Undersøgelse af korttidsbehandling for komorbiditet

Undersøgelse af korttidsbehandling for komorbiditet

Morten Hesse

Birgitte Thylstrup

Angelina Isabella Mellentin

Center for Rusmiddelforskning
Aarhus Universitet
2012

© forfatterne og Center for Rusmiddelforskning 2012
Tryk: J & R Frydenberg a/s, København
ISBN: 978-87-89029-89-4

Center for Rusmiddelforskning
Bartholins Allé 10
8000 Aarhus C
Tlf.: 8716 5313
Fax: 8716 4420
www.crf.au.dk
E-mail: crf@crf.au.dk

Forord

Dette er en rapport om det randomiserede pilotprojekt vedrørende korttidsbehandling af misbrugere med angst, depression og antisocial personlighedsforstyrrelse, som er udført af Center for Rusmiddelforskning i 2010-2011.

Projektet er støttet af et samfinansieringsprojekt med finansiel støtte fra Helsefonden, Social- og Integrationsministeriet og Center for Rusmiddelforskning.

Arbejdet med indsamling af data fra de involverede institutioner er på forskellige tidspunkter i projektforløbet bistået af forskningsmedarbejderne Lotte Skot, Sidsel Schrøder, Liv Nautrup Heerwagen og Simon Gelvad.

Vi vil gerne takke klienterne, der har deltaget i denne undersøgelse, for deres åbenhed og positive samarbejde. Det har været mærkbart, at de stort set alle har reageret positivt på at opleve at have en stemme og betydning i forhold til at fortælle om deres livssituation og oplevelse af behandlingsforløbet. Også tak til medarbejdere på de involverede institutioner for godt samarbejde samt tak til forskningsmedarbejdere, som har bistået med indsamling af data. Endelig en stor tak til Helsefonden og Social- og Integrationsministeriet for at muliggøre denne undersøgelse.

Indhold

Forord 5
Resume 9
Baggrund 9
Undersøgelsens formål 9
Metode 9
Resultater 10
Konklusion 11
Opbygning af rapporten 13
Kapitel 1. Nyere undersøgelser af behandling af komorbiditet 15
1.2 Behandling af depression og misbrug 15
1.3 Behandling af angst og misbrug 18
1.4 Behandling af antisocial personlighedsforstyrrelse og misbrug 18
Kapitel 2. Design og metode 21
2.1. Realistisk omfang af behandling og udredning 21
2.2. Dataindsamling 21
2.3. Eksperimentel behandling 22
2.4 Udvælgelse og undervisning af behandlere 25
2.5 Udredning 26
2.6 Intent-To-Treat perspektivet 28
2.7 Statistiske metoder 28
Kapitel 3. Undersøgelsesgruppen 31
3.1 Beskrivelse af undersøgelsesgrupperne på baggrund af demografiske variable 31
3.2 Beskrivelse af undersøgelsesgruppen på baggrund af psykiatriske tilstande 32
Kapitel 4. Resultater 37
4.1 Overordnede resultater af screening og randomisering 37
4.2 Eksperimentel behandling: deltagelse, frafald og opfølgning 39
4.3 Forandringer fra session til session 41

4.4 Behandlingseffekt – før- og eftermåling i eksperiment- og kontrol grupperne 52
4.5 Kan klienterne skelne mellem, hvad de har fået hjælp til? 60
Kapitel 5. Diskussion og konklusion 63
5.1 ”Let´s ACT” 63
5.2 ”Pusterummet” 65
5.3 ”Ro på” 66
5.4 Overordnet konklusion og anbefalinger 67
Kapitel 6. Formidling og videreførelse af erfaringerne 71
Litteratur 73

Resume

Baggrund

Undersøgelser har påpeget, at den traditionelle opdeling i misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling er mindre effektiv end integrerede behandlingsformer, hvor behandlingen af misbruget og den psykiske lidelse kombineres, og hvor de begge ses som to primære problematikker, der kræver behandling [1, 2]. Der er imidlertid mangel på randomiserede undersøgelser af effektive interventioner over for de oftest repræsenterede komorbide diagnoser i misbrugsregi, hvorfor der mangler psykologiske behandlingstilbud.

Undersøgelsens formål

Denne rapport beskriver resultaterne af en randomiseret undersøgelse af korttidsbehandling for tre af de hyppigst repræsenterede patientgrupper inden for misbrugsbehandling, både nationalt og internationalt: misbrugere med depression, angst og antisocial personlighedsforstyrrelse. Disse grupper modtager generelt standardbehandling for stofmisbrug, når de er indskrevet i misbrugsbehandling, men ofte ingen eller utilstrækkelig behandling for deres psykiske vanskeligheder. Pilotprojektets formål er at udvikle behandlingsmetoder, der tilgodeser de psykiske vanskeligheder, som mennesker i misbrugsbehandling oftest har med sig.

Metode

Der er tale om tre kontrolgruppeundersøgelser i én. De tre undersøgelser retter sig mod henholdsvis depression, angst og antisocial personlighedsforstyrrelse. På seks forskellige behandlingssteder gennemførtes screeninger af i alt 168 personer indskrevet til behandling for stofmisbrug. Efter screening blev de, som opfyldte kriterier for inklusion, fordelt ved en vægtet lodtrækning (urne-randomisering) til enten behandling eller kontrolgruppe. På tværs af diagnosegrupperne var der en række fællestræk for undersøgelsen: 1) klienter kunne kun indgå, hvis de havde enten et stofmisbrug, et alkoholmisbrug eller stof- eller alkoholafhængighed efter DSM-IV; 2) klienter, der var psykotiske ved screeningstidspunktet, kunne ikke indgå i undersøgelsen, og 3) planen for klientens behandling over de næste 6 måneder skulle være ambulant behandling. Efter screening skulle klienterne

naturligvis også have mindst én af de tre diagnoser, enten depression, angst eller antisocial personlighedsforstyrrelse for at de kunne indgå i randomiseringen.

I dette pilotprojekt er de enkelte interventioners effektivitet, ud over effektmålinger, vurderet i forhold til deltagelse og fastholdelse af klienterne i behandlingen. De to vigtigste effektmålinger i denne undersøgelse er oplevet hjælp til den psykiatriske lidelse samt tilfredshed med behandlingen (Client Satisfaction Questionnaire). Desuden indgår indtag af rusmidler (ASI composite score), angst/depressions symptomniveau (Kessler-6) samt forekomst af antisocial adfærd (TABS: upubliceret materiale) før og efter behandlingen som effektmål for denne undersøgelse. Baggrunden for anvendelse af tilfredshed og oplevet hjælp som primære indikatorer for behandlingseffektivitet er, at de ikke er så følsomme for faktorer i klientens liv, som behandlingen ikke har indflydelse på, men derimod primært afspejler værdien af selve behandlingen, i modsætning til de øvrige mål.

Resultaterne analyseres ud fra Intent-To-Treat perspektivet: Det vil sige, at vi inddrager alle klienter i eksperimentgruppen, som er blevet tilbudt samtaler, uanset om de er mødt til samtaler. Formålet er at undersøge værdien af at tilbyde behandlingen. Værdien af at udbyde en behandling afhænger blandt andet af, om man kan få klienterne til at møde op til den.

Undervejs udfyldte deltagerne spørgeskemaer før og efter de enkelte samtaler med henblik på at monitorere fremskridt under behandlingen og den terapeutiske alliance med behandleren.

Resultater

I eksperimentgruppen var angstpatienterne dem, der hyppigst påbegyndte behandlingen, efterfulgt af den antisociale gruppe, mens de deprimerede patienter var dem, der sjældnest påbegyndte behandlingen. For alle tre grupper gælder, at kun cirka hver tredje gennemførte fire og hver femte fem samtaler, hvilket er en central udfordring ved behandling af stofmisbrugere.

Den mest lovende effekt blev fundet ved den eksperimentelle behandling af antisocial personlighedsforstyrrelse. Her udviste patienterne en forbedring i overordnet behandlingstilfredshed, dog med moderat effekt, og i besvarelse af, om de havde fået nogen hjælp til deres antisociale personlighedsforstyrrelse, viste de en noget stærkere effekt sammenlignet med kon-

trolgruppen. Der var ikke signifikant forskel på hverken oplevet hjælp eller tilfredshed i gruppen med angst eller depression.

Konklusion

Sammenlagt var effekterne mest positive for eksperimentgrupper for anti-social personlighedsforstyrrelse. De lovende resultater fra undersøgelsen ”Ro på” har medført, at Center for Rusmiddelforskning er ved at etablere en reproduktion af pilotundersøgelsen i en større randomiseret kontrolleret undersøgelse for at validere resultaterne med en større sample, der bedre vil kunne detektere behandlingseffekt.

Opbygning af rapporten

Her beskrives kort de enkelte kapitlers indhold.

Kapitel 1 indeholder en kort redegørelse for nyere undersøgelser af ambulant misbrugsbehandling af de tre patientgrupper, som danner baggrund for nærværende rapport.

Kapitel 2 beskriver dataindsamling, design og metode for undersøgelsen, udredningsinstrumenter samt de mest anvendte statistiske analysemetoder.

Kapitel 3 beskriver undersøgelsesgruppen. Her beskrives målgruppens stof- og alkoholforbrug samt psykiske symptomer og medicinforbrug.

Kapitel 4 gennemgår randomiseringen og overordnede resultater fra undersøgelsen og de tre interventioner set i forhold til grad af deltagelse og fastholdelse af klienter i behandlingen samt behandlingseffekten.

Kapitel 5 diskuterer resultaterne fra de tre integrerede eksperimentelle interventioner og drager en konklusion om effektiviteten af dem på baggrund af deltagelse og fastholdelse samt behandlingstilfredshed og hjælp til den pågældende psykiske lidelse.

I kapitel 6 beskrives, hvad der indtil videre er gjort for at formidle resultaterne af undersøgelsen.

Kapitel 1. Nyere undersøgelser af behandling af komorbiditet

Dette kapitel vil kort gennemgå nogle af de undersøgelser, der er udført i forhold til behandling af depression, angst og antisocial personlighedsforstyrrelse. Gennemgangen beskriver samtidig også baggrunden for de interventioner, der er blevet afprøvet i dette projekt.

1.1 Behandling af depression og misbrug

Det er veldokumenteret i litteraturen, at sammenfaldet mellem depression og stofproblemer er særdeles stort. Overhyppigheden er generelt mellem 50 % og 400 % i befolkningsundersøgelser [3].

Der er publiceret en række undersøgelser af effekten af psykosocial behandling for misbrug og samtidig depression. Disse undersøgelser har visse forskelle med hensyn til andelen, der samtidig modtog medicinsk behandling, typen af psykoterapeutisk behandling og typen af misbrug, patienterne havde. Fem undersøgelser har testet kognitiv adfærdsterapi for depression og misbrug, to har anvendt en adfærdsterapeutisk tilgang, et andet studie har testet ”selvundersøgelsesterapi” (*self-examination therapy*), et har afprøvet en psykodynamisk inspireret terapi kaldet interpersonel terapi, og et studie har anvendt ”Acceptance and Commitment Therapy”. Undersøgelserne er kort beskrevet i tabel 1. De to undersøgelser, som har anvendt kognitive og adfærdsorienterede behandlingsmetoder uden medicin, har begge fundet effekter på depression, målt med Becks Depression Inventory [4] og Hamilton depressionsskala [5, 6], og det ene rapporterede endvidere øget grad af afholdenhed i en tre-seks måneders opfølgning [4]. En tredje undersøgelse, hvor en femtedel (19 %) af patienterne fik antidepressiv medicin, rapporterede signifikant færre depressive symptomer, målt med BDI (efter 3 og 6 mdr.) samt et signifikant fald i stof- og alkoholforbrug ved seks mdr. opfølgning [7]. I en fjerde undersøgelse, hvor halvdelen af patienterne fik medicin (52 %), fandt man nedsat depressivt symptomniveau, målt med BDI, samt en signifikant højere abstinens ved opfølgning [8]. Og i en femte undersøgelse (hvor 97 % af patienterne fik medicin), sammenlignede man kognitiv adfærdsterapi (KAT) med 12-trins programmet, og fandt, at KAT var mere effektiv ved seks måneders opfølgning i lindring af depression, målt med Hamilton depressionsskala og ved stof- og alkoholforbrug [9]. For selvundersøgelsesterapien fandt forskerne en effekt af be-

handlingen på depressive symptomer, men de undersøgte ikke effekter på misbrug [10]. Markowitz og kolleger fandt ingen fordel ved interpersonel terapi ved dysthymi (kronisk forsænket stemningsleje) og alkoholproblemer [11]. I undersøgelsen med ”Acceptance and Commitment Therapy” fandt forskerne, at begge grupper viste meget store fremskridt inden for depression, såvel målt med Beck Depression Inventory og Hamilton Rating Scale, men kun gruppen, der modtog Acceptance and Commitment Therapy viste fremskridt på et mål for forsøg på at undertrykke tanker og følelser [12].

Oversigt over undersøgelser

	Antal patienter (eksperiment/ kontrol)	Type af setting	Mål for udbytte	Resultater
Kognitiv terapi v. Brown m.fl., 1997 [6]	19/16	Døgn-behandling	Depression, alkohol	Effekt på såvel depression som alkoholtilbagefald
Let's ACT v. Daughters m. fl. [5]	22/22	Døgn-behandling	Depression	Effekt på depression
Kognitiv terapi ved Watkins m. fl. [7]	140/159	Døgn-behandling	Depression og misbrug	Effekt på såvel depression som alkoholtilbagefald
Interpersonel terapi ved Markowitz m. fl. [11]	14/12	Ambulant behandling	Depression og misbrug	Effekt på depression med mindre misbrug i kontrolgruppe
Self-examination therapy ved Bowman m. fl. [10]	14/14	Døgn-behandling	Depression	Ingen effekt på depression (men stor forbedring i både kontrol- og eksperimentgruppe)
Acceptance and commitment therapy ved Petersen og Zettle [12]	12/12	Døgn-behandling	Depression	Ingen effekt på depression (men stor forbedring i både kontrol- og eksperimentgruppe)
Let's ACT ved Magidson m. fl. [8]	29/29	Døgn-behandling	Depression og fastholdelse	Ingen effekt på depression (men stor forbedring i både kontrol- og eksperimentgruppe)
Kognitiv terapi ved Brown m. fl. [9]	78/70	Ambulant dobbelt-diagnose-klinik for veteraner	Depression og misbrug	Effekter favoriserede 12-trinsorienteret behandling frem for kognitiv terapi

Baseret på de undersøgelser, der er publiceret indtil nu, synes den mest lovende behandling for patienter med et misbrug og en samtidig depression at være en adfærdsorienteret terapi med kognitive elementer, som har fokus på såvel depression som misbrug.

Det skal dog bemærkes, at næsten alle undersøgelser indtil videre er gennemført i døgnbehandling, hvor klienterne har været frie for misbrug under behandlingen. Derfor er det ikke sikkert, at erfaringerne kan overfø-

res til den ambulante behandling, som er det område, hvor denne undersøgelse er gennemført.

1.2 Behandling af angst og misbrug

Udbredelsen af angstlidelser blandt mennesker med stofafhængighed er høj. I den almene befolkning har en amerikansk undersøgelse vist, at 43 % af stofafhængige har en angstlidelse uafhængigt af deres stofforbrug

Der er publiceret et antal undersøgelser om integreret behandling af angst og misbrug. Flere af disse undersøgelser har fordelt patienter efter lodtrækning til enten integreret behandling med kognitiv terapi for angst og alkoholmisbrug eller kun behandling for alkoholmisbrug [13-16]. Disse undersøgelser har generelt vist skuffende resultater. Kun Fals-Stewart og Schafers lille undersøgelse viste effekter på misbrug og denne samt Randall og kollegers undersøgelse viste effekter på angst. Imidlertid viste Schade og kollegers undersøgelse direkte negative effekter, ligesom det i Bowens undersøgelse blev fundet, at der var højere frafald med integreret behandling. Derfor er der et behov for nye behandlingsmetoder for denne specifikke komorbiditet.

En mulighed er behandling ved hjælp af mindfulness-baseret kognitiv terapi, en ny behandlingsform, der har vist effekter på både angst og depression, og som, i modsætning til kognitiv terapi, måske er mere rummende og mindre konfronterende.

1.3 Behandling af antisocial personlighedsforstyrrelse og misbrug

Udbredelsen af antisocial personlighedsforstyrrelse i befolkningen som helhed regnes almindeligvis til at være 1-5 procent. Blandt stofafhængige uden for behandlingssystemet er den imidlertid snarere omkring 40 % [17]. Selv om udbredelsen i grupper af mennesker i misbrugsbehandling varierer noget mere, afhængigt af behandlingstilbuddet, har udbredelsen af antisocial personlighedsforstyrrelse ofte vist sig at være høj i grupper af stofafhængige i behandling [18].

Selvom klienter med antisocial personlighedsforstyrrelse udgør en stor del af målgruppen i misbrugsbehandling [19] og kan være svære at behandle [18], har det ikke været muligt at identificere egentlige randomiserede undersøgelser af integrerede behandlinger for antisocial personlighedsforstyrrelse og misbrug. I fængselsregi findes der dokumentation for det så-

kaldte ”Lifestyle Issues”-program, som er et program, der behandler kriminel adfærd og tankegang ved at se kriminalitet som del af en større livsstil. Dette kognitive og adfærdsorienterede program har vist sig at kunne ændre indsattes holdning til kriminalitet [20]. Formålet i denne undersøgelse var derfor at teste et individuelt behandlingsprogram, baseret på Lifestyle Issues, for patienter med stofmisbrug og antisocial personlighedsforstyrrelse.

Kapitel 2. Design og metode

Dette kapitel vil gennemgå dataindsamlingsproceduren, de eksperimentelle behandlingsformer, udvælgelse og undervisning af behandlere, udredning af deltagerne samt anvendte statistiske metoder i undersøgelsen.

2.1 Realistisk omfang af behandling og udredning

Et væsentligt formål med undersøgelsen var at teste en behandlingsmodel, som realistisk kunne anvendes i misbrugsbehandling, som den finder sted i Danmark i dag. Til undersøgelsen valgtes derfor ikke behandlingsmodeller, som ville kræve lang og intensiv træning af behandlere, men i stedet modeller, som kunne omsættes med et minimum af træning. Endvidere valgtes behandlinger af kort varighed og udredningsværktøjer af rimeligt overskueligt omfang, så det kunne blive muligt at implementere behandlinger i almindelig praksis fremover.

