

Sammensatte problemer og separate systemer

Psyriske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren

A.S. Landheim¹, K. Bakken¹ og P. Vaglum²

¹Østnorsk kompetansesenter for rusrelaterte spørsmål, Sanderud sykehus, Postboks 68, 2312 Ottestad

²Universitetet i Oslo, Institutt for medisinske atferdsfag, Sognsvannsvn. 9, Postboks 1111 Blindern, 0317 Oslo

Kontaktperson: Anne Landheim, Østnorsk kompetansesenter for rusrelaterte spørsmål, Sanderud sykehus, Postboks 68, 2312 Ottestad

Telefon: 62581565 Telefax: 62581569 E-post: anne.landheim@sanderud-sykehus.no

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Rusmisbrukere med psykiatriske tilleggdiagnoser ser ut til å profitere dårligere på ordinær rusbehandling enn andre rusmisbrukere. Det er vel dokumentert at begge typer lidelser bør behandles samtidig og innenfor samme system. Formålet med denne studien var: 1) Å belyse livstidsforekomst og alvorlighetsgrad av psyriske lidelser (symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser) blant rusmisbrukere til behandling i russektoren, 2) Å sammenligne rusmisbrukere som tidligere hadde mottatt behandling innenfor psykisk helsevern med rusmisbrukere som bare hadde mottatt behandling i russektoren med hensyn til forekomst og alvorlighetsgrad av psyriske lidelser. **Metode:** Et konsekutivt utvalg (n=260) av rusmisbrukere som kom til behandling ved institusjoner og poliklinikker i russektoren i to fylker ble kartlagt. Composite International Diagnostic Interview (symptomlidelser) og Millons Clinical Multiaxial Inventory (personlighetsforstyrrelser) ble benyttet for å kartlegge psyriske lidelser. **Resultater:** Livstidsforekomsten av psykiatriske symptomlidelser (91%) opptrådte hyppigere enn personlighetsforstyrrelser (72%). Angstlidelser (83%) og depresjoner (44%) var de vanligste symptomlidelsene. De vanligste personlighetsforstyrrelsene var unnvikende (40%) og passiv-aggressiv (38%). Syttien prosent hadde i løpet av livet hatt en eller flere alvorlige psyriske lidelser. Førtien prosent hadde tidligere mottatt behandling innenfor psykisk helsevern. Denne gruppen hadde høyere forekomst av alvorlige psyriske lidelser (83% vs. 62%, p<0,001), særlig angstlidelser (51% vs. 33%, p=0,01), sammenlignet med rusmisbrukere som kun var behandlet i russektoren. Personer som kun hadde mottatt behandling i russektoren hadde også en meget høy forekomst av alvorlige psyriske lidelser (62%). Disse lidelsene ble antageligvis ikke tilstrekkelig behandlet i russektoren. **Konklusjon:** Minst to tredjedeler av de som var behandlet i russektoren, hadde behov for et tjenestetilbud der både den psyriske lidelsen og rusmisbruket ble behandlet samtidig.

Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. **Psychiatric disorders among substance abusers treated in the substance abuse field.** *Nor J Epidemiol* 2002; 12 (3): 309-318.

ENGLISH SUMMARY

Background: Substance abusers with severe psychiatric disorders have been found to have poorer response to ordinary treatment than other substance abusers. It is well known that both disorders need to be treated at the same time and within the same system. **Objectives:** 1) To explore lifetime frequency of symptom disorders and personality disorders among treatment seeking substance abusers. 2) To compare the following two groups of substance abusers with regard to frequency and severity of psychiatric disorders; Substance abusers who had earlier been treated in the mental health care system and substance abusers only treated in the substance abuse field. **Method:** A consecutive sample (n=260) of in- and outpatients from two Norwegian counties were assessed by Composite International Diagnostic Interview (symptom disorders) and Millons Clinical Multiaxial Inventory (personality disorders). **Results:** Symptom disorders (91%) were more frequent than personality disorders (72%). The most frequent symptom disorders were anxiety disorders (83%) and major depression (44%) and the most frequent personality disorders were avoidant (40%) and passive aggressive (38%). 71% had severe psychiatric disorders. 41% had earlier been treated in the mental health care system. They had a higher prevalence of severe psychiatric disorders (83% vs. 62%, p<0.001), in particular anxiety disorders (51% vs. 33%, p=0.01). Subjects who had only been treated in facilities for substance abusers also had a high prevalence of severe psychiatric disorders (62%). These disorders are probably not sufficiently treated in the substance abuse field. **Conclusion:** The results show the importance of treating both the substance abuse disorder and the psychiatric disorder at the same time and within the same system.

INNLEDNING

Studier fra Norge, andre europeiske land og USA viser en høyere forekomst av psykiske lidelser blant rusmisbrukere enn for befolkningen ellers (1-9). Blant rusmisbrukere i behandling, har mellom 50 og 80 prosent en psykisk lidelse (3-5,10). Angst og depresjon er i nevnte rekkefølge de vanligste lidelsene. Personlighetsforstyrrelser forekommer også hyppig, særlig dys sosial og ustabil personlighetforstyrrelse (6).

Rusmisbrukere med psykiatiske tilleggdiagnoser, ser ut til å profittere dårligere på ordinær behandling enn andre rusmisbrukere (1,11-13). Jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, desto dårligere er behandlingsresultatet (11). Dette viser seg ved større drop-out fra behandlingen, flere reinnleggelses og større tilbakefallsprosent til rusmisbruket (1,11). Ordinær behandling, enten den foregår innenfor psykisk helsevern eller i russektoren, ser ut til å være lite effektiv hvis ikke begge typer lidelser blir behandlet samtidig (14-15). Det er også generell enighet om at behandlingen må være kontinuerlig og langvarig (16).

Mennesker med rusmisbruk og samtidig alvorlige psykiske lidelser er en stor utfordring for behandlingsapparatet. En vanlig behandlingstilnærming er at den psykiske lidelsen blir behandlet innenfor psykisk helsevern, mens rusmisbruket behandles i russektoren. Vi får da et såkalt parallelt behandlingsopplegg i to separate systemer. En annen vanlig tilnærming er sekvensiell behandling der rusmisbruket skal behandles før en kan behandle den psykiske lidelsen.

