

**SCL-90-R anvendt som indikator på psykisk lidelse i DPS-
ruspoliklinikk: validering og tolkning.**

Pål-Erling Anonsen



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, våren 2009.

Sammendrag.

Forfatterens navn: Pål-Erling Anonsen

Tittel på oppgaven: SCL-90-R anvendt som indikator på psykisk lidelse i DPS-ruspoliklinikk: validering og tolkning.

Veiledere: Universitetslektor Dag Erik Eilertsen og førsteamanuensis Knut Inge Fostervold.

Bakgrunn: Behandling for rusmisbruk i Norge er nå forankret i spesialisthelsetjenesten. Dette har medført et krav om at evidensbaserte og strukturerte metoder skal inkluderes i behandlingen for å utrede og diagnostisere pasientenes psykiske helse på like linje med andre typer pasienter. Bruk av psykologiske kartleggingsverktøy for å måle psykiske symptomer hos personer som også misbruker rusmidler viser seg å være problematisk når det gjelder testresultatenes pålitelighet. SCL-90-R er et slikt kartleggingsverktøy og blir i dag brukt på pasienter i DPS-ruspoliklinikk som indikator på psykisk lidelse. Det foreligger ingen empiriske studier av SCL-90-Rs egenskaper anvendt i en slik pasientpopulasjon.

Formål og problemstillinger: Redegjøring av problematikken knyttet til psykometrisk utredning av psykisk helse hos pasienter med rusmiddelproblematikk og hvordan SCL-90-R er oppbygd. Deretter undersøkes to empiriske problemstillinger: A) hvorvidt SCL-90-R er en reliabel og valid indikator på psykisk lidelse i en ruspoliklinisk pasientpopulasjon og B) gyldigheten av to kjente forklaringsmodeller for sammenhengen mellom rusmisbruk og psykisk lidelse målt med SCL-90-R.

Metode: SCL-90-R-besvarelser fra 100 pasienter i DPS-ruspoliklinikk har blitt samlet inn og analysert. Indre konsistens og struktur i SCL-90-R blir undersøkt samt hvordan SCL-90-R samvarierer med andre mål på psykisk lidelse. Deretter blir hypoteser og forventninger knyttet til selvmedisineringsmodellen og skadmodellen analysert for å undersøke gyldigheten til disse som forklaringsmodeller for sammenhengen mellom rusmisbruk og psykisk lidelse målt med SCL-90-R.

Resultater: SCL-90-R er et reliabelt og valid mål på psykisk lidelse også i en ruspoliklinisk populasjon, dog en mer generell enn spesifikk indikator på psykisk lidelse. Skadmodellen ser ut til å ha mest empirisk støtte i denne undersøkelsen som forklaringsmodell for sammenhengen mellom rusmisbruk og psykisk lidelse.

Forord.

Først og fremst ønsker jeg å takke alle ved Alna DPS/RUPO for et betydelig bidrag til datamateriale og tilrettelegging for et godt skrive- og tenkemiljø. Jeg har følt dere har gitt meg støtte gjennom hele skriveprosessen, noe jeg har satt stor pris på. Som arbeidssted vil jeg også takke for den fleksibilitet og tålmodighet som har blitt gitt meg i disse månedene med hovedoppgaveskriving.

Takk også til behandlerne ved Søndre Oslo DPS/RUPO, Ullevål RUPO og Follo DPS/sos.med.avd. som tok seg tid i en travel hverdag til å bidra med datamateriale. Det har vært svært interessant å diskutere både rusbehandling og SCL-90-R med dere.

Takk til veileder Knut Inge Forstervold som hjalp meg med idémyldring og skissering av oppgaven. Det var godt å føle at du fulgte med i denne prosessen, og det ga oppgaven retning. En spesiell takk til hovedveileder Dag Erik Eilertsen som virkelig har hjulpet meg ”å sy” det hele sammen til en fortelling med en begynnelse og slutt. Din kunnskap, erfaring og grundighet når det gjelder å skrive hovedoppgave har vært unnværlig, og lærdommen du har gitt meg tar jeg med meg videre. Takk for gode forslag, statistisk bistand, gjennomlesninger av oppgaven og tilbakemeldinger.

Til slutt vil jeg takke min familie og venner som holder ut med at jeg omtrent to ganger i året de siste fem år har sunket under jorden eller inn i en lesesal. Jeg er veldig takknemlig for den støtte og tålmodighet som har blitt gitt meg hele veien. Jeg kunne ikke vært det foruten. Og til Anja Schanke Sundet, min samboer, hva skulle jeg har gjort uten deg? Ordet takk gir ikke nok mening for å beskrive noe sånt. Du er fantastisk flott å være med.

Pål-Erling Anonsen

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
DEL I: Psykologisk utredning av pasienter med rusmiddelproblematikk.	
<i>Rusreformen og nye krav til utredning</i>	<i>2</i>
<i>Psykologisk utredning i ruspoliklinikk</i>	<i>4</i>
<i>Komorbiditetsmodeller</i>	<i>5</i>
<i>Forekomst av psykiske lidelser ved rusmisbruk</i>	<i>7</i>
<i>Rusmidler forårsaker psykiske symptomer og lidelser</i>	<i>9</i>
<i>Testers reliabilitet og validitet svekkes</i>	<i>11</i>
<i>Konsekvenser av mangelfull kartlegging</i>	<i>13</i>
<i>Rusmisbruk som kilde til feilvarians i psykometrisk kartlegging</i>	<i>14</i>
<i>Fordele med god kartlegging og utredning</i>	<i>14</i>
DEL II: SCL-90-R.	
<i>Symptom Check List 90-Revised</i>	<i>14</i>
<i>Testens bestanddeler og formål</i>	<i>15</i>
<i>Symptomområder</i>	<i>15</i>
<i>Globale Symptomindekser</i>	<i>16</i>
<i>SCL-90-R reliabilitet og validitet</i>	<i>17</i>
<i>Normdata</i>	<i>20</i>
<i>SCL-90-R ved rusmisbruk</i>	<i>21</i>
DEL III: Psykologisk utredning med SCL-90-R i DPS-ruspoliklinikk	
<i>Empirisk undersøkelse av SCL-90-R</i>	<i>24</i>
<i>Problemstillinger, hypoteser og forventninger</i>	<i>24</i>
Metode	28
<i>Etikk og personvern</i>	<i>28</i>
<i>Innsamling av data</i>	<i>28</i>
<i>Utvalget</i>	<i>28</i>
<i>Instrumenter og måling</i>	<i>29</i>
<i>Statistiske analyser</i>	<i>34</i>
Resultater	35
<i>SCL-90-Rs reliabilitet og validitet som indikator på psykisk lidelse i</i>	
<i>DPS-ruspoliklinikk</i>	<i>35</i>
<i>Rupo-populasjonen og SCL-90-R indre struktur</i>	<i>35</i>
<i>Samvariasjon mellom SCL-90-R og GAF</i>	<i>38</i>
<i>Samvariasjon mellom spesifikke psykiske lidelser og symptomområder i SCL-90-R ..</i>	<i>39</i>
<i>Sammenhengen mellom rusmisbruk og psykisk lidelse</i>	<i>40</i>
<i>SCL-90-R symptombelastning i rupo-populasjonen sammenlignet med andre</i>	
<i>populasjoner</i>	<i>40</i>

<i>Forskjeller i SCL-90-R symptombelastning basert på aktivt rusmisbruk og avholdenhet</i>	42
<i>Spesifikke psykiatriske lidelsers samvariasjon med type rusmiddel og hyppighet av bruk</i>	44
<i>Forskjeller i SCL-90-R symptomprofil etter type rusmiddel misbrukt</i>	46
<i>Forskjeller i svarfordeling på enkeltledd mellom rupo-populasjonen og poliklinisk psykiatrisk pasientpopulasjon</i>	48
Diskusjon	51
<i>SCL-90-Rs reliabilitet og validitet som indikator på psykisk lidelse i DPS-ruspoliklinikk</i>	51
<i>SCL-90-R indre konsistens og reliabilitet</i>	51
<i>Samvariasjon mellom pasientrapportert GSI og behandlervurdert GAF</i>	52
<i>Samvariasjon mellom spesifikke psykiske lidelser og assosierte symptomområder i SCL-90-R</i>	53
<i>Sammenhengen mellom rusmisbruk og psykisk lidelse</i>	59
<i>SCL-90-R symptombelastning i rupo-populasjonen sammenlignet med andre populasjoner</i>	55
<i>Forskjeller i SCL-90-R symptombelastning basert på aktivt rusmisbruk og avholdenhet</i>	58
<i>Spesifikke psykiatriske lidelsers samvariasjon med type rusmiddel og hyppighet av bruk</i>	59
<i>Forskjeller i SCL-90-R symptomprofil basert på type rusmiddel misbrukt</i>	60
<i>Forskjeller i svarfordeling på enkeltledd mellom rupo-populasjonen og poliklinisk psykiatrisk pasientpopulasjon</i>	61
<i>Begrensninger ved studien</i>	62
Konklusjoner	64
<i>SCL-90-R som indikator på psykisk lidelse i rupo-populasjonen</i>	64
<i>Gyldigheten av selvmedisinerings- og skademodellen som forklaringsmodeller for SCL-90-R i rupo-populasjon</i>	64
<i>Implikasjoner for bruk av SCL-90-R i ruspoliklinisk virksomhet</i>	65
<i>Veien videre for SCL-90-R i ruspoliklinikk</i>	66
Referanseliste	68
Appendiks	76
Appendiks A: Beskrivelse av SCL-90-R symptomområder.....	76
Appendiks B: Enkeltledd i SCL-90-R kategorisert under symptomområde.....	79
Appendiks C: SCL-90-R normdata.....	81
Appendiks D: Pasientkartleggingsskjema.....	82
Appendiks E: Skalering av Cohen's d.....	83
Appendiks F: Inndelinger og kategoriseringer for statistiske hensyn.....	84
Appendiks G: Prosentvis svarfordeling av positive SCL-90-R enkeltledd.....	87

Innledning

Behandling for rusmisbruk i Norge er nå forankret i spesialisthelsetjenesten. I Oslo har lokale ruspoliklinikker blitt opprettet i tilknytning til statlige distriktpsykiatriske sentre (DPS), og disse har fått ansvar for vurdering og utredning av behandlingsbehov for denne pasientgruppen samt å tilby poliklinisk behandling gjennom tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Forankringen i spesialisthelsetjenesten har medført et spissere krav om at evidensbaserte og strukturerte metoder skal inkluderes i behandlingen for å utrede og diagnostisere pasientenes psykiske helse. Bruk av psykometriske kartleggingsverktøy for å måle psykiske symptomer hos personer som også misbruker rusmidler viser seg å være problematisk særlig på grunn av to usikre vurderingsfaktorer. Det første handler om kompleksitet knyttet til vurdering av ulike etiologiske forklaringssammenhenger mellom rusmisbruk og psykisk lidelse. Det andre er knyttet til antakelsen om at misbruk av rusmidler kan utløse, forårsake, opprettholde eller forverre psykiske symptomer og dermed imitere psykisk lidelse. Slik rusmiddelindusert påvirkning på psykisk helse svekker nødvendigvis et psykometrisk instruments pålitelighet da det i tolkningen av resultatene kan oppstå usikkerhet knyttet til hva som er rusrelatert og ikke-rusrelatert lidelse hos den enkelte pasient. En slik usikkerhet kan i verste fall føre til vegring mot bruk av psykologiske kartleggingsinstrumenter på ruspasientpopulasjoner, noe som i tilfelle er uheldig da det viser seg å være høy forekomst av komorbide psykiske lidelser blant personer som misbruker rusmidler, både alvorlige og mindre alvorlige. Vegring mot utredning av psykisk helse for denne pasientgruppen kan også føre til uhensiktsmessig behandling eller i verste fall feilbehandling for den enkelte pasient da ulike psykiske lidelser vanligvis gir ulike behandlingstilbud og behandlingstilnærminger (Kessler & Price, 1993). Slike kartleggingsverktøy begrenses også i bruksomfang ved å ekskludere ruspasienter fra testutvalget, noe som først og fremst går utover generaliseringsegenskapene til disse verktøyene. Symptom Check List 90-Revised (SCL-90-R: Derogatis, 1994) er et slikt psykometrisk kartleggingsverktøy og blir i dag brukt i ruspoliklinisk virksomhet som et mål på psykisk symptombelastning, både som en generell og til dels spesifikk indikator på psykisk lidelse. Men det finnes mindre kunnskap om hvordan rusmisbruk påvirker SCL-90-R-skårer, og særlig hvordan slik eventuell påvirkning skal tolkes og formidles. Det finnes ingen, så vidt det er kjent, gode norske valideringsstudier av SCL-90-R for ruspasientpopulasjoner, og i dag brukes ingen sammenligningspopulasjoner ved tolkningen av SCL-90-R i ruspoliklinisk virksomhet. I tillegg til at det heller ikke finnes et samlet inntrykk av hvordan SCL-90-R symptombelastning og symptomprofil ser ut blant ruspasienter som gruppe, svekker disse begrensningene både tolkningsmulighetene og

bruksnyttene av SCL-90-R i DPS-ruspoliklinikk. Denne studien har som formål nettopp å styrke tolkningsmulighetene og bruksnyttene til SCL-90-R i ruspoliklinisk virksomhet. SCL-90-R-besvarelser har blitt samlet inn og skåret fra pasienter (N = 100, 62 menn) fra fire forskjellige DPS-ruspoliklinikker i Oslo. Hensikten med den empiriske undersøkelsen er todelt: A) å undersøke om SCL-90-R er et reliabelt mål på psykisk symptombelastning og en valid indikator på psykisk lidelse blant pasienter i ruspoliklinikk og B) undersøke to kjente komorbiditetsmodeller for sammenhengen mellom rusmisbruk og psykisk lidelse som potensielle forklaringsmodeller på symptomprofil og symptomnivå i denne gruppen. Mens del A har et hovedfokus på validering av SCL-90-R, er altså del B mer fokusert på tolkning av SCL-90-R anvendt i ruspoliklinisk virksomhet.

Oppgaven består av tre deler. Økt fokus på pasientrettigheter og krav til dokumentasjon og evaluering av behandlingsvirksomheten, krever selvsagt økt kunnskap om et felt som hittil ikke har vært tydelig definert som et eget behandlingsdomene. Den første delen er derfor en redegjørelse for problematikken knyttet til utredning av psykisk helse hos pasienter som misbruker rusmidler. Denne delen omhandler spesifikke ruspolikliniske utfordringer, ulike komorbiditetsmodeller, forekomst av psykiske lidelser blant pasienter med rusmiddelproblematikk, rusmidlers direkte påvirkning av psykisk helse og en tydeliggjøring av vegringen mot bruk av psykometriske kartleggingsverktøy på pasienter med rusmiddelproblematikk. Den andre delen tar for seg SCL-90-R som verktøy for kartlegging av psykisk symptombelastning. Denne delen beskriver innholdet i SCL-90-R og tidligere studier av SCL-90-R i ruspasientgrupper. Tredje og siste del består av en empirisk undersøkelse av SCL-90-R blant pasienter i ruspoliklinikk. Del en og del to vil samtidig være en innledning til den empiriske undersøkelsen.

DEL I: Psykologisk utredning av pasienter med rusmiddelproblematikk.

Rusreformen og nye krav til utredning.

Første januar 2004 trådte *Rusreformen* (Helsedepartementet, 2004: Rundskriv I-8/2004; Sosialdepartementet, 2002-2003: Odeltingsproposisjon nr. 3; Sosialdepartementet, 2002-2003: Odeltingsproposisjon nr. 54) i kraft i Norge og medførte at behandling for rusmisbruk ble overført fra fylkeskommunen til spesialisthelsetjenesten ved de statlige regionale helseforetakene. Dette innebærer at rusmiddelavhengige nå har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten på lik linje med andre pasientgrupper, og at tjenester for

rusmisbrukere er omdefinert fra å være sosiale tjenester forankret i sosialtjenesteloven, til å bli spesialisthelsetjenester regulert av spesialisthelsetjenesteloven. Reformen innebærer at de regionale helseforetakene overtar ansvaret for: 1) avrusning, 2) helsefaglig utredning og kartlegging av egnet behandlingsbehov og 3) spesialisert (vesentlig helsefaglig) behandling, poliklinisk eller institusjon. Som en del av å overføre rusbehandlingen til spesialisthelsetjenesten besluttet Helse Øst RHF i 2004 å etablere rusmiddelpoliklinikker i Oslo tilknyttet de lokale distriktpsikiatriske sentrene (Johansen, 2007). Det er særlig tre oppgaver disse poliklinikkene skal ivareta; 1) ta imot henvisninger til rusbehandling og avgjøre om det foreligger rett til nødvendig helsehjelp, 2) gjøre en helsefaglig utredning og kartlegging av egnet behandlingsbehov og fastsette tidsfrist for slik behandling og 3) dekke behovet for poliklinisk rusbehandling for voksne pasienter med rusmiddelproblematikk og eventuelle komorbide psykiske vansker og lidelser. I ”Strategiplanen 2006-2010 for Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling, Vedlegg 1.” (John Agnar Johansen, www.aus.no, 12. nov. 2008) skisseres det klartest hvilken populasjon ruspoliklinisk behandling er ment for. Ruspoliklinikkene skal gi utrednings- og behandlingstilbud til voksne rusmiddelavhengige og misbrukere av alle slags rusmidler. I tillegg til avhengighets-/misbruksproblematikken skal ruspoliklinikkene kunne tilby behandling av ulike former for psykiske vansker som angst, fobier, depresjon, tvangslidelser, posttraumatisk stressyndrom, tilpasningsforstyrrelser, suicidalitet, selvskading, spisevansker/bulimi og voldsproblematikk. Innunder kartlegging og utredning av psykisk helse utdypes det i prosjekteringen blant annet at ruspoliklinikkene skal kunne foreta personlighetsvurdering, vurdering av psykisk fungering og diagnostisering av psykiske vansker og lidelser. Dette betyr i praksis at pasienter henvist til TSB skal få deres psykiske helse vurdert på lik linje med andre pasienter henvist til psykisk helsevern. I veilederen ”Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen” heter det: ”Alle DPS bør ha kompetanse i utredning og behandling av mennesker med psykiske lidelse og rusmiddelavhengighet... En forutsetning for å kunne gi egnet hjelp til mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, er en grundig og helhetlig utredning” (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 33). Det har vært knyttet store forventninger og optimisme til rusreformen. Optimismen har blant annet handlet om at behandling av rusproblematikk nå stiller strengere krav til dokumentasjon av intervensjonseffekt, og at behandlere blir pålagt å bruke mer evidensbaserte og strukturerte metoder i behandlingen. Denne prosessen har av enkelte blitt kalt ”fra å spille på gehør til å spille etter noter” (Øiern 2006, s. 14). Når det gjelder utredning og behandling av psykisk lidelse hos pasienter som misbruker rusmidler er kanskje en slik prosess spesielt relevant, da

det betyr at samspillet mellom rusbruk og psykisk lidelse må undersøkes nærmere, særlig i forhold til hvordan behandlere skal forstå psykiske lidelser og vansker hos pasienter som også misbruker rusmidler.

Psykologisk utredning i ruspoliklinikk.

Det er flere forhold som gjør at psykologisk utredning hos pasienter som også misbruker rusmidler er problematisk. Når det gjelder spesifikke ruspolikliniske utfordringer knyttet til de nye kravene om strukturert utredning, er det særlig to forhold som kompliserer oppgaven: 1) at pasientene som blir henvist har rett til vurdering og anbefaling av behandlingstiltak innen 30 virkedager fra henvisningsdato og 2) at en stor andel av pasientene som blir henvist til ruspoliklinikken er inne i en aktiv periode av sitt rusmisbruk. Den førstnevnte gjør at behandlere i mange tilfeller ikke kan avvente med vurdering og utredning av pasientens psykiske helse til pasienten har vært avholdende fra rusmiddelet en lengre stund, slik det ideelt bør gjøres. Minimumskravet til avholdenhet før utredning av psykisk helse blir foretatt er ofte beskrevet å være minst fire uker, selv om det er noe uenighet i litteraturen om akkurat hvor mange uker som er nødvendig (Landheim, Bakken & Vaglum, 2002). Den andre utfordringen ruspoliklinikkene står ovenfor handler om at pasientens psykiske helse på en eller annen måte kan være påvirket av rusmisbruket da mange av pasientene er inne i en aktiv periode av sitt rusmisbruk ved henvisningstidspunktet. Det at mange har et pågående rusmisbruk ved henvisning har sine naturlige og logiske årsaker da svært få søker seg til rusbehandling når de har kontroll over misbruket eller er avholdende. Dette medfører også generelle problemer knyttet til psykometrisk kartlegging av psykisk helse hos disse pasientene.

Det er særlig to forhold ved rusmisbruk som kan føre til at et psykometrisk kartleggingsverktøy får dårligere egenskaper. Det første angår ulike forklaringsmodeller for sammenhengen mellom rusmisbruk og psykisk lidelse, også kalt komorbiditetsmodeller. Det andre forholdet angår den voksende antakelsen om at visse rusmidler faktisk påvirker en persons psykiske helse ved at rusmisbruket kan være direkte årsak til den psykiske forstyrrelsen. Det sistnevnte vil si at en pasient som misbruker rusmidler kan ha psykiske symptomer som ikke nødvendigvis hadde vært et problem om pasienten ikke hadde brukt rusmidlet. Ulike komorbiditetsmodeller gjennomgås først her, deretter ses det på hvordan rusmisbruk kan påvirke psykisk helse, blant annet gjennom forekomststudier av psykiske lidelser blant pasienter med rusmisbruk.

Komorbiditetsmodeller.

Med komorbiditet menes det her tilfeller hvor en person har både rusmiddellidelse og samtidig en eller flere andre ikke-rusrelaterte psykiske lidelser. Kort sagt har komorbiditetsmodeller oppstått i forsøk på å forklare sammenhengen mellom rusmisbruk og andre psykiske lidelser. Kunnskap om hvilke faktorer som bidrar til en høy grad av komorbiditet vil kunne gi viktig informasjon i utredning og behandling av pasienter med ruslidelser og andre psykiske lidelser. Meyer (1989) har beskrevet fem ulike etiologiske sammenhenger mellom rusmisbruk og psykisk lidelse: 1) rusmisbruk og psykisk lidelse oppstår samtidig uavhengig av hverandre, 2) rusmisbruk forårsaker eller forverrer psykiske lidelser og symptomer, 3) psykisk lidelse eller symptomer forårsaker eller forverrer rusmisbruk, 4) både rusmisbruk og psykisk lidelser er forårsaket av en annen fellesfaktor og 5) rusmisbruk og abstinensstilstander kan forårsake psykiske symptomer som imiterer symptomer på psykisk lidelse. De fire første sammenhengene har blitt plassert i fire ulike komorbiditetsmodeller med egne navn. Mueser, Noordsy, Drake, og Fox (2006) betegner disse fire modellene som *selvmedisineringsmodellen*, *skademodellen*, *gjensidig-påvirkningsmodellen* og *fellesfaktormodellen*. Disse beskrives i korte trekk under.

Selvmedisineringsmodellen. I følge denne modellen skyldes høy forekomst av komorbiditet at psykiske lidelser fører til rusmisbruk. Det vil si at den psykiske lidelsen er primær og at ruslidelsen er sekundær. Modellen består av tre undermodeller, men kun den mest relevante for undersøkelsen under nevnes her og kalles *psykososial risikofaktor-modell*, eller *selvmedisineringshypotesen*. I følge denne modellen er mennesker med psykiske lidelser disponible for rusmisbruk fordi de bruker stoff og alkohol for å selvmedisinere seg mot plagsomme psykiske symptomer. Høye nivåer av angst, depresjon, hallusinasjoner eller apati kan for eksempel få en person til å misbruke stoff i et forsøk på redusere symptomene eller håndtere dem bedre. Selvmedisineringsmodellen blir beskrevet som svært populær da mange pasienter med rusmisbruk kan fortelle om hvordan de modifierer negative symptomer eller emosjonelle vanskeligheter med å bruke rusmidler (Carey, K.B., & Carey, M.P., 1995; Stewart, Karp, & Peterson, 1997), enten ved forsøk på å bedre en nedstemt tilstand eller det motsatte å redusere en anspent tilstand som for eksempel angst. Mange oppgir også sosiale årsaker til å bruke et rusmiddel, da altså mer som ”medisin” mot sosial isolasjon. Andre kan fortelle at de bruker rusmidler for å få sove, ”flykte fra virkeligheten”, få energi og så videre. Misbruk av rusmidler oppstår da som konsekvens av dette behovet for ”medisinering”. Mueser et al. (2006) legger til at særlig tre forhold vil styrke denne modellen empirisk: 1)

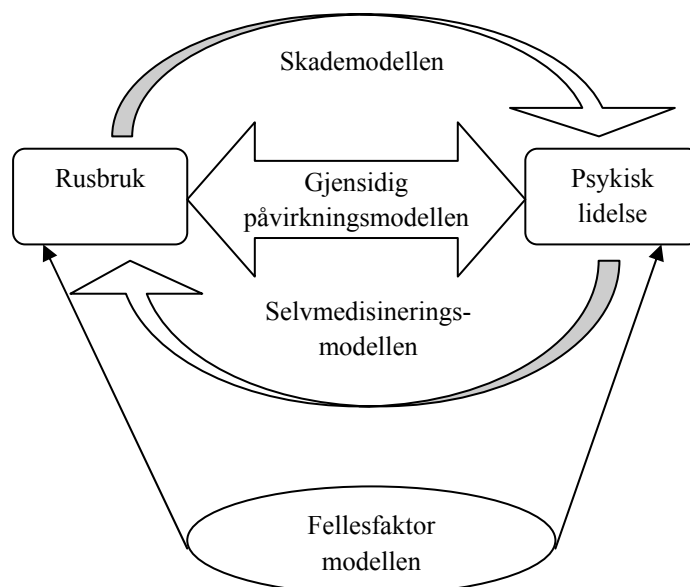
personer med ruslidelse viser fordelaktige virkninger av rusmidler på psykiske symptomer, 2) psykiske symptomer øker når personen er avholdende fra rusmidlet og 3) de med visse psykiske symptomer bruker visse rusmidler.

Skademodellen. Denne modellen sier nærmest det motsatt og hevder at rusmisbruk fører til eller trigger psykiske symptomer som ellers ikke ville ha utviklet seg, og at disse symptomene vil reduseres dersom rusbruken opphører. Ved systematisk klassifisering av symptomene etter hvorvidt de er uavhengige eller avhengige av misbruket, har man blant annet funnet hos alkoholmisbrukere og opiatavhengige at svært mange depresjoner og angstlidelser er avhengige av misbruket og sannsynligvis ikke ville ha vært tilstede hvis pasientene ikke hadde misbrukt rusmidler (Brooner, King, Kidorf, Schmidt & Bigelow, 1997; Schuckit et al., 1997). Det er selvsagt svært vanskelig å avgjøre hvilke personer som ville ha utviklet psykiske lidelser dersom de ikke hadde misbrukt rusmidler. Denne manglende kunnskapen er en sentral begrunnelse for antagelsen om at psykometriske testresultater kan være ikke-valide i denne populasjonen. Det er særlig tre forhold som vil gi empirisk støtte til skademodellen: 1) personer med ruslidelser har høyere forekomst av psykiske lidelser og symptomer enn personer som ikke bruker rusmidler, 2) de psykiske symptomene blir borte eller sterkt redusert når personen er avholdende (bortsett fra de tilfeller hvor det har oppstått varige skader), 3) spesifikke rusmidler vil forårsake spesifikke psykiske symptomer.

Fellesfaktormodellen. Denne modellen hevder at en eller flere faktorer hver for seg øker risikoen for å utvikle både psykisk lidelse og rusmisbruk. Det vil si at verken rusmisbruk eller psykisk lidelse predikerer nivå av psykiske symptomer eller alvorlighetsgrad av rusmisbruk, men heller at det er bakenforliggende forhold og faktorer som predikerer forekomsten av begge deler. Dette betyr at utvikling av rusmisbruk og psykiske lidelse deler de samme risikofaktorene. Slike potensielle fellefaktorer kan være mange som for eksempel ulike forhold ved oppvekst og miljø. Modellen har kliniske implikasjoner ved at psykiske symptomer og rusmisbruk sannsynligvis vil vedvare dersom bakenforliggende faktorer ignoreres i behandlingen

Gjensidig påvirkningsmodellen. Denne modellen forutsetter at en rekke ulike faktorer kan være med på å sette i gang og opprettholde komorbide tilstander. Et eksempel på dette kan være en person som er sårbar for å utvikle psykisk lidelse begynner med rusmidler som da utløser den psykiske lidelsen. For å håndtere den psykiske lidelsen fortsetter personen å misbruke rusmidler som igjen fører til intensivering av den psykiske lidelsen og så videre.

Mueser, Drake og Wallach (1998) opplyser at denne modellen ikke har blitt gjenstand for empirisk forskning enda, men at den kan stemme godt overens med kliniske observasjoner av at flere faktorer kan bidra til at en person utvikler og opprettholder de to komorbide lidelsene. De fire modellene kan fremstilles grafisk slik figur 1 viser.



Figur 1. Fire teoretiske modeller som forklarer økt forekomst av komorbiditet mellom psykiske lidelser og ruslidelser: selvmedisineringsmodellen, skademodellen gjensidig-påvirkningsmodell og fellesfaktormodellen.

Modellen ovenfor illustrerer den nevnte kompleksiteten som oppstår når man skal tolke utredning av ruspasienters psykiske helse. Særlig gjelder dette i forhold til hvilke symptomer kan sies å være rusrelaterte og hvilke som er ikke-rusrelaterte.

Forekomst av psykiske lidelser ved rusmisbruk.

Det første som gir et inntrykk av sammenheng mellom rusbruk og psykisk lidelse er studier hvor forekomsten av psykisk lidelse hos de som misbruker rusmidler har blitt undersøkt. Det er to måter å kartlegge en slik forekomst; 1) undersøke rusmisbruk hos psykiatriske pasienter og 2) undersøke psykiske lidelser hos de som misbruker rusmidler. Resultatene av slike studier er varierende, noe som gir grunn til usikkerheten knyttet til komorbiditetssammenhenger. For eksempel oppsummerte Gråwe og Ruud (SINTEF Helse, rapport STF78-A06003, 2006) en tverrsnittsundersøkelse utført i 2003 som inkluderte alle norske psykiatriske institusjoner, og fant at bare 9 prosent av innlagte pasienter hadde rus som

hoved- eller bidiagnose. Dette tallet er kanskje overraskende lavt da lignende amerikanske tall viser at forekomsten av rusmisbruk og rusavhengighet blant de med psykiske lidelser er omkring 29 prosent (Regier et al., 1990). I en lignende dansk undersøkelse av innlagte psykiatriske pasienter i 1996 ble det kartlagt at 26 prosent av pasientene ble utskrevet med en rusdiagnose, men at tallet steg til 50 prosent i et utvalg av disse da det ble gjennomført kliniske forskningsintervjuer basert på å avdekke rusmisbruk (Hansen et al., 2000). Andre studier viser høyere forekomster, som for eksempel ved Blakstad sykehus i Akershus i 2005, hvor de fant at 54 prosent av pasientene innlagt for psykose hadde ruset seg siste måned (Helseth, Lykke-Enger, Aamo & Johnsen, 2005). Stoffmisbruk forekom hos 40 prosent av disse og cannabis var det hyppigste brukte stoffet.

