

RO PÅ

- hjælp til kriminelle

Ny forskning udfordrer behandlingspessimismen i forhold til at hjælpe mennesker, der foruden problemer med alkohol- og stofmisbrug også har en antisocial personlighedsforstyrrelse.

AF BIRGITTE THYLSTRUP, SIDSEL SCHRØDER
& MORTEN HESSE

Mennesker med misbrugsproblemer er ofte også involveret i kriminalitet. Virkningen af selve stofferne på centralnervesystemet - eller de penge, der skal bruges til at skaffe stoffer - kan bidrage til denne kriminalitet. For en del mennesker med misbrugsproblemer er såvel brugen af stoffer og alkohol som kriminalitet imidlertid led i et livslangt mønster af brud på sociale regler, overskridelse af andres grænser og impulsive handlinger, hvor store beslutninger træffes uden tilstrækkelig omtanke og ender med at skabe problemer for personen selv og andre. Dette mønster betegnes i den psykiatriske diagnostik som en antisocial personlighedsforstyrrelse (DSM-5)⁽¹⁾. Personlighedsforstyrrelser er igen en bredere kategori af forstyrrelser, som har det til fælles, at de beskriver vedvarende mønstre af vanskeligheder med adfærd, sociale relationer, tænkning og følelsesliv, som i modsætning til de mere snævre psykiske forstyrrelser såsom angst eller depression præger alle aspekter af en persons liv og kommer til udtryk på en række forskellige arenaer i hverdagen.

Hvad er antisocial personlighedsforstyrrelse?

Diagnosesystemet definerer antisocial personlighedsforstyrrelse som følgende:

- Indikation for, at patienten inden det fyldte 15. år har opfyldt kriterierne for tidlig adfærdsforstyrrelse.
- Mindst tre af de følgende punkter opfyldes vedvarende efter det fyldte 18. år:
 - Overskridelse af samfundets normer i form af handlinger, der kan medføre anholdelse.
 - Bedrageriskhed i form af gentagne løgne, brug af alias'er eller falsk identitet - eller at have narret andre for profit eller fornøjelse.

- Impulsivitet og fravær af langsigtet planlægning.
- Irritabilitet eller aggressivitet, som kommer til udtryk i form af slagsmål eller overfald.
- Hensynsløs tilsidesættelse af egen og andres sikkerhed.
- Vedvarende uansvarlighed, indikeret ved ikke at søge at forsørge sig selv eller ikke at søge at opfylde finansielle forpligtelser.
- Nedsat evne til at føle anger, indikeret ved ligegyldighed overfor - eller rationalisering, altså søge fornuftsbetonede grunde til - at have såret, skadet eller stjålet fra andre.

Mønsteret er synligt allerede hos børn i skolealderen⁽²⁾, er næsten altid til stede, før misbruget udvikler sig til et problem⁽³⁾, og kan derfor ikke reduceres til konsekvenserne af stoffer og alkohol.

Forskning fra USA peger på, at omkring 20% af mennesker med alkoholafhængighed og omkring 40% af mennesker med stofafhængighed opfylder kriterier for en antisocial personlighedsforstyrrelse⁽⁴⁾. Den antisociale personlighedsforstyrrelse kommer blandt andet til udtryk ved, at patienterne oftere begår vold mod deres partner⁽⁵⁾, og at deres børn belastes⁽⁶⁾.

På længere sigt har antisocial personlighedsforstyrrelse en stærk prognostisk, forudsigende betydning, idet personer, som har forstyrrelsen, har større risiko for at komme i konflikt med retsvæsenet årtier efter, at de først har været i kontakt med misbrugsbehandlingen⁽⁷⁾. For kvinder gælder endvidere, at antisociale træk forudsiger dårlig integration på arbejdsmarkedet efter afsluttet misbrugsbehandling⁽⁸⁾. De vanskeligheder, som knytter sig til antisocial personlighedsforstyrrelse, har således stor betydning for personen selv, for vedkommendes personlige relationer og for det omgivende samfund.

Behandling af misbrug og antisocial personlighedsforstyrrelse

Undersøgelser viser, at behandling af misbrug kan være lige så effektiv hos mennesker med antisocial personlighedsforstyrrelse som hos andre med misbrug⁽⁹⁾. Men når mennesker med antisocial personlighedsforstyrrelse er i behandling for deres misbrug, har de en forhøjet risiko for at falde ud af behandlingen⁽¹⁰⁻¹²⁾, ofte fordi de havner i konflikter med personalet, føler sig kontrolleret af behandlingen eller synes, at behandlingen overskrider deres grænser⁽¹³⁾. Der er derfor et stort behov for forskning, som adresserer denne problematik, og for udvikling af relevante metoder til at behandle mennesker med antisocial personligheds-

forstyrrelse og med et samtidigt misbrug af stoffer og alkohol. Metoder, som kan hjælpe dem til at forblive i behandlingen og samtidig øge deres udbytte af denne behandling.

