

Unge med dobbeltdiagnoser – intro og forståelsesramme

Af Susanne Pihl Hansen, chefkonsulent i PIHL INKLUSIVE, Sheila Jones, adjunkt ved Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, samt Hanne Dam, adjunkt og konsulent, VIA University College



Alliancen har siden opstarten i marts 2018 arbejdet med at indkredse de udfordringer, som unge under 25 år med psykiske vanskeligheder og rusmiddelproblemer møder på deres vej gennem hjælpesystemerne – og gennem ungdomslivet i det hele taget. Dette har vi gjort for at lægge op til en erfarings- og evidensbaseret dialog med politikere og beslutningstagere om, hvordan området bedst muligt kan udvikles og kvalificeres. Artiklen præsenterer den eksisterende viden og erfaringer fra de fagpersoner, forskere, forældre og unge, der har deltaget i Alliancen.

For ikke på forhånd at indsnævre målgruppen – og dermed de mulige problemstillinger – har vi arbejdet ud fra en ret bred tilgang til målgruppen, defineret ud fra tre kriterier: *hvem, hvilke problemstillinger samt alder/livssituation:*

- **Unge, der har psykiske vanskeligheder og samtidig (mis)bruger rusmidler, uden at de nødvendigvis har fået stillet psykiatriske diagnoser på deres problematiske brug af rusmidler eller deres psykiske vanskeligheder af en relevant fagperson.**
- **Unge, der oplever at have behov for hjælp i flere hjælpesystemer samtidig, typisk (kommunal) social misbrugsbehandling og (regional) psykiatrisk behandling.**
- **Unge, der qua deres alder og livssituation fordrer en særlig ungetilgang.** Unge befinder sig typisk i en særlig livsfase, hvor de er i gang med at blive voksne, med alt hvad deraf følger af ansvar, forpligtelser, rettigheder osv., hvilket på en række punkter kræver en lidt anden tilgang end arbejdet med voksne. Unge forstås her som unge under 25 år, med en nedre pragmatisk grænse på 12-13 år.

I det følgende vil vi gennemgå disse tre definitions-kriterier for yderligere at indkredse målgruppen af unge og de problemstillinger, de kan møde, når de har behov for hjælp i hjælpesystemerne.

Unge, der har psykiske vanskeligheder og samtidig (mis)bruger rusmidler

Mennesker med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske vanskeligheder er ofte blevet omtalt som *mennesker med dobbeltdiagnoser*. Denne betegnelse er flere gange blevet problematiseret i forskning og faglitteratur, fordi begrebet indikerer, at der er foretaget en faglig relevant udredning, som har ført til to diagnoser inden for hhv. misbrug/afhængighed og psykisk lidelse (jf. WHO's diagnosesystem ICD eller det amerikanske diagnosesystem DSM). Samtidig er det blevet kritiseret, at begrebet med fokus på "dobbelt" skygger for, at disse mennesker sjældent kun møder problemer inden for to områder, men snarere har multiple problemer, fx familierelationer, bolig/hjemløshed, somatiske lidelser, økonomi og problemer med uddannelse og beskæftigelse.

Begrebet *dobeltdiagnose* er stadig udbredt i daglig tale (i faglig praksis og medier), men på Socialstyrelsens Vidensportal anbefales følgende definition: *Borgere med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug.* (Socialstyrelsen, 2018)

Vi læner os op ad Socialstyrelsens definition, men ønsker at tilpasse definitionen til **unge** og deres særlige livssituation. Den hidtidige forskning og de faglige diskussioner på området har primært haft fokus på

voksne, der har psykiske vanskeligheder og samtidige problemer med rusmidler. Men ungdomstiden udgør en særlig livsperiode, der på nogle områder adskiller sig fra tilværelsen som voksen.

'Unge med dobbeltdiagnose' eller 'Unge med psykiske vanskeligheder og samtidigt problematisk brug af rusmidler'

I Alliancen har vi valgt at forstå 'Unge med dobbeltdiagnose' både som unge, der er blevet udredt og har fået diagnoser for psykiske lidelser og problematisk brug af rusmidler, og som unge, der ikke er blevet udredt og diagnosticeret, men som både har psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler.

Efter ønske fra de unge i Alliancens Ungepanel er vores logo udformet som et stempel, da det er sådan, de unge oplever begrebet: Som et stempel, de får i panden af omverdenen.



Problemer med rusmidler sameksisterer mere som en regel end en undtagelse med forskellige grader af psykiske problemer hos voksne (Pedersen, 2014), og samme tendens kan findes hos unge under 25 år. Dette ses bl.a. i Metodeprogrammet, som undersøgte rusmiddelbehandling for unge mellem 15 og 25 år i ni danske kommuner, hvor 39,1 % af deltagerne (149 ud af 381) kunne genfindes i Det Psykiatriske Centralregister¹ (Pedersen & Pedersen, 2019). Brug af rusmidler kan medføre psykisk mistrivsel hos unge, der over tid kan udvikle sig til en decideret psykisk lidelse og omvendt kan unge, der har psykiske vanskeligheder udvikle problemer med rusmidler, fordi de bruger rusmidlerne til at kompensere for eller afhjælpe de psykiske vanskeligheder (ofte betegnet som "selvmedicinering" af både fagpersoner og de unge selv).