Undersøkt den andre veien, hvor forekomst av psykiske lidelser blir undersøkt hos pasienter i behandling for misbruk av rusmidler, finner flere studier høyere forekomsttall av komorbiditet mellom rusmisbruk og psykisk lidelse. Også oppsummert av Gråwe og Ruud i deres rapport fra 2006 (SINTEF Helse), ble det funnet i en slik studie at ca. 47 prosent av de som mottok behandling for rusmisbruk i tillegg hadde andre psykiske lidelser enn ruslidelser som hoved- eller bidiagnose. De vanligste forekomster av komorbide psykiatriske diagnoser (annet enn rus) var angstlidelser (ca. 34%), affektive eller stemningslidelser (ca 25%) og personlighetsforstyrrelser (ca. 22%). Konklusjonen på denne høye forekomsten ble at psykiatriske diagnoser i altfor liten grad har blitt utredet av helsepersonell i rustiltak. Det er mulig at denne mangelen antyder noe om problematikken knyttet til utredning og diagnostisering av psykisk helse hos denne pasientgruppen. Til sammenligning har epidemiologiske studier fra USA av rusmisbrukere vist en forekomstprosent fra 53 til 76 av komorbiditet mellom rusmisbruk og minst en annen psykiatrisk diagnose, hvor stemnings- og angstlidelser var de med hyppigst forekomst etterfulgt av schizofreniforme lidelser (Zilberman, Cao, & Jacobsen, 2003).

Landheim et al. (2002) står for en av de mest nøyaktige kartleggingene av psykisk lidelse blant norske rusmisbrukere under behandling. I denne undersøkelsen ble 260 klienter i Oppland og Hedmark som var til behandling for rusmisbruk poliklinisk eller på institusjon kartlagt med to ulike psykometriske tester av trente utredere for å undersøke forekomst av psykiske lidelser i denne populasjonen. Testene som ble brukt var Composite International Diagnostic Interview (CIDI: Robins et al., 1989) for symptomlidelser og Millons Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II: Millon, 1982) for personlighetsforstyrrelser. Undersøkelsen

viste en livstidsforekomst av psykiatriske symptomlidelser hos 91 prosent av klientene og opptrådte hyppigere enn personlighetsforstyrrelser (72%). Angstlidelser (83%) og depresjoner (44%) var de vanligste symptomlidelsene. De vanligste personlighetsforstyrrelsene var unnnvikende (40%) og passiv-aggressiv (38%). Syttien prosent hadde i løpet av livet hatt en eller flere alvorlige psykiske lidelser. Førtien prosent hadde tidligere mottatt behandling innenfor psykisk helsevern, og denne gruppen hadde høyere forekomst av alvorlige psykiske lidelser (83% vs. 62%). Forfatterne slår fast at disse lidelsene ble antageligvis ikke tilstrekkelig behandlet i russektoren, og at minst to tredjedeler av de som var behandlet i russektoren hadde behov for et tjenestetilbud der både den psykiske lidelsen og rusmisbruket burde bli behandlet samtidig. Samtidig peker forfatterne på problemet med å kartlegge psykiske lidelser hos personer som misbruker rusmidler. De løste dette i den ovennevnte studien ved å avvente utredningen av psykisk helse til personene hadde vært avholdende i minst fire uker. Allikevel uttrykker de en bekymring om at karteleggingsverktøyene muligens kan ha fanget opp personlighetstrekk og symptomer som gjenspeiler personens fungering og atferd som konsekvens av rusbruken istedenfor hans eller hennes grunnleggende trekk og ressurser.

Fra de epidemiologiske studiene over kan det derfor kun oppsummeres at det er en eller annen sammenheng mellom misbruk av rusmidler og utvikling av psykiske lidelse da slike studier ikke kan si noe om årsakssammenhengene. Forekomststudiene gir dermed kun grunnlag til spekulasjon om hvorvidt misbruk av et rusmiddel er årsak til psykisk forstyrrelse eller omvendt. Det er rimelig å tenke at slike spekulasjoner og antakelser har bidratt til at behandling for rusmiddelbruk har i så mange år vært splittet og todelt, det vil si at behandling for rusmisbruket og behandling for psykiske plager har vært separert ved at pasienten har blitt oppfordret til først å få kontroll på sitt rusmiddelproblem før han/hun eventuelt utredes og behandles for psykiske symptomer. Begrepet ”å falle mellom to stoler” har ofte blitt brukt i sammenheng med denne todelingen og ”Fordi deres psykiske vansker er vanskelige å forstå for rusbehandlere, og fordi rusproblemene er tilsvarende uavklarte for behandlere i psykisk helsevern, mislykkes ofte behandlingsforsøkene” (Evjen, Kielland & Øiern, 2007, s. 15).

Rusmidler forårsaker psykiske symptomer og lidelser.

Det at misbruk av spesifikke rusmidler fører til spesifikke psykiske symptomer er gjerne en kjent antakelse og en påstand som ofte blir brukt i ”informasjonshefter” om rusmidler. Formuleringen ”bruk av rusmidler medfører en rekke psykiske symptomer”

etterfulgt av en opplisting av nærmest samtlige symptomer fra i ICD-10 er ikke uvanlig og er trolig ment å oppfordre mennesker til å tenke seg om to ganger før de forsøker å innta et rusmiddel. Det er mange eksempler på slike informasjonsbrosjyrer, men her refereres det særlig til ”faktaheftet” om rusmidler til Sosial- og Helsedirektoratet (2006). Men det er heller sparsomt med kildehenvisninger i slike faktahefter, og dette gjenspeiler muligens hvor vanskelig det er å undersøke slike direkte skadevirkninger uten å måtte ta hensyn til andre medvirkende faktorer som oppvekst og miljø, relasjoner og tilknytning til andre mennesker, personlighet, psykososiale og sosioøkonomiske levevilkår for å nevne noen. Allikevel eksisterer det nesten en logisk slutning om rusmidler må påvirke psykisk helse direkte på en eller annen måte. Det såkalte ”amotivasjonssyndromet” er et godt eksempel på dette, da det av flere som peker på at cannabismisbruk kan gi nettopp dette (Ramstrøm, 2001). Men det kan like godt tenkes at ”amotiverte” mennesker tiltrekkes nettopp av cannabis og at man derfor finner høy forekomst av dette ”syndromet” hos cannabisbrukere. Gode kildehenvisninger på at misbruk av rusmidler kan forårsake, utløse og opprettholde psykiske symptomer og lidelser er vanskelig å finne, særlig i det omfang som enkelte ”faktahefter” formidler. Mueser et al. (2006) oppsummerer at ”det største belegget for at rusmisbruk gir forsterkende symptomer er registrert i forhold til alkoholens innvirkning på depresjon” (s.28). Et eksempel på det sistnevnte er Schuckit et al. (1997) som gjorde en undersøkelse hvor de forsøkte å konstatere rusmidlets direkte påvirkning på psykiske symptomer ved å skille ut angst- og depresjonslidelser som enten skyldtes eller ikke skyldtes alkoholmisbruk. Undersøkelsen viste at majoriteten av de som oppga å ha angst- og depresjonsplager i tillegg til ruslidelse hadde slike symptomer på grunn av alkoholmisbruket, noe som kan tyde på at misbruk av alkohol kan ha innvirkning på slike psykiske plager. Schuckit et al. legger også til at dersom man ikke er nøye når det gjelder å diskriminere mellom psykiske plager som skyldes og ikke skyldes et rusmisbruk, vil man ende opp med en kunstig høy forekomst av komorbiditet mellom rusmisbruk og psykiske lidelse. Nærmest alle undersøkelser viser at forekomsten av depresjon og angst er høy blant de som misbruker rusmidler, uansett type rusmiddel. Livstidsprevalens varierer i området 10 til 80 prosent og fra 5 til 70 prosent for aktuell lidelse i slike undersøkelser (Evjen et al., 2007).

Det har blitt funnet belegg for at rusmidler kan ha innvirkning på psykoser og schizofreni. Green, Young og Kavanagh (2005) gjorde en meta-analyse av 53 ulike studier omkring forekomst av bruk og misbruk av cannabis hos pasienter med psykose. De fant at et gjennomgående trekk ved de ulike studiene var at pasienter med psykose brukte cannabis i

vesentlig større grad enn andre, både i andre pasientmaterialer og populasjonsstudier. Der studiene var begrenset til pasienter med klare kriterier for schizofreni var det også overhyppighet av cannabismisbruk. Samtidig er det funnet at høy forekomst av misbruk av nær sagt alle typer rusmidler ved psykoser og schizofreni. I en undersøkelse av pasienter med førstegangpsykose i Oslo og Rogaland fant man at 23 prosent hadde misbrukt stoff og 15 prosent hadde misbrukt alkohol de siste seks måneder (Larsen et al., 2006). Forfatterne viser også til liknende undersøkelser fra andre land og at forekomst av stoffmisbruk blant pasienter med førstegangpsykose varierte mellom fire og 44 prosent, alkoholmisbruk mellom tre og 35 prosent. Statens helsetilsyns undersøkelse fra 1999 (Utredningsserie; 2000:9, IK-2727) konkluderte med at 10 til 20 prosent av personer med schizofreni i Norge måtte antas å ha problemer med rusmisbruk. I en undersøkelse fra England konkluderes det med at 49 prosent av pasienter innlagt med psykose hadde skadelig bruk eller avhengighet av forskjellige rusmidler (Menezes et al., 1996). Resultatvariasjoner i slike studier peker på varsomheten man bør utvise når man antar at et rusmiddel forårsaker psykisk lidelse. Muligheten er alltid til stede for at pasienter med psykose- og schizofreniproblematikk tiltrekkes rusmidler i et forsøkt på å dempe psykiske symptomer eller rett og slett for å unngå isolasjon ved å søke samvær med andre som misbruker rusmidler.

Testers reliabilitet og validitet svekkes.

Med reliabilitet menes det her kartleggingsverktøyenes egenskaper til å kunne måle psykopatologiske symptomer på en konsistent og stabil måte. Med validitet menes kartleggingsverktøyenes egenskaper til å måle det fenomenet de har som formål å måle.

Studier peker på at psykometriske tester får svekket reliabilitet og validitet når pasientene har rusmiddelproblematikk (Carey, K.B., & Correia, 1998; Blanchard, 2000). Selv instrumenter med godt etablerte psykometriske egenskaper mister muligens sin pålitelighet i populasjoner som er annerledes enn den instrumentet var ment for. Reliabiliteten og validiteten til "Structured Clinical Interview for DSM-III-R" (SCID; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990) har blitt undersøkt for personer som misbruker eller er avhengig av rusmidler. Bortsett fra at SCID viser god reliabilitet når det gjelder å identifisere rusdiagnoser, viste den kun moderat reliabilitet for identifisering av stemningslidelser og antisosial personlighetsforstyrrelse og dårlig reliabilitet for angstlidelser (Kranzler, Tennen, Kadden & Rounsaville, 1996). Forfatterne påstår at SCID på grunn av for mange usikkerhetsmomenter knyttet til rusmisbrukets påvirkning ikke kan fange opp slike komorbide lidelser alene, og

mener at ytterligere kartlegging er nødvendig for å eventuelt fastslå en komorbid psykisk diagnose. Shaner et al. (1998) forsøkte å diagnostisere 160 innlagte pasienter som alle var avhengige av kokain og som i tillegg var kronisk psykotiske. Det ble brukt blant annet SCID, urinprøver, tidligere sykehusjournaler og komparentopplysninger for å kunne stadfeste riktig diagnose. Selv etter å ha modifisert SCID klarte de ikke å identifisere helt sikre diagnoser hos mer enn 18 prosent av pasientene. Resten av pasientene forble udiagnostisert fordi utrederne ikke klarte å utelukke om testresultatene var forårsaket av rusutløste symptomer (78%), dårlig hukommelse (24%) eller inkonsistens i svarene fra pasienten (20%). Studien til Landheim et al. nevnt ovenfor pekte også på metodemessige begrensninger ved bruk av CIDI og MCMI-II for å utrede psykiske symptomer hos rusmisbrukere. De anså disse begrensningene som et validitetsproblem, for eksempel ved at mange av de som misbruker rusmidler starter sitt misbruk i svært ung alder og derfor vet mindre om hvordan de fungerer uten rusmidler. Resultatenes pålitelighet er derfor avhengig av evnen til å huske tilbake i tid, og at egenopplevelse blir gjenfortalt på en riktig måte. Studien konkluderer derfor med at den beste måten å kontrollere for slike metodiske begrensninger er å avvente utredning av psykiske helse til pasienten har vært avholdende i minimum fire uker. Som allerede nevnt er dette ikke alltid en reell mulighet i ruspoliklinisk virksomhet.

Bryant, Rounsaville, Spitzer og Williams (1992) har dokumentert nettopp dette problemet ved å undersøke påliteligheten av rapporterte psykiske symptomer hos tre forskjellige pasientgrupper: 1) psykiatriske pasienter med nåværende misbruk av rusmidler, 2) psykiatriske pasienter som tidligere har misbrukt rusmidler, men som for tiden er avholdende, og 3) psykiatriske pasienter som aldri har misbrukt rusmidler. Fire generelle psykiatriske symptomområder ble målt med SCID hos samtlige pasienter og inkluderte psykotiske symptomer, affektive symptomer, angstsymptomer og symptomer på spiseforstyrrelser. Cronbachs Alpha ble beregnet i et test-retest-design hvor pasientene ble testet på nytt med SCID etter en ukes tidsintervall. Resultatene viste at gruppen med avholdende og gruppen som aldri hadde brukt rusmidler var like reliable når det gjaldt å opplyse om nåværende og tidligere psykiske symptomer. Gruppen som hadde et nåværende rusmisbruk viste svakere reliabilitet, spesielt for affektive (depresjon) og psykotiske (schizofreni) symptomer. Rapporteringen fra denne gruppen om nåværende og tidligere psykiske symptomer var altså signifikant endret med bare en ukes mellomrom. Dette er som nevnt et særdeles relevant utredningsmessig og diagnostisk problem i ruspoliklinisk virksomhet hvor slike vurderinger forventes å gjøres relativt hurtig.

Konsekvenser av mangelfull kartlegging.

Det kan tenkes at problematikken nevnt ovenfor kan føre til en vegring mot bruk av psykometriske kartleggingsverktøy på denne pasientpopulasjonen. Karterud og Arefjord (2009) pekte nylig på slik vegring også når det gjelder personlighetsvurderinger av pasienter med rusmiddelproblematikk. Forfatterne viser til flere kjente utfordringer når det gjelder slike vurderinger, men samtidig at personlighetsvurderinger ikke nødvendigvis medfører større reliabilitetsproblemer i denne pasientpopulasjonen enn i andre pasientpopulasjoner. De oppsummerer at ”Under den felles merkelappen rusavhengighet er pasientene høyst forskjellige. Denne ulikheten bør komme tydeligere frem i fagfolks vurderinger” (s. 368). Mangelfull kartlegging kan altså være svært uheldig da rusdiagnosen (”merkelappen”) til den enkelte blir stående som hele forklaringen på personens plager, vansker og symptomer. Det er fristende her å låne begrepet og fenomenet *diagnostisk overskygging* (Reiss, Levitan & Szyszko, 1982) fra feltet innenfor psykisk utviklingshemming for å gi et enda tydeligere bilde på hvordan vegring mot å utrede psykiske vansker hos personer som misbruker rusmidler kan oppstå. Diagnostisk overskygging beskriver en tendens blant behandlere til å unngå å utrede andre psykiatriske diagnoser dersom pasienten allerede har en diagnose som kan forklare ”alt”. Rusdiagnosene er et godt eksempel på dette da samtlige diagnoser i ICD-10 starter med formuleringen ”*Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av. . .*”, noe som gir rom til å plassere et ubegrenset antall lidelser og forstyrrelser under diagnosen uten å måtte være spesifikk. Jopp og Keys (2001) sammenfatter begrepet diagnostisk overskygging og assosierer det med problemer knyttet til diagnostisk *sensitivitet* og *spesifisitet*, og hevder at diagnostisk overskygging oppstår på grunn av behandleres reduserte diagnostiske treffsikkerhet når en ”altomfattende diagnose” er del av symptombildet. Det samme kan man tenke kan skje i viss grad innenfor rusbehandlingsfeltet hvor den diagnostiske treffsikkerheten er redusert på grunn av usikkerhet knyttet til rusbrukens påvirkning på personens helse og fungering. Behandlerne flest er opptatt av å gjøre flest mulige riktige diagnostiske vurderinger. Korrekt identifisering bør forekomme begge veier, det vil si korrekte positive (personen har en psykisk lidelse) og korrekte negative (personene har ikke en psykisk lidelse). Når det gjelder rusbehandlingsfeltet kan det tenkes at det er spesielt den sistnevnte vurderingen behandlerne vegrer seg mest for å gjøre feil, nemlig å identifisere psykiatriske diagnoser hos de som muligens ikke har det.

Rusmisbruk som kilde til feilvarians i psykometrisk kartlegging.

Vurderingsdilemmaet som behandlere ofte sitter igjen med er altså hvor mye eller lite av testresultatene som er påvirket av rusmiddelbruken. I en gjennomgang viser Blanchard (2000) til at det er slik at de fleste psykometriske kartleggingsverktøy i sin utvikling har behandlet komorbid rusmiddelproblematikk som statistisk feilvarians og denne har da blitt eliminert eller kontrollert for i utprøving og normering av instrumentene. Han presiserer videre at dette er svært uheldig da eksklusjon av pasienter med rus- og psykiske lidelser fra psykometriske kartleggingsverktøy medfører at instrumentene mister generaliseringsegenskaper, særlig når det gjelder å kunne sammenligne resultater på tvers av ulike pasientpopulasjoner. Med hensyn til den relativt høye forekomsten av rusmisbruk blant pasienter i det psykiatriske behandlingsapparatet og psykiske lidelser blant de som misbruker rusmidler nevnt ovenfor er dette spesielt uheldig. Slike forekomststudier peker helt klart på utbredt komorbiditet, og eksklusjon av disse pasientene fra psykometriske kartleggingsverktøy betyr at verktøyene ikke er gjeldende for en meget stor del av den psykiatriske pasientpopulasjonen. Dette gjelder særlig for den gruppen av pasienter som for tiden er inne i mer eller mindre aktive perioder av sitt rusmisbruk.

Fordeler med god kartlegging og utredning.

Problematikken og begrensningene vist til ovenfor peker på et behov for å se nærmere på psykometriske kartleggingsverktøy og hvordan de for det første "påvirkes" av rusmisbruk, og for det andre undersøke hvordan skåringsresultatene kan tolkes på en meningsfull måte og deretter formidles til pasientene. Ved å inkludere pasienter med rusmiddelproblematikk i undersøkelser av psykometriske verktøy vil man kunne øke verktøyets generaliseringskraft, og muligens samtidig øke forståelsen av årsaks-/virkningsforholdet mellom rusmisbruk og de forskjellige psykiatriske lidelsene. Generelt brukes psykometriske kartleggingsverktøy med det formål å kunne forstå, forklare og forutsi atferd og symptomer. Nyttan av slike verktøy er avhengig av muligheten til å kunne gjøre visse slutninger og vurderinger basert på verktøyets skårer og resultater.

DEL II: SCL-90-R.

Symptom Check List 90-Revised.

Symptom Check List 90-Revised (SCL-90-R) er et selvutfyllende psykologisk kartleggingsverktøy som måler et her-og-nå nivå av psykisk symptombelastning (Derogatis,

1994). Testen har siden den ble utviklet blitt svært utbredt og populær og bruken av den er omfattende på tvers av forskjellige pasientpopulasjoner. På grunn av sin popularitet er det derfor ikke så overraskende at den brukes også i nyopprettet ruspoliklinisk virksomhet. I dag brukes kun råskårer når man skårer SCL-90-R i ruspoliklinikk. Det betyr at man ikke bruker normerte skårer og da nødvendigvis heller ikke noen sammenligningspopulasjon. Årsaken til dette er trolig at det ikke er gjort noen studier på hvilken normpopulasjon som er den mest hensiktsmessige å benytte som sammenligningspopulasjon for pasienter i ruspoliklinikk. I praksis vet man også generelt lite om hvordan SCL-90-R ser ut på gruppenivå blant pasienter med rusmiddelproblematikk. Dette har helt åpenbare begrensninger for bruken av SCL-90-R da psykologiske kartleggingsverktøy generelt brukes på personer med et mål om å kunne forstå, forklare og forutsi atferd og symptomer. Dette lar seg vanskelig gjøre ut fra individnivå slik det i dag forsøkes i ruspoliklinisk virksomhet. Nyttan av psykologiske instrumenter er avhengig av muligheten til å kunne gjøre visse slutninger og vurderinger basert på et individs skårer og resultater sammenlignet med andre.

Testens bestanddeler og formål.

SCL-90-R består av 90 spørsmål som omhandler et bredt spekter av psykiske symptomer innenfor ni distinkte symptomområder. Testen gis som selvrapportering og skal indikere grad av opplevd symptombelastning på en fempoengsskala (0=ikke i det hele tatt, 1=litt, 2=måtelig, 3=ganske mye og 4=veldig mye). Testen er "her-og-nå" som betyr at personen som tar testen skal svare ut i fra hvordan den siste uken har vært. Hovedformålet med å gi testen er å få innblikk i en persons selvopplevde symptomstatus enten ved starten, i løpet av og/eller ved slutten av et behandlingsforløp. Testen er ikke ment å være et diagnostisk verktøy i seg selv og er ikke et verktøy for kartlegging av personlighetsstruktur.

Symptomområder. De 90 symptomleddene i SCL-90-R slås sammen til ni distinkte symptomområder samt et mindre distinkt tilleggsområde. Noen symptomområder har flere symptomledd enn andre og i testen er leddene tilhørende symptomområdene spredt og blandet slik at ikke alle kommer etter hverandre i rekkefølge. Hvert symptomområde gjennomgås kun kortfattet nedenunder, se appendiks A for en mer detaljert beskrivelse av symptomområdene samt oversikt av enkeltledd tilhørende hvert symptomområde i appendiks B.

- *Somatisering (SOM).* Dette symptomområde er ment å indikere grad av selvopplevde plager knyttet til kroppen og inneholder 12 enkeltledd.

- *Tvangstrekk (O-C)*. Dette symptomområdet sentrerer seg rundt tanker, impulser og handlinger som er typiske for denne diagnosen med samme navn samt atferd og tilstander som er mer kjennetegnet ved generelle svekkete kognitive evner som konsentrasjon og eksekutive funksjoner.
- *Interpersonlig sensitivitet (IS)*. Dette symptomområdet fokuserer på følelser som utilstrekkelighet og mindreverdighet, spesielt i sammenligning med andre mennesker.
- *Depresjon (DEP)*. Leddene under symptomområdet depresjon er ment å være et representativt utvalg av de kliniske symptomene på depresjonsdiagnosen.
- *Angst (ANX)*. Generelle tegn på engstelighet som nervøsitet, anspenhet og skjelving er symptomer inkludert under dette symptomområdet i tillegg til panikkanfall, katastrofefølelser, reservasjon og frykt.
- *Fiendtlighet (HOS)*. Dette symptomområdet gjenspeiler tanker, følelser eller handlinger som er forbundet med selvopplevd sinne.
- *Fobisk angst (PHO)*. Leddene under dette symptomområdet omhandler primært det som er karakteristisk for agorafobi.
- *Paranoid (PAR)*. Leddene her omhandler paranoid atferd manifestert i tankeforstyrrelse. Karakteristisk for dette er vedvarende misstillitt og mistenksomhet til andre og oppfattelsen av at andre vil en vondt.
- *Psykotisisme (PSY)*. Symptomleddene under dette symptomområdet er ment å representere et kontinuum av opplevd fremmedfølelse. Leddene inkluderer symptomer på tilbaketrekning og isolering i samsvar med schizoid livsstil i tillegg til symptomer karakteristiske på schizofreni som hallusinasjoner og tankekontroll.
- *Tilleggsledd (ADD)*. Det er syv tilleggsledd i SCL-90-R som ikke er inkludert under noen av de ovennevnte symptomområdene og som heller ikke er eget symptomområde. Leddene omhandler blant annet søvnproblemer, spisevansker og skyldfølelse og er ment som understøttende eller differensierende symptomer for andre symptomområder.

Globale Symptomindekser. Derogatis med flere utarbeidet i 1975 tre globale skåringsindekser til SCL-90-R som hver for seg skulle indikere tre distinkte typer total symptombelastning.

- *Global Severity Index (GSI)*. Dette er den desidert mest brukte indeksen på total symptombelastning. Denne skåren summerer de ni distinkte symptomområdene og

tilleggsleddene og deles deretter på antall besvarte ledd (90 dersom alle ledd er besvarte).

- *Positive Symptom Total (PST)*. Er antall positive symptomer, det vil si der hvor den enkelte har svart å inneha symptomet (>0). Denne indeksen blir vanligvis tolket i forhold til symptomomfang. Høy skåre er lik stort omfang av symptomer på tvers av symptomområder.
- *Positive Symptom Distress Index (PSDI)*. Denne skåren indikerer gjennomsnittet av symptomgraden på de leddene som den enkelte har svart positivt på (>0). Skåren tolkes vanligvis som total symptomintensitet.

SCL-90-Rs reliabilitet og validitet.

Det vil føre for langt å gå detaljert inn på den etter hvert omfangsrike litteraturen når det gjelder reliabilitet og validitet. Derogatis understreker selv at en slik diskusjon også handler om i hvilken populasjon testen blir brukt og hva formålet med å bruke testen er. Det finnes derfor svært mange såkalte validitetsstudier i nettopp slike kombinasjoner og varianter, nemlig type populasjon og formål. Det vil derfor her bli nevnt noen få generelle hovedfunn. Disse omhandler først og fremst testens opprinnelige begrepsvaliditet.

Derogatis presiserer at klinisk signifikans har vært det primære kravet for hvorvidt et symptomledd har blitt inkludert i testen eller ikke. Symptomleddene i SCL-90-R ble derfor selektert kun i de tilfeller hvor symptomet har en klar og tydelig forankring i et symptomområde i den kliniske litteraturen om psykopatologi, som for eksempel under depresjon. Videre skulle symptomet kunne måles ved en gradert skala og være forståelig og meningsfullt for den som fyller ut testen. Hvor stabilt og konsistent symptomleddene måler de symptomområdene SCL-90-R forsøker å måle omtales her som testens reliabilitet. Om symptomleddene faktisk måler det de forsøker å måle er en langt mer omfattende og teoretisk diskusjon og omtales her som testens validitet.

Reliabilitet har blitt undersøkt av flere, blant annet av Derogatis selv og også i et norsk normalutvalg (Vassend, Lian & Andersen, 1992). Estimert med Cronbachs α , viser leddene i SCL-90-R tilfredsstillende reliabilitet i størrelsesorden 0.77 til 0.90 ved engangsmåling i personutvalg. Reliabilitetskoeffisienter ned mot 0.65 er nok for å kunne trekke konklusjoner på gruppenivå (Aiken, 1987). Derogatis påpeker at reliabilitetsestimater bør undersøkes ved nye populasjonsstudier med SCL-90-R for å kontrollere at det ikke er signifikante forskjeller i gruppene som studeres. Reliabilitetsestimater har også blitt undersøkt ved test-retest og funnet

tilfredsstillende. Derogatis (1994) rapporterer om test-retest-estimer, med en ukes tidsintervall, i størrelsesorden 0.80 til 0.90 hos polikliniske psykiatriske pasienter som ikke har mottatt behandling i mellomtiden. En annen studie (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Villaseñor, 1988) viste test-retest-estimer i størrelsesorden 0.68 til 0.83 med ti ukers tidsintervall. Nyere, liknende studier av den norske versjonen av SCL-90-R er så vidt det er kjent ikke foretatt. Norske studier i en ruspasientpopulasjon foreligger heller ikke.

Når det gjelder SCL-90-Rs validitet foreligger det en mengde studier som direkte eller indirekte undersøker dette, og er i følge Derogatis selv i hovedsak et spørsmål om testens begrepsvaliditet. Årsaken til dette ligger i SCL-90-R's natur, da denne testen hevder å måle visse distinkte psykologiske begreper som depresjon og angst gjennom å bruke symptomledd som skal representere slike begreper. Begrepsvaliditet for SCL-90-R dreier seg da i hovedsak om hvorvidt det er et forhold mellom symptomleddene og de teoretiske begrepene symptomleddene forsøker å måle. Selv om testens validitet i hovedsak dreier seg om én type validitet, nemlig begrepsvaliditet, er det flere måter å undersøke dette på, både direkte og indirekte. Til sammen gir dette et bilde av testens totale begrepsvaliditet. I litteraturen er spesielt tre måter blitt brukt for å undersøke dette; 1) kriterievaliditet ved å predikere pasienters utfall på andre psykometriske mål basert på SCL-90-R, 2) konvergerende og diskriminerende validitet ved å sammenligne testen med andre tester som måler lignende eller forskjellige begreper og 3) begrepsvaliditet ved bruk av faktoranalyse. Noen eksempler på slike studier gjennomgås kort her.

Av studier hvor SCL-90-R's kriterievaliditet har blitt undersøkt, det vil si hvor SCL-90-R skårer kan predikere andre variabler, har man blant annet vært opptatt av hvorvidt testen kan predikere forekomst av assosierte psykiatriske diagnoser eller ikke, altså hvor godt den fungerer som et screeningsverktøy for slike diagnoser. Resultatene er blandete. SCL-90-R har vist å kunne skille ut pasienter med angstlidelser fra de som ikke har det, og kunne diskriminere mellom enkel fobi og sosial fobi (Cameron, Thyer, Nesse & Curtis, 1984). Schmitz, Kruse, Heckrath, Alberti og Tress (1999) undersøkte i et omfattende studie hvorvidt SCL-90-R kunne fange opp og identifisere psykisk lidelse som kvalifiserte til psykiatrisk diagnose i tysk allmennt medisinsk klinikk. Resultatene viste at SCL-90-R identifiserte psykiske lidelser tilfredsstillende sammenlignet med en tysk versjon av SCID (SCID: Wittchen mfl. 1990), og viste særlig god nøyaktighet innenfor symptomområdene angst og depresjon. Videre har SCL-90-R blitt sammenlignet med Beck Depression Inventory (BDI: Beck & Beamesderfer, 1974), hvor studiet konkluderer med at SCL-90-R identifiserer

klinisk depresjon like godt som BDI (Margo, Dewan, Fisher, Greenberg, 1992). En nyere norsk studie (Pedersen & Karterud, 2004) tok for seg seks av testens ni symptomområder (SOM, O-C, IS, DEP, ANX og PHO) og undersøkte om skårene under disse områdene var assosiert med pasienters lignende symptomidelsesdiagnoser. Resultatene bekreftet at det er signifikante forhold mellom de seks symptomområdene og assosierte DSM-III og DSM-IV diagnoser (bortsett fra DEP og dystemi), hvor de enkelte symptomområdene altså korrelerer sterkest med sine assosierte symptomidelsesdiagnoser. Samtidig som dette styrker testens predikative validitet presiserer undersøkelsen at ingen av assosiasjonene (bortsett fra PHO og agorafobi) er sterke nok til å kunne fungere som diskriminerende for hver enkelt diagnose, til det var det for mange ukorrekte identifiseringer, både positive og negative. Slike assosiasjoner i klinisk virksomhet må derfor tolkes med varsomhet ifølge forfatterne. Lignende resultater har blitt funnet når det gjelder assosiasjonen mellom symptomområdet tvangstrekk (O-C) og diagnosen Obsessive Compulsive Disorder (OCD), hvor det konkluderes med at SCL-90-R er lite nyttig til å predikere denne diagnosen (Woody, Steketee & Chambless, 1995).

