt måleverktøy hadde lav reliabilitet. Dette reduserer statistisk styrke ytterligere ved at det reduserer effektstørrelsene.

Målgruppen for denne studien er også mennesker det ofte kan være vanskelig å nå, da mennesker med rusproblemer ofte lever veldig her og nå og har uforutsigbare hverdager. De kan gjerne slite med å forholde seg til avtaler, noe som er en stor utfordring med å forske på disse pasientene. Dette kan være med på å forklare hvorfor det var mye manglende data i oppfølgingen.

6.2 PAS som måleverktøy

Det har vært vanlig å bruke PAS for å måle premorbid funksjon på grunn av sin tilknytning til resultater ved schizofreni (Brill, Reichenberg, Weiser & Rabinowitz, 2008). Dårlig premorbid funksjon har vært assosiert med blant annet flere alvorlige negative symptomer, spesielt ved sykdomsforløpets begynnelse, dårligere behandlingsrespons og lengre perioder med sykehusinnleggelse. PAS ble utviklet på bakgrunn av tidligere måleskalaer på premorbid funksjon og ble utviklet som et forskningsinstrument (Brill et al., 2008). PAS er inndelt i fire aldersgrupper; barndom, tidlig ungdom, sen ungdom og tidlig voksen. Det vurderer sosial kontakt, vennskap, skoleprestasjoner, skoletilpasning, samt sosio-seksuelle aspekter av livet etter 12 år. Det blir skåret i en 7-punktsskala fra 0 (sunneste justering) – 6 (laveste justering) (Cannon-Spoor et al., 1982). I følge Brill et al. (2008) støtter resultatene validiteten av PAS

som selvrappporterende data av premorbid funksjon for personer med schizofreni. Målet med studien var å teste validiteten til PAS, hvor de sammenlignet PAS sen ungdom med data om adferd samlet i ungdomsår før den første psykotiske episoden som en del av standardisert Draft Board screening. Dette ble gjort med samme mål som ble administrert under voksen alder og modifisert for å samle de samme dataene igjen etterpå. Det er også flere studier som støtter påliteligheten til PAS (Krauss, Marwinski, Held, Rietschel & Freyberger, 1998), men selv synes jeg det den versjonen av skjemaet som ble brukt i TIPS-studien er et vanskelig skjema å bruke og forstå, noe som kommer av en komplisert layout som etter mitt skjønn lett kan misforstås både under datainnsamling og datainnlegging (punching). I tillegg er det en vanskelig målgruppe som skal svare på disse spørsmålene. Det kan være vanskelig for en person med førstegangs psykoselidelse å svare på disse spørsmålene og å være i stand til å tenke tilbake og vurdere seg selv på disse kategoriene i de ulike aldersgruppene. På grunn av at det var veldig mye hull i datamaterialet til PAS i TIPS II/III, er det mulig det kan ha skjedd en svikt i utfylling av skjema. Dermed kan det tenkes at det kan være en kombinasjon av måleverktøyet PAS, selve gjennomføringen og datautfyllingen.

6.3 Kjønnforskjeller i bruk av rusmidler

Det er også en interessant forskjell i gruppen som har brukt rusmidler gjennom hele forløpet, hvor nesten alle er menn (87%). Denne er noe som gjenspeiles når man for eksempel ser på russtatistikken for Norge, er det tydelig også der, at jevnt over er hovedtyngden av de som ruser seg menn (Skretting, Vedøy, Lund & Bye, 2016). I 2015 var det for eksempel over dobbelt så mange menn som kvinner som døde på grunn av bruk av narkotika (Skretting et al., 2016). Det siste årene har det også vært flere menn enn kvinner som har brukt cannabis. I følge EMCDDAs narkotikarapport fra 2018, blir erfaring med bruk av narkotika rapportert oftere av menn (56,0 millioner) enn av kvinner (36,3 millioner) (EMCDDA, 2018). Blant unge voksne, er det dobbelt så mange menn som kvinner som i løpet av det siste året har brukt narkotika. Når det gjelder innleggelser på grunn av narkotikarelaterte akutte forgiftninger, var det 77% menn (EMCDDA, 2018). I rusgruppen som alltid brukte rusmidler i min studie var nesten alle menn, noe som er et interessant funn og som henger sammen med annen forskning og rapporter om rusmiddelbruk både i Norge og i Europa.

6.4 Premorbid fungering og rusmiddelbruk

I utgangspunktet hadde jeg veldig lyst til å legge større vekt på premorbid fungering og undersøke sammenhengen mellom lav premorbid fungering og rusmiddelbruk etter diagnosen ble satt. Man skulle tro at de som hadde god premorbid fungering, hadde bedre forutsetninger for symptomatisk bedring ved psykoselidelse. I tillegg kunne man antatt at de som hadde lavere premorbid fungering, i større grad brukte illegale rusmidler. Jeg velger å tro at selv om jeg ikke kunne falsifisere nullhypotesene i denne studien, så betyr ikke det nødvendigvis at de er sanne. Mennesker som ikke vokser opp i et sunt og trygt miljø, med en trygg og støttende familie, har en større fare for å få rusproblemer enn de som har denne bakgrunnen. I tillegg er det tidligere forskning som viser at blant voksne alkoholikere har mange blitt utsatt for barnemishandling og seksuelle overgrep (Stallvik, 2011). Da jeg selv jobbet med rusavhengige mennesker gjennom praksisstedet mitt på tidligere studie, var det veldig mange av de som hadde opplevd traume fra tidligere i livet, eller som levde i traume nå. For meg ble det da tydelig at det har vært en del sårbarhetsfaktorer i oppveksten deres som har vært med på å lede de til det livet de lever nå. Har man lav skår på PAS, særlig på skoletilpasning og skoleprestasjoner, vil jeg anta man har en stor sjanse for å falle ut av skole og videre falle ut av jobblivet. Videre vil gjerne både økonomi og boligsituasjon være et konstant problem i livene deres. Dette kan føre til en ond sirkel hvor du blir fanget i kriminalitet, salg av rusmidler, prostitusjon eller andre virkemidler for å skaffe penger. Tidligere syntes jeg selv at dette hørtes veldig overdramatiserende ut, men etter praksisen jeg hadde, forsto jeg at dette var normalt for mange i dette miljøet. Det er skremmende at for noen er dette deres hverdag. Om man hadde lav skår på sosial kontakt og vennskap, har man gjerne ikke familie og venner rundt seg til å støtte seg på økonomisk heller. Det lille man har igjen av relasjoner blir gjerne ødelagt av skuffelser, skam, sinne og sorg. Det er veldig komplekse og sammensatte problemer disse menneskene har, og man må forsøke å se hele mennesket. Gjennom en biopsykososial tilnærming kan man sette lys på de ulike perspektivene og det blir viktig å se alle faktorene som bidrar til og påvirker utvikling, opprettholdelse og behandling av rusavhengighet (Stallvik, 2011).

