



# Rusutløst psykose – en problematisk diagnose

---

## KRONIKK

JØRGEN G. BRAMNESS

jobr@fhi.no

Jørgen G. Bramness er dr.med., spesialist i psykiatri, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) ved Sykehuset Innlandet og professor ved UiT Norges arktiske universitet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ASLAK SYSE

Aslak Syse er lege, jurist og professor emeritus ved Institutt for offentlig rett ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELINE BORGER ROGNLI

Eline Borger Rognli er ph.d., spesialist i klinisk psykologi og forsker ved Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk) ved Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

Hvert år legges over 500 pasienter inn på norske sykehus med diagnosen rusutløst psykose. Men rusmiddelbruk er bare én av flere bidragende faktorer til at disse pasientene blir psykotiske, og mange får senere en schizofrenidiagnose.

Rusutløst psykose er en psykotisk lidelse som oppstår under eller relativt umiddelbart etter inntak av et rusmiddel, og som gir hallusinasjoner, vrangforestillinger og psykomotoriske forstyrrelser. I akuttfasen er rusutløst psykose og schizofreni ikke mulige å skille fra hverandre (1). Det som skiller, er imidlertid tidsaspektet. Rusutløst psykose går relativt raskt tilbake ved avholdenhet, slik det reflekteres i de diagnostiske kriteriene. Ifølge ICD-10 bør symptomene dempes betydelig innen én måned og helt innen seks måneder (2). Ifølge DSM-5 bør diagnosen unngås om psykosen varer «en betydelig tid, for eksempel over én måned» (3). Vi mener at en diagnose som konkluderer om lidelsens årsak, blir feil og er en utdatert måte å stille diagnoser på. Lidelsen burde heller plasseres sammen med de andre psykoselidelsene. Det gir også uheldige juridiske konsekvenser å se på dette som en rusmiddellidelse.

## En antagelse om årsak

Tidligere tiders diagnoser inneholdt ofte informasjon om antatt årsak til den psykiske lidelsen, for eksempel reaktiv og endogen depresjon og psykose. Moderne diagnoser legger mer vekt på å beskrive tegn og symptomer uten å peke på bakenforliggende årsaker. Dette er ut fra en erkjennelse av at bak de fleste tilstander ligger multiple mulige årsaker, varierende fra individ til individ, og uten at vi fullt ut forstår hvorfor sykdommen har oppstått. Diagnoser er altså hovedsakelig deskriptive. Vi forholder oss til det vi kan observere og beskrive, og unngår det kausale eller forklarende. Rusutløst psykose henger derimot igjen i en forklarende diagnostikk. Konklusjon om årsak trekkes her allerede ved diagnosesetting. Diagnosen rusutløst psykose har tidligere blitt kritisert for å være tynt empirisk fundert, og derfor ikke valid, og nyere forskning underbygger denne kritikken (4).

## Rusmiddelbruk alene er ikke nok

Sammen med skandinaviske kolleger har vi nylig vist at insidensen av cannabisutløst psykose har økt i Skandinavia de siste 15 årene. Samtidig har det vært en svak økning i bruk, og, trolig viktigere, mer potente cannabisprodukter med høyere innhold av delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) (5). Jo mer bruk og jo sterkere rusmidler, jo mer rusutløst psykose, og denne sammenhengen peker på betydningen av rusmiddelbruken (6).

*«På mange måter kan en rusutløst psykose heller betraktes som en førstegangpsykose hos en rusmiddelbruker»*

Rusmiddelbruk er sannsynligvis bare én av mange risikofaktorer for rusutløst psykose. De færreste som bruker rusmidler, blir psykotiske. Dette gjelder også de som bruker mye rusmidler. I eksperimentelle studier der man har gitt økende mengde amfetamin eller cannabis for å indusere psykose, blir ikke alle psykotiske, selv ved høye doser (7, 8). En relativt ny artikkel fra en dansk forskergruppe viser at infeksjoner, en mulig risikofaktor for schizofreni, også er assosiert med risiko for å få rusutløst psykose (9). En annen undersøkelse viser at familiær sårbarhet for psykose er signifikant forhøyet sammenliknet med normalbefolkningen hos de som får en rusutløst psykose (10). Dette viser at også for rusutløst psykose er sårbarhet en sentral faktor, slik det er for utvikling av primærpsykose (11). Dette taler altså imot at det bare er rusmiddelbruken som er selve årsaken til psykosen (5, 6).

