

Behandling med dobbelt-fokus på afhængighed og personlighedsforstyrrelse

- virkninger på alkoholmisbrugerens
gennemførelse og udbytte af døgnbehandling

Per Nielsen & Steffen Røjskjær
Afd. for forskning og formidling

RINGGÅRDEN



INDHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	s. 3
1. BAGGRUND	s. 4
2. FORMÅL	s. 5
3. METODE	s. 6
3.1. Beskrivelse af behandlingen i forsøgs- og kontrolgruppe	
3.2. Undersøgelsesmetode og –materiale	
3.3. Dataanalyse og statistik	
4. BESKRIVELSE AF SAMLET POPULATION VED BEHANDLINGSSTART	s. 10
4.1. Demografi	
4.2. Personlighedsprofiler ved behandlingsstart	
4.3. Forskelle mellem forsøgs- og kontrolgruppe	
5. FRAFALD	s. 14
6. RESULTATER	s. 16
6.1. Alkoholmål og symptombelastning for hele populationen uanset grad af personlighedsforstyrrelse	
6.1.1. <i>Køn og alkohol efter behandling</i>	
6.1.2. <i>Alder og alkohol efter behandling</i>	
6.1.3. <i>Symptombelastning</i>	
6.2. Forsøgs- og kontrolgruppe efter behandling uanset grad af personlighedsforstyrrelse	
6.3. Ændringer i lyset af grad af personlighedsforstyrrelse	
6.4. Ændringer i personlighedsforstyrrelse	
7. KONKLUSION	s. 25
8. REFERENCER	s. 27

FORORD

Projektet har fundet sted på Behandlingshjemmet Ringgården, Middelfart, i perioden 1998-2003 i et samarbejde mellem Ringgårdens to sektioner, afdeling for Forskning & Formidling samt afdeling for Alkoholbehandling.

Projektet er finansieret af Alkoholpuljen under Alkoholpolitisk Kontaktudvalg, Sundhedsstyrelsen, som vi takker for bevillingen og for udvist konduite i forbindelse med de tidsmæssige omrokeringer undervejs.

Forskning, metodeudvikling og formidling er varetaget af:

- afdelingsleder, klinisk psykolog PhD [Per Nielsen](#), der også er projektansvarlig
- amanuensis, cand.phil. [Steffen Røjskjær](#)

Den behandlingsmæssige del af projektet har været bemanded med følgende team:

- kontrolgruppe: gruppeleder, socialrådgiver [Birgit Clausen](#) og gruppeleder, socialrådgiver [Palle Pode Jakobsen](#)
- forsøgsgruppe: gruppeleder, socialrådgiver [Inge Damsted](#) og gruppeleder, socialrådgiver [Knud Moesgaard](#)
- klinisk vejledning: afdelingsleder, klinisk psykolog PhD [Per Nielsen](#)
- psykiatrisk lægekonsulent: speciallæge, psykiater [Lisbeth Lauvring](#)
- psykologisk konsulentbistand: klinisk psykolog, cand.psych. [Helle Bay Valdan](#)

Projektvejledning er ydet af:

- chefpsykolog, cand.psych. [Nicole Rosenberg](#), Klinik for Angst og Personlighedsforstyrrelse, Psykiatrisk Hospital, Risskov

Sekretærbistand:

- sekretærbistand [Anni Bang](#) og [Bente Nielsen](#), Ringgården

Undersøgelsen var oprindeligt planlagt til at forløbe over 34 måneder, inklusive dataanalyse og afrapportering. De planlægningsmæssige og behandlingsmæssige faser er forløbet som beskrevet i projektplan, men dataanalyse og afrapportering har måttet udsættes flere gange grundet interne forhold på Ringgården (tidligere centerleders sygdom; indkøring af ny centerleder), der har involveret forfatterens arbejdskraft. Projektets afslutning er derfor noget forsinket, men alle faser er i øvrigt gennemført og uden projektmæssige problemer.

Jeg er stor tak skyldig til de mere end 200 beboere på Ringgården, der har indvilliget i at lade sig personlighedsteste, og som har samarbejdet med os om en ny behandlingsform, som i første periode måtte udvikles hen ad vejen.

Uden entusiastiske medarbejdere ville et projekt af denne type være umuligt at gennemføre. Det drejer sig behandlerne i forsøgsgruppen, om behandlerne i kontrolgruppen, konsulenter, vejledere, sekretærer og det samlede personale på Ringgården, som hver har gjort deres til, at vi kom godt igennem processen.

Endelig – men ikke mindst – tak til min kollega og medforfatter, Steffen Røjskjær, for med vanligt overblik og kompetence at fastholde trådene også under vanskelige passager.

Per Nielsen

Projektansvarlig, oktober 2003

1. BAGGRUND

Det er veldokumenteret, at personlighedsforstyrrelser hos alkoholmisbrugere øger risikoen for, at klienten ikke får udbytte af alkoholbehandling, fordi en personlighedsforstyrrelse som hovedregel er en væsentlig, komplicerende faktor i ethvert behandlingsforløb (Nielsen & Røjskjær 2002). Med begrebet *personlighedsforstyrrelse* refereres til de forskellige former for tidligt grundlagte, varige og stabile karaktertræk, der giver generelle livsproblemer i form af manglende fleksibilitet i tilpasningsevnen, en tendens til at komme ind i "onde cirkler", og en svaghed i stabiliteten (Strandbygaard 1994).

I de fleste former for alkoholbehandling i udlandet og ikke mindst i Danmark er der aktuelt ingen forsøg på eller faglig kompetence til at matche behandlingsinterventionerne til de særlige problemer, som de dobbelt-belastede alkohol klienter frembyder. Dette er uhensigtsmæssigt, idet der er tale om en dominerende problemstilling, der øver stor indflydelse på gennemførelsesprocenten og effekten af alkoholbehandling. Dobbeltbelastede alkoholmisbrugere falder oftere fra, modarbejder oftere, skaber flere konflikter omkring sig eller er så ustabile eller ængstelige, at ingen relevant behandlingsmæssig bearbejdning og indlæring kan finde sted (Griggs & Tyrer 1981; Kosten et al. 1989; Nace & Davis 1993; Cacciola et al. 1996; Rounsaville et al. 1998, Verheul et al. 1998).

Verheul og medarbejdere gennemgik tilgængelige epidemiologiske studier af prævalensen af personlighedsforstyrrelser hos rusmiddelklienter (både stof- og alkoholmisbrugere). I alt omfattede undersøgelserne 26153 personer. For alkoholmisbrugernes vedkommende (ambulant og døgnklientel under et) opfyldte 44% kriterierne for mindst én DSM-IV (APA 1980) akse-II personlighedsforstyrrelse. Cirka 18% opfyldte kriterierne for antisocial personlighedsforstyrrelse og 21% for borderline personlighedsforstyrrelse. Til sammenligning var middeltallet for andelen af opiatmisbrugere med mindst én akse-II personlighedsforstyrrelse 79% (Verheul et al. 1995).

Også på behandlingshjemmet Ringgården, der er en døgninstitution for mennesker med alkoholafhængighed, har tidligere undersøgelser peget på, at mere end halvdelen af det sædvanlige klientel udviser betydelige afvigelser ved psykologisk personlighedstestning i forbindelse med behandlingsstart (Nielsen & Røjskjær 2002). Som ved al anden misbrugsbehandling er det konstateret, at der er frafald og tilbagefald i ikke ubetydelig grad i forbindelse med døgnbehandling på Ringgården (Samuelson et al. 1998). Forud for nærværende projekt har det været indtrykket, at der kunne være en sammenhæng mellem frafald/tilbagefald og klientens grad af personlighedsforstyrrelse.

På denne baggrund blev det besluttet at etablere en empirisk funderet metodeudvikling med henblik på at styrke de dobbeltbelastede klienters muligheder for dels at gennemføre døgnbehandling for alkoholmisbrug og dels i højere grad at omsætte og fastholde udbyttet af behandling til et liv uden alkoholmisbrug.

I nærværende undersøgelse fokuseres på personlighedsforstyrrelser, hvorved forstås varige, dysfunktionelle træk ved personens tænkning, følelsesliv, adfærd og relationer til andre mennesker. Den konkrete type af personlighedsforstyrrelse repræsenterer træk, der på forskellig vis forhindrer en optimal, funktionel integration af tanker, følelser og adfærd på en fleksibel og adaptiv måde, og resulterer i problemer i sociale eller arbejdsmæssige sammenhænge eller på anden måde funktionshæmning, subjektiv lidelse og mangelfuld livsudfoldelse.

2. FORMÅL

I nærværende del af projektet er hovedformålet:

- at belyse virkningen af at anvende en behandlingsmetode med dobbeltfokus på afhængighed og personlighedsforstyrrelse (dobbelt-belastning) i sammenligning med en kontrolgruppe, der gennemgår den sædvanlige, kognitive behandling på Ringgården

Denne rapport beskriver ovenstående formål.

Projektets afklarende og metodeudviklende del er afrapporteret i særskilt artikel (Nielsen & Røjskjær 2002). Her var formålet at belyse:

- psykologiske testresultater (personlighedsforstyrrelser) hos en uselekteret population af døgnklienter med alkoholproblemer
- grader og typer af personlighedsforstyrrelser, deres relation til hinanden og til misbrugsparametre
- relationen mellem personlighedsforstyrrelse (grad og type) og frafald/gennemførelse af behandlingen

En anden del af projektet havde til formål:

- at udvikle en dobbeltfokuseret metode i døgnbehandling til klienter med dobbelt-belastning, hvilket er afrapporteret i en publiceret behandlingsmanual (Nielsen, Damsted & Moesgaard 2002): *Alkohol og Livsfokusering. Personligheds mønstre og behandlingsstrategier*

Endvidere er det projektets formål:

- at formidle denne viden såvel internt til resten af Ringgårdens alkoholbehandling samt eksternt til andre behandlere/institutioner i både ambulante og døgnregi

Denne del af projektet er foregået løbende, og er nu implementeret som en væsentlig del af Ringgårdens samlede kompetence både internt og i stor udstrækning eksternt gennem deltagelse i kurser, temadage, konferencer m.m, hvor emnet "alkoholafhængighed og personlighedsforstyrrelse" er i centrum.