6.5 Lav premorbid funksjon på sosial kontakt

I artikkelen velger jeg å diskutere hvorfor det virker som at i alderen tidlig ungdom, skårer de FEP-pasientene som aldri har brukt illegale rusmidler, lavere på premorbid funksjon når det

gjelder sosial kontakt. Hos pasienter hvor psykosen oppstår uten noen direkte årsakssammenheng som bruk av rusmidler jo er, er det grunn til å tro at disse pasientene kan være innesluttet, tilbaketrukket og lite sosiale. I tillegg kan de kanskje ha utviklet negative symptomer fra barndommen av. Hos mennesker med autisme, kan man se lignende trekk på at man ofte er mindre sosiale enn andre, disse har i tillegg en høy risiko for å utvikle psykoselidelse (Schenkel & Silverstein, 2004; Selten, Lundberg, Rai & Magnusson, 2015).

Forskning viser at mennesker med asperger syndrom ofte er tristere, mer innesluttet og sliter med å opptre naturlig i sosiale settinger (Ramos et al., 2013). Disse menneskene har også en vesentlig lavere risiko for å bruke illegale rusmidler, og har lav risiko for å bli introdusert for rusmidler gjennom venner (Ramos et al., 2013). Dette på grunn av at vennene virker som å ha en negativ holdning til bruk av illegale rusmidler og at de heller ikke oppsøker de typiske stedene og aktivitetene hvor rusmidler blir brukt. På samme måte, kan det tenkes at det er en sammenheng mellom det å være lite sosial og ha få venner i tidlig ungdom, med det at man ikke hadde noen til å introdusere bruk av rusmidler, og dermed ikke starter å ruse seg. Selv om jeg i denne studien ikke har data på hvilke rusmidler som er blitt brukt, velger jeg å bruke cannabis som eksempel da dette er det vanligste rusmiddelet i Norge i dag (Sandøy, 2018). Mange unge blir introdusert for cannabis på fester som et supplement til alkoholen, og dermed kan man anta at sannsynligheten øker for å bruke rusmidler om man er sosial og går ut med venner på fritiden (Nickelsen, 2019).

7.0 Konklusjon og avslutning

Denne oppgaven fikk færre funn enn jeg hadde håpet på og ønsket. Jeg synes det er interessante temaer og det er spennende å se hvordan ulike faktorer henger sammen og påvirker hverandre i et samspill. Jeg kunne ønske jeg kunne studert premorbid fungering nærmere og det hadde vært veldig interessant om det ble flere funn på dette. For å få til dette, må man i videre forskning ha et større utvalg og større grad av statistisk styrke. Likevel kan jeg konkludere med at de som ruser seg på alle tidspunkt har dårligere symptomutvikling, enn de som stopper med rusmidler eller de som aldri har brukt. Det hadde vært interessant og foretatt en kvalitativ studie med for eksempel dybdeintervju, for å få mer utfyllende data på premorbid fungering og fått deres egne refleksjoner på hvordan dette eventuelt har påvirket det livet de har i dag. Både denne studien og Weibell et al.

(2017) konkluderer med at det vil være lønnsomt å slutte med rusmidler, da vedvarende bruk vil føre til mer positive symptomer og dermed dårligere symptomutvikling. Det vil være gunstig for en psykosepasient som sliter med bruk av illegale rusmidler å stoppe bruken først, før videre behandling av psykose, for å vite hva som skyldes rusmidler og hva som er rene symptomer på psykose. I likhet med Weibell et al. (2017) kan denne studien kanskje hjelpe med å motivere mennesker som sliter med rusavhengighet til å slutte med bruk av illegale rusmidler. Det er grunn til å anbefale behandlingspersonale å være tydelig på at FEP-pasienter ikke bør bruke rusmidler dersom de ønsker å bli friske av sin psykoselidelse.

