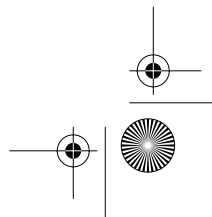
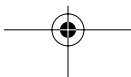
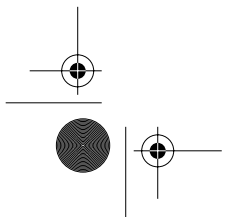
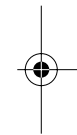
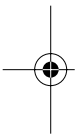
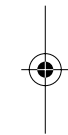
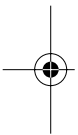
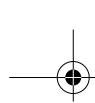


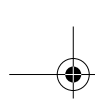
INTEGRERT BEHANDLING





0000 UFb Intgrbeh 060101M.book Page 2 Friday, October 6, 2006 1:00 PM

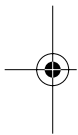




Kim T. Mueser • Douglas L. Noordsy • Robert E. Drake • Lindy Fox

INTEGRERT BEHANDLING

– AV RUSPROBLEMER OG PSYKSIKE LIDELSER



Oversatt av Tone M. Andersen
Faglig tilrettelagt av Lars Lindroth



UNIVERSITETSFORLAGET





© Universitetsforlaget 2006

ISBN-13: 978-82-15-00786-1
ISBN-10: 82-15-00786-4

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med rettighetshaverne er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Utnyttelse i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Originalens tittel: *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice.*
© 2003 The Guilford Press. A Division of Guilford Publications, Inc.
Oversatt av Tone M. Andersen

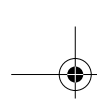
Oversettelsen er økonomisk støttet av Østnorsk Kompetansesenter, Sanderud

Henvendelser om denne utgivelsen kan rettes til:
Universitetsforlaget AS
Postboks 508 Sentrum
0105 Oslo

www.universitetsforlaget.no

Omslag: NORMAN/SANDVIK DESIGN
Sats: Laboremus Prepress AS, Oslo
Trykk og innbinding: AIT Trykk Otta AS
Boken er satt med: New Century Schoolbook 9,5/11,5 pkt
Papir: 90 g Dito 1,0





Forord til den norske utgaven

Integrated Treatment for Dual Disorders av Mueser og medarbeidere kom ut i USA i 2003. Den er en viktig bok om et vanskelig fagfelt som blir mer og mer aktuelt også i Norge. Rusmisbruk brer om seg, ikke minst blant mennesker med psykiske lidelser. Kunnskapene om hvordan vi skal forholde oss til mennesker som er i denne situasjonen, at de både har en psykisk lidelse og samtidig ruser seg, er svært mangelfulle blant ansatte i norsk helse- og sosialvesen, også i spesialisthelsetjenesten.

Denne boka er derfor et viktig bidrag til kunnskap på et felt der det er svært lite tilgjengelig litteratur om behandling, spesielt på norsk. Boka er lettlest, den er svært systematisk bygd opp og gir en god praktisk innføring i hvordan en kan arbeide med denne gruppen, de såkalte dobbeltdiagnosepasientene.

Den spesialiserte delen av rusomsorgen ble 1. januar 2004 en del av spesialisthelsetjenesten. Hensikten med denne reformen var at rusmisbrukere skulle få bedre behandling for sine helseproblemer, og de har gjennom rusreformen fått rettigheter til behandling på lik linje med alle andre. Imidlertid hjelper dette lite hvis ikke kunnskapen om hvordan man best behandler slike tilstander er utbredt, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunenes helse- og sosialtjeneste. Reformen innebærer at nye yrkesgrupper og grupper ansatte i helse- og sosialtjenesten skal arbeide med disse problemstillingene, og behovet for god opplæring og faglitteratur er derfor større enn noen gang. Utdanningsinstitusjonene innen feltet gir generelt mangelfull opplæring i behandling av ruslidelser generelt og dobbeltdiagnoser spesielt. Det må allikevel nevnes at det særlig de senere årene er etablert gode videre- og etterutdanningsprogrammer på området. Behovet for lett tilgjengelig og anvendbar faglitteratur er derfor stort.

Boka omtaler behandling av en liten gruppe. Norske myndigheter anslår at gruppen personer med dobbeltdiagnose i Norge omfatter ca en promille av befolkningen. Imidlertid er behandlingsprinsippene som blir beskrevet her anvendbare overfor en langt større gruppe av befolkningen. Prinsippene kan brukes mer generelt både i spesialisthelsetjenesten og i førstelinjetjenesten, også i behandlingen av personer med kroniske psykiske lidelser som ikke ruser seg.