SCL-90-R har også blitt funnet å korrelere med andre selvutfyllingsinstrumenter som måler psykopatologi. Derogatis med flere (1976) undersøkte korrelasjonene mellom symptomområdene i SCL-90-R og assosierte skalaer i Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI: Hathaway & McKinley, 1967) og fant høy grad av konvergerende og diskriminerende validitet mellom instrumentene bortsett fra symptomområdet tvangstrekk som ikke har en korresponderende skala i MMPI. Vassend og Skrondal (1995) undersøkte korrelasjoner mellom SCL-90-R symptomområder og NEO Personality Inventory (NEO-PI: Costa & McCrae, 1992) og fant høy korrelasjon mellom personlighetstrekket nevrotisisme i NEO-PI og de ni symptomområdene i SCL-90-R. Videre viste SCL-90-R en viss grad av diskriminerende validitet opp mot de andre personlighetsområdene i NEO-PI. Vassend og Skrondal konkluderer ut i fra dette at SCL-90-R muligens måler personlighetstrekket ”nevrotisisme” like mye som psykisk symptombelastning.

Til slutt bør det nevnes at resultater fra faktoranalyser som undersøker hvorvidt SCL-90-R faktisk måler ni distinkte og separate symptomområder viser stor variasjon på tvers av populasjoner. Derogatis (1994) viser til resultater fra konfirmerende og eksplorerende faktoranalyser hvor det er godt samsvar mellom den teoretiske strukturen (dvs. de 9 symptomområdene) og empirisk struktur (uttrykt ved faktorladninger innenfor de 9 symptomområdene), hvor denne strukturen også er stabil mellom kjønn. Andre har ikke klart

å vise til like gode resultater når nye populasjoner har blitt undersøkt. Cyr, McKenna-Foley og Peacock (1985) gjorde en oppsummering av faktoranalytiske studier opptil 1985 og konkluderte med at det er en høyst ustabil faktorstruktur i SCL-90-R, både på tvers av kjønn og på tvers av populasjoner, og verktøyet i hovedsak fanger opp én faktor, nemlig generell psykisk symptombelastning. Faktoranalytiske studier har etter dette i hovedsak pekt på det samme, og man finner i slike studier ulike antall faktorer i symptomområdestruktur, alt i fra en faktor (Bonyng, 1993, Vassend og Skrondal 1999), til fire eller fem (Schwarzwald, Weisenberg & Solomon, 1991; Steer, Clark & Ranieri, 1994) eller så mange som ni eller ti (Shutty, DeGood & Schwartz, 1986). Dette har ført til at det ikke er enighet når gjelder faktorstrukturen i SCL-90-R og om den kan ses på som å måle distinkte symptomområder eller kun bare ett generelt område, til det viser faktorstrukturen seg å være for ustabil på tvers av populasjoner. Den samme ustabile faktorstrukturen har også blitt funnet i populasjoner bestående av pasienter med rusmiddelproblematikk (Carpenter og Hittner, 1995; Zack, Toneatto & Streiner 1998).

Normdata.

Det finnes i dag fire formelle normdatasett tilhørende SCL-90-R og Derogatis presenterer disse i sin manual (1994). Den første normgruppen består av pasienter fra amerikanske psykiatriske poliklinikker hvor SCL-90-R ble administrert i utredningsfasen ved klinikkene. Den andre normgruppen består av tilfeldig utvalgte voksne individer som for tiden ikke er pasienter og som dermed regnes som normalpopulasjon. Den tredje normgruppen består av psykiatriske pasienter som for tiden er innlagt ved amerikanske sykehus. Den fjerde og siste normgruppen består av amerikanske ungdommer i alderen 13 til 18 år som for tiden ikke er pasienter og som regnes som normalpopulasjon for ungdom. For detaljerte gjennomsnittstall for disse populasjonene, se appendiks C. Populasjonen bestående av innlagte psykiatriske pasienter har høyest GSI (1.30) av disse populasjonene, etterfulgt av poliklinisk psykiatriske pasienter (1.26), normalpopulasjon for ungdom (0.76) og normalpopulasjonen for voksne (0.31) I samtlige normpopulasjoner har kvinner høyere symptombelastning enn menn.

Vassend og Skrondal (1992) har utarbeidet normtall for en norsk normalpopulasjon. Gjennomsnitt, standardavvik og reliabilitetskoeffisienter var sammenlignbare med tilsvarende estimater for en amerikansk normalpopulasjon til Derogatis (se appendiks C). Forskjeller mellom kjønn viste samme tendens.

SCL-90-R ved rusmisbruk.

SCL-90-R har blitt brukt for å måle psykisk symptombelastning i ruspasientpopulasjoner, både når det gjelder generell og spesifikk symptombelastning. Dessverre må man gå lengre tilbake i tid for å finne slike studier, og samtidig er få av studiene populasjonsundersøkelser i den forstand at de forholder seg til ruspasientpopulasjonen som én gruppe. En årsak til dette er trolig at slike generelle populasjonsundersøkelser har vært vanskelig å organisere da behandlingstiltak for disse pasientene har vært såpass differensiert og oppdelt, særlig med tanke på type rusmiddel og hvor behandlingen har vært forankret. Når det gjelder studier av SCL-90-R på slike pasientgrupper, er de derfor som oftest begrenset til et spesielt behandlingstiltak og til et bestemt rusmiddel. Allikevel kan disse studiene samlet si noe om symptombelastning hos ruspasienter målt SCL-90-R, og noen av disse trekkes frem her for å gi en bakgrunn for hva som kan forventes av observasjoner i undersøkelsen under. Først trekkes noen studier frem som viser SCL-90-R symptombelastning for ulike rusmidler misbrukt. Resultatene i symptombelastning og symptomprofil fra disse studiene er sammenfattet i tabell 1 under. Til slutt trekkes noen studier kort frem som eksempler på utvidet bruksnytte av SCL-90-R i ruspasientpopulasjoner.

Mercier et al. (1992) sammenfattet eget studie med ni andre tidligere studier hvor man har sett på psykisk symptombelastning hos pasienter med alkoholmisbruk. Formålet med studien var å få et inntrykk av symptomgrad og tendenser i en slik pasientpopulasjon, og sammenligne denne gruppen med normalpopulasjonen til Derogatis (1994). Resultatene pekte på at det totale gjennomsnittet for symptombelastning (GSI) var tre ganger så høyt i den populasjonen, og at nivåene for hvert symptomområde var to til fem ganger så høye. Både antall positive symptomer (PST) og gjennomsnittet for de positive symptomene (PSDI) var også betydelig forhøyet. Videre fant Mercier signifikante forskjeller mellom menn og kvinner hvor kvinnene skåret generelt høyere, både på GSI og PSDI, samt alle symptomområdene. Symptomområdene depresjon (DEP) og tvangstrekk (O-C) og angst (ANX) var de høyeste hos både kvinner og menn. Sammenlignet med normalpopulasjonen var psykotisisme det symptomområdet som viste størst avvik.

M.P. Carey, K.B. Carey og Meisler (1991) har gjort en studie hvor to gruppers symptombelastning målt med SCL-90-R er sammenlignet. Den ene gruppen bestod av pasienter med rusmisbruk og alvorlig psykisk lidelse (dobbeldiagnose) og den andre av pasienter med alvorlig psykisk lidelse uten rusmisbruk. De psykiske lidelsene i hver gruppe var godt matchet og bestod av schizofreniforme lidelser, affektive lidelser, angst og

personlighetsforstyrrelser. Flere typer rusmidler var representert i den første gruppen og inkluderte alkohol, cannabis, kokain, amfetamin, hallusinogener og benzodiazepiner. Noen brukte kun ett rusmiddel, andre en kombinasjon av flere. Resultatene viste at dobbeldiagnosepasientene hadde en betydelig høyere symptombelastning enn den gruppen med kun alvorlige psykiske lidelser, både i antall rapporterte positive symptomer og i grad av belastning. Forskjellen var signifikant innenfor seks av ni symptomområder, og kan dermed gi et inntrykk av at rusmisbruk forverrer psykisk lidelse.

Kleinman et al. (1990) studerte forskjeller i SCL-90-R mellom kokainavhengige uten psykiatrisk diagnose, kokainavhengige med minst en diagnose innenfor personlighetsforstyrrelse og kokainavhengige med minst en diagnose innenfor både symptomlidelse og personlighetsforstyrrelse. Gruppen kokainavhengige uten psykiatrisk diagnose skåret lavest på SCL-90-R. Kokainavhengige med diagnoser innenfor personlighetsforstyrrelser skåret høyere, mens gruppen med kokainavhengighet i tillegg til symptomlidelsene og personlighetsforstyrrelse skåret høyest av de tre gruppene. I det totale utvalget hadde 75 prosent brukt kokain sammenhengende i mer enn fire år. Forfatterne antyder her at kokainavhengighet medfører en viss forhøyning på SCL-90-R, men at tilleggsvansker som personlighetsforstyrrelser og symptomlidelser øker symptombelastningen enda mer.

Copeland, Swift og Rees (2001) har forsøkt å undersøke hva som er karakteristisk hos cannabismisbrukere som søker seg til behandling ved hjelp av blant annet SCL-90-R. Gruppen de studerte bestod av 229 voksne personer som hadde søkt seg til kortvarig institusjonsbehandling for cannabismisbruk og avhengighet. Resultatene viste at samtlige gjennomsnittsskårer i denne gruppen var høyere enn gjennomsnittene i normalpopulasjonen (se appendiks C: Normpopulasjoner), og også høyere enn gjennomsnittene i studiene av ruspopulasjoner referert ovenfor, inkludert gruppen bestående av pasienter med alvorlig psykisk lidelse (se tabell 1). Dersom disse to gruppene sier noe generelt om forskjellene i symptombelastning hos slike pasienter er dette foruroligende, spesielt med tanke på at personene i cannabisgruppen hadde et langt høyere fungeringsnivå enn pasientene med rusmisbruk og alvorlig psykisk lidelse.

Når det gjelder misbruk av stoffet Heroin, studerte San, Cami, Peri, Mata, og Porta (1989) slike pasienters SCL-90-R-symptomprofiler for å undersøke om psykisk symptombelastning kunne predikere suksessfulle eller mislykkete metadonavrusningsutfall i

en behandlingsinstitusjon. Gruppen bestod av personer som misbrukte kun heroin. Gjennomsnittstallene for denne gruppen er de høyeste sammenlignet med andre ruspasientgrupper referert ovenfor. Det som gjør gruppen annerledes foruten den høye totale belastningen, er at somatisering (SOM) kommer relativt høyt i forhold til de andre symptomområdene og at interpersonlig sensitivitet (IS) kommer relativt lavt (kun PHO og PSY er lavere). I tabell 1 nedenfor er gjennomsnittsskårer for de nevnte gruppestudiene sammenlignet (symptomområdene er sortert fra høyeste til laveste skåre).

Tabell 1. Fordeling og gjennomsnittsskårer for SCL-90-R symptomområder og GSI i fire ruspopulasjoner (symptomområdene er sortert fra høyeste til laveste skåre).

Alkoholgruppen N=712 (Mercier et al. 1992)		Dobbeldiagnosegruppen N=32 (Carey et al., 1991)		Cannabisgruppen N=190* (Copeland et al., 2001)		Heroingruppen N=170 (San et al., 1989)		Totalt for de fire gruppene N=1104**	
DEP	1.12	DEP	1.42	DEP	1.54	DEP	1.97	DEP	1,51
O-C	1.11	O-C	1.34	O-C	1.54	O-C	1.74	O-C	1,43
ANX	.89	PAR	1.24	IS	1.26	SOM	1.63	ANX	1.20
IS	.88	ANX	1.24	HOS	1.21	PAR	1.62	PAR	1.19
SOM	.81	IS	1.21	ANX	1.13	HOS	1.57	IS	1.18
PAR	.81	PSY	1.02	PAR	1.07	ANX	1.55	SOM	1.07
PSY	.68	PHO	.88	SOM	1.02	IS	1.36	HOS	1.05
HOS	.55	HOS	.86	PSY	.83	PSY	1.10	PSY	.91
PHO	.45	SOM	.82	PHO	.54	PHO	1.57	PHO	.86
GSI=.86		GSI=1.15		GSI=1.18		GSI=1.51		GSI=1.18	

* Menn og kvinner slått sammen, ** Alkoholgruppen, dobbeldiagnosegruppen, cannabisgruppen og heroingruppen slått sammen

I tabellen over kan det ses at samtlige rusgrupper skårer høyest på depresjon (DEP) og tvangstrekk (O-C), men at det deretter er variasjon i fordelingen av symptomområder. Variasjonen kan muligens peke på to forhold; enten skyldes det at misbruk av ulike rusmidler fører til ulike psykiske symptomer, for eksempel ved at cannabismisbruk fører til mer interpersonlig sårbarhet enn det for eksempel alkoholmisbruk gjør. Eller, så leder ulike symptomlidelser til bruk av samme type rusmiddel, for eksempel ved at de som i utgangspunktet har symptombelastning innenfor interpersonlig sårbarhet mer sannsynlig vil misbruke cannabis enn alkohol. Slår man sammen gruppene får man en total GSI på 1.18. Dette er faktisk lavere GSI enn for eksempel pasienter i allmennpsykiatrisk poliklinikk hvor forekomsten av rusmisbruk forventes å være betydelig lavere (se appendiks C: Normpopulasjoner) som ligger på 1.26. Disse studiene reiser spørsmålet om hvordan psykiske symptomer skal forstås hos pasienter som også misbruker rusmidler. Finnes det en selvmedisinerende effekt på psykiske symptomer og lidelser her siden gjennomsnittene totalt er lavere enn i pasientpopulasjoner hvor rusmisbruk forekommer i langt mindre grad?

Av andre studier hvor SCL-90-R har blitt brukt i ruspasientpopulasjoner skal det bare nevnes kort her at man har funnet at opphør av alkoholmisbruk viser progressiv symptombedring over tid målt med SCL-90-R (DeSoto, O'Donnel, Allred & Lopes, 1985), at SCL-90-R har fungert tilfredsstillende som screeningsinstrument for å identifisere komorbide psykiatriske lidelser hos pasienter med alkoholmisbruk ved å bruke $GSI \geq 0.75$ som klinisk grenseverdi (Haver, 1997) og at personer med rusmisbruk som søker seg til behandling viser generelt høyere symptombelastning målt med SCL-90-R enn personer med rusmisbruk som ikke søker seg til behandling (Johnson, Brems & Fisher, 1996). I den sistnevnte studien argumenterer forfatterne av at rusmisbrukere som søker seg til behandling mest sannsynligvis er motivert til endring ut i fra at de har såpass høy psykisk symptombelastning sammenlignet med de som ikke søker seg til behandling. Dersom dette stemmer er sannsynligheten stor for at man vil finne nettopp høy symptombelastning innen for slike pasientgrupper, og at man i undersøkelser på gruppenivå kan bli begrenset av mangel på variasjon i nivåer av symptombelastning. Dette er ett av flere forhold ved bruk SCL-90-R i ruspasientpopulasjoner som vil bli undersøkt i den empiriske delen under.

DEL III: Psykologisk utredning med SCL-90-R i DPS-ruspoliklinikk.

Empirisk undersøkelse av SCL-90-R.

Med bakgrunn i de problemstillinger og utfordringer fra ovennevnte del en og del to undersøkes her SCL-90-R i ruspoliklinisk sammenheng. Det er særlig to forhold som forsøkes belyst i denne undersøkelsen. Det første er påliteligheten til SCL-90-R som indikator på psykisk lidelse i en populasjon bestående av pasienter med forskjellige grader av rusmiddelproblematikk. Det andre er hvorvidt komorbiditetsmodeller kan bidra med økt forståelse av SCL-90-R-skårer i en slik populasjon. En gjennomgang av disse undersøkelsene vil også kunne peke på verktøyets evne til å diskriminere mellom ulike typer psykopatologi, om det er sensitivt for forskjeller i symptombelastning ved forskjellige grader av rusmisbruk og til slutt om SCL-90-R vil vise forskjeller mellom ruspasientpopulasjonen og andre populasjoner.

Problemstillinger, hypoteser og forventninger.

Fremstillingen vil heretter være todelt. I del A vil det undersøkes om SCL-90-R er et reliabelt mål på psykisk symptombelastning og en valid indikator på psykisk lidelse blant pasienter i ruspoliklinikk. I del B vil det undersøkes hvorvidt selvmedisineringsmodellen og/eller skadmodellen kan være potensielle forklaringsmodeller for symptomprofil og

symptomnivå i denne populasjonen. Gruppen med ruspolikliniske pasienter i undersøkelsen refereres heretter til som rupo-populasjonen, rupo-gruppen eller rupo-pasienter.

DEL A: Validering.

Hypotese: SCL-90-R er et reliabelt og valid måleinstrument og indikator for psykisk lidelse også i rupo-populasjonen.

Forventninger som støtter hypotesen:

- Indre konsistens og reliabiliteten for GSI og symptomområder i SCL-90-R er sammenlignbar med den strukturen en har funnet i andre studier.
- Det vil være en samvariasjon mellom selvrapportert GSI og behandlervurdert symptombelastning (vurdert ved GAF-Symptomskårer).
- Det vil være en samvariasjon mellom symptområder i SCL-90-R og spesifikke psykiatriske diagnoser i rupo-populasjonen.

Vi vil her ta det for gitt at ”psykisk lidelse” og bruk av rusmidler i et omfang karakteristisk for rupo-populasjonen vil medføre et nedsatt funksjonsnivå. Vi vil dermed også forvente å finne at:

- Omfanget av bruk av rusmidler og SCL-90 skårer vil være negativt korrelert med funksjonsnivå målt ved GAF-Funksjonsskårer.

DEL B: Tolkning.

Gyldigheten og tolkningsmulighetene av to ulike modeller for sammenhengen mellom psykisk lidelse og rusmisbruk vil bli diskutert med utgangspunkt i følgende modeller som hypoteser:

1) Selvmedisineringsmodellen (underliggende psykisk lidelse).

- *Ut i fra selvmedisineringsmodellen tilknyttes følgende forventninger:*
 - Rupo-gruppen viser lavere psykisk symptombelastning enn poliklinisk psykiatriske pasienter som ikke ruser seg – en symptombelastning tilnærmet lik normalbefolkningen (virksom medisin).
 - Rupo-pasienter får høyere symptombelastning når de er avholdende (seponering av virksom medisin).

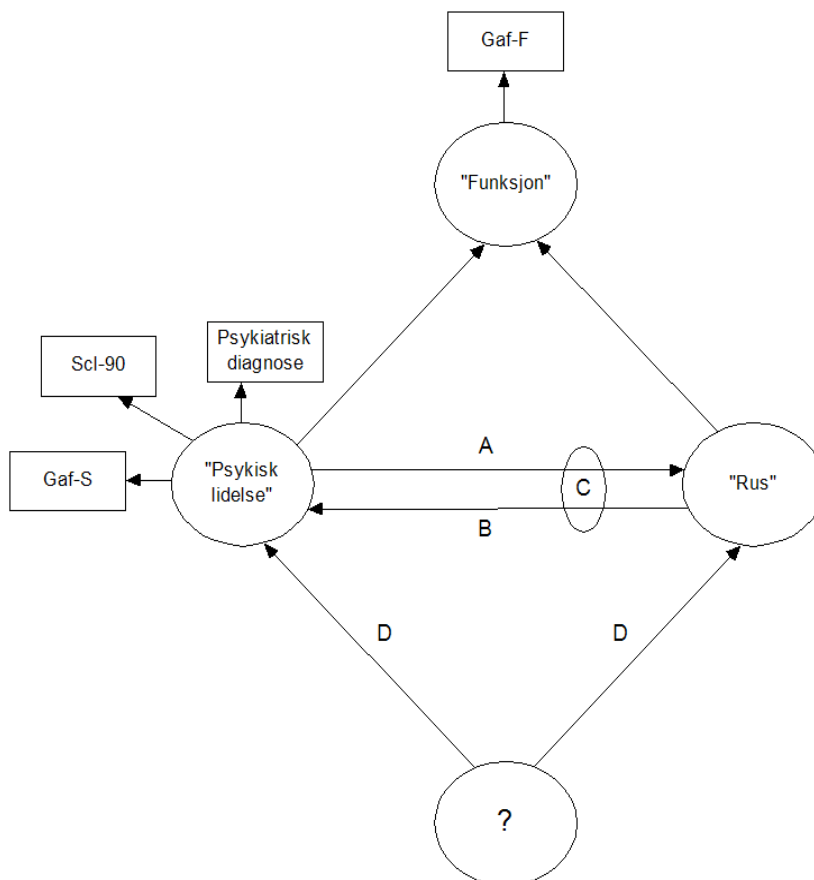
- Spesifikke psykiatriske diagnoser i rupo-gruppen korrelerer med bruk av spesifikke rusmidler (selektiv medisinerings).
- Rupo-pasienter med psykiatriske diagnoser vil ha høyere misbruk enn rupo-pasienter uten slike diagnoser (større medisineringsbehov).

2) Skademodellen (psykiske skadevirkninger av rusmisbruk).

- Ut i fra skademodellen tilknyttes følgende forventninger:
 - Rupo-gruppen vil ha større psykisk symptombelastning enn poliklinisk psykiatriske pasienter som ikke ruser seg (skadevirkning av rusmisbruk).
 - Rupo-pasienter vil ha lavere symptombelastning når de er avholdende (opphør av skadelig misbruk).
 - Aktivt bruk av rusmidler i rupo-gruppen vil samvariere med psykisk lidelse (aktive brukere vil ha høyere GSI enn skadelig bruk og avholdende).
 - De forskjellige rusmidlene misbrukt i rupo-gruppen vil gi karakteristiske og distinkte symptomprofiler (spesifikk skadevirkning).
 - Svarfordelingen på enkeltledd vil være signifikant annerledes enn i andre populasjoner som ikke ruser seg (spesifikk skadevirkning).

To andre modeller er åpenbart aktuelle for å forklare sammenhengen mellom psykisk lidelse og bruk av rusmidler og er nevnt ovenfor i innledningen: *Gjensidig påvirknings-modellen* og *Fellesfaktormodellen*. En empirisk studie av disse ville kreve longitudinelle data eller omfattende teoretisk begrunnet informasjon om risikofaktorer. Slike data foreligger ikke i denne studien og disse modellene vil her bare bli diskutert som alternative forklaringsmodeller.

Problemstillingene kan skisseres i følgende figur:



Figur 2. "Psyisk lidelse" er operasjonalisert med SCL-90-R, GAF-S, psykiatriske diagnoser og korrelasjonene mellom disse tre variablene i ru-po-populasjonen.

A=selvmedisineringsmodellen og B=skademodellen. C (gjensidig påvirkingsmodellen) og D (fellesfaktormodellen) er tatt med for å illustrere andre forklaringsmodeller på forholdet mellom rusmisbruk og psykisk lidelse. Det er tatt for gitt i studien at både modell A og modell B vil gi nedsatt funksjon, målt med GAF-F.

Metode

Etikk og personvern.

Prosjektet ble først søkt om godkjenning ved personvernet for Aker og Ullevål universitetssykehus med godkjenning 27.10.2008 om å kunne samle inn data anonymisert uten koblingsmuligheter til pasientenes navn eller personopplysninger. Dette forutsatt at det forelå godkjenning fra hver forespurte avdelingsleder ved ruspoliklinikkene om slik innsamling. Samtidig ble det forspurt REK om eventuell godkjenning av prosjektet noe som ble vurdert ikke nødvendig 03.11.2008 da datamaterialet skulle samles inn anonymisert. Forespurte behandlere ble informert om å anonymisere datamaterialet før det ble samlet inn, deretter har det vært innsamlers overordnede ansvar å påse at anonymisering av materialet er blitt gjort. Alt av datamateriale om pasientene har blitt samlet inn fra pasientenes behandlere og informasjonen har blitt hentet fra behandlerens journalsystem tilhørende hver enkelt pasient. Innsamler har ikke hatt tilgang til verken pasientene eller pasientenes journalinformasjon.

Innsamling av data.

100 SCL-90-R besvarelser og pasientopplysninger ble samlet inn fra tre forskjellige ruspoliklinikker (RUPO) i Oslo og en ruspoliklinikk i Follo. To av de tre ytterlige forespurte ruspoliklinikkene i Oslo hadde ikke anledning til å delta i undersøkelsen på grunn av tidsmangel, den tredje på grunn av at de ikke benyttet SCL-90-R i sin virksomhet. De fire ruspoliklinikkene som deltok i undersøkelsen var Alna DPS/RUPO (41% av pasientmaterialet), Søndre Oslo DPS/RUPO (31%), Ullevål RUPO (18%) og Follo DPS/sosialmedisinsk avdeling (6%). Data ble samlet inn gjennom intervju med til sammen 15 ulike behandlere ved de fire RUPO'ene, hvor de ønskede pasientopplysningene ble registrert av intervjuer. Pasientopplysningene ble registrert på et ferdig utarbeidet og medbrakt skjema (se appendiks D: "Pasientkartleggingsskjema"). Pasientkartleggingsskjemaet og SCL-90-R besvarelsen ble registrert med samme nummerkode slik at opplysningene om den enkelte pasient fulgte den enkeltes SCL-90-R besvarelse. Opplysningene fra pasientkartleggingen ble kodet og registrert i SPSS (SPSS for Windows versjon 16. 1). Det manglet syv besvarelsesråskårer i datamaterialet, og for disse ble kun SCL-90-R symptomgjennomsnitt og globalskårer registrert.

Utvalget.

Utvalget bestod av 62 menn og 38 kvinner som enten for tiden er eller har vært pasienter ved en av de fire ovennevnte DPS-ruspoliklinikkene. Gjennomsnittsalder var 33.26

(yngst = 19, eldst = 61). Åtti prosent hadde norsk opprinnelse, fem prosent vestlig opprinnelse og 15 prosent ikke-vestlig opprinnelse. Majoriteten var enslige (63 %) mens 30 prosent bodde for tiden i parforhold. Halvparten hadde endt utdanning før eller etter grunnskole, mens halvparten hadde forlenget utdanning med videregående skole eller yrkesskole (28 %), faglig yrkesutdanning (11 %) og høyskole eller universitet (10 %). Når det gjaldt inntektskilde hadde 37 prosent arbeidsinntekt (21 % av disse var for tiden sykemeldt fra arbeid) og 54 prosent hadde økonomiske stønadsordninger i en eller annen form hvor sosialhjelp var hyppigst (28 %) etter fulgt av rehabiliteringspenger (10 %). Fem pasienter var forsørget av andre, to hadde studielån og stipend. Majoriteten hadde egen bolig (68 %), enten privat leiet, privat eiet eller kommunalt leiet (8 %). En stor andel bodde hos familie (17 %) eller bekjente (7 %), og en mindre andel i boligtiltak som hybelhus og rehabiliteringssentre (8%). 40 prosent ble rapportert å ha somatiske vansker hvor ledd og muskelsmerter hadde hyppigst forekomst, etterfulgt av hjerte og lungeproblemer, leverskader, infeksjoner, mage og tarmproblemer og underernæring. Tre hadde diabetes og to hadde hodeskader. Mer enn halvparten (53 %) hadde mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer tidligere, mens under halvparten (47 %) hadde mottatt hjelp for rusmisbruk tidligere

Instrumenter og måling.

SCL-90-R spørreskjema. Pasientene hadde besvart norsk versjon av SCL-90-R, de fleste med versjonen oversatt av og Geir Høstmark Nilsen og Olav Vassend (gjengitt i Vassend & Skrondal, 2003). Når det gjaldt tidspunkt for utfylling hadde 11 prosent fylt ut testen etter første behandlingstime, 67 prosent innen de tre første behandlingstimene og 22 prosent hadde fylt ut SCL-90-R i løpet av behandlingsforløpet (etter de tre første behandlingstimene). De fleste målingene ble gjennomført i løpet av 2008, mens den eldste gikk tilbake til 2005.

SCL-90-R skåring. Det viste seg i løpet av innsamlingen at de fire RUPO'ene benyttet fire forskjellige skåringsprogrammer for SCL-90-R. Disse skåringsprogrammene var laget i Microsoft Excel enten ved avdelingen eller tilsendt fra andre avdelinger. Skåringsprogrammene ble gjennomgått og det ble funnet feil i utregningen i samtlige versjoner. Den vanligste feilen var at enkelte ledd ikke ble tatt med i gjennomsnittsskårene eller at enkelte ledd ble tellende under flere områder. En annen feil i samtlige versjoner var at utregningen av gjennomsnitt ikke tok hensyn til antall ubesvarte ledd, det vil si gjennomsnittsskårene ble regnet ut ved å dele på antallet totale ledd under hvert område og ikke antallet totale besvarte ledd. Dette gjaldt også utregningen av Global Severity Index

(GSI), hvor skåren ble regnet ut ved å dele på 90 ledd og ikke totalt antall besvarte ledd. Noen av symptomområdene i de forskjellige skåringsprogrammene var også gitt ulike navn enn de originale. Psykotisisme (PSY) ble kalt ”fremmedgjøring”, paranoide forestillinger (PAR) ble kalt ”mistenksomhet” og fiendtlighet (HOS) ble hetende ”aggresjon” i noen skåringsversjoner for å nevne noen eksempler. Ett av skåringsprogrammene inkluderte ikke utregning av tilleggsleddene (ADD). Tre av skåringsversjonene ga ingen oversikt over hvilke ledd som hørte til hvilket symptomområde, og dermed ingen oversikt over hva den enkelte hadde skåret på enkeltledd. På bakgrunn av disse oppdagelsene ble det laget et nytt SCL-90-R skåringsprogram ment for denne studien med hensikt å rette opp disse feilene. Samtlige SCL-90-R besvarelser ble skåret på nytt (bortsett fra 7 tilfeller) ved å bruke dette skåringsprogrammet. Hver pasients SCL-90-R gjennomsnittsskåre og enkeltleddsskåre ble deretter registrert i SPSS og knyttet til tilhørende opplysninger om pasienten. Tabellen under viser SCL-90-R gjennomsnittsskåre og standardavvik for kvinner og menn i rupo-populasjonen.

