

MISBRUG og PSYKISK LIDELSE

Dobbeltdiagnoser stiller en vanskelig udfordring op i både udredning og behandling. Artiklen beskriver hvordan ud fra eksempler med klienter, der både er misbrugere og har en psykisk lidelse.

Er det sådan, at vi psykologer har mere eller mindre prestigefyldte arbejdsområder? Og hvis vi har, hvor placerer arbejdet med misbrug og psykisk lidelse sig da?

Arbejde med mennesker med alkohol- og stofmisbrug anses traditionelt for ikke at være lige så fagligt fremmende som arbejdet med psykiske lidelser. Derfor kan det ikke undre, at arbejde med en tredje gruppe, nemlig personer med *både* psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, hos mange ligger lavt på ranglisten.

Det er tænkeligt, at den hierarkiske opdeling har betydet, at kendskab til og viden om problematikkerne ved dobbeltdiagnoser ikke er blevet prioriteret og udbredt inden for de forskellige behandlingssystemer – en manglende prioritering, der synes at

gå igen i den obligatoriske del af psykologstudiet, sådan som det hidtil har været tilrettelagt.

Imidlertid tilbyder Center for Rusmiddelforskning under Aarhus Universitet nu tilvalgsfag i tværfaglige kurser, som belyser aspekter af forholdet mellem rusmiddel(mis-)brug og det moderne samfund. Ændringen er betydningfuld, idet faglig viden om problematikker, der relaterer sig til mennesker med dobbeltdiagnoser, er fordelagtig for fx arbejdet med revalidering, børne- og organisationspsykologi – alle områder, hvor psykologer møder klienter, der selv kæmper med misbrug og psykisk lidelse eller er påvirket af dem.

Psykologer bør kende til disse problemområder, herunder definition af dobbeltdiagnoser, og hvor og hvordan de behandles.

Dobbeltdiagnoser og udbredelse

Dobbeltdiagnoser beskriver i denne artikel kombinationen af psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Psykiske lidelser omfatter affektive forstyrrelser (angst og depression), mani-depressivitet, psykoser, skizofreni og personlighedsforstyrrelser (1, 2), mens rusmiddelproblemer omfatter misbrug og afhængighed. DSM-IV definerer *misbrug* som kognitive, adfærdsmæssige og fysiologiske symptomer, der indikerer et fortsat forbrug af rusmidler på trods af signifikante rusmiddelrelaterede problemer, mens afhængighed defineres som et dårligt tilpasset mønster af rusmiddelforbrug, yttet ved tilbagevendende og signifikante skadelige konsekvenser relateret til forbruget (3).

Siden 1990'erne er anerkendelsen af sammenhængen mellem misbrugsproblemer og psykiske lidelser vokset, blandt andet fordi epidemiologiske studier påviser en hyppig forekomst af de sammenfaldende problematikker (7, 11).

En undersøgelse fra 1996, National Comorbidity Survey viser således, at 41,0-65,5 % af langtidsstofmisbrugere har mindst én psykisk forstyrrelse, og at 50,9 % af personer med en psykisk forstyrrelse har mindst ét misbrug (7).

Et andet stort studie foretaget i USA i 2000-2001, National Epidemiologic

Survey on Alcohol and Related Conditions, undersøgte graden af sammenfald hos 43.093 informanter i løbet af det seneste år. Her havde 28,6 % af personer med alkoholmisbrug og 47,7 % af personer med stofmisbrug mindst én psykiatrisk diagnose (PD). 16,4 % af personer med mindst én PD havde et alkoholmisbrug, og 6,5 % et stofmisbrug. 19,67 % med et misbrug havde en affektiv forstyrrelse, mens 17,71 % havde en specifik angstforstyrrelse. Der var altså en stærk forbindelse mellem både psykiatriske diagnoser og alkohol- og stofmisbrug og affektive forstyrrelser og angst og misbrug (12, 13).

Upræcist begreb

Dobbeltdiagnoser associeres ofte med tidligt sygdomsudbrud, en kronisk kurs (6, 7) og sammensatte medicinske og psykosociale problemer i form af tilbagefald, hospitalisering, voldelig adfærd, kronisk arbejdsløshed, hjemløshed, lavt funktionsniveau og manglende medicinindtag (8). En stor gruppe mennesker med dobbeltdiagnose har også fysiske problemer opstået ved ulykkeshændelser og virusinfektioner i form af hepatitis og hiv (8, 9).

De mange følgeproblematikker bevirker, at selve begrebet dobbeltdiagnoser ofte kritiseres for at være upræcist, fordi mange patienter ikke har to, men flere sammenfaldende lidelser (1, 2).