Boka bygger på internasjonal forskning på feltet, og i tillegg er den basert på erfaringer fra USA, spesielt fra Dartmouth i New Hampshire. Behandlingskonseptet kalles derfor ofte New Hampshire-modellen. I Norge er rammebetingelsene for å drive behandling annerledes, lovverket er ulikt, vi har ikke et så stort innslag av private helsetjenester, og finansieringsordningene og organiseringen av helse- og sosialvesenet er svært ulike. For lettere å kunne bruke den kunnskapen som boka formidler, har jeg laget fotnoter der jeg henviser til norsk lovverk, og andre forhold som er forskjellige i Norge.

Det er laget en rekke Appendix til denne boka. Vi har valgt å oversette bare ett av dem, Appendix A. De øvrige er ulike handouts til pasienter og pårørende, som blir brukt i undervisningssammenheng, og forskjellige rating-skalaer. Handouts til bruk i undervisning, vil ofte med fordel kunne utvikles av de som underviser. Oversetting av rating-skalaer til et annet språk er en komplisert og omfattende prosess. I tillegg er det slik at vi ofte bruker andre skalaer i Norge. Flere av de skalaene som er vanlig brukt i Norge krever særskilt opplæring (SCID, ASI og CIDI). Andre er tilgjengelige på www.helsebiblioteket.no. De uoversatte appendixene er tilgjengelige på www.universitetsforlaget.no/mueser slik at de



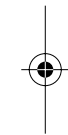
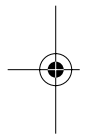
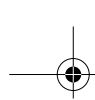


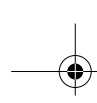
6 FORORD TIL DEN NORSKE UTGAVEN

kan være til hjelp i utviklingen av eget materiell og egne rutiner for utredning og oppfølging.

I den situasjonen vi nå står i er denne læreboka særdeles velkommen.

Juli 2006
Lars Linderoth
Spesialist i psykiatri
Faglig konsulent på oversettelsen





Om forfatterne

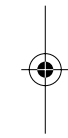
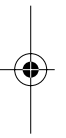
Kim T. Mueser, PhD, er klinisk psykolog og professor i psykiatri ved Dartmouth Medical School. Hans kliniske og forskningsrelaterede interesser omfatter psykososial behandling av alvorlige psykiske lidelser, dobbeltdiagnose og posttraumatisk stresslidelse. Dr. Mueser har en omfattende publikasjonsliste og har holdt mange forelesninger, også i Norge, og workshops på området psykiatrisk rehabilitering. Han er medforfatter av en rekke bøker, inkludert *Social Skills Training for Psychiatric Patients* (1989), *Coping with Schizophrenia: A Guide for Families* (1994), *Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide* (1997) og *Behavioral Family Therapy for Psychiatric Disorders, Second Edition* (1999).

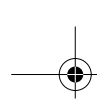
Douglas L. Noordsy, MD, er førsteamanuensis i psykiatri ved Institutt for psykiatri, Dartmouth Medical School. Han er også forskningssjef ved Mental Health Center, Greater Manchester, og medisinsk faglig leder ved Westbridge Inc., en privat ideell organisasjon som yter tjenester til personer med dobbeltdiagnose og familiene deres. Dr. Noordsy har bidratt med klinisk behandling og ledelse i New Hampshires psykiske helsevern og arbeidet aktivt med dobbeltdiagnoseteam siden 1990. Han har dessuten forelest og

publisert, spesielt på området komorbid rusmisbruk og psykiske lidelser og bedringsorientert behandling for personer med alvorlig psykisk lidelse.

Robert E. Drake, MD, PhD, arbeider som psykiater og er professor i psykiatri ved Dartmouth Medical School og direktør ved New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center. Han har i mer enn 20 år arbeidet med psykiatriske behandlingsteam i det offentlige og spesielt med å utvikle og bearbeide tilnærminger til integrert dobbeltdiagnosebehandling.

Lindy Fox, MA, LADC, er forskningsassistent ved New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center. Hun har jobbet med en rekke forskningsprosjekter med fokus på virkningen av integrert behandling på personer med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse, og hun har vært engasjert i evalueringer, behandling og klinisk opplæring. Fox har fått sin ekspertise gjennom en kombinasjon av formell utdanning, personlige erfaringer og faglig fokus. Hun har selv vært mottaker av den behandlingsformen hun nå er med på å utvikle og evaluere. Lindy Fox har vært rådgiver i hele USA og andre land som Australia, Canada, England og Sverige. Hun er også medforfatter på flere artikler og underviser ved Dartmouth College.