Tabell 2. SCL-90-R gjennomsnittsskåre og standardavvik for menn og kvinner i rupo-populasjonen.

	Menn (n = 62)		Kvinner (n = 38)		t-test (p-verdier)
	M	SD	M	SD	
Somatisering (SOM)	1.38	.87	1.35	.93	.87
Tvangstrekk (O-C)	1.83	.83	1.94	.88	.54
Interpersonlig sårbarhet (IS)	1.56	.87	1.51	.93	.86
Depresjon (DEP)	1.91	.80	1.96	.89	.77
Angst (ANX)	1.65	.81	1.55	.96	.58
Fiendtlighet (HOS)	1.13	.90	1.05	.90	.70
Fobisk angst (PHO)	1.15	.94	1.11	.95	.82
Paranoide forestillinger (PAR)	1.40	.99	1.55	1.12	.53
Psykotisisme (PSY)	.94	.76	.91	.80	.83
Tilleggssymptomer (ADD)*	1.76	.79	1.74	.85	.93
GSI	1.50	.68	1.50	.74	.98
PST**	58.31	17.83	55	18.96	.40
PSDI***	2.21	.51	2.31	.60	.43

* n = 61 for menn, 37 for kvinner, ** n = 58 for menn, 35 for kvinner, *** n = 58 for menn, 35 for kvinner.

Tabellen over viser ingen signifikante forskjeller mellom kjønn. Symptomområdet depresjon er høyest for begge kjønn, etterfulgt av tvangstrekk, angst og interpersonlig sensitivitet. Symptomområdene fobisk angst, fiendtlighet og psykotisisme er de laveste i respektive rekkefølge.

Rusdiagnoser. Samtlige rusdiagnoser i utvalget hadde blitt utredet av pasientens behandler og registrert i undersøkelsen ved bruk av ”Den internasjonale sykdomsklassifisering” (ICD-10: Statens helsetilsyn, 2007). Diagnosene i ICD-10, F10 til

F19, starter med formuleringen ” *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av. . .* ” hvor tallene 10 til 19 angir type rusmiddel inkludert alkohol. Koden F1x.1 (x = type rusmiddel) angir at rusbruken er av typen *skadelig bruk*, og beskriver et bruksmønster som gir somatiske og/eller psykiske lidelser (for eksempel leverskader og episoder med depressive lidelser etter betydelig alkoholkonsum). Skaden må være klart påviselig, ha varighet på minst en måned eller ha inntruffet ved gjentatte anledninger innen det siste året og avhengighetssyndrom må utelukkes. Koden F1x.2 beskriver diagnosen *avhengighetssyndrom*. Det er i tillegg syv typer av avhengighetssyndrom, fra F1x.20 til F1x.26, deriblant fire diagnoser som omhandler *for tiden avholdende* (avholdende, avholdende i beskyttende omgivelser, og avholdende med medikamentassistert behandling og avholdende med blokkerende eller aversive stoffer), og tre diagnoser som omhandler *aktiv/nåværende bruk* (aktiv bruk, vedvarende aktiv bruk og aktiv episodisk bruk). Da ”avholdende med medikamentassistert behandling” i rupo-populasjonen innebærer behandling med enten Metadon (opiat) eller Buprenorfin (Subutex/Suboxone), regnes de som aktive avhengighetsdiagnoser i denne sammenheng da forskning viser at disse preparatene også påvirker psykisk fungering (Mintzer & Spitzer, 2002, Prosser et al., 2006 og Mintzer, 2007). Rusmisbruket ved avhengighet kjennetegnes ved sug etter å innta substansen, ukontrollerte substansinntak, fysiologisk abstinensstilstand ved opphør av inntaket, toleranseutvikling og økte substansdoser, økende likegyldighet ovenfor andre gjøremål og ved at bruken opprettholdes til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser. Diagnosen kan stilles først etter at tre eller flere av de ovennevnte kriterier har inntruffet.

Samtlige pasienter som deltok i denne studien hadde minst en rusdiagnose, 23 prosent hadde to rusdiagnoser, 15 prosent hadde tre rusdiagnoser, 6 prosent hadde fire rusdiagnoser og 4 prosent hadde fem rusdiagnoser. I undersøkelsen deles rusdiagnosene inn i tre typer foruten type rusmiddel. Disse er skadelig bruk, aktiv avhengighet og avhengighet men for tiden avholdende. Tabell 3 under viser fordeling av typer rusdiagnoser i rupo-populasjonen, og viser høyest forekomst av cannabismisbruk etterfulgt av alkoholmisbruk, amfetaminmisbruk, opiatmisbruk og misbruk av sedativer (benzodiazepiner). Slås amfetaminmisbruk og kokainmisbruk sammen forekommer denne type misbruk hyppigere enn både opiatmisbruk og misbruk av sedativer.

Tabell 3. Forekomst* av rusdiagnoser i utvalget (n=100).

	F1x.1 Skadelig bruk	F1x.22,24,25,26 Avhengighets- syndrom	F1x.20,21,23 For tiden avholdende	Totalt Antall
Diagnoser innefor alkoholbruk	27	15	6	48
Diagnoser innenfor opiatbruk	3	16**	4	23
Diagnoser innenfor cannabisbruk	12	35	6	53
Diagnoser innenfor bruk av sedativer	3	14	5	22
Diagnoser innenfor kokainbruk	7	5	2	14
Diagnoser innenfor amfetaminbruk	5	14	5	24

* En pasient kan ha flere enn én rusdiagnose, ** 7 av disse på vedlikeholdsbehandling med Metadon eller buprenorfinmedikament

Komorbide psykiatriske diagnoser. Samtlige komorbide psykiatriske diagnoser og lidelser i utvalget hadde blitt utredet enten av pasientens nåværende behandler, tidligere behandler eller av henviser i tråd med ICD-10. I rupo-populasjonen hadde 79 prosent av pasientene minst én oppgitt psykisk lidelse i tillegg til rusdiagnose. Enten ved fastslått psykiatrisk diagnose eller henvist med symptomer på psykisk lidelse. Førtiåtte prosent av pasientene var henvist med kun én psykisk lidelse, 20 prosent med to lidelser og 11 prosent med tre komorbide psykiske lidelser i tillegg til rusdiagnose. Tabell 4 viser fordelingen av komorbide psykiatriske diagnoser og lidelser i utvalget.

Tabell 4. Forekomst* av psykiske lidelser i rupo-populasjonen (n = 100).

	Diagnostisert	Henvist med symptomer**	Totalt antall
Diagnoser/symptomer innenfor depresjon	24	16	40
Diagnoser/symptomer innenfor angst og fobier	19	9	28
Personlighetsforstyrrelser	11	9	20
Posttraumatisk stresslidelse	5	8	13
Spiseforstyrrelser	2	1	3
Forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet	5	0	5
Selvskading	--	3	3
Suicidalitet	--	7	7
Psykose- og forvirringstilstander	--	2	2

* En pasient kan ha flere enn én psykisk lidelse, ** Symptomer på psykisk lidelse beskrevet i henvisningen til ruspoliklinikken men ikke utredet

Tallene over viser en høy forekomst av psykiske lidelser knyttet til depresjon, etterfulgt av lidelser innenfor angst og fobi, personlighetsforstyrrelser og posttraumatisk stresslidelse. Disse funnene er i overenskomst med lignende funn i forekomststudiene nevnt innledningsvis.

Rusmisbruk. Foruten å registrere ICD-10 rusdiagnose ble også hyppighet av bruk, varighet av problemfylt bruk og varighet av avholdenhet registrert. Når det gjaldt det rusmiddelet som hver enkelt pasient misbrakte mest, var hyppigheten av bruken daglig eller

nesten daglig bruk hos 61 prosent av pasientene, to til fire ganger i uken hos 24 prosent og 14 prosent en gang i uken eller sjeldnere. Av disse var 28 prosent avholdende fra det rusmidlet de misbrakte mest på tidspunktet da de fylte ut SCL-90-R mens 72 prosent var aktivt misbrukende av ett eller flere rusmidler. Gjennomsnittlig antall år med problemfylt bruk av det rusmiddelet som ble misbrukt mest var cirka 10 år (minimum ett år, maksimum 40 år). Av de som var avholdende når de fylte ut SCL-90-R var gjennomsnittstiden for avholdenhet litt over en og en halv måned. Disse tallene peker på at de fleste i rupo-populasjonen misbruker et rusmiddel aktivt når de blir utredet med SCL-90-R, mens de som er avholdende har vært det i en relativ kort periode (selv om de gjennomsnitt er innenfor minimumskravet for utredning som er rundt fire uker). Gjennomsnittsalder for påbegynt problemfylt bruk av et rusmiddel var i denne gruppen omkring 22 år (SD = ca. 10 år).

Funksjon. Det ble brukt to funksjonsmål for pasientene og begge er vurdert av behandlerne til hver enkelt pasient ved inntak i klinikken. Funksjonsmålet bestod av to ulike deler av Global Assessment of Functioning scale (GAF: APA, 2000) og er basert på hvilket funksjonsnivå pasienten har sosialt (GAF-Functioning) og psykisk (GAF-Symptom). Begge skalaer går fra 1 til 100, hvor 100 angir høyeste funksjonsnivå. Skåre lavere enn 40 på GAF-S innebærer at pasienten har psykotiske symptomer, mens skåre lavere enn 50 på GAF-F betyr av vedkommende ikke klarer arbeid eller skole som følge av psykiske problemer eller rusmisbruk. Tabellen under viser gjennomsnittsskårene for GAF-F og GAF-S i rupo-populasjonen.

Tabell 5. GAF-skårer ved inntak i RUPO-populasjonen (N= 97).

	Minimum	Maksimum	Gj.snitt	SD
GAF-Funksjon	31	78	51.11	9.44
GAF-Symptom	35	71	53.13	8.22

Karakteristisk for GAF-F skårer rundt 50 er at dette antyder midt mellom moderate og alvorlige vansker med å fungere sosialt, yrkesmessig eller skolemessig. Eksempler er få til ingen venner, vansker med å holde på en jobb og redusert mulighet til å oppfylle de krav som gjerne venner, arbeidsgiver eller skoler forutsetter. Det samme gjelder for GAF-S hvor skårer rundt 50 karakteriseres med moderate til alvorlige psykiske symptomer som avflatede følelser, sporadiske panikkanfall, selvmordstanker og alvorlige tvangsritualer. Symptomene er ofte tydelig synlige for andre og man blir vurdert som behandlingstrengende.

Statistiske analyser.

Reliabilitet. Ett av hovedformålene med denne studien er å sammenligne SCL-90-R gjennomsnitt og standardavvik i den utvalgte rupo-populasjonen med andre pasient- og ikke-pasient-populasjoner. Slike forskjeller mellom grupper kan tolkes mer nøyaktig dersom man først kan fastlå at SCL-90-R har lik indre konsistens for de gruppene som skal sammenlignes. Indre konsistens betyr her i hvilken grad leddene under et symptomområde (subskala i SCL-90-R) måler det samme underliggende fenomen. Empirisk vil dette medføre homogene og relativt høye korrelasjoner mellom enkeltleddene. Indre konsistens er målt ved gjennomsnittskorrelasjonen mellom leddene og ved hvor mye av variansen i leddene som kan forklares ved en faktor. Reliabilitet for totalindekser og symptomområder er estimert ved Cronbachs α (Cronbach, 1951).

Samvariasjon. For estimering av grad av samvariasjon mellom to eller flere sett av variabler ble det benyttet ordinære korrelasjonskoeffisienter ("Pearson product-moment coefficient (r)").

Gruppeforskjeller. For å undersøke forskjeller i SCL-90-R gjennomsnitt mellom rupo-populasjonen og andre sammenligningspopulasjoner ble det benyttet t-tester. Effektstørrelse ble målt ved Cohen's d . Cohen's d (Cohen, 1988) defineres som forskjellen mellom to populasjoners gjennomsnittsskårer delt på en av populasjonenes standardavvik ($d=(M_1-M_2)/\sigma$). I resultatene under er standardavvikene i den relevante sammenligningsgruppen brukt i formelen. Cohen klassifiserer grovt effektstørrelser som små ($d=0.2$), middels ($d=0.5$) og store ($d=0.8$). Selv om disse inndelingene kan virke grove er fordelen at disse kan transformeres til gjennomsnittlige persentiler og prosent overlapp i fordelingene i populasjonene som er sammenlignet. Effektstørrelse (d) på 0.0 mellom to populasjoner betyr da at gjennomsnittet for den ene gruppen ligger på 50. persentil i den andre gruppen og at fordelingene i de to populasjonene overlapper hverandre 100 prosent (se appendiks E for effektstørrelser i tabellform).

Resultater

Resultatene presenteres her i samme rekkefølge som problemstillingene nevnt i innledningen. Det vil si at første del består av resultater som beskriver validering av SCL-90-R som indikator på psykisk lidelse i rupo-populasjonen. Valideringsresultatene bygger på undersøkelser av indre konsistens og struktur i SCL-90-R samt samvariasjon med andre mål på psykisk lidelse. Den andre delen består av resultater som belyser gyldigheten av selvmedisinerings- og skademodelen som forklaringsmodeller på sammenhengen mellom rusmisbruk og psykisk lidelse målt med SCL-90-R i rupo-populasjonen. Tolkingsresultatene bygger på målte forskjeller mellom rupo-populasjonen og andre normpopulasjoner samt målte forskjeller og samvariasjon innad i rupo-populasjonen. Rupo-populasjonen blir i hovedsak sammenlignet med to typer populasjoner; normalpopulasjoner og populasjoner bestående av pasienter fra polikliniske psykiatriske klinikker.

SCL-90-Rs reliabilitet og validitet som indikator på psykisk lidelse i DPS-ruspoliklinikk.

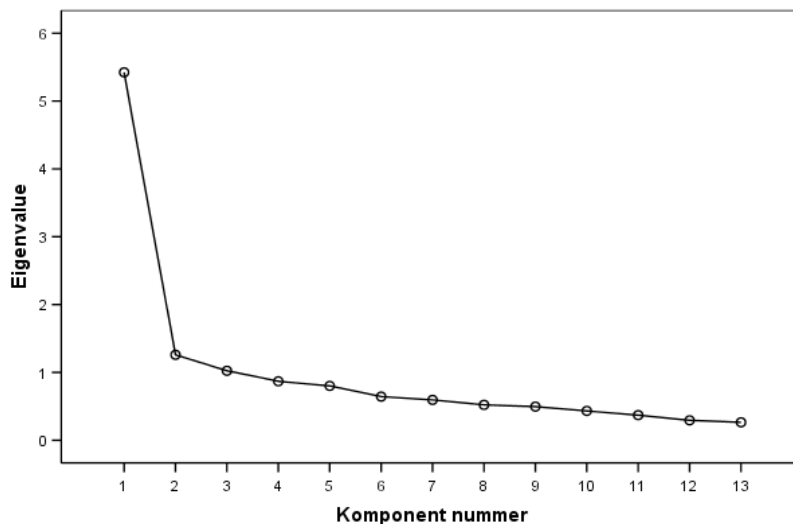
Rupo-populasjonen og SCL-90-R indre struktur. Tabellen under viser resultater relevant for diskusjonen av den indre strukturen i SCL-90-R. Selv om en eksplorerende faktoranalyse (PCA) for flere av symptomområdene gir flere enn en faktor med egenverdier marginalt større enn 1 så forklarer den første faktoren såpass stor prosentandel av variansen at det kan konkluderes med at symptomområdene er endimensjonale, det vil si at de i hovedsak måler kun en faktor.

Tabell 6. Reliabilitet for- og indre struktur i symptomområder.

	Antall ledd	Mr*	Cronbachs Alpha	Antall faktorer med egenverdi>1	% Forklart varians for 1. faktor
SOM	12	0.42	0.90	2	48
OCD	10	0.36	0.85	2	43
IS	9	0.37	0.84	3	44
DEP	13	0.35	0.88	3	42
ANX	10	0.40	0.87	2	47
HOS	6	0.47	0.84	1	56
PHO	7	0.43	0.84	1	52
PAR	6	0.46	0.84	1	55
PSY	10	0.33	0.82	2	40
ADD	7	0.22	0.68		37
GSI	90	0.29	0.97		31

* Mr=gjennomsnittlig korrelasjon mellom enkeltleddene i symptomområder

Endimensjonaliteten støttes også ved inspeksjon av ”scree-plots”. I figur 3 er dette illustrert for symptomområdet ”depresjon”. Som det fremgår av figuren er det en klar knekk i kurven ved 2 komponenter noe som indikerer en endimensjonal løsning.



Figur 3. ”Scree-plot” for symptomområdet “Depresjon” i SCL-90-R.

For å undersøke om SCL-90-R viser like god indre konsistens for hvert symptomområde som i andre undersøkte populasjoner ble reliabilitetsestimater fra rupo-gruppen sammenlignet med reliabilitetsestimater fra to andre populasjoner; poliklinisk-psykiatrisk-pasient-populasjon (ppp-populasjon) fra USA (Horowitz et al., 1988) og norsk befolkningspopulasjon (Vassend og Skrondal, 1992). Ppp-populasjonen ble valgt ut fordi forfatterne i studien presiserer at pasienter med alkohol- eller stoffmisbruk ble ekskludert fra utvalget. Et utvalg fra en norsk normalpopulasjon ble valgt som sammenligningsgruppe her fordi dette utvalget har besvart samme norskoversatte SCL-90-R-versjon som utvalget fra rupo-populasjonen. Når det gjelder reliabilitetskoeffisienter er det for øvrig ikke påvist betydelige forskjeller mellom en amerikansk normalpopulasjon (Derogatis, 1994) og norsk normalpopulasjon (Vassend og Skrondal, 2003). Tabellen under viser reliabilitetskoeffisienter for rupo-populasjonen sammenlignet med de to ovennevnte populasjonene. Som det fremgår av tabellen viser estimatene tilfredsstillende reliabilitet og estimatene er tilnærmet identiske med estimater fra de andre populasjonene.

Tabell 7. Estimert reliabilitet (Cronbachs α) for hvert symptomområde for rupo-populasjonen og to andre populasjoner.

	Rupo-populasjonen (N=93)	Poliklinisk psykiatriske pasienter (N=103)*	Norsk befolknings- populasjon (N=1082)**
SOM	.90	.88	.83
OCD	.85	.87	.87
IS	.84	.84	.87
DEP	.88	.90	.89
ANX	.87	.88	.87
HOS	.84	.85	.78
PHO	.84	.89	.76
PAR	.84	.79	.82
PSY	.83	.80	.77

* Horowitz mfl., 1988

** Vassend og Skrondal, 1992

For videre å undersøke den indre strukturen SCL90 ble interkorrelasjoner mellom de 9 symptomindeksene beregnet. Lave korrelasjoner mellom symptomindeksene vil tyde på at disse fanger opp spesifikke og distinkte symptomer, mens høye korrelasjoner vil kunne tyde på en uspesifikk spredning i symptomatologi eller at alle fanger opp det samme underliggende fenomen. Tabellen under viser korrelasjonene for rupo-gruppen.

Tabell 8. Korrelasjon mellom SCL-90-R symptomområder i rupo-gruppen*

	SOM	O-C	IS	DEP	ANX	HOS	PHO	PAR	PSY	ADD
O-C	0.60									
IS	0.56	0.75								
DEP	0.56	0.73	0.76							
ANX	0.73	0.65	0.68	0.72						
HOS	0.32	0.50	0.46	0.48	0.39					
PHO	0.63	0.56	0.71	0.57	0.73	0.22				
PAR	0.51	0.65	0.76	0.64	0.58	0.57	0.53			
PSY	0.59	0.70	0.70	0.64	0.68	0.51	0.53	0.76		
ADD	0.52	0.50	0.58	0.69	0.57	0.39	0.46	0.55	0.52	
GSI	0.78	0.84	0.87	0.86	0.86	0.58	0.75	0.81	0.83	0.72
Gj.snitt	0.56	0.63	0.66	0.64	0.64	0.43	0.55	0.62	0.63	0.53

* Samtlige symptomområder korrelerer med hverandre signifikansnivå $p < 0.01$, bortsett fra HOS med PHO som korrelerer med hverandre på signifikansnivå $p < 0.005$.

Resultatene i tabellen over viser en betydelig samvariasjon mellom symptomområdene i SCL-90-R. Det ser ut til at symptomområdet interpersonlig sensitivitet (IS) korrelerer gjennomsnittlig høyest med de andre symptomområdene, noe som kan tyde på at vansker innenfor dette området er enten konsekvens av eller leder til vansker innenfor flere andre symptomområder. IS er sterkt korrelert med depresjon (DEP), tvangstrekk (O-C), paranoide forestillinger (PAR), fobisk angst (PHO) og psykotisisme (PSY) i den rekkefølgen. IS korrelerer også sterkest med GSI i dette utvalget, etterfulgt av depresjon, angst (ANX), tvangstrekk og paranoide forestillinger. Enkeltvis kan det nevnes at somatisering (SOM) og

depresjon korrelerer høyest med angst, angst med fobisk angst (PHO), og paranoide forestillinger med psykotisisme. Tvangstrekk korrelerer også høyt med flere av de andre symptomområdene (IS, DEP og PSY). De høye korrelasjonene mellom flere av symptomområdene er lite forenelig med at symptomområdene i SCL-90-R måler unike symptomdimensjoner. Hvorvidt dette skyldes at fenomenene faktisk er høyt korrelerte, at det egentlig er rimelig å tenke seg færre unike symptomområder eller at man ved bruk av SCL-90 ikke greier å måle disse uavhengig av hverandre, vil fortsette å være en pågående diskusjon.

Samvariasjon mellom SCL-90-R og GAF. For å undersøke hvordan SCL-90-R, og særlig da GSI, fanger opp symptombelastning i tråd med et annet mål på psykisk lidelse i rupo-populasjonen, ble SCL-90-R korrelert med behandlervurderte GAF-Symptom skårer. En høy korrelasjon mellom GSI og GAF-Symptom vil styrke antagelsen om at SCL-90-R måler psykisk lidelse også i rupo-populasjonen. Både GAF-Symptom og GAF-Funksjon er inkludert i tabell 9 under og viser hvordan SCL-90-R korrelerer med disse. Da SCL-90-R skårer er stigende ved høyere symptombelastning og GAF er synkende ved høyere symptom- og funksjonsbelastning forventes det her negative korrelasjoner.

Tabell 9. Korrelasjoner mellom pasientrapportert SCL-90-R med behandlervurdert GAF-S og GAF-F.

	GAF-S	GAF-F
SOM	-0.42**	-0.34**
OCD	-0.34**	-0.20
IS	-0.42**	-0.28**
DEP	-0.39**	-0.22**
ANX	-0.38**	-0.26**
HOS	-0.14	0.05
PHO	-0.43**	-0.35**
PAR	-0.29**	-0.09
PSY	-0.25*	-0.12
ADD	-0.47**	-0.29**
GSI	-0.45**	-0.28**

** Signifikans på 0.01 nivå, * Signifikant på 0.05 nivå

Som tabellen over viser er samtlige globalskårer og symptomområder, bortsett fra fiendtlighet (HOS), korrelert med behandlervurdert GAF-Symptom. Dette betyr at det er samvariasjon mellom hvordan pasienten rapporterer sin psykiske symptombelastning og hvordan behandlerne vurderer pasientens psykiske helse. Tilleggsleddene (ADD) korrelerer høyest med GAF-S, også høyere enn GSI. Pasientrapportert GSI er også signifikant negativt

korrelert med behandlervurdert GAF-Funksjon, men korrelasjonene er svakere samt at det er flere symptomområder som ikke korrelerer (HOS, PAR og PSY).

Samvariasjon mellom spesifikke psykiske lidelser og symptomområder i SCL-90-R. For å undersøke hvorvidt spesifikke psykiske lidelser korrelerer med assosierte symptomområder i SCL-90-R har de registrerte psykiatriske diagnosene og lidelsene blitt kategorisert og inndelt etter likheter i symptommanifestering. Kategoriseringen er vedlagt i appendiks F. Tabell 10 viser korrelasjoner mellom psykiatriske diagnosekategoriene og assosierte symptomområder i SCL-90-R.

Tabell 10. Korrelasjon #1 mellom psykiatriske diagnoser/lidelser og SCL-90-R symptomområder.

	Psykiatriske diagnoser/lidelser kategorisert i 8 symptomområder*							
	Tvang	Sårbar	Dep.	Angst	Fiendtlig	Fobi	Paranoid	Psykotisk
SOM	0.00	0.07	0.13	0.07	-0.12	-0.02	0.07	0.13
OCD	0.01	-0.01	0.09	0.04	0.03	-0.08	0.07	0.02
IS	0.05	0.02	0.08	0.11	0.05	0.11	0.17	0.04
DEP	-0.03	-0.02	0.19	0.10	-0.02	-0.06	0.05	0.06
ANX	-0.09	0.10	0.11	0.16	-0.04	-0.03	0.05	0.16
HOS	-0.10	-0.13	-0.08	0.00	0.36	-0.04	0.05	0.19
PHO	-0.12	0.05	0.03	0.09	-0.07	0.11	0.15	0.04
PAR	0.06	-0.04	-0.02	0.02	0.12	0.04	0.12	0.19
PSY	-0.07	0.00	-0.01	0.12	0.10	-0.06	0.07	0.20
ADD	0.02	0.04	0.19	0.13	0.06	-0.16	0.01	0.15
GSI	-0.03	0.02	0.10	0.11	0.04	-0.02	0.10	0.14

* Se appendiks F for kategorisering av psykiatriske diagnoser/lidelser

Tabellen over viser først og fremst at ingen av korrelasjonene mellom psykiatriske diagnoser og SCL-90-R dimensjoner er statistisk signifikante. Likevel er noen korrelasjoner høyere enn andre, og der hvor korrelasjonen er høyest er det gjerne mellom psykiatriske diagnoser/lidelser og assosierte SCL-90-R symptomområder (uthevet i tabellen), bortsett fra for symptomkategoriene ”tvang” og ”sårbar”. Resultatene viser altså en viss korrelasjon mellom enkelte diagnostiske kategorier og assosierte symptomområder i SCL-90-R, men korrelasjonene er for svake til å kunne konkludere med at et slikt forhold mellom diagnoser og SCL-90-R eksisterer i denne populasjonen. Dette er for så vidt ikke et overraskende funn. SCL-90-R ikke er ment som et diagnostisk kartleggingsinstrument og som nevnt i innledningen er dette bekreftet i flere studier. For å øke sjansen for å kunne påvise korrelasjoner ble det også forsøkt å redusere antall diagnosekategorier fra åtte til fire: ”tvang”, ”depresjon”, ”angst” og ”personlighetsforstyrrelser og forvirringstilstander” (se appendiks F

for diagnoser i hver enkelt kategori). Tabell 11 under viser korrelasjoner ved denne kategoriseringen.

Tabell 11. Korrelasjon #2 mellom psykiatriske lidelser og SCL-90-R symptomområder.

	Psykiatriske diagnoser/lidelser kategorisert*			
	Tvang	Dep.	Angst	PF og forvirringstilstander
SOM	0.00	0.13	0.08	-0.04
OCD	0.01	0.09	-0.01	0.11
IS	0.05	0.08	0.18	0.17
DEP	-0.03	0.19	0.05	0.14
ANX	-0.09	0.11	0.16	0.07
HOS	-0.10	-0.08	-0.09	0.31
PHO	-0.12	0.03	0.18	0.05
PAR	0.06	-0.02	0.02	0.13
PSY	-0.07	-0.01	0.07	0.21
ADD	0.02	0.19	0.03	0.10
GSI	-0.03	0.10	0.09	0.14

* Se appendiks F for kategorisering av psykiatriske diagnoser/lidelser

Heller ikke ved denne kategoriseringen av psykiatriske diagnoser var det mulig å påvise statistisk signifikante korrelasjoner med assosierte SCL-90-R symptomområder. Korrelasjonen mellom ”personlighetsforstyrrelser (PF) og forvirringstilstander ” og ”fiendtlighet (HOS)” og ”psykotisme (PSY)” viste en svak økning.

Sammenhengen mellom rusmisbruk og psykisk lidelse.

SCL-90-R symptombelastning i rupo-populasjonen sammenlignet med andre populasjoner. Eventuelle forskjeller i nivå av symptombelastning og symptomprofil mellom rupo-populasjonen og andre normpopulasjoner ble undersøkt ved å sammenligne rupo-populasjonens gjennomsnittskårer med gjennomsnittsskårer for polikliniske psykiatriske pasienter (ppp-populasjon) og en normalpopulasjon (tabell 12). Begge disse gruppene er oppgitt som normpopulasjoner for SCL-90-R (Derogatis, 1994). Ppp-populasjonen består av 1002 amerikanske pasienter fra fire forskjellige polikliniske psykiatriske klinikker i USA hvor SCL-90-R ble administrert i utredningsfasen ved klinikkene. Det har ikke vært mulig å fastslå om pasienter med rusmisbruk ble inkludert eller ekskludert i dette utvalget da Derogatis ikke spesifiserer dette. Det vil antas her at det ikke har vært høy forekomst av rusmisbruk i denne gruppen da dette har tidligere blitt ekskludert i lignende populasjonsstudier, og at denne gruppen derfor representerer i hovedsak polikliniske psykiatriske pasienter som ikke misbruker rusmidler i en betydelig grad. Normalpopulasjonen nedunder er den amerikanske (Derogatis, 1994). I tabell 12 vises gjennomsnittskårer for rupo-populasjonen og de to nevnte

normpopulasjonene. Tabell 13 viser effektstørrelse målt ved Cohens's d (Cohen, 1988) og t-verdier for sammenligningen av gjennomsnittene.

Tabell 12. Gjennomsnittskårer for rupo-populasjonen sammenlignet med gjennomsnittsskårer for utvalg fra en amerikansk normalpopulasjon og en amerikansk populasjon av polikliniske psykiatriske pasienter.