Denne sameksistens af rusmiddelproblemer og psykiske vanskeligheder dækker imidlertid over et meget bredt kontinuum af problemer hos unge:

I den ene ende af kontinuummet finder vi unge, der primært bruger rusmidler i en mere eksperimenterende form, ligesom de også eksperimenterer med andre grænser i deres udvikling mod voksenlivet. Samtidig kan de, qua at de er unge og endnu ikke har udviklet en sikker identitet – med al den usikkerhed og måske også følelsesmæssige ubalance, der heraf følger – i perioder have noget, de selv eller andre oplever som psykiske vanskeligheder, fx i form af angst eller lettere depression.

I den anden ende af kontinuummet finder vi unge, der har fået et problematisk brug af rusmidler, dvs. at de bruger rusmidler på en måde, der har medført sociale, fysiske og/eller psykiske skader for dem selv eller andre, samtidig med at de har alvorlige psykiske problemer, såsom psykoser. Omvendt finder vi her også unge, der har alvorlige psykiske vanskeligheder, som bruger rusmidler til at dulme, "selvmedicinere" eller kompensere for de psykiske vanskeligheder.

Nogle af disse unge vil være dobbeltdiagnosticeret, dvs. at de er blevet grundigt udredt og har fået både en diagnose for afhængighed eller skadeligt brug og en psykisk lidelse. En meget stor del af de unge i målgruppen vil dog endnu ikke have fået stillet diagnoserne, fordi de ikke er udredt, fordi de endnu ikke har været i kontakt med psykiatri/rusmiddelbehandling, eller fordi det ikke skønnes muligt at diagnosticere pga. den unges alder (for tidligt) eller pga. brug af rusmidler.

Eksperimenterende brug af rusmidler: Lejlighedsvis brug 'for sjov'. Kan dog ende med uheld, føre til problematisk brug og fremme/forstærke psykiske vanskeligheder.

Problematiske brug af rusmidler: Hyppig brug, som kan medføre fysiske, psykiske og sociale problemer/skader. Hvornår et forbrug bliver problematisk er individuelt. Indenfor forskning anvendes følgende kriterier ofte: Brug af hash +20 dage pr måned, og/eller af

¹ Diagnosekategorien F1 Psykisk lidelse forårsaget af psykoaktive stoffer ikke medtaget.

andre stoffer +4 dage pr måned, og/eller af alkohol, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse (14 genstande pr uge for kvinder og 21 genstande pr uge for mænd) (Pedersen, 2019 m.fl.)

Psykiske vanskeligheder: En tilstand, hvor der sker forandringer i følelser, tænkning, kommunikation, læring, resiliens, selvværd eller adfærd, som kan give personen problemer socialt, arbejdsmæssigt og relationelt. WHO mfl. definerer psykiske lidelser ud fra kliniske symptomer, som påvirker patientens funktionsevne. Man skelner mellem svær psykisk lidelse (fx skizofreni, psykose, bipolar lidelse I, svær depression, emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse) og lettere psykisk lidelse (fx ADHD, svær angst herunder PTSD, alvorlig spiseforstyrrelse, moderat depression og bipolar lidelse II). (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5TM (5th ed.), 2013; WHO, ICD-10, 2016*)

Når en voksen er dobbeltbelastet af psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler, og man derfor må angive mere end en diagnose, vil én af disse i princippet have forrang over de andre, og de øvrige vil blive betragtet som enten følger af den primære diagnose eller som yderligere diagnoser, personen har. Det betyder fx, at hvis en voksen med en alvorligt alkoholafhængighed og livslange symptomer på depression udredes, vil depressionsdiagnosen ofte have forrang i forhold til problemforståelse og behandling. Hvis depressionssymptomerne derimod er opstået oven på et årelangt alkoholproblem, da vil alkoholafhængigheden ofte have forrang.

Når det handler om unge, vil der ofte være en vis samtidighed i fremkomsten af symptomer, ganske enkelt fordi de unge qua deres alder enten ikke har haft symptomerne over længere tid, eller fordi der har været registreret en utilpassehed gennem flere år, som ofte først senere adresseres som enten psykiatri- og/eller misbrugsdiagnose jf. ovenstående. For eksempel ved skizofreni ser man hos nogle unge først de svære psykotiske symptomer, efter at de unge er begyndt at ryge hash. Forud kan der have været tidlige tegn eller symptomer, som ikke er blevet opdaget eller tilskrevet eventuel psykisk lidelse, men som man først bliver opmærksom på i anamnesen. Det kan derfor være lidt tilfældigt hvilke(n) problematik(er), der får forrang, og, som det beskrives i det følgende, vil disse også typisk være forbundet i et komplekst samspil med andre problematikker.

Risiko- og Beskyttelsesfaktorer

Der er ingen enkel forklaring på, hvorfor nogle unge udvikler et bekymrende brug af rusmidler. Men fra forskning ved vi, at en række faktorer kan fremme eller forhindre det, bl.a. social og psykisk mistrivsel.

Beskyttende faktorer:

- Trivsel og mental sundhed, bl.a. stærke personlige handlekompetencer og mestringsevner ift. sociale relationer og håndtering af vanskeligheder
- Opvækst med tryghed, støtte og gode, støttende familie-/voksenrelationer
- Stabil tilknytning til uddannelse og job, bl.a. faglig og social trivsel
- Sociale netværk og fritidsaktiviteter i fællesskaber uden rusmidler.