2.2 Dataindsamling

Data kommer fra seks behandlingssteder fra i alt fem kommuner fordelt over Sjælland og Jylland.

Personalet på de enkelte behandlingssteder blev informeret om undersøgelsen og dens formål. Ledelsen på de enkelte institutioner valgte derefter en behandler, som gerne ville deltage i undersøgelsen.

Klienterne i denne undersøgelse blev fulgt over en 6-måneders periode. Klienter på behandlingsstederne blev indledningsvis inviteret til at deltage i et screeningstudie for psykiske vanskeligheder. Baselinemålingerne, den første udredning og visitation til programmet, foregik lidt forskelligt på behandlingsstederne. På halvdelen af behandlingsstederne blev en eller flere af medarbejderne undervist i at lave klientscreeninger af Morten Hesse, med efterfølgende mulighed for faglig sparring og supervision fra Morten Hesse og Birgitte Thylstrup. Andre steder blev screeningen foretaget af de tilknyttede forskningsassistenter og Birgitte Thylstrup. Baselinemålingerne blev både foretaget på nyindskrevne klienter og klienter, der allerede var indskrevet i den ambulante behandling.

Umiddelbart efter screeningen blev klienterne informeret om resultaterne. Klienter, der opfyldte de beskrevne inklusionkriterier i projektbeskrivelsen (misbrug eller afhængighed, sammen med depression, angst eller

antisocial personlighedsforstyrrelse), blev spurgt, om de var interesserede i at prøve en eksperimentel intervention, der var tilsigtet den diagnose, som screeningen viste, at klienten havde. Hvis der var tale om mere end én af de tre diagnoser, som behandlingen fokuserede på, blev det diskuteret med klienten, hvilken lidelse der fyldte mest i klientens liv, og hvilken en det ville være mest fornuftig at intervenere over for. Fokus og omdrejningspunkter for denne samtale var beskrevet i et ark, som var blevet givet til screeningspersonerne inden screeningen. Hvis klienten udviste interesse i at deltage, blev klienten informeret om randomiseringsprocedurerne og bedt om at give informeret samtykke til deltagelse i studiet. På dette tidspunkt blev klienten også informeret om, at samtykke eller afvisning af interventionen ikke ville indvirke på andre behandlingsmuligheder eller den behandling, som de allerede modtog.

Data fra screeningerne blev sendt til Morten Hesse og Birgitte Thylstrup på Center for Rusmiddelforskning, og randomiseringen blev foretaget ved en såkaldt urne-randomisering fra Project MATCH-undersøgelsen. I en urne-randomisering tilsigtes det at vægte en række variable, som eksempelvis køn, alder og symptombelastning, så grupperne bliver så ens som muligt.

Klienter i kontrolgruppen modtog standardbehandling på det behandlingssted, som de var tilknyttede, eksempelvis i form af substitutions- og medicinsk behandling, sagsbehandling, de behandlingstiltag, som behandlingsstedet ellers tilbød, samt henvisning til psykiatrisk behandling ved behov. Klienter, der var randomiseret til de tre eksperimentelle interventioner, modtog ud over standardbehandling også et korttidsbehandlingsforløb, der var rettet mod deres angst, depression eller dyssociale forstyrrelse.

Opfølgningsinterviewene blev foretaget af forskningsassistenter på CRF. Klienterne blev i første omgang kontaktet for et opfølgningsinterview via de kontaktoplysninger, de havde givet i det oprindelige samtykke. De klienter, som det ikke var muligt at kontakte på denne måde, og som stadig var i behandling, blev kontaktet på deres nuværende behandlingssted. Endelig blev de klienter, der var ophørt i behandling, kontaktet via telefon, brev og efterfølgende opsøgning på bopæl.

2.3 Eksperimentel behandling

Alle klienter, der deltog i den eksperimentelle behandling, modtog en korttidsbehandling på fem-seks sessioner. Alle tre interventioner var manualba-

seret og enten omskrevet fra andet materiale af Morten Hesse og Birgitte Thylstrup eller udarbejdet af samme. Herunder følger en kort beskrivelse af opbygningen af de tre interventionsstudier.

2.3.1" Let's ACT"– til klienter med depression

Behandlingen er baseret på "Let's ACT"; en manual, som er rekvireret fra Stacey Daughters, University of Maryland, og som er tilpasset det ambulante og individuelle format. Interventionens primære formål er at støtte klienten i at reducere depression og misbrug, ved at klienten bliver mere aktiv og handlende.

Fokus er på undervisning i depression, identifikation af muligheder for positive oplevelser gennem aktivitet og systematisk problemløsning. Det gennemgående tema i "Let's ACT" er det løbende arbejde for klienten med dagligt at registrere sine aktiviteter, og hvordan aktiviteterne påvirker humøret. Grundlæggende er tanken at gøre klienten opmærksom på, at handlinger og aktiviteter gør, at denne får det bedre og opnår et øget overblik samt er mere konstruktiv i forhold til dette. Session 1 omhandler en beskrivelse af tankegangen i behandlingen og træning i at registrere handlinger eller aktiviteter, som påvirker humøret positivt eller negativt. Klienten træner en afslapningsteknik og får en arbejdsbog, som bliver gennemgående i hele forløbet. I session 2 drøftes og nedskrives drømme og mål inden for seks livsområder, og der tales om de handlinger eller aktiviteter, der kan føre klienten nærmere målene. Efterfølgende planlægger klienten de mål og handlinger, han/hun vil arbejde med hver dag op til session 3. I session 3 formulerer klienten en plan og kontrakt for, hvordan han/hun vil søge støtte fra andre til at ændre sit humør og fortsætter med at planlægge handlinger, der fører klienten nærmere målene for de seks livsområder. I session fire opsummeres forløbet, og klienten inviteres til at inddrage det, som han eller hun måtte have fundet interessant undervejs. Der formuleres mål for det næste halve år samt handlinger, der kan støtte klienten i at opnå målene. I session fem følges klienten, og der evalueres på perioden umiddelbart efter afsluttet behandling.

2.3.2 "Pusterummet" - til klienter med angst

Formålet med "Pusterummet" er acceptbaseret psykoterapi, som udelukkende fokuserer på at støtte klientens accept af egne oplevelser i krop, tan-

ker og følelser. ”Pusterummet” tager udgangspunkt i mindfulness baseret kognitiv terapi, en ny behandlingsform, som har vist effekt på blandt andet angst, og som i modsætning til kognitiv terapi måske er mere acceptbaseret og mindre konfronterende. Ideen med acceptbaseret psykoterapi er, at angst er en naturlig tilstand for mennesker. Dette pres gør, at mennesker både i tanke og handling må prøve at nå det hele for at slå til samt endvidere gøre det på den korrekte måde.

Behandlingen fokuserer på at støtte klienten i at skabe et pusterum fra angst og pres. Pusterummet beskriver en indre tilstand, hvor man ikke handler på sine tanker og følelser, og hvor man ikke forsøger at udøve kontrol over tilværelsen. I stedet opfordres klienten til at iagttage specifikke områder: 1) iagttagelse af kroppen – at mærke kroppen i sin nuværende tilstand, 2) iagttagelse af situationen – at bemærke den situation, man aktuelt befinder sig i, 3) iagttagelse af tanker og følelser – at bemærke de reaktioner man har på den situation, som man befinder sig i. Alle sessioner afsluttes med en praktisk afspændingsøvelse og indeholder korte temaer i begyndelsen af sessionen. I session 1 tales der om angst, og hvad man kan gøre for at mindske den. I session 2 arbejder klienten med at beskrive sin nuværende situation uden at opleve angstfornemmelser. Session 3 og 4 omhandler arbejde med klientens tanker og accept af klientens fortid og nuværende livssituation. Fokus på mindskning af angst og oplevet pres i dette forløb betyder også, at man ikke laver hjemmeopgaver eller lover at gøre noget bestemt. Klienterne opfordres ikke til at opstille målsætninger, evaluere disse målsætninger og iværksætte initiativer.

2.3.3 ”Ro på” – til klienter med antisocial personlighedsforstyrrelse

Klienter med antisocial personlighedsforstyrrelse deltog i en behandling, der er baseret på The Lifestyle Issues program, som er udviklet af Glenn D. Walters [21-23]. Manualen er skrevet af Mathew D. Geyer og blev tilsendt i oktober 2009 (upubliceret manuskript). Vi ændrede den originale tilgang på fire hovedområder: 1) Manualen blev ændret til en korttidsbehandling, som bestod af fem sessioner. 2) For at tilpasse manualen til en bredere målgruppe end fængselsindsatte blev eksemplerne i manualen ændret fra at referere til situationer i fængslet til at referere til situationer uden for fængslet. 3) Manualen, som oprindeligt var tilsigtet gruppeterapi, blev tilpasset til individuelle terapiforløb, hvorfor øvelser og diskussioner blev

ændret. 4) For at rette behandlingen mod klienter med en antisocial adfærd, som ikke primært kom til udtryk via kriminelle lovovertrædelser, omdøbte vi problemet til 'impulsiv livsstil', i stedet for 'den kriminelle livsstil'.

I overensstemmelse med 'The Criminal Lifestyle Theory' [24] er "Ro på"- behandling en måde at arbejde med livsændringer på. Grundantagelsen er, at måden, hvorpå man kan ændre en negativ livsstil, er gennem oplevelsen af en krise i den nuværende livsstil, tage ansvar for denne og herigennem se meningen i at ændre den. Behandlingens fokus er på problemløsning, egne behov, fordele og ulemper ved bestemte former for adfærd, håndtering af vrede, forståelse af sammenhæng mellem tanker, adfærd og konsekvenser.

Session 1 fokuserer på at beskrive tilgangen i "Ro på" for klienten, arbejde med klientens forståelse af sine problemer som værende forbundet med en impulsiv livsstil samt identificering af mål med behandlingen. Session 2 tager udgangspunkt i The Antecedents-Belief-Consequences-modellen, dog med et mere handlingsorienteret sigte. Session 3 fokuserer på banditstolthed (criminal pride) og session 4 på prosociale og antisociale værdier. Session 5 kortlægger sociale netværk og identificerer støtte og udfordringer i dette. Den 6. session er en booster-session, hvor klienten inviteres til at diskutere de temaer, der er kommet op i løbet af sessionerne. I denne intervention arbejdes der med hjemmeopgaver efter hver session.

2.4 Udvælgelse og undervisning af behandlere

De tre manualer er lavet, så de kan gennemføres på et 2-dages kursus. Deltagerne inden for hver behandlingsintervention fik inden kurset tilsendt den manual, som de skulle arbejde med samt træningsprogrammet, så de kunne stifte bekendtskab med indholdet. Birgitte Thylstrup og Morten Hesse underviste behandlerne med bistand fra Helge Børven (ekstern psykolog) i "Let's ACT". I begyndelsen af kurset blev deltagerne informeret om projektet, introduceret til DSM-IV kriterierne for den psykiske sygdom, de skulle arbejde med, og de udfordringer den gav klienter og behandlere. Under resten af kurset blev der arbejdet på at gennemgå hver enkelt session i manualen. Ud over at læse og diskutere sessionerne blev de rollespillet flere gange med fokus på, at interventionerne skulle arbejde på to niveauer; dels som noget, der direkte kommunikeres og trænes med klienten, og dels

i den måde selve behandlingen tilrettelægges og kommunikeres af behandleren.

Efter rollespillene blev der prioriteret tid til efterfølgende diskussion og refleksion. Behandlerne blev instrueret om ikke at diskutere detaljer i manualen med andre på behandlingsstedet og fik i projektforløbet mindst et besøg fra en af forskerne, modtog månedlige nyhedsbreve og blev endvidere opfordret til at kontakte forskerne, hvis der var behov for det.

2.5 Udredning

Klienterne, der deltog i pilotprojektet, blev udredt inden behandlingen startede (baseline screening) for at identificere psykiske vanskeligheder og henvise dem til randomisering i en af de tre interventioner. De klienter, der blev randomiseret til den eksperimentelle behandling, udfyldte desuden nogle skemaer før og efter hver session (procesmål) for at registrere ændringer undervejs i samtaleforløbet, og efter afsluttet behandlingsforløb blev opfølgningsinterview indsamlet (udfaldsmål).

2.5.1 Baseline screening

Klienterne blev indledningsvis screenet ud fra den danske version af MINI 5.0.0., der er et kort, diagnostisk struktureret, neuropsykiatrisk interview, som er baseret på kriterierne i DSM-IV [25]. Det er afprøvet i praksis og valideret i forhold til andre undersøgelsesinstrumenter [25, 26]. MINI er et lægmandsinterview, som ikke kræver særlige uddannelsesmæssige forudsætninger.

Interviewet undersøger for både aktuelle og tidligere psykiske lidelser inden for et tidsinterval, der spænder fra de seneste to uger ved udredningen til nogensinde, afhængigt af hvilken diagnose der er tale om. Lidelserne omfatter depression, dysthymi (kronisk forsænket stemningsleje), selvmordsrisiko, hypomani/manisk episode, angstlidelser (panikangst, agorafobi, social fobi, generaliseret angst), obsessiv-kompulsiv tilstand, posttraumatisk stressreaktion, aktuelle/tidligere psykotiske tilstande, spiseforstyrrelser (anoreksi og bulimi) samt dyssocial personlighedsstruktur. MINI indeholder spørgsmål til diagnosticering af alkoholmisbrug og -afhængighed samt medicin/stofmisbrug/afhængighed inden for de seneste 12 måneder.

En del af udredningen bestod også af et selvrapporteringsspørgeskema, som dækkede flere områder: a) brug af alkohol, medicin og rusmidler inden

for de sidste 30 dage med spørgsmål taget fra Addiction Severity Index (ASI: [27], b) angst- og depressionssymptomer målt med Kessler-6 [28], c) antisocial adfærd inden for de sidste 30 dage med ”the Thinking and Behavior Scale” (TABS: upubliceret materiale) samt en kort screening af klienternes selvrapporterede vanskeligheder inden for ADHD (Adult ADHD Self-Report Scale [ASRS, 29].

2.5.2 Procesmål

Procesmål blev opsamlet under hver session for at observere klienternes udvikling fra session til session. Procesmål for alle tre interventionsstudier blev målt med uddrag fra ASI (stof- og alkoholsektionen): 30 dages spørgsmål om rusmiddelbrug [27], Session Rating Scale [30], som er et kort, men validt mål for terapeutisk alliance, samt et spørgsmål om kriminelle aktiviteter taget fra ASI [27].

Klienter, der deltog i interventionen ”Let’s ACT” (depression), udfyldte endvidere Becks Depression Inventory [4]), mens klienter, der deltog i ”Pusterrummet” (angstlidelse), udfyldte Becks Anxiety Inventory [31] samt Mindfulness Attention and Awareness Scale [32]. Klienter, der deltog i ”Ro på” (antisocial personlighedsforstyrrelse), udfyldte TABS (upubliceret instrument) samt et spørgsmål om kriminelle aktiviteter [27].

2.5.3 Opfølgningsinterview

Opfølgningsinterviewet tog for størstedelen udgangspunkt i de områder, der var undersøgt ved baselineinterviewet. Herunder selvrapporteringsspørgeskemaer: a) Udpluk fra ASI [27], b) angst og depression målt med Kessler-6 [28], c) antisocial adfærd inden for de sidste 30 dage målt med TABS (upubliceret materiale).

Desuden er undersøgelsens omdrejningspunkt behandlingstilfredshed, der blev målt ved Client Satisfaction Questionnaire [30], samt oplevet hjælp til håndtering af de psykiske vanskeligheder med de kortvarige interventioner.

2.5.4 Time-Line-Follow-Back

Flere af undersøgelsesområderne blev undersøgt ved time-line-follow-back interview [33]. Ved denne assessment metode anvendes en kalender til re-

trospektivt at estimere daglige begivenheder som indtagelse af stoffer, alkohol eller begået kriminalitet over et specifikt tidsinterval, der kan variere op til 12 måneder fra baseline interviewet. I denne undersøgelse er tidsintervallet de seks måneder, der er gået siden baselineinterviewet.

2.6 Intent-To-Treat perspektivet

Gennemgående anvendes Intent-To-Treat (ITT) perspektivet i opgørelsen af resultater. Det vil sige, at analysen af resultaterne baseres på det oprindelige forsøg på at behandle klienterne, når de er påbegyndt behandlingen, og ikke kun på de klienter, der gennemfører behandlingen. Hvis de klienter, der er mest afficerede af deres psykiske lidelse, ikke gennemfører det behandlingsforløb, de er randomiseret til, og ikke inkluderes i den efterfølgende analyse, vil det forårsage bias (og falske positiver) i interventionsforskningen, da før- og efter- målinger i så fald ikke tager højde for, at de potentielt hårdest ramte klienter ikke kunne fastholdes i behandlingen. Derfor inkluderes de i vurderingen af behandlingen, uanset om de kunne fastholdes eller ej, så den psykologiske intervention ikke fremstår som mere effektiv, end den i virkeligheden er. Det betyder også, at resultaterne afspejler værdien af at implementere behandlingen i behandlingssystemer.

2.7 Statistiske metoder

Generelt anvendes i rapporten regressionsmodeller til at undersøge forskelle mellem behandlingssteder og til at undersøge faktorer, som har indflydelse på misbrugsbelastningen ved opfølgningstidspunktet. I regressionsmodellerne kan der kontrolleres for en række baggrundsvariable. Da ikke alle variable kan antages at følge en normalfordeling, anvendes en række forskellige regressionsmodeller. Mens variable som alder kan antages at følge normalfordelingen, vil variable som antal indlæggelser på hospital eller antal stoffri dage ikke kunne forventes at følge normalfordelingen.

Når det er tilfældet, anvendes andre regressionsmodeller for bedre at kunne analysere og beskrive data, herunder logistisk regressionsanalyse (for variable, som har to mulige udfald).

