

# SITUATIONSSPECIFIK COPING I MISBRUGBEHANDLING

En case study af gruppebehandling af stofmisbrugere

Kapitel 1. Emne og motivation.....	2
1.1 Indledning.....	2
1.2 Behandlingsprojektet og institutionen.....	4
Kapitel 2. Misbrug i teori og forskning.....	6
Indledning.....	6
2.1 Hvad er modeller af misbrug og afhængighed.....	6
2.2 Den psykiatriske sygdomsmodel.....	6
2.3 Minnesotamodelen.....	8
2.4 Misbrug som indlært adfærd.....	10
2.5 Behandlingseffektforskning.....	12
2.6 Opsamling og konklusion.....	17
Kapitel 3. Behandlingsteori.....	19
3.1 Kognitiv terapi.....	19
3.2 Marlatts teori om misbrug og tilbagefald.....	23
Kapitel 4. Metode.....	33
Indledende bemærkninger.....	33
4.1 Spørgsmål i klinisk forskning.....	33
4.2 Kliniske forskningsmetoder.....	36
4.3 Opsamling og specialets placering i feltet.....	40
Kapitel 5. Design af behandling og evaluering.....	41
5.1 Behandlingsdesign.....	41
5.2 Evalueringsmetoder.....	46
Kapitel 6. Empiri.....	51
6.1 Indledning.....	51
6.2 Gennemgang af baggrundsvariable.....	52
6.3 Strategier imod misbruget.....	58
6.4 Deltagernes tilfredshed og syn på behandlingen.....	62
6.5 Uddybende interviews.....	66
6.6 Bias.....	67
6.7 Konklusion.....	68
Kapitel 7. Diskussion.....	70
7.1 Indledning.....	70
7.2 Evalueringsmetoderne.....	70
7.3 Situationsspecifik coping i arbejde med stofmisbrugere.....	70
7.4 Attribution af årsager til forandring i behandlingen.....	72
7.5 Registrering: selvobservation og planlægning.....	72
Kapitel 8. Perspektiver for arbejde med misbrug.....	74
Litteratur.....	77

# Kapitel 1. Emne og motivation.

## 1.1 Indledning.

**1.1.1 Problemer i behandling af stofmisbrug.** Behandling af stofmisbrug er et psykologisk arbejdsfelt, der er i en rivende udvikling som praksisfelt, og som nyder stor offentlig interesse. Der er udbredt enighed om, at stofmisbrug udgør et meget stort samfundsmæssigt problem, og at det udgør et meget stort problem for de mennesker, der er stofmisbrugere.

Imidlertid er der store vanskeligheder forbundet med behandling af stofmisbrugere. Det har været svært at dokumentere holdbare resultater af behandling, særligt i forhold til mål som total rehabilitering eller helbredelse, og det har været svært at fastslå, hvilken behandling, der virker, om nogen overhovedet gør det. Samtidig er der strid om behandlingens mål både i og uden for behandlingssystemet.

I mit arbejde med behandling af stofmisbrugere i Københavns Kommune oplever jeg, at disse stridigheder og uklarheder er en daglig, behandlingsmæssig realitet, som det er nødvendigt at forholde sig til. Der må og skal skabes større klarhed om, hvad der kan udrettes med behandling og hvordan behandling egentlig virker. I alt for høj grad arbejder vi i de offentlige og de private behandlingssystemer uden en ordentlig teoretisk forståelsesramme og med en alt for lille viden. Klienternes oplevelser bliver, som dokumenteret af Christoffersen og Kousholt (upubl), at behandlingen og behandlerne er uforudsigelige, at signalerne skifter, og at det er svært at nå de mål, man gerne vil, igennem behandlingen.

Det, der bør tilstræbes, og som jeg ønsker at bidrage til med dette speciale, er, at vi får en viden, der er meget tættere på den kliniske praksis end den viden, vi har i dag. Vi må se meget nærmere på, hvordan behandlingen faktisk spiller en rolle i klienternes liv.

I det følgende er det kognitiv behandling af stofmisbrugere, der bliver sat under luppen.

Empirien i specialet stammer fra et behandlingsprojekt i Distriktscenter Indre i Københavns Kommune, som er blevet udført af psykolog Helge Børven og undertegnede. Teorien bliver fremstillet, såvel som rammerne og redskaberne for behandlingen, og resultaterne af det pilotprojekt, der kørte over vinteren 1995-'96. Behandlingsteorien i projektet er kognitiv terapi ud fra et "Relapse Prevention" framework (Marlatt og Gordon, red. 1985).

**1.1.2 Kognitiv adfærdsterapi og situationsspecifik coping.** Kognitiv terapi med stofmisbrugere er en behandling, der ifølge undersøgelser har en positiv virkning på skadevirkninger og livskvalitet; men det er svært at sige præcis hvorfor (se kapitel 2).

Ved kognitiv adfærdsterapi er det et mål, at klienterne lærer sig situationsspecifik coping. Situationsspecifik coping betegner handlestrategier, der retter sig mod at klare bestemte, veldefinerede problemsituationer igennem veldefinerede metoder (dette vil blive nærmere beskrevet i kapitel 3). Der er teoretiske grunde til at antage, at situationsspecifik coping kan spille en rolle ved arbejde med afhængighed (Marlatt, 1985a), og der er også belæg for, at situationsspecifik coping spiller en rolle i afvikling af stofmisbrug med eller uden hjælp af behandling (Donovan og Chaney, 1985; Rosenbaum, 1991).

Det er imidlertid mindre klart, om træning i situationsspecifikke copingteknikker eller analyse af situationer, hvor coping er relevant, er en effektiv intervention i forhold til afhængighed (se eksempelvis Stephens *et al*, 1994).

Jeg har derfor sat mig for at undersøge, om deltagerne i det kognitive og adfærdsorienterede behandlingsprojekt, jeg arbejder på, faktisk anvender situationsspecifik coping, og om de oplever, at en form for transfer af copingfærdigheder er en central mekanisme i behandlingen.

Dette spørgsmål har betydning for, hvilken rolle den kognitive behandlingsteori har for behandlingens praksis, herunder især for klienternes udbytte af den: I hvilken udstrækning bliver teorien faktisk et "sæt værktøj," klienterne tager med sig og bruger i deres dagligliv; i hvilken udstrækning kan de i behandlingen reflektere over deres liv og problemer på særlige måder i kraft af behandlingsteorien; og i hvilken udstrækning medfører behandlingsteorien at væsentlige mere eller mindre uudnyttede muligheder overses eller ikke sættes på begreb.

Disse spørgsmål er naturligvis meget omfattende, og jeg vil fastslå, at de ikke besvares udtømmende.

Der er altså ikke primært tale om en målevaluering af et projekt, men om et forsøg på at belyse teoretiske og anvendt psykologiske spørgsmål igennem data fra projektet.

Specialets metode er kvalitativ, idet undersøgelsens formål, som jeg har fremstillet det, er undersøgelse af klienternes syn på behandlingens betydning, og af deres forklaringer af, hvordan og hvorfor det har haft betydning for dem at deltage i projektet. Kvantitative data indgår imidlertid som baggrundsvariable.

Projektet er løbende blevet monitoreret, og der er indsamlet data for deltagernes stofforbrug, skadevirkninger og livskvalitet i forbindelse med behandlingen; derudover er projektet blevet evalueret ved en spørgeskemaundersøgelse blandt de, der fuldførte behandlingen, efter afslutningen. Data for måladfærd og skadevirkninger fra disse kilder indgår som baggrundsvariable for undersøgelsen. Evalueringskemaerne udgør den vigtigste del af specialets datacorpus.

Formålet med at lave dataindsamling har været dobbelt: dels har det været en del af behandlingens metode, dels er den blevet udført for at undersøge, hvorvidt behandlingsteorien spillede den rolle i behandlingen, som det teoretiske grundlag lægger op til.

En sådan afklaring giver blandt andet mulighed for at undersøge, hvorvidt og hvordan erfaringer fra arbejde med den kognitive behandlingsteori kan være med til at fremme en konstruktiv udvikling af misbrugsbehandlingen i Danmark. Samtidig får jeg mulighed for at se på, hvad det er for aspekter ved behandlingen, klienterne har fundet brugbare og troværdige.

Mere specifikt er problemstillingen:

*Hvilken betydning har situationsspecifik coping i reduktion af aktive misbrugeres stofforbrug, og hvilke implikationer har det for udformningen af misbrugsbehandling?*

Problemstillingen søges belyst gennem en undersøgelse af, hvilke forhold de enkelte deltagere i kognitiv behandling har lagt vægt på i behandlingen, og hvilke tegn, der kan findes på, at de gør brug af situationsspecifik coping.

Det bliver vurderet, om de strategier, misbrugerne beskriver, at de anvender for at reducere deres misbrug eller standse et eskalerende misbrug, generelt er udformet sådan, som copingteorier ville forudsige det, eller om andre forhold, der ikke gribes af copingteoriene,

synes at være væsentligere i misbrugernes strategier.

Der er en række uafklarede forhold ved situationsspecifik coping, som kan bidrage til at kaste lys over, hvorfor det har været svært at vise en konkret effekt af copingtræning. På den ene side er der forholdet mellem copingstrategier og kognitiv stil og personlighedsvariable, og på den anden side er det forholdet mellem copingstrategier og personens livssituation.

Den generelle tænkning, eksempelvis om tænkningen er præget af en ydre eller indre *locus of control*, om hvordan attributionsmønsteret fungerer, kan tænkes at have betydning for, om misbrugeren vil vælge at forsøge at bruge copingstrategier. Det er heller ikke tilfredsstillende afklaret, hvordan forholdet mellem livssituationen og copingstrategier er: fungerer copingstrategier uanset, hvordan livssituationen er, og hvilke muligheder klienten har? Dette vil jeg også søge at kaste lys over.

## **1.2 Behandlingsprojektet og institutionen.**

### **1.2.1 Institutionen.**

Distriktscentrene er institutioner, hvis funktion i behandlingssystemet er både visiterende og behandlende. Da pilotprojektet løb af stablen var deres funktioner visitation af alle misbrugere i Københavns Kommune til døgnbehandling og særlige institutioner, ambulante metadonnedtrapning inden for institutionen, langtidsmetadonbehandling, samt forberedelse af klienter til døgnbehandling af forskellig art. Personalet er pædagoger, socialrådgivere, læge, sygeplejerske, psykolog, sekretærer, leder og souschef. Ledelsen er pædagogisk.

Distriktscentrene fungerede som behandlingsinstitutioner med dagligt fremmøde, hvor indtagelsen af metadonen blev overvåget også lørdag og søndag, kontaktpersoner, der fulgte hver enkelt klient, gruppetilbud og et arbejdstilbud.

Med hensyn til døgnbehandling visiterer distriktscentrene til de kommunale institutioner Akutinstitutionen på Pumpehusvej, institutionerne Flinterupgård og Frydekær, og til behandling i privat regi under en entreprisepulje.

Som det meste af behandlingssystemet er Distriktscentrene i næsten konstant omstilling, og der er stor fluktuation i medarbejderstaben. Behandlingen er præget af manglende forståelse og tillid mellem klienter og behandlere, modsætninger med hensyn til målsætninger mellem institutionens klientel og de nye tiltag og forandringer, der udefra eller indefra introduceres i institutionen (se Christoffersen og Kousholt, upubl).

På Distriktscenter Indre var der tradition for projektorienteret behandling, og for ikke at afbryde behandlingen udelukkende på grund af sidemisbrug eller kriminalitet. Der havde i året før været afholdt to gruppeorganiserede projekter på institutionen, et med forrevalidering i form af et arbejdsprojekt med istandsættelse af bygninger, og et foredragsprojekt, hvor deltagerne skulle ud og holde foredrag om stofmisbrug på skoler og ungdomsklubber.

**1.2.2 Projektet.** Projektet var et tilbud til alle metadonklienter i Distriktscenter Indre så længe, der var plads. Projektet var berammet til at have 10 klienter. Klienterne tilmeldte sig frivilligt og uden tvang fra vores side.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Bortset fra den tvang der ligger i ikke at kunne komme til at vælge andre tilbud end dem der udbydes i institutionen (ibid)

Projektet var et tidsbegrænset "kursustilbud," med to ugentlige møder fra klokken 11.00-14.00 og forløb over 6 måneder. Projektet blev annonceret som et tilbud om afvikling af sidemisbrug eller metadon.

Samtidig med, at klienterne deltog i projektet, var de i metadonbehandling i centeret, hvilket betyder at de fik metadon ordineret af centerets læge, og at de skulle møde dagligt i centeret og indtage metadonen.

Som nævnt var projektet udformet ud fra kognitiv terapi og psykoedukation, hvor klienterne blev undervist i at registrere deres forbrug af stoffer og i at håndtere de situationer, hvor tilbagefald eller fejltrin var mulige.

## Kapitel 2. Misbrug i teori og forskning.

*Nøgleord: Modeller, Psykiatrisk sygdomsmodel, Minnesotamodelen, operant betingning.*

**Indledning.** I dette kapitel vil jeg redegøre for nogle af de mest udbredte teorier om afhængighed og misbrug. Jeg vil i den forbindelse gennemgå forskellige udgaver af opfattelser af misbrug som sygdom. Det er med udgangspunkt i en mere eller mindre omfattende kritik af disse konsekvenser af forskellige opfattelser, Marlatt har formuleret sin kognitive terapi.

Jeg skal gennemgå en psykiatrisk model for misbrug, som skelner mellem stofmisbrug og stofafhængighed (Hemmingsen *et al* 1994). Dernæst vil jeg fremstille hovedsynspunkterne i Minnesotabehandlingen eller 12-trinsmodellens opfattelse af misbrug som en progressiv, uhelbredelig sygdom.

Endelig vil jeg kort redegøre for den adfærdsteoretiske opfattelse, at misbrug må opfattes som operant betinget adfærd.

**2.1 Hvad er modeller af misbrug og afhængighed.** Modeller må opfattes som socialt producerede konstruktioner af den praktiske omgang med misbrugsproblemer, der definerer misbruget, de muligheder, der er for at intervenere i forhold til det, og de uintenderede konsekvenser, disse konstruktioner kan have for omgangen med problemerne (Giddens, 1984). Jeg vil derfor diskutere modellerne ud fra deres og måde at sætte misbruget i begreb, deres tilgang til behandling, og deres konsekvenser.

Modeller af misbrug og afhængighed kan tegnes på et kontinuum fra det rent neurofarmakologiske og genetiske over psykologiske modeller til antropologiske og sociale modeller for, hvad afhængighed er. Hver teori eller opfattelse fokuserer på bestemte aspekter af problemet og åbner op for handlemuligheder i forhold til disse aspekter. Andre aspekter bliver dermed mindre belyst.

Hvor minnesotamodelen opfatter misbrug, som et meget "rent" biologisk fænomen, ser den psykiatriske litteratur et "blandingsforhold," mellem biologiske og psykosociale forhold. Antropologiske teorier og social indlæringsteori tillægger de biologiske aspekter af misbruget en helt marginal rolle, hvor teorierne primært sætter dem i relation til tolkningen af stoffernes virkninger på kroppen (eksempelvis Fekjær, internetmanus).

### 2.2 Den psykiatriske sygdomsmodel.

*Nøgleord: Stofmisbrug, stofafhængighed, skadevirkninger, afgiftning, rehabilitering, arvelige og psykosociale faktorer, dobbeltdiagnose.*

Inden for psykiatrisk litteratur betragtes misbrug ikke ud fra en enkelt konsistent teori, eller en enkeltstregen hypotese om misbrugets ætiologi. Der er snarere tale om, at den psykiatriske litteratur opfatter misbrug som et multifaktoriel determineret fænomen.

**2.2.1 Problembestemmelse.** Inden for den psykiatriske sygdomsmodel skelner man mellem stofmisbrug og stofafhængighed (Hemmingsen *et al*, 1994, side 429-430). Ved stofmisbrug er der tale om "vedvarende indtagelse trods risiko for eller optræden af psykologiske, somatiske

eller sociale problemer betinget af stofindtagelsen" (ibid. side 429). Et egentligt afhængighedssyndrom optræder, når der er mere udtalte skadevirkninger, når der er et mindsket kontrol over indtagelsen, forøget tolerans og - afhængigt af stoffet - abstinenssymptomer.

Inden for DSM III-R er kriterierne for misbrug en oplevelse af kontroltab, så stoffet indtages oftere og i større mængder end planlagt; at der optræder sociale konsekvenser, hvor vigtige rolleforpligtelser forsømmes på grund af misbruget; at der forekommer brug af stoffer trods viden om problemer, der skabes eller skærpes af misbruget; samt tydelig tolerance, sådan at den mængde, der skal til for at opnå en virkning, må være steget med mindst 50%; endelig *kan* der optræde abstinenser (Volpicelli, 1989, side 453). Mindst tre af disse kriterier skal optræde, og de skal have været til stede i mere end en måned eller have optrådt gentagne gange over en længere periode. Abstinenser er altså ikke en nødvendig betingelse for, at der kan være tale om et misbrug.

**2.2.2 Ætiologi.** Inden for en psykiatrisk model opfattes misbrug som forårsaget af somatiske og psykosociale sårbarhedsvariable (eksempelvis Volpicelli, 1989, side 454). Specielt fremhæves arvelige faktorer, eftervirkninger af sociale begivenheder og forskellige sociale baggrundsvariable som arbejdsløshed og fattigdom. Personlighedsvariable har ikke kunnet bruges prognostisk til at fastslå, hvem der bliver misbruger.<sup>2</sup>

Flere forfattere argumenterer for, at der er dokumenteret en arvelig faktor hos alkoholikere med et meget massivt misbrug, men ikke hos mennesker med mere begrænsede alkoholproblemer (eksempelvis Wesson *et al.*, 1986, side 6; Volpicelli, 1989, side 455).

Endelig opererer man inden for en psykiatrisk model med interaktion mellem andre psykiatriske lidelser og misbrug; man taler da om "dobbeldiagnoseklinter." Særligt borderlinediagnosen og karakterafvigerdiagnosen bliver knyttet til misbruget, og i nyere tid har også stofmisbrug blandt skizofrene påkaldt sig opmærksomhed.

Der beskrives i den psykiatriske litteratur flere forskellige sammenhænge mellem misbrug og psykologiske problemer. Misbruget kan opfattes som et selvstændigt symptom, hvor det ses som et udtryk for mangel på kontrol eller realitetstestning, som en form for selvdestruktiv adfærd, og som en forsvarsmekanisme imod ubehagelige erkendelser (se især Cullberg, 1990, side 428-433). I andre tilfælde opfattes misbruget som "selvmedicinering:" ubehagelige psykiske symptomer dæmpes midlertidigt af stofbrug, eksempelvis hos borderline patienter eller skizofrene (Volpicelli, side 455).

