

Den Nationale Alkoholkonference 2020

Session 2 B

Gør alkoholbehandlingen i stand til at hjælpe mennesker med en dobbeltdiagnose

Per Nielsen, centerleder, psykolog, ph.d.

Ringgården

**– Nationalt Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret
Afhængighedsbehandling**

Ringgården

Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling

- Selv-ejende nonprofit institution; 1972
KFUM's Sociale Arbejde i Danmark
- alkoholbehandling §141; kokain SEL §101 jf
§107
- Nationalt kompetencecenter (SUM)
- 32 døgnpladser
- 24 ansatte; (socialrådgivere, pædagoger og
psykologer – alle med efteruddannelse)
- Lægekonsulent (speciallæge i psykiatri)
- Lang erfaring og højt udd.niveau (>12 års
anciennitet i snit)

I min alder snakker man mere
og mere med sig selv...



Hva' beha'r

Husk, Per!

- Vi behandler mennesker, ikke adfærd:
- Du skal ikke være afhængighedsbehandler, for du behandler ikke afhængighed; du behandler mennesker med afhængighedsproblemer
- Åh, visse vasse – NEJ: Det gør en forskel!

Undgå: "lussinge-metoden":

- "Du ødelægger dig selv og dine pårørende!"
(lytter ikke)
- "Alkohol er skadeligt!" (lytter ikke)
- Følelsesmæssig "blackmail": eks "Hvad tror du, du vil tænke om dit misbrug på den yderste dag.... hvad!!??" (forlader terapien)
- (*Så gør dog, som jeg siger!!*) (*han er på druk*)

Mennesker bruger, misbruger og er afhængige af en grund...

- Det er vores empatiske opgave at hjælpe dem med at opdage hvilken grund
- Al adfærd har et formål (side 1 i Psykologi for dummies)
- Gennem behandlingssamarbejdet skal du hjælpe klienten* til at opdage, hvad gevinsten eller formålet med rusen er for netop ham eller hende

* (klient: den, der søger din hjælp)

Selvmedicinering

- Det kan godt være, vi kan finde empirisk belæg for at eksempelvis depression forværres gennem vedvarende alkoholmisbrug.....
- men det ændrer ikke på, at den depressive bruger rusen til en kortvarig lindring af de akutte depressionssymptomer
- ... og at det giver mening for ham/hende

Altid at starte (næsten) ved.....

- Adam og Eva
- DVS: Se dig for!
- Læs!
- Lyt!
- Iagttag!
- Spørg!
- Beskriv!
- Analysér!
- Forstå!
- Lav en plan for din tilgang og indsats!
- Afstem med klienten – få en kontrakt: Det er da det, vi gør!
- Følg planen (hvis den virker og er nyttig; ellers søg hjælp og få den ændret) ₈

Komorbiditet set fra en alkoholbehandlers synsvinkel:

- Det der ikke går væk, når (hvis) klienten bliver ædru, og som markant øger risiko for tilbagefald
- Det der interfererer med almindelig kontakt, stabilitet og compliance



OBS!

- Mit perspektiv er ud fra alkoholbehandlingsfeltet – derfor meget lidt om de sværeste sindslidelser (skizofreni m.m.) og misbrug

Skomager bliv ved din læst !

Afhængighed/misbrug og anden form for psykisk lidelse

- Rusmiddelafhængighed er – efter depression - den næsthyppigste psyk. diagnose i almenbefolkningen
- I en typisk *behandlingspopulation på alkoholområdet* vil cirka halvdelen – måske flere - have en anden signifikant psykiatrisk lidelse
- I *psykiatrien* er rusafhængighed den hyppigste komorbiditet hos alvorligt psykisk syge (bipolar lidelse, skizofreni og svær (major) depression)

