

Evidens og uddannelse: Hvad har hvem brug for at lære hvornår?

At uddannelse er godt kan de fleste blive enige om – men hvad er det der gør at misbrugsbehandlere bliver uddannet i nogle metoder frem for andre? Tilfældigheder, vaner eller forskning?



SCANPIX / LARS BAHL

— AF

MORTEN HESSE

Uddannelse er tidens mantra! Stribevis af jobs, der for få år siden var ufaglærte, får en uddannelse klistret på, og skifter så titel fra eksempelvis ”sygehjælper” og ”hjemmehjælper” til ”social- og sundhedsassistent”. Forventningen er, at hvis vi får en uddannelse, så bliver vi meget bedre til det, vi skal kunne. Noget skal der nok være om det. Og skulle vores grundlæggende uddannelse ikke række, kan vi altid tage på kurser eller tage en efteruddannelse. Det er der nok også noget om.

Uddannelse som sådan er det meget svært at være imod. Det gælder selvfølgelig også på misbrugsområdet. Et privat konsulentbureau (CASA) har været hyret til at undersøge fremtidens uddannelsesbehov i forskellige faggrupper, og et initiativ (DNU) er iværksat for at etablere mere uddannelse på rusmiddelområdet. Dertil kommer at amterne allerede nu investerer i uddannelse af deres behandlere internt i behandlingssystemerne eller ved at bevillige medarbejderne kurser hos andre udbydere.

Midt i al denne uddannelsesbegejstring kunne man godt savne mere opmærksomhed på indholdet og kvaliteten i uddannelserne. På linie med at vi er blevet mere og mere opmærksomme på spørgsmål om, hvorvidt vi anvender dokumenteret effektive behandlinger, kunne man ønske sig at evidens spillede en større rolle i vores uddannelsesovervejelser. Hvis vi beskæftiger os lidt med evidens kunne vi måske nå fra overskriftsniveauet, til det lidt mere konkrete og interessante spørgsmål: Hvad hvem har brug for at lære hvornår?

Hvordan finder man egentlig ud af hvad det er man skal uddannes i? Hvorfor vælger man netop dette frem for noget andet? Er det intuitive vurderinger af hvad der kan være godt for klienterne at behandlere har kendskab til, som ligger til grund? Er det der udbydes bestemt af de forhåndværende søms princip, af tradition, af mode og trends eller af evidens?

Frem for at spørge, hvad behandlere mener, de har brug for at vide,

vil jeg foreslå, at kritisk gennemgang af nyere forskning får en større rolle at spille, sådan at man dels bedre kan få blik for om der findes typer af behandling eller tiltag som har et bedre ry end de egentlig fortjener og om der er typer af behandling eller tiltag, som vi overhovedet ikke anvender i Danmark i dag, som måske kunne gøre mere gavn for de mennesker, vi forsøger at hjælpe i behandlingssystemet for stofmisbrugere. Måske endda for de samme penge, som vi anvender i dag?

Herhjemme har vi eksempelvis udnævnt især kognitiv terapi til en dokumenteret effektiv behandling, og derfor uddannes der på livet løs i kognitiv terapi i mange behandlingsenheder for misbrug. Men er det kognitiv terapi i almindelighed, vi har brug for at lære, eller kan vi måske præcisere lidt mere, hvad der har effekt?

Hvad er evidensen for kognitiv terapi til misbrugere?

Tankegange fra alkoholbehandlingen i Fyns Amt (Odense modellen¹) har haft gunstig afsmittende virkning på stofmisbrugsområdet. Kognitiv terapi er nævnt som en dokumenteret effektiv behandling for misbrug mange steder i Danmark. ”Kognitiv terapi er det, der virker”, har det heddet sig lige siden Aaron T. Beck og hans kollegers bog kom i 1993².