Fra egen og internasjonal forskning vet vi også at en stor andel av de som får diagnosen rusutløst psykose, etter hvert får en primærpsykotisk diagnose (12). Faktisk så mange som én av fire, og for noen rusmidler (cannabis og amfetaminer) er andelen større (13). Det er ingen andre risikofaktorer for schizofreni som er så overveldende. Dette bør føre til at vi tar rusutløst psykose alvorlig og kanskje tenker nytt om selve diagnosen.

Det store spørsmålet er hvorvidt rusmiddelbruk kan gi psykose hos individer som dersom de ikke hadde brukt rusmidler, ville ha forblitt friske. Store randomiserte eksperimenter kunne kanskje brakt oss nærmere et svar, men ville selvsagt vært uetiske og umulige å gjennomføre. På enkeltpersonnivå vil det være umulig å vite om vedkommende ville ha fått en psykose også uten rusmiddelinntak.

## Implikasjoner for behandling

Vi har inntrykk av at mange er tilbakeholdne med å gi diagnosen schizofreni (14). Dette kan kanskje skyldes at man ikke ønsker å gi pasienten en for dårlig prognose og «stemple» personen som kronisk syk. I redsel for å falle i én grøft kan man imidlertid risikere å havne i en annen: at syke mennesker ikke får den hjelpen de trenger. Særlig gjelder dette for personer med gjentatte rusutløste psykoser uten at helsepersonell kommer i posisjon til å

utrede for primærpsykose. I den over to hundre sider tykke behandlingsveilederen for psykoselidelser er rusutløst psykose viet bare to sider. Det kliniske budskapet her er at differensialdiagnostisk avklaring opp mot primærpsykose er vanskelig, men at dette er viktig siden implikasjonene for videre oppfølging er store. Noe som indirekte kan peke mot at rusutløst psykose skal utredes og behandles annerledes.

Rusutløst psykose behandles i akuttfasen i psykisk helsevern. Mye tyder på at det vil være fornuftig også å følge opp i psykisk helsevern, slik man gjør for andre typer psykosetilstander. Ved en førstegangpsykose tilbys pasienten i dag flere år med oppfølging, herunder medikamentell behandling, ulike former for psykoterapi og familieoppfølging samt fokus på fysisk helse, sosialt liv, bolig, arbeid og samarbeid med kommunen (15). For rusutløst psykose, derimot, er vårt inntrykk at den typiske behandlingen er ett til to døgn på akuttpsykiatrisk avdeling og utskrivelse med oppfordring om å avstå fra rusmiddelbruk, kanskje ledsaget av en henvisning til ruspoliklinikk. Rusutløst psykose er i ICD-10 en del av kapittelet som omhandler rusmiddellidelser. Ny forskning viser derimot at rusutløst psykose vel så gjerne kan betraktes som en psykoselidelse, heller enn en spesifisering av en rusmiddellidelse. Vi mener at på mange måter kan en rusutløst psykose heller betraktes som en førstegangpsykose hos en rusmiddelbruker. Videre tilsier kunnskapsgrunnet at rusutløste psykoser bør tilbys liknende behandling som andre førstegangpsykoser.

## Rettslige implikasjoner

Rusutløst psykose som tilstand er i tillegg en utfordring ved anvendelse av straffeloven. Nye tilregnelighetsregler i straffeloven § 20 som trådte i kraft 1. oktober 2020 etter en svært uryddig lovprosess, bidro ikke til å gjøre dette klarere (16). Grunnvilkåret for utilregnelighet er nå en «sterkt avvikende sinnstilstand» samt graden av «svikt i virkelighetsforståelse og funksjonsevne» (17). Disse vilkårene kan være krevende å tolke, men det er antatt at domstolene vil legge til grunn en tilsvarende forståelse som etter den tidligere «psykoseregelen» i straffeloven § 20, slik bestemmelsen ble avgrenset gjennom rettspraksis med fritak for straff ved utilregnelighet (18).