Terminologi

I denne boken har vi valgt å følge noen begrepsmessige konvensjoner. For å gjøre lesningen så klar og tydelig som mulig, vil vi her kort beskrive begrepsbruken.

Begrepet *ruslidelse* brukes om individer som oppfyller diagnostiske kriterier for enten *rusmisbruk* eller *rusavhengighet*. Når vi diskuterer problemer som generelt forbindes med bruk av rusmidler, benytter vi begrepene *ruslidelse* og *rusmisbruk* om hverandre.

Dobbeltdiagnose er begrepet vi bruker for å beskrive individer som har både alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Begrepet *sameksisterende lidelser* og *komorbiditet* brukes også for å henvise til lidelsene som en dobbeltdiagnose omfatter.

Begrepet *alvorlig psykisk lidelse* henviser til psykiske lidelser som har en alvorlig og vedvarende effekt på en persons psykososiale fungering, inkludert evnen til å arbeide, ivareta mellommenneskelige relasjoner og ta vare på seg selv. Slike lidelser innbefatter ofte psykotiske symptomer, som hallusinasjoner eller vrangforestillinger. De vanligste psykiske lidelsene er schizofreni, schizoaffektiv lidelse, bipolar lidelse og alvorlig depresjon med psykotiske symptomer; andre lidelser kan også være alvorlige, som angstlidelser (f. eks. posttraumatisk stresslidelse) og personlighetsforstyrrelser (f. eks. borderline personlighetsforstyrrelse).

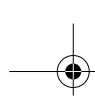
I samsvar med standard språkbruk innenfor rusfeltet, skiller vi mellom stoff og alkohol, mens vi om-

taler begge med samlebegrepet *rusmidler*. *Stoff* brukes om misbrukte ulovlige rusmidler, som cannabis, kokain, amfetamin, hallusinogener, beroligende midler og inhalasjonsmidler, og om medisiner som kjøpes på apotek, både reseptfrie og reseptbelagte medisiner. Selv om *alkohol* også er et rusmiddel, gir skillet mellom *alkohol* og *stoff* uttrykk for at alkohol er et lovlig rusmiddel og anerkjenner det faktum at alkoholforbruk og alkohollidelse er langt mer omfattende og vanlig enn alle andre typer stoffbruk og stofflidelser. Selv om nikotin og koffein har innvirkning på mentale prosesser og er avhengighetsskapende, vil vi ikke fokusere på effekten av disse, ettersom det ikke foreligger tilstrekkelig belegg for at disse midlene har negativ innvirkning på en persons psykososiale fungering eller utviklingen av en psykisk lidelse. Vi har imidlertid bemerket at klienter med dobbeltdiagnose som er i tilfriskning og har klart å redusere og bryte den negative effekten som rusmidlene har hatt på livene deres, ofte også har fokusert på andre henfallenheter – som å slutte å røyke og leve et generelt sunnere liv (f. eks. med trening og sunn kost).

Vi omtaler personer med dobbeltdiagnose som *klienter*. En undersøkelse blant personer som benyttet psykiske helsetjenester viste at de fleste foretrakk begrepet *klient*; deretter fulgte *pasient* og *konsument*¹ (Mueser, Glynn, Corrigan og Baber, 1996).

1. Etter at Pasientrettighetsloven også ble gjort gjeldende for personer med ruslidelse, og etter rusreformen der tverrfaglig spesialisert rusbehandling er blitt en del av spesialisthelsetjenesten i Helseforetakene, er det i Norge blitt mer og mer vanlig å kalle denne gruppen for pasienter. Vi har imidlertid i denne boka valgt å bruke det samme begrepet som forfatterne.

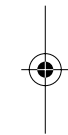
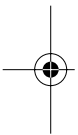
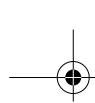


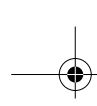


Innholdsoversikt

DEL I	INNFØRING	21
Kapittel 1	Rusmisbruk og alvorlig psykisk lidelse	23
Kapittel 2	Grunnregler for integrert behandling	36
Kapittel 3	Grunnleggende faktorer i organisering	53
DEL II	VURDERINGSPROESSEN	65
Kapittel 4	Vurdering I: Identifisering, klassifisering, funksjonsvurdering	67
Kapittel 5	Vurdering II: Funksjonsanalyse og behandlingsplanlegging	82
DEL III	INDIVIDUELLE TILNÆRMINGER	101
Kapittel 6	Trinnvis case management	103
Kapittel 7	Motiverende intervju	123
Kapittel 8	Kognitiv atferdsterapi	135
DEL IV	GRUPPEINTERVENSJONER	149
Kapittel 9	Overtalelsesgrupper	151
Kapittel 10	Aktiv behandlings-grupper	168
Kapittel 11	Sosial ferdighetstrening i grupper	180
Kapittel 12	Selvhjelpsgrupper	194
DEL V	FAMILIENE	203
Kapittel 13	Samarbeid med familien	205
Kapittel 14	Atferdsterapi med familier	214
Kapittel 15	Flerfamiliegrupper	233
DEL VI	ANDRE BEHANDLINGSTILNÆRMINGER	241
Kapittel 16	Boligprogrammer og andre boligtiltak	243
Kapittel 17	Ufrivillige tiltak og tvangsbehandling	253
Kapittel 18	Yrkesrettet rehabilitering	269
Kapittel 19	Psykofarmakologi	280
Kapittel 20	Forskning på dobbeltdiagnosebehandling	299



