

# Fravær og nærvær i behandling af unge med dobbeltdiagnose

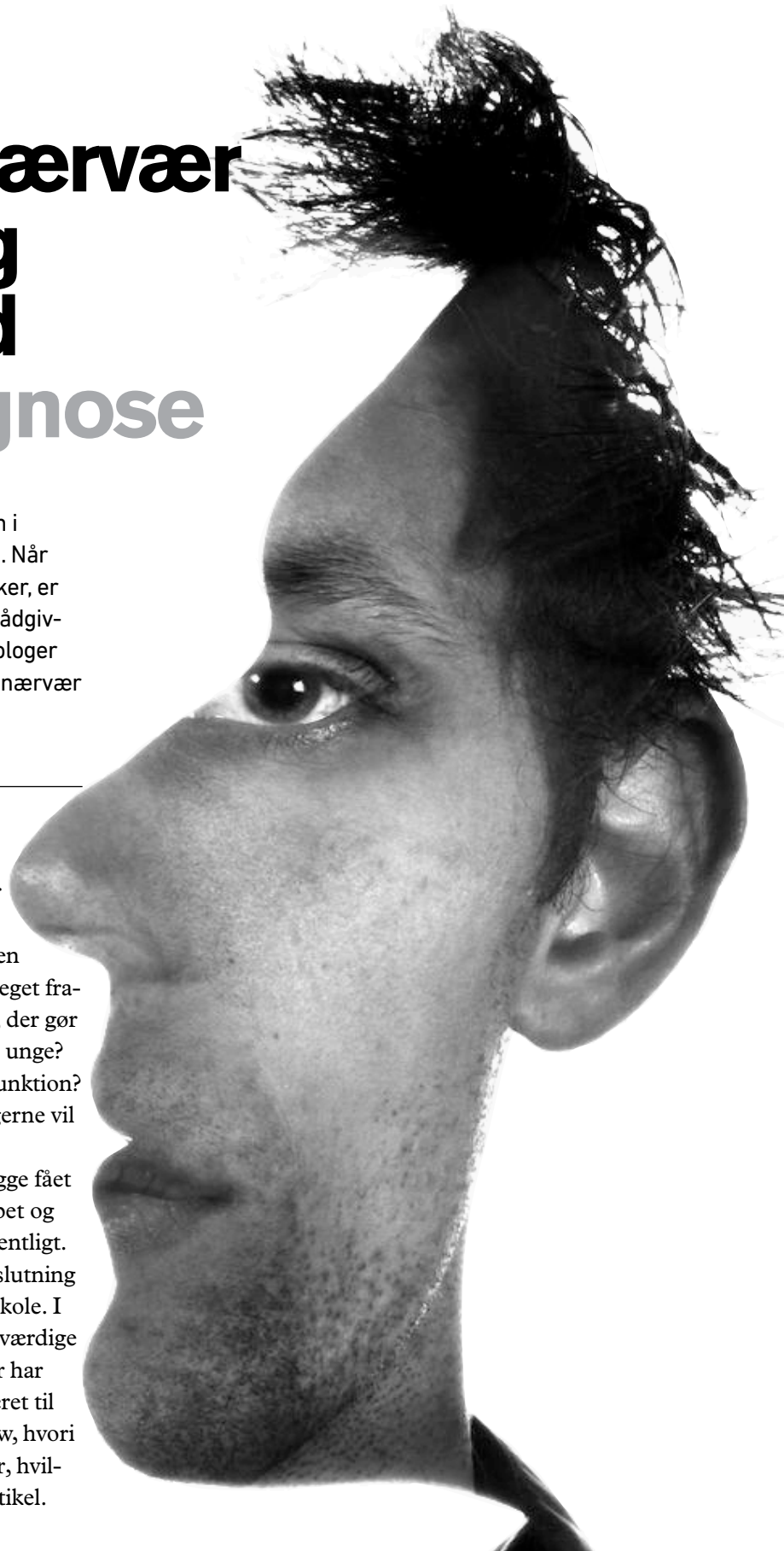
Udeblivelser og afbud er et velkendt fænomen i misbrugsbehandling - såvel som i psykiatrien. Når man arbejder med dobbeltbelastede mennesker, er det noget, man ofte må forholde sig til. I Stofrådgivningen på Nørrevold i København har to psykologer set nærmere på vilkårene for både fravær og nærvær i behandlingen.