En vis støtte herfor kan hentes i et autoritativt review lavet af Roth og Fonagy fra Anna Freud Institutet i London, hvori kognitiv terapi fremhæves som en lovende, men dog ikke bevist effektiv behandling for alkoholmisbrug.³ Andre undersøgelser med henholdsvis klienter i metadonbehandling og behandling for kokainmisbrug, tyder på, at selv om kognitiv terapi på kort sigt ikke havde bedre effekt end uspecifik rådgivning, så kom der god forsinket effekt – sandsynligvis som et resultat af, at klienterne i terapien lærer nogle færdigheder, som de senere har glæde af.⁴

Den ene af disse undersøgelser - den med metadonklienter - viste imidlertid, at psykodynamisk behandling havde

lige så stor effekt som kognitiv terapi. Det betyder ikke, at kognitiv terapi ikke virker, for en behandling skal selvfølgelig ikke være bedre end al anden behandling for at være dokumenteret effektiv. Men det ville dog være stærkere støtte til at en behandling er effektiv, hvis den dokumenteret er til mere gavn for klienterne end en behandling med en markant anderledes teori om både problemer og behandlingseffekt. Og det viste sig ikke at være tilfældet når man sammenholdt psykodynamisk behandling med kognitiv ditto. Tilmed fandt Roth og Fonagy at kortere vurende behandlinger som motiverende samtaler, adfærdsorienteret parterapi, og træning i selvkontrol ligefrem viste sig mere effektive end kognitiv behandling.

Senere undersøgelser har blot gjort miseren værre for kognitiv terapi. En stor undersøgelse, ledet af blandt andet Aaron T. Beck, viste igen at kognitiv terapi ikke klarede sig bedre end psykodynamisk terapi, og at ambulante 12-trinsorienteret rådgivning gav større effekt end kognitiv terapi.⁵ Et vigtigt træk ved dette studie er dog, at alle i undersøgelsen modtog 12-trinsorienteret gruppebehandling, hvorfor de klienter, der fik en kombination af to forskellige behandlinger (eksempelvis kognitiv terapi og 12-trinsgruppe) kunne føle sig usikre på, hvad behandlingens metode og tilgang egentlig var. En anden undersøgelse er den berømte Project MATCH, som viste, at 4 timers motiverende samtaler var lige så effektiv som 12 timers kognitiv terapi eller 12 timers 12-trinsorienteret rådgivning.⁶

Disse undersøgelser viser ikke, at kognitiv terapi ikke er et relevant tilbud til misbrugere. Men de forventninger vi har til kognitiv terapi fra eksempelvis angstbehandlingen er store: her viser undersøgelser, at kognitiv terapi i markant grad øger livskvaliteten, og giver en hurtig og sikker hjælp til et alvorligt problem, og i markant grad er overlegen i forhold til eksempelvis medicinsk behandling. Vi må stille de samme krav til behandlingen for misbrug i form af

hurtig og sikker hjælp med mindst mulige krav til klienter og behandlere.

Den dårlige nyhed består altså i at kognitiv terapi i forhold til misbrugsadfærd og misbruges psykiske problemer samlet set ikke har vist sig overlegen, men kun på linie med effekten af anden psykoterapi. Den gode nyhed er, at når behandlere i Danmark modtager undervisning i kognitiv terapi, så inkluderer underviserne ofte et modul om motiverende samtaleteknik – den form for samtalebehandling, der har vist en parallel effekt til kognitiv terapi, men med langt kortere interventionstid, og dermed bedre brug af ressourcerne.

Evidensbaseret behandling

En kritisk gennemgang af nyere forskning viser tydeligt, at selv om kognitiv behandling ikke er dårlig eller ubrugelig, så er der mere interessante muligheder til mange målgrupper, som vi slet ikke kender til. Hvad er det så vi leder efter, når vi skal introducere evidensbaserede metoder i undervisningen? Hvilke krav kan vi stille til evidensbaseret behandling?

Rimelige krav må være at:

- ☛ Behandlingen har vist sig effektiv i flere velgennemførte og velkontrollerede undersøgelser, og optimalt set gennem systematiske gennemgange af disse undersøgelser (”meta-analyser”) er det godtgjort, at effekten er pålidelig.
- ☛ Resultaterne af behandlingen må stå mål med de ressourcer, der kræves for at gennemføre den – både af klienten og af behandleren.
- ☛ Behandlingen må udgøre et skridt fremad i retning af at opnå en større effekt end tidligere behandlinger, i retning af i højere grad at mindske smerten og lidelsen forbundet med problemet, at gøre dette hurtigere, og mere behageligt for klienten.