For resultaterne af behandlingen anvendes Cohen's effekt, *d*. Denne udregnes for før-efter forskelle som middel af før-behandling minus middel af efterbehandling, divideret med standardafvigelsen. For sammenligning af

grupper anvender man sammenligning af gruppe 1 med gruppe 2, divideret med standardafvigelsen.
Generelt fortolkes Cohen's effekt som følger:

d=0,20: En lille effekt
d=0,50: En moderat effekt
d=0,80 En stor effekt

De spørgeskemaer, som er indsamlet ved samtalerne, analyseres efter en anden model. Modellen kaldes en "Fixed effects regression" eller en "inden for individet"-model. Her er det kun forandringer inden for hver person, der medtages i modellen.

Kapitel 3. Undersøgelsesgruppen

Dette kapitel beskriver demografiske variable for undersøgelsesgruppen samt forekomst af misbrugs- og andre psykiatriske diagnoser samt klienternes medicinforbrug.

3.1 Beskrivelse af undersøgelsesgrupperne på baggrund af demografiske variable

Undersøgelsen baserer sig på 113 personer, der har været i behandling på seks behandlingssteder fra i alt fem kommuner fordelt over Sjælland og Jylland.

3.1.1 Depressionsgruppen

Eksperimentgruppen i "Let´s ACT" bestod af 12 personer, 7 mænd og 5 kvinder, og kontrolgruppen bestod af 7 mænd og 8 kvinder (p=0,70). Gennemsnitsalder for eksperimentgruppen var 40,5 (SD = 6,8) og 39,3 (SD = 8,4) i kontrolgruppen (p= 0,66). Der var ved indtagelse i undersøgelsen ingen forskelle på grupperne i ASI drugs composite score (p=0,10), og alkohol composite score (p=0,24).

3.1.2 Angstgruppen

14 mænd og 4 kvinder deltog i eksperimentgruppen og 13 mænd og 6 kvinder i kontrolgruppen (p=0,71). Gennemsnitalderen for eksperimentgruppen var 33,3 (SD = 9,5) og 34,9 (SD = 11,9) (p=0,62).

3.1.3 Antisocialgruppen

Som det fremgår i tabel 3 bestod eksperimentgruppen i "Ro på" af 26 personer, 21 mænd og 5 kvinder, og kontrolgruppen bestod af 17 mænd og 5 kvinder (p=0,77). Gennemsnitsalderen for eksperimentgruppen var 33,0 og 34,5 i kontrolgruppen (p=0,55). Der var ingen forskelle på grupperne i ASI drugs composite score (p=0,98), alkohol composite score (p=0,95) eller antal af kriterier opfyldt inden for antisocial personlighedsforstyrrelse ved baseline (p=0,26).

3.2 Beskrivelse af undersøgelsesgruppen på baggrund af psykiatriske tilstande

3.2.1 Undersøgelsesgruppen og misbrugsdiagnoser

Nedenfor er beskrevet, hvordan rusmiddelforbrug i klientgruppen i denne undersøgelse ser ud sammenlignet med Servicestyrelsens undersøgelse [34].

Tabel 1. Sundhedsstyrelsens og Center for Rusmiddelforsknings undersøgelse

	Stofmisbrugere i Sundhedsstyrelsens tal	Aktuel gruppe	
Stofafhængighed (1)	Ikke oplyst	91 %	
Stofmisbrug	Ikke oplyst	3 %	
Alkoholafhængighed	Ikke oplyst	36 %	
Alkoholmisbrug	Ikke oplyst	4 %	
Mænd	78 %	71 %	
Alder	31	35,4	19-58
Heroin	33 %	12 % (2)	
Cannabis	44 %	64 %	
Kokain	15 %	14 %	
Amfetamin	14 %	11 %	
Anvendt alkohol sidste 30 dage	Ikke oplyst	53 %	
Opioidbrugere	45 % (3)	36 %	
Substitution			
Subutex	40 %	35 %	
Metadon	60 %	65 %	

1) Der skal her gøres opmærksom på, at på to behandlingssteder anvendtes en forkortet version af MINI-interviewet uden modulerne for stof- og alkoholrelaterede forstyrrelser. Derfor er tallene for disse diagnoser begrænset til 86 personer. Diagnoser haves ikke for Servicestyrelsens materiale. 2) En stor del af informanterne i undersøgelsen havde været i substitutionsbehandling de sidste 30 dage. 3) Procent, der angiver opioider som ”hovedstof”.

I alt opfylder 91 % af klienterne i CRF`s undersøgelse kriterier for en egentlig stofafhængighed i de sidste 12 måneder. Hertil kommer, at 3 % opfylder kriterier for et stofmisbrug. De resterende inkluderer et mindre antal i stabil substitutionsbehandling, samt nogle, som måske ikke selv føler, at de har problemer med stoffer, men som er i behandling, fordi andre, eventuelt jobcenter, familie-medlemmer eller en partner, mener, at de har stofproblemer. Samlet set havde 40 % en alkoholrelateret diagnose.

Mænd havde den højeste anvendelse af rusmidler og stod her for 71 % af stikprøven, der ligger på niveau med Sundhedsstyrelsens undersøgelse med 78 %. De mest anvendte rusmidler var i CRF´s undersøgelse cannabis (64 %) og metadon (65 %), hvor det i Sundhedstyrelsens undersøgelse også var substitutionspræparatet metadon (60 %), hernæst opioider (45 %) og som det tredjehyppigste cannabisforbrug (44 %).

3.2.2 Undersøgelsesgruppen og andre psykiatriske diagnoser

Der var en ganske høj grad af psykiske vanskeligheder hos klientgruppen i denne undersøgelse (se tabel 2), og der rapporteres symptomer på mange psykiatriske lidelser, som også ses i andre nationale og internationale undersøgelser [35, 36]. Over halvdelen af klienterne rapporterer symptomer, der ifølge interviewguiden viser tilstedeværelse af en egentlig depression, med kvinderne som den gruppe, der hyppigst oplever depression. Den mest udbredte angstlidelse er generaliseret angst, som findes hos over halvdelen inden for hvert køn, fulgt af social fobi og agorafobi, mens ca. hver fjerde oplever panikangst. I alt 58 % klienter rapporterer symptomer på depression (51 % af mændene og 73 % af kvinderne) og 46 % dyssocial personlighedsforstyrrelse.

Tabel 2. Udbredelse af psykiatriske tilstande i eksperimentgrupperne

	Mænd (n=80)	Kvinder (n=33)
Egentlig depression*	51 %	73 %
Generaliseret angst	56 %	64 %
Panikangst	27 %	29 %
Socialfobi	40 %	48 %
Agorafobi	41 %	39 %
OCD	9 %	27 %
Mindst én angstlidelse	80 %	85 %
Nogensinde oplevet manisk eller hypomanisk tilstand	25 %	33 %
Nogensinde oplevet psykotisk tilstand	22 %	23 %
Ingen af ovenstående	15 %	9 %
Dyssocial personligheds-forstyrrelse*	50 %	31 %
Rapporterer forhøjet score på ADHD	53 %	73 %

* Beskriver, at forskellen mellem kønnene er signifikant.

Hvad angår antisocial personlighedsforstyrrelse, er der en signifikant forskel på kønnene. Hver anden mand og hver tredje kvinde rapporterer adfærd, der opfylder kriterierne for denne adfærd. Hver tiende mand og hver tredje kvinde oplever tvangshandlinger og tvangstanker, og hver anden mand og næsten tre ud af fire kvinder oplever symptomer, der relaterer sig til ADHD. Her skal man dog være opmærksom på, at symptomer på ADHD både kan overlappe med andre hyppige psykiske lidelser, eksempelvis depression, angst, dyssocial personlighedsstruktur. Nogle af symptomerne kan også være en konsekvens af den livsstil, der kan følge med et længerevarende stofmisbrug og stofafhængighed. Det forekommer ikke sandsynligt, at udbredelsen af egentlig ADHD er så høj som angivet, og det er derfor tænkeligt, at man skal anvende en højere score i grupper af misbrugere for at fastslå tilstedeværelsen af ADHD blandt mennesker med stofproblemer.

Hver fjerde mand og hver tredje kvinde i undersøgelsen har en aktuel eller tidligere oplevelse af mani og/eller hypomani, og for hver femte klient gælder aktuel eller tidligere oplevelse af psykotiske tilstande. Igen kan der her være tale om overlap i forhold til oplevelse af symptomer.

3.2.3 Komorbiditet mellem forskellige psykiatriske diagnoser

Som det fremgår af de høje tal for udbredelse af psykiske vanskeligheder, er der et betydeligt overlap mellem forskellige psykiske forstyrrelser. Dette betydelige overlap har den konsekvens, at differentiering mellem de forskellige kategorier kan være vanskelig, og dette rejser udfordringer i henhold til at udarbejde en relevant behandlingsplan for den enkelte klient.

I gruppen med depression havde 96 % af gruppen som helhed komorbid angst. Endvidere havde 65 % forhøjet score, som indikerer ADHD. Af disse patienter havde 26 % høj suicidalitet ifølge MINI (karakteriseret ved aktuelle selvmordsplaner eller selvmordsforsøg inden for de seneste 30 dage eller kombinationen af tidligere selvmordsforsøg kombineret med aktuelle selvmordstanker). Dette gjorde sig gældende for 42 % af eksperimentgruppen og 13 % af kontrolgruppen. Selv om forskellen ikke er statistisk signifikant, peger den dog i retning af en lidt højere belastningsgrad i eksperimentgruppen.

Endvidere havde 22 % af gruppen med depression en antisocial personlighedsforstyrrelse (8 % i eksperimentgruppen og 33 % i kontrolgruppen), og 27 % havde tidligere haft mindst én psykose (i begge grupper).
I gruppen med angst fandt vi, at 58 % havde enten en dysthymi (kronisk forsænket stemningsleje) eller en depression oven i deres angst. Dette gjorde sig gældende for 53 % af eksperimentgruppen og 63 % af kontrolgruppen.

Endvidere havde 25 % af gruppen med angst en antisocial personlighedsforstyrrelse (41 % i eksperimentgruppen og 11 % i kontrolgruppen), og 17 % havde tidligere haft mindst én psykose (18 % i eksperimentgruppen og 16 % i kontrolgruppen).

I gruppen med antisocial personlighedsforstyrrelse fandtes det, at 71 % havde en depression eller kronisk forsænket stemningsleje ud over deres antisociale personlighed, 70 % i eksperimentgruppen og 72 % i kontrolgruppen, og at 73 % havde en angstlidelse (61 % af eksperimentgruppen og 89 % af kontrolgruppen).

3.2.4 Undersøgelsesgruppens medicinforbrug

Medicinforbrug i gruppen af patienter med depression

Som det fremgår af nedenstående tabel er omtrent halvdelen af depressionsgruppen i behandling med antidepressiva. Eksperimentgruppen har et lavere forbrug end kontrolgruppen (62 % versus 44 %). Hertil kommer, at 15 % af eksperimentgruppen er i behandling med benzodiazepiner, sammenholdt med 0 % i kontrolgruppen. Omvendt indtager 22 % af ”Let’s ACT”-gruppen antipsykotisk medicin, hvilket understøtter, at denne gruppe er sværere ramt af depression eller anden komorbiditet end kontrolgruppen. Ingen af deltagerne er medicineret mod ADHD.

Tabel 3. Depressionsgruppens medicinforbrug

	”Let’s ACT”	Kontrolgruppe
N	9	13
Antidepressiva	44 %	62 %
Benzodiazepiner	0 %	15 %
Antipsykotika	22 %	8 %
Medicin for ADHD	0 %	0 %

Medicinforbrug i gruppen af patienter med angstlidelser
Eksperimentgruppens anvendelse af antidepressiv medicin i angstgruppen er noget højere end kontrolgruppens (38 % versus 21 %), og sådan forholder det sig også med indtagelse af benzodiazepiner (8 % versus 0 %). Kontrolgruppens indtagelse af antipsykotisk medicin er imidlertid højere end ”Pusterummets”, hvor ingen indtog neuroleptika, der igen, ligesom den depressive eksperimentgruppe, kan skyldes sværere symptomer eller sindssygdom. Der var ingen deltagere, der tog ADHD-medicin.

Tabel 4. Angstgruppens medicinforbrug

	”Pusterummet”	Kontrolgruppe
N	13	14
Antidepressiva	38 %	21 %
Benzodiazepiner	8 %	0 %
Antipsykotika	0 %	14 %
Medicin for ADHD	0 %	0 %

Medicinforbrug i gruppen af patienter med antisocial personlighedsforstyrrelse
Som det fremgår af tabel 5, er kontrolgruppens anvendelse af antidepressiv medicin højere end eksperimentgruppens (29 % versus 6 %), ligesom det forholder sig på samme måde med benzodiazepiner (7 %). Eksperimentgruppens forbrug af antipsykotisk medicin (23 %) samt medicin for ADHD (5 % versus 0 %) er højere end kontrolgruppens. At knap en tredjedel af ”Ro på”-gruppen indtager neuroleptika kan også skyldes medicinering mod aggression, angst og søvnproblemer, ud over tilstedeværelsen af anden psykopatologi.

Tabel 5. Antisocialgruppens medicinforbrug

	”Ro på”	Kontrolgruppe
N	21	17
Antidepressiva	24 %	47 %
Benzodiazepiner	5 %	12 %
Antipsykotika	29 %	6 %
Medicin for ADHD	5 %	0 %

Kapitel 4. Resultater

I dette kapitel præsenteres resultater inden for de tre interventioner. I overensstemmelse med flowchartet over undersøgelsen (figur 1) vil de overordnede resultater af screening og randomisering i undersøgelsen blive gennemgået først. Efterfølgende gennemgås de eksperimentelle interventioner i forhold til deltagelse, frafald og opfølgning samt forandringer fra session til session. Til sidst gennemgås behandlingsudfaldet af de tre psykologiske behandlingsformer, der delvist vurderes på baggrund af rusmiddelforbrug og symptommåling af den relevante psykopatologi, men især klienternes oplevelse af hjælp og behandlingstilfredshed.

4.1 Overordnede resultater af screening og randomisering

I alt blev 168 klienter screenet på de 6 deltagende behandlingssteder. Af disse kunne 144 være randomiseret, idet de havde stof- eller alkoholafhængighed samt enten depression, angst eller antisocial personlighedsforstyrrelse og ikke aktuelt var psykotiske. I alt 113 blev randomiseret, det vil sige, at 78 % af mulige klienter indgik i randomiseringen. Samlet blev 28 randomiseret til eksperiment eller kontrol for depression, 37 til eksperiment- eller kontrolgruppe for angst, og 48 klienter randomiseret til kontrolgruppe eller eksperimentgruppe for antisocial personlighedsforstyrrelse.

Figur 1. Klient-flow i undersøgelsen

Vurderet på randomiseringssteder:N=168

Opfyldte kriterier for antisocial forstyrrelse: N=77, angst: N= 92, depression: N=65
Mindst én af disse: 151

Ekskluderede: (N=55)
Ingen diagnoser (n=16)
Psykose/dårlig funktion (n=10)
Ikke afhængig af stoffer eller alkohol (n=6)
Protokolfejl, tekniske problemer (n=2)
Ønsker ikke behandling (n=2)
Andre grunde (n=19)

Randomiseret til interventionsstudier

	Eksperiment	Kontrol
Depressionsbehandling (28)	13	15
Angstbehandling (37)	19	18
Antisocial behandling (48)	26	22

Sessioner i eksperimentel behandling

	Randomiseret	En	To	Tre	Fire	Fem
Depressionsbehandling	13	7 (54%)	4 (31%)	4 (31%)	4 (31%)	2 (15%)
Angstbehandling	19	17 (89%)	13 (68%)	9 (47%)	7 (37%)	4 (21%)
Antisocial behandling	26	16 (62%)	12(46%)	9(35%)	8 (31%)	6 (23%)

Deltog i 6 måneders opfølgning:

	Eksperiment	Kontrol
Depressionsbehandling	Ja: 9 (69%), Nej: 4 (31%).	Ja: 13 (87%), Nej: 2 (13%).
Angstbehandling	Ja: 14 (74%), Nej: 5 (26%)	Ja: 13 (72%), Nej: 5(28%)
Antisocial behandling	Ja: 20 (80%), Nej: 5 (20%)	Ja: 18 (78%),Nej: 5 (22%)

4.2 Eksperimentel behandling: deltagelse, frafald og opfølgning

4.2.1 Sammenligning af grupperne

Som det fremgår af tabel 3, er andelen, der starter i behandling, højest blandt angstpatienterne (89 %), efterfulgt af patienter med antisocial personlighedsforstyrrelse (62 %) og til sidst patienter med depression (54 %).

Forskellen er ikke statistisk signifikant, men meget tæt på (p=0,06). Der ses ingen statistisk signifikante forskelle på opfølgningsprocenten ved 6 måneder, som i alle tilfælde er tilfredsstillende.

4.2.2 "Let's ACT"

Som det kan observeres i tabel 3, var der ud af de 13 klienter, som var randomiseret til behandling, seks, der aldrig startede i behandling, syv, der deltog i én session, fire, der deltog i to sessioner, fire, der deltog i tre sessioner, fire, der deltog i fire sessioner, og to klienter, der deltog i alle fem sessioner. Der var ingen signifikante forskelle på de klienter, der deltog i behandlingen (n= 7), og de klienter, der ikke begyndte behandlingen (n= 6) i forhold til grad af depression, køn, alder eller grad af misbrug. Ved opfølgningsinterview deltog 69 % af patienterne (n=9). Der var dog visse forskelle, som vi skal beskrive nærmere herunder.

For de depressive patienter vides, at en blev udskrevet, og en blev sendt i døgnbehandling, inden de kunne påbegynde behandlingen. Flere af de øvrige kunne ikke bringes til at møde op til behandlingen, og behandlerne kommenterede, at deres depression ofte var så svær, at de ikke så sig i stand til at møde op til den første samtale. Selv om sammenhængen er under den statistiske usikkerhedsgrænse, kan vi observere, at alle, der ikke mødte frem til en samtale, havde en vis suicidalrisiko, og at den gennemsnitlige score på suicidalrisiko ifølge MINI interview var 2,5 (mellem middel og høj) for dem, der ikke var startet i behandling, men 1,3 (mellem lav og middel) for dem, der mødte op til mindst en samtale (Mann-Whitney ikke-parametrisk test z=1,76, p=0,08).

