

Handling giver forvandling! Hvad giver behandling?

Behandling er ikke en mekanisk proces, som vi udsætter en passiv klient for. En vis portion ydmyghed er på sin plads.

**LAVFILOSOFISKE
BETRAGTNINGER**



AF PETER EGE

'Handling giver forvandling' er et gammelt 1960/1970'er slagord på linie med: 'Ingen teori uden praksis, ingen praksis uden teori' eller den feministiske variant: 'En kvinde uden en mand er som en fisk uden en cykel'. Når man bruger disse vendinger, så opnår man om ikke andet at afsløre sig selv som godt oppe i årene. Det er i nogle henseender godt at blive ældre; man er blevet klogere, har akkumuleret mere viden, er blevet lidt mere vis. Men hermed følger også en viden om, at tingene er mere komplicerede, end de umiddelbart synes. Man bliver nuanceret, kan se en sag fra flere sider, er klar over, at verden ikke kun er hvid eller sort. Kort sagt - man bliver mindre skråsikker. Det gælder ikke mindst mit forhold til behandling. Hvad er egentlig det, vi kalder behandling? Hvad gør den ved dem, der bliver udsat for den? Hvad er det, der virker - når der er noget, der virker? Det vil jeg forsøge at forholde mig til, og for ikke at skabe store forventninger har jeg valgt at kalde det 'lavfilosofiske betragtninger'.

Behandlingens elementer

Det har i perioder været populært at tale om behandling som en 'sort boks', dvs. en kasse, hvis indhold er ukendt. Det er dog nok at sætte sagen vel meget på spidsen. Der er masser af indhold i kassen, som vi kan sætte navn på: medicin, sociale foranstaltninger, psykosociale

metoder, omsorg mv. Spørgsmålet er rettere, hvordan disse elementer virker isoleret og i samspil med hinanden? Hvis vi ser snævert på behandlingen og ikke på den samlede indsats, kan vi holde omsorg og sociale foranstaltninger udenfor, og så kan behandlingsindholdet inddeles i: 1) den medicinske behandling og 2) den psykoterapeutiske/-sociale behandling/rådgivning. Den sidste kan videre inddeles i forskellige specifikke, teoretisk funderede behandlingsmetoder (kognitive, adfærdsterapeutiske metoder, systemisk terapi, motiverende samtaler mv.) - og de uspecifikke elementer (den terapeutiske alliance, ledelse, de fysiske omgivelser, behandlerens personlighed og stil etc.). Det uspecifikke element er altid til stede og kan understøtte eller modvirke effekten af de to mere specifikke virkemidler.

Brug, misbrug og afhængighed af rusmidler

Behandlingen retter sig mod misbrug og afhængighed af rusmidler - og i bedste fald også mod alle de faktorer, der kan optræde som risikofaktorer i forhold til at udvikle et misbrug samt komplikationerne i forbindelse med misbrug/afhængighed.

Normalt definerer vi brug, misbrug og afhængighed som adskilte

fænomener, hvor brug er det socialt accepterede, misbrug er det skadelige brug - og afhængighed er en ofte kronisk tilstand, måske endda en hjernesygdom.

I nogle sammenhænge kan det sikkert være nyttigt at kategorisere de tre fænomener som adskilte kategorier, men det holder ikke i virkelighedens verden. Et problematisk brug af stoffer udvikler sig glidende. Der er ingen skarpe grænser mellem brug, misbrug og afhængighed, og man kan bevæge sig mellem de tre kategorier. Der er ikke nødvendigvis tale om en fremadskridende proces. Der er meget bevægelse ud af især misbrug, men også ud af afhængighed. En hollandsk undersøgelse (1) af et stort og repræsentativt udsnit af befolkningen viste, at ca. 90 % af misbrugere og ca. 70 % af de afhængige efter 1 og 3 år ikke længere opfyldte de diagnostiske kriterier for de to tilstande.

