





Av: Trond Nordfjærn,
KoRus-Midt-Norge

Unge rusmisbrukere opplever oftere tilbakefall etter rusbehandling enn voksne rusmisbrukere. Det går også kortere tid fra behandling til tilbakefall for de unge. Dette var et av funnene i en studie gjennomført ved Rusbehandling Midt-Norge i samarbeid med Psykologisk Institutt, NTNU. Funnene kan tyde på at særlig de yngste pasientene bør få god oppfølging i den første tiden etter avsluttet behandling.

Risikofaktorer ved tilbakefall etter rusbehandling

Bakgrunn og formål med studien

Å unngå tilbakefall er en vanlig indikator på om rusbehandling er vellykket (Myers et al., 1993; Vaillant, 1988). Tilbakefall er her definert som økt bruk av rusmidler både etter en periode med rusfrihet og etter en periode med mindre bruk av rusmidler. Tilbakefall er svært vanlig blant rusmiddelavhengige pasienter. Hunt (1971) fant at flertallet av pasientene som mottok behandling for alkohol- og heroinavhengighet hadde tilbakefall innen tre måneder etter avsluttet behandling. Disse funnene er understøttet i senere studier (Gossop et al., 2002; Xie et al., 2005).

Internasjonalt er det gjennomført en del studier på tilbakefall etter behandling for rusmiddelavhengighet. Funnene er til dels motstridende og peker på at det er mange faktorer som øker risikoen for

tilbakefall etter behandling, for eksempel depresjon eller andre psykiske lidelser, arbeidsledighet og mangel på sosial støtte. Så langt forfatteren kjenner til, er det gjennomført få undersøkelser av tilbakefall etter rusbehandling i Norge. Et unntak er Landheim et al. (2006), som studerte risikofaktorer for tilbakefall blant pasienter i norske rusbehandlingsinstitusjoner. De så imidlertid ikke på hvordan risikofaktorene relaterer seg til tidsintervallet mellom behandling og tilbakefall. Dette gjelder også flertallet av de internasjonale studiene. Studiene konsentrerte seg hovedsakelig om *sannsynligheten* for tilbakefall, og ikke om risikofaktorer sett opp mot tidsintervallet mellom behandling og tilbakefall. Tidsintervallet er interessant fordi det kan ha betydning for utvikling av mer spesifikke, kliniske tiltak for å redusere risiko

for tilbakefall etter behandling. En faktor som henger sammen med en forlenget periode fra behandling til tilbakefall kan forstås som en beskyttende faktor for tilbakefall, mens en faktor som reduserer denne perioden kan sees som en risikofaktor. Hvis faktorer som øker eller reduserer tilbakefallsrisiko blir avdekket, kan det være et bidrag til utvikling av individuelt rettede strategier for oppfølging etter behandling.

Hovedformålet med denne studien var derfor å granske tidsintervallet fra avsluttet behandling til potensielle tilbakefall og se på hvilke kontekstuelle og psykososiale faktorer som kan relateres til en forlenget eller forkortet tidsperiode fra avsluttet behandling til tilbakefall.

Følgende variabler var antatt assosiert med tilbakefall:

- » Demografiske variabler (kjønn, aldersgruppe, sivilstatus, boforhold, arbeid, ansvar for barn, hovedinntektskilde, utdanningsnivå).
- » Psykiatriske diagnoser (depresjon, angst, schizofreni, personlighetsforstyrrelser, tvangslidelser, post-traumatisk stress, ADHD, spiseforstyrrelser og rusmiddelavhengighet).
- » Karakteristika ved bruk av rusmidler (hovedrusmiddel, bruk av flere rusmidler, alder ved debut og antall år med rusmiddelmisbruk).
- » Behandlingshistorikk (totalt antall uker i behandling, antall ulike behandlingsforøk og behandlingstyper).

Studien viste at sannsynligheten for tilbakefall var svært høy de første månedene etter behandling.