4.2.2 "Pusterummet"

Ud af de 19 klienter, der var randomiseret til behandling, var der to, der aldrig startede i behandling, 17, der deltog i en session, 13, der deltog i to sessioner, 9, der deltog i tre sessioner, syv, der deltog i fire sessioner, og

fire klienter, der deltog i alle fem sessioner inklusive booster sessioner. Det giver i dette tilfælde ikke mening at se på forskellen mellem klienter, der deltog, og dem, der ikke gjorde, da den sidste kategori indeholder to deltagere. Af patienterne mødte 14 (74 %) op til opfølgningsinterviewet.

For gruppen af patienter med angstlidelser kan det konstateres, at langt de fleste mødte op til én enkelt samtale, om end de ved fjerde og femte session havde omtrent samme procentvise deltagelse, som de øvrige eksperimentelle grupper.

4.2.3 "Ro på"

Ud af de 26 klienter, der var randomiseret til behandling, var der 10, der aldrig startede i behandling, 16, der deltog i én session, 12, der deltog i to sessioner, 9, der deltog i tre sessioner, 8, der deltog i fire sessioner, og 6 klienter, der deltog i alle fem sessioner inklusive booster sessioner. Der var ingen signifikante forskelle på de klienter, der deltog i behandlingen (n=16), og de klienter, der ikke begyndte behandlingen (n=10) med hensyn til grad af antisocial adfærd, køn, alder eller grad af misbrug. Ved opfølgning var der 20 af klienterne, der mødte op.

For gruppen af patienter med antisocial personlighedsforstyrrelse, som ikke påbegyndte behandlingen, gælder, at det vides, at én blev sendt i døgnbehandling, én blev sendt til afsoning af en dom, og én flyttede, inden man kunne nå at påbegynde behandlingen. Yderligere to blev udskrevet, inden man nåede at påbegynde behandlingen, da behandleren havde en længere sygdomsperiode.

Tabel 4. Behandlingsforløb – oversigt over deltagelse, fastholdelse og opfølgning

		Randomi-seret	Påbegyndt behandling	Gennemgået fire samtaler	Interviewet ved opfølgning
Depression	Eksperiment	13	7	4	9
			54 %	31 %	69 %
	Kontrol	15			13
					87 %
Angst	Eksperiment	19	17	7	14
			89 %	37 %	74 %
	Kontrol	19			14
					74 %
Antisocial personlighed	Eksperiment	26	16	8	20
			62 %	31 %	73 %
	Kontrol	22			18
					82 %

Som det ses af tabellen ovenfor, er der forskelle på behandlingsgrupperne i antallet, der påbegyndte behandlingen. Angstpatienterne var dem, der hyppigst påbegyndte behandlingen, fulgt af de antisociale, mens de deprimerede patienter var dem, der sjældnest påbegyndte behandlingen. Det er ligeledes kendetegnende for de tre grupper, at kun cirka hver tredje gennemførte de fire samtaler. Dette er en central udfordring ved behandling af stofmisbrugere.

Generelt gælder det, at både påbegyndelse af behandling og fastholdelse i behandlingen er en udfordring for den psykosociale behandling.

4.3 Forandringer fra session til session

Under hver session blev følgende spørgeskemaer udfyldt: Inden hver session udfyldte deltagerne spørgeskemaer om rusmiddelforbrug (taget fra ASI, men omformuleret til sidste 7 dage), samt et skema, der skulle måle det, som skulle behandles i gruppen (depression, angst og antisocial adfærd). Efter hver session udfyldtes Session Rating Scale, et spørgeskema, som anvendes til at måle den terapeutiske alliance [37].

Rusmiddelforbruget måles på en skala fra 0 til 7 som gennemsnitligt antal dage, deltagerne har anvendt stoffer i den seneste uge. En score på 7 svarer til, at deltageren har anvendt 11 forskellige stoffer hver dag i den seneste uge. Scoren afspejler således både graden af blandingsmisbrug, og hyppigheden af forbruget.

Et dagligt forbrug af ét stof vil give en score på 0,64, et dagligt forbrug af to forskellige stoffer vil give en score på 1,27.

Guidelines for fortolkning af misbrug under samtalerne:

	Eksempel	**Sværhedsgrad**
0,00	Har været totalt afholdende hele ugen	Afholdende
0,32	Har anvendt et enkelt rusmiddel cirka hver anden dag	Lille forbrug
0,64	Har haft et dagligt forbrug af et enkelt rusmiddel eller haft et ikke-dagligt blandingsmisbrug	Moderat forbrug
1,27	Har haft et dagligt forbrug af mindst to stoffer inklusive eventuelt alkohol.	Massivt forbrug

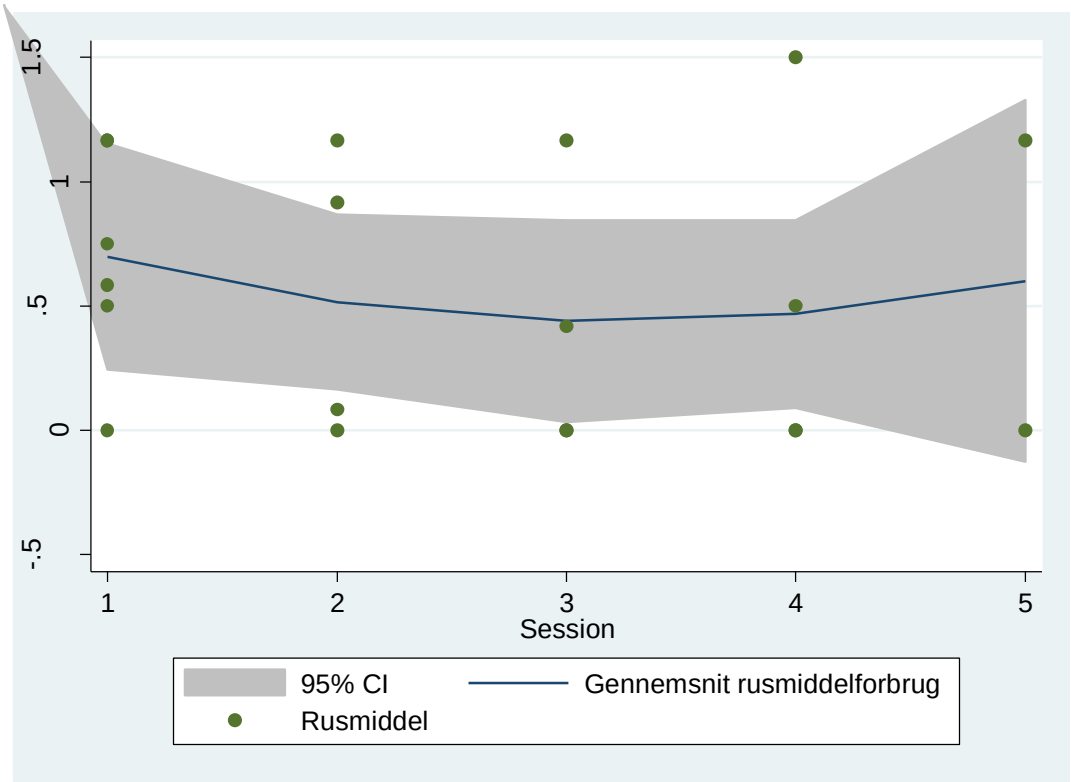
Tilfredshed med behandling måltes med samme skema som i en hollandsk undersøgelse af stof- og alkoholafhængige [38]. Baseret på tallene fra den hollandske undersøgelse kan vi give følgende guidelines:

3,50-4,00	Høj tilfredshed
3,00-3,49	Middel tilfredshed
1,00-2,99	Lav tilfredshed

4.3.1 "Let's ACT"

Eftersom der kun var ganske få i denne gruppe, og frafaldet var stort, skal tallene tages med store forbehold.

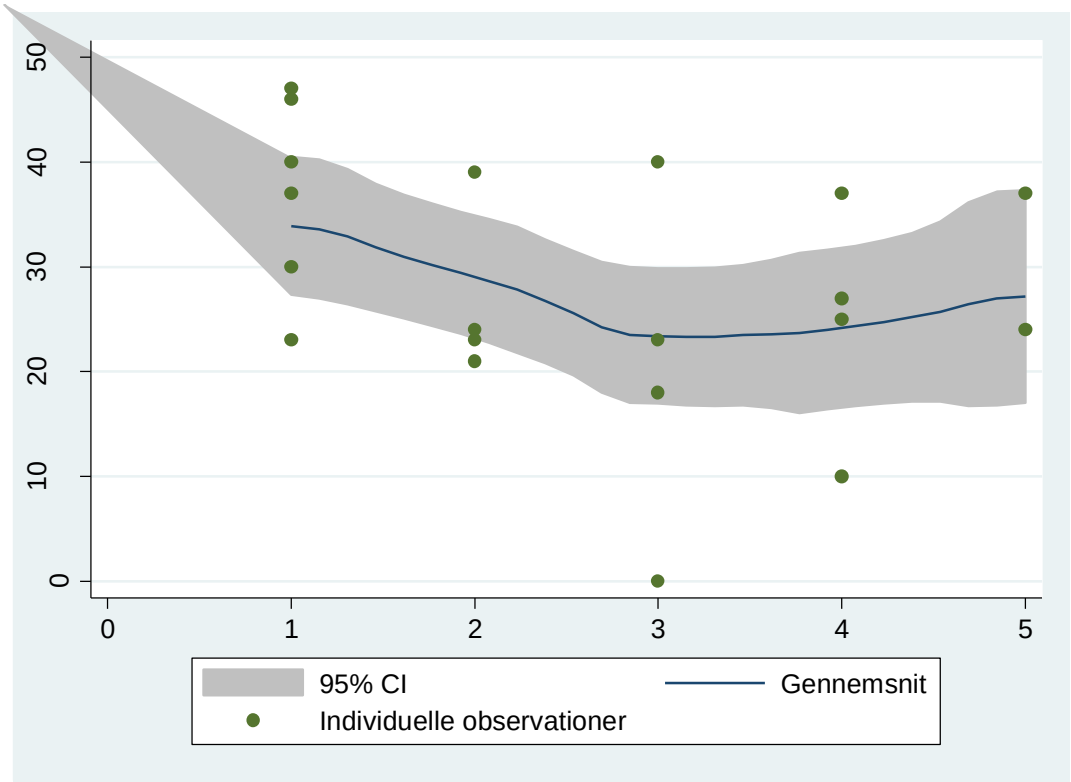
Figur 2. Rusmiddelforbrug fra session til session



I ovenstående figur 2 ses det gennemsnitlige rusmiddelforbrug på Y-aksen for den eksperimentelle depressionsgruppe over de fem sessioner (X-aksen), og der ses ingen tendenser i rusmiddelforbruget i behandlingsforløbet. Figurens prikker repræsenterer enkelte observationer. Det grå område angiver konfidensintervallet (CI: Confidence Interval) på 95 %. Det vil sige, at i 95 % af tilfældene, hvor der tages en stikprøve i denne kliniske population, vil den gennemsnitlige score ligge inden for dette område. Det gennemsnitlige rusmiddelforbrug ligger jævnt på 0,50 til 0,70, hvilket indikerer, at deltagerne i gennemsnit anvender ét rusmiddel dagligt, om end spredningen i de enkelte observationer er mellem 0-1,50 over sessionerne.

I den grafiske fremstilling tages ikke højde for, at nogle af klienterne ikke vender tilbage. Der var imidlertid ingen bemærkelsesværdige forskelle på de klienter, som vendte tilbage til 2. session, og dem, som ikke gjorde.

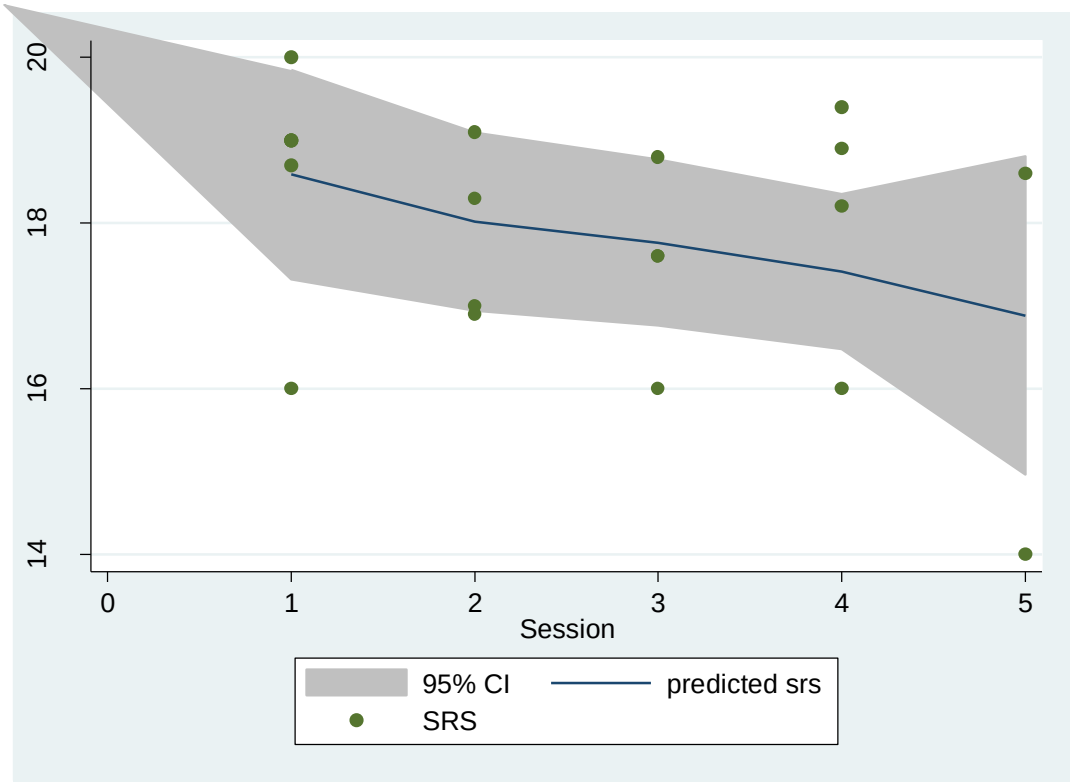
Figur 3. Depressionssymptomer fra session til session



Af ovenstående figur 3 fremgår det gennemsnitlige niveau over tid i depressivt stemningsleje målt med BDI på henholdsvis X- og Y-aksen. Den gennemsnitlige BDI-score er høj[1] ved opstart, hvilket afspejler, at der er tale om en gruppe med høj komorbiditet og høj suicidalitet. Området falder inden for svær depression ifølge BDI-guidelines (30-63). Overordnet kan der observeres en positiv tendens over sessionerne. Denne gruppe viste et stort fald i depressivt symptomniveau fra session 1 til session 3, men på grund af den meget lille gruppe, er faldet ikke signifikant (p=0,13). Ved 2. session og frem til sidste session er den gennemsnitlige BDI inden for det moderate område (19-29). Dette kan ikke skyldes det frafald, der var fra session 1 til session 2, idet scoren var næsten identisk for dem, der faldt fra (37,7 for dem, der vendte tilbage, og 36,7 for dem, der ikke gjorde, p=0,91). Fra session 3 til 5 er scoren mere stabil, selvom der kan observeres en lille stigning. Spredning i individuelle scores og konfidensinterval (95 %) er, ligesom i figur 1, angivet med henholdsvis prikker og grå markering.

[1] Cut-off scores er bestemt således: minimal depression: 0-9; mild depression: 10-18; moderat depression:19-29; svær depression: 30-63.

Figur 4. Terapeutisk alliance fra session til session

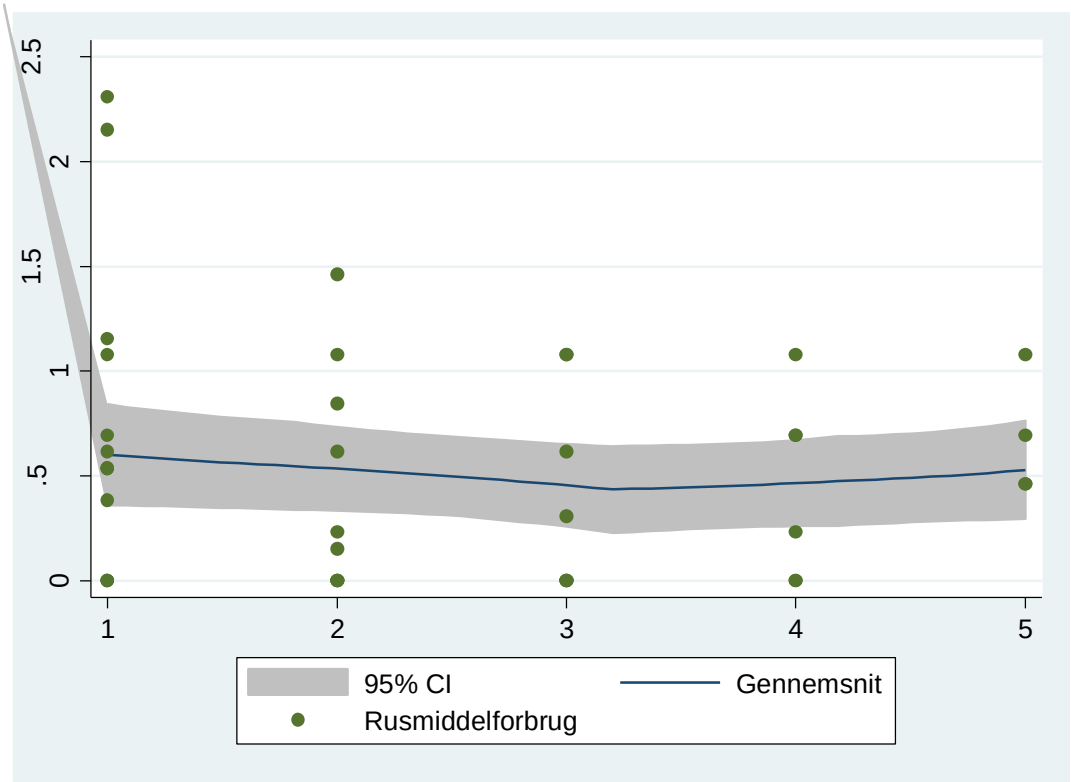


På denne figur illustreres gennemsnittet af den terapeutiske allian-ce/behandlingstilfredshed, målt med Session Rating Scale. Den maksimale score er 20 og den minimale er 0.

