

Session B5
Personlighedsguidet
alkoholbehandling af
dobbeltbelastede borgere

Steffen Røjskjær, cand.phil

Per Nielsen, psykolog

Ringgården

– Kompetencecenter for
dobbeltfokuseret
afhængighedsbehandling

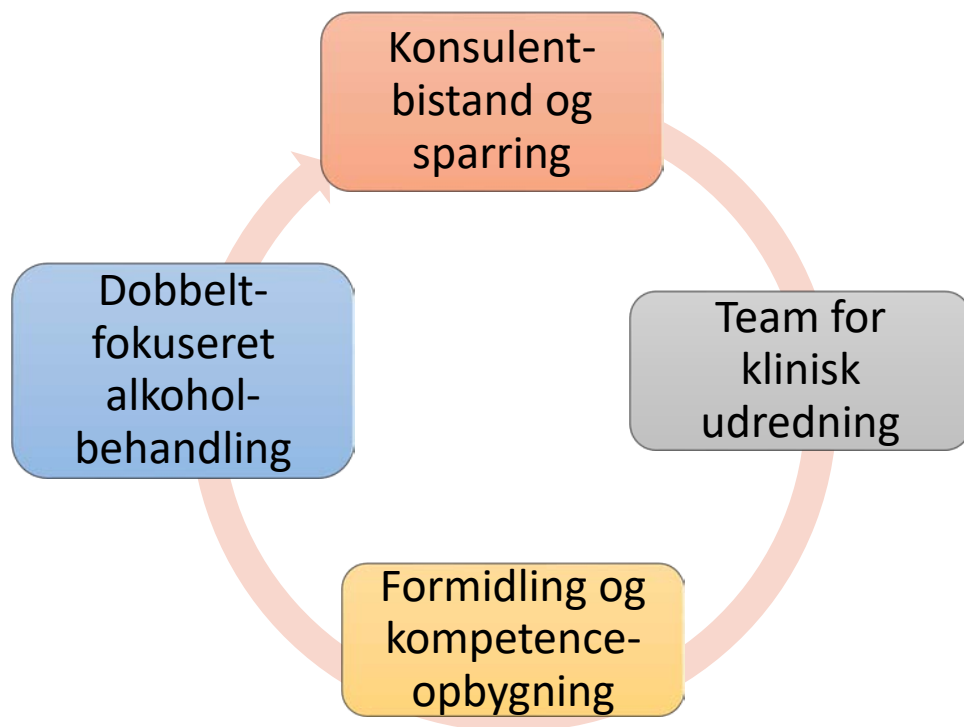
Giv os værktøjer!

1. Dobbeltbelastning udfordrer os i omfang og karakter

2. Hvad kan vi gøre ved det?
3. Hvad er P-guidet behandling?
4. Værktøj til at "Se klart – handle adækvat"



Hvad er afsættet? SATS-bevilling under SUM



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

Alkoholbehandling: hvad er opgaven?

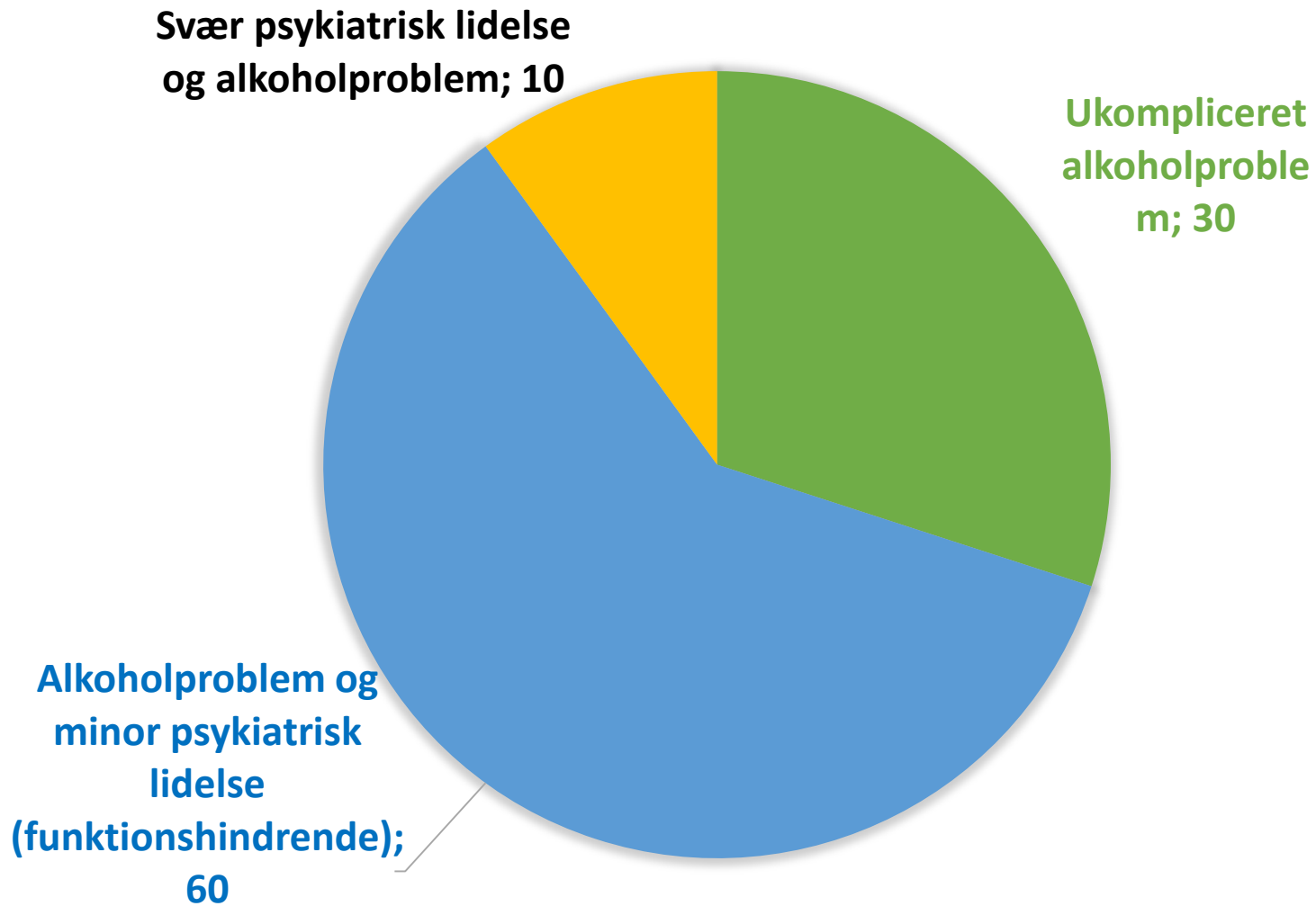
Vi har at gøre med mennesker, hvor over halvdelen har meget mere omfattende og alvorligere problemer, end vi tror

...for mange af dem opdages det aldrig...