Om muligt må man vælge behandling, der viser sig gavnlige på en række områder af betydning for klienten, og undgå en behandling med alt for mange negative virkninger.

“Adfærdsorienteret parterapi giver en stor chance for at børn af misbrugere får det bedre sammenlignet med individuel behandling”

Jeg skal i det følgende komme med et beskedent bud, nærmere bestemt to forslag til, hvad mennesker der arbejder med behandling af misbrug kunne have gavn af at stifte bekendtskab med.

Adfærdsorienteret parterapi

I adfærdsorienteret parterapi arbejdes der med at skabe en fælles kontrakt mellem parterne om at arbejde med parproblemer og misbrugsproblemer parallelt, hvad enten det er den ene af parterne eller dem begge, der har misbrugsproblemer. Behandlingen er meget handlingsorienteret, og ikke nødvendigvis så kognitiv orienteret som de mest udbredte former for kognitiv adfærdsterapi.

Adfærdsorienteret parterapi er en af de mest veldokumenterede behandlingsformer i forhold til misbrug af alkohol, og de få undersøgelser, der foreligger omhandlende stofmisbrugere giver lovende resultater⁷. Et vigtigt resultat er, at behandlingen giver meget effekt for pengene,⁸ og et andet meget vigtigt resultat fra et menneskeligt synspunkt er, at parterapi hos misbrugere forebygger vold mellem partnerne.⁹

Et andet måske endnu vigtigere resultat er, at adfærdsorienteret parterapi giver en stor chance for at børn af misbrugere får det bedre sammenlignet med individuel behandling, selv ved en tilsvarende mængde af behandling (og dermed et tilsvarende ressourceforbrug hos behandlingssystemet).¹⁰

En grund til at adfærdsorienteret parterapi synes at hjælpe, skal findes i kommunikationen mellem misbrugeren og partneren. Man ved fra forskning i skizofrenes forhold til deres familier, at hvis familierne er meget følelsesladede i deres kommunikation, så øger det sandsynligheden for tilbagefald og nye indlæggelser, men også, at hvis man hjælper familien til at ”skru ned” for den følelsesmæssige intensitet overfor den skizofrene patient, så falder indlæggelserne. Noget lignende synes at være tilfældet for alkoholmisbrugere: Også her er en partner med tendens til stærke følelsesudladninger en risikofaktor for tilbagefald.¹¹



”Herhjemme er vi imidlertid alt for bange for at stille nogle krav – og hvad værre er, vi er bange for at give noget igen, når klienter opfylder vores krav.”

Nævnes skal også at forskellige typer af tillægsbehandlinger til parterapi for misbrug har været forsøgt. Tilbagefaldsforebyggelse med parret involveret har vist sig at øge effekten i visse undersøgelser.¹² Derimod har tilføjelse af AA-henvisning til behandlingen medført et dårligere resultat end adfædsorienteret parbehandling alene¹³ ifølge en meget velgennemført undersøgelse under ledelse af Barbara McCrady, der ellers gennem årene har været en varm fortaler for en kombination af adfærdsterapi og brug af 12-trinsgrupper. Der er således ikke dokumentation for direkte at supplere adfædsorienteret parbehandling med henvisning til 12-trinsgrupper.

Det at der kun foreligger et par enkelte velgennemførte undersøgelser af behandling af stofmisbrugere med adfædsorienteret parterapi kunne måske nok tjene som argument for, at dokumentationen endnu ikke er tilstrækkelig. Men på den anden side lever den dokumentation der findes op til kravene til en ”rigtig” evidensbaseret behandling, i det mindste hvis vi skeler til dokumentationen fra alkoholområdet.