Bevægelsen fra brug over misbrug til afhængighed kan beskrives som en udvikling fra en impulskontrolforstyrrelse til en kompulsiv - mere tvangspræget - forstyrrelse (2), hvor der hele tiden er en risiko for, at det problematiske stofbrug udvikler sig til en negativ, selvforstærkende proces, hvor stofferne bliver en integreret del af hele individets liv og

funktion. Risikoen herfor er større, jo længere der har været et problematisk brug af stoffer, ved tidlig debut samt hos personer med komplicerende psykiske lidelser og uden godt netværk og et fravær af sociale kompetencer.

Det er primært dem, vi ser i behandlingssystemet.

Når stofferne er problemet, er behandling svaret

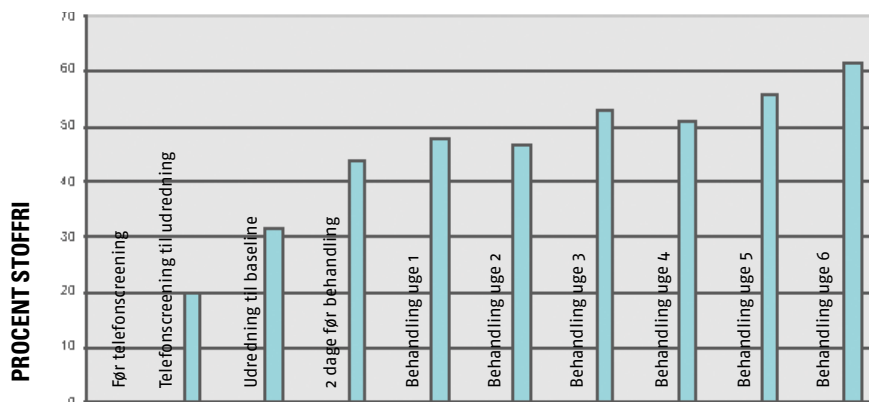
Ingen kan være uenige i ovenstående overskrift. Vi har en tyrkertro på, at behandling er svaret på alle vores kaffebønner. Men det er ikke sikkert, at det *altid* er rigtigt. Og der sker ikke noget ved, at man prøver at problematisere det.

Hvis behandling er godt, så er mere behandling bedre! Længerevarende behandlingsforløb er bedre end kortvarige, døgnbehandling bedre end ambulante. Sådan ser det også ud til at forholde sig. Al vores kliniske erfaring og naturalistiske, ikke-kontrollerede undersøgelser viser, at det at forblive længe i behandling (høj retention) og overholdelse af aftaler om fremmøde giver bedre behandlingsresultater.

Men lige så sikkert er det, at hvis vi randomiserer (fordeler tilfældigt) klienterne til henholdsvis ambulante/døgnbehandling eller til langvarig/kortvarig behandling, så ser man



Figur 1. Stoffrihed før og under behandling. Kvinder med alkoholproblemer (5)



ingen eller kun meget beskedne forskelle i behandlingsresultater. Det er et paradoks, som er svært at forstå, men ikke desto mindre ser det ud til at forholde sig som følger (3, 4):

1. VÆRST ER AT STÅ PÅ VENTELISTE
2. NOGET BEDRE ER INGEN BEHANDLING
3. CIRKA LIGE GODE ER BEHANDLINGSRESULTATERNE EFTER KORTVARIG BEHANDLING, LANGVARIG BEHANDLING ELLER DØGNBEHANDLING

