

Region Hovedstadens Psykiatri  
Psykiatrisk Center Sct. Hans  
Afdeling M

# Evaluering af kognitiv miljøterapi af dobbeltdiagnose patienter

Rapport



# Psykiatrisk Center Sct. Hans, afdeling M

## Evaluering af Kognitiv Miljøterapi af dobbeltdiagnose patienter

Rapport, februar 2007

Udarbejdet af

Ledende overlæge Jørn Lykke,  
Forskningspsykolog Stephen Austin  
Centerleder ph.d., psykolog Irene Oestrich, Center for kognitiv terapi.

### **Region Hovedstadens Psykiatri**

Psykiatrisk Center Sct. Hans  
Boserupvej 2  
4000 Roskilde

Telefon: 46 33 46 33

E-mail: [sct.hans.hospital@shh.regionh.dk](mailto:sct.hans.hospital@shh.regionh.dk)

[www.psykiatri-scthans.dk](http://www.psykiatri-scthans.dk)

**ISBN 978-87-89726-05-2**

## Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning.</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Resumé.</b>	<b>3</b>
<b>2.0. Målgruppe.</b>	<b>4</b>
<b>2.1 Behandling</b>	<b>4</b>
<b>2.2 Projektet.</b>	<b>5</b>
<b>3.0 Metode</b>	<b>5</b>
<b>3.1 Deltagere</b>	<b>5</b>
<b>3.2 Behandling</b>	<b>6</b>
<b>3.3 Design</b>	<b>6</b>
<b>3.4 Statistik</b>	<b>9</b>
<b>3.5 Kvalitetssikringen af behandlingen - Checklisten</b>	<b>9</b>
<b>4.0 Resultater</b>	<b>10</b>
<b>4.2 Evaluering af behandlingsforløb af 100 dobbeltdiagnose patienter.</b>	<b>10</b>
<b>4.3 Måling af de specifikke behandlingstilbud: grupper for angst, misbrug og lavt selvværd.</b>	<b>14</b>
<b>4.4 Indsamling af data om behandlingsmiljøet fra indlagte patienter og personale.</b>	<b>15</b>
<b>5.0 Budget</b>	<b>17</b>
<b>6.0 Referencer</b>	<b>18</b>

## 1. Indledning.

Sindslidende med en alvorlig psykisk lidelse og som samtidig har et stort misbrugsproblem (dobbeltdiagnose) har igennem mange år været en stor udfordring i social- og sundhedssektoren. I regeringens redegørelse "Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere" fra februar 2002 anslås det, at der på landsplan er 1.000-1.500 sindslidende misbrugere, hvoraf en tredjedel bor i Københavnsområdet. I samme redegørelse er det fremhævet, at stofmisbrugere med en psykiatrisk lidelse har en særlig risiko for at "falde mellem to stole" i behandlingssystemet – det psykiatriske behandlingssystem eller behandlingsinstitutioner for stofmisbrugere. Det anbefales i den sammenhæng, at det primære ansvar for behandling af stofmisbrugere med dobbeltdiagnose lægges i det psykiatriske system. Regeringens redegørelse og andre rapporter, "Behandling af psykotiske patienter med misbrugsproblemer i H:S", udarbejdet af en arbejdsgruppe under H:S, Sundhedsfagligt Råd for psykiatri, december 2002 og "Rapport om amternes indsats for sindslidende misbrugere", september 2005, anbefalede, at der blev opbygget en specialviden om denne gruppes forhold og behandling i psykiatrien. I forbindelse med Indenrigs- og Sundhedsministeriets Psykiatripulje 2003-2006 til forankring og udbygning af tilbuddene til mennesker med sindslidelse fik Psykiatrisk Center Sct. Hans, afdeling M, bevilliget 1,5 millioner fra Psykiatri Puljen C til gennemførelse af et evalueringsprojekt af kognitiv miljøterapi af sindslidende med misbrug (dobbeltdiagnose) i H:S. Denne rapport er udfærdiget på grundlag af de indsamlede data fra evalueringsprojektet.

### 1.1. Resumé.

Evalueringen af kognitiv miljøterapi af 136 dobbeltdiagnosticerede sindslidende indlagt Psykiatrisk Center Sct. Hans i perioden 2004 til 2006. At 75 % (102 patienter) gennemførte aftalte behandlingsforløb. Gennemsnitsalderen var 40 år. Det var overvejende mænd (65 %) med en sygdomsvarighed på 8 år. For ca. 2/3 vedkommende var den psykiske lidelse skizofreni og misbrug, der i gennemsnit havde haft en misbrugsvarighed på 14 år, overvejende blandingsmisbrug og alkohol. De demografiske data af deltagerne i projektet tilhører den gruppe dobbeltdiagnosticerede sindslidende, der har risiko for at falde "imellem to stole".

I den aktuelle undersøgelse er det påvist, at kognitiv miljøterapi giver en påviselig forbedring i psykiske symptomer og funktionsniveau samt nedsat misbrug.

Patienterne i undersøgelsen rapporterer et lavere niveau af angst og depressive symptomer.

Samtidig viser de en signifikant stigning i selvværd, større kendskab til egne reaktioner, strategier og anvendelsen af strategier mod misbrug efter deltagelse i misbrugsgruppe, som er en del af den kognitive miljøterapeutiske behandling (2/3 af patienterne har intet misbrug ved udskrivelsen).

Vurderingen af behandlingsmiljøet viser, at patienter og personale har en fælles opfattelse af, at kognitiv miljøterapi er passende til behandling af dobbeltdiagnose patienter.

Evalueringen viser at kognitiv miljøterapi giver oplevelse af høj støtte og behandlingsklarhed i dagligdagen på afdelingen. Modsat findes personalekontrol og oplevet aggression meget lavt repræsenteret i miljøet.

Ud fra resultatet af evalueringen, er det vigtigt at bygge videre på disse lovende resultater og anbefale indførelse af kognitiv miljøterapi i behandling af indlagte dobbelt diagnosticerede sindslidende.

Det kan anbefales at undersøge langtidseffekten af kognitiv miljøterapi i behandling i det ambulante tilbud til denne målgruppe og i den anledning at fokusere mere på de psykologiske faktorer, herunder patienternes tankeprocesser og adfærd samt deres sociale færdigheder og selvværd.

## 2.0. Målgruppe.

Dobbelt-diagnose er defineret som en psykisk lidelse, hvor der samtidig er et misbrug tilstede (Minkoff 2001). Når psykisk lidelse og misbrug er til stede samtidig, skal begge diagnoser bestemmes primært, og behandlingen skal være rettet imod dobbeltdiagnosen (Minkoff 2001). Dobbeldiagnose tenderer mod at blive en kronisk recidiverende tilstand, som persisterer over mange år (Drake et al. 1996).

Co-morbiditeten mellem psykiatrisk lidelse og stofmisbrug er meget almindeligt. Mindst 50 % af patienter med en alvorlig psykisk lidelse udviser dobbelt-diagnose i løbet af deres tilværelse. Omkring 25-35 % af patienter med en alvorlig psykisk lidelse har et manifesteret stofmisbrug inden for de sidste 6 måneder (Mueser et al. 1995).