3. METODE

3.1. Beskrivelse af behandlingen i forsøgs- og kontrolgruppen

Undersøgelsen er bygget op som et klinisk kontrolleret interventionsstudie med randomiseret forsøgsgruppe og kontrolgruppe. Kontrolgruppen har modtaget Ringgårdens standardprogram centreret omkring kognitivt baseret gruppeterapi med struktureret tilbagefaldsforebyggelse som centralt element - suppleret med relevant personlig, social og familiemæssig rådgivning. Hertil kommer struktureret fysisk træning samt elementer af miljøterapeutisk træning. Behandlingsforløbene har typisk været 10 uger.

Forsøgsgruppen har modtaget en behandling, hvor der udover ovenstående fælles elementer har været tale om en kognitivt baseret metode med dobbelt fokus på afhængighed og personlighedsforstyrrelse – inspireret primært af Dobbelt Fokuseret Skema Terapi (Ball 1998; Young 1994).

Den overordnede disposition for behandlingen i forsøgsgruppen er vist herunder:

- **Caseformulering** (*basal forståelse af/hypotese om klienten*)
- **Grundintervention** (*formulering af grundlæggende terapeutindstilling relateret til centrale personlighedstræk og dysfunktionelle skemaer*)
- **Feedback** med henblik på styrkelse af kollaborativ arbejdsalliance med klient (*sådan ser vi dit problem; sådan vil vi gerne arbejde med det*) opklaring – forhandling – eventuelt justering – af tale. Formidles ved hjælp af tegning (cartoon)
- **Psykoedukation** – undervisning og almen drøftelse af enkeltes kernetema(er) jvf feedback med henblik på at "få temaet med ind i terapigruppen"
- **Træning af mestringsfærdigheder** i relation til dysfunktionelle skemaer, dels løbende under gruppeterapien og dels i form af "hjemmeopgaver" specifikt udvalgt i relation til klientens kerneproblematik
- **Struktureret TilbagefaldsForebyggelse** af højrisikosituationer med alkohol. Her følges Ringgårdens standardmanual i let reduceret udgave

Der henvises i øvrigt til manualen (Nielsen, Damsted & Moesgaard 2002: *Alkohol og Livsfokusering. Personlighedsmønstre og behandlingsstrategier*)

3.2. Undersøgelsesmetode og materiale

I forbindelse med undersøgelsen er der til indsamling af data anvendt dels psykologiske tests dels egne behandleradministrerede spørgeskemaer, som interventionsgruppen og kontrolgruppen har gennemgået før og efter interventionsforløbet.

Projektets psykologiske tests og interventionsprocedurer er sket under ansvar og vejledning af klinisk psykolog. Der er foretaget indskrivningstest i løbet af de første uger efter behandlingsstart, og udskrivningstest i samme uge, som udskrivningen skulle ske. Follow-up undersøgelsen er foretaget som post-spørgeskemaundersøgelse 6 måneder efter udskrivningen. Ingen af klienterne har på testtidspunktet haft kliniske eller subjektive abstinenssymptomer. Klienter med skrive-/læse

vanskeligheder har fået hjælp af gruppeterapeut til at udfylde testskemaet. Figur 1 viser en samlet oversigt over de gennemførte testninger.

Tabel 1. Oversigt over gennemførte tests med angivelse af deltagerantal i de to grupper.

Tidspunkt →	INDSKRIVNING		UDSKRIVNING		FOLLOW UP	
	FORSØG N=	KONTROL N=	FORSØG N=	KONTROL N=	FORSØG N=	KONTROL N=
MCMI	47	61	37	30	29	28
SCL-90	47	61	37	34	18	19
DEMOGRAFI	47	61	47	61	29	30

Herunder følger en beskrivelse af de anvendte tests og spørgeskemaer.

MCMI: Millon Clinical Multi-axial Inventory (MCMI II-I)

MCMI II-I-testen er udviklet af Theodore Millon til identifikation af klinisk afvigelse (Millon 1977, 1987), og der er således ikke tale om en almen personlighedstest. Resultatet af MCMI gøres op i relation til DSM-III's personlighedskategorier (APA 1980). Testen er oversat til dansk af Kleven, Melbergård, Simonsen og Strandbygaard, der også har valideret den på danske kliniske populationer (Kleven et al. 1985). Anvendelsen af testen i nærværende projekt sker med tilladelse fra Institut for Personlighedsteori og Psykopatologi (IPTA).

Den danske version af MCMI II-I testskemaet består af 220 udsagn, som besvares med "rigtig" eller "forkert", alt efter om klienten synes udsagnet passer/ikke passer.

Testskemaet er i den danske version af MCMI fælles for version I og II. I nærværende undersøgelse anvendes MCMI version II. Dog anvendes fra version I i visse af artiklens analyser den såkaldte "normalitetsscore", der baseres på de 38 items fra MCMI-I, der bedst diskriminerer mellem psykiatriske patienter og ikke-patienter ("normal-gruppe") i en dansk valideringsundersøgelse (Kreiner et al. 1990). Her opnåede indlagte psykiatriske patienter en gennemsnitlig normalitetsscore på 21,0 (SD 9,8), mens ikke-patienter i gennemsnit opnåede normalitetsscoren 36,1 (SD 3,2) (Jørgensen 1991). Normalitetsscoren måles altså som en råscore, der ligger mellem 0 og 38.

Testresultaterne præsenteres som en række søjleværdier for personlighedsforstyrrelser og kliniske syndromer. Inddelingen ses for MCMI-II's vedkommende i tabel 2 herunder. Millon (1987) inddeler både personlighedsforstyrrelser og kliniske syndromer i moderate og alvorlige udgaver.

En *moderat personlighedsforstyrrelse* indebærer ofte mild til moderat forstyrrelse af personens evne til at fungere socialt og arbejdsmæssigt, men han vil ofte være i stand til at fortsætte i job samt opretholde nære mellemmenneskelige relationer.

Personer med *alvorlig personlighedsforstyrrelse* er oftest svært kompromitteret i deres funktion i social, arbejdsmæssig og relationel henseende (Retzlaff 1995). Her ud fra er det rimeligt at antage, at *alvorlig personlighedsforstyrrelse* hos en klient vil være forbundet med større vanskeligheder med at få gennemført effektiv misbrugsbehandling, end hvis klienten "kun" har en *moderat personlighedsforstyrrelse*.

For hver af deltagerne foreligger en individuel scoring via MCMI-testens edb-program. Dette udtrykkes i *Base Rate* scoren for de forskellige personligheds- og syndromskalaer i MCMI.

En score under 75 regnes almindeligvis for klinisk opfaldende, hvorimod en score på 75 og derover er udtryk for, at det pågældende træk eller symptom er til stede i klinisk relevant grad.

En score på 85 eller derover er udtryk for at trækket eller symptomet er dominant til stede. Forhøjet score på *alvorlige personlighedsforstyrrelser* og *alvorlige kliniske syndromer* “vejer tungest” i den kliniske anvendelse af et testresultat, fordi dette tages som udtryk for en sædvanligvis mere alvorlig psykopatologi end forhøjelser alene i *moderate personlighedsforstyrrelser* og *moderate kliniske syndromer*.

Tabel 2. Inddeling af personlighedsforstyrrelser ifølge MCMI II.

<i>MODERATE personlighedsforstyrrelser</i>	
skizoid	- det asociale mønster
dependent	- det underkastende mønster
undvigende	- det frygtsomme mønster
histrionisk	- det teatraliske mønster
narcissistisk	- det grandiose mønster
antisocial	- det hensynsløse mønster
aggressiv-sadistisk	- det forbitrede/ondskabsfulde mønster
kompulsiv	- det konforme mønster
passiv-aggressiv	- det negativistiske mønster
masokistisk	- det selvnedgørende mønster
<i>ALVORLIGE personlighedsforstyrrelser</i>	
skizotypal	- det sære, selvhenførende mønster
borderline	- det emotionelt ustabile mønster
paranoid	- det mistroiske mønster

Som baggrund for en generel vurdering af den enkelte klients grad af personlighedsforstyrrelse ud fra testning med MCMI anvendes endvidere tidligere opstillede kriterier (Nielsen og Røjskjær 2002), der har til formål at placere den enkelte klient i en af 5 grader af personlighedsforstyrrelse.

Tabel 3. Inddeling i grad af personlighedsforstyrrelse.

<i>Grad af personlighedsforstyrrelse</i>	<i>KRITERIUM 1 alvorlige personlighedsforstyrrelser</i>	<i>KRITERIUM 2 moderate personlighedsforstyrrelser</i>
0 ingen	BR score < 75 i alle 3 skalaer	BR score < 75
1 let	< 75 i alle 3 skalaer	< 75 eller 85-90 i 1 af 10 skalaer
2 moderat	< 85 i alle 3 skalaer	> 85 i min. 2 af 10 skalaer
3 middel-svær	> 85 i 1 af 3 skalaer	
4 svær	> 85 i min. 2 af 3 skalaer	

SCL-90-R (Symptom Check List 90-r)

SCL-90-r testen er et klinisk selvrapporeringsskema med 90 spørgsmål omhandlende psykiske og somatiske symptomer, der besvares graderet fra “slet ikke” til “i svær grad” i forhold til personens befindende i den uge, der er gået forud for besvarelsen (Derogatis 1977).

En summeret score udtrykker personens samlede belastningsgrad (“Global Severity Index”).

I ni delscores belyses niveauet for belastning på specifikke symptomfelter: somatisering, obsessive/kompulsive symptomer, interpersonlig sensitivitet, depression, angst, aggression, fobisk angst, paranoia, psykotiske træk samt enkeltstående spørgsmål om spise- og søvnproblemer samt suicidale impulser.

Spørgeskemaer vedrørende basal-data

Demografiske og misbrugsrelaterede data er indhentet i forbindelse med rutinemæssig udredning af klientens anamnese ved indskrivning til behandling. Der er anvendt Ringgårdens eget strukturerede skema. Her belyses ved indskrivningen basale demografiske og misbrugsmæssige parametre. Ved udskrivningen samles oplysninger om behandlingsforløbet, og ved follow up belyses igen basale demografiske og misbrugsmæssige parametre med henblik på at vurdere den enkeltes og gruppens eventuelle udviklinger efter behandlingen.