---

AF CHARLOTTE SILAS HOULBERG BENGTON  
& CAMILLA URHAMMER-WELTZ

I Stofrådgivningen er vi to psykologer, der har lavet et forskningsprojekt i forhold til behandling af unge med ADHD og hashmisbrug. I den forbindelse blev vi opmærksomme på, hvor meget fraværet fylder og blev optagede af, om det er os, der gør det til et større problem, end det opleves af de unge? Om fraværet kan have en positiv/udviklende funktion? Hvorfor fraværet er der, og hvordan de unge gerne vil mødes i det?

De to unge, vi vil bruge som cases, har begge fået diagnosen ADHD i løbet af behandlingsforløbet og har ligeledes reduceret deres hashforbrug væsentligt. For begge gælder også, at de ved projektets afslutning var henholdsvis i praktik i klub og på teknisk skole. I denne sammenhæng er det mest bemærkelsesværdige dog, at de gennem forløbet på ca. halvandet år har haft flere afbud og udeblivelser, end de har været til samtaler. Der er lavet et fokusgruppe-interview, hvori de indgik, omhandlende afbud og udeblivelser, hvilket vi vil bruge eksempler fra i nærværende artikel.



ADD er en betegnelse for en bestemt type ADHD. ADHD er en neuropsykiatrisk lidelse, som giver forstyrrelser i forskellige hjernemæssige funktioner, der blandt andet har med tænkningen at gøre. Bogstaverne ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Bogstaverne ADD står for Attention Deficit Disorder, dvs. forstyrrelse af opmærksomheden, hvor H'et for hyperaktivitet er udeladt. ADD bruges således, når der overvejende eller udelukkende er tale om forstyrrelse af opmærksomheden. Betegnelsen ADD anvendes altså om den form for ADHD, hvor hyperaktiviteten er fraværende eller ikke så synlig – med andre ord 'den stille ADHD'. Kilde: <http://adhd.dk>

## Forskningsprojektet

Forskningsprojektet blev til, fordi vi fandt, at der manglede undersøgelser af, hvordan man som psykolog, bedst kan hjælpe unge med ADHD og hashmisbrug. I referenceprogrammer vedr. ADHD henvises primært til adfærds/kognitive metoder, og vi ønskede at undersøge andre metoder. Vi valgte at tage udgangspunkt i eksistentiel terapi som basis og filosofi for mødet med de unge, og i selve behandlingsforløbet har vi brugt både eksistentiel psykoterapi og ACT (ACT står for 'Acceptance and Commitment Therapy' og er en videre udvikling af kognitiv terapi og kognitiv adfærdsterapi, *red.*). Herom har vi skrevet en anden artikel, der kan læses i Psykolog-Nyt.

I projektperioden, der varede 2 år, havde vi 19 unge i forløb, og de havde mellem 3 og 20 samtaler med os. Nogle unge havde ADHD-diagnosen, da de blev indskrevet, andre var screenet med ASRS (Adult ADHD Self Report-Scale, en selvrapporert symptom-checkliste for voksne, der kan have ADHD), og blev efterfølgende udredt. Dette førte naturligt til, at enkelte ikke fik diagnosen ADHD. Projektet har kørt med økonomisk støtte fra Helsefonden.

## De unge

Som før beskrevet har vi til denne artikel udvalgt to unge som case-materiale. De er begge blevet psykiatrisk/psykologisk udredt på Stofrådgivningen og har henholdsvis fået diagnosen ADHD og ADD (se box). Kort beskrevet drejer det sig om X og Y.

X er 21 år og har bl.a. haft svært ved at fuldføre skolegang/uddannelse, da han bl.a. har rigtig svært ved at komme op og af sted om morgenen. Han har røget hash i 6 år og kommer fra en familie, hvor forældrene, aldrig har levet sammen. De er kontanthjælpsmodtagere, faderen har misbrugsproblemer og er diagnosticeret ADD. X er i starten af forløbet på kontanthjælp. Han isolerer sig i perioder og har bl.a. svært ved at overskue socialt samvær, planlægning og initiering, (der også kan beskrives som igangsætning). Emotionelt reagerer han primært indad og med depressive symptomer.