Undersøgelser viser, at misbruget fortsætter hos patienter med dobbelt-diagnose, selv efter at patienterne har modtaget adækvat psykiatrisk behandling (Morse et al 1992). Patienter med dobbelt-diagnose har en højere sensitivitet overfor psykoaktive stoffer (Mueser et al 1998b). Dette betyder, at relativ mindre alkoholmængde eller brug af andre psykoaktive stoffer har negativ virkning på den psykiske stabilitet (forværrelse af symptomer og psykosociale forhold samt negativ indflydelse på sociale kontakter, økonomi og boligforhold pga. deres adfærd) (Drake & Brunette 1998).

Mange undersøgelser viser, at misbrug hos dobbelt-diagnose patienter er forårsaget af selvmedicinering af den psykiatriske lidelse og symptomerne. (Lehmann et al 1989). For dobbelt-diagnose patienterne er misbruget mere korreleret til ensomhed, social angst, tristhed og søvnbesvær end til specifikke psykiatriske symptomer eller bivirkninger ved den psykofarmakologiske behandling (Drake & Mueser 2000).

## 2.1 Behandling

Selv om der mangler data vedrørende specifikke interventionsteknikker, er der bred enighed blandt forskere og klinikere om det generelle behov for udvikling af behandlingstilbuddet til dobbeltdiagnosepatienter (Bellack & DiClemente 1999):

1. Et program, som integrerer og koordinerer elementer for både psykiatrisk behandling og stofmisbrugsbehandling.
2. Behandling, som passer til patienternes parathed til forandring og tager hensyn til patienternes grad af motivation for deltagelse. Motivation og modtagelighed vil variere i løbet af behandlingen.

Den integrerede model inkluderer teknikker så som psykoedukation, motiverende strukturerede samtaler og kognitiv adfærdsterapi. En vigtig komponent for en succesfuld behandling af patienter med dobbeltdiagnose er at skabe et stabilt og støttende miljø, hvor rammerne for at opbygge og vedligeholde et godt socialt netværk er til stede.

Afdeling M, Psykiatrisk Center Sct. Hans, varetog forsat i undersøgelsesperioden specialefunktion overfor dobbelt diagnosticerede sindslidende i H:S og har igennem de sidste 6 år arbejdet med implementering af kognitiv miljøterapi i sit behandlingstilbud. I forbindelse med etablering af 3 integrerede afsnit i 2003, i alt 84 sengepladser, blev kognitiv miljøterapi etableret for dobbeltdiagnose patienter i Fjordhus. (sengepladserne blev 1. januar 2006 reduceret til 2 afsnit, med i alt 56 sengepladser).

Kognitiv miljøterapi er en intensiv, integreret tidsbegrænset behandling, hvor der er fokus på både håndtering af misbrug og psykiske symptomer og deltagelse i et støttende miljø. Flere gange ugentligt, nogle gange dagligt, trænes patienterne i miljøet i at udvikle nye adfærdstrategier i tilbagefaldssituationer,

fastholde motivationen for ændringer, psykoedukation, social træning og træning i problemløsning. Der arbejdes individuelt og i gruppe med specifikke interventionsteknikker. Behandlingstilbudet pågår samme sted under hele behandlingsforløbet. Det er patientens aktuelle pleje- og behandlings behov, der er styrende for den aktuelle personalefordeling i enheden.

## 2.2 Projektet.

Projektets titel er:

”Kvalitativ og kvantitativ undersøgelse af kognitiv miljøterapeutisk behandling af indlagte dobbeltdiagnose patienter (psykose og misbrug) på Sct. Hans Hospital”.

Evalueringen foregik i perioden 2004-2006 og har undersøgt tre områder:

A) at måle ændringer i patientstilstand af 100 dobbelt-diagnoser patienter før og efter behandlingsforløbet gennem en vurdering af graden af psykopatologi, misbrug, samt angst, selvværd og tilfredshed.

B) at måle effekten af de individuelle behandlingstilbud, der gives til patienter med dobbelt-diagnose i den kognitive miljøterapi (grupper for angst, lavt selvværd, og misbrug).

C) at vurdere patienternes og personalets opfattelse af behandlingsmiljøet skabt af kognitiv miljøterapi.

Baseret på disse tre områder er følgende hypoteser opstillet:

Hypotese 1: Patienter, som modtager kognitiv miljøterapi vil vise en signifikant forbedring er deres psykopatologi, misbrug og funktionsniveau.

Hypotese 2: Patienter, som deltager i gruppebehandling for lavt selvværd, misbrug eller angst vil vise en tilsvarende forbedring i selvværd, fald i angst eller nedsat misbrug.

Hypotese 3: Kognitiv miljøterapi vil skabe et passende behandlingsmiljø som både patienter og personalet er tilfredse med.

## 3.0 Metode

### 3.1 Deltagere

Alle indlagte patienter i Fjordhus, som opfyldte inklusionskriterierne deltog i evalueringen.

Inklusionskriterierne er:

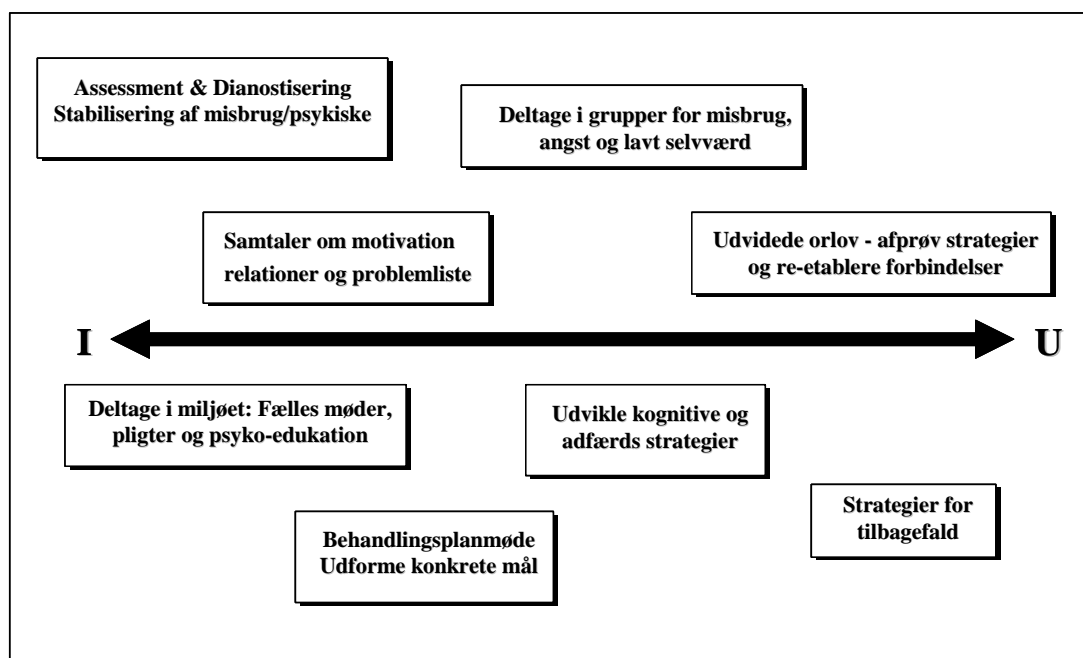
1. Patienterne skal have en dobbeltdiagnose, som dækker misbrugsdiagnose (F10-19) og alvorlig psykisk lidelse (F20-39)
2. Patienterne skal være frivilligt indlagt og må ikke have organisk hjerneskade eller være dømt til behandling
3. Patienterne skal være i stand til at give samtykke for at deltage i evalueringen

### 3.2 Behandling

Alle patienter skal modtage kognitiv miljøterapi og deltage aktivt i behandlingstilbuddet. Figur 1 viser en oversigt af det typiske kognitive miljøterapeutiske behandlingsforløb. Efter indlæggelse udfylder patienten en række screeningsskemaer og deltager i forskellige samtaler, hvor information, som kan anvendes til planlægning af deres behandling indhentes. Der er en forventning til, at patienten bidrager aktivt til behandlingsmiljøet og deltager i fællesmøder, psykoedukation samt fællespligter.

