

# Alkoholafhængighed, dobbeltbelastning og personlighedsmønstre - eller

hvad er det vanskelige ved den vanskelige patient –  
og hvordan håndterer vi det bedre?

SPEAM 2024

Per Nielsen

psykolog, PhD

Ringgården – kompetencecenter for dobbeltfokuseret  
afhængighedsbehandling

# Ringgården

Kompetencecenter for Dobbeltfokuseret Afhængighedsbehandling



- Selv-ejende nonprofit institution, der laver alkohol- og kokainbehandling i døgnregi efter SUL§141 og SEL§101
- Kompetencecenter med støtte fra Sundhedsministeriet (varetager bl.a. en del af Alkoholuddannelsen ...)
- Oprettet i 1972 af KFUM's Sociale Arbejde i Danmark
- 32 døgnpladser
- 21 ansatte; behandlere er socialrådgivere, pædagoger og psykologer med efteruddannelse
- Lægekonsulent (psykiater) og sygeplejerske
- Lang erfaring og højt udd.niveau (>12 års anciennitet i snit)

[www.ringgaarden.dk](http://www.ringgaarden.dk)

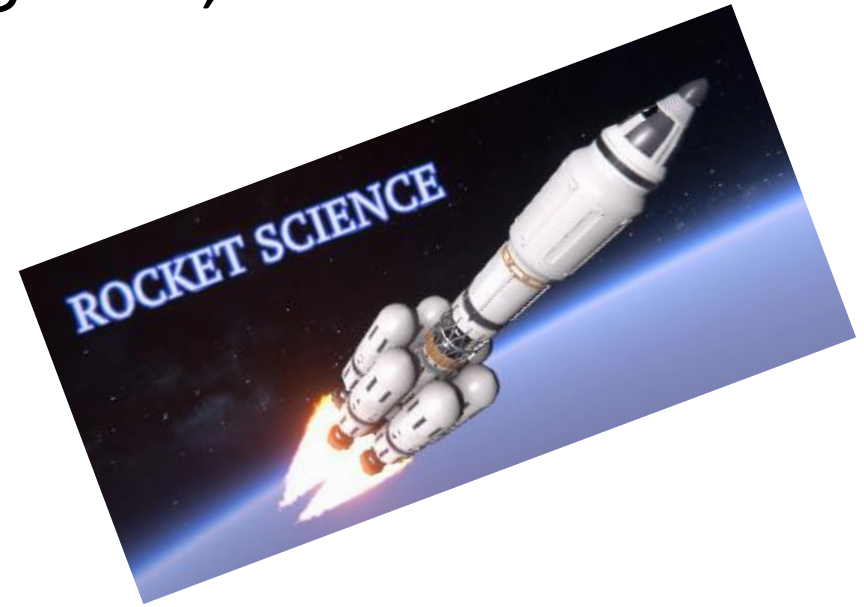
# Hensigten med mit oplæg

- Lidt om afhængighed i (neuro)psykologisk lys
- Kort om dobbeltbelastning/-diagnose og dobbeltfokus i behandling
- Fokus på den hyppigste komorbiditet (personlighedsforstyrrelse)
- ..... og herfra ud i jeres venteværelse: hvem sidder der, og hvad bringer de med af personlighedsrelaterede udfordringer for en praktiserende læge (og hendes/hans egne personlighedsmæssige forudsætninger) → hard work ahead!!
- Hvordan kan man gribe kontakten med forskellige typer an for at fremme samarbejde og compliance

# Men først lige KAT for afhængighed, hvordan?

Fire trin:

- Stop
- Bearbejd
- Forebyg
- Implementér



Tid	Grundindhold	Sideløbende
UGE 1	Præsentation	
UGE 2	Ædru/beruset (tematisering af misbrugsadfærden; afspejling af holdning, motivation, refleksionsniveau)	Tranghåndtering
Asses- ment	Fordele/ulemper (refleksion over rusfunktion, Konsekvenser, motivationsbalance). Tomt ark med spørgsmål.	Åndedrætstræning
	MCMI-udfyldes og scores	Mindfulnessøvelser
Uge 3	Værdier og mål	ditto
Mål	MCMI-tolkes på konference	
Uge 4	Problem- og målsætningsliste	Ditto
Træning	Handling- og træningsplan	
P-guide	MCMI-feedback; kobling til fordele/ulempe ved alkohol	
Uge 5	MCMI-delning i gruppe; fordele/ulemper ved tegning	Ditto
Uge 6	SFTAK/alternativ SFTAK + HR-100	Psykoedukation
Relapse Prev.	Midtvejsmøde?	ADHD; stof; bipolar; PTSD
Uge 7	Caseformulering	
Story	Identifikation af dysfunktionelle kerneantagelser og leveregler	
Uge 8	Omstrukturering af kerneantagelser og leveregler	
Uge 9	SFTAK med udgangspunkt i alternative kerneantagelser og leveregler	
Uge 10	TBF-strategier	
Uge 11	TBF-strategier	
Uge 12	Status over udbytte og udskrivningsbrev	

Der er større risiko for rusmiddelp problemer, hvis...