Y er 25 år. Hun boede i starten af forløbet sammen med en psykisk syg kæreste, hvilket gjorde hendes hverdag temmelig kaotisk. Hun bor nu alene. Y har røget hash og har taget stoffer gennem 10 år. Y

kommer fra en familiebaggrund med misbrug, psykisk sygdom og vold. Emotionelt kan Y være udad-reagerende og have tendens til sort/hvid tænkning, men hun har også perioder, hvor hun isolerer sig. Hun har gennemført en HF på 4 år og ønsker at uddanne sig videre. Da hun starter i behandling, er hun på kontanthjælp. Begge unge har i starten af forløbet svært ved at forestille sig ikke at ryge hash, da det er en væsentlig del af deres hverdag, såvel i det sociale liv, men væsentligst opleves det som hjælpsomt i forhold til psykiske udfordringer.

## Eksekutivfunktionerne

Det er kendetegnende ved såvel hashmisbrug som ved ADHD, at en del problematikker omhandler eksekutivfunktionerne, som er hjernens styrende funktion – de styrer og regulerer al viljestyret adfærd. Når man er udfordret på det felt, har man kognitive vanskeligheder. Disse vanskeligheder ydes ofte for lidt opmærksomhed i arbejdet med unge (og voksne) med en dobbeltdiagnose-problematik. De kognitive vanskeligheder er f.eks. en væsentlig del af, i hvor høj grad det lykkes at fremmøde til aftalerne. At konkretisere de kognitive vanskeligheder kan hjælpe med til at fjerne skyld og skam – og gøre det muligt at arbejde helt konkret med de funktioner, der er problemer med.

*'Jeg har kaldt de kognitive vanskeligheder noget andet. Jeg har tænkt, at det var min selvdisciplin og arbejdsmoral, den var gal med. Jeg har tænkt, at jeg var doven og bare skulle tage mig sammen.'*<sup>1</sup>

De unge blev testet med Brief-V, der er en selvrapporeringstest, som belyser den unges eksekutive funktionsniveau. De besvarede skemaet ved projektets start og afslutning. I de to cases, der er brugt i denne artikel, er der for begge sket fremgang i funktionsniveauet i projektperioden. Hvilket betyder, at de generelt fungerer bedre kognitivt end ved start af forløbet. Eksekutivfunktionerne har stor betydning for f.eks. fremmødet. Lad os kigge på initiering, som handler om evnen til at få gjort det, man sætter sig for, at bringe sig fra tanke til handling, f.eks. at komme ud af døren. Samlet kan initiering beskrives som en 'udløserfunktion'.

Her er nogle af de unges udsagn i forhold til at aflyse/udeblive, der netop handler om initiering:



*'Når jeg har det dårligt, får jeg selvhad, og det bliver til selvmedlidenhed, og så kommer jeg ikke ud af døren.'*

*'I starten havde jeg mere brug for det. Når man så får det lidt bedre, også selvom man ikke har det godt nok endnu, så kan det være sværere at komme ud af døren.'*

*'Overvejede at have nogle slagord på min væg, så jeg kom ud af døren.'*

*'Når jeg er ked af det, bare der så ville komme en kran og løfte mig hjemmefra og herind, eller hvis der bare kom en lille fe og hjalp mig.'*

Impulshæmning er en anden eksekutivfunktion, der måles på i Brief-V-testen. Impulsivitet er at handle uovervejede, efter pludselige indskydelser/impulser. Det er en vigtig del af vores styringsfunktioner, fordi impulshæmningen gør os i stand til at tilpasse og justere vores adfærd, så den bliver hensigtsmæssig og socialt acceptabel. Det er et velkendt træk hos mennesker med ADHD, såvel som hos mennesker med misbrug, at have svært ved at hæmme impulser. Dette kædes naturligt sammen med, at det er svært at skabe overblik og dermed tænke i konsekvens.

*'Når jeg føler, jeg har det godt, aflyser jeg, så har jeg ikke lyst til at tage helt herind for at sige, jeg har det godt. Så har jeg det dårligt dagene efter, fordi jeg godt ved, jeg burde være kommet.' 'Der er noget, der er mere spændende end at tale om sit misbrug.'*

Impulsivitet er heldigvis ikke kun negativt, da impulsivitet også kan være medvirkende til, at man er nærværende i livet. Det kan f.eks. være at reagere på sin impuls til at løbe en tur, give et kram osv. Med andre ord: Kunne man tænke de unge som mere nærværende, når de nu gør det, de har lyst til - og f.eks. vælger noget andet end 'at tale om misbrug'? Det hensigtsmæssige afhænger naturligvis af, hvad man så gør i stedet for.