Norske plandokumenter har de senere årene satt søkelyset på tjenestetilbudet for mennesker som både har et rusmisbruk og en psykisk lidelse. Stortingsmelding 25 (1996-97) anbefaler at personer med alvorlige psykiske lidelser og samtidig rusmisbruk skal prioriteres med egne behandlingstilbud (17). Sosial- og helsedepartementet har i Rundskriv 1-36/2001 understreket behovet for styrking og utvikling av samarbeidet mellom spesialisttjenestene og mellom de kommunale tjenestene og spesialisttjenestene (18).

I Norge er det gjennomført ulike undersøkelser som dokumenterer en høy forekomst av psykiske lidelser hos rusmisbrukere til behandling i russektoren (1,19-24). Felles for disse studiene er at de er basert på små utvalg, ulike klientgrupper og bruk av forskjellige kartleggingsinstrumenter. Undersøkelsene gir lite grunnlag for å generalisere resultatene utover den institusjonen eller det utvalget studien representerer. Et annet fellestrekk ved undersøkelsene er at de i all hovedsak er gjennomført på 1970- og 80-tallet. Tilgangen til nye typer rusmidler på 1990-tallet og deres virkning på menneskers psykiske helse, fanges ikke opp i disse studiene. En mangler derfor en mer representativ og tidsaktuell dokumentasjon av forekomsten og alvorlighetsgraden av psykiske lidelser hos rusmisbrukere som er til behandling i russektoren. En mangler også kunnskap om hvor mange som "vandrer" mellom behandlingssystemene (russektor og psykisk

helsevern) og om disse har spesielle kjennetegn av klinisk betydning.

Denne artikkelen bygger på en større undersøkelse blant rusmisbrukere som var til behandling ved ulike rusmiddeltiltak i Hedmark og Oppland. Formålet var å belyse:

1. Hvor mange som tidligere hadde mottatt behandling innenfor psykisk helsevern og sammenligne denne gruppen med misbrukere som kun er behandlet i russektoren.
2. Livstidsforekomsten av psykiske lidelser (psykiatiske symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser) totalt i utvalget og i de to gruppene.
3. Om rusmisbrukere som tidligere var behandlet innenfor psykisk helsevern hadde mer alvorlige psykiske lidelser enn rusmisbrukere som kun var behandlet i russektoren.

Med utgangspunkt i disse resultatene vil vi drøfte hvordan tjenestetilbudet for rusmisbrukere med samtidig alvorlige psykiske lidelser bør organiseres, og hvilken kompetanse de ansatte i behandlingsapparatet trenger.

MATERIALE OG METODE

Utvalg

Undersøkelsen omfattet et konsekutivt utvalg av alle rusmisbrukere som var til behandling ved rusmiddeltiltak i Hedmark og Oppland i tidsrommet september 1997 til desember 1998 (n=260). Tre rusmiddel-poliklinikker og seks institusjoner i de to fylkene deltok i undersøkelsen. Alle poliklinikkene og tre av institusjonene var fylkeskommunale. De øvrige institusjonene var private stiftelser eller eid av private organisasjoner (Blå Kors, Hvite Bånd og ett Terapeutisk samfunn). Institusjonene representerer et bredt spekter av behandlingstilnærminger og gir tilbud til ulike grupper av rusmisbrukere.

For å delta i undersøkelsen måtte brukerne ha vært til minst to ukers behandling i institusjon, eller hatt minimum tre konsultasjoner i poliklinikk. I løpet av datainnsamlingsperioden oppfylte 690 personer inklusjonskriteriene. Av disse fikk vi kartlagt psykiske lidelser (både psykiatiske symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser) hos 260 personer, dvs. 38% av populasjonen. Den viktigste årsaken til bortfallet var brukere som droppet ut av behandlingen før hele kartleggingen ble utført. En annen viktig grunn var at behandlerne ikke presenterte og tilrettela undersøkelsen godt nok. Mange av behandlerne hadde liten erfaring med å bruke kartleggingsinstrumenter. De syntes det var vanskelig å finne plass i en travel klinisk hverdag. Bare et fåtall av brukerne nektet å delta i undersøkelsen.

For å vurdere materialets generaliserbarhet ble det utført en frafallsanalyse. Analysen ble gjennomført på to måter: 1) Utvalget på 260 personer ble sammenlignet med restgruppen, dvs. 430 personer. 2) Utvalget

på 260 personer ble sammenlignet med rusmisbrukere ved behandlingstiltak i Norge (n=5000). Til begge sammenligningene brukte vi data innhentet gjennom Nasjonalt klientkartleggingsskjema. Alle behandlingstiltak innen russektoren i Norge skulle fra 1997 fylle ut dette skjemaet. Det var utarbeidet en grundig manual og det ble gjennomført et felles opplæringsprogram i bruken av skjemaet. I 1998 fylte ca. 70% av behandlingstiltakene i Norge ut Nasjonalt klientkartleggingsskjema (Gerds SA, Iversen E. Sluttrapport for implementering av klientkartleggingssystem som del av det nasjonale dokumentasjonssystemet. Stiftelsen Bergsklinikkene, 2000). Kun 23% av de Psykiatriske ungdomsteamene fylte ut skjemaet. Vårt utvalg skilte seg ikke signifikant fra restgruppa når det gjaldt kjønn, utdanningsnivå, andel yrkesaktive, sivil status, hovedrusmiddel, tidligere behandling i russektoren, alder for misbruksdiagnose eller intravenøs bruk av rusmidler. Den eneste signifikante forskjellen var at utvalget var noe eldre (39 år vs. 36 år, $p<0,001$). Sammenlignet med det nasjonale utvalget (n=5000), var vårt utvalg eldre (23% vs. 36% var under 30 år, $p<0,001$), oftere gifte/samboende (36% vs. 27%, $p=0,02$), og flere hadde alkohol som hovedrusmiddel (63% vs. 50%, $p<0,001$). Oppsummert kan vi si at vårt utvalg var underrepresentert i forhold til unge stoffmisbrukere sammenlignet med tall fra det nasjonale utvalget. Dette gjenspeilte trolig også en reell situasjon i våre to fylker, der omfanget av ”tunge” stoffmisbrukere var lavere enn i storbyene.

