

Orientering om diagnosinstrument för beroende respektive missbruk eller skadligt bruk av alkohol och droger

ADDIS – Alkohol och Drog Diagnos InStrument

SCID – Structured Clinical Interview for DSM-IV

MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview

Arne Gerdner, Mittuniversitetet i Östersund

Internationellt certifierad alkohol- och drogbehandlare,

fil.dr. i psykiatri, docent i socialt arbete

Steget efter screening

- Om en person önskar utreda sina problem med alkohol eller droger...
 - Eller om Audit, Dudit eller CAGE visar att det finns problem...
 - Eller om biologisk screening visar detta...
- ... då är *nästa steg* att utreda problemet t.ex. om beroende föreligger
- eller möjligen missbruk alternativt skadligt bruk
- ... och därefter bör även angränsande hjälpbehov utredas.

Ta inte för givet att allvarliga alkohol- eller drogproblem alltid är beroende

Exempel

George (29 år) som tidigare dömts för rattfylla kör – återigen berusad – ihjäl en kvinna i en bilolycka. Hans alkoholhalt var hög bägge gångerna (1,3 resp. 2,4 ‰).

Han visar inga känslomässiga reaktioner till det inträffade. Det finns inte några tecken på depression. Även om han uppger att han kände ånger så tycks hans emotionella respons vara ytlig.

Hans historia präglas av slagsmål; ibland – men inte alltid – under berusning. Vid rus blir han ofta aggressiv för småsaker.

Strukturerad diagnostik visar att han *inte* är beroende, men han kvalificerar för antisocial personlighetsstörning och har ett alkoholmissbruk enligt DSM-IV.

Han uppfyller kriteriet hög alkoholtolerans, men inga andra beroendekriterier.

Exemplet (starkt förkortat) är hämtat från Carlton K Erickson "The science of addiction" s 20-21.

Varför är diagnosen viktig?

Beroende är ett bio-psyko-socialt tillstånd...
... med starkt förändrade förutsättningar för
individens förmåga att styra sitt
konsumtionsmönster.

I missbruk (och skadligt bruk) är individens
möjligheter till självreglering större – men inte
nödvändigtvis motivationen.

Detta har betydelse för prognos och val av insatser.

Se exempelvis Walitzer & Connors, 1999.

Vid indikationer bör även andra psykiatriska problem utredas

Ju tyngre beroendeproblem – desto vanligare är det med psykiatrisk samsjuklighet.

Men dessa problem utreds sällan.

Socialtjänsten beskriver problemen, men behärskar inte psykiatrisk bedömning.

Psykiatrin möter många av dessa i akuta tillstånd, men utreder dem inte.

Det kräver att individen hållit sig nykter och drogfri några veckor.

Följden är att de med psykiatrisk samsjuklighet inte får adekvata vård- och behandlingsplaneringar.

Se SOU 2004:3, SOU 2005:85 och Gerdner (2004a) i LVM-utredningens forskningsbilaga

Diagnos i dialog – ej stämpling

- Det finns sedan gammalt en misstro mot diagnoser, från en tid då dessa mest använts för att motivera kontroll över patienter.
- Berättigad kritik medförde dock antidiagnostisk praktik som hindrade utveckling både i forskning och behandling.
- Men ordet diagnos kommer från grekiskans "delad kunskap" – dvs ett gemensamt utforskande av ett problem av behandlare och patient tillsammans.
- God diagnostik sker därför i dialog ("delat ord" = samtal) och bör ge individen ökad kunskap och därmed ökad makt över sin situation.
- Använt på detta sätt – diagnos i dialog – har vi en av de mest verksamma motivationsmetoderna.

Se exempelvis två studier från LVM-vård Gerdner (2004), Gerdner & Fridell (2007).

Diagnostik ger individen kunskap om sina problem

Kunskap ger makt – empowerment

Kliniska erfarenheter visar att individer efter väl genomförd diagnostik ...

... lättare tar till sig problemen

... lättare hanterar dessa känslomässigt – t.ex. hantera skuld och skam

... kan formulera mer realistiska mål

... blir mer motiverade att genomgå behandling och fullfölja eftervård

...samt gör egna livsval som förbättrar prognosen

Se ex. Erickson 2007

Diagnosen har betydelse för behandlingsplaneringen

...för att välja adekvat behandling och eftervård

...t.ex. mellan program inriktade på total
avhållsamhet resp. kontrollerat drickande.

Inte rimligt att förutsätta att alla med problem –
även icke beroende – skall gå i program inriktade
på helnykterhet.

Betydelsefullt även i valet av farmakologiskt stöd
mot sug och merbegär av alkohol – t.ex. Campral
eller Revia.

...eller för att välja integrerade program som kan
hantera psykiatrisk samsjuklighet

...samt adekvata eftervårdsinsatser.



Oetiskt att behandla utan att veta vad man behandlar

Att underlåta diagnostisering innebär

...risk för *felbehandling*

...risk att *försena adekvat hjälp*

...fel användning av *begränsade resurser*.

Viktigt för forskning om insatsernas utfall och effekt

All sådan forskning blir *meningslös om man inte vet vad man behandlar*

Missbruks- och beroendevård som underlåter diagnostik kan därför knappast vara evidensbaserad



ASAM – det amerikanska sällskapet för beroendemedicin...

... kräver diagnos *innan* patienter placeras i något behandlingsprogram (ASAM PPC-2R, 2001).

Jfr med vad som enligt lag gäller andra sjukdomstillstånd i Sverige.

