

Screening for personlighedsforstyrrelser

- en kontrolgruppeundersøgelse

Screening for personlighedsforstyrrelser

- en kontrolgruppeundersøgelse

Morten Hesse
Mads Kjær Pedersen
Jonas Vrist Nielsen

Center for Rusmiddelforskning
Aarhus Universitet
2010

© forfatterne og Center for Rusmiddelforskning 2010
Tryk: J & R Frydenberg a/s, København
ISBN: 978-87-89029-79-5

Center for Rusmiddelforskning
Nobelparken, bygning 1453
Jens Chr. Skous Vej 3
8000 Århus C
Tlf.: 89 42 69 30
Fax: 89 42 69 35
www.crf.au.dk
E-mail: crf@crf.au.dk

Indhold

Forord	7
Summary in English	9
1. Indledning.....	11
Betyder personlighedsforstyrrelser så noget for misbrugsbehandling?..	12
2. Personlighed og misbrug – hønen og ægget	15
Familieundersøgelser	17
Miljøundersøgelser.....	19
Konkluderende bemærkninger – hønen og ægget	19
3. Personlighedsforstyrrelserne	21
Hvad er den officielle definition af en personlighedsforstyrrelse?.....	21
Personlighedsforstyrrelsernes hovedgrupper	22
4. Hvad vides der om behandling af personlighedsforstyrrelser og misbrug?	27
Eksperimentelle undersøgelser af særligt tilrettelagte behandlinger	27
Områder for effekt og områder med mangelfuld dokumentation.....	28
Kliniske guidelines for den foreliggende undersøgelse	29
5. Den aktuelle undersøgelse – visitation på Modtageenheden Indre.....	33
Behandlingsstedet.....	33
Undersøgelsens metoder	33
Baselinedata	34
Karakteristik af grupperne.....	37
Flow af klienter gennem undersøgelsen.....	38
Succeskriterier	39
6. Resultater.....	41
Er patienternes selvrapporterede problemer troværdige?	43
Iværksatte behandlingstilbud	45
Diskussion af resultaterne i relation til den publicerede forskning	46

7. Forløbet af ADHD-symptomer under behandlingen	49
Baggrund for analyserne	49
Metoder i testningen af stabiliteten	50
ASRS skemaet.....	50
Stabilitet	50
Betydningen af ADHD for forløbet	51
8. Kvalitative interviews med behandlerne.....	53
Udvikling af den organisatoriske praksis.....	53
Hvordan bruges resultaterne af screeningen i behandlingen?.....	54
Ny læring.....	55
Udfordringer for personalet.....	56
Klienternes reaktioner på testresultaterne	57
9. Konklusioner og implikationer for fremtidig forskning	59
Referencer	61
Bilag 1. Oversigt over artikler, der er publiceret eller accepteret fra undersøgelsen	67

Forord

Med støtte fra Sygekassernes Helsefond gennemførte Center for Rusmiddelforskning i perioden 2007-2009 en undersøgelse af effekten af screening for personlighedsforstyrrelse ved indskrivning til stofmisbrugsbehandling (journalnummer 2007D202). Undersøgelsen blev gennemført på Modtageenheden Indre By under Rådgivningscenter København.

Vi vil gerne takke personalet samt områdechef Finn Jensen, psykolog Helge Børven og de klienter, der har været så venlige at hjælpe os med undersøgelsen. Endvidere vil vi gerne nævne Line Gry Poulsen og Stine Aagaard, som har stået for en stor del af opfølgningsinterviewene til undersøgelsen. Vi vil også gerne rette en tak til psykolog, ph.d. Per Nielsen, Ringgården i Middelfart, og professor, ph.d. Mats Fridell, Lund Universitet, for deres hjælpsomme og inspirerende kommentarer til projektet. Endelig vil vi gerne takke socialoverlæge Peter Ege, som bidrog med indsigtsfulde diskussioner om etiske perspektiver i undersøgelsen.

Undersøgelsen er en del af Center for Rusmiddelforsknings satsning på forskning i psykiske vanskeligheder hos misbrugere. Den trækker primært på kvantitative metoder, men et særligt kapitel er afsat til kvalitative interviews med såvel klienter som personale.

Dette forskningsprogram har allerede affødt en række publikationer om de psykiske vanskeligheders diagnostik (Hesse, 2005a, 2005b, 2006; Thylstrup & Hesse, 2008), fænomenologi (Thylstrup & Hesse, 2009), betydning for langtidsforløbet af misbrugerens funktion og psykiske tilstand (Fridell & Hesse, 2006; Fridell, Hesse, & Billsten, 2007; Fridell, Hesse, & Johnson, 2006; Jansson, Hesse, & Fridell, 2008, 2009), og litteraturoversigter om behandlingseffekter (Hesse, 2004, 2009).

Imidlertid er dette første gang, Center for Rusmiddelforskning aktivt har indgået i en kontrolgruppeundersøgelse med tilfældig fordeling til eksperiment- og kontrolgruppe. Undersøgelser med eksperiment- og kontrolgruppe, som er tilfældigt fordelt, er et vigtigt nyt skridt, fordi sådanne designs kan sige noget om konsekvenserne af indførelse af nye politikker og strategier.

Summary in English

This report describes the result of a randomized clinical trial comparing psycho-education with an attention placebo. Patients were volunteers among admissions to a centralized intake unit for substance abuse treatment in Copenhagen Denmark. At baseline, patients were approached and offered an assessment that encompassed psychopathology and personality difficulties. Patients who accepted assessment first underwent a screening for anxiety/depression symptoms, drug and alcohol dependence, attention-deficit hyperactivity disorder and baseline assessment. Following this primary screening, all patients were randomized to either assessment for personality disorder, psychoeducation and consultation of caseworker, or to the attention placebo intervention, called the life situation intervention, followed by psychoeducation and consultation of caseworker. Among 83 volunteers, 75 completed assessment and were included as the ITT sample who could receive psychoeducation. The intent-to-treat evaluation showed that substance use outcomes were better among the experimental group, functioning and psychiatric symptoms showed no difference, and the therapeutic alliance was better among the control group.

1. Indledning

Hvorfor studere integreret behandling af personlighedsforstyrrelser og stofmisbrug?

Befolkningsundersøgelser har vist, at flertallet af mennesker med stofafhængighed samtidig har en eller flere alvorlige personlighedsforstyrrelser, mens omkring 15 % af normalbefolkningen som helhed har en personlighedsforstyrrelse (Grant et al., 2004). Personlighedsforstyrrelser er vedvarende forstyrrelser i måden at relatere sig til andre, løse problemer og forholde sig til sine egne følelser (APA, 2000). Mennesker med personlighedsforstyrrelser oplever, at de fastlåses i et begrænset antal mønstre og havner i uhensigtsmæssige situationer, både i forhold til andre mennesker og i forhold til arbejdsmarkedet (APA, 2000). Det mest kendetegnende for mennesker med personlighedsforstyrrelser er vedvarende dårlig funktion, socialt og psykisk, og dette er vist at kunne vare mange år (Seivewright, Tyrer, & Johnson, 2004).

Personlighedsforstyrrelserne opdeles i 10 diagnoser i det amerikanske DSM-IV, som er den diagnostiske reference, der er mest anvendt i forskning, også i Danmark:

- **Paranoid:** et vedvarende mønster af overdreven irrationel mistænksomhed og mistro overfor andre
- **Skizoid:** mangel på interesse i sociale relationer, og begrænsede følelsesudtryk overfor andre
- **Skizotypal:** karakteriseret ved sær, excentrisk tænkning og adfærd
- **Antisocial:** vedvarende mangel på respekt for andres rettigheder
- **Borderline:** ustabilitet i humør og interpersonelle relationer og indrettomhed
- **Histrionisk:** opmærksomhedssøgende adfærd og overfladiske, overdrevne følelsesudtryk
- **Narcissistisk:** grandiositet, oppustet følelse af egen vigtighed, behov for beundring
- **Undvigende:** usikkerhed, tilbagetrækning fra andre, lav selvtillid i forhold til at kunne indgå med andre
- **Dependent:** uselvstændig, usikker holdning, vilje til at gå meget langt for at bevare andres støtte

- **Tvangspræget:** rigiditet, perfektionisme, arbejdsnarkomani, og manglende vilje til at samarbejde, med mindre man selv kan bestemme alle detaljer

Disse mønstre er beskrevet baseret på kliniske erfaringer og udviklet især gennem de sidste 30 år (selv om enkelte af diagnoserne har en mere end 100-årig historie).

En lang række undersøgelser har vist, at en meget stor andel af de, der har én personlighedsforstyrrelse, også har flere (Grant, Stinson, Dawson, Chou, & Ruan, 2005; McGlashan et al., 2000). De forstyrrelser, der kan diagnosticeres ud fra de eksisterende systemer, kan altså ikke betragtes som klare enheder, der kan skilles fra hinanden, men snarere som træk, der i forskellige kombinationer findes hos forskellige patienter.

Betyder personlighedsforstyrrelser så noget for misbrugsbehandling?

En ting er, at man kan identificere personlighedsforstyrrelser hos mange, der har stofmisbrug. Men et andet spørgsmål er, hvad personlighedsforstyrrelser så rent faktisk betyder for misbrugsbehandlingen. Man kan sige, at misbrugsbehandling først og fremmest handler om at gøre noget ved misbruget. Forhindrer personlighedsforstyrrelser generelt, at man kan gøre noget ved sit misbrug? Generelt må man sige, at svaret er nej. En række undersøgelser viser, at personer med misbrug og forskellige personlighedsforstyrrelser i tillæg kun har meget lille øget risiko for at have vedvarende misbrug, med antisocial personlighedsforstyrrelse som en mulig undtagelse (Jansson et al., 2009; Kokkevi, Stefanis, Anastasopoulou, & Kostogianni, 1998). Men selv her er der undtagelser – i visse typer af behandling, har patienter med antisocial personlighedsforstyrrelse ikke et dårligere udbytte af behandling end andre patienter, særligt hvis behandlingen har en meget høj grad af struktur og klare rammer, og tilbyder klare ”noget for noget aftaler” (eksempelvis King, Kidorf, Stoller, Carter, & Brooner, 2001; N. P. Messina, Wish, Hoffman, & Nemes, 2002).

Det er altså ikke nødvendigvis, fordi det er umuligt for personer med personlighedsforstyrrelser at profitere af misbrugsbehandling, at man skal overveje at inddrage personlighedsforstyrrelser i behandlingsarbejdet. Men er der så andre grunde?

For det første er der meget, der tyder på, at personer med personlighedsforstyrrelser ved siden af et misbrug vedvarende har symptomer på psykiske vanskeligheder flere år efter, at de er identificeret i misbrugsbehandling, uafhængigt af om de fortsat er misbrugende (Bakken, Landheim, & Vaglum, 2007; Jansson et al., 2008). Ikke at arbejde med personlighedsforstyrrelserne kan altså på længere sigt betyde, at det bliver sværere at få en tilfredsstillende livskvalitet.

For det andet er der indikationer på, at personer med en række personlighedsforstyrrelser over tid har negativ indflydelse på eksempelvis risikoen for at komme til at kunne passe et arbejde, undgå hospitalsindlæggelser, og undgå at falde tilbage til kriminalitet (Jansson et al., 2009).

2. Personlighed og misbrug – hønen og ægget

Et vigtigt spørgsmål i forbindelse med behandling af misbrug og personlighed er, om de personlighedsmæssige vanskeligheder, der kan observeres hos misbrugere, i virkeligheden skal tilskrives misbruget. Altså om der er tale om enten biokemiske virkninger af rusmidler, som skaber personlighedsforandringer, eller livsstilsforandringer, som fremtræder som personlighedsændringer (eksempelvis at man er nødt til at lyve for at skjule misbruget, eller at misbruget møder negative reaktioner fra omverden, som igen medfører at man får besværlige relationer til andre).

To typer af forskning anvendes især til at blive klogere på spørgsmålet om ”hønen og ægget”. Den ene er langtidsundersøgelser, hvor man ser på, om børn, allerede inden de første gang stifter bekendtskab med rusmidler, udviser tegn på senere personlighedsafvigelse. Denne type data giver en stærk indikation på, om personlighedsforandringer kan forklares ved rusmidlerne, fordi det forekommer umuligt, at rusmidlerne skulle skabe personlighedsafvigelser, som allerede var til stede, før forbruget begyndte.

Den anden type forskning er studier, som ser på, om forstyrrelser ophobes i familier og af genetisk risiko for personlighedsafvigelse og misbrug.

I langtidsundersøgelser lader man forældre eller lærere, eller professionelle observatører bedømme, hvorvidt hvert barn af en stor gruppe eksempelvis har adfærdsvanskeligheder, eller er sky eller følelsesmæssigt sårbar. Derefter følger man gruppen indtil voksenalderen. En række større undersøgelser har set på disse spørgsmål (se tabel 2.1).

Tabel 2.1. Eksempler på større undersøgelser der omhandler sammenhængen mellem personlighed i barndommen og senere udvikling af rusmiddelproblemer

Undersøgelse	Land	Antal børn:	Fulgt fra:	Metoder til undersøgelse af børne/ ungdomspersonlighed	Typer af rusmidler	Faktorer relateret til senere brug af alkohol og stoffer
Adalbjarnadottir & Rafnson	Island	1.293	14-17	Spørgeskema	Tobak, illegale stoffer, alkohol	Antisocial adfærd
Ensminger m. fl.	USA	1.242	6-32	Lærerbedømmelse	Alkohol og stofbrug	Aggressiv adfærd og skyhed (hos drenge)
Fergusson m. fl.	New Zealand	1.265	2-32	Bedømmelse ved lærere og forældre	Alkoholafhængighed, nikotinafhængighed, stofafhængighed	Tidlig adfærdsvanskelighed, dog ikke i forhold til alkoholafhængighed
Kubicka m. fl.	Tjekkiet	440	9-35	Bedømmelse ved lærere, forældre og klassekammerater	Alkohol storforbrug	Lav "samvittighedsfuldhed"
Prinstein & La Greca	USA	148	12-15	Bedømmelse ved kammerater	Cigaret, alkohol og marijuanaforbrug	Høj aggressivitet, når denne førte til afvisning fra de øvrige

Fire større undersøgelser fra fire forskellige lande af denne type er opsummeret ovenfor. Selv om der er en række andre fund for hver undersøgelse, er det overordnede mønster, at personlighedsforskelle, som allerede er til stede i barneårene, er stærkt forbundet med senere rusmiddelproblemer.