Metoder

Demografiske kjennetegn ble kartlagt ved bruk av Nasjonalt klientkartleggingsskjema. Spørreskjemaet besto av 37 spørsmål og ble fylt ut av behandlerne. Spørsmålene omhandlet sosiodemografiske bakgrunnsspørsmål, fysisk helse, psykisk helse og rusmisbruk.

Symptomlidelser ble kartlagt ved bruk av Composite International Diagnostic Interview, versjon 1.1 (CIDI) (25). CIDI er et strukturert intervju som er basert på ICD-10 og korresponderende diagnoser i DSM-IV. CIDI kartlegger symptomer i løpet av livet, tidfester når en person oppfyller nok kriterier for en psykiatrisk diagnose, og hvor lenge personen har hatt disse symptomene. CIDI skiller mellom rusutløste psykiske lidelser (symptomene skyldes ene og alene bruken av rusmidler), og psykiske lidelser som ikke skyldes bruk av rusmidler. I denne artikkelen presenteres bare psykiatriske symptomlidelser (ikke de rusutløste psykiske lidelsene). CIDI er kun basert på informantenes egen opplevelse og vurdering av psykiatriske symptomer. Klassifisering av symptomlidelsene bygges på et ikke-hierarkisk system.

CIDI-intervjuene ble i all hovedsak gjennomført av forskerne Bakken og Landheim. Begge fikk opplæring i bruk av CIDI ved The National WHO Training Center i München. En tredjedel av intervjuene ble gjennomført av behandlere som gjennomgikk fire dagers

standardopplæring. De to forskerne sto for opplæringen og veiledet dem underveis i intervjuarbeidet. Strukturerte psykiatriske intervju som CIDI, viser høyere test-retest reliabilitet enn kliniske intervju (26). CIDI har gjennomgått både validitet- og reliabilitets-tester med tilfredsstillende resultater (27,28). CIDI er også benyttet i to store norske befolkningsundersøkelser (2,29).

Når det gjelder vurdering av alvorlighetsgrad, grupperes lidelsene i følge ICD-10 og DSM-IV på følgende måte: Schizofrenilignende tilstander og bipolare lidelser betraktes som alvorlige psykiske lidelser. I tillegg graderes angst og depresjoner i tre kategorier: Lett, moderat og alvorlig. Vurderingen er basert på antallet symptomer og intensiteten av dem. Videre skal reduksjonen i sosial eller arbeidsmessig funksjonsevne tas med i betraktning.

Personlighetsforstyrrelser ble kartlagt ved bruken av Millons Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II) (30). Dette er et selvrapporteringskjema med 175 påstander som brukeren skal vurdere. Instrumentet klassifiserer 13 personlighetsskalaer delvis basert på DSM-III-R. MCMI består av råskåre som konverteres til såkalte baserateskåre. Cut-off verdien for å oppfylle kriteriene for en personlighetsforstyrrelse på de ulike skalaene, er en baserateskåre på 85 poeng eller høyere. Det er vanlig å sette en cut-off grense på 75 poeng, men en kritikk mot selvrapporteringskjemaer er at de har en tendens til å overdiagnostisere personlighetsforstyrrelser (31). Vi valgte derfor en cut-off grense på 85 poeng.

Ved bruk av DSM-III-R systemet er det vanlig å kategorisere personlighetsforstyrrelsene i tre cluster etter alvorlighetsgrad. Cluster A er det mest alvorlige, og består av de forstyrrelsene der eksentriske personlighetstrekk er de mest fremtredende; paranoid, schizoid og schizotyp. Cluster B omfatter forstyrrelser der dramatiske personlighetstrekk er de mest fremtredende; antisosial, ustabil (borderline), histrionisk og narsissistisk. I cluster C er angstpregede personlighetstrekk de mest fremtredende; unnvikende, avhengig, tvangspreget og passiv-aggressiv. Vi allokerte de enkelte personene til en av de tre clusterene etter et hierarkisk system. Personer med cluster A-lidelser kunne også ha cluster B- og C-lidelser, men ble klassifisert i cluster A. Personer med en cluster B-lidelse kunne også ha cluster C-lidelser, men ble klassifisert i cluster B. Personer i cluster C hadde kun lidelser i dette clusteret. Cluster A- og B-lidelsene blir vanligvis betegnet som alvorlige personlighetsforstyrrelser, mens cluster C-lidelsene betegnes som milde.

Vi har i artikkelen definert alvorlige psykiske lidelser som: 1) schizofreni og schizofrenilignende tilstander, (2) alvorlig affektiv lidelse (bipolar lidelse og alvorlig depresjon), (3) alvorlig angstlidelse, (4) cluster A-personlighetsforstyrrelse (paranoid, schizoid og schizotyp). Vi valgte kun cluster A-lidelsene blant de alvorlige personlighetsforstyrrelsene. Cluster B-lidelsene kan ofte forveksles med atferd som utvises i

en langvarig situasjon som rusmisbruker, særlig gjelder det stoffmisbrukere. Kriteriene for en antisosial personlighetsforstyrrelse er blant annet kriminalitet, rusmisbruk og atferd som avviker fra det allment aksepterte. Det kan da være vanskelig å skille personlighetstrekk fra situasjon fordi væremåte ofte er knyttet til sterke rolleforventninger og en ekstrem livssituasjon.

Datainnsamling/prosedyrer

Behandlerne introduserte undersøkelsen til brukerne og sto for utfylling av Nasjonalt klientkartleggings-skjema. De tilrettela også for brukerens utfylling av MCMI-II. Nasjonalt klientkartleggings-skjema skulle fylles ut i løpet av de første ukene brukeren var til behandling. Ved kartlegging av psykiske lidelser (både symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser) var det et krav at brukeren skulle ha vært rus- og abstinensfri i minst fire uker. Noen av brukerne i poliklinikkene var i en aktiv rusituasjon ved kartleggingstidspunktet. Kravet om total rusfrihet var da vanskelig å gjennomføre, men brukeren skulle ikke være synlig påvirket av rusmidler.