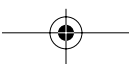


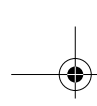


Innhold

DEL I INNFØRING

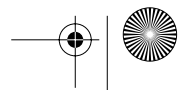
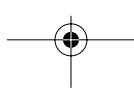
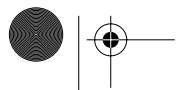
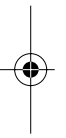
Kapittel 1	Rusmisbruk og alvorlig psykisk lidelse	23
	Forekomst av rusmisbruk	23
	Faktorer som påvirker forekomstestimer	24
	Livstidsforekomst av rusmisbruk ved alvorlig psykisk lidelse	24
	Forekomst av nylig rusmisbruk	26
	Rusmisbruk – demografiske, kliniske og historiske korrelater	26
	Demografiske korrelater	26
	Kliniske korrelater	27
	Historiske faktorer	27
	Rusmisbrukets innvirkning på psykiske lidelser	28
	Komorbiditetsmodeller	29
	Fellesfaktormodellen	29
	Selvmedisineringshypotesen	30
	Skadmodellen	32
	Gjensidig påvirknings-modellen	33
	Oppsummering av komorbiditetsmodellene	33
	Dobbeltdiagnosens naturlige sykdomsforløp	33
	Sykdomsforløp ved primær ruslidelse	33
	Sykdomsforløp ved dobbeldiagnose	34
	Oppsummering	35
Kapittel 2	Grunnregler for integrert behandling	36
	Tradisjonell behandling av personer med dobbeltdiagnose	36
	Sekvensiell behandling	36
	Parallell behandling	37
	Dårlige resultater ved tradisjonell behandling av klienter med dobbeltdiagnose	38
	Integrert behandling av psykiske lidelser og ruslidelser	38
	Komponentene i en integrert behandling og hvordan de samvirker	38
	Felles beslutningstaking	39
	Integrasjon	40
	Allsidighet	40
	Reduksjon av negative konsekvenser	44
	Et langsiktig perspektiv (Behandling uten tidsbegrensning)	44

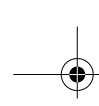




12 INNHOLD

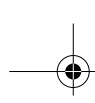
Motivasjonsbasert behandling	45
Psykoterapeutiske behandlingsmetoder	49
Oppsummering	51
Kapittel 3 Grunnleggende faktorer i organisering	53
Modeller for integrert behandling	53
Tjenester tilpasset «managed care»-systemet	54
Organisatoriske faktorer	55
Ledelse	55
Bemanning av kliniske behandlingsteam	56
Definering av målgruppen	57
Infrastruktur	58
Opplæring	58
Vurdering	59
Behandlingstilbud	59
Kontakt med selvhjelpsgrupper	60
Integrerte behandlingsnivåer	60
Evaluering av behandlingsprogrammer	60
Finansiering	61
Kliniske motsetninger og utfordringer	61
Vold og kriminalitet	62
Tvangsbehandling	62
Undersøkelser for bruk av narkotika og alkohol	62
Medikamenter	63
Avholdenhet og selvhjelpsprogrammer	63
Terapeutiske grenser	63
Komme i gang	64
Oppsummering	64
DEL II VURDERINGSPROSESSEN	
Kapittel 4 Vurdering I: Identifisering, klassifisering, funksjonsvurdering	67
En oversikt over vurderingsprosessen	67
Vanlige vurderingsproblemer	70
Manglende historiebeskrivelse	70
Benektelse og bagatellisering	70
Usikkerhet om rusmidlenes virkning	70
Skillet mellom primær og sekundær lidelse	71
Kognitive, psykotiske og stemningsrelaterte vrangforestillinger	71
Tidligere sanksjoner	71
Førmotiveringsstadiet	72
Ulike normer for ruslidelser	72
Påvise ruslidelse	72
Klassifisering	74
Funksjonsvurdering	76
Bakgrunnsinformasjon	76
Psykisk lidelse	76
Fysisk helsetilstand	77
Psykososial tilpasning	78
Bruk av rusmidler	78
Oppsummering	81





