

Afrapportering af

Projekt SODA

Samarbejde Om Dobbeltbelastede Alkoholklinter

Et modelprojekt om organisering og udførelse af flerfaset dobbeltfokuseret behandling

Per Nielsen, Steffen Røjskjær og Thomas Josiasen



Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling

Afrapportering af Projekt SODA
Samarbejde Om Dobbeltbelastede Alkoholklinter
Et modelprojekt om organisering og udførelse af flerfaset dobbeltfokuseret behandling

Ved: Per Nielsen, Steffen Røjskjær og Thomas Josiasen
Ringgården, Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling

Strandvejen 1
5500 Middelfart
tlf. 64 41 25 05
www.ringgaarden.dk
alkohol@ringgaarden.dk

Projekt SODA er gennemført med støtte fra Sundhedsstyrelsen.

Middelfart, juni 2013.

Indhold

Forord

1. Baggrund for Projekt SODA

1.1	Udviklingen af samarbejdet ambulant og døgn imellem	5
1.2	Dobbeltbelastning	6
1.3	Dobbeltbelastning forstyrrer behandlingsmulighederne	8
1.4	Hvad virker?	11
1.5	Hvordan skal vi gribe det an?	12

2. Projekt SODA

2.1.	Projektets ramme	14
2.2.	Deltagere, bemanding, design og formål	14
2.3.	Påvirkning på tre niveauer	15

3. Forløb og resultater

3.1.	Projektets formidling og kompetenceopbygning - kurser og evalueringer	19
3.2.	Projektets metodeudvikling - skabelon og matrix	23
3.2.1.	Analyse og syntese af iagttagelser og data	23
3.2.2.	Udredningsskabelon	25
	1 Iagttag og beskriv	25
	2 Analysér	28
	3 Vurdér og visiter.....	38
3.2.3.	Caseformulering og brug af matrix	40
3.3.	Dobbeltfokuseret behandlingstilgang	42

3.4.	SODA-modellen - en principskitse for behandlingssamarbejde ..	44
3.4.1.	Visitation - døgnbehandlingens trafiklys	45
3.5.	Samarbejde i praksis	48
3.5.1.	Dobbeltfokuskonsulentens erfaringer	48
3.5.2.	Procesevalueringer – kommunale erfaringer med implementering af SODA	51
	• Silkeborg	52
	• Sønderborg.....	53
	• Skanderborg	54
	• Aalborg	54
3.5.3.	Stjerneløbsmodellen - kollegial synergi	56
3.5.4.	Kvalitetssikring af implementering og fastholdelse af dobbeltfokus	57

4. Afrunding

4.1.	Sammenfatning	59
4.2.	Perspektiver og anbefalinger	60

Referencer	62
------------------	----

Forord

Efter at have været involveret i en lang række projekter (egne og andres) på rusmiddelområdet og tilgrænsende områder fik vi idéen til at lave et projekt, hvor dét at formidle viden samt støtte dens omsætning i praksis skulle have høj prioritet.

Ved alle forsknings- og metodeudviklingsprojekter, gennemført i Ringgårdens¹ regi, har mottoet været *forskning for praksis*. Det har fastholdt vores opmærksomhed på, at det vi lavede skulle have udgangspunkt i problemstillinger fra egne eller andre behandleres kliniske praksis. Dette har – i al beskedenhed – medført, at Ringgården repræsenterer en høj grad af konkret implementeret viden og metodik, der blandt andet hidrører fra de mange projekter, vi har haft mulighed for at gennemføre.

Det er på denne baggrund, idéen til projekt SODA blev fostret: vi ville gerne lave et projekt, hvor vi kunne medvirke til at formidle viden og kompetence om et *smertensbarn* – de dobbeltbelastede alkoholmisbrugere – og samtidig gå i et direkte modelsamarbejde med vores kommunale ambulante kolleger. Vi ville gerne stille vores viden om dobbeltbelastede alkoholmisbrugere til rådighed, men også dele ud af vores erfaring med at få viden og kompetence til at give reelle nedslag i praksis.

Det har uden sammenligning været det mest inspirerende og ”finger-aftrykssættende” projekt, vi indtil nu har fået lov at stå i spidsen for.

Et ”resultat” eller en udløber af bl.a. projekt SODA er endvidere etableringen af Ringgården som *Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling*, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ved daværende sundhedsminister Bertel Haarders mellemkomst skaffede finansiering til at starte i perioden 2011-2012. Centrets funktion har i korte træk drejet det sig om at være en metodeudviklende, kompetenceopbyggende og behandlende samarbejdspartner for de kommunale ambulante alkoholbehandlingscentre.

At få mulighed for at iværksætte Projekt SODA vil vi gerne takke vores bevillingsgiver Sundhedsstyrelsen for - i dette tilfælde personificeret i specialkonsulent Kit Broholm, som også har hjulpet os undervejs i projektet med faglig støtte og opmuntring.

Ligeledes er vi meget taknemmelige for den åbenhed, tillid og lærevillighed, som strømmede os i møde fra de ambulante kolleger, der deltog i projekt SODA. De har lært os meget undervejs – også om deres særlige ambulante arbejdsmetoder og –betingelser, som vi dermed håber, vi også er blevet bedre til at stille op til som døgnbehandlingsinstitution.

Steffen Røjskjær og Per Nielsen

¹ Ringgården - Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling er døgnbehandlingssted for personer med alkoholafhængighed kombineret med anden psykisk lidelse (dobbelt belastning/dobbelt diagnose) af ikke-psykotisk art (f.eks. personlighedsforstyrrelser, depressive lidelser, angstlidelser, ptsd, adhd).

1. Baggrund for Projekt SODA

1.1. Udviklingen af samarbejdet ambulant og døgn imellem

Udviklingen af alkoholbehandlingen i Danmark de seneste 25 år har haft en klar tendens i retning af en satsning på en ambulant strategi – først anført af amterne og efter reformen i 2007 endnu stærkere af kommunerne. I kølvandet på denne udvikling er der sket en uomtvistelig faglig oprustning af dimensioner på det ambulante felt – især når man ser på de fleste af de store og halvstore kommuner. I mindre kommuner finder man stadig eksempler på overbebyrdede behandlere og lavt fagligt niveau – så der er stadig et stykke vej til en faglig total homogenisering på det kommunale ambulante felt.

I den samme periode er det offentlige brug af døgnbehandling aftaget drastisk til under en tredjedel af niveauet for 20 år siden. Indrømmet – døgnbehandlingen var/er et vidt begreb med store faglige og selvforståelsesmæssige udsving fra institution til institution, og brugen af døgnbehandling har været temmelig tilfældig, baseret på ujævne, uigennemskuelige kriterier. At fortsætte ufortrødent ad samme spor og i samme omfang som for 20-30 år siden ville derfor ikke være hensigtsmæssigt.

Projekt SODA er overordnet set et forsøg på at skabe en model for at inkludere et vist mål af døgnbehandling i en specialiseret, dobbeltfokuseret og strukturelt "underordnet" udgave. Det vil sige med døgninstitutionen placeret som en støttefunktion til den ambulante hovedstrategi i de tilfælde, hvor denne alene ikke er tilstrækkelig. Man kan kalde det en "værftsmodel", hvor døgnbehandling, billedlig talt, er en

slags tørdok eller værft, som det kommunale ambulatorium har til rådighed for at få løst specifikke behandlingsopgaver i forhold til en konkret klient.

Argumenterne for den hidtil fremvoksende udvikling er for en umiddelbar betragtning logiske og lige for: ambulant behandling er billigere (behandling af flere for færre penge), det er en mindre indgribende setting, og – som *man* har vænnet sig til at sige – "*det virker ligeså godt som døgnbehandling*". Det sidste er en påstand, som dels kræver at døgnbehandling er en entydig størrelse (hvilket ikke er tilfældet), og som vil være svær at underbygge med forsvarlig dokumentation.

Den ambulante behandlings tilstrækkelighed forudsætter desuden alt andet lige, at klienten faktisk magter at følge den, og her er skævhederne i sundhed til at få øje på: mellem 46% og 77% af klienter i ambulant behandling falder fra i utide², og de, der gennemfører er grundlæggende set langt mindre belastede end de, der falder fra. Så, hvis man spørger: virker ambulant behandling lige så godt som døgnbehandling, så kunne svaret udformes således – om end det ville være tendentiøst:

- Ambulante klienter **er bedre** end døgnklienter efter gennemført behandling, det vil sige
 - har færre tilbagefald
 - drikker mindre
 - er mere i job
 - har færre sociale problemer
 - langt færre psykiske symptomer og vanskeligheder
- ... men denne forskel var også til stede før behandlingen³.

² Nielsen, B. & Søgaard Nielsen, A. (2001); Møller Sørensen, S. (2005).

³ Nielsen, B. & Søgaard Nielsen A. (2001); Samuelsen et al. (1998); Nielsen P. & Røjskjær, S. (2002).

Det reelle svar ville efter vores opfattelse være, at ambulant behandling i sin nutidige, danske version er et stærkt og effektivt behandlingstilbud til de klienter, der kan følge behandlingen (møder stabilt op), kan tåle den (er i stand til selv at "lande" efter en session, og kan udføre hjemmeopgaverne ved egen drift), og kan "gøres færdige" indenfor en ofte meget kort tids- og dosis-horisont.

Hvis en klient kan leve op til kriterier som disse, så er der en kendt og veldokumenteret effekt af ret betydelig størrelse⁴.

Det er således berettiget på den ene side at glæde sig over udviklingen i den kommunale ambulante behandling, men der må på den anden side holdes fast ved den kendsgerning, at man er meget tæt på at have fået indrettet et system, der IKKE rummer fyldestgørende tilbud til de vanskeligt tilgængelige dele af klientellet, det vil sige eksempelvis klienter præget af:

- svær alkoholafhængighed
- personlighedsforstyrrelse (af enhver art, men især emotionelt ustabil/borderline og antisocial)
- psykiske symptomidelser (eks. angst, depression, adhd, ptsd)
- manglende social stabilitet
- sociale problemer (arbejds- og boligmæssigt; ressourcesvagt socialt netværk)
- særlig belastning i familien
- psykoser (skizofrene; affektive; paranoide)
- hjerneskade og udviklingshæmning

1.2. Dobbeltbelastning

Jamen, hvis det er tilfældet – er det så ikke psykiatriens klienter, vi taler om her?

Og hvis "ja", så kunne vi på alkoholområdet som helhed vælge at se bort fra denne del af gruppen af hjælpssøgende. Som svar på dette kan der efter vores opfattelse svares et lille "ja", men samtidig et stort "nej".

"Ja", fordi en mindre del af de klienter, der søger behandling i det kommunale alkoholambulatorium, har så svære psykiske lidelser, at der her er en klar opgave for psykiatrien.

Men "nej", fordi hovedparten af de psykisk comorbide alkohol-klienter har en ikke-psykotisk problematik – altså en "psykiatri light" problematik, som vel ingen velorienteret fagperson, administrator eller politiker har fantasi til at forestille sig, at psykiatrien har muligheder/ressourcer til at tage sig af inden for en meget lang tidshorisont.

Det ændrer ikke på, at denne gruppe, som også går under betegnelsen "dobbeltbelastede" (den ikke-psykotiske delmængde af dobbelt diagnoserne), er hovedkilden til utallige tæt på "resultatløse" anstrengelser indenfor alkoholområdet. Den kvantitativt største psykiatriske kategori af dobbeltbelastede udgøres påviseligt af klienter med kombinationer af alkoholafhængighed og personlighedsforstyrrelse – som regel "krydret" med en eller flere symptomidelser⁵. Gennemslaget af disse klienters lette til middelsvære psykiske problemstillinger er ofte meget massivt i såvel deres daglige liv, som i deres umiddelbare muligheder for at profitere af behandling for afhængighed i ambulant regi.

⁴ Søgaard Nielsen A. et al. (2006).

⁵ Sundhedsstyrelsen (2009); Verheul, R. et al. (2005).

Med projekt SODA har vi haft som vision at medvirke til at gøre opmærksom på og at påvirke de håndteringsvanskeligheder med dobbeltbelastede klienter, som ikke er blevet mindre af de to sidste årtiers satsning på at udvikle den mindre intensive del af behandlingssystemet, med deraf følgende slagside:

- de bedre/mindre belastede klienter får en behandling, der er bedre og bedre (men også mere krævende for klienten)
- de dårligere/mere belastede får færre og færre relevante tilbud

Vores udgangspunkt har været vores mangeårige erfaring med døgnbehandling af "difficult-to-treat" delen af alkoholklientellet samt vores erfaringer med samarbejde med det omgivende ambulante behandlingssystem. Vi har været optaget af, at flere udenlandske og danske undersøgelser peger på, at behandlingsmetoder med dobbelt fokus (på både afhængighed og psykisk problematik) er mere effektive end standard behandling, når det gælder dobbeltbelastede klienter:

- Borderline-klienter klarer sig ligeså godt som non-borderliners, hvis de behandles i intensiv, dobbelt-fokuseret alkoholbehandling inkluderende psykiatrisk fagekspertise⁶.
- God prognose for alkoholmisbrugere med antisocial personlighedsforstyrrelse, hvis behandlingen omfatter psykoterapi, stram adfærdsregulering og miljøhåndtering samt mindst moderat behandlingsintensitet⁷.

Da hovedparten af de dobbeltbelastede alkoholmisbrugere ikke bliver rutinemæssigt udredt for deres psykiske lidelser kommer kommunerne til at bruge mange ressourcer på utallige eller langvarige ambulante behandlingsforsøg uden ordentlig effekt. Dette vil ofte resultere i nogle af de afledte negative virkninger for den pågældende borger, familien

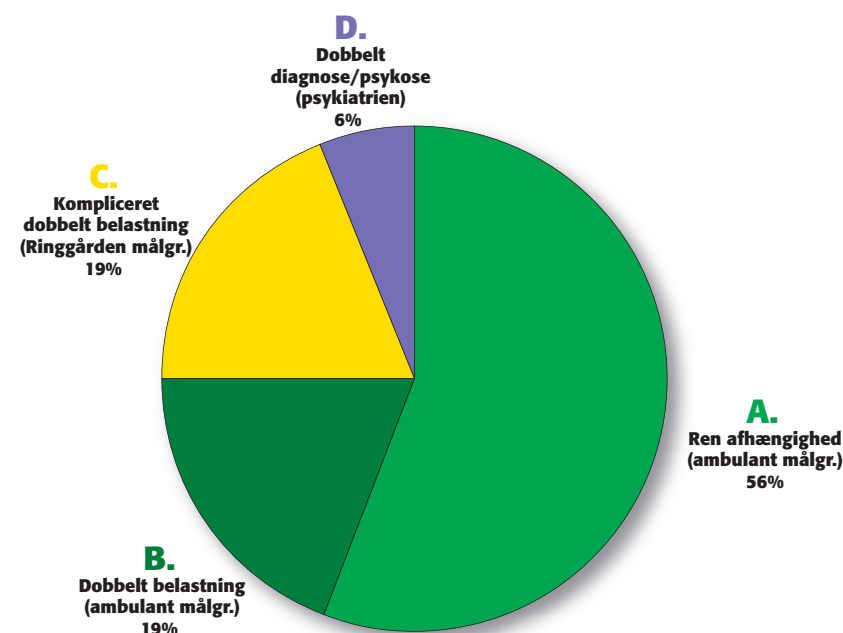
og den samfundsmæssige økonomi i bred forstand, som et vedvarende misbrugsliv – nu oven i købet tilsyneladende påvist udenfor behandlingsmæssige rækkevidde – medfører for klient og pårørende.

I figuren herunder vises, hvorledes man med den aktuelle viden regner med, at forskellige grader af sideproblemer/psykisk comorbiditet fordeles sig.

Grøn betyder: indenfor ambulatorium rækkevidde (**gruppe B** dog forudsat en tilpasset dobbeltfokuseret behandling).

Gul betyder: behov for Samarbejde mellem ambulant regi og døgnbehandling Om Dobbeltbelastede Alkoholklienter (SODA).

Lilla betyder: psykiatrisk speciale påkrævet.



Figur 1. Diagram over målgrupper i behandlingssystemet ⁸

⁶ Nace, E.P. & Davis C.W. (1993); Nace, E.P. et al. (1986); Nielsen P. & Røjskjær, S. (2003); Ball, S. (2004).

⁷ Alterman, A.I. & Cacciola, J.S. (1991); Brooner, R.K. et al. (1998); Cacciola, J.S. (1995); Cacciola, J.S. et al. (1996); Nielsen P. & Røjskjær, S. (2003).

⁸ Amtsrådsforeningen (2005); Rounsaville, B.J. et al. (1998).

Gruppe A: "ren alkoholafhængighed", er klienter, der erfaringsmæssigt og empirisk har god sandsynlighed for effekt af ambulant behandling for alkoholafhængighed.

Gruppe B: "dobbelbelastning", er klienter med en betydelig blanding af alkoholafhængighed og psykiske/personlighedsmæssige vanskeligheder, men som ofte er indenfor rækkevidde af (dobbeltfokuseret) ambulant behandlingsregi (herunder dagbehandling, hvor intensiteten generelt er større end i regulær ambulant, individuel behandling).

Gruppe C: "kompliceret dobbelbelastning" repræsenterer en gruppe med betydelig og ofte længerevarende alkoholafhængighed (evt andre rusmidler eller medikamenter) og svær personlighedsforstyrrelse og/eller psykisk symptomtilidelse (angst, depression, adhd, ptsd m.v.).

Gruppe D: "dobbel diagnose/psykose", gruppen med særdeles alvorlig psykisk sygdom kombineret med alkoholafhængighed. Her findes for eksempel repræsentanter for de 20% af de cirka 15-16.000 skizofrene borgere i Danmark, som har et afhængighedsproblem med alkohol, cannabis eller andre rusmidler⁹. Denne gruppe "kommer jævnligt forbi" i ambulant alkohol regi, men har et så specialiseret behov for psykiatrisk behandling, at det ikke kan anses for en primær opgave for alkoholbehandling i traditionel kommunalt ambulant regi, men snarere en kombineret regionspsykiatrisk og kommunal socialpsykiatrisk opgave.

Generelt set er ambulant behandling for alkoholproblemer som tidligere anført første valg, fordi det repræsenterer den mindst indgribende og billigste interventionsform, og fordi en stor del af de mennesker, der henvender sig om alkoholbehandling, vil kunne hjælpes på denne måde. Men nogle alkoholafhængige – og herunder de dobbelbelastede klienter - har behov for en mere intensiv, specifik og støttende behandlingsform i døgnregi. Det vil sige et behandlingsforløb, der *påbegyndes i ambulant regi, overgår til døgnregi i en periode, og afsluttes i ambulant regi*.

På planchen herunder vises kendetegnene for klienter, som ofte har

Kendetegn ved de særligt vanskeligt stillede klienter

De svært belastede alkoholmisbrugere er kendetegnet ved:

- svær og/eller langvarig alkoholafhængighed
- psykopatologi (personlighedsforstyrrelse eller psykiatriske lidelser af alvorligere karakter)
- psykiske belastningssymptomer (eks. angst, depression)
- sociale problemer (arbejds- og boligmæssigt)
- manglende social stabilitet
- ressourcervagt socialt netværk
- ...eller kombinationer af ovenstående belastningsparametre, der fratager klienten muligheden for at gennemføre ambulant behandling med udbytte.

Figur 2

vanskeligt ved at profitere af traditionel monofokuseret og lav-doseret ambulant behandling, og som derfor vil kandidere til at modtage et behandlingstilbud med indlagt "værftsophold".

1.3. Dobbelt belastning forstyrrer behandlingsmulighederne

Som behandler er man med den dobbelbelastede klient ofte ude i et projekt, som enten er uhyre vanskeligt – eller på forhånd dømt til at mislykkes. Dette skyldes den generelle mangel på relevante metoder til præcis udredning af klientens faktiske problemer – og herunder hvilke man vil kunne hjælpe ham med samt den ofte meget begrænsede "værktøjskasse" til gennemførelse af et relevant behandlingsforløb. For slet ikke at tale om de ofte snærende dosis-rammer, man som ambulant behandler kan være underlagt.

Udfordringerne kan beskrives som vist på planchen herunder (vores

⁹ Sundhedsstyrelsen (2004).

Hvad er det, som gør dobbeltbelastede vanskelige?

- Der skal kæmpes med compliance og alliance for at opnå effektiv behandling
- Interpersonel patologi genopføres i sessionen
- Der skal holdes fokus på to/flere forstyrrelser samtidig
- Klienten fremkalder selv stressende livshændelser gennem ubehagelige eller provokerende adfærd (social support formindskes)
- Potentiale for impulsiv, opmærksomhedssøgende, manipulerende, eller farlig acting-out (selv eller andre)
- Følelsesmæssig ustabilitet
- Grandiositet, egocentricitet og hensynsløshed over for andres behov

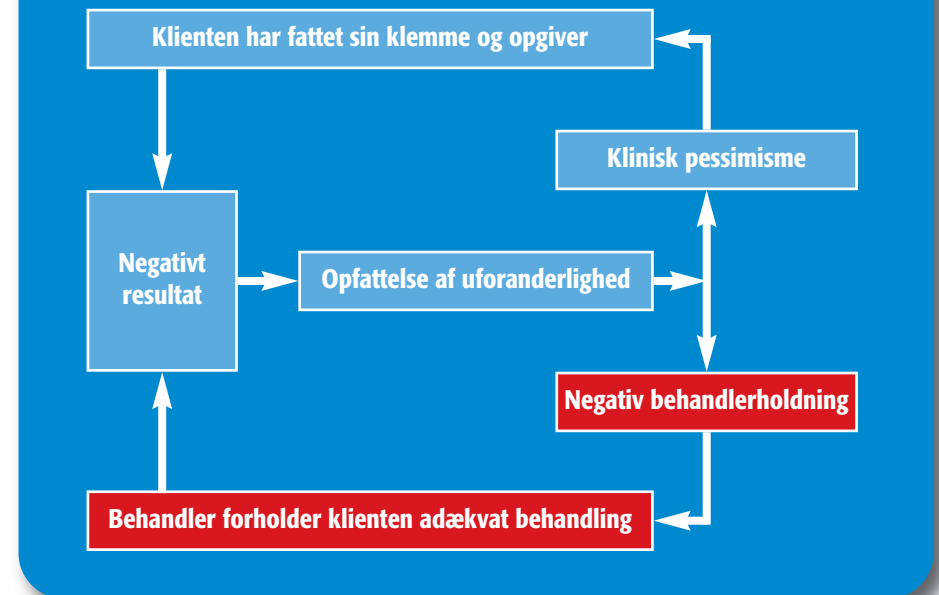
Figur 3

egen tilvirkning), hvor Ball sammenfatter nogle af de ting, man skal være i stand til at dealle med som terapeut på det interpersonelle plan¹⁰.