Risikofaktorer:

- Belastet opvækst med brud, svigt, stress, overgreb mm., herunder også problematisk brug af rusmidler eller psykiske problemer hos forældre
- mistrivsel og psykiske problematikker, som fx ADHD, ensomhed angst, depression – eller symptomer herpå
- Tidlig rusmiddeldebut
- Venner/netværk med problematisk brug af rusmidler
- Ustabil eller manglende tilknytning til skole/uddannelse, faglig eller social mistrivsel mm.

Socialstyrelsens Vidensportal samt Forebyggelsespakke: Stoffer, Sundhedsstyrelsen, 2018

De unge kan altså have et problematisk brug af rusmidler og psykiske vanskeligheder i varierende grader. En ung kan fx have et forholdsvis lille rusmiddelbrug, men samtidig have alvorlige psykiske vanskeligheder og en høj grad af mistrivsel eller omvendt. Samtidig kan belastningsgraden ændre sig over tid og den unge kan i nogle perioder opleve at være mere belastet end i andre perioder.

Samtidig ved vi fra øvrig forskning og fagfaglig viden om socialt udsatte unge generelt, at andre problemer påvirker, hvordan problemer med rusmidler og psykiske vanskeligheder opleves af de unge og deres omgivelser, fx problemer med skole/uddannelse, problemer i familien, sociale problemer, selvværdsproblemer osv.

Tidligt og sent manifesterede problemer

Hos unge med dobbeltdiagnose er det hensigtsmæssigt at skelne mellem to tilstande, der kan føre til senere rusmiddelproblemer/psykiske vanskeligheder

- **Tidligt manifesterede, grundlæggende problemer**, hvor den unge allerede som barn har synlige problemer fx i skolen med indlæring og fravær, ekskluderes socialt i 11-14-års alderen og er i risiko for at blive del af miljøer med problematisk rusmiddeladfærd. Nogle diagnosticeres tidligt med fx ADHD, men ofte identificeres og sanktioneres de unge pga. deres problematiske adfærd, uden undersøgelse af, om psykiske vanskeligheder og/eller et rusmiddelbrug spiller ind.
- **Sent manifesterede grundlæggende problemer og ungdomslivsproblemer**, hvor den unge ikke tidligere har haft problemer i skolen, men i puberteten får vanskeligheder med fx følelser eller indlæring, som en reaktion på sociale problemer med at begå sig, forældres skilsmisse eller svære opvækstbetingelser. Nogle af disse unge diagnosticeres nu eller senere med autisme eller begyndende skizofreni.

Fælles for begge grupper unge er, at det problematiske rusmiddelbrug oftest udvikler sig som en håndteringsstrategi, som spænder ben for mulighederne for at løse problemerne på en mere hensigtsmæssig måde: Nogle unge isolerer sig og mindsker også på den måde muligheden for at få hjælp, mens andre søger mod alternative ungefællesskaber, hvor man samles om at have svært ved at klare kravene i skolen, sociale relationer til andre unge og familien m.m.

(Vind & Pedersen, 2010)

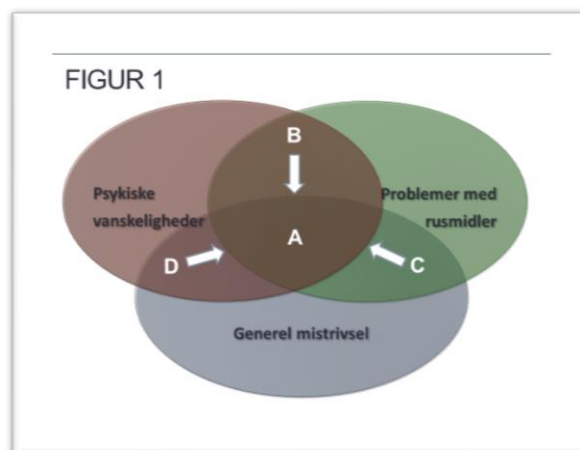
Nødvendigt at se differentieret på målgruppen

Nødvendigheden af at se differentieret på målgruppen af unge – og på deres belastningsgrad – er gennem de senere år blevet grundigt dokumenteret af Center for Rusmiddelforskning, bl.a. via udviklingen af dokumentationsredskabet UngMap, hvor man med udgangspunkt i social rusmiddelbehandling til unge bl.a. har identificeret en række risiko- og beskyttelsesfaktorer. (Pedersen, et al, 2015; Pedersen et al, 2019)

Figur 1 viser, hvordan de unge på forskellige måder kan være ramt af **Psykiske vanskeligheder**, **Rusmiddelproblemer** og **Generel mistrivsel**.

De fleste unge med dobbeltdiagnose befinder sig i felt A og B, fordi de på samme tid har rusmiddelproblemer og psykiske vanskeligheder. Alliancens drøftelser viser, at det også er vigtigt at have stor opmærksomhed på de unge, som befinder sig i felt C og D, og som er i risiko for at bevæge sig ind i felt A:

- ⇒ **Ung A** har alvorlige problemer i alle tre felter: *Psykiske vanskeligheder, et problematisk brug af rusmidler og andre alvorlige problemer, der giver mistrivsel*. Fx en ung med personlighedsforstyrrelser, som dagligt bruger rusmidler i store mængder og som samtidig har problemer med fx hjemløshed, ikke-succesfuld anbringelse, skole/uddannelses-dropout, arbejdsløshed eller traumatiske oplevelser som overgreb eller vold.
- ⇒ **Ung B** har – på papiret – *psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler*, men trives tilsyneladende ok med det: Fx en ung mand med ADHD-diagnose, der selv synes, at han har styr på det og kan 'behandle' sin ADHD med hash eller amfetamin. Forældre og myndigheder ser ofte anderledes



på situationen, og over tid begynder den unge måske også selv at opleve sit liv som problematisk og rykker ind i felt A.