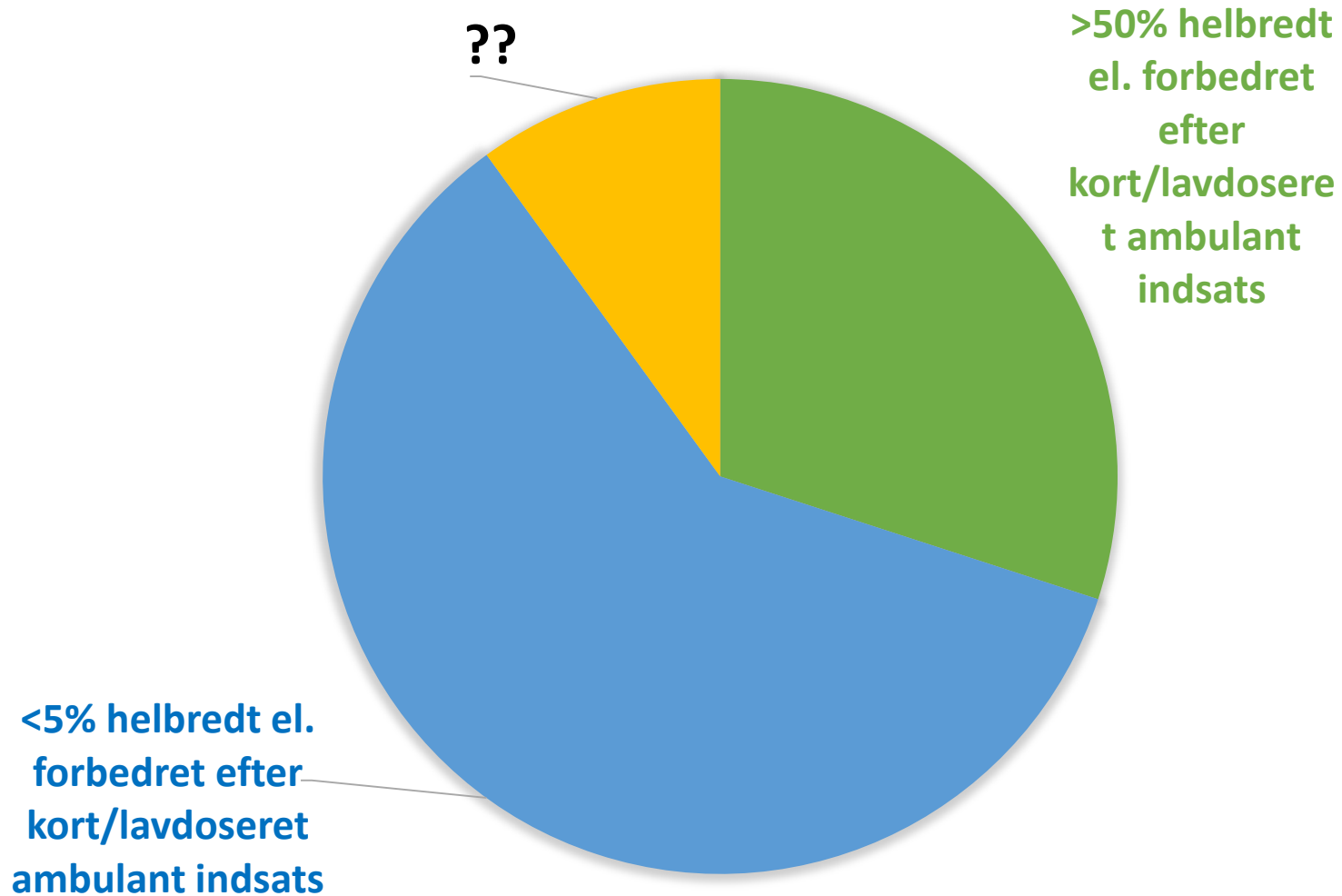
... og alt bøvlet tilskrives ofte udelukkende – men fejlagtigt – deres misbrug af alkohol

Behandlingsmålgrupper

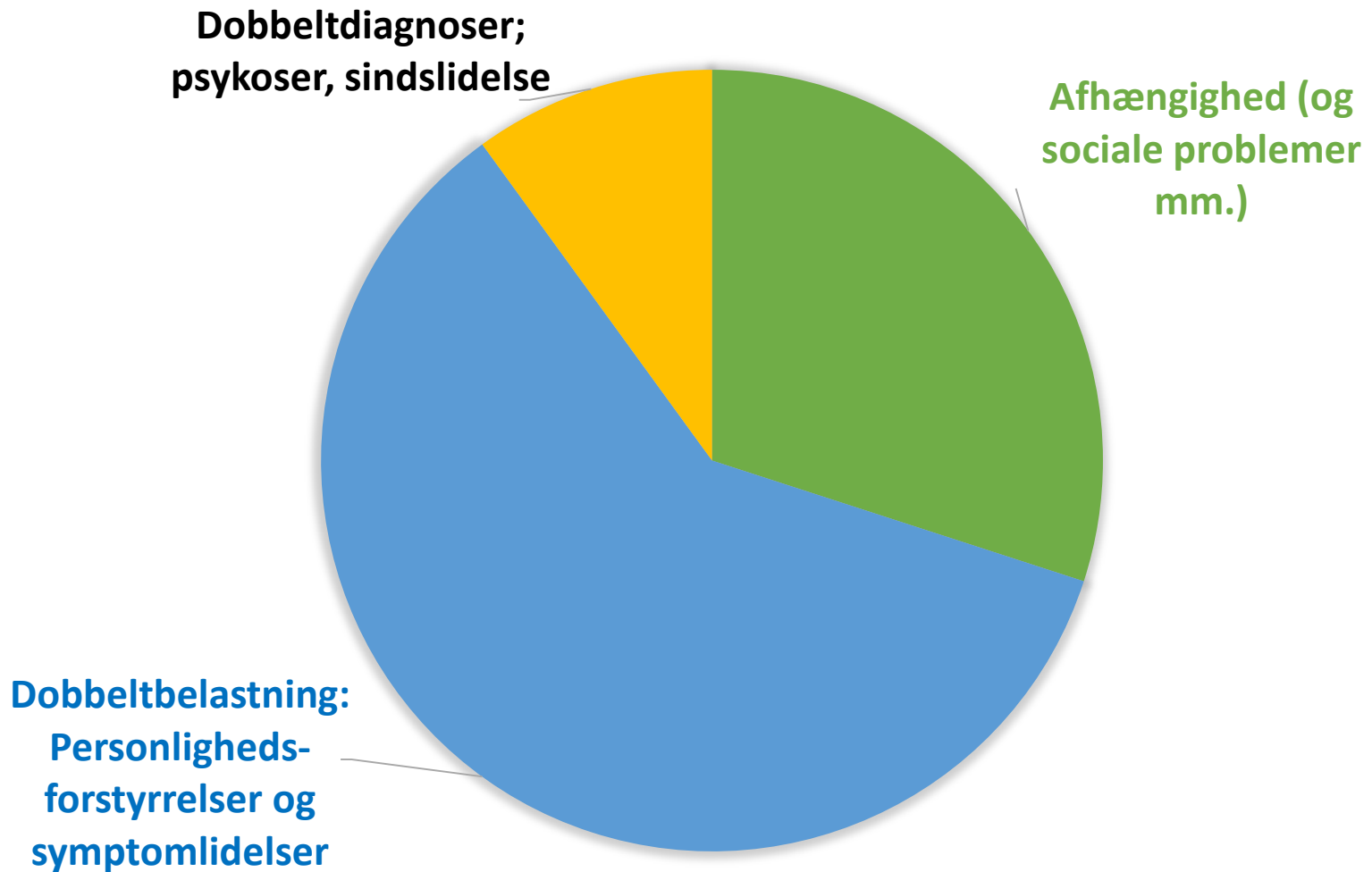
(skøn for relative størrelser)