	Rupo-populasjon		Normalpopulasjon-voksne (USA) ^a		Polikliniske psykiatriske pasienter (USA) ^b	
	M	SD	M	SD	M	SD
SOM	1.37	0.89	0.36	0.42	0.87	0.75
OCD	1.87	0.95	0.39	0.45	1.47	0.91
IS	1.53	0.89	0.29	0.39	1.41	0.89
DEP	1.93	0.83	0.36	0.44	1.79	0.94
ANX	1.61	0.87	0.30	0.37	1.47	0.88
HOS	1.10	0.90	0.30	0.40	1.10	0.93
PHO	1.14	0.94	0.13	0.31	0.74	0.80
PAR	1.46	1.04	0.34	0.44	1.16	0.92
PSY	0.93	0.77	0.14	0.25	0.94	0.70
GSI	1.50	0.70	0.31	0.31	1.26	0.68
	57.0					
PST	6	18.23	19.29	15.48	50.17	18.98
PSDI	2.15	0.55	1.32	0.42	2.14	0.58
n	100		974		1002	

^{a)} Derogatis, 1994, ^{b)} Derogatis, 1994

Tabell 13. Effektstørrelse (Cohen's d) og t-verdier for sammenligning av SCL-90-R gjennomsnitt mellom rupo-populasjonen og to andre normpopulasjoner

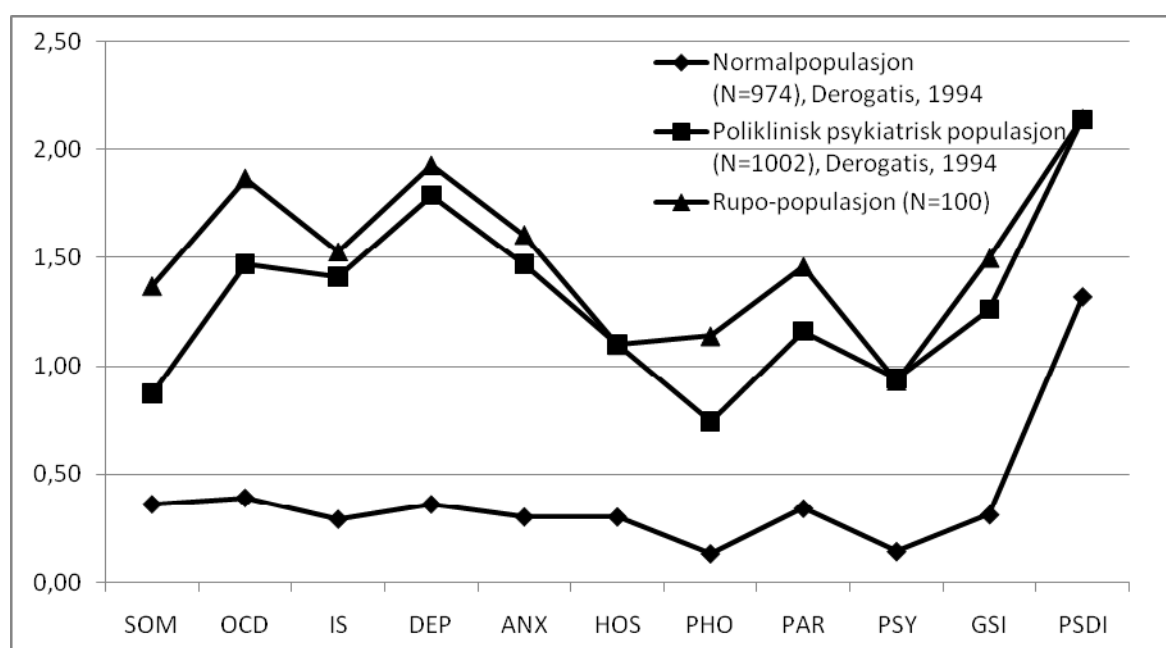
	Normalpop. (USA) ^a		Psyk. pasienter (USA) ^b	
	Cohen's d	t	Cohen's d	T
SOM	2.41	75.24	0.67	21.21
O-C	3.30	102.84	0.44	14.01
IS	3.19	99.44	0.14	4.36
DEP	3.57	111.39	0.15	4.73
ANX	3.55	110.71	0.16	5.13
HOS	1.99	62.25	0.00	-0.07
PHO	3.24	101.27	0.49	15.66
PAR	2.55	79.55	0.33	10.37
PSY	3.16	98.65	-0.01	-0.44
GSI	3.84	119.86	0.35	11.20
PST	2.44	76.16	0.36	11.50
PSDI	2.21	68.93	0.19	5.87
n		974		1002

* Cohen's d = $(G_{\text{rupo-pasienter}} - G_s) / S_s$, $t = (G_{\text{rupo-pasienter}} - G_s) / (S_s / \sqrt{n_s})$. G og S refererer til henholdsvis gjennomsnitt og standardavvik og G_s og S_s er gjennomsnitt og standardavvik i den relevante sammenligningsgruppen.

^{a)} Derogatis, 1994: Amerikansk befolkningspopulasjon, ^{b)} Derogatis, 1994: Polikliniske psykiatriske pasienter.

Av tabellen over kan det først konkluderes med at rupo-populasjonen har ekstremt forhøyet symptombelastning for samtlige globalskårer og symptomområdene sammenlignet

med normalpopulasjonen. Ut i fra Cohens's d kan man se av tabell 13 over og appendiks E at gjennomsnittene i rupo-populasjonen faller på >97.7 persentil i normalbefolkningens fordeling. Dette innebærer at fordelingene overlapper hverandre med mindre enn 19.9 prosent. Når det gjelder neste sammenligningspopulasjon, ppp-populasjonen, kan man se at forskjellene i symptombelastning også her er betydelig forhøyet. Dette gjelder særlig SOM, O-C, PHO, PAR og GSI som viser middels til stor forhøyning sammenlignet med ppp-populasjonen. Samtlige globalskårer og symptomområdene er betydelig forhøyet bortsett fra fiendtlighet (HOS) og psykotisisme (PSY), hvor populasjonene er nokså like. Effekttørrelsen for GSI er på 0.33 som betyr at gjennomsnittlig symptombelastning i rupo-populasjonen ligger på ppp-populasjonens 62.persentil og at fordelingene i gjennomsnittlig GSI overlapper hverandre med 78.7 prosent. Figur 4 under fremstiller disse tre populasjonenes symptomprofiler. Profilene er relativt like hverandre bortsett fra symptomheving i både rupo-gruppen og ppp-populasjonen. Denne observasjonen er noe overraskende i forhold til antakelsen om at misbruk av rusmidler gir spesifikke psykiske skadevirkninger.



Figur 4. SCL-90-R symptomprofil for normalpopulasjon, poliklinisk psykiatrisk populasjon og rupo-populasjon.

Forskjeller i SCL-90-R symptombelastning basert på aktivt rusmisbruk og avholdenhet. For å undersøke hvorvidt det er forskjeller innad i rupo-gruppen avhengig av aktivt rusmiddelbruk og avholdenhet, ble pasientene med diagnosene skadelig bruk (betyr nødvendigvis aktivt bruk) og aktiv avhengighet sammenlignet med de av pasientene som hadde diagnosen avhengig men avholden (se appendiks F for kategorisering av rusdiagnoser).

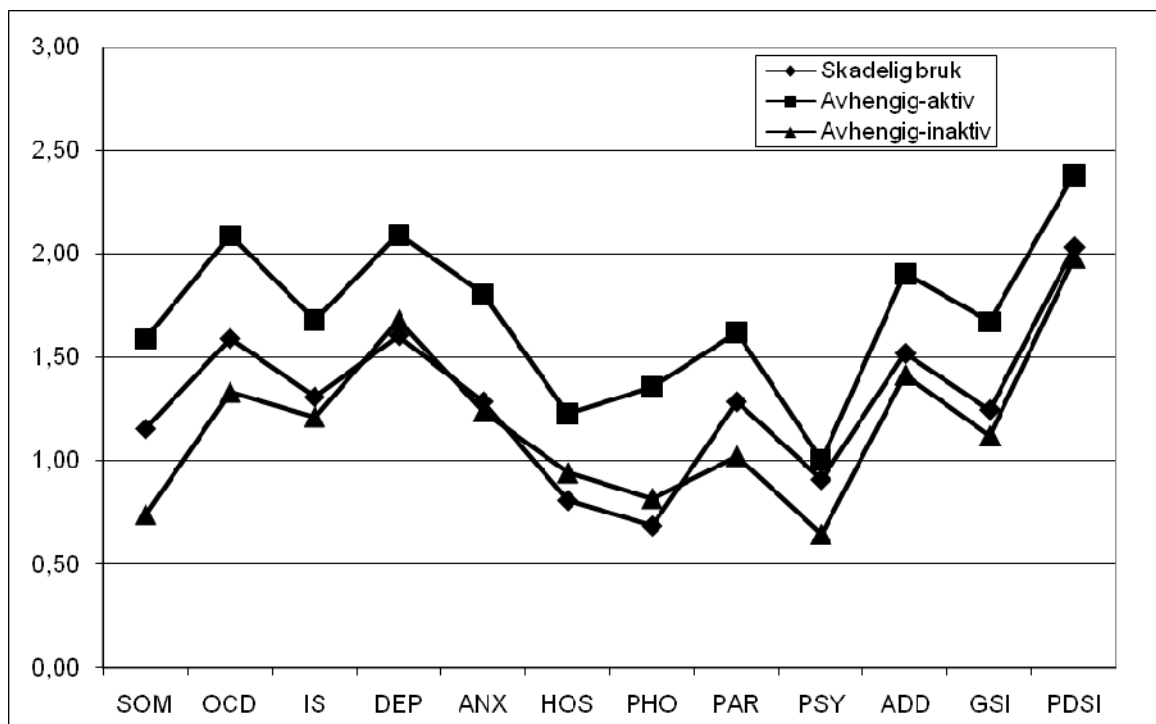
Denne inndelingen vil også kunne peke på forskjeller i symptombelastning ved gradert misbruk, da diagnosen ”skadelig bruk” indikerer rusmisbruk i mindre omfang enn ved avhengighet. Tabell 14 nedenfor viser gjennomsnittlig symptombelastning for denne inndelingen i rusdiagnosegrupper. I innledningen ble det også tatt for gitt at rusmisbruk ville medføre nedsatt funksjon. For å undersøke dette er også gjennomsnittlig GAF-F skårer inkludert i tabellen.

Tabell 14 Forskjeller i SCL-90-R symptombelastning ved grad av rusmisbruk.

	Skadelig bruk		Aktiv avhengighet		Avhengighet, for tiden avholdende		Sig.
	M	Sd	M	Sd	M	Sd	
Gaf-F	55.95	10.01	49.65	9.48	50.79	5.99	0.03
SOM*	1.15	0.82	1.59	0.90	0.74	0.54	0.00
O-C*	1.59	0.86	2.09	0.82	1.33	0.58	0.00
IS	1.31	0.84	1.68	0.91	1.21	0.77	0.08
DEP*	1.61	0.90	2.10	0.78	1.68	0.80	0.03
ANX*	1.29	0.71	1.81	0.89	1.24	0.74	0.01
HOS	0.81	0.71	1.23	0.92	0.94	0.96	0.14
PHO*	0.69	0.79	1.36	0.97	0.82	0.74	0.01
PAR	1.29	1.08	1.62	1.06	1.02	0.75	0.09
PSY	0.91	0.89	1.00	0.77	0.65	0.54	0.27
ADD*	1.52	0.68	1.91	0.79	1.42	0.94	0.04
GSI*	1.25	0.69	1.67	0.69	1.12	0.50	0.00
PSDI*	2.03	0.57	2.38	0.53	1.98	0.44	0.03

*=signifikant på $p < 0.050$ nivå ved enveis variansanalyse. Se appendiks F for kategorisering av rusdiagnoser.

Tabellen over viser en tydelig tendens til at psykisk symptombelastning (GSI) reduseres betydelig ved mindre forbruk av rusmidler. Til tross for relativt få inaktive brukere (for tiden avholdende) er forskjellene statistisk signifikante ($p < .05$) for SOM, O-C, DEP, ANX, PHO, GSI og PSDI. Faktisk viser de som for tiden er avholdende at de har lavere symptombelastning enn gjennomsnittlige polikliniske psykiatriske pasienter (se tabell 12). Ved skadelig bruk øker symptombelastningen og ved aktiv avhengighet er den høyest, hvor samtlige globalskårer er høyere enn gjennomsnittlige verdier totalt for rupo-populasjonen. Disse forskjellene fremstilles grafisk i figur 5. Når det gjelder GAF-F ser det ut til at disse skårene er lavest for avhengighetsdiagnosene, uansett om pasienten er aktivt misbrukende eller for tiden avholdende. Skadelige bruk av rusmidler viser altså her høyere psykisk symptombelastning enn de som for tiden er avholdende, men samtidig bedre funksjonsskårer enn både avholdende og aktivt brukende. Dette er et funn i overenskomst med rusdiagnosenes kriterier da avhengighetsdiagnosen først skal gis en pasient når misbruket har medført redusert funksjon.



Figur 5. Forskjeller i SCL-90-R symptombelastning ved skadelig bruk, aktivt avhengighet og for tiden avholdende.

Spesifikke psykiatriske lidelsers samvariasjon med type rusmiddel og hyppighet av bruk. To forventninger til selvmedisineringsmodellen knytter seg til spesifisitet og hyppighet av rusmisbruk, og særlig til hvordan psykisk lidelse vil medføre selektivt behov for- og dermed selektiv bruk av visse rusmidler. For å undersøke hvorvidt spesifikke psykiatriske diagnoser og lidelser samvarierer med spesifikke rusmidler ble pasientene i rupo-gruppen delt inn i undergrupper basert på type psykiatrisk diagnose eller lidelse. Disse kategoriske variablene ble deretter korrelert med typer rusmidler misbrukt. Kategoriseringen av psykiatriske diagnose og lidelser i undergrupper er den samme som brukt i tabell 11 (fire kategorier). Tabell 15 viser resultatene av denne analysen. Deretter ble forekomst av psykiatriske diagnoser og lidelser undersøkt med hensyn til hvilke typer rusmidler som ble misbrukt. Her ble kun det rusmidlet som ble misbrukt mest tatt med. Her er også flere rusmidler slått sammen for å øke antall personer i hver rusmiddelgruppe. Tabell 16 viser resultatene av denne opptellingen.

Tabell 15 Samvariasjon mellom psykiatriske diagnoser/lidelser* og spesifikke rusmidler

	Psykiatriske diagnoser/lidelser kategorisert*			
	Tvang	Depresjon	Angst	PF/forvirring
Alkohol	-0.09	0.17	-0.14	-0.19
Opiater	-0.09	-0.06	0.03	0.15
Cannabis	0.16	-0.17	0.10	0.08
Sedativer	0.00	0.06	-0.06	0.03
Kokain	0.06	0.00	-0.07	-0.11
Amfetamin	0.05	0.03	-0.12	0.18

* Se appendiks F for kategorisering av psykiatriske diagnoser.

Tabell 16 Forekomst av typer rusmidler misbrukt* hos de med psykiatriske diagnoser/lidelser.

	Typer rusmidler kategorisert			
	Alkohol	Opiat/sedativer	Cannabis	Kokain/amfetamin
Tvang	4 %	10 %	13 %	8 %
Depresjon	54 %	38 %	28 %	50 %
Angst	21 %	29 %	33 %	25 %
PF/forvirring	4 %	24 %	21 %	17 %
n	28	21	39	12

* Kun det rusmiddelet mest brukt av pasienten

Ingen av korrelasjonene i tabell 15 viser statistisk signifikant samvariasjon mellom spesifikke psykiatriske diagnoser og spesifikke typer rusmidler. Samtidig viser resultatene forskjeller som kan antyde mulige mønstre og sammenhenger. Tvangs- og angstlidelser korrelerer blant annet høyest med cannabismisbruk, depresjonslidelser med alkoholmisbruk og lidelser innenfor personlighetsforstyrrelser og forvirringstilstander korrelerer høyest med misbruk av amfetamin.

Tabell 16 viser forekomst av psykiatriske diagnoser og lidelser etter hvilke typer rusmidler som blir misbrukt. Resultatene viser at diagnoser innenfor depresjon og angst forekommer hyppigst på tvers av typer rusmidler misbrukt. Av de som misbrakte alkohol har hele 54 prosent diagnoser og lidelser innenfor depresjon og det samme gjelder for halvparten av de som misbraker kokain eller amfetamin. Depresjon og angst ser ut til å forekomme mer spesifikt ved alkoholmisbruk, mens forekomsten av andre typer diagnoser og lidelser forekommer jevnere fordelt ved andre typer misbruk. Angstlidelser ser ut til å forekomme hyppigst også ved cannabismisbruk. Resultatene presentert i tabell 15 og tabell 16 synes ikke

å tyde på spesifikke sammenhenger mellom psykiatriske diagnoser og misbruk av spesifikke typer rusmidler.

Til slutt ble det også i denne sammenheng sett på hvorvidt de med psykiatriske diagnoser og lidelser har et hyppigere misbruk enn de av rupo-pasientene som ikke har slike komorbide diagnoser og lidelser. Samlet gjennomsnittsbruk hos pasientene med komorbide psykiske lidelser var 2.99 (på en skala fra 0-4 hvor 4 er daglig bruk) som tilsvarer to til fire ganger i uken. Tilsvarende for de uten kjent komorbid psykisk lidelse var 2.58 som tilsvarer midt mellom ukentlig og 2 til 4 ganger i uken. Dette kan tyde på noe mindre hyppig bruk hos de uten komorbid psykiatrisk diagnose eller lidelse, men forskjellen er ikke statistisk signifikant. Når det gjelder det mest brukte rusmiddelet er det ingen vesentlig forskjell på hyppighet av bruk for de to gruppene, begge ligger i overkant av 2 til 4 ganger i uken (henholdsvis 3.39 og 3.29).

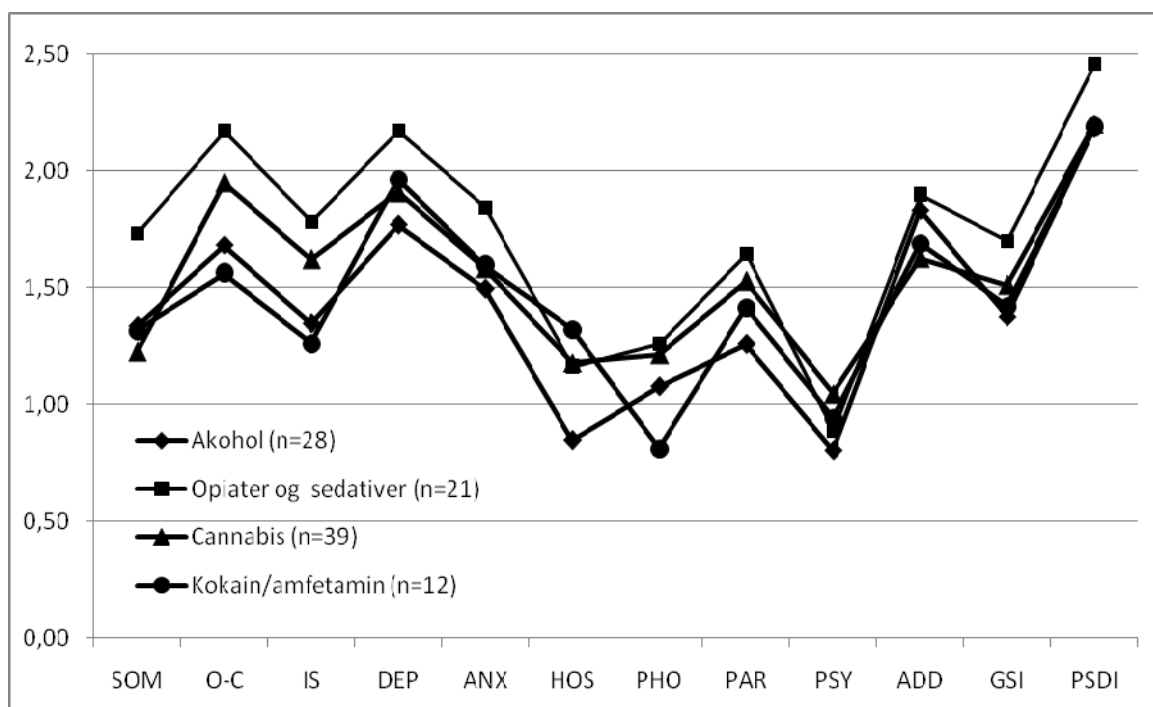
Forskjeller i SCL-90-R symptomprofil etter type rusmiddel misbrukt. For å undersøke om misbruk av rusmidler kan føre til spesifikke psykiske skadevirkninger ble pasientene i rupo-gruppen inndelt i undergrupper basert på hvilken type rusmiddel de misbrakte mest. SCL-90-R ble brukt til å fange opp eventuelle forskjeller i symptomprofil basert på en slik inndeling. Tabell 17 viser resultatene av denne analysen.

Tabell 17 SCL-90-R symptomprofil for rupo-gruppen inndelt etter type rusmiddel misbrukt.

	Alkohol (n=28)	Opiater og sedativer	Cannabis	Kokain og amfetamin
SOM	1.33	1.73	1.22	1.32
O-C	1.68	2.17	1.95	1.56
IS	1.34	1.78	1.62	1.26
DEP	1.77	2.17	1.91	1.96
ANX	1.49	1.84	1.58	1.59
HOS	0.85	1.16	1.18	1.32
PHO	1.08	1.26	1.21	0.81
PAR	1.26	1.64	1.53	1.41
PSY	0.80	0.88	1.04	0.94
ADD	1.83	1.89	1.63	1.69
GSI	1.38	1.70	1.51	1.42
PSDI	2.18	2.46	2.20	2.19
n	28	21	39	12

Det ble ikke funnet signifikante forskjeller (enveis ANOVA) i symptomprofil mellom de ulike rusmidlene misbrukt i rupo-gruppen. Resultatene peker heller på en slående likhet i symptomprofil på tvers av misbrakte rusmidler. Figur 6 under viser hvor stor likhet

det er i symptomprofil. Det er kun belastningsnivået som ser ut til variere mellom de ulike misbrukte rusmidlene.



Figur 6. Forskjeller i SCL-90-R symptomprofil for rupo-gruppen inndelt etter type rusmiddel misbrukt.

Særlig gir opiatmisbruk en hevet symptombelastning i forhold til de andre rusmidlene. Både opiatmisbruk og cannabismisbruk ligger over gjennomsnittet for hele rupo-populasjonen (GSI=1.50) i symptombelastning, mens kokain-/amfetaminmisbruk og alkoholisbruk ligger under gjennomsnittet. Misbruk av alkohol, opiat og cannabis gir nærmest identiske symptomprofiler. Samtlige har depresjon (DEP), tvangstrekk (O-C) og tilleggssymptomer som de tre høyeste symptomområdene som vist i tabell 18 under. Som nevnt tidligere kan flere av leddene i tilleggssleddene understøtte depresjonssymptomer, og siden depresjon er det høyeste symptomområdet på tvers av de ulike rusmidlene misbrukt (bortsett fra cannabismisbruk hvor faktisk O-C er høyere) så er det ikke overraskende at tilleggssleddene samvarierer med nettopp depresjon. Videre er de to nest høyeste symptomområdene angst (ANX) og interpersonlig sensitivitet (IS) for de med misbruk av disse rusmidlene, deretter somatisering (SOM) og paranoide forestillinger (PAR). De tre laveste symptomområdene kommer i helt identisk rekkefølge. Det er kun misbruk av kokain/amfetamin som ser ut til å gi en noe annerledes symptomprofil, selv om likhetene egentlig er større enn forskjellene. Angst ser ut til å komme høyere opp ved kokain-/amfetaminmisbruk (blant de tre høyeste) samt at paranoide forestillinger (PAR) og fiendtlighet

(HOS) kommer høyere opp enn sammenlignet med de andre rusmidlene. Interpersonlig sensitivitet (IS) ser ut til å være et mindre belastet symptomområde for de med kokain-/amfetaminmisbruk enn sammenlignet med de andre misbrukte rusmidlene.

Tabell 18. SCL-90-R symptomområder arrangert etter høyest til lavest i symptombelastning for fire grupper av rusmidler misbrukt i rupo-populasjonen.

Opiater/sedativer		Cannabis		Alkohol		Kokain/amfetamin	
DEP	2.17	O-C	1.95	ADD	1.83	DEP	1.96
O-C	2.17	DEP	1.91	DEP	1.77	ADD	1.69
ADD	1.89	ADD	1.63	O-C	1.68	ANX	1.59
ANX	1.84	IS	1.62	ANX	1.49	O-C	1.56
IS	1.78	ANX	1.58	IS	1.34	PAR	1.41
SOM	1.73	PAR	1.53	SOM	1.33	HOS	1.32
PAR	1.64	SOM	1.22	PAR	1.26	SOM	1.32
PHO	1.26	PHO	1.21	PHO	1.08	IS	1.26
HOS	1.16	HOS	1.18	HOS	0.85	PHO	0.81
PSY	0.88	PSY	1.04	PSY	0.8	PSY	0.94

Som tabellen over viser skiller cannabismisbruk seg ut ved at tvangstrekk (O-C) kommer ut som symptomområdet med høyest symptombelastning, og alkoholisbruk ved at tilleggselementene er høyest. Opiatmisbruk skiller seg som nevnt ut fra de andre ved at misbruk av dette stoffet viser en betydelig økning i generell symptombelastning innenfor samtlige symptomområder. Om dette er fordi mennesker med spesiell høy psykisk symptombelastning tiltrekkes opiat som en mulig medisiner eller om opiatmisbruket i seg selv forårsaker denne økte symptombelastningen kan ikke svares på i denne undersøkelsen, men når det gjelder hvorvidt misbruk av spesifikke rusmidler gir spesifikke psykiske plager viser resultatene her en tendens til at de ikke gjør det. Et unntak er muligens kokain-/amfetaminmisbruk som viser noe mer eleverte nivåer av paranoide forestillinger og fiendtlighet i rekkefølgen av de mest belastede symptomområdene. Om dette er en direkte virkning av rusmiddelet eller om det forteller noe mer karakteristisk om personer som foretrekker kokain/amfetamin som rusmiddel er vanskelig å fastslå her.

Forskjeller i svarfordeling på enkeltledd mellom rupo-populasjon og poliklinisk psykiatrisk pasientpopulasjon. For å kunne avdekke eventuelle spesifikke forskjeller i fordelingen av enkeltledd med positive utslag (gitte svar >0) i SCL-90-R ble rupo-populasjonens og ppp-populasjonens svarprosent for hvert enkelt ledd sammenlignet.

Utgangspunkt for å undersøke dette forholdet er eventuell identifisering av enkeltledd i rupo-populasjonen som kan tyde på spesifikk symptompåvirkning av rusmisbruk. Differanse i prosent og Cohen's d ble brukt for å estimere effektstørrelse, og nedre grense for betydelig forskjell ble satt til 20 prosent differanse (lavere nedre grense vil inkludere langt flere ledd, se appendiks G for en fullstendig oversikt over forekomst av enkeltledd i de to populasjonene). Tabell 19 nedenfor viser enkeltledd med forskjeller i forekomst større enn nedre grense.

Tabell 19 Forskjeller mellom rupo-gruppen og ppp-populasjonen i svarprosent av positive utslag på SCL-90-R enkeltledd

#		Rupo-gruppen (N = 93) %	Ppp-populasjon (N=1002) %	% differanse	Cohen's d*
4	Matthet eller svimmelhet (SOM)	82.8	41.6	41.2	0.84
27	Smerter i korsryggen (SOM)	60.2	40.5	19.7	0.40
40	Har kvalme eller urolig mage (SOM)	72	51.3	20.7	0.41
49	Varme- eller kuldetokter gjennom kroppen (SOM)	63.4	40.3	23.1	0.47
58	Føler deg tung i armer og bein (SOM)	59.1	38.8	20.3	0.42
28	Føler at det er vanskelig å få ting gjort (O-C)	95.7	74.8	20.9	0.48
51	Blir "tom" i hodet (O-C)	76.3	52.3	24	0.48
72	Angst - eller panikkanfall (ANX)	76.3	45.4	30.9	0.62
13	Føler deg redd på åpne plasser eller på gaten (PHO)	50.5	30.7	19.8	0.43
47	Føler deg engstelig for å resie med buss, trikk, tog og lignende (PHO)	54.8	21.2	33.6	0.82
70	Føler ubehag når du omgås mange mennesker på en gang, for eksempel i butikker eller på kino (PHO)	68.8	46.6	22.2	0.45
76	Synes at andre ikke setter nok pris på det du gjør (PAR)	69.9	50.3	19.6	0.39
19	Dårlig matlyst (ADD)	68.8	44.1	24.7	0.50
69	Føler deg meget sjenert eller forsagt når du er sammen med andre (IS)	61.3	74.2	-12.9	-0.29
84	Har seksuelle tanker og forestillinger som bekymrer deg (PSY)	21.5	44.9	-23.4	-0.47
90	Tror at det er noe i veien med din forstand (PSY)	58.7	73	-14.3	-0.32

* Se appendiks E for skalering av Cohen's d.

Resultatene i tabellen ovenfor viser 14 SCL-90-R enkeltledd som er betydelig avvikende i prosentvis forekomst i rupo-gruppen sammenlignet med ppp-populasjonen. 13 av disse leddene er avvikende i hyppigere forekomst, ett av leddene er avvikende ved at det forekommer sjeldnere i rupo-gruppen enn i ppp-populasjonen. Somatisering (SOM) er det symptomområdet hvor flest avvikende ledd forekommer (5 ledd), etterfulgt av symptomområdene fobisk angst (PHO) med tre ledd og tvangstrekk med to ledd (O-C). Det er

særlig to ledd som viser stor forskjell i prosentvis forekomst mellom rupo-gruppen og ppp-gruppen (Cohen's $d > 0.80$). Det ser ikke ut til at de mest avvikende enkeltleddene danner et mønster som kan tyde på spesifikk symptompåvirkning av rusmisbruk, bortsett fra muligens leddene under somatisering. Ledd nummer 19 kan også ses på som et ledd under somatiske plager, noe som gir enda en indikasjon på slike plager forekommer i større grad i rupo-gruppen. Sammenligningen viser heller en generell forhøyning i de fleste enkeltledd bortsett fra noen få som forekommer sjeldnere i rupo-populasjon enn i ppp-populasjon. To av enkeltleddene med sjeldnere forekomst tilhører symptomområdet psykotisisme (PSY).

Diskusjon

SCL-90-Rs reliabilitet og validitet som indikator på psykisk lidelse i DPS-ruspoliklinikk.

Innledningsvis ble det fremsatt forventninger om at SCL-90-R kan fange opp psykisk symptombelastning også i en populasjon bestående av pasienter med rusmiddelproblematikk og i tillegg kunne fungere som indikator på psykisk lidelse i denne populasjonen. Resultatene fra utvalget i denne studien tyder på at SCL-90-R er et reliabelt kartleggingsverktøy for psykisk symptombelastning i ruspoliklinisk virksomhet og også en valid indikator på psykisk lidelse hos pasientene, dog en mer generell enn spesifikk indikator. Tre reliabilitets- og validitetsaspekter gjennomgås og diskuteres nedenunder.