Behandling af antisocial personlighedsforstyrrelse

Samlet set er der en meget begrænset evidensbasis for, hvad man skal gøre for at hjælpe mennesker med antisocial personlighedsforstyrrelse. Der kendes ingen medicinsk behandling, som adresserer kerneproblematikkerne i antisocial personlighedsforstyrrelse. Traditionelt har der været en vis behandlingspessimisme med hensyn til forstyrrelsen og en række beslægtede



diagnoser som dyssocial personlighedsforstyrrelse og psykopati. Et mindre antal undersøgelser af psykoterapeutisk behandling er i gang eller gennemført, særligt i Europa, i psykiatrisk^(15,16) og retspsykiatrisk⁽¹⁷⁾ regi. Den ene afsluttede undersøgelse omfattede blot 50 patienter, hvoraf halvdelen blev tilbudt kognitiv adfærdsterapi⁽¹⁵⁾. Selv om resultaterne var lovende i forhold til effekter på misbrug, var undersøgelsen dog for lille til at kunne sige noget om behandlingens effekt, og der sås ingen ændring i selvrapporteret aggression⁽¹⁵⁾. En tidlig analyse af de første 30 patienter fra en hollandsk undersøgelse indenfor retspsykiatrisk behandling peger på, at en såkaldt multi-modal behandling, der kombinerer gruppeterapi, individuel terapi og en række andre støtteforanstaltninger, kan reducere risikoen for kriminelt recidiv, for at falde tilbage i kriminaliteten⁽¹⁷⁾. Imidlertid er de endelige resultater af denne undersøgelse endnu ikke tilgængelige.

Psykoedukation

Psykoedukationer en samlebetegnelse for tiltag, som sættes i værk for at øge personens forståelse af sin egen sygdomstilstand og for at hjælpe vedkommende til aktivt at deltage i behandlingen, både ved selvomsorg og ved at søge professionel hjælp, hvor det er ønskeligt. Psykoedukation anvendes således bredt indenfor såvel somatiske som psykiske sygdomme og udføres i stigende grad systematisk.

Man kan sige, at psykoedukation sigter mod at øge selvforståelsen. Således indgår omfattende komponenter af psykoedukation i specialskoletilbud til eksempelvis børn med autisme og ADHD. Hvis psykoedukation gøres omhyggeligt og hensynsfuldt, kan det hjælpe personen til selv at forstå sine adfærdsmæssige vanskeligheder, og hvordan de påvirker ham eller hende selv og andre⁽¹⁸⁾. En sådan øget forståelse kan så på den anden side hjælpe personen til at træffe mere informerede valg om at søge og modtage hjælp til sine problemer fra andre. Man kunne således antage, at man ved hjælp af psykoedukation kan guide personer med antisocial personlighedsforstyrrelse til bedre at forstå sig selv og derved bedre forstå de konflikter, de ender i, og de valg, de træffer. Overraskende nok er det sådan, at når det gælder personlighedsforstyrrelserne, så rapporterer mange behandlere



indenfor psykiatrien, at de opfatter psykoedukation som meget vigtig, men at de sjældent udfører aktiv psykoedukation i forhold til deres patienter⁽¹⁹⁾.

Der eksisterer ingen forskning i psykoedukation for antisocial personlighedsforstyrrelse, og kun meget begrænset forskning om psykoedukation for andre personlighedsforstyrrelser. En enkelt kontrolgruppeundersøgelse af patienter med en anden type forstyrrelse, borderline personlighed, viste, at psykoedukation havde en effekt på impulsiv destruktiv adfærd og reducerede kaotiske relationer⁽²⁰⁾. Man kan således have en forhåbning om, at et kort, psykoedukativt forløb kan reducere adfærdsproblemer hos mennesker med antisocial personlighedsforstyrrelse, hvilket potentielt kunne omfatte misbrug af alkohol og stoffer og aggressiv adfærd overfor andre.

Misbrugsbehandling

I Danmark findes der ingen systematiske undersøgelser af udbredelsen af antisocial personlighedsforstyr-



relse indenfor misbrugspopulationer, men baseret på de internationale undersøgelser må den antages at være langt højere end i normalbefolkningen. I praksis omfatter misbrugsbehandling typisk psykosocial støtte med samtalebehandling og støtte til koordinering af forskellige indsatser – alt sammen gennemført af tværfaglige teams. Det er komponenter, der matcher godt med behovene hos mennesker med antisocial personlighedsforstyrrelse, som netop typisk har mangeartede og komplicerede problemer⁽¹⁴⁾. En udfordring i misbrugsbehandling er dog, at der er stor risiko for personaleudskiftning som følge af områdets relativt lave prestige, og at der er mange andre prioriteter i behandlingsarbejdet end at fokusere på antisocial og kriminel adfærd. Den primære opgave for misbrugsbehandling er i sagens natur at arbejde med rusmiddelforbrug, men hertil kommer, at de mange relevante koordinationsopgaver med andre sociale myndigheder naturligvis også vil konkurrere med en behandling, der fokuserer på den antisociale adfærd.