Virker lavdoseret alkoholbehandling?



Hvad spænder ben?



Komorbiditet forstyrrer

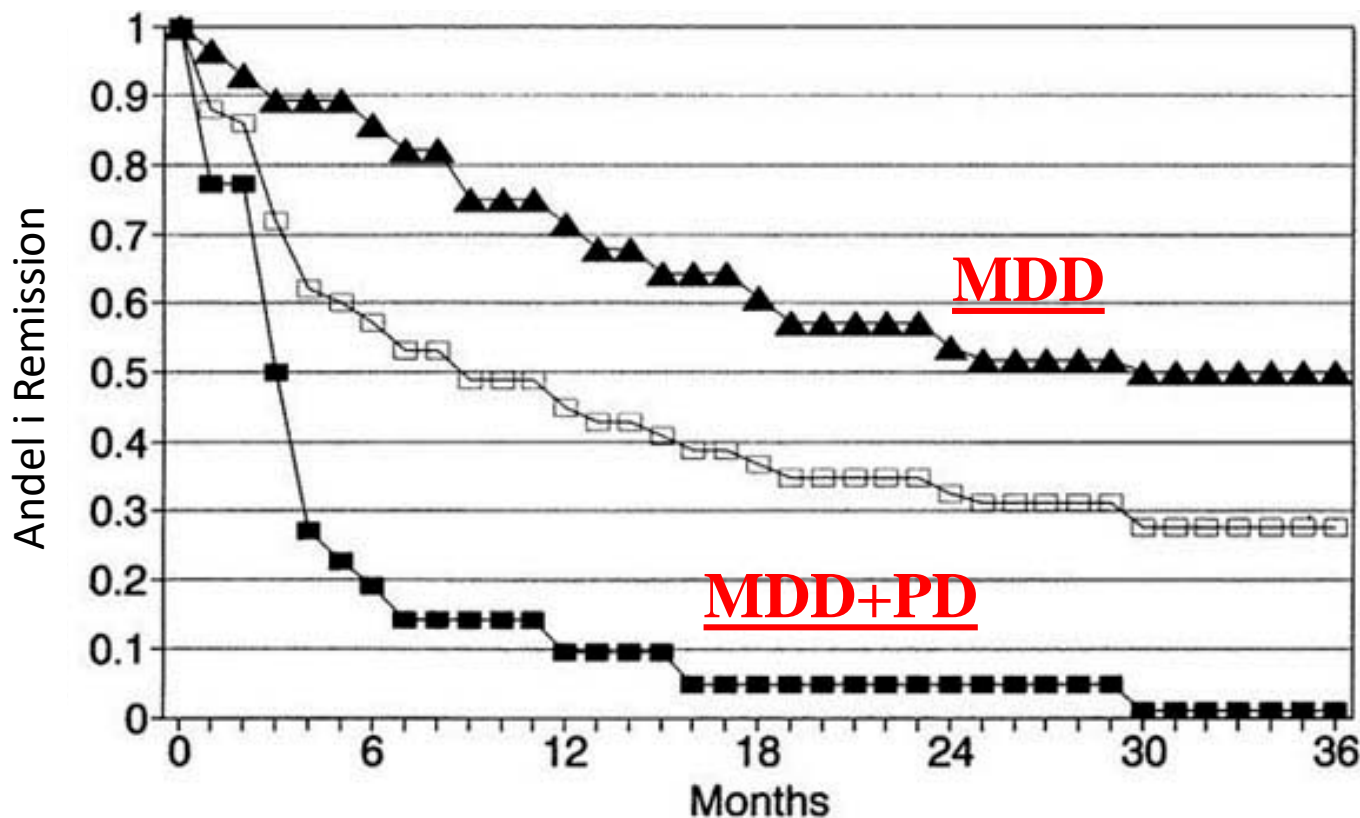
Nace & Davis 1993; Cacciola & al. 1996; Rounsaville & al. 1998; Verheul & al. 1998

.... klienters mulighed for at drage nytte af behandling

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

Betydning af personlighedsforstyrrelse (PD) for behandling af depression (MDD)

