

# HVORDAN KLARER UNGE MED ADHD SIG I RUSMIDDELBEHANDLING?



CENTER FOR RUSMIDDEFORSKNING  
PSYKOLOGISK INSTITUT  
AARHUS UNIVERSITET

MEETING THE DRAGON - KONFERENCE EMDRUP  
6. JUNI 2019

SHEILA JONES  
ADJUNKT



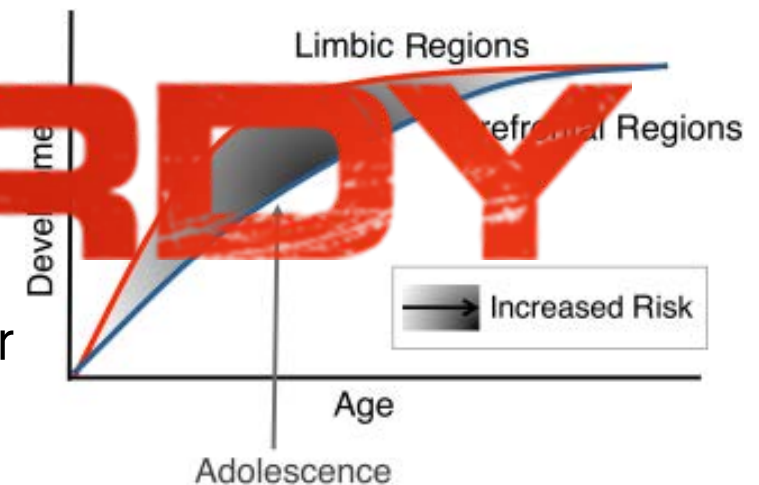
# RUSMIDLER I UNGDOMSÅRENE – GENERELLE RISIKOFAKTORER

## 1. Individuelle faktorer - den unges personlige karakteristika;

- Kognitive: ned i det eksekutive funktioner
- Affektive: øget emotionel reaktivitet og impulsivitet
- Adfærdsmæssige: impulsivitet, oplysning

## 2. Udviklingsmæssige faktorer - hjerneudvikling

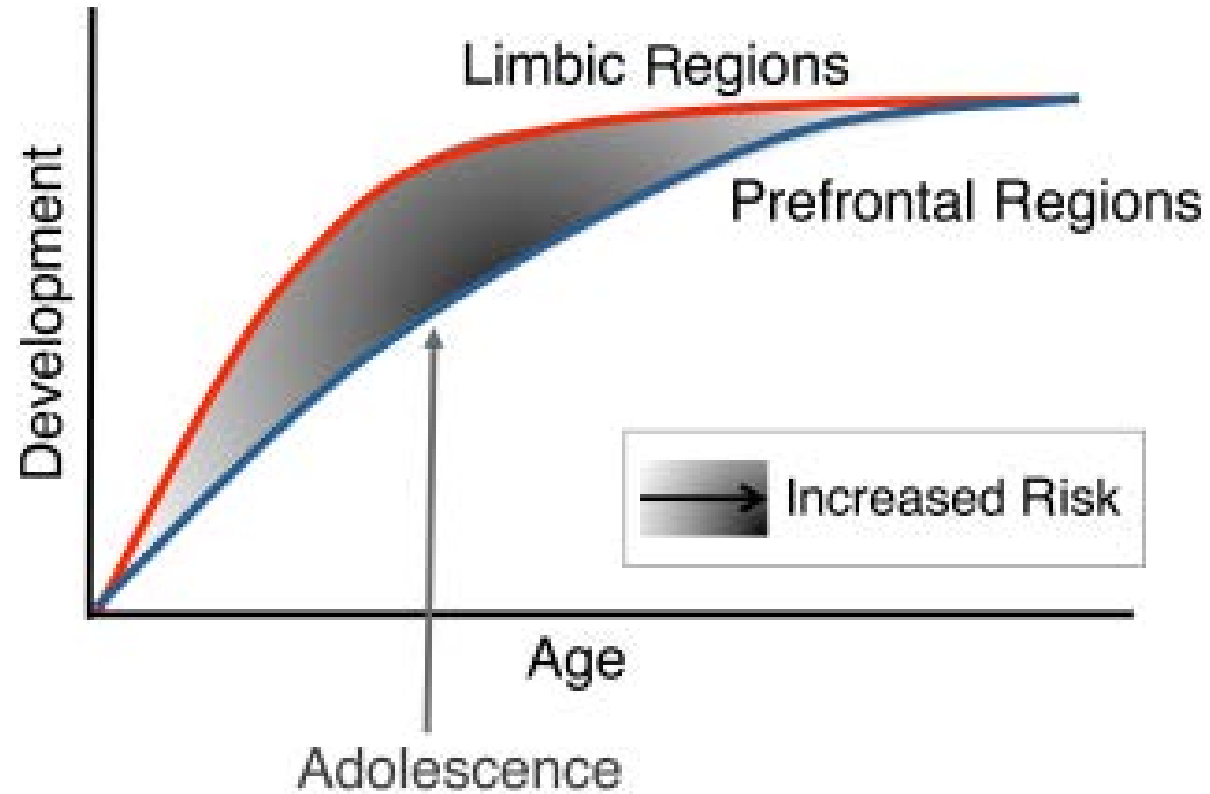
- The dual systems model beskriver, hvordan forandringer i modningen af hjernens motivations- og belønningscenter sker forud for modning af det kognitive kontrolsystem



Casey, B. J., Jones, R. M., & Somerville, L. H. (2011). Braking and accelerating of the adolescent brain. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 21-33.

Hogue, A., Evans, S. W., & Levin, F. R. (2017). A Clinician's Guide to Co-occurring ADHD Among Adolescent Substance Users: Comorbidity, Neurodevelopmental Risk, and Evidence-Based Treatment Options. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 26(4), 277-292.

# DUAL SYSTEMS MODEL

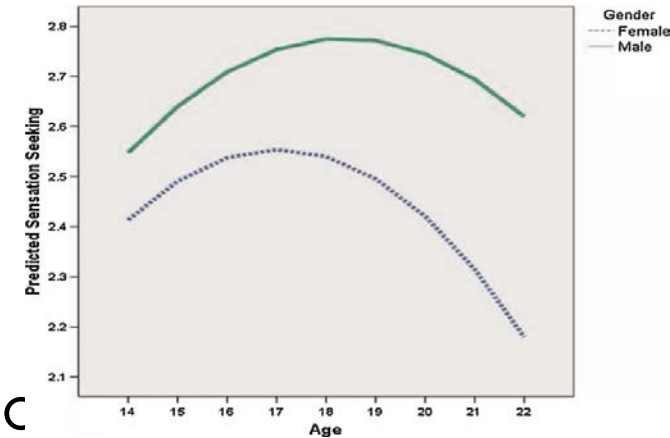


# SENSATION SEEKING VS. IMPULSIVITY

**Sensation seeking:** forhøjet tiltrækning til nye, spændende og potentielt risikofyldte oplevelser.

**Impulsiv handling:** tendensen til at handle uden at tænke på konsekvenserne – motor impulsivitet – knytter sig til arbejdshukommelsen og er til en vis grad forbundet med sensation seeking.