Arbejdshukommelsen er også påvirket af såvel hashrygning som ADHD. Det er en styringsfunktion, der indeholder evnen til at fastholde og bearbejde den information, man skal bruge i den aktuelle situation. At kunne huske aftalen er nødvendigt for at møde op til den. Arbejdshukommelsen er derudover bl.a. basis for indlæring.

Det fører for vidt i denne sammenhæng at gennemgå alle eksekutivfunktionerne, men det skal nævnes, at der i øvrigt måles på: fleksibilitet, emotionel kontrol, selvmonitorering, planlægning/organisering, opgave-monitorering og organisation af materialer. I løbet af projektperioden blev X's resultater på det generelle funktionsniveau ændret således, at scoren ramte det niveau, der er alderssvarende. Y's generelle funktions-score har ligeledes nærmet sig det alderssvarende.

### Praktiske grunde til ikke at komme

Ud over eksekutive udfordringer nævner de unge konkrete, praktiske grunde til ikke at komme til aftalerne:

*'Når jeg ikke har lyst til at bruge penge på transport.'*

*'Sygdom.'*

Grunde, der har med hashrygningen at gøre:

*'Hvis jeg har en dårlig dag og ryger for at falde ned, så kan jeg ikke lide at komme, jeg bliver flov, hvis jeg har røget.'*

*'Man er forlegen, hvis man har røget.'*

*'Aftaler om aftenen, hvor jeg har mine rutiner og skal ryge et par timer, før jeg skal sove.'*

*'Når jeg har røget, er det svært at ringe og sige, at jeg er bankskæv, så jeg kommer ikke.'*

De fleste unge har få økonomiske midler, og er man afhængig af hash og skal vælge imellem et gram hash og en togbillet, hvor det første stiller trangen, og det andet medfører, at man kun skal tale om hashen, giver det sig selv, at valget nogle dage vil falde på at købe hash. Dette vil især gøre sig gældende på dage, hvor man har det sådan her:

*'Når tingene hober sig op, og jeg ikke kan overskue noget.'*

De unge kommer ofte fra familier med forskellige variationer af sociale og psykiske problemer. Det betyder, at de unge kan være nødt til at tage sig af søskende, forældre eller andre familiemedlemmer og derfor ikke føler, at de kan prioritere egen behandling. Angst kan også være med i billedet. F.eks. føler en del af de unge stærkt ubehag ved at køre i offentlige transportmidler og fravælger derfor at komme, hvis de ikke har mulighed for at blive kørt. Angst og depression kan være følgevirkninger af hashrygning og kan ligeledes være comorbiditet (flere diagnoser på samme tid) i forhold til ADHD. Angst og stress er forbundet med de samme reaktioner i hjernen og er biologisk set nært beslægtede tilstande. En stress-/angst-reaktion er et



## Om Stofrådgivningen

Stofrådgivningen arbejder med unges skadelige forbrug af rusmidler og de problemer, der ligger bag forbruget. Stedet blev startet af psykiater Henrik Rindom i 2001 som et socialministerielt projekt under Lænkeambulatorierne, men har siden 2006 udelukkende haft finansiering fra de behandlingsforløb, der udbydes til kommunerne.

Læs mere på: [www.stofraadgivning.dk](http://www.stofraadgivning.dk).

eksempel på, hvordan følelserne påvirker tænkningen. Dette kan i praksis gøre, at man ikke når frem - f.eks. til aftalen hos psykologen på Stofrådgivningen. Til tider er de unge nødsaget til at forlade tog eller bus på grund af angstreaktioner, hvilket naturligvis medfører, at de kommer for sent eller ikke kommer frem.

### Identitet - selvbillede og socialitet

Når unge starter i behandling, kommer de med en identitet, der dels er formet af deres selvbillede, dels af deres sociale identitet. Altså den subjektive oplevelse af, hvem de selv er, og deres sociale identitet, der er formet af den sociale respons, de har mødt og møder i familie og netværk. Disse er ikke nødvendigvis overensstemmende. Ofte er den unges billede af sig selv præget af negative erfaringer og forventninger. Hvor åbne er vi egentligt for at lytte til de unge? - Og er vores forventninger til, at de laver deres identitet om, ofte inden for ganske kort tid, urealistiske? Kan det i værste fald være angstskabende/stressende for den unge, hvis vi skubber for meget på? Selvbilledet har taget hele livet at skabe og er båret af en værdisætning, som vi kan synes om eller ej. Værdierne kan f.eks. være: score mange fyre/piger, drikke mest alkohol, tjene flest penge på stoffer osv., det vi oftest vil betegne som negative værdier, men som kan være

beskyttelsesfaktorer for den unge. At opgive beskyttelsesfaktorer kan være forbundet med svære valg og kræver, at man i første omgang har fået øje på, at de findes. Det kan være forbundet med angst og ubehag at konfrontere sådanne mønstre - og hvad skulle gøre, at man frivilligt opsøger det på dage, hvor man i forvejen har det dårligt?