Dataanalyse

De innsamlede dataene ble registrert og analysert ved bruk av statistikkprogrammet SPSS-PC (32). Det ble benyttet standardiserte skåreprogrammer for klassifisering av symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser (både MCMI-II og CIDI). For sammenligning av grup-

per i materialet ble det benyttet variansanalyse (independent T-test), Kji-kvadrat test og Fisher's Exact Test. Videre ble logistisk regresjon benyttet (metode; enter).

RESULTATER

Forekomst av tidligere behandling innenfor psykisk helsevern

Blant rusmisbrukerne som kom til behandling ved rusmiddeltiltak, hadde 41% tidligere mottatt en eller annen form for behandling innenfor psykisk helsevern (ingen tabell), kvinnelige stoffmisbrukere oftere enn mannlige (57% vs. 34%, $p=0,02$). Det var derimot ingen forskjell mellom kvinnelige og mannlige alkoholmisbrukere (40% vs. 41%, $p=0,88$). Det varierte hvor omfattende behandlingen hadde vært. Noen hadde kun vært til behandling hos privatpraktiserende psykolog, mens andre hadde mottatt et bredt spekter av tjenester. I alt hadde 16% mottatt behandling ved psykiatrisk døgnavdeling, 37% ved psykiatrisk poliklinikk/privatpraktiserende psykolog/psykiater og 17% i barne- og ungdomspsykiatrien. I det følgende sammenlignes de som tidligere hadde vært behandlet i psykisk helsevern, med de som kun var behandlet i russektoren.

Forskjeller i rusmisbruk og sosiodemografi

Samtlige personer i utvalget oppfylte kriteriene i ICD-10 og DSM-IV for rusmisbruk eller rusavhengighet. Femtiseks prosent ($n=146$) hadde et alkoholmisbruk

Tabell 1. Kjennetegn ved rusmisbrukere i hele utvalget og hos rusmisbrukere som tidligere var behandlet innenfor psykisk helsevern (PH) og rusmisbrukere kun behandlet i russektoren (RS).

	Tidligere behandlet i PH n=107	Kun behandlet i RS n=153	P-verdi	Totalt n=260
Kvinner	34%	25%	0,12	29%
Gift/samboer	37%	36%	0,87	36%
Yrkesaktiv	29%	32%	0,58	31%
Grunnskole som høyeste utdanning	44%	56%	0,05	47%
Andel alkoholmisbrukere	56%	56%	0,98	56%
Alder				
Mean	38,7 år	38,6 år	0,91	38,6 år
SD	10,4	12,0		11,3
Median	38,0 år	38,0 år		38,0 år
Alder, start på rusmisbruket				
Mean	21,7 år	23,8 år	0,12	22,9 år
SD	9,9	11,3		10,7
Median	18,0 år	19,0 år		18,0 år
Lengde på rusmisbruket				
Mean	17,0 år	14,7 år	0,04	15,7 år
SD	8,8	8,9		8,9
Median	17,0 år	14,0 år		15,0 år
Alder, første behandling i psykiatrien				
Mean	22,8 år	—		22,8 år
SD	9,6			9,6
Median	20,0 år			20,0 år
Alder, første behandling i russektoren				
Mean	28,7 år	33,7 år	0,01	31,7 år
SD	11,5	12,3		12,2
Median	26,0 år	31,0 år		30,0 år

uten andre misbruksdiagnoser (se tabell 1). Førtifire prosent (n=114) hadde et stoffmisbruk, og 85% av disse misbrukte heroin og/eller amfetamin. De fleste stoffmisbrukerne var blandingsmisbrukere. Gjennomsnittlig lengde på rusmisbruket var 15,7 år, og det var ingen signifikant forskjell mellom alkohol- og stoffmisbrukere. Gjennomsnittsalder for første behandlingskontakt i russektoren var 31,7 år. Brukerne var i gjennomsnitt 38,6 år. Andelen kvinner var 29%, altså slik det er ved rusmiddeltiltak i Norge for øvrig. Andelen med grunnskole som høyeste utdanning, var på 47%. Enogtredve prosent var i lønnet arbeid eller under utdanning, mens 36% var gifte eller samboende. Generelt kan vi si at de fleste hadde en lang misbrukskarriere, et lavere utdanningsnivå og en lavere yrkesaktivitet enn befolkningen ellers. Dette gjaldt spesielt for stoffmisbrukerne. De var i mindre grad integrert i samfunnets sentrale institusjoner som familie, skole og arbeid.

Rusmisbrukere som tidligere hadde vært behandlet innenfor psykisk helsevern skilte seg på tre områder fra de som bare hadde vært til behandling i russektoren. De hadde en lengre periode med rusmisbruk (17,0 år vs. 14,7 år, $p=0,04$), de var yngre ved førstegangsbehandling i russektoren (28,7 år vs. 33,7 år, $p=0,01$) og de hadde færre med et lavt utdanningsnivå (44% vs. 56%, $p=0,05$). Et flertall av rusmisbrukere som tidligere hadde mottatt behandling innenfor psykisk helsevern, var i kontakt med psykiatrien før de var til behandling i russektoren (22,8 år vs. 28,7 år).

Forskjeller i forekomsten av symptomidelser og personlighetsforstyrrelser

Livstidsforekomsten av symptomidelser var på 91% for hele utvalget (se tabell 2), mens 63% hadde tre eller flere symptomidelser. Det var en høy forekomst av angstlidelser (83%) og affektive lidelser (65%). De vanligste angstlidelsene var agorafobi (48%) og sosial fobi (47%). Depresjon var den mest vanlige affektive lidelsen (44%). Gjennomsnittsalderen for når en oppfylte nok kriterier for en psykiatrisk diagnose var 14,4 år (basert på informanternes egen rapportering). Av de som hadde en psykisk lidelse, hadde 75% denne lidelsen minst ett år før personen oppfylte nok kriterier for en misbruksdiagnose (primær psykisk lidelse).