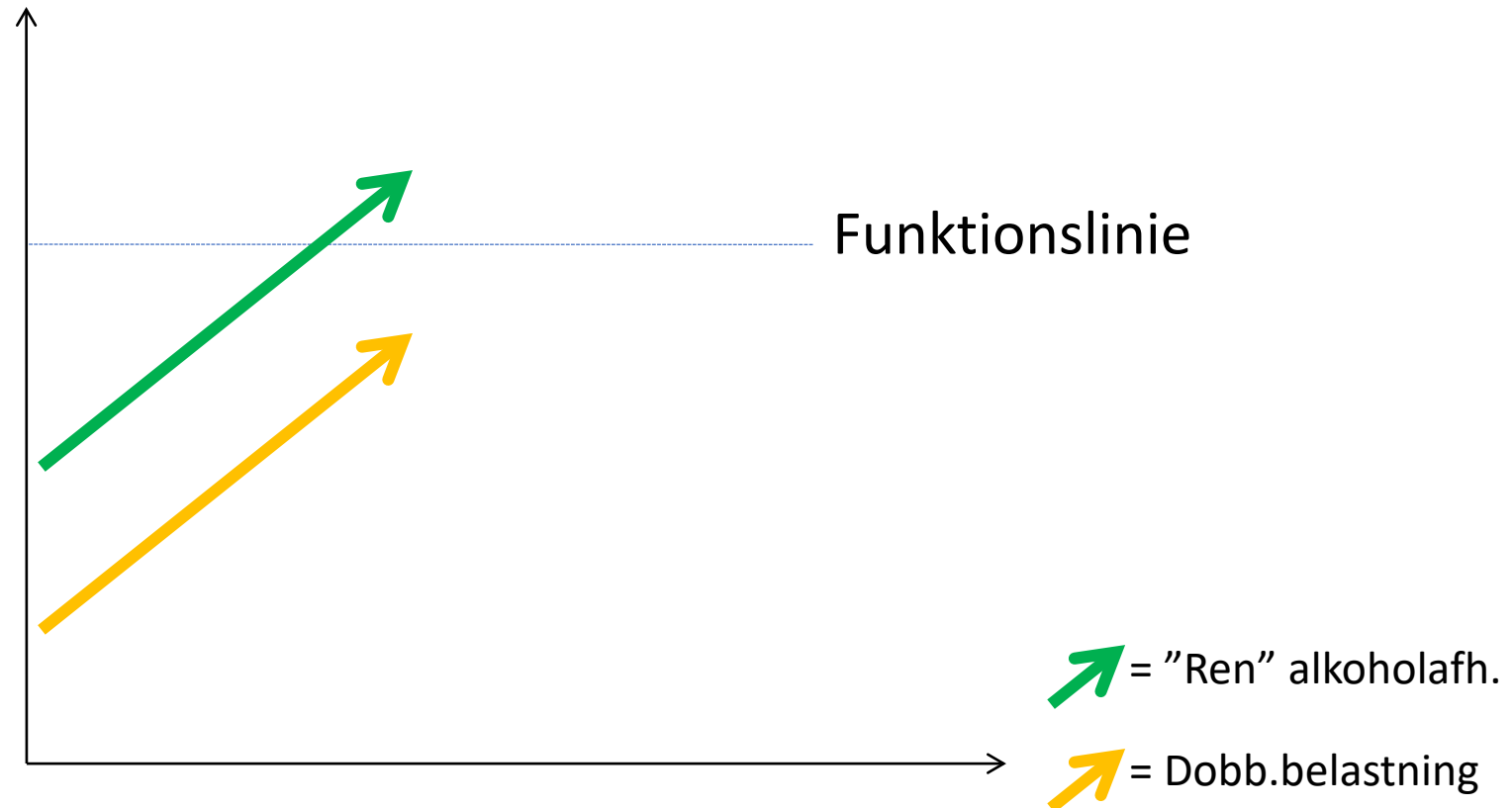
Comorbiditet forstyrrer

...klienters mulighed for at drage nytte af behandling

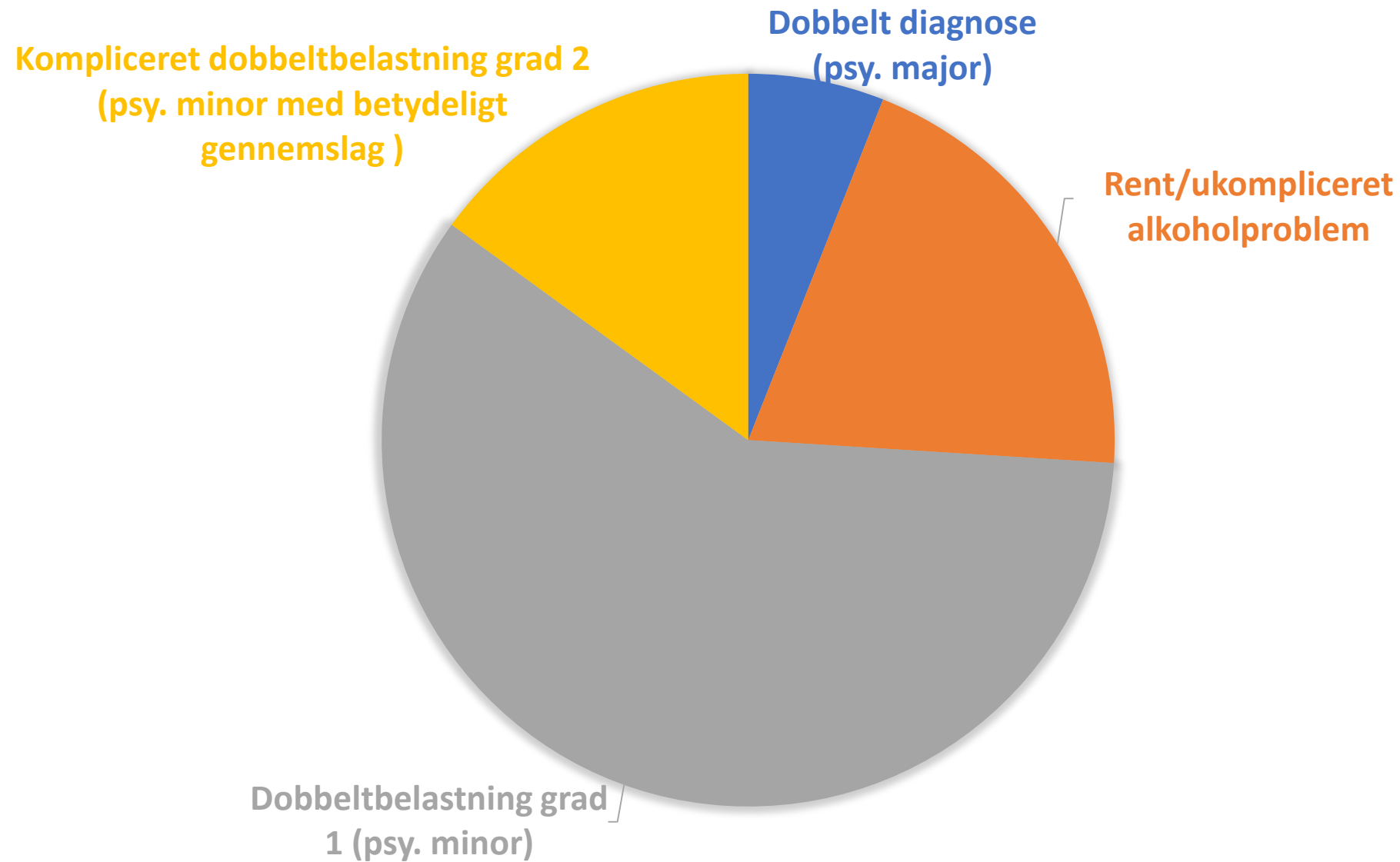
- Frafald og tilbagefald
- Modarbejdelse frem for samarbejde i behandlingen
- Konflikter og adfærdsproblemer
- Ustabilitet eller ængstelse