- ⇒ **Ung C** har et *problematisk brug af rusmidler og mistrives*: Fx en 15-årig pige, der dulmer store problemer derhjemme ved at ryge hash hver dag og tage ecstasy i weekenderne. Eller en ung mand, der starter med at ryge hash for sjov, men da hans forbrug eskaleres, får problemer med at passe sin uddannelse og smides ud hjemmefra. Over tid kan alvorlig mistrivsel og et langvarigt problematisk brug af rusmidler føre til alvorlige psykiske vanskeligheder som fx svær depression, dvs. en bevægelse mod felt A.
- ⇒ **Ung D** *mistrives og har en psykisk lidelse*: Fx en pige, der udvikler alvorlig spiseforstyrrelse i teenageårene, eller en dreng, der mistrives i folkeskolen og som senere får en diagnose indenfor autismespektret. Begge unge er over tid i risiko for at få et problematisk brug af rusmidler, fordi alkohol, hash eller andre stoffer kan være et redskab til at håndtere den psykiske lidelse og give adgang til det sociale fællesskab, de ellers er udelukket fra.

Ved begrebet *Unge, med rusmiddelproblemer og samtidige psykiske vanskeligheder* forstås primært unge, der befinder sig i Felt A og B – og med særlig opmærksomhed på de unge, som befinder sig i Felt C eller D, der er i risiko for at komme ind i Felt A.

Udover i høj grad at påvirke livskvaliteten hos de unge, kommer de unges problemomfang ofte til at udgøre en individuel barriere i forhold til at søge og modtage hjælp. Både fordi rusmiddelbruget ofte forværrer deres psykiske problemer og skaber ustabilitet i deres liv, og fordi det kan påvirke deres motivation og evne til at søge hjælp negativt. Manglende tillid til hjælpesystemerne og det stigma, der knytter sig til at være "psykisk syg" eller "misbruger", er ofte en personlig barriere, der både kan være skabt af dårlige oplevelser, i forbindelse med tidligere behandlingsforsøg og af den unges egne forestillinger (Priester et al., 2016).

De sidste mange års udvikling af rusmiddelbehandlingstilbud til unge har fra flere vinkler vist, at det er hensigtsmæssigt at møde de unge med en anden rummelighed, en længere line og en større grad af opsøgende arbejde og fastholdelse i behandling sammenlignet med behandling af voksne. For en del vil en helhedsorienteret behandlingsindsats, der kan håndtere den unges ofte ambivalente forhold til brug af rusmidlerne, og som indebærer hjælp og støtte til at bedre fx familierelationer og uddannelsesstilknytning, være tilstrækkeligt til at opnå gode behandlingsresultater. (Termansen et al, 2015; UNG Rusmidler, 2019 – work in progress). Komplexiteten omkring unge med rusmiddelproblemer og samtidige psykiske vanskeligheder kræver imidlertid ofte en langt mere finmasket og koordineret indsats, der indebærer, at man følger og støtter den unge igennem en meget længere periode, både undervejs i behandlingsforløbet og bagefter, end man er nødt til hos unge, der "kun" har rusmiddelproblemer.

Slutteligt skal det nævnes, at selv om mange af de unge har haft en god opvækst i et velfungerende hjem, har en stor del oplevet omsorgssvigt, overgreb og andre traumer. En del af disse unge har haft belastede/belastende opvækstvilkår, deres tidlige socialisering har ikke været normativ, og de kan være marginaliserede eller decideret socialt ekskluderet. Der kan altså være tale om en høj grad af problemer, der rækker ud over rusmiddelbrug, psykisk lidelse og mistrivsel, som overordnet set kan betegnes som manglende normativ socialisering, der har klædt dem dårligt på til at klare sig i tilværelsen.

Unge, der oplever at have behov for hjælp i flere hjælpesystemer samtidig

Når unge, der har rusmiddelproblemer og samtidige psykiske vanskeligheder søger hjælp, oplever de ofte at falde mellem mange stole. Dels fordi hjælpen er organiseret i flere forskellige hjælpesystemer, der ikke nødvendigvis taler sammen, og dels fordi problemerne i sig selv er komplekse – ikke kun for de unge, men også for hjælpesystemerne omkring dem.

De unges problemer kan ikke løses af en enkelt instans, fordi de går på tværs af mange forskellige fagområder: De psykiske vanskeligheder kræver indsatser fra psykiatrien, rusmiddelproblemerne kræver indsatser fra rusmiddelbehandlingen – og ofte har de unge også problemer med økonomi, uddannelse/arbejde, familie osv., som kræver en indsats fra socialforvaltningen mfl.