*'Hvis jeg har haft en stram dag, hvor alting er gået ned ad bakke, så har jeg ikke lyst til at komme.'*

### Motivation og ambivalens

At gå i behandling er frivilligt for den unge. Dog kan de opleve sig presset af Kriminalforsorgen, sagsbehandler, forældre, pårørende, kontaktperson osv. Ambivalens er en sikker faktor at have med på rejsen, hvorfor motivationen kan svinge, og argumenterne for at blive væk nogle dage/perioder kan overtrumfe det at møde til behandlingen. Vi mener, at alle kender til kimen af afhængighed samt til ambivalens. De færreste kan sige sig fri for at have meldt afbud til aftaler, som syntes uoverskuelige, som man var bange for, eller som man ganske enkelt ikke havde lyst til. Det kan dreje sig om tandlæge, læge, psykolog osv.

Fænomenologisk<sup>2</sup> og inden for den humanistiske psykologi betragtes mennesket som havende intention og være indrestyret modsat behaviorismen, der betragter mennesket som ydrestyret. Grundlæggende opfattes mennesket som mentalt sundt og med motivation for selvrealisering. Forhindres man i at udvikle sig og realisere sig selv, kan det skabe grobund for psykisk lidelse og demotivation.<sup>3</sup> X og Y er i et vist omfang blevet hindret i selvrealisering bl.a. gennem de følelsesmæssige svigt, de har oplevet, og vil bl.a. derfor periodevis opleve manglende motivation til at møde op til de samtaler, der bl.a. handler om selvrealisering.

Der er forskel på, om de unge er primært ydre- eller indrestyret - og i den forbindelse, hvor konkret tænkende de er. X og Y ser bl.a. personlig udvikling som en motiverende faktor for at møde til samtalerne. De siger, at grunden til at møde op kan være:

*'Mit ønske om at få et godt liv.'*

*'Der er en, der står ved siden af mig og siger, du kan godt.'*

*'Selvindsig.'*

*'Jeg siger (X), du har selv valgt det, så kom af sted.'*

*'Jeg ved godt, det er de små ting, der får mig ned med*

*nakken, hvis jeg ikke får talt om dem, så ryger de i rygsækken, og så bliver den tungere og tungere.'*

*'Jeg ved, jeg kan være dobbelt så god, som jeg er nu!'*

Da disse to unge har meget fokus på indrestyring og selvudvikling, ser de sådan på dusør/belønning:

*'At give dusør for at komme - ligesom det nye projekt i Socialstyrelsen - er umyndiggørelse.'*

De unge, der er mere konkret tænkende og mindre reflekterende, er i højere grad motiveret af et konkret udbytte af at møde op og kunne tænkes at have den modsatte holdning. For dem kunne det tænkes at give mening at blive konkret belønnet for fremmøde. Da mening er et bærende element i at være motiveret, vil de konkret tænkende unge ofte have svært ved at se meningen med at gå til psykolog, og man bør så gøre brug af en mere konkret pædagogisk tilgang, der dog ikke nødvendigvis indebærer økonomisk belønning.

### Forandringsagenter og forandringsparathed

I Ditte Andersens Ph.D.<sup>4</sup> har hun bl.a. brugt interview med unge fra forskellige behandlingsinstitutioner. Her skriver hun bl.a., at de unge kan have svært ved at tro på, at de er ejere af deres egne behandlingsplaner, og at de selv er forandringsagenterne, da de ikke altid føler sig behandlet således. 'Unge mennesker kan opfatte deltagelse i netværksmøder som nedsettende, frem for styrkende'. Dette på trods af, at det ikke er de professionelle hensigt. Det betragtes som en refleksion af institutionens rammer, der lægger rammerne om mødet. Hvis professionelle agerer som eksperter og institutionelle autoriteter, er det svært for den unge at føle ejerskab over selvudviklingen. Det kan, som før beskrevet, være demotiverende - ikke at have ejerskab over egen proces. Hvilket kan formodes at fratage den unge lysten til at møde op.