Læringskurver og/eller udgangspositioner

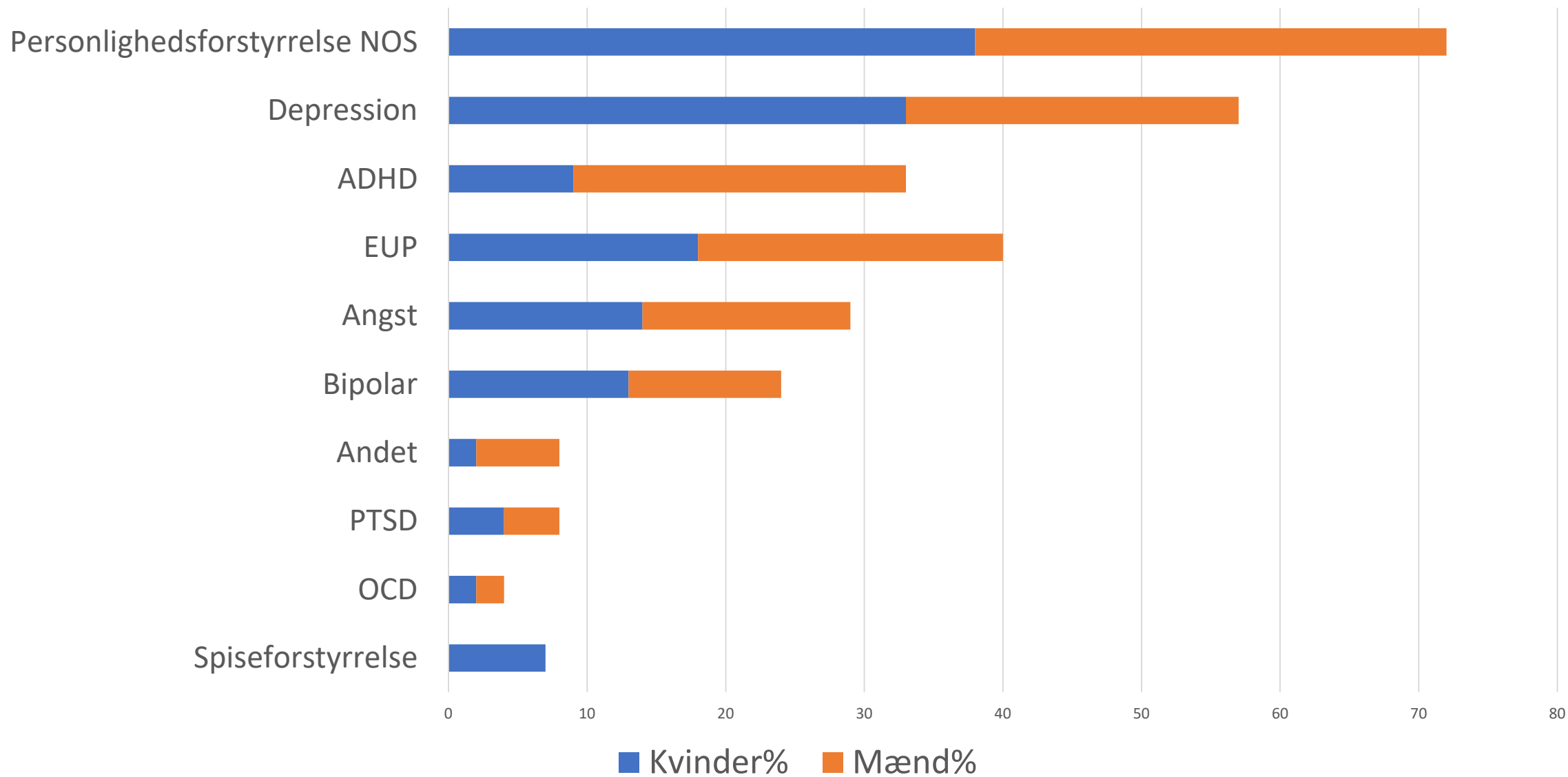
Jf. Verheul, van den Bosch & Ball 2005



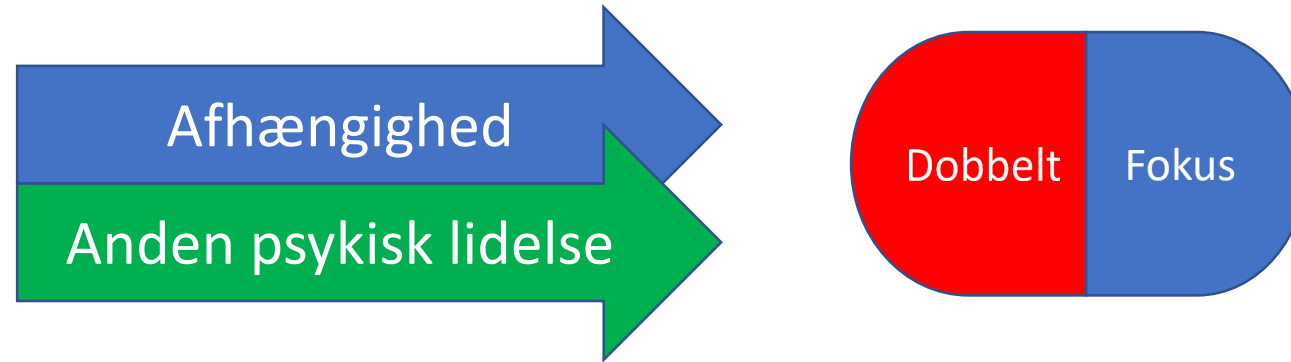
Målgrupper i behandlingssystemet – skønnet af ambulante behandlere