Det volder ingen problemer at forstå, at venteliste er det værste. Hvad gør mennesker, når de bliver placeret på en venteliste? – De venter, og der sker ikke en hujende skid. De, der ikke får tilbud om behandling, har trods alt muligheden for at tage sagen i egen hånd eller at få hjælp fra deres netværk og starte en ændringsproces. Det går dog trods alt bedre med lidt professionel hjælp. Men mere oven i hatten hjælper tilsyneladende ikke meget. Jeg skal skynde mig at understrege, at det, der er pointen her, er ikke, at det ikke kan være godt med både langvarige behandlingsforløb og døgnbehandling. Miljøskift kan være nødvendigt, og det kan være nødvendigt med en langvarig indsats for at hjælpe klienten til at erhverve sociale kompetencer og for at bibeholde en opnået bedring. En sådan

indsats er ofte nødvendig i forhold til at understøtte en medikamentel behandling, for at forebygge tilbagefald etc. Det, der er pointen, er, at når der sker ændringer, forbedringer i klientens situation, så sker det hurtigt, undertiden endda inden behandlingen er startet.

Jeg skal illustrere det med to eksempler. Det først er fra Holland (5) og handler om kvinder, der søger behandling for alkoholproblemer (fig. 1). De største forandringer skete, inden behandlingen overhovedet startede. Herefter var der en mere gradvis stigning i andelen, der ændrede sig. Det andet eksempel er fra Projekt X-felt (6). Her er ikke målt så tæt, men tendensen er den samme (fig. 2). De ændringer, der sker hos klienterne, sker inden første måling i forløbet af behandlingen. Herefter er tilstanden stationær, måske endda med tendens til forværring, men målingerne efter måned 20 er baseret på et meget lille antal klienter og skal derfor ikke tillægges megen vægt. Tilsyneladende er forandringen mindst på stofsiden. Dette afspejler ikke virkeligheden, men skyldes, at substitutionsbehandling af uransagelige (moralske?) grunde indgår som en belastning i beregningen af ASI-scoren.

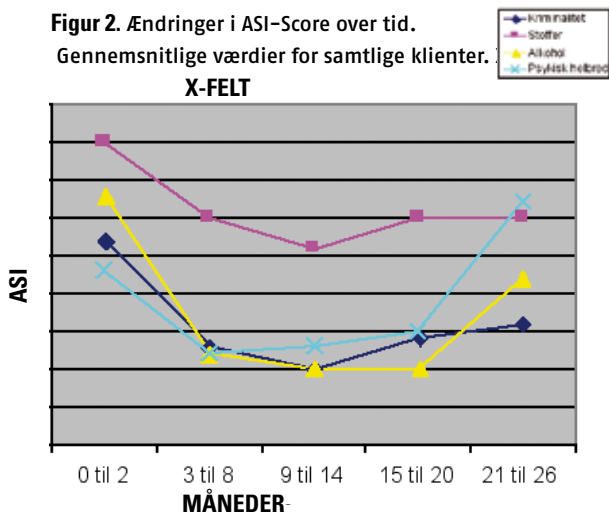
Forklaringen på paradokset er selvfølgelig selektion. De, der væl-

ger at blive længe i en behandling og er trofaste i forhold til den, er selvfølgelig de mest motiverede. 'There seems to be something about doing something to get better', som motivationsbehandlingens fader W.R. Miller har udtrykt det (3).

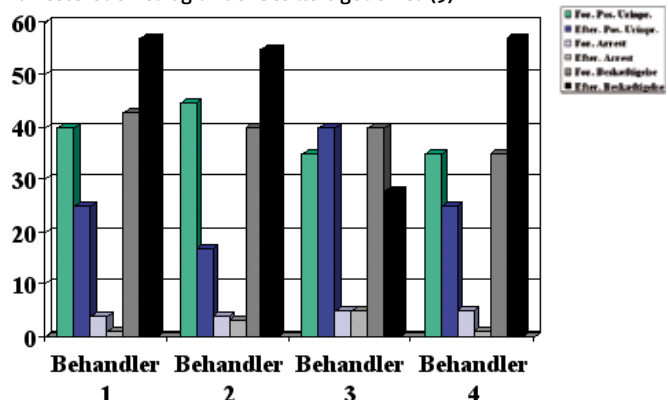
Hvad virker?

