

Psykisk helse og ruslidelse

– en sammenvevd relasjon

Hva som kom først; rus eller psykiatri, er noe man selvsagt kan undre seg over som behandler, pasient eller pårørende. Fra et klinisk ståsted er det viktig at man ikke låser seg fast i dette spørsmålet, skriver artikkelforfatteren.

AV: SHAHRAM SHAYGANI, PSYKIATER/PSYKOANALYTIKER I TRASOPPKLINIKKEN

DEN PSYKISKE HELSEN hos pasienter med ruslidelser er relevant både i forhold til å øke vår forståelse av ruslidelsen, men også for å kunne behandle pasientene bedre. Helsearbeidere som jobber med pasienter som har rus- og avhengighetslidelse må kontinuerlig forholde seg til pasientens psykiske helse.

Psykisk helse eller psykiatri?

Begrepet psykisk helse er noe videre begrep, og dekker bedre vår forståelse av pasienter med ruslidelser enn begrepet psykiatri. Psykisk helse som begrep fanger opp flere psykologisk relevante fenomener der psykiatriske lidelser kun er inngår som en del. For å sette dette på spissen vil jeg påstå at ikke alle pasienter med ruslidelser har psykiatriske sykdommer, men forståelsen av og arbeidet med den psykiske helsen er relevant for alle pasienter som har en ruslidelse eller en annen form for avhengighetsatferd.

Når klinikeren forholder seg til pasienter med ruslidelse, skal han/hun selvsagt tenke over hvilke underliggende psykiatriske lidelser som kan være aktuelle hos noen av pasientene.

Samtidig burde klinikeren tenke over og forholde seg til den psykiske helsen hos alle



Psykiater Shahram Shaygani sier vi i dag vet at pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser har best effekt av en behandling som tar hensyn til begge lidelsene samtidig. Foto: Privat.

pasienter med ruslidelse, selv om at de ikke lider av en manifestert psykiatrisk sykdom.

Den psykiske helsen kan gjøre seg gjeldende i det kliniske arbeidet i mange forskjellige former som ikke er psykiatrisk sykdom. Dette kommer jeg tilbake til senere i denne artikkelen.

Psykiatriske lidelser og ruslidelse

Forskere har lurt på hvilken rolle rusbruk spiller i forhold til utvikling av psykiatrisk lidelse hos pasienter med både psykisk lidelse og ruslidelse. Man kan selvsagt ikke si at ruslidelse er den eneste årsaken til utvikling av psykiske lidelser hos pasienten. Vi vet at psykiske lidelser har multifaktorielle årsakssammenhenger, men det er bred enighet blant fagfolk om at bruk av rusmidler og avhengighetsatferd kan spille en avgjørende rolle for både å trigge, opprettholde og forverre den psykiske lidelsen. Epidemiologisk forskning har vist at ruslidelse er et hyppig problem hos pasienter som har etablerte psykiatriske lidelser (1, 2 og 3). Noen ganger kan bruk av ett eller flere rusmidler utløse en kortvarig eller langvarig psykiatrisk forstyrrelse. Rusutløst psykose er et eksempel på dette. Psykosen kan være kortvarig, men også langvarig hos personer som har brukt for eksempel sentralstimulerende midler.

Pasienter med bipolar lidelse kan drikke alkohol i de depressive fasene for å dempe depresjon/angst og negative tanker, men kan også gjøre det i hypomane eller maniske faser fordi de er mer impulsive, tar flere sjanser og tenker mindre på konsekvensene av sin atferd. Et annet eksempel er pasienter med ADHD-problematikk som på grunn av høy grad av impulsivitet og psykomotorisk uro tyr til bruk av rusmidler. I begge tilfeller blir pasientens psykiske lidelse forverret.

Man kan selvsagt snu på spørsmålet og spørre hvilken rolle psykisk lidelse har hatt for utviklingen av ruslidelse hos en bestemt pasient. Hos en del pasienter har den underliggende psykiske lidelsen spilt en vesentlig rolle for bruken av rusmidler. Mange pasienter med post-traumatisk stresslidelse har fortalt meg i terapirommet at de bruker rusmidler for å dempe intrusive tanker og bilder i forbindelse med sin PTSD-problematikk.

Det er en del forskning som antyder en noe dårligere prognose hos pasienter som har både ruslidelse og psykisk lidelse samtidig (4). Bruk av rusmidler hos pasienter med psykiske lidelser kan føre til dårlig samarbeidsklima mellom behandler og pasient, hyppigere medisinske komplikasjoner, økt utagerende atferd, dårligere samarbeid rundt medikamentell behandling og hyppigere innleggelse på sykehus. Alt dette kan ha negativ innvirkning på behandlingsprognosen.