Metode

Det ble samlet inn data fra totalt 16 tverrfaglige behandlingenheter for rusmisbruk; 15 i Helse Midt-Norge og en i Helse Sør-Øst. Behandlingstilbudet ved institusjonene dekket både poliklinisk behandling, døgnbehandling og LAR-behandling. Data ble samlet inn i perioden mars 2008 til august 2009. Innliggende pasienter som deltok i studien befant seg enten i de to første eller de to siste månedene av behandling. Grunnen til dette er at vi antok at pasienter er mer tilgjengelig for å delta i forskningsprosjekter i disse periodene, og mindre belagt med aktiviteter knyttet til behandlingstiltakene. Totalt deltok 222 pasienter som var inne i et behandlingsprogram, og svarprosenten var 53 %. Pasienter på venteliste (63 stykker) og pasienter som var ferdige med sin behandling 3-12 måneder tidligere (67 stykker) ble også spurt om å delta ved hjelp av postale spørreskjema. Blant denne gruppen var svarprosenten 28 %.

Det endelige pasientutvalget besto av 352 pasienter, hvor 70 % var menn og 30 % kvinner. Blant disse pasientene rapporterte 46 % at de hadde hatt et tilbakefall etter sin siste behandling. Depresjon (34 %) og angst (32 %) var de vanligste psykiske lidelsene. Flertallet av pasientene hadde videregående skole (46 %) som sin høyeste fullførte utdanning. De fleste pasientene rapporterte at alkohol (46 %) var deres «hovedrusmiddel», mens 27 % rapporterte at de hovedsakelig brukte opiat-ter. Imidlertid brukte omtrent 60 % av utvalget flere rusmidler samtidig. Det ble gjennomført sammenligninger av vårt

materiale med et omfattende populasjonsutvalg etablert av Bergensklinikkene (Iversen et al., 2008). Disse sammenligningene viste få forskjeller mellom vårt utvalg og pasientpopulasjonen i Norge.

Hvilke risikofaktorer fant vi?

Studien viste at sannsynligheten for tilbakefall var svært høy de første månedene etter behandling. Median tid mellom behandling og tilbakefall var **21 dager**. Unge voksne i alderen 18-25 år hadde en signifikant høyere risiko for tilbakefall enn eldre voksne i aldersgruppen 41-80 år. Voksne i aldersgruppen 26-40 år viste også en svak tendens til å ha flere tilbakefall enn de eldre voksne (41-80 år).

Videre viser resultatene at **arbeidsledige** hadde større risiko for tidlige tilbakefall enn de som hadde en heltidsjobb. Når det gjelder type rusmiddel, viste studien at pasienter som hovedsakelig hadde utviklet avhengighet for alkohol og opiater, hadde høyere risiko for tilbakefall enn pasienter som brukte sentralstimulerende midler.

Den eneste psykiatriske diagnosen som hadde klar betydning for tidsintervallet mellom behandling og tilbakefall, var post-traumatisk stress. Pasienter som hadde denne diagnosen hadde signifikant lavere risiko for tilbakefall sammenlignet med pasienter som ikke hadde denne diagnosen. Funnene viste også tendenser til lavere risiko for tilbakefall blant pasienter med schizofreni, og høyere risiko blant pasienter med spiseforstyrrelser, men disse funnene er ikke statistisk signifikante og dermed usikre.

Et annet interessant funn var at pasienter som hadde gjennomført **døgnbehand-**

ling av kort eller lang varighet hadde et lengre tidsintervall fra behandling til tilbakefall enn de som gjennomførte poliklinisk behandling. Yngre voksne søker oftere poliklinisk behandling enn eldre voksne (Kaminer, 2001). Døgnbehandling kan i seg selv også innebære at pasientene holder seg rusfri over en lengre tidsperiode, noe som selvsagt også kan påvirke hvor lenge de 'holder ut' etter at de avslutter behandlingen.

Det var en klar relasjon mellom **antall behandlingsløp** pasienten hadde gjennomført og risiko for tilbakefall. Risikoen steg jo flere behandlingsløp pasienten hadde deltatt i. Pasienter med ett eller to behandlingsløp hadde dermed betydelig lavere risiko for tilbakefall enn pasienter med fire behandlingsløp bak seg.