Langtidsundersøgelser har vist, at særligt personlighedstræk relateret til impulsivitet og aggressivitet målt i barneårene er forbundet med senere stof- og alkoholproblemer (Adalbjarnardottir & Rafnsson, 2002; Ensminger, Juon, & Fothergill, 2002; Fergusson, Horwood, & Ridder, 2005; Kubicka, Matejcek, Zdenek, & Roth, 2001).

En særlig pointe er, at den aggressive adfærd vedligeholdes gennem kammeraters afvisning. Det er velkendt, at en vigtig faktor i fastholdelsen af aggressiv adfærd hos børn er, at de opfører sig aggressivt, og derfor afvises af kammeraterne, hvilket forstærker den aggressive adfærd yderligere. Men at dette kan være en del af forklaringen på sammenhængen mellem aggressivitet og rusbrug er et nyere forskningsfelt. To forskere, Prinstein og La Greca, fulgte 148 piger fra 5. til 11. klasse, og fandt, at piger, som var aggressive og blev afvist af andre, havde høj risiko for senere problematisk brug af rusmidler, mens piger, som ikke blev afvist, selv om de var aggressive, ikke havde den samme risiko (Prinstein & La Greca, 2004). En mulig forklaring på dette mønster er, at den aggressive adfærd starter en ond cirkel, hvor aggressiv adfærd medfører udstødelse, som igen medfører en stadig stigende grad af afvigende adfærd, og at man opsøger mere afvigende kammerater, hvorved man til slut ender i en højrisikogruppe for både misbrug og andre alvorlige problemer.

På baggrund af denne internationale forskning konkluderes det, at der er belæg for, at i det mindste en del af den problematiske adfærd og de vanskeligheder i relationer til andre, som mange mennesker med misbrugsproblemer udviser, er opstået meget tidligt i livet og vedligeholdes gennem sociale processer.

Familieundersøgelser

Familieundersøgelser inkluderer ophobningsundersøgelser, hvor man ser på, om bestemte typer af psykiske vanskeligheder ophobes i familier, tvillingestudier og studier, som undersøger specifikke geners sammenhæng med psykiske vanskeligheder.

Undersøgelser af ophobninger i familier kan ikke udelukke social indlæring (altså at man lærer adfærd af familiemedlemmer) eller faktorer, som er fælles for hele familien, eksempelvis socioøkonomiske faktorer. Tvillingeundersøgelser kan, i deres moderne udformning, med stor præcision estimere arveligheden af bestemte former for adfærd. Specifikt måles arveligheden af en adfærd gennem forskellen på, hvor meget enæggede og tveæggede tvillinger ligner hinanden. Hvis enæggede og tveæggede tvillinger ligner hinanden lige meget, så peger det på, at det er de fælles familiefaktorer, der er det afgørende: Enæggede og tveæggede tvillinger vokser jo netop op under de samme forhold. Hvor derimod tveæggede tvillinger ligner hinanden mere end enæggede tvillinger, så er det sandsynligvis arvelige faktorer, der ligger bag, fordi enæggede tvillinger har dobbelt så mange gener tilfælles som tveæggede tvillinger.

Endelig søger man at sammenkæde bestemte steder på kromosomerne, som varierer, med adfærd. Denne forskning er ved at nå frem til resultater, som tyder på, at visse varianter øger risikoen for antisocial adfærd og alkoholvanskeligheder.

En række undersøgelser viser, at i hvert fald antisocial personlighedsforstyrrelse optræder hyppigere hos familiemedlemmer til en alkoholmisbruger (Nurnberger et al., 2004).

En undersøgelse ved Hicks og kolleger fandt, at den fælles arvelighed for antisocial personlighed, stof- og alkoholproblemer var altdominerende (Hicks, Krueger, Iacono, McGue, & Patrick, 2004). Undersøgelsen var baseret på 542 familier med tvillinger (både enæggede og tveæggede), og anvendte både data fra forældre og tvillinger. Mere specifikt var det sådan, at en fælles arvelig faktor forklarede langt det meste af sammenfaldet mellem alkohol-, stofproblemer og antisocial adfærd, og at der kun i mindre grad var specifikke genetiske faktorer bag alkohol- og stofafhængighed og tidlige adfærdsproblemer.

Adfærdsgenetiske studier peger desuden på, at familiens betydning er størst i ungdomsårene, men aftager gradvist, efterhånden som de unge selv bliver ansvarlige for at vælge deres miljø. Efterhånden som de unge bliver uafhængige af familien, stiger betydningen af deres genetiske risiko for antisocial adfærd, fordi de selv vælger deres venner, men ikke deres familie (Kendler et al., 2007). Denne effekt er mindre udtalt i landlige omgivelser,

hvor der typisk er færre kammerater at vælge imellem (Legrand, Keyes, McGue, Iacono, & Krueger, 2008).

Miljøundersøgelser

Når det vides, at arv spiller en stor rolle for udvikling af antisocial adfærd og stofmisbrug, kunne det være fristende at konkludere, at miljøets betydning er tilsvarende begrænset, og at betydningen af interventioner er begrænset. Dette er ikke nødvendigvis tilfældet. Som det sås ovenfor, er mulighederne for, at gener kan slå igennem forskellig fra land til by. Når der er flere venner at vælge imellem, vil de med en høj risiko for problemadfærd og misbrug søge sammen. Men der er altså også indikationer på, at tidlig afvisning fra kammerater er med til at skabe denne dynamik. En række nyere undersøgelser peger på, at når skolemiljøet ændres, sådan at "normale" elever bedre kan række ud til "afvigende" elever, så mindskes både problemadfærd og brug af tobak, stoffer og alkohol på skolen som helhed (Kellam et al., 2008). Af særlig interesse er det, at det er i kraft af et større samspil mellem gennemsnitlige unge og afvigende unge, at de afvigende unge gradvis normaliseres.

Konkluderende bemærkninger – hønen og ægget

Det samlede billede er således, at sammenfaldet mellem problemer med især antisocial adfærd og alkohol- og stofproblemer mest kan forstås ud fra, at begge dele skyldes genetiske risikofaktorer, som spiller sammen med sociale mekanismer til at producere den konstellation af vanskeligheder, som vi finder hos voksne misbrugere.

Mindre klart er billedet, når man ser på andre vanskeligheder, som ofte optræder sammen med stof- og alkoholmisbrug, som relaterer sig til ustabil humør, usikkerhed på sig selv og andre, og tendens til at opleve angst og depression. Selv om en enkelt undersøgelse peger på, at skyhed kan være en risikofaktor hos mænd, peger undersøgelserne her i forskellige retninger.

3. Personlighedsforstyrrelserne

Hvad er den officielle definition af en personlighedsforstyrrelse?

DSM-IV

En personlighedsforstyrrelse er i ”The Diagnostic and Statistical Manual”, 4. udgave (DSM-IV, udgivet af den amerikanske psykiaterforening) defineret som:

”A. Et vedvarende mønster af indre oplevelse og adfærd, der afviger markant fra forventningerne i individets kultur.

Mønsteret manifesterer sig på to eller flere af de følgende områder: tænkning, følelser, mellemmenneskelige forhold, og impuls kontrol.” (DSM-IV).

Det forudsættes endvidere at:

- Det vedvarende mønster er ufleksibelt og går på tværs af personlige og sociale situationer.
- Der er betydeligt ubehag eller alvorlige problemer i social funktion, beskæftigelse eller andre vigtige områder af funktion forbundet med mønsteret.
- Mønsteret er stabilt og langvarigt, og dets begyndelse kan spores tilbage til puberteten eller tidligt voksenliv.
- Mønsteret er ikke bedre forklaret som et udtryk for andre tilstande, som hjerneskade, arvelige sygdomme, eller stofmisbrug.”

ICD-10

I det internationale klassifikationssystem ICD-10 defineres personlighedsforstyrrelser som:

”En svær forstyrrelse i den enkeltes karakterologiske konstitution og adfærdstendenser, som almindeligvis involverer flere områder af personligheden, og næsten altid er forbundet med betydelig personlig og social malfunktion. Personlighedsforstyrrelser tenderer til at vise sig i den sene barndom og tidlige ungdom, og fortsætter med at være fremherskende ind i voksenårene. [...] Generelle diagnostiske retningslinjer for alle personlighedsforstyrrelser inkluderer:

Tilstanden er ikke direkte henførbart til alvorlig hjerneskade eller sygdom, eller til anden psykiatrisk sygdom, og følgende kriterier er opfyldt:

- (a) markant uharmoniske holdninger og adfærd, [...] eksempelvis følelsesliv, stimulation, impuls kontrol, måder at opleve og tænke og relationsstil.
- (b) Det unormale adfærdsmønster er vedvarende, [...] og er ikke begrænset til tider med psykisk forstyrrelse.
- (c) Mønsteret er gennemgribende, og helt tydeligt dårligt tilpasset i en bred vifte af personlige og sociale situationer.
- (d) Manifestationerne starter altid i barndommen eller den tidlige ungdom, og fortsætter ind i voksenårene.
- (e) Forstyrrelsen medfører betydelig personlig belastning, men dette kan kun være tydeligt på et fremskredent stadie.
- (f) Forstyrrelserne er almindeligvis, men ikke altid, forbundet med betydelige problemer i jobmæssig og social ydelse.” (APA, 2000).

Som det ses, overlapper de to definitioner kraftigt. Begge deler opfattelsen af personlighedsforstyrrelser som vedvarende, omfattende og dybtgående, i modsætning til såkaldte kliniske syndromer som angst, depression og de alvorlige sindslidelser. På en måde kan man sige, at man kan skelne personlighedsforstyrrelser fra kliniske syndromer ved at spørge: ”Hvornår begyndte problemerne?” Hvis der findes et svar på dette spørgsmål, så er der tale om et klinisk syndrom. Findes der ikke et svar, så er der tale om en personlighedsforstyrrelse.

Personlighedsforstyrrelsernes hovedgrupper

Der opereres med tre grupper af forstyrrelser i det amerikanske DSM (fra og med DSM-III i 1980): (a) sære, (b) vilde og (c) ængstelige.

Gruppe A. De sære typer

Der er tre personlighedsforstyrrelser listet under de ”sære typer”: paranoid, skizoid og skizotypisk.

Fællesnævneren for disse tre grupper er en grundlæggende afsondrethed fra andre mennesker. Personer, der primært har en af disse tre forstyrrelser, er uvillige til at indgå kontakt, og vil sjældent tale om deres følelsesliv. Deres tankegang er anderledes end andres, og de deler sjældent deres tanker med

andre. De har typisk mærkelige forestillinger, og har tit en klar fornemmelse af, at deres indre verden ikke "tåler dagens lys". Alle tre forstyrrelser har en familieophobning sammen med skizofreni og lignende psykiske lidelser, hvilket tyder på et fælles genetisk grundlag.

At være **paranoid** betyder at være præget af mistænksomhed, ikke bryde sig om at skulle have tillid, jalousi, og en konstant nagende tvivl om andre mennesker er til at stole på. Man håndterer et indre kaos igennem at tilskrive andre onde hensigter eller utilstrækkelighed, og vender aggressionen mod disse andre. Forstyrrelsen er ikke karakteriseret ved egentlige vrangforestillinger. Paranoide forestillinger har stærke overlap med blandt andet borderline personlighed og antisocial personlighed. Den deler med disse en stærk tendens til at se andre som truende, fjendtlige og uforudsigelige, og samtidig på den anden side som kilder til opfyldelse af egne behov. Der er også et vist overlap mellem paranoid personlighedsforstyrrelse og skizotypisk og undgående personlighedsforstyrrelse.

At være **skizoid** betyder at være en isoleret enspænder, som ikke føler, at kontakt med andre mennesker er besværet værd. Man fremtræder, og føler sig, upåvirkelig i forhold til omgivelserne, om end der kan være sjældne eksplosive følelsesudtryk. Moderne beskrivelser tegner et billede af mennesker, der har et fattigt og begrænset indre liv, både i forhold til følelser og tanker. Beskrivelserne minder om en mild udgave af den autistiske side af skizofreni: Tilbagetrækning, en overfølsomhed overfor kontakt, som hos skizofrene kommer til udtryk som ubehag ved, at andre ser dem i øjnene, og tilsvarende hos den skizoide kommer til udtryk ved et stærkt ubehag ved, at andre taler med dem eller viser nogen form for interesse. Ældre beskrivelser af skizoide betegner imidlertid et skarpt skel mellem en på overfladen kold og ligeglad person, uden seksualdrift og kontaktbehov; og på den anden side et boblende kaos under overfladen, med en såkaldt "ujævn moral": på den ene side stærke moralske forestillinger, på den anden side stærk moralsk nihilisme, en ekstrem følsomhed, voyeurisme og perversiteter, og udtalt kynisme (Akhtar, 1987).

Skizotypisk personlighed betegner en kaotisk, stærkt egenartet tænkning, og et aparte følelsesliv. Den beskrives som "Et vedvarende mønster af social og interpersonel mangel markeret af akut ubehag ved, og reduceret evne til, nære relationer, sammen med kognitive og perceptuelle forvræng-

ninger og excentrisk adfærd.” Man kan sige, at hvis skizoid personlighed er den autistiske side af skizofrenien i en mild udgave, så er skizotypi den psykotiske side af skizofrenien i en mildere udgave. Skizotypi er forbundet med egentlige tankeforvrængninger og spring i logikken, så andre kan have svært ved at følge tænkningen. Socialt er skizotype lige så isolerede som skizoide, idet der dog kan være enkelte familiemedlemmer eller andre, som den skizotypale har kontakt med. Det skal bemærkes, at det internationale klassifikationssystem for diagnoser, ICD-10, opfatter skizotypi som en egentlig sindslidelse, og ikke som en personlighedsforstyrrelse. Skizotypi betegner en form for overgangsform mellem normal tænkning og skizofreniens ustabile verdensbillede.