Contingency management

I Danmark har udviklingen de seneste år primært gået i retning af en liberalisering af metadonudleveringsbetingelserne. Dette er et sympatisk tiltag på mange måder, og langt mere menneskeligt og fornuftigt end den ydmygende praksis, hvor en behandler af og til skal stå og vurdere, om en klient tilsyneladende er ”velfungerende” ud fra indtrykket i klinikken. Denne praksis kan give anledning til alvorlige tolkningsstridigheder, hvor man som behandler er tvunget til at skønne om klienten er påvirket, måske skønne om der skal foretages en urinprøve og vurdere hvad konsekvenserne skal være – situationer og skøn som kan være en ydmygende oplevelse for klienten, som kan belaste den terapeutiske relation, som kan gøre det svært at yde en bred og koordineret indsats i forhold til den enkelte klient, og som i værste fald kan

medføre drop out.

Men af mangel på ressourcer og af mangel på tro på at kontrol kan nytte, tilbageruller vi kontroltiltagene – i stedet for et bedre alternativ, der kunne bestå i at indføre mere meningsfulde og nyttige kontrolforanstaltninger i behandlingsarbejdet. ”Contingency management” (CM) er en adfædsorienteret behandling, som bygger på, at etablere en klar og synlig sammenhæng imellem klientens indsats i behandlingen, og det som han eller hun får fra behandlingen uden de mange skøn. Det sker ved at nogle enkle spilleregler for forventninger til klienten og tilsvarende modtydelser fra behandlingssystemet opstilles på linie med klassiske adfædsorienterede behandlinger. Metoden er mest undersøgt i forhold til metadonbehandling, hvor den generelt har god effekt¹⁴, men andre grupper er også undersøgt, eksempelvis kokainafhængige.¹⁵

I CM anvender man klare og overskuelige sammenhænge mellem hvad klienten yder i behandlingen, og de resultater som han får fra behandlingen. Eksempelvis reguleres tag-hjem-ordninger på basis af rene urinprøver (så og så mange rene urinprøver udløser en (ekstra) tag-hjem-dosis), eller et vist antal rene urinprøver udløser udbetaling af kuponer til indkøb af varer i supermarkeder eller varehuse, eller medfører ønsket regulering af mængden af medicin. Man arbejder med andre ord med klare belønningssystemer.

Typisk indvender man over for denne behandlingstype, at det er forkert at anvende medicinen som et pædagogisk redskab i behandlingen, og man kan da også være betænkelig herved. Men man må inddrage hvad alternativet er: Langt de fleste steder, hvor man i dag arbejder med en form for konsekvenspædagogik er et personligt skøn involveret, når der skal laves tag-hjem-aftaler. Også hvis basis er urinprøver er der et skøn involveret, hvis urinprøven skønnes påkrævet af behandleren.

Problemet med skønsbaseret er, at personlige skøn giver mulighed for nogle ganske ydmygende situationer.

De tilbagevendende ”vejninger” foretaget af behandlere, der kun ved meget lidt om klientens liv, og som ikke har meget andet grundlag end klientens fremtræden – og evne til at skabe kontakt (eller manipulere med behandleren) kan belaste selvtilliden, troen på fremtiden, og muligheden for at ændre sig. Den, der aldrig har været i rollen som klient i det sociale system, kan blot tænke på fornemmelsen af at have fået en uventet lav karakter efter en mundtlig eksamen. I den situation står man over for et andet menneske, der har vejet én og fundet, at man var for let, og skønnet står ikke til at ændre, uanset hvor uretfærdigt det måtte forekomme den bedømte.

Contingency Management synes at være mindre ydmygende og ser ud til at virke. En ny undersøgelse fra den meget anerkendte Matrix klinik i Californien viste således, at CM gav en bedre korttidseffekt end kognitiv adfærdsterapi, selv om forskellene dog udlignedes over et års forløb, primært fordi gruppen i kognitiv adfærdsterapi forbedredes senere i forløbet.¹⁶ Herudover har metoden også med succes været anvendt i forbindelse med behandling med naltrexone, et stof der gives som modgift mod heroinoverdoser, og som fungerer som en slags ”forebyggende behandling” for tilbagefald.¹⁷

En relevant indvending er dog, at det er en dyr behandling. Selv hvis man kun vil screene for opiatmisbrug kræver det mindst to urinprøver om ugen at opnå resultater, og det er ganske dyrt. Det er der dog en udvej for, nemlig at give belønning for at nå på forhånd fastsatte behandlingsmål i stedet for at belønne rene urinprøver¹⁸ – et alternativ formuleret og afprøvet af gruppen omkring Martin Iguchi.