- Man selv eller nogle af ens nærmeste har misbrugt alkohol eller stoffer tidligere
- Man selv eller nogle af ens nærmeste har psykiske problemer
- Man lever under socialt belastende omstændigheder
- Man mister kontakten med arbejdsliv, socialt liv eller kommer ud i hjemløshed
- Man har oplevet traumer eller vanrøgt

Hvorfor bliver nogle hængende andre ikke? Bessel van der Kolk, Boston USA

- “Sammenfaldet mellem traumer og stoffer og alkohol er gigantisk. Det er næsten umuligt at blive rusmiddelaafhængig uden at have en forudgående historie med barndomstraumer.”
- “Afhængighed er mennesker, der desperat forsøger at håndtere det ubærlige”



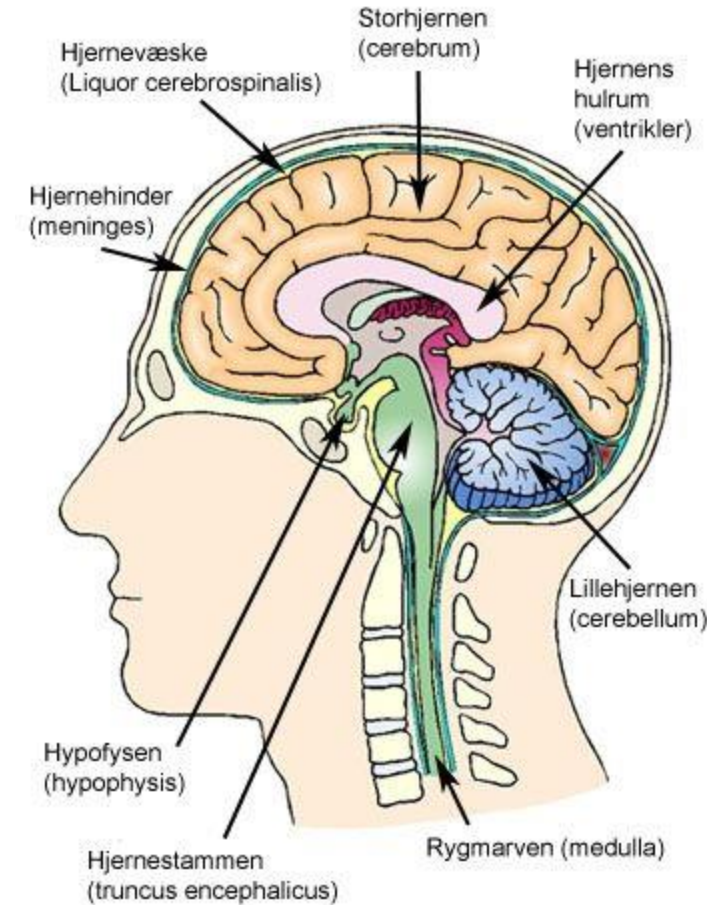
# Men afhængighed er ikke alene et psykologisk betinget selv-medicineringsforsøg

- Hvordan kan man illustrere og forklare det til svært afhængige, som er kommet i intensiv døgnbehandling?
- Et element fra Ringgårdens psykoedukation