Gruppe B. De vilde typer

De vilde typer er typer, der har vanskeligheder med impuls kontrol, som er udadvendte og som oftest pågående. På listen står antisocial, borderline, histrionisk og narcissistisk personlighed. De rummer alle fire elementer af udadreagerende strategier, hvor man udviser aggression imod andre for at håndtere sit indre kaos. I en vis forstand betegner gruppe B variationer over temaet ”den evige teenager”.

Antisocial personlighed er et mønster af vedvarende uansvarlighed, fravær af respekt for andres rettigheder, og aggression som strategi for at overleve psykisk. Mennesker med antisocial personlighed er næsten altid erkendt kriminelle med fængselsdomme bag sig. Som hovedregel er der tale om personer, der har modtaget deres første dom inden 20-årsalderen. Man antager, at de sjældent oplever skyldfølelser, men nok så karakteristisk er imidlertid, at antisociale sjældent lader skyldfølelser afspejle sig i adfærd. Som hovedregel har personer med antisocial personlighed et godt blik for deres egne gevinster, og når de ser, at de kan få noget ud af at ”spille spillet”, så kan de sagtens engageres i behandling. Der er overlap imellem antisocial personlighed og borderline personlighed og paranoid personlighed.

Borderline personlighedsforstyrrelse er en forstyrrelse, der er karakteriseret ved vedvarende følelsesmæssig ustabilitet. Personer med borderline personlighed har det næsten altid dårligt på forskellige mål for psykisk forstyrrelse, som depression, angst, eller generelle symptomskalaer. Der er under-

søgelse af borderline personlighedens tankegang, som kan illustrere, hvad der specielt karakteriserer borderline frem for andre personlighedsforstyrrelser (Butler, Brown, Beck, & Grisham, 2002): "Ubehagelige følelser vil vokse og vokse, og til sidst komme ud af kontrol." "Ethvert tegn på spænding i et forhold viser, at forholdet er kommet på vildspor. Derfor bør jeg afbryde forholdet." "Jeg er hjælpeløs, hvis jeg bliver overladt til mig selv." "Jeg kan ikke klare ting, som andre kan." "Jeg kan ikke stole på andre mennesker." "Jeg må være på mærkerne hele tiden."

Borderline personlighed overlapper meget med de øvrige forstyrrelser, især med paranoid, antisocial, undgående og dependent personlighed. Nogle har argumenteret for, at der er tale om en tværgående "forstyrrelsesfaktor" eller "sårbarhedsfaktor" frem for om en bestemt, afgrænset forstyrrelse.

Histrionisk personlighed er en udadvendt, seksualiserende personlighedstype, som regulerer selvfølelsen igennem at sætte sig selv i centrum og skabe opmærksomhed omkring sig selv og sin egen krop. At være histrionisk indebærer, at man opleves som overfladisk af andre, men selv føler at der er en intens og levende kontakt. En del af mønsteret er meget hyppige seksuelle kontakter, og ikke altid at kunne se konsekvenserne af sine handlinger. Histrionisk personlighed er forbundet med tilbagevendende utroskab i parforhold. Histrionisk personlighed overlapper i meget høj grad med narcissistisk personlighed, muligvis især fordi de deler kombinationen af en tårnhøj selvtillid med et lavt selvværd: "Jeg er spændende, åben, intelligent, begavet og smuk", men "jeg føler mig i al hemmelighed som et ubrugeligt nul".

Narcissistisk personlighed beskriver et træk, som er karakteriseret ved selvovervurdering, en følelse af at være blevet urimeligt behandlet af tilværelsen. Narcissister har en stærk følelse af at være omgivet af personer, der er dårligere begavet end de selv. De oplever sig selv som værende gode i kontakten med andre mennesker, åbne og kreative, men undervurderede og svigtede. I modsætning til de histrioniske oplever narcissister sig forholdsvis ligeglade med andre menneskers følelser.

Gruppe C. De ængstelige typer

De ængstelige typer deler en fornemmelse af at verden er truende, og at det gælder om at passe på sig selv og bevare en eller anden form for kontrol. Samtidig kan ængstelige typer beskrives som ”traditionelt neurotiske”. Som gruppe betegner de den mest normale del af spektret af personlighedsforstyrrelser, og tilstedeværelsen af især dependent personlighed er forbundet med god fastholdelse i behandling.

Undgående personlighed er karakteriseret ved en generel skyhed og forsigtighed i tilværelsen generelt. Undgående personer er både konfliktsky og forsigtige, ønsker ikke forfremmelser i arbejdslivet, men selv om de kan blive socialt isolerede, håber de inderst inde, at de kan komme i kontakt med omgivelserne. Derved adskiller de sig fra de skizoide, der en gang for alle har opgivet, at det skulle give nogen form for mening at danne relationer til andre mennesker. Undgående personlighed er svær at skelne fra social fobi. Principielt er forskellene, at undgående personlighed er karakteriseret ved at være mere generaliseret (man undgår ikke kun andre mennesker, men også nye situationer, at skulle træffe beslutninger), og at mennesker med social fobi er bevidste om, at deres ængstelse er urimelig og ude af trit med virkeligheden.

Dependent personlighed er karakteriseret ved en stærk mangel på tro på egen evne til selv at klare tilværelsen, og en tilsvarende tro på, at andre, eller måske særligt én bestemt person eller ét bestemt tilhørsforhold, kan give den fornødne tryghed til at klare hverdagens strabadser. Med forstyrrelsen følger uselvstændighed, vanskeligheder ved at træffe beslutninger selv, men også en vilje til at tage imod hjælp og støtte, som gør at behandling er mulig.

Tvangspræget personlighed er karakteriseret ved rigiditet og kontrol som en måde at tackle tilværelsen på. Tvangspræget personlighed i sin egentlige form er uhyre sjælden blandt alkohol- og stofmisbrugere, selv om der kan være enkelte træk hos nogle klienter.

4. Hvad vides der om behandling af personlighedsforstyrrelser og misbrug?

I det følgende vil der gives et kort resume af nyere forskning, som ser på integration af behandling for personlighedsforstyrrelser og misbrug.

Eksperimentelle undersøgelser af særligt tilrettelagte behandlinger

Patricia Conrod og hendes kolleger fordelte stof- og alkoholmisbrugere til forskellige typer af behandling (Conrod et al., 2000): En gruppe fik en standardbehandling, blot bestående af en film med et indhold, der skulle motivere til forandring af misbrug, en gruppe fik en behandling, der var skræddersyet efter personlighedsprofilen, og en gruppe fik en behandling af samme slags, som den ”skræddersyede”, men tilpasset en helt anden behandlingsprofil end deres egen. De fire profiler var ”impulsive”, personer der havde problemer med aggression og impuls kontrol, ”håbløse”, depressive og demoraliserede personer, ”ængstelige” med højt vedvarende angstniveau, og ”stimulussøgende”, nysgerrige, oplevelsessøgende. Til hver type svarede nu en bestemt behandlingsmanual. Hver undersøgelsesdeltager fik kun en enkelt behandlingssession, og deltagerne var volontører rekrutteret gennem annoncer. I alt deltog 243 kvinder med alkohol- eller stofproblemer i undersøgelsen.

Gruppen fandt en forholdsvis lille forskel i effekt, men når man tænker på, at der var tale om blot en enkelt samtale, så var det dog imponerende, at der var målelige effekter.

Ringgården på Fyn har forsøgt at anvende mål for personlighedsforstyrrelser direkte i behandlingsarbejdet (Nielsen, Rojskjaer & Hesse, 2007). Klienterne udfyldte et spørgeskema designet til at måle personlighedsforstyrrelser, og igennem feedback til klienten og tilpasning af behandlingsplanen blev denne anvendt i behandlingsarbejdet i døgnregi. Også her fandt de større effekt for den gruppe, der fik behandling tilpasset ud fra personlighedsprofilen. I alt deltog 108 patienter i denne undersøgelse.

Samuel Ball har i to undersøgelser studeret effekten af en særligt tilpasset psykoterapi for patienter med personlighedsforstyrrelser og stofafhængighed (Ball, 2007; Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa & O'Neill T, 2005). I den ene undersøgelse med 52 patienter kunne det kun lade sig gøre

at sammenligne gennemførelsesprocenter, men forskerne fandt, at sammenlignet med 12-trinsorienteret behandling var fastholdelsen bedre i den personlighedsfokuserede behandling (Ball et al., 2005). I den anden undersøgelse med 30 patienter fandt Ball, at behandlingen med fokus på både personlighed og misbrug var mere effektiv for misbrug sammenlignet med 12-trinsrådgivning, men mindre effektiv for depressive symptomer (Ball, 2007).

Der findes således en gryende forskning, der viser, at behandling der er matchet til en bestemt personlighedsprofil, kan være bedre end en standardbehandling, der ikke tager hensyn til personlighedstræk.

Områder for effekt og områder med mangelfuld dokumentation

Nedenstående tabel 4.1 viser, hvilke områder der hidtil er tegn på, at integration af at tage hensyn til personligheden har effekt i misbrugsbehandling.

Tabel 4.1 Undersøgelser af effekten af at inddrage personlighed aktivt i misbrugsbehandling

	Alkoholbrug	Stofbrug	Terapeutisk alliance	Gennemførelse af behandlingen	Psykiske symptomer
Conrod	+	+	IU	IU	IU
Nielsen	+	IU	IU	+	0(IR)
Ball, 2005	IU	IU	IU	+	IU
Ball, 2007	IU	+	+	0	-

Noter:

+: Positiv effekt, integration af personlighed en fordel.

0: Ingen signifikant forskel.

-: Negativ effekt, integration af personlighed en ulempe.

IU: Dette er ikke undersøgt eller aldrig rapporteret i denne undersøgelse.

IR: Ikke rapporteret offentligt, personlig korrespondance med Per Nielsen, Ringgården.

Overordnet er der, som det ses, begrænsninger i litteraturen. En række spørgsmål er ikke undersøgt. Psykiske symptomer er kun udredt i to undersøgelser, og den ene viste, at det faktisk var negativt for patienternes psykiske symptomer at arbejde med personlighed i misbrugsbehandlingen, sam-

tidig med at det i den samme undersøgelse var positivt for misbruget at arbejde med personligheden.

Kliniske guidelines for den foreliggende undersøgelse

I mange tilfælde foreligger der imidlertid ikke et egentligt behandlingstilbud for mennesker med personlighedsforstyrrelser og misbrug. Behandling for stofmisbrug består af et bredt kontinuum af tilbud, fra kort rådgivning, over ambulante samtaler og dagbehandling, til længerevarende døgnbehandling i særlige institutioner og terapeutiske samfund.

I sådanne tilfælde er muligheden måske at tilbyde patienter en udredning og søge at tilbyde en behandling, der er bedst muligt tilpasset den konkrete personlighedsprofil.

I det følgende skal de kliniske guidelines, som blev anvendt for denne undersøgelse, opsummeres. Disse guidelines er baseret på den eksisterende forskning og er primært opdelt på de tre grupper beskrevet ovenfor, dog med enkelte særlige kommentarer vedrørende antisocial personlighedsforstyrrelse.

Sære/excentriske typer

De sære/excentriske typer omfatter som ovenfor omtalt paranoid, skizoid og skizotypal personlighedsforstyrrelse.

Der findes få videnskabelige undersøgelser af disse grupper. Samuel Ball og kolleger fandt i en undersøgelse, at denne gruppe lettere kunne fastholdes i en relativt simpel 12-trinsbehandling, sammenlignet med en mere kompleks psykoterapeutisk behandling, som relaterede aktuelle vanskeligheder til tidligt indlærte maladaptive mønstre (Ball et al., 2005). Samtidig peger kliniske observationer på, at denne type af patienter ofte har svært ved at kommunikere deres vanskeligheder, og derfor let kan blive overset eller nedprioriteret af deres behandlere, og omvendt, at de kan have svært ved at håndtere stærk følelsesmæssig kommunikation (Thylstrup & Hesse, 2009).

På basis af disse observationer var anbefalingen for patienter med skizoid personlighed eller paranoid personlighed, at behandleren fulgte følgende råd:

- En tilbagelænet kommunikationsstil
- Ingen psykoterapi

- Undgå behandlingsmiljøer, der kræver at patienten aktivt indgår i en tæt interaktion med andre patienter

Vilde typer

For de vilde typer er der særlige forhold omkring de enkelte problemstillinger, som skal berøres nærmere i det følgende.

Den diagnose, der har haft den største interesse blandt personlighedsforstyrrelser hos stofmisbrugere, er antisocial personlighedsforstyrrelse. Det er vist, at antisocial personlighedsforstyrrelse er forbundet med frafald fra behandling i ambulante settings, men ikke i metadonbehandling, og at patienter med antisocial personlighedsforstyrrelse har et lavere frafald i behandlinger med høj struktur og høj grad af interpersonel konfrontation (Hesse & Pedersen, 2007).

I andre undersøgelser er det endvidere vist, at når der er klare gevinster og tab forbundet med behandlingen, kan patienter med antisocial personlighedsforstyrrelse profitere mindst lige så godt som patienter med andre vanskeligheder (Daughters et al., 2008; N. Messina, Farabee & Rawson, 2003).

Endelig er det vist, at misbrugsbehandlere ofte oplever, at de har distancerende følelser i forhold til patienter med antisociale træk (Thylstrup & Hesse, 2008).

På denne basis var anbefalingen for patienter med stærke antisociale træk:

- Forsøg at skabe en klar sammenhæng mellem krav og tilbud. Undgå situationer, hvor klienten selv skal styre behandlingen uden at skulle yde noget.
- Tilbyd gerne behandlinger, der har et stærkt element af gruppedeltagelse og fællesskab.
- Accepter, at du kommer til at føle dig på afstand af klienten.

For borderline personlighed er der mindre forskning, der peger i nogen bestemt retning. Overordnet er borderlinetræk aldrig vist at være en hindring for at profitere af misbrugsbehandling. Patienter med borderlinetræk og stofmisbrug oplever imidlertid ofte vedvarende psykiske symptomer flere år efter behandlingen (se eksempelvis Jansson et al., 2008).