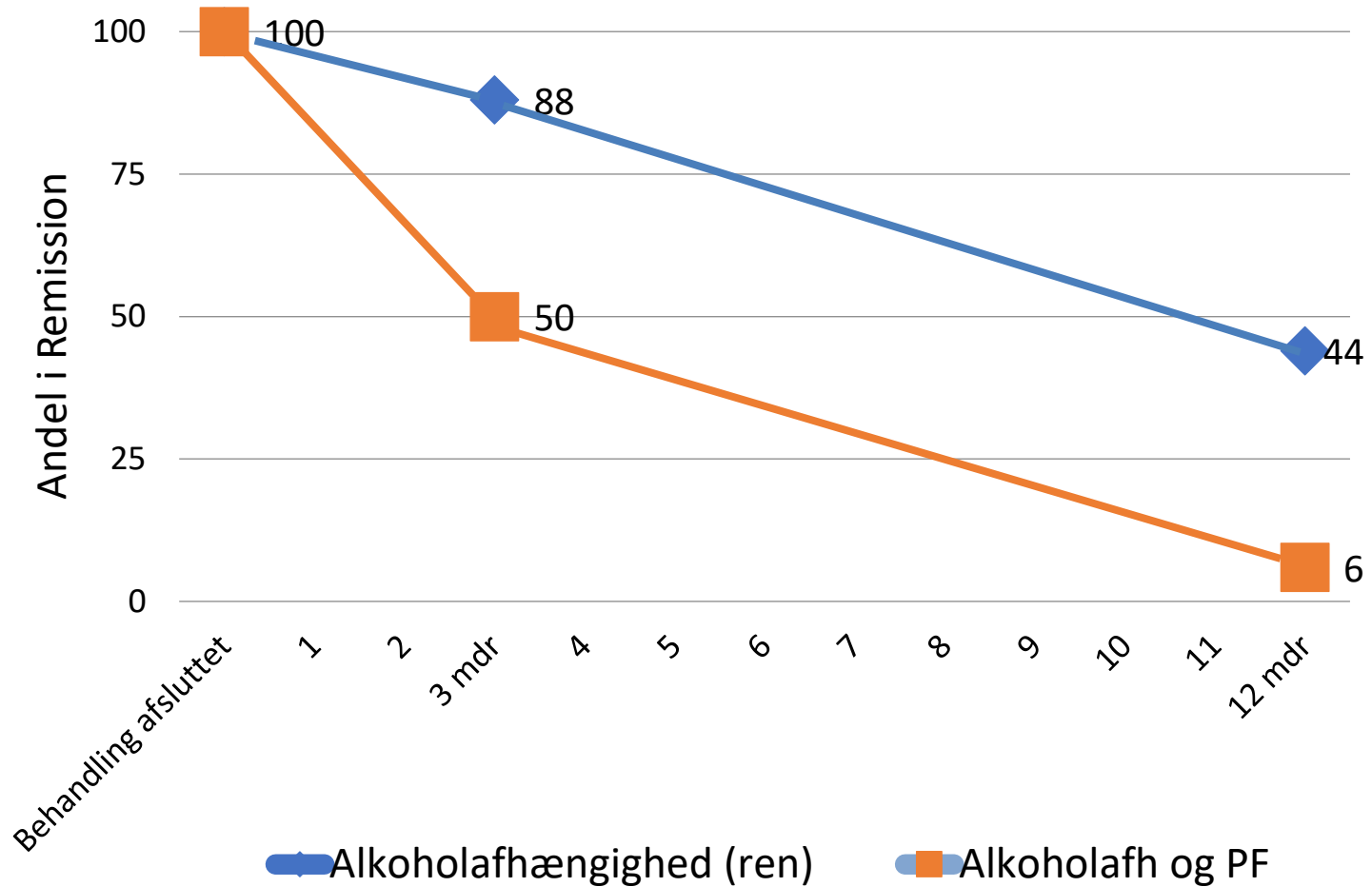
Ilardi et al. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:381-391



Forventet varighed af effekt 7.4 x længere hos MDD end for MDD+PD

Betydning af personlighedsforstyrrelse for behandling af alkoholafhængighed

Thomas, Melchart & Banken 1999



Prævalensen af dobbeltbelastning er høj

Rounsaville & al. 1998

Personlighedsmønstre og –forstyrrelser

(resultatet af (især) traumer og social arv)

Symptomidelser

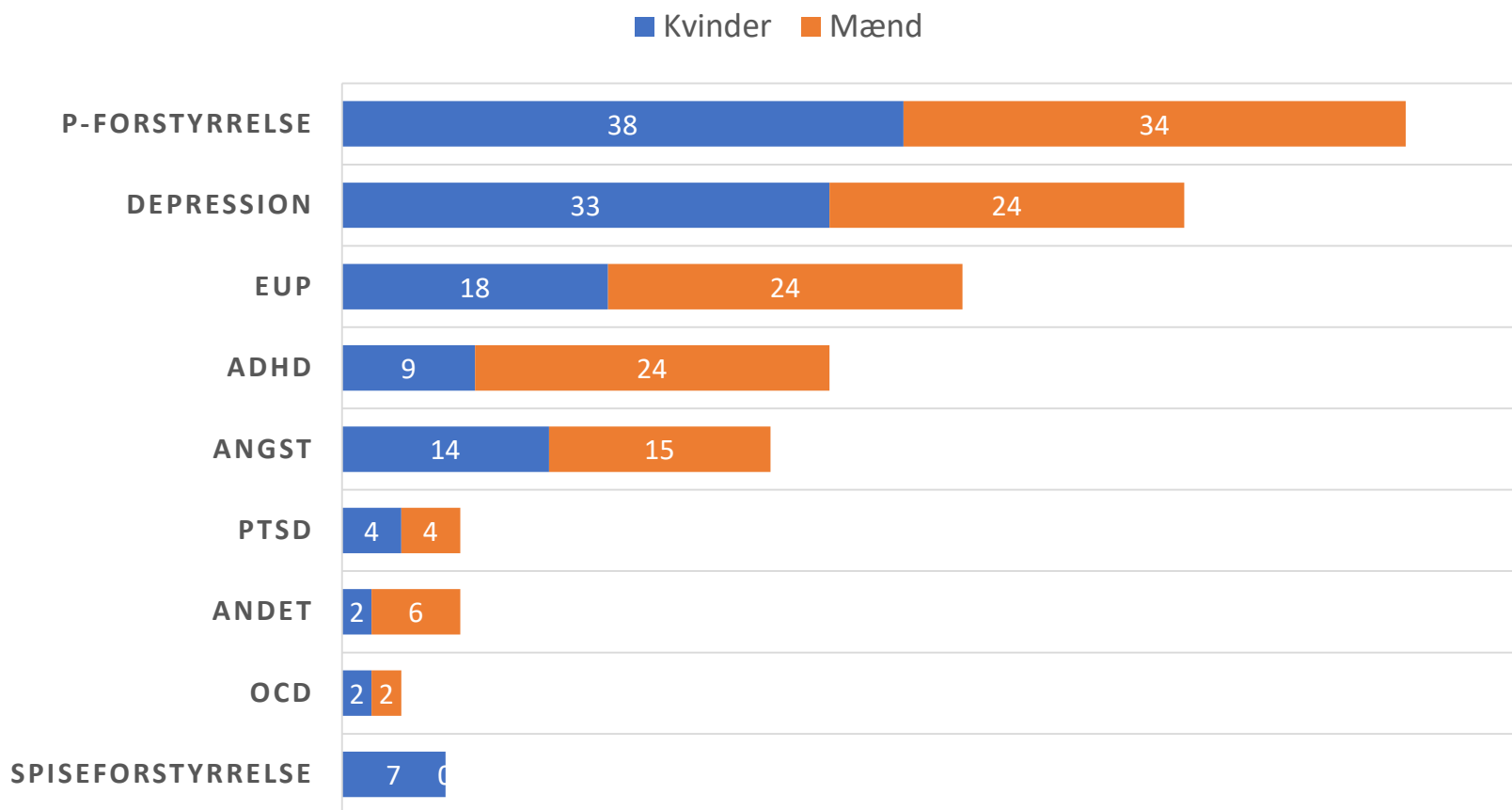
(især angst og depressive lidelser; men også adhd, ptsd, bipolare lidelser, skizofreni, organiske tilstande m.fl.)