Det kræver ikke megen fantasi også at forestille sig den arbejdsmiljø-mæssige betydning af at opleve ikke at have tilstrækkelig viden og færdigheder til at magte disse udfordringer på fagligt relevant vis.

Det er en erfaring, at en del af de dobbeltbelastede klienter i mødet med behandlingssystemet udvikler en yderligere psykisk overbygning på deres oprindelige vanskeligheder. Verheul¹¹ har formuleret det på den måde, at den dobbeltbelastede klient kommer i en dobbelt-klemme, idet han på den ene side selv får øje på sin vanskelige situation, som han indser kræver betydelig behandlingsindsats (som han ikke forventer at kunne få) og derfor mister modet. På den anden side får behandleren også øje på klientens problemer og på, at klienten har mistet modet, og han opfattes derfor som "ubehandlelig" og får ikke

To selv-opfyldende profetier...



Figur 4

den fornødne behandlingsindsats. I skematisk form kan denne dobbelte, negative spiral opstilles som to selvopfyldende profetier (figur 4).

Den typiske klient i Ringgårdens døgnbehandling havde forud for projekt SODA i gennemsnit 7-8 ambulante behandlingsforsøg bag sig – uden at have rykket sig afgørende i forhold til sine kerneproblemer. At bevare sin tro på, at man vil kunne hjælpes kan være vanskeligt i dette lys, og for visse klienter – og de behandlere, som måske har ledsaget dem på store dele af "rejsen" – sker der en udvikling af meget uhen-sigtsmæssige processer, illustreret af Verheul på planchen herover.

¹⁰ Ball, S. (2007).

¹¹ Verheul, R. (2007).

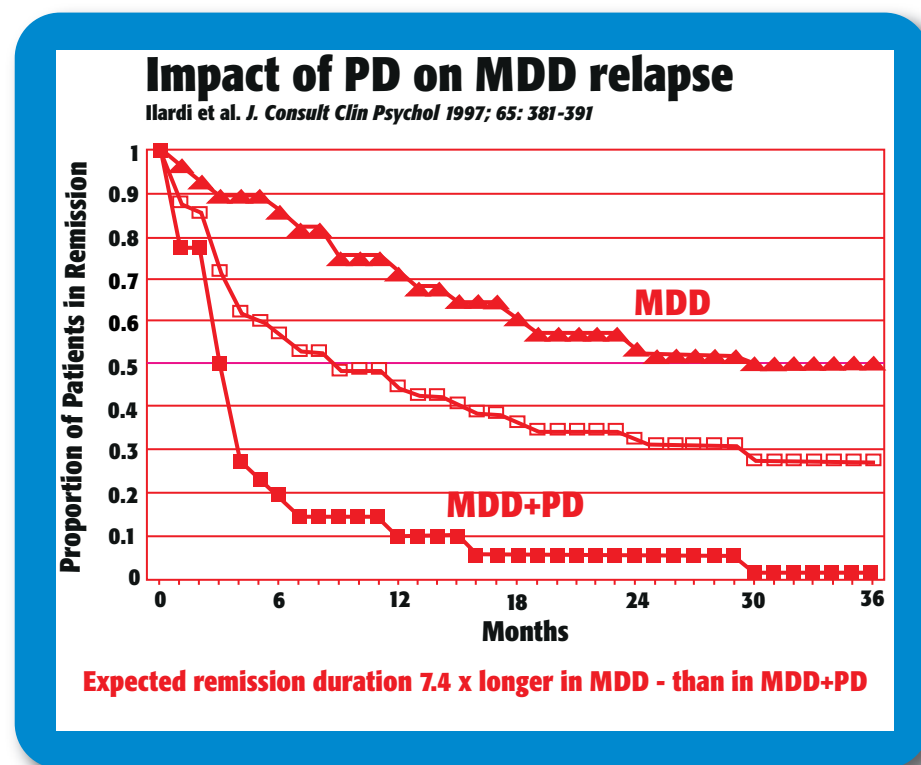
Man kan sige, at der ved dobbeltbelastede klienter er "støj på linjen" i forhold til at få gennemført det, som er en kommunal alkoholbehandlings opgave: at behandle misbrug og afhængighed af alkohol. Støjen udgøres af de psykiske sideproblematikker, som ikke sjældent er langt mere primære end alkoholproblemet. Uden særlig tilrettelæggelse af et relevant terapeutisk og rammemæssigt dobbeltfokus må man imødesee en fortsat lav grad af effekt af de ambulante behandlingsmæssige anstrengelser i forhold til den dobbeltbelastede klientgruppe.

Hvis man for en stund kaster et blik ind over hegnet til det psykiatriske og det psykoterapeutiske felt opdager man, at problemstillingen er velkendt indenfor behandling af andre symptomidelser end misbrug og afhængighed. For eksempel kompliceres behandling af depression, ocd og panikforstyrrelser betragteligt, hvis klienten samtidig er personlighedsforstyrret¹². Personlighedsforstyrrede klienter forlader oftere behandling i utide¹³, og hvis de bliver og gennemfører, så er resultatet ofte ringere¹⁴.

På figur 5 herunder ses, hvad det betyder for effekten af regelret behandling for depression (MDD: major depressive disorder), hvis klienten samtidig har en eller flere personlighedsforstyrrelser (MDD+PD: major depressive disorder+personality disorder)¹⁵. Efter få måneder er den proportionale andel af klienter, der er i remission, meget lavere i gruppen med personlighedsforstyrrelse end i gruppen uden, og man ser en forventet remissionsvarighed, der er 7,4 gange lavere i gruppen uden personlighedsforstyrrelse. Ser man på hældningskurven for hvor hurtigt, der er effekttab efter behandling, er det meget tydeligt, at gruppen med personlighedsforstyrrelse remitterer markant hurtigt end det er tilfældet i gruppen med depression alene.

Et stort set tilsvarende billede ses af den efterfølgende figur 6, som bygger på data fra henholdsvis Verheul et al.¹⁶ og Thomas et al.'s¹⁷ undersøgelser af personlighedsforstyrrelser som "afsporende elementer" i behandling for alkoholproblemer.

Diagrammet viser, at andelen, der efter tre måneder fortsat har behandlingseffekt, er væsentligt lavere hos gruppen af dobbeltbelastede



Figur 5

¹² Reich, J.H. et al. (1993)

¹³ Persons, J.B. et al. (1988)

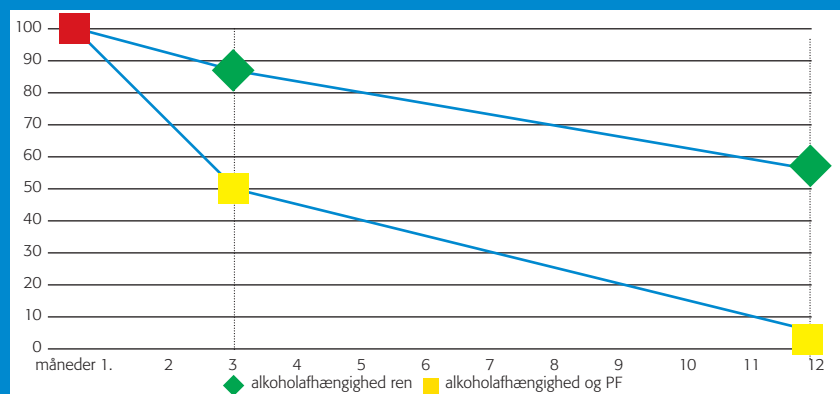
¹⁴ Stiles, T.C. (1991); Turner, R.M. (1987)

¹⁵ Ilardi, S.S. et al. (1997)

¹⁶ Verheul, R. et al. (1998)

¹⁷ Thomas, V.H. et al. (1999)

Betydning af personlighedsforstyrrelse for behandlingseffekt



Figur 6

(50%) end hos gruppen af "rene" alkoholafhængige (88%). Efter 12 måneder ses et noget nedslående behandlingsudbytte for de dobbeltbelastedes vedkommende, når behandlingen er monofokuseret - altså ikke tager højde for dobbeltbelastningen, idet kun 6% har fastholdt behandlingseffekten.

Et tilsvarende problem fandt vi i en undersøgelse blandt Ringgårdens beboere, hvor frafaldet af klienter med middelsvær til svær personlighedsforstyrrelse i løbet af behandlingen var 29% mod 13% i gruppen uden eller med let eller moderat personlighedsforstyrrelse¹⁸. I en senere undersøgelse på Ringgården var frafaldet af klienter med borderline personlighedsforstyrrelse på 53%, når behandlingen udelukkende var monofokuseret på afhængigheden, hvorimod frafaldet i samme gruppe kunne reduceres til 24%, når der anlagdes en dobbeltfokuseret behandlingstilgang, hvor der blev taget særlige hensyn til klienternes borderlineproblematik¹⁹.

¹⁸ Nielsen, P. & Røjskjær, S. (2002).

¹⁹ Nielsen, P. & Røjskjær, S. (2003).

²⁰ Bateman, A. & Fonagy, P. (2000)

1.4. Hvad virker?

For dobbeltbelastede alkoholmisbrugeres vedkommende er der en række generelt accepterede antagelser om misbrugsbehandling, som ikke holder. Derfor må vi – med forsigtighed - inddrage viden fra nært beslægtede områder – f.eks. vedrørende behandling af personlighedsforstyrrelser, som jo uden sidestykke er den hyppigst forekommende comorbiditetskategori hos alkoholmisbrugere. På baggrund af en nyere meta-analyse af denne forskning har Bateman & Fonagy samlet "state-of-the-art"²⁰.

Deres oversigt peger på, at gode resultater for personlighedsforstyrrede klienter beror på tre ting: dosis, struktur, effektive komponenter.

Selv om Bateman og Fonagy sigter specifikt til klienter med personlighedsforstyrrelse, så anser vi anbefalingerne som særdeles relevante i forhold til dobbeltbelastede alkoholmisbrugere.

De dobbeltbelastede kræver:

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"

Figur 7

Sammenholdt med figur 1 (side 7) er det de dobbeltbelastede klienter i figurens venstre side, som er sårbare overfor "omnibus-tilgange" på alkoholområdet, hvor man forsøger at behandle alle alkoholmisbrugere med korttids intervention i lav dosis, uden tværdisciplinær indsats, uden mulighed for intensive faser under skærmede forhold (døgnbehandling), og uden det relevante metodiske værktøj til at fastholde og ideligt reparere den delikate terapeutiske alliance.

Med andre ord: alkoholbehandling er et vidt begreb – ikke et snævert, hvis målgruppens heterogenitet skal dækkes rimeligt ind.

På ikke blot det primærkommunale, men også på regionalt og nationalt plan er det af stor betydning, at der arbejdes og organiseres ud fra realistiske forudsætninger. For de dobbeltbelastede, comorbide alkoholafhængiges vedkommende kan det kommunale tilbud visse steder blive *for* strømlinet og tyndbenet ud fra bestræbelser på *at give behandling til flest mulige for færrest mulige penge*.

Selv om der er belæg for god effekt af en relativt kort og afgrænset behandling, når alkoholproblemet ikke er addiktivt præget, ikke har været for længe og når klienten i øvrigt har gode ressourcer personligt og netværksmæssigt – og er fri for alvorligere psykopatologi – så er der til stadighed en behandlingsopgave af en helt anden beskaffenhed for eksempelvis en yngre kvinde med tidlig debut af problematisk alkoholmønster samt en emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse og perioder med depression. Her skal der være samklang med problemstillingerne/klientens faktiske livsproblemer og dosis, struktur og effektive komponenter i det behandlingstilbud, der stilles til rådighed.

1.5. Hvordan skal vi gribe det an?

Som en tilnærmet ansats til en klinisk guideline for behandling af dobbeltbelastede borgere har tre fremtrædende forskere på feltet, Verheul, Ball & van den Bosch²¹, blandt andet udledt følgende hovedpointer:

- Personlighedsforstyrrelser **kan udredes pålideligt og retvisende** hos misbrugsklienter, men assessment og diagnostik kræver omhu i udredning både af rusmiddelrelateret og af uafhængig personlighedspatologi
- Imod hidtidige opfattelser viser nyere evidens, at comorbide klienter sædvanligvis profiterer af misbrugsbehandling
- ...men kun til et problemniveau, som efterlader dem med stor tilbagefaldsrisiko
- Hertil kommer at de dysfunktionelle personlighedstræk forbliver ubehandlet og bidrager til højere odds for tilbagefald

Ligeledes imod tidligere opfattelser findes evidens for, at comorbide klienter profiterer på niveau med "rene misbrugere", når behandlingen inddrager personlighedsfokus

- Den aktuelle kliniske konsensus er, at såkaldt *dual focus treatments* (målrettet såvel afhængighed som dysfunktionelle personlighedstræk) bør foretrækkes frem for *single focus treatments*
- Kliniske guidelines for personlighedsforstyrrelse generelt anbefaler

²¹ Verheul, R. et al. (2005).

psykoterapi suppleret efter behov med symptom-rettet medicinsk behandling, når dette er påkrævet og nyttigt

- Behandlingen har større chance for succes, når den gives indenfor en relativt langsigtet behandlingshorisont, som rummer den nødvendige grad af struktur og skærmning (dvs dag(lig)-behandling eller døgnbehandling integreret i ambulant perspektiv)
- Dobbeltfokus betyder ikke nødvendigvis, at opmærksomheden på begge foci altid er simultan, men snarere at behandlingen skal bestå af en *integreret pakke* af disse elementer
- I de tidlige sessioner er det ofte bedst at lægge hovedvægt på etablering og vedligehold af afholdenhed, men med sekundært fokus på identifikation af og psykoedukation om maladaptive personlighedstræk.
- I senere faser kan der lægges stigende vægt på at konfrontere og omstrukturere maladaptive træk

Det er blandt andet med afsæt i disse anbefalinger, Projekt SODA har forsøgt at udvikle og afprøve enkle og praksisrettede metoder, især i forhold til det helt grundlæggende og afgørende punkt tidligt at kunne få øje på evt. psykisk comorbiditet, så der kan tages stilling til klientens behandlingsbehov og behandlerens kontaktstrategi og behandlingsfokus.

2. Projekt SODA

2.1. Projektets rammer

Projekt SODA er i lyset af det offentliges prioritering af ambulante behandling undtagelsen, der bekræfter reglen: ikke blot er projektet finansieret og på anden måde bakket op af Sundhedsstyrelsen, der er også tale om et projekt, hvor en række kommunale ambulante behandlingssteder har investeret ikke så lidt tid og man-power i over en længere periode at ruste sig bedre dels til at samarbejde med Ringgårdens dobbeltfokuserede behandlingskoncept, og dels til at bruge projekt SODA som afsæt for at udvikle sin egen kommunale ambulante dobbelt fokus tilgang til klienter, som er vanskelige at behandle i et traditionelt ambulante regi.

Hovedtanken i projekt SODA er, at hvis der skal ske afgørende forbedringer i behandlingen af dobbeltbelastede alkoholpatienter, så er arbejdsstedet for udvikling den nuværende alkoholbehandlings regi – såvel ambulante som døgnbaseret. Psykiatrien er en vigtig samarbejdspartner i forhold til den relativt lille del af klientellet med alvorlige psykoser (cirka 6%), men realistisk set vil hovedparten af de dobbeltbelastede fortsat være afhængige af, at der etableres tilstrækkelig fagligt kvalificeret behandling inden for den eksisterende alkoholbehandling. Det vil derfor dreje sig om, at omkring halvdelen af gruppen af alkoholafhængige - når både personlighedsforstyrrelser og symptomlidelser som angst, depression, ADHD regnes med - har et særligt behov for dobbelt fokus i deres behandling, hvis det i den sidste ende skal være muligt at behandle dem med holdbar effekt.

Derfor har projektet drejet sig om opkvalificering af ambulante behandleres kompetence i at identificere og udrede samt visitere dobbeltbelastede alkoholpatienter. Med visitere tænkes ikke kun snævert på, hvor klientens behandlingsfaser fysisk skal foregå (ambulant, dagbehandling, døgnbehandling), men i ligeså høj grad på efter hvilke retningslinjer kontaktstrategien klient og behandlere imellem bedst kan håndteres.

2.2. Deltagere, bemanning, design og formål

Projektets formål har været at udvikle og afprøve en model for samarbejde mellem den ambulante hovedstrategi og en specialiseret døgnstrategi. Intentionen har været at fokusere samtidigt og helhedsorienteret på afhængighed og psykisk comorbiditet, så der kan ske en dobbeltfokuseret behandling i forhold til de dobbeltbelastede klienter. Dette er bl.a. sket gennem introduktion af et fælles "sprog", skabelse af samsyn og deling af værktøjer mellem de to behandlingssettings. Virkemidlerne har været uddannelse, supervision og konsulentbistand.

Undervejs i projektets forskellige faser har der været tilknyttet kommunale alkoholrådgivninger fra i alt 14 kommuner:

SODA I:	Aarhus, HS Alkoholenhederne, Slagelse, Sønderborg og Nordsjælland
SODA II:	Slagelse, HS Alkoholenhederne, Sønderborg og Aalborg
SODA III:	Slagelse, Sønderborg, Aalborg, Esbjerg, Kolding, Haderslev, Odense, Silkeborg, Skanderborg, Randers, Aabenraa

Omkring 100 ambulante behandlere har modtaget "specialisttræning"

i udredning af dobbelt belastning og udførelse af behandling med dobbelt fokus (på alkoholafhængighed og personlighedsmønstre/-forstyrrelser). Deltagernes uddannelsesmæssige baggrund har i langt de fleste tilfælde været socialrådgiver, pædagog, psykolog og sygeplejeske.

Med andre ord er det den "typiske" alkoholbehandler vi har haft for øje: vi har tilstræbt at vores materiale kan omsættes i daglig praksis i enhver dansk alkoholrådgivning, hvor hovedparten af korpset har uddannelse som socialrådgiver eller tilsvarende samt et vist niveau af efteruddannelse i behandling af afhængighed.

Projektleddelse og –gennemførelse er varetaget af centerleder, psykolog, ph.d. Per Nielsen og souschef, cand.phil. Steffen Røjskjær. Teamleder, socialpædagog Thomas Josiasen har været dobbeltfokuskonsulent. Hertil kommer et antal af behandlerne på Ringgården, som har deltaget i undervisning, supervision og konsulentarbejde for de deltagende ambulatorier – ligesom de har varetaget den dobbeltfokuserede døgnbehandling af de involverede klienter.

Der er tale om et modelprojekt, i betydningen: et aktionspræget samarbejdsprojekt med Ringgården som drivkraft i forhold til udvalgte kommunale alkoholambulatorier med hovedfokus på

- undervisning og træning med henblik på opbygning af dobbeltfokus-kompetence
- dobbeltfokus-samarbejde om vanskelige klienter
- støtte til implementering af dobbeltfokus i ambulant praksis

2.3. Påvirkning på tre niveauer

I projektet har der været en intention om at påvirke tre niveauer:

1. Det **Individuelle** (behandler):

Ved at opbygge konkret faglig kompetence og casehåndtering gennem undervisning, træning og supervision af behandlere samt gennem konsulentassistance

2. Det **Organisatoriske**:

Ved at vise og øve modeller for organisering af internt kollegialt samarbejde

3. Det **Strukturelle**:

Ved at udvikle og afprøve organisering af tværmodalt samarbejde mellem ambulant setting og døgnsetting

I løbet af projektet er der sket afprøvning af konkret, strukturelt behandlingssamarbejde om dobbeltbelastede klienter mellem ambulant regi og døgnbehandling

ad 1. Det individuelle niveau (behandler)

Uddannelse på generalist-niveau

For samtlige deltagende ambulatorier har der været afholdt temadage for alle ansatte med klientkontakt. Her har projektets grundidéer været fremlagt og drøftet, og der har været undervist blandt andet i principperne for en personlighedsguidet tilgang til intervention i vanskeligheder som følge af psykisk comorbiditet. I SODA I forløbet blev der lavet et særligt 4-dages generalist kursus samt et 8 dages specialistkursus med det formål at give alle medarbejdere en grundviden om dobbeltbelastning mv., og derudover at give nogle få dobbeltfokus-specialister en mere grundig introduktion til emnet i håbet om, at de kunne være

ressourcepersoner og trække kollegerne med i det lokale SODA-arbejde.

Specialtræning af behandlere

På særligt intensive 7-8 dages kurser med efterfølgende lokale temadage har de deltagende alkoholbehandlere fået specialtræning i dobbeltfokuseret alkoholbehandling (bl.a. med basis i ALF-metoden) og tilgrænsende relevante discipliner for dobbelt fokuseret behandling, fx screening og assessment-metoder, tilknytningsteori som basis for forståelse af den terapeutiske relation samt psykiatriske behandlingsmuligheder og –principper ved symptomlidelse.