Set med den unges øjne hænger problemerne imidlertid ofte tæt sammen: Mange bruger fx hashen til at få styr på tankemylder og uro – og de ser derfor ikke hashen som et isoleret problem, der skal løses adskilt fra de øvrige problemer. Måske de ligefrem ser hashen som løsning på nogle af deres problemer. For de unge kan hjælpesystemernes tendens til at opsplutte indsatserne derfor være med til at skabe endnu flere problemer, når de bliver afvist i ét hjælpesystem, fx psykiatrien, med henvisning til, at de først skal have løst deres rusmiddelproblem i et andet hjælpesystem, rusmiddelbehandlingen (Andersen & Bengtsson, 2019).

Problemernes kompleksitet kræver derfor, at mange forskellige hjælpesystemer arbejder sammen og koordinerer deres indsatser. Der findes ikke én metode eller ét fagområde, der kan håndtere alle problemer på én gang. Komplekse problemer er netop kendetegnede ved, at der ikke findes enkle løsninger: Det er nødvendigt at undersøge problemerne grundigt, inddrage mange parter, prøve sig frem og måske også operere i gråzoner, før det er muligt at finde frem til løsninger, der er skræddersyet til den enkelte unge og dennes familie. Og samtidig være parat til løbende at tilpasse indsatserne, da den unges – og familiens – behov kan ændre sig undervejs.

Målet må være, at de unge og deres familier oplever en helhedsorienteret hjælp, også selv om mange forskellige instanser er involveret. Det fordrer, at der på tværs af de forskellige instanser er en fælles forståelse for, hvordan problemer kan mødes og håndteres.

Bud på en fælles problemforståelse

Inden for organisations- og kompleksitetsteori har man i mange år drøftet, hvordan problemer kan forstås og håndteres – og her kan der være inspiration at hente, når de forskellige fagområder, der skal løfte indsatser ift. unge med dobbeltdiagnoser, skal arbejde sammen og oparbejde en fælles forståelse for problemer og tilgange (Strøjer, 2011; Snowden, 2009; Head & Alford, 2008).

Helt overordnet kan der skelnes mellem to typer af problemer: Tamme og Vilde problemer.

Tamme problemer er forholdsvis enkle at gå til, fordi der findes en nogenlunde fælles forståelse, og fordi der findes konkret viden og erfaringer om mulige løsninger. Det er derfor også muligt at opstille regler for, hvordan problemerne kan håndteres:

- ⇒ Aktørerne er enige om, at der er et problem, og hvordan man skal forstå problemet.
- ⇒ Aktørerne har nogenlunde samme opfattelse og analyse af, hvad der er årsag til problemet.
- ⇒ Aktørerne er derfor ofte enige om, hvordan problemet skal løses, hvilke metoder der skal anvendes, og hvilken rolle de forskellige aktører skal spille i løsningen.

De tamme problemer dækker over både helt simple og lidt mere komplicerede problemer:

Simple problemer med simple løsninger: Her ved man hurtigt, hvad der skal til for at løse problemet, fordi man har viden og 'best practice' på området – måske har man ligefrem en udførlig procedure, som det er nemt at følge. Eksempel: Et barn, der oplever bekymring, grænsende til angst for hverdagssituationer i skolen, vil ofte have gavn af hurtig hjælp til at håndtere denne bekymring/angst, fx gennem samtaler med lærer, skolepsykolog eller evt. gennem et program som Cool Kids.

Komplicerede problemer, som byder på flere mulige løsninger: Her er man nødt til at analysere problematikken nærmere, så man kan vælge den bedste løsning ud fra den viden og de erfaringer, regler og rammer, som man arbejder indenfor. Eksempel: For nogle af de unge, der oplever angst, kan angsten hænge sammen med problemer i hjemmet eller i skolen. Her vil det ikke altid være nok at tilbyde samtaler med den enkelte – det kan også være nødvendigt at arbejde med hele klassens trivsel eller tilbyde hjælp til forældrene. Flere parter er nødt til sammen at analysere problemet, og på baggrund af denne analyse, vælge den bedst mulige løsning.

Vilde problemer er kendetegnede ved, at der ikke er enkle løsninger: Man er nødt til at prøve sig frem og måske operere i gråzoner, hvor man må handle på måder, man normalt ikke ville vælge. Og firkantede regler og procedurer slår sjældent til:

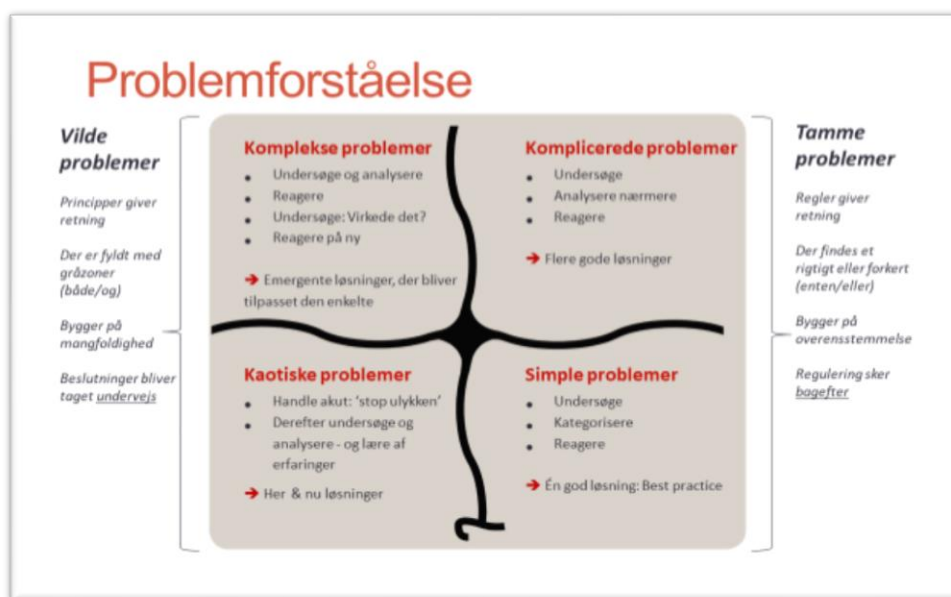
- ⇒ Aktørerne er usikre på og uenige om, hvorvidt der overhovedet er et problem, og hvad problemet er.