Kapittel 5	Vurdering II: Funksjonsanalyse og behandlingsplanlegging	82
	Funksjonsanalyse	82
	Funksjonell atferd og tilpasning	82
	Funksjonsanalysens natur	83
	Gjennomføre en funksjonsanalyse	85
	Behandlingsplanlegging	89
	Evaluere presserende behov	89
	Vurdere klientens motivasjon til å ta tak i rusmisbruket	90
	Velge atferdstyper som endringsmål	91
	Bestemme intervensjoner for å oppnå ønskede mål	94
	Velge målbare resultater for å evaluere virkningen av intervensjonene	95
	Velge oppfølgingstidspunkter for vurdering av behandlingsplanen	95
	Oppsummering	100
DEL III	INDIVIDUELLE TILNÆRMINGER	
Kapittel 6	Trinnvis case management	103
	Bruk av trinnvis case management ved behandling av dobbeltdiagnoseklienter	103
	Den kliniske case management-modellen	104
	Case management – funksjoner og aktiviteter	105
	Psykoterapeutisk arbeid	105
	Koordinering av det kliniske arbeidet og funksjonen som talsmann	109
	Å fremme rehabilitering og bedring	118
	Oppsummering	122
Kapittel 7	Motiverende intervju	123
	Motiverende intervju i dobbeltdiagnosebehandlingen	123
	Hva er motivasjon?	124
	Tiltak, målsetninger og strategier for motiverende intervju	124
	Oversikt	124
	Vise empati	125
	Etablere personlige mål	126
	Utvikle uforenlighet	127
	Å bevege seg med motstanden (Rolling with resistance)	129
	Støtte klientens drivkraft	131
	Strategier for å støtte klientens drivkraft	131
	Motiverende intervju i gruppe- og familierapi	132
	Gruppeintervensjon	132
	Familieintervensjon	133
	Oppsummering	133
Kapittel 8	Kognitiv atferdsterapi	135
	Kognitiv atferdsterapi og dobbeltdiagnosebehandling	135
	Kognitiv atferdsterapi i de fire behandlingsstadiene	136
	Engasjementstadiet	136
	Overtalelsesstadiet	137
	Aktiv behandlings-stadiet	140
	Tilbakefallsforebyggingsstadiet	145
	Oppsummering	146

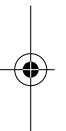


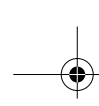


14 INNHOLD

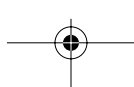
DEL IV GRUPPEINTERVENSJONER

Kapittel 9 Overtalelsesgrupper	151
Overtalelsesgruppens rolle i dobbeltdiagnose-behandlingen	151
Logistikk	152
Ledelse	152
Gruppebehandling integrert med andre intervensjoner	152
Setting	152
Størrelse	152
Møtetidspunkt og frekvens	153
Møtenes varighet	153
Krav og oppmøte	153
Å motivere klientene	153
Terapeutiske prinsipper	153
Unngå konfrontasjoner	154
Tilrettelegge for interaksjon med likesinnede	154
Lave forventninger, men oppfordring til oppmøte	154
Psykoedukasjon	154
Bruk av motivasjonsfremmende metoder	155
Tålmodighet og optimisme	155
Retningslinjer for gruppen	156
Konfidensialitet	156
Bruk av alkohol og narkotika	156
Forstyrrende atferd	157
Respekt for andre	157
Den første overtalelsesgruppetimen	157
Presentere formålet med gruppen	158
Presentasjon av medlemmene	158
Diskutere grupperegler	158
Avslutning	158
Struktur på videre gruppesamlinger	159
Rapportering	159
Diskusjonstemaer og aktiviteter	159
Avslutte gruppesamlingen	159
Gruppeprosessen	160
Konkrete temaer og aktiviteter for overtalelsesgrupper	161
Genogram (familiekart)	161
Informasjonstemaer	161
Sosial ferdighetstrening	162
Gjestetaler	163
«Krigshistorier»	163
Hyggetreff	163
Kunstprosjekter	163
Fagplan for overtalelsesgrupper	163
Oppsummering	167
Kapittel 10 Aktiv behandlings-grupper	168
Aktiv behandling-grupper i dobbeltdiagnose-behandlingen	168
Logistikk	169
Terapeutiske prinsipper	169
Tillatt konfrontasjon	170
Fremme mellommenneskelig interaksjon	170
Psykoedukasjon	170