3.3. Data-analyse og statistik

De psykologiske testdata er scoret ved hjælp af det tilhørende edb-program (Jørgensen 1991). Den samlede database er håndteret ved hjælp af SPSS, version 11.0.

Der er lavet statistisk dataanalyse ved hjælp af t-test, korrelation, Mann-Whitney U-test, Kruskal-Wallis, Pearson r, Pearson chi square og Spearman rho, afpasset efter om data er numeriske, rangordnede eller kategoriserede.

4. BESKRIVELSE AF SAMLET POPULATION VED BEHANDLINGSSTART

4.1. Demografi

Deltagerne i undersøgelsen er fra behandlingshjemmet Ringgårdens almindelige klientel, der traditionelt udgør en hårdt belastet gruppe i såvel misbrugsmæssig som social og psykologisk henseende. Alle klienter er forud for behandlingen henvist til døgnbehandling for alkoholmisbrug fra den centrale visitation i et af de 14 amter i Danmark.

Undersøgelsen omfatter 108 klienter, heraf 23 kvinder og 85 mænd i alderen 24 til 61 år (gennemsnit 43,3 år). Alle opfylder ved indskrivningen ICD-10 kriterier for alkoholafhængighed, der har været i gennemsnit 16,1 år (fra 3 til 38 års misbrugsvarighed), de fleste i form af et kontinuert forløbende misbrugsmønster, og med oprindelig problemdebut gennemsnitligt i 27 års alderen (fra 12 til 59 års alderen).

Tabel 4. Basaldata ved indskrivning for hele populationen.

	ALLE N=108	KVINDER N=23	MÆND N=85	P=*
Alder (år)	43,3	39,4 (min/max: 27-58)	43,4 (min/max: 24-61)	NS
Misbrugsvarighed (år)	15,2	11,7 (min/max: 42-25)	16,1 (min/max: 3-38)	.015
Max genstande/døgn ved intensiv drikning	26,9	24,8 (min/max: 10-40)	31,3 (min/max: 10-60)	.014
Drikkemønster:				
<i>episodisk</i>	24%	22%	25%	NS
<i>kontinuert</i>	76%	78%	64%	
Civilstand:				
samlevende	33%	44%	30%	NS
alene	67%	56%	70%	
Indtægt:				
<i>I job med lønindkomst</i>	23%	25%	22%	NS
<i>På overførselsindkomst</i>	77%	75%	78%	
SCL-90 score	99 (sd 65)	130 (sd64)	90 (sd 63)	.009

* T-test og Chi Square

Kvinderne har som vist i tabel 4 været misbrugere i signifikant kortere tid end mændene, og kvinderne drikker færre genstande under intensive drikkeepisoder. Der er ingen væsentlig kønsforskelle hvad angår alder, samlivsstatus, erhvervsstatus og drikkemønster.

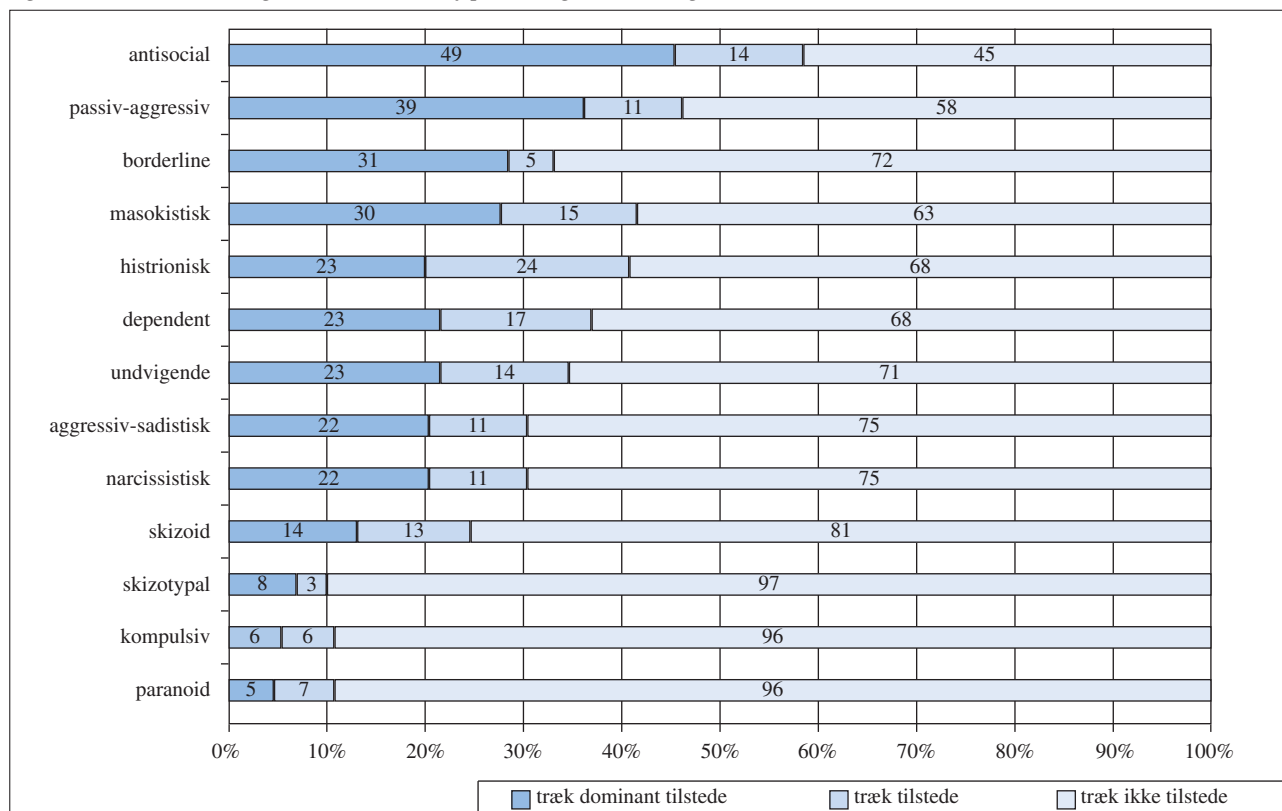
Før behandlingen har hele gruppen en gennemsnitsscore i SCL-90 på 99, hvilket er et velkendt niveau for Ringgårdens klientel. Scoren udtrykker klinisk set, at der foreligger en betydelig aktuel psykisk symptombelastning på gruppeniveau. Kvindernes gennemsnit i SCL-90 på 130 er væsentligt højere end mændenes 90, hvilket ligeledes er velkendt i den pågældende population.

4.2. Personlighedsprofiler ved behandlingsstart

Nedenfor ses i figur 1, den samlede gruppes profil ved testning med MCMI-II. Den enkelte skala viser antal af 108 personer, der scorer over 85, over 75/under 85, og under 75 i BaseRate score (BRscore). Ved BRscore over 85 forventes det pågældende personlighedstræk at være dominant til

stede hos klienten, ved BRscore mellem 75 og 85 er trækket til stede i klinisk relevant omfang, mens en score under 75 anses for principielt uden klinisk relevans.

Figur 1. Antal klienter og tilstedeværelse af personlighedsmæssige træk (n=108).



Af figur 1 fremgår, at gruppen med hensyn til personlighedsmønstre som gennemsnit scorer højest på især den antisociale og den passiv-aggressive skala, hvorefter følger skalaerne for borderline og masokistisk personlighedsforstyrrelse. Hos 1/5 af gruppen er følgende træk dominant til stede: histrionisk, dependent, undvigende, aggressiv-sadistisk og narcissistisk. I de resterende skalaer er trækket dominant til stede hos mindst 5 personer ud af 108.

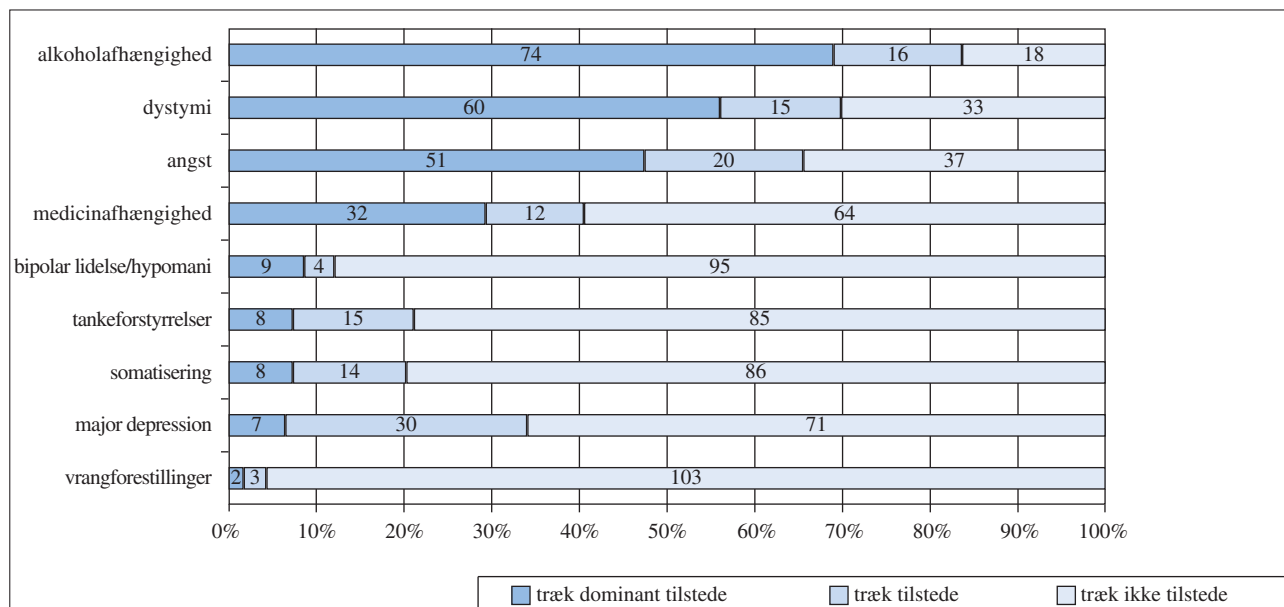
I lyset af de opstillede kriterier for inddeling af klienterne efter grad af personlighedsforstyrrelse (tabel 3 side 8) er der for hele gruppen tale om, at 48 personer (44%) scorer svarende til “ingen/let forstyrrelse”, hvilket betyder, at de ikke scorer over BR 75 på nogen personlighedsskala (normale) eller scorer mellem 75 og 85 i en enkelt skala for de basale personlighedsmønstre (let forstyrrelse). For 26 personer (24%) er der tale om “moderat forstyrrelse”, hvilket vil sige, at de scorer under 85 i skalaerne for alvorlig personlighedsforstyrrelse (skizotypal, borderline, paranoid), men over 85 i mindst 2 af skalaerne for moderat personlighedsforstyrrelse (skizoid, undvigende, dependent m.fl.).