Rusmisbrukere behandlet innenfor psykisk helsevern hadde en signifikant høyere forekomst av symptomidelser (97% vs. 87%, $p=0,03$). Den største forskjellen fant vi når det gjaldt angstlidelser (92% vs. 76%, $p=0,01$), særlig agorafobi (65% vs. 37%, $p<0,001$) og sosial fobi (63% vs. 37%, $p<0,001$). Signifikant flere som hadde vært til behandling innenfor psykisk helsevern hadde en symptomidelse minst ett år før en misbruksdiagnose (80% vs. 70%, $p=0,05$). Andelen med tre eller flere symptomidelser var signifikant høyere for misbrukere tidligere behandlet innenfor psykisk helsevern (75% vs. 54%, $p<0,001$).

Det var 72% som oppfylte kriteriene for en personlighetsforstyrrelse. De to vanligste var unnvikende (40%) og passiv-aggressiv (38%) (se tabell 3). Det var

Tabell 2. Livstidsforekomst (%) av symptomidelser i hele utvalget og hos rusmisbrukere som tidligere var behandlet innenfor psykisk helsevern (PH) og rusmisbrukere kun behandlet i russektoren (RS). I prosent.

Symptomidelser	Tidligere behandlet i PH	Kun behandlet i RS	P-verdi	Totalt n=260 (%)
	n=107 (%)	n=153 (%)		
<i>Symptomidelser totalt</i>	97	87	0,03	91
<i>Schizofreni, og lignende</i>	1	–	–	0,4
<i>Alle affektive lidelser</i>	76	58	0,02	65
Bipolar	9	3	0,03	5
Depresjon	48	41	0,30	44
Dystymi	51	35	0,01	42
<i>Alle angstlidelser</i>	92	76	0,01	83
Agorafobi	65	37	<0,001	48
Sosial fobi	63	37	<0,001	47
GAD*	26	15	0,02	20
Spesifikk fobi	50	43	0,28	46
Tvangslidelser	11	7	0,18	8
PTSD**	22	17	0,34	19
<i>Somatiseringslidelser</i>	32	22	0,07	26
<i>Spiseforstyrrelser</i>	12	7	0,12	9
<i>Primær psykisk lidelse***</i>	80	70	0,05	75
<i>Alder, første psykiatriske diagnose</i>				
Mean	13,5	15,1	0,21	14,4
SD	SD=10,0	SD=9,9		SD=9,9
Median	11,0	12,0		12,0
<i>≥3 symptomidelser</i>	75	54	<0,001	63

* Generalisert angstlidelse

** Posttraumatisk stresslidelse

*** Andelen som oppfyller kriteriene for en psykiatrisk diagnose minst ett år før en misbruksdiagnose

ingen signifikant forskjell mellom rusmisbrukere som tidligere var behandlet innenfor psykisk helsevern og misbrukere som kun var behandlet i russektoren når det gjaldt forekomst og typer av personlighetsforstyrrelser.

Forskjeller i forekomsten av alvorlige psykiske lidelser

Andelen med alvorlige psykiske lidelser (definisjon under metoder) var for hele utvalget på 71% (se tabell 4). Det var kun en person med schizofrenidiagnose, og 13 personer med bipolar lidelse. I løpet av livet hadde 37% hatt en alvorlig depresjon, mens det tilsvarende tallet for alvorlig angstlidelse var 41%. Vi fant at 28% hadde en alvorlig personlighetsforstyrrelse (cluster A).

Rusmisbrukere som tidligere hadde vært til behandling innenfor psykisk helsevern hadde høyere fo-

rekomst av alvorlige psykiske lidelser (83% vs. 62%, $p < 0,001$). De hadde en signifikant høyere forekomst av alvorlige angstlidelser (51% vs. 33%, $p = 0,01$) og alvorlige affektive lidelser (55% vs. 36%, $p = 0,01$). Det var også en sterk tendens til høyere forekomst av alvorlige depresjoner (44% vs. 32%, $p = 0,05$). Det var ingen signifikant forskjell mellom de to gruppene når det gjaldt alvorlige personlighetsforstyrrelser (28% vs. 27%, $p = 0,81$).

Det ble også benyttet logistisk regresjon (metode; enter) for å analysere om rusmisbrukere som tidligere hadde vært til behandling innenfor psykisk helsevern, hadde høyere forekomst av alvorlige psykiske lidelser (ingen tabell). Det ble kontrollert for kjønn, alder, utdanningsnivå, hovedrusmiddel (alkoholmisbrukere eller stoffmisbrukere), start og lengde på misbruket. Analysen ble kjørt separat for hver enkelt av de

Tabell 3. Forekomst (%) av personlighetsforstyrrelser i hele utvalget og hos rusmisbrukere som tidligere var behandlet innenfor psykisk helsevern (PH) og rusmisbrukere kun behandlet i russektoren (RS). I prosent. Base rateskåre ≥ 85 .

Personlighetsforstyrrelser	Tidligere behandlet i PH n=107 (%)	Kun behandlet i RS n=153 (%)	P-verdi	Totalt n=260 (%)
PD totalt	73	71	0,61	72
Cluster A*	39	38	0,91	38
Cluster B	41	43	0,85	42
Cluster C	20	19	0,92	20
Paranoid	6	5	0,90	5
Schizoid	23	22	0,79	22
Schizotyp	13	14	0,75	14
Antisosial	31	30	0,88	31
Borderline	31	25	0,23	27
Histrionisk	9	11	0,63	10
Narsissistisk	13	14	0,75	14
Unnvikende	46	36	0,09	40
Avhengig	19	21	0,68	21
Tvangspreget	6	6	0,91	6
Passiv-aggressiv	42	35	0,22	38
Selvutslettende	29	22	0,17	25
Aggressiv-sadistisk	22	21	0,88	22
≥ 3 personlighetsforstyrrelser	47	42	0,43	44

* De tre clusterene A, B og C er hierarkisk ordnet etter DSM-III-R kriterier. Prosentandelen er beregnet ut fra de som har en personlighetsforstyrrelse.