På denne baggrund blev anbefalingen til patienter med borderlinetræk og deres behandlere, at man søgte et behandlingstilbud, der inkluderede psy-

koterapi, eller overvejede farmakologisk behandling af eventuelle psykiatriske symptomer.

For narcissisme og histrionisk personlighedsforstyrrelse findes der kun ganske lidt klinisk forskning. Der findes dog en del normalpsykologisk forskning omkring narcissismebegrebet. Mere specifikt blev feedbacken til undersøgelsesdeltagere med klare narcissistiske træk fokuseret på forholdet mellem selvværd og selvtillid, og på besværligheder med at modtage kritik og vurdering.

Ængstelige typer

Som tilfældet er for de sære/excentriske typer, findes der kun begrænset forskning inden for de ængstelige typer, og hvad de responderer på i misbrugsbehandling. Der findes indikationer på, at patienter med et højt angstniveau har svært ved at profitere af mere intensiv misbrugsbehandling, med meget tid tilbragt i gruppesammenhæng (Avants, Margolin, Kosten, Rounsaville & Schottenfeld, 1998).

Samtidig er der indikationer på, at behandlere responderer positivt på patienter med ængstelige træk og føler sig godt tilpas i deres selskab (Thylstrup & Hesse, 2008), og at patienter med især dependente træk er gode til at fastholde sig i behandling (Nielsen et al., 2007).

Patienter med mange forskellige personlighedsforstyrrelser

Patienter med mange forskellige personlighedsforstyrrelser udgør i sagens natur en stor udfordring, både i relation til psykoedukation og i relation til valg af behandlingsstrategi. Selv om de fleste patienter fremviser en kombination af en række forskellige forstyrrelser, er det dog i de fleste tilfælde muligt at vælge visse træk ud, som er særligt betydningsfulde. Men i tilfælde, hvor klienter har en kombination af næsten alle forskellige personlighedsforstyrrelser, blev anbefalingen at give patienten en relativt simpel feedback, som gik på, at meget var kompliceret for patienten, at patienten havde genkendt mange af de ting, vi havde spurgt til i interviewet, og at det ville være vigtigt, at behandlingen var simpel og overskuelig, og først og fremmest fokuserede på at gøre noget ved misbruget. Dette baserede sig både på kliniske erfaringer, og på den observation at patienter med mange forskellige diagnoser havde haft lettere ved at gennemføre en fokuseret misbrugsbehandling end en mere psykoterapeutisk behandling, der rettede sig mod både personlighed og misbrug (Ball et al., 2005).

5. Den aktuelle undersøgelse – visitation på Modtageenheden Indre

Den aktuelle undersøgelse er gennemført som en kontrolgruppeundersøgelse på Modtageenheden Indre under Rådgivningscenter København.

Sigtet med undersøgelsen var at teste, om udredning af personlighedsforstyrrelser med efterfølgende psykoedukation af klienten og vejledning af behandleren ville være ressourcerne værd – om det ville forbedre resultatet af misbrugsbehandlingen.

Behandlingsstedet

Modtageenheden er en central visitationsenhed, som udreder alle, der søger behandling for stofmisbrug i Københavns Kommune. Modtageenheden visiterer til alle former for behandling af stofmisbrug, herunder substitutionsbehandling med metadon eller buprenorphin, døgnbehandling og dagbehandling, samt ambulante psykoterapeutiske tilbud i privat regi.

Desuden kan modtageenheden tilbyde korterevarende ambulante behandling i op til seks måneder. Når der visiteres til substitutionsbehandling, er det ofte sådan, at den medicinske behandling iværksættes på modtageenheden, også selv om det er planen, at den længerevarende behandling skal foregå et andet sted.

Personalet omfatter socialrådgivere, socialpædagoger, psykolog, sygeplejerske og læge.

Undersøgelsens metoder

I undersøgelsen blev klienter, der søgte behandling for et stofmisbrug, tilbudt deltagelse i et forskningsprojekt, der omhandlede personlighed. Behandlerne forklarede, at det kunne være en mulighed for klienterne for at finde ud af noget mere om sig selv og deres eventuelle vanskeligheder, og at det var et forskningsprojekt under Center for Rusmiddelforskning. Dette foregik typisk under den første eller anden samtale, som klienterne deltog i. Derefter kontaktede behandlerne en assistent fra Center for Rusmiddelforskning (MKP eller JVN), som kom til stedet og gav en kort beskrivelse af undersøgelsen, og lavede en senere aftale med klienten med henblik på indhentning af egentligt samtykke, og samtidig indsamling af baselinedata.

Ved denne aftale indhentes samtykke, og interviewerens indsamlede baselinedata. Disse er beskrevet nedenfor, men omfatter misbrugsbelastning, funktionsniveau, symptomer, ADHD-symptomer og alkohol- og stofafhængighed. Dette første interview tog almindeligvis mellem 30-40 minutter. Her blev informanten samtidig introduceret for opfølgingsintervieweren.

Baselinedata blev indsendt til undersøgelsens daglige leder, MH, som sørgede for tilfældig fordeling ved hjælp af to sæt af lister over tilfældige tal. Hvis klienten blev udtrukket til kontrolgruppe, gennemførtes derefter "livssituationsinterviewet", og hvis klienten blev udtrukket til eksperimentgruppe, gennemførtes en udredning for personlighedsforstyrrelser.

Efter interview 2 gennemførtes en psykoedukationssession for dem, der var udtrukket til personlighedsforstyrrelsen. Samtidig modtog alle patienter, uanset gruppe, en tilbagemelding om resultaterne vedrørende depression/angst samt ADHD. I alle tilfælde indeholdt denne tilbagemelding en kort beskrivelse af problematikken. Samtidig blev undersøgelsesdeltagerne gjort opmærksom på muligheden for at søge læge for nærmere udredning, enten på modtageenheden eller hos egen læge.

Baselinedata

Ved baseline indsamledes enkle demografiske data samt indikationer på aktuel funktion og anden relevant psykopatologi. Disse beskrives nærmere. Af hensyn til informanterne, og for ikke at påvirke resultaterne for meget med langvarige udredninger (Clifford, Maisto & Davis, 2007; Maisto, Clifford & Davis, 2007), er der valgt korte, men psykometrisk velvaliderede instrumenter til undersøgelsen.

Screening for personlighedspsykiatri

For at identificere, i hvilken grad deltagerne i undersøgelsen oplevede personlighedspsykiatri, også i den gruppe, som ikke blev grundigt udredt for psykopatologi, udfyldtes "The Structured Assessment of Personality – Abbreviated Scale" (SAPAS). Denne skala, som er udviklet af professor i psykiatri, Paul Moran, består af blot 8 spørgsmål (se appendiks 1). Den er oprindeligt udviklet til brug i psykiatrien (Moran et al., 2003), men er siden blevet evalueret som mål for personlighedspsykiatri i forhold til stofmisbrugere i behandling (Hesse, Rasmussen & Pedersen, 2008). De 8 spørgsmål

afdækker vidt forskellige aspekter af personligheden, men tilsammen giver de et billede af, i hvilken grad den, der besvarer dem, kan karakteriseres som personlighedsforstyrret.

En score på 3 eller mere kan ses som indikation af personlighedsforstyrrelse.

Screening for angst og depression

Til screening for angst og depression anvendtes Kessler-6 skalaen (Kessler et al., 2003). Denne skala består af 6 spørgsmål til specifikke symptomer, og yderligere en række spørgsmål til indkredsning af varigheden af problemerne, hvorvidt man har søgt hjælp for problemerne, og hvorvidt patienten opfatter, at problemerne skyldes fysisk sygdom. Til denne undersøgelse blev respondenterne yderligere spurgt, i hvilken grad de oplever, at symptomerne kan henføres til stof- og alkoholproblemer. Ifølge Kessler og kolleger kan en score på 8 eller mere betragtes som indikation af en sandsynlig diagnose (Kessler et al., 2003).

Vores pilotdata viste imidlertid, at en meget stor del af patienterne scorede over 8. Derfor opfordrede vi først informanterne til at søge hjælp, hvis scoren var over 12.

Screening for ADHD

Til screening for ADHD ("Attention Deficit/Hyperactivity Disorder") anvendte vi The Adult ADHD Self Report Screener (ASRS) (Adler et al., 2006). Dette spørgeskema består af 18 items, 9 som afdækker symptomer relateret til opmærksomhedsforstyrrelse, og 9 som afdækker hyperaktivitet.

Ifølge instruktionen er score på hver underskala over 17 indikation på øget sandsynlighed for ADHD-relateret problematik, og score på 24 eller derover indikation på stor sandsynlighed for ADHD-problematik.

Funktion

Aktuel funktion blev afdækket med "The Work and Social Adjustment Scale", en skala på blot 5 spørgsmål (Mataix-Cols et al., 2005). Hvert spørgsmål vurderes på en skala fra 0 til 8, hvorved der opnås en score, som kan gå fra 0 til 40. Ifølge guidelines for fortolkning, er scores under 10 typiske for ikke-kliniske grupper, scores mellem 10 og 20 typiske for lettere belastede grupper med psykiske vanskeligheder, og scores over 20 indikation for svær belastning af psykiske vanskeligheder.

Grad af afhængighed

Grad af afhængighed af henholdsvis stoffer og alkohol blev målt med the Severity of Dependence Scale, SDS (Sumnall, Beynon, Conchie, Riley, & Cole, 2007).

Addiction Severity Index

Alle patienter i gruppen blev desuden udredt af deres visitator ved hjælp af the Addiction Severity Index (McLellan et al., 1992). Dette multidimensionelle udredningsværktøj omfatter en række problemstillinger relateret til stof- og alkoholmisbrug.

Livssituationsinterviewet

Livssituationsinterviewet var et åbent interview, som skulle fungere som opmærksomhedsplacebo. Interviewet varede fra 40 minutter til omtrent en time. Det blev fortalt klienten, at han eller hun var blevet udvalgt til livssituationsinterviewet, men ikke om dette skulle ses som eksperimentgruppe eller kontrolgruppe. Derefter blev klienten tilbudt en liste af temaer, og givet instruktionen ”Vælg et af disse temaer, som optager dig for tiden. Fortæl noget om, hvad det er, der optager dig omkring dette tema.”

Temaerne omfattede misbrug, afhængighed, alkohol, stoffer, familie, venner, arbejde/uddannelse, fremtiden, fortiden, fritidsaktiviteter, at være med sig selv, sociale aktiviteter, at være med andre.

Intervieweren var instrueret i ikke at gå ind i problemløsning. Interviewerens rolle var blot at stille opklarende og uddybende spørgsmål, lave små opsummeringer af pointer og at bemærke, hvis der skiftedes emne, men ikke at insistere på at vende tilbage til det oprindelige emne.

Personlighedsforstyrrelsesudredning

Personlighedsforstyrrelsesudredningen omfattede 9 af de ti personlighedsforstyrrelser i DSM-IV. Skizotypal sindslidelse (som i DSM-IV regnes som en personlighedsforstyrrelse) blev kun undersøgt gennem 5 screenings-spørgsmål, fordi skizotypisk sindslidelse betyder, at man ikke er målgruppe for modtageenheden. Der blev særligt lagt vægt på antisocial og borderline personlighedsforstyrrelse, som blev udredt med det særlige dobbeltdiagnoseinterview Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) (Torrens, Serrano, Astals, Perez-Dominguez & Martin-Santos, 2004). De øvrige 6 forstyrrelser blev udredt med the Alcohol Use

Disorder and Associated Disorders Interview-IV (AUDADIS) (Ruan et al., 2008). Disse forstyrrelser omfatter evasiv, dependent, tvangspræget, paranoid, skizoid og histrionisk personlighedsforstyrrelse.

PRISM interviewet indeholder et eller to spørgsmål per kriterium for antisocial og borderline personlighedsforstyrrelse. For hvert spørgsmål er der en række opfølgningsspørgsmål, der kan stilles. Eksempelvis undersøges kriteriet "Gentagen adfærd, der kan føre til arrest" (første kriterium for antisocial personlighedsforstyrrelse) med følgende spørgsmål:

"Siden du blev 15, har du ofte gjort ting, du kunne blive arresteret for, som at handle med stoffer eller butikstyveri?" Hvis klienten svarer bekræftende, spørges "Hvor ofte er det sket?". "Hvad gjorde du?" Svaret på disse spørgsmål kodes som "Ikke til stede", "Subtærskel" eller "Klart og signifikant til stede". Dernæst spørges "Siden du blev 15, har du ofte gjort ting, du kunne blive arresteret for, som røveri, voldtægt eller overfald?" Igen spørges ved bekræftende svar: "Hvor ofte er det sket?". "Hvad gjorde du?" Svaret på disse spørgsmål kodes ligeledes som "Ikke til stede", "Subtærskel" eller "Klart og signifikant til stede". Hvis en af disse koder gives "Klart og signifikant til stede", lægges dette spørgsmål til antallet af kriterier, som er opfyldt for antisocial personlighedsforstyrrelse.

AUDADIS interviewet er højere struktureret. Hvert kriterium undersøges med et spørgsmål (eksempelvis "Har du været meget bekymret over at skulle tage vare på dig selv?"). Besvares med ja, spørges "Har dette nogensinde generet dig, skabt problemer på arbejde eller uddannelsesmæssigt, eller med din familie eller andre mennesker?" Diagnose gives, hvis over halvdelen af kriterierne er opfyldt, og der for mindst et kriterium er svaret ja til opfølgningsspørgsmålet (at det har generet eller skabt problemer).

Interviewet tog almindeligvis 40-60 minutter at gennemføre.

Karakteristik af grupperne

På næste side karakteriseres grupperne såvel efter køn og alder, som efter baselinedata. Der var ingen signifikante forskelle på nogle af disse baggrundsvARIABLE. Det kan derfor konkluderes, at randomiseringen lykkedes, for så vidt at det lykkedes at frembringe to meget lignende grupper.