- ⇒ Aktørerne er ikke enige om årsagerne til problemernes tilsynskomst.
- ⇒ Aktørerne er ikke enige om, for hvem det er et problem, og hvor ansvaret/delansvaret for løsningen af problemet skal delegeres hen.
- ⇒ Aktørerne er usikre på deres viden om problemet.
- ⇒ Problemet går på tværs af mange videnskaber og fagligheder.
- ⇒ Alle aktører er gensidigt afhængige af hinanden – og man kan derfor ikke bare skære dem fra, som man er uenige med.

De vilde problemer dækker over meget komplekse problemer – og kaos:

Komplekse problemer findes der umiddelbart ikke nemme løsninger på: Der er ikke én indlysende måde at håndtere dem på, og erfaringer fra lignende problemer kan ikke overføres direkte, fordi andre faktorer også spiller ind. Derfor er man nødt til at analysere, hvordan problemerne opleves, hvilke erfaringer man har med lignende problemer, og hvilken viden, der er på området, før man kan forsøge at udtænke løsninger, som er skræddersyet til den konkrete situation. Eksempel: Når en ung har både psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler, er der sjældent én forklaring på problemerne – og dermed heller ikke én løsning. Præcis hvordan den unge skal hjælpes, må derfor komme an på en nærmere analyse og forskellige tiltag må afprøves – med respekt for at den unges behov kan ændres over (kort) tid.

Kaotiske problemer opstår pludseligt: Når man arbejder med mennesker, er der altid risiko for, at der sker noget uventet, så alt bliver kaos. Eksempel: Hvis den unge bliver droppet af kæresten, mor begår selvmord, eller stemmerne siger, at man skal kaste en stol, kan alt det, der ellers var opnået i behandlingen med ét ryge på gulvet. Når problemer bliver kaotiske, er man som fagperson tvunget til at handle akut ved at gøre det, der giver bedst mening lige nu og her – og så bagefter analysere situationen og vurdere, om man næste gang skal handle anderledes.



Når der skal handles på vilde problemer, fx når vi skal tilbyde hjælp til unge, der både oplever psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler, er det vigtigt bl.a. at stræbe efter:

- At have en overordnet vision og principper, som kan skabe retning og rammer for indsatsen,
- At skabe en struktur, der giver plads til at den unge kan mødes fleksibelt,
- At kunne rumme tilsyneladende fejl eller indsatser, der ikke virker i første omgang, og se dem som en mulighed for ny indsigt, læring og praksis
- At kunne koordinere på tværs af fagligheder og sektorer for at skabe størst mulig mening og sammenhæng for den unge
- At den unge selv skal være med til at finde løsninger – fordi det først og fremmest er den unge, der skal kunne se og forstå meningen med indsatsen
- At udvikle og anerkende praktisk dømmekraft – dvs. at situationen og indsatsen løbende vurderes og evt. justeres på baggrund af en kombination af viden, kompetencer, intuition og situeret læring. Som tidligere socialoverlæge i Københavns Kommune, Peter Ege, engang har sagt: "Behandling skal udføres på baggrund af evidens, fakta og sund fornuft."

Unge, der qua deres alder og livssituation ofte fordrer en særlig ungetilgang

Unge under 25 år befinder sig i en helt særlig udviklingsperiode i livet. Rent neurologisk sker der nogle forandringer, der medfører at man i denne alder i højere grad er styret af belønning og *sensation seeking* (tendensen til at opsøge nye, spændende og ofte risikobetonede oplevelser), da den del af hjernen, der styrer belønning og motivation udvikles tidligt, mens man i mindre grad lader sig styre af forudseenhed og konsekvenstænkning, da den del af hjernen, der styrer de eksekutive funktioner endnu er under udvikling (Casey, Jones, & Somerville, 2011). Disse forhold stiller særligt en gruppe unge i en sårbar position, nemlig unge, der har problemer med impuls kontrol, affektregulering og/eller kognitive vanskeligheder, altså træk, der kendetegner unge med psykiske vanskeligheder (Romer, Reyna, & Satterthwaite, 2017). Samtidig udgør denne livperiode en overgangsfase, hvor der ligger særlige forventninger, der knytter sig til at blive voksen og selvstændig, med alt hvad deraf følger af ansvar, forpligtelser, rettigheder osv., der for unge med psykiske problemer eller generel mistro kan være svære at indfri. Disse forhold kræver en lidt anden tilgang, end arbejdet med voksne gør.

Unge er ”på vej” – fra barndom til voksentilværelse, mange af dem har (endnu) ikke gennemført deres uddannelse/fået fast job, de fleste har (endnu) ikke etableret deres egen familie, de er i gang med at danne sig selv og skabe deres egen identitet.