**Impulsiv valg:** tendensen til at vælge mindre, men mere umiddelbare belønninger, fremfor større mere tidsmæssigt fjerne belønninger – knytter sig til arbejdshukommelsen og er ikke forbundet med sensation seeking.



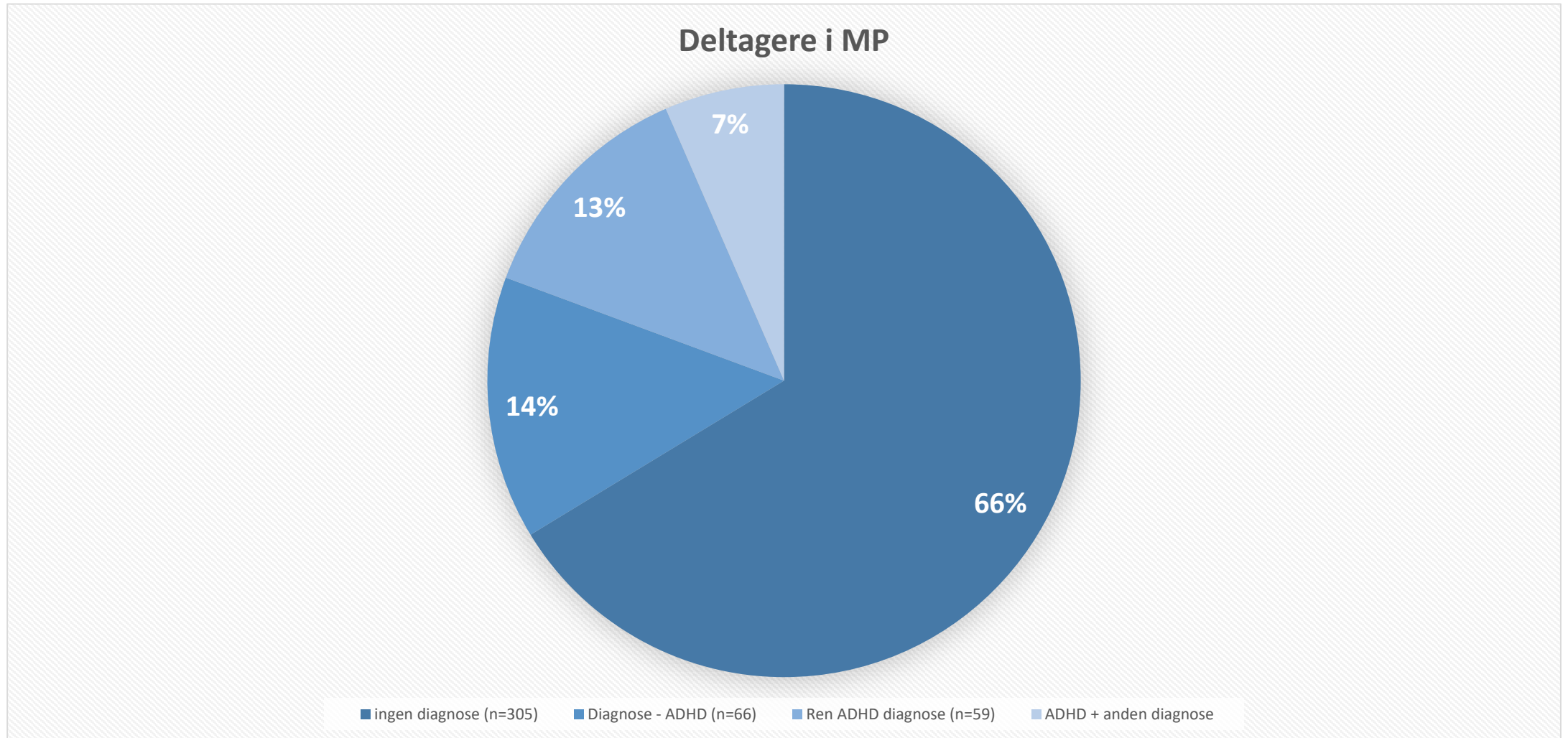
Romer, D., Reyna, V. F., & Satterthwaite, T. D. (2017). Beyond stereotypes of adolescent risk taking: Placing the adolescent brain in developmental context. *Developmental cognitive neuroscience, 27*, 19-34.

# UNGE I METODEPROGRAMMET

460 unge fra ni kommuner deltog i metodeprogrammet.

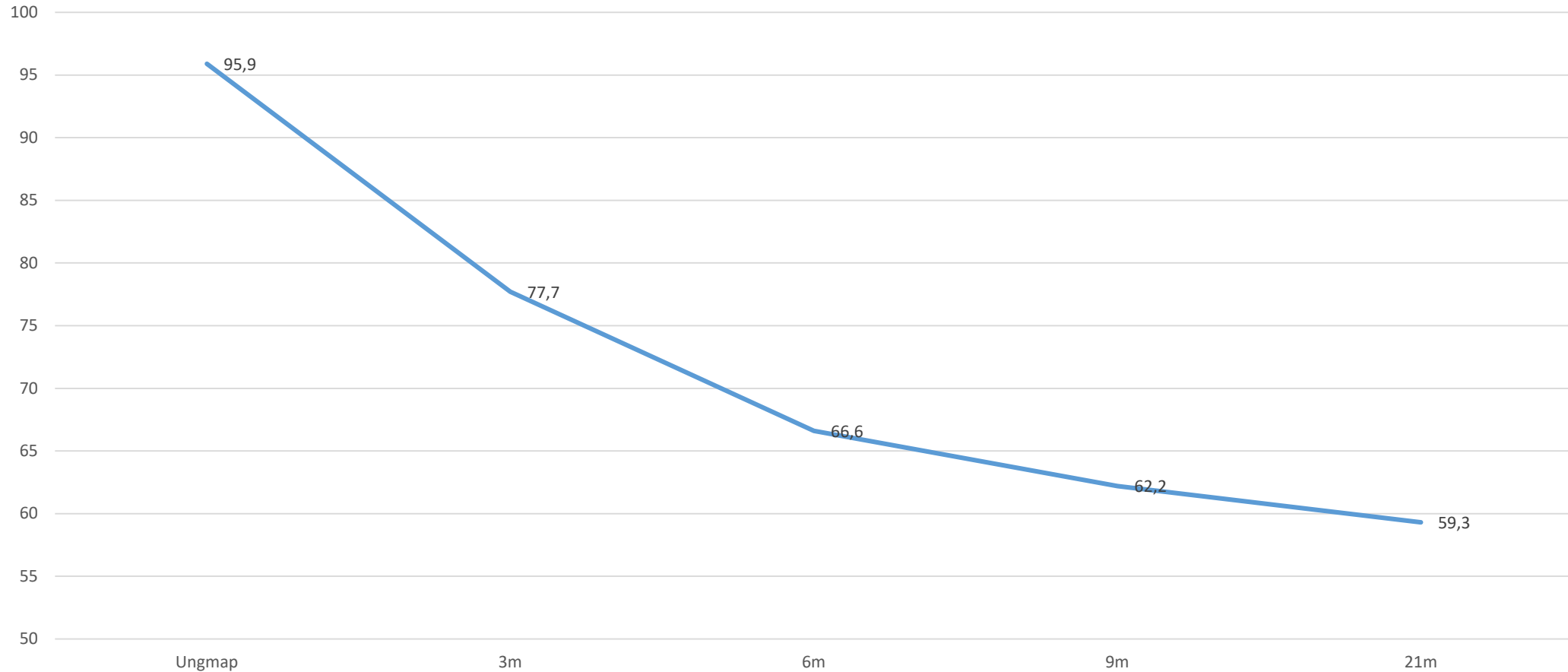
	1	2	3	4 (MOVE)
12 x MI & KAT	X	X	X	X
Påmindelser			X	X
Gavekort		X		X
Kontrakt statusbrev & 6 m. opf. Beh.			X	X