► ► ► Forvirringen bliver ikke mindre af, at begrebet dobbeltdiagnoser beskriver forskellige sammenfaldende mønstre inden for psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling: Hvor psykiatriske patienter ofte lider af psykoser,

Selv ville han hellere i fængsel end behandles, fordi han ikke synes, at han lider af andet end periodiske psykoser, som ikke optræder, når han får sin medicin. Mads deltager i samtaler med to psykologer og har regelmæssig

institutionen. De finder Line usamarbejdsvillig og konfliktskabende, mens psykologen i enesamtalerne oplever Line som motiveret og engageret, men med en sårbarhed, der gør behandlingsrelationen intens og svingende.



skizofreni, angst og depression og primært misbruger hash, alkohol og beroligende medicin, finder man også angst og depression inden for misbrugsbehandling, men et begrænset antal psykoser og flere personlighedsforstyrrelser. Misbruget er her ofte af mere alvorlig art og indbefatter amfetamin, heroin og blandingsmisbrug (10, 2).

Mads og Line

De forskellige sammenfaldende mønstre er her eksemplificeret ved to klienter, psykologer kan møde inden for behandlingssystemerne:

Mads er 27 år og følger behandling på psykiatrisk hospital. Han lider af paranoid skizofreni og periodiske psykoser. Han fortæller, at symptomerne har været meget fremherskende de sidste fire år. Hans rusmiddelbrug har været bredspektret (snifning af lighergas, heroin, speed), men de sidste ti år mest øl og hash.

Mads har en behandlingsdom efter flere ildspåsættelser på sin hjemegn.

ge møder med lægen om medicinering.

Line er 25 år og indskrevet på døgninstitution for misbrugsbehandling for fjerde gang. Hun har, siden hun var 12 år, røget meget hash og har taget en del speed og subutex (opiat).

Line udviser klare borderline og narcissistiske træk. Hun har ugentlige samtaler med den tilknyttede psykolog, indgår i den pædagogiske behandling på institutionen og har regelmæssige møder med lægen om medicinering.

De forskellige problemstillinger i casene medfører forskellige behandlingsopgaver for psykologer (og andet behandlingspersonale). I Mads' tilfælde ser de to psykologer det som deres primære opgave at etablere en bæredygtig alliance og arbejde med graden af dissociering og tvangsprægede tankeformer for at opnå en regulær samtale om de problemer, Mads oplever. I Lines tilfælde oplever personalet, at hun har svært ved at indgå i behandlingen og de sociale sammenhænge på

Behandling

Symptomer og følgeproblematikker ved dobbeltdiagnoser medfører ofte, at klienterne udviser modstand mod behandling og komplicerer og vanskeliggør behandlingsprocessen (7, 14). Målgruppen udgør derfor en stor udfordring både for misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling, og manglende viden og ressourcer i behandlingen kan desværre bevirke dårlig respons på behandlingsprocessen og resultere i et dårligt behandlingsresultat (15, 16, 17).

Undersøgelser har påpeget, at den traditionelle opdeling i misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling er mindre effektiv end integrerede behandlingsprogrammer, hvor behandling af den psykiske sygdom og misbruget kombineres, og hvor psykiatriske lidelser og misbrugsproblemer ses som to primære problematikker, der begge kræver specifik vurdering, diagnosticering og behandling (1, 8, 15).

I Mads og Line-casene betyder sammenfaldet af misbrug og psykisk lidel-

se, at man i behandlingen med fordel kan tage højde for begge problematikker. Her kan fokus på et tværfagligt samarbejde mellem det tilknyttede behandlingspersonale bevirke øget forståelse af klienternes problemområder.

Fra en psykologfaglig vinkel er information fra andet behandlingspersonale altså vigtig for at kunne skabe en helhedsforståelse. I samtalerne med Mads er det fx fordelagtigt, at psykologerne ikke kun er opmærksomme på hans paranoide skizofreni og periodisk psykotiske tænkning, men også er bevidste om misbrugsrelaterede problemer, herunder hans tendens til selvmedicinering. Omvendt må viden om misbrug og misbrugsrelaterede problemer i Lines tilfælde kombineres med viden om, hvordan hendes borderline og narcissistiske træk besværliggør hendes sociale og behandlingsmæssige relationer.