Ditte Andersen pointerer ligeledes, at de unge er nødt til at fortælle, at der sker forandringer - og at de ellers risikerer eksklusion af behandlingen. Hun beskriver, hvorledes dette kan medføre, at professionelle ikke lader den unge fortælle historien på sin egen måde, men lærer dem teknikker og redigerer, så den bliver en passende historie om forandring.

Generelt kan man sige, at det kræver en stor forandringsparathed at være i behandling, og da humør og ydre påvirkninger veksler, må denne antages at

være vekslende. Til dette kan man sætte spørgsmålstegn om, hvorvidt vi og systemet er åbne nok for, at der også omkring forandringsparathed vil være ambivalens. Birgitte Thylstrup foreslår i sin Ph.D. <sup>5</sup> at: 'Man kunne overveje, hvordan en behandlingstilgang, der definerer og inddrager både patient og behandler som forandringsagenter, indvirker på behandlingsprocessen og resultatet, sammenlignet med en behandlingstilgang, der overvejende tager udgangspunkt i ekspert-modtager relationen, hvor behandleren tilskrives den aktive rolle som professionel forandringsagent'.

### Mellemrum og livsverdener

Hvad sker der mon for de unge i mellemrummet – altså tiden i mellem, at de kommer til samtalerne? Formodentligt er det dér, udviklingen sker. Når mellemrummene er lange, kan der så ske mere udvikling – end hvis de er korte? I mellemrummene leves livet i livsverdenerne, den fysiske, den sociale, den personlige og den åndelige/ideologiske. <sup>6</sup> I samtalerne arbejder vi på at udvide disse verdener sammen med den unge. Især er det fokus på den sociale livsverden, da det ofte er der, komplikationer opstår og er opstået gennem livet. At sætte sig i den andens sted og have empati kan være en kompliceret affære, hvis man ikke selv føler sig mødt og forstået. I den sociale livsverden udvikles og afprøves den sociale identitet.

Til tider vælger de unge at gå tilbage til isolationen, ensomheden, og bedøver sig så med hashen. X har i lange perioder haft mange timer med computeren og spil, især om natten. I perioderne, hvor han har levet i natteverdenen, har han ikke kunnet overskue at komme til samtaler, bl.a. fordi han har sovet om dagen, men også, fordi der ikke var sket særlige forandringer i den verden, han primært levede i. Ved siden af har han formået at opretholde et parforhold over nogle år – og har dér investeret i sin personlige verden. Han har nu ændret sit liv, således at han dagligt går i skole. Mellemrummet er bl.a. dér, og det sker, at han ikke har energi nok til også at investere på selvudviklings/forandringskontoen. Dette betyder indimellem, at der kommer et afbud. Det stopper dog langtfra den positive udvikling.

### Relationsarbejde og nærvær

Indimellem siger de unge, at de ville ønske, at de bare kunne komme, når de havde brug for det, og bare det at vide, at det ville være muligt, ville være en tryghed. En del af de unge, vi møder, har skrøbelige eller ingen voksenrelationer, og for dem kan den professionelle blive den første eller en af de få voksne, som de har oplevet møde og rumme dem.

F.eks. siger Y:

*'Da jeg blev indskrevet, var det helt fantastisk. Jeg mødte en, der lyttede til mig, og som kunne se tingene fra nogle andre perspektiver.'*

X siger bl.a.:

*'Jeg ringede til Marie (kontaktperson) og sagde, at jeg havde smidt min rygebon væk, og hun nærmest skreg i telefonen. Hun var så glad på mine vegne.'*

*'Da jeg blev indskrevet, blev jeg mødt på det, jeg havde brug for – de små ting, mad osv., og da de bittesmå ting faldt på plads, begyndte tingene at ændre sig.'*

Relationen eller behandlingsalliancen er ifølge Birgitte Thylstrups Ph.D.-undersøgelse af, hvad der virker i dobbeltdiagnose behandling, den væsentligste faktor:

'Ser man mere specifikt på undersøgelser af behandlingsalliancen ved dobbeltdiagnosebehandling, ser det ud, som om forbindelsen mellem graden af patientens psykiske lidelse og kvaliteten af behandlingsalliancen i en vis udstrækning forudsiger udfaldet af behandlingen: Jo sværere den psykiske lidelse er, jo større betydning har kvaliteten af behandlingsalliancen for opnåelsen af et positivt behandlingsresultat'. Dette er ikke nyt i psykoterapeutisk behandling, men kan være hensigtsmæssigt at pointere i forhold til psykiatrisk/misbrugs-behandling, da behandlingsinstrumenterne er under udvikling, og en fare her kan være at blive for adfærdsfokuseret og dermed for instrumentel. I eksistentiel psykoterapi beskrives relationen som en del af grundlaget i behandlingen.