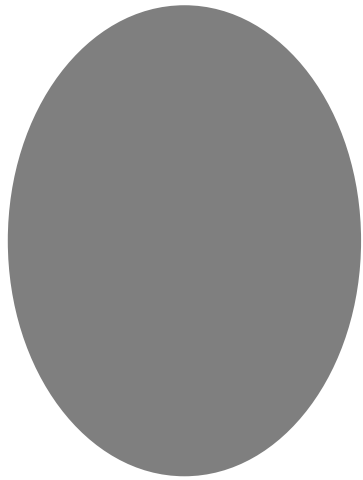
Komplekse kombinationer

- (eks klient med adhd, emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse, aktuel klinisk depression og tendens til dissociative fænomener under stress)

Diagnosefordeling

100 konsekutivt indskrevne klienter 2016 henvist af kommunale ambulatorier til Ringgården





Så dobbeltbelastning er
altså en faktor, vi må
forholde os til

...der er brug for
en "*Gameplan*"
både strukturelt
og på behandler-
niveau

AFSTEMNING!

Fat jeres stemmekort!

ER DET EN GOD IDE AT
LÆGGE
ALKOHOLBEHANDLING
OVER I REGIONS-REGI?

JA

NEJ

VED IKKE

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"

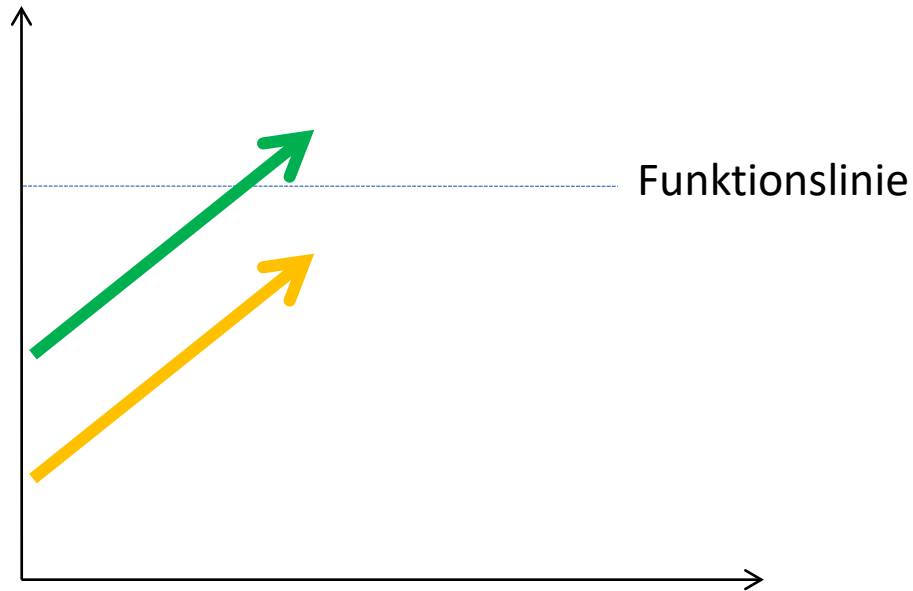
Behandling med dobbeltfokus kalder på

- Behandlingstiltag hvor fokus og metodik er rettet mod både *afhængighedssyndromet* og mod *psykiatrisk komorbiditet*
- Systematik i kortlægning og udredning
- Værktøjer og teoretiske modeller til analyse
- Ekspertise til såvel afhængighedsbehandling som psykiatrisk og psykoterapeutisk indsats
 - (speciallæge i psykiatri; specialistgodkendt psykolog; specifikt efteruddannet behandlerpersonale)
- Fælles sprog og plads til dialog så der kan skabes samarbejde og fodslag



Funktionsforskel

Roel Verheul, van den Bosch & Ball 2005



➤ = "Ren" alkoholafhængighed

➤ = Dobb.belastning

- Evidens for at komorbide klienter profiterer på niveau med "rene misbrugere", når behandlingen inddrager personlighedsfokus
- *Dual focus treatments* (rettet mod afhængighed og forstyrrede personligheds-træk) bør foretrækkes frem for *single focus treatments* (enten det ene/andet)

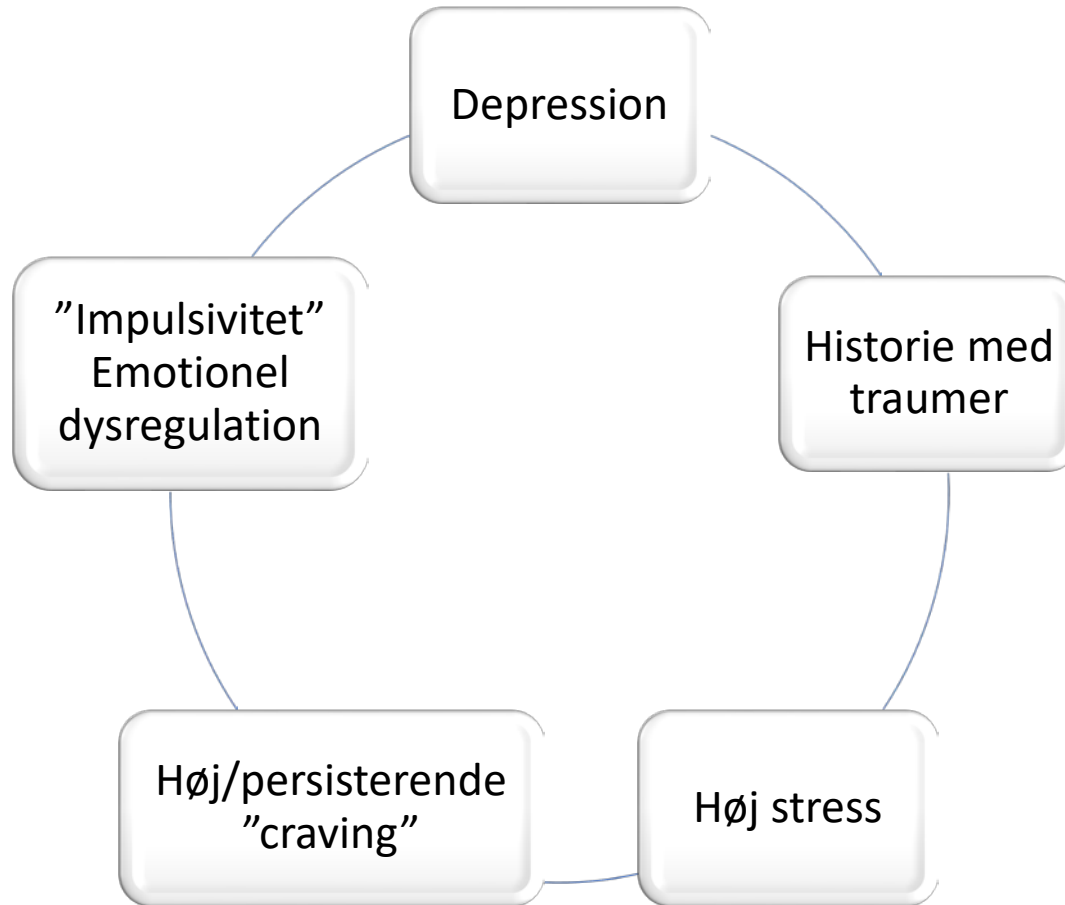
Tabel 2. Self-ratede kvalitetsområder, rangordnet