### «Diagnostiske beskrivelser får direkte implikasjoner for jussen»

Fritaket for straff gjelder ikke ved *forbigående* utilregnelighet som følge av «selvforskyldt rus». Lovbryteren blir altså funnet tilregnelig hvis psykosen skyldes rusmiddelinntak, og vi ser her hvordan diagnostiske beskrivelser får direkte implikasjoner for jussen. I 2010 ble en viktig, prinsipiell sak avgjort av Høyesterett. Påtalemyndighetene foreslo straffrihet for en person som i gjerningsøyeblikket hadde psykose etter rusmiddelinntak, men der symptomene i etterkant av gjerningen varte i over en måned, uten nye rusmiddelinntak og mens personen gikk på antipsykotisk medikasjon. Høyesterett valgte her å ikke ta stilling til tidsaspektet, men lot sakkyndiges opprinnelige rusutløst psykose-diagnose bli stående, og påtalte ble ilagt straff (19).

Før lovendringene i 2020 var regelen absolutt: Det inntrådte aldri straffrihet dersom retten kom til at en *kortvarig* psykose eller bevissthetsforstyrrelse skyldtes selvforskyldt rus. Dette kunne gi urimelige utslag ved atypisk rus. I forarbeidene framgår som eksempler «lovbryterens manglende erfaring med rus, for eksempel der en ung person inntar alkohol, kanskje for første gang, og helt uventet reagerer med en psykose, eller der en person reagerer atypisk på en normal mengde alkohol» (20).

I forarbeidene til regelendringene ble det foreslått en snever unntaksregel der straffrihet kan innrømmes dersom «særlige grunner tilsier det» (20). Når selvforskyldt rus framkaller en mer varig utilregnelighetstilstand, kan personen etter regelendringene også straffes

dersom det foreligger «særlige grunner», begrenset til når vedkommende kan klandres for rusmiddelbruk eller seponering av medisiner.

Det foreligger foreløpig ingen høyesterettspraksis som klargjør hvordan disse to unntaksbestemmelsene om «særlige grunner» skal anvendes. Den rettslige situasjonen framstår derfor uavklart, men det kan nok legges til grunn at klart forbigående rusutløste psykoser stort sett vil medføre straff, mens unntaksregelen kan komme til anvendelse dersom den utløste psykosen var uforutsigbar. Langvarige, alvorlige psykiske forstyrrelser som tilfredsstillende vilkårene for utilregnelighet, vil medføre straffrihet med mulighet for overføring til tvungent psykisk helsevern dersom hensynet til samfunnsvernet tilsier dette (19).

Selv om det er påregnelig å bli ruset etter inntak av rusmidler, inntreffer psykose svært sjelden og er dermed vanskelig å forutse, noe som kan tilsi straffrihet. Blir psykosen langvarig, bør man vurdere tilstanden som *mulig* primærpsykotisk. Enkelte personer som vurderes som tilregnelige fordi psykosen var utløst av rusmiddelbruk, kan ha en primærpsykotisk lidelse og bør derved omfattes av den nye unntaksregelen.

## Konklusjon

Hovedproblemet med diagnosen rusutløst psykose er at den overdriver viktigheten av rusmiddelbruken. Betydningen av sårbarhet, likheten i symptomer og den store andelen som viser seg å ha primærpsykose, kan tale for å revurdere navnet på diagnosen og plasseringen i rusmiddelkapittelet i ICD-10. Ved å bruke en betegnelse som *psykose etter rusmiddelinntak* eller tilsvarende og plassere diagnosen i psykosekapittelet, vil man i større grad anerkjenne kompleksiteten ved tilstanden og samtidig gi rom for bedre utredning og behandling i psykisk helsevern samt mer rettferdige vurderinger i rettsvesenet.