Sigtet var at oparbejde specialkompetence hos deltagerne til at indgå i følgende funktioner:

- udrede dobbeltbelastede klienter fra ambulant sektor
- forberede relevante klienter til processtartende døgnbehandling på Ringgården med fokus på personlighedsproblematik
- viderebehandle klienterne, når de udskrives fra Ringgården til det ambulante regi i dobbelt fokuseret behandling med samme systematisk-strategiske fokus som i døgnforløbet.
- optræne færdigheder til at videreføre behandlingsforløb fra den ene behandler til den anden uden interferens fra behandlingsforstyrrende parallelprocesser

Mål med kompetenceopbygning i SODA

MÅL	KOMPETENCE
Identificere dobbeltbelastning	→ Screene for symptomlidelse og personlighedsforstyrrelse
Forstå dynamik mellem rus og personlighedsmønstre	→ Udrede efter SODA-skabelon
Følge manualanvisninger (fx ALF)	→ Caseformulere og opstille grundintervention
Være modtagelige for at få egne parallelprocesser belyst	→ Indgå i reflekterende kollegialt team ("stjerneløb")

Figur 8

Supervision og konsulentassistance til behandlere

Sideløbende med den konkrete behandling af klienter blev der etableret lokal supervision og erfaringsudveksling for de ambulante behandlergrupper. Der har været tale om såvel indirekte klientarbejde som træning i at deltagerne selv kan gennemføre supervision af kolleger på egne arbejdspladser. Supervision og konsulentfunktion har overvejende været forestået af dobbeltfokuskonsulent og projektkoordinator. Endvidere har specialtrænede medarbejdere fra Ringgården deltaget i nogle af disse funktioner.

Ad 2. Det organisatoriske niveau

For alle deltagende kommunale ambulatorier er SODA-processen startet på ledelsesniveau. Gennem fællesmøder og møder med ledelsen

alene er der forsøgt etableret en fælles organisatorisk referenceramme, der fungerer som udgangspunkt for signalgivning til behandlende medarbejdere i den enkelte institution. Det har været en understreget pointe at sikre en klar ledelsesmæssig intention om at opprioritere den dobbeltbelastede del af klientellet. Dermed også at skabe rum for øgning af personalekompetencen i forhold til disse klienter og afklaring af de logistiske muligheder for i praksis at inddrage døgnbehandling som integreret del af et længerevarende ambulante primærfølg, hvor dette vurderes at være hensigtsmæssigt.

De deltagende ambulatorier har stillet en lokal *dobbeltfokus-koordinator* til rådighed, der fungerer som lokalt bindeled og katalysator for projektets aktiviteter, og som i samarbejde med Ringgårds projektgruppe og dobbeltfokuskoordinator har udgjort et støttende netværk for behandlere med kontakt til dobbeltbelastede alkoholmisbrugere.

Der blev fra starten af projektet lavet håndslag med de deltagende ambulatorier, om at man var indstillet på at arbejde med organisatoriske og strukturelle justeringer for at kunne implementere et dobbeltfokus i udredningen og behandlingen. Det var derfor et tilbagevendende tema på kursusdagene, hvor vi dels talte om organisatoriske udfordringer og muligheder og dels trænede deltagerne i konkrete teknikker og metoder til at skabe hensigtsmæssigt overblik. For eksempel var "behandlerkonference" og "kollegial synergi" emner, som vi på forskellig vis øvede og diskuterede SODA-forløbet igennem med henblik på at oparbejde praktiske erfaringer med at bruge analyseredskaber til at sortere data og drøfte dem systematisk så der kan laves hypotese og caseformulering.

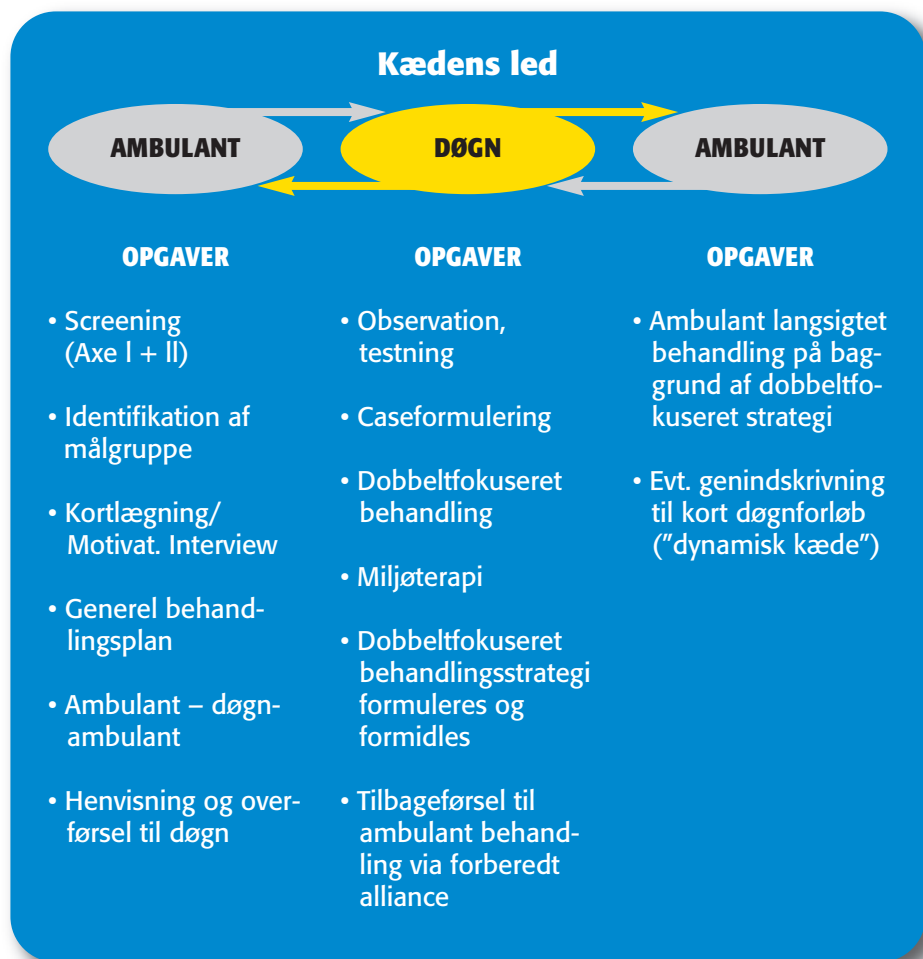
Ad 3. Det strukturelle niveau

Som et gennemgående begreb eller symbol for, hvorledes man kan forstå samarbejdet og opgavefordelingen mellem det ambulante regi og døgnbehandlingen, har vi anvendt betegnelsen "kædedannelse". Det har været vores ønske i projektmæssig sammenhæng at betone forståelsen for, at de to behandlingssettings ikke skal betragtes som konkurrerende størrelser, eller at døgnbehandlingen først sættes i spil, når alt andet er afprøvet, eller det ambulante behandlingssystem kører træt i ørkesløse forsøg på alliancedannelse og gentagne brudte behandlingsforløb.

Grundtanken i projekt SODA er, at behandlingen af mennesker med dobbeltbelastning først har gennemslag, når "kæden" mellem det ambulante behandlingssystem og den specialiserede døgnbehandling er stærk og tæt. Det vil sige, at der er fælles sprog om og tilgang til den dobbeltbelastede og ikke mindst klar forståelse for timing og funktions- og opgavefordeling.

På figuren "Kædens led" næste side vises en oversigt over den operationelle tilgang til at få SODA-modellen omsat til en praktisk arbejdsdeling mellem ambulante behandling og døgnbehandling.

Ovenstående skitse til opgavevaretagelse blev afprøvet undervejs i SODA på baggrund af samarbejde om konkrete klientforløb (anslået 2-10 klienter fra hvert geografisk samarbejdsområde per år). Her gennemgik dobbeltbelastede klienter et samordnet behandlingsforløb med start i ambulante regi, mellemliggende indskrivning til døgnbaseret specialindsats og efterfølgende ambulante videreførelse og vedligeholdelse af de identificerede dobbelt fokuserede indsatsområder.



Figur 9

3. Forløb og resultater

I disse evidens- og dokumentationsfikserede tider kan det godt vække en vis betænkelighed at skulle afrapportere et projektforsløb, hvor de væsentligste resultater ligger i komplekse og ofte vanskeligt operationaliserbare videns- og kompetenceudviklende processer, ændrede "mind sets" om samarbejdsstrukturer og organisering samt en række andre uhåndgribelige størrelser. Men det skal selvfølgelig ikke afholde os fra at gøre vores bedste for at forsøge at lave en retvisende og oplysende fremstilling af, at projekt SODA, efter vores og et flertal af de involverede ambulante kollegers opfattelse, har været et banebrydende projekt til at implementere ny viden og ændrede tilgange i forhold til "difficult-to-treat" klientellet.

Der er ikke i forbindelse med projektet udarbejdet eller indbygget en egentlig effektmåling, men enkelte kommuner har gennemført en procesevaluering. På nuværende tidspunkt er det ikke muligt at vurdere *effekten* af en justeret, dobbeltfokuseret udredning og behandling af klienter med dobbeltbelastning – men tendensen fra de enkelte kommuner vurderes positivt i forhold til færre tilbagefald, kortere behandlingsforløb samt det at få misbrugerne ud af misbruget. Det har vi blandt andet erfaret på eksempelvis lokaldagene på de konkrete ambulatorier, hvor vi har fået indblik i, at behandlerne oplever større kompetence og bedre forløb med de vanskelige klienter. Det er imidlertid ikke muligt inden for projektets design at kvantificere eller ekstrapolere disse oplevede tendenser i en retning, der kan gøres til genstand for egentlig bedømmelse. Projekt SODAs aktionsprægede og kompetenceopbyggende tilsnit lægger i første omgang op til en mere herme-

neutisk beskrivelse og erfaringsopsamling med afsæt i deltagernes oplevelse af, hvad der er vanskeligt og hvad der er nyttigt i behandlingshverdagen, end en positivistisk før-efter måling.

3.1. Projektets formidling og kompetenceopbygning - kurser og evalueringer

Et omdrejningspunkt i Projekt SODA har været opbygning af praksisnære kompetencer i at udrede, caseformulere og lægge personlighedsguidet kontaktstrategi i betydningen: tage bestik af personlighedsmønstret/-forstyrrelsen og tilrettelægge behandlingsfokus ud fra dette. Mere udførlig beskrivelse af denne tilgang findes i ALF-manualen²². Der er tale om en manual fra et tidligere projekt på Ringgården med fokus på personlighedsmønstre og rusfunktion, og med specifikke personlighedsguidede anvisninger på kontaktstrategi og udvælgelse af konkrete træningselementer tilpasset personlighedsmønstrets over- og underudviklede sider.

Kompetenceopbygningen har især fundet sted på intensive kursusdage på Ringgården (7-8 kursusdage) samt på lokale tema- og øvedage (2-4 dage), som har fundet sted ude i de deltagende kommuners ambulatorier. I nedenstående tabel 10 ses en opgørelse over kursusdeltagernes fordeling på de forskellige kursus- og formidlingstiltag i Projekt SODA.

²² Nielsen, P. et al. (2009).

Figur 10. Oversigt over afholdte kursusforløb, temadage mv. opgjort på antal deltagere

	SODA I (8 kursus-dage + lokaldage)	SODA II (7 kursus-dage + lokaldage)	SODA-konference d. 12.11.09 (landsudbud)	SODA III A for gl.-kommuner (7 kursus-dage + lokaldage)	SODA III B for nye kommuner (7 kursus-dage + lokaldage)	Fælles SODA- temadag d. 23.05.11	Lokaldage (anslået totalt deltagertal)	SST SODA kursus (landsudbud) (7 kursus-dage)	SODA brush up dag	DF- konsulentbesøg/ ydelser
De 14 deltagende SODA-kommuner										
Andre kommuner										
Slagelse	8	6	3	10		4	18		4	14
Sønderborg	7	5	6	5		6	20		3	
HS alkohol-enhederne	1	6								
Nordsjælland	8		9				7			
Aarhus	17		3				44			
Aalborg		11	9	12		11	36			27
Silkeborg			4		3	3	20		1	24
Randers			2		4	4	18			10
Odense			3		3	2	10		3	2
Aabenraa			3		3	2	14	2		10
Kolding					3	3	16		3	13
Haderslev			1		3	3	14			5
Esbjerg			1		4	3	18	5	8	23
Skanderborg			2		5	4	30		2	23
Svendborg			3					5		
Gladsaxe								4		
Lænkeambulatorier			3					3		
Faaborg/Midtfyn								3		
Holstebro								1		
Ringkøbing/Skjern								1		
Norddjurs			2					1		
Skive								1		
Øvrige			119							
Personer i alt	41	28	173	27	28	45	225	26	24	151

Fælles for lokaldagene (2-4 dage, der ikke fremgår af ovenstående oversigt) var, at deltagerne generelt var meget interesserede og åbne over for at afprøve og tilegne sig metoder i dobbeltfokuseret behandling, herunder brug af udredningsskabelon. Evalueringen viste, at dagene blev oplevet som gode og inspirerende for det videre dobbeltfokus-arbejde. For os som projektledere var det godt og lærerigt at møde deltagerne i deres lokalmiljøer og opleve forskelligheden i såvel organisering og projektengagement (eller rettere projekt-forforståelse) som i kompetenceniveau.

Kursusdagene har bestået af en blanding af tavleundervisning, caseøvelser og træning i brugen af de værktøjer (bl.a. udredningsskabelon og matrix), som er blevet præsenteret på kurset. Det har været et ønske fra begyndelsen, at kursisterne skulle få reelle og omsættelige kompetencer med sig, som kunne være til nytte i det daglige arbejde. Derudover har der været indlagt tid til overvejelse og drøftelse af organisatoriske og strukturelle muligheder og begrænsninger for at implementere et dobbelt fokus i behandlingsarbejdet ud fra de forskellige rammebetingelser og krav, der findes i de forskellige lokalområder.

Der har været ret stor forskel på måden, man lokalt forsøgte at integrere den præsenterede model i daglig praksis. De mest åbne og aktive steder omkalfatrede man den daglige praksis, så den muliggjorde og tilgodeså udredningsarbejdet og ikke mindst drøftelse af klienterne ud fra et dobbelt fokus, bl.a. ved at integrere det i behandlingskonferencen. De mest tilbageholdne kommuner har fundet det vanskeligt at stille ind i dobbeltfokuseret retning og trække metoderne ind i daglig praksis, da man dels oplevede træghed eller modstand indenfor organisationen (= omstillingsmodstand), og dels havde svært ved at se

nyttевærdien af det dobbelte fokus, der snarere oplevedes som "endnu en ting vi skal gøre".

Vi indledte hvert af de tre kursusforløb i Projekt SODA med at spørge kursisterne om bl.a. deres oplevede kompetencer i relation til dobbeltbelastede klienter. I figur 11 findes en opgørelse over kursisternes syn på egne kompetencer, samt hvorledes man opfatter problemerne omkring de dobbeltbelastede klienter. Der var naturligvis en ret betydelig spredning i vurderingerne afhængig af ens arbejdsopgaver og grund- og efteruddannelse, men opgørelsen afslører, at man som gennemsnit betragtet var ret "lunkne" på at arbejde med de dobbeltbelastede klienter i den forstand, at man savnede viden om og redskaber til at tage opgaven op, hvilket også kunne aflæses af de kommentarer, nogle kursister skrev til os. Omvendt var det generelt vurderingen, at personlighedsforstyrrelser ret ofte forårsager problemer med compliance og alliancedannelse. Derfor er det også forståeligt, at der er stor enighed i behovet for opkvalificering i arbejdet med de dobbeltbelastede klienter, der er skemaets topscorer, samt i behovet for et tæt samarbejde mellem det ambulante regi og døgnbehandlingen. Man kan med andre ord sige, at kursisterne har valgt at deltage i kompetenceudviklingen og i selve udviklingsprojektet af en god grund og med en tydeligt oplevelse af at være utilstrækkeligt klædt på til opgaven med de comorbide klienter.

Vi spurgte ikke direkte til kursisternes oplevede kompetence *efter* kursusdagene, men der blev foretaget skriftlig, anonym evaluering efter hvert enkelt kursusmodul. Som det fremgår af tabel 11, har der generelt været stor tilfredshed med kurserne, og de kommentarer, som mange kursister har skrevet, viser, at vi i såvel indhold som metode og

Figur 11. Opgørelse over kursisters selvvaluerede kompetence m.m. ved kursusstart

Skala fra 1 = Særdeles dårligt/sjældent/lille - til 9 = Særdeles godt/ofte/stort		SODA I kursus	SODA II kursus	SODA III kursus
1.	Hvor godt er du efter din egen mening fagligt klædt på til at arbejde med dobbeltbelastede klienter?	5,1	4,8	4,9
2.	Hvor god er du efter din egen mening til at vurdere om klienterne har personlighedsforstyrrelser eller andre psykiske problemer?	5,2	4,2	5,4
3.	Hvor godt kan du efter din egen mening justere din behandling (eller kontaktform) i forhold til forskellige typer af personlighedsforstyrrelser?	5,1	4,7	4,9
4.	Hvor ofte, vurderer du, skyldes problemer med compliance og alliancedannelse personlighedsforstyrrelser hos klienterne?	6,5	5,8	6,0
5.	Hvor stort mener du generelt behovet er i ambulant regi for opkvalificering i forhold til arbejdet med dobbeltbelastede klienter?	7,9	8,1	7,7
6.	Hvor god er ambulant alkoholbehandling efter din mening til at rumme og fastholde klienter med dobbeltbelastning?	4,3	3,3	5,1
7.	Hvor godt fungerer samarbejdet, dvs. kædedannelsen, mellem det ambulante alkoholregi og døgnbehandlings-regi generelt efter din mening?	5,9	5,1	6,3
8.	I hvilket omfang, vurderer du, er der behov for et tættere samarbejde mellem ambulant behandling og døgnbehandling om de dobbeltbelastede klienter?	7,7	7,5	6,6

Figur 12. Samlet oversigt over evalueringernes nøglespørgsmål om kompetenceopbygning (gennemsnit af kursistvurderinger)

Skala fra 1 = særdeles utilfreds - til 9 = Særdeles tilfreds		SODA kursus I (projekt)	SODA kursus II (projekt)	SODA kursus III (projekt)	SODA kursus i 2012 (landsdækkende)
1.	Kursisternes oplevelse ved kursus-afslutning af at have fået ny faglig viden om dobbeltbelastning	7,2	8,2	7,7	8,2
2.	Kursisternes oplevelse ved kursus-afslutning af kursets faglige relevans	8,3	8,5	8,1	8,3
3.	Kursisternes overordnede tilfredshed med kurset ved kursusafslutning	8,1	8,3	8,0	8,3

form har ramt kursisternes niveau, behov og ønsker ganske godt, omend flere synes, at tempoet og "stofpresset" har været hæslende forløbet igennem, hvilket vi absolut må medgive har sin rigtighed.

Når vi ser på svarene for, om man oplever at have fået ny faglig viden i løbet af kurset, mener vi, at der er rimelighed i at sige, at kursisterne vitterlig har fået noget relevant og omsætteligt med fra kursusforløbet, som i hvert fald i nogen grad kan medvirke til at lukke det oplevede kompetencedeficit, som kursisterne gav udtryk for ved kursusstart.

En fuldstændig oversigt over evalueringerne af de enkelte kursusforløb samt kursisternes kommentarer foreligger som selvstændige evalueringer.

ringsrapporter, der tidligere er fremsendt til Sundhedsstyrelsen (SODA I afrapporteret 25.06.08; SODA II afrapporteret 19.05.09; SODA III afrapporteret 24.10.12).

3.2. Projektets metodeudvikling - skabelon og matrix

3.2.1 Analyse og syntese af iagttagelser og data

Ret kort efter starten af projekt SODA formulerede en række ambulante kursister et behov for hjælpemidler til at analysere de behandlingsmæssige implikationer af alle de mange oplysninger og data, man samler ind om den konkrete klient. Det blev startskuddet til, at vi udarbejdede en udredningsskabelon til brug for en mere struktureret og målrettet data-analyse og – ikke mindst – syntese i ambulant regi.

Der er tale om et hjælperedskab til:

- *visitation*, dvs. at få klienten det rigtige sted hen rent behandlingsmæssigt) og
- et redskab til at lægge en *kontaktstrategi*, dvs. at vælge den tilgang til kontakt med klienten som er nyttig og bæredygtig.

Der er ikke tale om en regelret vejledning i udredning af dobbeltfokuserede klienter – og slet ikke om et værktøj til mentalundersøgelse, psykiatrisk udredning eller lignende specialistopgaver. Men derimod om hjælp til en pejling af personlighedsmæssige ressourcer og vanskeligheder med henblik på visitation og strategi for den dobbeltbelastede klient. Der henvises undervejs i udredningsskabelonen også til enkelte relevante screeningsredskaber i forhold til nogle af de symptomtilidelser af ikke-psykotisk art, som hyppigt forekommer blandt personer med alkoholafhængighed.

Fra KL's side er der for nylig udgivet et screeningsmateriale: "Basis-screening for psykiske lidelser i misbrugsbehandlingen" ved Guldager og Hesse, 2012²³. Der er her tale om et katalog med inspiration og anvisninger til basal screening af klienter indenfor stof- eller alkoholbehandlingen, hvor der er opstået mistanke om psykopatologisk komorbiditet.

En del af anbefalingerne fra KL's materiale er enten i tråd med eller i forlængelse af anbefalinger i projekt SODA's udredningsskabelon, og materialerne kan således støtte hinanden i den daglige praksis. Projekt SODA's udredningsskabelon vil således med fordel kunne bruges som supplement til KL's screeningsværktøj, idet i SODA-materialet er større

vægt på analyse og hypotesegenerering ud fra de indsamlede screenings- og testdata.