Tabell 4. Livstidsforekomst av alvorlige psykiske lidelser i hele utvalget og hos rusmisbrukere som tidligere var behandlet innenfor psykisk helsevern (PH) og rusmisbrukere kun behandlet i russektoren (RS). I prosent.

	Tidligere behandlet i PH n=107 (%)	Kun behandlet i RS n=153 (%)	P-verdi	Totalt n=260 (%)
Schizofreni, og lignende	1	–	–	0,4
Alvorlig affektiv lidelse	55	36	0,01	44
Bipolar lidelse	9	3	0,03	5
Alvorlig depresjon	44	32	0,05	37
Alvorlig angstlidelse	51	33	0,01	41
Alvorlig personlighetsforstyrrelse*	28	27	0,81	28
Alvorlig psykisk lidelse totalt**	83	62	$< 0,001$	71

* Cluster A-lidelse

** Schizofreni, alvorlig affektiv lidelse, alvorlig angstlidelse og alvorlig personlighetforstyrrelse

avhengige variablene: alvorlig affektiv lidelse, alvorlig depresjon, alvorlig angstlidelse, alvorlig personlighetsforstyrrelse og alvorlig psykisk lidelse totalt.

Den logistiske regresjonsanalysen viste at rusmisbrukere som tidligere var behandlet innenfor psykisk helsevern hadde større risiko for å ha en alvorlig psykisk lidelse (Odds ratio (OR) = 2,6, $p=0,01$), sammenlignet med rusmisbrukere som kun var behandlet i russektoren. De hadde også større risiko for å ha en alvorlig affektiv lidelse (OR=2,0, $p=0,01$) og en alvorlig angstlidelse (OR=2,0, $p=0,01$). I tillegg hadde kvinner større risiko for å ha en alvorlig psykisk lidelse (OR=2,5, $p=0,02$) sammenlignet med menn, særlig alvorlig affektiv lidelse (OR=3,9, $p<0,001$). Menn hadde større risiko for å ha en alvorlig personlighetsforstyrrelse (OR=2,0, $p=0,04$) enn kvinner.

DISKUSJON

Forekomsten av psykiske lidelser

Som forventet fant vi en høy livstidsforekomst av psykiske lidelser, særlig av angstlidelser (83%) og affektive lidelser (65%). Forekomsten av alvorlige angstlidelser (41%), alvorlige affektive lidelser (44%) og alvorlig personlighetsforstyrrelse (28%) (cluster A) var også høy. Schizofreni fant vi kun hos én person og bipolare lidelser hos 13 personer. Sammenlignet med andre kliniske studier ligger forekomsten av symptomlidelser i det øvre sjiktet (3-5). Tre større europeiske studier har brukt samme strukturerte intervju som oss (CIDI eller forløperen DIS) (3-5). I en representativ studie av behandlingssøkende rusmisbrukere på Island var livstidsforekomsten av symptomlidelser 76%. Nittien prosent av stoffmisbrukerne hadde symptomlidelser mot 60% av de rene alkoholmisbrukerne (3). En tysk undersøkelse av alkoholmisbrukere i behandling fant symptomlidelser hos 54% (4). Blant stoffmisbrukere i tiltak i russektoren i Hellas, hadde 80% enten en symptomlidelse og/eller en personlighetsforstyrrelse (5). De fleste studier viser ellers en høyere forekomst av symptomlidelser hos kvinner (3,33,34) og hos stoffmisbrukere (blandingsmisbrukere) (3,7,8,10). En forklaring på den særlig høye forekomsten av symptomlidelser i vår undersøkelse kan derfor være at vi også inkluderer kvinner og stoffmisbrukere. Det er dessuten relativt færre nykommere eller personer med et kortvarig misbruk i vårt materiale. Utdanningsnivået og andelen yrkesaktive er også lavere enn i de fleste andre studier. Dette kan også bidra til den høye frekvensen av symptomlidelser. Det kan heller ikke utelukkes at de som kommer til behandling i russektoren i Norge, er mer belastet enn i andre europeiske land. Vår undersøkelse omfattet ikke institusjoner der brukeren eller arbeidsgiver selv betalte for oppholdet, og som kanskje hadde flere ressurssterke brukere.

Forekomsten av personlighetsforstyrrelser (72%) var på samme nivå som i andre undersøkelser (6). Selvrapporteringsskjemaer som MCMI-II kritiseres for

å overdiagnostisere personlighetsforstyrrelser (31). Vi satte derfor en cut-off grense høyere enn det som er vanlig med dette instrumentet. Likevel fant vi en høy forekomst også av alvorlige personlighetsforstyrrelser. Personer med cluster A personlighetsforstyrrelser er preget av mistenksomhet, fjernhet og tilbaketrekning. De kan være særlig vanskelig å involvere i et behandlingssamarbeid.

Når det gjelder forekomsten av alvorlige psykiske lidelser fant vi få i russektoren med schizofreni eller bipolar lidelse. Det er grunn til å anta at mennesker med slike alvorlige tilstander kombinert med et rusmisbruk behandles innenfor psykisk helsevern.

Brukere som behandles i begge behandlingssystemer eller bare i russektoren

Mange av brukerne (41%) hadde vært til behandling en eller flere ganger innenfor psykisk helsevern før de kom til aktuell behandling i russektoren. De hadde flere og mer alvorlige psykiske lidelser enn de som kom rett til behandling i russektoren. Det synes derfor ikke å være helt tilfeldig hvilke misbrukere som kommer til psykisk helsevern og hvilke som kommer direkte til russektoren. Men selv om disse brukerne tidligere var fanget opp innenfor psykisk helsevern, og åpenbart hadde til dels alvorlige psykiske lidelser, fikk de sannsynligvis ikke en virksom behandling av både rusproblemene og de psykiske lidelsene. De utgjør i stedet en gruppe som pendler mellom de to behandlingssystemene, og viser klart hvor vanskelig det er å hjelpe denne gruppen. Våre funn viser også behovet for å diagnostisere og behandle rusproblemer innenfor den ordinære psykiatrien.