---

## REFERENCES

1. Medhus S, Mordal J, Holm B et al. A comparison of symptoms and drug use between patients with methamphetamine associated psychoses and patients diagnosed with schizophrenia in two acute psychiatric wards. *Psychiatry Res* 2013; 206: 17–21. [PubMed][CrossRef]
2. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 2. utg. Geneva: World Health Organization, 2004.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
4. Mathias S, Lubman DI, Hides L. Substance-induced psychosis: a diagnostic conundrum. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 358–67. [PubMed][CrossRef]
5. Rognli EB, Taipale H, Hjorthøj C et al. Annual incidence of substance-induced psychoses in Scandinavia from 2000 to 2016. *Psychol Med* 2022; 0: 1–10. [PubMed][CrossRef]
6. Engh JA, Bramness JG. Psychosis relapse, medication non-adherence, and cannabis. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 578–9. [PubMed][CrossRef]
7. van der Steur SJ, Batalla A, Bossong MG. Factors Moderating the Association Between Cannabis Use and Psychosis Risk: A Systematic Review. *Brain Sci* 2020; 10: 97. [PubMed][CrossRef]
8. Angrist BM, Gershon S. The phenomenology of experimentally induced amphetamine psychosis—preliminary observations. *Biol Psychiatry* 1970; 2: 95–107. [PubMed]
9. Hjorthøj C, Starzer MSK, Benros ME et al. Infections as a risk factor for and prognostic factor after substance-induced psychoses. *Am J Psychiatry* 2020; 177: 335–41. [PubMed][CrossRef]
10. Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist J et al. Prediction of Onset of Substance-Induced Psychotic Disorder and Its Progression to Schizophrenia in a Swedish National Sample. *Am J Psychiatry* 2019;

176: 711–9. [PubMed][CrossRef]

11. Løberg EM, Helle S, Nygård M et al. The Cannabis Pathway to Non-Affective Psychosis may Reflect Less Neurobiological Vulnerability. *Front Psychiatry* 2014; 5: 159. [PubMed]
12. Murrie B, Lappin J, Large M et al. Transition of Substance-Induced, Brief, and Atypical Psychoses to Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull* 2020; 46: 505–16. [PubMed][CrossRef]
13. Rognli EB, Heiberg IH, Jacobsen BK et al. Transition from substance-induced psychosis to schizophrenia spectrum disorder or bipolar disorder. *JAMA Psychiatry* 2023; godkjent for publisering.
14. Mitchell AJ. Reluctance to disclose difficult diagnoses: a narrative review comparing communication by psychiatrists and oncologists. *Support Care Cancer* 2007; 15: 819–28. [PubMed][CrossRef]
15. Helsedirektoratet. Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet, 2013.
16. Syse A. Strafferettslig utilregnelighet – Utilregnelig innhold og nærmest utilregnelig prosess. I: Asland J, Syse A, Fredwall K et al., red. *Livsfellesskap – Rettsfellesskap Tone Sverdrup 70 år*. Oslo: Gyldendal, 2021.
17. Lovdata. Lov om straff (straffeloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28> Lest 21.12.2022.
18. Frøberg T. De nye reglene om strafferettslig skyldevne. *Lov og Rett* 2020; 59: 167–84. [CrossRef]
19. Norges Høyesterett. HR-2010-00488-A, (sak nr. 2009/1981). <https://www.domstol.no/globalassets/upload/hret/avgjorelser/2010/saknr2009-1981anonymisert.pdf> Lest 21.12.2022.
20. Justis- og beredskapsdepartementet. Endringer i straffeloven og straffeprosessloven mv. (skyldvne, samfunnsvern og sakkyndighet). <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=69169> Lest 21.12.2022.

---

Publisert: 20. februar 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0762

Mottatt 30.11.2022, første revisjon innsendt 19.12.2022, godkjent 21.12.2022.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 19. juli 2023.