Undervise ferdigheter og atferd	170
Støtte til rusfrihet og selvhjelpsprogrammer	171
Retningslinjer for aktiv behandlings-grupper	171
Gruppemøtenes struktur	171
Gruppeprosessen	172
Emner og aktiviteter for aktiv behandlings-grupper	172
Undervise om sosiale ferdigheter	173
Søvnhygiene	174
Ferdigheter i å mestre ubehagelige følelser	174
Mestre akutte behov	175
Vurdere selvhjelpsprogrammer	175
Etablere en tilbakefallsforebyggingsplan	176
Håndtere tilbakefall	176
Avslapning	177
Hyggelige aktiviteter	177
Separate eller kombinerte overtalelser- og aktiv behandlings-grupper?	178
Oppsummering	178
Kapittel 11 Sosial ferdighetstrening i grupper	180
Sosial ferdighetstrening i dobbeltdiagnosebehandlingen	180
Begrepsmessig grunnlag for sosial ferdighetstrening	181
Ulike typer sosiale ferdigheter	181
Ikke-ferdighetsrelaterte faktorer som kan påvirke sosial fungering	183
Logistiske hensyn	183
Møtenes varighet og hyppighet	183
Programmets varighet	183
Antall deltakere	183
Setting	184
Forsterke deltakelsen	184
Ledelse	184
Orientering av klientene	184
Fagplan for sosial ferdighetstrening	184
Ferdigheter i å avvise tilbud om rusmidler	185
Samtale- og vennskapsferdigheter	185
Selvhevdelse og konflikthåndtering	186
Ferdigheter i problemløsning	186
Fremgangsmåte for sosial ferdighetstrening	187
Trinnene i sosial ferdighetstrening: Å introdusere en ny ferdighet	187
Generaliserte ferdigheter	192
Oppsummering	193
Kapittel 12 Selvhjelpsgrupper	194
Selvhjelpsgruppens rolle i dobbeltdiagnosebehandlingen	194
AA og selvhjelpsbevegelsen	195
Historien bak Anonyme Alkoholikere	195
AA – prinsipper og retningslinjer	196
AA – møtetyper og formater	196
Fordeler med AA og lignende tolvtrinnsgrupper	196
Problemer med tradisjonelle tolvtrinnsgrupper for klienter med dobbeltdiagnose	197
Andre selvhjelpstilnærminger enn de tradisjonelle tolvtrinnsgruppene	198
Retningslinjer for å involvere klienter i selvhjelpsgrupper	199
Introdusere klienter til selvhjelpsgrupper som et mulig behandlingselement	199



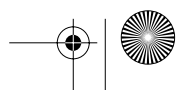
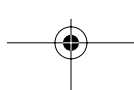
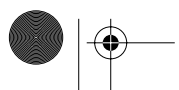


16 INNHOLD

Behandling av psykiske symptomer og svekkede sosiale ferdigheter som kan forstyrre deltakelse i selvhjelpsgrupper	200
Støtte klientenes engasjement i selvhjelpsgrupper	200
Gi etter hvis klienten ikke ønsker å delta i selvhjelpsgrupper	200
Oppsummering	201

DEL V FAMILIENE

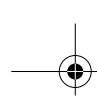
Kapittel 13 Samarbeid med familien	205
Familiesamarbeidets rolle i behandlingen av klienter med dobbeltdiagnose	205
Hvem er familiemedlemmene til en klient med dobbeltdiagnose?	206
Betydningen av familieintervensjoner	206
Målet med familiearbeid	207
Øke kunnskapene om dobbeltdiagnose-lidelsene	207
Redusere familiestress	207
Styrket oppfølging av behandlingsopplegget	207
Bedre kommunikasjon mellom familien og behandlingsteamet	208
Koordinere familiens og behandlingsteamets arbeid	208
Redusere rusmisbruket og innvirkningen på resten av familien	208
Prinsippene bak familiesamarbeid	208
Engasjere familiemedlemmene på deres egne premisser	209
Tilby kontinuerlig interaktiv psykoedukasjon	209
Minske spenning og konflikt på familiemøter	209
Familiearbeid er samarbeid	209
Familiearbeid med fokus på fremtiden	210
Vurdere hele familiens behov, ikke bare klientens	210
Unngå å klandre familien	210
Håndtere familiens muliggjørende (eng. enabling) atferd	210
Psykoedukasjon og problemløsning	210
Løsninger på vanlige «muliggjørersituasjoner»	211
Stadiumbasert familiebehandling	211
Engasjement	211
Overtalelse	212
Aktiv behandling	212
Tilbakefallsforebygging	212
Ressurser for familien	213
Oppsummering	213
Kapittel 14 Atferdsterapi med familier	214
BFT-metodens rolle i dobbeltdiagnosebehandling	214
Oversikt over BFT-modellen	215
Vurderinger av rammer	216
Møtested	216
Hyppighet	216
Møtenes varighet	216
Møtedeltakere	217
Familiemøter mellom BFT-møtene	217
Respondere på kriser og stress i familiemøter	217
Langvarige problemer – men uten krisestemning	217
Kriser som må tas opp på møtene	218
De seks stadiene i BFT	218
Etablere kontakt (1–3 møter)	218