Rus eller psykiatri?

Hva som kom først; rus eller psykiatri, er noe man selvsagt kan undre seg over som behandler, pasient eller pårørende. Min erfaring er at det ofte er vanskelig å svare på spørsmålet om hvilken tilstand som kom først. Forfatteren, ut ifra et klinisk ståsted, tenker at det er viktig å ikke låse seg fast i bare dette spørsmålet. Det kan rett og slett være meget vanskelig å gi svar på dette spørsmålet med 100% treffsikkerhet hos en god del pasienter. Da kunne vi kanskje ha en noe mer avslappet holdning til dette spørsmålet, og heller tenke på hvordan disse to, ruslidelse og psykiatriske lidelser, påvirker hverandre og hvordan klinikerer kan forholde seg til begge samtidig. Tradisjonelt sett har man tenkt at pasienter som både har ruslidelse og psykiske lidelser skal behandles for den ene lidelsen først. Man hørte ikke sjelden at «det er best at pasienten jobber med sin ruslidelse først, før man setter i gang med behandling av den psykiske lidelsen».

Noen heldige pasienter fikk en parallell behandling for disse to lidelsene av to behandlere eller behandlingsheter. I dag vet vi at pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser har best effekt av en behandling som tar hensyn til begge lidelsene samtidig.

I den senere tid har vi vært vitne til en positiv utvikling innen rusfeltet. De fleste enheter som arbeider med ruslidelser har anerkjent verdien av å ha kompetanse på å kartlegge og eventuelt behandle den underliggende psykiatriske lidelsen, og det er utviklet diagnostiske verktøy som bedre fanger opp psykiatriske lidelser hos pasienter med ruslidelse.



Psykologiske fenomener som har relevans for ruslidelse

Jeg har allerede påpekt at ikke alt som har å gjøre med den psykiske helsen til pasienten kan samles under psykiatrigrepet. Faktisk er det slik at psykisk helse er et mye videre begrep der psykiatrien inngår som disiplin. Det er en rekke psykologiske fenomener som er relevante i det kliniske arbeidet med pasienter som har ruslidelse, med eller uten psykiatrisk tilleggssykdom. Disse begrepene påvirker den psykiske helsen hos pasienten, og krever vår oppmerksomhet som klinikere. Her velger jeg å nevne fire av disse som er relevante i det kliniske arbeidet med ruspasienter. Jeg understreker igjen at disse fenomenene er klinisk aktuelle selv om at pasienten ikke har noen form for etablert psykiatrisk sykdom.

Affektregulering/affekthåndtering:

Det å arbeide med effektregulering/-håndtering hos pasienter med ruslidelse er av stor betydning. Forfatteren påstår at alle pasienter med ruslidelser har utfordringer i forhold til regulering og håndtering av affekt, og at rusatferd og rusinntak er et (mislykket) forsøk på å håndtere overveldende affekt. Denne forstyrrelsen i effektregulering kan faktisk være en psykologisk/biologisk sårbarhet lenge før utvikling av ruslidelsen, men også en konsekvens av ruslidelsen i seg selv. Forstyrrelse i effektregulering og affekthåndtering spiller en sentral rolle i tilbakefallene pasienter med rusavhengighet/skadelig bruk har. Det pasienten ofte beskriver som «russug», handler om somatiske og psykologiske opplevelser i bevisstheten som er direkte relatert til en overveldende affektiv tilstand. Effektregulering er en funksjon som opparbeides gjennom en sunn og trygg psykologisk utvikling i samspill med viktige omsorgspersoner. Etter min forståelse kan rehabilitering av denne funksjonen kun foregå i en relasjonelt orientert behandling.

Kapasitet til å ta vare på seg selv:

Jeg har over lang tid tenkt over dette begrepet som henviser til en psykologisk holdning til seg

selv som er preget av omsorg og ivaretagelse. Første gang jeg ble opptatt av dette jobbet jeg som lege på en avgiftningsenhet i Oslo. Som lege måtte jeg undersøke den fysiske helsen til pasientene, og ble mer og mer sjokkert over hvordan de hadde forsømt seg selv, sin kropp og sin mentale helse under ruslidelsen.

Kapasitet til å ta vare på seg selv er en psykologisk kapasitet som etableres og modnes i vår personlighet. Den vil i hovedsak beskytte oss, men er også med på å bygge opp vår selvfølelse. Denne kapasiteten blir svekket hos mange pasienter med langvarig ruslidelse. Et viktig klinisk arbeid er å gjenetablere denne kapasiteten.