Behandlingsforløbet består af både individuel - og gruppeterapi, hvor der er fokus på socialisering til den kognitive model, psykoedukation og udvikling af kognitive - og adfærdsstrategier til håndtering af psykiske problemer og misbrug. Den sidste del af behandlingen består af strategier for tilbagefald og udvidet orlov, hvor patienten kan afprøve de lærte strategier i deres dagligdag.

Figur 1. Behandlingsforløbet i kognitiv miljøterapi



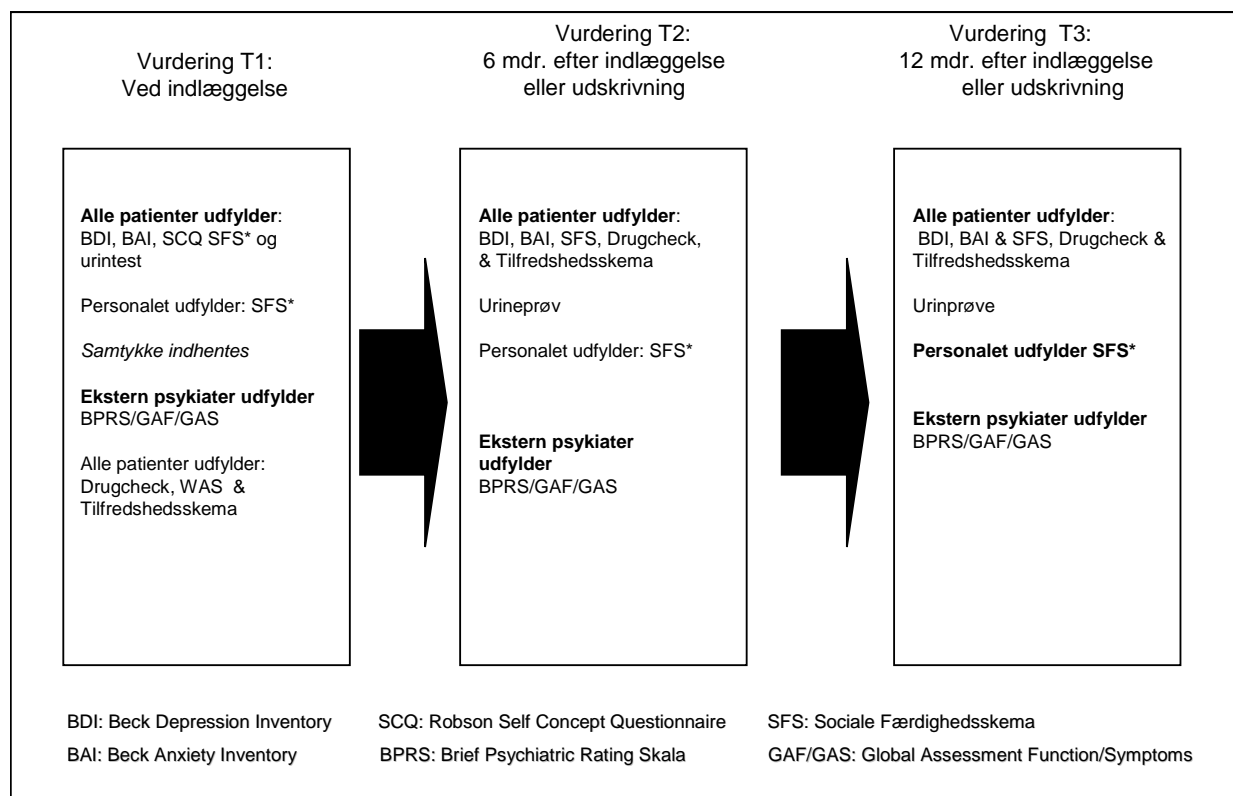
### 3.3 Design

Evalueringen dækker tre områder, der hvert har deres eget design.

Hypotese 1: måler ændringer i patientstilstand af 100 dobbeltdiagnose patienter før og efter behandlingsforløbet ved vurdering af graden af psykopatologi, misbrug, samt angst, selvværd og tilfredshed.

Figur 2 viser det anvendte design til at teste hypotese 1. Metoden er *et within-subjects repeated measures* undersøgelsesdesign, hvor alle forsøgspersoner, som opfylder inklusionskriterierne bliver tilbudt at deltage i evalueringen. Der er en forventning om, at patienter som modtager kognitiv miljøterapi vil vise en signifikant forbedring af deres psykopatologi, misbrug og funktionsniveau.

Figur 2. Design for evalueringen af 100 indlagte dobbeltdiagnoser patienter (Hypotese 1)



Efter indlæggelse udfylder patienten de screeningsskemaer, som måler angst, depressive symptomer, selvværd og sociale færdigheder (BAI, BDI, SCQ og SFS kort). Efter samtykke fra patienten vurderer en ekstern psykiater patientens psykopatologi og funktionsniveau (BPRS, GAF, GAS). Patienten udfylder også skemaer, som måler deres tilfredshed med behandlingen og deres opfattelse af behandlingsmiljøet (WAS - Ward Atmosphere Scale). Informationer vedrørende misbrug indhentes via en urinprøve og Drugcheck skemaet.

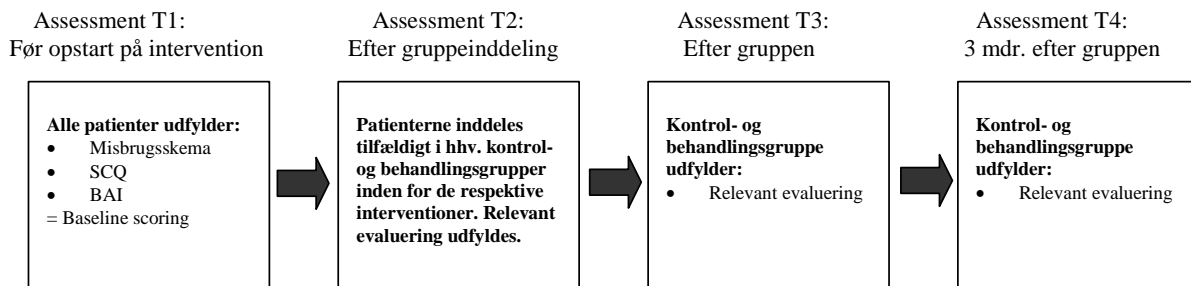
Hypotese 2: måler ændringer af patientens symptomer efter deltagelse i misbrugsgruppe (Misbrugs-skema), selvværdsgruppe (SCQ) eller angstgruppe (BAI).

