



Kristinn Tómasson

GEÐGREININGAR Á VÍMUEFNADEILDUM

ÁGRIP

Til þess að rannsaka hve margir sjúklingar, sem leita meðferðar vegna vímuefnamisnotkunar eða fíknar, eru haldnir öðrum geðtruflunum, var haft staðlað greiningarviðtal við 352 sjúklinga. Þeir skiptast jafnt á milli þriggja deilda, sjúkrastöðvar SÁÁ að Vogu og tveggja deilda Landspítalans. Rúmlega þrjú fjórðu hlutar sjúklinganna höfðu eða höfðu haft aðrar geðgreiningar, svipaður fjöldi á öllum deildum. Innan við tvö prósent sjúklinganna höfðu eingöngu notað önnur vímuefni en áfengi.

Aðeins átta sjúklingar uppfylltu ekki greiningarskilmerki um fíkn eða misnotkun.

Samkvæmt niðurstöðu rannsóknarinnar komu eingöngu til meðferðar mikið veikir áfengissjúklingar og/eða þeir sem jafnframt hafa eða hafa haft aðrar geðtruflanir. Gera má ráð fyrir að áfengissjúklingar, sem ekki eru svo illa haldnir, komist ekki inn eða leiti ekki nauðsynlegrar afeitrunar og meðferðar á þessum sérhæfðu deildum.

INNGANGUR

Það hefur verið þekkt um langan aldur að meðal áfengissjúklinga sé algengi annarra geðsjúkdóma verulega aukið. Rannsóknir hafa beinst að geðsjúkdómum eins og þunglyndi, kvíða og geðklofa (1). Einkenni áfengissýki skarast að hluta við einkenni kvíða og þunglyndis, en það er talið mikilvægt að lækna þessa geðsjúkdóma, þó að slík lækning sé ekki meðferð við áfengissýkinni sem slíkri (2). Einnig er vitað að aðrar geðgreiningar hjá áfengissjúklingum eru til muna algengari inni á áfengisdeildum en meðal áfengissjúklinga sem ekki leita sér slíkrar meðferðar (3). Það er og athyglisvert að hjá áfengissjúklingum, sem eru til meðferðar hjá meltingarsérfræðingum

vegna skorpulifrar og hafa væntanlega sögu um mikla áfengismisnotkun, er algengi annarra geðsjúkdóma minna en á sérhæfðum áfengis- og vímuefnadeildum (4). Á slíkum deildum hafa allt að 80% sjúklinganna fengið aðra geðgreiningu jafnframt (5,6). Algengastar hafa verið andfélagslegur persónuleiki, þunglyndi og kvíðasjúkdómar. Mikilvægi þess að slíkar greiningar séu gerðar sést á því, að áfengissjúklingum með þunglyndisgreiningu er miklu hættara við sjálfsvígi (7).

Mikið hefur verið rætt hvað komi fyrst: áfengissýkin, fíknin eða aðrar geðtruflanir. Leiddar hafa verið líkur að því, að til dæmis meðal sjúklinga með víðáttu- og félagsfælni, virðist áfengissýkin vera afleiðing sjálfsmeðferðar sjúklingsins til að draga úr kvíðaeinkennunum (8). Kvíðaköst og almenn kvíðatruflun áfengissjúklinga virðast frekar vera fylgikvillar áfengissýki. Einföld fælni virðist ekki tengjast áfengismisnotkun á neinn sérstakan veg. Þótt ugglaut megi deila um niðurstöður sem þessar, undirstrika þær þá staðreynd að meðal áfengissjúklinga eru aðrar geðgreiningar, en áfengissýki og önnur vímuefnamisnotkun algengar.

Hér á landi hefur meðferðarframboð verið talið mikið, bæði hjá sjúkrastofnunum SÁÁ og geðdeild Landspítalans, auk annarra minni stofnana, sem veita áfengis- og öðrum vímuefnasjúklingum meðferð. Hvernig geðgreiningum er háttað meðal þessara sjúklinga hefur ekki verið rannsakað áður hérlendis. Er staðan svipuð og erlendis eða hefur meðferðarframboðið leitt til þess, að mun fleiri áfengissjúklingar hér greinast með áfengissýki einvörðungu? Hér er ætlunin að reyna að svara þessari spurningu og jafnframt hvort munur sé á greiningum milli meðferðarstofnana.