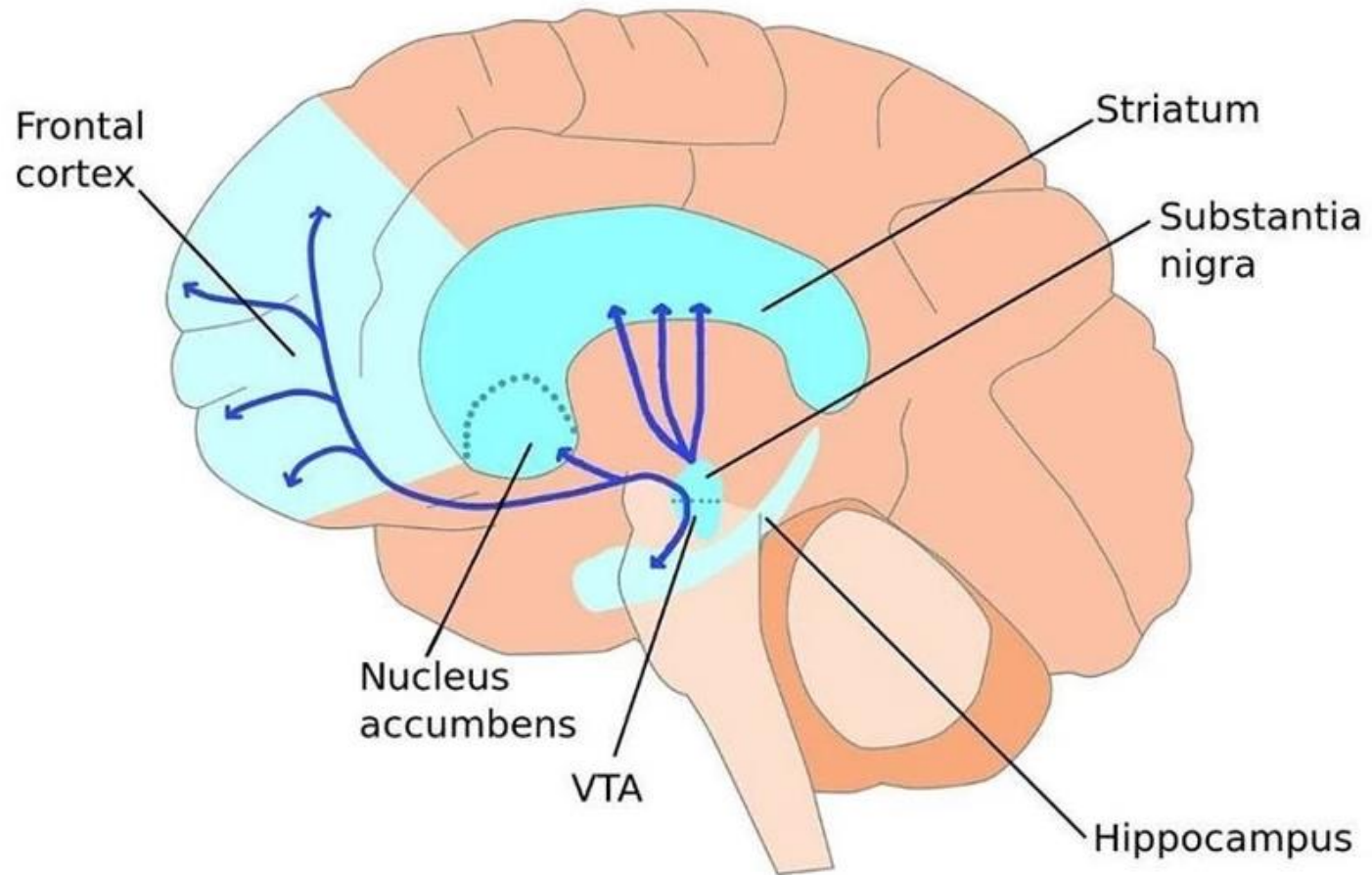


# Olds og Milner 1954

- En hjerneforsker fra McGill University, Canada, Peter Milner, fandt i begyndelsen af 1950'erne en metode til implantering af tynde elektroder i hjernen
- James Olds, psykolog, blev elev hos Milner, og de studerede hjernestammens funktion...
- ... men Olds fik anbragt en elektrode forkert
- Det fik rotterne til at gentage den adfærd, de blev stimuleret til
- (trykke på en pedal) – og de så ud til at kunne lide det!
- → belønningssystemet )
- Rotterne trykkede mellem 500 og 5000 gange i timen på pedalen
- Når de fik valget mellem føde og selvstimulation valgte de det sidste – og døde af udmattelse og sult



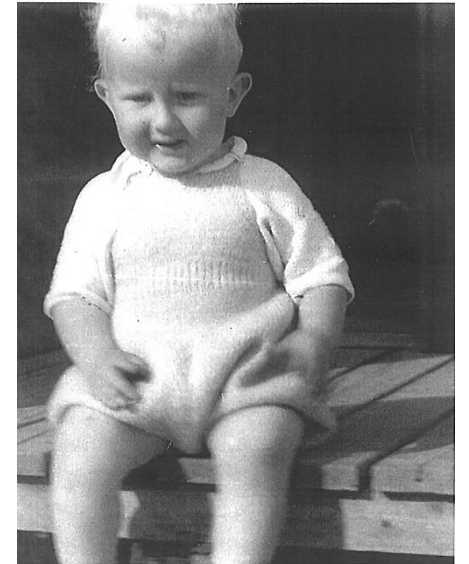
# Dopamin er stoffet!