” ..’Det er ’Ro på’, der har lært mig, at det ikke kan betale sig, selvom jeg stadig har lyst til at slå, skeje ud, og jeg gør det også nogen gange.’

Livsstiletperspektivet

Lektor Glenn Walters ved Kutztown University har udviklet *livsstiletperspektivet* i forbindelse med sit arbejde med indsatte i fængsler i Federal Correctional Institution-Schuylkill, Pennsylvania. Livsstiletperspektivet ser kriminalitet som en afspejling af en livsstil med fire basale komponenter:

- Uansvarlighed
- Brud af sociale regler
- Mådesløshed
- Overskridelse af andres personlige grænser

Begrebet om livsstil anvendes, fordi livsstil som begreb implicit tillader muligheden for at tænke forandring, i modsætning til eksempelvis begreber som at være ’kriminelt’ eller ’personlighedsforstyrret’, som implicit betegner identitet og dermed en mere permanent tilstand⁽²¹⁾. Centralt for livsstiletperspektivet er, at den kriminelle livsstil bæres og vedligeholdes af selvopfattelsen og af opfattelsen af verden og andre. Således øges tendensen til at tænke kriminelt ved kriminel adfærd, ligesom kriminel tænkning bidrager til at vedligeholde den kriminelle adfærd (22). Der er således et godt match mellem livsstiletperspektivet og psykoedukation, idet man i psykoedukation arbejder med selvforståelse, og i livsstiletperspektivet netop ser forandringer i selvforståelsen som grundlaget for adfærdændring.

Behandling af antisocial adfærd ud fra livsstiletperspektivet

Glenn Walters har i samarbejde med kolleger i fængselsvæsenet udviklet et omfattende behandlingsprogram, ’Lifestyle Issues’. Programmet er vist at have effekter på kriminel recidiv⁽²³⁾ og anvendes i dag i en række skandinaviske fængsler, bragt til Sverige af Gun-

nar Bergström. Programmet gennemføres som gruppebehandling, og manualen specificerer, at sessionerne er fuldt strukturerede, så det ikke er nødvendigt at have specielle forudsætninger for at gennemføre dem. Dette er centralt for behandling i fængsel, hvor det ofte er betjente eller andre uden uddannelse i psykosocial behandling, som skal stå for behandlingen.

Til vores projekt, projekt 'Ro på', valgte vi på denne baggrund Glenn Walters model som udgangspunkt for udvikling af et kort psykoedukativt program til borgere indskrevet i dansk misbrugsbehandling. Glenn Walters var så venlig at sende os sin upublicerede manual for sit 'Lifestyle Issues' program, og vi udviklede på basis af dette program en kortere, psykoedukativ manual. En række tilpasninger var imidlertid nødvendige, for at vi kunne anvende modellen i ambulante misbrugsbehandling i Danmark, blandt andet var det nødvendigt at tilpasse modellen til den ambulante kontekst i misbrugsbehandling, herunder at forkorte den og ændre den fra et gruppeformat til et individuelt format.

Særligt er det kognitive arbejde med deltagernes tænkning reduceret. Dette er ikke gjort ud fra en antagelse om, at det kognitive arbejde ikke er væsentligt, men ud fra en afvejning af, at den centrale opgave for et kort, psykoedukativt forløb er at skabe en bevidsthed om de centrale problematikker, og at der næppe ville være tilstrækkelig tid til at lave en egentlig kognitiv behandling indenfor rammerne af et sådant forsøg. Manualen er dog ligesom 'Lifestyle Issues' fuldt struktureret. Udover, at dette mindsker variationen indenfor den behandling, som leveres, har det også en vigtig funktion i forhold til at støtte behandleren i at fastholde sig i en rolle som guide til selverkendelse, snarere end som en støtte og hjælper for klienten. Dette er centralt, fordi borgeren i modsat fald let kan falde ind i en rolle, hvor en person, der optræder som støtte og hjælper, bliver en person, der skal udnyttes og manipuleres til at opfylde borgerens umiddelbare behov.