AÐFERÐ OG EFNIVÍÐUR

Ákveðið var að rannsóknin færi fram á

tveimur deildum, sem hafa sjúklinga til afeitrunar, og einni deild þar sem lengri meðferð fer fram. Fyrir valinu urðu deild 33A, sem er afeitrunardeild geðdeildar Landspítalans með 15 rúm, deild 16 á Vífilstöðum, sem er eftirmeðferðardeild geðdeildar Landspítalans fyrir áfengis- og aðra vímuefnasjúklinga með 15 rúm og Sjúkrastöð SÁÁ að Vogu, sem er afeitrunardeild og tekur sjúklinga til skemmri meðferðar, með 60 rúm. Allir sjúklingar sem komu á deild 33A og voru lengur en í fjóra daga á deildinni og allir sjúklingar sem komu á deild 16 og voru að minnsta kosti í eina viku voru valdir til þátttöku í rannsókninni. Ennfremur var talað við sjúklinga, sem komu á Sjúkrastöð SÁÁ, valda eftir slembitölu, þannig að allir þeir sem þangað komu höfðu jafnar líkur til að lenda í úrtakinu. Reyndist það vera um sjötti hver sjúklingur sem þar lagðist inn. Í upphafi viðtala við sjúklingana voru þeim kynnt áform rannsóknarinnar, þeir látnir svara almennum spurningum um áfengisneyslu sína og jafnframt beðnir um leyfi til að skrá þá í áframhaldandi rannsóknir til þess að meta árangur af meðferð. Að þessu loknu var íslensk þýðing (9) DIS-geðgreiningarviðtals (10) lögð fyrir með hjálp tölvu (11), þannig að sérhver spurning birtist á tölvuskjá og er henni svarað þar. Upphaf þessa viðtals er þó ekki tölvutækt en það er íslensk þýðing svokallaðs MMSE-prófs sem er einfalt staðlað próf til mats á glöpum (12). Ef sjúklingarnir fengu færri en 18 stig var ekki talið rétt að leggja fyrir þá aðra hluta geðgreiningarviðtalsins og var viðtalinu þar með lokið. Ef sjúklingurinn var stirðlæs, voru spurningarnar lesnar fyrir hann, annars sá hann um að svara tölvunni sjálfur. Með þessu viðtali er greint hvort fólk hafi eða hafi haft geðtruflun samkvæmt skilmerkjum bandaríska greiningarkerfisins DSM-III (13). Hægt er að greina hvort truflun hafi verið síðustu vikur eða mánuði eða einhvern tíma fyrir á ævinni, lífsalgengi (lifetime prevalence) (11). Í þessari grein verður eingöngu fjallað um lífsalgengi. Viðtölin voru tekin undir umsjón tveggja sálfræðinga með BA-próf í sálarfræði að fengnu samþykki lækna viðkomandi sjúklinga, sem mátu hvort sjúklingurinn gæti tekið viðtalið þann daginn. Ef ekki, var því frestað þangað til hann var talinn í betra jafnvægi og ekki eins bráðveikur. Ekki var rætt við sjúklinga meðan þeir voru undir áhrifum og

reynt var að miða við að sjúklingar hefðu fótiferð og fráhrarfsmeðferð væri að mestu lokið. Viðtölin fóru fram á tímabilinu frá desember 1991 til september 1992. Í upphafi var stefnt að 120 viðtölum á hverri deild. Í úrvinnslu var litið á flokka geðgreininga en síðar verður greint frá einstökum greiningum. Fjallað er um misnotkun og fíkn sem eina greiningu. Við samanburð á meðaltölum var byggt á Anova og við samburð á tíðnitölum var byggt á kí-kvaðrati. Við útreikning á fylgni var beitt línulegri aðfallsgreiningu.