Hvad relationsbegrebet i en behandlingskontekst indebærer, fører for vidt at beskrive her. At være til stede som en nærværende anden er dog helt grundlæggende for at skabe kontakt. Det er for alle mennesker umuligt altid at være helt nærværende. Det kan dog trænes at være mest muligt til stede i sit liv. Mindfulness-øvelser kan hjælpe såvel behandler som den unge til at kunne være mere til stede med sig selv og dermed både være et væsentligt element i behand-

lingen, men også i udviklingen af relationen/behandlingsalliancen.

### Accept og ansvar

Accept betyder at godkende eller modtage. Godkendelsen af sig selv, er formodentlig en af de største udfordringer ved det at være menneske. Er man opvokset med manglende positiv følelsesmæssig respons og med forældre, der har haft svært ved at godkende sig selv og dermed også barnet, er udfordringen stor. ACT arbejder især med accept og defineres som en åbenhed overfor psykologiske oplevelser – ikke som mål i sig selv, men som et middel til bevidst at kunne vælge mere hjælpsomme strategier på vejen hen imod et mere værdibaseret liv.

For terapeuten er det ligeså væsentligt at indtage en accepterende holdning overfor den unge. De unge kommer ofte med en lang indlæringshistorie af psykisk smerte, som de har udviklet forskellige strategier - nogle hjælpsomme, andre uvirksomme - i forhold til at håndtere og forsøge at kontrollere indre ubehag. I det lys bliver det væsentligt at have fokus på at arbejde

med at udvikle det acceptrum, den unge og terapeuten skal operere i. Når den unge udebliver fra samtalerne er udgangspunktet derfor at bevare en åben og nysgerrig tilgang til hvilken funktion den unges adfærd har, også udeblivelser og afbud.

Accept er også et nøgleord i den eksistentiale tilgang, f.eks. accept af angst og grundvilkår. I arbejdet med accept af sig selv ligger også en ansvarsdimension, f.eks. at tage ansvar for, at man ikke er nået så langt uddannelsesmæssigt som jævnaldrende, at man ikke har en familie, der magter at støtte en, at man har lavet kriminalitet, såret andre mennesker osv. Dette kan være en både glædelig, provokerende, besværlig og livslang proces.

De dage/perioder - hvor overskuddet er lille - kan det hele være uoverskueligt, hvilket kan medføre, at man også må arbejde med at acceptere, at man ikke passer sine aftaler. At behandleren/psykologen ligeledes må arbejde med at acceptere, at den unge ikke dukker op. Men i behandlingssystemet, der også handler om økonomi og planer, der skal gå op, er accepten desværre ikke altid så stor.





## Hvad kan vi professionelle gøre?

Udsagnene fra X og Y pointerer vigtigheden i at blive mødt. Mødt lige dér, hvor man er i liv og udvikling. I Maslows behovspyramide<sup>3</sup> er der forskellige niveauer, før man når til selvrealiseringsniveauet, og hvis vi møder den måske både sultne og hjemløse unge med forventninger, der kræver et forandringsagentur – indstillet på indre udvikling og selvrealisering – er det måske ikke så mærkeligt, at de udebliver eller melder afbud.

Vender vi her tilbage til de unges selvbilleder, er de tit negativt præget, oftest med toner af skyld og selvhad. Hvordan er det så, vi møder de unge i de situationer? Møder vi dem med irritation og bebrejdelser, moralisering o.lign.? Fodrer vi den negative del, der i forvejen kan være styrende?