	Snit
BLOK 4C: Adgang til psykiatrisk kompetence internt	3.5
BLOK 3C2: Eksternt samarbejde – psykiatri og somatik	4.7
BLOK 2B: Håndtering af comorbiditet (dobbelt fokus)	4.8
BLOK 4B: Adgang til klinisk psykologisk kompetence internt	5.0
BLOK 2A: Kortlægning	5.4
BLOK 6: Kvalitetsudvikling	5.5
BLOK 3B: Internt kommunalt samarbejde	5.5
BLOK 3A: Visitation og samspil mellem døgn - dag og ambulant behandlingstilbud	6.0
BLOK 4A2: Psykosocial behandling - referenceramme, metodeelementer	6.0
BLOK 4D: Farmakologisk behandling	6.2
BLOK 5B: Familieorienteret alkoholbehandling - Børnearbejde	6.5
BLOK 4A1: Psykosocial behandling – udd. niveau	6.7
BLOK 5A: Familieorienteret alkoholbehandling generelt	7.2
BLOK 5C: Familieorienteret alkoholbehandling – pårørendearbejde	7.5
BLOK 3C1: Eksternt samarbejde - døgnbehandling	7.5
BLOK 1: Modtagelse og akut behandling af klient	7.5
Nielsen, Røjskjær & Josiasen (2013, ikke publiceret)	6,0

Hvad skal vi have redskaber til at
adressere generelt?

På tværs af diagnoser.....→ tilbagefaldsprediktorer

Dom & Wojnar (2015) The Pathogenesis of Dual Disorders: Neurobiological Perspectives



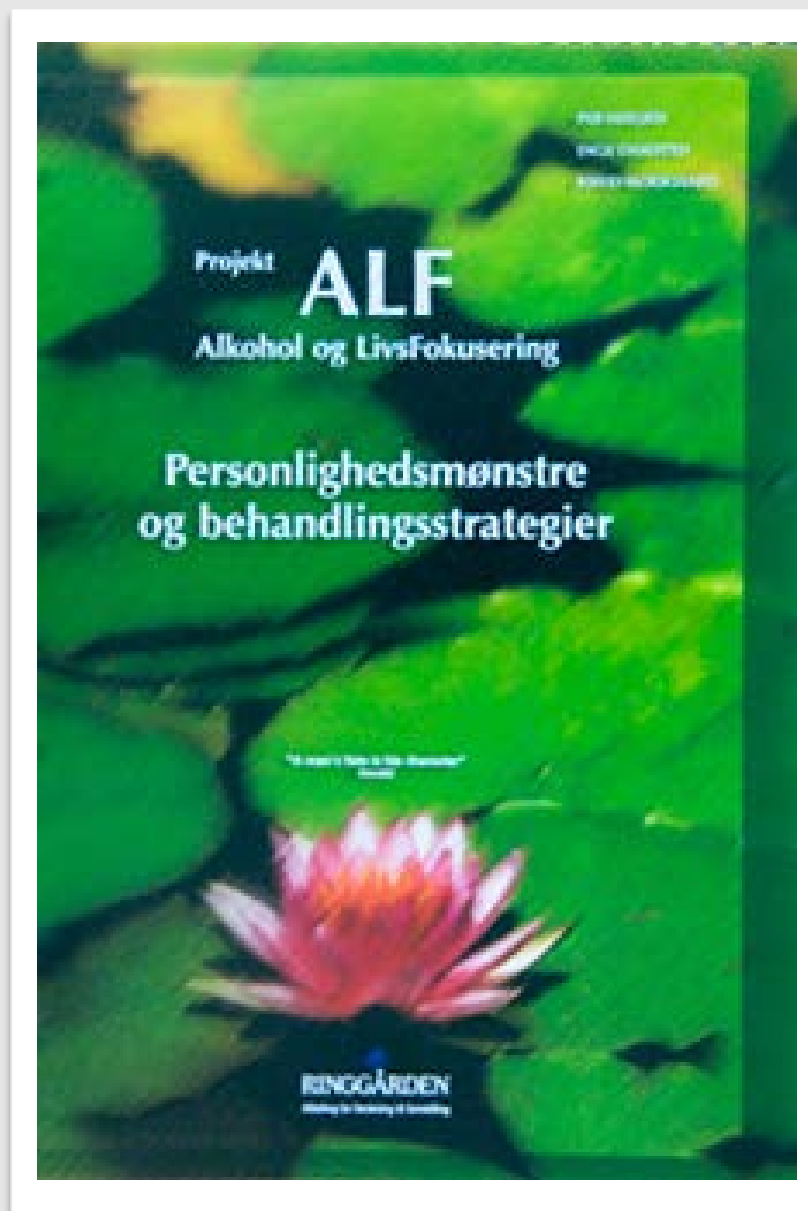
Hvem er du?
Personen bag problemerne/lidelsen

I stedet
for.....

Metoder a la Ringgårdens personlighedsguidede tilgang

Nielsen, P., Moesgaard, K. & Damsted, I. (2003)

- Kognitiv terapi som basis
- Inspiration fra *Dual Focus Schema Therapy* (Ball 1998; Young 1994)
- Millon's Personality Guided Therapy
- Lidt DAT, lidt MBCT, lidt Neuroaffektiv terapi
- MCMI testning + kognitivt orienteret caseformulering



Det er vigtigt...

at **se klart** ... for at **handle adækvat** (dvs. relevant, fokuseret, og til specifik nytte for den konkrete klient)

- Visdom... og/eller værktøj?



Hvad er personlighedsguidet tilgang?

Personlighedsguidet tilgang (alliance)

Personlighedsfokus bruges til at vælge hvilken "dans" (i betydningen kontaktform) behandler og klient skal danse sammen, så der er god alliance og fælles tilgang til opgaven. Behandler tilpasser sin kontaktform til klientens P-mønster.