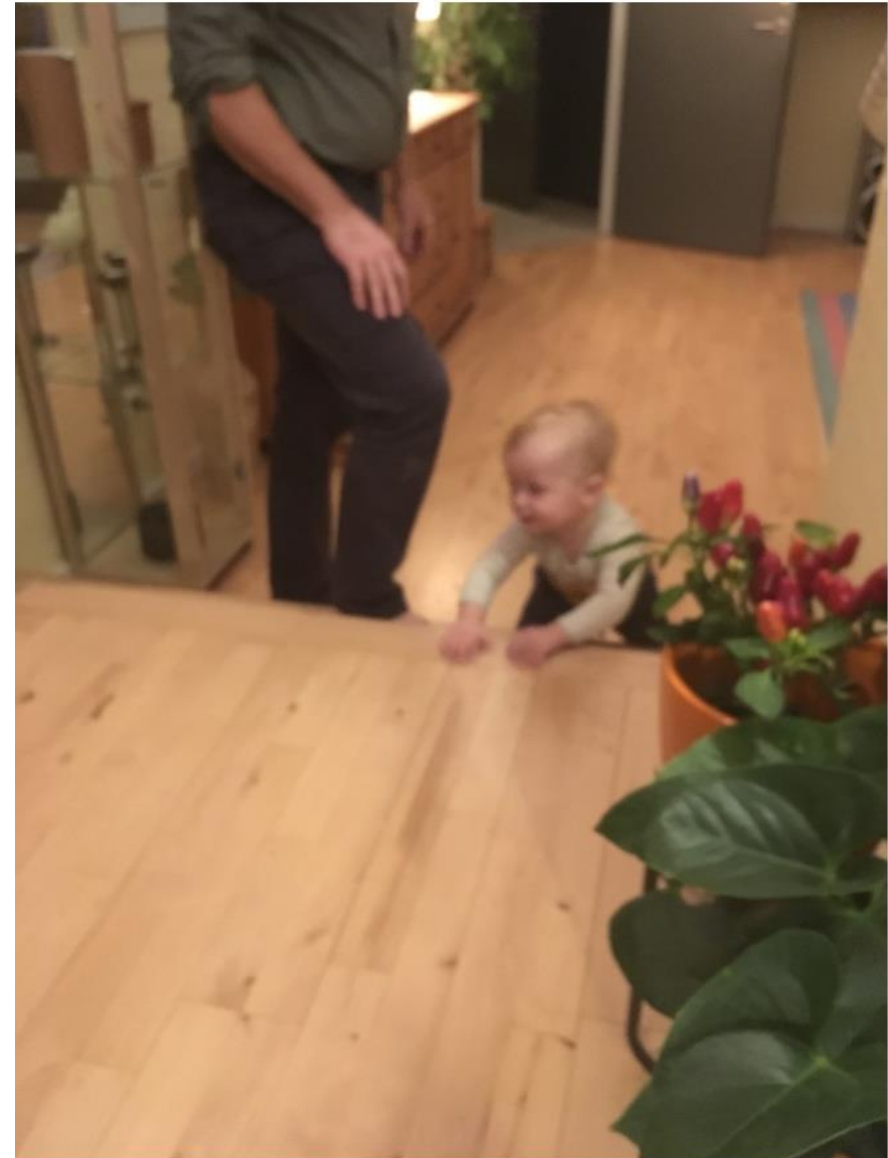


# Adfærdsfarmakologi.....



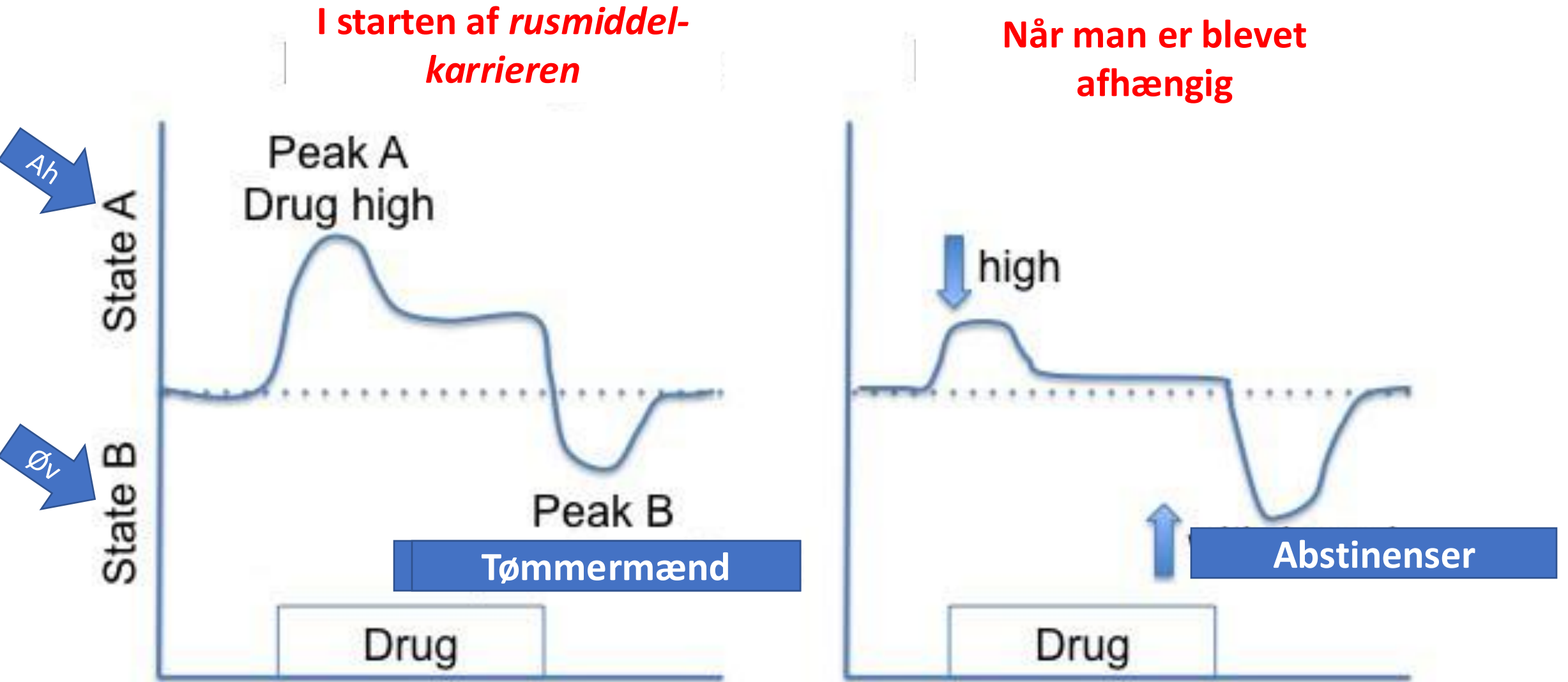
Jeg kan da  
ikke cykle  
endnu!