Hälso- och sjukvårdslagen (§ 2b) kräver att diagnostisk bedömning görs och kommuniceras med patienten i all behandling under denna lag

Trots att socialtjänsten har vårdansvar för alkohol- och drogproblem saknas ännu motsvarande bestämmelser i SoL och LVM.

God diagnostik kräver både rätt kompetens och rätt instrument

Även erfarna kliniker missar diagnos utan strukturerade instrument.

Detta gäller både

... missbruk och beroende, och

... psykiatrisk samsjuklighet.

Största problemet i vanliga kliniska intervjuer vid alkohol- och drogproblem – utan instrument – är *låg sensitivitet*, dvs att man missar att konstatera det beroende som föreligger.

Se Kranzler m fl 1995, Muthén 1996



Tre instrument för beroende- diagnos enl. DSM-IV / ICD-10

Gemensamt för alla tre

Strukturerade intervjuer utförda av professionella
Krav på förkunskaper

ADDIS – har fokus på alkohol och droger

Det mest använda (används både inom socialtjänst och hälsovård).

Ger diagnoser enligt både DSM-IV och ICD-10.

Inriktad på pedagogisk feedback av beroendediagnoser och förlopp

Flera specifika frågor för varje kriterium för god sensitivitet och specificitet

Ger specifika diagnoser för varje drogtyp samt mått på svårighetsgrad (antal symptom)

SCID och MINI – vid bred psykiatrisk genomgång

Båda har moduler för många psykiatriska problemområden.

Båda ger diagnoser enligt DSM-IV (ej ICD-10)

Modulerna inleds med nyckelfrågor som – vid "napp" – följs av flera.

SCID – Vanlig i forskning. "Gyllene standard" i psykiatrisk diagnostik.

MINI – liknar SCID men är kortare. Sprids nu i psykiatrisk öppenvård.

ADDIS

Alkohol Drog Diagnos InStrument

Har funnits i Sverige sedan 1987

Svensk version av amerikanska SUDDS

Fokus på alkohol- och drogproblem för specifika diagnoser

Både *livstidsprevalens* och *aktuell prevalens*

Dessutom kortare screening av psykisk hälsa (ångest och depression) samt kritiska livshändelser senaste året.

Ungdomsversion finns

C:a 6000 ADDIS-intervjuer görs årligen i Sverige (det mest frekventa)

Förkunskapskrav: Högskoleutbildning + beroendelära *eller* Certifierad alkohol- och drogbehandlare

Kräver utbildning och certifiering genom 4M Konsult AB i Åre (Lynn Wickström)

SCID

Structured Clinical Interview for DSM-IV

Bred genomgång av psykiatriska problem, med moduler bl a för

Förstämningssyndrom

Psykos

Substansrelaterade syndrom

Ångestsyndrom

Somatoforma syndrom

Ätstörningar

Personlighetsstörningar (i SCID-II)

Finns både i klinisk version och forskningsversion

Klinisk version endast aktuell prevalens, forskningsversion även livstidsprevalens

För substansproblemen:

Ett par frågor för varje kriterium (om napp på en – inga fler frågor).

Ger ej separat diagnos per drog, och ej svårighetsmått.

Förkunskapskrav: Psykiatriutbildning - t ex psykiater eller psykiatri-sköterska. Träning krävs.

Manual och träning t.ex. genom Empatica AB (Jörgen Herlofsson)

MINI

Mini International Neuropsychiatric Interview

I stort sett samma breda psykiatriska genomgång som i SCID..

..men kortare och något mindre specifik

Tar ungefär halva tiden jämfört med SCID

Aktuell och livstidsprevalens.

Ungdomsversion finns

För substansproblemen:

Endast en fråga per kriterium

Ger ej separata diagnoser per drogtyp, och ej svårighetsmått.

Samma förkunskapskrav som SCID, men ingen obligatorisk träning

Manual och formulär erhålls genom Christer Allgulander,
Karolinska Institutet



För intresserade: Validitet m m

ADDIS

Internationell validering (SUDDS) visar god överensstämmelse med erfarna klinikers diagnoser & god test-retest-reliabilitet (Davis m fl 1992). Mkt god sensitivitet & specificitet (Hoffmann & Harrison 1996). Mkt god intern konsistens oberoende av etnicitet (Hoffmann & Hoffmann 2003)

Svensk validering (alkoholfrågorna) visar god konstruktvaliditet, diskriminant validitet och intern konsistens, även specifikt på kriterienivå och separat för kön (Gerdner 2009). Studie om sensitivitet/specificitet pågår (Gerdner kommande)

SCID

Betraktas internationellt som "gyllene standard" för psykiatriska diagnoser (Sheenan m fl 1997). Studier med fokus på specifika diagnoser visar god interbedömarreliabilitet (Segal m fl 1993, 1994, 1995; Strakowski m fl 1993, 1995; Stukenberg m fl 1990). För substansberoende: högre validitet än klinisk intervju (Krantzler m fl 1995). För personlighetsstörningar (DSMIIIr) se First m fl (1995).

Svensk validering av substansmodul pågår avseende sensitivitet/specificitet (Gerdner kommande)

MINI

Internationell validering: God överensstämmelse med SCID resp. CIDI. God interbedömarreliabilitet och test-retest för både livstids- och aktuell prevalens, men sämre för de allvarligaste störningarna (psykos & mani) (Sheenan m fl 1997; Lecrubier m fl 1997).

Svensk validering saknas