Koordineringen af en integreret behandlingsindsats har ofte vist sig at være en udfordring, hvad der for en stor del skyldes den diagnostiske opfattelse inden for traditionel behandling: Traditionel psykiatrisk behandling ser ofte misbrug som sekundær coping, altså en selvmedicinering af den psykiske forstyrrelse (1), hvor traditionel misbrugsbehandling ofte ser den psykiske forstyrrelse som et resultat af et vedvarende misbrug (7, 16). Følgen af et for ensidig fokus for behandlingen kan være underbetoning af den psykiske sygdom eller misbruget (7, 16), og behandleren kan derfor overse vigtige aspekter af klientens tilstand, som igen forværrer behandlingsresultatet. Fx kan misbrugets art være uændret, selv om klienten har modtaget psykiatrisk behandling (1, 15).

Diskussionen om, hvilken lidelse der kan betragtes som primær, kan være relevant, men den kan overskygge fordelene ved, at behandlingsplanlægning for klienter med dobbeltdiagnoser tager afsæt i en løbende udredning af symptomer inden for begge



► ► ► kategorier i den indledende behandlingsfase, hvor de mest besværlige symptomer stabiliseres (15).

De skærpede krav til primært psykiatrisk behandling om ikke at afvise klienter med misbrugsproblemer, men også til misbrugsbehandling om at modtage stofmisbrugere med personlighedsproblemer stiller krav til en omorganisering og udvikling af en del af de eksisterende behandlingstilbud. På organisationsniveau kan det vise sig ved øget vurdering af behandlingseffekten, fx på hvilken måde og i hvilken grad behandlingen har virket, eller ved udvikling og vedligeholdelse af behandlingsplaner, ofte hen imod en mere specialiseret eller integreret behandlingsindsats.

Øget fokus på organisering og tilrettelæggelse af behandlingen sigter mod opkvalificering af de eksisterende behandlingstilbud, heraf også af klienternes oplevelse af behandlingsproces og behandlingsresultat (18). At en sådan forbedring finder sted, er påvist hos flere ambulante behandlingstilbud af psykisk belastede misbrugere. Her har undersøgelser vist, at en prio-

riteret øget tværfaglig behandlingsindsats koordineret af en case-manager har skabt en mere fokuseret behandlingsindsats og større bedring hos klienterne efter behandling og ved follow-up (19).

For at kunne vurdere behandlingskvalitet og behandlingseffekt må hensigtsmæssig behandling af dobbelt-diagnoser altså defineres ud fra resultat og effekt ved behandlingsindsats. En sådan vurdering bør også inkludere klienternes sociale miljø og ressourcer; klienternes tilbagevenden til deres sociale subkulturer betyder nemlig også tilbagevenden til de normer for brug og misbrug, som er indlejret i den respektive kultur (1).

Motivation og engagement

Når man vurderer behandlingskvalitet og behandlingseffekt, er det logisk at se på klienternes behandlingsbehov og behandlernes holdning og behandlingspraksis. Personer med dobbelt-diagnoser er ofte svære at motivere til at indgå i behandling og til at engagere, når behandlingen er påbegyndt. Så

spørgsmålet er, hvordan de motiveres og engageres til at indgå og deltage (aktivt) i behandlingen.

Undersøgelser af engagementets betydning for behandlingsproces og resultat (8, 18) viser, at en dårlig behandlingsproces er tæt forbundet med lavt psykosocialt funktionsniveau og lav motivationsgrad; er man ikke engageret, forlader man ofte behandlingen før tid og viser dårligere efterbehandlingsresultater. (18). Ikke overraskende for psykologer er deltagelse i sessioner/samtaler en brugbar indikator på klientens engagement i behandlingen (20).

En umotiveret klient kan motiveres af en god relation med behandleren, mens en motiveret klient kan demotiveres, hvis behandlingsrelationen ikke er god (21). Relationsarbejde og relationelle dynamikker er derfor vigtige omdrejningspunkter for behandlingsproces og -resultat. Det er her interessant at reflektere over, hvilken rolle den terapeutiske alliance spiller – en refleksion, der også er relevant for behandlere, som arbejder i behandlingssettings, hvis umiddelbare formål ikke



har terapeutisk sigte. Også her forekommer overførings- og modoverføringsreaktioner som et dynamisk interpersonelt element i behandlingen (21).

Endelig bør klienternes engagement og motivation for at indgå i behandling også holdes op mod, hvordan personalets viden om klienternes problematikker og behandlingens ressourcer på et tidligt tidspunkt responderer på klienternes behov (22, 20).

Forskning i tidsbegrænset motiveerende rådgivning viser, at assertiv imødekommenhed og motivationsrådgivning fører til engagement hos klienterne (8). Samtidig er behandlingspersonalet omdrejningspunkt, fordi de er i forreste linje, hvad angår anvendelse, tolkning og konvertering af produceret viden om misbrug og psykiske lidelser til at forbedre behandlingsrelationer og -praksis (23).