NIÐURSTÖÐUR

Af 368 sjúklingum, sem leitað var til, luku 121 viðtölum á Vogu, 119 á deild 16 og 112 sjúklingar á deild 33A. Það voru því alls 16 einstaklingar eða rúm 4% sem vildu ekki taka þátt í geðgreiningarviðtalinu og verður ekki frekar fjallað um þá einstaklinga. Eins og kemur fram í töflu I eru sjúklingar áberandi elstir á deild 33A en yngstir á Sjúkrastöð SÁÁ að Vogu. Hlutfallslega flestar konur eru í hópnum á deild 16, en færri á deild 33A og Vogu. Meðalaldur er 46 ár á 33A, 42 ár á Vífilstöðum og 37 ár á Vogu ($p=0,0001$). Á töflu II kemur fram að nær allir sjúklingarnir greinast með áfengismisnotkun eða fíkn, en rétt um þriðjungur hefur einnig sögu um misnotkun annarra ávana- og fíkniefna. Tveir þriðju hafa einvörðungu notað áfengi en aldrei önnur ávana- eða fíkniefni. Mjög fáir sjúklinganna, innan við 2%, hafa misnotað önnur ávana- og fíkniefni án þess að hafa sögu um áfengismisnotkun. Fjórtán sjúklingar fá ekki vímuefnagreiningu. Af þessum 14 eru fimm sjúklingar með það alvarleg glöf, að þeir voru ófærir um að svara frekari spurningum í viðtalinu, allir á deild 33A á Landspítalanum. Athugun á sjúkraskrár þeirra leiddi í ljós mjög langa og mikla áfengissögu. Til viðbótar við þessa fimm sjúklinga var einn sjúklingur með veðmálafíkn eingöngu. Þannig voru aðeins átta sjúklingar, eða 2,3%, í hópnum þar sem ekki fékkst fram greining um misnotkun eða fíkn með DIS-viðtölum.

Aðeins fjórðungur sjúklinganna hefur einvörðungu áfengis- og/eða fíkniefnagreiningu en ekki aðra geðgreiningu (tafla III). Þrátt fyrir að tvær af þessum

Tafla I. Skipting sjúklinganna eftir kyni, deildum og aldri.

	Karlar*			Konur**		
	33A (n=79)	Vífils- staðir (n=74)	Vogur (n=97)	33A (n=33)	Vífils- staðir (n=45)	Vogur (n=24)
18-29 ára	17,7	12,2	33,0	12,1	17,7	33,3
30-49 ára	48,1	64,8	44,3	27,3	55,6	50,0
≥ 50 ára	34,2	23,0	22,7	60,6	26,7	16,7

* kí-kvaðrat=15,59, df=4, p=0,0036

** kí-kvaðrat=16,17, df=4, p=0,0028

Tafla II. Algengi áfengissýki og annarrar misnotkunar í hundradshlutum eftir deildum.

	33A	Vífils- staðir	Vogur
Áfengissýki	92,0	97,5	95,9
Önnur misnotkun	30,4	26,9	37,2
Eingöngu áfengissýki	62,5	71,4	59,5
Eingöngu önnur misnotkun	0,9	0,8	1,6
Hvorki áfengissýki né önnur misnotkun*	7,1	1,7	3,3

* Þar af fimm með alvarleg glöpp sem geta engu svarað um áfengisneyslu sína og einn sjúklingur með veðmálafíkn.

Tafla III. Hlutfallsskipting milli vímuefnamisnotkunar með og án annarra greininga.

	33A	Vífils- staðir	Vogur
Áfengi og önnur vímuefni eingöngu	24,1	19,3	27,3
Sjúklingar með viðbótargreiningar	75,9	80,7	72,6

Tafla IV. Lífsalgengi einstakra geðgreininga (í hundradshlutum) eftir deildum.

	33A	Vífils- staðir	Vogur
Geðslagstruflanir (aðallega þunglyndi)	33,9	36,1	29,8
Kviðaköst og viðáttufælni . .	38,4	37,0	38,0
Aðrir kviðakvillar	56,3	67,2	64,5
Geðklofi	7,1	5,9	5,0
Glöpp (MMSE≤24)*	27,0	12,6	8,3
Andfélagsleg hegðun	27,7	22,7	34,7
Aðrar DIS-greiningar **, 1) . .	31,3	33,6	16,5

* kí-kvaðrat= 16,70, df = 2, p = 0,0002

** kí-kvaðrat = 10,40, df = 2, p = 0,0055

1) 11 sjúklingar með veðmálafíkn

deildum séu hluti geðdeildar Landspítalans og menn myndu búast við að geðsjúklingum væri fremur vísað þangað er óverulegur munur á milli deildanna þriggja hvað þetta varðar.