8.0 Referanser

- Brill, N., Reichenberg, A., Weiser, M. & Rabinowitz, J. (2008). Validity of the Premorbid Adjustment Scale. *Schizophrenia bulletin*, 34(5), 981-983. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm128>
- Cannon-Spoor, H. E., Potkin, S. G. & Wyatt, R. J. (1982). Measurement of Premorbid Adjustment in Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 8(3), 470-484. <https://doi.org/10.1093/schbul/8.3.470>
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Xie, H., Fox, M., Packard, J. & Helmstetter, B. (2005). Ten-Year Recovery Outcomes for Clients With Co-Occurring Schizophrenia and Substance Use Disorders. *Schizophrenia bulletin*, 32(3), 464-473. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj064>
- Drake, R. E., Osher, F. C., Noordsy, D. L., Hurlbut, S. C., Teague, G. B. & Beaudett, M. S. (1990). Diagnosis of Alcohol Use Disorders in Schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 16(1), 57-67. <https://doi.org/10.1093/schbul/16.1.57>
- EMCDDA. (2018). *Europeisk narkotikarapport : trender og utviklinger*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2012). *Doppelt Opp - om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- First, M. B. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I) : clinician version : Scoresheet*. Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Haim, R., Rabinowitz, J. & Bromet, E. (2006). The Relationship of Premorbid Functioning to Illness Course in Schizophrenia and Psychotic Mood Disorders During Two Years Following First Hospitalization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(10), 791-795. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000240158.39929.e3>
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse : å forstå, beskrive og behandle* (3. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.3-rusdiagnoser-icd-og-dsm/2.3.2-avhengighet-i-icd-10>
- Kay, S. R., Opler, L. A. & Lindenmayer, J. P. (1989). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): Rationale and standardisation. *British Journal of Psychiatry*, 155(7), 59-65.
- Krauss, H., Marwinski, K., Held, T., Rietschel, M. & Freyberger, H. J. (1998). Reliability and validity of the Premorbid Adjustment Scale (PAS) in a German sample of schizophrenic and schizoaffective patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248(6), 277-281. <https://doi.org/10.1007/s004060050050>
- Lien, L., Huus, S. G. & Morken, G. (2015). Psykisk syke lever kortere. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(3), 246-248.
- Malt, U. (2018). Psykose. I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/psykose>
- Monte, R. C., Goulding, S. M. & Compton, M. T. (2008). Premorbid functioning of patients with first-episode nonaffective psychosis: A comparison of deterioration in academic and social performance, and clinical correlates of Premorbid Adjustment Scale scores. *Schizophrenia Research*, 104(1-3), 206-213. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.06.009>
- Nickelsen, T. (2019). Kraftig økning: Generasjon prestasjon røyker hasj. Hentet fra <https://www.apollon.uio.no/artikler/2019/hasj.html>
- Ouellet-Plamondon, C., Abdel-Baki, A., Salvat, É. & Potvin, S. (2017). Specific impact of stimulant, alcohol and cannabis use disorders on first-episode psychosis: 2-year functional and symptomatic outcomes, 47(14), 2461-2471. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000976>

- Pedersen, G., Hagtvet, K. A. & Karterud, S. (2007). Generalizability studies of the Global Assessment of Functioning–Split version. *Comprehensive Psychiatry*, 48(1), 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.03.008>
- Ramos, M., Boada, L., Moreno, C., Llorente, C., Romo, J. & Parellada, M. (2013). Attitude and risk of substance use in adolescents diagnosed with Asperger syndrome. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2). <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.07.022>
- Reneflot, A., Gustavson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Aarø, L. E., Vidar, H., Torvik, F. A., ... Straiton, M. L. (2014). *Folkehelse rapporten 2014 : helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Rognli, E. B., Bramness, J. G., Skurtveit, S. & Bukten, A. (2017). Substance use and sociodemographic background as risk factors for lifetime psychotic experiences in a non-clinical sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 74, 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.12.007>
- Sandøy, T. A. (2018). Narkotikabruk blant ungdom. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-blant-ungdom/>
- Schenkel, L. S. & Silverstein, S. M. (2004). Dimensions of Premorbid Functioning in Schizophrenia: A Review of Neuromotor, Cognitive, Social, and Behavioral Domains. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 130(3), 241-272. <https://doi.org/10.3200/MONO.130.3.241-272>
- Schoeler, T., Petros, N., Di Forti, M., Klamerus, E., Foglia, E., Murray, R. & Bhattacharyya, S. (2017). Effect of continued cannabis use on medication adherence in the first two years following onset of psychosis. *Psychiatry Research*, 255, 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.009>
- Selten, J. P., Lundberg, M., Rai, D. & Magnusson, C. (2015). Risks for Nonaffective Psychotic Disorder and Bipolar Disorder in Young People With Autism Spectrum Disorder A Population-Based Study. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 483-489. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3059>
- Skretting, A., Vedøy, T. F., Lund, K. E. & Bye, E. K. (2016). *Rusmidler i Norge 2016, Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet*. Folkehelseinstituttet.
- Stain, H. J., Brønneck, K., Hegelstad, W. T. V., Joa, I., Johannessen, J. O., Langeveld, J., ... Larsen, T. K. (2014). Impact of interpersonal trauma on the social functioning of adults with first-episode psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 40(6), 1491. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt166>
- Stallvik, M. (2011). Biopsykososial tilnærming til rusavhengighet. *Rusfag*(Issue), s. 105-112. Hentet fra <http://kompetansesenterrus.no/file/rusfag-2011biopsykososial-tilnerming.pdf>
- StatisticsSolutions. (2019). MANOVA. Hentet fra <https://www.statisticssolutions.com/directory-of-statistical-analyses-manova-analysis/>
- Tomassi, S., Tosato, S., Mondelli, V., Faravelli, C., Lasalvia, A., Fioravanti, G., ... Ruggeri, M. (2017). Influence of childhood trauma on diagnosis and substance use in first-episode psychosis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 211(3), 151. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.194019>
- van der Meer, F. J. & Velthorst, E. (2015). Course of cannabis use and clinical outcome in patients with non-affective psychosis: a 3-year follow-up study, 45(9), 1977-1988. <https://doi.org/10.1017/S0033291714003092>
- Weibell, M. A., Hegelstad, W. T. V., Auestad, B., Bramness, J., Evensen, J., Haahr, U., ... Friis, S. (2017). The Effect of Substance Use on 10-Year Outcome in First-Episode Psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 43(4), 843. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw179>

Abstract:

Background

A previous study implies that the prognosis for symptom development will improve, if patients with first episode psychosis with substance abuse at the time of diagnosis, stop using substances within the first 2 years. In this study I want to examine whether substance abuse in FEP patients could be associated with symptom development, and whether poor premorbid functioning could predict substance abuse with FEP.