Unge, der har samtidige problemer med rusmidler og psykiske vanskeligheder, er måske endnu ikke blevet (godt nok) udredt for deres psykiske lidelser, de har måske endnu ikke selv en erkendelse af, at deres rusmiddelbrug er blevet problematisk, men de har heller ikke udviklet en identitet som ”misbruger” eller ”psykisk syg” endnu. Kort sagt befinder de sig i en livsfase, hvor kun lidt allerede er givet, og hvor meget fortsat kan ske – hvor der altså stadig kan skabes plads til drømme, håb og positive forventninger til livet.

Fra arbejdet med socialt udsatte unge generelt og fra arbejdet med unge med problematisk brug af rusmidler ved vi, at arbejdet med unge fordrer en særlig ungetilgang og et særligt ungesyn (Vind og Finke, 2006; Termansen et al, 2015; UNG Rusmidler, 2019 – work in progress): Det centrale fundament i ungesynet er at betragte de unge som netop *først og fremmest unge*. Det vil sige at anlægge *et helhedssyn* omkring den unge og dennes liv, hvor et problematisk forbrug af rusmidler i høj grad ses som et symptom på den unges øvrige udfordringer og psykiske og sociale problemstillinger.

Indsatsen skal ligeledes tage afsæt i *et udviklingssyn*, som ser de unge i *en fysisk, psykisk og social udviklings- og læringsproces*, hvor rusmiddelbruget og de psykiske vanskeligheder på afgørende vis kan skade nogle af disse processer. Set fra den unges eget synspunkt vil deres forbrug af rusmidler ofte give mening – også selvom det har negativ indflydelse på den unge i mange forskellige sammenhænge. Nogle af de unge vil måske selv tillægge rusmidlerne ”behandlende effekt” ift. deres psykiske vanskeligheder (”selvmedicinering”).

Derfor er det en vigtig del af hjælpen til de unge at *forstå og have respekt for den unges egne valg*, fordi respekten er en forudsætning for at finde frem til de vigtige faktorer i den unges liv, som der skal tages højde for og arbejdes med i det videre forløb. Det betyder, at en åben nysgerrighed og evne til fordomsfrit at lytte og forstå den enkelte unges unikke situation og ønsker, er en helt central kompetence for behandlerne.

Samtidig er det vigtigt at have fokus på *kontekst, rammer og relationer* omkring den unges liv. Det betyder, at man i indsatserne skal være nysgerrige på – og forholde sig til – strukturerne og rammerne omkring den unges hverdagsliv, herunder bolig, skole, fritid, rytmer, rammer og normer i familien, den unges relation til

forældrene og øvrige slægtninge, og forhold til venner og kammerater, den unges behov for støtte af betydningsfulde voksne og den unges særlige behov for omsorg.

En central del af ungesynet er, at den unge ses som *ekspert i sit eget liv*. Det betyder, at den unge skal inddrages som en *aktiv part* i tilrettelæggelse og gennemførelse af sit eget rådgivnings- og/eller behandlingsforløb. Det afspejler et behandlingssyn, hvor den unge indgår i *samskabelse* sammen med den professionelle behandler med fokus på *ressourcer og forandringspotentiale*, i modsætning til en behandlingsform, hvor den unge ses som en mere eller mindre passiv modtager af professionel behandling.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at den unges *motivation* ofte er *ambivalent*. Det vil sige, at der ikke er tale om en lineær bevægelse i den unges forløb fra umotiveret til motiveret for hjælp, men at den unge typisk bevæger sig mellem forskellige grader af motivation og tro, mod og vilje til forandring. Det betyder, at det hele tiden er en udfordring for behandleren, i samarbejde med den unge, at finde den unges *nærmeste udviklingszone*. Det stiller krav til behandlerne om en høj grad af tålmodighed og rummelighed og en stor evne til at kunne forstå og tilpasse sig den unges dagsaktuelle situation, tilstand og behov.

Ovenstående ungesyn og behandlingstilgang ligger som grundlag i den sociale rusmiddelbehandling til unge, som Socialstyrelsen siden 2011 har arbejdet for at udbrede, med udgangspunkt i de to behandlingsmodeller, U18 og U-turn og i kompetenceudviklingsforløbet UNG Rusmidler (*Socialstyrelsen 2016 og 2017*).

Opsamling

Unge befinder sig i en afgørende livsfase, hvor de er i gang med at danne sig selv, og hvor de skal finde fodfæste og retning for deres vej ind i tilværelsen som voksne. Unge, der har psykiske vanskeligheder og samtidige problemer med rusmidler, befinder sig i en ekstra sårbar situation. Det kan derfor have store og alvorlige konsekvenser både for de unge selv, men også for familie, søskende og det øvrige samfund, hvis de unge ikke får den rette hjælp og støtte. De unge skal mødes som myndige mennesker, der er på vej, men de har også brug for hjælpende hænder, der signalerer forståelse for alvoren og kompleksiteten i de udfordringer, som de unge og deres familier står i.

Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose

Unge ramt af både psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler falder ofte mellem flere stole, når de har brug for hjælp.

Derfor har **Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose** i 2018-19 undersøgt, hvordan vi kan styrke og kvalificere hjælpen til de unge og deres familier. Alliancen er igangsat og støttet af Helsefonden, og består af unge og forældre med personlige erfaringer samt af forskere og fagpersoner med viden og praktisk erfaring fra området.