Tabel 5.1. Beskrivelse af eksperiment- og kontrolgruppen

	Eksperiment (n=35)		Kontrol (n=40)	
	N	%	N	%
	10	28	16	40
Stoffer anvendt seneste 30 dage				
Kokain	13	37	15	38
Cannabis	26	74	34	85
Opiater	4	11	10	25
Alkohol	25	71	23	58
	Gennemsnit	Standard- afvigelse	Gennemsnit	Standard- afvigelse
Alder	32,6	8,0	32,4	6,2
SAPAS	3,7	1,6	3,6	1,7
Kessler-6	11,8	5,1	11,3	4,6
Opmærksomheds- problemer	20,9	7,7	17,6	7,4
Hyperaktivitet	17,5	6,6	16,2	5,9
Funktion (WSAS)	21,5	9,7	19,8	9,5
Stofbelastning (OTI)	0,80	0,45	0,84	0,50
SDS stoffer	11,1	3,1	10,4	3,4
SDS alkohol	2,5	4,2	2,1	3,2
ASI stoffer	0,34	0,10	0,36	0,15
ASI alkohol	0,14	0,21	0,09	0,13

Noter:

SAPAS: The Structured Assessment of Personality-Abbreviated Scale. Mål for graden af personlighedsafvigelse.

Kessler 6: Mål for symptomer på angst og depression.

ADD: Attention Deficit Disorder symptoms.

WSAS: Work and Social Adjustment Scale.

SDS: Severity of Dependence Scale.

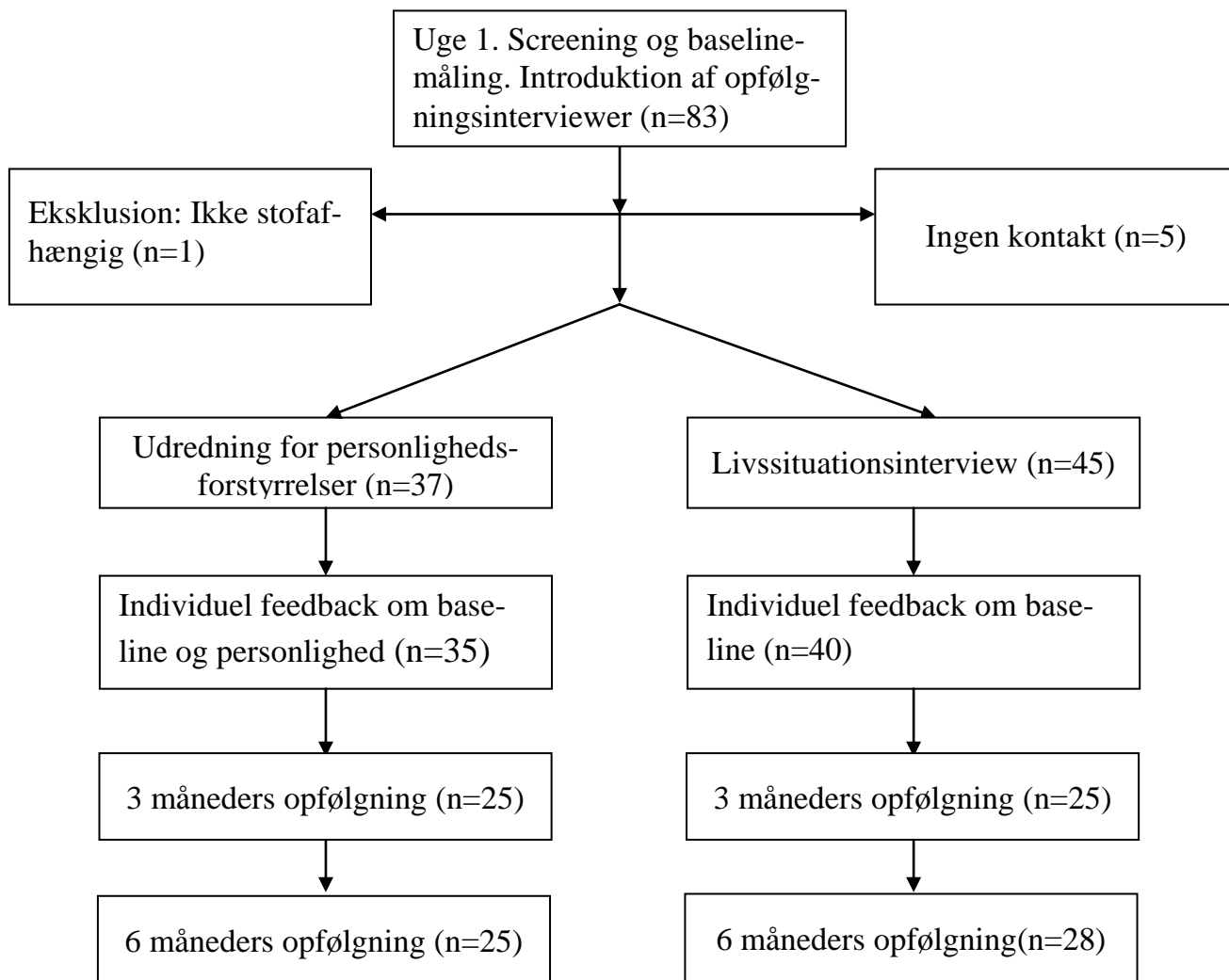
ASI: Addiction Severity Index.

Ingen signifikante forskelle.

Flow af klienter gennem undersøgelsen

I alt 83 klienter gav samtykke til at deltage i undersøgelsen og gennemførte baselineinterviewet. Af disse var der 5, som vi ikke fik yderligere kontakt med, og en, som blev ekskluderet, fordi han ikke opfyldte kriterier for stofafhængighed. Dette betyder, at i alt 77 patienter indgik i undersøgelsen. Af disse blev 61 fulgt op mindst en gang (50 ved 3 måneders opfølgning, og 53 ved 6 måneders opfølgning).

Figur 5.1 Oversigt over flowet af patienter gennem undersøgelsen



Succeskriterier

Succeskriterierne ifølge protokollen var forbedringer inden for tre forskellige områder:

- Funktion (WSAS)
- Symptomer (Kessler-6)
- Stofmisbrug (OTI)
-

Det samlede succesmål blev udregnet som:

[Antallet af områder fra ovenstående liste, hvor der var sket en 30 % forbedring] MINUS [Antallet af områder, hvor der var sket en 30 % forværring]

Resultatet blev udregnet med random effects regression på MIXOR for Windows (Hedeker & Gibbons, 1996). For hvert af de enkelte mål for funktion blev udfaldet forandringen i procent.

6. Resultater

Resultaterne fra eksperimentelundersøgelsen er aktuelt accepteret til publikation.

I alt 61 patienter blev fulgt op mindst en gang. Ved hjælp af moderne statistiske metoder med anvendelse af såkaldte random effects er det muligt at anvende alle observationer i en analysemodel.

Resultaterne er opsummeret i tabel 6.1. I tabellen vises gennemsnitsværdier samt standardafvigelser og standardforskel. Standardforskellen kendes også som Cohens d effektstørrelse (Cohen, 1988). Som guideline siger man generelt, at d effektstørrelser omkring 0,2 til 0,4 er små, omkring 0,4 til 0,8 er moderate, og effektstørrelser større end 0,8 er store. En række metaanalyser viser, at typiske effektstørrelser for psykoterapeutisk og medicinsk behandling af psykiske lidelser typisk er i den størrelsesorden, der benævnes ”små” (se eksempelvis Hesse, 2009; Nunes & Levin, 2004). I tabellen er det sådan, at lavere værdier repræsenterer et større fald inden for et givet område.

Som det ses, er effekterne for eksperimentgruppen moderate for alle tre udfaldsmål på begge tidspunkter, mens de er små for kontrolgruppen med hensyn til misbrug ved begge opfølgningstidspunkter, og små for kontrolgruppen ved 3 måneder med hensyn til funktion. Faldene er større for misbrug og funktion i eksperimentgruppen end i kontrolgruppen ved både 3 og 6 måneder, mens faldene er større i kontrolgruppen ved begge tilfælde.

I random effects regression blev det fundet, at den samlede grad af forandring ikke var signifikant forskellig i de to grupper.

Med hensyn til OTI alkohol- og stofmisbrug var forandringen signifikant større i eksperimentgruppen ($Z=2.57$, $p<0.01$), mens der ikke var signifikante forskelle på de to øvrige udfaldsmål. Som det fremgår af tabellen herunder, var forandringen i symptomer på Kessler-6 større i kontrolgruppen, men forskellen var ikke statistisk signifikant.

Der ses således indikationer på, at den eksperimentelle intervention var en fordel med hensyn til stofmisbrug, men ikke med hensyn til symptomer eller overordnet funktion.

Tabel 6.1. Resultatvariable ved 3 og 6 måneders opfølgning

		Baseline	3 måneder				6 måneder			
N		61		53			51			
		Gennemsnit	Standardafvigelse	Gennemsnit	Standardafvigelse	Standardforskel	Gennemsnit	Standardafvigelse	Standardforskel	Z-koefficient
OTI stof og alkohol	EKSP	0,80	0,45	0,49	0,38	-0,69	0,64	0,44	-0,42	*2.57
	KON	0,84	0,50	0,66	0,45	-0,36	0,73	0,53	-0,24	
K6	EKSP	11,80	5,09	9,72	4,99	-0,41	8,52	5,24	-0,66	-0.99
	KON	11,25	4,56	8,32	5,29	-0,64	7,36	5,03	-0,74	
WSAS	EKSP	21,46	9,71	16,08	9,86	-0,55	15	9,01	-0,66	0.03
	KON	19,75	9,51	16,3	10,79	-0,36	13,65	9,57	-0,57	

Noter:

Standard forskel ("Cohens d ") repræsenterer forskellen på før og efter:

0,0< d <0,2: triviel effekt.

0,2< d <0,4: lille effekt.

0,4< d <0,8: moderat effekt.

d >0.8 Meget stor effekt.

Z-koefficient fra random effects regression. Højere værdier indikerer større grad af forandring i eksperimentgruppen, værdier under 0 indikerer højere grad af forandring i kontrolgruppen.

* p <0.01.

Er patienternes selvrapporterede problemer troværdige?

En række analyser blev gennemført for at undersøge om patienternes selvrapporterede problemer var pålidelige. For at validere de selvrapporterede problemer anvendte vi to kilder: Den ene var DrugWipe-5, som er en biometrisk test, der anvender sved eller spyt. Til denne undersøgelse anvendtes spyt som datakilde.

Endvidere blev behandlerne interviewet, samtidig med at klienterne blev interviewet til 3 måneders opfølgning. Ved dette interview lavede behandlerne og interviewer (MH) i fællesskab Global Assessment of Functioning (APA, 2000), og Clinical Global Impression med ankerpunkter for stofmisbrug. Clinical Global Impression er et sæt af skalaer, som ofte anvendes i evaluering af medicinsk behandling for psykiske lidelser. Den ene skala indeholder graden af problemer, fra fraværende til meget syg. Den anden skala indeholder graden af forandring siden sidst, med værdier fra størst tænkelige forbedring til størst tænkelige forværring, og uændret som midterpunkt.

Under dette interview havde behandlerne ikke kendskab til resultatet af patienternes opfølgningsinterview. På grund af udskiftning i personalegruppen og frafald blandt klienterne lykkedes det kun at gennemføre interviews vedrørende 64 af de randomiserede klienter.

Patienternes selvrapporterede problemer med stoffer og alkohol blev sammenlignet hos patienter, der havde positive tests med DrugWipe-5, og patienter, der ikke havde. Patienter, der havde positive tests, havde signifikant højere selvrapporteret stofafhængighed ved det samme måletilfælde ($p < 0.01$), og signifikant højere score på OTI selvrapporterede stof- og alkoholproblemer ($p < 0.01$). Dette indikerer altså, at patienternes selvrapporterede stofmisbrug var i overensstemmelse med virkeligheden.

Endelig fandt vi, at af dem, der testede positiv for heroin, havde alle rapporteret heroinbrug sidste 30 dage; af dem, der testede positiv for kokain, havde alle rapporteret kokainbrug sidste 30 dage. Den ene, der testede positiv for amfetamin, havde anvendt amfetamin, og af fire, som testede positiv for cannabis, havde en ikke rapporteret anvendelse af cannabis sidste 30 dage. Vi fandt således overordnet en tilfredsstillende overensstemmelse mellem spyttest og selvrapporteret forbrug.

Vi fandt også, at patienter med højere scores på WSAS og K6 af deres behandlere blev vurderet til at være dårligere fungerende på det samme tidspunkt (se tabellen herunder). Korrelationskoefficienter kan gå fra -1,0 (negativ sammenhæng) til 1,0. For korrelationer anser man almindeligvis korrelationer mellem 0 og 0,2 for meget lave, korrelationer mellem 0,2 og 0,4 for lave, korrelationer mellem 0,4 og 0,6 for moderate, korrelationer fra 0,6 til 0,8 for høje, og korrelationer over 0,8 for meget høje.

Table 6.2. Korrelationer mellem selvrapporterede problemer og behandler-vurderet funktionsniveau

	K6	K6 reduktion	WSAS	WSAS reduktion	OTI	OTI reduktion
CGI-SU	0,31	*-0,41	**0,49	** -0,52	<u>*0,36</u>	-0,31
CGI-SU forandring	0,30	** -0,52	**0,46	** -0,59	0,19	<u>-0,17</u>
GAF	<u>** -0,60</u>	**0,45	<u>** -0,73</u>	**0,56	-0,21	0,25
GAF forandring	0,28	<u>** -0,47</u>	0,32	<u>** -0,63</u>	0,32	-0,31

Noter: Understregede korrelationer er mellem indikatorer, der er beregnet til at måle samme sag.

K6: Kessler-6.

WSAS: Work and Social Adjustment Scale.

OTI: Opiate Treatment Index.

CGI-SU: Clinical Global Impression-Substance Use.

GAF: Global Assessment of Functioning.

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$

Som det ses af tabel 6.2, er korrelationerne mellem K6 og GAF, og K6 og WSAS lavere end -0.5. Dette er forventet, da højere score på GAF (Global Assessment of Functioning) indikerer bedre psykiatrisk funktion, og højere score på K6 og WSAS dårligere funktion. Samtidig er korrelationerne mellem graden af reduktion i K6 og WSAS og behandlerens vurdering af graden af forbedring i psykiatrisk funktion også relativt stærke.