Her kan der observeres et lille fald over tid i den terapeutiske alliance, men faldet er ikke statistisk signifikant (p=0,48).

4.3.2 "Pusterummet"

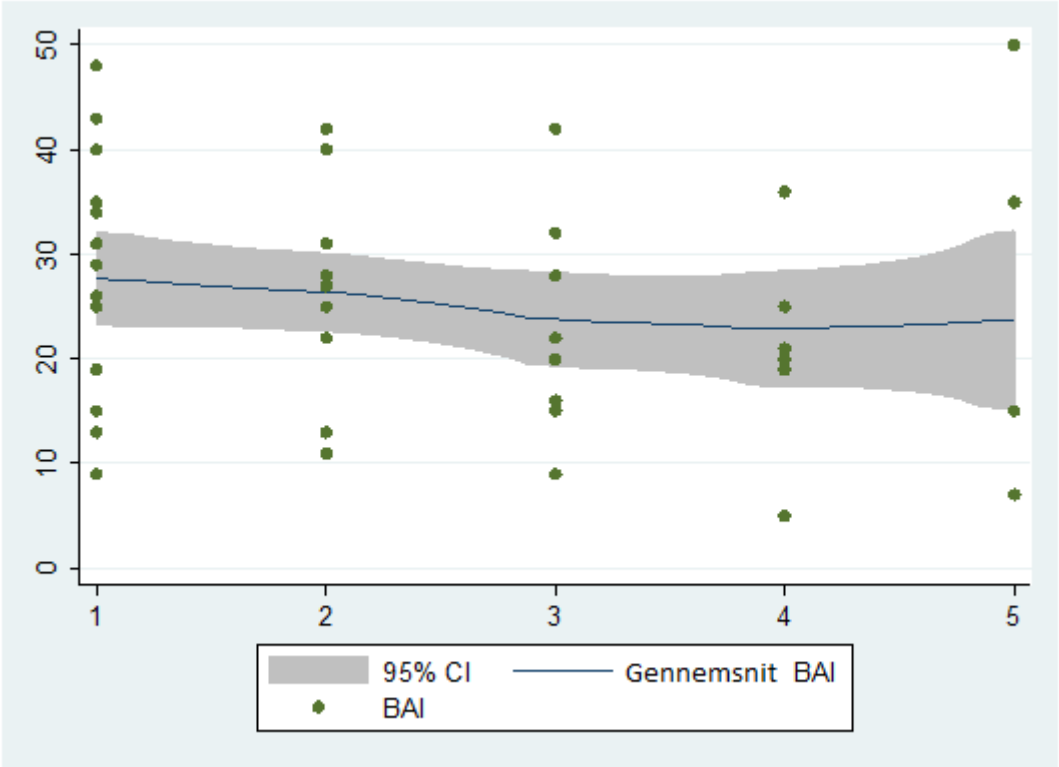
Figur 5: Rusmiddelforbrug fra session til session



I ovenstående figur 5, for den ængstelige gruppe, ses det gennemsnitlige rusmiddelforbrug, målt med ASI, over de fem sessioner. Som det fremgår ligger denne gruppe gennemsnitligt jævnt på mellem 0,50-0,60 tværs over sessionerne, og spredningen i de enkelte observationer er fra 0 til 2,30. Der ses i denne gruppe ikke nogen signifikant effekt af tid.

Ser man på grafen, at der er et meget højt forbrug ved session et og to sammenlignet med senere sessioner, skyldes det at nogle af de klienter, som havde et meget højt forbrug fra starten, faldt fra i løbet af behandlingen.

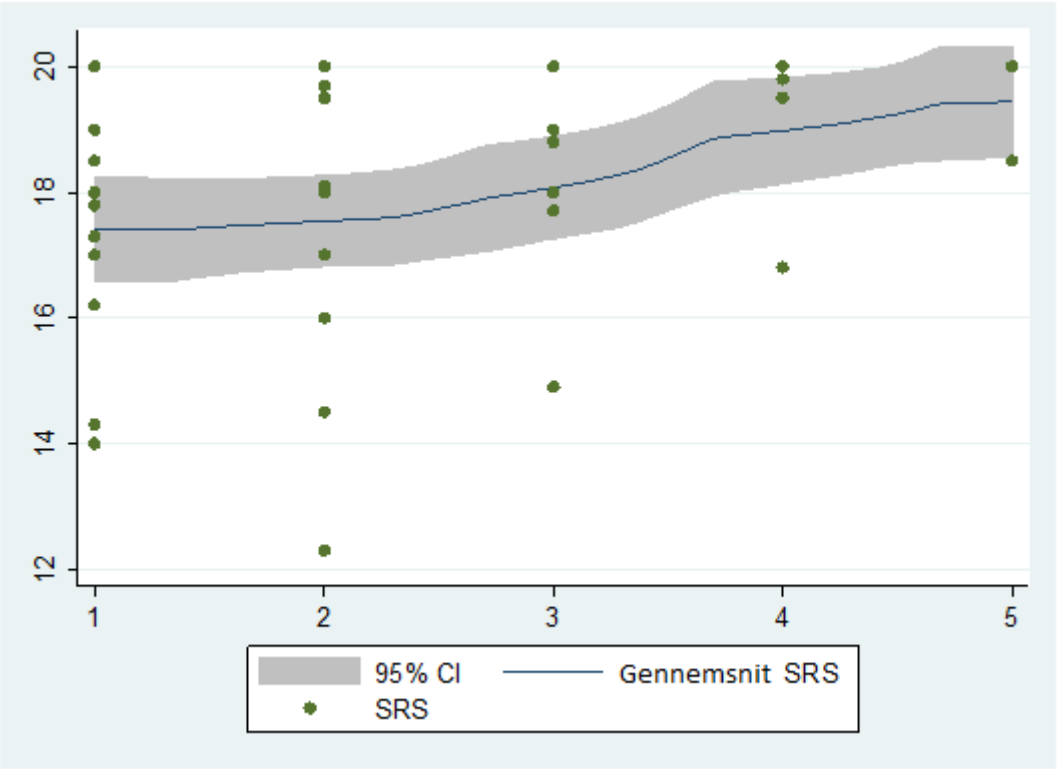
Figur 6: Angstsymptomer fra session til session



I ovenstående figur 6 ses det gennemsnitlige angstniveau målt med Becks Anxiety Inventory over sessionerne. Der kan ses et mindre fald over de enkelte samtaler, men symptomniveauet er ret jævnt, og faldet er ikke statistisk signifikant (p=0,31). Den gennemsnitlige BAI score[2] på tværs af sessionerne ligger mellem et højt og moderat niveau. I session 1 og session 2 er det gennemsnitlige angstniveau af svær karakter (26-63) og fra session 3 til 5 kommer den ned i det moderate cut-off område (19-25).

[2] Cut-off scores: minimal angst: 0-7; mild angst: 8-15; moderat angst: 16-25; svær angst: 26-63.

Figur 7: Terapeutisk alliance fra session til session

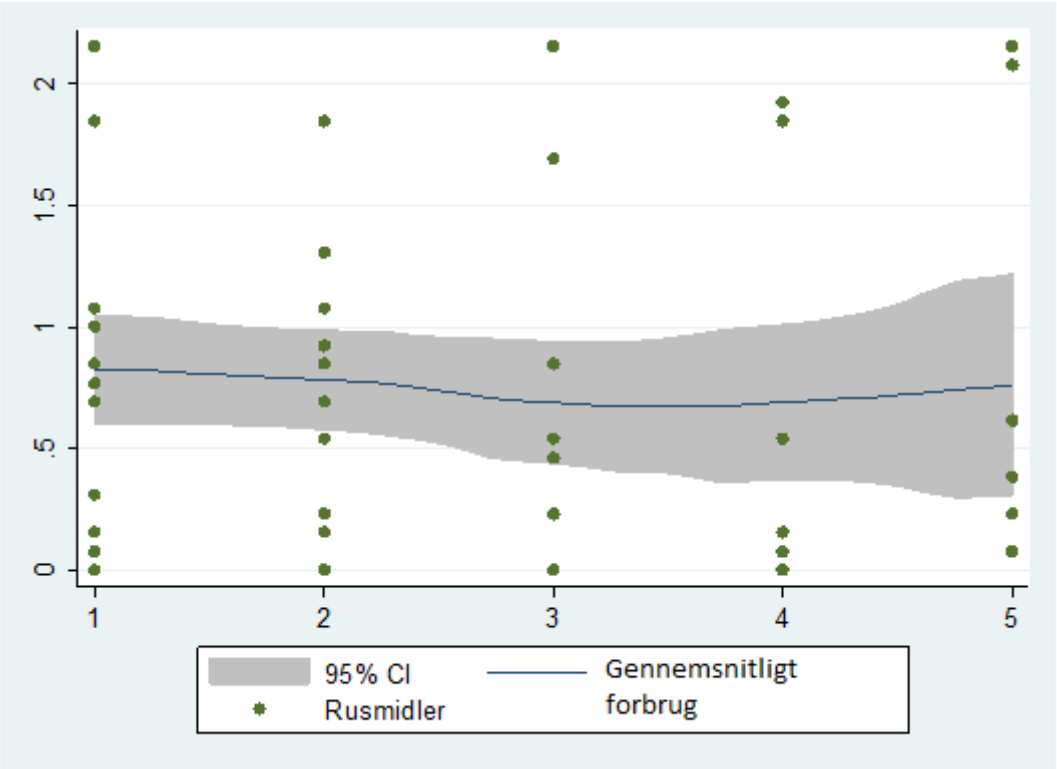


Niveauet for SRS er her gennemgående højt for alle 5 sessioner. Der ses endvidere en signifikant stigning over tid (p=0,003). Dette peger på, at det tager lidt tid for klienterne at acceptere behandlingsmodellen. Da der er tale om en fixed-effects model, skyldes den signifikante effekt ikke, at de, der havde en dårlig alliance, faldt fra.

Den maksimale score er 20 og den minimale er 0.

4.3.3 "Ro på"

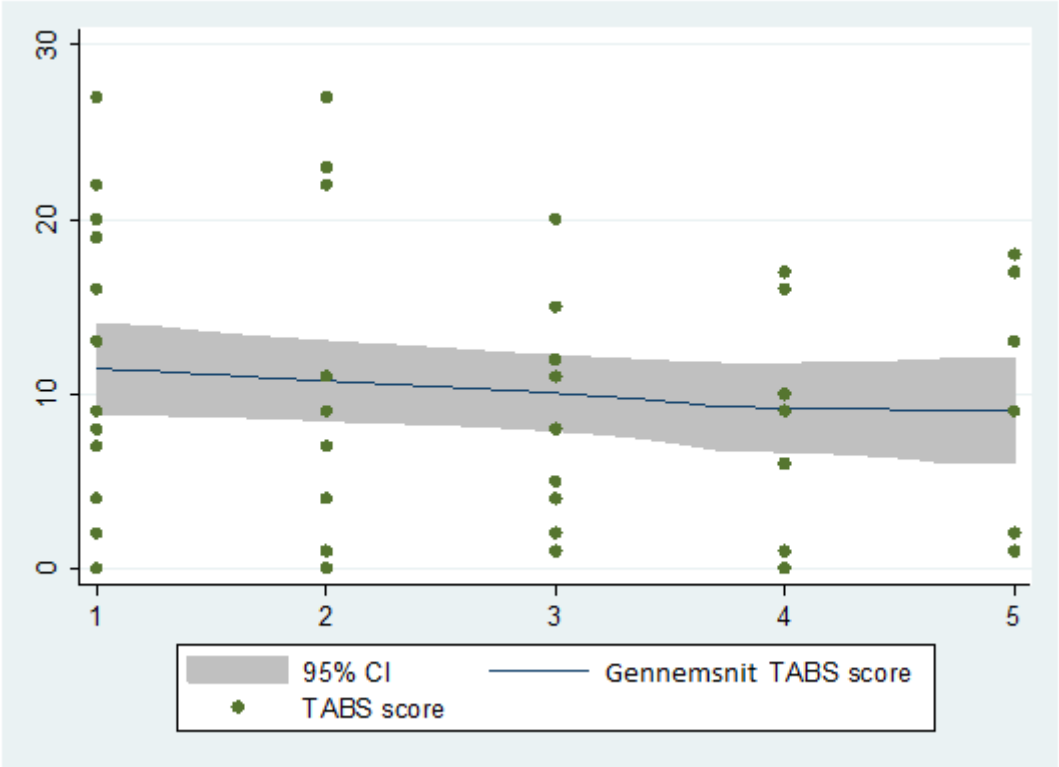
Figur 8: Rusmiddelforbrug fra session til session



I grafen for den dyssociale gruppe ses, ligesom ved de øvrige grupper, det gennemsnitlige rusmiddelforbrug over de fem sessioner. Sammenligner man rusmiddelforbruget i antisocialgruppen med angstgruppen og depressionsgruppen, er misbruget cirka dobbelt så højt fra begyndelsen.

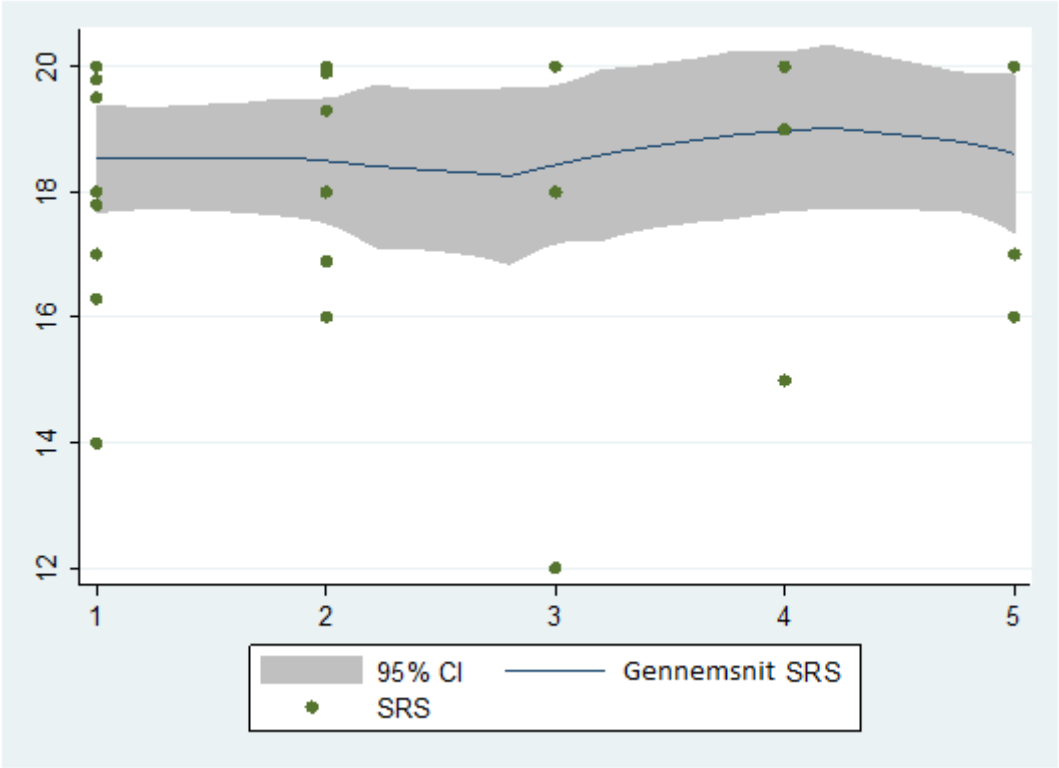
Der ses i denne gruppe, ligesom ved angstgruppen, en positiv tendens igennem sessionerne og et lille fald i rusmiddelforbruget over tid under behandlingen, men faldet er ikke signifikant (p=0,31). Men sammenlignes sessionerne med hinanden én for én, ses det, at misbruget i gennemsnit er lavest i session 4, og signifikant lavere end i session 1.

Figur 9: Impulsiv livsstil fra session til session



I figur 9 ses den gennemsnitlige TABS-score over tid. TABS-scoren er et mål for tilstedeværelsen af antisocial adfærd (inden for de sidste 30 dage), og den kan variere mellem 0-44. Cut-off scores er som følger: En score på 12 eller derunder antyder lav tilstedeværelse af denne adfærd, en score på 18 viser moderat forekomst, og en score på 24 indikerer markant tilstedeværelse af denne type adfærd. Vores eksperimentelle sample havde ved session 1 en lav grad af denne adfærd (score: 12), der falder tværs sessionerne, således at den gennemsnitlige score allerede ved session 2 er under cut-off indikatoren for antisocial adfærd (score: 11). Den gennemsnitlige score falder til stadighed over session 3 (score: 10), session 4 (score: 9) og session 5 (score: 8-9). Graden af impulsiv og antisocial adfærd falder altså stabilt hen over behandlingssessionerne, og faldet er signifikant ($p<0,01$). Sammenligner vi session for session, ser vi, at graden af antisocial adfærd var signifikant lavere ved session 3 og 4 end ved første session, men at den steg igen til session 5.

Figur 10: Terapeutisk alliance fra session til session



Ligesom ved de øvrige grupper angives her den gennemsnitlige terapeutiske alliance målt med SRS hos den antisociale gruppe. Der ses et lille fald i Session Rating Scale, men faldet er ikke signifikant (p=0,48).