At belønne klienterne for at realisere deres behandlingsrelevante opgaver viste sig ved et forsøg med kontrolgruppe at være mere effektivt i retning af at bremse misbruget (målt på antallet af rene urinprøver!) end at belønne dem direkte for at lægge rene urinprøver. Ydermere havde behandlingen med den eksperimentelle metode en læn-



Morten Hesse, cand.psych,
og ph.d. stud.
på Center for Rusmiddelforskning

gere virkningstid efter endt behandling - mens klienterne fortsat var i meta-donbehandling - end de to øvrige.

Dette kan bedst tolkes sådan, at den eksperimentelle behandling virkede ved at klienterne oplevede, at de fik noget ud af det, når de lagde et stykke arbejde her og nu (en fornemmelse mange stofmisbrugere ellers sjældent får - de lægger et stykke arbejde for at rette op på deres tilværelse, og hvis de er heldige, så bærer det frugt et par år efter). Derefter oplevede de, at det blev værdifuldt i sig selv at nå de mål, som de havde nået i løbet af behandlingen, og fortsatte ad den samme kurs.

Den samme behandling har været anvendt i en anden undersøgelse, dog uden kontrolgruppe.¹⁹ Men også her viste det sig, at hvis man var i stand til at give klienterne nogle relevante mål, og give dem en direkte belønning for at gøre et stykke arbejde, så lønnede det sig i form af fastholdelse af klienterne i behandlingen og mindre illegalt opi-atforbrug. Yderligere støtte til denne sammenhæng kan ses af en anden undersøgelse²⁰, hvor en eksperimental-gruppe fik tag-hjem-doser uafhængigt af rene urinprøver eller ej i en indkø-ringsfase, mens kontrolgruppen ikke fik tag-hjem-doser. Begge blev derefter udsat for CM behandling i form af tag-hjem-doser for rene urinprøver.

Igen viste det sig at eksperiment-albehandlingen var bedre til at få klienterne til at begynde at lægge rene urinprøver. Stofmisbrugerne var ikke vant til at forvente at få noget ud af at gøre noget - men når de oplevede, at de kunne få en frihed, så virkede det. Herhjemme er vi imidlertid alt for bange for at stille nogle krav - og hvad værre er, vi er bange for at give noget igen, når klienter opfylder vores krav.

Veje fremad?

Der er mange andre behandlinger end de to ovennævnte, der har vist gode effekter for særlige grupper. Men hvis vi bliver i 80'ernes forskningsresulta-ter og det der for længst er blevet god latin, så leverer vi næppe det optimale til vores klienter. Det er nødvendigt,

at vi ser på muligheder for at lære af nyere forskning i vores planlægning af uddannelsesaktiviteter, så vi ikke giver uddannelse i behandlingsformer, bare fordi vi bedre kan lide dem, føler os mere trygge og hjemme i dem el-ler ikke ved nok om evidensen for metodernes effektivitet eller mangel på samme. Uddannelse er ikke bedre end indholdet og indholdet skulle gerne være ajour med forskningen, således at vi bruger behandlingsmetoder, der er stadig mere holdbare og nyttige for klienterne.