**2.2.3 Skadevirkninger.** Skadevirkninger og afhængighed ytrer sig ifølge en psykiatrisk misbrugsopfattelse forskelligt, alt efter hvilke stoffer, der misbruges.

Blandt de skadevirkninger, der fremhæves er personlighedsmæssige forandringer, toksiske psykoser (ved brug af amfetamin, kokain og - i mindre grad - hallucinogener), abstinenser og abstinensprovokerede psykoser (det sidste ved alkoholmisbrug og misbrug af benzodiazepinpræparater). Ligeledes fremhæves misligholdelse af forpligtelser, og økonomiske konsekvenser, forbundet med udgifterne til at financiere misbruget.

De farligste stoffer ved et udtalt misbrug vurderes til at være benzodiazepiner, alkohol, opiater

---

<sup>2</sup> Dette må selv Cullberg, tilsyneladende modvilligt, fastslå (1990; side 428).

og amfetamin, mens selv et meget udtalt misbrug af hash og hallucinogener ikke medfører helt så alvorlige skadevirkninger (Hemmingsen *et al* 1994, side 447).<sup>3</sup>

**2.2.4 Behandling.** Behandling tænkes ud fra en fasemodel, med adskillelse af "afgiftning" og "rehabilitering" som to adskilte praksisser. "Afgiftning" består af nedtrapning og akut omsorg, ofte i en lukket institution, og bedømmes som enkel at udføre, mens "rehabilitering," som består af iværksættelse af sociale tiltag, er svært og kompliceret. Til afgiftning hører abstinensbehandling, det vil sige at der gives medikamenter som behandler specifikke abstinenssymptomer (eksempelvis fenemal mod kramper, eller stilnoct mod søvnproblemer). Rehabilitering er den, i høj grad sociale, indsats, der iværksættes med henblik på at få etableret et forhold til arbejdsmarkedet, en tilfredsstillende boligsituation, og at forebygge tilbagefald til misbruget.

**2.2.5 Opsamling.** Den psykiatriske opfattelse af misbrug er et sæt af forskellige hypoteser om sammenhænge mellem baggrundsfaktorer og misbrug, og forskellige konsekvenser af misbrug, mere end en konsistent teoretisk model.

Der er imidlertid uanset årsager og skadevirkninger den mangel i denne traditions opfattelse, at der er en meget stærk tendens til at litteraturen behandler misbrug ud fra et 3. persons perspektiv, dvs. at problemet ses og defineres udefra, og uden at handlemuligheder formuleres for den person, der har problemet (for begrebet om et 3. persons perspektiv, se eksempelvis Nissen og Forchhammer, 1994). Dette gør, at den psykiatriske sygdomsmodel ikke kan sige meget om, hvordan der skal arbejdes med de følelsesmæssige, kognitive og handlingsmæssige aspekter af misbruget.<sup>4</sup>

## 2.3 Minnesotamodellen.

*Nøgleord: Selvhjælpsgrupper, sygdomsmodel, afholdenhed, narrativer.*

Minnesotamodellen eller 12-trinsmodellen (Steffens, 1993) er en ideologisk model med træk af åndelig bevægelse, om hvad afhængighed er, og hvad helbredelse af afhængighed er. Modellen er knyttet til især anonyme selvhjælpsgrupper for misbrugere (Narcotics Anonymous og Alcoholics Anonymous) med en række faste ritualer. Derudover er modellen især i Europa knyttet til behandlingsinstitutioner, der udfører døgnbehandling i privat regi.

**2.3.1 Minnesotamodellens opfattelse af misbrug.** I minnesotamodellens opfattelse er misbrug en medfødt, fremadskridende sygdom; opfattelsen af misbrug som sygdom er et

---

<sup>3</sup> At hash og hallucinogener ikke medfører alvorlige skadevirkninger, vil jeg stille spørgsmåltegn ved, når der er tale om personer med en dårlig psykosocial tilstand, med psykologiske problemer eller et meget begrænset netværk. Her kan stofbrugen medvirke til at fastholde den marginaliserede position og give ubehagelige skadevirkninger som "flash-backs" og angstanfald. Samtidig er den livsstil, som en del ellers velintegrerede storforbrugere af hash dyrker, med en begrænset omgangskreds og få aktiviteter, ikke særligt spændende og udviklende.

<sup>4</sup> Den her fremførte kritik fremføres ikke af Marlatt.



redskab til at komme uden om misbrugerens skyldfølelse, og få ham til at erkende sin egen magtesløshed over for misbruget. Derefter kan han indse, at han har behov for fællesskabet i selvhjælpsgruppen (ibid. side 47).

Der tales om en kamp mellem selvet og flasken, hvor selvet altid taber. Misbrugeren forsøger at kontrollere misbruget ved hjælp af sin viljestyrke, men kommer altid til kort over for sygdommen, som har kontrol over ham.

Samtidig med at der ligger en sygdomsmodel i minnesotamodellen, deler bevægelsen mange træk med religion og kirkesamfund, som en orientering mod, hvad modellens fortalere kalder "åndelig vækst," og begrebet om en "højere magt." Disse begreber er med til at skabe billedet af en religiøs bevægelse, nok så meget som en egentlig teori om misbrug og behandling. For eksempel beskriver Steffens således, at nye klienter kommer igennem et indgangsritual, hvor de ikklædes en særlig dragt, der markerer overgangen til det nye fællesskab.

**2.3.2 Minnesotamodellens behandlingsmodel.** Hovedrollen i minnesotamodellens behandling spilles af selvhjælpsgrupperne, AA og NA (Alcoholics Anonymous og Narcotics Anonymous).

Selvhjælpsgrupperne fungerer ved, at misbrugerne møder op, og fortæller hver deres personlige historie. Dette sker med faste ind- og udgangsreplikker ("Jeg hedder Morten, jeg er misbruger" ... "Tak for mig!"), og misbrugeren lærer sig efterhånden at fortælle sin historie som historien om, hvordan stofferne tog magten over ham og ødelagde alt; det vil sige i tråd med minnesotamodellens sygdomsopfattelse.

Minnesotamodellen opererer med den såkaldte "bund," det punkt, hvor misbrugeren er nået så langt ned, at han indser, at han ikke selv kan klare at komme ud af misbruget igen.

Det helende moment er indsigt i egen afmagt, og en overladelse af det personlige ansvar til fællesskabet. Misbruget kan kun standses ved fuldstændig afholdenhed, da misbrugeren altid vil være tilbøjelig til at misbruge stoffer, og da et møde med det foretrukne stof altid vil medføre et totalt tilbagefald. Dette møde sammenlignes med en allergisk reaktion: reaktionen er stor, og praktisk taget umulig at kontrollere, selv ved en lille mængde stof i kroppen.

Der er især i Europa en tendens til, at minnesotamodellen er ved at blive en professionel behandlingsmodel. Behandlingen bliver mere og mere institutionaliseret med lukkede døgninstitutioner, der kører standardiserede behandlingsforløb. Samtidig begynder behandlere i andre institutioner at blive inspireret af minnesotabehandlingens ideologi.

**2.3.4 Udforskning af minnesotamodellen.** Egentlig randomiseret klinisk afprøvning af minnesotamodellen er af praktiske grunde umulig. Det er af gode grunde umuligt at lave randomiserede studier af brugen af anonyme fællesskaber, fordi det ikke muligt er at lave randomiseret visitation, som kan fungere på samme måde som den "mund til mund" procedure, der er hovedvejen ind i de anonyme fællesskaber. Dertil kommer, at ethvert kontrolleret studie kommer i konflikt med princippet om anonymitet.

Et enkelt surveystudie af amerikanske borgeres oplevelse af og tilfredshed med forskellige former for rådgivning og psykologisk behandling viser, at AA og NA er de psykosociale behandlingstilbud i USA, hvis klienter har den højeste grad af tilfredshed (i *Consumers Report* studiet, se Jacobson og Christensen, 1996, for kommentarer).

Der er gode eksempler på procesorienteret og antropologiske studier af minnesotamodellen, og det er disse studier, der danner grundlag for ovenstående fremstilling (eksempelvis Steffens,

1993; Lave og Wenger, 1989).

Minnesotamodellens postulat om en fremadskridende uhelbredelig sygdom, og om at misbrugeren før eller siden vil "nå bunden" er stærkt omdiskuterede, og mange data svarer ikke til disse forestillinger (se eksempelvis Wasson *et al* 1986).

**2.3.3 Opsamling og kritiske kommentarer.** Minnesotamodellen opererer, i modsætning til psykiatrien, med et klart og forholdsvis stringent sygdomsbegreb. Der forudsiges prognose, og der gives samtidig klare handleanvisninger. En kritik, der kan rettes mod minnesotamodellens opfattelse af misbrug, er, at den umuliggør intervention i den situation, hvor klienterne befinder sig midt i misbruget og ikke føler sig klar til total afholdenhed og/eller institutionalisering. Desuden kan den ensidige fokusering på "afholdenhed," bidrage til, at nogle misbrugere dropper ud af behandling hurtigt, enten fordi de ikke har afholdenhed som endemål, eller fordi de ikke kan gennemføre afholdenhed på kort sigt; kravet om afholdenhed kan være medvirkende til, at minnesotamodellen kommer til at selektere sig til succes.

Samtidig er der en risiko for, at den tænkning, der ligger i, at man skal ramme "bunden," før man kan blive fri af misbruget, kan skabe en form for "selvopfyldende profeti:" Personer, der kunne have undgået det, synker ned i et gigantisk selvdestruktivt misbrug eller forsøger ligefrem selvmord, fordi de er blevet overbevist om, at de ikke kan undgå et totalt tilbagefald, hvis de så meget som rører stoffet!<sup>5</sup>

## 2.4 Misbrug som indlært adfærd.

*Nøgleord: Forstærkning, abstinenser, eufori, dyreforsøg.*

**2.4.1 Er misbrug positivt reforceret adfærd?** En adfærdsorienteret opfattelse af misbrug går ud på, at misbrug er operant indlært adfærd. Misbrugeren har lært at indtage stoffet, og indtagelsen bliver forstærket positivt (ved at rusen blev oplevet positivt) eller negativt (virkningen af stoffet fjernede et ubehag, eventuelt abstinenser) (se Groves og Rebec, 1988, side 189).<sup>6</sup>

Inden for en adfærdsorienteret forskning har dyreforsøg en prominent plads i udforskning af menneskelig adfærd. Dette gælder også i studiet af misbrug som operant betinget. I et typisk forsøg gives et forsøgsdyr med korte mellemrum morfin, hvorefter det selv får mulighed for at udløse stoffet, eksempelvis ved at træde på en pedal. Når forsøget stilles op på denne måde, vil forsøgsdyrene hurtigt lære at administrere stoffet til sig selv, og gøre dette efter en opadstigende kurve (Groves og Rebec, side 189).

Men betyder det nu, at misbruget kan opfattes som positivt reforceret adfærd? Andre

---

<sup>5</sup> Denne kritik er et centralt aspekt ved Marlatts kritik af "sygdomsmodellen," som jeg vil gennemgå i forbindelse med projektets behandlingsteori.

<sup>6</sup> Inden for social indlæringsteori om misbrug og tilbagefald er Marlatt temmelig dominerende, og han nævnes eksempelvis som specifik reference i indledningskapitlet til Tims og Leukefeld (1986). Jeg vil derfor gennemgå social indlæringsteoris opfattelse af misbrug i forbindelse med kapitel 3 om behandlingsteori.

forsøg tegner et billede af, at dette ikke er tilfældet:

*"Rats were allowed to choose between two solutions with almost identical taste. One of them contained morphine. For the first 8 hours, the animals drank equal amounts of the two solutions. For the rest of the 19 days which the experiment lasted, they avoided the morphine almost completely. This means that the rats avoided morphine when they got to know the effects of morphine ..."*

Peele, 1985, efter Fekjær udateret.

Hos mennesker har forskningen heller ikke kunnet påvise en direkte biokemisk induceret forstærkning af brug af de stoffer, der misbruges. Dette skulle være i form af at der til indtagelse af stof svarer en bestemt virkning, der kan kaldes "eufori":

*"In a pretest, 9 persons were given morphine, heroin, and amphetamine. The reports did not match the textbooks: Opiates gave no "euphoria."*

*In a more comprehensive study, the same three drugs were given in addition to a sleeping pill (a barbiturate) and placebo. The drugs were administered by intravenous injection to 80 persons who belonged to one of three groups: Healthy, ill patients and addicts.*

*The majority of participants classified the effects of amphetamine as positive. Placebo and the sleeping pill were characterized as neutral. Morphine and heroin were largely classified as unpleasant, except by the addicts. Very few would consider taking them again - most of the participants would rather have the placebo."*

Lasagna *et al*, cit in Fekjær, udateret.

Dette forsøg illustrerer, at en effekt, der kan kaldes eufori, ikke er et automatisk eller biologisk fænomen ved indtagelse af narkotika. Mange misbrugere forestiller sig, at narkotika påvirker et særligt center i hjernen, som giver en behagelig følelse i kroppen og psyken. Men dette er næppe tilfældet.

Det betyder ikke, at man ikke kan beskrive misbrug som positivt reforceret, men den positive reforcering er socialt og kognitivt medieret, og handler lige så meget om forventninger til stofvirkningen, som om stofs specifikke virkninger. Det er blandt andet på denne baggrund, det skal ses, at der er valgt netop en kognitiv tilgang til behandlingen af stofmisbrug i projektet.

**2.4.2 Er misbrug negativt reforceret adfærd?** En biokemisk funderet negativ forstærkning af misbrug spiller ganske givet en rolle i opretholdelse af misbruget; det kan lade sig gøre at gøre forsøgsdyr afhængige af morfika, når de først har oplevet at få abstinenser af stoffet. Stoffer kan da være negativt reforcerende, ved at stoffet fjerner abstinenserne hurtigt og effektivt.

Men som Fekjær fastslår det, er der imidlertid tale om en sekundær faktor i forhold til forventningsvariable og socialt producerede betydninger: afhængighed opstår meget sjældent i smertebehandling af misbrug, også når behandlingen er langvarig, og dosis er høj.

Dette tyder på, at misbrug først og fremmest er et socialt produceret fænomen; hypotesen om

positiv og negativ reforcering af misbrug passer som hånd i handske med heroinfolklore blandt stofmisbrugere: heroinbrugere forestiller sig, at abstinenser efter heroin og metadon er noget af det værste, der findes, og at heroinrusen er noget af det bedste. Men disse opfattelser synes i høj grad at være netop folklore; således er alkoholabstinenser og abstinenser efter benzodiazepiner farligere end heroin- og metadonabstinenser, og psykoser og kramper må næsten være mindst lige så ubehagelige som diarré, gåsehud og feber, som er de typiske abstinenser ved udtalt heroinafhængighed.

**2.4.3 Diskussion.** En behandling, der er udformet ud fra operant betingning, vil få en række teoretiske og praktiske problemer: for det første giver operant betingning ikke nogen tilfredsstillende forklaring på tilbagefald, der kan optræde meget længe efter at misbruget er afbrudt. For det andet har nogle af de behandlinger, der er foreslået ud fra traditionelle adfærdsterapeutiske teknikker såsom aversionsterapier, den ulempe, at de ikke skaber kognitive forandringer, der kan støtte misbrugeren, efter at den betingede forbindelse mellem ubehag og misbrugsstof forsvinder.

## 2.5 Behandlingseffektforskning.

*Nøgleord: Behandlingsresultater, resocialisering, helbredelse, longitudinale studier, metadonbehandling, terapeutiske samfund.*

Jeg skal i dette afsnit gennemgå vigtige resultater for behandlingseffektforskning. De konkrete metoder der kan bruges til at undersøge behandling og dens metoder falder imidlertid uden for kapitlets rammer, og gennemgås i kapitel 4.

**2.5.1 Resultater - hvad ved vi om misbrugsbehandling?** Forskningen i misbrug og misbrugsbehandling er præget af paradigme problemer, stridigheder om målsætninger, og manglende overbevisende resultater, særligt når behandling vurderes ud fra mål som total afholdenhed og rehabilitering. En opsummering af internationale og skandinaviske forskningsresultater måtte således konkludere:

*"Forskningen ger inget stöd för at narkomanvården i sig ger en behandlingseffekt som överstiger graden av spontanläkning inom missbrukargruppen generell."*

Bergmark og Oscarsson 1993, bilag 1

Baggrunden for Bergmark og Oscarssons udsagn er mangeartet. Et hovedproblem er, at frafaldsrater typisk er så høje for alle ikke-metadonbaserede behandlingstilbud, at selv pæne resultater ofte er svære at tolke, fordi behandlingen i realiteten har selekteret sig til succes. Når behandlingstilbud selekterer sig til succes, er det ikke af ond vilje, men fordi en meget stor del af klienterne aldrig kommer ind i behandlingstilbudet. Enten fordi de stikker af før de kommer ind i behandlingen, eller fordi de ikke klarer indledende behandlingsfaser, ofte kaldet motivationsfaser, afklaringsfaser, eller lignende.

Det synes simpelt hen som om stofmisbrugere sjældent stiller sig tilfreds med den behandling de pådattes i randomiserede forsøg, og der har ikke kunnet rapporteres nogle randomiserede forsøg med stoffri behandling overhovedet (Bergmark og Oscarsson 1993, side 14; De Leon,

1990, side 117, nævner tal på 8-25% for forbliven i terapeutiske samfund efter 1 år). Nok så meget af forklaringen ligger dog i det lille ord "spontanlækning," altså spontan helbredelse. Når der behandles ud fra mål som stoffrihed og resocialisering synes frafaldsraterne netop at være så høje, at det praktisk vil være umuligt at lave sammenligninger mellem grupper, der sættes i behandling og grupper, der ikke gør det. Ved en undersøgelse Bergmark og Oscarsson betegner som illustrativ, måtte forskerne opgive at konkludere på sammenligninger af terapeutiske samfund og metadonbehandling, fordi frafaldet var så stort, at det ikke var muligt at konkludere på basis af resultaterne (side 14). For metadonbehandling gælder, at frafaldet er betydeligt mindre. Men selv om skadereduktion har kunnet dokumenteres (se eksempelvis McLelland *et al* 1988, og McLelland *et al* 1993) er graden af total rehabilitering ofte lav, den store gruppe af metadonklienter har tilbagevendende episoder med misbrug af alkohol og stoffer, og mængden af personer, der bliver helt stoffrie efter metadonbehandling er meget lille (således i nogle studier mindre end 10% efter 10 år, De Leon, 1990, side 114).