Undersøgelsens design og metode

Vi afprøvede 'Ro på'-manualen i et pilotforsøg i 2010⁽²⁴⁾, efterfulgt af en større effektundersøgelse, som nu er afsluttet. Effektundersøgelsen blev gennemført som en multicenter lodtrækningsundersøgelse med

” ...'Man kan se, at man kan reagere på andre måder, der giver mere mening.'

deltagelse fra 23 behandlingsenheder fordelt på 13 kommuner. Fordelingen mellem kontrolgruppen og den gruppe, der skulle deltage i 'Ro på', blev fordelt i en ratio 1:1. For hver deltagende enhed blev der produceret en liste med tilfældige tal fordelt i blokke af fire eller seks numre per blok. Ved at blokkene skifter tilfældigt, bliver det praktisk taget umuligt for behandlere, som henviser klienter, at forudsige, hvad den næste lodtrækning vil blive. Derved forebygges, at behandlere bevidst eller ubevidst søger at påvirke, hvem der bliver udtrukket til eksperimentgruppe ('Ro på'), og hvem der får kontrolgruppebehandling.

Behandlere og screenere

De behandlere, som stod for den indledende screening i forhold til inklusionskriterierne og information til potentielle undersøgelsesdeltagere, blev udpeget af lederne. Alle behandlere, som skulle screene, deltog i et kursus på en halv dag, hvor de fik en kort introduktion til spørgeskemaer, der blev brugt i undersøgelsen, og blev præsenteret for samtykke, undersøgelsens rammer, frivillighed i forhold til deltagelse, og fik mulighed for at stille spørgsmål til forskergruppen. Til brug for screeningen fik behandlerne derudover udleveret et flowchart, så de kunne se, hvordan de skulle forholde sig, når de nåede til bestemte steder i screeningsprocessen.

De behandlere, som skulle gennemføre 'Ro på'-samtalerne, blev ligeledes udpeget af deres ledere, dog sådan, at de fleste behandlere, som blev uddannet, selv var villige til at deltage i undersøgelsen. Behandlerne modtog manualen som en word-fil og deltog efterfølgende i et 1½-dags kursus, hvor der blev gennemført rollespil af de enkelte sessioner. Der er således tale om en ganske begrænset uddannelsesindsats.

Inklusionskriterier

Inklusionskriterierne for patienter til undersøgelsen var:

- Misbrug af stoffer eller alkohol

- Antisocial personlighedsforstyrrelse
- Villig og i stand til at give relevante samtykker for undersøgelsen.
- Mellem 18 og 65 år gammel
- Passende danskundskaber
- Fravær af psykoser og alvorlige kognitive problemer

Personale på de deltagende behandlingssteder kontaktede borgere, som enten aktuelt var i behandling, eller som netop havde søgt behandling for et stof- eller alkoholmisbrug, og spurgte, om de var villige til at høre nærmere om undersøgelsen. Borgere, som var villige til at deltage, blev interviewet med antisocialmodul fra MINI-interviewet, der er et kort, diagnostisk struktureret, neuropsykiatrisk interview, som er baseret på kriterierne i DSM-IV, og ikke kræver særlige uddannelsesmæssige forudsætninger ⁽²⁵⁾. Hvis de opfyldte kriterierne for antisocial personlighedsforstyrrelse, blev de informeret om, at de ifølge interviewet muligvis havde denne problematik, og spurgte om, hvorvidt de var villige til at drøfte dette med en behandler i 'Ro på'-samtalerne.

'Ro på'-forløbet

'Ro på'-forløbet var planlagt til at skulle omfatte seks samtaler, og behandlerne var instrueret i at foretage lydoptagelser af sessionerne og indsamle spørgeskemaer om deltagernes tilstand ved begyndelsen af hver samtale samt tilkendegive deres vurdering af samtalen ved slutningen af samtalen. Alle, der blev tilbudt 'Ro på', havde samtidig adgang til standard-misbrugsbehandling, som i forsøget var den behandling, som behandlingsstedet almindeligvis ville have tilbudt den enkelte borger. Det vil sige, at klienten dels skulle have adgang til substitutionsbehandling efter Sundhedsloven, såfremt han eller hun var opioidafhængig, dels skulle have et psykosocialt tilbud.

Resultatmål

Resultatmålene for den foreliggende undersøgelse var, som defineret i forsøgsregistreringen, opdelt i primære og sekundære mål. De primære mål var (alle for de sidste 30 dage):

- Dage stoffri, altså uden forbrug af alkohol eller illegale stoffer.
- Addiction Severity Index narkotika- og medicinbelastning.

- Addiction Severity Index alkoholbelastning.
- Generel aggression, målt med Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ, 26).
- Interpersonel aggression, målt med The Self-Report of Aggression and Social Behavior Measure⁽²⁷⁾.

Sekundære mål var:

- Fastholdelse i behandling.
- Tilfredshed med behandling målt med Attkinson Client Satisfaction Questionnaire^(28, 29).
- Oplevelse af at have modtaget hjælp for en antisocial personlighedsforstyrrelse.