Der er gennemgående megen vægt på et personligheds(forstyrrelses)-perspektiv, fordi der i en personlighedsguidet kontaktstrategi forefindes en stærk og relativt håndterbar vej til at fastholde en arbejdsduelig relation til den vanskelige klient – uanset hvad han i øvrigt måtte have af problemer i misbrugsmæssig og psykopatologisk henseende

"... (vi) kan ikke forstå symptomer og psykisk sygdom uden at se det i lyset af den grund, det har udviklet sig på, den bagvedliggende personlighed. Der er stor respekt for de fremskridt, der er sket indenfor neurobiologisk og genetisk forskning. Men mennesket vil ikke behandles som produkt af sin hjerne og en samling gener, men netop som menneske. Vi har brug for et sæt af begreber, der forstår det hele menneske og dermed også personligheden." ²⁴

Principperne i udredningsskabelonen ses opstillet herunder – og vi har valgt derefter at gengive materialet i fuldt omfang som et af de væsentlige håndgribelige produkter af projekt SODA. Skabelonen er indøvet under kurserne, blandt andet under en sekvens med betegnelsen "speed-udredning", hvor 4 frivillige klienter fra Ringgården indgik som *figuranter* for SODAkursisternes træning i udredning. Herudover har også projekt SODAs dobbeltfokuskonsulent og øvrige projektmedarbejdere guidet de involverede ambulatorier på lokaldage i brugen af materialet.

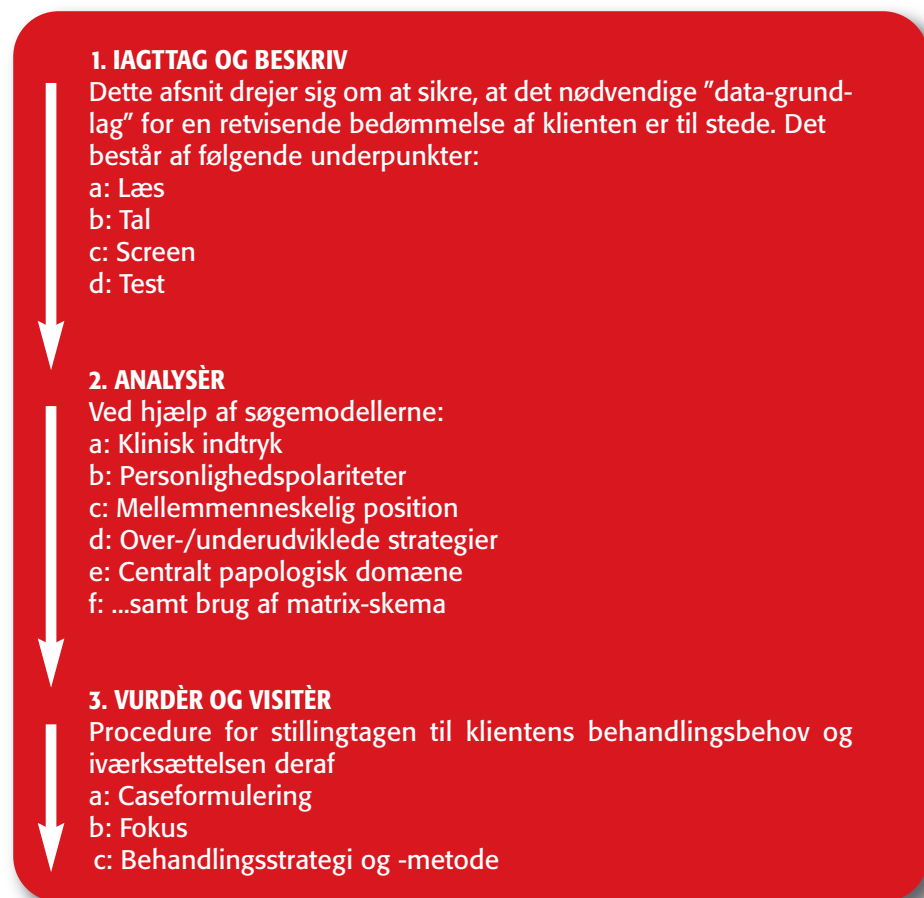
²³ Guldager, S. & Hesse, M. (2012).

²⁴ Simonsen, E. (2008).

3.2.2. UDREDNINGSSKABELON

Skabelonen indeholder tre faser med ideer og søgemodeller for, hvorledes samling og sortering af klientdata kan systematiseres, så hypotesen om klienten kan blive så præcis og retvisende som mulig.

Skabelonens tre faser:



Figur 13

Uddybende forklaring af faserne og introduktion til søgemodellerne

1. IAGTTAG OG BESKRIV

1a: Læs

...den skrevne anamnese og de samlede oplysninger med særligt øje for de foreliggende oplysninger om:

- **funktionsniveau:** skole/uddannelse; arbejde; forældreevne; fritid; m.v.
- **selv-regulering og rusfunktion:** hvilke følelser er vanskelige, og hvordan håndteres de? typiske højrisikosituationer i forhold til rusmidler? klientens sårbare punkter?
- **relationsstil:** mønstre i klientens forhold til andre mennesker; forhold til tidligere hjælpere/behandlere;
- **motivation:** klientens grunde til at holde op med at misbruge alkohol/hash/piller;
- **oplevet selv-kompetence:** manifestationer af tro på betydningen af egen indsats
- **netværk:** konstruktive og destruktive elementer i klientens kontaktflader;

Ved gennemgang – eksempelvis på behandlerkonference sikres en læsning i konkret betydning af relevante foreliggende anamnesticke oplysninger; i overført betydning tilstræbes en læsning af "klientens gang på jorden", dvs. karakteristiske livsmønstre i bred forstand.

1b: Tal

...med klienten om det væsentlige i anamnesen med henblik på at undersøge, om den læsning, man er nået frem til er retvisende – især i forhold til den formulering af væsentlige livsmønstre på det tanke-

følelses- og adfærdsmæssige niveau, som behandleren nu er ved at indkredse.

Idéer til introduktion af klienten:

Den form for behandling, vi overvejer at tilbyde dig sætter fokus **både** på din afhængighed af rusmidler (alkohol, hash, piller) **og** på dine personlighedstræk (din væremåde, dit forhold til vanskelige følelser og dit forhold til andre mennesker) og/eller på psykiske symptomer, som vi tror har betydning for din behandling og resultatet heraf på kort og langt sigt.

Vi kan hjælpe dig med:

- *at få indsigt i, hvordan dine personlighedstræk er med til at fastholde dig i din afhængighed af rusmidler*
- *at forstærke dine grunde til at afholde dig fra at bruge rusmidler*
- *at træne din evne til at løse følelsesmæssige problemer uden brug af rusmidler*
- *at mestre risikosituationer, der truer med at bringe dig ud i tilbagefald*

- suppler eventuelt med personlighedsrettede spørgsmål:

- *Fortæl mig om, hvilken person du er – dvs. hvordan du **normalt** har det og har opført dig. Hvordan vil du beskrive dig selv som person?*
- *Hvordan tror du, andre ville beskrive dig som person?*
- *Hvem har været de vigtigste personer i dit liv? [hvis kun familie: hvad med venner?]*
- *Hvordan er du kommet ud af det med dem?*
- *Tror du, den måde, du normalt reagerer på eller opfører dig på,*

har givet dig problemer med nogen? (Hjemme? I skolen? På arbejdet? På hvilken måde?)

- *Hvilke ting har du gjort, som andre har kunnet finde irriterende?*
- *Hvordan tilbringer du din fritid?*
- *Hvis du kunne ændre din personlighed, hvordan ville du så gerne være anderledes?*

Disse spørgsmål stammer fra SCID-II, som er et psykiatrisk interview-skema om personlighed/personlighedsforstyrrelse.

1c: Screen

Screening betyder egentlig at "si fra", og i denne sammenhæng at anvende redskaber som kan hjælpe med til, at en mistanke om en psykisk problemstilling kan af- eller bekræftes. Screening kan ikke træde i stedet for egentlig diagnose. Eksempelvis kan man ikke slutte fra "fuld score" i en ADHD screening og til, at klienten faktisk har lidelsen. Det må efter screeningen gøres til genstand for relevant udredning – i dette tilfælde hos en psykiater.

Det kan være fristende at "screene for hvad-som-helst", og således falde for fristelsen til at udlevere et helt bundt ratingscales. Men ikke mindst af hensyn til klienten bør man udvise omhu overfor udvælgelsen af, hvad man vælger at udsætte klienterne for. Og i det mindste skal man være klar over, at enhver klient har et berettiget krav på at få resultatet af en screening præsenteret på en forståelig og anvendelig måde.

En del af de herunder anførte screenings-redskaber er tilgængelige via internettet, medens andre er beskyttet af ophavsrettigheder og forhandles bestemte steder, f.eks. Dansk Psykologisk Forlag.

Der findes en række bud på relevante screeningsbatterier. Nedenstående er ét af disse bud – men altså ikke det eneste mulige.

Generel screening

- **SCL-90-R:** *SymptomCheckList 90- Revised* er et bredt gennemprøvet instrument til screening af dels tegn på forskellige psykiske symptomer og dels en pejling på klientens aktuelle subjektive oplevelse af egen belastningsgrad. Især det sidste kan efter vores erfaring være nyttigt bl.a. til at afstemme resultaterne af andre screeninger og testresultater
- **ASF:** *Arbejde og Social Funktion* er et simpelt skema, der hurtigt kan samle et groft overblik over bl.a. psykiske og misbrugsmæssige problemers gennemslag i klientens konkrete hverdag.

Afhængighed/misbrug

- **ASI:** *Addiction Severity Index* er et udbredt, gammelkendt og afprøvet instrument, der næppe kræver store introduktion. I talrige undersøgelser er det vist, at forhøjelser på den psykiatriske del af skalaen er en rimelig pålidelig indikator for vanskeligheder, der har indflydelse på klientens prognose og dermed behandlingsforløb.
- **Højrisk 100** (screening af højrisikosituationer i forhold til drikketrang)
- **FTND** (Fagerstrøm Test for Nicotine Dependency)
- **SOGS/NODS** (Ludomani skalaer)

Personlighedstræk

- **TAS** (Toronto Alexithymia Scale)
- **SSS-V** (Zuckerman Sensation Seeking Scale)

Personlighed

- **DIP-Q**

Symptomidelser

- **MINI:** *Mini Internationalt Neuropsykiatrisk Interview* er en to-delt spørgeguide, hvor der **indledningsvis** stilles 1 til 2 screeningsspørgsmål om konkrete symptomidelser, og hvis der er positiv respons (som tyder på at problemet kunne være til stede), så fortsætter man med et antal yderligere spørgsmål til mere sikker bestemmelse af problemets/symptomidelsens tilstedeværelse.
- **BDI** (Beck Depression Inventory)
- **DIVA 2** – interview for voksne med henblik på adhd
- **YBOCS** (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)
- **ASS** (Angst-Symptom-Spørgeskemaet til screening af angstlidelser)

1 d: Test

Bortset fra SOP-KS er de to øvrige tests professionsbundne til psykologer og læger. For at bruge disse skal en person fra disse faggrupper således administrere og tolke testen.

Erfaringen fra projekt SODA og fra konkrete alkoholbehandlingssteder, bl.a. Ringgården, er, at resultatet af sådanne tests kan sammenfattes og fortolkes på en for tværfaglige behandlergrupper særdeles nyttig og informativ måde. Brugen af psykologisk testning kan derfor varmt anbefales, hvis det kan lade sig gøre på det enkelte behandlingssted.

- **SOP-KS:** *Spørgsmål om personlighed – kort skala*. Skalaen er tænkt som en foreløbig bedømmelse af, om klienten har vanskeligheder på væsentlige områder af sin personlighedsrelaterede funktion i dagligdagen. Ikke velegnet som selv-rapporteringsskema.

- **MCMI-III:** *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Personlighedstest via selvrapportering i forhold til 176 items. Kan ikke bruges til at afgøre om der foreligger personlighedsforstyrrelse på diagnostisk niveau, men er derimod velegnet til at vise, hvilke dominerende personlighedsmønstre den enkeltes profil indeholder. Undersøger også tegn på symptomidelser som angst, depression, misbrug, ptsd, kaotisk tænkning, major depression og somatoforme forstyrrelser.
- **NEO-PI-R:** International personlighedstest baseret på den såkaldte fem-faktor model. Testen rummer 240 spørgsmål, der bl.a. beskriver klienten på dimensionerne: neuroticisme, ekstroversion, åbenhed overfor oplevelser, venlighed, samvittighedsfuldhed

2. ANALYSÉR

Ét er søkort at forstå, et andet skib at føre. I sig selv er det ofte et ret stort arbejde at indsamle de relevante og nødvendige informationer om en borger, der skal have lagt en nyttig og bæredygtig behandlingsplan. Men et nok så væsentligt skridt består i at analysere og forstå mængden af information, så det kan give os et så retvisende billede af det hjælpsøgende menneske og den pågældendes vanskeligheder og muligheder.

Det kan anbefales varmt, at man som behandler og behandlingssted sætter tilstrækkelig tid af til at "behandle" sine data om klienten. Til hjælp for analysen af data om dobbeltbelastning, primært af personlighedsrelateret art, anbefales det at bruge nogle enkle *søgemodeller*. Det vil sige modeller, der kan støtte kvalificeringen af de sæt af observationer, man har gjort hos den enkelte borger. Hermed bliver det nemmere at forstå betydningen og rækkevidden af det observerede

og derudfra få skabt en caseformulering, det vil sige en samlet fremstilling af klientens mønstre og drivkræfter, måder at forholde sig til sig selv og til andre m.v.

Analysen bliver også et kvalificeret afsæt for at søge klienten udredt hos psykiater, klinisk psykolog, neurolog eller anden relevant fagspecialist, når der findes indikation for dette.

De her beskrevne søgemodeller fører **ikke** til diagnoser som sådan, hvilket heller ikke er intentionen. Derimod giver de mulighed for at opstille begrundede *hypoteser* om klienten, som kan lede frem til nyttige og virksomme *kontaktstrategier*, der kan styrke samarbejdsrelationen mellem klient og behandler, samt medvirke til en præcis identifikation af de dysfunktionelle problemområder, der skal arbejdes med for nedbringe klientens risiko for drop out eller mangel på holdbar effekt, hvis behandlingen gennemføres.

Søgemodeller bringes i anvendelse med henblik på at skabe den nødvendige professionelle distance for at opnå et overblik over klientens problemer og muligheder.

Her under vises de søgemodeller, som vi fortrinsvis har anvendt under projekt SODA.

2a: Umiddelbart klinisk indtryk

Det starter med et bud på punkter til vurdering af det umiddelbare kliniske indtryk ved – især den første – kontakt med klienten.

Beskriv de af følgende felter, som du finder relevante hos den aktuelle klient:

- **Bevidsthedstilstand:** Intensitet, klarhed, sammenhæng
- **Orientering:** Tid, sted og egne data
- **Grundstemning:** Neutral, vippende, løftet, forsænket
- **Emotionalitet og affekt:** Livlig, nuanceret, affektlabil, letsåret, dysforisk, dårligt reguleret, fattig, paradoksal, lunefuld. Angst, vredagtig, udsældende, letrørt, emotionelt inkontinent.
- **Kontaktform:** Uengageret, passiv, sky, ængstelig, mistænksom, tilbidsfuld, åben, spontan indyndende, manipulerende, klæbende, hjælp søgende, afvisende, ambivalent, skiftende
- **Psykomotorik (mentalt tempo):** Hæmning, agitation, rastløshed, motorisk uro. Stupor, spærringer, katatone træk, tvangshandlinger eller ritualer, hypo- eller hyperkinesier. Mimik og gestus: stivnet, fattig, inadækvat, livlig, overdreven, grimassen, tics.
- **Forestillingsindhold:** Selvbefejdende eller udadprojicerende, selvforringende, forøget eller nedsat selvfølelse, optagethed af psykisk traume, defekter i virkelighedsgengivelsen: paranoide idéer – systematiserede (komplot) eller mere diffuse, selvhenføring, megalomani, kosmiske forestillinger, filosofiske ruminationer (grublerier). Idéernes forståelighed eller bizarritet. Påvirkningsfornemmelser (elektricitet, bølger, radar, stråler, tankeoverføring, hypnose), tanke-tomhed, tankeetyveri, tankeørighed. Desintegrationer (om at opløses, gå i stykker, svinde ind).
- **Hallucinationer:** Syn, hørelse, berøring, smag, lugt. Realitetspræg for klienten? Beskrives de af klienten, eller slutter man af klientens adfærd (umotiveret latter, lytten, blik rettet mod en krog osv)?
- **Sprogbrug:** Let at følge, ligetil eller vanskelig at forstå, snørklet eller vag. Logisk eller modsætningsfyldt. Saglig eller dramatisk. Er der pri-

vat sprogbrug, betydningsglidninger, neologismer (ord-nydannelser)? Inkohærens (manglende sammenhæng), fragmentering, tankeflugt, rim, klangassociationer. Afasi, parafasi (omskrivninger).

- **Hukommelse:** Er erindringsbeholdningen intakt? Eller er der lakuner (huller)? Indprentningsevnen: Huskes 4- eller 6-cifrede tal efter et minuts afledning? Går klienten i stå? Bliver han perpleks stillet over for opgaven? Kan han klare $100 \text{ minus } 7 = 93 \text{ minus } 7 = 86 - 79$ osv?
- **Intellektuel funktion:** Ordforråd, forestillingsrigdom, perseveration i ord og/eller emne, koncentrationsevne, opmærksomhed, træthed.

Herved sikres, at behandleren træder et skridt tilbage og besinder sig på, hvilken tilstand klienten helt aktuelt befinder sig i – og at dette indtryk formuleres i forhold til relevante fremtrædelsesområder og i et neutralt sprog.

2b: Personlighedspolariteter

Det næste analyse redskab drejer sig om at lytte sig ind på klientens generelle funktionelle stilarter for tilpasning og mestring via tre personlighedspolariteter.

Ved at stille sig selv (og kollegerne) den opgave at lytte sig ind på klientens fremstilling af mestring og tilpasning i sit hidtidige livsforløb opnås en mulighed for at formulere omridset af en karakteristisk "baggrundsmelodi", der kan bidrage til behandlerens forståelse af klientens muligheder og begrænsninger – og ikke mindst udviklingszoner.

Personlighedspolariteter

1. LYST (forstærkning) ↔ SMERTE (bevarelse)
(de potentielle former for forstærkning individet er tilbøjelig til at opsoge (opnåelse af lyst, undgåelse af smerte))

2. SELV (individuation) ↔ ANDRE (omsorg)
(de potentielle kilder, hvorfra individet er tilbøjelig til at søge sin forstærkning (selvtillid/selvhævdelse vs afhængighed og nursing af andre))

3. AKTIV (forandring) ↔ PASSIV (tilpasning)
(de potentielle instrumentelle processer anvendt i opnåelsen af positive og undgåelse af negative konsekvenser (aktivt kontrollerende egen adfærd vs. passiv, tilpassende, reaktiv adfærd))

Figur 14

Med hensyn til "lyst-smerte-dimensionen" lyttes der efter i hvor høj grad klienten "lejr sig" ved den ene eller anden polaritet i sit livsmønster. Er den pågældende tilbøjelig til fortrinsvis at søge det lystbetonede – også i situationer, hvor det ikke almindeligvis anses for relevant eller hensigtsmæssigt. Eller er han tilbøjelig til at dvæle ved smerte, eventuelt opsoge og fastholde den, selvom omstændighederne egentlig tillader ham at slippe den?

Caseeksempel 1

Lars er en 47 årig mand, som ved udredning, screening og personlighedstestning fremstår med et undvigende personligheds mønster. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at han føler sig forkert i mange henseender, er bange for at andre tænker dårligt om ham. Han kom-

mer let til at opleve angst, når han står i situationer med potentiel eller faktisk stress. En grundig gennemgang af anamnesen i lyset af ovennævnte personlighedspolariteter placerer Lars som vist herunder:

LYST	SMERTE
SELV	ANDRE
AKTIV	PASSIV

(Rød = overbetonet; gul = middelbetonet; hvid = underbetonet)

Der er overdreven fokus på smerte frem for lyst – det vil sige overoptagethed af aktiviteter, der drejer sig om at undvige den tristhed og angst, der kommer af følelsesmæssige responser på psykisk smerte. Det medfører ofte en selvopfyldende profeti af, at livet sandsynligvis bliver værre snarere end bedre. Der er en overdrevent aktiv tilgang, hvilket drejer sig om at undvige situationer, hvor man kan blive ydmyget, afvist eller trådt for nær.

Caseeksempel 2

Ilse er en 36 år kvinde, der fremstår med antisocialt personligheds mønster, der svarer godt til hendes brogede og kriminalitetsprægede livsbane. Det antisociale personligheds mønster viser sig typisk i en aktiv-uafhængig position i forhold til andre. Ser andre som potentielle aggressorer. Er i forhold til andre hård, ufølsom og ikke-tilknyttet. Kan ofte være hensynsløs i sit forsøg på at kontrollere andre. Stærkt behov for selv at være uafhængig og unddrage sig kontrol. Til forskel fra Lars ville Iles personlighedspolariteter fordele sig således:

LYST	SMERTE
SELV	ANDRE
AKTIV	PASSIV

(Rød = overbetonet; gul = middelbetonet; hvid = underbetonet)

Præferencen for lystbetonede aktiviteter er ikke markant, men går alligevel klart foran en dvælen ved smerten, som vanligvis ageres ud gennem impulsiv handlen. Der er, som beskrevet ovenfor, et udtalt fokus på selv frem for andre, og en udtalt aktiv tagen hånd om egne af-færer.