For at overvinde disse problemer peger en del af den nyere litteratur på matchning af klienter med behandlingstilbud, særligt ud fra psykologiske kendetegn. Nogle peger på psykiatriske diagnoser som de karakteristika, der skal matches efter i misbrugsbehandlingen (ibid. og Volpicelli 1989). Andre peger på generelle psykologiske strategier som copingmekanismer, attributionsmønster eller lignende (Nielsen, 1992a, 1992b, Marlatt 1985a side 66). Der er imidlertid ikke mange, der har kunnet give konkrete og veldokumenterede bud på, hvordan en sådan matchning kan foretages.

Demografiske og sociale variable og variable for misbrug har ikke overhovedet kunnet bruges til at forudsige udbytte eller forbliven i behandling. Psykologiske variable synes at spille en vis rolle, sammen med variable for kriminalitet, men disse variable synes ikke at kunne sige noget som helst om, *hvilken* behandling, der vil kunne give et godt udbytte (eksempelvis De Leon, 1990, side 115).

**2.5.2 Omfattende studier.** De to mest systematiske, omfattende prospektive studier der findes inden for stofmisbrugsområdet er DARP og TOPS programmerne (Bergmark og Oscarsson 1993, side 16-23).

**DARP programmet** er et studie af 27460 stofmisbrugere som er blevet fulgt siden perioden 1969-74, hvor de startede i forskellige behandlingsprogrammer. I dette studie blev metadonvedligeholdelse, terapeutiske samfund, stoffrie polikliniske programmer, poliklinisk hurtig afrusning og klienter som droppede ud inden behandlingen begyndte, sammenlignet. De forskellige behandlingsformer blev dog kun sammenlignet efter disse grove kategorier, mens der ikke blev lavet grundigere sammenligninger mellem enkelte institutioners resultater, eksempelvis med udgangspunkt i kontrolforanstaltninger, social og medicinsk service og omsorg.

Der er draget to konklusioner af DARP-studiet: det ene er, at der ikke er forskel på resultaterne af forskellige typer af behandling, og det andet, at jo længere tid en klient forbliver i behandling jo bedre er prognosen. Efter et år viste alle de længerevarende behandlingsprogrammer (altså alt undtagen hurtig afrusning) ens resultater på de fleste mål: Andelen af misbrugere, der hverken havde et forbrug af illegale stoffer eller begik kriminalitet, var således i langtidsmetadonbehandling 27%, i terapeutiske samfund 28%, og i stoffrie

polikliniske programmer 24%. De tilsvarende tal for kortvarig poliklinisk afrusning og gruppen, der ikke startede i behandling var henholdsvis 15% og 14%. Baggrundsvariable og individuelle klientkarakteristika viste ikke nogen særlige tendenser. Imidlertid gør det, at der ikke var tale om en randomiseret udvælgning af klienter, at tolkning af tallene er behæftet med en del usikkerhed. Den manglende randomisering betyder også, at det ikke umiddelbart lader sig afgøre, hvorvidt forskellen mellem grupper med behandling og grupper uden behandling skyldes behandlingen eller selektion. Selektionen kan give problemer for denne slags undersøgelser: De personer, der klarer sig godt, kan permanent eller forbigående have psykologiske eller sociale ressourcer, der ikke bliver taget højde for i sammenligningen af behandlede eller ikke behandlede.

Varigheden af behandling syntes med de nævnte metodiske forbehold at være en afgørende faktor: jo længere tid misbrugerne tilbragte i behandlingen, jo bedre prognose 1 år efter. Klienter i behandlingsprogrammerne, der tilbragte mindre end 3 måneder i programmerne, havde ikke bedre prognose end klienter, der kun fik hurtig afrusning eller slet ingen behandling (ved metadonvedligeholdelse var den nødvendige tid 300 dage). Ved 3 års follow up var disse forskelle stadig til stede, men ved seks års follow up var de forsvundet. Det sidste har naturligvis alvorlige konsekvenser for, hvad vi uden videre kan forvente af misbrugsbehandling. Det rejser interessante spørgsmål om behandlingens betydning for tilbagefald, som desværre ikke er lette at besvare på grund af det lange forløb, der vil skulle undersøges.

**TOPS-undersøgelsen** er ligeledes en prospektiv undersøgelse, der inkluderer 11750 klienter. Til trods for forskelle i klientmasse er resultaterne meget lig dem fra DARP-undersøgelsen. Efter 3 måneder var mere end 60% i stoffri, ambulans behandling faldet fra eller overført til anden behandling. I institutionsbehandling var det tilsvarende tal 56% og i metadonvedligeholdelse 35%.

Den flerårige opfølgning af misbrugerne der havde modtaget behandling viste, at en stigende men lille del af misbrugerne var stoffrie i årene, der fulgte undersøgelsens start; at lejlighedsvis opioidforbrug stort set forsvandt; at tilbagefaldet trods alt var stort; og at det også kunne optræde mange år efter afslutning af behandlingen: således havde 19% af de, der var faldet tilbage efter 12 år, haft mindst 6 år i træk uden misbrug efter afgiftning.

Et andet interessant fund fra TOPS-undersøgelsen var, at kun en mindre del af misbrugerne forblev i dagligt opiatmisbrug igennem flere år; til gengæld var andelen af misbrugere, som havde et hashforbrug generelt stigende igennem mange år. Dette kan tolkes som, at hash kom til at spille en rolle som substitutionsmisbrug eller selvmedicinering, med betydeligt mindre skadevirkninger end heroinen (se Hemmingsen *et al*, 1994, side 447).

Alt i alt synes DARP og TOPS studierne at vise, at en meget stor del af misbrugere dropper ud af behandling, særligt stoffri behandling, og at det kun sjældent skyldes holdbare forbedringer i deres situation. Endvidere synes undersøgelserne at dokumentere en vis, tidsbegrænset effekt af behandling; men denne effekt må tages med det forbehold, at alle data udelukkende er korrelationelle.

### **2.5.3 Undersøgelser af rådgivning og specifik psykologisk behandling for stofmisbrug.**

Der findes studier, der sammenligner af kombinationen af psykoterapi og metadonbehandling med kombination af metadon og generel rådgivning.

Bergmark og Oscarsson referer forskellige undersøgelser (1994, side 15). I et metadonvedligeholdelsesprogram modtog en behandlingsgruppe støttende og ekspressiv eller kognitiv psykoterapi sammenlignet med en gruppe, som kun fik rådgivning. Førstnævnte gruppe kom bedre ud, også ved 7 og 12 måneders opfølgning, på skadereduktionsdata. I en anden undersøgelse blev psykodynamisk psykoterapi og metadon sammenlignet med metadon og generel rådgivning for klienter med misbrug, samt angst, depression og personlighedsforstyrrelser. I denne undersøgelse var der ikke signifikante forskelle mellem behandlingsgruppen og kontrolgruppen. I en tredje undersøgelse viste det sig, at klienter i familierapi og metadon klarede sig bedre end klienter, der kun modtog metadon. Forskellene fortog sig dog over tid. I en fjerde undersøgelse blev ekspressiv psykoterapi, familierapi og rådgivende gruppeterapi sammenlignet for kokainmisbrugere. Denne undersøgelse viste ingen markante forskelle mellem behandlingsformerne, men forskel fra behandler til behandler.

McLelland og hans kolleger har foretaget kliniske eksperimenter, der skulle undersøge virkningen af rådgivning og psykosocial støtte. I et studie (McLelland *et al*, 1988) blev klienter, der allerede var inde i et metadonprogram tilfældigt fordelt til forskellige rådgivere i institutionen; det viste sig, at der var store og tydelige forskelle i den gennemsnitlige udvikling på så at sige alle områder for de forskellige rådgiveres klienter. Ud fra dette konkluderede forskerne, at behandleren spiller en stor rolle for behandlingsforløbet, men det var på grund af undersøgelsens design ikke muligt at udtale sig om, hvilke træk ved behandlernes praksis, der gjorde forskellen.

I et andet studie (McLelland *et al*, 1993) blev tre grupper af matchede klienter tilfældigt fordelt til tre forskellige behandlingsforhold: minimal metadonbehandling, hvor klienterne kun havde meget lidt kontakt med rådgivere; standard metadonbehandling, hvor klienterne blev fulgt rimeligt tæt, og rådgiverne blev informeret om ugentlige urinprøver; og metadonbehandling med ekstra støtte, hvor en særlig medicinsk, psykologisk og revalideringsmæssig opmærksomhed blev tilføjet til standardbehandlingen på institutionen. Dette studie viste statistisk signifikante forskelle mellem de tre behandlingsgrupper, til fordel for mere omfattende behandling og støtte.

**2.5.4 Opsamling.** Forskningen inden for misbrugsområdet står meget dårligt med hensyn til resultater. Der er generelt fundet midlertidige, begrænsede forandringer hos de klienterne, og jo mere omfattende forandringer behandlingen har fordret, jo større frafald, og dermed større sandsynlighed for at behandlings succes er et resultat, der ville være kommet uanset behandling eller ej, med de samme mennesker.

Det store problem som efter min opfattelse karakteriserer alle de opsummeringer og resultater, jeg her har refereret, er at de baserer sig på en meget teorifattig tilgang til misbrug. Man forsøger at vise om behandling virker, og hvilken behandling, der virker på hvem, men ikke hvad en "virkning" kan være eller hvordan forandringer kan tilvejebringes, og i hvilke sammenhænge. Derfor bliver disse oversigter ikke særligt informative for klinikerne eller for misbrugeren.

Det, de kan sige noget om, er imidlertid:

- At det ikke har ladet sig bevise, at "behandling" uanset type "helbreder" stofmisbrug, altså skaber stoffrihed og rehabilitering, men at det formodentlig kan reducere skadevirkninger og

skabe muligheder for forbedringer af livssituationen. Total rehabilitering og stoffrihed mangler endnu at dokumenteres overbevisende som resultat af behandling.

- At det må være et mål i misbrugsbehandling at nedbringe frafaldet, fordi forbliven i behandling formodentlig er gavnligt for klienter.<sup>7</sup>

- At demografiske og sociale variable ikke er afgørende for, hvem der har gavn af behandling, mens psykologiske variable og kriminalitet er.

- Den gruppe, vi i de følgende kapitler har med at gøre i projektet, er metadonklienter. Det vil sige, at ud fra ovenstående erfaringer vil vi forvente, at størstedelen af dem vil forblive i metadonbehandling og have tilbagevendende episoder med stort misbrug af alkohol, heroin og andre stoffer.

- At psykologisk behandling gør en vis gavn for metadonklienter i det mindste på kort og mellemlangt sigt, men at psykodynamisk psykoterapi ikke er den behandling, der bør vælges til stofmisbrugere, før der fremkommer undersøgelser med gode resultater og forklaring på de hidt til dårlige.<sup>8</sup>

Den slags forskning kan være med til at skabe realistiske forventninger til udbyttet

En teoridrevet forskning, der rummer mulighed for falsifikation af teorien, vil i forhold hertil kunne give langt flere oplysninger om misbrug og behandling, som vil være relevant for brugere og behandlere. Det drejer sig efter min opfattelse primært om at følge enkeltpersoner i behandlingsforløb, og de metoder, der kan anvendes til dette formål er enkeltsubjekt eksperimenter og undersøgelser af forskelle i opfattelser mellem behandlere og klienter som fokuserer på selve de aspekter som behandlere anser for væsentlige i behandlingen. Jeg skal vende tilbage til disse metoder i kapitel 4.

**2.6 Opsamling og konklusion.** Forskningen i behandling af misbrugere giver et meget generelt og vagt billede af området. Den giver meget lidt information til behandlere. Der er tegn på, at behandling generelt virker skadereducerende og kan virke reducerende på stofforbrug, men at misbrugerens sociale situation ikke forandres, og at de stadig lever som misbrugere efter behandlingen.<sup>9</sup> Når stoffrihed og resocialisering er målet, er tilbagefald regelen ved udskrivelse.

---

<sup>7</sup> Det kunne være interessant at lave et eksperiment, hvor frafaldet blev søgt reduceret, eksempelvis efter Arntz (1994) eller Linehans metoder, og hvor en gruppe med en direkte indsats mod frafald blev sammenlignet med en gruppe med et mere normalt forløb, hvor klienterne falder "naturligt" fra.

<sup>8</sup> De, der referer positive erfaringer med psykodynamisk behandling af stofmisbrugere, gør dette på ren anekdotisk og spekulativ basis. Eksempelvis Flores og Mahon, 1993 - til trods for at de starter deres "abstract" med ordene: "This article gives specific reasons and evidence why group psychotherapy is the treatment of choice for addictions".

<sup>9</sup> Og - hvis vi skal være ærlige: vi ved ikke, om der er en effekt, der ligner den fra det berømte "Cambridge-Summerville studie," hvor en social og sundhedsmæssig indsats, alle tilsyneladende var glade for, gennemsnitligt medførte en forværring for en socialt marginaliseret gruppe; og vi ved heller ikke om der er en "halo-bias" til fordel for behandling hos de forskere, der laver behandlingsevaluering, som den der ifølge nogle debattører kan ligge bag adfærdsteoretiske metoders bedre resultater i behandlingsforskning.



Jo længere tid misbrugerne har været i behandling jo længere tid går der før de falder tilbage. Holdbarheden af de forandringer der sker, er forskellig fra studie til studie, og meget tyder på, at man ikke uden videre kan konkludere, at hver behandling giver et lille "løft," der fører misbrugere lidt videre mod en stoffri, veltilpasset tilværelse, eller at en sådan tilstand er stabil.

Det generelt høje frafald sammen med det forhold, at et længerevarende forløb tilsyneladende giver et bedre resultat, betyder, at det må være et mål at skabe behandlingstilbud der er attraktive for misbrugerne. Der må søges efter metoder til at skabe en tillidsrelation mellem behandlere og klienter, der gør at samarbejdet kan fortsætte så længe som muligt, og at det også kan fortsætte så længe som muligt, selv efter massive tilbagefald.

## Kapitel 3. Behandlingsteori.

Jeg vil i tredje kapitel gennemgå den behandlingsteoretiske baggrund for projektet. Denne er den kognitive terapi, herunder Marlatts "Relapse Prevention" ramme.

Jeg skal indledningsvis fremstille kognitiv terapi, dens grundbegreber og rationale. Det er kognitiv terapi, der er det behandlingsteoretiske grundlag for behandlingsindsatsen i projektet. Herunder vil jeg referere to begrebssæt, der dels er del af det teoretiske grundlag for kognitiv terapi generelt, og som spiller en særlig rolle i Marlatts framework, nemlig Lazarus' kategorisering af copingtyper og Banduras begreb om selvkompetence.

Derefter vil jeg gennemgå Marlatts "Relapse Prevention" framework, som er vores hovedforståelsesramme med hensyn til misbrug som problemstilling, samtidig med at det herfra, de fleste af vores behandlingsredskaber er hentet.

### 3.1 Kognitiv terapi.

*Nøgleord: Teoriramme, rational-emotive therapy, automatiske tanker, selvvurderinger, forvrængninger*

**3.1.1 Historie og generelle træk.** Kognitiv terapi historie er til dels sammenfaldende med den kognitive bølge i almenpsykologien (Hougaard, 1996, side 174-175). Den kognitive terapi var et forsøg på at arbejde med de kognitive forhold, og dens tidlige teoretikere formulerede sig i opposition til adfærdsterapien. I dag er det imidlertid snarere sådan, at det meste adfærdsterapi betegnes "kognitiv adfærdsterapi," og at de fleste adfærdstereapeuter kalder sig "kognitivt-adfærdsmæssigt orienterede."

Den kognitive terapi historie føres endvidere tilbage til en række ikke-behavioristiske forfattere, blandt andet Ellis, Kelly og psykodynamiske forfattere som Adler og Anna Freud. Ellis grundlagde en terapiform kaldet Rational-emotive Therapy på basis af udfordring af uhensigtsmæssige tankeformer og deres konsekvenser for følelser og reaktioner (Goldstein *et al* 1986, side 457). Grundantagelsen hos Ellis var, at uhensigtsmæssige reaktioner bygger på urealistiske grundforestillinger, der udmønter sig i forkerte fortolkninger af situationer, såsom katastrofetænkning, overdreven perfektionisme eller overdreven afhængighed af andre. Disse forestillinger kan være ubevidste i den forstand at de ikke er klart formuleret, men ikke desto mindre fungerer de som en form for grundpræmisser, der styrer et individs tænkning. Hos Ellis var hovedinterventionen at argumentere imod de uhensigtsmæssige tankeformer, og at gøre dette med så stærke og overbevisende argumenter som muligt.

Kognitiv terapi arbejder med mange forskellige begreber og overvejelser inden for en ramme (således begreber fra kognitionsvidenskab, adfærdsteori, social learning theory, copingteori, psykoanalytiske begreber som forsvar og fortrængning, kognitiv udviklingsteori, rational emotive therapy, Kellys's konstruktbegreb, m.m.).

Denne ramme er ikke i sig selv formaliseret, ligesom den ikke fremstår som en egentlig personlighedsteori med egne, veldefinerede begreber. Den består i høj grad af koncepter for psykologisk behandling, der er tilrettelagt så de retter sig mod et bestemt anvendt psykologisk praksisfelt, ofte specificeret helt ud til en særlig problemstilling eller diagnose (feks. bidragene i Mørch, Rosenberg og Elsass, red. 1995, eller Marlatt og Gordon, red. 1985). Omvendt er den

i nogen grad konsistent, og rummer en del testbare postulater.

Fire overordnede antagelser kendetegner de kognitive behandlingsformer:

- "1. Den menneskelige organisme reagerer primært på kognitive repræsentationer af omgivelserne, snarere end på omgivelserne som sådan;*
- 2. Disse kognitive repræsentationer er funktionelt relaterede til indlæringsprocesser og følgelig under indflydelse af sådanne processer;*
- 3. Menneskelig indlæring er overvejende kognitivt medieret; og*
- 4. Tanker, følelser og adfærd interagerer kausalt."*

Hougaard, 1996, side 174, efter Mahoney

Disse antagelser skal ses i lyset af de kognitive behandlingsformers forsøg på at overvinde begrænsninger i traditionel adfærdsterapi.