Birgitte Thylstrup, psykolog, arbejder hos Center for Rummiddelforskning på en ph.d. om dobbeltdiagnoser

Litteraturliste

1. Drake, R.E. & Wallach, M.A. (2000) Dual Diagnosis: 15 Years of Progress. *Psychiatric Services Vol. 51, No. 9:* 1126-1129.
2. Evjen, R., Øiern, T., Kielland, K.B. (2003) Dobbelt OPP. Om psykiske lidelser og rusmisbrug. Universitetsforlaget, Norge.
3. DSM-IV-TR (2000) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, *American Psychiatric Association.*
4. Alterman, A.I., Cacciola, J.S., Mulvaney, F.D., Rutherford, M.J., Langenbucher, J. (2002) Alcohol Dependence and Abuse in Three Groups at Varying Familial Alcohol Risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol. 70, No. 2:*336-343.
5. Langenbucher, J., Martin, C.S., Labouvie, E., Sanjuan, P.M., Bavly, L., Pollock, N.K. (2000). Towards the DSM-IV: The Withdrawal-Gate Model Versus the DSM-IV in the Diagnosis of Alcohol Abuse and Dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol. 68, No. 5:* 799-809.
6. Armstrong, T.D. & Costello, J.E. (2002) Community Studies on Adolescent Substance Use, Abuse, or Dependence and Psychiatric Comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 70:* 224-239.
7. Blanchard, J.J. (2000) The co-occurrence of substance use in other mental disorders: Editor's introduction. *Clinical Psychology Review, Vol. 20, No. 2:* 145-148.
8. Drake, R.E.; Mueser, K.T.; Brunette, M.F.; McHugo, G.J. (2004) A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal Vol. 27, Iss. 4:* 360-375.
9. Salloum, I.M. (1998) Behandlingsplanering vid dubbla diagnoser. *Dubbel trubbel*, p. 83-89. Rustung AB, Örebro.
10. Fridell, M. (1990) Kvalitetsstyrning i psykiatrisk Narkomanvård. Effekter på personal og patienter. Almqvist & Wiksell International, Stockholm.
11. Franken, I.H.A. & Hendriks, V.M. (2000) Early-onset of illicit substance use is associated with greater axis-II comorbidity, not with axis-I comorbidity. *Drug and Alcohol Dependence, Vol. 59:* 305-308.
12. Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, P.S., Ruan, J., Pickering, R.P. (2004a) Co-occurrence of 12-Month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry, Vol. 61:* 361-368.
13. Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, P.S., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P., Kaplan, K. (2004b) Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders. *Arch Gen Psychiatry, Vol. 61:* 807-816.
14. O'Brien, C.P., McLellan, T.A. (1996) Myths about the treatment of addiction. *Lancet Vol. 347:* 237-240.
15. Minkoff, K. (2001) Best Practices: Developing Standards of Care for Individuals With Co-occurring Psychiatric and Substance Use Disorders. *Psychiatric Services Vol. 52, No. 5:* 597-599.
16. Lehman, A.F., Myers, P.C., Carty, E. (1989) Assessment and Classification of Patients with Psychiatric and Substance Abuse Syndromes. *Hospital and Community Psychiatry Vol. 40:* 1019-1025.
17. Graham H.L., Copello A., Birchwood M.J., Mueser K.T., Orford J., McGovern D., Atkinson E., Maslin J., Preece M., Tobin D., Georgiou G. (2004) Cognitive-Behavioural Integrated Treatment. John Wiley & Sons, Ltd.
18. Joe G.W., Broome K.M., Rowan-Szal G.A., Simpson D.D. (2002) Measuring patient attributes and engagement in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 22:* 183-196.
19. McLellan T.A., Hagan, T.A., Levine M., Meyers K., Gould F., Bencivengo M., Durell J., Jaffe, J. (1999) Does clinical case management improve outpatient addiction treatment. *Drug and Alcohol Dependence, Vol. 55:* 99-103.
20. Joe G.W., Simpson D.D., Broome K.M. (1999) Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol dependence, Vol. 57:* 113-125.
21. Fridell, M. (1996) Institutionella behandlingsformer vid missbruk. *Organisation – ideologi – och resultat. Natur og Kultur.*
22. Broome, K.M., Simpson, D.D., Joe, G.W. (1999) Patient and program attributes related to treatment process indicators in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, Vol. 57:* 127-135.
23. Simpson, D.D. (2002) Assessing Clients and Programs for Treatment Performance Monitoring and Evaluation. *Research Summary: Focus on Treatment Assessment, Special Issue.* Institute of Behavioural Research, Texas Christian University.