I motsetning til tidligere studier (Hammerbacher & Lyvers, 2006; Xie et al., 2005), fant vi i denne studien at ulike **typer rusmidler** hang sammen med tidsintervallet mellom behandling og tilbakefall. Pasienter som bruker opiater eller alkohol hadde kortere tidsintervall mellom behandling og tilbakefall enn pasienter som bruker sentralstimulerende midler. Vi fant også en tendens til lengre tidsintervall før tilbakefall blant cannabisbrukere. Lago og Kosten (2006) hevdet at amfetaminbrukere har færre fysiske abstinenssymptomer enn brukere av alkohol eller opiater. Dornbush et al. (1972) fant ingen fysiske abstinenssymptomer blant folk som røykte marihuana daglig. Imidlertid viser en nyere studie av empirien på feltet (Budney et al., 2004) at cannabisbrukere ofte rapporterer både følelsesmessige, fysiske og atferdsmessige abstinenssymptomer.

Tallene viste at forskjeller i kjønn, sivilstatus, barneansvar, hovedinntektskilde, utdanning, tidlig rusdebut eller type behandlingsinstitusjon *ikke* hadde signifikant betydning for tilbakefall.

Beskyttelsesfaktorer

Studien identifiserte flere risikofaktorer for tilbakefall samtidig som den identifiserte noen beskyttelsesfaktorer. Faktorer som økte risikoen for tilbakefall i studien var: ung alder, arbeidsledighet og bruk av opiat eller alkohol som hovedrusmiddel. I tillegg så vi at pasienter som hadde deltatt i flere behandlingsløp hadde større risiko for tilbakefall. På den andre side fant vi at høyere alder, heltidsarbeid, post-traumatisk stresslidelse og døgntil behandling reduserte risikoen for tilbakefall betraktelig. Ett av de tydeligste funnene var at unge voksne hadde 82 % høyere risiko for tilbakefall enn eldre voksne. Dette kan muligens skyldes at eldre voksne har mer erfaring med det å ha et rusproblem og har tilegnet seg bedre mestringsstrategier for å takle et rusfritt liv. Eldre pasienter har også høyere sannsynlighet for å ha gjennomført flere behandlingsforøk enn yngre pasienter. Det er også mulig at eldre pasienter i større grad enn de yngre har tatt inn over seg og har opplevd de negative konsekvensene av rusmisbruk.

Studien viste at arbeidsledighet er et risikomoment for tidlig tilbakefall. Robins (1974) stadfestet at yrkesdeltakelse er essensielt for å forhindre tilbakefall, siden dette gir individet tilhørighet til en sosial kontekst som ikke handler om rusmidler. Man får dermed mulighet til å etablere et sosialt nettverk som ikke inkluderer skadelig bruk av rusmidler, noe som kan være avgjørende for et vellykket resultat.

Disse funnene støttes også i en tidligere, kvalitativ studie (Nordfjærn et al., 2010) hvor pasienter som ble intervjuet fokuserte på yrkesdeltakelse som viktige beskyttelsesfaktorer for å forhindre tilbakefall. Det kan derfor være fruktbart for behandlingsinstitusjoner å sørge for å etablere pasientene i en yrkesaktivitet allerede før behandlingen avsluttes (se også Al-Nahedh, 1999; Reece, 2007; Xie et al., 2005). Å være aktiv i arbeidslivet kan være en bro over til et mer konvensjonelt sosialt liv for de som prøver å komme seg ut av rusmisbruk. Dette er også understøttet i teorier om atferdsvalg (Bickel & Vuchinich, 2000) som argumenterer for at rusmisbruk kan forklares som en mangel på alternative belønnende aktiviteter, som ikke fordrer til rusmisbruk.