Personlighedsguidet tilgang (udvikling):

Behandler har ved siden af afhængigheden fokus på P-problematikker (og symptomidelser) og guider klient til at arbejde med sine maladaptive træk og udvide sit mellem-menneskelige kontaktrepertoire: *få flere tangenter at spille på*. Symptomidelser behandles eller holdes under observation som en forstyrrende faktor.

Nyt værktøj!

*...til at øve
dansetrin og
klaverspil*



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

Et hjælperedskab til at...

- 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



1

lagttagelse og beskrivelse

Dette afsnit drejer sig om at sikre, at det nødvendige "data-grundlag" for en retvisende bedømmelse af klienten er til stede. Det består af følgende underpunkter:

- *Læs*
- *Tal*
- *Screen/test*



2

Analyse

Ved hjælp af søgemodellerne:

- *Klinisk indtryk*
- *Personligheds-polariteter*
- *Mellemmenneskelig position*
- *Over-/underudviklede strategier*
- *Centralt patologisk domæne*
- *...samt brug af matrix-skema*



3

Vurdering og visitation

Procedure for stilling-tagen til klientens behandlingsbehov og iværksættelsen deraf:

- *Caseformulering*
- *Fokus og behandlingsstrategi*



4

Behandling og træning

- *Personlighedsforstyrrelsers prototypiske problemfelter*
- *Træning af mestingsfærdigheder i relation til bestemte problemfelter*

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 (rethaverisk 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 (vagtstom; jeg har ret - de er efter mig)
Dependent	Mellemmenneskelig adfærd (hjælpeløshed 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)

Matrix til samling af data

Signalement ("objektiv psykisk")

Beskrivelse af klienten; facts, fremtræden; historik mv.

Funktionsniveau

Hvordan klarer klienten sig, når livshistorien læses? (skole; uddan., arbejde, forældreevne mm.)

Relationsstil

Klientens kontakt; måde at være sammen med

Rusfunktion

Hvad skal rusen gøre psykologisk set?

Tegn på

symptomlidelse (angst, depression, ADHD, PTSD mm.)

Personlighedspolariteter

(er der ubalancer i lyst-smerte; selv-andre; passiv-aktiv)

Tilknytningsstil/ Mellem-menneskelige positioner

(independent – dependent – ambivalent – ikke tilknyttet)

Over-/underudviklede adfærdsstrategier (hvad er der for meget/for lidt af))

Centralt patologisk domæne (det tema, der skal vendes tilbage til igen og igen)

Hypoteseforslag:

Hvad er det primære personligheds mønster + evt. underordnede mønstre; hvad er din grundforståelse af klienten?

Skema: Typiske problemfelter og behandlingsstrategi



To skemaer giver anvisninger til behandler



Skema: Træning af mestringsfærdigheder

Skema: Typiske problemfelter og behandlingsstrategi

PERSONLIGHEDSMØNSTER	PROBLEMATISK KERNE-ADFÆRD	TYPISKE PARALLELPROCESSER
PASSIV-AGGRESSIV "(Giv mig) behandling! ...det hjælper ikke!"	<ul style="list-style-type: none">• Samarbejder om formulering af opgaver, men ofte uden at udføre dem (<i>Du må gerne hjælpe mig – men ikke have indflydelse/ bestemme</i>).• Passiv holdning til problemløsning (<i>Hvis jeg får det bedre, så vil andre forvente for meget af mig</i>).• Dobbelt dagsorden - accepterer hvad "hjælperen" siger, men er i virkeligheden uenig (vil ikke sige direkte nej, da det kan øge kontrollen).	<ul style="list-style-type: none">• Behandler prøver at kompensere for klients modstand gennem en haglbyge af forslag.• Behandler bliver negativ eller opgivende pga. afvisningen.
BEHANDLERSTRATEGI OG KONTAKTFORM	FOKUSOMRÅDER	PROBLEMFELTER DER SKAL TRÆNES (se efterfølgende skema 2)
<ul style="list-style-type: none">• Undersøg dobbelte dagsordener.• Spejl uoverensstemmelse mellem klients udsagn og adfærd.• Støt klienten i at vælge.• Ikke diskutere, men konstatere og i fællesskab teste hypoteser.• Regler og aftaler skal holdes.• Reducer forventninger om skuffelse/ afvisning.• Overhal ikke klienten indenom; vent på medspil.	Overordnet: Selvopfattelse (<i>Negativistisk og ambivalent</i>). <ul style="list-style-type: none">• Udtrykke tanker og følelser på en god måde – og blive forstået.	<ul style="list-style-type: none">• At være assertiv (problemfelt 3).• At ændre negativ adfærd (problemfelt 9).• Generel problemløsning (problemfelt 7).• Sociale færdigheder (problemfelt 2).• At være alene og gøre ting på egen hånd (problemfelt 1).• Fritidsaktiviteter (problemfelt 5).

Skema: Træning af mestringsfærdigheder

PROBLEMFELT

Klient har vanskeligheder med:

1. At være alene og gøre ting på egen hånd

TYPISKE SKEMATA

Bagvedliggende kerneantagelser der ofte er knyttet til problemfeltet

- Forladthed; følelsesmæssig understimulering; dependens; sårbarhed; symbiose-relation.

TRÆNINGSMÅL

- At klienten kan gøre dagligdags ting.
- At gøre ting uden at få (eller angle efter) andres hjælp, ros, beskyttelse eller forsikring.

TRÆNINGØVELSER

- Lav ugeskema med dagsstruktur og aftaler/aktiviteter⁷.
- Registrering af tanker og følelser forbundet med at være alene.
- Lav liste over ting, som du ønsker gjort/ordnet og de relevante handlinger du kan gøre for at opnå dette. Fra gang til gang aftales, hvilken opgave fra listen, klienten vil forsøge at løse.