Disse to eksempler er blot tænkt som en meget skematisk illustration af brugen af de tre personlighedspolariteter. For flere eksempler se f.eks. Millon²⁵.

2c: Mellemmenneskelige positioner

Ligeledes vil det være af stor betydning at søge efter indikationer på, hvilken mellemmenneskelig grundposition, som klienten vil indtage, især i pressede situationer. Derved opnås en formulering af, hvad det er for et basis mønster hos klienten, man som behandler skal forberede sig på at samarbejde ud fra.

I skemaet "mellemmenneskelige positioner" herunder tages udgangspunkt i den øverste grønne bjælke, position: hvilken af fire grundlæggende tilknytningspositioner er mest kendetegnende for klientens relationsstil. I den lodrette bjælke, strategi, vurderes (blandt også med hjælp fra bedømmelsen af klientens personlighedspolariteter i foregående skema) om den mellemmenneskelige "yndlingsposition" praktise-

res ud fra en aktiv eller en passiv strategi. For eksempel ses under dependent mellemmenneskelig position en passiv variant (den dependente), som er præget af en underkastende relationsstil, og en aktiv variant, den histrioniske, der er præget af en mere forførende, underholdende stil, der ad den vej får fat i en stærk person at knytte sig til.

Figur 15. Mellemmenneskelige positioner

Position Strategi	Independent /uafhængig	Dependent /afhængig	Ambivalent /afhængig /uafhængig	Ikke-tilknyttet /udenfor /ved siden af
PASSIV	narcissistisk	dependent	tvangspræget	skizoid
AKTIV	antisocial	histrionisk	passiv-aggressiv	undvigende

I dette skema ligger samtidig et bud på, hvilke personlighedsmønstre/-forstyrrelser, klientens adfærd og livsmønstre kunne pege i retning af.

2d: Over-/underudviklede strategier

For at belyse dette nærmere kan nedenstående skema om over-/underudviklede adfærdsstrategier ved forskellige personlighedsmønstre²⁶ inddrages. Meningen med den valgte rækkefølge på de forskellige skemaer/værktøjer i skabelonen er at skabe en slags "tragt-model", som beforder en mere og mere skarp og præcis beskrivelse af personen, som skal behandles. Hvilke vanskeligheder og ressourcer er der tale om, hvilke drivkræfter og blokeringer skal tænkes ind i kontakten og tilgangen til samarbejdet med klienten.

²⁵ Millon, T. (1999).

²⁶ Beck, A.T. & Freeman, A. (1990).

Figur 16. Over-/underudviklede adfærdsstrategier

Personligheds-forstyrrelse	Overudviklet	Underudviklet
Skizoid	Autonomi Isolation	Intimitet Gensidighed
Undvigende	Social sårbarhed Undgåelse Hæmning	Selvhævdelse Selskabelighed
Dependent	Hjælpsøgen Klyngen sig til andre	Selvtilstrækkelighed, selvstændighed Bevægelighed
Histrionisk	Ekshibitionisme følelsesmæssigt Udtryksfuldhed Impressionisme	Refleksion Kontrol Systematisering
Narcissistisk	Selvophøjelse Konkurrencelyst	Deltagelse Identifikation med gruppe
Antisocial	Krigeriskhed Udnyttende Udplyndrende	Empati Gensidighed Social sensitivitet
Kompulsiv	Kontrol Ansvarlighed Systematisering	Spontanitet Kådhed
Passiv-aggressiv	Autonomi Modstand Passivitet Sabotage	Intimitet Selvhævdelse Aktivitet Samarbejdsevne
Svære personlighedsforstyrrelser	Overudviklet	Underudviklet
Skizotypal	Fjendtlig tilbagetrækning Frygt for kontrol/ydmygelse Tro på særlige evner	Social interesse Signaltolkning Egenomsorg
Borderline	Vrede Hjælpeløshed Intense relationer	Evne til at være alene Identitet Affektiv regulering
Paranoid	Vagtsomhed Mistillid Mistænksomhed	Ro Tillid Accept

Dette skema kan være til hjælp i at sortere og kvalificere de iagttagelser og data, der foreligger om klienten, når man nærmer sig en hypotese om klientens personlighedsmønstre, og dermed også en formulering af en bæredygtig kontaktstrategi og et relevant fokus for det terapeutiske samarbejde.

Med kontaktstrategi menes behandlerens formulerede tilgang (do and don't do) relateret til klientens personlighedsmæssige og øvrige ressourcer og begrænsninger, således at chancen for at komme i balance med klienten under forløbet optimeres. Der kan her henvises til det materiale, der i daglig tale går under betegnelsen "ALF-mappen"²⁷. Her er angivet prototypiske tilgange til konkrete personlighedsmønstre/-

forstyrrelser, som ud fra det psykoterapeutiske "body of evidence" er mest egnede.

Med fokus henvises til et samlet udtryk for den kreds af basale vanskeligheder, som er kendetegnende for en konkret klients liv, altså "den røde tråd".

2e: Centralt patologisk domæne

Nedenfor ses dette i en opstilling af Millon²⁸, hvor der til hver type af personlighedsforstyrrelse er angivet et centralt patologisk domæne, der kan tjene som overordnet fokus i tilrettelæggelsen af klientens behandling.

Personlighedsforstyrrelse	Centralt patologisk domæne /overordnet fokus
Skizoid	Humør/temperament
Undvigende	Selv-opfattelse
Depressiv	Humør/temperament
Dependent	Mellemmenneskelig adfærd
Histrionisk	Mellemmenneskelig adfærd
Narcissistisk	Selv-opfattelse
Antisocial	Ekspressiv adfærd (fysisk og verbal adfærd)
Aggressiv-sadistisk	Humør/temperament
Tvangspræget	Kognitiv stil
Passiv-aggressiv	Selv-opfattelse
Masokistisk	Humør/temperament
Skizotypal	Ekspressiv adfærd (fysisk og verbal adfærd)
Borderline	Mellemmenneskelig adfærd
Paranoid	Selv-opfattelse

Figur 17

²⁷ Nielsen, P. et al. (2009).

²⁸ Millon, T. (1999).

Figur 18 Mål for polaritets-orienteret personlighedsguidet terapi ²⁹.

Modificering af lyst-smerte polariteten	Især relevant hos:
Øge lyst	(skizoid, undvigende, depressiv)
Reducere smerte	(undvigende, depressiv)
Afbalancere lyst $\leftrightarrow$ smerte	(masokistisk, sadistisk)
Afbalancering af passiv-aktiv polariteten	Især relevant hos:
Øge passiv - Reducere aktiv	(undvigende, histrionisk, antisocial, sadistisk, passiv-aggressiv)
Reducere passiv - Øge aktiv	(skizoid, depressiv, dependent, narcissistisk, masokistisk, tvangspræget)
Ændring selv-andre polariteten	Især relevant hos:
Reducere andre - Øge selv	(dependent, histrionisk)
Øge andre - Reducere selv	(narcissistisk, antisocial)
Afbalancere andre $\leftrightarrow$ selv	(tvangspræget, passiv-aggressiv)
Genopbygning af personlighedsstrukturen	Især relevant hos:
Øge kognitiv, interpersonel sammenhængskraft	(skizotypal)
Øge affektiv regulation, personlig sammenhængskraft	(borderline)
Reducere kognitiv, affektiv rigiditet	(paranoid)

²⁹ Millon, T. (1999).

Det vil i mange tilfælde af behandling for alkoholafhængighed ikke være muligt – somme tider heller ikke nødvendigt eller formålstjenligt – at inddrage ”ændring af personlighedsmæssig funktion” som et strategisk behandlingsmål. Men for sværere cases kan det være den eneste realistiske vej til at oparbejde en holdbar ændring – også i forhold til afhængighedsadfærden, som uden undtagelse altid vil være vævet uløseligt sammen med den patologiske personlighedsdynamik. Derfor gengives herunder, hvilke relevante overordnede mål, terapien som i givet fald er høj-doseret og langsigtet vil sigte på.

Der tages på dette tidspunkt stilling til tegn på psykisk comorbiditet (personlighedsforstyrrelse; symptomidelse; sværere psykopatologi), som sammenfattes i hovedpunkter. Til brug for opstilling af dette i overskuelig form henvises til næste kapitel, hvor en matrix til dette formål gennemgås – eller de tre hovedpunkter under punktet ”Vurdér og visitér” kan anvendes.

2f søgematrix -et arbejdsredskab

Som udtryk for den udvikling, projekt SODA har affødt også for Ringgårdens vedkommende, vil vi på næste side præsentere et arbejdsredskab – søgematrix – som vi er i færd med at gøre parat til daglig klinisk brug. Der er tale om en samling af de enkelte elementer af søgemodeller, som har været beskrevet ovenfor i udredningsskabelonen, men her opstillet i tabelform, som gør det muligt at få et hurtigt, samlet overblik over søgemodellerne.

Meningen er at give den enkelte behandler/behandlergruppe et overskueligt analyseværktøj til at kvalificere de data og observationer, man sidder med på den enkelte klient. Med andre ord endnu en version af

det støtteværktøj, man som behandler kan have brug for i forsøget på at opstille nyttige og retvisende hypoteser om klientens personlighed, som i alle tilfælde vil være den vigtigste del af den ”snitflade”, man som behandler skal kunne etablere kontakten ud fra.

Søgematrixen begynder med det man kan iagttage eller lytte sig frem til i forhold til klientens polariteter og grundlæggende adfærdsstrategier. Ved at holde sine iagttagelser og klientens udsagn om dette op mod de prototypiske udgaver kan man spore sig ind på det område, der passer bedst på klienten. Herefter kan man gå videre til at danne en hypotese ved at overveje, hvilken mellemmenneskelig grundposition, der passer bedst på klientens udsagn og det kliniske indtryk af klienten. Er der primært tale om en aktiv eller passiv form? Og hvilket muligt dominerende personlighedsmønster kan der være tale om? Såfremt det er muligt at danne en rimelig hypotese om dette, kan man derefter lade sig inspirere af, hvilke typiske interventioner, der så vil være rimelige at overveje i forhold til at bringe mere ligevægt i polariteterne og til det kernefokus terapien må forholde sig til. Endelig vil det være en ide at gøre sig indledende tanker om, hvordan den personlighedsguidedede kontakt skal være ved næste session, og om der er anledning til at tænke samarbejde med andre instanser ind for at få bedst muligt udbytte.

Hypoteser er ikke nødvendigvis korrekte og de skal derfor testes. Derfor er det nødvendigt at indkredse og afprøve gennem yderligere samtaler med klienten, om hypotesen skal fastholdes eller forkastes.

Figur 19 Matrix over søgemodeller, prototypiske karakteristika samt mål for intervention (Efter Millon³⁰, egen tilvirkning)

MODERATE PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSER

IAGTTAGELSER			HYPOTESER			INTERVENTION		
I Polaritet * (prototypisk)	II Adfærdsstrategi		III Mellemmenneskelig grundposition	IV Aktiv/passiv form	V Personlighedsmønstre	VI Afbalancering af polaritet	VII Overordnet fokus	VIII individuel/kollaborativ kontaktstrategi
	Overudviklet	Underudviklet						
Lyst - Smerte Selv - Andre Aktiv - Passiv	Krigeriskhed Udnyttende Udplyndrende	Empati Gensidighed Social sensitivitet	Independent (uafhængig af andre)	Aktiv Passiv	Antisocial Narcissistisk	Øge passiv, reducere aktiv Øge andre, reducere selv Øge passiv, reducere aktiv Øge andre, reducere selv	Ekspressiv adfærd (fysisk og verbalt) Selvopfattelse	
Lyst - Smerte Selv - Andre Aktiv - Passiv	Ekshibitionisme følelses- mæssig Udtrykfuld Impressionisme Hjælpsøgende Klyngende	Refleksion Kontrol Systematisering Selvtillstrækkelighed Selvstændighed Bevægelighed	Dependent (afhængig af andre)	Aktiv Passiv	Histrionisk Dependent	Øge passiv, reducere aktiv Øge selv, reducere andre Øge aktiv, reducere passiv Øge selv, reducere andre	Mellem-menneskelig adfærd Mellem-menneskelig adfærd	
Lyst - Smerte Selv - Andre Aktiv - Passiv	Autonomi Modstand Passivitet Sabotage Kontrol Ansvarlighed Systematisering	Intimitet Selvhævdelse Aktivitet Samarbejdsevne Spontaneitet Kådhed	Ambivalent (skiftevis uafhængig/ uafhængig)	Aktiv Passiv	Passiv-aggressiv Tvangspræget	Øge passiv, reducere aktiv Afbalancere andre-selv Øge aktiv, reducere passiv Afbalancere andre-selv	Selvopfattelse Kognitiv stil	
Lyst - Smerte Selv - Andre Aktiv - Passiv	Social sårbarhed Undgåelse Hæmning Autonomi Isolation	Selvhævdelse Selskabelighed Intimitet Gensidighed	Ikke-tilknyttet (udenfor/ved siden af)	Aktiv Passiv	Undvigende Skizoid	Øge lyst, reducere smerte Øge passiv, reducere andre Øge lyst Øge aktiv, reducere passiv	Selvopfattelse Humør/ temperament	

* **Rød farve** = stærk på polaritet, **Gul farve** = middel på polaritet, **Blå farve** = svag på polaritet

³⁰ Millon, T. (1999).

SVÆRE FORSTYRRELSER

IAGTTAGELSER		
I Polaritet	II Adfærdsstrategi	
	Overudviklet	Underudviklet
Ingen eller svag forankring i polariteterne, der skifter i intensitet og fokus	Fjendtlig tilbagetrækning Frygt for kontrol/ydmygelse Tro på særlige evner	Social interesse Signalteolkning Egenomsorg
Moderate, men konfliktende og inkonstante polariteter	Vrede Hjælpeleshed Intense relationer	Evne til at være alene Identitet Affektiv regulering
Svage, men uflexible, blokerede og ensidigt låste polariteter	Vagtsomhed Mistillid Mistænksomhed	Ro Tillid Accept

HYPOTESER		
III Mellemmenneskelig grundposition	IV Aktiv/passiv form	V Personligheds-mønstre
Ikke-tilknyttet (udenfor/ved siden af)	Passiv/aktiv	Skizotypal
Ambivalent (Skiftevis afhængig/uafhængig)	Passiv/aktiv	Borderline
Independent (uafhængig af andre)	Passiv/aktiv	Paranoid

INTERVENTION			
VI Afbalancering af polaritet	VII Genopbygning af personlighedsstruktur	VIII Overordnet fokus	IX individuel/kollaborativ kontaktstrategi
Stabilisere fluktuerende lyst-smerte og andre-selv polariteter	Øge kognitiv, interpersonel sammenhængskraft	Ekspressiv adfærd (fysisk og verbalt)	
Reducere konflikten mellem de tre polaritetspar	Øge affektiv regulation, personlig sammenhængskraft	Mellem-menneskelig adfærd	
Øge de udelukkede og reducere de låste polariteter	Reducere kognitiv, affektiv rigiditet	Selvopfattelse	

ANDRE FORSTYRRELSER

IAGTTAGELSER		
I Polaritet	II Adfærdsstrategi	
	Overudviklet	Underudviklet
Lyst - Smerte Selv - Andre Aktiv - Passiv	Lyst til at nedgøre andre Objektgørelse af andre Trang til at kue andre	Positiv interaktion med omgivelser Takt/respekt for andre Evne til at "løfte" andre
Lyst - Smerte Selv - Andre Aktiv - Passiv	Selvannullering Fastholdelse af (kendt) smerte Offerattitude	Evne til at tage sig selv alvorlig/selvrespekt Optimisme og gejst Perception af det positive, der sker
Lyst - Smerte Selv - Andre Aktiv - Passiv	Sortsyn, håbløshed Oplevet værdiløshed Oplevet inkompetence	Tro på forandring Modstandskraft Energimobilisering

HYPOTESER		
III Mellemmenneskelig grundposition	IV Aktiv/passiv form	V Personligheds-mønstre
Uharmonisk (misforhold til andre)	Aktiv	Sadistisk
	Passiv	Masokistisk
	Passiv og aktiv	Depressiv

INTERVENTION		
VI Afbalancering af polaritet	VII Overordnet fokus	VIII individuel/kollaborativ kontaktstrategi
Skifte den uharmoniske ladning i lyst - smerte polaritet Reducere aktivt selvfokus	Humør/temperament	
Skifte den uharmoniske ladning i lyst - smerte polaritet Øge aktivt selvfokus	Humør/temperament	
Reducere smerte Øge lyst Øge aktiv	Humør/temperament	

3. VURDÉR OG VISITÉR

Den samlede analyse af de indhentede og nu bearbejdede oplysninger om klienten sættes op i kondenseret form i nedenstående tre hovedpunkter:

3a: Caseformulering (basal forståelse af/ hypotese om klienten)

3b: Fokus (hvad skal der fokuseres på hos klienten?)

3c: Behandlingsstrategi og -metode

I nogenlunde ovenstående form har "udredningsskabelonen" været et gennemgående værktøj i alle projekt SODA's træningskurser – netop med mottoet "At se klart for at handle adækvat", som al psykoterapeutisk eller psykosocial behandling står og falder med.

I næste afsnit gengives til illustration en anonymiseret case, hvor udredningsskabelonen er anvendt som grundlag for udredningen.

Eksempel på caseformulering

3a: Caseformulering

Det drejer sig om en klient, der var indskrevet i døgnbehandlingsforløb på Ringgården. Nedenstående er de interne – formentlig også noget indforståede – noter fra behandlerkonference 3 uger inde i et 12 ugers behandlingsforløb. Behandlingen på Ringgården var led i en langsigtet ambulant behandlingsindsats.

Berit er en 34 årig kvinde opvokset hos alkoholmisbrugende forældre, der dog skilles da Berit er 1 år. Som 10 årig bliver hun storesøster, og slider med et ansvar for sine to mindre søskende frem til hun som 16 årig flygter hjemmefra. Har kontakt til far, der nu er ædru. Bror har adhd og hashmisbrug. Søster angiveligt velfungerende. Ikke kontakt til moderen, der fortsat er misbrugende.

Funktionsniveau: *Berit uden uddannelse og uden stabil tilknytning til arbejdsmarkedet. Har været praktisk assistent på boreplatform i 2 år, hvilket hun var glad for, men kunne ikke holde til det. Startet på en del uddannelses- eller arbejdsforhold, som ikke fuldføres. Fritidsliv har hun ikke rigtig orket at organisere.*

Har et par domme for butikstyveri, angiveligt begået i beruselse grundet pengemangel. Ikke tydeligt angerfuld.

Selvregulering: *Svært ved at påtage sig ansvar, svært ved at regulere følelser, oplever angst og får lyst til at flygte (evt via selvskade). Har det med at skære i sig selv.*

Relationsstil: *kontakten opleves ulden og distant. "Her til og ikke længere". Svært at involvere sig i andre, siger hun. Virker ikke-tilknyttet for en umiddelbar betragtning*

Motivation: *jeg kan ikke tåle at drikke mere...*

Oplevet selv-kompetence: *kommer kun indirekte med tegn på egen evne til at sætte handling i gang (flytter hjemmefra; kan holde sig ædru på nordsøen og i ambulant behandlingsforløb)*

Netværk: *basisfamilie svært problematisk og tyngende at være i kontakt med*

Drikker problematisk fra 16 års alder og med addiktivt præg fra 20 års alder. Under beruselse kan hun være voldelig. Drikker et par

dage meget voldsomt og holder pause. Drikker på angst og selvhad. Tager lejlighedsvis centralstimulerende stoffer. Jævnligt hash.

Psykopatologi: ADHD mistanke er bekræftet af vores psykiater.

Udover samtale er der anvendt DIVA-2 interview.

2008 diagnose fra psyk afd: bipolar lidelse – ingen aktuelle holdepunkter for denne diagnose.

MCMI (personlighedstest): forhøjet på skizotypal og emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse → svært forstyrret funktion med nedsat kontaktduelighed, selvhenføring, og tilbøjelighed til at oversvømmes af pinefulde følelser

Hertil kommer forhøjelse på antisocial, undvigende-skizoid (jeg skal klare mig selv, og gør hvad der skal til – også det ubehagelige).

Endvidere depressiv side.

Flowchart:

Grundposition.: af to onder: alene er bedst (men så er jeg sårbar)

Adfærds-strategi: involverer mig ikke; lukker i

Konsekvenser her af: isolation og tomhed

Rusfunktion: kan være ligeglad; udsætte; skubbe det væk; får ikke reguleret affekt, som så bryder igennem

3c: Behandlingsstrategi og –metode

Med hensyn til den mellem menneskelige grundposition vurderes Berit at ligge i det ikke-tilknyttede (og det ambivalente) felt i retning af en skizoid-undvigende basispersonlighed med passiv-aggressiv tilblanding ("for meget" autonomi, isolation, undgåelse; "for lidt" selvskabelighed, intimitet, selvhævdelse)

Fokus: udover relevant psykofarmakologisk behandling af adhd-

lidelsen (som iværksættes under behandlingsforløbet med god subjektiv og objektiv effekt) er der fokus på at øge det lyst betonede (her formuleret blandt andet som: at få hende til at se sig selv som en "historie", der kan forstås – og som kan skrives om (fremover) via hendes arbejde med caseformulering. Endvidere at øge aktiv og reducere passiv-polariteterne, så Berit kommer i gang med at tage sig konkret af sit livs affærer – herunder: hjælpe hende til et realistisk fremtidsperspektiv (små skridt, langt forløb, gradvis forandring).

Endvidere stimulere til at øve sig i kontakt med andre på i første omgang det formelle plan – sidenhen lidt mere emotionelt.

3.2.3. Caseformulering og brug af matrix

Som et yderligere hjælpemiddel til samling af observationer og data om klientens baggrund med henblik på caseformulering, fokus, be-

handlingsstrategi og –metode blev der under den senere del af projekt SODA udviklet nedenstående matrix.