Her siger de unge bl.a.:

*'I skal kigge på hver enkelt ung og vurdere, hvad der skal til. For mig skal der bare et løftet øjenlåg til, så lægger jeg mig fladt ned.'*

*'I starten forventede jeg, at jeg lige som andre steder ville blive mødt af formaninger og løftede pegefingre.'*

*'Det er svært at tale om udeblivelser, fordi jeg gerne vil være et voksent og anstændigt menneske.'*

*'Da jeg blev indskrevet, sagde Trine: 'Der er masser af mennesker, der i løbet af deres liv bliver afhængige af et rusmiddel, og mange kan selv stoppe. De, som kommer hos os, er dem, der ikke kan uden hjælp.' På samme måde skulle I sige i forhold til udeblivelser: Sig, at det er normalt og normalt.'*

I den konkrete praksis foreslår de unge bl.a. følgende:

*'Ud over påmindelses-sms'er kan det være en fordel at have en kontaktperson, der minder om og indimellem følger den unge til samtalen.'*

*'Ring til os, og så kan man tale over telefonen – måske bare et kvarter.' Eller skrive en sms. Nogle gange tager jeg ikke telefonen, når jeg har det dårligt.'*

De to unge har, for os, været rigtig gode eksempler på, at på trods af mange aflysninger og udeblivelser har både X og Y ændret deres liv positivt på mange områder, men især på misbrugs- og beskæftigelsesområdet. Vi håber med denne artikel at være med til, at vi professionelle kigger nærmere på egen praksis i forhold til udeblivelser og afbud. Kan fleksibiliteten øges i behandlingstilbuddet, så de unge, der måske har

mest brug for hjælpen, kan blive i behandlingen? Der er naturligvis systemrammer i forhold til økonomi og antal pladser og tid, som det i sig selv kan være svært at ændre på, men inden for systemet bør der være plads til refleksion, kreativitet og nytænkning. Der er altid en grund til, at de unge bliver afhængige af stoffer; der er også altid en grund til, at de ikke kommer til aftalen. Derfor må vi konstant være i dialog med os selv og egen praksis. Reflektere og nuancere egen praksis samt involvere vore kolleger, samarbejdspartnere, kontaktpersonerne til de unge samt alle, der har berøring med dem – således at de også forstår, at man ikke blot skal formane eller dømme dem i hans eller hendes måde at håndtere aftaler og 'indre løfter' på. Men i stedet nærme os deres måder at agere på langt mere nuanceret, end vi hidtil har været vant til i hele systematikken omkring det at behandle unge med dobbeltdiagnoser. ■

## Litteratur

- Andersen, Ditte: Stofmisbrugsbehandling til unge: Handler det om stoffer? Ph.D. CRF. 2014.
- Bruun, M, Louise: Saml tankerne. Psykiatrifonden. 2014.
- Hacker, J., Douglas: The journal of early adolescence. Sage. 1994.
- Hein, H, Helle: Motivation, motivationsteorier og praktisk anvendelse. Hans Reitzels Forlag. 2009.
- Gerlach, Jes: Angstbogen. Psykiatrifondens Forlag. 2008.
- Houlberg, S, Charlotte: Eksistentiel psykoterapi og diagnoser. STOF nr. 18. 2012,
- Plock, du: Afhængigheden af afhængighed. STOF nr. 3. 2004.
- Ravn, Signe: Unge, natklubber og stoffer: En undersøgelse af unges rekreative stofbrug. Ph.D. CRF. 2010.
- Referenceprogram for børn og unge med ADHD: Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark. 2008.
- Spinelli, Ernesto: Eksistentiel psykoterapi i praksis. 2007.
- Stelvig, Anna: Tilbage på stoffer. Psykolognyt, nr.11. 2013.
- Stelvig, Anna: At gå i behandling og gå fra den igen.... STOF nr. 20. 2012.
- SUS: Socialt udviklingscenter, Vidensbasen, Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug. 2011.
- Thylstrup, Birgitte: Ph.D.-afhandling . Dual diagnosis and treatment relations. CRF. 2009.
- Thylstrup, Birgitte: Den terapeutiske relation – samarbejdet mellem terapeut og behandler om forandring, STOF nr. 13. 2009.
- Van Deurzen-Smith, Emmy: Eksistentiel samtale og terapi. 1995.
- Van Deurzen -Smith, Emmy, Baker, Claire Arnold: (2009) Existential perspectives on human issues. 2009.
- www.actdanmark.dk

## Noter

- 1 . Citat fra bogen 'Saml tankerne' af Louise Meldgaard Bruun.
- 2 Fænomenologi beskriver fænomenerne, som de kommer til syne i vores bevidsthed.
- 3 Fra 'Motivation' af Helle Hedegaard Hein.
- 4 Andersen, Ditte. Stofmisbrugsbehandling til unge, handler det om stoffer? 2014.
- 5 Thylstrup, Birgitte. Den terapeutiske relation. STOF nr. 13
- 6 Houlberg, S., Charlotte. Eksistentiel psykoterapi og diagnoser. STOF nr. 18.