Frem for at antage, at manipulation af miljøvariable medfører ændringer i personers adfærd, arbejder den kognitive terapi på at analysere kognitioner for, at den enkelte skal kunne handle anderledes. De tanker og følelser, som organiserer de problematiske handlinger, søges analyseret i forhold til de situationer, hvor problemerne optræder. Behandlerens opgave er at støtte klienten i at ændre på tankemønstre og opfattelser, sådan at der kan handles på nye måder, og derved opnås en symptombedring. Klientens forventninger til egen evne til at mestre problemer kan forbedres, fordi han får en ny, praktisk forståelse.

Kognitive behandlere arbejder meget med selvvurderinger og selvobservation, som ofte indskrives på skemaer. Dette gøres for at få materiale til at afdække den tænkning, som frembringer følelserne og de uhensigtsmæssige handlemønstre, og for at omtolke globaliserede og personaliserede forestillinger, og føre dem tilbage til konkrete situationer og tanker og handlinger. Når depressive følelser eksempelvis registreres dagligt, kan det vise sig at de optræder umiddelbart i forlængelse af bestemte situationer eller konflikter, som det kan være nyttigt at udvikle strategier til at handle i forhold til.

Kognitiv terapi tager udgangspunkt i, at det som fremtræder som problematisk også er problemet. Man afviser, i lighed med adfærdsteoretikerne, en symptom/syndrom skelnen, eller en tegn/fænomen skelnen (jvf. Hersen 1976 og Hersen og Barlow 1976, kapitel 4 om "the indirect-sign paradigm"). Heri ligger, at man tager det præsenterede problem for pålydende, og at man arbejder på forandringer, som tager direkte udgangspunkt i dette problem.

Kognitiv terapi baserer sig ligesom adfærdsterapeutiske teknikker på entydige problembestemmelser og på forholdsvis standardiserede designs for, hvorledes der skal arbejdes med disse problembestemmelser. I denne forstand er kognitiv terapi en "specifik" behandling i modsætning til "globale" behandlingsformer (Seligman og Rosenhan 1989 side 647-656).

Inden for kognitiv terapi arbejdes der med "automatiske tanker." Det er tanker, der synes at komme uden årsag, som er meget styrende for følelserne, og som ofte ikke er bevidste i den forstand, at de kun lader sig rekonstruere. De har ved psykologiske problemer ofte karakter af at være meget absolutte antagelser, og at rumme forskellige former for kognitive forvrængninger, som overgeneraliseringer, fokusering på meget specifikke dele af situationen, forkerte tolkninger af kropslige signaler eller forvrængninger af erfaringer. Det kan eksempelvis være "Jeg duer aldrig til noget," (ved depression), "der er noget med hjertet, jeg er ved at dø,"

(ved et angstanfald) eller "jeg klarer aldrig det her, hvis ikke jeg får en øl" (ved alkoholmisbrug).

Det er et mål i kognitiv behandling at gøre behandlingsarbejdet til genstand for udforskning og at indføre forskningens metodologi som et redskab for både klienterne og behandlere ("kollaborativ empirisme," Hougaard, 1996, side 192). Behandlingsarbejdet bliver muligt at udforske på baggrund af påstande om interventioners effekter og deres relevans i forhold til specificerede problemstillinger, og det kan testes om disse effekter faktisk optræder, og i hvilket omfang.

Forskningsmetodologien bliver redskab i behandlingen, dels direkte igennem de psykoedukative aspekter ved behandlingen (se nedenfor), dels i kraft af, at man arbejder med klienternes egne vurderinger af både problemer og deres opståelse: derved er der mulighed for at gøre det forskningsmetodologiske, inklusive empiriindsamling og tolkning, til et fælles anliggende for behandler og klient, og det bliver muligt at rette et kritisk, hypotesefalsificerende blik mod selve behandlingsteorien.

Det har været fremført at kognitive behandlingsformer repræsenterer en overfladisk og udvendig behandling, og ikke beskæftiger sig med årsager til psykiske lidelser (feks. Dreier, 1993, kapitel 3 og 6). Spørgsmålet om overflade og dybde eller årsag og virkning er ikke afgørende i kognitiv terapi, i lighed med systemisk terapi og adfærdsterapi.

Det antages, at den som oplever problemerne ikke er ansvarlig for de betingelser, hvorunder de er lært. Heraf tages den konsekvens, at man som voksen misbruger eksempelvis ikke kan eller skal tage ansvaret for at man som ung stod i en situation, hvor der ikke var noget, der virkede mere meningsfuldt og relevant, end at blive del af en stofklike og tage stoffer sammen med dem. Men når man som voksen bliver i stand til at tage ansvar i takt med, at man skaber handlemuligheder, der kan repræsentere alternativer til stofbrug og stofliv, igennem sit samliv med andre. Det er skabelse af sådanne alternative handlemuligheder, der er behandlingens formål (Marlatt, 1985a, side 9-12).

Kognitiv behandling tager udgangspunkt i opbyggelse af evner til at kontrollere det problematiske gennem systematisk kontrol af tanker og følelser i specifikke situationer, altså situationsspecifik coping. Denne kontrol baserer sig på et samarbejde mellem klient og behandler. Behandlingen har klare mål, og disse mål lægges åbent frem i behandlingen, og de interventioner, der foretages, må være begrundet ud fra disse mål. I denne forstand er det selvkontrol-paradigme, som kognitiv terapi anvender, også et paradigme om samarbejde og åbenhed i behandlingen.

**3.1.2 Copingteori.** Det adfærdsmæssige aspekt af kognitiv terapi skal varetages af klienten uden for behandlingssessionerne. Her betragtes behandlingens mål som adækvat coping, eller mestring af stress og belastende situationer (se feks. Marlatt, 1985b, side 119-123, og følgende).

Her har flere forfattere været inspireret af Lazarus (se Andersen, 1994). Han opdeler coping i to hovedgrupper: emotionsfokuseret og problemfokuseret coping.

Problemfokuseret coping, er coping, hvor den situation, der udløste en reaktion, er i fokus. Der vil være tale om handling og en aktiv, udadrettet måde at mestre situationen, sådan at situationen eller ens egne handlinger i den forandres.

Emotionsfokuseret coping er coping, hvor det er egne emotionelle (kropslige og kognitive) reaktioner, man forsøger at ændre på. Der kan være tale om en affektiv regulering, hvor det er reaktionen på situationen der holdes tilbage, eller der kan være tale om en reaktion der har karakter af "at slippe damp ud."

Misbrug betragtes ofte som et eksempel på emotionsfokuseret coping, hvor egne emotioner manipuleres ved hjælp af stofbrug. Man kunne herudfra vente, at det ville være vigtigt for misbrugeren at finde alternative former for emotionsfokuseret coping.

Som nævnt er et væsentligt formål for en kognitiv behandling at udstyre klienten med en evne til at håndtere bestemte situationer, altså situationsspecifik coping. En sådan coping kan ligeledes være emotionsfokuseret (eksempelvis afspænding, reframing eller selvinstruktioner) og problemfokuseret (eksempelvis assertiv imødegåelse af krænkelser, planlægning af stressende opgaver eller at opsøge støtte til gennemførelse af nødvendige aktiviteter).

**3.1.3 Selvkompetence.** Banduras begreb om selvkompetence har en central placering i Marlatts udgave af kognitiv behandling. Dette begreb er også en del af den kognitive behandlings generelle teoretiske bagland (jeg tager udgangspunkt i Marlatts fremstilling, idet jeg dog også støtter mig til Hougaard, 1996, side 97-98).

Selvkompetence er et begreb om en persons forventninger til sin egen evne til at håndtere situationer. Disse forventninger spiller ifølge Bandura en afgørende rolle for hvorvidt en person giver sig i kast med en udfordring, og for hvor ihærdigt og længe man bliver ved at forsøge.

Forventninger om selvkompetence er erfaringsbaserede, men også afhængige af rollemodeller, social indflydelse og somatiske reaktioner, der kan hænge sammen med følelsesmæssige vurderinger.

Selvkompetence er et bud på, hvad kernen i udbyttet af behandling er; således referer Hougaard, at fobiske klienters selvvurderinger var bedre til at forudsige adfærd, end både deres adfærd i behandlingskonteksten, og fysiologiske mål for angstreaktion, og Marlatt rapporterer, at oplevet evne til at undlade at drikke er bedre prognostiske variable end nogen andre af de prognostiske variable der er undersøgt (1985b).

**3.1.4 Kognitiv behandling.** De kognitive behandlingsformer inddeles i fire hovedkategorier: Psykoedukation, kognitiv færdighedstræning, kognitiv terapi og kognitiv miljøterapi (Rosenberg og Mørch 1995). Jeg vil i det følgende udelukkende beskæftige mig med psykoedukation og kognitiv terapi, som er de behandlingsformer der har relation til projektet. Kognitiv færdighedstræning er en behandling der retter sig mod klienter med afgrænsede kognitive forstyrrelser omend den forsøgsvis anvendes ved skizofreni, og kognitiv miljøterapi er behandling, der tager udgangspunkt i institutionen og dens indretning.

Psykoedukation betegner formidling af begreber om problemet og dets overvindelse, og udgør altid et aspekt ved kognitiv behandling. Pårørende til klienter, eksempelvis psykisk syge og misbruges pårørende, kan også deltage i psykoedukation, enten med deres pårørende eller alene (se McCrady *et al* 1985, Elsass 1995). Den overordnede hensigt er at lære deltagerne i psykoedukationen at kende til klienternes problemer, så de kan handle mere hensigtsmæssigt og på basis af et højnet informationsniveau.

Kognitiv terapi er betegnelsen for en målrettet behandling med brug af diverse kognitive metoder. Målet er her forandring af handlinger og følelsesmæssige reaktioner, hvor information om problemet, altså psykoedukation, blot er et blandt flere midler. Disse midler inkluderer endvidere analyse af konkrete situationer hvor den problematiske adfærd eller de problematiske handlinger optræder, omtolkning af basale antagelser og automatiske tanker, omtolkning af problemet (reframing), eksempelvis fra at problemet er personligt til at det handler om personens forhold til de sammenhænge han lever i.

**3.1.5 Opsummering.** Kognitiv behandling har til formål at klienten bliver bedre i stand til at forstå sine problemer på måder som åbner handlemuligheder. Herunder at formidle teori og relevante forskningsresultater om problemerne.

Behandlingen har til formål at analysere problemerne, sådan som de optræder og forløber i klientens dagligliv. Sammenhænge mellem situation, tanke, følelse, handling og resultat analyseres, så der kan findes eller skabes alternativer.

Der opereres med begrebet om "automatiske tanker," som dækker tanker der synes at komme automatisk, og som har stor indflydelse på følelserne og selvværdet. Disse automatiske tanker har karakter af meget universelle antagelser, som ikke testes i forhold til erfaringer, eksempelvis af typen "jeg er et svagt menneske," eller "alle skal kunne lide mig."

### 3.2 Marlatts teori om misbrug og tilbagefald.

*Nøgleord: Risikosituationer, coping, selvkompetence, handlekæder (behavioral chains), stofforventinger, problemløsning, handlekæden, beslutningsmatrix, Tilsyneladende Tilfældige Beslutninger, afbalanceret versus uafbalanceret livsstil.*

Hvor kognitive behandlingsformer udgør en form for overordnet paradigmatisk ramme til forståelse af psykologisk behandling, udgør Marlatts arbejde med afhængighedsproblematikkerne en afgørende rammeforståelse for behandlingen af stofafhængighed i det beskrevne projekt. Hans arbejde rummer i sig en række antagelser som tilsammen udgør en egentlig teori om misbrugets psykologiske mekanismer med klare, testbare antagelser.

**3.2.1 Baggrund.** Marlatt [1985a] tager udgangspunkt i en diskussion af traditionerne inden for misbrugsbehandling. Han betragter misbrugsbehandling og misbrugsopfattelser som udspændt mellem to forskellige, problematiske, grundopfattelser: Sygdomsmodellen og den moralske model. Hvor sygdomsmodellen tager udgangspunkt i at misbruget er forårsaget af kropslige ubalancer, der ofte tænkes at være medfødte, antager den moralske model at misbrugerer selv er skyld i sin situation, og selv er ansvarlig for at løse den.<sup>10</sup>

Sygdomsmodellen, som Marlatt beskriver den, repræsenterer ikke specielt egentlige biomedicinske forestillinger og hypoteser, men også forskellige folkelige opfattelser, og minnesotamodellens sygdomsmetafor (jvf. også Steffens, 1993). Dens hovedpåstand er, at misbrug er en fremadskridende sygdom, som gør misbrugerer ude af stand til at kontrollere sit

---

<sup>10</sup> De to modeller hos Marlatt kan sammenlignes med Hougaards begreber om "metaforer" bag psykologiske behandlings teorier (1996, kapitel 2).

stofforbrug.

Både en moralsk fordømmelse og en sygdomsforståelse fører ifølge Marlatt til en kortsluttet tænkning: Sygdomsmodellen fører til en tænkning, hvor misbrugeren opfatter sig selv som offer for sin sygdom, og derfor som værende ude af stand til at genvinde kontrollen over sin situation. Den moralske model bebyrder den angrende misbruger med endnu mere skyld og skam, end han havde i forvejen, og derfor gives misbrugeren gode grunde til at søge glemsel og trøst ad de kendte veje. Hvor sygdomsmodellen tilbyder en relativt ansvarsfri udvej, lægger den imidlertid ikke op til en tænkning i mål og midler, som kan hjælpe til at finde konkrete handlemuligheder i de situationer, hvor det bliver særligt svært eller problematisk for misbrugeren at undvære misbruget. Den eneste besked begge modeller kan give misbrugeren er det moralsk klingende "Thou shalt not drink!" (Marlatt, 1985a).

Denne moralske og medicinske tilgang afføder altså kun det ene mulige mål for behandling, at klienterne skal blive afholdende. Imod afholdenhed som eneste mål i behandling af misbrug indvender Marlatt, at en sådan målsætning kan blive en selvopfyldende profeti, hvis klienten accepterer den. Hvis klienten forventer, at ethvert fejltrin vil føre til et stort, altødelæggende tilbagefald, vil han måske føle sig endnu mere magtesløs og svag over for at stå i et tilbagefald, eller blot over for truslen om det. Denne "selvopfyldende profeti" bliver yderligere forstærket af, at den underliggende sygdomsmetafor også peger på mekanismer, der ikke afhænger af bevidste valg: dette gælder allermost tydeligt, når minnesotatilhængere taler om afhængighed som en overfølsomhedssygdom: at blive udsat for en lille dosis af stof, medfører et gigantisk tilbagefald, det er umuligt at bringe under kontrol. Sygdomsmodellen medfører altså, at der fra behandlernes side er lagt op til en ydre *locus of control* tænkning, hvor det er ydre, ukontrollerbare omstændigheder, der bestemmer tilbagefald (eller ej).

Marlatt har forsøgt at vælge en vej, hvor han tager udgangspunkt i kognitiv terapi og hvad han kalder "selvkontrolsmodellen." Mål og midler skal afklares i et samarbejde mellem behandler og klient, og der lægges afgørende vægt på at klienten kan være både handlende og tænkende deltager i og udenfor behandlingen (se især 1985a). Der er tale om en udtalt interesse for tilværelsen uden for behandlingen, og tiden efter behandlingen. Denne interesse finder udtryk i arbejde med de situationer, hvor problemet optræder, strategier i forhold til livsproblemer og til situationer der håndteres ved hjælp af misbrug, og mere generaliserede planer og strategier for arbejde med problemløsning i dagliglivet.

Den empiriske baggrund for tankegangen er studier af tilbagefaldsprocesser og opretholdelse af afholdenhed, både ved spontant ophør af misbruget og ved behandling. Det er blevet søgt belyst, hvad det er for processer, tankeformer og handleformer der fører til tilbagefald og misbrug, og hvad er det for tankeformer der fører til opretholdelse af afholdenheden fra eller moderationen af misbruget (se også Donovan og Chaney, 1985).

I tråd med denne forskningsmæssige baggrund kaldes behandlingsstrategien "Relapse Prevention" ("forebyggelse af tilbagefald," herefter RP).

Marlatt argumenterer for, at kognitive faktorer dominerer over biologiske i forbrug af stoffer; ved hjælp af eksperimenter viser han, at både misbrugere og ikke-misbrugere lader sig styre mere af forventninger end af eksempelvis alkohols farmakologiske virkninger. Et eksempel gives i 1985c (side 147-157). Både alkoholikere og ikke-alkoholikere blev tilbudt at prøvesmage forskellige former for tonic og tonic blandet med vodka. Alle kombinationer af

alkohol og ikke-alkohol, med instruktion om at drikken indeholder hhv. ikke indeholder alkohol blev testet. Den eneste faktor, der havde afgørende betydning for den mængde der blev drukket var deltagernes forventning om at få alkohol. Alkohol i sig selv udløste ikke drikketrang eller øget indtagelse hos alkoholikerne, hvis de ikke troede at få alkohol. Forventningen om at få alkohol udløste drikketrang og øget indtagelse uanset om de virkelig fik alkohol eller ej, særligt hos alkoholikerne.

**3.2.2 Misbrug og tilbagefald. Definitioner og teoretisk rationale.** Marlatts teori om misbrug og tilbagefald baserer sig på empiriske undersøgelser af tilbagefaldsprocesser både inden for misbrug og eksempelvis tvangsspræget spillelidenskab.

Afhængighed defineres som en vane, der er socialt indlært, som har negative konsekvenser, og som reguleres af psykologiske og fysiologiske betingelser.

Blandt de mekanismer, der regulerer misbruget, er:

Forstærkning igennem positive oplevelser med stoffet. Disse positive oplevelser skyldes både tolkningen af psykofarmakologiske virkninger af stoffet, og i nok så høj grad de sociale omstændigheder og social forstærkning af stofbrug. Gennem gentagne positive oplevelser med stoffet lærer personen altså, at misbruget giver visse ønskede virkninger.

Denne forstærkning medfører efterfølgende positive forventninger til fremtidig stofvirkning. Disse forventninger kan være forskellige, men er alle positive: Stofbrugeren kan forvente en behagelig rus, med reduktion af stress eller uro, med afslapning og søvn (ved søvnløshed); omvendt kan han også forvente udadvendthed og mere energi, hvilket især er beskrevet i forbindelse med alkoholbrug, hvor mange storforbrugere og alkoholikere forventer at få lettere ved kontakt med andre, hvis de drikker alkohol.

Især op til tilbagefald ses kognitive forvrængninger og omtolkninger af negative effekter af stofbrugen. Disse kan have form af problembenægtelse, hvor misbrugeren ikke længere mener at stofbruget vil udløse nogle problemer overhovedet. En anden form er omattribuering, hvor andre får ansvaret for stofforbruget eller dets konsekvenser.