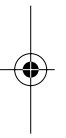
Vurdering (2–5 møter)	219
Psykoedukasjon (6–8 møter)	222
Kommunikasjonstrening (4–8 møter, om nødvendig)	226
Problemløsningsstrening (5–15+ møter)	226
Velge problemer for problemløsningen	228
Gjennomføring	228
En kort beskrivelse av problemløsningsmøtene	228
Problemløsning i overtalelsesstadiet	229
Problemløsning i aktiv behandling- og tilbakefallsforebyggingsstadiene	230
Avslutning (1 møte)	230
Etterskrift: bruk og misbruk av rusmidler hos familiemedlemmer	231
Rusmisbruk som en felles aktivitet	232
Motiverende intervjuer	232
Dele bekymringer med et familiemedlem som bruker rusmidler	232
Rusmisbruk som forstyrrer familiemøtene	232
Oppsummering	232
Kapittel 15 Flerfamiliegrupper	233
Flerfamiliegruppens rolle i dobbeltdiagnose-behandlingen	233
Rammer for møtene	234
Møtetid og – sted	234
Gruppens sammensetning	234
Gruppeledere	234
Andre elementer	235
Gruppemøtenes struktur	235
Åpningshilsen, introduksjoner og utveksling	235
Presentasjon av tema	235
Gruppediskusjon	236
Oppsummering	236
Terapeutiske strategier og flerfamiliegrupper	236
Psykoedukasjon	237
Dele mestringsstrategier	237
Bekreftelse	237
Kommunikasjon mellom familier	237
Problemløsning	238
Temaer for flerfamiliegrupper	238
Oppsummering	240
DEL VI ANDRE BEHANDLINGSTILNÆRMINGER	
Kapittel 16 Boligprogrammer og andre boligtiltak	243
Boligprogrammer i dobbeltdiagnosebehandlingen	243
Ustabil boligsituasjon for dobbeltdiagnoseklienter	244
Systemproblemer	244
Rettslige problemer	244
Kliniske problemer	244
Boalternativer	245
Kliniske problemstillinger i boligprogrammer	246
Klientens behandlingsstadium	246
Klientens funksjonsnivå	246
Tilgang til selvhjelpsgrupper	246
Familiengasjement	246





18 INNHOLD

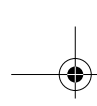
Gemini house	247
Struktur og bemanning	247
Filosofi	247
Programmet	247
Selvhjelp	249
Hjelp til klienter når boligprogrammer ikke er tilgjengelige	250
Finne et boalternativ	250
Strukturerte aktiviteter i en ny setting	250
Danne allianser med elementer i klientens sosiale nettverk	251
Oppsummering	251
Kapittel 17 Ufrivillige tiltak og tvangsbehandling	253
Tvangsbehandling i dobbeltdiagnosebehandlingen	253
Bakgrunnsbeskrivelse	254
Holdninger til tvangsbehandling	255
Forskning på tvangsbehandling	256
Betydningen av tett oppfølging i dobbeltdiagnosebehandlingen	256
Frivillige muligheter	257
Tommefingerregler	257
Evaluere behovet for tvunget eller ufrivillig tiltak	258
Er tvangsbehandling nødvendig – og vil det forhindre skade?	259
Hvordan vil tiltaket påvirke klientens motivasjon og vilje til bedring?	260
Hvordan vil behandlingen påvirke klientens selvkontroll?	261
Behandling i institusjon	262
Betydningen av arbeid med engasjement- og overtalelsesstadiene	262
Betydningen av psykososial rehabilitering	263
Incitament for deltakelse i dobbeltdiagnosebehandling	264
Oppfølgende behandling ute i samfunnet	264
Klienter med dobbeltdiagnose i rettsvesenet	265
Fengselsavvergingsprogrammer og <i>drug courts</i> eller <i>mental health courts</i>	265
Lokalbasert behandling av lovbrøttere	266
Dobbeltdiagnoseprogrammer i fengsel	266
Omfattende undersøkelse av psykisk helsetilstand	267
Etablere tillit og sikkerhet	267
Forberede lovbrøtterne på selvhjelpsgrupper ute i samfunnet	267
Syntese	268
Oppsummering	268
Kapittel 18 Yrkesrettet rehabilitering	269
Yrkesrettet rehabilitering og dobbeltdiagnosebehandling	269
Offentlig støttede arbeidstiltak	270
Dobbeltdiagnose og arbeidstiltak	271
Riktig jobb for riktig person og sårbarhet for rusmisbruk	271
Informasjon om klientens dobbeltdiagnose	271
Penger	272
Arbeidskonsulentens rolle i rusbehandlingsplanen	272
Tap av arbeid på grunn av rusmisbruk	272
IPS-modellen	273
IPS – en praktisk tilnærming	273
Opptakskriterier	273