Styrkeberegning

Styrkeberegning er en beregning, som har til formål at vurdere, hvor mange deltagere man bør have i et lodtrækningsforsøg for at få resultater, der kan vise en effekt, hvis behandlingen virkelig gør en forskel. Med to lige store grupper, og en forventet korrelation på 0,6 mellem måletidspunkter, og to opfølgingsbølger, en forventet effektstørrelse svarende til 0,4 standardafvigelse, oget signifikansniveau på 0,05, og power på 0,80 (30), viste styrkeberegningen, at der ville være behov for 140 patienter. Fordi vi vidste, at der kunne være frafald, sigtede vi mod at inkludere 200 deltagere i undersøgelsen.

Opfølgning

Opfølgning ved 3, 9 og 15 måneder blev gennemført af medarbejdere ved Center for Rusmiddelforskning. Interviewerne blev informeret om undersøgelsens overordnede formål, men ikke om den enkelte deltagers status med hensyn til lodtrækning. Eftersom en del af deltagerne i undersøgelsen ikke længere var i behandling, da vi gennemførte opfølgningerne, gik vi igennem en række procedurer for at lokalisere dem: Deltagerne blev i første omgang kontaktet ved hjælp af det telefonnummer, de selv havde opgivet. Når det ikke fungerede, kontaktede vi det behandlingssted, hvor de havde været indskrevet i behandling, og derefter de pårørende eller bekendte, deltagerne havde angivet ved baselinemålingen. Endelig søgte vi i folkeregisteret efter nye adresser, hvis intet andet fungerede. Interviews blev gennemført, hvor det nu var muligt og belejligt for deltagerne.

Opgørelse af resultaterne

Resultaterne blev analyseret efter 'intention to treat'-princippet, hvilket vil sige, at deltagere, der var udtrukket til 'Ro på', blev analyseret som havende været i 'Ro på', uanset om de var dukket op til nogen samtaler eller ej. Dermed undgås det, at resultaterne mere kommer til at handle om deltagernes motivation end om virkningen af behandlingen.

Resultater:

Deltagere

I alt 378 personer blev registreret som screenet til undersøgelsen. Af disse kunne 176 randomiseres, og 96 blev udtrukket til 'Ro på' og 80 til standardbehandling. Der var skemaer med manglende data imellem, hvorfor antallene for baggrundsoplysninger kan variere.

Belastningsniveau

Af alle deltagere havde 55% været i fængsel, og af disse igen havde 15% været indsat i et lukket fængsel. En del af forklaringen på, at så relativt mange aldrig havde været i fængsel, er, at de endnu ikke havde været involveret i kriminalitet længe nok til, at de havde nået at få en fængselsdom. Deltagere, der havde været i fængsel inden lodtrækningen, var således en del ældre end deltagere, der aldrig havde været i fængsel (36 år versus 26 år, $t(161)=-8.22$, $p<0.001$).

Også på en række andre områder var deltagerne belastede, ligesom tilfældet er for grupper med antisocial personlighedsforstyrrelse i andre lande(14): Hele 23% havde ikke gennemført folkeskolens afgangsprøve, og kun 25% havde gennemført mere end folkeskolen. 52% havde været uden bolig i mindst en måned, 25% havde boet på herberg, og 28% oplyste, at de havde været indlagt på et psykiatrisk hospital. Hertil kommer, at 67% havde været i behandling for et misbrug tidligere, enten i form af døgnbehandling, ambulante behandling eller begge dele.

Indenfor de sidste 12 måneder oplyste 56% at have begået tyveri, 30% indbrud, 59% at have været i slagsmål, 26% at have begået overfald, 69% at have handlet med stoffer, 46% at have kørt mere end det dobbelte af fartgrænsen, og 30% at have kørt spiritus-

kørsel. Indenfor de seneste 30 dage før randomisering havde 48% begået kriminalitet for profit.

Gennemførelse af samtalerne

Af 96 klienter, som var udtrukket til 'Ro på', kom 71 (76%) til mindst én samtale, og 22 (23%) kom til alle seks samtaler. Halvdelen kom til to eller flere samtaler. Dette afspejler, at deltagernes livssituation er sådan, at det ofte er vanskeligt at fastholde sig selv i et samtaleforløb, og det er således et ganske typisk mønster i gennemførelse af behandlingssamtaler (31, 32).

Opfølgning

Tre måneder efter lodtrækning blev 79% af deltagerne interviewet, og ni måneder efter blev 69% interviewet. De fleste opfølgningsinterviews (75%) blev gennemført på forskellige misbrugsbehandlingssteder, 9% blev gennemført i klienternes hjem, 3% i fængsler, 12% andre steder, og 1% blev gennemført som telefoninterviews.

Virkninger på stof- og alkoholbrug og selvrapporeret aggression

Analyserne af data viste, at de, der var udtrukket til 'Ro på' havde signifikant mindre ASI-stofbrug ved tre måneders opfølgning ($p < 0,05$) og flere dage uden stofbrug ($p < 0,01$). Ved 9 måneders opfølgning var stofbelastningen faldet, også i kontrolgruppen.