Også brukere som ikke hadde vært behandlet innenfor psykisk helsevern tidligere, hadde en høy forekomst av alvorlige psykiske lidelser. I denne undergruppen hadde hele 87% en symptomlidelse, og 62% hadde minst en alvorlig psykisk lidelse. Våre funn støtter derfor ikke antagelsen om at de fleste rusmisbrukere med alvorlige psykiske lidelser, også behandles i vanlig psykisk helsevern. Mange kommer først til behandling i russektoren. Dette viser viktigheten av at behandlingssystemet i russektoren har tilstrekkelig kompetanse i diagnostikk og behandling av psykiske lidelser. De ansatte i behandlingstiltak for rusmisbrukere trenger i stor grad den samme kompetansen som ansatte innenfor psykisk helsevern.

Slik behandlingssystemet i Norge er bygget opp i dag, er det psykiatrien som har ansvaret for behandling av psykiske lidelser, mens russektoren i utgangspunktet skal behandle rusmisbruket. Stortingsmelding 25 (1996-97) påpeker at "misbrukere som plages av psykiatriske symptomer, særlig angst og depresjon" er russektorens ansvar. Videre heter det at pasienter med "vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlige personlighetsforstyrrelse", skal tilbys særskilte behandlingssopplegg utover dagens be-

handlingstilbud (17). I vårt materiale er det omlag to av tre misbrukere i de helt ordinære behandlingstiltakene, som tilfredsstillende kriteriene for å trenge slike særskilte behandlingstiltak. Sannsynligvis er det svært få som får dette tilbudet. Tvert i mot synes det fortsatt å være få rusbehandlingstiltak som systematisk evaluerer brukerne med hensyn til psykiske lidelser. Flere undersøkelser viser også at rusmisbruk ofte er underdiagnostisert innenfor psykisk helsevern. Hvis rusmisbruk avdekkes, er dette ofte eksklusjonsgrunnlag for videre behandling (35). Dette er særlig uheldig tatt i betraktning at sammensatte problemer behandles best samtidig og innenfor samme system (16). Rusmisbruk og psykiske lidelser kan også gjensidig forverre hverandres tilstand og prognose (15). Fortsatt er det relativt vanlig at en misbruker "pendler" frem og tilbake mellom russektoren og det psykisk helsevernet (36). Uten organisatoriske endringer kombinert med kompetanseheving vil dette fortsette.

Begrensninger

Som alle kliniske og epidemiologiske undersøkelser, har også vår studie enkelte begrensninger. Et sentralt spørsmål er i hvor stor grad vi kan generalisere våre resultater til å gjelde alle rusmisbrukere som er til behandling i russektoren i Norge. Vi hadde et stort frafall. Det er noe uklart om dette var systematisk, eller om det skyldtes den tilfeldige måten behandlerne gikk frem på. Sammenlignet med det nasjonale klientmaterialet viste vårt utvalg relativt små systematiske forskjeller. Reliabiliteten av dataene i det nasjonale klientmaterialet er uklar, men i vårt materiale har vi antagelig fått en viss underrepresentasjon av unge med stoffproblemer. Det kan passe med at frafallet var størst i poliklinikkene. Der kan vi særlig ha mistet unge stoffmisbrukere som har en kortere sykehistorie enn institusjonsklientellet. Ulike studier viser at yngre stoffmisbrukere har en høyere forekomst av både symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser enn rene alkoholmisbrukere (6,10). Dette skulle tale for at vi ikke har overvurdert forekomsten av symptomlidelser, men kanskje heller undervurdert forekomsten av antisosial personlighetsforstyrrelse som særlig ofte forekommer hos unge stoffmisbrukere. Et annet poeng vi berørte innledningsvis, er at rusmønsteret har endret seg de senere årene. Nye typer rusmidler (for eksempel Ecstasy og GHB) har kommet til, og nye grupper av ungdom bruker disse rusmidlene (37). Behandlerne i russektoren rapporterer at problemet med psykiske lidelser øker som en følge av nye rusmidler. Vår studie omfatter i liten grad denne gruppen av misbrukere. Det er grunn til å tro at forekomsten av psykiske lidelser forårsaket av rusmisbruk ville vært høyere hvis denne gruppen hadde vært ytterligere representert i vårt utvalg.

Generaliseringsverdien av våre funn støttes av at vi finner lignende resultater med samme instrumenter i andre land (3-5). Det betyr ikke at det er uproblematisk

å kartlegge psykiske lidelser hos mennesker med rusmisbruk. Fagfolk er uenige om lengden på den rusfrie perioden som bør gå foran diagnostisering av psykiske lidelser. Vi har holdt oss til det minimumskravet mange setter om rus- og abstinensfrihet i minst fire uker.

Et annet problem er dataenes validitet. Mange stoffmisbrukere starter rusmisbruket i svært ung alder, og har bare hatt korte opphold uten bruk av rusmidler. Ofte i forbindelse med fengsels- eller institusjonsopphold. De vet derfor antagelig lite om hvordan de fungerer uten rusmidler. Svarene på spørreskjemaet om personlighetstrekk gjenspeiler kanskje derfor mer hvordan de har fungert mens de har "vært på kjøret", enn mer grunnleggende personlighetstrekk. CIDI-intervjuet baseres også på informantens egen opplevelse og beskrivelse av symptomer som delvis opptrådte langt tilbake i tid. Resultatene pålitelighet er derfor avhengig av evnen til å huske tilbake i tid, og at det blir gjenfortalt på en riktig måte. Andre undersøkelser viser at det kan være vanskelig å tidfeste nøyaktig når et rusmisbruk startet, eller når en hadde nok symptomer til å oppfylle kriteriene for en psykisk lidelse. En husker ofte de mest alvorlige episodene/symptomene og ofte siste periode med for eksempel depresjon (29). Vi har forsøkt å sikre reliabiliteten ved bruk av CIDI, gjennom opplæring av metoden ved Max Planck Institute i München, og ved grundig opplæring av intervjuere. De fleste intervjuene ble utført av de to forskerne i undersøkelsen, og informanten hadde derfor ikke noe å vinne eller tape på hva som ble sagt i intervjuet.