Material and methods

The sample was taken from the TIPS study II/III which include people with first episode psychosis, recruited by hospital admissions. The sample in this study was limited to those with complete data for premorbid functioning and use of illicit substances at baseline, one year and two years ($N=144$). The patients were divided into four groups: Never substance use, always substance use, stopped substance use and some substance use after baseline. To analyze whether the use of substances was associated with psychotic symptom level and development over time, analysis of covariance with repeated measures was used. Multivariate analysis of covariance was used to analyze whether premorbid functioning was associated with the use of substances.

Results:

There were no significant differences in the set of variables for premorbid functioning (PAS) between the different groups. There was a significant main effect of substance abuse on PANSS positive symptoms. The group that use substances throughout the course (baseline, 1 year and 2 years) had more serious positive symptoms than the other groups.

Interpretation:

The study's findings support previous research that continuous substance use after the time of diagnosis worsen symptom development for positive symptoms.

Sammendrag:

Bakgrunn:

Tidligere forskning viser at prognosen for symptomutvikling er bedre dersom førstegangpsykose-pasienter (FEP) som ruser seg på diagnosetidspunktet slutter med rusmidler innen de to første årene. I denne studien ønsket jeg å undersøke om bruk av illegale rusmidler hos FEP-pasienter, kunne være assosiert med symptomutvikling, og om lav premorbid fungering kunne predikere rusbruk ved FEP.

Materiale og metode:

Utvalget ble hentet fra TIPS-studien II/III som inkluderer personer med førstegang psykose, rekruttert ved sykehusopptak. Utvalget i denne studien ble begrenset til de som hadde komplette data for premorbid fungering og bruk av illegale rusmidler på baseline, ett år og to år ($N=144$). Pasientene ble delt inn i fire grupper: Aldri rus, alltid rus, stoppet med rus og noe rus etter baseline. For å analysere om bruk av rusmidler var assosiert med psykotisk symptomnivå og utvikling over tid, ble det brukt kovariansanalyse med repeterte målinger. Videre ble multivariat kovariansanalysebrukt, for å analysere om premorbid fungering var assosiert med bruk av rusmidler.

Resultater:

Det var ingen signifikante forskjeller i settet av variabler for premorbid fungering (PAS) mellom de ulike gruppene. Det var en signifikant hovedeffekt av rusgruppe på PANSS positive symptomer. Gruppen som ruset seg gjennom hele forløpet (baseline, 1 år og 2 år) hadde mer alvorlige positive symptomer enn de andre gruppene.

Fortolkning:

Studiens funn støtter tidligere forskning om at kontinuerlig rusmiddelbruk etter diagnosetidspunktet forverrer symptomutvikling for positive symptomer.

Betydningen av rusmiddelbruk og premorbid fungering ved førstegangs psykoselidelse for symptomutvikling

Innledning:

Tidligere forskning har vist at pasienter med førstegangs psykose (FEP) har vesentlig høyere forekomst av bruk av illegale rusmidler enn personer som ikke har vært diagnostisert med alvorlige psykiske lidelser (1). Prognosen for symptomutvikling er bedre dersom pasienter som ruser seg på diagnosetidspunktet, slutter med rusmidler (2). Studien til Weibell, Hegelstad (2) undersøkte forholdet mellom rusbruk og det langsiktige sykdomsforløpet hos FEP-pasienter. De delte opp pasientene i fire grupper: vedvarende-, episodiske-, stopp- og ikke-brukere. De som sluttet å bruke rusmidler innen de første 2 årene etter diagnosen ble satt, hadde resultater som lignet på de som aldri hadde brukt rusmidler. Begge disse gruppene, både ikke-brukere og stopp-brukere, hadde signifikant bedre skåre på GAF funksjon, enn de andre gruppene. Det samme gjaldt PANSS positive symptomer, hvor ikke-brukere og stopp-brukere hadde færre positive symptomer ved 2-års oppfølging, enn de andre gruppene.

I denne studien vil jeg bygge videre på Weibell, Hegelstad (2) sin studie, hvor jeg på lignende måte deler inn utvalget av FEP-pasienter inn i fire ulike grupper etter deres bruk av rusmidler. Jeg ønsker å undersøke om disse gruppene har ulik prognose og symptomutvikling. Som en utvidelse av Weibell, Hegelstad (2), ønsker jeg også å undersøke om det er en sammenheng mellom bruk av illegale rusmidler og premorbid fungering.

Psykiske lidelser og rusbruk vil gjerne være et resultat av et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Personlighetstrekk, ulike miljøfaktorer og oppvekstvilkår vil ha indirekte eller direkte påvirkning på pasienten i dag. Lavt premorbid funksjonsnivå kan være forårsaket av miljøfaktorer, samt biologiske og/eller genetiske årsaker (3).

Tidligere undersøkelser viser at noen mentale lidelser er assosiert med større risiko for rusbruk (3). En studie viser også at rusmidler kan øke risikoen for å utvikle psykoselidelser (4). Flere studier har vist at lav premorbid fungering kan relateres til flere variabler, som kognitive og nevropsykologiske underskudd og alvorlige positive og negative symptomer (3), og disse er på sin side også risikofaktorer for psykisk sykdom. Det å ha en ustabil oppvekst er kjent for å skape en større sårbarhet for rusmisbruk og psykiske lidelser. En norsk studie viser at sårbarheten for psykoselidelser og rusbruk kan knyttes til genetisk og sosial arv, hvor familie er en viktig faktor (4).

Forskningsspørsmålet i denne studien er om hvordan bruk av illegale rusmidler er assosiert med symptomutvikling de to første årene etter en førstegangs psykoselidelse (FEP), og om premorbid fungering kan være assosiert med rusbruk.

Hypotese 1: Førstegangs psykosepasienter (FEP) med bruk av rus de siste 6 månedene vil ha bedre symptomutvikling dersom de slutter å ruse seg.