Signalement	Funktionsniveau	Relationsstil	Rusfunktion	Vurderet belastningsgrad (psykopatologisk) (0-4)	Tegn på Axe 1 symptomidelse (angst, depres., ADHD, ptsd osv)

Personlighedspolariteter (lyst-smerte; selv-andre; passiv-aktiv)	Mellemmenneskelige positioner (independent - dependent - ambivalent - ikke tilknyttet)	Over-/underudviklede adfærdsstrategier	Centralt patologisk domæne	Hypoteseforslag: primært personlighedsmønster + evt. underordnede mønstre Behandlingsfokus og behandlerinstruks:

Både udredningsskabelonen og matrix blev trænet indgående med de deltagende ambulante behandlere. Dette skete både i forhold til deltagernes egne cases, samt filmede cases med klienter fra Ringgården. Som en særlig instruktiv pædagogisk metode – kaldet ”speed-udred-

ning” – fik deltagerne på kurserne adgang til at interviewe og case-formulere 4 aktuelt indlagte døgnklienter fra Ringgården.

Herunder ses et eksempel på en case-formulering, hvor matrix anvendes som strukturel ramme.

Signalement	Funktionsniveau	Relationsstil	Rusfunktion	Vurderet belastningsgrad (psykopatologisk) (0-4)	Tegn på Axe 1 symptomidelse (angst, depres., ADHD, ptsd osv)
35 årig kvinde, fraskilt for nylig efter 2 år. Har 2 årig søn, der bor hos far. Angod ordning. Der er planer om delebasiss efter behandlingen. Uddannet kok. Været selvstændig m cateringfa. Ansat i ISS. Forældre s, da T var 8 år. En del kontakt til mor. God kontakt m yngre bror og søster. Vil gerne være par med manden igen	Fyret grundet alkoholsbrug (drak om aftenen, når hun lavede regnskab). Ikke i fagforening. Kontanthjælp, når løn op-hører. En del arbejdsmæssige ressourcer, som dog kan kompromitteres *	Forholdet til manden: stadig positive følelser, men ”gør hinanden kede af det”. Stort pres at have med nyfødt søn at gøre. Mener selv: fødselsdepr. (bange for ansvar og aggression).	Stort forbrug fra 12 års alder. Efter søns fødsel ændres drikke-mønster i misbrugs-retning. Druk: afslap-pet og ligeglad. HR sit: stress-følelse; tristhed; når hun fryg-ter for søns helbred. Konflikter eller hvis hun føler uberettiget kompromis. Håber på at komme til at drikke igen til festlige lejligheder.	2 – tegn på personlighedsforstyrrelse og depression. Nok noget dissimulerende (underspil-lende).	Været indlagt psyk efter selvmordsrisiko – affektreaktion i beruselse. Depressiv. Stoppede med medicin lige efter ud-skrivningen!

Personlighedspolariteter (lyst-smerte; selv-andre; passiv-aktiv)	Mellemmenneskelige positioner (independent - dependent - ambivalent - ikke tilknyttet)	Over-/underudviklede adfærdsstrategier	Centralt patolo-gisk domæne	Hypoteseforslag: primært personlighedsmønster + evt. underordnede mønstre
Hverken tydelig lyst eller smertefokuse-ret; i forhold til ”selv-andre” er balan-cen tiltet, så hun overfokuserer på selv, hvis hun er i vanskeligheder, men sam-tidig er hun overhjælpssom, hvis andre har det svært. Fokuseret på aktiv-dimension, men på impulsiv, risikobetonet vis	En del emotionel neglect i opvækst. Rager uklar med hjem og skole – kom-mer i ungdomspension: god tid! Dyd: klare sig selv! Gerne give hjælp, men ikke selv have det	Over-udviklede: Præstation Moderation (stresser) Under-udviklede: Intimitet/nærhed (søn) Refleksion Delay (rumme, vurdere, udsætte)	Selv-opfattelse Affektregulation	Antisocial med emotionelt ustabil kerne ved ene pol Depressiv, dysthym, masokistisk ved anden pol ⇒ Ustabil emotionel kerne med antisocial overlevelsstrategi og dertil depressivt potentiale Flowchart: Grundpos.: Jeg er forkert, men skal klare mig selv; andre må ikke se, hvor skidt jeg har det Strategi: Tage maske på, være sej, afvise andre Konsekvens: Følelsesmæssig pine ophobes Rusfunktion: Sove, lægge afstand, mærke mindre Grundintervention: Støtte hende i at få empati med sig selv (det forsømte barn) Arbejde med følelsesregulering Konfrontere ambivalens

3.3 Dobbeltfokuseret behandlingstilgang

Vi har ingen intentioner eller ambitioner om i detaljer at gøre rede for de behandlingsmæssige/psykoterapeutiske teorier og metoder i dobbeltfokuseret alkoholbehandling i denne rapportsammenhæng. Derimod vil vi pege på nogle af de rammesættende principper og tilgange, som har været en del af projekt SODAs mission at formidle til deltagerne.

Det helt grundlæggende princip i alkoholbehandling med dobbeltfokus kan formuleres meget kort:

det handler om at se klart for at handle adækvat

Derfor har der i projekt SODA også været stor vægt på at oparbejde deltageres kompetence i udredning, analyse og syntese af de ofte svært tilgængelige og vanskeligt gennemskuelige data om den hjælp-søgende person. Deraf kommer den store vægt, vi har lagt på at udvikle og implementere konferenceskabelonen og andre konkrete værktøjer i ambulant behandlingsregi.

Behandling med dobbeltfokus indebærer, at såvel klientens afhængighed/misbrugsadfærd som komorbide psykiatriske vanskeligheder adresseres med relevante metoder – det håber vi står klart på nuværende tidspunkt. I denne forbindelse er det vigtigt at tilvejebringe den nødvendige tværfaglige indsats, hvor ikke mindst tilgangen til psykiatrisk, klinisk psykologisk og anden specialindsats skal prioriteres. Dette for at sikre en dækning af klientens eventuelle behov for specifik lægelig eller psykologfaglig udredning og behandling.

Men som det centrale i projekt SODA står den dobbeltfokuserede behandling, som et langt stykke ad vejen kan gives i et traditionelt – opkvalificeret – alkoholbehandlingsregi, det være sig ambulant eller døgnbaseret.

Først og fremmest er der her brug for, at der opstilles realistiske dobbeltfokuserede behandlingsmål:

- Reducere akutte symptomer (dvs. afhængigheden og specifikke psykiatriske/psykologiske symptomer)
- Behandle og kontrollere psykiatriske symptomer, der er relateret til tilbagefald
- Sætte ind på at øge retention og motivation
- Sigte efter at øge livskvalitet (selvverd, relationer, arbejde, egenomsorg)

I forhold til valg af psykoterapeutiske metodeelementer står den kognitive terapi allerede højt på listen over implementerede behandlingstilgange i dagens danske alkoholbehandling. I denne referenceramme ligger et godt afsæt for at etablere et dobbeltfokus, idet kognitiv terapi i forskellige modifikationer og videreudviklinger har vist sin relevans. Som eksempel kan nævnes "dobbeltfokuseret skematerapi", der er Samuel Ball's videreudvikling af en tidligere metode, udviklet af Young, nemlig skematerapien³¹. Ball's modifikation er specifikt målrettet behandling af misbrugere med psykisk comorbiditet – især personlighedsforstyrrelser og de dertil ofte knyttede symptomlidelser. Denne behandling går ud på at kombinere Struktureret Tilbagefaldsforebyggelse med andre elementer af kognitiv terapi rettet mod de tidligt grundlagte uhensigtsmæssige kognitive skemaer og dysfunktionelle antagelser, som er kernen i personlighedsforstyrret tænkning og adfærd hos den enkelte.

³¹ Ball, S. (2004) og Young, J. & Klosko, J. (2005).

Det vil falde uden for rammen af denne rapport at komme med specifikke behandlingsanvisninger som sådan, men dog vil vi skitsere omridset af den dobbeltfokuserede tilgang, som gennem mere end 10 år har været under stadig udvikling på Ringgården, og som danner det faglige fundament under projekt SODA og den tilknyttede formidling.

Ringgårdens dobbeltfokuserede tilgang har udspring i projekt ALF³². De overordnede dele i tilgangen består af følgende:

- Individuel kontakt-strategi
- Kollegial synergi gennem samarbejde om fokusering
- Holdepunkter for miljøhåndtering (holding & containing)

Projekt ALF er udmøntet i en manual for det personlighedsguidede behandlingsarbejde, hvor forlægget har været hentet i Ball's ovenfor nævnte dobbeltfokuserede skema terapi med inspiration fra psykodynamiske og relationelle terapeutiske referencerammer.

Konkrete elementer i ALFmetoden er f.eks.

- testning
- forberedelse af caseformulering og udkast til grundintervention
- udfærdigelse af cartoon til klienten til illustration af polariteter i personligheden (tegning 1 (dysfunktionel) og tegning 2 (funktionel))
- feedback til klient og fælles caseformulering
- gruppemæssig gennemdrøftelse – refleksion – indsigt i forhold til caseformulering/tegning
- grundintervention (praktisering af en bestemt relevant gruppelederholdning/-strategi/-attitude)
- gruppeøvelser, coping skills træning, interventioner, hjemmeopgaver, der fremmer position 2 fremfor position 1

³² Nielsen, P. et al (2009).

Overordnet set er Ringgårdens behandling er koncentreret om tre fokusområder: Afhængighed, Relationskompetence, Selvregulering. Sammenhængen mellem disse områder kan ses af figuren herunder.

Figur 20

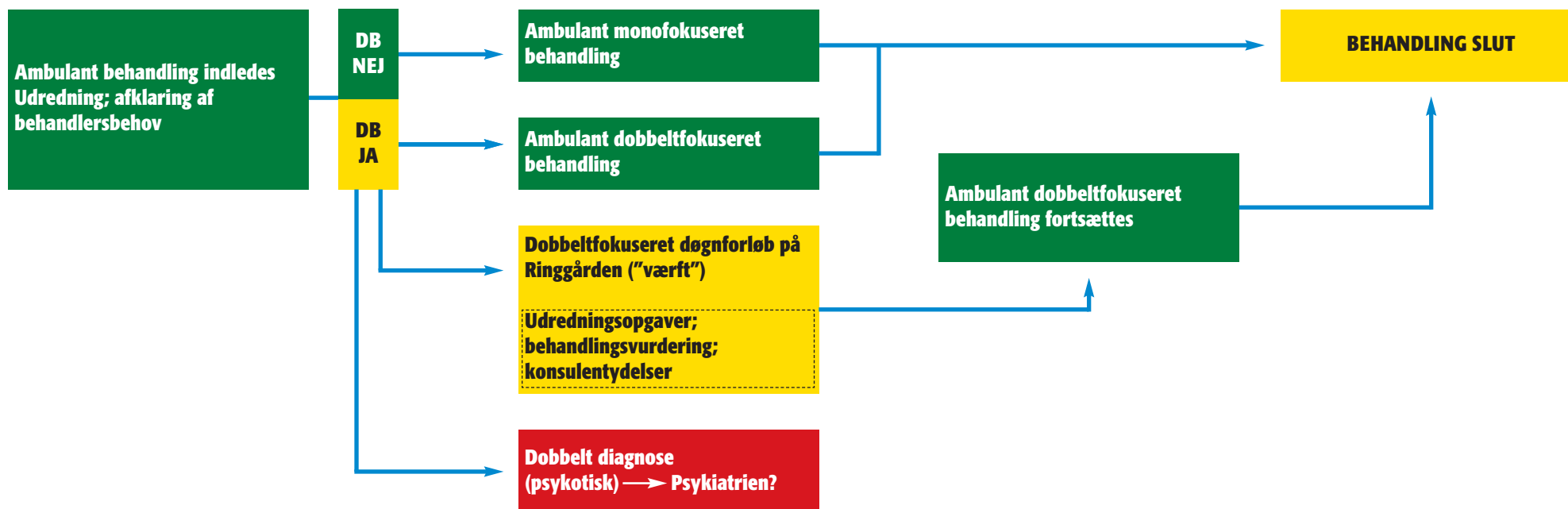


3.4 SODA-modellen: en principskitse for behandlingssamarbejde

I projekt SODA har Ringgården sammen med de deltagende kommuner udarbejdet en principskitse for et dobbeltfokuseret behandlingssystem med mulighed for integreret døgnenhed, den såkaldte "værfts-model" - se figur herunder. Som det fremgår opereres her med en præcis ambulant udredning af klientens behandlingsbehov – ikke mindst tilstedeværelse af tegn på en dobbeltbelastning, som der skal tages højde for.

Hvis der ikke synes at være tale om dette ("DB NEJ") arbejdes der i et almindeligt monofokuseret ambulant forløb til resultat er opnået. Hvis der derimod konstateres tegn på dobbeltbelastning ("DB JA") tages der stilling til, om klienten kan hjælpes i et ambulant dobbeltfokuseret spor alene, eller om belastningen (f.eks. i form af personlighedsforstyrrelse og/eller symptomlidelse) gør det nødvendigt med en mere intensiv og stabiliserende døgnfase, inden der arbejdes videre i dobbeltfokuseret ambulant forløb.

Figur 21. Dobbeltfokuseret samarbejdsmodel



De sårbare:

Skizoide; visse paranoide; kompulsive; undvigende; dependente

De udad-agerende (compliance):

Antisociale; emotionelt ustabile (borderline eller impulsiv type)

Kognitiv dysfunktion:

Klienter med primær svigt i enkelte kognitive færdigheder (reduktion af hukommelse, koncentration, psykomotorisk tempo, abstraktionsevne og problemløsning, men ikke generel evne-reduktion) – eksempelvis ADHD

Andre:

Angst og depressions-symptomer (toksisk befordret af misbruget; reaktivt i forhold til miseries-præget misbrugsliv; stress- eller traumbetinget (PTSD)

De sårbare:

Skizotypale
Affektive lidelser (depression, mani)
Alvorlige angsttilstande
Spiseforstyrrelser (anoreksi; bulimi)

Kognitiv dysfunktion:

Let psykisk udviklings-hæmmede (IQ 50-70);
Sekundært til misbrug (hjerneskader alkohol- eller traumbetinget)

De udad-agerende (antagonistiske):

Antisociale; emotionelt ustabile (borderline eller impulsiv type)

3.4.1 Visitation - døgnbehandlingens trafiklys

Da det henviste klientel til Ringgårdens døgnbehandling varierer fra moderat til svær psykopatologisk belastningsgrad viste det sig også nødvendigt at beskrive målgruppen – og dens afgrænsninger. Dette er forsøgt vist på planchen herunder: Døgnbehandlingens trafiklys.

I den grønne del af figuren står de kategorier af psykopatologi, som der overvejende er god respons fra i døgnforløb – respons her første og fremmest i betydningen, at de udvikler god compliance, er samarbejdende og i de fleste tilfælde gennemfører med godt udbytte – herunder at de opretholder motivation for at fortsætte i ambulant efterforløb.

Figur 22. Døgnbehandlingens trafiklys.

De sårbare:

Skizofreni-lignende psykoser;
Paranoide psykoser
Reaktive psykoser
Tilstande med vrangforestillinger

De udad-agerende (hostile):

Antisociale; emotionelt ustabile (borderline eller impulsiv type)

Den gule gruppe rummer personer, som er mere sårbare overfor den type af forløb og det miljømæssige set up, som praktiseres på Ringgården. Det skal bemærkes, at overskriften "døgnbehandlingens trafiklys" er en tilsnigelse, da Ringgården som døgninstitution har en særstilling med hensyn til dobbeltfokuseret behandling. Men som sådan vil den gule del af figuren rumme kategorier af problemstillinger, som ofte er for sårbare eller for vanskelige at rumme/opnå compliance med til at vi per automatik regner med at kunne få dem til at gennemføre et godt døgnforløb med tilstrækkeligt udbytte.

Den røde gruppe rummer de kategorier, hvor der som udgangspunkt ikke er mulighed for dobbeltfokuseret behandling i et døgnforløb som Ringgårdens eller tilsvarende. Her er graden af psykopatologi så stor, at opgaven må henføres som specialopgave under psykiatrien, eller også er muligheden for at opnå compliance og samarbejde ikke tilstede.

Fra døgnbehandlingens side formulerede vi – som vist på plancherne "Hvad skal en god klient kunne?" – hvordan vi ser opgaven for det ambulante behandlingsteam, når de skal bringe deres klient "godt i vej" i et døgnbehandlingsforløb.

Som det ses, lægges der her op til, at der i forberedelses- og visitationsfasen sker en eksplicit skelnen mellem *motivation* og *egnethed*. I praksis er der en ret betydelig forskel på behandlingsmulighederne hos en både motiveret og egnet klient i forhold til en motiveret, men ikke egnet klient. At overse denne type forskelle kan have unødvendigt negative følger for klienten.

Hvad skal en god klient kunne?

VÆRE MOTIVERET:

- opfatte noget (symptom) som plagsomt
- have en forestilling om at det kunne være anderledes
- være indstillet på at bruge energi på processen – herunder acceptere langsigtet perspektiv (a-d-a)

VÆRE EGNET:

- en vis evne til alliance og compliance
- en vis frustrationstolerance, ikke mindst for aggressive impulser
- en vis efterrettelighed i fht adfærdskorrektion og regler
- en vis empati med andre klienter (eller: tand for tunge)
- villighed til at lære af symptomer, konfrontationer og konflikt

Figur 23

Vi tillod os endda at udfærdige en liste over: "Hvad skal en god klient have med fra ambulant behandler..". Med god klient menes ifølge projekt SODA's formål selv sagt ikke "nem klient", men velforberedt, godt klædt på.

Som det fremgår, er den bedste udgangsposition for døgnfasen, at klienten er så (basis)udredt som muligt, og at der fra ambulant side er tænkt over og taget stilling til, hvad man anser for relevant at arbejde med under denne del af behandlingen. Typisk vil der fra ambulant side vores fokus på de vanskeligheder, man er stødt – eller måske endda strandet – på i det ambulante regi. Og hvis der kan specificeres et ønsket udkomme/niveau samt hvilke indikatorer man anser for relevante, er det en klar fordel.

Hvad skal en god klient have med fra ambulant behandler – et bud på en liste?

VÆRE VELBESKREVET:

- ASI; anamnese soc-psyk-misbrug-somatisk
- Bedømmelse af motivation OG egnethed
- Centrale arbejdstemaer
- Forventede relationsproblemer eller andre hindringer for behandling
- Vished/mistanke om axe I og II

OPGAVEDEFINITION:

- Hvad forventer I, vi arbejder med?
- Hvor tager I over??
- Hvordan kan vi samarbejde undervejs og efterpå?
- Succeskriterier?

Figur 24

Vore ambulante kolleger "svarede igen" med nedenstående ønskeseddel over, hvad de oplevede som et basalt behov ved overdragelse af klienten fra dobbeltfokuseret døgnforløb til videreførelse af dobbeltfokuseret ambulant forløb.

Som både den sidstnævnte og de umiddelbart foregående plancher viser, så har der i projekt SODA fra såvel ambulant som fra døgnside været godt gang i en dynamisk udveksling og udvikling af præmisserne for at sikre en stærk behandlingskæde i den flerfasede tilgang. Det er en almindelig erfaring, at der tabes mange klientforløb på gulvet ved, at vi som behandlere ikke er stærke og fokuserede nok i samarbejdet

Overdragelse af viden ("stafetløb")

Udskrivningsrapport tilegnet en kollega, der får depechen overdraget:

- Udredning
- Fokus
- Strategi

Rapporten er:

- Kortfattet
- Faktuel
- Primært om det, der er arbejdet med i ambulant/døgnregi

Evalueringsmøde ("overdragelsesforretning")

- Treparts møde, hvor fokusområder og behandlingsstrategi overleveres til den behandler, der tager over.

Figur 25

om klienten. Mange informationer skal deles og formidles med rettidig omhu, for at sikre det nødvendige forspring i forhold til de ofte meget kaotiske og skrøbelige livsforløb, som vi har til opgave at hjælpe ind på en mere stabil og tilfredsstillende kurs.

3.5. Samarbejde i praksis

3.5.1 Dobbeltfokus-konsulentens erfaringer

Undervejs i projekt SODA valgte vi at opprioritere støtten til de deltagende kommuner og oprettede en ud-af-huset funktion i form af en dobbeltfokus-konsulent med det formål at støtte udvikling og implementering af dobbeltfokus i den ambulante behandling i de deltagende SODA-kommuner. Funktionen blev bemandet med Thomas Josiasen, hvis baggrund var en halv snes år som gruppeterapeut på Ringgården i netop den periode, hvor opbygningen af Ringgårdens dobbeltfokus kompetence er foregået. Til brug i denne forbindelse fik Thomas via Institut for Personlighedsteori og Psykopatologi (IPTP) dispensation til at erhverve licens til personlighedstestning med MCMI, der er den test, vi bruger fast på Ringgården. Testen er låst til kun at måtte anvendes af læger og psykologer, men på baggrund af Thomas særlige erfaringer og efterfølgende supervision af arbejdet ved psykolog Per Nielsen kom ordningen i stand, så han også kunne anvende dette hjælpemiddel til støtte for ambulante kollegers klientudredninger.

Dobbeltfokus-konsulentens første tanke var: *"Hvordan tager de nu imod mig ude i ambulatorierne?"* Vi frygtede, at de enkelte behandlere måske ville føle sig kigget over skulderen på en dårlig måde, eller at opgavens løsning på anden måde ville vise sig at blive akavet. Den bekymring kunne vi have sparet os. Dobbeltfokus-konsulenten har faktisk konsekvent følt sig godt modtaget, og der er virkelig trukket på funktionen. Interessen for dobbelt fokus fra både "SODAister" og øvrige medarbejdere har været overordentlig stor.