Figur 3 viser det anvendte design for at teste hypotese 2. Designet er et *between-subjects repeated measures* undersøgelsesdesign, hvor forsøgspersonerne udvælges på baggrund af deres basislinie scoringer og inddeles derefter tilfældigt i henholdsvis en kontrol eller ventelistegruppe- og en behandlingsgruppe for hver af de specifikke interventioner.

Begge grupper udfylder de relevante skemaer før, efter og ved 3 måneders follow-up. Ventelistegruppen må indgå i behandlingsgruppe efter 3 måneders vurderingen. Der er en forventning om, at patienter som deltager i gruppebehandling for lavt selvværd, misbrug eller angst vil vise en tilsvarende forbedring i selvværd, fald i angst eller nedsat misbrug.



Figur 3. Design for evalueringen af misbrug, selvværd og angst grupper (Hypotese 2)



Tidligere undersøgelser har vist, at oprettelsen af et passende behandlingsmiljø kan øge patientens deltagelse og forbedre behandlingsresultaterne (Friis 1986, Eklund & Hansson 1997). Det er muligt, at måle atmosfæren skabt af kognitiv miljøterapi ved brug af et godkendt skema - Ward Atmosphere Scale (Moos 1996). Skemaet måler tre dimensioner i behandlingsprogrammet: forhold, personlig vækst og systemvedligeholdelse (Figur 4). En version af skemaet måler, hvordan miljøet opfattes nu (WAS reale), og en anden version måler, hvordan miljøet ønskes (WAS ideale).

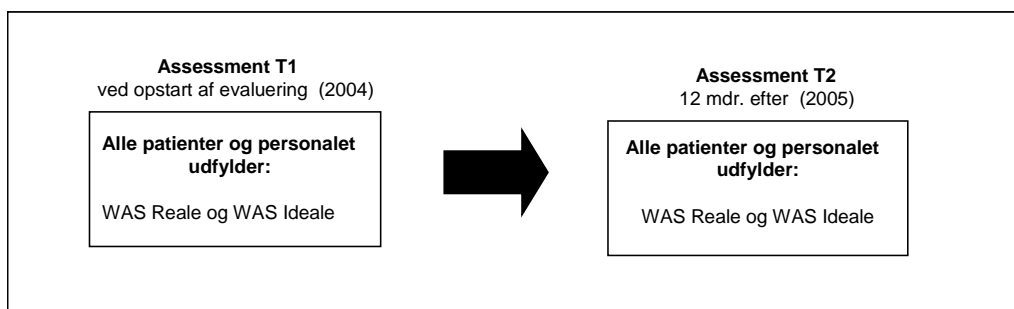
Figur 4. Dimensioner i Ward Atmosphere Scale (WAS)



Hypotese 3: måler patienternes og personalets opfattelse af behandlingsmiljøet skabt af kognitiv miljøterapi.

Figur 5 viser de anvendte design til at teste hypotese 3. Der er en forventning om, at kognitiv miljøterapi vil skabe et passende behandlingsmiljø, som både patienter og personalet er tilfredse med.

Figur 5. Design for evalueringen af behandlingsmiljøet (Hypotese 3)



### 3.4 Statistik

Undersøgelingsdesignet er baseret på gentagen evaluering inden for de samme kategorier (*Repeated Measures Design*), der indsamles data inden for de samme områder på forskellige tidspunkter. Den statistiske analyse, som passer til dette undersøgelsesdesign er *Repeated Measures Analyses of Variance* - også kaldet ANOVA. Denne statistiske procedure anvendes i forbindelse med at måle ændringer i patientstilstand (Hypotese 1) og at måle patienternes og personalets opfattelse af behandlingsmiljøet (Hypotese 3). Når man sammenligner to forskellige grupper (f.eks. en behandlings- og kontrolgruppe) skal en Analysis of Covariance eller ANCOVA (Tabachnick & Fidell 1996) gennemføres. Denne statistiske procedure passer til vurdering af ændringer i patientsymptomer efter deltagelse i forskellige grupper (Hypotese 2).

### 3.5 Kvalitetssikringen af behandlingen - Checklisten

For at sikre, at standarden af den implementerede og evaluerede kognitive miljøterapi er i orden er en "checkliste" blevet udviklet, som skal kvalitetssikre behandlingen (figur 6).

Checklisten udfyldes for alle patienter, som indgår i evalueringen. Derudover modtager personalet regelmæssig supervision for at sikre implementeringen af de fundamentale elementer af kognitiv miljøterapeutisk behandling. Målet er, at minimum 80 % af de patienter, der deltager i evalueringen og gennemfører behandlingen har deltaget i de forskellige elementer af kognitiv miljøterapi.

Figur 6. Kvalitetssikring for kognitiv miljøterapi- Checklisten

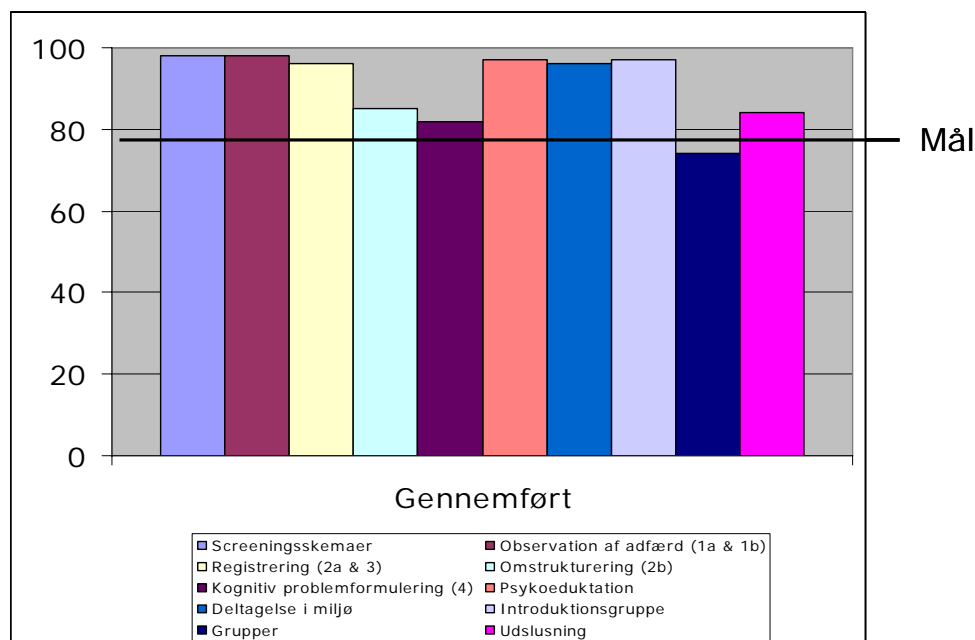
- Udfyldelse af screeningsskema: BDI, BAI, SCQ & SFS kort
- Observationsskemaer: Skema1a, 1b, 2a & 3
- Omstruktureringsskema: Skema 2b
- Kognitiv problemformulering: Skema 4
- Deltagelse i psykoedukation
- Deltagelse i patientmøde og afsnitspligter
- Deltagelse i introduktionsgruppe
- Specifik behandlingsgruppe: misbrug, angst og selvværds
- Udslusningsfase