Misbrugere deler ifølge Marlatt visse livsstilstræk (1985e). Et træk som Marlatt lægger særlig vægt på, er ubalance mellem ønskede aktiviteter ("wants") og forpligtelser ("shoulds"). Marlatt beskriver, at mange misbrugere oplever at de kun har forpligtelser, og ingen lystbetonede aktiviteter bortset fra deres stofforbrug. På denne måde bliver alkohol eller cigaretter den eneste måde, misbrugeren kan koble af fra en lang kæde af forpligtelser; desværre medfører det at bruge alkohol jo ofte, at misbrugeren bliver endnu mere træt, og at han udskyder løsning af problemer, hvorved en ond cirkel kan opstå. Misbrugeren oplever, at de forpligtelser, han har forsømt, mens han drak eller sov, nu har tårnet sig op til et endnu større bjerg af uløste opgaver.

Afhængighed er "addictive behavior" og "addictive life style." Hvor "addictive behavior" (herefter *misbruget*, da specialets emne er misbrugsbehandling) betegner selve de problematiske handlinger, som personen føler, at hun ikke kan undgå at gøre, betegner "addictive life style" hele den måde, hvorpå hun lever sit liv. Denne livsstil er som sagt præget af en ubalance mellem ønskede og uønskede aktiviteter.

**3.2.3 Ophør af misbrug.** Tilbagefald er ikke defineret ved en absolut modsætning mellem afholdenhed og misbrug, idet Marlatt diskuterer, hvorvidt det kunne være relevant at søge



moderation af forbruget i en lang række af tilfælde af afhængighed (feks. Marlatt, 1985a, side 31). Når målet er "moderation" bliver tilbagefald defineret ved kontroltab og tilbagevenden til umådeholdent drikkeri.

Når tilbagefald har så central en position i Relapse Prevention teorien, er det af to grunde: dels er det en interesse for livet uden for og efter behandlingen (hvor tilbagefald jo netop finder sted), dels er det, fordi tilbagefald repræsenterer en form for "fællesnævner" for afhængighedsskabende adfærd. Således synes det, som om tilbagefaldsrater ligner hinanden meget fra stof til stof, og som om der er typer af mekanismer, der er fælles for forskellige stoffer [1985a].

Tilbagefald kategoriseres som A, B og C tilbagefald: A tilbagefald er enkeltstående misbrugsepisoder, B tilbagefald er misbrugsepisoder der afbrydes efter nogle dages misbrug og C tilbagefald er kontinuerligt misbrug, der først afbrydes når ydre konsekvenser presser misbrugeren til at standse.

Endelig analyseres alle tilbagefald, uanset hvad misbruget var, ud fra en række mekanismer.

Blandt de mekanismer der regulerer forandring og tilbagefald er: Specifikke risikosituationer, Effekten af Afholdenhedsbrud, Selvkompetence, Alternativ coping eller fraværet af denne, Tilsyneladende Tilfældige Valg, uafbalanceret livsstil, og attribution af forklaringer på stofbruget og afholdenheden.

**Risikosituationer** er situationer, hvor misbrugeren oplever at der er stor risiko for et tilbagefald. Det er Marlatts påstand at de fleste tilbagefald finder sted i risikosituationer som er typiske for den pågældende misbruger.

Risikosituationer scores som enten intrapersonelle eller interpersonelle. Der skelnes ud fra om andre personer umiddelbart er del af problemets opståen; således vil det at have "været oppe at skændes" scores som interpersonelt, ligesom det at "skulle tale med myndigheder." Det at "tænke på hvad jeg har gjort imod min mor" vil scores som en intrapersonel risikosituation, fordi der er tale om at personen mindes og tænker tilbage, mere end at den umiddelbare interaktion sætter tilbagefaldet i gang.

Blandt de intrapersonelle risikosituationer tælles dysforiske følelser, diverse kropslige fornemmelser og symptomer, ønske om forstærkning af positive følelser, og stress og pres som ikke forklares med konflikter med andre. Blandt de interpersonelle risikosituationer tælles konflikter med andre, belastning i forbindelse med at skulle leve op til forpligtelser, forstærke positive interpersonelle følelser, ofte fest, men også for eksempel hygge og sex.

**Effekten af afholdenhedsbrud** (min oversættelse af "the abstinence violation effect") er det fænomen at selve det at begynde på nyt misbrug efter en periode med afholdenhed kan medføre negative følelser som skyld, skam og selvbebrejdelser som man som misbruger er tilbøjelig til at håndtere med nyt misbrug. Disse tanker og følelser synes at kunne medføre "onde cirkler," hvor de problemer misbruget skaber håndteres med nyt misbrug, og hvor disse onde cirkler i værste fald direkte understøttes af den behandling man har deltaget i.

**Selvkompetence** i Banduras forstand er et afgørende parameter for om en person er i stand til at slippe misbruget og holde sig ude af misbrug. Selvkompetence betegner hos Marlatt, hvorvidt en person er i stand til at mestre bestemte risikosituationer (1985c side 134-136, se

også ovenfor). Der er fundet meget konsistente sammenhænge mellem dels evne til at mestre risikosituationer og tilbagefald; også forventet selvkompetence i specifikke risikosituationer og faktiske tilbagefald hænger sammen, sådan at de situationer, afhængige personer ikke forventede at kunne klare, var de situationer de faktisk resulterede i tilbagefald.

**Forventningerne til udfaldet af stofforbrug** bliver op til et tilbagefald udpræget mere positive. Forventninger af denne type vil ofte være præget af kognitive forvrængninger, omend dette er mindre udtalt med heroinmisbrugere, end eksempelvis med alkoholmisbrugere. Hos især mandlige alkoholikere kan man ofte se en meget tydelig kontrast mellem forventninger som går på øget evne til at indgå i positiv interaktion, bedre humør og afslapning, og så deres faktiske reaktion på alkoholen, som kan være stærkt nedsat evne til at være i kontakt med andre, kolossale nedture der kan ende i selvmordsforsøg og voldsom aggression.

Endelig kan der opstå tankeforvrængninger, som gør, at misbrugeren bliver negativistisk i sin indstilling, og bliver nedtrykt, og at der opstår automatiske tanker om at "det hele kan være lige meget," eller "nu skal jeg bare have en kølle i hovedet, så jeg går ud som et lys."

**Tilsyneladende tilfældige valg** er beslutninger der tages uden, at der bevidst tænkes på misbruget, men som "automatisk" fører misbrugeren hen til en situation, hvor misbruget begynder. Marlatt nævner som et eksempel en tvangsspiller, der "kommer til" at køre sin bil til Reno, som er en by med mange store kasinoer, fordi han lige skal til en bekendt på vejen, og derefter skal til en tankstation, og derefter skal finde noget at spise; i alle disse tilfælde viser det nærmeste sig at være på vejen til Reno, og ikke på vej hjem.

**Alternativ coping** betegner handlemuligheder som kan vælges i stedet for misbruget. Marlatt fremhæver meditation og afspænding, og i det hele taget behagelige, rekreative aktiviteter, som kan være med til at give den samme effekt som rusen giver. Det vil ofte være en fordel, hvis disse alternativer kan give en tilsvarende virkning som rusen: er der eksempelvis tale om at misbrugeren føler sig stærk og føler at han har overskud når han har fået stof, vil det være relevant at finde andre midler til at føle sig stærk og fuld af overskud (eksempelvis give sig selv opgaver, som han kan opleve som sejre i dagligdagen).

**Uafbalanceret versus afbalanceret livsstil** betegner graden af balance mellem "wants" og "shoulds," altså lystbetonede og pligtbetonede aktiviteter, herunder især hvorvidt misbruget er det eneste "want" i personens dagligdag. som nævnt spiller fænomenet både en rolle i forhold til opretholdelse af misbruget og i forhold til tilbagefald.

**3.2.4 Behandlingsteori.** De centrale mål i behandlingen ud fra Marlatts koncept for behandling er at ændre de basale antagelser og indstillingen til misbruget, afklare risikosituationerne, at skabe konkrete alternativer til coping med de risikosituationer hvori misbrugeren falder tilbage til misbrug, og at skabe en styrke til at stå igennem tilbagefald og problemer. Endvidere er det et mål at skabe en øget følelse af kompetence til at klare sig ud af misbruget. En følelse der i sig selv er med til at styrke misbrugeren evne til at søge og fastholde løsningsmuligheder og udviklingsønsker.

RP behandlingsstrategien tager udgangspunkt i en så konkret kortlægning af problemet som muligt, som peger på relevante handlemuligheder. Snarere end at spørge om der foreligger et

misbrug, eller om klienten er misbruger, spørges der til hvad forbruget er, hvilke situationer det optræder i, og i hvilke situationer det vender tilbage efter perioder med afholdenhed.

Misbruget, som det fungerer for misbrugeren forstås altså ud fra en model, der ligner denne:

Situation > Tanker og følelser, der opleves som trang > Stofindtagelse

Misbrugets konsekvenser søges ligeledes afklaret, idet der både tales om positive og negative konsekvenser (hvor 'positive konsekvenser' svarer til 'funktionalitet' i andre traditioner). Der skelnes mellem langsigtede og kortsigtede konsekvenser, og eventuelt udfyldes "beslutningsmatrixet" som er et skema hvor kortsigtede og langsigtede positive og negative konsekvenser skrives ind (se nedenfor, figur 3.4).

Der bruges en metafor om ophøret af afhængigheden som en lang rejse; afviklingen betragtes som proces snarere end som resultatet af denne proces. Ophøret med misbruget betegnes som "the point of quitting." Idéen er, at "the point of quitting" er en begyndelse snarere end en afslutning, hvor det som påbegyndes er den proces, hvori frustrationerne, problemerne og tilbagefaldene kan ventes at dukke op (Marlatt, 1985c).

Målene for behandlingen er forholdsvis åbne, i sammenligning med målene i behandling ud fra en sygdomsmodel om misbrug: målene kan være reduktion af forbruget eller totalt ophør. Reduktion eller moderation kan være målet efter behandlingen, hvor målet er abstinens under behandlingen (i denne forbindelse tager Marlatt dog forbehold i forhold til tobak).

Tilbagefald analyseres grundigt, og bruges til at afklare risikosituationerne og effektiviteten af de copingsvar der findes til de pågældende risikosituationer. Tilbagefald betragtes som en naturlig del af forandringsprocessen, og det tilstræbes at gøre tilbagefald så kortvarige som muligt (gøre C til B og B til A, se ovenfor).

Når misbrugeren så kender til misbruget, og kender til sine risikosituationer, så bliver den næste store opgave at træne konkret, situationsspecifik coping. Situationsspecifik coping skal altså have en nøglerolle i behandlingen, ved at være den vigtigste adfærdsmæssige forandring, som skal medføre at misbrugeren genvinder kontrollen og at tilbagefald forbygges.

Situationsspecifik coping skal rette sig mod de faktorer, som udløser og fastholder misbruget. Copingens funktion afhænger altså af disse faktorer. Hvor der er tale om kropslige reaktioner og processer vil det eksempelvis kunne være motion eller afspænding, der vil være copingstrategien. Er det tankemæssige problemer, vil kognitiv omstrukturering eller kontakt med andre kunne spille denne rolle.

Når misbrugeren har udviklet et adækvat copingrepertoire, vil coping fremstå som et alternativ til misbruget:

Situation med risikofaktor    Fare for tilbagefald    <    Alternativ coping  
Misbrug.

Et sidste centralt mål i Marlatts behandlingsstrategi er livsstilsforandringer. Her er det begreberne om balance mellem "wants" og "shoulds" der er i fokus. Det søges afklaret i hvor høj grad klienten oplever en sådan ubalance, og klienten opfordres til at finde alternative "wants" der kan stå i stedet for misbruget. Sådanne alternative "wants" kan igen optræde som situationsspecifik coping i forhold til risikosituationer, hvor følelsen af kvælende pligt og mangel på frihed er med til at udløse misbruget.

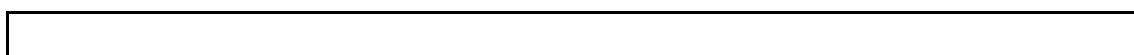
**3.2.5 Behandlingsredskaber.** Jeg skal her give nogle få eksempler på redskaber fra RP strategien. I kapitel 4 vender jeg tilbage til de redskaber der er anvendt i behandlingsprojektet, som i det store og hele også stammer fra Marlatt. Pointen i dette kapitels gennemgang af redskaber er alene at illustrere, hvorledes redskaberne inden for denne ramme for forståelse af kognitiv terapi, på en gang rummer psykoedukative aspekter, og byder på analyser af konkrete, relevante problemer for klienterne. Hvordan de altså er et udtryk for bestræbelser på at forene kvalificering med problemløsning.

Centralt i RP strategien står det at få et billede af problemet som peger på: misbrugets omfang og karakter, situationer der håndteres med misbrug, og grunde til at afvikle misbruget (for et eksempel, se Marlatt 1985d). Registrering af stofforbruget og identifikation af hvilke stoffer der bruges at håndtere daglige problemer og situationer, identifikation af situationerne og identifikation af situationsspecifikke copingmuligheder (alternativer til stofbrug).

Jeg skal i det følgende give nogle korte eksempler på redskaber der anvendes til analyser af misbruget.

I den daglige behandlingspraksis søges misbruget analyseret ud fra modeller over handlingsforløb. Et illustrativt eksempel er handlekæden (the behavioral chain, McCrady *et al*, 1985, side 424).

Denne kæde repræsenterer forløbet fra en specifik situation, til en bestemt tanke, som igen medfører følelser, som igen fører til handling



Figur 3.3 Handlekæden eller "the behavioral chain."

Denne simple

model kan bruges til at analysere handlinger som ikke finder anden forklaring. Når en misbruger således tager stof og forklarer at "det sker bare, som et lyn fra en klar himmel," tillader denne model at oprulle forløbet på måder der muliggør definition af nye mål:

**Situationen.** Sidder hjemme og keder sig og føler sig lidt trist og ligeglad.

**Tanke.** "Jeg keder mig, og jeg ville få det rigtig godt hvis jeg fik et fix."

**Følelser.** Opstemthed, positive forventninger, stor energi.

**Handling.** Skynder sig ud og finder på en historie for at låne penge og købe heroin.

**Konsekvenser/kort sigt:** Har det godt, keder sig ikke mere.

**Konsekvenser/langt sigt:** Skylder penge, får abstinenser næste dag, føler sig skyldig og svag.

Ved hjælp af modellen bliver det muligt at formulere konkrete interventioner: Situationen

peger på et behov for alternativer til stoffer som kan afhjælpe kedsomhed; tanker og følelser peger på selvinstruktioner, som går ud på at fastholde langsigtede mål og imødegå de positive forventninger, eksempelvis "jeg skal ikke bruge mine penge på det, jeg gider ikke vågne op med abstinenser i morgen." Handlingen kan eventuelt yderligere forhindres ved at man har forberedt familiemedlemmer og gode venner på muligheden for at man vil komme og låne penge med alle mulige dårlige undskyldninger, så de bedre er i stand til at afvise ønsket (jvf. Marlatt 1985c).

Man kan beskrive det sådan, at handlekæden beskriver et forløb der er adskilt i tid og rum, og som er adskilt fra den situation hvori det beskrives. Beskrivelsen får den funktion at den samler begivenhedsforløbet og udpeger interventioner ud fra bestemte mål, og nye relevante mål.

Men ud over analysen af de meget konkrete handleforløb, må misbruget og alternativet ses som to retninger, personens liv kan bevæge sig i; fortsat misbrug kan betragtes som den retning hvor misbruget ikke umiddelbart kan forandres eller hvor misbrugeren ikke har viljen til at gøre det, mens alternativet må betragtes som enhver bevægelse væk fra misbruget.

Til afklaring af hvilke forestillinger misbrugeren gør sig om misbrug og om ikke-misbrug findes beslutningsmatrixet (se figur 3.4.) Her bedes klienten udfylde hvilke konsekvenser han venter sig inden for de forskellige felter. Positive og negative kortsigede konsekvenser af at stoppe med heroin eller at fortsætte, positive og negative langsigtede konsekvenser af at stoppe eller fortsætte med heroin.

Figur 3.4. Beslutningsmatrix (fra Marlatt, 1985a). Udfyldningen er konstrueret.

	Kort sigt		Langt sigt	
	Fordele	Ulemper	Fordele	Ulemper
Stoppe misbruget	Føler mig bedre tilpas, stolt	Abstinenser, ensomhed	Får mange nye muligheder	Skal finde nye mennesker og nyt indhold i livet
Fortsætte misbrug	Glemmer problemer og slipper for abstinens	Mister penge, mister modet	Kan holde fast ved gamle venner	Får aldrig penge nok, mister familie; dør?

Beslutningsmatrixen er altså et redskab til afklaring af grunde til at fortsætte misbruget og grunde til at arbejde med det.

Som handlekæden fastholder også beslutningsmatrixen nogle handlinger og situationer der er adskilt i tid og rum inden for rammerne af den samme model. Her er det imidlertid målene snarere end midlerne der er i fokus.

### 3.2.6 Kommentarer til Marlatts strategi ved behandling af misbrug. Marlatts strategi til

behandling af misbrug bygger på en opfattelse af mennesker i behandling som aktive skabende i forhold til deres behandling og som brugere af behandlingen, ikke kun inden for dens rammer men i særdeleshed uden for den. Deres behov set i relation til det problem de søger behandling for søges afklaret, deres syn på problemet og dets løsning søges afklaret (herunder spørgsmålet om total afholdenhed versus moderation som er tabu i mange andre behandlingsteorier og i megen behandlingspraksis, jvf. kapitel 1 og Marlatt 1985a), og tiden udenfor og efter behandling gives megen vægt.

Imidlertid har den visse svagheder, som må medreflekteres: Effekten af interventioner, der retter sig mod ændring af tænkningen, såsom træning af copingfærdigheder gennem øvelser, rollespil og planlægning er uklar (Stephens *et al*, 1994, Nielsen, 1992a). Stephens *et al* fandt således ikke at effekten af afholdenhedsbrud blev dramatisk ændret af rollespilsinterventioner og anden copingtræning. Det, som direkte kan støttes på dette område af teorien, er først og fremmest, at evnen til at identificere risikosituationer er en vigtig indikator for tilbagefald. Fravær af identifikation af risikosituationer synes at være et tegn på tilbagefald (Marlatt 1985c, Nielsen 1992a og b).