Det har ikke været min mening med det foregående at tage håbet fra nogen eller give indtryk af, at det hele er lige meget, kun at sætte gang i nogle refleksioner. Tilsyneladende til at gøre noget (motivationen), beslutningen om at gøre det og at handle i overensstemmelse hermed er, hvad der skal til for at skabe ændring, jf. DiClementes & Prochaskas forandringsmodel.¹ Ønsket om forandring udløses af en forskel mellem den aktuelle tilstand, og det man gerne ville være og gøre. Forandring kan gøres med vennernes hjælp, og så kalder vi det spontan helbredelse, eller det kan kræve hjælp fra et behandlingssystem. Men det er det samme, der sker, og der er ikke noget modsætningsforhold mellem den 'spontane helbredelse' og den behandlingsinduce-rede (7). Så når en meget kortvarig behandlingsindsats har en effekt, så kan det ikke forklares ved, at der er sket drastiske ændringer i klientens miljø. Der er heller ikke indlært nye

Figur 2. Ændringer i ASI-Score over tid. Gennemsnitlige værdier for samtlige klienter.



Figur 3. Behandlereffekten. Før og 6 mdr. efter randomisering til 4 nye behandlere. Positive urinprøver for morfin i %, andel arresterede i % og andel beskæftigede i % (9)





færdigheder, og der er bestemt ikke sket noget farmakologisk eller fysiologisk. Men der er måske sket en ændring i vurderingen af situationen og i motivationen, som har tilskyndet til adfærdsendringer? Der er sat gang i den 'spontane helbredelse'.

Som nævnt kan misbrug være en negativ selvforstærkende proces, hvor de indre og ydre ressourcer gradvist aftager, komplikationerne til misbruget akkumuleres, og stofferne får en stadig mere dominerende rolle. Det er overvejende sådanne klienter, vi ser i behandlingssystemet. De klarer sig ikke uden professionel hjælp. Den behøver ikke altid at være langvarig, men det er nødvendigt at både følelser, tanker og adfærd påvirkes (8).

Vi kan påvise, at behandling virker, når den afstedkommer forskelle. En af de smukkeste og simpleste undersøgelser blev foretaget af McLellan & al. (9). Nogle behandlere havde forladt deres stilling, og deres klienter blev randomiseret til fire andre behandlere. Som figur 3 viser, medførte behandlerskiftet meget forskellige udfald: Den dårlige behandler arbejdede ad hoc præget uden plan og skriftlighed. De gode behandleres arbejdsmetode var præget af systematik, evnen til at arbejde tværfagligt, god case-management og skriftlighed. Den meget gode behandler havde i tillæg til disse færdigheder også evnen til at forudse klienternes problemer og til at gribe ind, mens problemerne endnu var håndterbare. Den bedste behandler var den bedst uddannede. Den dårligste havde stort set ingen uddannelse. Mads Uffe Pedersen er inde på det samme, når han skal forklare forskelle i behandlingsresultater (se fx 10). Andre har hæftet sig mere ved forskellene i behandlingsstil og den terapeutiske alliance og tillægger evnen til empati, at kunne lytte til klienten og præcist at kunne reflektere over klientens udsagn en afgørende betydning (3, 4). En konfronterende behandlingsstil er

værre end ingenting, og man kan godt blive ked af det, når man erindringer, hvor meget der er blevet råbt, skreget og skældt ud i den danske behandlingsverden. Det er vigtigt at tilbyde klienten nye indlæringsmetoder, at skabe håb, at påvirke klientens kognitive vurdering af, at det er muligt at skabe ændringer, at lære klienten strategier, der kan modvirke impulsive tendenser og opstille belønnende alternativer til stofferne. Det er også et tab at blive 'helbredt'. Man kan godt savne sine symptomer, specielt hvis der ikke kommer andet ind i livet, der kan tilfredsstille trangen til anerkendelse og belønning.