# UNGE MED PSYKISKE LIDELSER I MP



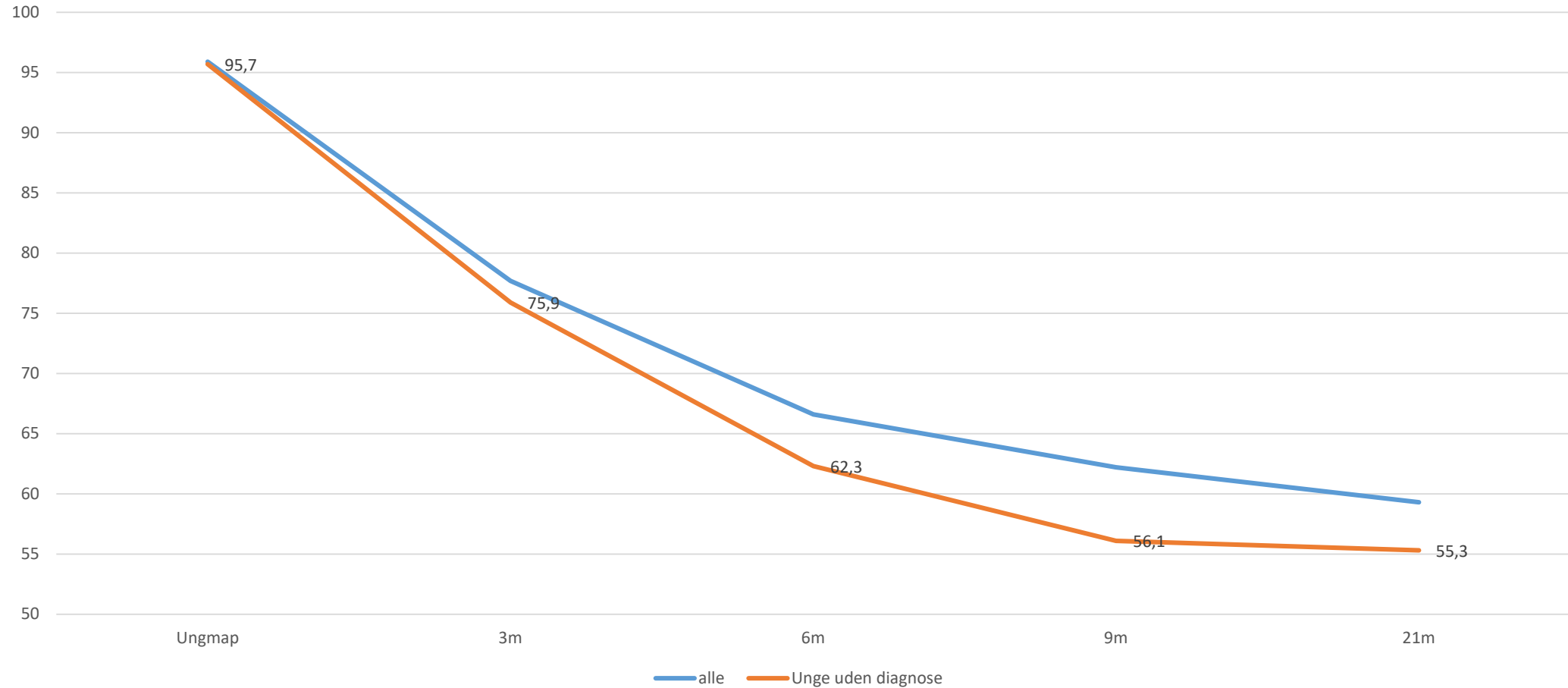
# STOFBRUG OVER 21 MDR. ALLE 460 UNGE

stofbrug over 21 måneder



# STOFBRUG - UNGE UDEN EN DIAGNOSE

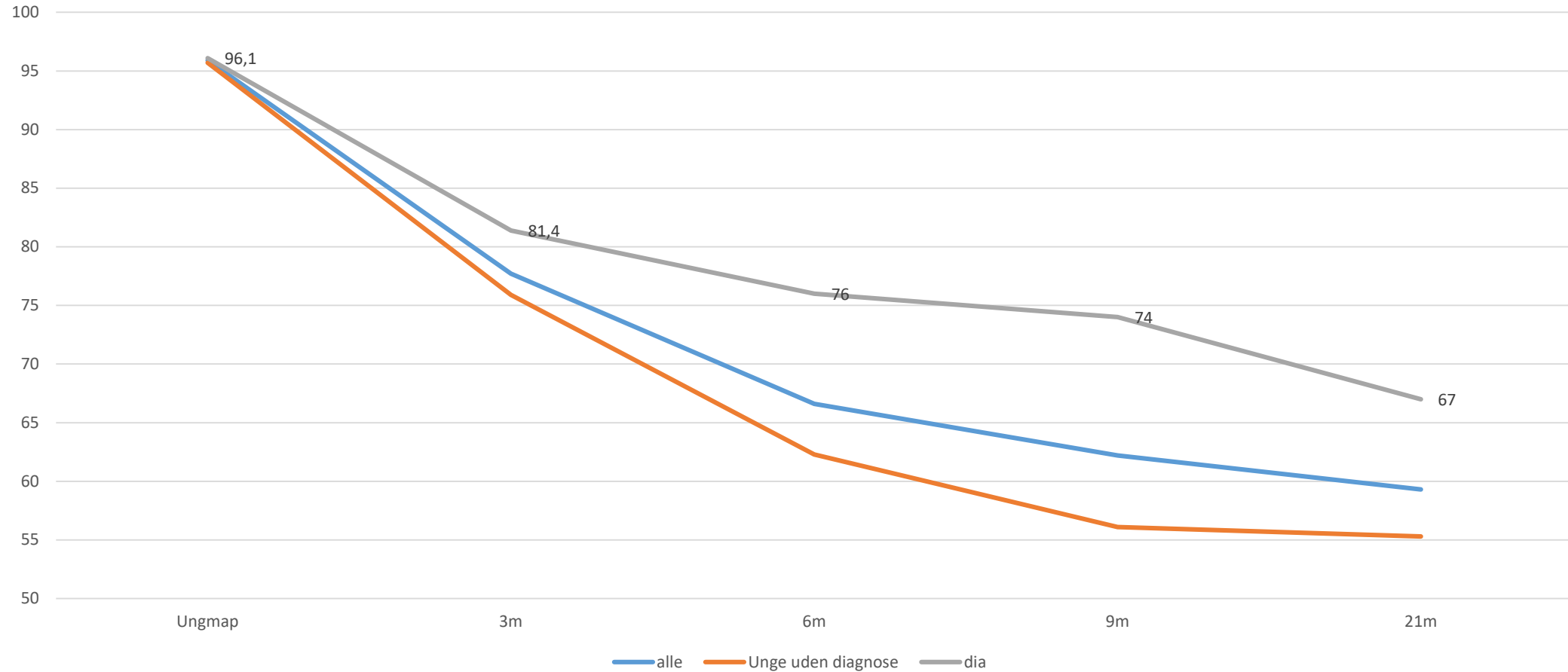