# Opponent-process theory Solomon & Corbitt (1974)

.. Eller: hvordan ser en brandert ud?



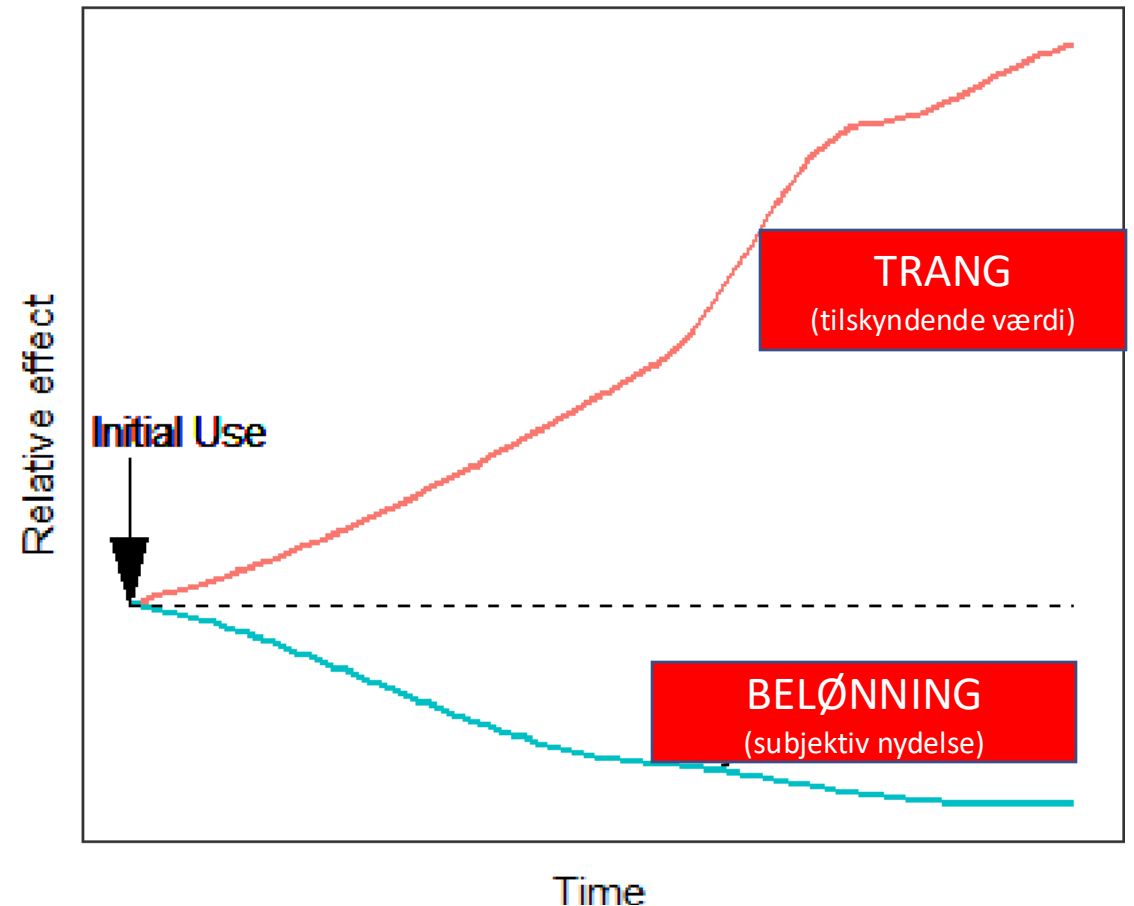


# Wanting-and-Liking Theory



(Robinson & Berridge 2008)

- Både wanting (craving) og liking (pleasure) i forhold til rusmidler ændrer sig ved repeterende rusmiddelbrug
- Wanting – bliver hyper-responsiv gennem misbrug (craving forstærkes)
- Liking – misbrug medfører toleransudvikling (lysten/belønningen formindskes)



# Dobbeltbelastning



# Dobbeltdiagnose/dobbelbelastning:



**Symptomlidelser** (f.eks. angst, depression, OCD, PTSD, K-PTSD, skizofreni, bipolar affektiv lidelse, rusmiddelafhængighed osv.)