## 4.0 Resultater

### 4.1 Kvalitetssikringen af behandlingen

Checkliste resultaterne for patienterne, som gennemførte behandlingen (N=102) fremgår af figur 7. Med undtagelse af deltagelse i grupper, som ligger på 74 % er målet omkring indhold i behandlingen indfriet. Udfra resultaterne er det muligt at konstatere, at patienter indlagt i Fjordhus modtager de fundamentale elementer, som kognitiv miljøterapeutisk behandling består af. Implementeringen af forskning i daglig praksis viste sig at være en proces, hvor mange hindringer skulle overvindes og vi har samlet nyttig erfaring til fortsat forbedring af metoderne (Oestrich, Austin & Tarrier 2007)

Figur 7. Implementering af kognitiv miljøterapi



I det følgende afsnit præsenteres resultaterne af evalueringen. Afsnittet er struktureret ud fra de tre områder, som evalueringen har dækket, A) ændringer i patienternes tilstand efter deltagelse i kognitiv miljøterapi, B) ændringer i symptomer efter deltagelse i forskellige grupper og C) opfattelsen af behandlingsmiljøet.

### 4.2 Evaluering af behandlingsforløb af 100 dobbeltdiagnose patienter.

I alt er 136 patienter indgået i evalueringen i perioden 2004-2006, 102 gennemførte behandlingen og 34 patienter droppede ud af behandlingen undervejs (Tabel 1). Der var ingen statistiske forskelle imellem de to grupper, bortset fra at dem, som droppede ud, har færre indlæggelsesdage ( $p < .001$ ) og er lidt mindre tilfredse med behandlingen end dem som gennemførte behandlingen ( $p < .05$ ). Patientgruppens typiske deltager kunne være en mand i fyrrerne med kronisk skizofreni og et langtids blandingsmisbrug.

Tabel 1 Patientegenskaber som indgik i evalueringen (N=136)

Egenskaber	Gennemført (n=102)	Drop outs (n=34)
Alder	Gennemsnit 41.7 år	Gennemsnit 39.6 år
Køn	65% mænd	67% mænd
Psykiske lidelser	Skizofreni 63% Depression 26% Bipolar 11%	Skizofreni 65% Depression 18% Bipolar 12%
Sygdoms varighed	8.2 år	8.5 år
Misbrug	Alkohol (kun) 41% Cannabis (kun) 5% Blandingsmisbrug 50%	Alkohol (kun) 29% Cannabis (kun) 6% Blandingsmisbrug 59%
Misbrugs varighed	Gennemsnit 14.0 år	Gennemsnit 13.5 år
Indlæggelsen*	179.7 dage	67.5 dage
Tilfredshed**	26.6	23.9
BPRS (full scale)	25.7	26.3

Tabel 2 viser resultaterne af alle patienter, som er indgået i behandlingen (N=136). Der er tale om en signifikant forbedring i psykopatologi (BPRS), funktionsniveau (GAF) symptomniveau (GAS) samt ændringer af angst, depression og selvværd (BAI, BDI og SCQ). De største ændringer ifølge effekt størrelsen (Cohen 1988) er på symptomniveau (ES -2.03), funktionsniveau (ES 1.33) og angst/depression faktor (ES 1.12) alle sammen målt af uafhængige psykiatere.

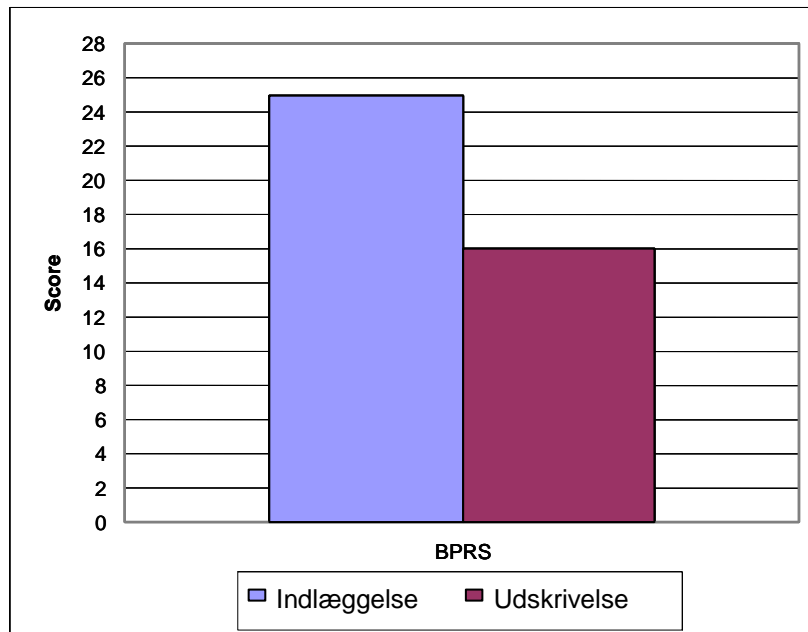
Tabel 2 Patient ændringer før og efter behandling (N=134)

Redskaber	Gennemsnit (Før)	Std. Dev.	Gennemsnit (Efter)	Std. Dev.	Probabilitet	Effect size (Cohen's d)
<b>BPRS (fuld)</b>	<b>25.5</b>	<b>11.3</b>	<b>16.9</b>	<b>8.4</b>	<b>0.0001</b>	<b>0.76</b>
<b>Tanker Forstyrrelser</b>	<b>3.8</b>	<b>4.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.3</b>	<b>0.03</b>	<b>0.19</b>
<b>Tilbage-trækning</b>	<b>5.7</b>	<b>4.2</b>	<b>3.7</b>	<b>2.8</b>	<b>0.0001</b>	<b>0.47</b>
<b>Angst/ Depression</b>	<b>10.3</b>	<b>3.4</b>	<b>6.5</b>	<b>3.0</b>	<b>0.0001</b>	<b>1.12</b>
<b>Hostilitet</b>	<b>3.3</b>	<b>3.3</b>	<b>1.7</b>	<b>1.7</b>	<b>0.0001</b>	<b>0.49</b>
<b>Agitation</b>	<b>2.7</b>	<b>2.3</b>	<b>2.0</b>	<b>2.1</b>	<b>0.0078</b>	<b>0.32</b>
<b>GAS</b>	<b>39.7</b>	<b>10.2</b>	<b>53.2</b>	<b>12.1</b>	<b>0.0001</b>	<b>-1.33</b>
<b>GAF</b>	<b>38.2</b>	<b>7.8</b>	<b>54.0</b>	<b>12.0</b>	<b>0.0001</b>	<b>-2.03</b>
<b>BDI</b>	<b>24.3</b>	<b>11.4</b>	<b>13.6</b>	<b>10.1</b>	<b>0.0001</b>	<b>0.94</b>
<b>BAI</b>	<b>21.0</b>	<b>12.9</b>	<b>14.4</b>	<b>10.9</b>	<b>0.0001</b>	<b>0.51</b>
<b>SCQ</b>	<b>110.3</b>	<b>25.2</b>	<b>123.9</b>	<b>31.7</b>	<b>0.0022</b>	<b>-0.54</b>