Oppfølging etter behandling minsker risikoen for tilbakefall

Å intensivere oppfølgingen etter behandling kan være et effektivt middel for å minske risikoen for tilbakefall. Kaminer (2001) foreslår en kombinasjon av høy-intensitets poliklinisk behandling og oppfølgingstiltak med lavere intensitet for å forhindre tilbakefall i denne perioden. Dette kan være særlig effektivt for yngre voksne (Kaminer & Napolitano, 2004). Strømningeformet spesialisert behandling sammen med kommunale tilbud og tiltak kan sannsynligvis redusere risikoen for tilbakefall i denne kritiske perioden.

I følge modeller for tilbakefallsforebygging (Marlatt & Gordon, 1985) kan tilbakefall forebygges gjennom psykoedukative tiltak rettet mot å lære pasientene å identifisere eksterne og interne faktorer som utgjør risikosituasjoner for tilbakefall. Slike faktorer kan for eksempel være

stress, positive forventninger til kortids-effektene av rusbruk eller brukerutstyr. Tiltak for å forebygge tilbakefall kan fokusere på å at pasientene skal kunne mestre risikosituasjonene eller hvordan de skal unngå disse. Det kan også være virkningsfullt at pasientene forstår at disse situasjonene ikke utgjør risiko i seg selv, men at det i stor grad handler om hvordan personen fortolker situasjonen og sine egne ferdigheter til å mestre denne. Motiverende intervju er også en metodikk som har vist gode resultater som et hjelpemiddel for å skape endring, spesielt i kombinasjon med kognitiv terapi. Det er trolig at slike terapeutiske teknikker med hell kan benyttes i større grad overfor denne pasientgruppen.

Særskilt oppfølging for de yngste

Forskjellene i tidsintervallene mellom behandling og tilbakefall blant de ulike aldersgruppene kan tyde på at det er gunstig å differensiere behandlingstilbudet til de ulike gruppene. I 2008 åpnet Rusbehandling Midt-Norge HF Ungdomsklinikken. Dette er en døgnbehandlingsinstitusjon for aldersgruppen 18-23 år. Ungdommer og unge voksne har ofte en ambivalens i forhold til behandling og ser kanskje ikke på sitt rusbruk som problematisk. De har kanskje ikke opplevd de negative konsekvensene av rusmiddelmissbruk i samme utstrekning som de eldre pasientene. I denne aldersgruppen ligger det også oftere press fra andre om å begynne behandling, for eksempel foreldre eller andre familiemedlemmer, skole og andre autoriteter (Callaghan et al., 2005). Det

Motiverende intervju er også en metodikk som har vist gode resultater som et hjelpemiddel for å skape endring, spesielt i kombinasjon med kognitiv terapi.

er velkjent at ytre motivasjonsfaktorer er mindre effektive i å opprettholde en atferd sammenlignet med indre motivasjonsfaktorer. En alternativ tilnærming til behandling og motivasjonsstrategier kan derfor komme disse pasientene til gode. En mulig strategi kan for eksempel være å etablere motiverende kurs og samtaler både før og etter at yngre pasienter skrives inn i et behandlingsforløp.

Oppsummering

Hovedmålet med studien var å undersøke tidsintervallet mellom behandling og tilbakefall, og hvilke risikofaktorer som kan relateres til dette tidsintervallet. Vi fant at ung alder, arbeidsledighet og høyt antall behandlingsforsøk var klare risikofaktorer for tilbakefall. Motsatt var høy alder, heltidsarbeid og gjennomført døgnbehandling beskyttelsesfaktorer.

Funnene tyder på at det er viktig med spesialiserte oppfølgingstiltak tilrettelagt for å møte de ulike risikofaktorene. Man bør ha et eget fokus på den yngste pasientgruppen, da ung alder i seg selv ser ut til å utgjøre en risiko for tidlig tilbakefall. Videre understreker studien viktigheten av å ha en yrkestilknytning, da heltidsarbeid var en av de viktigste beskyttelsesfaktorene vi fant. Det er derfor grunn til å legge sterk vekt på at pasienter som skrives ut fra behandling bør ha en jobb å gå til.