Endelig scorer 33 personer (31 %) så afvigende, at de karakteriseres som “middelsvært til svært afvigende”, hvilket betyder, at de scorer over 85 i mindst 1 af de 3 skalaer for alvorlig personlighedsforstyrrelse – og oftest også over 85 i en række af de moderate personlighedsforstyrrelser. Dette skal holdes for øje, når man vurderer betydningen af figur 1’s profil af gruppens gennemsnitscores: jo større grad af generel personlighedsforstyrrelse, desto flere afvigende scores foreligger

der som regel hos den enkelte klient. Klienter med en enkelt markant forhøjet skala og normal score i resten forekommer, men de er relativt sjældne. De fleste har en række afvigende træk.

Dette gælder også for den del af MCMI-testen, der vedrører kliniske symptomer, der vises herunder i figur 2 for hele gruppens vedkommende.

Figur 2. Antal klienter og tilstedeværelse af kliniske symptomer og syndromer (n=108).



I de kliniske symptomskalear i figur 2 ses - ikke overraskende - at skalaen for alkoholafhængighed er den højeste, hvorefter følger dystymi, angst og medicinafhængighed.

I skalaerne for de tre alvorlige kliniske syndromer ses, at godt 1/3 af klienterne har forhøjet score på major depression skalaen, heraf dog kun 7 personer i dominant grad.

Tabel 5 viser på hvilke skalaer af MCMI-II-testen ved indskrivningen, der er størst forskel på kvinders og mænds score.

Tabel 5. MCMI-skalaer ved indskrivning med størst forskel på kvinder og mænds score.

KVINDER HØJERE	P = *	MÆND HØJERE
dependent	.016	antisocial aggressiv-sadistisk
	.014	
	.013	
masokistisk	.037	
somatisering	.001	

* T-test

Kvinderne er som gruppe signifikant mere somatiserende, dependente og masokistiske, hvilket lægger op til et mere indadvendt reaktionsmønster end mændene, der til gengæld synes udadvendt reagerende i mere aggressiv-sadistisk og antisocial retning end kvinderne.

4.3. Forskelle mellem forsøgs- og kontrolgruppen ved behandlingsstart

Klienterne er fordelt konsekutivt og tilfældigt (randomiseret) til en forsøgsgruppe (FORSØG) på 47 personer og en kontrolgruppe (KONTROL) på 61 personer. Grupperne er sammenlignelige, idet de ikke adskiller sig fra hinanden med hensyn til alders- og kønsfordeling, demografiske basaldata, misbrugsvarighed, drikkemønster og alkoholkonsum under intensive drikkeperioder.

I forsøgsgruppen er scoren i SCL-90 109 mod 91 i kontrolgruppen, hvilket antyder en højere symptombelastning i forsøgsgruppen (tabel 6). Den angivne standardafvigelse for begge grupper er imidlertid så stor, at der indenfor hver af grupperne er meget stor variation i SCL-90 scorene, og derfor bliver den konstaterede forskel heller ikke signifikant.

Tabel 6. Forsøgs- og kontrolgruppens sammenlignelighed.

	FORSØG	KONTROL
Køn (antal)		
<i>kvinder</i>	10	13
<i>mænd</i>	37	48
Grad af personlighedsforstyrrelse		
<i>ingen/let forstyrrelse</i>	20 (43%)	28 (46%)
<i>moderat</i>	12 (26%)	14 (23%)
<i>middelsvær/svær</i>	15 (32%)	19 (31%)
Misbrugsvarighed (år)	14,9 år (sd 7,9)	15,4 år (sd 7,7)
Drikkemønster:		
<i>episodisk</i>	8 (17%)	18 (29%)
<i>kontinuert</i>	39 (83%)	43 (71%)
SCL-90 score	109 (sd 68)	91 (sd 63)

Graden af personlighedsforstyrrelse ved indskrivningen viser stort set samme billede i forsøgsgruppen og kontrolgruppen. Normalitetsscoren fra MCMI-I er imidlertid højere i kontrolgruppen end i forsøgsgruppen (21,4 mod 18,3; $p = .085$), hvilket er tæt på signifikans.

Denne antydning af at forsøgsgruppen måske alligevel er en anelse mere personlighedsmæssigt belastet end kontrolgruppen, ses i tabellen herunder udmøntet sig i en mere patologisk score i forsøgsgruppen på følgende delskalaer i rangorden:

Tabel 7. MCMI-II skalaer med størst forskel ved indskrivning.

	FORSØG	KONTROL	$P = *$
Passiv-aggressiv	73 (sd 29)	67 (sd 34)	NS
Borderline	71 (sd 23)	67 (sd 24)	NS
Narcissistisk	63 (sd 28)	59 (sd 25)	NS
Histrionisk	69 (sd 23)	66 (sd 21)	NS
Antisocial	82 (sd 21)	80 (sd 21)	NS

* *T-test*

5. FRAFALD

Af de 108 personer, som i alt indgår i undersøgelsen, gennemfører 79 behandlingsforløbet, mens 29 personer falder fra (15 sent; 14 tidligt i forløbet). Dette svarer til, at 73% af hele populationen gennemfører. Der er udsendt follow up spørgeskemaer til samtlige 108 klienter i undersøgelsen. Besvarelserne i relation til gennemførelse og frafald ses i tabel 8.

Tabel 8. Gennemførelse, frafald og besvarelse af follow up skema.

	GENNEMFØRT		FRAFALD		P = *
	%	N=	%	N=	
Besvaret	62%	49	34%	10	.034
Ubesvaret	35%	28	59%	17	
Død	3%	2	7%	2	
Total	100%	79	100%	29	

* Kruskal-Wallis test

Som man må forvente har markant færre af de frafaldne end de gennemførende svaret på follow up spørgeskemaet (tabel 8). Et frafald fra behandlingen på omkring _ er ikke overraskende, og i undersøgelser blandt personer med så store alkoholproblemer (og andre problemer) er det almindeligt, at der er vanskeligheder med at opnå tilpas store svarprocenter, hvilket medvirker til en vis usikkerhed i resultaterne (Miller et al 2003). Dette må have for øje ved forsøg på almene generaliseringer af resultaterne af nærværende rapport.

Ser man på de gennemførende og de frafaldne, er der ingen forskel med hensyn til: køn og alder samt normalitetsscore i MCMI-I (ved indskrivningen).

Derimod ser det ud til, at klienternes misbrugsvarighed er en faktor, der medvirker til at reducere gennemførelsesprocenten. Misbrugsvarigheden er på 14 år for de gennemførende og 18 år for de, som falder fra ($p = .024$, t-test), dvs. jo længere misbrugskarriere, desto større vanskelighed med at forblive i behandling.

Follow up besvarelserne, viser betydelige forskelle på resultatet af behandlingen hos gennemførende i forhold til frafaldne (tabel 9).

Tabel 9. Gennemførelse, frafald og alkohol efter behandling.

	GENNEMFØRT	FRAFALD	P = *
Maks genstande efter	7,9	17,8	.011
Ædruprocent	82%	61%	.025
Antal uger indtil tilbagefald efter udskrivning	15 uger	7 uger	.078

* T-test

Selvom de der gennemfører, og de der falder fra, drak lige mange genstande under intensiv drikning før behandlingen (26,5 respektive 28,2 genstande), kan der efter behandlingen konstateres en markant forskel: de gennemførende drikker efter behandlingen langt færre genstande under intensive

perioder end de frafaldne, og har også en signifikant højere ædruprocent. Ligeledes er der også en (tæt på signifikant) forskel på den tid, der gennemsnitligt går, før den første brug af alkohol indtræffer. Alt andet lige viser disse resultater, hvor vigtigt selve alkoholbehandlingen som sådan er.

Ser man på de personlighedsmæssige forskelle mellem de der gennemfører, og de der falder fra, viser tabel 8, at de frafaldne udviser højere BR score (i.e. mere patologi) på samtlige af ovenstående skalaer, bortset fra dependens, hvor de scorer lavere.

Tabel 10. Forskelle i personlighedstræk i forhold til gennemførelse og frafald.

	ALLE (N = 108) BR score	GENNEMFØRT (N = 79) BR score	FRAFALD (N = 29) BR score	P = *
Aggressiv-sadistisk	64	58	79	.000
Dependent	60	68	39	.000
Narcissistisk	61	55	78	.000
Antisocial	81	77	91	.001
Paranoid	62	59	69	.001
Medicinisbrugsskalaen	70	67	78	.008
Vrangforestillinger	54	52	60	.018
Passiv-aggressiv	70	66	81	.033

* T-test

Endelig er der tegn på, at graden af personlighedsforstyrrelse har betydning for gennemførelsen, om end sammenhængen ikke er signifikant, som det ses af tabel 11.

Tabel 11. Betydning af høj grad af personlighedsforstyrrelse for gennemførelse.