stofbrug over 21 måneder





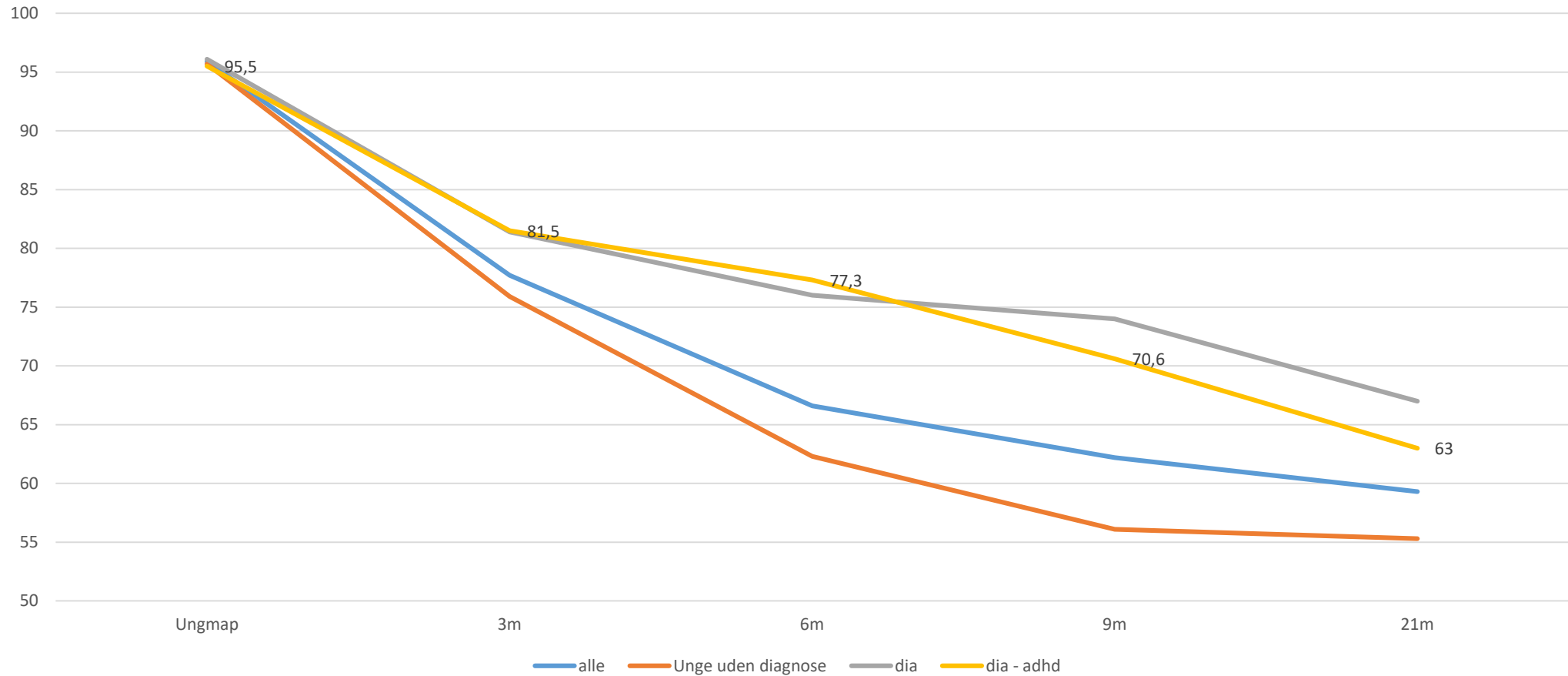
# STOFBRUG - UNGE MED EN DIAGNOSE

stofbrug over 21 måneder



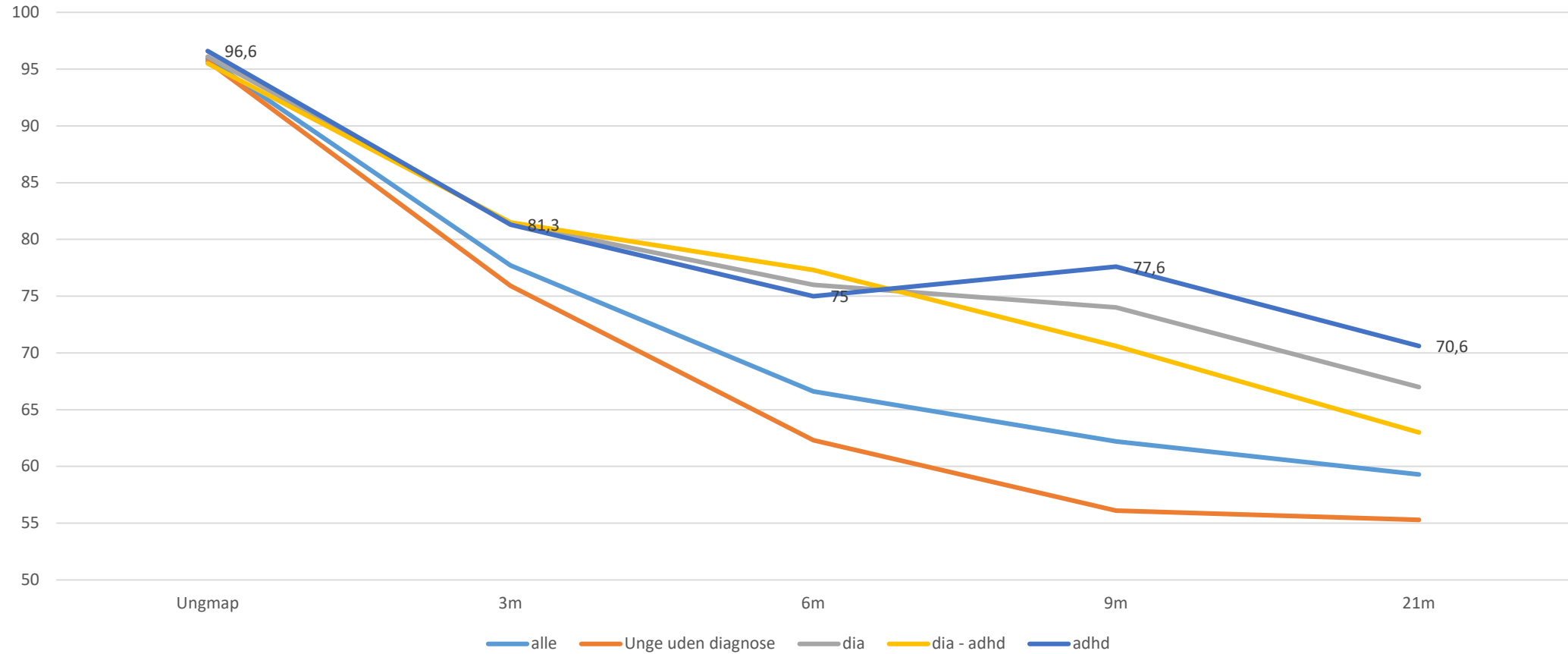
# STOFBRUG - UNGE MED DIAGNOSE MINUS ADHD