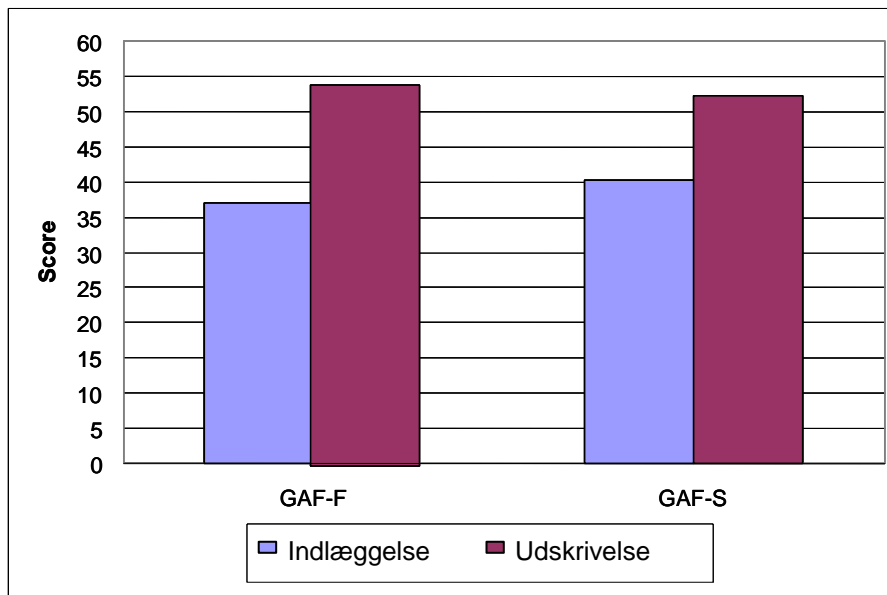
Resultaterne for BPRS, GAF/GAS og BDI/BAI er vist i Graf 1 og Graf 2. Vurdering af psykopatologi (BPRS) og funktions/symptom niveau (GAF/GAS) var udført af uafhængige psykiatere. Alle psykiatere

deltog i træning af anvendelsen af BPRS ved en fælles videorating af patient. Efter træning har alle psykiatere opnået et højt niveau af konsensus i deres vurdering af psykopatologi ved brug BPRS (ICC= 0,86).

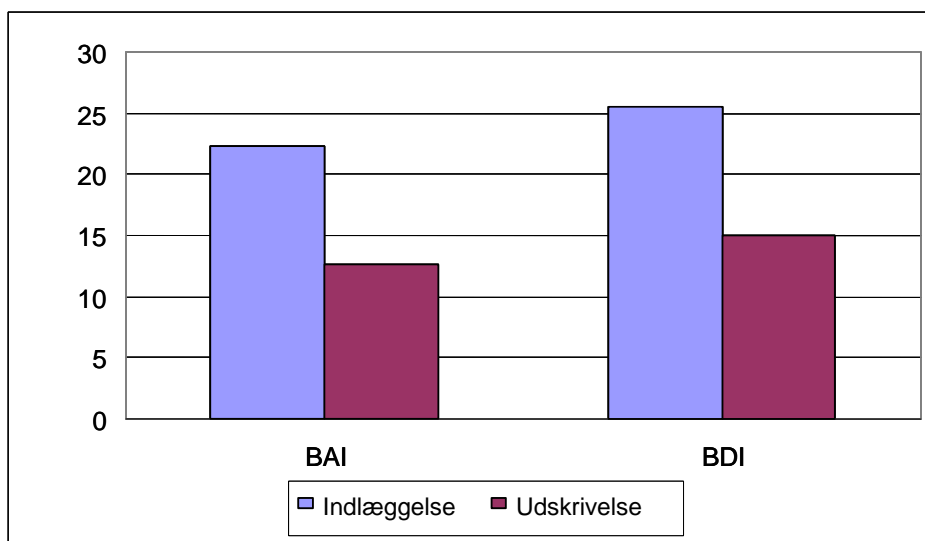
Graf 1. Ændringer i psykopatologi målt ved BPRS



Graf 2. Ændringer i Funktions og symptom niveau målt ved GAF/GAS

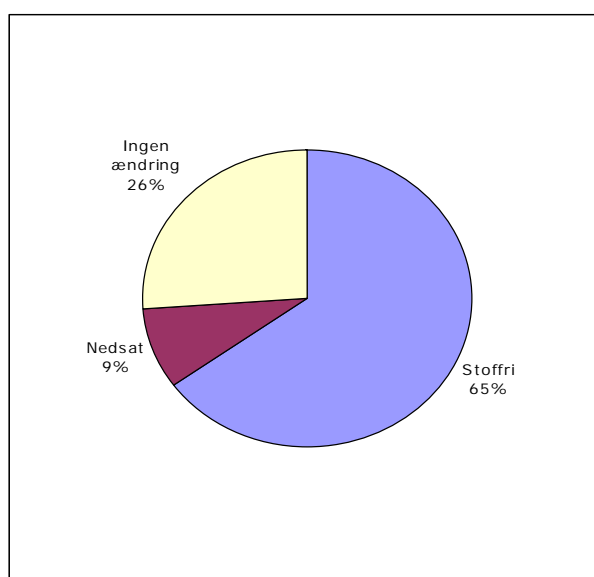


Graf 3 viser ændringer, som patienten har målt på validerede skalaer ved selvrating efter deltagelse i behandling. Både depressive symptomer og angst symptomer er faldet fra moderat niveau til mildt niveau efter behandling.



Graf 4 viser ændringer i misbrug ved udskrivelsen. Ud af de 102 patienter, som gennemførte behandlingen var 65 % stoffri, 9 % viste markant nedsat misbrug og 26 % viste ikke en holdbar nedsættelse af deres misbrug ved udskrivelsen. Resultaterne er baseret på regelmæssige urinprøver og måling ved alkohol-meter. Patienter som viste en markant nedsættelse af misbrug, var karakteriseret af et blandingsmisbrug, hvor deres typiske reaktionsmønster er at holde op med et stof og forsætte med det andet, men i samme omfang som tidligere. Patienter som er stoffri eller markant har nedsat deres misbrug, viser negative resultater for stoffer mindst en hel måned før udskrivelsen. Patienter uden ændring nedsætter typisk deres misbrug under forløbet, men reduktionen er ikke holdbar over længere tid.

Graf 4 Misbrug ved udskrivelsen (N=102)



Patienterne viser en signifikant forbedring i psykopatologi (BPRS), funktionsniveau (GAF) symptomniveau (GAS) samt angst, depression og selvværd (BAI, BDI og SCQ) og derfor støttes Hypotese 1, at patienter som

modtager kognitiv miljøterapi, vil vise en signifikant forbedring er deres psykopatologi, misbrug samt funktionsniveau.