Hypotese 2: FEP pasienter med bruk av rus de siste 6 månedene, men som slutter å ruse seg, vil ha best symptomutvikling av alle- også enn dem som ikke brukte rusmidler.

Hypotese 3: Premorbid fungering vil predikere bruk av illegale rusmidler ved FEP.

Materiale og metode

Utvalg

Utvalget er rekruttert som en del av TIPS-II/III studien som startet i 2002 og inkluderer førstegangs psykosepasienter (FEP) på Universitetssjukehuset i Stavanger (SUS). Pasientene som er med i det datasettet denne studien bruker, er rekruttert frem til 01.01.2017. Utvalget er hentet fra en populasjonsbasert kohortstudie av FEP, rekruttert ved sykehusopptak.

Inklusjonskriteriene er blant annet at de bor i området som hører til SUS, er i aldersgruppen mellom 15-65, faller innenfor DSM-IV-kriteriene for schizofreni eller andre psykoselidelser, er aktivt psykotisk, ikke behandlet for psykose tidligere, snakker/forstår et av de skandinaviske språkene, IQ over 70 og villig og samtykkedyktig til informert samtykke.

Utvalget fra pasientpopulasjonen i TIPS-studien, er begrenset til de som hadde komplette data både på PAS og Drake, på baseline, 1 år og 2 år. $N=144$. TIPS-studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (015.03).

Måleverktøy

I TIPS-studien er det blitt brukt flere måleverktøy, men de som vil være relevant for dette prosjektet, er PANSS, GAF, Drake russkala, SCID og PAS. I denne oppgaven blir PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) sentral, da denne måler symptomnivåene. PANSS har fem symptomskalaer: negative, positive, eksitative, desorganiserte og depressive symptomer (5). Dette gir oss et innblikk i symptomatologi og hvor syke pasientene er. Her måtte pasientene skåre 4 eller mer på minst én av disse fem symptomskalaene. GAF (Global Assessment of Functioning) vurderer pasientenes symptombelastning og funksjonsnivå (6). For å måle bruk av illegale rusmidler blir Drake russkala brukt (7). Dette er en 5-punktsskala

for bruk av alkohol og illegale rusmidler. Pasienten beskriver selv grad av avholdenhet, bruk, misbruk og avhengighet, og svarene baserer seg til og med 6 måneder tilbake i tid. Svarene vil dermed være deres bruk de siste 6 månedene før psykosen inntraff. I denne studien vil bruk av alkohol ikke bli vurdert. SCID (The Structured Clinical Interview for DSM-IV) er et strukturert klinisk intervju som baserer seg på pasientenes egne beskrivelser av symptomer og hendelser, medisinske journaler og annen relevant informasjon (8). SCID blir brukt til diagnostiske formål og kartlegger symptomnivå. PAS (Premorbid Assessment of Functioning) måler premorbid funksjon hos FEP (9). Den tar for seg blant annet skoleprestasjoner, skoletilpasning, vennskap og sosial kontakt i tidlig barndom, sen barndom og tidlig voksen. Det vil bare være relevant å se på tidlig og sen barndom, da tidlig voksen ofte kan kollidere med debutalder til førstegangs psykose.

Analyser

Deskriptiv statistikk ble presentert som gjennomsnitt og standardavvik eller frekvenser og de ukorrigerede univariate analysene ble gjort ved bruk av parvise sammenligninger med t-tester og med kji-kvadrat analyser.

Data for bruk av illegale rusmidler ble dikotomisert. Drake skalaen er delt inn i en 5-punktsskala der 1 betyr at det ikke har vært noen bruk av illegale rusmidler 6 måneder før spørreskjemaet ble gitt, mens 2 til 5 angir varierende grad av bruk, fra uten funksjonsnedsettelse til avhengighet med institusjonalisering. Skalaen er i beste fall en ordinalskala, og jeg har derfor dikotomisert den slik at alle skårer over 1 ble kodet som 1-bruk, mens 1 ble skåret som 0-ikke bruk. Bare pasienter med data på baseline, 1 år og 2 år ble inkluderte. Utvalget ble så delt i grupper basert på forekomst av skåre som indikerer bruk på baseline, 1 år og 2 år: 0-Aldri rus, 1-Stoppet å bruke rusmidler etter baseline, 2-Rus etter baseline, 3-Rus på hvert målepunkt.

For å analysere om premorbid fungering var assosiert med bruk av rusmidler, ble en multivariat kovariansanalyse (MANCOVA) gjennomført. Gruppevariabelen for bruk av illegale rusmidler ble lagt inn som uavhengig kategorivariabel, mens de kontinuerlige PAS-skårene (sosial kontakt, skoleprestasjoner og skoletilpasning) for barndom og tidlig ungdom ble lagt inn som avhengige variabler. Alder og kjønn ble lagt inn som kovariater. Post-hoc analyser med Tukeys honest significant difference ble gjort for å korrigere for multiple sammenligninger.

For å analysere om bruk av rusmidler var assosiert med nivå og utvikling over tid av psykosesyntomer, brukte jeg kovariansanalyse med repeterte målinger (repeated measures ANCOVA). Rusbruksgruppe (0-Aldri rus, 1-Stoppet å bruke rusmidler etter baseline, 2-Rus etter baseline, 3-Rus på hvert målepunkt) ble lagt inn som grupperingsvariabel, med alder og kjønn som kovariater og med PANSS symptom som avhengig variabel. Det ble gjort separat analyse for hvert PANSS symptom (Negative, positive, desorganiserte, depressive, eksitative symptomer). Omnibus analysene der jeg så på hovedeffekter, ble korrigerende for brudd på forutsetningene om sfærisitet ved bruk av Greenhouse-Geisser korreksjonen av frihetsgradene i analysen.