Men det er uafklaret, hvorfor interventioner i forhold til situationsspecifik coping ikke virker så overbevisende, som man kunne vente det.

## Kapitel 4. Metode.

*"There are now literally hundreds of studies that suggest that drugs have a specific pharmacological effect ... and that psychotherapy works better than nothing ... What is not so clear is that psychotherapy works for the reasons specified by theory."*

Hollon, 1996, side 1027

**Nøgleord:** *Klinisk forskning, enkeltsubjekt metoder, kliniske eksperimenter, undersøgelser af oplevelser og perspektiver.*

**Indledende bemærkninger.** Dette kapitel beskæftiger sig med flere forskellige slags metodeovervejelser.

I kapitlet skelnes mellem flere typer af data.

**Subjektive skalaer**, som er personers egen vurdering af styrken af en følelse, motivation, reaktion, indstilling eller lignende, på en skala, eksempelvis fra 0 til 10.

**Objektive data**, som er alle kvantificerbare data, der indsamles i forbindelse med undersøgelsen af udbytte af behandlingen, som ikke er subjektive skalaer. Det vil i dette tilfælde dreje sig om eksempelvis selvregistrering af stofforbrug, rapporter om økonomi, boligsituation og fremmedeprocenter. Sådanne skalaer kan være behæftet med stor usikkerhed, men repræsenterer i modsætning til de subjektive skalaer ikke oplevelser og potentialer, men faktiske situationer og handlinger.

**Kvalitative spørgsmål**, der dækker alle spørgsmål der ikke kan besvares med et tal eller en bestemt svarkategori, men må besvares med tekst (jeg opfatter betegnelsen "kvalitativ" som en betegnelse der må bruges i mangel af bedre: Marshall og Grossman bruger den således om forskningsmetoder, hvor der i meget vid udstrækning benyttes af kvantificerbare data og statistiske metoder som humanetologi og kognitiv antropologi, 1989 kapitel 1).

Endelig indgår mere ustrukturerede beskrivelser, diskussioner og erfaringer i specialets metoder. Jeg skal i næste kapitel komme ind på, hvorledes disse kan belyse andre sider af projektets behandling.

**4.1 Spørgsmål i klinisk forskning.** Tre hovedspørgsmål rejses i klinisk psykologisk forskning: Virker psykoterapi? Hvilken psykologisk behandling virker på hvilken gruppe klienter? I hvilken udstrækning er de psykoterapeutiske koncepter og skoledannelser dækkende for, hvad der faktisk foregår i psykologisk behandling?

**4.1.1 Virker psykoterapi?** Det første spørgsmål, om psykoterapi overhovedet virker, synes efter de mest udbredte opfattelser generelt besvaret, og der synes at være en vis enighed om at psykoterapi faktisk "virker" (Jacobsen og Christensen, 1996, Hougaard, 1996, side 58). Det vil sige, at der i de fleste kontrollerede undersøgelser kan vises resultater af behandlingen, som svarer til behandlingens målsætninger, og som klinikerne vurderer som tilfredsstillende. Disse resultater er ofte på linie med virkningen af psykofarmaka.

Når dette spørgsmål diskuteres i dag er det oftest metaanalyser, dvs. opgørelser, hvor forskellige undersøgelses resultater sammenlignes, der inddrages som argument for, at

psykoterapi virker. Disse analyser tages endvidere ofte til indtægt for det synspunkt, at der ikke er forskel på psykologisk behandling ud fra forskellige teorier, den såkaldte non-specificitetshypotese (for en oversigt, se Hougaard, 1996, kapitel 4). Der ligger heri, at det er teorieksterne forhold der er afgørende for om psykoterapi virker, eksempelvis behandlerens personlighed, osv.

Men hvordan afgøre, hvad det er der gør, at behandling virker?

**4.1.2 Sammenligning af psykoterapeutiske metoder.** Forsøger man at teste behandlingsteorier ved at lave sammenligninger mellem forskellige behandlinger, der er udformede efter forskellige koncepter, løber man ind i flere problemer:

Mål og midler opfattes forskelligt af forskellige terapiteoretikere (jvf. Hougaard, 1996, kapitel 2). Dette fortrænges dog i de nyeste debatter af tendenser til, at der er enighed om at både de konkrete klager der fører til behandlingen, og en terapeutisk, faglig vurdering af klienten er nødvendig for at der kan tales om en tilstrækkelig vurdering af klinisk udbytte. Både Strupp (1996), Goldfried og Wolfe (1996), der arbejder kognitivt og adfærdsterapeutisk fremhæver således personlighedsmæssige vurderinger, og de sidstnævnte refererer at psykodynamisk orienterede terapeuter er blevet opmærksomme på, om der faktisk sker adfærdsmæssige forandringer hos deres klienter. Arntz (1994) fremstiller en model for kognitiv og adfærdsterapeutisk behandling af borderlinetilstande, der i høj grad ligner en støttende, psykodynamisk terapi.

Bag den statistiske opgørelse af behandlingsresultater kan gemme sig en systematisk spredning af resultaterne, sådan at en del af klienterne får godt udbytte, mens en anden gruppe får et dårligt udbytte; konsekvensen kunne blive, at et resultat som kunne tyde på at en bestemt behandling er en anden bestemt behandling overlegen, i virkeligheden dækker over, at den ene behandling giver et bedre udbytte for en vis gruppe klienter, men et dårligere udbytte for en anden gruppe, eller endog var skadelig for denne anden gruppe. Således kunne en gruppe af angstpatienter have behov for en mere reflekterende, dybdeborende behandling, mens en anden kunne have behov for en mere overfladisk, adfærdsorienteret behandling.

Men selv hvis en behandling helt systematisk hæver sig over en anden behandling, i effekt, så kaster resultatet ikke nødvendigvis lys over sammenhængen og teoridannelsen bag. Dels kan det være nogle enkelte faktorer ved behandlingen eller fraværet af faktorer, der gør forskellen behandlingsformerne indbyrdes.<sup>11</sup>

Jeg vil give et eksempel på et forsøg, hvor de færreste forskere i psykoterapi ville mene, at spørgsmål om psykoterapiens teori kan afgøres i "ædel kappestrid:"

Hvis en systematisk undersøgelse med randomiserede klienter viste, at en astralhealer gav en bedre virkning på angstlidelser end en adfærdsterapeut, som igen havde bedre resultater end en grundtvigiansk præst, der gik i forbøn for klienterne, ville det så være en bevis på, at astrallegemeopfattelserne var mere sande end den adfærdsteori, terapeuten referer til, som igen var mere sand end Folkekirkens opfattelser?

Som eksemplet illustrerer, er der mange problemer i at sætte lighedstegn mellem godt (eller

---

<sup>11</sup> Som når Høglend kunne vise, at en psykodynamisk psykoterapi uden overføringstolkninger er en almindelig psykodynamisk psykoterapi overlegen (1996).



dårligt) behandlingsudbytte og rigtig (eller falsk) teori. "Teorierne" består af mange forskellige, ofte indbyrdes modstridende dele; klienters forventninger om et positivt udbytte, deres forventninger til selve behandlingen, og deres tro på at de selv kan bidrage til at løse problemerne spiller ligeledes en stor rolle. (Disse forhold gennemgås systematisk i Hougaard, 1996, kapitel 5).

**4.1.3 Tre niveauer i udforskning af psykologisk praksis.** Zimmer (1989) skelner mellem tre niveauer der må underkastes analyse i human service arbejde for at der kan være tale om en systematisk udfordring:

Teorier, som omhandler problemfeltet og muligheder for at intervenere.

Koncepter, som er det design, praktikere opstiller for deres behandling.

Den konkrete praksis, som får sin udformning i mødet med flere forskellige parter, og under betingelser, der ikke nødvendigvis er specificeret af teorien.

Zimmers pointe er her, at det ikke kan tages for givet, at der er entydige eller simple sammenhænge imellem disse niveauer. Teorier afføder ikke automatisk bestemte koncepter, ligesom koncept og praksis ikke kan stilles lig med hinanden. Dette gælder både, at terapeuten ikke nødvendigvis udfører behandlingen i overensstemmelse med manualen, og især at klienter kan fortolke behandlingen anderledes, og lægge vægt på andre aspekter end behandlere og teoretikere (Hougaard, 1996, eksempelvis kapitel 5 og 6, Dreier, under udgivelse).

For at kaste et mere præcist lys over hvad det egentlig er der foregår i psykoterapi, og hvilken rolle teorien spiller for behandlere og klienters praksis vil jeg opstille følgende krav til forskningen:

Forskningen må kunne vise de forskelle der er mellem behandlere og klienters opfattelse af behandlingen og forankre denne i deres forskellige situation og behov i forhold til behandlingen, og den må hjælpe klinikere og klienter til at finde fælles interesser i det arbejde terapien udgør (Strupp, 1996, Dreier, 1993, kapitel 6).

Forskningen må igennem forskellige metoder, som eksempelvis dem der er skitseret nedenfor, gå så tæt på den konkrete praksis som muligt, og blandt andet gå ind i at anvende flere forskellige metoder til at undersøge, om metoder og procedurer fungerer som teorierne postulerer.

Forskningen må være kritisk over for de forklaringer de forskellige parter giver på forløb og udfald; som Hollon bemærker, er det at mennesker kan vurdere deres eget befindende og deres egne oplevelser korrekt ikke ensbetydende med, at de kan attribuere årsag til virkning korrekt (1996).

Forskningen må arbejde teoristyret.

**4.2 Kliniske forskningsmetoder.** Jeg vil i det følgende gennemgå tre typer af kliniske forskningsmetoder, nemlig de kliniske eksperimenter (Jacobson og Christensen, 1996), enkeltsubjekt eksperimenter (Hersen og Barlow, 1976) og undersøgelser af brugeres oplevelser og perspektiver på behandlingen (Strupp, 1996, Dreier, 1993, og under udgivelse, Højholt, 1993).

**4.2.1 Indledende bemærkninger.** Formålet med at beskrive nogle typer af klinisk forskning som er at indplacere den pilotundersøgelse, der fremlægges i specialet inden for det felt, som

er den kliniske forskning i dag.

**4.2.2 Kliniske eksperimenter.** De kliniske eksperimenter (engelsk: clinical trials) er den mest anerkendte og gennemprøvede metode til at undersøge effekten af bestemte typer af behandling og bestemte interventioner. Kliniske eksperimenter egner sig til at teste konkrete hypoteser, der er formuleret forud for undersøgelsen, men de kan bruges til at teste en meget bred vifte af hypoteser (Jacobson og Christensen, 1996).

Ved et klinisk eksperiment udvælges en gruppe af klienter der er repræsentativ for den målgruppe forsøget retter sig imod, klienterne matches to og to og derefter fordeles de tilfældigt på behandlingsgrupper og kontrolgruppe (se Smith, Kidder og Judd, kapitel 6). Behandlingsgrupperne modtager behandling under forskellige betingelser dikteret af undersøgelsens hypoteser, og kontrolgruppen modtager ingen behandling.

Der har været rettet kritik mod kliniske eksperimenter for at mangle ekstern validitet, idet de betingelser hvorunder de kliniske eksperimenter er udført ikke skulle være realistiske, klienter i forskningen ikke skulle være repræsentative (eksempelvis at de skulle have særligt "lette" problemer, eller at de skulle adskille sig fra andre ved kun at lide af få symptomer) og at forskningen i kliniske eksperimenter afskærer sig fra at undersøge terapeuters evne til at improvisere, fordi det ofte er en meget manualstyret behandling der undersøges (se eksempelvis Goldfried og Wolfe, 1996; Strupp, 1996; Seligman, 1996). De samme forfattere har kritiseret denne forskning for at være for dyr og besværlig at udføre.

Jacobson og Christensen tilbageviser med stor effekt den første del af kritikken: det er netop i kliniske eksperimenter det er muligt at teste hvorvidt klienter med "simple" problemer er lettere at behandle end klienter med flere forskellige problemer, og hvorvidt terapeuters evne til at improvisere spiller en positiv rolle i forhold til mere manualstyret behandling (1996, side 1034).

En anden del af psykoterapiforskningens problemer, som de kliniske eksperimenter imidlertid ikke umiddelbart kan give svar på er, hvorvidt psykoterapi virker af de grunde som psykologiske teorier hævder (Hollon, 1996, Hougaard, 1996, kapitel 4). Der er her både tale om at psykoterapiens klienter kan kompensere for teoriens mangler (Hougaard, 1996, eksempelvis side 91) og at klienterne af forskellige grunde kan omtolke terapiens indhold, og ligefrem vende den til det modsatte af det som terapeuten opfattede som det vigtige (Dreier, under udgivelse A).

Et tredje felt hvor de kliniske eksperimenter er kritiseret er spørgsmålet om generaliserbarhed (Seligman, 1996; Hersen og Barlow, 1976, kapitel 2). Problemet er her, om den population af klienter, der deltager, kan betragtes som repræsentative i den forstand at man kan forvente at en klient med en tilsvarende problematik vil reagere som klienterne i eksperimentalgruppe og kontrolgruppe.

Det er svært at forestille sig, hvad et repræsentativt udsnit af misbrugere, skizofrene eller patienter med panikangst skulle være. Enhver metode til at komme i kontakt med frivillige vil derfor være plaget af manglende tilfældigheder.

Hvis den gruppe der arbejdes med er meget homogen, vil effekten da være den samme med andre grupper af klienter, der kun deler visse træk med de der oprindeligt er behandlet, som at de har den samme diagnose eller måske kun et enkelt symptom? Med andre ord, hvis man bruger de samme interventioner som i eksperimentet, vil det så give et godt resultat for den nye gruppe, som måske står i en helt anderledes situation, og som klinikere, der læser om metoderne møder i deres praksis (jvf. igen Goldfried og Wolfe, 1996)?

Hvis gruppen er meget inhomogen, hvordan er da forholdet mellem gruppegennemsnit og individuelt udbytte, og kan der generaliseres fra gruppegennemsnit til individer? Her kunne man tænke sig, at gruppen i gennemsnit havde et godt udbytte (eksempelvis reduktion af stofbrug), men at en enkelt deltager havde et meget negativt udbytte (eksempelvis begyndte at injicere ketogan i stedet for at sniffe heroin, og derved udsatte sig selv for meget betydelige somatiske risici). Generalisering fra gruppe til individ skulle i princippet kunne tage højde for alle mulige, betydningsfulde variable, hvis den baserer sig på en statistisk sammenhæng, og ikke en individuel klinisk sammenhæng, for at den med sikkerhed kan siges at være klinisk relevant.

**4.2.3 Enkeltsubjekt Eksperimenter.** En langt mere overskuelig, billig og praktisk metode til at undersøge specifikke interventioners værdi i et behandlingsforløb er eksperimentelle designs med enkeltpersoner (Hersen og Barlow, 1976). I disse eksperimenter er det enkelte interventioner eller variable i behandlingen hvis virkning testes.

Grundskelettet i sådanne eksperimenter, det såkaldte A-B-A design er:

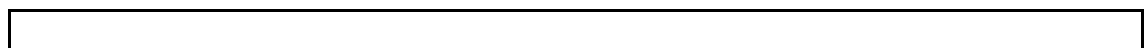
A. Den måladfærd, der søges undersøgt, måles med mellemrum, indtil der er etableret en såkaldt baseline, dvs. at det er konstateret at adfærd optræder stabilt og ikke er stigende eller faldende.

B. Den intervention der ønskes testet indføres i behandlingsforløbet. Den fastholdes indtil der er konstateret en positiv forandring som ligger stabilt på et højere eller lavere niveau i forhold til baseline. Målinger af måladfærd fortsætter.

A. Interventionen fjernes atter, og det forventes at måladfærd falder til det niveau den var på før interventionen. Det er herved dokumenteret, at det er interventionen snarere end tilfældige variationer i adfærd der var skyld i forandringerne.

Designet kan varieres således at interventionen indføres og fjernes flere gange, og der findes forskellige designs til at sammenligne kombinationer af forskellige interventioner med alene den enkelte intervention.

Hersen og Barlow fremhæver den selv som en metode der kan overvinde problemer med generalisering, fordi den testes fra eksperiment til eksperiment.



Figur 4.1. Den forventede kurve for måladfærd ved indførelse og fjernelse af en

Der er i dag en intervention i et eksperimentalt design med en enkelt klient. vis tendens til

at forskere efterlyser denne form for forskning, som er billig, let at udføre, og ligner den kliniske virkelighed, også på den måde at den er mulig at udføre i enhver praksis, da den i princippet kun kræver én klient og én behandler (eksempelvis Goldfried og Wolfe, 1996, side 1013; Seligman, 1996).

### **Kritik mod enkeltsubjekt eksperimenter.**

Der har været argumenteret for, at enkeltsubjekt eksperimenter er svære at generalisere ud fra. Denne kritik er imidlertid noget forfejlet: for det første er der som nævnt ovenfor mindst lige så store problemer med generaliseringer ud fra traditionelle kliniske afprøvninger; for det andet er der effektive veje til at undgå disse problemer, igennem det, Hersen og Barlow kalder

"systematisk replikation" altså forsøg med enkeltsubjekter fra den målgruppe man er i tvivl om man kan generalisere til.

Imidlertid er der visse mere alvorlige problemer knyttet til den:

Enkeltsubjekt designs af denne type egner sig bedst til at undersøge interventioner der udføres af behandlere som teknikker på klienten, og som har til formål at påvirke en meget begrænset måladfærd. Hvis interventionen kræver at klienten aktivt tilegner sig den kognitivt og emotionelt og bruger den selv uden for behandlingskonteksten, har behandleren jo ikke kontrol over, hvornår den tredje fase, tilbagevenden til baseline, optræder i designet; i princippet kan klienten med eller mod behandlerens vilje fortsætte med at benytte sig af de teknikker han har lært i behandlingen. Der er da også påfaldende mange forsøg der stammer fra miljøterapi på lukkede institutioner i Hersen og Barlow. Dette problem er naturligvis særlig stort netop hvad angår kognitive omstruktureringer og andre kognitive teknikker.

Der kan, som Hersen og Barlow selv nævner, være tale om etiske problemer i tilbagevenden til baselineniveau og i etableringen af en baseline forud for behandlingen, fordi de psykologiske og adfærdsmæssige symptomer kan være så ubehagelige eller farlige at det er uetisk ikke at handle på måder der lindrer eller begrænser symptomerne.