Í töflu IV er rakið hvaða aðrar geðgreiningar er um að ræða. Tæplega þriðjungur sjúklinganna hafa eða hafa haft geðslagstruflanir, aðallega þunglyndi, og svipaður fjöldi eða heldur meiri greinist með kviðakastastjúkdóm og viðáttufælni. Milli 5 og 7% sjúklinganna hafa geðklofa, en nærri fjórðungur sjúklinganna er greindur með andfélagslega hegðan (samkvæmt DSM-III andfélagslegan persónuleika). Nær enginn munur er á algengi þessara greininga milli deilda. Glöpp eru algengust á deild 33A en þar er stærstur hluti eldri sjúklinga. Aldur skýrir þó ekki nema að hluta aukið algengi glapa á 33A en samkvæmt línulegri aðfallsgreiningu virðist sem slíkir sjúklingar séu fremur á 33A: (Aldur; F-próf=17,49; p=0,0001; Stofnun F-próf=16,10; p=0,0001). Það sem flokkast undir liðinn aðrar DIS-greiningar eru fyrst og fremst geðgreiningar er lúta að truflun á kyngetu og kynlöngun. Þetta eru alls 71 sjúklingur, flestir á geðdeild Landspítalans, deild 16 eða 33A. Í þessum flokki eru einnig 11 sjúklingar, sem haldnir eru alvarlegri veðmálafíkn. Meiri hluti þeirra var til meðferðar á deild 16 að Vífilsstöðum.

UMRÆÐA

Eins og vænta mátti eru nær allir sem koma á þessar þrjár deildir með áfengis- eða aðra fíkniefnamisnotkunargreiningu. Þeir eru sárafáir sem ekki ná greiningarmörkum fyrir fíkn eða misnotkun. Í þeim hópi eru sjúklingar með svo slæm glöpp, að þeir geta ekki svarað svo ábyggilegt sé, og einn er veðmálasjúklingur. Einungis átta einstaklingar höfðu ekki einkenni sem uppfylltu greiningarskilmerki fyrir fíkn eða misnotkun. Þetta bendir eindregið til þess að þeir, sem lagðir eru inn til meðferðar, séu illa veikir af áfengissýki eða annarri vímuefnafíkn og ekki séu lagðir inn sjúklingar af öðrum sökum, eins og til dæmis vegna gruns um áfengis- eða vímuefnamisnotkun sem ekki er hægt að staðfesta. Sjúklingar í þessari rannsókn eru með fjölbætt önnur vandamál sem tengjast misnotkun. Þetta sést meðal annars þegar fjöldi einstaklinga með aðrar geðgreiningar er skoðaður. Um

þriðjungur sjúklinganna hefur sögu um verulegt þunglyndi og heldur fleiri hafa sögu um kvíðaköst eða fælni. Þetta eru sjúkdómar sem einir sér valda umtalsverðum þjáningum og geta verið hættulegir í sjálfu sér, þótt ekki bæstist við áfengissýki. Hvort þeir eru orsök eða afleiðing drykkjúsýkinnar verður ekki sagt að sinni.

Til samanburðar við þessa rannsókn má nefna sambærilega athugun frá Toronto (5). Á meðal 511 áfengis- og fíkniefnasjúklinga voru 33,7% með geðslagstrufnanir, mjög svipað og hér. Um 84% höfðu eða höfðu haft sögu um einhverja aðra geðgreiningu en áfengis- eða fíkniefnamisnotkun, það er örlítið fleiri en hér. Þess ber þó að geta að í Kanada voru til muna fleiri sjúklingar taldir með andfélagslegan persónuleika. Við rannsókn á fíkniefnasjúklingum í Hollandi (6) reyndust um 80% hafa sögu um aðra geðgreiningu. Þar vóg þungt þunglyndi og ýmsir kvíðakvillar jafnframt andfélagslegum persónuleika. Til samanburðar er rétt að benda á að algengi annarra geðkvilla meðal áfengissjúklinga í Bandaríkjunum, sem ekki voru innlagðir og voru athugaðir með sama greiningarviðtali og hér er notað, reyndist 36,6%. En meðal þeirra, sem höfðu sögu um fíkniefnamisnotkun aðra en áfengi, voru 53,1% með aðrar geðgreiningar. Á meðferðarstofnun fyrir áfengissjúklinga í Bandaríkjunum voru 55% með aðrar geðgreiningar og meðal annarra fíkniefnasjúklinga 64,4% (3). Rétt er að geta þess að í skilmerkjum greiningarinnar andfélagslegur persónuleiki samkvæmt DSM-III (13) eru atriði er lúta að misnotkun áfengis. Hátt algengi í þessum hópi getur því skýrst af andfélagslegri hegðun þegar sjúklingarnir eru undir áhrifum áfengis og mundi hverfa hjá þessara sjúklinga eftir viðeigandi áfengis meðferð. Því er aðeins talað um andfélagslega hegðun í töflu IV.