SCL-90-R indre konsistens og reliabilitet. SCL-90-Rs reliabilitet som indikator på generell psykisk lidelse i rupo-populasjonen støttes for det første av at det ikke er vesentlige forskjeller når det gjelder reliabilitetsestimater for hvert symptomområde i rupo-populasjonen sammenlignet med andre populasjoner, og at den indre strukturen i de ulike symptomområdene ser ut til å være i hovedsak endimensjonale. SCL-90-R viser seg i denne undersøkelsen å være mer en indikator på grad av generell psykisk lidelse enn et instrument som fanger opp spesifikke psykiatriske lidelser. Dette samsvarer også med funn fra andre studier vist til i innledningen som ved hjelp av faktoranalytiske studier argumenterer for at instrumentet i hovedsak fanger opp én faktor, nemlig generell psykisk symptombelastning (GSI). Dette kommer også til uttrykk ved at de ulike symptomområdene i SCL-90-R korrelerer høyt med hverandre i undersøkelsen over (se tabell 8). Ideelt sett burde SCL-90-R ha lavere korrelasjoner på tvers av symptomområder da dette ville tyde på distinksjon mellom ulike former for psykopatologi, mens leddene under hvert symptomområde burde ha forholdsvis høye interkorrelasjoner. Dette ville tyde på at de måler det samme, for eksempel depresjon, og at hvert enkelt ledd har en tilfredsstillende reliabilitet. Det at resultatene her ikke tydelig viser et slikt mønster betyr enten at pasientene i denne gruppen er plaget med psykiske symptomer innenfor de fleste symptomområder som måles ved SCL-90-R eller at instrumentet hovedsakelig fanger opp generelle psykiske plager. Begge disse forklaringene kan for så vidt argumenteres for.

Først når indre konsistens og struktur i et målingsinstrument er fastlått å være forholdsvis like kan målingsinstrumentet brukes til å få tak i viktige forskjeller mellom kliniske populasjoner og hvordan psykopatologien manifesterer seg. Dersom to grupper sammenlignes og det kan påvises variasjon i den indre strukturen i måleinstrumentet, så blir

forskjellene i gruppenes symptomprofiler og symptomnivå utydelige og vanskelige å forstå. Dette synes ikke å være tilfelle for rupo-populasjonen da indre konsistens og estimer av reliabiliteten målt med koeffisient α her er sammenlignbare med standardiserte normpopulasjoner (Derogatis, 1994, Vassend og Skrondal, 1992). Vi vet også alfaverdiene isolert sett er tilfredsstillende for rupo-populasjonen da reliabilitetskoeffisienter ned mot 0.65 anses som tilstrekkelig for å kunne trekke konklusjoner på gruppenivå og ned mot 0.85 for sammenligning mellom enkeltindivider (Aiken, 1987). Cronbach's α i denne studien av rupo-populasjonen var innenfor området 0.83 (PSY) til 0.90 (SOM). Dette tilbakeviser den kanskje største bekymringen i forkant av studien, nemlig at rupo-populasjonen ville ha så høye verdier på SCL-90 at brukbarheten av instrumentet ville bli redusert på grunn av manglende variasjon ("restriction of range" problemet). Dersom det var tilfelle ville samvariasjonsmål, og dermed indre konsistens i skalaene, bli redusert. Til tross for svært forhøyede gjennomsnittsverdier viser standardavvikene for de globale indeksene og symptomområdene lik eller større spredning i dette utvalget enn hva som er funnet både i utvalg fra en normalpopulasjon og en poliklinisk psykiatrisk pasientpopulasjon (se tabell 12).

Samvariasjon mellom pasientrapportert GSI og behandlervurdert GAF. På gruppenivå er det et systematisk samsvar mellom selvrapporterte GSI-skårer og behandlervurderte GAF-skårer. Det at GSI korrelerer med GAF-Symptom styrker kartleggingsverktøyets konvergente validitet ved at disse indikatorene til en viss grad kan forventes å måle det samme. Korrelasjonen mellom GSI og GAF-Funksjon styrker den prediktive validiteten – og begrepsvaliditet – dersom vi tar for gitt at økende symptombelastning vil henge sammen med redusert funksjon.

Selv om korrelasjonen mellom GSI (og for så vidt de andre globalskårene og subskalaene) og GAF-S ikke er sterk nok til å kunne predikere en enkelt pasients skåre med bare å vite skåren fra den ene målingsmetoden, så er sammenhengen mellom GSI og GAF-S sterk nok til å anta at behandlere jevnt over vurderer pasientens psykiske helse i tråd med hvordan pasienten selv rapporterer den. Det er også interessant å merke seg at tilleggssymptomene (ADD) korrelerer høyest med GAF-S (også høyere enn GSI). Tilleggssymptomene består av kun syv ledd hvorav tre har med søvnproblemer å gjøre, ett med tanker om døden og ett med skyldfølelse. Leddene kan i følge Derogatis underbygge depresjonssymptomer som forekommer hyppig i denne populasjonen, noe resultatene i tabell 8 støtter da tilleggssymptomene korrelerer høyest med depresjon (DEP). Det kan også være slik at disse leddene er lettere å forstå og kjenne seg igjen i for mange. Det kan for eksempel

tenkes at det er enklere for mange å svare på hvor mye man er plaget av ”uroelig eller forstyrret søvn” (ledd 66) innenfor skalaen ”ikke i det hele tatt” til ”veldig mye” enn hvor mye man er plaget av ”håpløshet med henblikk på fremtiden” (ledd 54). Hvor mye man er plaget av urolig eller forstyrret søvn er trolig lettere å registrere enn hvor lite håp man har med henblikk på fremtiden. Det vil trolig også være en lavere terskel for rapportering av slike symptomer.

Når det gjelder samvariasjonen mellom SCL-90-R og GAF-F er også denne i hovedsak signifikant, dog svakere enn samvariasjonen mellom SCL-90-R og GAF-S. Det sistnevnte er ikke så overraskende da GAF-S kan ses på som et mål på det samme som SCL-90-R mens GAF-F kan ses på som en konsekvens av både SCL-90-R og GAF-S målte fenomener og en rekke andre ukjente forhold. Det som heller er overraskende her er at symptomområdene psykotisisme (PSY) og paranoide forestillinger (PAR) ikke korrelerer signifikant med GAF-F (se tabell 9), da man skulle kunne anta at vansker innenfor disse symptomområdene ville gi tydelig nedsatt funksjonsvurdering av behandler.

Samvariasjon mellom spesifikke psykiske lidelser og assosierte symptomområder i SCL-90-R. Korrelasjonen mellom psykiatiske lidelser og assosierte symptomområder i SCL-90-R viste seg å være for svak til at man her kunne fastslå en slik konvergerende sammenheng. Denne svake samvariasjonen kan skyldes flere forhold. Det ene er at diagnosesettingen blant behandlerne til pasientene i utvalget har vært for upresis, noe som vil gjenspeile problematikken knyttet til diagnosevurdering av pasienter med samtidig rusmiddelbruk nevnt i innledningen. Det andre er at SCL-90-R ikke i stor nok grad fanger opp distinkte symptomområder, men mer en generell symptombelastning slik det har blitt vist til i avsnittet over. Og for det tredje kan det være slik at pasientene i rupo-gruppen har generelt mange symptomer på tvers av symptomområder, noe som trolig ikke vil gjenspeiles i psykiatiske diagnoser. For det fjerde har på grunn av det forholdsvis lave antall observasjoner i denne studien ikke vært mulig å benytte svært spesifikke diagnoser – det ville gitt for få observasjoner av den enkelte diagnose. Svak samvariasjon mellom psykiatiske diagnoser og SCL-90-R har også som nevnt i innledningen blitt funnet i lignende studier som har undersøkt SCL-90-R sin predikative validitet i forhold til diagnoser (for eksempel Pedersen & Karterud, 2004). Slike studier har sett spesielt på hvor godt skårene i SCL-90-R kan identifisere pasienter med psykiatiske diagnoser, både generelt ved å bruke en klinisk grenseverdi og spesifikt ved å bruke de kvantitative skårene for symptomområdene. Slike studier konkluderer ofte med at bruk av SCL-90-R som diagnostisk utredningsverktøy bør

gjøres med ytterste varsomhet, og at eventuell diagnosesetting bør gjøres først etter videre utredning med andre mer spesifikke kartleggingsinstrumenter. En slik screeningsnytte kan SCL-90-R også ha for rupo-pasienter. Selv om korrelasjonene i undersøkelsen over var for svake til å kunne fastlå sterke sammenhenger, korrelerer de ulike symptomområdene med psykiatriske diagnoser i ulik grad, noe som kan peke på en tendens til spesifisitet. Samtlige diagnosegrupper i den første inndelingen (se tabell 10), bortsett fra tvang og sårbar, korrelerer faktisk høyest med assosierte områder i SCL-90-R. Slike svake korrelasjoner kan gi en indikasjon på spesifisitet og dermed en grunn til å utrede de psykiske symptomene videre med andre verktøy og metoder.

Sammenhengen mellom rusmisbruk og psykisk lidelse.

Selv om resultatene ovenfor peker på at SCL-90-R måler psykisk symptombelastning på en reliabel og konsistent måte i en ruspoliklinisk pasientpopulasjon og dermed indikerer psykisk lidelse hos disse pasientene, sier ikke dette noe om hvordan psykisk lidelse skal forstås hos pasienter som misbruker rusmidler. Dette gjelder særlig vurdering av hva som eventuelt er grunnlidelse hos pasienten og hva som eventuelt er påvirket av rusmisbruket. Dette er en viktig diskusjon som kan ha klinisk betydning når det gjelder vurdering av type behandling den enkelte pasient skal bli tilbudt og hva slags behandlingstilnærming kan være den mest hensiktsmessige. Hovedformålet med å undersøke potensielle forklaringsmodeller for sammenhengen rusmisbruk og psykisk lidelse i diskusjonen som følger er følgelig ikke å finne frem til den eneste "sanne" toeritiske forklaringsmodell for dette forholdet: psykisk lidelse og rusmisbruk oppstår og vedlikeholdes mest sannsynligvis i et samspill mellom samtlige modeller nevnt innledningsvis

Rasjonalet for diskusjonen som følger i denne delen er følgende: dersom en populasjon bestående av polikliniske psykiatriske pasienter (ppp-populasjon) kan anses som en standard for SCL-90-R symptomnivå og profil hos mennesker med "ren" psykisk symptombelastning, altså uten påvirkning av rusmisbruk i nevneverdig grad, så vil forskjeller i symptomnivå og profil i en ruspoliklinisk pasientpopulasjon muligens kunne si noe om hvordan rusmisbruk påvirker psykisk symptomatologi. Det er nettopp dette som er fordelen med å kunne sammenligne psykometriske målinger på tvers av ulike pasientpopulasjoner, og som nevnt innledningsvis har det dessverre vært vanlig å ekskludere rusmiddelproblematikk fra slike psykometriske populasjonsstudier. Dermed har man gått glipp av muligheten til å undersøke hvilke spesifikke psykiske symptomer som påvirkes av rusmisbruk og hvilke som kan anses som grunnleggende for personen uavhengig av rusmisbruket, også kalt primær- og

sekundærlidelser. Jo likere to sammenligningspopulasjoner er bortsett fra den ene faktoren som gjør dem ulike, jo mer nøyaktig kan forskjellene mellom gruppene i psykopatologi identifiseres. En ideell sammenligningspopulasjon for rupo-populasjonen ville være pasienter ved en norsk allmennpsykiatrisk poliklinikk, slike som finnes ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS), og hvor rusmisbruk var blitt ekskludert i utvalget. En slik norsk normpopulasjon finnes ikke så vidt det er kjent i dag, og derfor brukes den amerikanske ppp-populasjonen som sammenligningsgruppe i denne studien. Både ppp-populasjonen og rupo-gruppen er vurdert å ha et poliklinisk behandlingsbehov i motsetning til innlagte i for eksempel psykiatriske avdelinger på sykehus. I all enkelthet sier selvmedisineringsmodellen at man kan forevente og se lavere symptombelastning i en rupo-populasjon enn i en ppp-populasjon, da man må anta at rusmiddelbruken opprettholdes fordi den er virksom som symptomdempende medisin. Skadmodellen vil i enkelthet si det motsatte, at man kan forvente å se en forhevning av psykiske plager i en rupo-populasjon sammenlignet med en ppp-populasjon da man må anta at rusmiddelbruken utløser, opprettholder eller forverrer psykisk lidelse. I innledningen ble det knyttet ulike forventninger til hver av disse forklaringsmodellene når det gjaldt psykisk symptombelastning målt med SCL-90-R. Resultater og diskusjon knyttet til disse forventningene gjennomgås nedenunder.

SCL-90-R symptombelastning i rupo-populasjonen sammenlignet med andre populasjoner.

- Selvmedisineringsmodellen: rupo-pasienter viser lavere psykisk symptombelastning enn polikliniske psykiatriske pasienter (ppp-pasienter) – en symptombelastning tilnærmet lik normalbefolkningen (virksom medisin), versus
- skadmodellen: ruspasientpopulasjon vil ha større psykisk symptombelastning enn polikliniske pasienter som ikke ruser seg.

Rupo-populasjonen viser et markant hevet gjennomsnitt i psykisk symptombelastning sammenlignet med både normalpopulasjonen og den polikliniske psykiatriske pasient populasjonen (ppp-populasjon). Gruppen har høyere total symptombelastning målt med GSI, rapporterer flere symptomer målt med PST og har høyere symptombelastning innenfor de symptomene de rapporterer målt med PSDI. I tillegg har de høyere symptombelastning innenfor de fleste symptomområdene. Faktisk viser også rupo-gruppen markant høyere symptombelastning enn samtlige ruspasientpopulasjoner nevnt i innledningen, bortsett fra gruppen med aktive misbrukere av heroin (San Louis mfl., 1989), inkludert gruppen bestående av dobbeldiagnosepasienter med alvorlig psykisk lidelse (Carey mfl., 1991). De sistnevnte ruspasientpopulasjonene har faktisk lavere gjennomsnittlig

symptombelastning enn ppp-populasjonen til Derogatis, noe som kunne tolkes som å gi støtte til selvmedisineringsmodellen ved at rusbruken har hatt en dempende virkning på psykiske symptomer. I denne studien er resultatene motsatte. Rupo-populasjonen har såpass mye høyere symptombelastning at den ikke kan anses å falle innenfor normalpopulasjonens fordeling da rupo-gruppens gjennomsnitt ligger over normalpopulasjonens 97.7. persentil, det vil si helt i ytterkant av denne fordelingen - med en overlappsprosent på mindre enn 20. I tillegg vil det være flere faktorer som det er hyppigere forekomst av i ruspoliklinisk populasjon enn i en normalpopulasjon, som blant annet psykisk lidelse og rusmisbruk. Begge disse faktorene kan dermed potensielt forklare årsaken til forskjellen mellom rupo-populasjon og normalpopulasjon.

Dersom man ønsker å fange opp spesifikke problemer knyttet til rusmisbruk, vil den poliklinisk psykiatriske populasjonen (ppp-populasjonen) være en mer relevant sammenligningsgruppe da gjennomsnitt i symptombelastning i rupo-gruppen faller på ppp-gruppens 62. persentil og overlapper hverandre med 78.7 prosent. Selv om det også her er markante forskjeller (se tabell 13) så kan nettopp disse forskjellene muligens fortelle oss noe mer om hvordan rusmisbruk spesifikt påvirker psykisk helse. For det første viser gjennomsnittstallene en forhøyning av psykisk symptombelastning i rupo-gruppen sammenlignet med ppp-populasjonen, noe som i denne sammenheng vil gi mindre støtte til selvmedisineringsmodellen og mer til skademodellen. Samtlige gjennomsnittsskårer, både de globale og de innenfor enkelte symptområder, er hevet i rupo-gruppen, bortsett fra fiendtlighet (HOS) som er like høy og psykotisisme (PSY) som er noe lavere. På gruppenivå har altså ikke rupo-gruppen mer vansker med fiendtlighet eller symptomer på psykotisisme enn ppp-populasjonen, men heller ikke mindre vansker med dette. Videre er det er særlig symptomområdene somatisering (SOM), fobisk angst (PHO), tvangspreget (O-C), og paranoide forestillinger (PAR) i den rekkefølgen som viser en markant forhøyning i rupo-gruppen sammenlignet med ppp-populasjonen. Angst (ANX), depresjon (DEP) og interpersonlig sårbarhet (IS) er også forhøyet i rupo-populasjon sammenlignet med ppp-populasjonen, men i mindre grad enn de fire første. Disse resultatene kan tyde på at rusmisbruk på gruppenivå blant ruspolikliniske pasienter gir både en generell og en spesifikk økning av psykiske plager sammenlignet med pasienter på samme behandlingsnivå hvor rusmisbruk forekommer i mindre grad. Den spesifikke økningen gjelder som nevnt særlig innenfor kroppslige plager, tvangstrekk, fobisk angst og paranoide forestillinger. To av disse kan tenkes å være mer eller mindre forårsaket av rusmisbruket. Kroppslige plager kan være en

naturlig følge av et misbruk av kjemiske stoffer. Tvangstanker og tvangshandlinger under tvangstrekk kan være en del av atferden knyttet til rusmiddelavhengighet. Dessuten kan det tenkes at rusmiddelbruken påvirker de mer kognitive symptomene under tvangstrekk som ”vanskelig å få ting gjort”, ”konsentrasjonsproblemer”, ”vansker med å huske saker og ting”, ”problemer med å bestemme deg” og ”blir tom i hodet”. Når det gjelder forhøyning av paranoide forestillinger i rupo-gruppen kan dette ha flere årsaker. Paranoide forestillinger kan være forankret i reell mistenksomhet til andre mennesker grunnet tilvenning av rusmiddelmiljøets spesielle karakter, hvor både lovbrudd og etterfølgelse av særegen intern justis kan være en del av hverdagen. Samtidig kan paranoide forestillinger som nevnt være forankret i pasientens personlighetsstruktur eller være en reaksjon på fysiologisk abstinens. Her vil det være viktig å undersøke den enkeltes pasients svarfordeling under dette området for muligens å finne best mulig forklaring. I rupo-gruppen hadde følgende tre ledd hyppigst forekomst under paranoide forestillinger: ”synes at andre ikke setter nok pris på det du gjør” (69.9%), ”føler at mennesker flest ikke er til å stole på” (68.8%) og ”føler at mennesker vil komme til å utnytte deg hvis de får sjanse til det” (63.4%). Til slutt, fobisk angst, som i SCL-90-R er mest knyttet til agorafobi, kan tenkes å være mer en årsak til at man misbruker rusmidler i tråd med selvmedisineringsmodellen, da mange som nevnt i innledningen oppgir forsøk på angstreduksjon som grunn til å bruke rusmidler (Stewart et al., 1997). Fobisk angst som grunnlidelse kan derfor være en av de mer betydelige risikofaktorene for å starte med, utvikle eller opprettholde et rusmisbruk. Uansett ser det ikke ut til at rusmiddelbruken demper symptomer på fobisk angst da rupo-gruppen avviker med markant forhøyning i dette symptomområdet sammenlignet med ppp-populasjonen, noe som kan peke på at rusmisbruk faktisk forverrer fobisk angst.

Som en oppsummering kan to konklusjoner trekkes fra sammenligningen av SCL-90-R gjennomsnitt mellom rupo-populasjonen og ppp-populasjonen. Den første er at forhøyning av visse symptomområder (SOM, O-C, PHO, PAR) i tillegg til generell forhøyning kan tyde på psykiske skadevirkninger som er oppretthold eller forverret av rusmisbruk. Den andre at visse symptomområder (IS, DEP, ANX, HOS, PSY) ikke viser særlig stor forskjell i belastningsnivå. Den første konklusjonen gir støtte til skademodellen. Den andre gir ikke støtte til verken den ene eller den andre modellen men sier heller at de ruspolikliniske pasientene ikke rapporterer plager innenfor disse symptomområdene i noe særlig større grad enn andre polikliniske psykiatriske pasienter. Det vil fremdeles være viktig uansett å undersøke hvilke enkeltledd den enkelte pasient har svart positiv på under hvert

område da dette kan gi et klarere fortolkningsbilde av hva som forårsaker en eventuell forhøyning av belastningsnivået.

Forskjeller i SCL-90-R symptombelastning basert på aktivt rusmisbruk og avholdenhet.

- Selvmedisineringsmodellen: rupo-pasienter får høyere symptombelastning når de er avholdende (seponering av virksom medisin), versus
- skademodellen: rupo-pasienter vil få lavere symptombelastning når de er avholdende (opphør av skadelig misbruk).

For videre å undersøke hvorvidt SCL-90-R symptombelastning i rupo-populasjonen kan forstås ut i fra selvmedisineringsmodellen og/eller skademodellen ble rupo-gruppen delt inn i tre typer rusmiddelbruk; skadelig bruk, avhengighet med aktivt bruk og avhengighet men for tiden avholdende. Resultatene peker klart i retning av at psykisk symptombelastning reduseres når rusmiddelbruken reduseres (se tabell 14 og figur 5). Pasientene som for tiden var avholdende på tidspunktet hvor de fylte ut SCL-90-R hadde en GSI på 1.12, mens både de som var diagnostisert med skadelig bruk og aktiv avhengighet hadde høyere GSI, henholdsvis 1.26 og 1.67. Det er en påfallende stor avstand i GSI mellom avholdenhet og aktivt bruk, noe som peker på at psykisk symptombelastning øker ved hyppighet av rusmiddelbruk og at belastningen reduseres, slik også andre studier nevnt i innledningen har vist, når rusmiddelbruken opphører. Gruppen med avholdende bestod av kun 13 pasienter i dette utvalget og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Samtidig er GSI lavere i gruppen med skadelig bruk enn i gruppen med aktive misbrukere, noe som støtter den observerte tendensen til at psykisk symptombelastning samvarierer med hyppighet av bruk. Når man ser på hvilke symptomområder som påvirkes mest av hyppighet av bruk, så ser man at særlig somatisering (SOM), tvangspreget (O-C), depresjon (DEP), angst (ANX) og fobisk angst (PHO) reduseres ved avholdenhet, eller motsatt, øker ved aktivt bruk. Tre av disse fem områdene (SOM, O-C, PHO) er blant de fire områdene nevnt ovenfor som er markant forhøyet i rupo-populasjon sammenlignet med ppp-populasjonen. Det vil si at reduksjon i disse symptomområdene ved avholdenhet eller mindre hyppig bruk styrker den mulige sammenhengen ovenfor om at disse i større grad kan være forårsaket av rusmiddelbruken, og særlig at rusmisbruk ikke demper symptomer på fobisk angst slik selvmedisineringsmodellen skulle tilsi. Tabell 14 viser i tillegg at gjennomsnittene, både globale og innenfor symptomområder, er lavere for den gruppen som for tiden er avholdende enn gjennomsnittene i ppp-populasjonen (se tabell 12). Dette gir en indikasjon på at betydelig symptomreduksjon

kan forventes kun ved opphør av rusmisbruket. Dette kan være viktig å formidle i en SCL-90-R-tilbakemeling til den enkelte ruspasient da psykisk symptomlette kan være en sterk motiverende faktor for å igangsette og opprettholde den strevsomme oppgaven det er med å avvenne seg et rusmisbruk. Det betyr ikke nødvendigvis at bedringen alene skyldes avholdenhet fra rusmiddelet (kjemisk bedring). Det kan tenkes at det er flere forhold som endrer seg ved avhold. Eksempler på dette kan være økt og styrket sosialt samvær med andre, bedre ernæring, bistand til å ordne med økonomi og arbeid, gjenopptatt kontakt med familie, økt kroppslig helse, styrket fremtidshåp for å noe nevne. Samlet, i tillegg til kjemisk avholdenhet, kan slike faktorer bidra til å redusere den psykiske symptombelastningen.

To konklusjoner kan trekkes i forbindelse med symptombelastning ved aktivt bruk og ved avholdenhet. Den første er at pasienter som er avholdende fra rusmisbruk når de fyller ut SCL-90-R viser lavere gjennomsnittlig symptombelastning enn pasienter som er aktive brukere ved utfyllingstidspunktet, både de med skadelig bruk av et rusmiddel og de med avhengighet til et rusmiddel. Den andre er at psykisk symptombelastning samvarierer med hyppighet av bruk da pasienter med aktiv avhengighet viser høyere symptombelastning enn de med skadelig bruk og de som for tiden er avholdende i den rekkefølgen. Det er særlig fem symptomområder i tillegg til GSI som reduseres ved avholdenhet; somatisering (SOM), tvangstrekk (O-C), depresjon (DEP), angst (ANX) og fobisk angst (PHO). Begge disse konklusjonene gir i hovedsak støtte til skademodellen for sammenheng mellom rusmisbruk og psykisk lidelse.

Spesifikke psykiatriske lidelsers samvariasjon med type rusmiddel og hyppighet av bruk.

- *Selvmedisineringsmodellen: spesifikke psykiatriske diagnoser og lidelser som forekommer i rupo-gruppen vil korrelere med bruk av spesifikke rusmidler (selektiv medisinering).*
- *Selvmedisineringsmodellen: rupo-pasienter med komorbide psykiatriske diagnoser og lidelser vil ha høyere misbruk enn rupo-pasienter uten slike diagnoser (større mediseringsbehov).*

I denne studien var det ikke mulig å fastslå noen klar sammenheng mellom spesifikke psykiske lidelser og spesifikke rusmidler slik selvmedisineringsmodell skulle tilsi. Enkelte svake tendenser kunne imidlertid påvises, for eksempel en viss sammenheng mellom depresjon og alkoholmisbruk.

Dersom man antar at pasientene med komorbide psykiatriske diagnoser er mer psykisk belastet enn de uten slike komorbide diagnoser skulle man i følge

selvmedisineringsmodellen forvente å finne at de førstnevnte hadde et hyppigere forbruk av rusmidler enn de sistnevnte da de vil ha en større ”medisineringsbehov”. Denne forventningen viste seg ikke å stemme. Det kunne ikke påvises betydelige forskjeller med hensyn til hyppighet av bruk mellom de med komorbide psykiatriske lidelser og de uten. Heller ikke for det mest brukte rusmiddel kunne slike forskjeller påvises.

Forskjeller i SCL-90-R symptomprofil basert på type rusmiddel misbrukt.

- *Skademodellen: de forskjellige rusdiagnosene (type rusmiddel) i rupo-gruppen vil gi karakteristiske og distinkte SCL-90-R symptomprofiler.*

For å undersøke hvorvidt misbruk av spesifikke rusmidler gir spesifikke psykiske symptomer, noe som kan tenkes å forekomme ut i fra skademodellen, ble rupo-populasjonen delt inn i grupper basert på type rusmiddel misbrukt (det rusmiddelet som hver enkelt pasient misbrakte mest). Rasjonalet her er at de ulike rusmidlene har ulik kjemisk oppbygging og at de derfor skulle teoretisk sett forårsake ulike psykiske skadevirkninger, noe som ofte hevdes i informasjonsbrosjyrer og ”faktahefter” om rusmidler vist til i innledningen over. Resultatene fra denne undersøkelsen viste overraskende likheter i symptomprofil på tvers av de ulike rusmidlene. For det første ser det ut til at depresjonssymptomer forekommer hyppigst for alle typer rusmidler misbrukt, noe som også påpekes i innledningen, bortsett fra cannabismisbruk hvor tvangstrekk (O-C) er høyest (etterfulgt av DEP). Dette stemmer overens med samtlige studier nevnt i innledningen hvor SCL-90- R har blitt undersøkt i forskjellige ruspasientgrupper (se tabell 1 i innledningen). Dette stemmer også overens med flere av forekomststudiene i innledningen (for eksempel Schuckit et al., 1997) som viser at depresjonslidelser er svært vanlig blant pasienter som misbraker rusmidler. Dersom skademodellen skal støttes her må man nesten si at misbruk av samtlige rusmidler uavhengig av ulik kjemisk oppbygging forårsaker depresjon på en eller annen måte, enten ved at rusmisbruket utløser, forårsaker, opprettholder eller forverrer depresjonssymptomer. Særlig interessant er dette med tanke på studien til Schuckit, som gikk grundig til verks for å undersøke hvorvidt depresjonssymptomene hos en gruppe pasienter med alkoholmisbruk skyldtes rusmisbruket. De fant som nevnt at kun 14 prosent av pasientene hadde depresjonssymptomer som ikke var rusrelaterte. Den samme tendensen fant de også ved angstlidelser, som også rupo-gruppen viser høy symptombelastning innenfor, dog i mer varierende grad på tvers av rusmidlene misbrukt. Schuckits studie understreker hvor viktig det kan være å diskriminere mellom psykiske plager som skyldes og ikke skyldes et rusmisbruk,

og at skademodellen ofte kan fungere som en terapeutisk arbeidshypotese til det motsatte er bevist. Dette gjelder nok særlig innenfor depresjonssymptomer da man vet at depressive lidelser kan være en reaksjon knyttet til så mangt, og det kan tenkes at depresjon kan være en samlet psykisk reaksjon hos personer som utvikler et alvorlig rusmisbruk og som søker seg til behandling. Når dette er sagt, så bør det minnes på at rupo-gruppen ikke rapporterer spesielt mye høyere symptombelastning innenfor depresjonssymptomer enn ppp-populasjonen, slik det er vist til ovenfor og i tabell 12.

Oppsummeringsmessig kan det her konkluderes med at det kunne ikke påvises noen sammenheng mellom spesifikt rusmiddelbruk og spesifikke SCL-90-R symptomområder. Resultatene gir således ingen støtte verken til skademodellen eller til selvmedisineringsmodellen. Derimot kan det fastslås at SCL-90-R symptomprofiler på gruppenivå er svært like på tvers på type rusmidler misbrukt.

Forskjeller i svarfordeling på enkeltledd mellom rupo-populasjonen og ppp-populasjonen.

- *Skademodellen: svarfordelingen på SCL-90-R enkeltledd i rupo-gruppen vil være signifikant annerledes enn i ppp-populasjonen*

SCL-90-R er opprinnelige tenkt å skulle tolkes på tre nivåer; globalskårer, symptomområder og enkeltledd (Derogatis, 1994). Globalskårer og symptomområder har blitt diskutert til nå, og derfor er siste forventning knyttet til eventuelle forskjeller i enkeltledd mellom rupo-gruppen og ppp-populasjonen som kan peke på symptomer muligens påvirket av rusmisbruk. Rasjonalet her bak skademodellen er at pasienter som misbraker rusmidler vil ha spesifikke symptomer som enten er utløst, forårsaket av eller forverret av rusmisbruket. Ppp-populasjonen blir også her brukt som en ”ren” poliklinisk pasientpopulasjon uten påvirkning av rusmisbruk i like stor grad. Resultatene viser at det er lite som tyder på spesifikke symptomutslag bortsett fra enkeltledd under symptomområdet somatisering (SOM) hvor fem ledd er betydelig avvikende sammenlignet med ppp-populasjonen. Skademodellen sanker dermed lite støtte i denne sammenheng bortsett fra når det gjelder kroppslige plager. De to leddene med størst avvik i rupo-populasjonen sammenlignet med ppp-populasjonen var ”Matthet eller svimmelhet” (ledd 4: SOM) og ”Føler deg engstelig for å reise med buss, trikk, tok og lignede” (ledd 47: PHO). Det førstnevnte leddet tilhører kroppslige plager, men kan også tolkes som et depresjons- og eller angstsymptom. Leddet er også todelt og spør egentlig om to forskjellige ting, slik at det kan få positivt utslag i to tilfeller, enten ved bare matthet eller ved bare svimmelhet. Det er naturlig å tenke at rusmisbruk kan forårsake begge deler.