	HØJ (pd-grad ≥ 2)	LAV (pd-grad ≤ 1)	P = *
Gennemførelsesprocent	70%	77%	NS
Follow up svar-procent	50%	60%	NS

* Chi square

6. RESULTATER

6.1. Alkoholmål og symptombelastning for hele populationen uanset grad af personlighedsforstyrrelse

Af follow up undersøgelsen fremgår det, at ædruprocenten (antal dage siden udskrivning divideret med antal ædrudage) for den samlede gruppe er 78%. Heri er for det første indeholdt, at 31% af de besvarende har været totalt alkoholfri siden udskrivningen. For det andet, at de der ikke har været totalafholdende alligevel har haft en gennemsnitlig ædruprocent på 68%. Kun 17% har haft en ædruprocent på under 50% i follow up perioden.

Det gennemsnitlige antal genstande ved intensive drikkeepisoder hos dem, der fortsat har et alkoholforbrug, er efter behandlingen reduceret til 9,6 genstande i døgnet mod 26,3 før behandlingen - det vil sige reduceret til omkring 1/3 af niveauet før behandlingen.

6.1.1. Køn og alkohol efter behandling

Ædruprocenten efter behandlingen er ikke forskellig for kvinder og mænd, henholdsvis 76,9 (sd 34,1) og 79,1 (sd 25,6) (NS), hvilket ikke tyder på kønsrelaterede forskelle i udbytte af behandlingen.

Til gengæld drikker mænd langt flere genstande under intensiv drikning end kvinder. Det gælder i et vist omfang før behandlingen, men især efter behandlingen. Både mænd og kvinder oplever hver for sig en signifikant reduktion i det maksimale antal genstande ved intensive drikkeepisoder efter sammenlignet med før behandlingen. Se tabel herunder.

Tabel 12. Køn og maksimalt alkoholindtag før og efter behandling.

	MAKS GENSTANDE FØR	MAKS GENSTANDE EFTER	P = *
Kvinder	23,3 (sd 9,4)	4,7 (sd 7,2)	.001
Mænd	27,4 (sd 9,6)	11,1 (sd 21,1)	.000
P = *	.095	.068	

* Wilcoxon Signed Ranks Test og T-test

At kvinderne generelt har et mindre maksimalt alkoholindtag er forventeligt af blandt andet kulturelle årsager og kønsbestemte fysiologiske forhold, men at der efter udskrivning er en næsten signifikant forskel på kvinders og mænds "drikketyngde", dvs. hvor mange genstande, der drikkes under maksimal drikning, er interessant: mænd drikker mere end dobbelt så meget som kvinder. Det peger umiddelbart i retning af, at kvinderne opnår bedre kontrol over alkoholen, når de drikker, om end de ikke overordnet er mere afholdende eller har højere ædruprocent.

6.1.2. Alder og alkohol efter behandling

For at belyse i hvilken udstrækning levealderen spiller ind som faktor i forholdet til alkohol før og efter behandling er gruppen delt op i yngre (<41 år) og ældre (≥41 år). Der er ingen forskel på kønsfordelingen i de to alderskategorier. Tabel 13 viser, at der ingen forskel findes mellem ældre og yngre i grad af ædruelighed (ædruprocent) efter behandlingen.

Tabel 13. Alder og ædruprocent efter behandlingen.

	ÆDRUPROCENT
Yngre (< 41 år)	80,3
Ældre (≥ 41 år)	77,8
<i>P</i> = *	NS

* *T*-test

Tabel 14. Alder og alkoholindtag før og efter behandling.

	MAKS GENSTANDE FØR	MAKS GENSTANDE EFTER	<i>P</i> =*
Yngre (< 41 år)	31,7	15,3	.000
Ældre (≥ 41 år)	24,5	7,1	.000
<i>P</i> =*	.039	.009	

* *T*-test

Både ældre og yngre nedsætter som det ses af tabel 14 deres alkoholindtag under intensive drikkeepisoder i signifikant grad efter behandlingen. De ældre har dog en noget kraftigere reduktionen end de yngre, idet de når helt ned på 1/3 af det antal genstande, de indtog før behandling. De yngre drikker cirka det halve af det, de drak før behandlingen. Forskellen på ældres og yngres gennemsnitsindtag under intensiv drikning øges således fra før til efter behandlingen. Dette kunne tyde på, at behandlingen har større effekt på denne parameter for den ældre aldersgruppe.

6.1.3. Symptombelastning

Med hensyn til psykologisk symptombelastning ses, at den signifikante forskel, der var mellem kønnene ved indskrivning, er blevet mindre, selv om kvinderne fortsat ligger højere end mændene. Begge køn har en betydelig symptomreduktion, hvilket ses af tabel 15. Før behandlingen har hele gruppen en gennemsnitsscore i SCL-90 på 99, som ved udskrivningen er reduceret til 43. Det vil sige fra en meget høj generel symptomscore til let forhøjet score ved udskrivningen.

Tabel 15. Køn og psykisk symptombelastning ifølge SCL-90.

	ALLE <i>N</i> =108	KVINDER <i>N</i> =23	MÆND <i>N</i> =85	<i>P</i> =*
Gennemsnitlig score ved indskrivning	99 (sd 65)	130 (sd 64)	90 (sd85)	.009
Gennemsnitlig score ved udskrivning	43 (sd 40)	56 (sd 56)	38 (sd 33)	NS
<i>P</i> =*	.000	.001	.000	

* *T*-test

6.2. Forsøgs- og kontrolgruppen efter behandling uanset grad af personlighedsforstyrrelse

I follow up perioden er forsøgsgruppen signifikant mere ædru end kontrolgruppen, som det ses af tabel 16, og holder sig desuden længere (17,3 uger) indtil første alkoholepisode end kontrolgruppen (10,2 uger).

Resultaterne omkring gennemførelse og svarprocent i follow up er ikke signifikante, men giver alligevel indikationer på, at behandling med dobbelt fokus gør det muligt at fastholde klienterne bedre i behandling, hvilket var et af udgangspunkterne for undersøgelsen.

Dette gælder for samtlige deltagere i undersøgelsen og er således ikke umiddelbart relateret til grad af personlighedsforstyrrelse.

Tabel 16. Forskelle i gennemførelse, alkoholemål og psykisk symptombelastning i forsøgs- og kontrolgruppen.

	FORSØG	KONTROL	P = *
Gennemførelsesprocent	81	67	NS
Svarprocent i follow-up	62	49	NS
Ædruprocent	85%	71%	.048
Uger før tilbagefald	17,3	10,2	.023
Uger i tilbagefald i alt	5,2	5,6	NS
Max genstande efter	9,5	9,6	NS
SCL-90 ved indskrivning	109 (sd 68)	91 (sd 63)	NS
SCL-90 ved udskrivning	46 (sd 37)	39 (sd 44)	NS

* Mann-Whitney U-test og T-test

For begge grupper vedkommende er der sket en reduktion i symptombelastningen målt ved SCL-90 i forhold til situationen ved indskrivning. Forskellen de to grupper imellem er ikke signifikant, dvs. begge grupper profiterer i lige høj grad af behandlingen i forhold til psykisk symptombelastning.

6.3. Ændringer i forsøgs- og kontrolgruppen i lyset af grad af personlighedsforstyrrelse

Da undersøgelsen især stiller skarpt på, hvad der kan gøres for alkoholmisbrugere med dobbeltbelastning, skal det belyses, hvordan behandlingen indvirker på klienter med høj grad af personlighedsforstyrrelse (middelsvår til svær).

Tabel 17. Forskelle i gennemførelse, alkoholmål og psykisk symptombelastning blandt personer med høj grad af personlighedsforstyrrelse i forsøgs- og kontrolgruppen.

	FORSØG HØJ PD	KONTROL HØJ PD	P =*
Gennemførelsesprocent	85%	58%	.021
Svarprocent i follow-up	56%	45%	NS
Ædruprocent	90	68	.032
Uger før tilbagefald	19,3	11,5	.091
Uger i tilbagefald i alt	3,3	6,3	NS
Max genstande efter	11	12	NS
SCL-90 ved indskrivning	136 (sd 71)	121 (sd 61)	NS
SCL-90 ved udskrivning	53 (sd 41)	52 (sd 52)	NS

* Mann-Whitney U-test og T-test

Tabel 17 viser, at de personligheds-mæssigt højtbelastede klienter gennemfører behandlingen i signifikant højere grad, og udviser en større ædruprocent i follow up perioden, hvis de er behandlet i forsøgsgruppen end i kontrolgruppen.

Forsøgsgruppens klienter klarer sig endvidere dobbelt så længe før første alkoholepisode (19,3 uger) i forhold til kontrolgruppen (11,5 uger), hvilket er tæt på signifikans.

Endvidere er kontrolgruppen i tilbagefald i dobbelt så mange uger som forsøgsgruppen, selvom forskellen ikke er signifikant.

Tabel 18. Forskelle i gennemførelse, alkoholmål og psykisk symptombelastning blandt personer uden eller med lav grad af personlighedsforstyrrelse i forsøgs- og kontrolgruppen.

	FORSØG LAV PD	KONTROL LAV PD	P =*
Gennemførelsesprocent	75%	78%	NS
Svarprocent i follow-up	70%	54%	NS
Ædruprocent	80	75	NS
Uger før tilbagefald	16,2	8,9	.081
Uger i tilbagefald i alt	7,3	4,9	NS
Max genstande efter	8	7	NS
SCL-90 ved indskrivning	73 (sd 43)	55 (sd 44)	NS
SCL-90 ved udskrivning	35 (sd 25)	27 (sd 31)	NS

* Mann-Whitney U-test og T-test

Sammenlignet med den personligheds-mæssigt lavt belastede halvdel af populationen (ingen/let/moderat grad af personlighedsforstyrrelse) ses i tabel 18, at der ingen forskel er på forsøgsgruppen og kontrolgruppen med hensyn til gennemførelse af behandlingen, follow up svarprocent, ædruprocent og samlet varighed af tilbagefald.

Den lavtbelastede del af forsøgsgruppen holder sig dog også her (tæt på signifikant) længere end kontrolgruppen indtil første alkoholepisode.

Vurderet under et kan tabellerne 16-18 tages til indtægt for, at behandlingen i forsøgsgruppen har bedre effekt for den personligheds-mæssigt højt belastede del af populationen end behandlingen i kontrolgruppen.