”Stå-bi for alkoholbehandlere med dobbelt-belastede klienter”:

- Styrke blikket for, hvad der skal holdes øje med i forhold til især *symptomidelser* og hvilke interventioner, der som minimum er relevante



Bi-protokollerne er den ikke-lægelige alkoholbehandlers stå-bi med henblik på at give sit bidrag til, at klienten samlet får så optimalt et behandlingsforløb som muligt

Bi-protokollerne omfatter:

**Depression; Bipolar affektiv lidelse; ADHD;
Emotionelt ustabil personlighedsstruktur;
Angstlidelser; PTSD; OCD; Spiseforstyrrelser;
Suicidalitet**

Eksempel fra Stå-bien

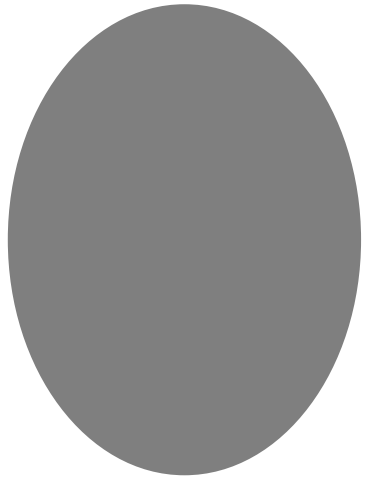
Depression

(aktuel; tilbagevendende; kronisk (herunder dystymi))

- Lav depressionstest (MDI eller BDI) (gentag med 2-4 ugers mellemrum eller efter behov).
- Sørg for lægelig vurdering/medicinering/monitorering; tilbyd eller henvis til kognitiv terapi.
- Psykoedukation om depression (syndromet; antidepressivas virkemåde; ikke-medicinske tiltag; kognitive coping-strategier; depressogene stoffer (især alkohol og benzodiazepiner).
- Aftal handlinger (klients/behandlers) ved forværring.
- Check for suicidal tænkning/adfærd/risiko – anamnestisk og aktuelt/løbende.

Bipolar affektiv lidelse

- Støt accept af diagnosen og insistér på fuld compliance både ifht rusmidler og behandling/management af den bipolare lidelse.
- Bedøm stemningsleje (depression: BDI/MDI; mani: Bech-Rafaelsen mani-skala).
- Psykoedukation om bipolar lidelse (syndromet; at leve med/mod lidelsen påvirker prognose; forebyggelse af episoder; medicinering; depressogene stoffer).
- Etablering af stabil kontakt til ambulant psykiatri/speciallæge i psykiatri.
- Ved udvikling af depressive symptomer – følg bi-protokol for depression.
- Ved udvikling af mani: vurder sygdomsindsigt og samarbejdsvilje/-evne; ved udtalt mani → indlæggelse i psykiatrisk afd.; ved manglende samarbejde om dette → behandling pauseres (døgn: udskrivning) med kraftig anbefaling om at søge psykiatrisk behandling.

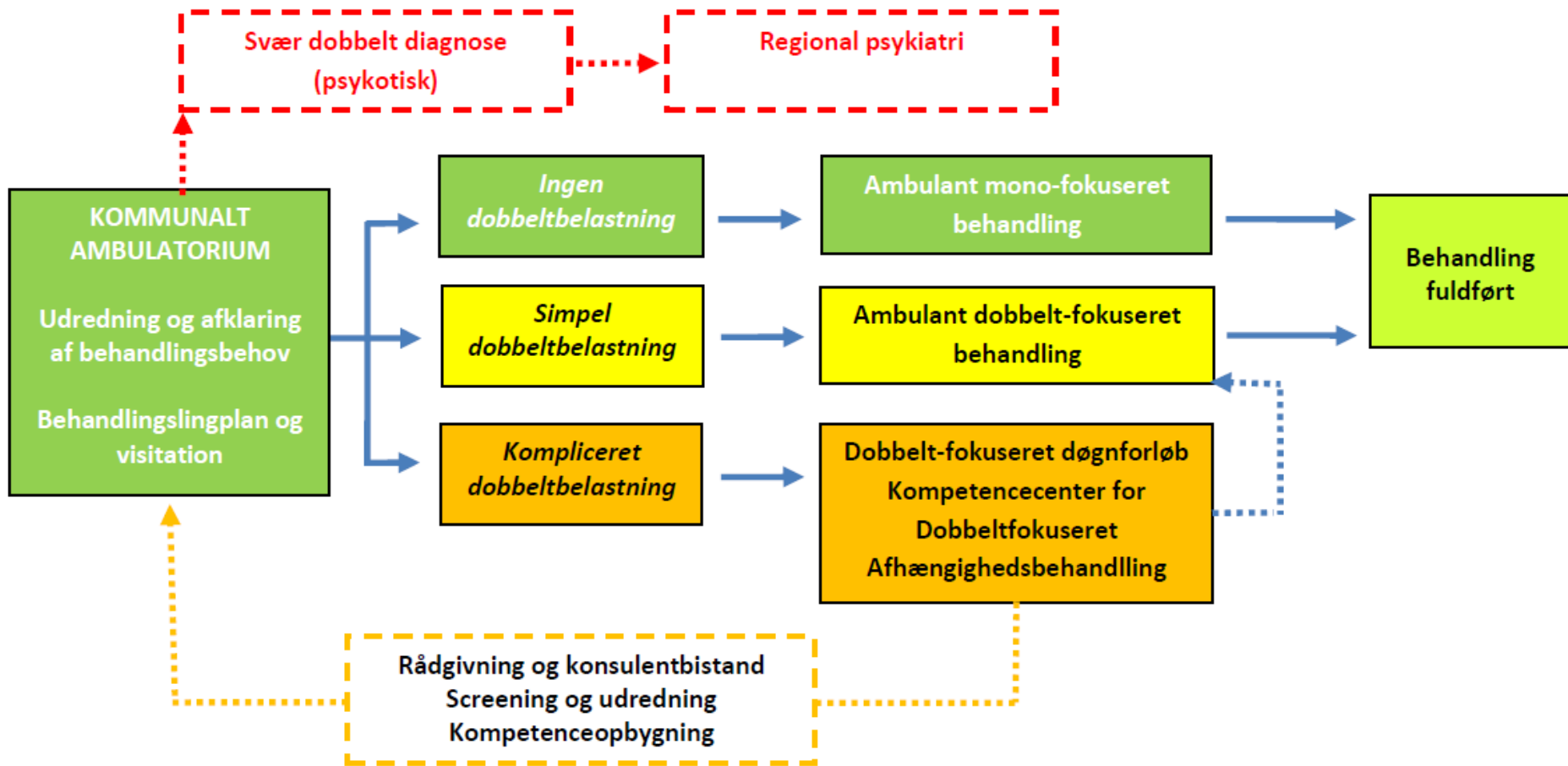


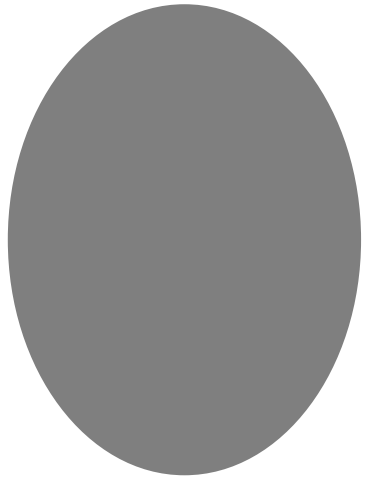
Afslutningsvis

En model for
det hele 😊

Model for behandlingssystem med flere gear

Opgaven: Se klart – handle adækvat





Tak for jeres
opmærksomhed!