De to mål for aggression viste store og statistisk signifikante fald i aggression, både i 'Ro på' gruppen og i standard misbrugsbehandling, både for generel aggression og for interpersonel aggression. Der sås ingen forskelle mellem de to grupper.

Kommentarer

'Ro på' undersøgelsen viste, at et meget kort forløb med fokus på at skabe bevidsthed om antisocial adfærd kan forbedre effekten af misbrugsbehandling. Det til trods for, at en del af de borgere, der fik tilbuddet, slet ikke dukkede op til nogen samtale, og at langt de fleste droppede ud af samtalerne, før de var afsluttet.

Der skete store fald i aggression i løbet af behandlingen, uanset om borgerne havde fået tilbuddet om 'Ro på' eller ej. Det kunne man tænke sig skulle forstås som en effekt af tid i misbrugsbehandling, altså, at det virker blot at være i behandling. Men man kan



ikke fortolke disse resultater på den måde. Det er lige så rimeligt at tro, at det kan være et udtryk for, at man besvarer et spørgeskema på en anden måde, anden gang man besvarer det, en såkaldt 'retest-effekt', eller at deltagerne kom ind i behandlingen på et tidspunkt, hvor deres aggressive adfærd af den ene eller anden grund var på et højdepunkt. Således illustrerer 'Ro på'-undersøgelsen også, hvorfor det er nødvendigt med kontrolgrupper, for at man kan sige, hvad der skyldes behandling, og hvad der ikke skyldes behandling.

Oplevelser fra deltagere og behandlere

Det er vores oplevelse fra både vores pilotprojekt og effektundersøgelsen, at behandlerne har været positive og interesserede i at lære et konkret redskab til at arbejde med misbrugere med antisocial personlighedsforstyrrelse, og at rollespillene på kurset havde stor betydning for den læring, der skete. Selvom rollespil godt kan virke lidt grænseoverskridende i starten, havde det stor betydning for at fornemme, hvordan man kunne arbejde med målgruppen i praksis ved brug af manualen. Det gav nemlig mulighed for at øve sig på, hvordan man kunne holde fokus i samtalerne, arbejde med modstand, reflektere over de reaktioner, der kan opstå i arbejdet med mennesker med sammenfaldende misbrug og antisocial personlighedsforstyrrelse og i det hele taget afprøve de udfordringer og positive overraskelser, der kan ske i samtaler med målgruppen.

Det er vores indtryk, at selve arbejdet med ma-

” ...Har ikke været oppe at slås, har ikke stjålet, ikke taget stoffer, tænker anderledes.”

nualen har været rimeligt ukompliceret, og at en del behandlere har oplevet det som en lettelse at have et konkret værktøj, som de kunne bruge i arbejdet med målgruppen, og som de vidste adresserede de relevante udfordringer. Derudover har manualen også fungeret som en støtte i forhold til samarbejdet med borgeren, fordi den har etableret en struktur, åbenhed og gennemsigtighed i forhold til, hvad der skulle ske i samtalerne.

Deltagerne blev spurgt om deres oplevelse af, hvad 'Ro på' gik ud på. Nogle beskrev meget klart formålet med 'Ro på'. For eksempel fortalte en: 'Det har givet mig et indblik i, hvilke sider i mig, der benytter sig af impulsiv adfærd, og under hvilke omstændigheder, jeg gør det', og en anden beskrev: 'En øjenåbner, stof til eftertanke'. At arbejdet med 'Ro på' ledte til mere indsigt i egen adfærd blev også afspejlet i en borgers udtalelse om, at 'Ro på' giver: 'Forståelse for sig selv – giver forståelse for problemer og dermed livsstilen', mens en beskrev det, der konkret blev arbejdet med i samtalerne: 'At forandre en fra at fare hurtigt

op og i stedet stoppe op og tænke'. I samtalerne bliver det understreget, at arbejde med at ændre livsstil både sker til samtalerne og uden for behandlingen, i borgernes eget liv. At dette stiller krav til fokus, som kan være svært for denne målgruppe, blev blandt andet tydeligt i en borgers beskrivelse, som netop afspejler udfordringen med at være stabil og arbejde fokuseret på et mål, selvom der måske er et ønske om det: 'Giver mig værktøjer til at ændre adfærd, men der sker for mange ting i hverdagen, som har gjort det svært for mig at holde fokus. Jeg har kun beskæftiget mig med det under sessionerne og ikke efterfølgende'.