4.4 Behandlingseffekt – før- og eftermåling i eksperiment- og kontrolgrupperne

4.4.1 "Let´s ACT"

Tabel 5. Behandlingseffekt i depressionsgruppen

	Baseline		Opfølgning		Effekt-størrelse	P-værdi
	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Gennemsnit	Standard-afvigelse		
Narkotika composite score						
Eksperiment	0,15	0,10	0,22	0,21	-0,43	0,20
Kontrol	0,23	0,07	0,16	0,09	0,87	0,02
Kessler-6						
Eksperiment	18,00	2,96	15,33	5,61	0,60	0,06
Kontrol	16,46	5,36	14,54	6,06	0,34	0,33
Tilfredshed						
Eksperiment			21,89	7,37	-0,63	0,15
Kontrol			26,15	6,08		
Oplevet hjælp						
Eksperiment			1,11	1,17	-0,28	0,50
Kontrol			1,46	1,33		

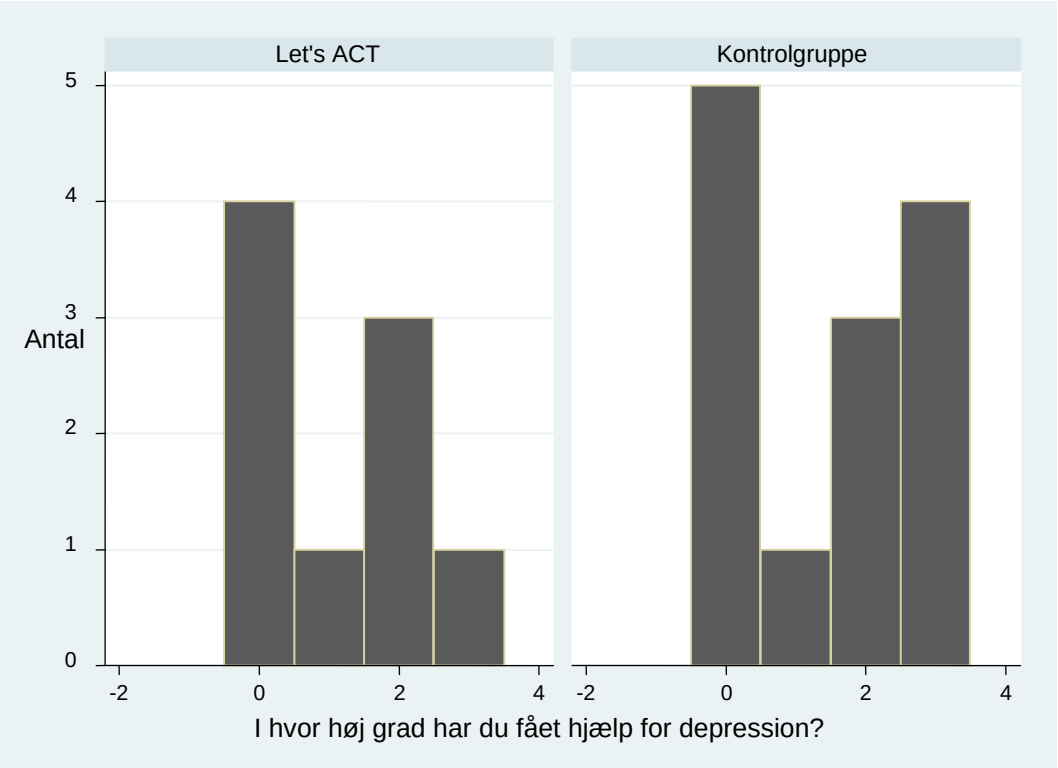
De primære udfaldsmål illustreres i kolonnen yderst til venstre og i kolonnerne til højre ses gennemsnittet og standardafvigelsen for eksperiment og kontrolgruppen i de enkelte mål samt deres effektstørrelse (Cohen's d) og dens p-værdi, der maksimalt må være 0,05 for at være statistisk signifikant.

Som det ses af ovenstående i tabel 5, optræder der tre effekter, som er over Cohens tommelfingerregel for en "moderat" effekt (d= 50). Kontrolgruppen med depression reducerer sit misbrug med en stor effektstørrelse (d= 0,87, $p < 0,02$). Til gengæld ses en øgning i misbruget hos eksperimentgruppen (d= -0,43). Eksperimentgruppen reducerer sit symptomniveau på angst/depressionssymptomer med en moderat effektstørrelse (d= 0,60).

Endelig ses, at kontrolgruppen er moderat mere tilfreds med behandlingen end eksperimentgruppen. Generelt er billedet altså meget blandet for depressionsbehandlingen. Kontrolgruppen mindsker sit misbrug, mens eksperimentgruppen øger det. Eksperimentgruppen har en moderat reduktion i symptomer, mens kontrolgruppen har en mindre reduktion. Kontrolgruppen er mere tilfreds med behandlingen og oplever faktisk at have fået mere hjælp til depression end eksperimentgruppen.

4.4.2 Behandlingstilfredshed og oplevet hjælp

Figur 11: Oplevet hjælp til depression i gruppen med depression



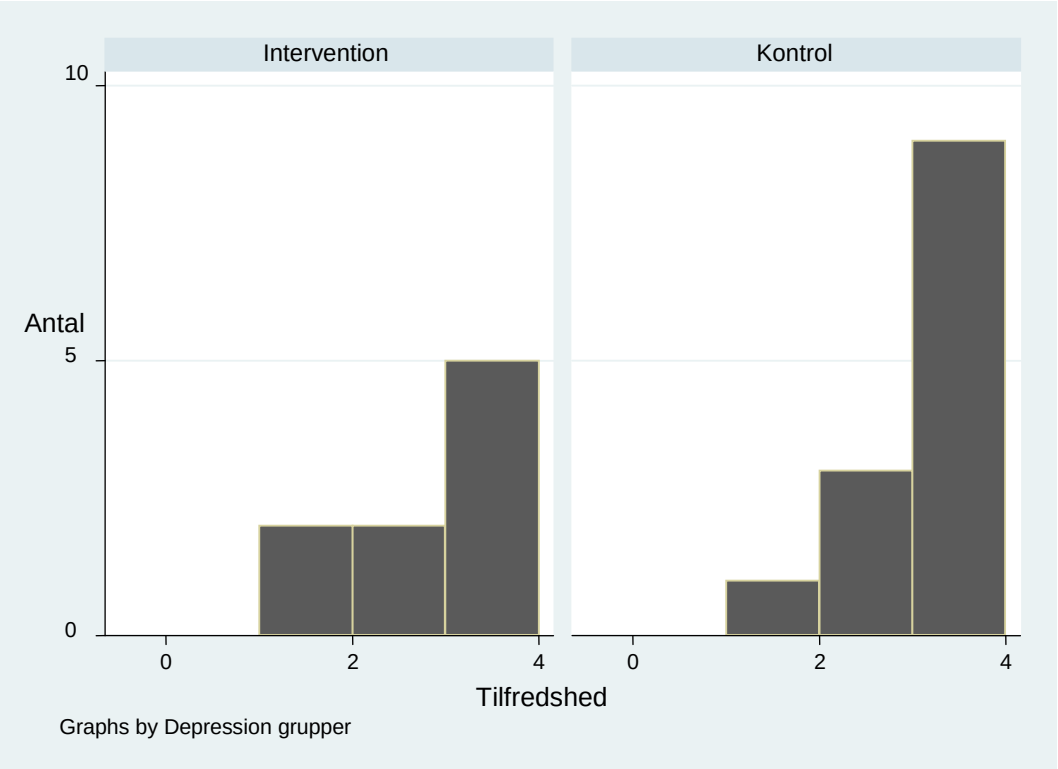
Histogrammet illustrerer, i hvor høj grad eksperiment- og kontrolgruppen oplever, at de har modtaget hjælp til depression i forbindelse med misbrugsbehandlingen (blev målt ved opfølgning). Klienterne svarede ved at vælge én af følgende svarmuligheder: Slet ikke = 0; Lidt = 1; I nogen grad= 2 og I høj grad = 3.

På X-aksen angives den selvrapporterede oplevelse af modtaget hjælp for den psykiske lidelse, og på Y-aksen ses antallet af klienter, der har angivet de pågældende svarmuligheder.

Overordnet oplever kontrolgruppen, der var i konventionel misbrugsbehandling, at have modtaget mere hjælp for deres depression, hvor over 30 % har rapporteret i høj grad at have modtaget hjælp for deres depression, over 20 % i nogen grad og 38 % havde ikke oplevet nogen hjælp. I interventionsgruppen var der 11 %, der oplevede høj grad af hjælp til deres depression, over 30 % i nogen grad at have modtaget hjælp og over 40 % af tilfældene slet ikke at have modtaget hjælp. Der er ikke signifikant forskel på grupperne, og på grund af den lave procent, som deltog i behandlingen, giver det ikke mening at lave en nærmere analyse af tallene. Det fremgår af histogrammet, ligesom af effektstørrelsen, at en stor del af eksperimentgruppen slet ikke føler, at de har fået hjælp til deres depression.

Behandlingstilfredsheden er illustreret i grafen herunder. Der ses ingen markante forskelle på interventionsgruppen og kontrolgruppen. Langt de fleste i begge grupper har en høj grad af tilfredshed med behandlingen.

Figur 12. Tilfredshed med misbrugsbehandlingen i gruppen med depression



4.4.3 ”Pusterummet”

Tabel 6. Behandlingseffekt i angstgruppen

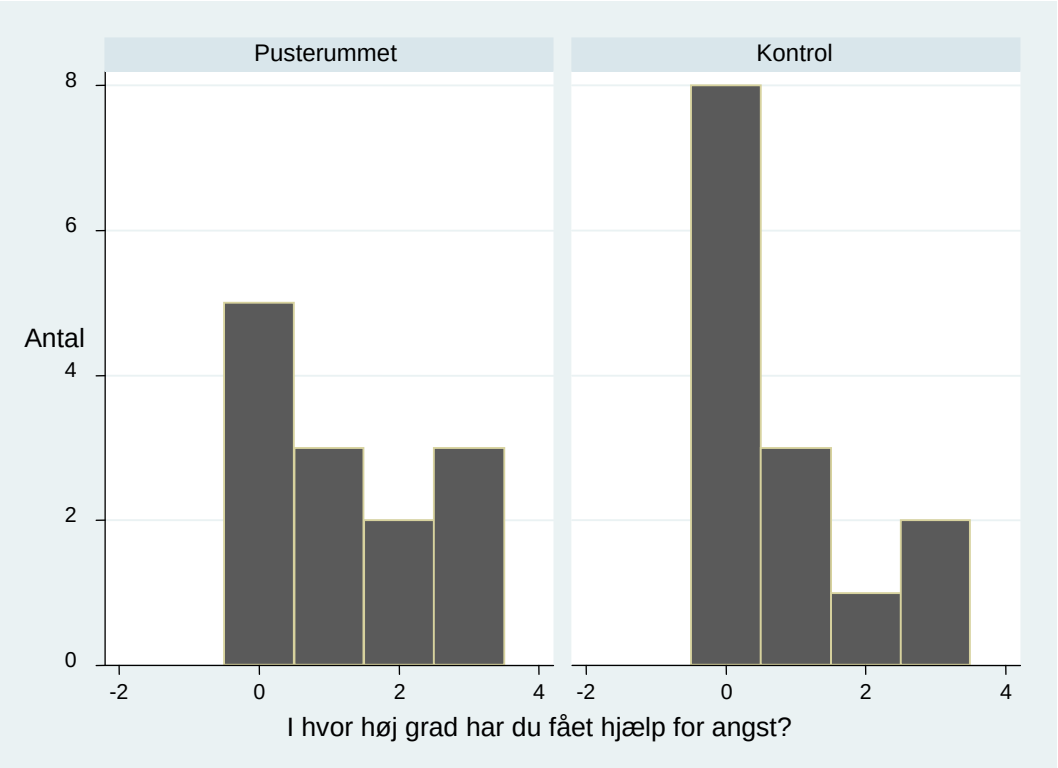
	Baseline		Opfølgning		Effekt-størrelse	P-værdi
	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Gennemsnit	Standard-afvigelse		
Narkotika composite score						
Eksperiment	0,24	0,25	0,17	0,13	0,54	0,19
Kontrol	0,21	0,09	0,15	0,13	0,79	0,44
Kessler-6						
Eksperiment	12,85	5,32	11,38	4,63	0,29	0,18
Kontrol	13,71	4,92	13,14	5,54	0,10	0,76
Tilfredshed						
Eksperiment			26,38	6,46	0,27	0,48
Kontrol			24,71	5,66		
Oplevet hjælp						
Eksperiment			1,23	1,14	0,39	0,31
Kontrol			0,79	1,12		

I tabellen ovenfor fremgår såvel før-efter (baseline-opfølgning) forskelle som effekter af ”Pusterummet”. Det ses, at der i såvel eksperiment- som kontrolgruppen sker et moderat fald i narkotika composite scoren. Forandringen i misbrug over tid målt som effektstørrelse er større i kontrolgruppen, fordi variationen i misbrug er mindre (en lavere standardafvigelse).

Der ses i eksperimentgruppen en lille effekt i gennemsnitligt angst/ depressions symptomniveau (d= 0,29). Endelig ses en lille effekt for tilfredshed (d= 0,27) og for oplevet hjælp til angst (d= 0,39). De fleste effektmål favoriserer således ”Pusterummet”, selvom effekterne ikke er statistisk signifikante. Den tilsyneladende forskel i effekt på misbrug skyldes som omtalt et statistisk forhold.

4.4.4 Behandlingstilfredshed og oplevet hjælp

Figur 13. Oplevet hjælp til angstlidelse i gruppen med angst

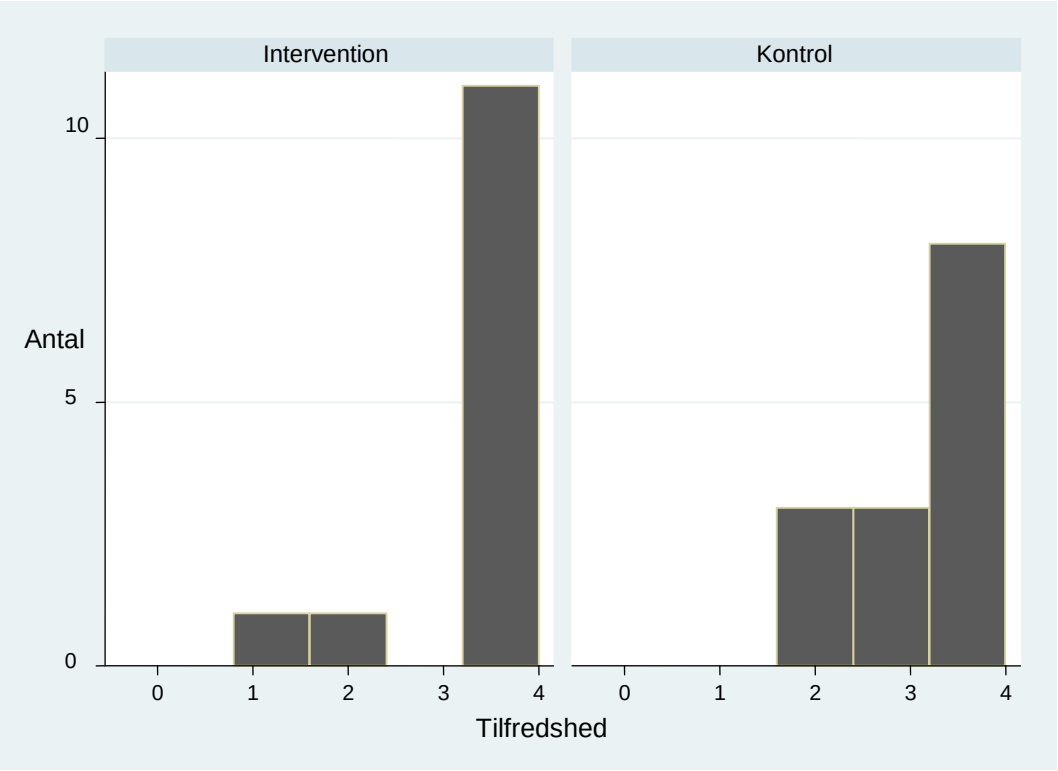


Histogrammet ovenfor illustrerer fordelingen af, i hvor høj grad patienterne oplever, at de har fået hjælp til angsthåndtering i forbindelse med misbrugsbehandlingen. Klienterne svarede ved at vælge én af følgende svarmuligheder: Slet ikke = 0; Lidt = 1; I nogen grad = 2; og I høj grad = 3.

På den horisontale akse ses den gennemsnitlige oplevelse af modtaget hjælp for den psykiske lidelse, og på Y-aksen ses antallet af klienter, der har angivet de pågældende svarmuligheder.

Samlet set oplever kontrolgruppen at have modtaget mindre hjælp end interventionsgruppen. Der er ikke signifikant forskel på graferne, selvom det ses, at der er en mere jævn fordeling i ”Pusterummet”, og der er en del flere, som ”Slet ikke” har oplevet at få hjælp for angst i kontrolgruppen.

Figur 14. Tilfredshed med behandlingen i gruppen med angst



Der er ingen signifikante forskelle på tilfredshed mellem ”Pusterummet” og kontrolgruppen. Det skal dog nævnes, at mens 54 % af interventionsgruppen havde en høj tilfredshed (større end 3,5), var det samme blot tilfældet for 29 % af kontrolgruppen.

4.4.5. "Ro på"

Tabel 7. Behandlingseffekt i antisocialgruppen

	Baseline		Opfølgning		Effekt-størrelse	P-værdi
	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Gennemsnit	Standard-afvigelse		
Narkotika composite score						
Eksperiment	0,21	0,14	0,17	0,15	0,29	0,43
Kontrol	0,26	0,14	0,22	0,13	0,29	0,38
TABS						
Eksperiment	15,19	8,87	12,95	7,92	0,25	0,19
Kontrol	17,11	6,08	16,22	7,32	0,15	0,70
Tilfredshed						
Eksperiment			26,23	5,94	0,58	0,07
Kontrol			22,22	7,73		
Oplevet hjælp						
Eksperiment			1,33	1,15	0,64	[3]0,04
Kontrol			0,61	1,09		

Som det ses i tabel 7, viste klienter, der var randomiseret til "Ro på", en lille effekt for TABS, men ingen forskel i forhold til misbrug. Endvidere viste de forbedring i overordnet behandlingstilfredshed, dog med moderat effekt (d=0,58, p<0,07). Klientbesvarelser af "Har du fået nogen hjælp til antisocial personlighedsforstyrrelse?" viser en moderat effekt (d=0,64, p<0,05). Sammenlagt var de kliniske effektmålinger mere positive for eksperimentgruppen, men effektstørrelserne var små og ikke statistisk signifikante.