Om forfatteren:

Trond Nordfjærn (31) er Msc. i psykologi fra NTNU 2006. Han har nylig levert sin PhD-avhandling knyttet til rusfeltet. Avhandlingen hans omfatter en undersøkelse av tilbakefall og forklaringsvariabler for rusbruk blant 350 pasienter i Rusbehandling Midt-Norge HF. Det ble også undersøkt hvordan pasientene opplevde egne bedringsprosesser og nytten av behandlingstiltak. Nordfjærn har deltatt i en rekke ulike forskningsprosjekter og har også publisert tilsvarende en doktorgrad (dr.philos) innenfor sikkerhetspsykologi.

Referanser:

Al-Nahedh, N. (1999). Relapse among substance-abuse patients in Riyadh, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5, 241-246.

Bickel, W. K., & Vuchinich, R. E. (Eds). (2000) *Reframing health behaviour change with behavioural economics*. Mahwah, New York: Lawrence Erlbaum.

Budney, A. J., Hughes, J. R., Moore, B. A., & Vandrey, R. (2004). Review of the Validity and Significance of Cannabis Withdrawal Syndrome. *American journal of psychiatry*, 161, 1967-1977.

Callaghan, R. C., Hathaway, A., Cunningham, J. A., Vettese, L. C., Wyatt, S., & Taylor, L. (2005). Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. *Addictive behaviors*, 30, 1834-1847.

DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York: Guilford Press.

Dornbush, R. L., Clare, G., Facks, J., Volavka, P., Crown, P., & Fink, M. (1972). Twenty-one day administration of marijuana in male volunteers. In M. F Lewis (Ed.), *Current research in Marijuana* (pp. 115-127). New York: Academic Press.

Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., & Marsden, J. (2002). Factors associated with lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*, 97, 1259-1267.

Hammerbacher, M., & Lyvers, M. (2006). Factors associated with relapse among clients in Australian substance disorder treatment facilities. *Journal of substance use*, 11, 387-394.

Hunt, W. A., Barnett, L. W., & Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of clinical psychology*, 27, 455-456.

Iversen, E., Lauritzen, G., Skretting, A., & Skutle, A. (2008). Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelbrukere. [The national documentation system within the treatment system for patients with substance addiction] (in Norwegian). Oslo: SIRUS Report.

Kaminer, Y. (2001). Adolescent substance abuse treatment: where do we go from here? *Psychiatric services*, 52, 147-149.

Kaminer, Y., & Napolitano, C. (2004). Dial for therapy: Aftercare for adolescent substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1171-1174.

Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum P. (2002). Psychiatric disorders among substance abusers treated in the substance abuse field. *Nordic journal of Epidemiology*, 12, 309-318.

Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2006). Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year follow-up in two Norwegian counties. *BMC Psychiatry*, 6, 44.

Lago, J. A., & Kosten, T. R. (2006). Stimulant withdrawal. *Addiction*, 89, 1477-1481.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford press.

Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-Gaziola, S., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J. J., Dewit, D. J., Kolody, B., Vega, W. A., Wittchen, H. U., & Kessler, R. C. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the international consortium in psychiatric epidemiology. *Addictive behaviors*, 23, 893-907.

Myers, M. G., Brown, S. A., & Mott, M. A. (1993). Coping as a predictor of adolescent substance abuse treatment outcome. *Journal of substance abuse*, 5, 15-29.

Nordfjærn, T., Rundmo, T., & Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of psychiatric and mental health Nursing*, 17, 46-64.

Reece, A. S. (2007). Psychosocial and treatment correlates of opiate free success in a clinical review of a naltrexone implant program. *Substance abuse treatment, prevention and policy*, 2, 2-35.

Robins, L. N. (1974). *The Vietnam drug user returns*, Special Action Office Monograph, Series A, No. 2. Washington, DC: Government Printing Office.

Vaillant, G. E. (1988). What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? *British journal of addiction*, 83, 1147-1157.

Xie, G. J., McHugo, M., Fox, B., & Drake, R. E. (2005). Special section on relapse prevention: Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatric services*, 56, 1282-1287.