På trods af de udfordringer, der kan vise sig i forhold til at arbejde med at ændre livsstil og adfærd, var der også flere, der var i stand til at beskrive, hvorfor der alligevel var noget, der gik bedre i deres liv, efter at projektet var startet. En beskrev blandt andet: 'Lært mere om min adfærd og især mit temperament, fået ekstra opmærksomhed på mig selv, jeg er blevet mere tolerant', mens en anden fortalte om, at han: 'Tænker mere over tingene, inden jeg gør tingene'. At den øgede forståelse for de problemer, som den impulsive adfærd skaber for nogle, derudover havde resulteret i konkrete livsstilændringer viste sig blandt andet i en beskrivelse fra en borger, som fortalte: 'Har ikke været oppe at slås, har ikke stjålet, ikke taget stoffer, tænker anderledes; de skal ikke have lov at ødelægge min dag'. En anden beskrev: 'Er mere glad – har fået lukket de fleste misbrugere ud af mit liv', og en fortalte, at han havde: 'Indset, hvordan jeg har været. Fokus på, hvad jeg gerne vil fremadrettet med mit liv'.

I forhold til, hvilken rolle 'Ro på' havde haft for oplevelse af ændringer, fortalte flere, at det netop havde fungeret som en øjenåbner. Eksempelvis fortalte en: 'Øjenåbner, mere syn på, hvordan jeg var', mens en anden fortalte, at: 'Det er 'Ro på', der har lært mig, at det ikke kan betale sig, selvom jeg stadig har lyst til at slå, skeje ud, og jeg gør det også nogle gange'. Den sidste udtalelse illustrerer meget godt, hvordan de livsstilsforandringer, som 'Ro på' søger at facilitere, ikke sker over en nat, men at der snarere er tale om en længere proces, der sættes i gang, hvor borgerne begynder at forholde sig til deres livsstil og arbejde med at ændre adfærd'. De konkrete redskaber, som borgerne tilbydes i 'Ro på', synes at have betydning for deres eget arbejde med at ændre livsstil, særligt

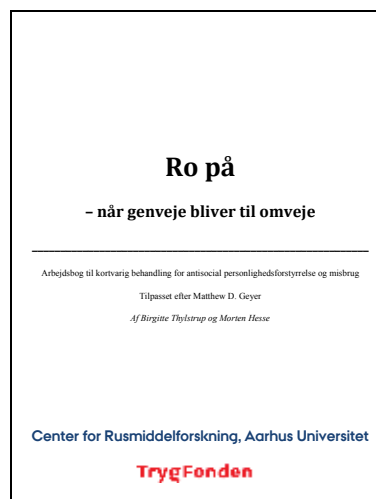
den såkaldte 'URK-model', hvor borgeren arbejder med at forstå konsekvensen af egne reaktioner, og om det er muligt at reagere anderledes, så der ikke opstår ligeså mange negative konsekvenser for borgeren selv og andre. En beskriver for eksempel: 'URK-modellen gør, at man kan se, at man kan reagere på andre måder, der giver mere mening', mens en anden beskriver at have haft fokus på de værdier, der ligger bag hans reaktioner: 'Bruger redskaber, hænger på køleskab. Værdier, positive/negative, bruger det løbende i forhold til kæresten'. En borger beskriver: 'Jeg har brugt det i perioder, men dette er ikke det, jeg har levet efter' – en udtalelse, som meget fint understreger, at selvom 'Ro på' har vist sig at have effekt og derfor fungerer som et reelt tilbud til en målgruppe, der ofte ikke modtager behandling, der retter sig specifikt mod deres problemer, så er der tale om et program, der er tænkt som et tilbud, der kan støtte misbrugsbehandling i, i højere grad at inkludere målgruppen og arbejde fokuseret med deres problemer og motivation for ændring af livsstil, men at programmet ikke skal stå alene og bør følges op af andre indsatser i misbrugsbehandling. ■

Denne undersøgelse er støttet af TrykFonden (j.nr. 7-10-0705) og Reckitt-Benckiser (unummereret bevilling).

Kontakt: Birgitte Thylstrup, bt.crf@psy.au.dk;
Sidsel Schrøder, ss.crf@psy.au.dk; Morten Hesse, mh.crf@psy.au.dk

Find arbejdsbogen til 'Ro På' her:

http://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/redskaber/_Ro_paa_-_arbejdsbog.pdf