Behandling er en skrøbelig affære og en vanskelig proces med mange indbyggede skuffelser, men den kan virke og kan virke meget forskellig afhængig af det behandlingsmæssige miljø, behandlerens dygtighed og empati. Det er de uspecifikke elementer i behandlingen, der er afgørende (8, 11). Hvilken metode, der anvendes, synes ikke at være så vigtig. Men det er vigtigt at beherske metoder, der kan sikre plan og fremskridt i behandlingen, som tilbyder klienten en forklaringsmodel og giver håb, og som giver den behandlingssøgende tiltro til behandlerens kompetence (8). Metoder, der øger klientens motivation og kognitive færdigheder, er oplagte valg.

Tidligt indsættende behandling er bedre end sent indsættende behandling - og er meget lettere. God behandling er bedre end dårlig behandling, men en langvarig behandling er ikke nødvendigvis bedre end en kort behandling. Men behandling er ikke en mekanisk proces, som vi udsætter en passiv klient for. En vis portion ydmyghed er på sin plads.

Den franske kirurg Ambroise Paré (1510 - 1590) sagde, efter at han var blevet komplimenteret for en dramatisk operation: 'Jeg forbandt ham, Gud helbredte ham'. Jeg er ikke meget for at blande Gud ind i det, men hvis jeg skal omfortol-

ke udsagnet, bliver det noget i retning af, at vi ikke helbreder nogen, men vi kan i bedste fald motivere og inducere, facilitere, understøtte og fremskynde den spontane helbredelsesproces.

LITTERATUR

1. De Bruijn, C., van den Brink, W., de Graaf, R. & Vollebergh, W.A.M.: The Three Year Course of Alcohol Use Disorders in the General Population: DSM-IV, ICD-10, and: The Craving Withdrawal Model. *Addiction*. 101: 385 - 92. 2006.
2. Koob, G.F.: The Neurobiology of Addiction: A Hedonic Calvinist View. I: Miller, W.R. & Carroll, K.M.: *Rethinking Substance Abuse*. 25 - 45. The Guilford Press, New York. 2006.
3. Miller, W.R.: Why do People Change Addictive Behavior? *Addiction*. 93: 163 - 72. 1998.
4. Miller, W.R.: Motivational Factors in Addictive Behaviors. I: Miller, W.R. & Carroll, K.M.: *Rethinking Substance Abuse*. 134-52. The Guilford Press, New York. 2006.
5. Epstein, E.E., Drapkin, M.L., Youso, D.A., Cook, S.M., McCrady, B.S. & Jensen, N.K.: Is Alcohol Assessment Therapeutic? Pretreatment Change in Drinking among Alcohol-dependent Women. *J. Stud. Alcohol*. 66: 385 - 92. 2005.
6. Petersen, H.: Mål, midler & kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen. Københavns Kommune. 2005.
7. DiClemente, C.C.: Natural Change and the Troublesome Use of Substances: A Life-course Perspective. I: Miller, W.R. & Carroll, K.M.: *Rethinking Substance Abuse*. 81-96. The Guilford Press, New York. 2006.
8. Lindström, L.: Vad är verksamma inslag i behandlingen av alkoholister? *Läkartidningen*. 86: 1479 - 82. 1989.
9. McLellan, A.T., Woody, G.E., Luborsky, L. & Goehl, L.: Is the Counselor an Active Ingredient in Substance Abuse Rehabilitation? *J. Nerv. Ment. Dis.* 176: 423 - 30. 1988.
10. Pedersen, M.U.: Heroin-afhængige i metadonbehandling. Center for Rusmiddelforskning. Århus Universitet. 2005.
11. McKay, J.R.: Lessons Learned from Psychotherapy Research. *Alcohol Clin. Exp.* 31: 48-54. 2007.

note

- 1 Se artiklen 'Forandringscirklen' af Morten Hesse & Michael Jourdan i STOF 3 på www.stofbladet.dk