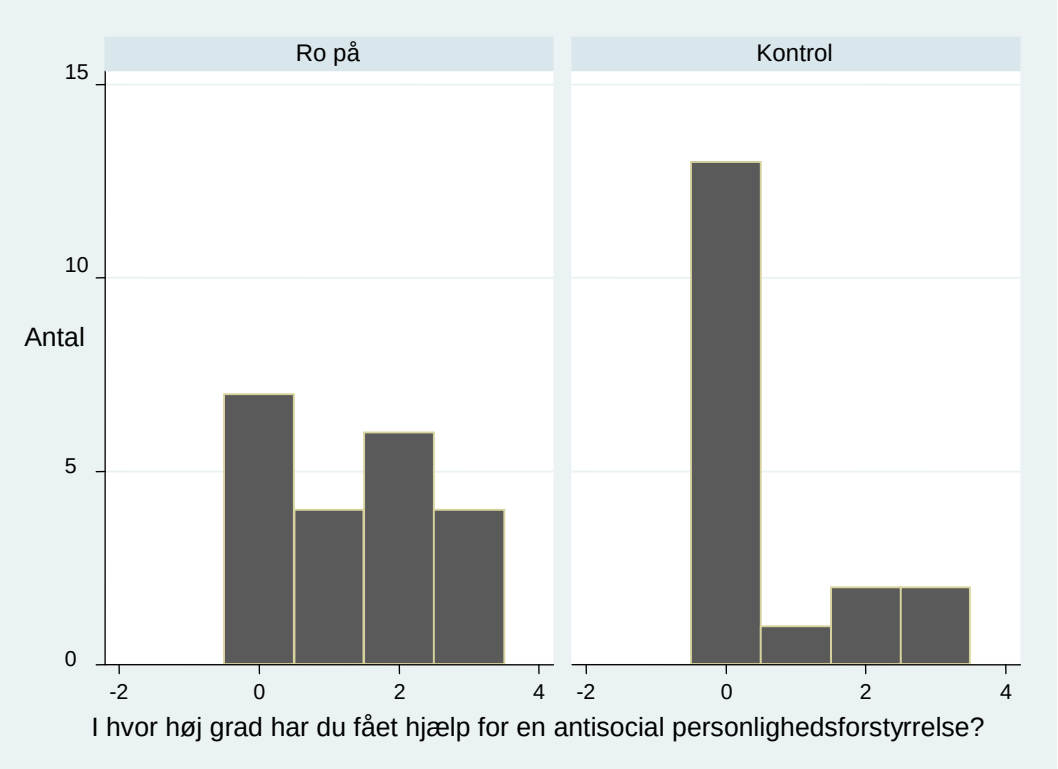
Fordi nogle klienter aldrig modtog nogle sessioner i interventionen blev der foretaget en analyse af de klienter, der havde deltaget i en eller flere sessioner. I denne analyse, som ekskluderede de klienter i eksperimentgruppen, der aldrig havde påbegyndt behandlingen (n=5), var tilfredshed med behandlingen signifikant højere hos de klienter, der påbegyndte behandlingen, sammenlignet med klienter i kontrolgruppen (27,4 versus 22,22, d=74, t(30)=2,08, p=0,046), og klienter i denne gruppe scorede høje-

[3] Mann-Whitney ikke-parametrisk test.

re på “har fået hjælp til antisocial personlighedsforstyrrelse” (1,79 versus 0,61, d=1,16, p=0,003).

4.4.6 Behandlingstilfredshed og oplevet hjælp

Figur 15. Oplevet hjælp til antisocial personlighedsforstyrrelse i gruppen med antisocial personlighedsforstyrrelse

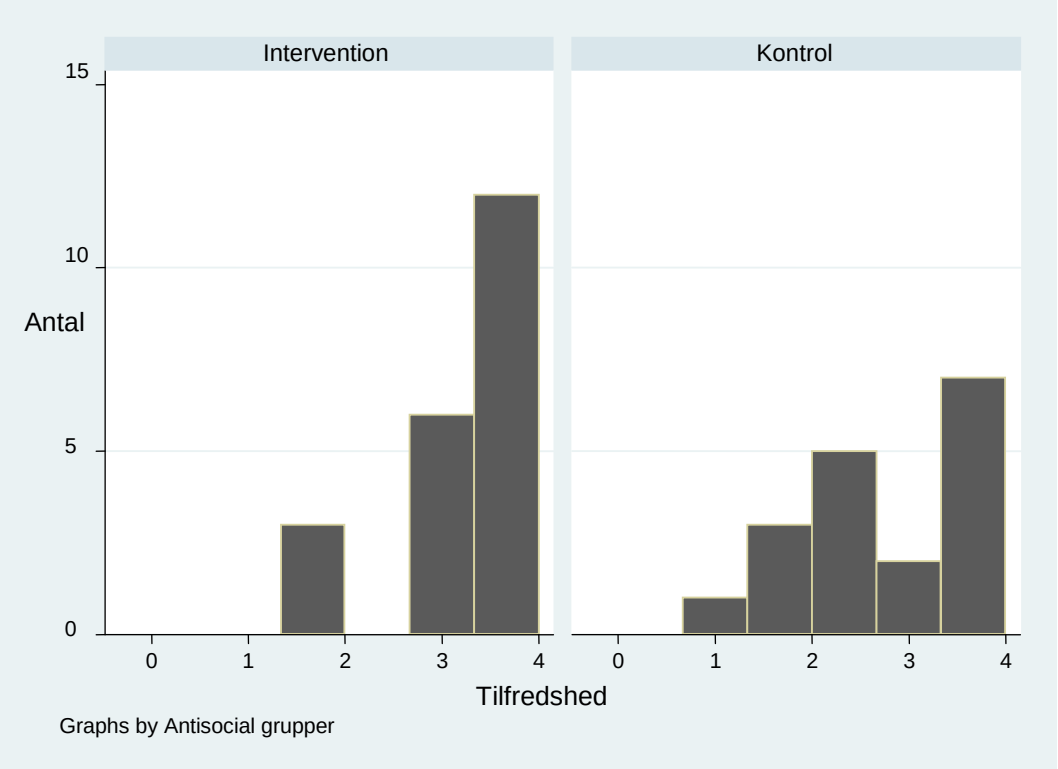


Histogrammet ovenfor illustrerer, i hvor høj grad patienterne oplever, at de har fået hjælp til deres antisociale personlighedsforstyrrelse i forbindelse med misbrugsbehandlingen. Klienterne svarede, ligesom i de andre grupper, ved at vælge én af følgende svarmuligheder: Slet ikke = 0; Lidt = 1; I nogen grad = 2; og I høj grad = 3.

På X-aksen ses gennemsnitlig oplevelse af modtaget hjælp for den psykiske lidelse, og på den vertikale akse ses antallet af klienter, der har angivet de pågældende svarmuligheder.

Som det ses, valgte næsten alle i kontrolgruppen ”Slet ikke”, mens de, der har deltaget i ”Ro på”-behandlingen fordeler sig mere jævnt mellem svarmulighederne. Forskellen er statistisk signifikant (Mann-Whitney test, $p<0,05$).

Figur 16. Tilfredshed med behandlingen i gruppen med antisocial personlighedsforstyrrelse

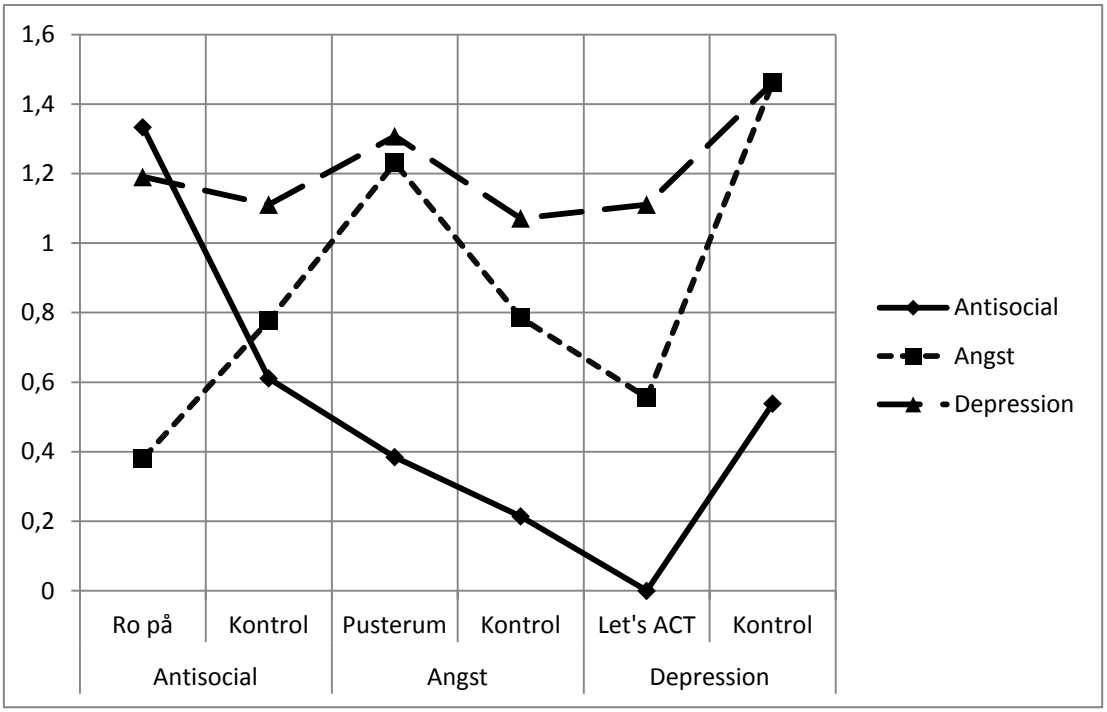


Blandt de klienter, som fik tilbudt ”Ro på”-interventionen, er tilfredsheden høj blandt 52 %, mens den blot er høj blandt 33 % af dem, der har modtaget standardbehandlingen.

4.5 Kan klienterne skelne mellem, hvad de har fået hjælp til?

Ovenstående sammenligninger baserer sig på den antagelse, at klienterne faktisk er i stand at skelne, om de har fået hjælp for antisocial personlighedsforstyrrelse, angst eller depression. For at undersøge dette nærmere, sammenlignede vi i nedenstående tabeller de grupper, der havde modtaget de forskellige slags behandlinger.

Figur 17. Oplevet hjælp for antisocial personlighed, angst og depression, opdelt efter gruppe

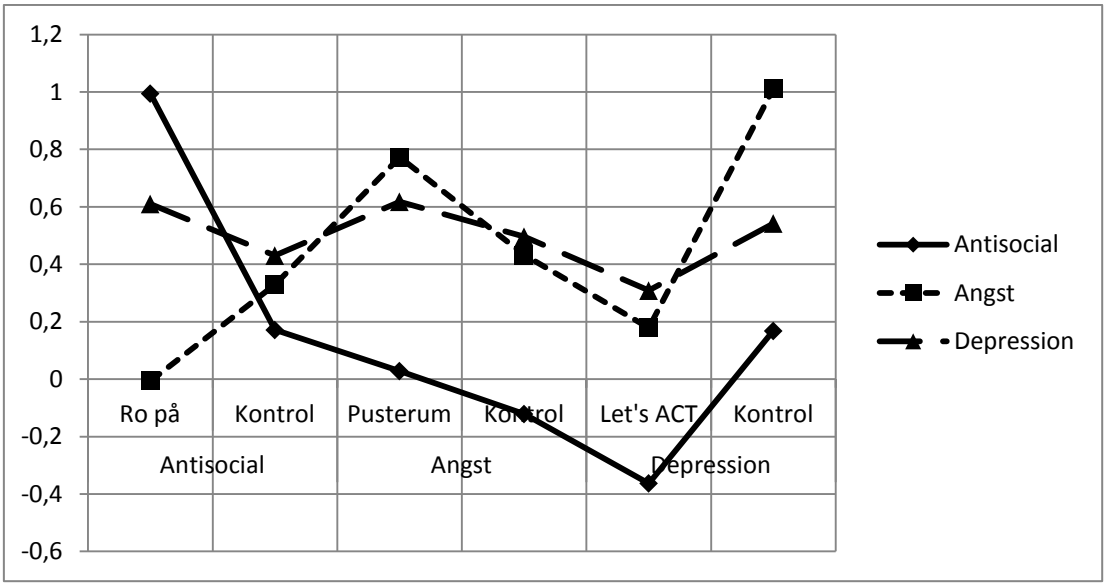


I figuren herover ses gennemsnittet for oplevelsen af at have modtaget hjælp for antisocial personlighedsforstyrrelse, angst og depression. Som det ses, er det gennemgående, at de fleste klienter uafhængigt af behandlingstilbud føler, at de har modtaget hjælp for depression (stregen ligger højt i alle tilfælde), og forskellene er ikke signifikante (p=0,96).

For hjælp for angst ses det, at de, der har modtaget ”Ro på” (for antisocial personlighed) eller ”Let’s ACT” (for depression), ikke oplever, at de har fået hjælp for angst. Forskellene mellem grupperne er kun marginalt signifikante (p=0,08). De, der har indgået i kontrolgruppen for depression, oplever i høj grad at have modtaget hjælp for angst.

Kun for antisocial personlighedsforstyrrelse fremgår det klart, at kun de, som har indgået i ”Ro på”-behandlingen, oplever at have fået hjælp for en antisocial personlighedsforstyrrelse.

Figur 18. Oplevet hjælp for antisocial personlighed, angst og depression, opdelt efter gruppe justeret for medicinsk behandling



Ovenfor ses de samme tal justeret for medicinsk behandling, køn og alder. Som det ses, ændrer formen på graferne sig kun meget lidt til trods for, at både oplevelsen af at have fået hjælp til angst og depression i høj grad er relateret til at have modtaget antidepressiv medicin.

Kapitel 5. Diskussion og konklusion

Rapporten beskriver en pilotundersøgelse af tre forskellige interventionsstudier af korttidsbehandling for misbrugere med depression, angst og antisocial personlighedsforstyrrelse.

Gennemgående for diskussionen er, at vi primært har set på, hvad der kan lade sig gøre i praksis, og hvad der er acceptabelt og tiltrækkende for klienter.

Som det fremgår af de høje tal for udbredelsen af psykiske vanskeligheder, er der et betydeligt overlap mellem forskellige psykiske forstyrrelser.

Dette overlap har den konsekvens, at differentiering mellem de forskellige vanskeligheder, som klienten oplever, kan være vanskelig af udrede i behandlingen, hvilket rejser store udfordringer i forhold til at udarbejde en relevant behandlingsplan for den enkelte klient. Afklaring af psykiske lidelser og deres betydning for klienternes misbrug og behandlingsforløb stiller også opgaver til det enkelte behandlingssted i forhold til at vurdere og prioritere valg af indsatsområder i behandlingen, samt hvilke ressourcer der skal anvendes. Dette omfatter eksempelvis fordeling af medarbejderressourcer og brug af relevante og realistiske udredningsinstrumenter.

5.1 "Let´s ACT"

5.1.1 Deltagelse og fastholdelse

Klienter med depression var dem, der havde sværest ved at møde op til den første samtale. Blandt de 60 ikke-psykotiske klienter, der havde en depression, var vi i stand til at randomisere 28 til behandling. Af dem, som fik tilbudt behandlingen, startede 54 % op, og kun 15 % af dem fuldførte de fem sessioner. Hos de klienter, der fik tilbudt "Let's ACT"-behandling, var forbruget af antipsykotisk medicin betydeligt højere end kontrolgruppens, hvilket kan indikere, at denne gruppe var hårdere ramt af psykiske symptomer og anden komorbiditet, herunder sindssygdom. Kontrolgruppen havde til gengæld et højere forbrug af antidepressiva (og benzodiazepiner), hvilket kan antyde, at de var bedre behandlede for deres depression fra starten.

Den eksperimentelle gruppe var, muligvis tynget af psykopatologi, ikke i stand til at møde op til den første samtale i samme omfang som klienter med angst og antisocial personlighedsforstyrrelse. Fra vores kontakt med

de involverede behandlere ved vi, at netop de deprimerede klienter ofte gav som grund til, at de ikke kunne møde op, at de havde det for skidt til at deltage i samtalerne. De, der mødte op, havde også meget svære symptomer ifølge Beck Depression Inventory.

I den fremtidige tilrettelæggelse af integrerede behandlingsformer, kunne man ved svær depression med suicidale tendenser overveje en mere opsøgende behandlingsform, der potentielt kunne finde sted på klientens bopæl, hvis denne ønsker det, eller i psykiatrisk regi, hvis dette er påkrævet. Det kunne eventuelt også hjælpe klienterne med at forblive i behandlingen, når denne er påbegyndt, da det vil stille færre krav til den depressive klient.

Særligt bør man også overveje, om behandling af depressive symptomer kan integreres med mere intensive behandlingsformer, såsom døgnbehandling eller dagbehandling. Disse overvejelser støttes af den internationale forskningslitteratur, hvor man i en lang række undersøgelser har vist, at netop i døgnbehandlingsregi er det muligt at opnå en forbedring af resultaterne ved at integrere psykologisk depressionsbehandling i misbrugsbehandlingen.

5.1.2 "Let's ACT" behandlingseffekt og nyere tilsvarende undersøgelser

Hos de klienter, der startede behandling, fremgår det, at rusmiddelforbruget steg fra baseline til opfølgningsinterviewet. Den modsatte tendens kan observeres i kontrolgruppen, der var i standard misbrugsbehandling i de deltagende behandlingsinstitutioner. Denne undersøgelse er lille, men baseret på de to øvrige undersøgelser, som er gennemført i ambulant regi, må vi påpege, at der synes at være risiko for, at misbrugere med depression øger deres misbrug, når man forsøger at behandle deres depression ambulant med samtalebehandling, frem for at fokusere på misbruget [9, 11].

Selvom klienternes rusmiddelindtag steg, var der et fald i angst/depression symptomniveau med en lille effekt (målt med Kessler-6). Ligeledes kunne der iagttages et fald i den gennemsnitlige BDI-score over sessionerne.

Sammenlignet med de fleste nyere undersøgelser af integrerede behandlingsformer med kognitive og adfærdsorienterede tilgange, der har dokumenteret en effekt i form af et mindsket rusmiddelforbrug [8, 39] har vi ikke fundet en effekt. Til gengæld fandt vi ligesom de gennemgåede studier [8, 39], en tendens til nedsat symptomniveau. Det er vigtigt at være op-

mærksom på, at studierne, der henvises til, ikke er pilot-undersøgelser og derfor har større samples og herved lettere ved at detektere effekter i populationen. Daughters og kolleger [5], der også har undersøgt deres ”Let’s ACT”-program, undersøgte endvidere behandlingstilfredsheden og fandt en effekt.