Referencer

1. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Association AP, editor. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Fergusson DM, Horwood JL, Ridder EM. Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46(8):837-49.
3. Guldager S, Linneberg IH, Hesse M. Order of age at onset for substance use, substance use disorder, conduct disorder and psychiatric illness. *Mental Health and Substance Use*. 2012;5(2):73-84.
4. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiat*. 2004;65(7):948-58.
5. Fals-Stewart W, Leonard KE, Birchler GR. The occurrence of male-to-female intimate partner violence on days of men's drinking: The moderating effects of antisocial personality disorder. *J Consult Clin Psych*. 2005;73(2):239-48.
6. Fals-Stewart W, Kelley ML, Cooke CG, Golden JC. Predictors of the psychosocial adjustment of children living in households of parents in which fathers abuse drugs - The effects of postnatal parental exposure. *Addict Behav*. 2003;28(6):1013-31.
7. Fridell M, Hesse M, Jaeger MM, Kuhlhorn E. Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: Relation to type of substance and type of crime. *Addict Behav*. 2008;33(6):799-811.
8. Jansson I, Hesse M, Fridell M. Influence of Personality Disorder Features on Social Functioning in Substance-Abusing Women Five Years after Compulsive Residential Treatment. *Eur Addict Res*. 2009;15(1):25-31.
9. Gibbon S, Duggan C, Stoffers J, Huband N, Vollm BA, Ferriter M, et al. Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(6):CD007668.
10. Daughters SB, Stipelman BA, Sargeant MN, Schuster R, Bornoalova MA, Lejuez CW. The interactive effects of antisocial personality disorder and court-mandated status on substance abuse treatment dropout. *J Subst Abuse Treat*. 2008;34(2):157-64.
11. Siqueland L, Crits-Christoph P, Gallop R, Barber JP, Griffin ML, Thase ME, et al. Retention in psychosocial treatment of cocaine dependence: Predictors and impact on outcome. *Am J Addiction*. 2002;11(1):24-40.
12. Ohlin L, Hesse M, Fridell M, Tatting P. Poly-substance use and antisocial personality traits at admission predict cumulative retention in a buprenorphine programme with mandatory work and high compliance profile. *Bmc Psychiatry*. 2011;11.
13. Ball SA, Carroll KM, Canning-Ball M, Rounsaville BJ. Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addict Behav*. 2006;31(2):320-30.
14. Crawford MJ, Sahib L, Bratton H, Tyrer P, Davidson K. Service provision for men with antisocial personality disorder who make contact with mental health services. *Personal Ment Health*. 2009;3(3):165-71.
15. Davidson KM, Tyrer P, Tata P, Cooke D, Gumley A, Ford I, et al. Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2009;39(4):569-77.
16. Bateman A, Fonagy P. Comorbid antisocial and borderline personality disorders: mentalization-based treatment. *J Clin Psychol*. 2008;64(2):181-94.
17. Bernstein DP, Nijman HLI, Karos K, Keulen-de Vos M, de Vogel V, Lucker TP. Schema Therapy for Forensic Patients with Personality Disorders: Design and Preliminary Findings of a Multicenter Randomized Clinical Trial in the Netherlands. *Int J Forensic Ment*. 2012;11(4):312-24.
18. Banerjee P, Duggan C, Huband N, Watson N. Brief psychoeducation for people with personality disorder: A pilot study. *Psychol Psychother-T*. 2006;79:385-94.
19. Rummel-Kluge C, Kluge M, Kissling W. Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: Results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *Bmc Psychiatry*. 2013;13.
20. Zanarini MC, Frankenburg FR. A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2008;22(3):284-90.
21. Walters GD. *Crime in a psychological context: From career criminals to criminal careers*. Thousand Oaks: Sage; 2012.
22. Walters GD, DeLisi M. Antisocial cognition and crime continuity: Cognitive mediation of the past crime-future crime relationship. *Journal of Criminal Justice*. 2013;41:2013.
23. Walters GD. Recidivism in release lifestyle change program participants. *Criminal Justice and Behavior*. 2005;32(1):50-68.
24. Thylstrup B, Hesse M. The Impulsive Lifestyle Counseling Program for Antisocial Behavior in Outpatient Substance Abuse Treatment. *International journal of offender therapy and comparative criminology*. 2011.
25. Black DW, Gunter T, Loveless P, Allen J, Sieleni B. Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *Ann Clin Psychiatry*. 2010;22(2):113-20.
26. Diamond PM, Magaletta PR. The short-form Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ-SF) - A validation study with federal offenders. *Assessment*. 2006;13(3):227-40.
27. Murray-Close D, Ostrov JM, Nelson DA, Crick NR, Coccaro EF. Proactive, reactive, and romantic relational aggression in adulthood: Measurement, predictive validity, gender differences, and association with Intermittent Explosive Disorder. *J Psychiatr Res*. 2010;44(6):393-404.
28. De Wilde EF, Hendriks VM. The Client Satisfaction Questionnaire: psychometric properties in a Dutch addict population. *Eur Addict Res*. 2005;11(4):157-62.
29. Jones AL, Hanusa BH, Appelt CJ, Haas GL, Gordon AJ, Hausmann LR. Racial Differences in Veterans' Satisfaction With Addiction Treatment Services. *J Addict Med*. 2015;9(5):383-90.
30. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91.
31. Delgado J, Gore S, Ali S, Ekers D, Gilbody S, Gilchrist G, et al. Feasibility randomized controlled trial of cognitive and behavioral interventions for depression symptoms in patients accessing drug and alcohol treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2015.
32. Rounsaville BJ, Glazer W, Wilber CH, Weissman MM, Kleber HD. Short-Term Interpersonal Psychotherapy in Methadone-Maintained Opiate Addicts. *Arch Gen Psychiat*. 1983;40(6):629-36.