stofbrug over 21 måneder

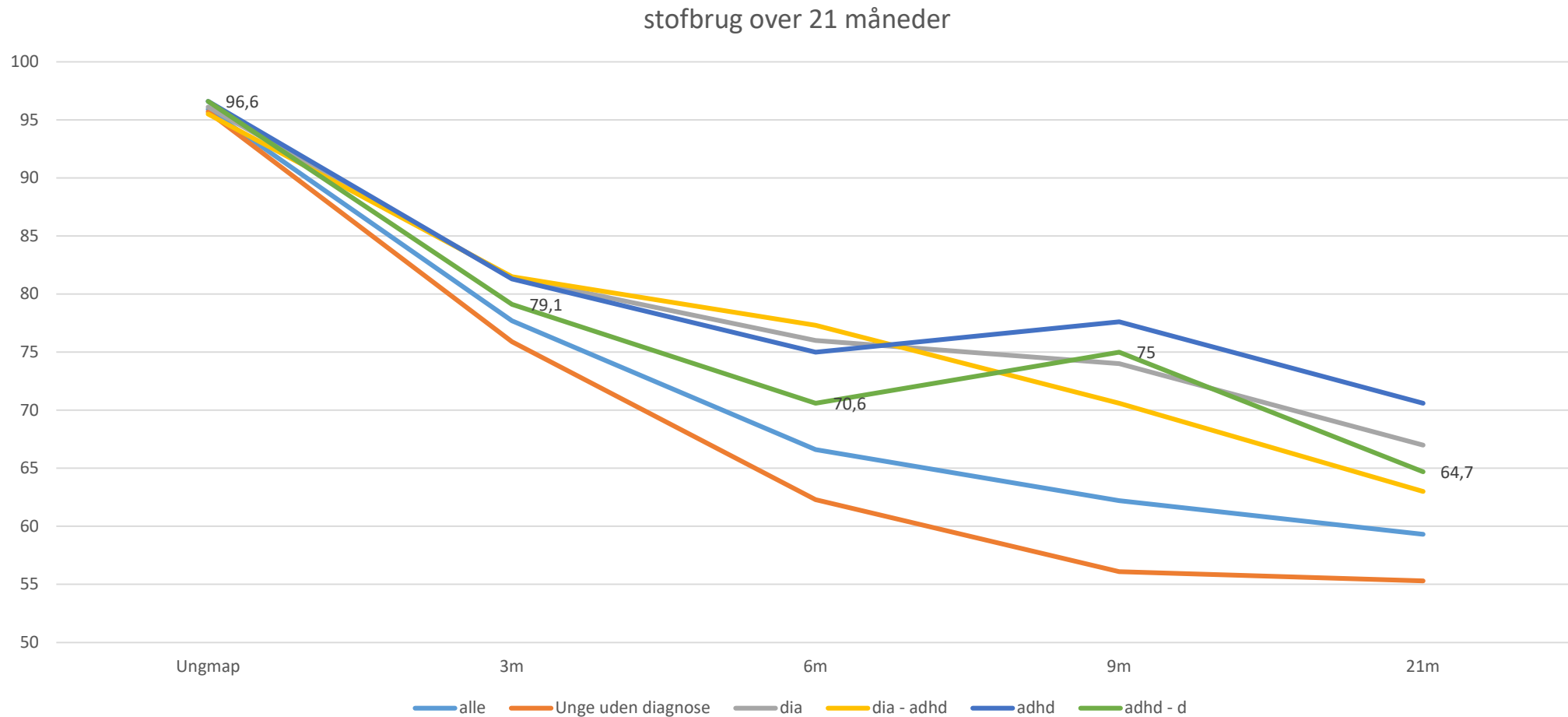


# STOFBRUG - UNGE MED ADHD DIAGNOSE

stofbrug over 21 måneder

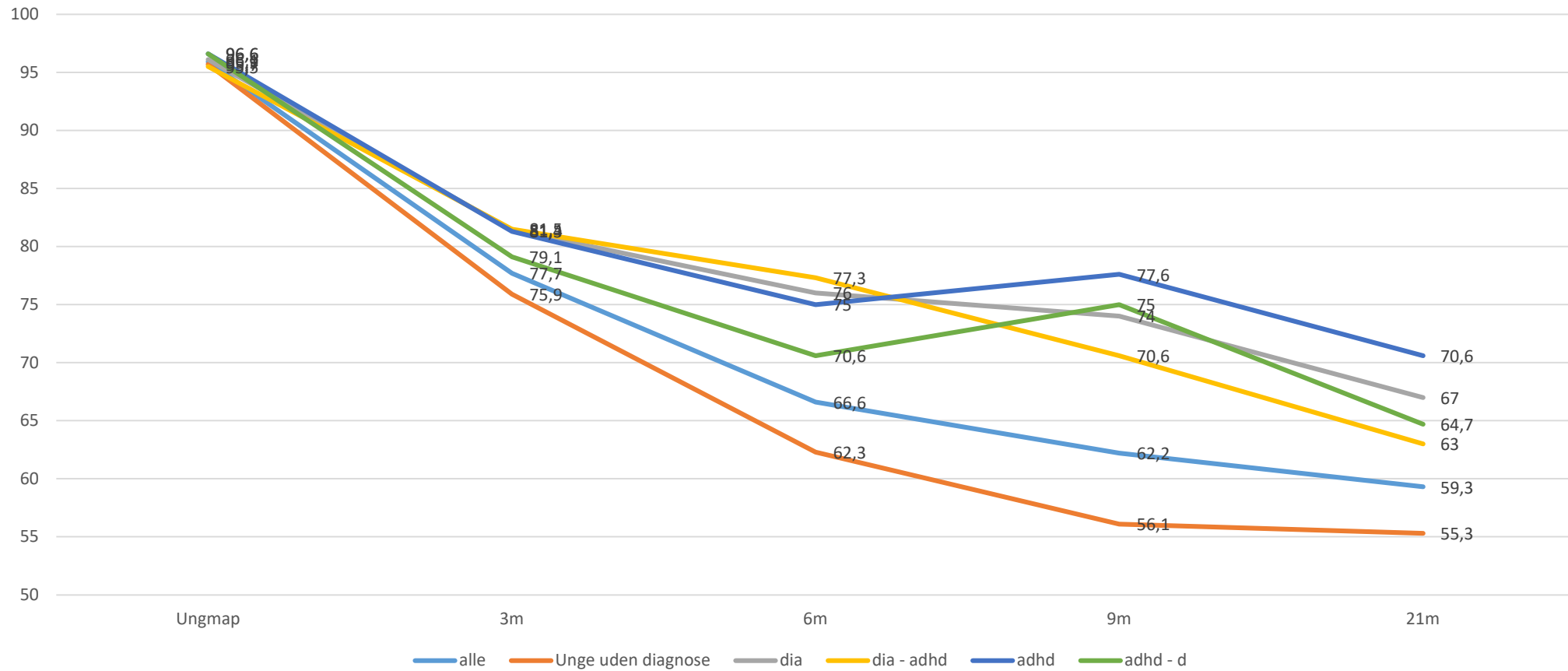


# STOFBRUG - UNGE MED REN ADHD DIAGNOSE

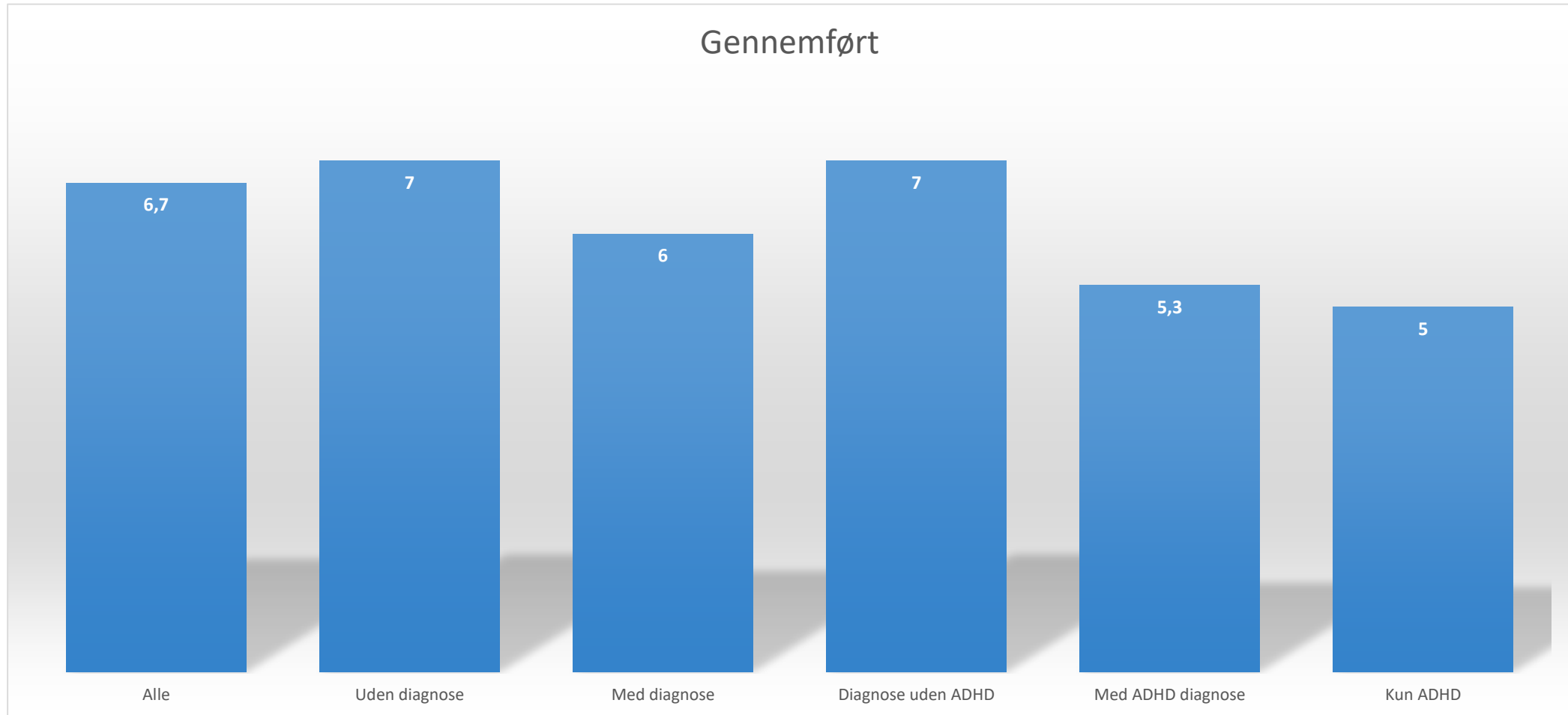


# STOFBRUG OVER TID

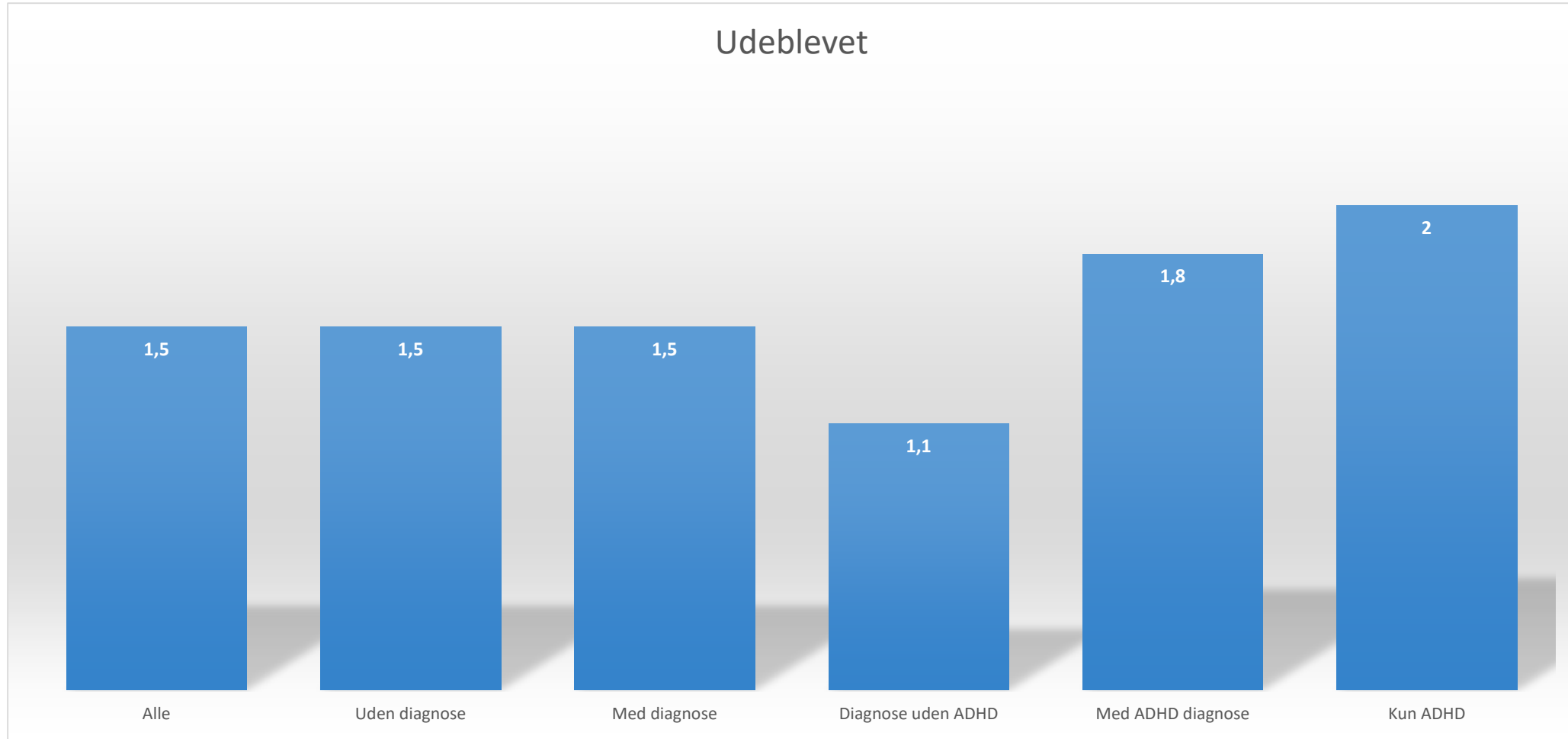
stofbrug over 21 måneder



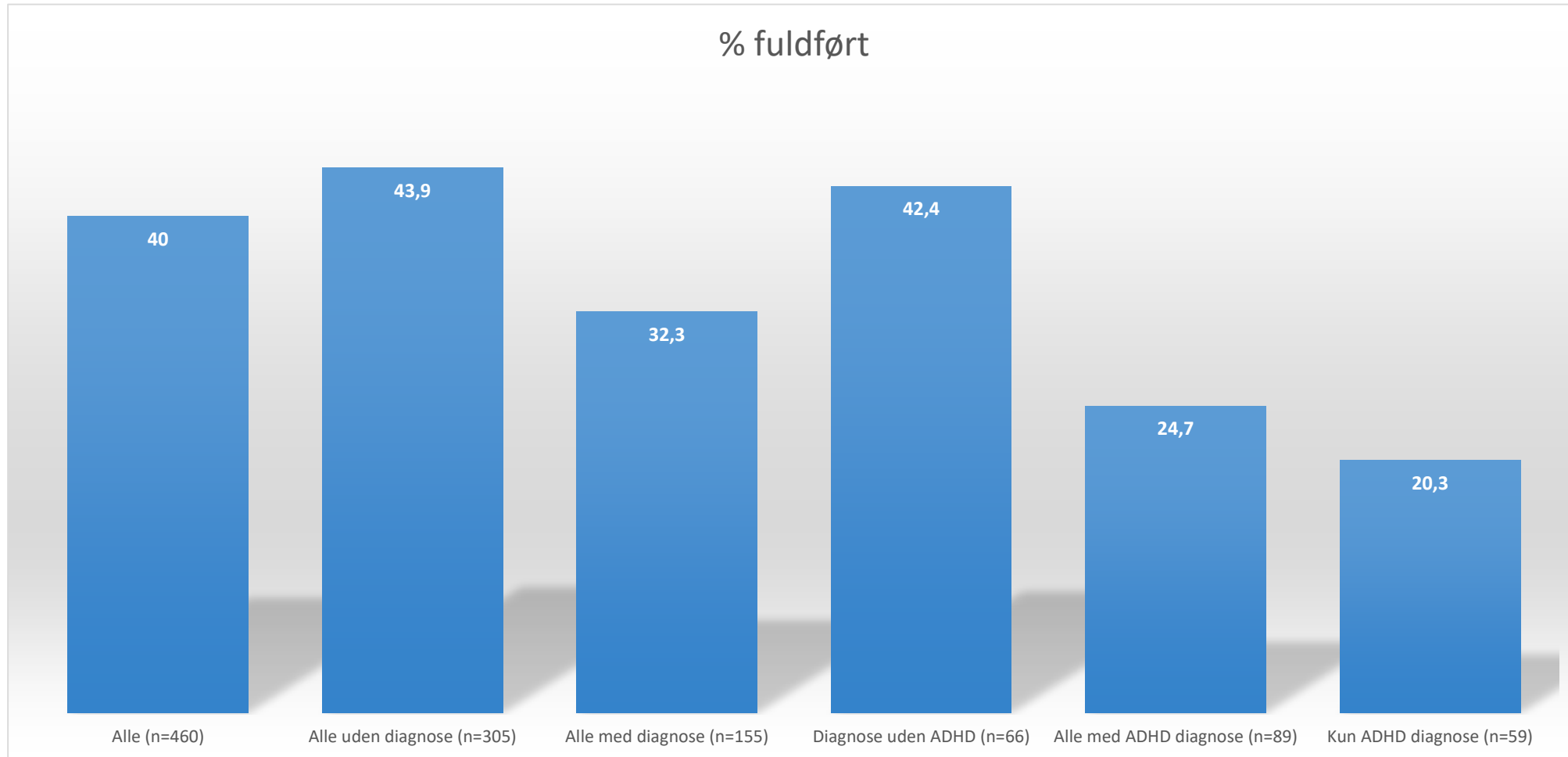
# ANTAL GENNEMFØRTE SAMTALER



# ANTAL UDEBLIVELSER FRA SAMTALER



# FULDFØRT PRIMÆRBEHANDLING





# ERFARINGER FRA METODEPROGRAMMET

Gennemført som planlagt og antal samtaler for unge med selvrapporтерet psykisk diagnose og/eller registeret i Det Psykiatriske Centralregister fordelt på fire behandlingsspor

	Antal	Gennemført planlagt	Samtaler antal
MK Ren	45	24,4	4,7
MK Gavekort	46	41,3	6,7
MK Opfølgning	35	37,1	6,5
MOVE	55	45,5	7,2
I alt + diagnose	181	37,6	6,3
I alt ingen diagnose	200	45,0	7,3

Pedersen, M. U., & Pedersen, M. M. (2019).  
*MOVE. 21 måneder efter indskrivning.*  
Retrieved from Aarhus Universitet

# ERFARINGER FRA METODEPROGRAMMET

Stoffrihed blandt 181 unge med enten selvrapporeret psykisk diagnose og/ eller registreret i Det Psykiatriske Centralregister.