Resultater

Utvalget besto opprinnelig av 429 personer med FEP. Det var 192 personer som hadde PANSS data på 2-års oppfølgingen. Av disse var det 48 som manglet enten data på PAS eller Drake på ett av målepunktene og som ble ekskluderte, slik at jeg til slutt hadde 144 personer i utvalget. Se tabell 1 for deskriptive data.

Omnibus MANOVA viste ingen forskjell i settet av variabler for premorbid fungering (PAS) mellom de ulike gruppene (0-Aldri rus, 1-Stoppet å bruke rusmidler etter baseline, 2-Rus etter baseline, 3-Rus på hvert målepunkt). Ukorrigerte oppfølgings-ANOVAer viste at det var en svak effekt av gruppe for sosial kontakt i tidlig ungdom ($F(3;134)=3,16, p=,027$). Post-hoc korrigerende (Tukeys HSD) parvise sammenligninger viste imidlertid ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.

Repeterte målinger ANCOVAer viste bare en signifikant hovedeffekt av rusgruppe på PANSS positive symptomer, $F(3;127)=3,68, p=,014$. For denne analysen var Mauchly test av sfærisitet nonsignifikant ($p=,281$) og jeg korrigerende derfor ikke med Greenhouse-Geisser og rapporterer de opprinnelige frihetsgradene. Vi ser av figur 1 at gruppen som ruser seg gjennom hele forløpet (baseline, 1 år og 2 år) hele tiden har høyere positive symptomer enn de andre gruppene. Det var ingen interaksjonseffekt mellom gruppe og tid, så det var ingen indikasjoner på at symptomutviklingen over tid var påvirket av rusbruk.