Diagnosefordeling, 100 konsekutivt indskrevne klienter 2016, henvist af kommunale ambulatorier til Ringgården



Hvad er behandling med dobbeltfokus



Dobbeltfokus forudsætter ekspertise til afhængighedsbehandling og psykiatrisk og psykoterapeutisk ekspertise

De tre vigtigste ting i behandling af et menneske med problemer:

- Relationen

- **Relationen**

- **RELATIONEN**

De dobbelt belastede har brug for

Verheul, van den Bosch & Ball, 2005; Nielsen, Røjskjær & Josiasen 2013

DOSIS

- Relativt høj dosis og/eller lang varighed
- Vedligeholdende behandling eller efterbehandling indtil fuld effekt

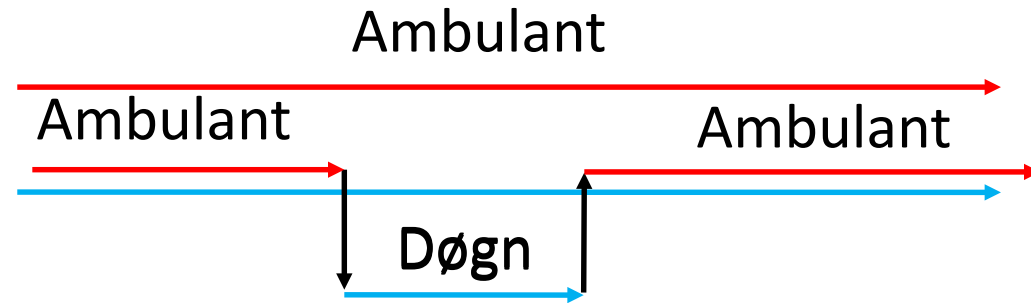
STRUKTUR

- Tværfaglighed
- Flerfaset samarbejde amb-døgn-amb

EFFEKTIVE KOMPONENTER

- fokus på motivation; fokus på terapeutisk alliance; direktiv terapeutrolle
- fokus på gennemførelse og ”stick-to-the-plan”

Ringgården samarbejder med det ambulante kommunale system (>95% af klienter)



Typisk forløb:

- Henvisning fra rusmiddelcenter (anamnese; evt diagnoser eller obs pro; beskrivelse af problemstillinger og mål)
- Forsamtale/visitation på Ringgården (normalt indenfor få dage)
- Indskrivning (normalt indenfor 1-2uger, hvis der ikke er v-liste)
- Dag 1: modtagelse ved sygeplejerske, beboer og speciallæge (psyk)
- Sædvanligvis 3 måneders intensiv, struktureret behandling (gruppe og evt individuelt)

Typisk forløb:

- Midtvejs- og slutmøder med ambulant behandler
- Udskrivning med statusrapport inkl. plan til ambulant kollega
 - epikrise og diagnoser fra psykiater
 - personlighedsbeskrivelse v klin psykolog
 - problemudredning;
 - terapeutisk fokus, kontaktstrategi; forslag til behandlingselementer)
- Opfølgning (x 3) med henblik på støtte til fastholdelse af ambulant kommunalt forløb
- Ved behov henvisning (v RG's læge) til behandling i psykiatrisk regi

Ringgårdens guideline for specifik dobbeltfokuseret behandling

1. **Fokus/patologisk domæne** (eksempel: ængstelig-undvigende → selvopfattelse (inkompetent; andre tænker negativt om dem))
2. **Kontaktstrategi** (hvordan du vil gå til samarbejdet med klienten)
3. **Psykoedukation** – disposition for læring om lidelserne/ problemerne/temaerne/diagnoserne
4. Mål for **afbalancering af polariteter**
5. **Bearbejdning/Træning** – interventioner og øvelser, der giver udvikling i relation til problematik

PERSONLIGHEDS-FORSTYRRELSE	OVERORDNET FOKUS (centralt patologisk domæne)
Skizoid	Humør/temperament (dorsk og ligeglad)
Depressiv	Humør/temperament (trist og pessimistisk)
Masokistisk	Humør/temperament (negativt og selvnedgørende)
Aggressiv-sadistisk	Humør/temperament (rethæverisk og straffende)
Undvigende	Selv-opfattelse (inkompetent - tror andre tænker negativt om dem)
Narcissistisk	Selv-opfattelse (fantastisk; berettiget til noget særligt/beundring)
Passiv-aggressiv	Selv-opfattelse (skiftende; ambivalent overfor andres indflydelse; negativistisk)
Paranoid	Selv-opfattelse (vagsom; jeg har ret - de er efter mig)
Dependent	Mellemmenneskelig adfærd (hjælpeøshed appellerer til andre)
Histrionisk	Mellemmenneskelig adfærd (overflade og charme indfanger andre)
Borderline	Mellemmenneskelig adfærd (indre følelsesvulkan overstrømmer andre)
Antisocial	Ekspressiv/udadrettet adfærd (tromlende og hensynsløs)
Skizotypal	Ekspressiv/udadrettet adfærd (sær og afvigende fra normen)
Tvangspræget	Kognitiv stivhed (korrekthed og regler kommer først; afvigelser og fejl er unacceptable)



Personlighedsguidet kontaktstrategi

Og

er...