KONKLUSJON

Våre funn viser at forekomsten av psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren er meget høy. To tredjedeler av våre informanter hadde minst en alvorlig psykisk lidelse. Førtien prosent hadde tidligere mottatt behandling innenfor psykisk helsevern, og disse hadde mer alvorlige psykiske lidelser, særlig angstlidelser. Personer som kun ble behandlet i den ordinære russektoren hadde også en meget høy forekomst av vel definerte psykiske lidelser. Denne gruppen får antageligvis ikke tilstrekkelig behandling for den psykiske lidelsen i russektoren. Ansatte i behandlingstiltak for rusmisbrukere har et stort behov for den samme kompetansen som ansatte innenfor psykisk helsevern. Minst to tredjedeler av de som nå behandles i russektoren trenger et tjenestetilbud der både den psykiske lidelsen og rusmisbruket behandles samtidig.

Med den økende tilgjengeligheten til nye typer rusmidler de senere årene blir det ekstra viktig å gjennomføre liknende studier om de nye rusmidlenes effekt på menneskers psykiske helse.

Prosjektet er delvis finansiert av Rådet for psykisk helse/Helse og rehabilitering, Statens helsetilsyn, og Hedmark og Oppland fylkeskommuner.

REFERANSER

1. Ravndal E, Vaglum P. Psykiske belastninger og frafall blant stoffmisbrukere i behandling. Rusmiddeldirektoratet/Sosial-og helsedepartementet, temaserie 1995:1.
2. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001; **158**: 1091-1098.
3. Tómasson K, Vaglum P. A nationwide representative sample of treatment seeking alcoholics: a study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1995; **92**: 378-385.
4. Driessen M, Veltrup C, Wetterling T, John U, Dilling H. Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; **22**: 77-86.
5. Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E, Kostogianni C. Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with Axis I disorders as predictors of treatment retention. *Addict Behav* 1998; **23**: 841-855.
6. Verheul R, Van den Brink W, Hartgers C. Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: an overview. *Eur Addict Res* 1995; **1**: 166-177.
7. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; **264**: 2511-2518.
8. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997; **54**: 313-321.
9. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, Dewit DJ, Kolody B, Vega WA, Wittchen HU, Kessler RC. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav* 1998; **23**: 893-907.
10. Ross H, Glaser F, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 1988; **45**: 1023-1031.
11. Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1987; **44**: 505-513.
12. Alterman A, McLellan T, Shifman MS. Do substance abuse patients with more psychopathology receive more treatment? *J Nerv Ment Dis* 1993; **181**: 576-582.
13. Alterman AI, Cacciola JS. The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: Problems and issues. *J Nerv Ment Dis* 1991; **179**: 401-409.
14. Drake R, Mueser K, Clark R, Wallach M. The course, treatment and outcome of substance use disorders in persons with severe mental illness. *Am J Orthopsych* 1996; **66**: 42-51.
15. Drake R, Brunette M. Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorders. In Galanter M, ed. *Recent Developments in Alcoholism vol. 14: The consequences of alcohol*. New York: Plenum, 1998: 285-299.
16. Mueser K, Bond R, Resnick S. Models of community care of severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998; **24**: 37-74.
17. Stortingsmelding nr. 25. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet, 1996-97.
18. Sosial- og helsedepartementet. Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmissbruk. Rundskriv 1-36/2001.
19. Bergersen Lind B. Narkotikakonflikten. Stoffbruk og myndighetskontroll. Oslo: Gyldendal, 1974.
20. Stang HJ. Ungdom på drift. Oslo: Universitetsforlaget, 1976.
21. Vaglum P. Unge stoffmisbrukere i et terapeutisk samfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
22. Waal H, Schanche Andresen A, Kaada AK. Kollektiver, hverdag og virkning. Oslo: Universitetsforlaget, 1981.
23. Holsten F. Forløpet av stoffmisbruk hos ungdom. En etterundersøkelse. Doktorgrad, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo, 1984.
24. Vaglum S, Vaglum P. Partner relations and the development of alcoholism in female psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 1987; **76**: 499-506.
25. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Bruke J, Farmer A, Jablensky A, Pickens R, Regier DA, Sartorius N, Towle LH. The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1989; **45**: 1069-1077.
26. Williams JBW, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, Howes MJ, Kane J, Pope HG, Rounsaville R, Wittchen HU. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-II): multi-site-test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992; **49**: 630-36.

27. Janca A, Robins LN, Cottler LB, Early TS. Clinical observation of assessment using the Composite International Diagnostic Interview. *Brit J Psychiatry* 1992; **160**: 815-818.
28. Wittchen HU. Reliability and validity study of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994; **28**: 57-84.
29. Sandanger I. Occurrence of psychiatric disorders – an epidemiological study, conceptual, methodological, and empirical issues. Institute of general practice and community medicine, University of Oslo, 1999.
30. Millon T. Manual for MCMI-II, 2nd edn. Minneapolis: National Computer Systems, 1982.
31. Wetzler S. The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): A review. *J Personality Assess* 1990; **55**: 445-464.
32. SPSS-PC, Manual SPSS-PC, version 8.0
33. Ross H, Glaser F, Stiasny S. Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and drug problems. *Brit J Addict* 1988; **83**: 1179-1192.
34. Brady KT, Randall CL. Gender differences in substance use disorders. *Psych Clin N Am* 1999; **22**: 241-252.
35. Carey KB, Correia CJ. Severe mental illness and addictions: assessment considerations. *Addict Behav* 1998; **6**: 735-748.
36. Vaglum S, Vaglum P. Alkoholmisbrukende kvinnelige psykiatriske pasienter – en pendlergruppe i helsevesenet? *Alkoholpolitikk* 1984; **1**: 139-145.
37. Soar K, Turner JJD, Parrott AC. Psychiatric disorders in Ecstasy (MDMA) users: A literature review focusing on personal predisposition and drug history. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2001; **8**: 641-645.