Det andre leddet under fobisk angst, peker på noe mer gjennomgående i rupo-gruppen. Ved nøyere gjennomgåelse av enkeltledd finner en at pasienter i rupo-gruppen har høyere forekomst enn ppp-populasjonen i symptomer som handler om engstelighet knyttet til å oppholde seg på offentlige plasser hvor andre mennesker ferdes og oppholder seg. Samtidig har de mindre forekomst enn ppp-populasjonen når det gjelder ledd som handler om å være alene, føle seg mindreverdige og å være sjenert. Verken skademodellen eller selvmedisineringsmodellen kan gi en teoretisk forklaring på dette, men det gir et umiddelbart inntrykk av at det er ulike former for sosial samvær som rupo-pasienter opplever som mer eller mindre vanskelige å forholde seg til. Slik spesifikk gjennomgåelse understreker også viktigheten av å gjennomgå SCL-90-R-skårer helt ned på enkeltledd nivå for den enkelte pasient og på tvers av pasientpopulasjoner, og særlig når det gjelder å undersøke hvorvidt slike enkeltsymptomer skyldes rusmisbruket eller grunnleggende egenskaper hos personen. Selv SCL-90-R i utgangspunktet er vinklet inn på problemer og vansker, så kan fravær av dette også tolkes om ressurser hos den enkelte, som er en side av psykometriske kartleggingsverktøy en fort kan glemme når en målbevisst går på jakt etter patologi.

Begrensninger ved studien.

Relativt lavt antall observasjoner. En av de største utfordringene når det gjelder kartlegging av rusmiddelproblematikk og samtidig ikke-rusrelatert psykisk lidelse er at disse pasientene ikke kan ses på som én homogen gruppe med ensartede problemer. Rusmiddelproblematikk er kanskje noe de har felles, men ut over det er det like stor variasjon mellom disse pasientene som det er i andre pasientgrupper. I en ruspoliklinikk møter man derfor pasienter med stor variasjon i fungering, alt fra pasienter som klarer seg rimelig greit i forhold til lokalt nettverk, bolig, inntekt og psykisk helse til de som ikke klarer seg selv, mangler bolig, er avhengig av sosiale tjenester og mange støttespillere. To personer som bruker det samme rusmiddelet omtrent like mye kan derfor være svært forskjellig hva angår fungering og psykisk symptomatologi. Videre blir rusmiddelproblematikk delt opp i ulike rusdiagnoser, både når det gjelder grad av misbruk og hvilke rusmidler som blir brukt. Noen pasienter har et skadelig misbruk, andre er avhengige, noen misbruker kun ett rusmiddel og andre opptil fem eller flere. Dette gjør at det finnes flere former for rusmisbruk som kan være svært ulike hverandre. Til slutt møter man i ruspoliklinikk pasienter med en stor variasjon i psykiatriske diagnoser. Kontroll for slike varierende forhold og studier av undergrupper av rusmisbrukere vil nødvendigvis kreve et betydelig antall observasjoner (stor n). Et opplagt

resultat av det relativt lave antall observasjoner i denne studien var for eksempel at alle relevante diagnostiske kategorier ikke var representert i utvalget.

Selvrapporing. Fordelen med selvrapporing er at man får informasjon direkte fra den som erfarer det som rapporteres. Ulempen kan være at man ikke kjenner terskelen for rapportering. Det kan være grunn til å forvente en viss ”underrapportering” av psykisk lidelse. Av grunner til underrapportering ble det nevnt frykt for barnevern (i forbindelse med redsel for å miste samværsretten til nyfødt barn) og fornektning av problemer og vansker grunnet i personlighetsproblematikk. Noen behandlere nevnte i visse tilfeller at et høyt lidelsesnivå i SCL-90-R muligens var et ”rop om hjelp” noe som her ville kunne føre til en ”overrapportering”. I intervjuene med behandlerne ble det spurt om de synes SCL-90-R profilen til den enkelte pasient ga et ”riktig” bilde av pasientens lidelsesnivå og karakteristikk. Kun i tre tilfeller ble det nevnt at symptombildet ikke stemte, og i disse tilfellene handlet samtlige om underrapportering av symptomer. Dersom alle symptomer og forhold til funksjon er innhentet ved selvrapport kan ofte resultatene tenkes å være influert av en felles ”metodefaktor”. For eksempel kunne en tenke seg at GSI, rusmiddelbruk og funksjonsnivå bare var en funksjon av pasienters generelle ”tilfredshet”, og at en samvariasjon således indikerte en tilsynelatende prediktiv validitet. En styrke ved den foreliggende studien er at diagnoser og GAF alle er behandlervurderte.

Begrenset variasjon i symptombelastning i utvalget grunnet seleksjon. Det gjennomgående høye symptomnivået som synes å kjennetegne denne populasjonen kunne medført at resultatene i undersøkelsen ble influert av en begrenset variasjon i utvalget når det gjelder symptomnivå. En mer ”aktiv” seleksjonsmekanisme kan også ha påvirket resultatene. SCL-90-R blir ifølge dagens praksis ikke administrert til alle pasienter. Det kan tenkes at de pasientene som har blitt oppfordret til å fylle ut dette kartleggingsinstrumentet har blitt det nettopp fordi behandlerne har hatt en mistanke om høy symptombelastning. Kun to andre studier har kunnet rapportere om tilsvarende høye gjennomsnittstall (San Louis et al., 1989 og Zack et al., 1998). Reliabilitetsestimatene og standardavvikene for rupo-gruppen tyder imidlertid på at det var tilfredsstillende variasjon i SCL-90-R symptombelastning, både generelt og spesifikt.

Uppreis registrering av komorbide psykiatriske diagnoser. Det ble ikke undersøkt hvorvidt de komorbide psykiatriske diagnosene i utvalget var riktige eller gjeldende på det tidspunkt SCL-90-R ble administrert. Videre var de færreste av slike diagnoser blitt utredet av

nåværende rusbehandler, men var heller anført i henvisning fra andre instanser og utredere. For å øke antall personer med komorbide diagnoser i utvalget ble også de som var henvist med symptomer på spesifikk psykisk lidelse tatt med i denne gruppen, selv om diagnose ikke enda var utredet. Det var også for få personer i hver diagnostiske gruppe til at mer nyanserte diagnostiske kategorier kunne bli undersøkt.

Konklusjoner

SCL-90-R som indikator på psykisk lidelse i rupo-populasjonen.

SCL-90-R ser ut til å være et reliabelt kartleggingsverktøy for psykisk symptombelastning i også ruspoliklinisk virksomhet. Dette er blitt vist ved at rupo-populasjonen har sammenlignbare reliabilitetsestimater med andre populasjoner og ved at symptomområdene i hovedsak er endimensjonale når det gjelder indre struktur. Instrumentet viser seg også å være en valid indikator på her-og-nå psykisk lidelse hos pasientene da SCL-90-R-skårer ser ut til å samvariere med behandlervurdert GAF-Symptom- og GAF-Funksjonskårer. Samtidig fremstår SCL-90-R mer som en indikator på generell psykisk lidelse enn spesifikk psykisk lidelse. Dette vises ved høye interkorrelasjoner mellom de ni ulike symptomområdene, svak korrelasjon med spesifikke psykiatriske lidelser internt i rupo-gruppen og også ved faktoranalyser gjort i andre studier. Interkorrelasjonene mellom symptomområdene viser allikevel at visse symptomområder korrelerer sterkere med hverandre enn andre, som for eksempel depresjon og angst. Videre viser korrelasjonene med komorbide psykiatriske lidelser og assosierte symptomområder i SCL-90-R også visse tendenser da noen av korrelasjonene er sterkere enn andre, som for eksempel mellom diagnosene innenfor stemningslidelser og symptomområdet depresjon i SCL-90-R. Slike mønstre og tendenser kan forsvare at SCL-90-R blir brukt som et screeningsinstrument i ruspoliklinisk virksomhet, men det forutsetter da at videre utredning og diagnosevurdering gjøres med ytterligere kartleggingsverktøy og metoder som har dette som formål. Eventuell psykisk symptompåvirkning av rusmisbruket bør også være kontrollert for i slike vurderinger.

Gyldigheten av selvmedisinerings- og skadmodellen som forklaringsmodeller for SCL-90-R i rupo-populasjon.

Etter gjennomgang av flere forventninger knyttet til både selvmedisineringsmodellen og skadmodellen i undersøkelsen over, ser det ut til at skadmodellen får mest støtte som teoretisk tolkningsmodell for sammenhengen mellom rusmisbruk og psykisk lidelse målt med

SCL-90-R. Hvorvidt psykiske lidelser er utløst eller forårsaket av rusmisbruk har ikke vært mulig å kunne fastslå i denne studien, men mye tyder på psykisk symptombelastning målt med SCL-90-R er enten opprettholdt eller forverret av rusmiddelbruken. Dette er vist blant annet ved at rupo-populasjonen har en gjennomsnittlig høyere SCL-90-R symptombelastning enn polikliniske psykiatriske pasienter hvor rusmisbruk forekommer i mindre grad. Symptombelastningen er forhøyet og dermed avvikende både generelt, innenfor spesifikke symptomområder og i visse enkeltledd. Videre støttes en slik tolkningsmodell av at symptombelastningen er lavest hos pasienter i rupo-gruppen som er avholdende og at symptombelastningen stiger ved skadelig bruk og aktiv avhengighet. Dette gjelder både generell og spesifikk symptombelastning. Resultater som svekker skademodellen som forklaringsmodell, men som heller ikke støtter selvmedisineringsmodellen, er at det ikke ser ut til at misbruk av spesifikke rusmidler gir spesifikke symptomutslag i betydelig grad slik skademodellen skulle tilsi. Isteden viser rupo-gruppen påfallende likeheter i symptomprofil på tvers av rusmidler som blir misbrukt, spesielt mellom opiater, cannabis og alkohol, selv om belastningsnivået varierer mellom disse gruppene. Opiatmisbruk ser ut til å gi høyest symptombelastning sammenlignet med andre rusmidler misbrukt.

Implikasjoner for bruk av SCL-90-R i ruspoliklinisk virksomhet.

Generelt symptomnivå. Når det gjelder kravet til ruspoliklinikkene om at psykisk helse skal utredes innen 30 virkedager slik at det mest hensiktsmessige behandlingstilbudet for den enkelte skal kunne anbefales, så vil SCL-90-R kunne gi et generelt her-og-nå inntrykk av psykisk lidelse for den enkelte pasient. Et slikt inntrykk vil kunne gi et grunnlag for eventuell videre utredning av hva som er rusrelatert og ikke-rusrelatert lidelse.

Avdekke individuelle og spesifikke problem. Ved å bruke poliklinisk psykiatriske pasienter som standardisert sammenligningspopulasjon for rupo-pasienter vil man kunne observere spesifikke avvik i symptomprofil for den enkelte pasient. Slike avvik kan gi indikasjon på både rusrelaterte og ikke-rusrelaterte symptomer, og kan gi et utgangspunkt for videre utredning av dette.

Måle forandring på individnivå. Resultatene i studien viser også at SCL-90-R fanger opp forskjeller i symptomnivå ved gradert rusmisbruk. SCL-90-R kan dermed brukes til å overvåke eventuelle symptomendringer ved reduksjon og opphør av rusmisbruk. Symptomer som reduseres ved opphør kan peke på spesifikke rusinduserte symptomer, mens symptomer

som forblir uendret eller øker kan avdekke psykiatrisk grunnlidelse, det vil si ikke-rusrelatert symptomer.

Edukativ intervensjon (motivasjon). Både sammenligning med andre pasientpopulasjoner og målte symptomendringer ved opphør av rusmisbruk kan brukes som edukative intervensjoner i ruspoliklinikk. For eksempel kan en høy symptombelastning sammenlignet med andre polikliniske pasienter (ppp-populasjonen) understreke alvorligheten ved videre rusmisbruk for den enkelte pasient. En tilsvarende lav symptombelastning kan virke blant annet betryggende og oppløftende. Ved symptomendring kan pasienten selv bli mer bevisst sine symptomer og hvordan de eventuelt er påvirket av rusmisbruk eller ikke. Motivasjon er avgjørende for å kunne endre et rusmisbruk og psykisk symptomreduksjon kan være en slik motiverende faktor.

Evaluerer behandling på gruppenivå. Spesifikke intervensjoner og behandlingstilnærminger kan undersøkes ved å måle eventuell effekt med SCL-90-R da kartleggingsverktøyet er sensitivt for psykisk bedring. En eventuell evaluering av behandlingseffekt ved DPS-ruspoliklinikk vil kunne gjøres med blant annet SCL-90-R.

Etablere populasjonsdata. Forskningsmessig vil et større datamateriale bestående av SCL-90-R besvarelser fra pasienter i ruspoliklinikk kunne benyttes for å gi større forståelse av sammenhengen mellom rusmiddelsbruk og psykisk lidelse.

Diagnostisering - spesifikke symptomer. Bruk av SCL-90-R som et diagnostisk kartleggingsverktøy kan ikke anbefales her.

Predikere funksjonsnivå på individuell basis. Selv om korrelasjonen mellom SCL-90-R og GAF-skårer i hovedsak er signifikante, er de ikke sterke nok for individuelle prediksjoner.

Veien videre for SCL-90-R i ruspoliklinikk.

Behov for ruspopulasjonsdata. Om SCL-90-R sier opphavsmannen Derogatis dette: "Ideally, continuing empirical research will result in more specific and refined norms, which in turn will enable more precise clinical interpretation" (1994, s. 37). Det vil være hensiktsmessig å fortsette innsamling av SCL-90-R-besvarelser fra pasienter i DPS-ruspoliklinikk slik at datamaterialet økes i antall personer. Dette materialet kan brukes både som intern sammenligningspopulasjon og som grunnlag for videre forskning på sammenhengen mellom rusmisbruk og psykisk symptombelastning. Økt antall i utvalget vil

også kunne muliggjøre sterkere differensieringer i populasjonen, som for eksempel mellom type rusmidler misbrukt og grad av misbruk.

Ruspoliklinikkens rolle. Ruspoliklinikker er ideelle instanser hvor SCL-90-R datamateriale kan innsamles og hvor studier av sammenhengen mellom rusmisbruk og psykisk lidelse kan foregå. Årsaken til dette er at ruspoliklinikkene mottar henvisninger på personer innenfor de fleste stadier og grader av rusmisbruk og at det kreves at psykiatriske diagnoser skal utredes som en del av behandlingen. Både rusdiagnoser og andre psykiatriske diagnoser (for eksempel slik de er kategorisert i ICD-10) kan være to av mange hensiktsmessige variabler å følge for inndeling av fellesfaktorer hos pasientene i fremtidige undersøkelser på gruppenivå.

Behov i lignende studier. Mer nøyaktige utredninger av pasientenes psykiske helse bør inkluderes i fremtidige studier for å undersøke SCL-90-R sin samvariasjon og konvergerende egenskaper med standardiserte diagnostiske kategorier og andre psykologiske kartleggingsverktøy.

Behov for bedre sammenligningspopulasjon. Det etterlyses enda bedre sammenligningspopulasjoner for ruspasientgrupper i norsk sammenheng. Som nevnt tidligere vil en ideell sammenligningspopulasjon for særlig rupo-gruppen bestå av poliklinisk psykiatriske pasienter i et norsk DPS hvor rusmisbruk har blitt ekskludert i utvalget.

Behov for formell norsk versjon av SCL-90-R. For å unngå videre bruk av mer eller mindre ”hjemmelagede” skåringsversjoner for SCL-90-R vil det være viktig å få på plass en formell norsk versjon av dette verktøyet, med tilhørende opplæring og veiledning for behandlere. Dette arbeidet er per dags dato igangsatt (Olav Vassend – personlig kommunikasjon, april, 2009).

Referanseliste

Aiken, L.R. (1989). *Assessment of Personality*. Boston: Allyn and Bacon.

APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association: Washington, DC.

Beck, A. T., & Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression: the depression inventory. I Pichot, P., & Oliver-Martin, R. (red.), *Psychological measurements in psychopharmacology: modern problems in pharmacopsychiahy*. Basel: Karger, s. 151-169.

Blanchard, J.J. (2000). The co-occurrence of substance use in other mental disorders: editor's introduction. *Clinical Psychology Review*, 20 (2), 145-148.

Broner, R.K., King, V.L., Kidorf, M., Schmidt, C.W., & Bigelow, G.E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54 (1), 71-80.

Bryant, K. J., Rounsaville, B., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1992). Reliability of dual diagnosis: Substance dependence and psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 180, 251–257.

Bonyng, E.R. (1993). Unidimensionality of SCL-90-R scales in adult and adolescent crisis samples. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 212-15.

Cameron, O.G., Thyer, B.A., Nesse, R.M., & Curtis, G.C. (1986). Symptom profiles of patients with DSM-III anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1132-1137.

Carey, K.B., & Carey, M.P. (1995). Reasons for drinking among psychiatric outpatients: Relationship to drinking patterns. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 251-257.

Carey, M.P., Carey, K.B., & Meisler, A.W. (1991). Psychiatric symptoms in mentally ill chemical abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 136–138.

Carey, K.B., & Correia, C.J. (1998). Severe mental illness and addictions: assessment considerations. *Addictive Behaviors*, 23(6), 735-748.

- Carpenter, K.M., & Hittner, J.B. (1995). Dimensional characteristics of the SCL-90-R: Evaluation of gender differences in dually diagnosed inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 383-90.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Copeland, J., Swift, W., & Rees, V. (2001). Clinical profiles of participants in a brief intervention program for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*, 45-52.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality inventory and five-factor inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*, 297-334.
- Cyr, J.J., McKenna-Foley, J.M., & Peacock, E. (1985). Factor structure of the SCL-90-R: Is there one? *Journal of Personality Assessment, 49*, 571-77.
- Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual, 3rd Ed.* Minneapolis, MN: National Computer Systems Incorporated.
- Derogatis, L.R., Rickels, K. & Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry, 128*, 280-289.
- DeSoto, C.B., O'Donnell, W.E., Allred, L.J., & Lopes, C.E. (1985). Symptomatology in alcoholics at various stages of abstinence. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 9* (6), 505-512.
- Evjen, R., Øiern, T. & Kielland, K.B. (2007). *Dobbelt opp: Om psykiske lidelser og rusmisbruk (2. utg)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Green, B., Young, R., & Kavanagh, G. (2005). Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *British Journal of Psychiatry, 187*, 306-313.
- Gråwe, H., & Ruud, T. (2004): *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne* (Rapport STF78-A06003). Trondheim: SINTEF Helse.

Haver, B. (1997). Screening for psychiatric comorbidity among female alcoholics: The use of a questionnaire (SCL-90) among women early in their treatment programme. *Alcohol & Alcoholism*, 32, 725–730.

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 885-892. I Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R Administration Scoring and Procedures Manual I*. Baltimore, Maryland: Clinical Psychometrics Research.

Hansen, S.S., Munk-Jorgensen, P., Guldback, B., Solgard, T., Lauszus, K.S., Albrechtsen, N., Borg, L., Egander, A., Faurholdt, K., Gilberg, A., Gosden, N.P., Lorenzen, J., Richelsen, B., Weischer, K., & Bertelsen, A. (2000). Psychoactive substance use diagnoses among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 432–438.

Hathaway, S.R., & McKinley, J.C. (1967). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: Psychological Corporation.

Helsedepartementet (2004). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Rundskriv (I-8/2004).

Helseth, V., Lykke-Enger, T., Aamo, T.O., & Johnsen, J. (2005). Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17–40 år innlagt med psykose. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 125, 1178–80.

Johansen, J.A. (2007). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: et nytt tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 44, nr. 3, 269-272.

Johansen, J.A. "Strategiplanen 2006-2010 for Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling, vedlegg 1.", nedlastet 12. nov. 2008 fra www.aus.no.

Johnson, M.E., Brems, C., & Fisher, D.G. (1995). Self-reported levels of psychopathology of drug abusers not currently in treatment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18 (1), 21-34.

Jopp, D.A., & Keys, C.B. (2001). Diagnostic overshadowing reviewed and reconsidered. *American Journal on Mental Retardation*, 106 (5), 416-433.

- Karterud, S. & Arefjord, N. (2009). Personlighetsvurdering av rusavhengige pasienter. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 46, 367-371.
- Kessler, R.C., & Price, R.H. (1993). Primary prevention of secondary disorders: A proposal and agenda. *American Journal of Community Psychology*, 21, 607-633.
- Kleinman, P.H., Miller, A.B., Millman, R.B., Woody, G.E., Todd, T., Kemp J., & Lipton, D.S. (1990). Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 442-447.
- Kranzler, H.R., Tennen, H., Kadden, R.M. & Rounsaville, B.J., (1996). Validity of the SCID for use in substance abuse patients. *Addiction*, 91, 859-868.
- Landheim, A.S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi*, 12 (3), 309-318.
- Larsen, T.K., Melle, I., Auestad, B, Friis, S., Haahr, U., Johannessen, J.O., Opjordsmoen, S., Rund, B.R., Simonsen, E., Vaglum, P., & McGlashan, T.H. (2006). Substance abuse in first-episode non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*, 88 (1-3), 55-62.
- Margo, G.M., Dewan, M.J., Fisher, S., Greenberg, R.P. (1992). Comparison of three depression rating scales. *Perceptual and Motor Skills*, 75, 144-146.
- Menezes, P.R., Johnson, S., Thornicroft, G., Marshall, J., Prosser, D., Bebbington, P., Kuipers, E. (1996). Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *British Journal of Psychiatry*, 168, 612-619.
- Mercier, C., Brochu, S., Girard, M., Gravel, J., Ouellet, R., & Pare, P. (1992). Profiles of alcoholics according to the SCL-90-R: A confirmative study. *International Journal of Addictions*, 27, 1267-1281.
- Meyer, R.E., (1989). Prospects for a rational pharmacotherapy of alcoholism. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 403-412.
- Millon, T. (1982). *Manual for MCMI-II*, 2. edition. Minneapolis: National Computer Systems.

- Mintzer, M. (2007). Effects of Opioid Pharmacotherapy on Psychomotor and Cognitive Performance: A Review of Human Laboratory Studies of Methadone and Buprenorphine. *Heroin Addiction Related Clinical Problems*, 9(1), 5-24.
- Mintzer, M., & Stitzer, L., (2002). Cognitive impairment in methadone maintenance patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 41-51.
- Mueser, K.T, Drake, R., & Wallach, M. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23 (6), 717-774.
- Mueser, KT, Noordsy, DL, Drake, RE, & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pedersen, G., & Karterud, S. (2004). Is SCL-90R helpful for the clinician in assessing DSM-IV symptom disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 215–224.
- Prosser, J., Cohen, L.J., Steinfeld, M., Eisenberg, D., London, E.D. & Galynker, I.I. (2006). Neuropsychological functioning in opiate-dependent subjects receiving and following methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 240-247.
- Ramstrøm, J. (2001): *Skader av hasj og marihuana. En gjennomgang av vitenskapelige studier av skadeomfanget ved cannabis*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 21, 2511–2518.
- Reiss, S., Levitan, G., & Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 567–574.
- Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., Helzer, J.E., Babor, T.F., Bruke, J., Farmer, A., Jablensky, A., Pickens, R., Regier, D.A., Sartorius, N., & Towle, L.H. (1989) The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.

San, L., Cami, J., Peri, J.M, Mata, R., & Porta, M. (1989). Success and failure at inpatient heroin detoxification. *British Journal of Addiction*, *84*, 81–87.

Shaner, A., Roberts, L. J., Racenstein, J. M., Eckman, T. A., Tucker, D. E., & Tsuang, J. W. (1998). Sources of diagnostic uncertainty among chronically psychotic cocaine abusers. *Psychiatric Services*, *49*, 684–690

Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L., & Tress, W. (1999). Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, *34*, 360-366.

Schuckit, M.A., Tipp, J.E., Bucholz, K.K., Nurnberger, J.I., Hesselbrock, V.M., Crowe, R.R., Kramer, J. (1997). The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction*, *92* (10), 1289-1304.

Schwarzwald, J., Weisenberg, M., & Solomon, Z. (1991). Factor invariance of the SCL-90-R: The case of combat stress reaction. *Psychological Assessment*, *3*, 385-90.

Shutty, M.S.Jr., DeGood, D.E., & Schwartz, D.P. (1986). Psychological dimensions of distress in chronic pain patients: A factor analytic study of Symptom Checklist-90 responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 836-42.

Sosialdepartementet (2002-2003). Ot.prp. nr. 3 – Statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelbrukere.

Sosialdepartementet (2002-2003). Ot.prp. nr. 54 – Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan).

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. IS-1388.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Fakta om narkotiske stoffer, 3. rev. opplag. IS-1042/B. Oslo: Avdeling rusmidler.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R: Patient edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Statens helsetilsyn (2007). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Statens helsetilsyn (2000). Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Utredningsserie 2000:9, IK-2727. Oslo.

Steer, R. A., Clark, D. A., & Ranieri, W. F. (1994). Symptom dimensions of the SCL-90-R: a test of the tripartite model of anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 62, 525-536.

Stewart, S.H., Karp, J., Pihl, R.O., & Peterson, R.A. (1997). Anxiety sensitivity and self-reported reasons for drug abuse. *Journal of Substance Abuse*, 9, 223-240.

Vassend, O., Lian, L., & Andersen H., (1992). Norske versjoner av NEO-Personality Inventory, Symptom Checklist 90 Revised og Giessen Subjective Complaints List. Del 1. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 29 (12), 1150 - 1160.

Vassend, O., & Skrondal, A. (1995). Factor analytic studies of the NEO Personality Inventory and the five-factor model: The problem of high structural complexity and conceptual indeterminacy. *Personality and Individual Differences*, 19, 135-147.

Vassend, O., & Skrondal, A. (2003). *Interpretation of the SCL-90-R. A psychometric study based on a Norwegian national sample*. ISBN 82-92487-01-8, Royal Norwegian Air Force: Institute of Aviation Medicine.

Vassend, O., & Skrondal, A. (1999). The problem of structural indeterminacy in multidimensional symptom report instruments. The case of SCL-90. *Behavioural Research and Therapy*, 37, 681-701.

Wittchen, H.U., Schramm, E., Zaudig, M., Spengler, P., Rummler, R., & Mombour, W. (1990). SKID-Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R. Beltz, Weinheim, i Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L., & Tress, W. (1999). Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 34, 360-366.

Woody, S.R., Steketee, G., & Chambless, D.L. (1995). The usefulness of the obsessive compulsive scale of the symptom checklist-90-revised. *Behavioral Research and Therapy*, 33, 607–611.

Øiern, T. (2006). Fra døgn til dag. *Rus & avhengighet*, 3, 13-15.

Zack, M., Toneatto, T. & Streiner, D.L. (1998). The SCL-90-R factor structure in comorbid substance abusers. *Journal of Substance Abuse*, 10, 85-101.

Zilberman, D., Cao, X., & Jacobsen, S.E. (2003). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.

Appendiks A

Beskrivelse av innholdet i SCL-90-R symptomområder.

Beskrivelsen av symptomområdene er beskrevet nedenunder slik Leonard R. Derogatis presenterer dem i testens administrerings-, skårings- og prosedyremanual (1994), samt fra Olav Vassends og Anders Skrondals gjennomgang av symptomområdene i artikkel fra 2004.

Somatisering (SOM). Dette symptomområde er ment å indikere grad av selvopplevde plager knyttet til kroppen og inneholder 12 enkeltledd. Plagene sentrerer seg rundt problemer med blodomløp, mage, respirasjon og andre systemer knyttet til det autonome nervesystemet. Smerte og ubehag i de store muskelgruppene samt andre kroppslige plager relatert til angst er inkludert i dette symptomområde. Vassend og Skrondal (2004) legger til at selv om disse symptomene har vist å ha høy forekomst ved psykosomatiske lidelser, stress og psykopatologiske syndromer så kan de også indikere forekomst av reell somatisk sykdom.

Tvangstrekk (O-C). Dette symptomområdet er noe todelt, hvor den ene delen består av symptomer som ofte sammenfaller med de klassiske symptomene på den kliniske diagnosen *Obsessive-Compulsive (O-C)*. Disse leddene sentrerer seg rundt tanker, impulser og handlinger som er typiske for denne diagnosen og som kjennetegnes ved at de er uønsket av personen som innehar symptomene. Den andre delen av dette symptomområdet omhandler atferd og tilstander som er mer kjennetegnet ved generelle svekkete kognitive evner som konsentrasjon og eksekutive funksjoner.

Interpersonlig sensitivitet (I-S). Dette symptomområdet fokuserer på følelser som utilstrekkelighet og mindreverdighet, spesielt i sammenligning med andre mennesker. Selvnedvurdering, selvsikkerhet og markert ubehag ved samvær og omgang med andre er karakteristiske symptomer innenfor symptomområdet interpersonlig sensitivitet. Derogatis legger også til at individer som selvrappporterer høy skåre innenfor for dette området også har en tendens til å rapportere om høy selvbevissthet og negative forventninger i forbindelse med samvær og omgang med andre, samt negative forventninger til hvordan de blir oppfattet av andre.

Depresjon (DEP). Leddene under symptomområdet depresjon er ment å være et representativt utvalg av de kliniske symptomene på depresjonsdiagnosen. Symptomer på nedtrykt humør og følelser er representert i tillegg til redusert tiltakslust, mangel på

motivasjon og energi. Håpløshetsfølelser, suicidtanker og andre kognitive og somatiske tegn på depresjon er også inkludert.

Angst (ANX). Generelle tegn på engstelighet som nervøsitet, anspenthet og skjelving er symptomer inkludert under dette symptomområdet i tillegg til panikkanfall, katastrofefølelser, reservasjon og frykt. Symptomområdet inkluderer også ledd som angir karakteristiske kroppslige reaksjoner på angst.

Fiendtlighet (HOS). Dette symptomområdet gjenspeiler tanker, følelser eller handlinger som er forbundet med selvopplevd sinne. Symptomleddene representerer alle tre uttryksmåtene og er knyttet til sinne i form av aggresjon, irritabilitet, raseri og bitterhet.

Fobisk angst (PHO). Leddene under dette symptomområdet omhandler primært det som er karakteristisk for agorafobi. Leddene omhandler derfor frykt i forbindelse med å være i situasjoner eller på steder hvor flukt enten er vanskelig eller flaut, eller hvor personen frykter at hjelp ikke er tilgjengelig dersom han/hun skulle få et panikkanfall. Vassend og Skrondal (2004) legger derfor til at dette symptomområdet er noe begrenset da leddene ikke inneholder karakteristiske symptomer på andre vanlige fobier som for eksempel sosial fobi eller spesifikke (isolerte) fobier (heis, høyde og lignende).