Personlighedstestning som én af vejene til præcis forståelse af klientens behov i behandlingen

Eksempel, 29 årig m; skizotypi-diagnose

paranoide træk; emotionel ustabilitet; ængstelig-undvigende

Det bærende **fokus**:

Ekspressiv adfærd (skæv perception – indre og ydre baseret perceptuel

Følelsesregulering (støtte i forhold til det melankolske) (Per

K
"fa
og empati. Tilpas ambitionsniveauet, fokus på
sammen om det sagte.

Behandlingsforslag (forslag)

Sociale færdigheder; Problemløsning; Vrede- og konflikthåndtering; Ændre negativ adfærd; Eksterne og interne perceptioners balance; Arbejde med den paranoide tankegang (vende projektioner 180 grader); Arbejde med det beroligende system

Bruges internt under døgnforløb som guideline.
Sendes til ambulante kolleger som støtte til deres videre arbejde med klienten



Ambulant behandling af
dobbeltbelastede
- kan vi det i det aktuelle system?

Hvor ellers.....?

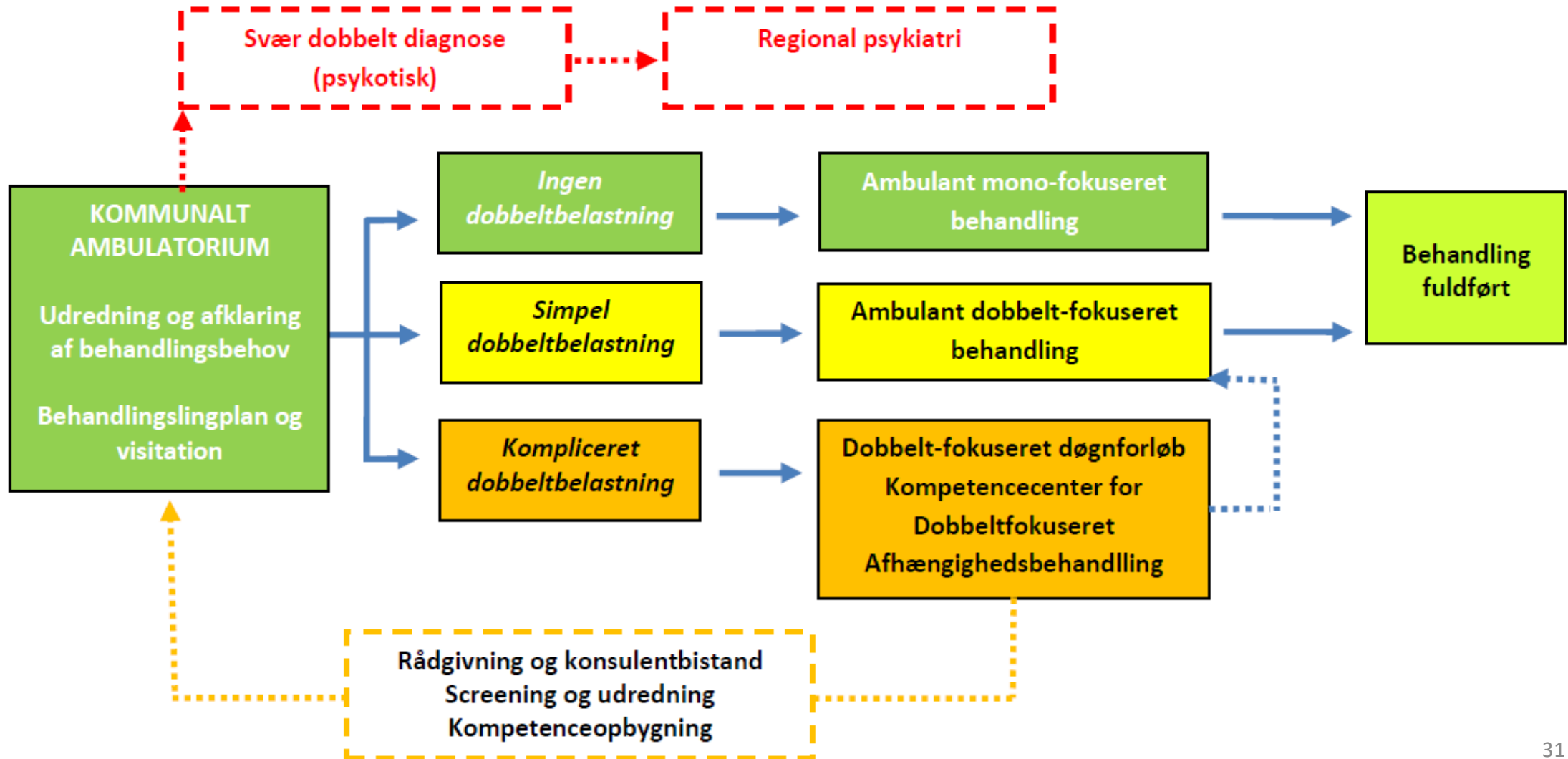
Men hvis hjælpen er god, er prognosen god!

- Et sideblik til den norske NKR's opdeling
 - PSYKIATRIEN: De med rusmiddelproblem og svær psykisk lidelse (psykose og tilsvarende)
 - MISBRUGSFELTET: De med mindre alvorlige psykiske lidelser, når hver af de to lidelser er forbundet med betydeligt funktionssvigt
 - Og – selvfølgelig – tværsektorielt samarbejde



Hvem har bolden?

Model for behandlingssystem ad modum SODA



Døgndbehandling bør omdefineres!