**Personlighedsforstyrrelser** (f.eks. dyssocial/antisocial, EUP, ængstelig-undvigende (evasiv) m.fl)



**Udviklingsforstyrrelser** (f.eks. autismespektrum lidelser, herunder Aspergers, ADHD m.fl)

Hyppigst hos  
rusmiddelmisbrugere:  
personlighedsforstyrrelser



Baggrunden for, at vi på Ringgården i dén grad stillede skarpt på personlighedstræk og – forstyrrelser:



# Definitioner



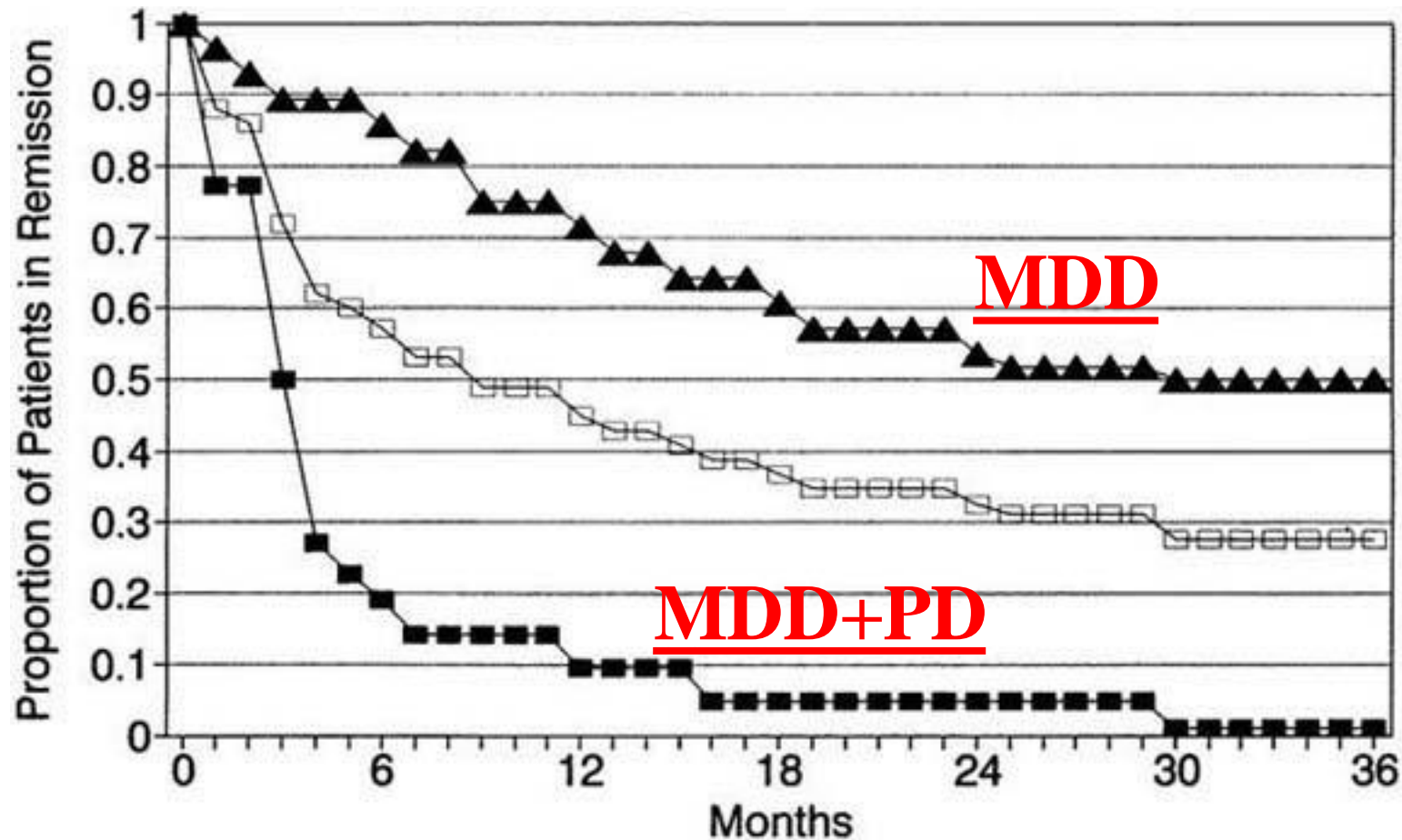
- "Personlighed" – et vedvarende mønster af tanker, følelser og adfærd hos individet, som gør os forskellige fra hinanden (differentiel psykologi)
- Personlighedsforstyrrelse – et vedvarende mønster mht
  - opfattelse af, relation til og tænkning om den omgivende verden
  - et selv som er ufleksibelt og afviger markant fra kulturelle forventninger – og som udvises over en bred vifte af sociale og interpersonelle kontekster
  - et afgrænset udvalg af følelser, holdninger og adfærd anvendt til at mestre hverdagens udfordringer/livets genvordigheder

# Praktiserende læger undervurderer prævalens af personlighedsforstyrrelser (i venteværelset)

- Engelsk undersøgelse af Gregs og Tyrer (1990) satte praktiserende læger til at bedømme et uselekteret udvalg af patienterne i praksis
- Praktiserende læge vurderede at 5.3% af ptt var p-forstyrret
- Psykiater 5.6%
- Struktureret interview **28%**
- Dette fund bekræftes stort set enslydende af flere andre studier.
- Det betyder, at prævalensen af personlighedsforstyrrelser i venteværelset er 2-3 gange højere end i almenbefolkningen (af gode grunde!)

# Impact of PD on MDD relapse

Ilardi et al. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:381-391



Expected remission duration 7.4 x longer in MDD- than in MDD+PD

Kan du kende  
personlighedsmønstret hos klienten?