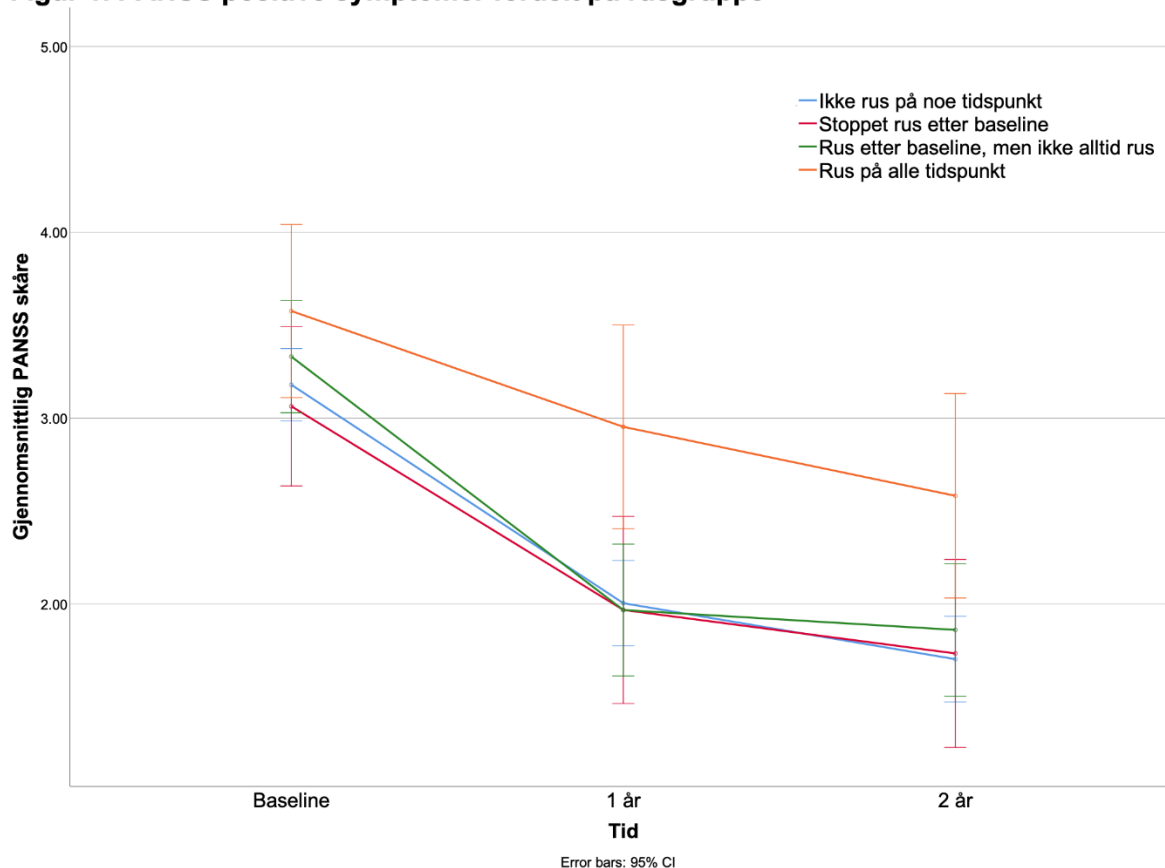
Tabell 1. Deskriptive data

	a		b		c		d	
<i>N</i> =144	Aldri rus		Stoppet å bruke rus etter baseline		Rus etter baseline		Rus på alle tidspunkt	
	<i>n</i> =81		<i>n</i> =16		<i>n</i> =38		<i>n</i> =15	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Mann	38	46,9	10	62,5	21	65,6	13	**86,7
	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD
Alder	27,1	10,9	26,6	8,8	23,3	6,4	26,4	7,0
GAF symptomer	31,9	6,2	29,4	6,1	30,4	8,3	30,9	7,9
GAF sosial fung.	40,7	10,3	39,7	11,0	36,9	10,8	37,6	8,8
PANSS								
Negative	2,3	1,1	2,1	1,0	2,2	1,3	2,2	1,1
Positive	3,1	0,7	3,0	0,9	3,3	0,9	3,6	1,0
Eksitative	1,5	0,5	1,5	0,4	1,8	1,2	1,6	0,7
Desorganiserte	2,0	1,1	1,7	0,7	2,3	1,3	2,5	1,2
Depressive	3,3	1,0	3,2	1,3	3,1	1,2	2,9	1,2
PAS								
Sosial kont. (b)	1,2	1,6	0,9	1,2	1,1	1,6	0,6	1,0
Sosial kont. (tu)	1,5*	1,6	0,7	0,9	0,9	1,3	0,7	1,0
Vennskap (b)	1,3	1,5	1,1	1,2	1,3	1,5	1,3	1,0
Vennskap (tu)	1,4	1,3	1,1	0,9	1,0	1,3	1,3	1,3
Skolepresta. (b)	2,6	1,3	2,1	1,5	2,5	1,5	2,9	1,6
Skolepresta. (tu)	2,9	1,2	2,6	1,6	3,0	1,8	3,0	1,6
Skoletilpas. (b)	1,1	1,3	0,6	0,9	0,7	0,9	1,2	1,4
Skoletilpas. (tu)	1,7	1,5	1,2	1,4	1,5	1,4	2,1	1,8

Forkortelser: GAF, Global Assessment Scale; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; PAS, Premorbid Adjustment Scale; Sosial fung., Sosial fungering; (b), barndom; (tu), tidlig ungdom; Sosial kont., Sosial kontakt; Skolepres., Skoleprestasjoner; Skoletilpas., Skoletilpasning.

* a > (b,c,d) (p<.05); ** d > a (p<.05)

Figur 1. PANSS positive symptomer fordelt på rusgruppe



Diskusjon

Ingen av nullhypotesene kunne forkastes, men det var et robust funn at gruppen som brukte illegale rusmidler gjennom hele forløpet, hadde mer alvorlige positive symptomer. Videre fant vi også at gruppen som aldri ruset seg hadde lavere premorbid fungering på sosial kontakt i tidlig ungdom. Dette funnet er kanskje ikke replikerbart, siden det ikke lenger var statistisk signifikant etter post-hoc korreksjoner.

Funnet om at de som alltid ruset seg har mer alvorlige positive symptomer, er ikke identisk med funnene i Weibell, Hegelstad (2) sin studie, som viste at dersom du slutter å ruse deg går det bedre. Imidlertid har jeg kortere oppfølgingstid (2 vs. 10 år) og kan ikke konkludere med tanke på langtidseffekter av å slutte med rusmidler. Funnene mine indikerer imidlertid at rusmisbruk blant FEP-pasienter er assosiert med alvorlige positive symptomer og Weibells arbeid indikerer at disse kanskje kan bli vesentlig reduserte dersom man stopper å ruse seg (2).

Selv om det for disse pasientene ikke nødvendigvis var snakk om rusutløste psykoser, kan bruk av rusmidler likevel føre til positive symptomer som for eksempel hallusinasjoner (10). Flere

positive symptomer kan skyldes rusmidlenes kjemi og direkte påvirkning på hjernen. Med tanke på at Cannabis er det vanligste rusmiddelet vi har i Norge i dag (10), bruker jeg det som eksempel på at rusmiddel kan føre til hallusinose som kan innebære endret virkelighetsoppfatning. Dette kan igjen utløse mer varige psykoser hos disponerte individer (10).

Det er også en interessant forskjell i gruppen som har brukt rusmidler gjennom hele forløpet, hvor nesten alle er menn. Når man ser på russtatistikken for Norge, er det tydelig også der, at jevnt over er hovedtyngden av de som ruser seg menn (10). I 2015 var det for eksempel over dobbelt så mange menn som kvinner som døde på grunn av bruk av narkotika (10).

Selv om det bare er en statistisk tendens, er det likevel interessant å diskutere hvorfor det virker som at i alderen tidlig ungdom, er det de FEP-pasientene som aldri har brukt rusmidler, som skårer lavt på premorbid funksjon når det gjelder sosial kontakt. Det kan kanskje tenkes at dette gjelder personer som er innesluttede, tilbaketrukkede og lite sosiale, og at man gjerne har utviklet negative symptomer fra barndommen av. En mulig delforklaring på funnene er at mennesker med autisme har en betydelig høyere risiko for å utvikle psykoselidelser (11). Både autisme og asperger syndrom er til dels definert av lav grad av sosial innsikt og de er derfor mindre sosiale enn andre (12, 13). Disse menneskene har også en vesentlig lavere risiko for å bruke illegale rusmidler, og har lav risiko for å bli introdusert for rusmidler gjennom venner (12).

Det ble få signifikante forskjeller mellom rusgruppene, og ingen av hypotesene ble bekreftet. Det er vanskelig å vite hvorfor det ikke ble signifikante forskjeller, men det kan være ulike grunner til at jeg ikke kunne forkaste nullhypotesene. Det kan tenkes at unøyaktige målinger kan være en av grunnene og at de derfor ikke er reliable. For eksempel kan PAS være vanskelig for en med psykoselidelse å svare på, og det kan være en utfordring at dette måleverktøyet er basert på retrospektive vurderinger som krever selvinnsikt. Med bakgrunn i hvor mye manglende data det var på PAS, er det grunn til å tro at det kan ha skjedd en svikt hos selve måleverktøyet, gjennomføringen eller utfyllingen. På grunn av mye manglende data, ble også utvalget mindre enn jeg ønsket. Da jeg delte utvalget inn i fire grupper, ble antallet dermed lite i hver gruppe. Dermed kan lav statistisk styrke også være en grunn til de negative funnene ved at det var manglende statistiske forutsetninger for å forkaste nullhypotesene. En annen svakhet ved studien er at det ble mange ekskluderte på grunn av manglende og ukomplette data på oppfølgingen. Dette kan skyldes flere ting, men i utgangspunktet er dette

en vanskelig målgruppe å nå, da mennesker med rusproblemer har uforutsigbare hverdager og kan slite med å forholde seg til avtaler.