Til gengæld var korrelationen mellem OTI og behandlerens vurdering af stofmisbrug ganske svage. Givet at sammenhængen mellem OTI og spytpøver var stærk, må det formodes, at det skyldes, at behandlerens kendskab til patienternes misbrug på dette tidspunkt har været begrænset.

Iværksatte behandlingstilbud

Ved interviews med behandlere blev det fastslået, hvilke behandlingstilbud der blev iværksat for hver klient. På grund af udskiftning i personalegruppen og frafald blandt klienterne lykkedes det kun at gennemføre interviews vedrørende 64 af de randomiserede klienter.

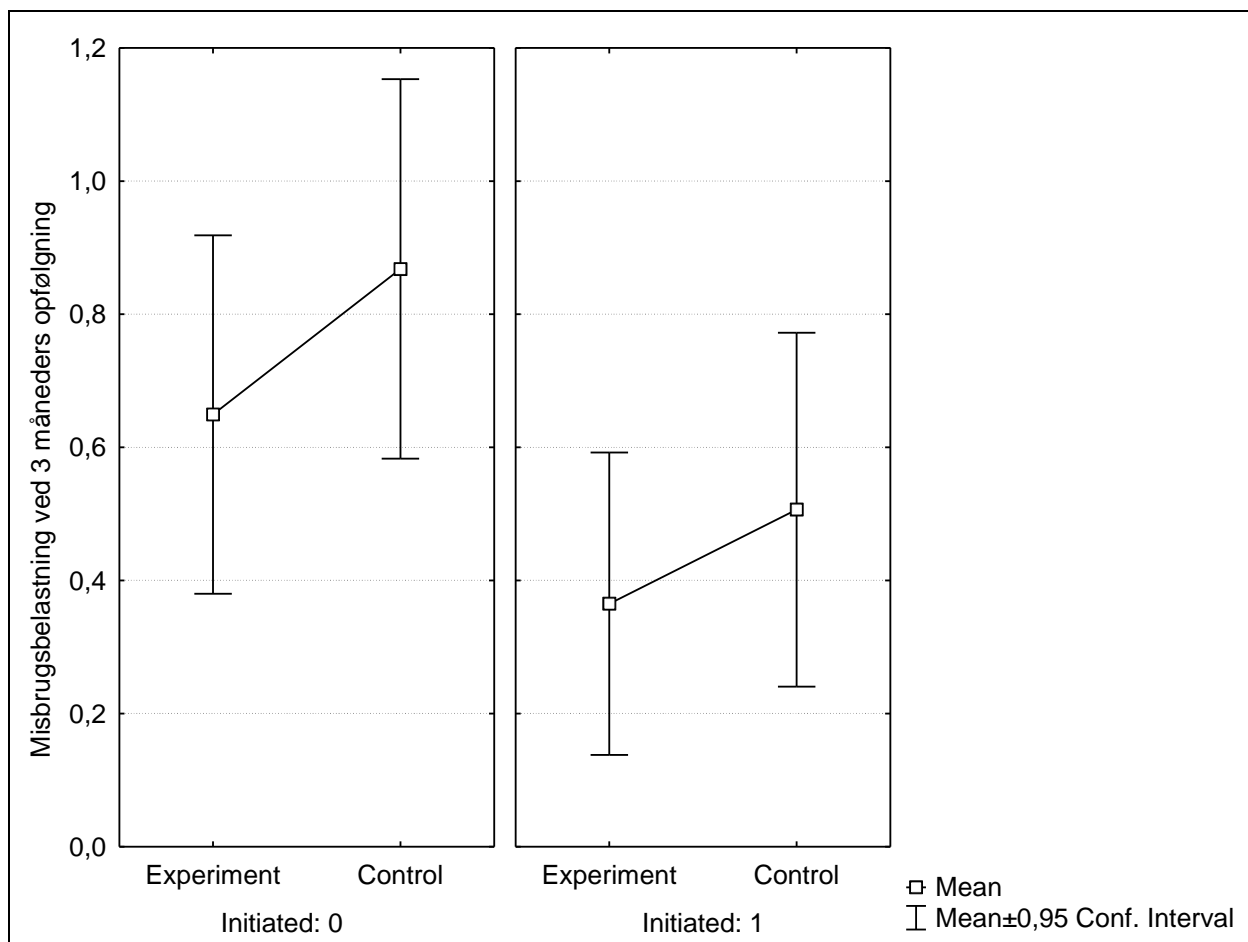
Tabel 6.3. Iværksatte behandlingstilbud

	Stadig ambulans kontakt	Døgnbehandling	Dagbehandling	Ekstern ambulans behandling	Substitution	Mindst en ekstern behandling	I alt
Kontrol	59 %	12 %	21 %	18 %	21 %	47 %	34
Eksp.	23 %	13 %	30 %	17 %	3 %	60 %	30

Som det ses af tabel 6.3 ovenfor, er der betydeligt flere i kontrolgruppen, som der stadig var kontakt med tre måneder efter indskrivningen.

Omvendt var der lidt oftere iværksat ekstern behandling for eksperimentgruppen (60 % versus 47 %), mens kontrolgruppen oftere var kommet i substitutionsbehandling. Dette sidste skal naturligvis ses i lyset af, at der var flere i kontrolgruppen, som havde brugt opiater ved indskrivningen. Ingen af disse forskelle er statistisk signifikante.

De, som kom i gang med ekstern behandling i form af dagbehandling eller døgnbehandling, var lidt mindre misbrugende end de, som ikke var kommet i gang med behandlingen ($p < 0.05$). Samtidig er dette dog ikke forklaringen på, at der er en forskel i misbrugsbelastningen hos de to grupper.



Til venstre ses misbruksbelastningen ved 3 måneders opfølgning for dem, der ikke begyndte i sekundær behandling, og til højre for dem, der begyndte i behandling. Selv om misbruksbelastningen er betydeligt lavere i gruppen, der påbegyndte behandlingen, er der samme forskel på eksperimentgruppen og kontrolgruppen blandt dem, der påbegyndte behandling, og de der ikke gjorde.

Diskussion af resultaterne i relation til den publicerede forskning

Som omtalt i begyndelsen af dette afsnit er effektstørrelser typisk relativt små i behandlingsundersøgelser. I dette lys er det således ikke overraskende, at effektstørrelserne er små også for denne undersøgelse.

Med hensyn til misbrug pegede undersøgelsen på større reduktion i eksperimentgruppen. Dette er i overensstemmelse med alle de tidligere publicerede undersøgelser, og således et robust fund: Det kan svare sig at fokusere på personlighed med hensyn til reduktion af stofmisbrug.

Med hensyn til symptomer på psykiske lidelser er der meget begrænsede data til rådighed i litteraturen. En undersøgelse viste negative udfald som følge af fokus på personlighedsforstyrrelse (Ball, 2007), en anden ingen forskel (Nielsen et al., 2007). Den aktuelle undersøgelse tyder på, at om noget er effekten her ikke positiv. Der er ikke nogen publicerede hypoteser, der forklarer dette forhold. En hypotese kunne imidlertid være, at det at konfrontere personlighedsmæssige vanskeligheder kan medføre stigende symptomer, fordi det indebærer at se kritisk på sin hidtidige livsførelse. En anden hypotese kan være, at den stigende opmærksomhed omkring egne indre oplevelser og relationer til andre, som kan være et resultat af psykoedukationen, også medfører en stigende bevidsthed om psykiske symptomer, som igen gør, at man bliver bedre til at give udtryk for sine symptomer.

I modsætning til i de øvrige to øvrige undersøgelser, som har studeret fastholdelse i behandling (Ball et al., 2005; Nielsen et al., 2007), viser nærværende undersøgelse ikke, at fokus på personlighed forbedrede fastholdelsen i behandling.

7. Forløbet af ADHD-symptomer under behandlingen

Baggrund for analyserne

Ud over evaluering af behandlingseffekten tillader en sådan undersøgelse også, at man kan studere forløbet af symptomer under behandlingen. Aktuelt er en sådan undersøgelse publiceret (Hesse, 2010).

Denne vil blive kort præsenteret i det følgende. Undersøgelsen vedrører Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). ADHD er en neuropsykologisk tilstand, som indebærer vanskeligheder med at fastholde opmærksomheden, og hyperaktivitet, som kommer til udtryk ved uro og konstant aktivitet. Tilstanden diagnosticeres ofte hos børn, og langt den største del af forskningen inden for ADHD omhandler børn med disse vanskeligheder. I de seneste år er der dog en stigende interesse for ADHD hos voksne, særligt med fokus på voksne i marginaliserede situationer, som eksempelvis stofmisbrugere (Miller, Nigg & Faraone, 2007).

Særligt antages det, at ADHD kan medføre udstødelse fra arbejdsmarkedet og give problemer med stoffer og alkohol. Blandt andet, fordi opmærksomhedsproblemerne vanskeliggør gennemførelse af uddannelsesforløb, som typisk kræver vedholdende koncentration over lang tid, og fordi hyperaktiviteten indebærer uigennemtænkte impulshandlinger, som igen kan medføre vanskeligheder i omgangen med andre mennesker, dårlige beslutninger i arbejdslivet, og andre uheldige handlinger, såsom ikke at betale husleje eller at stifte gæld på en impuls. Disse vanskeligheder kan igen medføre social marginalisering og udvikling af et stof- og alkoholmisbrug.

Man diagnosticerer kun ADHD hos voksne, når man kan se stærke tegn på, at lidelsen har været til stede under barneårene. Til at undersøge, om vanskelighederne har været til stede i barneårene, kan man anvende en anamnese optaget ved interview (eksempelvis ved en struktureret anamnese som *Wender Utah Rating Scale*), eller man kan anvende anamnese fra skoleudtalelser, interviewe tidligere lærere, forældre og søskende.

En stor udfordring i udredning af ADHD er, at der ikke er mange neuropsykologiske tests, der har stor nytte i forhold til ADHD. En række tests har moderat nytte. Nyere forskning antyder, at det særligt er i forhold til organiseringen af hverdagsaktiviteter, at personer med ADHD har vanskeligheder (Desjardins, Scherzer, Braun, Godbout & Poissant, 2009).

Man kan frygte, at selvrapporterede symptomer på ADHD kan være svære at måle hos mennesker med stof- og alkoholmisbrug. Rusmidler kan i sig selv give anledning til symptomer, der ligner ADHD, både under akut påvirkning og abstinens.

Metoder i testningen af stabiliteten

I undersøgelsen fra *Modtageenheden Indre* testede vi stabiliteten af disse symptomer og deres betydning for funktionsniveau, symptomniveau og fortsat misbrug under behandlingen. Stabiliteten, intraclass correlation eller ICC, udregnes i denne sammenhæng som den del af variationen, der er unik for det enkelte individ i en variansanalyse. Stabiliteten udregnet som ICC afhænger af to faktorer: Den ene er, at et individ tilnærmelsesvis har den samme værdi ved hvert måletidspunkt, og den anden er, at den gennemsnitlige værdi er rimeligt stabil.

Pålideligheden i form af stabiliteten udregnes med værdier fra 0 til 1. Værdier fra 0,4 til 0,6 regnes almindeligvis som moderat pålidelighed, værdier fra 0,6 til 0,8 som høj pålidelighed, og værdier over 0,8 som meget høj pålidelighed (Cohen, 1988).

ASRS skemaet

ASRS skemaet består af 18 items, hvoraf de 9 måler opmærksomhedsforstyrrelse og de øvrige 9 hyperaktivitet. Hvert item består af en sætning, der skal vurderes på en 5-punkts skala fra ”Aldrig” til ”Meget ofte”. Skalaværdierne udregnes som summen af alle items i hver skala, hvor 5-punkts skalaen har værdier fra 0 til 4. Således kan hver skala have værdier fra 0 til 36 (9*4).

Eksempler på items er ”Hvor ofte laver du sjuskefejl, når du skal arbejde på et kedeligt eller vanskeligt projekt” (opmærksomhedsforstyrrelse) eller ”Hvor ofte føler du dig rastløs eller febril”.

Stabilitet

Stabiliteten af symptomer på opmærksomhedsforstyrrelse blev fundet at være 0,79, altså høj stabilitet.

Over de seks måneder faldt scoren på opmærksomhedsforstyrrelse med 1,5 point (estimeret). Når dette sammenholdes med, at middelværdien var

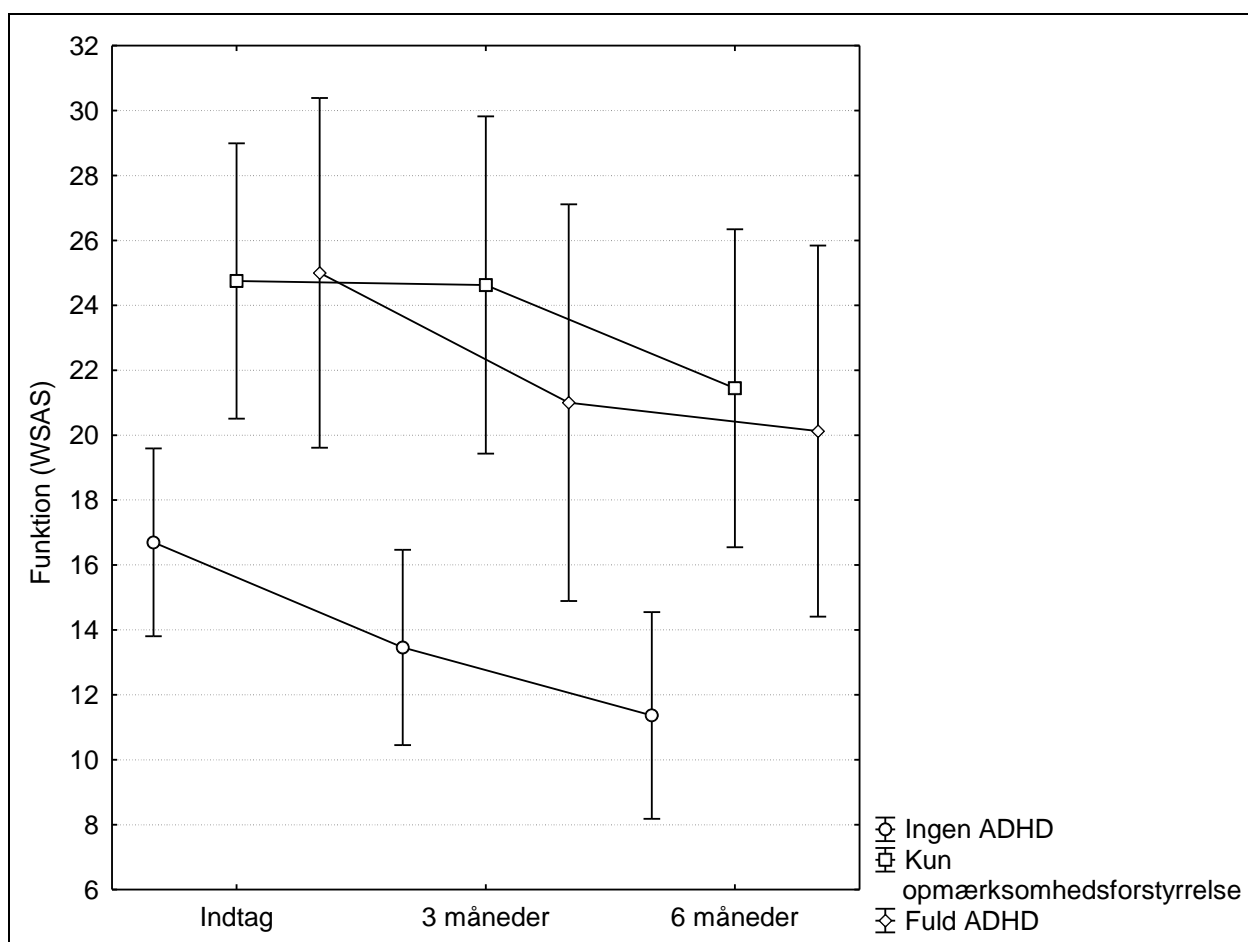
18,7 ved indtag, og at standardafvigelsen var 7,7, er der tale om et meget lille fald.