# Den forstyrrede og den normale personlighed jf Millon 1999

- **Fælles for personlighedsforstyrrelse er tre karaktertræk:**
  - Manglende fleksibilitet i tilpasningen
  - En tendens til at komme ind i "onde cirkler"
  - En svaghed i stabiliteten
- **For den normale personlighedsfunktion gælder at personen kan:**
  - Opsøge og opleve glæden
  - Kan tåle og håndtere smerten, når den melder sig
  - Kan forholde sig til omgivelserne på en fleksibel og tilpasset måde, og kan uden angst og anspændthed veksle mellem hengivelse og fordybelse, og mellem passiv og aktiv adfærd i forhold til andre

# Personlighedsforstyrrelses-spektret

## - Hvad er dagsordenen?



# Personlighedsforstyrrelse – ”traumebetinget”

- Psykisk vold, verbal abuse
- Neglekt
- Seksuel krænkelse/incest
- Fysisk vold



**OVER/UNDERUDVIKLEDE  
ADFÆRDSSTRATEGIER  
(s. 19)**

Personlighedsforstyrrelse	Overudviklet	Underudviklet
Skizoid	Autonomi Isolation	Intimitet Gensidighed Drive
Undvigende	Social sårbarhed Undgåelse Hæmning	Selvhævdelse Selskabelighed
Dependent	Hjælpsøgende Klamren sig til	Selvtilstrækkelighed Bevægelighed
Histrionisk	Ekshibitionisme Udtryksfuld Impressionisme	Refleksion (Selv-)kontrol Systematisering
Narcissistisk	Selvophøjelse Oplevet berettigelse Konkurrence	Forståelse for andre Identifikation med gruppe Vi-følelse
Antisocial	Krigeriskhed Udnyttelse Udplyndren	Empati Gensidighed Social sensitivitet
Kompulsiv	Kontrol Ansvarlighed Systematisering	Spontaneitet Kådhed
Passiv-aggressiv	Autonomi Modstand Passivitet Sabotage	Intimitet Selvhævdelse Aktivitet Samarbejdsevne

## OVER/UNDERUDVIKLEDE ADFÆRDSSTRATEGIER (s. 18)

<b>Svære personlighedsforstyrrelser</b>	<b>Overudviklet</b>	<b>Underudviklet</b>
<b>Skizotypal</b>	Fjendtlig tilbagetrækning Frygt for kontrol/ydmygelse Tro på særlige evner	Social interesse Signaltolkning egenomsorg
<b>Borderline</b>	Vrede Hjælpeløshed Intense relationer	Evne til at være alene Identitet Affektiv regulering
<b>Paranoid</b>	Vagtsomhed Mistillid Mistænksomhed	(Sinds-)Ro Tillid Accept

# Lidt om de strukturelle personlighedsforstyrrelser – eller: ”Kend dem på knækket”

- Borderline – emotionel ustabil personlighedsstruktur (følelsesregulering)
- Paranoid – basal tillid i relationer; angstfyldte forestillinger om andres ilde hensigter
- Skizotypal – hvad med dem???\*



\* vanskeligheder med **afkodning** af egne indre signaler og ydre signaler i samspillet med andre

# Guide til praktiserende læger i forhold til optimering af kontakten med personlighedsforstyrrede patienter

*Adapted with permission from Feder A. Robbins SW,  
Ostermeyer B. Personality disorders. In: Feldman MD,  
Christensen JF. Behavioral medicine in primary care. 2  
d ed. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill  
Medical, 2003:231-52*

*oversat og yderligere tilpasset af Per Nielsen 2011*



## Guide til praktiserende læger i forhold til optimering af kontakten med personlighedsforstyrrede patienter

Cluster A Personlighedsforstyrrelser (sære; excentriske): Fremtrædelsesformer og kontaktstrategier				
<b>Personlighedsforstyrrelse</b>	<b>Dominerende træk</b>	<b>Problemoplevelse</b>	<b>Problematisk adfærd</b>	<b>Kontakt strategi</b>
<i>Paranoid *</i>	<i>Mistillid, mistænksomhed</i>	<i>Overdreven fornemmelse af frygt og sårbarhed</i>	<i>Frygter lægen kommer til at gøre skade. Skænderi; konflikter</i>	<i>Indtag en professionel holdning. Giv tydelige forklaringer. Vær empatisk overfor frygt. Undgå direkte udfordring af paranoid tænkning.</i>
<i>Skizoid</i>	<i>Social adskillelse. Følelsesmæssig indskrænkning</i>	<i>Angst på grund af krav om kontakt med andre</i>	<i>Venter længe med at søge hjælp. Fremstår utaknemmelig</i>	<i>Indtag en professionel holdning. Giv tydelige forklaringer. Undgå overinvolvering i personlige og sociale problemstillinger.</i>
<i>Skizotypal</i>	<i>Sære opfattelser. Socialt isoleret</i>	<i>Sære tolkninger af sygdom. Angst pga krav om kontakt med andre</i>	<i>Venter længe med at søge hjælp. Sære forestillinger, sær adfærd.</i>	<i>Indtag en professionel holdning. Giv tydelige forklaringer. Tolerér/glid af på sære opfattelser og adfærd. Undgå overinvolvering i personlige og sociale problemstillinger.</i>