	Indskrivning n=181	3 mdr n=139	6 mdr n=115	9 mdr n=113	21 mdr n=114
MK Ren (45)	0,0	32,3	38,1	38,5	45,8
MK Gavekort (46)	6,5	13,9	9,7	13,3	17,7
MK Opfølgning (35)	5,7	20,7	29,2	30,0	36,4
MOVE (55)	5,5	20,9	33,3	43,2	55,9
I alt + diagnose (181)	4,2	21,6	27,0	31,9	38,6
I alt ingen diagnose (200)	4,0	22,9	41,1	45,5	47,5

Pedersen, M. U., & Pedersen, M. M. (2019).  
*MOVE. 21 måneder efter indskrivning.*  
Retrieved from Aarhus Universitet

# ANBEFALINGER IFT. BEHANDLING

For at optimere behandling af unge med ADHD og rusmiddelproblemer bør ADHD-målrettede interventioner inkorporeres:

1. Psykoedukation
2. Interventioner, der retter sig mod at forbedre de unges funktionsniveau.
3. Medicinsk behandling.
4. Adfærdsmæssige interventioner, der retter sig mod at øge den unges coping skills.



Hogue, A., Evans, S. W., & Levin, F. R. (2017). A Clinician's Guide to Co-occurring ADHD Among Adolescent Substance Users: Comorbidity, Neurodevelopmental Risk, and Evidence-Based Treatment Options. *Journal of child & adolescent substance abuse*, 26(4), 277-292.

# INTERNATIONAL CONSENSUS STATEMENT

---

1. Behandling af ADHD bør integreres i rusmiddelbehandlingen – og omvendt.
2. Påbegynd behandling for rusmiddelproblemerne først, efterfulgt af ADHD behandling (inkl. medicin) hurtigst muligt derefter.
3. Hvis rusmiddelproblemerne er for alvorlige til at punkt 2 kan lade sig gøre anbefales ophold på døgnbehandlingsinstitution for at stabilisere rusmiddelbruget .
4. Tag forbehold for misbrug eller videresalg af medicin.
5. Lav løbende opfølgninger på den medicinske effekt. Medicinering har oftest ingen eller en ringe effekt på rusmiddelbruget, men kan forbedre ADHD symptomer – ved højere doser.

Crunelle, C. L., Van Den Brink, W., Moggi, F., Konstenius, M., Franck, J., Levin, F. R., ... & Schellekens, A. (2018). International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention Deficit/Hyperactivity disorder. *European addiction research*, 24(1), 43-51.

# STØTTE EFTER ENDT BEHANDLING

---

1. Regelmæssige opfølgningssamtaler

2. Rusmiddelbehandling ved behov

3. Psykiatrisk behandling ved behov

- Mennesker, der modtager efterbehandling er mere end dobbelt så ofte stoffri ved opfølgning.

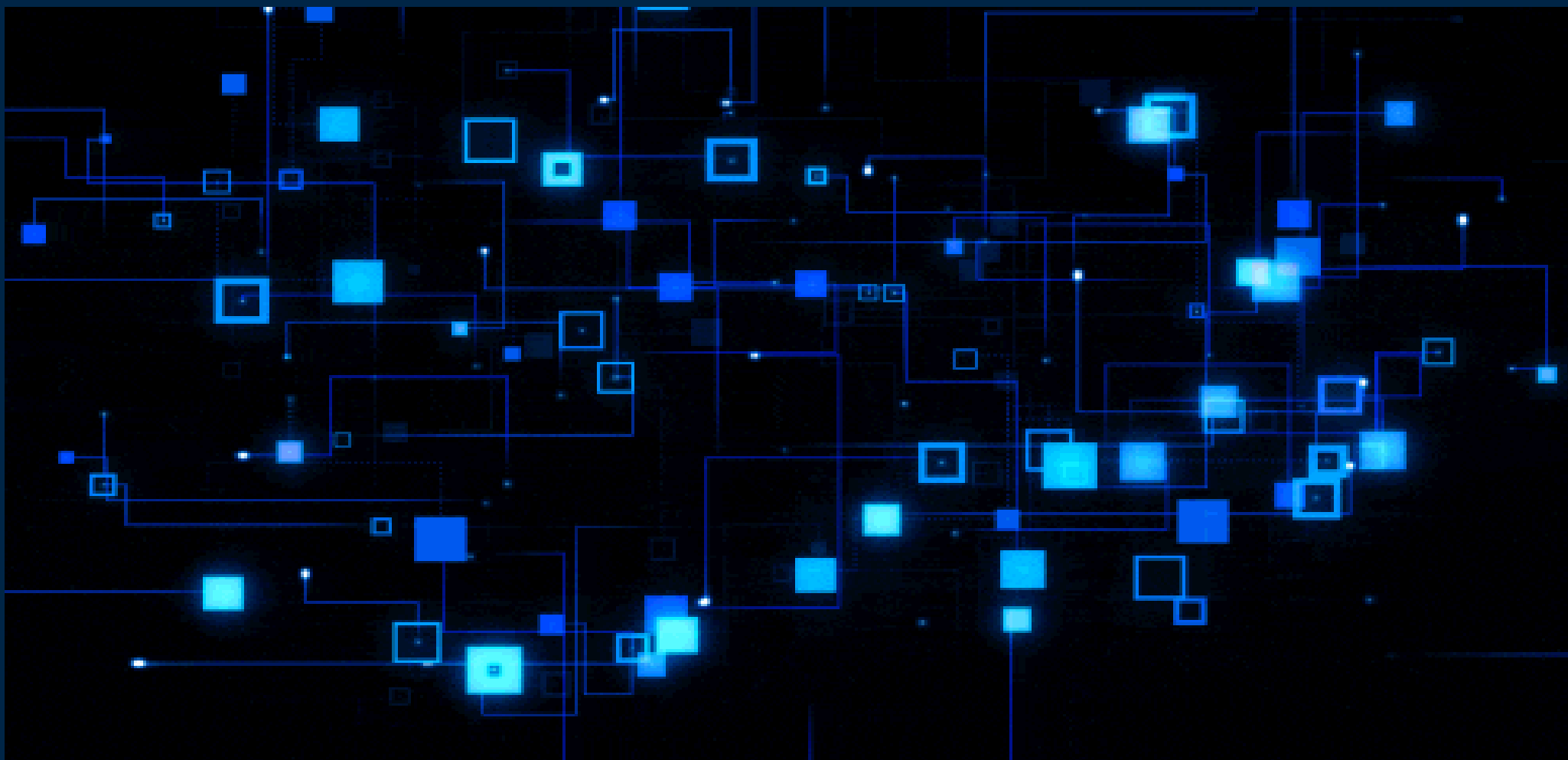
- Mennesker med dobbeltdiagnose, der modtager efterbehandling har færre psykiatriske genindlæggelser.

- Styret efterbehandling opnår de bedste resultater

Chi, F. W., Parthasarathy, S., Mertens, J. R., & Weisner, C. M. (2011). Continuing care and long-term substance use outcomes in managed care: early evidence for a primary care-based model. *Psychiatric Services*, 62(10), 1194-1200.

Ilgen, M. A., Hu, K. U., Moos, R. H., & McKellar, J. (2008). Continuing care after inpatient psychiatric treatment for patients with psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 59(9), 982-988.

Godley, M. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R. R., & Passetti, L. L. (2007). The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders. *Addiction*, 102(1), 81-93.



Tak for opmærksomheden