

Artikel i Angstforeningens Nyhedsbrev, Angstavisen, nr. 24, , s 4-7, april 2009.

ANGST og MISBRUG EN VANSKELIG COCK-TAIL

Jørn Lykke, klinikchef, overlæge & Irene Oestrich, centerleder, psykolog, ph.d.

Center for kognitiv terapi, afd. M, Psykiatriske Center Sct. Hans.

Såvel angst som misbrug er tilstande, der ødelægger livskvaliteten hos den, der rammes. Hos mennesker, hvor der både er en psykisk lidelse og et misbrug til stede samtidigt, beskrives denne tilstand som en dobbelt-diagnose.

Angsten forstærkes af misbruget og misbruget forstærkes af angsten, hvilket gør det ekstra vanskeligt for patienten, at komme ud af den onde cirkel. Det har vist sig, at den traditionelle opdeling i misbrugsbehandling og behandling af den psykiske lidelse, er mindre effektiv end en integreret behandling, hvor behandlingen er rettet såvel imod den psykiske lidelse som misbruget.

Vi ved, at omkring en femtedel af personer med angst, samtidig har et misbrug. Over en fjerdedel der lider af en angstlidelse, vil i løbet af deres tilværelse udvikle et misbrug og jo tidligere sygdomsudbruddet sker, jo større risiko er der for udvikling af en mere kronisk tilstand. Den mest hyppige form for misbrug hos dobbelt-diagnose patienter med angst, er alkohol- og benzodiazepinmisbrug. Angst hos denne gruppe forekommer hyppigst som fobiske angsttilstande eller posttraumatiske stresstilstande.

Da der i følge Sundhedsministeriets opgørelse for 2007 er omkring 350.000 mennesker med en behandlingskrævende angsttilstand, er risikoen for at udvikle kompliceret misbrug stort hos denne gruppe og det er afgørende med et rigtigt behandlingstilbud.

I traditionelle psykiatrisk behandling af dobbeltdiagnose patienter med misbrug og angst, betragtes misbruget som sekundært til angsttilstanden. Det er traditionelt holdningen at angstpatienten forsøger at "selvmedicinere" med fx alkohol. Der er således tale om en uhensigtsmæssig copingstrategi (mestringsforsøg) overfor angsten. Mennesker med angst har svært ved at regulere følelser med mere hensigtsmæssige metoder. Men hvis behandlingen ensidigt rettes imod angsttilstanden, bliver misbrugsproblemet nedtonet.

Vi ved at alkohol og andre psykoaktive stoffers toksiske effekt og den abstinensstilstand, der følger med at misbruge, i sig selv kan udvikle angsttilstande. Når følgerne af misbruget bringer dobbelt-diagnose patienten i behandling, vil denne ofte blive henvist til traditionel misbrugsbehandling.

Her ser misbrugsbehandlingssystemet ofte angstforstyrrelsen som noget sekundært og et resultat af et vedvarende misbrug. Da der er tale om to problemer med hver deres negative konsekvenser, kan det ensidige fokus i det psykiatriske behandlingssystem og misbrugsbehandlingssystemet let resultere i at patienten kommer i klemme mellem de to behandlingssystemer og bliver svingdørspatient. Resultatet er ustabil og ineffektiv behandling, hvor energien går med at diskutere, hvilken lidelse, der må betragtes som primær og mest relevant.

Dobbelt-diagnose er dobbelt lidelse og dobbelte samfundsmæssige konsekvenser. Igennem de sidste 15-20 år, er det påvist, at en integreret behandlingsindsats, giver langt de bedste resultater. Det vil sige der skal sættes ind psykologisk og psykiatrisk overfor såvel angsten som misbruget.

I den integrerede behandling er der fokus på udredning og behandling af dobbelt-diagnose tilstanden. Som udgangspunkt tages der stilling til, hvad der udløser og hvad der vedligeholder problemadfærden og behandlingen er person baseret snarere end symptomfikeret.

En meget vigtig del af behandlingen er at tilpasse den til patientens behov. Der er forskellig parathed til forandring og forskellig motivation afhængig af den følelsesmæssige tilstand og misbrugets omfang. Personer med dobbelt-diagnose har ekstra svært ved at holde motivationen og engagere sig i et vellykket behandlingsforløb. Der er især risiko for at behandlingen mislykkes og bliver endnu et nederlag, hvis der er tale om et lavt psykosocialt funktionsniveau, altså lavt selvværd, mangelfulde færdigheder og mangel på psykologisk modstandskraft. Den terapeutiske behandling i den integrerede behandling fokuserer på de underliggende psykiske problemer og tager udgangspunkt i personens ressourcer og færdigheder. Den terapeutiske behandling kræver som udgangspunkt etablering af en god relation til dem der skal hjælpe og i dobbelt-diagnose behandling er en stabil kontaktperson/case manager med til at sikre at behandlingen fortsætter selvom der undervejs er tilbagefald.