#### **4.3 Måling af de specifikke behandlingstilbud: grupper for angst, misbrug og lavt selvværd.**

I perioden 2004-2005 blev retningslinjer og behandling for misbrugs-, angst- og selvværdsgrupper implementeret. Det var ikke muligt at randomisere patienterne i to grupper (en som deltager i gruppen og en anden som står på venteliste i tre måneder) dels fordi der ikke var nok patienter til to grupper, og dels fordi det var urealistisk (og muligvis uetisk) at have patienter på venteliste i tre måneder inden de kommer ind i gruppen, når de kun var indlagt i gennemsnitlig 6 måneder.

Figur 8 viser retningslinjer udviklet for at implementere misbrugsgruppe i kognitiv miljøterapi. Grupperne blev faciliteret af to personalemedlemmer, som modtog regelmæssig supervision fra en godkendt supervisor i kognitiv adfærdsterapi. Grupperne bestod af 4-8 patienter med behandling fordelt over 6-8 sessioner en gang om ugen. Fokus i gruppen var at lære patienterne at identificere og hamle op med vanskelige situationer, som fører til misbrug, skabe motivation til ændring samt udvikle og vedligeholde nye reaktionsmønstre ved hjælp af kognitive og adfærdsmæssige strategier mod misbrug og tilbagefald.

Figur 8. Retningslinjer for misbrugsgruppe

**FORMÅL: Patienterne, i samarbejde med gruppes leder(er) og det øvrige behandlerteam, motiveres til at arbejde aktivt med deres misbrug mhp at patientens misbrug, på sigt, reduceres eller ophører.**

**Mål: - at patienten bliver i stand til at erkende sit misbrug.**

**- at patienten bliver i stand til at identificerer vanskelige situationer, der udløser stoftrang/misbrug.**

**- at patienten får kendskab til andre strategier mhp at kunne håndtere vanskelige situationer, der udløser stoftrang/misbrug.**

**- at patienten bliver i stand til at håndtere stoftrang/misbrug vha nye strategier.**

*Målopfyldelsen er afhængig af patientens motivations grad.*

Tabel 3 viser et resume af de samlede resultater fra 6 misbrugsgrupper kørt i perioden 2005 og 2006. Patienterne viser et signifikant fald i misbrug og graden af afhængighed efter deltagelse i gruppen. Patienterne viser også en signifikant forbedring i selvværd, kendskab til udløsende faktorer, strategier mod misbrug og anvendelse af disse strategier i praksis. Der var ingen signifikant ændring i motivation eller tro på fortsat fremgang, men begge områder var høje i forvejen (8/10 og 7/10), da patienterne har modtaget psykoedukation inden deltagelsen i gruppe.

Tabel 3. Patient ændringer før og efter deltagelsen i misbrugsgruppe (N=27)

Redskaber	Gennemført (Før)	Std. Dev.	Gennemført (Efter)	Std. Dev.	Probabilitet	Effect size (Cohen's d)
Selvværd (SCQ)	109,33	24,043	132,12	32,340	0.0001	0.95
Optagelse af misbrug	3,26	2,956	7,38*	1,675	0.0001	1.39
Grad af afhængighed	3,56	3,191	8,19*	1,698	0.0001	1.45
Motivation	8,59	1,421	8,23	1,423	0.09	-0.25
Kendskab til situationer	5,70	2,198	7,04	1,509	0.004	0.61
Strategier mod misbrug	5,11	1,805	7,15	1,617	0.001	1.13
Anvendelsen af strategier	4,96	2,295	6,42	1,501	0.011	0.63
Fasthold fremskridt	7,37	1,984	7,81	1,625	0.295	0.22
Totale score	38.04	9.167	51.69	6.516	0.0001	1.48

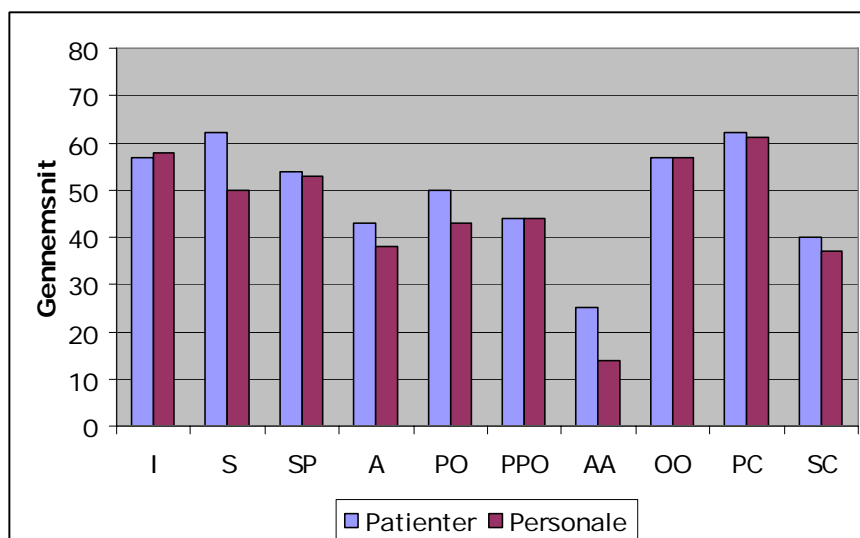
Mens patienterne, som deltager i misbrugsgrupper, viser en signifikant forbedring i deres selvværd og kendskab til og udvikling af nye kognitive og adfærdsmæssige strategier, er det ikke muligt at identificere den præcise virkning af gruppen, fordi evalueringen mangler en tilsvarende kontrolgruppe. Det er en klinisk vurdering, at kognitiv miljøterapeutisk behandling også har bidraget til denne forbedring i patienternes coping med deres misbrug. Problemet med for få patienter samt for kort indlæggelsestid til at oprette både behandlings- og kontrol grupper betyder, at besvarelsen af hypotese 2 (patienter som deltager i gruppebehandling for lavt selvværd, misbrug eller angst vil vise et tilsvarende fald i deres symptomer eller misbrug) ikke er entydig.

#### 4.4 Indsamling af data om behandlingsmiljøet fra indlagte patienter og personale.

I løbet af august 2004 og september 2005 har personale og patienter udfyldt de to versioner af WAS (reale og ideale). I alt har 113 patienter og 184 personale udfyldt skemaerne. Graf 5 viser de samlede resultater for, hvordan patienter og personale opfatter behandlingsmiljøet (WAS reale). Patienter og personale er meget enige i opfattelsen af behandlingsmiljøet. Patienterne opfatter, at miljøet giver mere støtte(S) og de har opfattelsen af at udtrykke aggression og vrede i højere grad(AA) end personalet, men forskellen er ikke statistisk signifikant. Den fælles opfattelse af behandlingsmiljøet understøtter bedre samarbejde imellem patienter og personale.