...inden den visner

Man skal **ikke** i døgndbehandling:

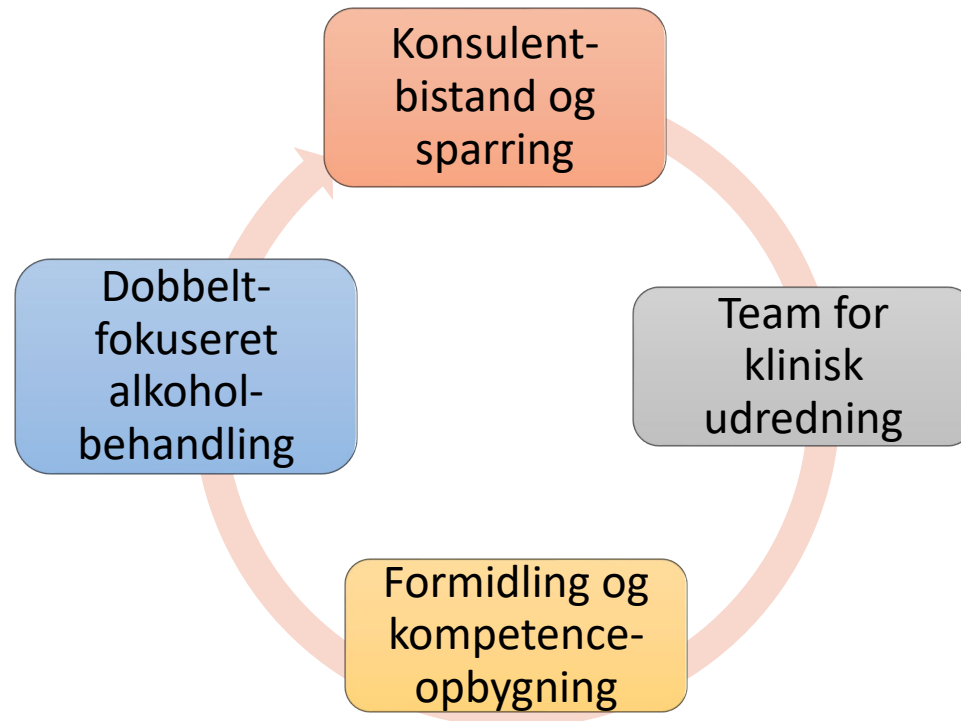
- fordi man er vanskelig, har overinvolverede pårørende eller vil have luksusbehandling med roomservice og havudsigt

Man **skal** i døgndbehandling:

- Når man derved kan bringes indenfor rækkevidde af ambulansbehandling
- Når man bedre kan udredes præcist, hurtigt og effektivt på dertil kvalificerede døgninstitutioner

Døgndbehandlingens fremtid er et led i en flerfaset behandling med ambulansbehandling som hovedstrategi

Ringgårdens aktuelle kompetencecenterfunktioner - kvit og frit for kommunale rusmiddelcentre



Kompetencecentrets VISION

At personer med behov for dobbeltfokuseret misbrugsbehandling identificeres i højere grad og på et tidligere tidspunkt.

At kommunale alkoholbehandlere støttes i at opnå kompetencer til udredning og problem- og personlighedsguidet behandling.

At behandlingstilbud på både ambulant og døgnbasis udvikles på et fagligt dokumenteret grundlag til gavn for denne målgruppe og i tråd med de kliniske retningslinjer.

Lad os se på et af de håndgribelige udslag

Dobbeltbelastning i alkoholbehandling - udredning og tilgang

Nielsen & Røjskjær 2017[©]

Dobbeltbelastning i alkoholbehandling

- udredning og tilgang

Praktiske søgemodeller og analyseredskaber
til brug i ambulans alkoholbehandling



RINGGÅRDEN

Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling

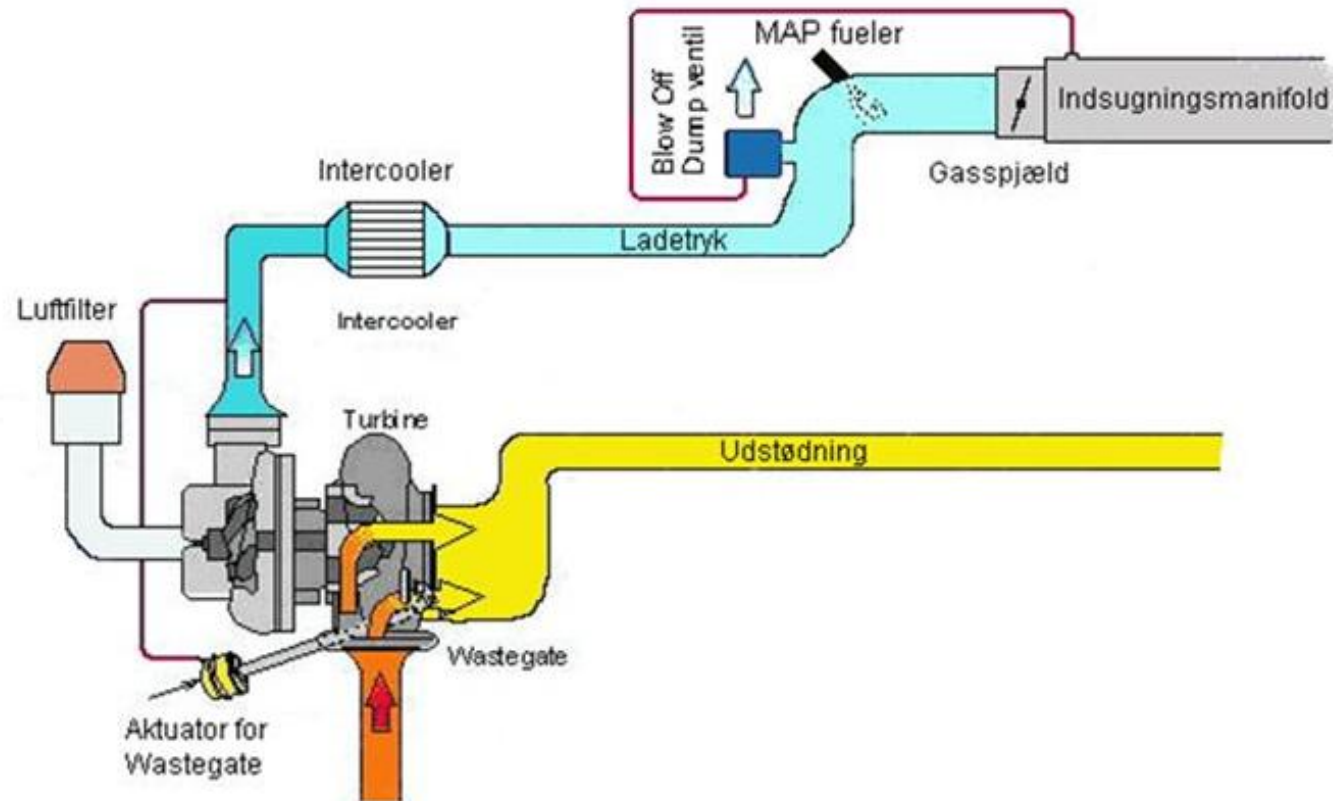
Bestil på www.ringgaarden.dk under publikationer. Pris: 150 kr. (+ porto)