Dobbeltfokus-konsulentens opgaver

Der har været meget stor vægt på assistancen til den enkelte behandler i arbejdet med den vanskelige klient. Konsulenten har deltaget som sparringspartner, supervisor, rådgiver, problemknuser med videre i forsøget på at udrede klientens problemer og ressourcer samt behandlerens muligheder for at etablere en bæredygtig kontakt og et relevant terapi-fokus.

Forskellene fra kommune til kommune har været meget store med hensyn til både den organisatorisk-strukturelle og den faglige tilgang til at indføre og praktisere dobbeltfokus. Den samlede opgave i forhold til de enkelte kommuner har derfor – trods alt – været meget forskellig. For nogle ambulatorier er der ydet hjælp til implementering af en SODA-orienteret konferencemodel, således at behandlergruppen i højere grad dels kunne have dobbeltfokus på klienterne og dels bedre udnytte hele personalegruppens synergi via en bestemt disposition og struktur i konferencesarbejdet.

De fleste af projektkommunerne har været meget interesserede i at få hjælp til at oparbejde behandlernes kompetence til i egen praksis at udarbejde relevante behandlingsstrategier for den konkrete klient. Dette har krævet bistand til en så præcis udredning og analyse af klienten, så det bliver muligt at nå frem til en retvisende opfattelse, som behandlingsstrategien kan funderes på. Her har "ALFmanualen" været et gennemgående hjælpemiddel.

Som omtalt flere steder i nærværende rapport har det også været efterspurgt at få belyst bestemte klienters vanskeligheder og muligheder gennem personlighedstestning med MCMI-testen. Herved har be-

handlergruppen fået yderligere – og ofte mere præcise – indkredsninger af de livsvanskeligheder, som er vævet sammen med den enkeltes misbrug.

I en del tilfælde dobbeltfokus-konsulenten fungeret som "fremskudt visitor", hvor han har været inviteret ud til kommunen for at vurdere en klient gennem personlig samtale. Der har især været tale om klienter, hvor det at rejse til Ringgården til en forsamling har været anset for belastende eller risikobetonet for klienten i den aktuelle tilstand.

Caseeksempel på SODA-forløb

Sten blev af den ambulante behandler præsenteret som en mand på 39 år med en baggrund i IT branchen. Gennem 6 år havde han haft et alkoholmisbrug, som han søgte behandling for gentagne gange, men som han alligevel ikke syntes at have en relevant erkendelse af. For behandleren var der desuden det problem, at hun opfattede kontakten med Sten som vanskelig og ustabil – og alliancen om det behandlingsmæssige samarbejde som generelt skrøbelig. Behandleren oplevede, at det var meget vanskeligt at tale om følelsesmæssige emner med Sten, som her blev intellektualiserende og de-fokuserende.

Stens beskrivelse af sig selv var blandt andet, at han betegnede sig selv som "en nørd", hvilket tilsyneladende var både positivt og negativt ladet for ham. Det positive lå i hans evne til at bore sig dybt ned i IT-verdenens fineste detaljer, hvor "ingen mand endnu havde sat fod". Det negative lå i hans distante og noget fremmedgjorte forhold til det følelsesmæssige og den mere intime kontakt til andre mennesker, hvor han hele tiden kom til kort.

På den ene side kunne han godt gå i dialog med behandleren om

nogle af disse vanskeligheder, men hver gang endte det i mere generelle "forelæsninger" fra Sten om intellektualiserede filosofiske betragtninger om livets store spørgsmål – uden at det så alligevel kom til at handle om ham selv og de åbenlyse vanskeligheder, han havde med sin tilværelse og ikke mindst sit voldsomme misbrug.

På et SODA-møde, hvor jeg deltog som konsulent og "guide", drøftes Sten ud fra en dobbeltfokuseret tilgang. Behandleren fremlagde alt, hvad hun fandt relevant om Sten, og kollegerne hjalp hende med at belyse oversete felter ved hjælp af SODA-skabelonen. I fællesskab førte dette frem til en begrundet opfattelse af, at Stens personlighed havde et umiskendeligt skizoidt præg. Denne arbejdshypotese gav umiddelbart mening for behandleren, og sammen med handlergruppen blev der opstillet et udkast til en relevant dobbeltfokuseret behandlingsstrategi – i dette tilfælde en strategi, hvor der blev taget hensyn til den skizoide personligheds særlige relationsstil i forhold til andre, dens særlige kognitive og emotionelle stilart, og de alternative veje til at få vakt interessen for mere konkret at begynde at arbejde med "sit livs affærer".

I tiden efter arbejdede behandleren loyalt og stringent efter den opstillede plan, og rapporterede tilbage at såvel kontakten som alliancen om "projektet" hende og Sten imellem blev tydeligere. Hun havde indledningsvis delagtiggjort Sten i SODA-mødets analyse af hans situation og muligheder, og hvordan hun ville forsøge at styrke samarbejdet med en anderledes tilgang, end hun tidligere havde forsøgt. Og Sten havde tilkendegivet, at det gav god mening, og at han var villig til at samarbejde ud fra denne vinkel.

Ifølge behandleren var det mærkbart, at Stens motivation steg i takt

med, at han oplevede, at hans personlighedsmæssige vanskeligheder blev set og imødekommet. Dette gav en meget bedre mulighed for at få et tidligere frugtesløst arbejde på at stabilisere ham misbrugsmæssigt til at give resultat, og han lod sig nu indlægge til af-rusning. Derefter blev der arbejdet videre i det ambulante regi på at gøre Sten klar til at kunne profitere af dobbeltfokuseret døgnbehandling. Efter ret kort tid blev han derpå indskrevet til 12 ugers dobbeltfokuseret behandling på Ringgården. Her arbejdes med fokus på afhængigheden og de skizoide træk (og sammenhængen mellem disse). Under dette forløb er Sten meget samarbejdende, er motiveret og yder en engageret indsats i såvel gruppeterapi som motion og andre elementer i behandlingen – forudsat behandlerne fastholder fokus på hans særlige behov for (begrænset) nærhed og gennemskuelig regulering af kontaktpresset (som er stort i længerevarende døgnbehandling). I situationer, hvor dette blev "glemt" var Stens reaktion prompte ret negativ og tilbagetrækkende. Behandlingen på Ringgården færdiggøres, og vi udarbejder anbefalinger til det videre ambulante arbejde.

Den ambulante behandler overtager herefter "stafetten" og arbejder videre i samme spor. Sten lader sig udskrive fra ambulante behandling cirka 6 måneder senere, da han ikke længere føler behov for behandling. Ved sidste opfølgningskontakt var han stadig ædru.

Udbytte af dobbeltfokus-konsulentens indsats og oplevede problemfelter

Det har været meget inspirerende at opleve, at de ambulante kolleger har kunnet genkende problematikken omkring dobbeltbelastning, og

alle har tilkendegivet, at det giver høj grad af mening at arbejde med dobbeltfokus.

Mange behandlere har også peget på, at de har fået fornyet energi ved at se på klienten med nye briller (fra "bøvlet og irriterende" til "borderline og spændende"). Der er med andre ord kommet "hul igennem" til nogle svære klienter, som man ofte gennem uforholdsmæssigt lang tid har haft enten resultatfattige eller on-and-off prægede forløb med – jævnfør casen ovenfor.

En kursændring i dobbeltfokuseret retning er lykkedes bedst der, hvor ledelsen tydeligt har prioriteret den nødvendige omfordeling af tid og ressourcer til formålet. Der er for os ikke tvivl om, at det i starten ser ud som om dobbelt fokus efter SODA-erfaringerne tager tid og ressourcer – noget man bestemt ikke kan siges at have rigeligt af i ambulante regi.

Men i de lange forløb, hvor dobbeltfokus-konsulenten har været mere eller mindre knyttet til projektkommunerne, har vi kunnet høre på behandlernes erfaringer, at der sker en mere offensiv og proaktiv flytning af vægten til starten af de klientforløb, hvor man fornemmer, der er behandlingsmæssige vanskeligheder begrundet i mulig dobbeltbelastning.

For alle – ikke mindst klienten – betyder en tidligere og langt mere præcis udredning af det relevante terapi-fokus at mange fejlgreb og forkerte forventninger kan undgås i væsentligt omfang. Det betyder også en større oplevet sikkerhed og kompetencefornemmelse hos den enkelte behandler – der føler sig bedre klædt på. Og hen ad vejen bliver der skabt bedre resultater af behandlingsbestræbelserne for de dobbeltbelastede klienter – som traditionelt set altid trækker mange ressourcer ud af det ambulante system. Og med det i mente er opga-

ven at sikre det optimale udbytte af dette ressourcemæssige træk på den ambulante behandlerkonto.

I ambulatorier, hvor ledelsens signalgivning og holdning til en prioritering af dobbeltfokus har været utydelig eller fraværende, har det – trods stor gejst på behandlerniveau – været langt sværere at gennemføre og fastholde den nødvendige stringens i arbejdet. Der er i SODA-modellens grundlag en betydelig satsning på kollektiv synergi og trækken på hinanden som kolleger i såvel analysen af data fra udredningen af klienterne som supervision af behandlingsforløbene. Hvis man fra ledelsesside ikke sætter sig i spidsen for at bane konkret og strukturelt vej for dette i ambulatoriets hverdag, løber bestræbelserne for dobbeltfokus ofte ud i sandet eller taber flyvehøjde.

Brugen af nogle af de i SODA anbefalede metoder og værktøjer er "lånt" fra en klinisk psykologisk-psykiatrisk boldgade, men de er indtaget under forudsætning af, at man ikke bruger det til at blive "pseudo-specialist". Selv om der på det personligheds-mæssige felt således bruges termer fra personlighedsdiagnostik, så er det hele vejen i projektforløbet understreget, at der ikke skal lægges op til at ikke-specialister stiller diagnoser – men at fagsproget bruges til at præcisere arbejdshypoteser. Sådanne danner alle behandlere under alle omstændigheder med det ene eller andet sæt af termer, men i SODA sammenhæng er fordelene, at det sker eksplicit og hypotese-opstillende – vel vidende at hypoteser er til for at lade sig teste, for at be- eller afkræfte deres holdbarhed og nytteværdi.

3.5.2 Procesevalueringer – kommunale erfaringer med implementering af projekt SODA

I dette afsnit gengiver vi nogle af de procesevalueringer, som hidrører fra nogle af de ambulante kommunale behandlere, der har deltaget i projekt SODA. Synspunkterne herunder står derfor for disse skribenters egen regning.

Som tidligere nævnt udredes alkoholmisbrugere ikke systematisk for deres sindslidelser. Der er mange årsager til denne manglende udredning, hvor det at personalet ikke i tilstrækkelig grad har de fornødne kompetencer, og at der ikke rådes over screeningsværktøjer, som de kommunale alkoholbehandlere kan anvende, er nogle af forklaringerne.

Set i lyset af de økonomiske tider er det vigtigt at udvikle redskaber, der er implementerbare i den kommunale alkoholrådgivning/behandling. Det betyder, at redskabet både skal tage hensyn til kompetencerne i de kommunale alkoholbehandlingscentre, og til den økonomiske ramme kommunerne arbejder under på alkoholområdet.

Udgangspunktet for modellen er således ikke, at den kommunale alkoholenhed skulle have tilført ekstraressourcer. Erfaringerne fra de deltagende kommuner viser, projektet kan implementeres uden tilførsel af yderligere ressourcer, og at de organisatoriske ændringer ikke behøver at være meget omfattende. I projektet har kommunernes ressourceforbrug i hovedtræk bestået af deltagelse i uddannelsesforløb samt de omkostninger, som en omorganisering altid medfører.

Nedenfor nævnes erfaringer fra 4 kommuner, der har implementeret

og arbejdet med projektets metoder. I den forbindelse skal nævnes, at kommunernes deltagelse i projektet varierer, og at nogle af kommunerne derfor ikke er "færdig" med implementeringen.

Evalueringerne stammer endvidere fra et ret tidligt stadium af projektet.

Silkeborg Kommune

I silkeborg kommune er Alkoholrådgivningen en del af den fusionerede samlede misbrugsbehandling i Silkeborg under én ledelse, men stadig geografisk placeret på flere adresser.

Kommunen har haft 3 heltidsansatte individuelle behandlere med i uddannelsesforløbet på Ringgården. Når kommunens familiebehandlere ikke i første omgang har deltaget skyldes det et skøn, at tilgangen med det dobbeltfokus, umiddelbart var nemmere at implementere i de individuelle forløb.

At der ikke er afsat ekstra personaleressourcer – i form af vikardækning mv. - til det primære arbejde i alkoholrådgivningen under uddannelsesperioden.

Organisering og implementering

SODA-konceptet indgår nu som et naturligt led i screeningen for evt. dobbeltbelastning i den fælles visitationsenhed for alkohol- og stofbehandling, indgår.

For at beholde fokus på metoden fortsætter Alkoholrådgivningen med at få besøg af dobbeltfokuskonsulent fra Ringgården – og på disse møder gennemgås sager, og temaer tages op, f.eks. hvad hvis testen ikke viser noget retningsgivende?, hvad hvis testen tager fejl?, bestemte typer af personlighedsforstyrrelser - hvad der tilgangen m.m.

Udbytte for alkoholrådgivningen

Alkoholrådgivningen har fået 3 medarbejdere, der har et skarpt øje for at holde fokus på dobbeltbelastning som fænomen hos ca. 45 % af vores klienter.

Hos personalet i alkoholrådgivningen er der nu en tilgrundliggende forståelse for og viden om de forskellige personlighedsforstyrrelser, symptomidelser og eventuelle kognitive vanskeligheder som følge af organiske skader.

Hertil kommer, at Alkoholrådgivningen i dag tilrettelægger den behandlingsmæssige indsats i de enkelte sager ud fra, om der er eller ikke er personlighedsforstyrrelse tilstede. Dette giver en langt mere individuel behandling til den enkelte misbruger.

Vi støtter os behandlingsmæssigt til ALF ift. tilbagemelding til klienten og bruger de – i SODA - opstillede behandlingsmæssige domæner som rettesnor i behandlingen.

Ikke mindst kan man sige at Alkoholrådgivningen i dag, som følge af SODA, ser behandlingen som et "glidende" samarbejde mellem den ambulante del og et eventuelt døgnforløb – og tilbage til den ambulante del igen. Tidligere blev døgnbehandling opfattet som det sidste vi kunne tilbyde, når den ambulante behandling ikke slog til. Dette er holdningsmæssigt ændret, og der er kommet en forståelse af, at indsatsen ikke slutter ved døgnbehandlingen, men at "det lange seje træk" i behandling ligger efter døgnforløbet.

Opmærksomhedspunkter

Det er nødvendigt med ledelsesmæssig opmærksomhed og stillingtagen i forhold til, at der afsættes den fornødne ekstra tid til deltagelse i uddannelsesforløb. Derudover forudsætter metoden, at der internt i teamet sker en supervision og sparring - hvilket er et nødvendigt led ift. at kodificere den nye viden.

Implementering af nye arbejdsgange og nye metoder er tidskrævende. Man skal være meget bevidst om, at en mere grundig udredning og scoring af test af den enkelte misbruger betyder et langsommere flow. Derfor skal ledelsen have forholdt sig til denne problemstilling, idet der ellers risikere at opstå et lidt sejt "forhandlingsforløb" mellem medarbejdere, med stort ønske om at bruge den nye viden – og en ledelse, der kunne se, at det var svært at give tid til det.

Det har også været et internt problem, at kun 3 behandlere har været på kursus. Det har ikke været ligetil at dele den tillærte viden, og fornemmelsen af at være fælles om noget nyt og godt, har manglet. Man har igen skullet bruge ekstra tid, som ikke har været prioriteret til at videreformidle den nye viden og de behandlingsmæssige ændringer man kunne ønske den førte med sig.

Sønderborg kommune

Sønderborg kommune har deltaget i projekt SODA siden 2007, og er således en af de kommuner, der har deltaget fra Projektets opstart. Det betyder, at en meget stor del af medarbejderne samt institutionslederen har været på SODA-kursus.

Der er ikke afsat ekstra personaleressourcer i uddannelsesperioden

Organisering og implementering

SODA er integreret og organiseret i alkoholbehandlingen. For at kunne holde fokus på metoden, og sikre en ensartet brug af metoden er der "SODA-træning" hver anden uge i den samlede personalegruppe. Træningen foregår som en form for Audit, hvor der på skift tages en klientsag op, som herefter drøftes. SODA-kompetencerne og metoden udbredes og fastholdes blandt det samlede personale.

Formålet med træningen er, at blive skarpere til at beskrive, analysere og udarbejde behandlingsstrategier.

Udbytte for alkoholrådgivningen

SODA projektet har "klædt os på" til bedre at spotte mennesker med forskellige personlighedsmønstre. Der er en større forståelse og mere målrettethed. Vi kommer hurtigere til kernen og kan bedre tage over når misbrugeren vender hjem efter døgnophold. Projektet har i høj grad rykket ved holdninger og opfattelse af misbrugerne. Kort kan det stilles op på følgende måde:

Praksis før	Praksis efter
De er besværlige	Udfordring
De er kun ude på at lave splittingAfmagt	Hvad prøver de at fortælle os
Udeblivelse = ikke motiveret	Større rummelighed
Min sag	Ustabilitet = Ambivalens (fastholdelse)
Uklar målformuleringer	Fælles sag – forståelse
Mundhuggeri, tvetydigt sprog	Klare målformuleringer
	Fælles sprog

Figur 26

Skanderborg Kommune

Ledelse og medarbejdere på misbrugscenteret havde i længere tid drøftet, hvorledes misbrugerne bedst kunne udredes. Ønsket er en udredning baseret på faglig tilgang og ikke funderet på fornemmelser.

Skanderborg kommune besluttede derfor, at deltage i SODA projektets uddannelsesforløb. Det blev fra start besluttet, at der ikke skulle tilføres ekstra personaleressourcer, men klares indenfor eksisterende ramme.

Organisering og implementering

Projektet er forankret i alkoholrådgivningen, som består af 5 behandlere, en leder og en medarbejder med udgående funktion. Projektet gav anledning til at se på en omlægning af eksisterende arbejdsgange.

Udbyttet for alkoholrådgivningen

Projektet har bl.a. bevirket, at de fælles visitationsmøder er blevet mere intensive, og der gives større faglig sparring. Der er skabt større indsigt i metoder og tilgange til den enkelte misbruger, og større sikkerhed for behandlerne i at udføre samtalerne.

Der er udarbejdet en mere systematisk metode i form af et flowchart, hvorfor der sker en mere målrettet indsats. Der er derudover oparbejdet ensartede arbejdsgange og en mere fælles forståelse af problemstillingerne.

Der skal fremover udfærdiges både en mestringsstrategi og konkrete behandlingsstrategier, som en del af kvalitetsudviklingen

Opmærksomhedspunkter

Det er vigtigt med en ledelsesmæssig opbakning ved implementering af arbejdsmetoder. Det er vanskeligt, at få en fælles forståelse af metoden, hvis ikke alle medarbejdere deltager i det samme uddannelsesforløb.

Fastholdelse af metode og tankegange kræver fast styring af proces fra start af, og det er nødvendigt at sikre at nye medarbejdere bliver oplært i metode og arbejdsgange.

Det er nødvendigt, at træffe en beslutning om, at "ville" projektet og ikke skabe alle mulige variationer.

Aalborg Kommune

Aalborg kommune er en af de kommuner, der har været med lige fra opstarten af projekt SODA. Udover deltagelse i kurser og uddannelsesforløb er der ikke afsat ekstra personaleressourcer.

Organisering og Implementering

Projektet er forankret i misbrugsafsnittet, men det er pt. kun alkoholdelen, der har implementeret arbejdsmetoden. De deltagende personaler har udgjort 6 alkoholbehandlere og 2 ledere. Formålet med implementering af metoden var både et ønske om en styrket samarbejdsrelation mellem visitationen og alkoholbehandlingen og en bedre forståelse af dobbeltbelastningsproblematikken. Derudover var målet, at der skulle arbejdes målrettet i et "nyt fokus" og implementeres et værktøj til at skabe koalitioner og et udfordringsfokus på dobbeltbelastningsproblematikker.

Udbytte for alkoholrådgivningen

Alkoholbehandlerne har fået en faglig forståelse af dobbeltbelastningsproblematikken, og tilegnet sig yderst gode udredningsværktøjer og faglige modeller, der giver en nødvendig "rød tråd" med faglig fælles referenceramme. Der er skabt en hverdag, hvor behandlerne oplever en øget mulighed for, at give rette behandling i forhold til problematikker indeholdt i det enkelte menneske.

Derudover har deltagelse i dette udviklingsperspektiv skabt en høj grad af motivation og et højt fagligt niveau, der bl.a. kommer til udtryk ved vores behandlingsmøder og som kommer de misbrugere, der søger behandling meget til gode.

3.5.3 Stjerneløbsmodellen - kollegial synergi

Som inspiration til det kollegiale samarbejde om de vanskelige klienter har vi i projekt SODA anvendt en gammel spejderleg, det såkaldte stjerneløb, hvor deltagerne i et løb får stillet opgaver af løbslederne i midten og derpå løber ud og løser forskellige opgaver i stjernens "ben".

I den konkrete sammenhæng har vi trukket på egne erfaringer fra den kollegiale supportstrategi, som er oparbejdet på Ringgården. Den er udviklet til et intensivt døgnmiljø med vedvarende og langvarig kontakt med klienterne, og hvor man som behandler må regne med at blive jævnligt udfordret i en grad, så man mister noget af sit faglige overblik. I det daglige understreges dette – med et glimt i øjet – således, at hvis man aldrig mister overblikket, så er man ikke tæt nok på sine klienter. Og dermed ligger det i luften, at det er legalt og produktivt at miste overblikket – forudsat man prompte søger ind mod stjernemidten, som i nedenstående figur er vist med cirklen i centrum, som bemandes af ledelsen eller "ledige medarbejdere", der ikke pt er "fedtet ind" i den pågældende klient.