I forsøgsgruppen er der således mindre frafald og større kontrol med alkohol efter behandlingen. En tilsvarende forskel ses ikke mellem de to grupper, når det drejer sig om de personligheds-mæssigt lavtbelastede klienter, som profiterer i lige høj grad af begge metoder. Behandlingen i forsøgsgruppen har dog en svag tendens til at få klienterne til at holde sig længere ædru indtil første alkoholepisode, uanset klientens personligheds-mæssige belastning.

6.4. Ændringer i personlighedsforstyrrelse

I tabel 19 ses normalitetsscoren fra MCMI-I på follow up tidspunktet sammenlignet med normalitetsscoren på indskrivningstidspunktet. Forsøgsgruppen lå på indskrivningstidspunktet (tæt på signifikant) lavere i normalitetsscore end kontrolgruppen, men på follow up tidspunktet ligger forsøgsgruppen lidt højere end kontrolgruppen, og begge grupper har opnået en signifikant forbedret normalitetsscore på follow up tidspunktet.

Tabel 19. Normalitetsscorer ved indskrivning og udskrivning.

	<i>FORSØG</i> <i>Normalitetsscore</i>	<i>KONTROL</i> <i>Normalitetsscore</i>	<i>P = *</i>
Indskrivning	18,3 (sd 9,0)	21,4 (sd 9,3)	.085
Follow up	27,7 (sd 9,5)	26,7 (sd 8,6)	NS
<i>P = *</i>	.014	.048	

* *T-test*

Med andre ord har klienterne i forsøgsgruppen en normalitetsscore svarende til, at de ved indskrivning er en anelse mere personlighedsforstyrrede end klienterne i kontrolgruppen, men på follow up tidspunktet er denne forskel godt og vel udjævnet.

Når man ser på de enkelte personlighedsforstyrrelser, belyst ved gennemsnitsscoren i MCMI-II, er der ikke forskel på forsøgs- og kontrolgruppen. Som også konstateret på indskrivningstidspunktet (tabel 7, s. 13) er der dog mindre forskelle i visse skalaer på forsøgsgruppens og kontrolgruppens score i MCMI-II. Ved indskrivningen var forskellene i forsøgsgruppens disfavør, således at den scorede i mere patologisk retning. Dette billede (tabel 20) er på follow up tidspunktet ændret således, at de forskelle, der konstateres nu er i kontrolgruppens disfavør, bortset fra den histrioniske skala, hvor det fortsat er forsøgsgruppen, som scorer højest.

Tabel 20. MCMI-II skalaer med størst forskel ved follow up

	FORSØG	KONTROL	P = *
Undvigende	44 (sd 32)	56 (sd 32)	NS
Masokistisk	54 (sd 25)	63 (sd 29)	NS
Aggressiv-sadistisk	59 (sd 25)	65 (sd 24)	NS
Antisocial	76 (sd 22)	81 (sd 21)	NS
Histrionisk	71 (sd 17)	65 (sd 21)	NS

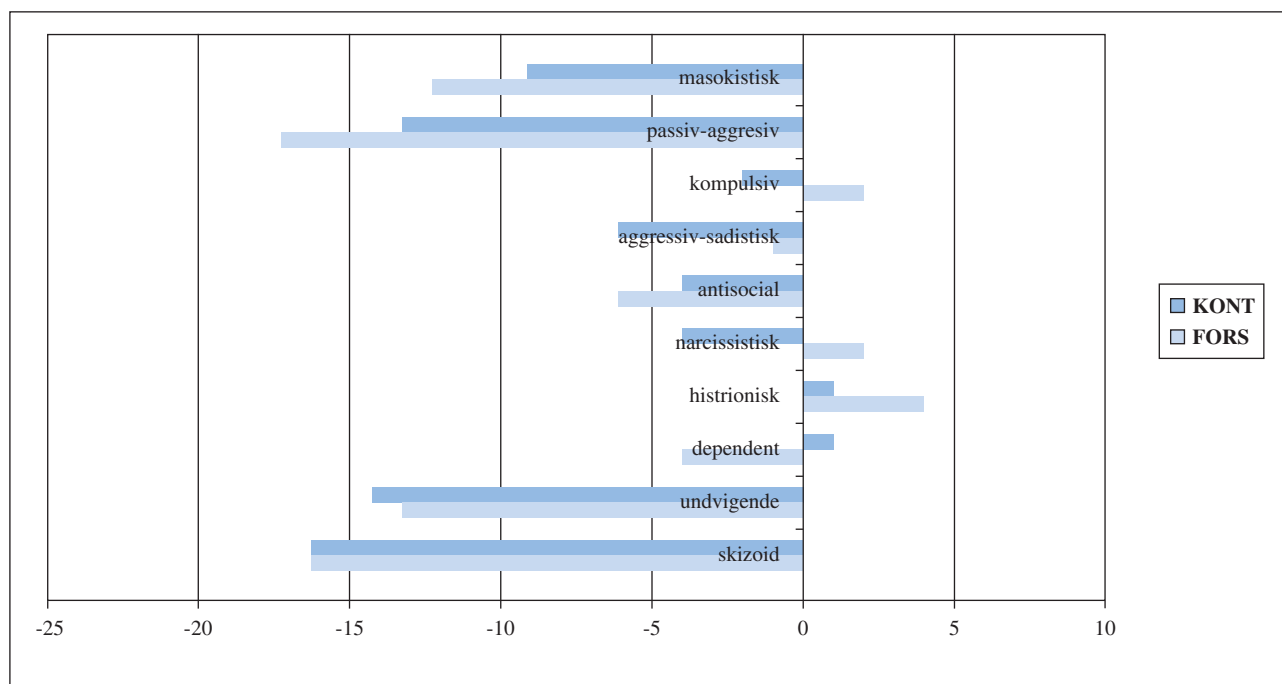
* T-test

Dette betyder, at der også her er tegn på en specifik effekt af at arbejde med dobbelt fokus på såvel afhængighed som personlighedsmønstre, således som det er sket i forsøgsgruppen.

For at gå dybere ned i disse udviklingstendenser har vi set på, hvorledes de to gruppers gennemsnitsscores i MCMI-II personlighedsskalaerne har udviklet sig under behandlingen og i follow up perioden. Figur 3 viser udviklingen i testscoren fra *indskrivningen til udskrivningen*. Den enkelte søjle repræsenterer den ændring, der er sket. Eksempelvis er forsøgsgruppens score på den masokistiske skala reduceret med -12 points, hvilket vil sige, at scoren er forbedret i mere normal retning ved udskrivningen. Derimod er eksempelvis forsøgsgruppens score i den narcissistiske skala øget med +2, det vil sige gået en anelse i mere patologisk retning fra indskrivning til udskrivning.

Princippet er det samme i de to næste figurer. Figur 4 viser således, hvad der sker med testresultaterne fra *udskrivningen og til follow up testen*. Figur 5 viser, hvad der sker med testresultaterne helt tilbage fra *indskrivning til follow up*.

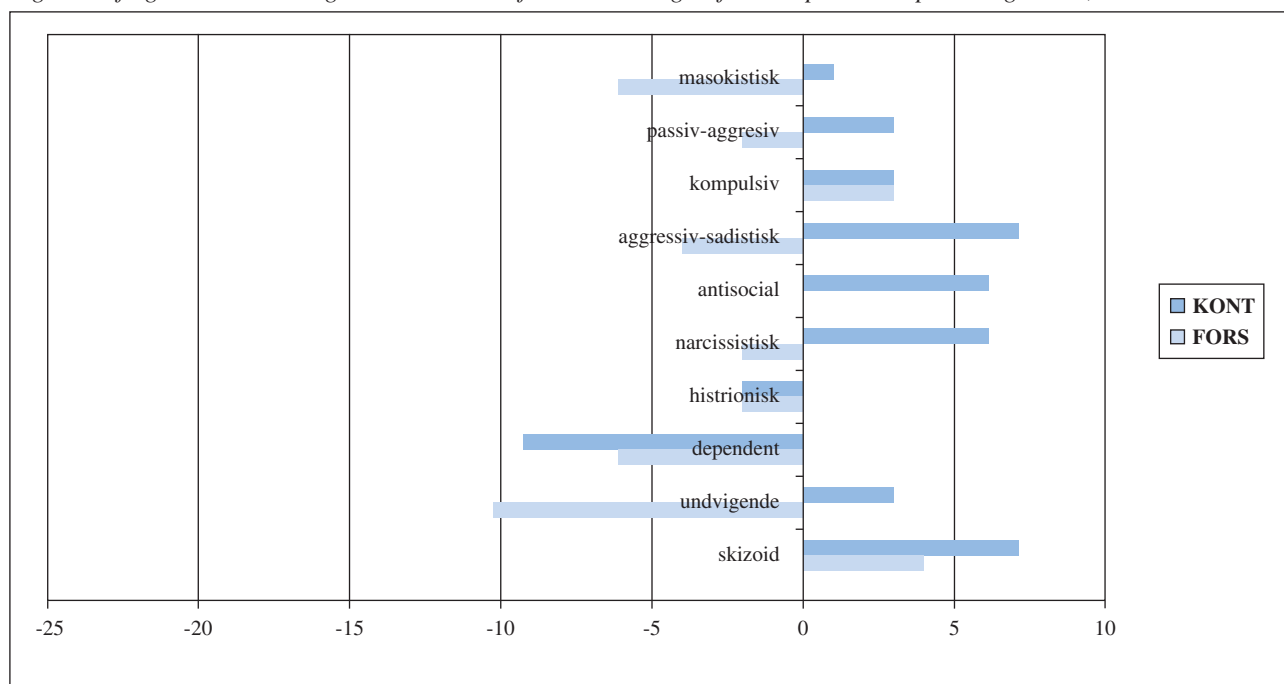
Figur 3. Afvigelse i MCMI-II gennemsnitsscore fra indskrivning til udskrivning i basale personlighedsmønstre.