Stabiliteten af symptomer på hyperaktivitet blev fundet at være 0,64, altså moderat stabilitet.

Over de seks måneder faldt scoren på hyperaktivitet med 2.6 point. Med en middelværdi ved indtag på 16,7 og en standardafvigelse på 6,3 point er der tale om et beskedent fald.

Betydningen af ADHD for forløbet

Personer med ADHD har nedsat funktion sammenlignet med personer uden ADHD. Dette blev også dokumenteret i nærværende undersøgelse. Som det ses af figuren herunder, havde såvel de, der ifølge ASRS-skemaet havde fuld ADHD, som de, der havde opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet, en højere score på problemer med funktionsniveau igennem hele forløbet, ikke blot ved baseline.



I den statistiske model blev sammenhængen udregnet som sammenhængen mellem henholdsvis opmærksomhedsproblemer og hyperaktivitet ved indtag til undersøgelsen, og funktionsniveau, symptomniveau og misbrugsbelastning ved opfølgningerne, efter at have renset for problembelastning ved indtag.

Tabel 7.1. Sammenhæng mellem ADHD-symptomer ved indtag og problemer ved opfølgningsinterviewene

	Opmærksomhed	Hyperaktivitet
Angst/depression (Kessler-6)	-0.73	1.58
Funktion (WSAS)	¹ 2.68	² 2.27
Stofmisbrug (OTI)	0.23	³ 1.90

I tabellen ovenfor ses sammenhængene som såkaldte "Z-scores" fra regressionsanalysen. Disse scores udtrykker sammenhængen som en standardiseret effektstørrelse, der følger en χ^2 -distribution. Ved 1,96 er denne effekt signifikant med $p < 0.05$. I denne tabel er højere tal udtryk for, at højere score på opmærksomhed eller hyperaktivitet ved indtag i undersøgelsen betyder højere grad af problemer ved opfølgningen, renset for problemniveau ved indtag. Signifikansniveauerne er angivet som fodnoter. Som det ses, er begge skalaer signifikant forbundet med funktionsniveau. Misbrugere med højere score på en skala, der er tænkt til at måle ADHD, er altså tilbøjelige til at have dårligere funktionsniveau i løbet af deres behandling. Der er ligeledes en tendens til, at misbrugere med mere hyperaktivitet har mere misbrug undervejs, om end dette ikke er helt statistisk sikkert ($p < 0.10$).

Konklusionen på denne sekundære analyse er altså, at rapportering af ADHD-lignende symptomer hos en patient med stof- eller alkoholmisbrug kan have betydning for særligt evnen til at fungere i hverdagen, i hvert fald op til et halvt år efter indtag i behandling. Behandlingsmæssigt betyder dette, at det særligt er i forhold til funktionsniveau, det er vigtigt at evaluere behandling af stofmisbrugere, som rapporterer ADHD-lignende symptomer.

¹ $P < 0.01$

² $P < 0.05$

³ $P < 0.10$

8. Kvalitative interviews med behandlerne

Efter at alle randomiseringer var afsluttet, gennemførte BA Jonas Vrist Nielsen en serie kvalitative interviews med behandlere, som havde deltaget i undersøgelsen, samt med områdechefen på modtageenheden.

Disse interviews giver mulighed for at få en forståelse af, hvad behandlerne oplever i forbindelse med en undersøgelse som denne. Centralt er, at undersøgelsen betød et skift i det faglige fokus. Samtidig griber en sådan undersøgelse naturligvis ind i hverdagen på mange måder. Såvel klienter som behandlere får ny information tilført. Hvad betyder det for dem? Hvilke nye udfordringer rejser det? Sådanne spørgsmål får man ikke umiddelbart belyst gennem en effektevaluering.

De kvalitative interviews fokuserede på disse spørgsmål. Efterfølgende analyserede vi (MH og JVN) disse temaer, og kategoriserede dem.

Udvikling af den organisatoriske praksis

Et tema, der kom op i flere interviews, var, hvordan kortlægning havde påvirket den organisatoriske praksis, og betydet nye tiltag. Konkret har modtageenheden tilpasset sit eget screeningsværktøj med en række af undersøgelsens værktøjer, som nu anvendes på indikation (altså når der er mistanke om psykiske vanskeligheder i retning af ADHD, angst/depression eller psykoser).

Både behandlere og leder beskriver også, at det ofte har været vanskeligt at iværksætte den relevante behandling, fordi der ikke har været tilbud. Eksempelvis kræver medicinsk behandling af ADHD ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer, at diagnosen er stillet af en psykiater eller en neurolog. Dette har i nogle tilfælde medført markante frustrationer hos behandler og klient, fordi man har kunnet stille en diagnose, men ikke iværksætte nogen behandling.

Derfor har modtageenheden etableret kontakt til en psykiater, som er interesseret i at gennemføre udredninger af ADHD.

Endvidere beskrev en af informanterne, at der i højere grad bliver undersøgt, om klienterne har depressionstilstande, som kræver behandling:

”Men vi er blevet klar over [...], at der ligger noget depression, mange gange. Og det, at det kommer op på visitationsmøde, gør [...], at [...] visitationsudvalget så kan sige, at vedkommende skal til læge og vurderes,

om der skal sættes ind med noget behandling [...]. Så vi tager mere håndfast om de ting end vi gjorde tidligere.” (Informant 3)

Samlet set peger de kvalitative interviews på, at undersøgelsen indførte ny viden og tænkning i behandlingspraksis, som behandlerne kunne tage stilling til, og som behandlerne behandlede aktivt. Dog peges der her også på rum for forbedring, særligt i forhold til tilgængeligheden af relevante tilbud, og arbejde med en psykoedukation, som i højere grad undgår selvstemplingsmekanismer.

Hvordan bruges resultaterne af screeningen i behandlingen?

Personlighedsbeskrivelser baseret på interviews kan både bruges til nytte og til skade af såvel behandlere som klinikere. Den intenderede anvendelse af personlighedsbeskrivelsen var til at målrette behandlingen og kunne træffe den rette visitationsbeslutning. Imidlertid pegede flere af behandlerne på en række nuancer, ligesom de beskrev den intenderede brug af resultaterne.

De ansatte beskrev således, hvordan udredningsresultaterne blev inddraget flere gange i løbet af behandlingsforløb, også til at revurdere behandlingsforløb, hvor behandlingen ikke var forløbet efter planen, og det derfor blev nødvendigt at gentænke planen. Dette peger på et ikke helt udfoldet potentiale for anvendelsen af undersøgelsens resultater. Personalet giver i denne sammenhæng udtryk for, at det ofte er svært at vide, hvilke behandlingstiltag der skal tilbydes klienter med personlighedsforstyrrelser.

”Så på den måde bliver det jo brugt aktivt i forhold til, hvis vi efterfølgende i behandlingen [...] støder ind i [...] noget, der siger, det burde gå anderledes [...]. Så må vi jo sige, hvad er det, der gør, at det ikke går? [...]. Der kan vi så bruge jeres udredning eller screening i forhold til at gå ind og se, er der noget her, som vi har overset?”

En stor udfordring er, at der faktisk er en bred vifte af relevante tilbud i forhold til misbruget, og at enhedens opgave er at visitere til korrekt tilbud. Det kan være længerevarende vedligeholdelsesbehandling med metadon eller buprenorphin, ambulante medicinfri behandling, døgnbehandling, dagbehandling, eller kortvarig afgiftning. For hver af disse typer af tilbud er der naturligvis ikke nødvendigvis en vifte af tilbud, som matcher en lang række forskellige typer af personlighedsforstyrrelser.

Ny læring

Nogle af medarbejderne beskrev, at de i løbet af undersøgelsens forløb lærte meget om psykiske vanskeligheder og særligt om personlighedsforstyrrelser. Specifikt blev der tale om, at der blev skabt en kobling mellem det kliniske indtryk og de psykiatriske diagnoser, som det beskrives i nedenstående citat:

”... jeg har [...] fået sådan nogle 'aha-oplevelser' [...], hvor jeg har tænkt, nåh ja det forklarer jo det, jeg har set, eller det, jeg har mærket var lidt svært i kontakten [...].”

Disse oplevelser blev også relateret til forandringer i synet på klienterne. Klienternes adfærd, som almindeligvis tolkes som mangel på motivation, tilstedeværelse af en irrelevant dagsorden, eller simpelthen besværlig adfærd, omtolkes i lyset af personlighedsforstyrrelserne.

Informanterne beskrev ligeledes, hvordan de ændrede såvel holdning til, som opførsel overfor klienterne som følge af deres erfaringer i løbet af undersøgelsen.

En informant beskriver, hvordan synet på antisociale klienter har ændret sig:

”... der kan være nogen der kan være manipulerende eller de antisociale kan jeg godt nogle gange ha'... – det kan godt have været sådan en gruppe, hvor jeg [...] har tænkt, jeg orker det simpelthen ikke de manipulerer og gør ved, men hvor jeg faktisk egentlig tror, at jeg har fået mere sådan... - nu ser jeg det mere som en udfordring.”

En anden beskriver, hvordan den konkrete erfaring med klienter, som har været gennem en udredning, sættes i relation til begreber, som omhandler psykologiske mekanismer:

”Han/hun – det er især pigerne – [...]prøver på at projicere dem over i mig. Og det er så tydeligt efter, at jeg har fået øjnene op for, jamen det er jo en borderline, der sidder der [...]det har været nemmere for mig, fordi jeg har vidst, at det var det, der lå til grund for deres måde at handle på.”

Et andet eksempel er, at informanterne har beskrevet, at introverte typer (eksempelvis patienter med skizoid eller evasiv personlighedsforstyrrelse), nu oftere får lidt mere plads til at trække sig:

”Tilsvarende med dem, som sidder og trækker sig, der sidder jeg heller ikke oppe på knæene af dem og bliver ved med at tale til dem. Det er sådan meget korte og konkrete samtaler, vi har, og så bare en ny aftale”.

En anden behandler beskriver, hvordan behandleren selv får en oplevelse af, at det, som intuitivt føles rigtigt, får nogle flere ord på:

”... jeg er i hvert fald opmærksom på, at det ikke skal gå ind og fylde for meget [...]. Jeg er også opmærksom på [...], at han ikke kommer til at have en oplevelse af, at jeg styrer ham. [...]. Jeg har gjort det pr. automatik i starten, men jeg har ikke været fuldt bevidst om, hvorfor jeg egentlig gjorde det. Det var bare en fornemmelse af ham som person. Men så blev den så bekræftet i undersøgelsen.”.

Den ny læring har dog også sine begrænsninger. Det tilføjer nødvendigvis behandlerne flere arbejdsopgaver, og der er et begrænset antal klienter per medarbejder.

Udfordringer for personalet

Flere udfordringer rejser sig for personalet. Dette gælder både i forhold til personlighedsforstyrrelser, og i forhold til angst, depression og ADHD. De særlige udfordringer i relation til personlighedsforstyrrelser har særligt relation til, at der ikke er nogen oplagt behandling til personlighedsforstyrrelserne, på samme måde, som der er relevant medikamentel behandling for såvel depression som ADHD.

”... i forhold til selve personlighedsforstyrrelserne [...] det kan være lidt svært nogle gange, helt konkret at sige, hvad skal vi gøre ved det, fordi hvad kan du gøre? [...] man kan sige, du kan tage lidt hensyn til, om de skal det ene eller det andet sted. Og så måske få en forståelse. [...] Der kan være noget forståelsesmæssigt...”

Som det fremgår af ovenstående citat, er det ikke altid klart, præcis hvad man skal stille op med personlighedsforstyrrelserne. Informanten uddyber senere:

”Hvis den skal være vigtig, så skal du have nogle behandlingstilbud, som er meget specifikt rettet mod, at de også kan håndtere det. Og det har vi ikke – altså, det er der simpelthen ikke.”

Selv om det ikke direkte fremgår af interviewene, kan man overveje, om dette skal ses i lyset af det meget brede spektrum af ydelser, som modtageenheden skal visitere til: døgnbehandling, dagbehandling, substitutionsbehandling, psykoterapeutisk behandling. Beslutningen om, hvilken af disse behandlingstyper, der skal visiteres til, har ikke meget med personlighedsforstyrrelser at gøre (måske med undtagelse af psykoterapeutisk behandling), men afhænger mere af, hvilke typer af stoffer klienten har problemer med, og hvor massive misbrugsproblemerne er. Der er ikke nødvendigvis et oplagt tilbud til behandling af personlighedsforstyrrelser inden for hver af disse behandlingsmodaliteter.