Derudover er der problemer hvor et baselineniveau ikke nødvendigvis lader sig fastlægge: eksempelvis kvartalsdrankere, eller andre med problemer, med impuls gennembrud eller humørsvingninger. Ligeledes gælder det for en stor del af de stofmisbrugere vi støder på i behandlingen, at deres misbrug skifter i intensitet og at de i nogle perioder har meget lidt og spredt misbrug og i andre et stort og konstant misbrug - perioder der er så lange, at baselineniveauer praktisk og etisk ikke lader sig etablere.

Til trods for disse begrænsninger rummer enkeltsubjekt eksperimenter visse træk, der med fordel kan anvendes i den kliniske forskning, og selve den kognitive terapi arbejde med kollaborativ empirisme vil altid rumme et element af "enkelt subjekt forskning," altså forskning i den enkeltes forvaltning af sit eget liv på et eller flere særlige problemområder.

**4.2.4 Undersøgelser af brugeres oplevelser af og perspektiver på behandlingen.** En helt anderledes tilgang til behandlingsforskningen, som er mere kvalitativt orienteret og mere eksplorativ end hypoteseorienteret, udgøres af forskellige former for brugerundersøgelser og undersøgelser af klienters oplevelser og vurdering af behandling.

Sådanne undersøgelser føres ofte tilbage til den klientcentrerede procesforskning i 50'erne (Goldfried og Wolfe, side 1010). En sådan forskning er ofte orienteret mod kommunikationen i terapien (Hougaard, 1996, side 253).

Nissen (upubliceret, side 8-9) opdeler denne forskning i 3 hovedtyper:

1) Forskning hvor brugeren taler behandlerens og behandlingens sprog. I denne type forskning bliver brugeren ofte talerør for behandleren og behandlingsinstitutionens interesser. Det gælder blandt andet den måde nogle af de behandlede hos Steffens kommer til orde (1993, eksempelvis kapitel 3).

2) Behandlingen ses som umiddelbare erfaringer og oplevelser. I dette tilfælde er klientens erfaring og oplevelse uafhængig af behandlingens, og det viser sig ofte, at klientens oplevelse svarer til aspekter af nonspecificitetshypoteser (se også Hougaard, 1996, kapitel 4).

3) Forskningen etablerer et "tilstræbt neutralt meta-perspektiv" på relationerne mellem behandlere og brugere. Hvad der egentlig er indholdet af behandlingen bliver uinteressant, til

fordel for proces- og kommunikationsorienterede undersøgelser af, hvem der taler hvornår, hvilke emner der kommer og går, hvor varm og empatisk behandleren er, osv.

Argumenterne for at rejse spørgsmål til brugernes oplevelser af og perspektiver på behandlingen er af forskellige typer:

Der er etiske og politiske grunde til at stille denne type spørgsmål. Der er to sammenhængende aspekter af disse grunde: det at kende klienternes oplevelser betyder, at behandlere og forskere kan bidrage til at fremme typer af behandling, der fremtræder som troværdig og forståelig for klienterne. Dette er igen ensbetydende med, at det bliver lettere for klienter at vurdere, hvilke mål behandlingen har, og hvilke midler den benytter sig af.

Samtidig betyder en undersøgelse af de mere foranderlige og dermed svært operationaliserbare aspekter af praksis, at det bliver lettere at være opmærksom på forandringer og brydninger inden for et praksisfelt (Dreier, 1993, kapitel 1).

Men det krav man må stille til den er, at de spørgsmål, der rejses, kan være kritiske over for behandlingen, sådan at de kan fungere som en kilde til udviklingsrettet kritik i forhold til den behandling der udføres. Dette er selvfølgelig, som Nissen da også fremhæver, i næste omgang afhængigt af behandlerens evne og vilje til at føre de fund, der gøres ved at spørge klienterne over i praktisk udvikling af deres arbejde.

Forskning i klienters oplevelser og perspektiver har været mindst lige så produktiv for den psykoterapeutiske viden som de andre typer: således har denne type forskning været med til at gøre praktikere og teoretikere opmærksomme på, at klienters oplevelse af terapeuter ikke er identiske med behandlerens, og at deres oplevelse prognostisk set er væsentligere for udfaldet af behandlingen, og at deres vurdering af terapeutiske opgavers troværdighed er vigtigere prognostisk end deres oplevelse af terapeuten person (Hougaard, 1996, side 165-166).

**4.3 Opsamling og specialets placering i feltet.** Dette speciale er en undersøgelse, hvor det er klienternes vurdering af selve kerneydelsen i den psykologiske behandling, der er fokuspunktet. Det vil sige, at det er klienternes vurdering af de elementer behandlingen består i, ud fra de teoretiske antagelser der ligger i en kognitiv terapeutisk tilgang.

Det skriver sig dermed ind i den sidste af de beskrevne traditioner, undersøgelser af brugeres oplevelser af behandlingen; samtidig rummer det data for måladfærd, der altså i denne sammenhæng i realiteten fungerer som baggrundsvARIABLE. Men ikke kun det. Data for måladfærd giver mulighed for at undersøge, om behandlingen fungerer ud fra sin egen hensigt, og for at finde begrundede forbindelser mellem de mere subjektive og oplevelsesorienterede data og forskellige aspekter af måldata. Samtidig betyder de to forskellige satsninger inden for en forholdsvis lille ramme, at der må prioriteres på begge sider. Hverken indsamling af måldata eller af kvalitative data er sket med en grundighed, der kunne være ønskværdig for mere udtømmende at belyse specialets problemstilling. Det bliver dermed blot et skridt på vejen til en besvarelse af dette spørgsmål.

Specialet søger som nævnt i kapitel 1 at rejse det spørgsmål, hvorvidt og hvordan den behandlingsteori, der er behandlingens rammeforståelse, spiller en rolle for klienternes udbytte, og herunder hvilke dele af behandlingen, der spiller en rolle. Klienternes perspektiv opfattes i denne sammenhæng som et selvstændigt, validt perspektiv, men deres synspunkter må holdes op imod det udbytte behandlere og forskere vurderer, at de har haft af behandlingen og de udviklingsmuligheder, der ligger for behandlingspraksis på området (jvf. Strupp, 1996).

## Kapitel 5. Design af behandling og evaluering.

*Nøgleord: Behandlingsdesign, stofreduktion, selvregistrering, kurven, skemaer, livskvalitet, materiale, evalueringsmetoder, problemkortlægning, projektførløbsevaluering.*

### 5.1 Behandlingsdesign.

Jeg vil i det følgende beskrive behandlingsdesignet, sådan som det blev lavet til pilotprojektet. Imidlertid er designet ikke identisk med den virkelige behandlingspraksis, sådan som vi kom til at udføre den. Vi forsøgte dog efter bedste evne at gennemføre det som beskrevet.

Jeg vil tage udgangspunkt i de begreber om kognitiv behandling og "Relapse Prevention" jeg har fremstillet i kapitel 3 uden at fremstille dem på ny.

Her skal det blot fremhæves, at pilotprojektet udgør et eksempel på et "front end" tiltag, som er designet til at udfylde den opgave som Marlatt fremhæver (1985a side 66). Hvor Marlatts teori beskæftiger sig med tilbagefald og derfor umiddelbart fokuserer mest på afslutningen af behandlingen og tiden efter behandling ("back end"), var det (i hvert fald i 1985) en mangel i konceptet at udarbejde et sådant "front end" program, hvor der arbejdes med motivation i forandringsprocessen og med kortlægning af problemerne.

Jeg vil i det følgende komme ind på, hvordan vi arbejdede med coping med stoffer og med livskvalitet, hvordan vi organiserede styringen af gruppen, opdelingen af gruppen i to dele og mødestrukturen.

**5.1.1 Materiale.** Rekrutteringen til projektet skete ved at, det blev annonceret som et tilbud til alle institutionens klienter, og at enkelte blev opfordret til at deltage. Baggrunden for, at enkelte blev udvalgt, blev i praksis kontaktpersoners vurdering af, om de ville kunne have gavn af tilbuddet.

Ti personer, otte mænd og to kvinder, startede i projektet. De var mellem 23 og 46 år, og var alle i metadonbehandling. Alle havde brugt heroin i måneden før projektet, heraf seks dagligt, seks havde brugt cannabis dagligt, og tre alkohol dagligt.

To havde børn, som boede sammen med ægtefæller, og de to deltagere boede sammen med familierne, selv om de periodevis var fraværende som følge af misbruget. To af de øvrige havde børn, som de så regelmæssigt. Tre havde en kompetencegivende uddannelse, en som kok, en som hjemmehjælper og en som mekaniker.

Med hensyn til opvækstbetingelser havde de meget forskellige baggrunde: Nogle var vokset op i familier med samlevende forældre i fast arbejde eller med egen forretning, en var vokset op i en skilsmissefamilie præget af incest og vold, en i en 'fredelig' skilsmissefamilie, en var vokset op på døgninstitutioner, og så videre. Deres kontakt med forældre og søskende spændte fra dagligt til aldrig, deres kontakt med stoffrie venner var ligeledes meget forskellig. Det eneste fællestræk der kan opstilles er, at de alle var del af misbrugermiljøet på Nørrebro.

Seks personer, fem mænd og en kvinde fuldførte projektet, og alle resultater referer til dem.

**5.1.2 Mødestrukturen.** Gruppen mødtes to gange om ugen af tre timer igennem 6 måneder, tirsdag og fredag. Tirsdagsmødet blev brugt til arbejde med reduktion af stofforbrug og torsdagsmødet blev brugt til arbejde med livskvalitetsmålene.

Gruppen blev opdelt i to faste undergrupper, som havde hver sin faste behandler. I disse to

grupper spurgte deltagerne også hinanden om misbruget for den sidste uge i strukturerede interviews.

**5.1.3 Arbejde med stofreduktionsmålsætningen.** Arbejde med stofreduktionsmålsætningen er et centralt træk ved projektet, og var det også i pilotprojektet. Jeg vil i det følgende fremstille og diskutere de metoder og fremgangsmåder der blev anvendt til at arbejde med misbruget i pilotprojektet.

Kernen i strategien var registrering af misbruget. Dette blev gjort regelmæssigt, det vil sige en gang om ugen i fællesskab og i deltagererne var instrueret om at gøre dette dagligt.

I figur 5.1 vises selvregistreringsskemaet. Her indfører deltagerne for hver dag, hvor meget de har taget af hvert stof efter et mål de selv vælger. For heroin, kokain og hash er det ofte penge eller vægt i gram, for alkohol genstande, for piller et antal og for metadon et antal hvor hver svarer til en tablet.

I den *kolonne*, der kaldes sum, angives for hvert stof en sum, i samme mål som de har anvendt under det samme stof. Derved udregnes et samlet forbrug af hvert stof for hele ugen.

I den *række*, der kaldes sum (altså nederste række) tælles antallet af stoffer, der har været indtaget hver dag sammen til et antal "misbrugsdage." Dette tælles også sammen til en sum under kolonnen "sum", som er den samlede misbrugsbelastning (SMB, markeret i skemaet). Hvis en deltager således udelukkende indtog sin metadon hver dag så ville tallet for SMB blive 7. Hvis han en dag supplerede med heroin ville det blive 8, og hvis han derudover supplerede med alkohol 4 dage ville det blive 12.

Figur 5.1. Selvregistreringsskemaet.

	Man.	Tir.	Ons.	Tor.	Fre.	Lør.	Søn.	Sum.
Metadon								
Heroin								
Alkohol								
Piller								
Hash								
Kokain/ speed								
Sum								

Dette mål vil selvfølgelig være lidt arbitrært for så vidt at der er forskel på stoffer (hvilket ikke fremgår af SMB'en) og at der er forskel på at tage forskellige mængder (hvilket heller ikke fremgår).

Derved fandtes ikke desto mindre et samlet mål for misbruget, som hver enkelt kunne bruge til at vurdere hvorvidt misbruget var i vækst eller faldende.

SMBen blev indtegnet som en kurve (et rekonstrueret, men realistisk, eksempel kan ses i figur 5.2). Ved hvert møde blev deltagerne opfordret til at lægge planer for den efterfølgende uge.

Derved blev der givet mulighed for at skelne mellem planlagt forbrug og ikke-planlagt forbrug. Hvis målet blev nået, eller der endda var blevet taget lidt mindre, kunne det betragtes som en sejr, og hvis målet ikke var nået, fordi der blev taget mere, kunne der arbejdes med situationerne, med forventningerne og med de nye planer.

De strukturerede interviews



Figur 5.2 Kurve over den samlede misbrugsbelastning.

foregik ved, at klienterne på omgang stillede hinanden spørgsmål. Den der blev interviewet sad med registreringsskemaet i hånden (se figur 5.2).

Spørgsmålene var:

"Hvad var din plan?" (Interviewer spørger i tvivlstilfælde til den helt nøjagtige mængde, og de tidspunkter den interviewede havde valgt at tage stoffer).

"Hvordan gik det så?" (Den interviewede fortæller hvor meget han eller hun tog og hvornår).

Hvis planen blev overholdt: Intervieweren roser den interviewede.

Hvis planen ikke blev overholdt: "Hvad var det der skete?"

Tilbagefald blev desuden analyseret på en række forskellige måder med forskellige skemaer vi udviklede i løbet af projektperioden, skemaer fra Marlatt (1985a-d, som beslutningsmatrixen gengivet i kapitel 3), og skemaer Helge Børven tidligere havde udviklet. Det fælles træk var at situationen blev forsøgt afklaret, og at tanker og følelser før og efter misbruget blev analyseret. Jeg vil i det følgende gennemgå et eksempel på en sådan analyse af et tilbagefald over 4 dage. I det anvendte skema blev der især fokuseret på tanker og følelser. I senere udgaver af skemaet blev der udvidet med analyser af handlemuligheder, og med spørgsmål om hvad deltagerne havde lært af oplevelsen.

Eksempel.

Skemaet (figur 5.3) viser hvordan deltageren om tirsdagen gennemgår weekendens begivenheder fra fredag til mandag. Instruktionen går ud på at beskrive hvert tilbagefald: I den første kolonne angives dato og situation forud for misbruget. I den anden kolonne angives de tanker der gik forud for misbruget, og i den tredje de følelser deltageren oplevede forud for misbruget med en angivelse af intensitet som et tal fra 0 til 10. I den fjerde kolonne beskrives misbruget, og i den femte beskrives de tanker der fulgte efter misbruget, og i den sjette de følelser der fulgte, igen med angivelse af intensitet.

Deltageren er samlevende og kæreste med en anden deltager i projektet, derfor refereres der til "vi" i skemaet. Den tredje, altså kort efter at bistandshjælp med mere er kommet ind, får parret penge og heroin af en, som de har lånt til, formentlig i løbet af den forudgående måned.

Det medfører en høj grad af opstemthed og glæde over rådigheden til stofferne. Parret tog 1/4 gram hver ved at sniffe det, og konstaterede så at det ikke virkede, hvilket var en skuffelse.

Figur 5.3. Omstændigheder, tanker og følelser i forbindelse med misbrug.

Situation	Tanke	Følelse (0-10)	Beskriv misbruket	Tanker	Følelser (0-10)
-----------	-------	----------------	-------------------	--------	-----------------



3/3 Fik Penge og heroin af en som skyldte os	Glad fordi vi fik noget	Opstemt (10)	Tog 1/4 gram. Sniffede	Ærgeligt, fordi man ikke kunne mærke det	(8) Skuffet
4/3 Havde fra i går (penge)	Hvis vi tager noget mere kan vi nok mærke det	Opstemt (10)	Tog 1/4 og delte 1/4. Sniffede.	Meget skuffet fordi man tog noget igen og kun mærkede lidt	(8) Skuffet
5/3 Havde penge	Nu må vi da kunne mærke det	Opstemt (10)	Tog 1/4 og delte 1/4.	Skuffet og meget sur på sig selv, fordi man bliver ved	(8-) Ubehageligt. Man er kommet ind i en ond cirkel
6/3 Havde lidt penge og lånte resten	Hvis vi køber _ må vi da kunne mærke det	Meget opstemt (10)	Tog _ . Sniffede.	Led og ked af det hele. Kan ikke forstå, at det er fjerde dag nu	(9-10) Går ad H til. Hader sig selv. ØV!

De to følgende dage tages lidt større dosis (3/8 gram), og den fjerde dag 1/2 gram hver, altså for 4-500,- kr. per person. Samtidig stiger skuffelsen og på tredje dagen begynder deltageren at skrive "sur på sig selv." Nu er skuffelsen også blevet til en skuffelse over at have taget stoffet, og ikke blot at det ikke virkede.

To ting kan fremdrages af denne protokol: Der skabes forventninger til rusen som giver sig udtryk i opstemthed. Disse forventninger møder skuffelse, da det viser sig at rusen ikke bliver som ønsket. Som middel til at undgå dette sættes dosis i vejret, til trods for at det betyder at de må ud og låne penge. På grund af den hurtigt indsættende tolerans hjælper øgningen af dosis ikke. Der kommer stadig ingen rus men skuffelsen bliver større og større.

Om tirsdagen da skemaet nedskrives, er begge meget abstinente og samtidig triste og fulde af selvbeprejdelser.

Formålet med denne arbejdsform er at deltagerne bliver opmærksomme på, at de ser misbruget på en måde hvor de fikserer alene på et bestemt aspekt ved situationen, som man ser det i skemaet: "Vi har penge og heroin," som medfører en bestemt følelsesmæssig vurdering af situationen "opstemthed," som ikke står i et realistisk forhold til de reelle muligheder de har, og det reelle udfald situationen får.

Endvidere kan der derved arbejdes med forventninger til rusen, og deltagerne kan på baggrund af sådanne erfaringer revidere deres forventninger til rusen.

Arbejde med registrering af misbruget og analysen af tilbagefald, ud fra situationen og de kognitive aspekter ved misbruget som forventningerne, tankerne og følelserne, udgør tilsammen kortlægningen af denne del af misbrugernes problem.

Den anden del af arbejdet med stofreduktionsmålsætningen var selve copingen med stoftrang og risikosituationer.

Her blev der taget udgangspunkt i både snævert definerede risikosituationer og mere generel strategiformulering. Deltagerne blev instrueret om at finde så mange handlemuligheder som

muligt, som de ville kunne anvende i de risikosituationer, de udpegede. Endelig blev deltagerne opfordret til at vælge en handlemulighed, som de ville anvende næste gang de oplevede den samme situation.

### 5.1.4 Arbejdet med livskvalitet.

Torsdagsmøderne blev anvendt til arbejde med livskvalitet. Her arbejdede deltagerne med deres drømme og ønsker, og vi anvendte nogle redskaber til at omsætte diffuse drømme og ønsker til konkrete mål og handlemuligheder. Jeg skal give et enkelt eksempel, nemlig skemaet "Drømme, Ønsker og Mål."