Figur 3 viser, at scoren fra indskrivning til udskrivning udvikler sig i gunstig retning på 6 skalaer (skizoid, passiv-aggressiv, undvigende, masokistisk, antisocial og aggressiv-sadistisk) for begge grupper. I forsøgsgruppen ses endvidere en gunstig udvikling i skalaen for dependens, hvor kontrolgruppen går en anelse i patologisk retning. Kontrolgruppen har gunstig udvikling i 2 skalaer, hvor forsøgsgruppen går i mere patologisk retning (kompulsiv og narcissistisk). Begge grupper udvikler sig en anelse mere patologisk på den histrioniske skala.

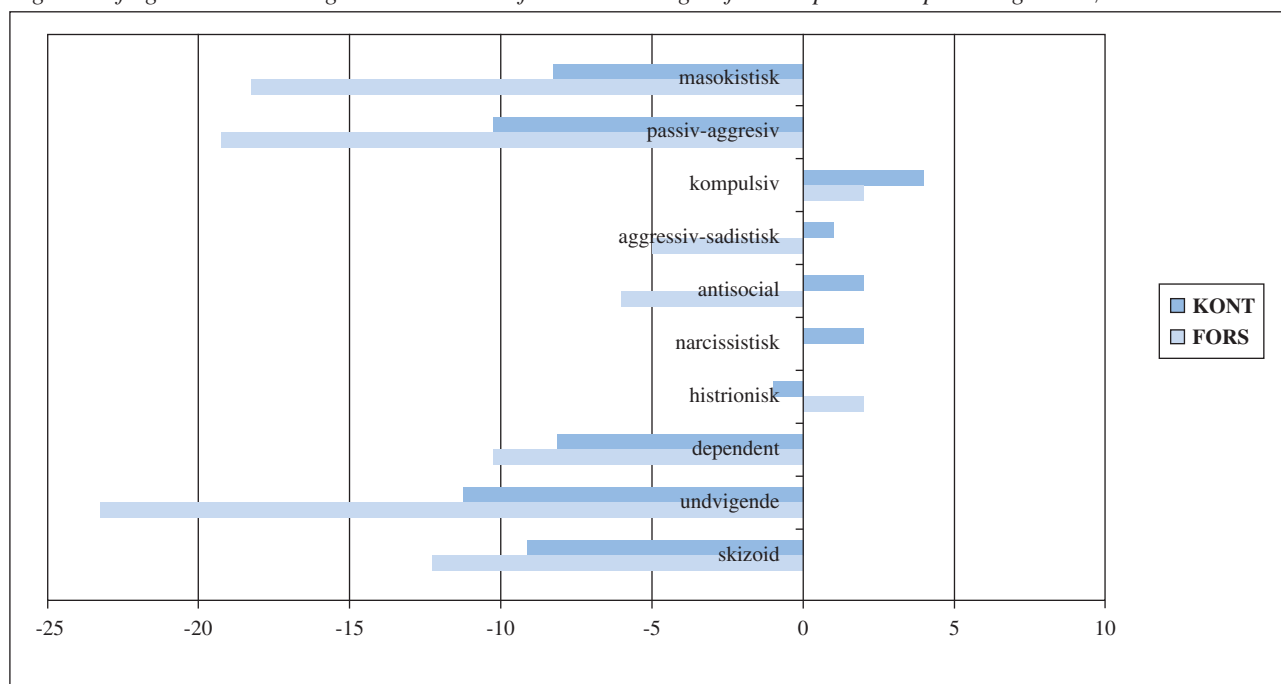
Samlet vurderet er der dog en meget betydelig overensstemmelse i de synlige udviklingstendenser under selve behandlingsforløbet: begge grupper har således en overbevisende gunstig udvikling på et flertal af de basale personlighedsskalaer.

Figur 4. Afvigelse i MCMI-II gennemsnitsscore fra udskrivning til follow up i basale personlighedsmønstre.



I figur 4 ses udviklingen fra udskrivningen til follow up tidspunktet. Det generelle billede deler sig tydeligt i to retninger: forsøgsgruppen udvikler sig fortsat gunstigt på en række skalaer (undvigende, masokistisk aggressiv-sadistisk, passiv-aggressiv, narcissistisk), medens kontrolgruppen på ligeledes en række skalaer “falder tilbage” i patologisk retning (aggressiv-sadistisk, antisocial, narcissistisk, undvigende, masokistisk). På tre af skalaerne følges de to gruppers udvikling ad (skizoid og kompulsiv i patologisk retning; dependent i gunstig retning).

Figur 5. Afvigelse i MCMI-II gennemsnitsscore fra indskrivning til follow up i basale personlighedsmønstre.



I figur 5 ses udviklingen samlet fra indskriv til follow-up, hvor forsøgsgruppens generelt klart mere gunstige udviklingstendenser er vist i forhold til kontrolgruppen. Set under et peger de tre figurer over udviklingen i de enkelte personlighedsskalaer på, at behandlingen i de to grupper virker generelt gunstigt på scoren i MCMI-II's basale personlighedsmønstre: klienterne i såvel forsøgsgruppen som i kontrolgruppen ændrer sig under behandlingen. Men for kontrolgruppens vedkommende sker der i løbet af follow up perioden et tilbagefald i retning af de oprindelige gennemsnitsscores i MCMI-II, hvorimod tendensen i forsøgsgruppen overvejende er den modsatte: den gunstige udvikling i personlighedsforstyrrelserne fortsætter i gunstig retning også under follow up perioden. Effekten af den dobbeltfokuserede behandling i forsøgsgruppen synes med andre ord at "folde sig mere og mere ud", også efter at behandlingen er overstået.

Tabel 21. Gennemførelse og frafald i forhold til BR score ≥ 75 ved forskellige personlighedstræk

	FORSØG		KONTROL		P =*
	gennemført N=	frafald N=	gennemført N=	frafald N=	
Skizoid	9	2	13	3	NS
Undvigende	13	0	17	7	.022
Dependent	17	0	18	4	NS
Histrionisk	17	5	12	11	.072
Narcissistisk	12	6	6	10	.017
Antisocial	23	7	20	13	NS
Aggressiv/sadistisk	12	4	14	10	.071
Kompulsiv	5	1	5	1	NS
Passiv-aggressiv	15	5	17	13	NS
Masokistisk	19	2	16	8	.055
Skizotypal	3	1	3	5	.091
Borderline	13	4	9	10	.074
Paranoid	3	1	3	5	NS

* Chi square

Virkingen af den dobbeltfokuserede behandling for de mest personlighedsforstyrrede klienter (BRscore ≥ 75) er undersøgt og belyst i tabel 21. Her ses forholdet mellem gennemførelse og frafald i henholdsvis forsøgs- og kontrolgruppen.

Det fremgår af tabel 21, at for klienter med BRscore ≥ 75 i skalaen "undvigende" er der signifikant færre frafald end i kontrolgruppen. Det samme gælder klienter med BRscore ≥ 75 i skalaerne histrionisk, narcissistisk, aggressiv-sadistisk, masokistisk, skizotypal og borderline. Dette viser, at de personlighedsforstyrrede klienter har klart bedre effekt (udtrykt ved gennemførelse af behandlingen) af den dobbeltfokuserede behandling end af den traditionelle i kontrolgruppen.

I tabel 22 belyses, hvorledes de personlighedsforstyrrede klienter (BRscore ≥ 75) i de to grupper udvikler sig på de enkelte personlighedsskalaer fra indskrivning til follow up.

Tabel 22. Ændringer i personlighedstræk på personer med BR score ≥ 75 ved indskrivning for det pågældende træk.

	FORSØG IND Gennemsnit	FORSØG FOLLOW UP Gennemsnit	P =*	KONTROL IND Gennemsnit	KONTROL FOLLOW UP Gennemsnit	P =*
Skizoid	101 (sd 17) N=5	76 (sd 15)	.008	86 (sd 13) N=7	71 (sd 24)	NS
Dependent	85 (sd 8) N=11	71 (sd 16)	.018	86 (sd 11) N=12	69 (sd 26)	.016
Histrionisk	88 (sd 10) N=11	78 (sd 13)	.011	84 (sd 5) N=10	79 (sd 16)	NS
Narcissistisk	91 (sd 14) N=10	76 (sd 16)	.039	83 (sd 10) N=6	68 (sd 33)	NS
Antisocial	95 (sd 13) N=13	87 (sd 18)	NS	91 (sd 12) N=14	93 (sd 17)	NS
Aggressiv-sadistisk	103 (sd 12) N=5	74 (sd 13)	.010	90 (sd 17) N=7	79 (sd 33)	NS
Kompulsiv	82 (sd 5) N=3	74 (sd 29)	NS	89 (sd 12) N=3	93 (sd 2)	NS
Undvigende	85 (sd 9) N=9	72 (sd 24)	NS	86 (sd 11) N=11	78 (sd 19)	NS
Passiv-aggressiv	98 (sd 16) N=8	62 (sd 23)	.004	90 (sd 9) N=11	72 (sd 28)	.033
Masokistisk	94 (sd 13) N=9	67 (sd 19)	.002	96 (sd 12) N=11	77 (sd 34)	.029
Skizotypal	110 (sd 0) N=2	74 (sd 33)	NS	95 (sd 25) N=2	56 (sd 15)	NS
Borderline	90 (sd 8) N=9	69 (sd 14)	.002	92 (sd 8) N=6	74 (sd 32)	NS
Paranoid	102 N=1	62	**	84 (sd 8) N=2	69 (sd 2)	NS

* T-test, ** Kan ikke beregnes, da der kun er en person

Der ses et fald i scoren på alle personlighedsskalaer i begge grupper, på nær i kontrolgruppens score i den kompulsive skala, hvor der er en stigning (ikke-signifikant) fra indskrivning til follow up. I kontrolgruppen er der signifikant reduceret score på 3 skalaer (dependent, passiv-aggressiv, masokistisk). I forsøgsgruppen er der signifikant reduktion på 8 skalaer (skizoid, dependent, histrionisk, narcissistisk, aggressiv-sadistisk, passiv-aggressiv, masokistisk og borderline).

Anskuet fra denne synsvinkel er den dobbeltfokuserede behandling altså også den traditionelle behandling klart overlegen, især når det gælder de dobbeltbelastede klienter.