- 1 Bent Nielsen and Anette Søgaard Nielsen: Odensemodellen. Et bidrag til en evidensba-seret praksis ved behandling af alkoholmisbruge-re. Fyns Amt, 2001
- 2 Beck AT, Wright F, Newman CF, Liese BS. (1993) Cognitive Therapy of Substance Abuse. Guilford Press, New York.
- 3 Roth A, Fonagy P (1996): What works for whom? A critical review of psychotherapy re-search. Kapitel 11. Guilford, London, 1996
- 4 Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C, Gordon LT, Wirtz PW, Gawin F. One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence. Delayed emergence of psychotherapy effects. Arch Gen Psychiatry 1994;51:989-97. Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, and O'Brien, CP (1987) 12-month follow-up of psychotherapy for opiate addiction. Am J Psychiatry, 144(5):590-596
- 5 Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS, Muenz LR, Thase ME, Weiss RD, Gastfriend DR, Woody GE, Barber JP, Butler SF, Daley D, Salloum I, Bishop S, Najavits LM, Lis J, Mercer D, Grif-fin ML, Moras K, Beck AT. (1999): Psycho-social Treatments for Cocaine Dependence. - National Institute on Drug Abuse Collabo-rative Treatment Study. Arch Gen Psychia-try;56:493-502.
- 6 Cooney NL, Kadden RM, Litt MD, Getter H. (1991): Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-year follow-up results. J Consult Clin Psychol; 59:598-601.
- 7 Kelley ML, Fals-Stewart W. (2002): Coup-les- versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: effects on children's psychosocial functioning. J Consult Clin Psy-chol;70(2):417-27.
Se også Winters J, Fals-Stewart W, O'Farrell TJ, Birchler GR, Kelley ML. (2002): Beha-vioral couples therapy for female substance-abusing patients: effects on substance use and relationship adjustment. J Consult Clin Psychol. 2002;70(2):344-55.
- 8 Fals-Stewart W, O'Farrell TJ, Birchler GR. (1997) Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: a cost outcomes analysis. J Consult Clin Psychol;65(5):789-802
- 9 O'Farrell TJ, Van Hutton V, Murphy CM. (1999) Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two-year longitudinal

study. J Stud Alcohol; 60(3):317-21

Se også O'Farrell TJ, Murphy CM. (1995)

Marital violence before and after alcoholism treatment. J Consult Clin Psychol; 63(2):256-62

- 10 Kelley ML, Fals-Stewart W. (2002): Coup-les- versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: effects on children's psycho-social functioning. J Consult Clin Psychol; 70(2):417-27
- O'Farrell TJ, Feehan M. (1999) Alcoholism treatment and the family: do family and in-dividual treatments for alcoholic adults have preventive effects for children? J Stud Alcohol Suppl.;13:125-9.
- 11 O'Farrell TJ, Hooley J, Fals-Stewart W, Cutter HS. (1998): Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. J Consult Clin Psychol; 66(5):744-52
- 12 O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HS, Brown ED, McCourt WF. (1993) Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoho-lics and their wives. Stud Alcohol;54(6):652-66.
- 13 McCrady BS, Epstein EE, Hirsch LS. (1999) Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men: outcomes at 6 months. Addiction; 94(9):1381-96.
- 14 Griffith, J.D.; Rowan-Szal, G. A.; Roark, R. R.; Simpson, D.D. (2000): Contingency manage-ment in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. Drug and Alcohol Dependence, 58, 55-66
- 15 Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Foerg FE, Donham R, Badger GJ. (1994): Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. Arch Gen Psychiatry; 51(7):568-76
- 16 Rawson RA, Huber A, McCann M, Shoptaw S, Farabee D, Reiber C, Ling W. (2002): A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine de-pendence. Arch Gen Psychiatry; 59(9):817-24
- 17 Preston KL, Silverman K, Umbricht A, DeJe-sus A, Montoya ID, Schuster CR. (1999): Im-provement in naltrexone treatment compliance with contingency management. Drug Alcohol Depend; 54:127-35
- 18 Iguchi MY, Belding MA, Morral AR, Lamb RJ, Husband SD. (1997) Reinforcing operants other than abstinence in drug abuse treatment: an effective alternative for reducing drug use. J Consult Clin Psychol; 65:421-8.
- 19 Villano CL, Rosenblum A, Magura S, Fong C. (2002): Improving treatment engagement and outcomes for cocaine-using methadone patients. Am J Drug Alcohol Abuse; 28:213-30
- 20 Schmitz JM, Rhoades HM, Elk DC, Hussein I, Grabowski J (1998): Medication Take-Home Doses and Contingency Management. Expe-rimental and Clinical Psychopharmacology, 6:162-168