Konklusjon

Denne studien fant betydelig mer alvorlige positive symptomer blant de som ruset seg på alle måletidspunkt, enn de andre rusgruppene som ikke hadde kontinuerlig rusmiddelbruk. De negative funnene for premorbid fungering hos FEP relatert til rusmiddelbruk er vanskelige å tolke på grunn av lite utvalg og lav statistisk styrke. Vi trenger et større utvalg med større svarprosent i fremtidig forskning. Likevel er det indikasjoner på at FEP pasienter uten noen som helst form for rusbruk, har lavere premorbid sosialt funksjonsnivå.

Hovedfunn

- Blant de som ruser seg på alle måletidspunkt, var det mer alvorlige positive symptomer, enn de andre rusgruppene uten kontinuerlig rusmiddelbruk
- 87% av rusgruppen med kontinuerlig rusmiddelbruk var menn
- Rusgruppen som aldri har ruset seg har en tendens til å ha lavere premorbid sosialt funksjonsnivå

Referanser

1. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. Helsedirektoratet, 2012.
2. Weibell MA, Hegelstad WTV, Auestad B, et al. The Effect of Substance Use on 10-Year Outcome in First-Episode Psychosis. *Schizophrenia bulletin* 2017; 43: 843.
3. Stallvik M. Biopsykososial tilnærming til rusavhengighet. *Rusfag*2011: 105-12.
4. Rognli EB, Bramness JG, Skurtveit S, et al. Substance use and sociodemographic background as risk factors for lifetime psychotic experiences in a non-clinical sample. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2017; 74: 42-7.
5. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): Rationale and standardisation. *British Journal of Psychiatry* 1989; 155: 59-65.
6. Pedersen G, Hagtvet KA, Karterud S. Generalizability studies of the Global Assessment of Functioning–Split version. *Comprehensive Psychiatry* 2007; 48: 88-94.
7. Drake RE, Osher FC, Noordsy DL, et al. Diagnosis of Alcohol Use Disorders in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1990; 16: 57-67.
8. First MB. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I) : clinician version : Scoresheet. Washington, D.C: American Psychiatric Press; 1997.
9. Cannon-Spoor HE, Potkin SG, Wyatt RJ. Measurement of Premorbid Adjustment in Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1982; 8: 470-84.
10. Skretting A, Vedøy TF, Lund KE, et al. Rusmidler i Norge 2016, Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet, Report No. Folkehelseinstituttet2016.
11. Selten JP, Lundberg M, Rai D, et al. Risks for Nonaffective Psychotic Disorder and Bipolar Disorder in Young People With Autism Spectrum Disorder A Population-Based Study. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 483-9.
12. Ramos M, Boada L, Moreno C, et al. Attitude and risk of substance use in adolescents diagnosed with Asperger syndrome. *Drug and Alcohol Dependence* 2013; 133.
13. Schenkel LS, Silverstein SM. Dimensions of Premorbid Functioning in Schizophrenia: A Review of Neuromotor, Cognitive, Social, and Behavioral Domains. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 2004; 130: 241-72.

Vedlegg 1

Forfatterveiledning: Originalartikkel

Artikler basert på egne innsamlede og bearbeidede data.

Materialet må ikke være publisert i annen form tidligere. Er studien basert på et lite utvalg eller enkle metoder, kan [Kort rapport](#) være et mer egnet format.

Slik bygger du opp manuskriptet

Artikkelen innledes med et strukturert sammendrag på 200 ord , som inneholder følgende deler:

- Bakgrunn
- Materiale og metode
- Resultater
- Fortolkning

Det strukturerte sammendraget benyttes både som et pedagogisk element i artikkelen og som en oppsummering i databaser der artikkelen gjengis.

Avsnittet Bakgrunn skal være kortfattet og inneholde formålet med studien. I Materiale og metode beskrives metoden for datainnsamling og materialet som er studert. I Resultater beskrives de viktigste funnene. Ved bruk av kvantitative data skal alltid hovedfunnene gjengis med tall. Fortolkningsavsnittet skal være kort. Unngå å gjenta studiens funn.

Løpende tekst skal inneholde fire hovedavsnitt: Innledning, Materiale og metode, Resultater og Diskusjon. I innledningen beskriver du kort bakgrunnen for undersøkelsen, formål og problemstillinger. I Materiale og metode skal du beskrive undersøkelsespopulasjon og metode, og det må alltid gjøres rede for etiske og personvernmessige tillatelser. Bruk gjerne litteraturhenvisninger til metoder som er benyttet. Under Resultater presenterer du egne iakttagelser i logisk rekkefølge, uten at du diskuterer funnene. Studer for øvrig [presentasjon av metode og resultater](#).

Artikkelen avsluttes med Diskusjon, der du drøfter betydningen av egne observasjoner og forsøker å plassere dem i sammenheng med tidligere viten. Det kan være nyttig å starte

diskusjonen med en helt kort oppsummering av hovedfunnene i noen få setninger. Deretter kommer gjerne en drøfting av resultatene opp mot tidligere funn, fulgt av en diskusjon av undersøkelsens styrker og begrensninger. Diskusjonen bør munne ut i en kort konklusjon som knyttes til formålet med undersøkelsen. Unngå konklusjoner som ikke fullt ut underbygges av de funnene som er gjort.

Artikkelens hovedfunn oppsummeres i to-fire korte setninger under overskriften hovedfunn. Hvert punkt skal bestå av kun én setning og skal gi leseren anledning til raskt å gjøre seg kjent med studiens hovedfunn. Punktene skal formuleres i preteritum. Unngå å bruke identiske setninger i hovedfunn og sammendrag.

Totalt kan manus bestå av inntil 3 000 ord inkludert tittel, sammendrag, adresser, minibiografier, referanser, hovedfunn og figur-/tabelltekster.