Et hjælperedskab til at...

(... Ikke til diagnostik – men til at arbejde med klientens konstaterbare vanskeligheder på et plan, vi som behandlere kan håndtere)

- ..foretage systematisk og målrettet dataindsamling, dataanalyse og – ikke mindst – datasyntese
 - (dvs. samling af alle oplysninger til en helhed), når mennesker med psykisk komorbiditet henvender sig på et kommunalt rusmiddelcenter.
- ..forstå klientens personlighedsstruktur og vanskeligheder i den mellem menneskelige kontakt
- ..lægge en kontaktstrategi, dvs. at vælge en tilgang til kontakt med klienten, som er nyttig og bæredygtig
- ..vurdere klientens behandlingsbehov, så der kan visiteres til den rigtige behandlingsindsats
- Stå-bi ved symptomidelser

Virker det så det der dobbeltfokus?



Eksempel: Forskelle blandt personer med høj grad af personlighedsforstyrrelse – døgntilbeholdning fulgt op 6 mdr efter

(Nielsen, Røjskjær & Hesse: *Personality Guided Treatment for Alcohol Dependence (PETAD) American Journal on Addictions 2007*)

Begge grupper KAT; forsøgsgruppe p-guidet strategi

	<i>ALF-FORSØG HØJ PD</i>	<i>KONTROL HØJ PD</i>	<i>P =*</i>
Gennemførelsesprocent	85%	58%	.021
Ædrupprocent	90	68	.032
Uger før alkoholindtag	19,3	11,5	.091
Uger i tbf i alt	3,3	6,3	NS
Max gst før	31,1	30,8	NS
Max gst efter	11,0	12,0	NS
SCL-90 før	136	121	NS
SCL-90 efter	53	52	NS

* *Mann-Whitney U-test og T-test*

Personality-Guided Treatment for Alcohol Dependence: A Quasi-Randomized Experiment

Per Nielsen, PhD,¹ Steffen Røjskjær, MA,¹ Morten Hesse, PhD²

¹Centre for Treatment of Addictive Behaviors, Middelfart, Denmark

²Centre for Alcohol and Drug Research, Aarhus University, Copenhagen, Denmark

Personality disorders are highly prevalent among alcohol-dependent populations and result in a seriously elevated risk for non-responding to treatment; therefore, they represent a major challenge for professionals providing treatment for alcohol dependence. Personality-guided Treatment for Alcohol Dependence (PETAD), an approach that integrates cognitive therapy for addictive behaviors with strategic intervention for maladaptive personality features, may be helpful for patients with co-morbid alcohol dependence and personality disorders. Clients admitted for inpatient treatment for alcohol dependence at Ringgaarden, Denmark (n = 108) were allocated to either standard inpatient treatment with cognitive therapy for alcohol dependence, or PETAD. Both treatments were manualized. Clients were followed up by mail at six months post-treatment and administered the MCMI-I and II and the SCL-90 at intake, post-treatment, and at follow-up. PETAD was associated with better retention, longer time to first relapse, and less time spent drinking post-treatment, although few differences reached statistical significance. Differences in results were mainly found in the subgroup with higher levels of PD. The study suggests that PETAD is a promising approach that warrants further study. (Am J Addict 2007;16:357–364)

INTRODUCTION

Personality disorders are common among alcohol-dependent populations in treatment,^{1,2} and personality and alcohol-related disorders show a much higher co-occurrence than would be expected by chance in the general population.³ Personality disorders represent a significant clinical challenge, because personality-disordered clients are difficult to maintain in treatment.⁴ Personality-disordered clients also tend to have more serious problems with alcohol after treatment than alcohol-dependent

clients without axis-II disorders⁵ and relapse faster following treatment.⁶

Overall, there is evidence that treating personality disorders with psychosocial interventions has beneficial effects.⁷ However, very little research has focused on whether testing clients for personality disorders and planning interventions based on such tests is clinically useful. Identifying clients at risk for dropping out of treatment or at risk for continued problems may be quite academic, if nothing can be done about these risks. A recent randomized controlled trial indicated that treatment-client matching based on personality traits was more effective than either mismatched treatment or standard addiction treatment.⁸ While specialized treatment for specific groups definitely has its merits, a far more common scenario in clinical practice is that treatment providers have only a limited number of treatment options. When clinicians are interested in personality disorders, typically they administer personality questionnaires or semi-structured interviews and attempt to adjust treatment within their day-to-day clinical practice. Whether this practice is helpful to clients is virtually unknown.