Paranoid (PAR). Leddene her omhandler paranoid atferd manifestert i tankeforstyrrelse. Karakteristisk for dette er vedvarende misstillitt og mistenksomhet til andre og oppfattelsen av at andre skal vil en vondt. Symptomer på dette gjenspeiles i leddene i form av projektive tanker, fiendtlighet, grandiositet, frykt for å miste sin autonomi og vrangforestillinger. Paranoid tankeforstyrrelse innebærer også en forventning om og frykt for å bli utnyttet, skadet eller lurt av andre selv om det er ingen indikasjoner på at dette i virkeligheten skal skje.

Psykotisisme (PSY). Symptomleddene under dette symptomområdet er ment å representere et kontinuum av opplevd fremmedfølelse. Leddene inkluderer symptomer på tilbaketrekning og isolering i samsvar med schizoid livsstil i tillegg til symptomer karakteristiske på schizofreni som hallusinasjoner og tankekontroll. Symptomområdets bredde er altså fra mild interpersonlig fremmedgjøring til dramatiske tilstander av psykose. Derogatis (2003) opplyser at dette symptomområdet er i hovedsak basert på arbeidet og definisjonene til Eysenck & Eysenck fra 1968.

Tilleggsledd (ADD). Det er syv tilleggsledd i SCL-90-R som ikke er inkludert under noen av de ovennevnte symptomområdene og som heller ikke er eget symptomområde. Grunnen til dette er at de statistisk varierer i forhold til hvilket symptomområde de faller under og at de derfor ikke er spesifikke. De oppfyller altså ikke de statistiske kriteriene for å bli inkludert i spesifikke symptomområder. Allikevel er det tatt med da de blir vurdert som klinisk viktige som tilleggsinformasjon. For det første bidrar disse leddene i de globale skårene (totalskårene) og er dermed med på å angi global symptombelastning, antall positive symptomer og global symptombelastning i forhold til positive symptomer (se mer under Globale Symptomindekser, s.). For det andre kan disse leddene bli brukt som forsterkende tilleggsinformasjon i forhold til skåren på de enkelte symptomområdene. For eksempel, dersom man har høy skåre under symptomområdet *Depresjon* og i tillegg har rapportert om ”Våkner tidlig om morgenen”, ”Dårlig matlyst” og ”Skyldfølelse”, så gir dette indikasjon på alvorligere grad av depressiv tilstand enn om disse leddene ikke ble rapportert. På denne måten kan tilleggsleddene bli brukt som differensialer i forhold til videre utredning og eventuell diagnostisering.

Appendiks B

Oversikt over enkeltledd i SCL-90-R kategorisert under tilhørende symptomområde.

Kategorisert etter Derogatis (1994). Norsk oversettelse Geir Høstmark Nilsen og Olav Vassend (gjengitt i Vassend & Skrondal, 2003).

Ledd	Somatisering (SOM)
1	Hodeverk
4	Matthet eller svimmelhet
12	Smerter i hjerteregionen eller bryst
27	Smerter i korsryggen
40	Kvalme eller urolig mage
42	Verk eller ømhet i musklene
48	Pustebesvær eller besvær med å få luft
49	Varme- eller kuldetokter gjennom kroppen
52	Nummenhet eller prikking i deler av kroppen
53	Klump i halsen
56	Føler deg svak i deler av kroppen
58	Føler deg tung i armer og ben
	Tvangstrekk (O-C)
3	Gjentatte ubehagelige tanker som ikke vil gi slipp
9	Vansker med å huske saker og ting
10	Bekymringer over slurv og uforsiktighet
28	Føler at det er vanskelig å få ting gjort
38	Må gjøre ting meget langsomt for å være sikker på at det blir riktig
45	Må kontrollere det du gjør en eller flere ganger
46	Problemer med å kunne bestemme deg
51	Blir ”tom” i hodet
55	Konsentrasjonsproblemer
65	Føler en slags tvang mht. å måtte utføre visse handlinger flere ganger eller måtte utføre dem på en helt spesiell måte – f.eks. berøre visse ting, telle eller vaske
	Interpersonlig sensitivitet (I-S)
6	Føler deg kritisk mot andre mennesker
21	Føler deg blyg eller engstelig i forhold til det motsatte kjønn
34	Føler deg lett såret
36	Føler at andre ikke forstår deg eller bryr seg om deg
37	Føler at andre mennesker er uvennlige eller at de misliker deg
41	Føler deg underlegen eller mindreverdige
61	Føler ubehag når andre mennesker iakttar deg eller snakker om deg
69	Føler deg meget sjenert eller forsagt når du er sammen med andre
73	Føler ubehag ved å spise eller drikke ute blant folk, f.eks. på kafé, bar eller restaurant
	Depresjon (DEP)
5	Tap av seksuell lyst og interesse
14	Føler deg energifattig eller langsommere enn vanlig
15	Tanker om å ta ditt eget liv
20	Gråter lett
22	Føler deg liksom lurt en felle eller fanget
26	Klandrer eller bebreider deg selv for saker og ting
29	Føler deg ensom
30	Føler deg nedtrykt
31	Uroer og bekymrer deg for mye over saker og ting
32	Føler deg uten interesse for ting
54	Føler håpløshet med henblikk på fremtiden
71	Føler det som alt mulig er anstrengende
79	Føler deg verdiløs
	Angst (ANX)
2	Nervøsitet eller indre uro
17	Skjelvinger
23	Blir plutselig redd uten grunn
33	Føler deg engstelig og redd

- 39 Har hjertebank eller føler at hjerteslagene nærmest løper av gårde
 57 Føler deg anspent eller oppjaget
 72 Angst- eller panikkanfall
 78 Føler deg så urolig at du ikke kan sitte stille
 80 Føler at noe vondt eller leit vil komme til å hende deg
 86 Har skremmende tanker og forestillingsbilder

Fiendtlighet (HOS)

- 11 Blir lett forarget eller irritert
 24 Ukontrollerbare raseriutbrudd
 63 Føler trang til å slå, skade eller gjøre andre vondt
 67 Kjenner impulser til å slå i stykker eller smadre ting
 74 Havner ofte i heftige diskusjoner eller krangel
 81 Skriker og roper eller kaster ting

Fobisk angst (PHO)

- 13 Føler deg redd på åpne plasser eller på gaten
 25 Føler deg engstelig for å gå hjemmefra alene
 47 Føler deg engstelig for å reise med buss, trikk, tog, og lignende
 50 Må unngå bestemte saker, plasser eller situasjoner fordi de gjør deg engstelig
 70 Føler ubehag når du omgås mange mennesker på en gang, f.eks. i butikken eller på kino
 75 Føler deg nervøs når du må være alene
 82 Er redd for å skulle besvime når du er ute blant folk

Paranoid (PAR)

- 8 Føler at andre er skyld i de fleste av dine problemer
 18 Føler at mennesker flest ikke er til å stole på
 43 Føler at andre iakttar deg eller snakker om deg
 68 Har tanker eller idéer som andre ikke har, eller ikke forstår seg på
 76 Synes at andre ikke setter nok pris på det du gjør
 83 Føler at folk kommer til å utnytte deg om de får sjansen til det

Psykotisme (PSY)

- 7 Tror at en annen person kan kontrollere tankene dine
 16 Hører stemmer som andre ikke hører
 35 Føler at noen mennesker leser dine private tanker
 62 Har tanker som ikke er dine
 77 Føler deg ensom, selv når du er sammen med andre
 84 Har seksuelle tanker og forestillinger som bekymrer deg
 85 Har tanker om at du bør straffes for syndige ting du har gjort
 87 Tanker om at det er noe alvorlig feil med kroppen din
 88 Føler deg aldri nær noe annet menneske
 90 Tror at det er noen i veien med din forstand

Tilleggsledd (ADD)

- 19 Dårlig matlyst
 44 Har vanskeligheter med å sovne
 59 Tanker om døden og hvordan det er å dø
 60 Spiser for mye
 64 Våkner tidlig om morgenen
 66 Urolig eller forstyrret søvn
 89 Skyldfølelse
-

Appendiks C

Normpopulasjoner for SCL-90-R.

Normalpopulasjon for ungdom (Derogatis, 1994) ikke gjengitt her.

	Norm A (N=974) voksne fra normalbefolkning (US)						Norm B (N=1,068) fra normalbefolkning (NO)					
	Menn		Kvinner		Totalt		Menn (n=522)		Kvinner (n=546)		Totalt (n=1068)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
SOM	.29	.33	.43	.47	.36	.42	.35	.43	.46	.50	--	--
O-C	.34	.39	.44	.49	.39	.45	.48	.51	.56	.58	--	--
IS	.25	.31	.35	.43	.29	.39	.39	.49	.49	.59	--	--
DEP	.28	.31	.46	.52	.36	.44	.34	.44	.50	.58	--	--
ANX	.22	.27	.37	.43	.30	.37	.25	.41	.34	.48	--	--
HOS	.29	.37	.33	.42	.30	.40	.30	.45	.34	.45	--	--
PHO	.08	.19	.19	.38	.13	.31	.11	.27	.18	.36	--	--
PAR	.34	.40	.34	.46	.34	.44	.36	.51	.36	.54	--	--
PSY	.13	.22	.15	.25	.14	.25	.17	.29	.18	.33	--	--
GSI	.25	.24	.36	.35	.31	.31	.32	.35	.41	.42	--	--
PST	16.98	13.85	22.00	16.21	19.29	15.48	--	--	--	--	--	--
PSDI	1.31	.37	1.37	.39	1.32	.42	--	--	--	--	--	--

Norm A: Derogatis, 1994

Norm B: Vassend (2003), SCL-90-R normalbefolkningsstudie (aldersgruppe fra 15 år og eldre)

	Norm C (N = 1,002) Poliklinisk psykiatriske pasienter						Norm D (N = 313) Innlagte psykiatriske pasienter					
	Menn		Kvinner		Totalt		Menn		Kvinner		Totalt	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
SOM	.70	.67	.99	.78	.87	.75	.82	.78	1.10	.85	.99	.84
O-C	1.41	.89	1.51	.91	1.47	.91	1.22	.96	1.57	.99	1.45	1.00
IS	1.36	.90	1.44	.88	1.41	.89	1.03	.87	1.48	.98	1.32	.97
DEP	1.59	.92	1.94	.93	1.79	.94	1.41	1.02	1.92	1.05	1.74	1.08
ANX	1.30	.83	1.59	.90	1.47	.88	1.22	.95	1.64	1.07	1.48	1.05
HOS	1.00	.89	1.17	.95	1.10	.93	.73	.76	1.07	1.03	.94	.95
PHO	.65	.74	.81	.84	.74	.80	.71	.88	1.09	1.09	.96	1.03
PAR	1.07	.90	1.21	.94	1.16	.92	1.08	.84	1.36	1.04	1.26	.98
PSY	.90	.65	.98	.74	.94	.70	.91	.78	1.21	.86	1.11	.85
GSI	1.14	.64	1.35	.69	1.26	.68	1.06	.74	1.44	.83	1.30	.82
PST	47.64	19.22	52.03	18.61	50.17	18.98	43.90	22.95	53.44	21.50	50.03	22.40
PSDI	2.04	.58	2.22	.56	2.14	.58	1.99	.72	2.23	.72	2.15	.73

Norm C: Derogatis, 1994

Norm D: Derogatis, 1994

Appendiks D

PASIENTKARTLEGGINGSSKJEMA

til bruk for statistisk tallmateriale i forbindelse med hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi, UiO, våren 2009.

Det skal ikke knyttes navn eller personopplysninger om pasient til innsamlet datamateriell.

Vær nøye med å merke pasientens SCL-90-R besvarelse med samme nummer som dette skjemanummeret har (se pkt. 1)

Spørsmål vedrørende hovedoppgaven og skjemaet kan rettes til Pål-E. Anonsen.

Tlf. 22141900. Epost: paalerla@student.sv.uio.no

1		Skjemamn. Behandlers navn (ansv. for utfylling), arbeidssted og telefonnummer (ev. epostadresse)									
SCL-90-R ble utfylt:		<input type="checkbox"/> før første behandlings-/vurderingstime (medbrakt eller på klikken før timen)	<input type="checkbox"/> etter første behandlingstime								
		i starten av behandlingsforløpet (innen de 3 første behandlingstidene)									
		i løpet av behandlingsforløpet (etter de 3 første behandlingstidene)									
2		Kjønn Alder Høyeste fullførte utdanning ved inntak GAF ved inntak									
<input type="checkbox"/>	Kvinne	<input type="text"/> <input type="text"/> År	<input type="checkbox"/> 0 = Ikke avsluttet grunnskole 1 = Grunnskole 2 = Videregående skole/gymnas/yrkesskole 3 = Faglig yrkesutdanning 4 = Høyere utdanning (universitet, høyskole) 5 = Ukjent	GAF-S <input type="text"/>							
<input type="checkbox"/>	Mann			GAF-S <input type="text"/>							
3		Type inntekt ved inntak Boligforhold ved inntak Etnisk bakgrunn									
<input type="checkbox"/>	0 = Forsørget av andre 1 = Arbeidsinntekt 2 = Studielån/stipend 3 = Dagpenger (arbeidsledig) 4 = Sykepenger 5 = Delvis sykepenger 6 = Yrkesmessig attføring	<input type="checkbox"/>	7 = Rehabiliteringspenger 8 = Uførepensjon 9 = Alderspensjon 10 = Stønad til enslig forsørger 11 = Sosialhjelp 12 = Annet 13 = Ukjent	<input type="checkbox"/>							
		<input type="checkbox"/>	0 = Ingen bolig (UFB) 1 = Hospits/hybelhus/hotell 2 = Institusjon/rehabiliteringssenter 3 = Fængsel 4 = Hos bekjente 5 = Hos foreldre 6 = Egen privat bolig (eiet eller leiet) 7 = Egen privat bolig (kommunal)	<input type="checkbox"/>							
				0 = Norsk 1 = Norsk, utenlandsk opprinnelse (før inn opprinnelsesland her):							
4		Rusmiddel- og/eller medikamentprofil ved inntak:									
Rusdiagnose (r) ved inntak (fire ICD-10 siffer):											
	Type rusmiddel/medikament (bruk koden nedenfor)	Inntaksmåte (bruk koden nedenfor)	Hvor ofte brukt (bruk koden nedenfor)	Hvor lenge problemfylt bruk (år)	Hvis rusfri nå, hvor lenge rusfri (mnd)						
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>						
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>						
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>						
	00 = Ingen (rusfri) 01 = Alkohol 02 = Cannabis 03 = Heroin/Opium 04 = Metadon, buprenorfin (foreskrevet av LAR/lege) 05 = Metadon, buprenorfin (illegalt) 06 = Benzodiazepiner (foreskrevet av lege) 07 = Benzodiazepiner (illegalt)	08 = Andre vanedannende medikamenter 09 = Amfetamin 10 = Kokain 11 = Crack 12 = Andre sentralstimulerende midler 13 = LSD og liknende 14 = Ecstasy 15 = Løsemidler 16 = Rødsprit og lignende 17 = Annet	0 = Driker/spiser 1 = Injiserer 2 = Røyker 3 = Sniffer 5 = Ukjent	0 = ikke brukt 1 = Sjeldnere enn 1 gang i uken 2 = Omtrent ukentlig 3 = 2-4 ganger i uken 4 = Daglig eller nesten daglig 5 = Ukjent	(Før inn antall år)	(Før inn antall mnd)					
Psykisk lidelse/diagnose ved inntak (ICD-10):											
5		Har mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer tidligere Har vært i behandling for rusmiddelbruk tidligere									
<input type="checkbox"/>	0 = Nei 1 = Ja 2 = Ukjent	<input type="checkbox"/>	0 = Poliklinisk 1 = Institusjon 2 = Annet	<input type="checkbox"/>	Antall ganger	<input type="checkbox"/>	0 = Nei 1 = Ja 2 = Ukjent	<input type="checkbox"/>	0 = Poliklinisk 1 = Institusjon 2 = Annet	<input type="checkbox"/>	Antall ganger

Appendiks E

Skalering av Cohen's *d*.(Cohen, 1988).

Cohen's Standard	Effect Size	Percentile Standing	Percent of Nonoverlap
	2	97.7	81.10 %
	1.9	97.1	79.40 %
	1.8	96.4	77.40 %
	1.7	95.5	75.40 %
	1.6	94.5	73.10 %
	1.5	93.3	70.70 %
	1.4	91.9	68.10 %
	1.3	90	65.30 %
	1.2	88	62.20 %
	1.1	86	58.90 %
	1	84	55.40 %
	0.9	82	51.60 %
LARGE	0.8	79	47.40 %
	0.7	76	43.00 %
	0.6	73	38.20 %
MEDIUM	0.5	69	33.00 %
	0.4	66	27.40 %
	0.3	62	21.30 %
SMALL	0.2	58	14.70 %
	0.1	54	7.70 %
	0	50	0 %

Appendiks F

Inndelinger og kategoriseringer for statistiske hensyn.

Inndeling av rusdiagnoser i hver gruppe
Tabell 14. Forskjeller i SCL-90-R symptombelastning ved grad av rusmiddelmissbruk.
<p><u>Skadelig bruk:</u> F1x.1: Skadelig bruk</p> <p><u>Aktivt misbruk:</u> F1x.24: Avhengighetssyndrom, aktiv avhengighet F1x.25: Avhengighetssyndrom, vedvarende avhengighet F1x.26: Avhengighetssyndrom, episodisk bruk F1x.23: Avhengighetssyndrom, avholdende med medikamentassistert behandling (burprenorfin)</p> <p><u>For tiden avholdende:</u> F1x.20: Avhengighetssyndrom, for tiden abstinent (avholdende) F1x.21: Avhengighetssyndrom, avholdende i beskyttende omgivelser F1x.23: Avhengighetssyndrom, avholdende med blokkerende eller aversive stoffer</p>

Kategorisering av psykiatriske diagnoser og lidelser # 1
Tabell 10. Korrelasjon #1 mellom psykiatriske diagnoser/lidelser og SCL-90-R symptomområder.
<p><u>'Tvang'</u> F42.2 Blandede tvangstanker og tvangshandlinger F60.5 Tvangspreget personlighetsforstyrrelse F63.0 Patologisk spillgalskap F90.0 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet F90.1 Hyperkinetisk adferdsforstyrrelse</p> <p><u>'Interpers sensitivitet'</u> F60.6 Engstelig (unnvikende) personlighetsforstyrrelse F60.7 Avhengig personlighetsforstyrrelse</p> <p><u>'Depresjon'</u> F32.0 Mild depressiv episode F32.1 Moderat depressiv episode F32.3 Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer F33.0 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode mild F33.1 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat F33.2 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig u psyk sympt F34.0 Cyclotymi F34.1 Dystymi F31.1 Bipolar affektiv lidelse, p.t mani uten psykotiske symptomer Henvist med depresjonssymptomer/problematikk (ikke diagnostisert) Henvist med depresjons- og angstsymptomer/problematikk (ikke diagnostisert)</p> <p><u>'Angst'</u> F41.0 Panikk lidelse F41.1 Generalisert angstlidelse Uspesifisert angstlidelse Henvist med angstsymptomer (ikke diagnostisert) Henvist med angst- og fobisymptomer (ikke diagnostisert) Henvist med angst- og panikksymptomer (ikke diagnostisert)</p> <p><u>'Fiendtlig'</u></p>

F60.2 Dyssosial personlighetsforstyrrelse
 F60.31 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type
 Henvist med personlighetsproblematikk - utagerende type

'Fobisk angst'

F40.00 Agorafobi uten panikklidelse
 F40.01 Agorafobi med panikklidelse
 F40.1 Sosiale fobier

'Paranoid'

F60.0 Paranoid personlighetsforstyrrelse
 F60.1 Schizoid personlighetsforstyrrelse
 F60.2 Dyssosial personlighetsforstyrrelse
 F60.31 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type
 Henvist ifm tiltakende paranoia (ikke diagnostisert)

'Psykotisisme'

F60.0 Paranoid personlighetsforstyrrelse
 F60.1 Schizoid personlighetsforstyrrelse
 F60.31 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type
 Selvskading
 Henvist med forvirringstilstander
 Henvist ifm psykotisk episode

Kategorisering av psykiatriske diagnoser og lidelser # 2

Tabell 11. Korrelasjon #2 mellom psykiatriske diagnoser/lidelser og SCL-90-R symptomområder.

Tabell 15. Samvariasjon mellom psykiatriske diagnoser/lidelser og spesifikke rusmidler.

'Tvang'

F42.2 Blandede tvangstanker og tvangshandlinger
 F60.5 Tvangspreget personlighetsforstyrrelse
 F63.0 Patologisk spilllegalskap
 F90.0 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet
 F90.1 Hyperkinetisk adfærdsforstyrrelse

'Depresjon'

F32.0 Mild depressiv episode
 F32.1 Moderat depressiv episode
 F32.3 Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer
 F33.0 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode mild
 F33.1 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat
 F33.2 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig u psyk sympt
 F34.0 Cycloymi
 F34.1 Dystymi
 Henvist med depresjonssymptomer/problematikk (ikke diagnostisert)
 Henvist med depresjons- og angstsymptomer/problematikk (ikke diagnostisert)
 F31.1 Bipolar affektiv lidelse, p.t mani uten psykotiske symptomer

'Angst'

F41.0 Panikklidelse
 F41.1 Generalisert angstlidelse
 Uspesifisert angstlidelse
 Henvist med angstsymptomer (ikke diagnostisert)
 Henvist med angst- og fobisymptomer (ikke diagnostisert)
 Henvist med angst- og panikksymptomer (ikke diagnostisert)
 F40.00 Agorafobi uten panikklidelse

F40.01 Agorafobi med panikk lidelse
F40.1 Sosiale fobier
F60.6 Engstelig (unntvikkende) personlighetsforstyrrelse
F60.7 Avhengig personlighetsforstyrrelse

'Personlighetsforstyrrelse (PF) og forvirringstilstander'

F60.0 Paranoid personlighetsforstyrrelse
F60.1 Schizoid personlighetsforstyrrelse
F60.31 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type
Henvist med forvirringstilstander
Henvist ifm psykotisk episode
F60.0 Paranoid personlighetsforstyrrelse
F60.1 Schizoid personlighetsforstyrrelse
F60.2 Dyssosial personlighetsforstyrrelse
Henvist ifm tiltakende paranoia (ikke diagnostisert)
F60.4 Dramatiserende personlighetsforstyrrelse
F61.0 Blandede personlighetsforstyrrelser
Henvist med problematikk ifm personlighetsstruktur

Appendiks G

Svarprosent ved positive utslag (≥ 1) i SCL-90-R enkeltledd i rupo-gruppen og poliklinisk psykiatrisk pasientpopulasjon (ppp-populasjon).

#		Rupo-gruppen (n=93) %	Ppp- populasjon (N=1002) %	% differanse	Cohen's d
SOM					
1	Hodeverk	74.2	67.0	7.2	0.15
4	Matthet eller svimmelhet	82.8	41.6	41.2	0.84
12	Smerter i hjerteregionen eller bryst	50.5	37.7	12.8	0.26
27	Smerter i korsryggen	60.2	40.5	19.7	0.40
40	Har kvalme eller urolig mage	72.0	51.3	20.7	0.41
42	Verk eller ømhet i musklene	64.5	48.9	15.6	0.31
48	Pustebeviser eller beviser med å få luft	41.3	32.9	8.4	0.18
49	Varme- eller kuldetokter gjennom kroppen	63.4	40.3	23.1	0.47
52	Nummenhet og prikking i deler av kroppen	49.5	38.0	11.5	0.24
53	Klump i halsen	54.8	38.8	16	0.33
56	Føler deg svak i deler av kroppen	61.3	53.5	7.8	0.16
58	Føler deg tung i armer og bein	59.1	38.8	20.3	0.42
O-C					
3	Gjentatte ubehagelige tanker som ikke vil gi slipp	89.2	79.0	10.2	0.25
9	Vansker med å huske saker og ting	84.9	68.8	16.1	0.35
10	Bekymringer over slurv og uforsiktighet	79.6	60.3	19.3	0.39
28	Føler at det er vanskelig å få ting gjort	95.7	74.8	20.9	0.48
38	Må gjøre ting meget langsomt for å være sikker på at det blir riktig	54.8	56.9	-2.1	-0.04
45	Må kontrollere det du gjør en eller flere ganger	69.9	61.8	8.1	0.17
46	Problemer med å kunne bestemme deg	84.9	79.4	5.5	0.14
51	Blir "tom" i hodet	76.3	52.3	24	0.48
55	Konstrasjonsproblemer	87.1	79.0	8.1	0.20
65	Føler en slags trang mht. å måtte utføre visse handlinger flere	44.1	36.1	8	0.17
IS					
6	Føler deg kritisk mot andre mennesker	77.3	75.8	1.5	0.04
21	Føler deg blyg eller engstelig ift det motsatte kjønn	52.7	54.2	-1.5	-0.03
34	Føler deg lett såret	79.6	80.6	-1	-0.03
36	Føler at andre ikke forstår deg eller bryr seg om deg	71.7	68.6	3.1	0.07
37	Føler at andre mennesker er uvennlige eller at de misliker deg	58.1	52.2	5.9	0.12
41	Føler deg underlegen eller mindreverdige	68.8	69.3	-0.5	-0.01
61	Føler ubehag når andre mennesker iakttar eller snakker om deg	76.3	66.2	10.1	0.21
69	Føler deg meget sjenert eller forsagt når du er sammen med andre	61.3	74.2	-12.9	-0.29
73	Føler ubehag ved å spise eller drikke ute blant folk, for eksempel	52.7	34.1	18.6	0.39
DEP					
5	Tap av seksuell lyst og interesse	66.7	53.1	13.6	0.27

14	Føler deg energifattig eller langsommere enn vanlig	86.0	81.7	4.3	0.11
15	Tanker om å ta ditt eget liv	43.0	45.5	-2.5	-0.05
20	Gråter lett	61.3	61.1	0.2	0.00
22	Føler deg liksom lur i en felle eller fanget	50.5	59.7	-9.2	-0.19
26	Klandrer eller bebreider deg selv for saker og ting	88.2	82.4	5.8	0.15
29	Føler deg ensom	86.0	81.5	4.5	0.12
30	Føler deg nedtrykt	87.1	88.2	-1.1	-0.03
31	Uroer og bekymrer deg for mye over saker og ting	90.3	92.3	-2	-0.08
32	Føler deg uten interesse for ting	87.1	69.4	17.7	0.38
54	Føler håpløshet med henblikk på fremtiden	82.8	77.9	4.9	0.12
71	Føler det som alt mulig er anstrengende	80.6	69.0	11.6	0.25
79	Føler deg verdiløs	75.3	70.8	4.5	0.10
	ANX				
2	Nervøsitet eller indre uro	94.6	89.8	4.8	0.16
17	Skjelvinger	49.5	54.5	-5	-0.10
23	Blir plutselig redd uten grunn	64.5	50.8	13.7	0.27
33	Føler deg engstelig og redd	79.6	69.6	10	0.22
39	Har hjertebank eller føler at hjerteslagene nærmest løper av gårde	60.2	54.4	5.8	0.12
57	Føler deg anspent og oppjaget	81.7	89.0	-7.3	-0.23
72	Angst - eller panikkanfall	76.3	45.4	30.9	0.62
78	Føler deg så urolig at du ikke kan sitte stille	63.4	68.3	-4.9	-0.11
80	Føler at noe vondt eller leit vil komme til å hende deg	66.7	68.6	-1.9	-0.04
86	Har skremmende tanker og forestillingsbilder	54.8	61.1	-6.3	-0.13
	HOS				
11	Blir lett forarget eller irritert	84.9	85.6	-0.7	-0.02
24	Ukontrollerbare raseriutbrudd	46.2	53.7	-7.5	-0.15
63	Føler trang til å slå, skade eller gjøre andre vondt	38.6	33.5	5.1	0.11
67	Kjenner impulser til å slå i stykker eller smadre ting	57.0	39.4	17.6	0.36
74	Havner ofte i heftige diskusjoner eller krangel	49.5	49.3	0.2	0.00
81	Skriker og roper eller kaster ting	34.4	38.7	-4.3	-0.09
	PHO				
13	Føler deg redd på åpne plasser eller på gaten	50.5	30.7	19.8	0.43
25	Føler deg engstelig for å gå hjemmefra alene	34.4	25.9	8.5	0.19
47	Føler deg engstelig for å resie med buss, trikk, tog og lignende	54.8	21.2	33.6	0.82
50	Må unngå bestemte saker, plasser eller situasjoner fordi de gjør deg engstelig	66.7	48.7	18	0.36
70	Føler ubehag når du omgås mange mennesker på en gang, for eksempel i butikker eller på kino	68.8	46.6	22.2	0.45
75	Føler deg nervøs når du må være alene	44.1	51.7	-7.6	-0.15
82	Er redd for å besvime når du er ute blant folk	33.3	18.1	15.2	0.39
	PAR				
8	Føler at andre er skyld i de fleste av dine problemer	57.0	51.4	5.6	0.11
18	Føler at mennesker flest ikke er til å stole på	68.8	57.3	11.5	0.23
43	Føler at andre iakttar deg eller snakker om deg	57.0	52.9	4.1	0.08

68	Har tanker eller ideer som andre ikke har, eller ikke forstår seg på	57.0	57.0	0	0.00
76	Synes at andre ikke setter nok pris på det du gjør	69.9	50.3	19.6	0.39
83	Føler at folk vil komme til å utnytte deg om de får sjansen til det	63.4	62.9	0.5	0.01
	PSY				
7	Tror at en annen person kan kontrollere tankene dine	30.1	28.5	1.6	0.04
16	Hører stemmer som andre ikke hører	21.5	10.1	11.4	0.38
35	Føler at noen mennesker leser fine private tanker	43.3	39.0	4.3	0.09
62	Har tanker som ikke er dine	23.6	29.3	-5.7	-0.13
77	Føler deg ensom, selv når du er sammen med andre	75.3	68.8	6.5	0.14
84	Har seksuelle tanker og forestillinger som bekymrer deg	21.5	44.9	-23.4	-0.47
85	Har tanker om at du bør straffes for syndige ting du har gjort	24.4	33.5	-9.1	-0.19
87	Tanker om at det er noe alvorlig feil med kroppen din	57.6	46.2	11.4	0.23
88	Føler deg aldri nær noe annet menneske	58.7	59.4	-0.7	-0.01
90	Tror at det er noe i veien med din forstand	58.7	73.0	-14.3	-0.32
	ADD				
19	Dårlig matlyst	68.8	44.1	24.7	0.50
44	Har vanskeligheter med å sovne	78.5	68.5	10	0.22
59	Tanker om døden eller hvordan det er å dø	69.9	58.4	11.5	0.23
60	Spiser for mye	39.7	46.0	-6.3	-0.13
64	Våkner tidlig om morgenen	61.3	59.1	2.2	0.04
66	Urolig eller forstyrret søvn	83.9	71.7	12.2	0.27
89	Skyldfølelse	85.9	68.2	17.7	0.38