Adapted with permission from Feder A. Robbins SW, Ostermeyer B. Personality disorders. In: Feldman MD, Christensen JF. Behavioral medicine in primary care. 2 d ed. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill Medical, 2003:231-52 – oversat og yderligere tilpasset af Per Nielsen, 2011

**Cluster B Personlighedsforstyrrelser (dramatiske, emotionelle, ustabile): Fremtrædelsesformer og kontaktstrategier**

<b>Personlighedsforstyrrelse</b>	<b>Dominerende Træk</b>	<b>Problemoplevelse</b>	<b>Problematisk adfærd</b>	<b>Kontakt strategi</b>
<i>Antisocial *</i>	<i>Ligegyldighed overfor andres rettigheder</i>	<i>Vrede. Krævementalitet maskerer frygt</i>	<i>Vrede, impulsiv adfærd, bedrag, manipulerende adfærd</i>	<i>Undersøg omhyggeligt bekymringer og motiver. Kommunikér på en klar og ikke-straffende facon. Sæt klare grænser</i>
<i>Borderline</i>	<i>Ustabilitet i mellem-menneskelige relationer, selv-billede og affekt. Udtalt impulsivitet</i>	<i>Skræmmende fantasier om sygdom</i>	<i>Frygt for afvisning og for at blive ladet i stikken. Selv-destruktive handlinger. Idealisering og devaluering af lægen</i>	<i>Undgå overdreven familiaritet. Skemalæg konsultationer. Giv klare lægmandsforklaringer. Tolerér vredesudbrud, men sæt grænser. Vær opmærksom på personlige følelser. Søg råd hos psykiater/psykolog</i>
<i>Histrionisk</i>	<i>Udtalt opmærksomhedssøgende adfærd. Emotionaliserende</i>	<i>Oplevet trussel mod tiltræknings-evne og selvværd</i>	<i>Overdramatiserende, opmærksomhedssøgende adfærd. Kan ikke holde fokus på fakta og detaljer. Somatisering</i>	<i>Undgå overdreven familiaritet. Vis professionel omsorg for følelser. Lægt vægt på objektive elementer</i>
<i>Narcissistisk</i>	<i>Grandiøsitet Behov for beundring. Mangler empati</i>	<i>Angst forårsaget af tvivl om personlig formåen</i>	<i>Krævende holdning præget af oplevet berettigelse. Benægter sygdom. Skiftevis roser og nedvurderer lægen</i>	<i>Anerkend bekymring/klager. Giv omhyggelige og faktuelle svar på spørgsmål Kanaliser patientens evner i retning af håndtering af sygdommen</i>

*Adapted with permission from Feder A. Robbins SW, Ostermeyer B. Personality disorders. In: Feldman MD, Christensen JF. Behavioral medicine in primary care. 2 d ed. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill Medical, 2003:231-52 – oversat og yderligere tilpasset af Per Nielsen, 2011*

### Cluster C Personlighedsforstyrrelser (bange, frygtsomme): Fremtrædelsesformer og kontaktstrategier

<b>Personlighedsforstyrrelse</b>	<b>Dominerende Træk</b>	<b>Problemoplevelse</b>	<b>Problematisk adfærd</b>	<b>Kontakt strategi</b>
<i>Ængstelig-undvigende *</i>	<i>Social hæmning pga frygt for afvisning eller ydmygelse</i>	<i>Letvakt følelse af utilstrækkelighed, lavt selvværd</i>	<i>Tilbageholder informationer, undgår at spørge eller være uenig med lægen</i>	<i>Vær beroligende, validér bekymring, tilskynd klienten til at rapportere symptomer og bekymringer</i>
<i>Dependent</i>	<i>Ekstraordinært behov for omsorg. Underdanig og klyngende adfærd</i>	<i>Frygt for at blive forladt. Hjælpeløshed</i>	<i>Indtrængende appel om opmærksomhed. Forlængelse af sygdomsadfærd for at fastholde opmærksomhed og omsorg.</i>	<i>Vær beroligende. Aftal regelmæssige check-ups. Sæt realistiske grænser for tilgængelighed. Træk på andre, der kan støtte patienten. Undgå at afvise patienten</i>
<i>Tvangspræget *</i>	<i>Stærk optagethed af orden, perfektion og kontrol</i>	<i>Frygt for at miste kontrollen over fysiske funktioner og følelser</i>	<i>Frygt for at slippe kontrol. Stor trang til at stille spørgsmål og optagethed af detaljer. Vrede over forstyrrelse af rutiner</i>	<i>Gennemfør grundig anamnese og undersøgelse. Giv udførlige forklaringer. Lad være at betone usikkerhedsmomenter. Tilskynd klienten til at bakke op om behandlingen.</i>

Adapted with permission from Feder A. Robbins SW, Ostermeyer B. Personality disorders. In: Feldman MD, Christensen JF. Behavioral medicine in primary care. 2 d ed. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill Medical, 2003:231-52 – oversat og yderligere tilpasset af Per Nielsen, 2011