Klienternes reaktioner på testresultaterne

Klienternes reaktioner på testresultaterne var forskelligartede, men var et tema, som kom op i flere interviews.

Blandt andet beskriver nogle behandlere, at klienternes opfattelse af testresultaterne i nogle tilfælde kunne opleves mere statisk end en behandler ville se det:

”... det er sådan lidt en dom. Og jeg er sikker på [...], at det bliver ikke fremstillet sådan. Men jeg oplever også, at mange af de mennesker, der kommer her, de er ret hårde ved sig selv – og dømmes sig selv rigtigt meget i forvejen. [...] Jeg har en oplevelse af, at de opfatter det mere statisk, end jeg gør [...] ’sådan er jeg’”.

Men samtidig med dette var der flere, som beskrev forskellige positive reaktioner. En form for reaktioner var accept af sig selv:

”Jeg havde en blandt andet, som sagde ’ok, så behøver jeg ikke at ryge lige så meget hash, fordi nu er det legalt, at jeg trækker mig i nogle situationer. Det vil jeg gå hjem og tale med min kone om, og prøve at forklare hende det’”.

Dette spektrum af reaktioner i behandlernes oplevelse peger på muligheden for både positive og negative effekter. Den aktuelle gruppe er for lille til en mere formel statistisk analyse af dette spørgsmål, men det er klart, at det rejser spørgsmål til fremtidig forskning, om der forekommer egentlig iatrogene effekter ved udredning af personlighedsforstyrrelser.

9. Konklusioner og implikationer for fremtidig forskning

Den foreliggende undersøgelse viste en beskedent fordel for inddragelse af personlighedsforstyrrelser i misbrugsbehandling i forhold til stof- og alkoholforbruget. Denne fordel var dog ikke afspejlet i en tilsvarende effekt i forhold til symptomer eller funktionsniveau. Dette kan forekomme paradoksalt, fordi det netop er et vedvarende dårligt funktionsniveau, snarere end problemer med at opnå stoffrihed, som er hovedvanskeligheden ved stofmisbrug som komorbiditet. Imidlertid matcher dette resultater rapporteret af Samuel Ball, som ligeledes fandt, at netop psykiske symptomer ikke blev afhjulpet ved den integrerede behandling, mens misbruget blev gavnligt påvirket af integreret behandling (Ball, 2007).

Dette rejser sammen med resultaterne af behandlerinterviewene det spørgsmål, om det betonedede fokus på personlige udfordringer/problemer, foruden misbruget, eksempelvis har medført flere bekymringer, oplevelser af desorientering, afmagt eller et fald i motivation til at gøre noget ved misbruget, fordi en række andre problemstillinger blev aktualiseret?

En mulig udvikling er at etablere en praksis, hvor klienter med personlighedsforstyrrelser og udtalte symptomer på angst eller depression, eventuelt målt med en form for selvrapporteringsskalaer for psykiske problemer, blev tilbudt et særligt forløb, hvor fokus er på håndtering af depressive/angstrelaterede problemstillinger?

Et andet spørgsmål, som aktualiseres af denne undersøgelse, er opkvalificeringen inden for psykopatologi af behandlingssystemerne mere generelt i forhold til misbrugsbehandling. Selv om der i en enkelt institution opnås erfaring med behandling af psykopatologi, kan denne erfaring ikke nødvendigvis anvendes i hele behandlingsskæden, når de resultater, som er opnået ved udredningen, skal formidles videre til det næste behandlingstilbud. Og selv om en enkelt institution opkvalificerer sit tilbud til misbrugere med psykopatologi, skaffer dette ikke nødvendigvis klienterne adgang til alle relevante behandlingstilbud og støtteforanstaltninger.

Referencer

- Adalbjarnardottir, S., & Rafnsson, F. D. (2002). Adolescent antisocial behavior and substance use - Longitudinal analyses. *Addictive Behaviors, 27*, 227-240.
- Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J., et al. (2006). Validity of pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry, 18*(3), 145-148.
- Akhtar, S. (1987). Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *American Journal of Psychotherapy, 41*(4), 499-518.
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual Text Revision*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- Avants, S. K., Margolin, A., Kosten, T. R., Rounsaville, B. J., & Schottenfeld, R. S. (1998). When is less treatment better? The role of social anxiety in matching methadone patients to psychosocial treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(6), 924-931.
- Bakken, K., Landheim, A. S., & Vaglum, P. (2007). Axis I and II disorders as long-term predictors of mental distress: a six-year prospective follow-up of substance-dependent patients. *BMC Psychiatry, 7*, 29.
- Ball, S. A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders, 21*(3), 305-321.
- Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A. J., Bujosa, C. T., & O'Neill T, W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry, 46*(5), 371-379.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., & Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy, 40*(10), 1231-1240.
- Clifford, P. R., Maisto, S. A., & Davis, C. M. (2007). Alcohol treatment research assessment exposure subject reactivity effects: part I. Alcohol use and related consequences. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 68*(4), 519-528.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Conrod, P. J., Stewart, S. H., Pihl, R. O., Cote, S., Fontaine, V., & Dongier, M. (2000). Efficacy of brief coping skills interventions that match

- different personality profiles of female substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3), 231-242.
- Daughters, S. B., Stipelman, B. A., Sargeant, M. N., Schuster, R., Bornova-lova, M. A., & Lejuez, C. W. (2008). The interactive effects of anti-social personality disorder and court-mandated status on substance abuse treatment dropout. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(2), 157-164.
- Desjardins, C., Scherzer, P., Braun, C. M., Godbout, L., & Poissant, H. (2009). A Verbal Planning Impairment in Adult ADHD Indexed by Script Generation Tasks. *Journal of Attention Disorder*.
- Ensminger, M. E., Juon, H. S., & Fothergill, K. E. (2002). Childhood and adolescent antecedents of substance use in adulthood. *Addiction*, 97(7), 833-844.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 837-849.
- Fridell, M., & Hesse, M. (2006). Psychiatric severity and mortality in substance abusers: a 15-year follow-up of drug users. *Addictive Behaviors*, 31(4), 559-565.
- Fridell, M., Hesse, M., & Billsten, J. (2007). Criminal behavior in antisocial substance abusers between five and fifteen years follow-up. *American Journal on Addictions*, 16(1), 10-14.
- Fridell, M., Hesse, M., & Johnson, E. (2006). High prognostic specificity of antisocial personality disorder in patients with drug dependence: results from a five-year follow-up. *American Journal on Addictions*, 15(3), 227-232.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., & Ruan, W. J. (2005). Co-occurrence of DSM-IV personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Comprehensive Psychiatry*, 46(1), 1-5.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 361-368.
- Hedeker, D., & Gibbons, R. D. (1996). MIXOR: a computer program for mixed-effects ordinal regression analysis. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 49(2), 157-176.

- Hesse, M. (2004). Achieving abstinence by treating depression in the presence of substance-use disorders. *Addictive Behaviors*, 29(6), 1137-1141.
- Hesse, M. (2005a). Personality disorders in substance abusers: validation of the DIP-Q through principal components factor analysis and canonical correlation analysis. *BMC Psychiatry*, 5, 24.
- Hesse, M. (2005b). Social workers' ratings of comorbid personality disorders in substance abusers. *Addictive Behaviors*, 30(6), 1241-1246.
- Hesse, M. (2006). The Beck Depression Inventory in patients undergoing opiate agonist maintenance treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(Pt 3), 417-425.
- Hesse, M. (2009). Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry*, 9, 6.
- Hesse, M. (2010). Course of self-reported symptoms of attention deficit and hyperactivity in substance abusers during early treatment. *Addictive Behaviors*, doi:10.1016/j.addbeh.2009.12.007.
- Hesse, M., & Pedersen, M. U. (2007). Antisocial personality disorder and retention: a systematic review. *Therapeutic Communities*, 27(4), 495-504.
- Hesse, M., Rasmussen, J., & Pedersen, M. K. (2008). Standardised assessment of personality - a study of validity and reliability in substance abusers. *BMC Psychiatry*, 8, 7.
- Hicks, B. M., Krueger, R. F., Iacono, W. G., McGue, M., & Patrick, C. J. (2004). Family transmission and heritability of externalizing disorders: a twin-family study. *Archives of General Psychiatry*, 61(9), 922-928.
- Jansson, I., Hesse, M., & Fridell, M. (2008). Personality disorder features as predictors of symptoms five years post-treatment. *American Journal on Addictions*, 17(3), 172-175.
- Jansson, I., Hesse, M., & Fridell, M. (2009). Influence of personality disorder features on social functioning in substance-abusing women five years after compulsive residential treatment. *European Addiction Research*, 15(1), 25-31.
- Kellam, S. G., Brown, C. H., Poduska, J. M., Ialongo, N. S., Wang, W., Toyinbo, P., et al. (2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 95 Suppl 1, S5-S28.

- Kendler, K. S., Jacobson, K. C., Gardner, C. O., Gillespie, N., Aggen, S. A., & Prescott, C. A. (2007). Creating a social world: a developmental twin study of peer-group deviance. *Archives of General Psychiatry*, *64*(8), 958-965.
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., et al. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, *60*(2), 184-189.
- King, V. L., Kidorf, M. S., Stoller, K. B., Carter, J. A., & Brooner, R. K. (2001). Influence of antisocial personality subtypes on drug abuse treatment response. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *189*(9), 593-601.
- Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E., & Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: Prevalence and their associations with axis I disorders as predictors of treatment retention. *Addictive Behaviors*, *23*(6), 841-853.
- Kubicka, L., Matejcek, Z., Zdenek, D., & Roth, Z. (2001). IQ and personality traits assessed in childhood as predictors of drinking and smoking behaviour in middle-aged adults: a 24-year follow-up study. *Addiction*, *96*, 1615-1628.
- Legrand, L. N., Keyes, M., McGue, M., Iacono, W. G., & Krueger, R. F. (2008). Rural environments reduce the genetic influence on adolescent substance use and rule-breaking behavior. *Psychological Medicine*, *38*(9), 1341-1350.
- Maisto, S. A., Clifford, P. R., & Davis, C. M. (2007). Alcohol treatment research assessment exposure subject reactivity effects: part II. Treatment engagement and involvement. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *68*(4), 529-533.
- Mataix-Cols, D., Cowley, A. J., Hankins, M., Schneider, A., Bachofen, M., Kenwright, M., et al. (2005). Reliability and validity of the work and social adjustment scale in phobic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *46*(3), 223-228.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., et al. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*(4), 256-264.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., et al. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *9*(3), 199-213.
- Messina, N., Farabee, D., & Rawson, R. (2003). Treatment responsivity of cocaine-dependent patients with antisocial personality disorder to

- cognitive-behavioral and contingency management interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 320-329.
- Messina, N. P., Wish, E. D., Hoffman, J. A., & Nemes, S. (2002). Antisocial personality disorder and TC treatment outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(2), 197-212.
- Miller, T. W., Nigg, J. T., & Faraone, S. (2007). Axis I and II Comorbidity in Adults With ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 519-528.
- Moran, P., Leese, M., Lee, T., Walters, P., Thornicroft, G., & Mann, A. (2003). Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 183, 228-232.
- Nielsen, P., Rojskjaer, S., & Hesse, M. (2007). Personality-guided treatment for alcohol dependence: a quasi-randomized experiment. *American Journal on Addictions*, 16(5), 357-364.
- Nunes, E. V., & Levin, F. R. (2004). Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 291(15), 1887-1896.
- Nurnberger, J. I., Jr., Wiegand, R., Bucholz, K., O'Connor, S., Meyer, E. T., Reich, T., et al. (2004). A family study of alcohol dependence: coaggregation of multiple disorders in relatives of alcohol-dependent probands. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1246-1256.
- Prinstein, M. J., & La Greca, A. M. (2004). Childhood peer rejection and aggression as predictors of adolescent girls' externalizing and health risk behaviors: a 6-year longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 103-112.
- Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Smith, S. M., Saha, T. D., Pickering, R. P., et al. (2008). The alcohol use disorder and associated disabilities interview schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of new psychiatric diagnostic modules and risk factors in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1-3), 27-36.
- Seivewright, H., Tyrer, P., & Johnson, T. (2004). Persistent social dysfunction in anxious and depressed patients with personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(2), 104-109.
- Sumnall, H. R., Beynon, C. M., Conchie, S. M., Riley, S. C., & Cole, J. C. (2007). An investigation of the subjective experiences of sex after alcohol or drug intoxication. *Journal of Psychopharmacology*, 21(5), 525-537.
- Thylstrup, B., & Hesse, M. (2008). Substance abusers' personality disorders and staff members' emotional reactions. *BMC Psychiatry*, 8, 21.

- Thylstrup, B., & Hesse, M. (2009). "I am not complaining" - ambivalence construct in schizoid personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 63(2), 147-167.
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Perez-Dominguez, G., & Martin-Santos, R. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1231-1237.

Bilag 1. Oversigt over artikler, der er publiceret eller accepteret fra undersøgelsen

Hesse, M.: Course of self-reported symptoms of attention deficit and hyperactivity in substance abusers during early treatment. *Addictive Behaviors*. 2010; 35, 504-506.

Hesse, M.: Psychoeducation for personality disorders as an add-on to substance abuse treatment versus attention placebo: a controlled trial. / I: *Drugs and Alcohol Today*. 2010; 10(1), 25-32.

Hesse, M., Moran, P.: Screening for personality disorder with the Standardised Assessment of Personality: Abbreviated Scale (SAPAS): further evidence of concurrent validity. / *BMC Psychiatry*. 2010; 10(10), 28.1.2010.

Hesse, M., Pedersen, M. K. (2008): Protocol: Personality assessment as a support for referral and case-work in treatment for substance use disorders (PASRC-study). / I: *BMC Psychiatry*. 2008; vol. 8(7)⁴.

⁴ Har ikke gennemgået peer review, da der er tale om en protokol.