5.1.3 Behandlingstilfredshed og oplevet hjælp til depression

I forhold til udfaldsmål for behandlingstilfredshed og oplevet hjælp rapporterede eksperimentgruppen, sammenlignet med kontrolgruppen, at være mindre tilfredse med den modtagne behandling samt at have modtaget mindre hjælp for deres psykiske lidelser. Eftersom der kun var ganske få i denne behandling, og frafaldet var stort, skal effekten igen tages med store forbehold. Da pilotprojektets omdrejningspunkt/primære mål imidlertid er behandlingstilfredshed og perciperet hjælp til den pågældendes lidelse, kan vi på denne baggrund ikke overordnet konkludere, at personer med stofmisbrug og komorbid depression har haft nogen særlig gavn af dette behandlingstilbud, selvom der trods alt var en tendens til symptomlindring i gruppe.

De positive resultater fra tidligere undersøgelser med kognitive og adfærdsorienterede behandlingsmetoder repliceres altså ikke i denne undersøgelse af depressionsbehandling. Selv om der er flere mulige forklaringer, er den mest oplagte forklaring baseret på litteraturen formodentlig, at samtalebehandling med depressionsfokus ikke er hensigtsmæssig i ambulant regi.

5.2 ”Pusterummet”

5.2.1 Deltagelse, fastholde og behandlingseffekt

Undersøgelsen af misbrugere med komorbid angst var dem, der hyppigst deltog i behandlingen. Blandt de 92 ikke-psykotiske klienter var der 37, der blev randomiseret til behandlingen. Af disse 37 blev 19 randomiseret til eksperimentgruppen, og heraf mødte 17 (89 %) op til behandlingen, og 4 (21 %) fuldførte den. Der kunne således, ligesom ved depressionsbehandling, observeres et betydeligt frafald undervejs. Vi kan derfor konkludere, at klienter med angstlidelser og en komorbid misbrugsdiagnose generelt er motiverede og villige til at opstarte en behandling, der er tilsigtet deres affektive lidelse. Udfordringen består snarere i at fastholde dem i behandlin-

gen, når denne først er påbegyndt, hvilket som bekendt er en generel problemstilling inden for misbrugsbehandling.

Hos dem, der startede behandling, ses der et moderat fald i anvendelse af rusmidler, som overgår kontrolgruppens, der også viste en moderat effekt. Endvidere kan der observeres et moderat fald i angst/depression symptomniveauet i modsætning til i kontrolgruppen. Ingen af disse forskelle var dog signifikante.

5.2.2 Behandlingstilfredshed og oplevet hjælp til angstlidelse

Undersøgelsen viser, at det primære udfaldsmål: tilfredshed med behandlingen samt opfattet hjælp for den fremherskende psykiske lidelse favoriserer eksperimentgruppen med en lille effekt. Overordnet er der altså en tendens til, at eksperimentgruppen klarer sig bedre end kontrolgruppen, men effekterne er små.

5.2.3 Mindfulness som integrativ behandlingsform?

Selv om mindfulness baseret kognitiv terapi er dokumenteret som virksom ved bestemte angstlidelser, og der er begyndende dokumentation for effekt på misbrug [40], er det uklart, om denne terapiform er mere effektiv end mere traditionelle kognitive terapiformer ved denne dobbeltdiagnose. Flere undersøgelser er påkrævede.

5.3 "Ro på"

5.3.1 Deltagelse, fastholde og behandlingseffektivitet

Undersøgelsen af behandling af misbrugere med antisocial adfærd viste, at klienterne generelt var villige til at deltage i en afprøvning af en intervention, der havde til formål at hjælpe dem med deres problemer med antisocial adfærd. Blandt de 77 ikke-psykotiske klienter, som var vurderet til at have antisocial personlighedsforstyrrelse som deres primære psykiske lidelse, var vi i stand til at randomisere 48 til behandlingen. Vi kan derfor konkludere, at størstedelen af denne klientgruppe potentielt kunne tilbydes behandling af antisocial personlighedsforstyrrelse i en klinisk kontekst. Ud af disse 48 blev 26 randomiseret til eksperimentgruppen, og her startede i alt 16 (62 %) i behandling. Hvis alle klienter, som havde antisocial adfærd som deres primære diagnose, var blevet tilbudt interventionen, ville om-

kring halvdelen af samplet have startet i behandling. Vi mener, at dette antal godt kan hæves, eftersom nogle af klienterne ikke påbegyndte behandling, fordi behandleren blev syg, mens nogle startede sent op i behandlingen, fordi behandleren var på ferie. Ved at have flere behandlere, der kunne varetage behandlingsforløbene, kunne man øge tilgangen til behandling og reducere ventetid på opstart i behandling.

I forhold til målinger af behandlingseffekt kunne det noteres, at små effektstørrelser i forekomst af impulsiv og antisocial adfærd samt rusmiddelforbrug, støttede den eksperimentelle behandling, selvom undersøgelsen ikke var designet med tilstrækkelig styrke til at vurdere det endelige behandlingsresultat.

5.3.2 Tilfredshed med behandlingen og oplevet hjælp

Klienter, der var randomiseret til den eksperimentelle behandling, rapporterede i højere grad at have fået hjælp til deres antisociale adfærd, og der var en trend mod højere behandlingstilfredshed generelt. Efter at have ekskluderet de klienter, der aldrig påbegyndte behandling, steg disse effektstørrelser, hvilket understøtter, at de er forbundet med deltagelse i behandling.

Det væsentlige er her, at personer med antisocial personlighedsforstyrrelse kun i meget lille omfang oplever, at antisocial personlighedsforstyrrelse er et område, som de i forbindelse med deres misbrugsbehandling modtager hjælp til. Når man tænker på, hvor central antisocial personlighedsforstyrrelse er for den problematik, som stofmisbrug udgør, forekommer det paradoksalt, at der netop her ikke er målrettede behandlingstiltag tilgængelige for mennesker, der søger misbrugsbehandling. Hertil må dog lægges, at den eksisterende litteratur om psykiatrisk behandling af antisocial personlighedsforstyrrelse er yderst beskeden,

Den modificerede udgave af ”Lifestyle Issues” kan potentielt være en effektiv intervention uden for fængselsregi og med klienter i ambulant behandling, hvis de positive resultater kan repliceres i den større undersøgelse.

5.4 Overordnet konklusion og anbefalinger

De integrerede behandlingsformer rettet mod depression, angst og antisocial personlighedsforstyrrelse har, ligesom megen misbrugsbehandling, udfordringer ved opstart og fastholdelse af klienterne i behandlingsforløbet.

Hvor det med de depressive klienter har været vanskeligt at få dem til at starte behandlingen, har det ved de angste og antisocialt personlighedsforstyrrede klienter især været vanskeligt at fastholde dem i behandlingsforløbet, når dette er påbegyndt. De depressive klienter, der påbegyndte behandling, havde endvidere et stort frafald undervejs i forløbet.

Der kunne overordnet observeres en negativ/modsat behandlingseffekt ved ”Let´s ACT” og en positiv behandlingseffekt af ”Pusterummet” samt ”Ro på”. Samlet set er undersøgelsen mest lovende for ”Ro på”-behandlingen for antisocial personlighedsforstyrrelse, hvorfor iværksættelse af denne intervention muligvis kan være med til at hjælpe mennesker med antisocial forstyrrelse.

En mulig grund, til at ”Ro på” har vist sig mere lovende, er, at der trods alt er flere tilbud i den ambulante misbrugsbehandling, herunder både psykiatriske og psykologiske, at tilbyde klienter med angst og depression, end det er tilfældet med antisocial personlighedsforstyrrelse, og at denne gruppe kan være sværere at nå med standardinterventioner. Dette afspejles ved, at næsten ingen i kontrolgruppen oplevede at have modtaget hjælp til en antisocial personlighedsforstyrrelse, mens det i kontrolgrupperne for angst og depression blev fundet, at en større del oplevede at have modtaget hjælp.

Ud over de udgifter, som er forbundet med træning af personale, kvalitetsvurdering af interventionen og opfølgning af undersøgelsen, kan behandlingen udføres med meget få omkostninger for serviceudbydere. Der blev ikke ansat ekstra behandlere, og tre steder udførte det eksisterende personale selv baselinemålingerne. Man kan derfor argumentere for, at antisociale klienters tilfredshed med behandling kan forbedres ved ganske enkelt at tilbyde dem behandling, der adresserer deres antisociale adfærd, uden at det vil medføre øgede økonomiske omkostninger. Interventionerne i ”Ro på” kan derfor beskrives som en behandlingsform, der bliver positivt modtaget af klienterne, og endvidere er en økonomisk fornuftig mulighed for at arbejde med klienter med antisocial adfærd i ambulant misbrugsregi set i forhold til de omkostninger, der ofte følger med behandling i fængsler.

Indtil videre er der publiceret en artikel om undersøgelsen, og flere er på vej:

Thylstrup, B. & Hesse, M. (2011).The Impulsive Lifestyle Counseling Program for Antisocial Behavior in Outpatient Substance Abuse Treatment.

International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, August 23, 2011. DOI: 0306624X11416331

Kapitel 6. Formidling og videreførelse af erfaringerne

Baseret på de foreløbige erfaringer fra denne undersøgelse er der gennemført en række tiltag for at videreføre erfaringerne fra projektet:

- Der har været gennemført møder med repræsentanter for de deltagende kommuner med henblik på at opsamle erfaringer og videregive fund. Til trods for de begrænsede fund har en række af behandlingsstederne valgt at fortsætte med at udbyde behandlingerne.
- Da erfaringerne fra interventionen for antisocial personlighedsforstyrrelse (”Ro på”) viste sig lovende, er der påbegyndt en større undersøgelse med støtte fra Reckitt Benckiser med inddragelse af foreløbig 10 kommuner. Denne undersøgelse sigter mod at inddrage 200 klienter og skal vare i tre år. Alle de kommuner, som oprindelig deltog i det randomiserede pilotprojekt har valgt at deltage, og herudover har yderligere seks kommune valgt at deltage.
- ”Ro på”-behandlingen indgår endvidere i et projekt på Anstalten ved Herstedvester, hvor indsatte, som søger misbrugsbehandling, tilbydes en kombination af kognitiv/adfærdsorienteret misbrugsbehandling og ”Ro på”. Igennem dette projekt er manualen for ”Ro På” yderligere blevet revideret og forventes offentliggjort i foråret 2012. Manualen vil dels blive trykt som bog, dels gjort gratis tilgængelig på internettet.
- Erfaringerne fra projektet er endvidere præsenteret for personale og ledelse fra kommuner på en række møder, herunder Second Bergen Conference on the Treatment of Psychopathy (i november 2011), Kommunernes Landsforenings Misbrugskonference (i oktober 2011), samt på en række mindre møder med behandlingssteder, fængselspersonale og andre med kontakt til misbrugere med antisocial personlighedsforstyrrelse.
- Buprenorfin-klinikken ved psykiatrien ved Universitetssygehuset i Lund er ved at implementere ”Ro på” som standardbehandling for nye klienter, der søger behandling for heroinafhængighed.
- Statsfængslet ved Herstedvester påbegyndte i marts 2012 implementering af ”Ro på” for alle, der søger behandling for stofafhængighed. Manualen er tilpasset fængselsmiljøet, og personalet har modtaget den første træning i februar 2012.

- To kommuner, Silkeborg og Køge, som deltog i undersøgelsen, har valgt at indføre såvel ”Pusterummet” som ”Let’s ACT” som et led i det overordnede behandlingstilbud for stofafhængige, til trods for, at vi ikke med nærværende undersøgelse kunne dokumentere en effekt, men baseret på, at disse to kommuner oplevede positive resultater med enkelte klienter.
- Esbjerg Kommune anvender ”Ro på”-manualen i såvel ”Motivationsbehandlingen” som i den kommunale forbehandling i Esbjerg Arrest, dog i arresten tilpasset et gruppeformat.

Litteratur

1. Drake, R.E. and Wallach, M.A.: Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, 2000. 51(9): p. 1126-9.
2. Minkoff, K.: Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 2001. 52(5): p. 597-9.
3. Jane-Llopis, E. and Matytsina, I.: Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 2006. 25(6): p. 515-36.
4. Hesse, M.: The Beck Depression Inventory in patients undergoing opiate agonist maintenance treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 2006. 45(3): p. 417-425.
5. Daughters, S.B., et al.: Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: the life enhancement treatment for substance use (LET'S ACT!) *Journal of Clinical Psychiatry*, 2008. 69: p. 122-129.
6. Brown R.A., Evans E.D., Miller I.W., Burgess E.S., Mueller T.I.: Cognitive-behavioral treatment for depression in alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997. 65: p. 715-726.
7. Watkins, K.E., et al., An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. *Archives of General Psychiatry*, 2011. 68(6): p. 577-84.
8. Magidson, J.F., et al.: Examining the effect of the Life Enhancement Treatment for Substance Use (LET'S ACT) on residential substance abuse treatment retention. *Addictive Behaviors*, 2011. 36(6): p. 615-23.
9. Brown S.A., Glasner-Edwards, S.V., Tate S.R., McQuaid J.R., Chalekian J., Granholm E.: Integrated cognitive behavioral therapy versus twelve-step facilitation therapy for substance-dependent adults with depressive disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 2006. 38: p. 449-460.

10. Bowman, V., et al.: Self-examination therapy as an adjunct treatment for depressive symptoms in substance abusing patients. *Addictive Behaviors*, 1996. 21(1): p. 129-133.
11. Markowitz, J., et al.: Pilot study of interpersonal psychotherapy versus supportive psychotherapy for dysthymic patients with secondary alcohol abuse or dependence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2008, 2008. 196: p. 468-474.
12. Petersen, C.L. and Zettle, R.D.: Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: a comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. *The Psychological Record*, 2009. 59: p. 521-536.
13. Schadé, A., Marquenie, L.A., van Balkom A.J., Koeter M.W., de Beurs, E., van den Brink, W., van Dyck, R.: The effectiveness of anxiety treatment on alcohol-dependent patients with a comorbid phobic disorder: a randomized controlled trial. Alcoholism. Clinical and Experimental Research, 2005. 29: p. 794-800.
14. Bowen R.C., D'Arcy, C., Keegan, D., Senthilselvan, A.: A controlled trial of cognitive behavioral treatment of panic in alcoholic inpatients with comorbid panic disorder. *Addictive Behaviors* 2000. 2000. 25: p. 593-597.
15. Randall, C.L., Thomas, S., Thevos A.K.: Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2001. 25: p. 210-220.
16. Fals-Stewart, W., Schafer, J.: The treatment of substance abusers diagnosed with obsessive-compulsive disorder: an outcome study. Journal of Substance Abuse Treatment, 1992. 9: p. 365-370.
17. Grant B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, P.S., Ruan, W.J., Pickering, R. P.: Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. 61:361-368. *Archives of General Psychiatry*, 2004. 61: p. 361-368.
18. Hesse, M. and Pedersen, M.U.: Antisocial personality disorder and retention: a systematic review. Therapeutic Communities: *Interna-*

tional Journal for Therapeutic and Supportive Organizations, 2006. 27(4): p. 495-504.

19. Grant B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, P.S., Ruan, W.J., Pickering, R. P.: Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. 61:361-368. *Archives of General Psychiatry*, 2004. 61: p. 361-368.
20. Walters, G.: Changes in positive and negative crime expectancies in inmates exposed to a brief psychoeducational intervention: further data. *Personality and Individual Differences*, 2004. 37: p. 505-512.
21. Walters, G.D.: Recidivism in Released Lifestyle Change Program Participants. *Criminal Justice and Behavior*, 2005. 32(1): p. 50-68.
22. Walters, G.D.: Changes in positive and negative crime expectancies in inmates exposed to a brief psychoeducational intervention: further data. *Personality and Individual Differences*, 2004. 37(505-512).
23. Elliott, W.N. and Walters, G.D.: Conducting psychoeducational interventions with drug abusing clients: the lifestyle model. *Journal of Drug Education*, 1997. 27(3): p. 307-19.
24. Walters, G.D.: *The criminal lifestyle: Patterns of serious criminal conduct. 1990*, Thousand Oaks, CA: Sage.
25. Sheehan, D., et al.: The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 1997. 12(1): p. 232-241.
26. Lecrubier, Y., et al.: The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity accord-ing to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997. 12(2): p. 224-231.
27. McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., and Argeriou, M.: The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1992. 9(3): p. 199-213.
28. Kessler, R., et al.: Screening for Serious Mental Illness in the General Population. *Archives of General Psychiatry*, 2003. 60: p. 184-189.

29. Kessler, R., et al.: The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 2005. 35(2): p. 245-256.
30. Duncan, B., et al.: The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliancemeasure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 2003. 3: p. 3-12.
31. Lykke, J., et al.: Validity of the BPRS, the BDI and the BAI in dual diagnosis patients. *Addictive Behaviors*, 2008. 33(2): p. 292-300.
32. Brown, K.W. and Ryan, R.M.: The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003. 84(4): p. 822-48.
33. Sobell, M.B., et al.: The reliability of a timeline method for assessing normal drinker college students' recent drinking history: utility for alcohol research. *Addictive Behaviors*, 1986. 11(2): p. 149-61.
34. Sundhedsstyrelsen: Stofmisbrugere i behandling 2005. *Nye tal fra Sundhedsstyrelsen*, København, 2006.
35. Weaver, T., et al.: Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services, *British Journal of Psychiatry*, 2003. 183: p. 304-313.
36. Grant, B.F., Hasin, D.S, Stinson, F.S., Dawson , D.A., Chou, P.S., Ruan, J.W., Huang B: Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. . *Journal of Psychiatric Research*, 2005. 39: p. 1-9.
37. Duncan, B.L., et al.: The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a “Working” Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy*, 2003. 3(1): p. 3-12.
38. De Wilde, E.F. and Hendriks, V.M.: The Client Satisfaction Questionnaire: psychometric properties in a Dutch addict population. *European Addiction Research*, 2005. 11(4): p. 157-62.
39. Watkinson, S.: Managing depression in older people with visual impairment. *Nursing Older People*, 2011. 23(8): p. 23-8.
40. Zgierska, A., et al.: Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. *Substance Abuse*, 2009. 30(4): p. 266-94.