Formålet er at søge hen imod en så neutral og konstruktiv position i forhold til klienten, så det gode behandlingssamarbejde kan fastholdes og vokse. Dette kræver, at man som personalegruppe kan støtte hinanden med afgiftning af overførings-/modoverføringsprocesser (parallelprocesser) gennem fælles forsøg på at belyse og forstå, hvad der er klientens og hvad der er behandlerens "materiale".

Det har gennem projekt SODA vist sig, at denne tætte, kontinuerlige kollegiale synergi sjældent er en indarbejdet vane i alkoholambulatorierne, og at man – der hvor man har fået etableret sådanne processer – har oplevet meget stor gavn heraf.



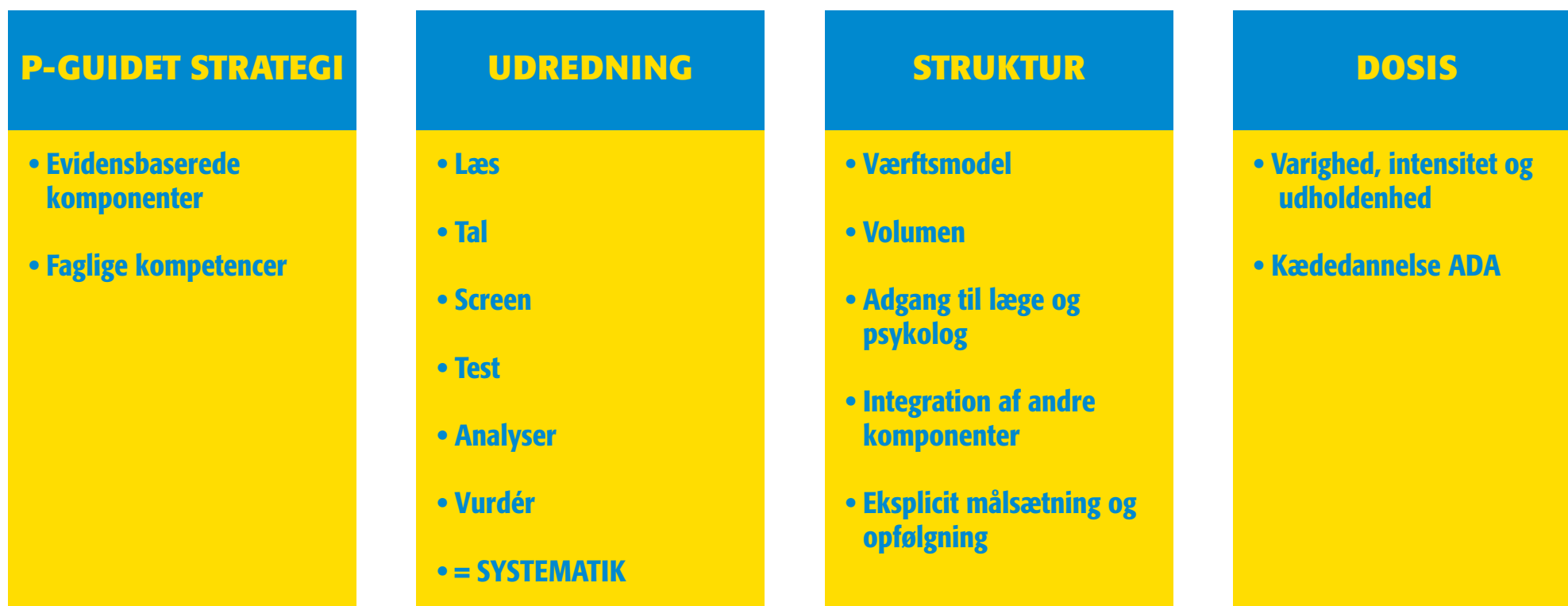
Figur 27

3.5.5 Kvalitetssikring af implementering og fastholdelse af dobbeltfokus

Det er ikke intentionen i dette skrift at gå nærmere ind i teori og metode om kvalitetssikring som sådan, men kan henvise til fx Sundhedsstyrelsens³³ og KL's materialer³⁴ for misbrugsområdet samt Mainz og kolleger³⁵ for en mere generel introduktion til kvalitetsudvikling. Vi vil derimod i stedet gengive nogle få af projektets overvejelser og modeller i forhold til at støtte projektdeltagernes implementering og kvalitetsscheck: har vi samlet de relevante ingredienser, og omsættes de i tilpas mål i hverdagen?

Modellen herunder viser hjørnestenene i dobbeltfokuseret behandling ud fra projekt SODA, og omhandler fire felter: personlighedsguidet strategi, udredning, struktur og dosis.

Figur 28. Hjørnesten i dobbeltfokuseret behandling.

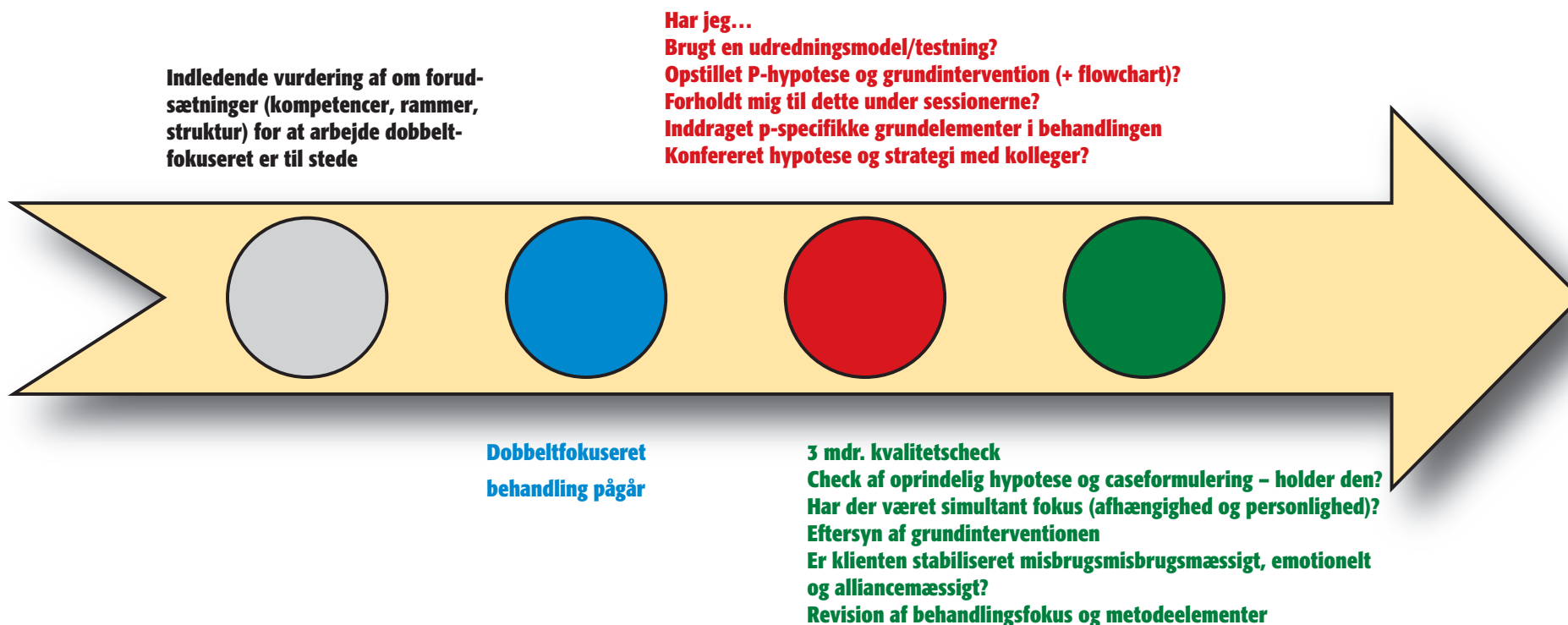


³³ Sundhedsstyrelsen (2009).

³⁴ KL (2009).

³⁵ Mainz et al. (2007).

Figur 29. Check-points (behandlerniveau) for dobbeltfokuseret behandling



Fra deltagere i projekt SODA har det flere gange været fremført, at det også ville være ønskeligt med en overordnet målestok for, om man i egen daglige praksis har dobbelt fokus i behandlingen i et rimeligt omfang. I figur 29 ovenfor ses en referencemodel, der kan anvendes til, at man i den enkelte behandlergruppe kan støtte hinanden i at sikre stringens og relevans i det konkrete dobbeltfokuserede behandlingsarbejde.

Modellen lægger op til et initialt check før "take off" af, om man er i besiddelse af de elementer, der er indeholdt i de 4 hjørnestene. Med løbende mellemrum undervejs i behandlingen stiller behandleren - eventuelt sammen med kolleger på konferencen - sig selv en række refleksive spørgsmål (*Har jeg...*) for at undersøge, om man vitterligt "er i dobbeltfokus". Efter fx 3 måneders foretages et kvalitetscheck for at afstemme, om kursen er som planlagt eller kræver korrektion.

4. Afrunding

4.1. Sammenfatning

Gennem projektet har vi sammen med et stort antal ambulante behandlere fra en række kommuner haft mulighed for at udvikle og afprøve en model for *Samarbejde Om Dobbeltbelastede Alkoholmisbrugere*. Vi har herigennem gjort den erfaring, at tidligere tiders ofte ret tilfældige samarbejde mellem døgn og ambulant kan koordineres tæt, og at der gennem et nært samarbejde om henvisning, udredning og tilbageførsel til ambulant regi kan skabes et godt overblik over den enkelte klients vanskeligheder og muligheder samt hvilke indsatsformer, der vil kunne gavne ham/hende.

Projektet har understreget det hensigtsmæssige i en organisatorisk og funktionel placering af døgnbehandling som et værft – et indskudt, intensivt led i en ambulant hovedbehandlingsstrategi, og ikke som en konkurrent eller et alternativ til ambulant behandling.

Eller sagt lidt mere slagordspræget: *behandling for alkoholafhængighed er i Danmark en ambulant opgave, som i visse tilfælde skal suppleres med intensiv døgnbehandling for at lykkes.*

Ved at medvirke til at oparbejde såvel den individuelle behandlers som også det enkelte behandlingssteds dobbeltfokus-kompetence har projekt SODA bidraget væsentligt til at styrke

- udredning af psykisk komorbiditet
- analyse af klientens konkrete problemer og muligheder

- sikring af relevant visitation
- en bæredygtig kontaktstrategi på grundlag af klientens personlighedsmønstre

Vejen til disse resultater har været en massiv kursus- og konsulentvirksomhed, som i første omgang er kommet 14 kommunale misbrugsrådgivninger og herunder over 100 behandlere direkte til gode – i anden omgang selvfølgelig et stort antal klienter – nogle i ren ambulant behandling, andre i kombinationsforløb med ambulante-døgnbaserede-ambulante faser i en sammenvævet helhed.

Ikke kun de deltagende kommuner har fået mulighed for at øge deres dobbeltfokus-kompetence og justere sig organisatorisk og strukturelt ind efter konceptet *flerfasen dobbeltfokuseret* behandling; men også Ringgården har som døgninstitution undergået betydelige funktions- og selvopfattelsesændringer under projekt SODA.

Der har således været gjort anstrengelser for at tilpasse døgnbehandlernes bevidsthed om egen virksomhed og opgave til at være *led i en kæde*, hvor den fornemmeste opgave er at aflevere stafetten (klienten og den oparbejdede forståelse af hende) til den ambulante kollega, der skal drille videre med opgaven, indtil det ønskede resultat er opnået. Det har været yderst meningsfuldt at medvirke til denne del af processen, som har betydet en helt anden konstruktiv type af samarbejdsrelation, end vi som døgninstitution tidligere har kendt til med det ambulante område.

4.2. Perspektiver og anbefalinger

Som en dobbelt belastet klient en gang *kom* til at sige: "Her hjælper ingen kaos, mor!" – således kunne den korte karakteristik af arbejdet med mennesker med dobbelte (ofte snarere multiple) problemstillinger også lyde. Både i ambulant og i døgnregi har vi for dobbeltbelastede klienters vedkommende at gøre med mennesker, der i helt konkret forstand medbringer det kaos, deres tilværelse er præget af. Og her hjælper det ikke, hvis vi der skal behandle dem ikke kan skabe et overblik eller ikke kan fastholde det gennem den terapeutiske proces' op- og nedture.

På visse punkter kan projekt SODA's tilgang og anbefalinger måske synes omstændelige og besværliggørende, men i forhold til, at de dobbeltbelastede udgør cirka halvdelen af de borgere, der henvender sig om at få behandlet deres alkoholproblem, så er der med projekt SODA peget på en vej til i realiteten at få opgraderet alkoholbehandlingen i Danmark til faktisk at have et regulært tilbud til denne del af klientellet. Dermed er der udsigt til at reducere det ofte helt urimeligt store frafald fra behandlingen i dette segment, og i anden omgang at opnå langt bedre resultater af behandling.

Vi har tidligere i rapporten sagt, at vi finder det urimeligt at lulle sig i søvn med, at det en skønne dag er muligt at yde behandling til de dobbeltbelastede via det traditionelle psykiatriske system. Derimod viser projekt SODA, at det ambulante alkoholbehandlingssystem er parat til og modtageligt for en kompetenceudvikling, der gør en langt større del af de vanskelige klienter håndterbare – og at den del af klientellet, der har mere intensive behov, kan boostes via døgnbehandling med speciale i dobbeltfokuseret behandling. Dette vil selvsagt forud-

sætte et samarbejde med det psykiatriske system, men altså på basis af en langt mere realistisk præmis.

Det skal understreges, at de fleste døgnbehandlingssteder på nuværende tidspunkt ikke kan forventes at have kompetence i dobbeltfokuseret behandling. Dette vil for disse institutioner kræve en uddannelsesmæssig og organisatorisk omstilling, som står og falder med personalegruppens faglige basisniveau af uddannelse.

På grundlag af Ball, van den Bosch & Verheul's *state of the art* for dobbeltfokuseret behandling må det understreges, at en forudsætning for dobbeltfokuseret behandling er, at de involverede behandlere har en relevant social- eller sundhedsfaglig basisuddannelse. Især visse privatejede døgnsteder har en tilbøjelighed til fejlagtigt at postulere kompetencer i dobbeltfokuseret behandling, hvilket vi må advare imod at tage for gode varer. Den gældende godkendelsesordning, som institutionernes beliggenhedskommuner står for, sikrer ikke den nødvendige kontrol med dette for nærværende.

Overordnet set er resultatet af projekt SODA, at der hermed foreligger et gennemarbejdet og afprøvet bud på en strukturel samarbejdsmodel om dobbeltbelastede klienter, samt et bud på elementer og procedurer for udredning og data-analyse med henblik på etablering af en bæredygtig kontaktstrategi klient og behandler imellem, hvilket vi anser for en væsentlig forudsætning for, at dobbeltfokuseret behandling kan gennemføres. Ligeledes rummer SODA et bud på organisatoriske og samarbejds-mæssige omstillinger internt på de ambulante behandlingssteder, således at der kollegialt kan etableres og fastholdes det nødvendige niveau af synergi til opgaven.

Vi håber, at vi med projekt SODA og nærværende rapport kan medvirke til at slå fast, at også *difficult to treat* klienter med varierende grader af dobbeltbelastning/-diagnose kan rummes og behandles godt og kompetent i regi af en lettere modificeret udgave af den kommunale misbrugsbehandling, og at specialiseret døgnbehandling bør indgå som en særlig intensiv funktion, der kan trækkes ind som supplement, når det vurderes nødvendigt.

Det har ikke ligget indenfor rammer og intentioner af projekt SODA at lave en egentlig videnskabelig undersøgelse af processer og resultater i mere konkret forstand. Men det ville være en naturlig udløber af SODA´s bud på en samarbejdsmodel med tilhørende kompetenceudvikling med videre, at der blev iværksat en nærmere undersøgelse af virkningerne i praksis for dobbeltbelastede klienter samt tilsvarende cost-effectiveness vurderinger.

Alt i alt kan det afslutningsvis siges: der er betydeligt flere klienter med behandlingsinterfererende psykisk comorbiditet end de fleste kommuners tilgang til alkoholbehandling afspejler, så der er alt mulig grund til fremover at prioritere dette felt højt i enhver henseende.

Referencer

Alterman, A.I. & Cacciola, J.S. (1991); The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: problems and issues. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 179 (7): 401-409

Amtsrådsforeningen (2005) Rapport om amternes indsats for sindslidende misbrugere.

Ball, S. (2004) Treatment of personality disorders with co-occurring substance dependence: dual focus schema therapy. I: Magnavita, J.J. (ed.) Handbook of Personality Disorders – Theory and Practice. John Wiley & Sons. New Jersey

Ball, S. (2007) Personlig kommunikation.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2000) Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. British Journal of Psychiatry. 2000 Aug;177:138-43.

Beck, A.T. & Freeman, A. (1990) Cognitive Therapy of Personality Disorders. Guilford Press, New York

Brooner, R. K., Kidorf, M., King, V.L. & Stoller, K. (1998) Preliminary evidence of treatment response in antisocial drug abusers. Drug and Alcohol Dependence, 49, 249-260.

Cacciola, J.S., Rutherford, M.J., Alterman, A.I., McKay, J.R. & Snider, E.C. (1996): Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 184, 234-239

Guldager, S. & Hesse, M. (2012) Basisscreening for psykiske lidelser i misbrugsbehandling. KL.

Ilardi, S.S., Craighead, E.W.; Evans, D.D. (1997) Modeling relapse in unipolar depression: The effects of dysfunctional cognitions and personality disorders.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 65(3), Jun 1997, 381-391

KL (2009) Kvalitet og organisering - et inspirationskatalog til misbrugsbehandlingen.

Mainz, J., Bartels, P., Bek, T., Møller Pedersen, K. Krøll, V. & Rhode, P. (red., 2007) Kvalitetsudvikling i praksis. Munksgaard Danmark.

Millon, T. (1999) Personality Guided Therapy. Wiley & Sons, New York

Møller Sørensen, S. (2005) Frafald i behandlingen - hvad siger klienterne? Århus Amt.

Nace, E.P. & Davis, C.W. (1993): Treatment outcome in substance abusing patients with a personality disorder. American Journal of Addictions. Vol 2; 26-33

Nace, P.E, Saxon, J.J. & Shore, N. (1986) Borderline personality disorder and alcoholism treatment: A one-year follow-up study. Journal of Studies of Alcohol, 47, 196-200

Nielsen, B. & Søgård Nielsen, A. (2001) Odensemodellen. Et bidrag til evidensbaseret praksis ved behandling af alkoholmisbrugere. Fyns Amt.

Nielsen, P., Damsted, I. og Moesgaard, K. (2009) Projekt ALF – Alkohol og Livsfoku-

sering. Personlighedsmønstre og behandlingsstrategier. Ringgården

Nielsen, P. & Røjskjær, S. (2002) Dobbeltbelastede alkoholmisbrugere i døgnbehandling. Nordisk Alkohol- og narkotikadidsskrift, Vol. 19. 2002 (2).

Nielsen, P. & Røjskjær, S. (2003) Behandling med dobbelt-fokus på afhængighed og personlighedsforstyrrelse - virkninger på alkoholmisbrugerens gennemførelse og udbytte af behandling. Ringgården.

Samuelson, A., Nielsen, P. & Røjskjær, S. (1998): Alkohol - misbrug og mestring. Behandlingshjemmet Ringgården

Søgaard Nielsen, A., Becker, U., Højgaard, B., Blædel Lassen, A., Willemann, M., Søgaard, J. & Grønbæk, M. (2006) Alkoholbehandling - en medicinsk teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering 2006: 8(2). Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2009) Kvalitet i alkoholbehandlingen.

Persons, J.B., Burns, B.D. & Perloff, J.M. (1988) Predictors of drop-out and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. Cognitive Therapy and Research 12, 557-575.

Reich, J.H., Russel, G. & Vasile, M.D. (1993) Effect of personality disorder on the treatment outcome of axis I conditions: an update. Journal of Nervous and Mental Disease 181, 475-484

Rounsaville, B.J., Kranzler, H.R., Ball, S., Tennen, H., Poling, J. & Triffleman, E. (1998): Personality disorders in substance abusers: relation to substance abuse. The Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 186, 87-95

Simonsen, E. (red.) (2008) Personlighedsforstyrrelser. Psykiatrifondens Forlag

Stiles, T.C. (1991) The effects of standard cognitive therapy for unipolar depressed patients. Lyon: Society for Psychotherapy Research.

Sundhedsstyrelsen (2004) Referenceprogram for Skizofreni. København.

Sundhedsstyrelsen (2009) Kvalitet i alkoholbehandlingen. København.

Thomas, V.H., Melchert T.P. & Banken, J.A (1999) Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. Journal of Studies on Alcohol and Drugs 60, 271-277.

Turner, R.M. (1987) The effects of personality diagnosis of social symptom reduction. Journal of Personality Disorders, 1, 136-143

Verheul, R. (2007). Konferenceoplæg, personlig kommunikation

Verheul, R., van den Bosch, L. & Ball, S. (2005) Substance abuse. In Textbook of personality Disorders. American Psychiatric Publishing.

Young, J. & Klosko, J. (2005) Schema Therapy. In Textbook of personality Disorders. American Psychiatric Publishing.

Verheul, R. van den Brink, W. & Koeter, M.W.J. (1998) Substance abuse and personality disorders in Dual Diagnosis and Treatment: Substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders. New York 1998, 317-363.



Strandvejen 1 · 5500 Middelfart · Tlf. 64 41 25 05
alkohol@ringgaarden.dk · www.ringgaarden.dk