The majority of treatments for alcohol dependence do not attempt to assess personality systematically.

The present study presents Personality-Guided Treatment for Alcohol Dependence (PETAD) for alcohol dependence and personality-related problems with standard alcohol dependence treatment. The PETAD method was inspired foremost by Dual Focus Schema Therapy,⁹ but it also draws on Millons notion about Personality-Guided Therapy¹⁰ and Retzlaff's tactical MCMI-based psychotherapy.¹¹

METHOD

Setting

The setting was the independent inpatient treatment center for alcohol-dependent clients Ringgaarden in Middelfart, Denmark. The center has been accredited by the government authorities to provide treatment for

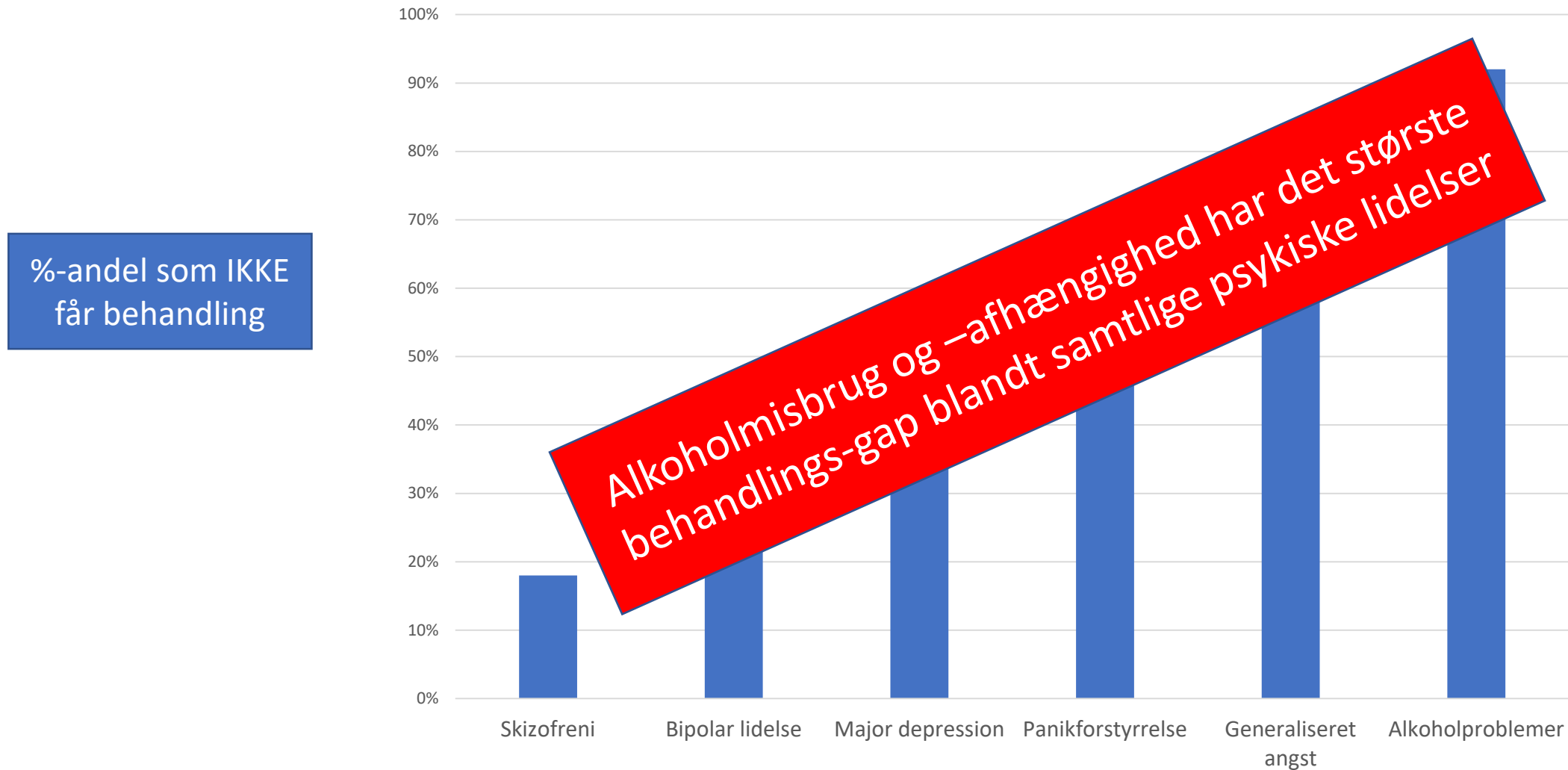
Received July 5, 2006; revised August 17, 2006; accepted September 14, 2006.

Address correspondence to Dr. Hesse, Centre for Alcohol and Drug Research, Aarhus University, Købmagergade 26E, 1150 Copenhagen, Denmark. E-mail: mortenhesse@crf.dk.

Summa summarum

- Behandlingspopulationen rummer mange klienter med psykisk samsygelighed – ofte identificeres/udredes det ikke
- Samsygelighed reducerer almen misbrugsbehandlings slagkraft
- Oprustning til dobbeltfokus øger behandlingseffekten for de dobbeltbelastede
- Man er nødt til at forholde sig organisatorisk-strukturelt, behandlingsmetodisk og terapeut-strategisk til denne gruppe (jf *dosis-komponenter-struktur*)
- Disse forudsætninger er ikke bredt til stede i systemerne, men kan og bør tilvejebringes

147.000! Underbehandling af alkoholproblemer



Slut, tak!