Graf 5: Opfattelsen af behandlingsmiljøet for patienter og personale



Tabel 4 beskriver miljøet skabt af Kognitiv miljøterapi. Patienterne opfatter miljøet som højt i støtte (S) og programklarhed (PC), moderat i involvering (I), spontanitet (SP), autonomi (A), programstruktur (OO), praktiske færdigheder (PO), og personlige problemer (PPO) og lavt i udtryk af aggression (AA) og personalets kontrol (SC).

Miljøet passer til kognitiv miljøterapis formål at skabe et støttende miljø, hvor patienter kan udvikle praktiske færdigheder (kognitive - og adfærd strategier) til at håndtere deres psykiske lidelse og misbrugsproblemer. Miljøet er også lavt i personalets kontrol, hvilket understøtter princippet om, at patienter opbygger deres egne kompetencer og tro på sig selv.

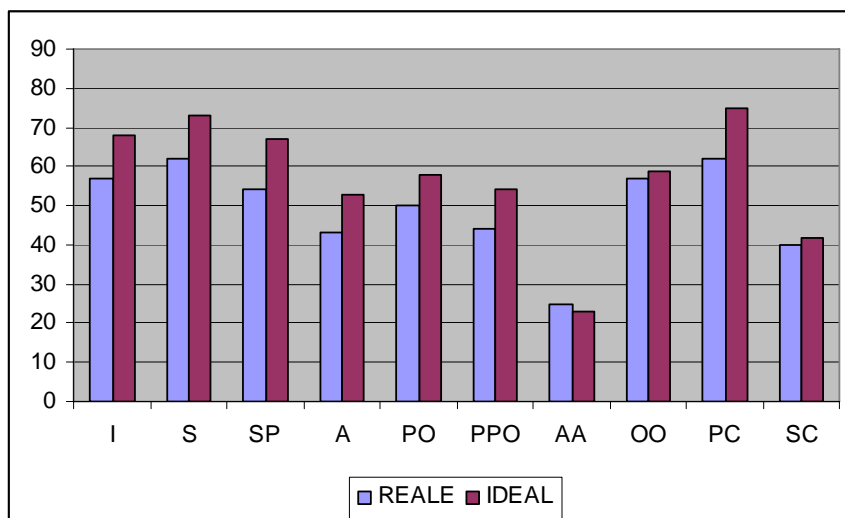
Tabel 4 Behandlingsmiljøet skabt af Kognitiv miljøterapi

**FORHOLD DIMENSION:** Høj i støtte, moderat i involvering og spontanitet

**PERSONLIG VÆKST DIMENSION:** Moderat fokus på personlige problemer, autonomi og praktiske færdigheder og lav i udtryk af vrede og aggression

**SYSTEMVEDLIGEHOLDELSE DIMENSION:** Høj i programklarhed moderat i programstruktur og lav i personalets kontrol

Graf 6. Patienternes vurdering af det reelle og ideale behandlingsmiljø (WAS-R & WAS-I)



Graf 6 viser patienternes opfattelse af behandlingsmiljøet (WAS reale), og hvordan de gerne vil have miljøet (WAS Ideale). Patienter er generelt tilfredse med de fleste aspekter af behandlingsmiljøet, men vil gerne have mere fokus på forhold dimensionen som dækker involvering (I), støtte (S) og spontanitet (SP). Patienterne vil også have mere programklarhed (PC), selv om de ligger relative højt i forvejen. Det er også interessant, at patienterne er meget tilfredse med personalets lave kontrol (SC) og lave udtryk for vrede og aggression (AA). Resultater fra WAS reale og ideale forhold, giver indsigt i behandlingsmiljøet, som patienter og personalet mener, er mest passende til dobbeltdiagnose patienter. Resultaterne fra de patienter, som indgik i evalueringen understøtter også, at behandlingsmiljøet skabt af kognitiv miljøterapi kan gavne dobbelt diagnose patienter. Opsummering: patienterne er generelt tilfredse med behandlingsmiljøet, hvilket understøtter hypotese 3: kognitiv miljøterapi vil skabe et passende behandlingsmiljø som både patienter og personale er tilfredse med.

## 5.0 Budget

I 2004-2006 blev Afdeling M bevilliget 1.5 millioner fra Psykiatri Puljen C til at gennemføre evalueringen af kognitiv miljøterapi. Tabel 5 indeholder fordelingen af midler over de tre år. Udover de 1.5 millioner kroner har Afdeling M betalt næsten 400.000 kr. for at færdiggøre evalueringen. Beløbet dækker 320.000 kr. til projektkoordinator, 50.000 kr. til sekretær, og 15.000 kr. til eksterne konsulenter. Interne ydelser, som ikke kan prisfastsættes, men som svarer til cirka 1 års normering i alt.

Tabel 5: Anvendelse af midler til evalueringen

Projekt-koordinator	Eksterne Psykiatere	Sekretær	Statistikere	Kongresser
1. 078.300 kr.	139.725 kr.	267.000 kr.	14.528 kr.	447 kr.

## 6.0 Referencer

Bellack, AS. & DiClemente, CC: (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 50: 75-80.

Drake, RE. & Mueser, KT. (2000) Psychological Approaches to Dual Diagnosis *Schizophrenia Bulletin*, Vol 26 No.1 105-118

Drake, RE. & Brunette, MF. (1998) Complications of severe mental illness related to alcohol and other drug use disorders. In: Galanter, M, editor. *Recent developments in Alcoholism* Vol 14. Consequences of alcoholism. New York: Plenum 1998, pp 285- 299

Drake, RE., Mueser, KT. & McHugo, GJ. (1996) Clinician Rating scales for substance abuse, in *Outcomes Assessment in Clinical practice* by Sederer LI, Dickey b. Baltimore, Williams & Wilkins.

Eklund, M & Hansson, L (2001) Ward atmosphere, Client Satisfaction and client motivation in a psychiatric work rehabilitation unit. *Community Mental Health Journal* 37 (2) 169-177

Lehman, AF, Myers CP., Dixon LB & Johnson, JL. Detection of substance abuse disorders among psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 184: 228-233.

Meuser, KT., Drake, RE. & Wallach, MA. (1998b) Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviours*, 23:717-734 1998b.

Meuser, KT. & Noordsy DL. (1996) Group treatment for dually diagnosed clients. In Drake RE, Meuser KT. Editors *Dual diagnosis of major mental illness and substance abuse disorder II: New directions in Mental Health Services*. San Francisco Jossey- Bass 1996.

Minkoff, K (2001) Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorder. *Psychiatric Services* Vol 52, No. 5 597-599

Moos, R (1996) *Ward Atmosphere Scale*. Mind Garden Inc, California, USA.

Morse, GA., Calsyn, RJ, Allen, G, Templehoff, B. & Smith, R. (1992) Experimental comparison of the effects of three treatment programs for homeless mentally ill people. *Hospital and Community Psychiatry*, 43: 1005- 1010

Oestrich, IH, Austin, SF. & Tarrier, N. (2007) Conducting research in everyday psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14 55-63

Oestrich, IH og Holm L (2006, 2 udgave). *Kognitiv Miljøterapi*. Psykologisk Forlag.

Tabachnick, B & Fidell, L (1996) *Using Multivariate Statistics* (3rd Ed.) Harper Collins College Publishers. New York.