Tilknytningstraumer:

Det å ha fokus på pasientens utviklingspsykologi vil spille en viktig rolle i forhold til å forstå pasientens relasjon til seg selv og andre. Vår utvikling som individer er helt avhengig av hva vi har opplevd i relasjon til viktige personer rundt oss, særlig i de fasene der vi har vært mest avhengige av slike viktige personer. Det å forstå ruslidelse innenfor en relasjonell kontekst er viktig. Tilknytningstraumer kan være massive og markante, for eksempel når pasienten presenterer historier om seksuelle overgrep, krigstraumer eller vold. Tilknytningstraumene kan være implisitte og ikke så markante, for eksempel når pasienten har vært utsatt for emosjonell avvissning eller omsorgssvikt. Pasientens tilknytningsskader dukker ofte opp i form av overføringer i det terapeutiske feltet. Overføring er et nyttig klinisk begrep fra psykodynamisk tradisjon, og det henviser til hvordan tidligere relasjonelle opplevelser og erfaringer skygger over her og nå-situasjoner. Behandleren burde derfor tenke relasjonelt i arbeidet med pasienter som har ruslidelse, men denne relasjonen er langt mer kompleks enn det terapeuten og pasienten observerer objektivt. Tidligere og ubevisste relasjonelle erfaringer, både hos pasienten og behandleren (som kalles for motoverføring), skygger over her og nå-relasjonen.

Motstand/motivasjon:

Motivasjon/motstand er to sentrale psyko-



” – *Alle pasienter med ruslidelse har individuelle utfordringer i forhold til sin psykiske helse.*

logiske begreper i behandling av ruslidelser som får større og større plass innen feltet. Ut fra en psykodynamisk tenkning handler ikke motivasjon og motstand kun om bevisste og nærbevisste prosesser, som er ofte lett tilgjengelige for terapeuten og pasienten. Motivasjon/motstand har også rot i ubevisste mentale prosesser, tett knyttet til utviklingsproblematikk, overføring, motoverføring (det vil si behandlerens relasjonelle problemer som skygger over relasjonen mellom pasient og behandler), frykt for fortrenge eller benektete indre konflikter og vanskelige affekter. Derfor er motstand-begrepet mye bredere enn pasientens fortrenge ubevisste insistering på å fortsette med rusatferden. Et eksempel kan belyse hva jeg forsøker å forklare her. En pasient med hyppige tilbakefall i misbruk av meth-amfetamin kan understreke sin irritasjon, frustrasjon og autonomi (jeg gjør det jeg vil) mot terapeuten, som under behandlingen har fått en mors-overføring fra pasienten (pasienten overfører ubevisst sin problematiske relasjon til mor på behandleren).

Konklusjon:

Forfatteren forsøkte å diskutere relasjonen mellom psykisk helse og ruslidelse. Disse to påvirker hverandre på en sammenvevd måte. I første omgang forsøkte forfatteren å skille mellom psykisk helse og psykiatri. Psykisk helse har, ut fra den modellen som ble presentert her, en overordnet plass i forhold til psykiatri som fagdisiplin. Det ble understreket at ikke alle pasienter med ruslidelse har psykiatriske sykdommer, men alle pasienter med ruslidelse har individuelle utfordringer i forhold til sin

psykiske helse. Det å forholde seg til den psykiske helsen hos pasienten er av sentral betydning i behandlingen av pasienter med ruslidelse. Selvsagt skal man ha fokus på den psykiatriske komorbiditeten som finnes hos en del pasienter med ruslidelse, men arbeidet med den psykiske helsen stopper ikke med en kartlegging og behandling av psykiatrisk sykdom. Forfatteren valgte fire psykologiske fenomener lånt fra den psykodynamiske tradisjonen. De sier noe om den psykiske helsen til pasienten og er nyttige kliniske begreper. Alle disse fire begrepene påpeker enda et viktig poeng, nemlig at både behandling av pasientens ruslidelse og psykiske utfordringer har rot i relasjonelle problemer eller skader, og kan best repareres i terapeutiske relasjoner. ❖

LITTERATUR:

- 1) Regir et al (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of American Mental Association*, 264, 2511-2518.
- 2) Kessler et al (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.
- 3) Teeson et al (2000). Alcohol and drug use disorders in Australia: Implications of the national Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 206-213.
- 4) Drake, R.E., & Noordsy, D.L. (1994). Case management for people with coexisting severe mental disorder and substance use disorder. *Psychiatric Annals*, 24, 427-431.