Trygdeytelser	273
Vurdering og jobbutvikling	273
IPS-strategier	275
Tiltak ute i samfunnet	278
Oppsummering	279
Kapittel 19 Psykofarmakologi	280
Psykofarmakologiens rolle i dobbeltdiagnose-behandlingen	280
Generelle retningslinjer	281
Problemstillinger i psykofarmakologisk behandling av dobbeltdiagnoseklienter	281
Stille en diagnose og starte behandlingen	282
Informasjon, felles beslutningstaking og informert samtykke	282
Medikamenter – interaksjoner og sikkerhet	283
Medikamenter for spesifikke komorbide psykiatriske tilstander	286
Medikamenter for komorbid psykose	286
Medikamenter for komorbid bipolar lidelse	288
Medikamenter for komorbid depresjon	289
Medikamenter for komorbid angst	290
Medikamenter for ruslidelser	292
Disulfiram (Antabus)	292
Opiatantagonister	293
Acamprosate og Ondansetron	294
Metadon og Buprenorfin	294
Avrusning	294
Overvåke behandlingsresponsen	295
Oppfølging i det daglige	297
Oppsummering	297
Kapittel 20 Forskning på dobbeltdiagnosebehandling	299
Tradisjonell behandling av rusmisbruk i psykiatrien	299
Tidlige studier av integrerte behandlings-programmer	299
Kontrollerte studier av langvarig poliklinisk integrert behandling	300
Kontrollerte studier av integrerte boligprogrammer eller intensive dagbehandlingsprogrammer	300
Oppsummering av forskningen	302
Fremtidig forskning	302
Oppsummering	303
EPILOG: Å UNNGÅ UTBRENTET OG MANGLENDE TRO PÅ BEHANDLINGEN	304
Unngå å klandre klienten	304
Anerkjenn at begge lidelser er «primære»	305
Husk at de mest utfordrende klientene trenger mest hjelp	305
Se at klientene gjør så godt de kan	305
Unngå frustrasjon	305
Langsiktig perspektiv	305
Den «beste» løsningen er ikke alltid åpenbar	305
Se betydningen av en funksjonsanalyse	306
Konklusjoner	306





20 INNHOLD

APPENDIKS – SKALA FOR OPPFØLGING AV KLIENTER MED DOBBELTDIAGNOSE (DUAL-DISORDER TREATMENT FIDELITY SCALE)	307
Introduksjon til skalaen	307
Hvordan evaluere punktene	308
Hva evalueres	308
Hvem evalueres	308
Hvordan evalueringen foregår	308
Hvem foretar evalueringen	308
Hvem intervjues	308
Manglende data	308
Sjekkliste for oppfølgingskontroll	309
Før besøket	309
Under besøket	309
Etter besøket	309
Oppfølgingsskala-protokoll: definisjoner og skåring	310
1. Identifikasjon av klienter med dobbeltdiagnose	310
2. Integrert vurdering av klienter med dobbeltdiagnose	310
3. Omfattende vurdering av psykisk helse	310
4. Omfattende vurdering av rusmisbruk	311
5. Integrert behandlingsplan	311
6. Integrert kriseplan	311
7. Integrerte tjenester	311
8. Tjenestenes omfang	312
9. Tjenester uten tidsbegrensning	313
10. Kapasitet til oppsøkende tiltak	313
11. Klient/behandler-ratio	313
12. Integrert gruppebehandling for klienter med dobbeltdiagnose	313
13. Gruppebehandling	314
14. Individuelle motiverende intervjuer	314
15. Individuell kognitiv atferdsterapi	315
16. Familieterapi	315
17. Farmakologisk behandling av psykiske lidelser	315
18. Hjelp til selvhjelp	316
19. Stadiumbasert behandling	316
20. Reduksjon av negative konsekvenser	316
LITTERATURLISTE	323