Kognitiv adfærdsterapi har vist opløftende resultater, når det drejer sig om terapeutisk indsats overfor dobbeltdiagnosen med angst og misbrug.

Kognitiv adfærdsterapi har den holdning, at selvom angst og psykose har biologisk oprindelse, udspringer symptomerne af miljømæssige, kognitive, fysiologiske og adfærdsmæssige faktorer, som kan ændres.

Behandlingsmæssigt tages udgangspunkt i normalisering af uhensigtsmæssige reaktionsmønstre. Det er uhensigtsmæssigt at reagere på angst og ubehag med undvigelse og forsøge at undertrykke følelser og kropsligt ubehag med kunstige stimulanser. Når man laver en kognitiv analyse, hvor man forbinder tanker, følelser, krop og adfærd samt klarlægger hensigten med det uhensigtsmæssige reaktionsmønster, kan man lægge klare og individualiserede behandlingsmål.

Normalisering betyder også at patienten selv forstår hvad det er der går galt i det psykiske reaktionsmønster og at tanker som ”Jeg kan ikke klare det”, ”Jeg må have noget sprut lige nu”, ”Jeg er ligeglad med aftaler, jeg skal bare af med ubehaget” i høj grad vedligeholder problemet.

Motivationen øges gennem psykoedukativ indsats, hvor patienten inddrages i opdagelse af sammenhænge og løsningsmuligheder under kyndig vejledning:

De fleste dobbeltdiagnose patienter ved godt at de er ekstra sårbare overfor stress, men de skal opdage hvad det betyder for deres tolerance og tendens til undvigelse (gennem alkohol og stoffer)
De skal opdage hvad der trigger misbruget og hvad følelser er for noget i det menneskelige navigationssystem. Såvel tanker som følelser er vigtige indre processer, der kan arbejde for en, når de indre processer er velintegrerede og velfungerende og imod en, når der er kortslutninger og mangler. Patienten har også brug for at vide, hvad der er almindeligt. Det er fx almindeligt at forsøge at komme væk fra noget der skaber modvilje og angst, hvis man ikke mener at man har styrke og copingstrategier til at klare det eller problemløse. Indbildte trusler, negative og destruktive tanker, følelsesmæssigt kontrolsvigt er alt sammen noget der forøger patientens vanskeligheder.

Følelsen af at være et offer, vrede og bitterhed på hele verden og isolation og følelsesmæssig undvigelse er en del af hele dobbelt-diagnose problemstillingen og reaktionsmønstret har hos de fleste patienter været problematisk langt før sygdommen har udviklet sig.

Terapien omfatter

- Grundig adfærdsanalyse og grundig kognitiv analyse med fokus på hvad det er patienten forsøger at løse med sit misbrug og sin undvigelse
- Kognitiv problemformulering og målsætning med klare, realistiske mål
- Motivation med fokus på fordele ved at hamle op med angsten og holde aftalerne
- Identifikation af tanker og følelser og fokus på risikosituationer
- Stressreduktion: at sætte realistiske mål og have realistiske forventninger

- Angstreduktion: beroligende vejtrækning, beroligende tænkning (omstrukturering af destruktive tanker til konstruktive tanker), øgning af modstandskraft og copingstrategier, herunder sund problemløsning
- Regulation af følelser og følelsesmæssig intensitet, som dobbelt-diagnose patienten ofte har en lav tolerance overfor
- Symptommestring: det kropslige ubehag går over, hvis man anvender passende beroligende strategier. Formindskelse af uhensigtsmæssig sikkerhedssøgende adfærd
- Øgning af selvværd og gode karakteregenskaber (som fx at holde en aftale man har lavet med sin kontaktperson og sig selv)
- Træning af sociale færdigheder, som mange års misbrug som regel har forsømt. Det gælder såvel kommunikationsfærdigheder som problemløsningsfærdigheder og selvbeskyttende færdigheder.
- Coping med den sansemæssige hypersensitivitet, der ofte er karakteristisk for denne gruppe patienter

Hele den kognitive værktøjskasse med eksponering, adfærds- og tankeeksperimenter, response prævention (hindring af uhensigtsmæssige reaktioner) og ændring af destruktive tankemønstre samt regulering af følelser og opbygning af modstandskraft tages i brug i integreret behandling.

Patienten og terapeuten arbejder aktivt og eksperimentelt – med hensyntagen til patientens vulnerabilitet (sårbarhed) – med formindskelse af risikofaktorer, hindring af tilbagefald og opbygning af psykologisk immunitet i form af bedre netværk, bedre problemløsning, bedre selvværd og bedre færdigheder.