Til þess að koma í veg fyrir misnotkun, er mikilvægt að undirstrika eina meginniðurstöðu þessarar greinar. Áfengi er það vímuefni sem mest er misnotað og veldur fíkn hjá flestum. Sárafaír greinast með aðra misnotkun án sögu um áfengismisnotkun. Í rannsókn sem beindist að notkun ólöglegra ávana- og fíkniefna á Íslandi reyndust mjög fáir hafa notað þau eingöngu (14). Því ber að leggja höfuðáhersu á að koma í veg fyrir áfengismisnotkun og leggja mikla áherslu á áfengis meðferð. Slíkt

mundi væntanlega koma í veg fyrir aðra misnotkun að verulegu leyti.

SUMMARY

In order to assess the prevalence of other psychiatric disorders among patients seeking treatment for drug and alcohol abuse as well as dependence a structured psychiatric interview (Diagnostic Interview Schedule) was administered to 352 patients seeking such treatment. The patients were drawn from the National University Hospital detoxification and treatment units as well as from a privately operated treatment center (Vogur). Over 75% of the patients had additional psychiatric diagnoses. Less than 2% of the patients had a history of drug abuse or dependence only. Eight patients did not fulfill criteria for dependence or abuse. The results underscore that those seeking treatment are alcoholics who frequently have other serious psychiatric disorders.

ÞAKKIR

Yfirlæknarnir Þórarinn Tyrfingsson, Sjúkrahúsinu Vogu, og Jóhannes Bergsveinsson, á geðdeild Landspítalans, veittu aðstoðu og heimild til að ræða við sjúklinga á deildum sínum. Inga Hrefna Jónsdóttir og Hrafnhildur Reynisdóttir unnu að gagnaöflun.

HEIMILDIR

1. Peace K, Mellsop G. Alcoholism and psychiatric disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 1987; 21(1): 94-101.
2. Linnoila MI. Anxiety and alcoholism. *J Clin Psychiatry* 1989; 50/Suppl.11: 26-9.
3. Regier DA, Framer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiological catchment area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264(19): 2511-8.
4. Mezzich AC, Arria AM, Tarter RE, Moss H, Van Thiel DH. Psychiatric comorbidity in alcoholism: importance of ascertainment source. *Alcohol Clin Exp Res* 1991; 15(5): 893-8.
5. Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45(11): 1023-31.
6. Hendriks VM. Psychiatric disorders in a Dutch addict population: Rates and correlates of DSM-III diagnosis. *J Consult Clin Psychology* 1990; 58(2): 158-65.
7. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 459-63.
8. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relationship between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147(6): 685-95.
9. Stefánsson JG, Línal E. The diagnostic interview schedule (DIS IIIA) (Icelandic version). Reykjavík: University of Iceland Publications, 1990.
10. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. The National institute of mental health diagnostic

- interview schedule. Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 381-9.
11. Harris WA, Harris NF. C-DIS Computerized Diagnostic interview schedule. In: (Björnsson JK, ed. Version 5.0 Icelandic adaptation, 1989.) Ottawa: Ottawa Civic Hospital, 1987.
 12. Tómasson K. Athugun á glöpum hjá öldruðum og áfengissjúklingum með auðveldu stöðluðu prófi borin saman við mat starfsfólk. Læknablaðið 1986; 72: 246-59.
 13. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
 14. Kristmundsson ÓH. Ólögleg ávana- og fíkniefni á Íslandi. Reykjavík: Dóms- og kirkjumálaráðuneytið, 1985.