Denne artikel er én blandt flere baggrundsartikler, der er skrevet som opsamling på Alliancens arbejde. Essensen af baggrundsartiklerne er samlet i Alliancens Grønbog, der er udgivet som oplæg til høringen *Unge med dobbeltdiagnose* på Christiansborg den 20. november 2019.

Grønbog og baggrundsartikler kan frit downloades her:

- www.dobeltdiagnose.net
- www.spuk.dk
- www.pihl-inklusive.dk

Litteraturliste

- Andersen, Ditte & Tea Torbenfeldt Bengtsson (2019): *Rettidighed og synkronisering af indsatser i komplekse ungesager*. Kap. 2 i *Rusmiddelbrugere – i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder*, red. af Bjerger & Houborg, Aarhus Universitetsforlag.
- Benjaminsen, Lars, et al (2018): *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet – samfundsøkonomiske aspekter*, VIVE.
- Benjaminsen, Lars: *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet – samfundsøkonomiske aspekter*. VIVE, rapport d. 6. juni 2018
- Casey, B., Jones, R. M., & Somerville, L. H. (2011). Braking and accelerating of the adolescent brain. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 21-33.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM (5th ed.). (2013). American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, VA.
- Frederiksen, K. S., Jones, S., Skov, K. B. E., Pedersen, M. M., & Pedersen, M. U. (2018). MOVE – Implementering af Metodeprogrammet. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
- Goldsmid Henriksen, Klaus og Susanne Pihl Hansen (2015): *Forslag til pejlemærker og indsatsområder – unge ramt af hjemløshed*. SPUK.
- Head, Brian og John Alford (2008): *Wicked Problems: The Implications for Public Management*, Paper fra konferencen: Panel on Public Management in Practice, International Research Society for Public Management, 12th. Annual Conference, afholdt i Brisbane, Australien.
- Jensen Peter og Susanne Pihl Hansen (2016): *Unge med dobbeltdiagnose/dobbelt belastning – afdækning af viden og erfaringer på området*, Udarbejdet for Helsefonden af SPUK og PIHL INKLUSIVE.
- Leamy, Mary et al. (2011): *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis*, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 199(6): 445-452.
- Mik-Meyer, Nanna (2018): *Fagprofessionelles møde med udsatte klienter*, Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen, M. U., & Pedersen, M. M. (2019): *MOVE. 21 måneder efter indskrivning*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, Mads Uffe (2017): *Effektiv behandling af unge, der misbruger rusmidler*, STOF nr. 29.
- Pedersen, Mads Uffe, et al (2015): *UngMap: En metode til identificering af særlige belastninger, ressourcer, rusmiddelbrug/misbrug og trivsel blandt danske 15-25-årige unge*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, Mads Uffe (2014): *Samarbejdet om de dobbeltbelastede borgere, Misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien i kommunerne*. Kapitel 10 i *Det Kommunale Sundhedsvæsen*, red. af Birthe M. Pedersen og Steen Rank Petersen, Hans Reitzels Forlag.
- Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D., & Seay, K. D. (2016): *Treatment access barriers and disparities among individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: an integrative literature review*. *Journal of substance abuse treatment*, 61, 47-59.
- Romer, D., Reyna, V. F., & Satterthwaite, T. D. (2017): *Beyond stereotypes of adolescent risk taking: Placing the adolescent brain in developmental context*. *Developmental cognitive neuroscience*, 27, 19-34.
- Slade, Mike (2013): *100 ways to support recovery – a guide for mental health professionals*, Rethink, vol. 1.
- Snowden, David and Mary E. Boone (2007): *A Leaders Framework for Decision Making*, Harvard Business Review.
- Socialstyrelsen (2018): *Vidensportal: Tema – Psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug (Voksne)*

Socialstyrelsen (2017): *Kerneelementer af U-turn og U18*, <https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/unge/kerneelementer-af-u-turn-og-u18/kerneelementer-af-u-turn-og-u18>

Socialstyrelsen (2016): *Udbredelse af behandlingsmodeller til unge med misbrug*, <https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/unge/projekt-udbredelse-af-behandlingsmodeller-til-unge-med-misbrug>

Strøier, Vibe (2015): *PPR mellem tamme og forheksede problemer*, Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift

Strøier, Vibe (2011): *Konsulentens Grønspættebog*, Dansk Psykologisk Forlag

Sønderby, Lotte (20xx): *Dobbeltdiagnose – dobbelt belastning?* Artikel i STOF, nr. 17.

Termansen, Tina, Theresa Dyrvig Henriksen, Nete Krogsgaard Niss, Jan Hyld Pejtersen (2015): *Unge i misbrugsbehandling – en evaluering af tre behandlingsindsatser*, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

UNG Rusmidler (forventes udgivet 2019): *Erfaringer fra kompetence- og metodeudviklingsforløb (arbejdstitel)*. Udføres for Socialstyrelsen af SPUK & PIHL INKLUSIVE sammen med Trine Ry

Vind, Leif og Mads Uffe Pedersen, (2010): *Behandling og andre sociale indsatser, der tilbydes unge, der misbruger rusmidler*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Vind, Leif og Katrine Finke, (2006): *Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

WHO (2008): *International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.)*