8. KONKLUSION

Undersøgelsen understøtter de erfaringer, vi har fra tidligere undersøgelser, og det behandlerne møder i dagligdagen: det klientel, der modtager behandling for alkoholproblemer, har i vid udstrækning en psykisk sideproblematik til deres alkoholmisbrug, der er væsentlig for deres livsførelse og for deres behandlingsudbytte. Der er altså god grund til at udvikle metoder, der kan imødekomme de behov denne gruppe af klienter har.

Risikoen for at behandleren går fejl af klienten, så der opstår samarbejdsvanskeligheder, der truer behandlingsalliancen, er meget stor i den aktuelle klientgruppe. Projektet har derfor blandt andet drejet sig om at udvikle, implementere og afprøve en psykoterapeutisk baseret metode, som er tilpasset og forenklet på en måde og i en grad, så den er praktisk anvendelig for den "typiske alkoholbehandler i Danmark" – det vil sige en socialrådgiver eller pædagog eller tillært med anden faglig baggrund – nemlig de personer som i altovervejende grad udgør "fodfolket" i den daglige behandling af alkoholmisbrugere, der søger behandling.

Den undersøgte population er repræsentativ for Ringgårdens døgnklientel, der udgøres af en gennemgående ret tungt belastet gruppe af alkoholmisbrugere, der typisk har et langvarigt, massivt misbrug bag sig (af alkohol, men for en dels vedkommende også af hash eller nervemedicin), ofte befinder sig i social deroute eller marginalisering, og for to-tredjedels vedkommende har psykiske vanskeligheder i form af personlighedsforstyrrelse og/eller psykiske symptomidelser.

Forstyrrelserne drejer sig om et ganske bredt udvalg af forskellige karaktertyper, med antisociale, passiv-aggressive og masokistiske personlighedsmønstre som de mest fremtrædende, men hos 1/3 også med forstyrrelser på borderline-niveau. Herudfra kan det ikke overraske, at hovedparten af klienterne er plaget af problemer med humørregulering i form af dystymi og angst. Hos mændene ses et mere udadrettet antisocialt præg, hos kvinderne et mere indadrettet dependent præg.

Frafald fra behandlingen i utide er som forventet forbundet med større risiko for tilbagefald til misbrug i follow up perioden. Traditionelt opfattes et frafald ofte som udtryk for, at en klient enten skifter tilbage til en målsætning om misbrug eller at klienten ikke har haft tilstrækkelig motivation alligevel. Visse personlighedsmønstre viser sig i nærværende undersøgelse at have særlig betydning for klientens risiko for frafald. Det drejer sig især om personlighedstyper præget af en selvhævdende, selvovervurderende, aggressiv og mistroisk relationsstil.

Med hensyn til udbyttet af behandlingen for alkoholmisbrug viser follow up besvarelserne, at kun få klienter er tilbage på samme misbrugsniveau som før behandlingen, flere endnu har været totalafholdende og flest har nedsat deres alkoholforbrug i betydelig grad. Undersøgelsen bekræfter således tidligere undersøgelsers dokumentation for døgnbehandlingens effekt i forhold til denne relativt tungt belastede klientgruppe.

Undersøgelsens hovedsigte: at belyse effekten af misbrugsbehandling med dobbeltfokus inkluderende klientens forstyrrede personlighedsmønstre viser, at forsøgsgruppen har langt bedre gennemførelse, er mere ædru og holder længere inden første episode med alkohol.

I begge grupper ses en betydelig positiv effekt på klientellets testpsykologiske profiler: alkoholmisbrugerne bliver mindre personlighedsafvigende som gruppe betragtet af at være i behandling for de-

res alkoholmisbrug. For kontrolgruppen er der dog i løbet af follow up perioden tale om et ret betydeligt tilbagefald til forstyrrelsesniveauet før behandlingen: den gunstige virkning holder sig ikke. Omvendt er effekten i forsøgsgruppen ikke alene holdbar, den udvikler sig også yderligere i positiv retning i follow up perioden. Denne "folde-ud effekt" kunne tyde på, at der med den dobbeltfokuserede behandling kan startes en terapeutisk proces, der medfører en gunstig personlighedsmæssig udvikling over tid.

I projektets pilotundersøgelse (Nielsen & Røjskjær 2002) blev det konstateret, at eksempelvis gruppen af klienter med borderline personlighedsforstyrrelse havde et frafald fra behandlingen på 50%, hvilket i nærværende undersøgelse er genfundet i kontrolgruppen (53%). I forsøgsgruppen er det derimod kommet ned på 1/4 (24%).

Alt i alt skal derfor konkluderes, at der med projektets dobbeltfokuserede behandling kan opnås en effektforbedring, der netop tilfalder de mest personlighedsforstyrrede klienter – misbrugsbehandlingens "smertensbørn", som er kendt som en vanskelig gruppe både i døgnbehandling og formentlig i endnu højere grad i ambulans behandling.

Kombinationen af intensiv døgnbehandling i en struktureret miljøterapeutisk setting samt en personlighedsfokuseret behandling, hvor terapeuterne så tidligt som muligt omsætter psykologiske testresultater og caseformulering til en terapeutisk grundholdning, specifikt afpasset efter klientens personlighedsmæssige relationsstil bør derfor være et fremtidigt felt for yderligere forskning, metodeudvikling og behandling.

Undersøgelsen afdækker ikke med 100% sikkerhed, hvad det er der indvirker positivt på behandlingseffekten i undersøgelsesgruppen overfor kontrolgruppen. Altså om det er indholdet af undersøgelsesgruppens behandling, om det er de to tilknyttede gruppelederes særlige engagement eller i hvilket omfang andre terapimæssigt non-specifikke faktorer spiller ind. Men da klientgrupperne, som det er dokumenteret, er tilnærmelsesvis ens, og behandlingen i høj grad er manualiseret, er der meget der tyder på, at det vitterligt er det justerede fokus på dobbeltbelastningen, der slår igennem. Dette understøttes især af, at gennemslaget er mest markant på de personer, der udviser en høj grad af personlighedsforstyrrelse, hvilket er glædeligt, da hele undersøgelsens sigte netop var at blive bedre til at kunne rumme og behandle disse klienter.

Undersøgelsen og hele projektarbejdet har været yderst lærerigt og positivt for Ringgården både på det behandlingsmæssige og det forskningsmæssige område. Arbejdet har flyttet behandlernes viden og bevidsthed om deres daglige arbejde med de dobbeltbelastede klienter et pænt stykke, og mange af de daglige bryderier, gruppelederne har oplevet med de "bøvlede" dobbeltbelastede klienter, er der blevet sat ord og dermed forståelse på, således at den terapeutiske proces er blevet forbedret – både for behandler og for klient.

Ikke alt er endegyldigt på plads i den terapeutiske tilgang til dobbeltbelastede klienter, og ikke alle hjørner er videnskabeligt belyst og dokumenteret, men projektarbejdet har betydet et første og meget stort skridt i den rigtige retning for Ringgården. Og det skridt er af afgørende betydning, da Ringgårdens og andre døgnbeholdningsinstitutioners klientel gennem de senere år er blevet markant tungere og svært belastede, ikke mindst af dobbeltproblematik. Nu skal de næste skridt tages...

Middelfart oktober 2003
Per Nielsen & Steffen Røjskjær

9. REFERENCER

- APA, American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders Washington, DC Author
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) Washington, DC Author
- Ball,S.A. (1998): Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. Addictive Behaviors, vol. 23, 883-891
- CacciolaJ.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
- Derogatis,L.R. & Cleary,P.A. (1977) Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validity. Journal of Clinical Psychology, vol. 33
- Griggs,S.M. & Tyrer,P.J. (1981): Personality disorder, social adjustment and treatment outcome in alcoholics. Journal of Studies on Alcohol. Vol. 42, 802-805
- Jørgensen,P. (1991) Scoringsprogram til Theodore Millon Millon Clinical Multiaxial Inventory II-I (form 220 R). Institut for Personlighedsteori og Psykopatologi. Roskilde
- Kleven,M., Møllergård,M., Simonsen, E. & Strandbygaard,N. (1985) MCMI II-I. Millon Clinical Inventory (form 220 R). Institut for Personlighedsteori og psykopatologi, Roskilde
- Kosten,T.A., Kosten,T.R., & Rounsaville,B.J. (1989): Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. Journal of Substance Abuse Treatment. Vol. 6, 163-168.
- Miller,W.R., Wilbourne,P.L. & Hetttema,J.E. (2003) What works? A summary of alcohol treatment outcome research. I: Hester,R.K. & Miller,W.R. (eds.) Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives. Allyn & Bacon. New York.
- Millon,T(1977) Millon Clinical Multiaxial Inventory. Minneapolis,MN
- Millon,T. (1987) Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: Manual for the MCMI II-I. Minneapolis, MN
- 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
- Nielsen,P., Damsted,I.M. & Moesgaard,K. (2002) Projekt ALF. Personlighedsmønstre og behandlingsstrategier. (manual). Ringgården, Afdeling for forskning & formidling. Middelfart
- Nielsen,P. & Røjskjær,S. (2002) Dobbeltbelastede alkoholmisbrugere I døgnbehandling. Nordisk Alkohol og Narkotika Tidsskrift, vol. 19(2), pp. 123-137
- Retzlaff,P. (1995) Clinical application of the MCMI-III. in: Retzlaff,P. (ed): Tactical psychotherapy of the personality disorders. Boston Allyn & Bacon
- Rounsaville,B.J., Kranzler,H.R., Ball,S., Tennen,H., Poling,J. & Triffleman,E. (1998): Personality disorders in substance abusers: relation to substance abuse. Te Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 186, 87-95
- Samuelson,A.K, Nielsen,P. & Røjskjær,S. (1998): Alkohol - misbrug og mestring. Behandlingshjemmet Ringgården
- Strandbygaard, N. (1994): Om Theodore Millon. Institut for Personlighedstori og Psykopatologi.

Verheul,R., van den Brink,W. & Hartgers C. (1995): Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: an overview. *European Addiction Research* 1995; 1: 166-177

Young,J.E. (1994): *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused-approach*. Sarasota, FL: Professional Ressource Exchange, Inc.