I skemaet "Drømme, Ønsker og Mål" blev deltagerne instrueret om at skrive deres drømme, ønsker og mål ned i fire felter på et ark; de fire felter skulle rumme henholdsvis personligt (hygiejne, form, sundhed, bolig), arbejde/beskæftigelse (lønnet og ulønnet beskæftigelse, samt uddannelse), familie (herunder parforhold, forældre, børn og søskende), og fritid (hobbies, sport, mm.)

I figur 4.5 ses et eksempel, der dog er konstrueret af hensyn til deltagernes anonymitet.

Figur 4.5. Ønsker og drømme inden for de fire livsområder. Et konstrueret eksempel.

<b>Mål, ønsker og drømme</b>	
<p><b>Personligt.</b> Få mere styr på mine følelser. Tage på i vægt. Komme ud af misbruget.</p>	<p><b>Arbejde.</b> Komme i gang med at lave mad igen.</p>
<p><b>Familie.</b> Få mere kontakt med min far. Få en kæreste, der ikke er misbruger.</p>	<p><b>Fritid.</b> Spille guitar. Dyrke noget sport.</p>

Formålet med skemaet er dobbelt: Dels er det at fastholde og fremstille de drømme deltagerne har og sætte drømmene i sammenhæng med hinanden, dels er det at omsætte drømme og ønsker til konkrete handlemuligheder for deltagerne, som kan realiseres på kort sigt, og at sætte disse handlemuligheder i forbindelse med langsigtede mål: Deltageren vil altså gerne begynde at arbejde med at lave mad igen. Er det en mulighed at begynde at lave mad i DCIs madgruppe? Senere kan det måske komme på tale at komme i arbejdsstræning på Koføeds Skoles kantine, osv.

Livskvalitet blev også målt i form af et skema, vi udviklede til projektet. I dette skema blev deltagerne bedt om at vurdere deres situation på fem dimensioner: Klarhed af mål, positiv udvikling, evne til problemløsning, oplevelse af mening, og oplevelse af glæde. Hvert af de fem dimensioner skulle vurderes som et tal fra 0 til 10.

Formålet med dette skema var at gøre disse dimensioner til genstand for dialog og at gøre det forholdsvis abstrakte begreb mere håndterligt for klienterne. Ved at arbejde med skalaer blev dimensionerne mere håndgribelige, og de kunne ses som udtryk for en situation, mere end som personlighedstræk. At angive evne til løse problemer til 4 på en skala fra 0 til 10 bliver mere håndgribeligt og mere handlingsrettet end at forklare, "at man ikke ved hvad man skal gøre og at det hele går i hårdknude."

Samtidig medvirker brugen af skalaer til at tydeliggøre udviklingen. Skalaerne kan bruges til at vise selv små skridt i udviklingen. Selv om et verbalt udtryk kunne være at "det går stadig i hårdknude", så kan det være at glæde er steget fra 3 til 5 og klarhed af mål fra 2 til 3. Dermed kan deltageren hjælpes til at se selv beskedne positive udviklinger.

## 5.2 Evalueringsmetoder.

Der er to typer af evalueringsmetoder der har fundet anvendelse i dette projekt: Generel erfaringsopsamling og Evalueringskemaer. Den generelle erfaringsopsamling er sket ved møder, ved opsamling af notater, ved en opgave jeg lavede til universitetet og ved fremlæggelse af vores erfaringer på personalemøder, møder for gruppen af psykologer i Københavns Kommunes narkobehandlingsinstitutioner, ved informationsmødet for de nye klienter og ved møde på Center for Rusmiddelforskning, Københavnsafdelingen. Ved alle de nævnte møder har både behandlere og klienter deltaget, og bidraget til at give billedet af behandlingsprojektet. Disse møder har været en særdeles værdifuld kilde til information om deltagernes syn på projektet.

Min oplevelse er at de deltagere der var med til disse møder oplevede det som kvalificerende, idet de har ønsker om at begynde at holde foredrag for skoler og andre unge om misbrug, og som opmuntrende, fordi de havde mulighed for at formidle noget som de oplevede som vigtigt for dem selv.

De evalueringskemaer der blev udfyldt ved afslutningen af projektet bestod af spørgsmål som tog udgangspunkt i de målsætninger vi havde formuleret for projektet.

De var opdelt i tre dele:

- 1) Kortlægningen 1. Spørgsmål om misbrug, kriminalitet, sociale relationer og økonomi måneden før projektstart.
- 2) Kortlægningen 2. De samme spørgsmål om den sidste måned i projektet.
- 3) Evalueringen. Spørgsmålet om projektførløbet og om sammenhænge mellem projektet og de opnåede forandringer.

Endvidere udfyldte deltagerne "Kortlægningen" tre måneder efter projektets afslutning som follow up undersøgelse.

Det er naturligvis uheldigt at deltagerne ikke udfyldte disse skemaer ved starten af projektet, og det bliver da også tilfældet i det nye projekt "Nye veje og et bedre liv."

Skemaerne alle indeholder både kvantitative og kvalitative spørgsmål, og "subjektive skalaer" altså skalaer for oplevelsen af et fænomen.

### 5.2.1 Kortlægningen.

Skemaerne i "Kortlægningen" rummede spørgsmål om forbruget af alle stoffer, hvor der blev spurgt til de objektive data, om frekvens den sidste måned inden for fem kategorier: 0 gange, 1-5 gange, 5-15 gange, 15-25 og mere end 25.

Derudover spørges for hvert stof til en typisk dosis (et beløb, eller for alkohol og pillers vedkommende, et antal - hvor et spænd er angivet, eksempelvis 250-500 kroner, har jeg gået ud fra gennemsnittet af de to tal), og der udfyldes en subjektiv skala for hvor svært det vil være at ophøre med alt sidemisbrug på 0 til 10 (altså forbrug af euforiserende stoffer ved siden af metadonen), og tilsvarende hvor svært det vil være at ophøre med metadon. Endvidere stilles der et kvalitativt spørgsmål om hvilke metoder deltageren har brugt til at begrænse misbruget. Visse undersøgelser har vist, at misbrugere i markant modstrid med hvad man ville vente faktisk ikke underrapporterer deres stofforbrug i væsentlig grad (Petzel, Johnson og McKillip, 1973).

Om kriminalitet spørges der til type og hyppighed af anden kriminalitet end stofbesiddelse og stofindtagelse, til antallet af gange deltagerne har været stoppet af politiet og til antallet af gange de har fået bøder, og om de har afsonet. Alle spørgsmål er her objektive, altså spørgsmål om fakta.

Der spurgtes til sociale relationer, herunder antallet af kontakter med familie, stoffrie venner og stofrelaterede venner. Antallet af kontakter kunne angives som 0, 1-2, 3-5 og mere end 6 gange i løbet af måneden. Deltagerne beskrev deres relationer til familie, stofrelaterede, og stoffrie venner (hver for sig): tillid, kontakt, om de lånte penge af dem og om hvad de gjorde sammen.

Der spurgtes til økonomi og bolig, herunder om hvilken boligform, om huslejen var betalt og til

tiden og om hvilken dato i måneden de "legale" penge var sluppet op.

Deltagerne udfyldte skemaer om livskvalitet, som indeholdt 5 subjektive skalaer fra 0 til 10: Hvor klare er dine mål, i hvor høj grad føler du at dit liv er i en positiv udvikling, hvor mange af de problemer du møder føler du at du kan løse, i hvor høj grad oplever du mening i dit liv, og i hvor høj grad oplever du glæde i dit liv.

Endelig besvarede deltagerne kvalitative spørgsmål, om hvilke mestringsmetoder de kunne nævne, som de kunne bruge til at undgå stofmisbrug, hvilke metoder de havde brugt, når først rouletten kører, og hvilke højrisikosituationer de oplevede (situationer hvor der er stor risiko for stofbrug).

Scoring af svarene på de kvalitative spørgsmål skete efterfølgende, og vil blive beskrevet i kapitel 5, både hvad angår kortlægningen og evalueringen af projektforsløbet.

I kortlægningsskemaet er der altså spørgsmål til situation, og til objektive handlinger, samt til konkrete copingstrategier, identifikation af risikosituationer, og til deltagerens selvkompetence. Hvor de konkrete copingstrategier, planlægningskompetencer og formulering af realistiske mål er det, der skal læres i projektet, projektets indlæringsindhold, er de andre forhold de genstandsmæssige forhold som indlæringsindholdet retter sig mod håndtering af.

**5.2.2 Klienternes Evaluering af Behandlingsindholdet.** Evalueringen af projektforsløbet bestod af kvalitative spørgsmål og skalaer til vurdering af værdien eller betydningen af bestemte træk ved behandlingen. De kvalitative spørgsmål blev besvaret ved at deltagerne skrev deres svar ind i boxe.

Deltagerne blev først bedt om at give en beskrivelse af deres forløb i projektet, og beskrive den vigtigste grund til at de blev i projektet.

Derefter fulgte en lang række spørgsmål som skulle besvares med krydser på en skala og svaret skulle uddybes med kvalitative spørgsmål i tekstboks. Skalaerne var eksempelvis "Slet ikke", "Lidt", "midt imellem", "Noget" og "Meget."

Spørgsmålene var: 1. Generel tilfredshed, 2. Stofbevidsthed (Føler du at projektet har gjort at du er blevet bedre til at forstå hvorfor du tager stoffer), 3. Stofkontrol (Føler du at projektet har bidraget til at du har fået bedre kontrol over dit misbrug), 4. Mål for stofbrug (Føler du at projektet har gjort at du har andre mål for dit stofforbrug), 5. Selvregistrering (Føler du at registrering af misbrug har bidraget til at du er blevet bedre til at håndtere din stofsituation), 6. Ærlighed (føler du at der er ærlighed i gruppen nu), 7. Hvad har været vigtigst i projektforsløbet (Nummerer fra 1 til 6: "At se sit misbrug sort på hvidt, Gruppesammenhold, Aktiviteter, Tale om misbrug, Planlægning, Andet (skriv selv):"), 8. Forandring (Har projektet bidraget til at du er blevet bedre til at formulere mål for dig selv); 9. Ønsker (har projektet bidraget til at du er kommet til at ønske nye ting), 10. Selvtillid i forhold til at håndtere stofmisbrug. Derudover blev deltagerne bedt om at vurdere styringen af gruppen, og en række andre træk ved dagligdagen, og til sidst at svare på spørgsmålene: "Hvad har du fået ud af gruppen. Besvar spørgsmålet med det vigtigste først:", "Hvad synes du var positivt ved gruppen," og "hvad synes du var negativt ved gruppen."

Igennem evalueringen af projektforsløbet forsøgte flere forhold afklaret: dels hvorvidt og på hvilke områder deltagerne har opfattet indlæringsindholdet som relevant i forhold til deres problemer, dels hvilke andre grunde de ser til at deltage i projektet.

De metoder der blev anvendt i spørgeskemaet om behandlingen var altså skalaer med 4-5 kategorier.

**5.2.3 Bias.** Der er en række kilder til bias og generel usikkerhed i selvregistrering som undersøgelsesmetode.

Først og fremmest kunne man tænke sig at deltagerne kunne ønske at give "rigtige svar," altså svar der er i overensstemmelse med behandlernes ønsker (det som Smith, Kidder og Judd kalder

"socially desirable responses", side 186). For det andet kunne de, som et resultat af fortrængning eller benægtelse glemme misbrug og kriminalitet eller banalisere deres problemer og overdrive deres evne til at klare sig uden stoffer.

For det tredje, og det knytter sig alene til dette retrospektive design, kan de have glemt eller ændret syn på deres forbrug i måneden før projektstart i højere grad end de har gjort med hensyn til de to andre måneder, hvor de har besvaret spørgsmålene umiddelbart efter.

Bias søges imødegået gennem at der på skemaet lægges vægt på at ærlighed ikke får negative konsekvenser for projektets deltagere, og at det kun er en begrænset kreds af mennesker der får adgang til informationerne.

Endvidere søges bias undersøgt ved at søge efter påfaldende overensstemmelser mellem behandleres og deltageres opfattelser, hvor deltageres fremtræder som modsigelsesfyldte, hvor sådanne overensstemmelser tyder på bias, og på påfaldende uoverensstemmelser, som kan tyde imod bias.

Det vil sige at jeg vil undersøge:

- \* Om deltagerne systematisk svarer positivt på ledende spørgsmål ("I hvor høj grad føler du at selvregistrering har bidraget til, at du har fået bedre kontrol med dit sidemisbrug." "I hvor høj grad føler du at behandlingen har bidraget til at du har lært at planlægge dit misbrug og så føre planen ud i livet.") Klart negative eller kritiske svar vil blive set som et udtryk for, at der ikke har været bias i retning af at give behandlerne de ønskede svar.
- \* Om deltageres svar er inkonsistente eller i uoverensstemmelse med enten urinprøver eller det kliniske indtryk (overholdelse af aftaler, udseende, tøj, påvirkethed). I disse tilfælde vil jeg betvivle klienternes svar.
- \* Om deltagerne giver svar der modsiger eller kritiserer behandlingens ideologi.

Endelig kan de konkrete kilder til bias undersøges: Problembenægtelse kunne give sig andre udtryk, såsom urealistiske forestillinger om egen evne til at komme ud af misbruget på kort sigt, uregelmæssigt fremmøde i behandlingen eller banaliserende svar på spørgsmål om hvad der skal gøres for at undgå stofbrug, for at stoppe eskalerende misbrug, eller hvilke situationer der er risikosituationer. Hukommelse af stofforbrug kan undersøges ved at sammenligne den løbende registrering af misbruget med svarene i kortlægningskemaet.

Men generelt set må de svar der er kritiske over for projektet eller som peger på andre sammenhænge ved behandlingen, end dem behandlerne peger på, være af størst interesse, idet de netop kan bidrage til at se forsømte områder eller forfejlede forestillinger.

Det kunne være ønskeligt at få mere præcise mål for sikkerheden og usikkerheden ved selvregistrering, uafhængige mål for bias og supplerende data til at undersøge en mulig bias. Endvidere kunne adækvate kontrolgrupper og grupper i anden behandling der udfyldte de samme skemaer sikkert give megen vigtig og ny information. Endelig kunne en systematisk undersøgelse af hukommelse af stofforbrug med fordel laves, hvor grupper af stofmisbrugere udfylder svar om den samme måned både flere gange om ugen i løbet af måneden, umiddelbart efter at måneden er sluttet og tre måneder efter.

Det præsenterede design er først og fremmest egnet til at afprøve metoder og til at undersøge kvalitative spørgsmål som hvorvidt og hvordan teori og metoder fra behandlingen bliver til nytte for klienterne. Det er også de spørgsmål jeg vil fokusere på, idet jeg dog vil fremstille de resultater der er fremgået af selvregistreringen og evalueringsskemaerne. Disse resultater er markante, omend der altså er knyttet stor usikkerhed til dem, og de ikke repræsenterer en type materiale der gør at man kan tale om en gennemprøvet behandling (en empirisk valideret behandling, Goldfried og Wolfe, 1996, side 1010).

## Kapitel 6. Empiri.

*Nøgleord: Problemstilling, stofforbrug, kriminalitet, livskvalitet, strategier imod misbrug, oplevelser af behandlingen.*

**6.1 Indledning.** Jeg vil i det følgende gennemgå resultaterne af evalueringen af pilotprojektet "Nedtrappingsgruppen." Jeg vil med udgangspunkt i den behandlingsteori, der er beskrevet i kapitel 2, og det behandlingsdesign, der er beskrevet i kapitel 5, fremstille de spørgsmål, vi har opstillet for projektet, samt de resultater vi har nået.

Jeg gør opmærksom på, at de resultater, der vil blive fremstillet i det følgende, er indsamlet ved metoder, der er beskrevet i kapitel 5, afsnit 5.2.

De klienter, der optræder i kapitlet, optræder kun med numre, der står i firkantede parenteser.

**6.1.1 Generel problemstilling.** Den generelle problemstilling, som jeg har søgt at belyse, er, om kognitiv terapi behandlingsteori ad modern Marlatt er anvendelig i behandling af stofmisbrugere, og om behandlingen virker af de grunde, som teorien angiver.

For at undersøge denne problemstilling må jeg se på, hvorvidt misbrugerne faktisk lærer typer af copingstrategier, som de kan og vil anvende til at reducere deres misbrug. Det betyder, at jeg må se på, om de strategier, deltagerne anvender, står i forhold til nogle bestemte risikosituationer, som man ville vente det på baggrund af Marlatts teori.

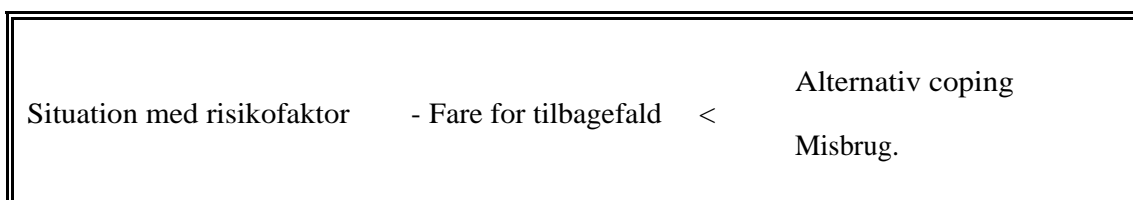
Hovedspørgsmålet for specialet er som nævnt i kapitel 1:

*Hvilken betydning har situationsspecifik coping i reduktion af misbrugeres stofforbrug, og hvilke implikationer har det for udformningen af misbrugsbehandling?*

Jeg er nu nået til det punkt, hvor jeg kan præcisere dette spørgsmål, og udmønte det i konkrete, empiriske spørgsmål.

Hvordan er egentlig forholdet mellem handlestrategier og risikofaktorer i forbindelse med misbrug? Er det sådan, som Marlatt fremstiller det, at handlestrategier knytter sig til bestemte situationer, hvor bestemte risikofaktorer udløser misbruget.<sup>12</sup>

Tegnet som en model kunne det tage sig ud som nedenfor:



I denne model, som jeg nu tillægger Marlatt, vil valget af alternativ coping være afhængigt af, hvilken risikofaktor der har optrådt i risikosituationen. Den vil altså forudsige, at alternativ coping må være knyttet til bestemte risikofaktorer. Der må være en form for mål-middel forhold mellem risikofaktor og alternativ coping, hvor målet med en copingstrategi er at opnå det samme, som man ellers kunne have opnået ved hjælp af stoffet - stof og coping står derfor også samme sted i modellen.

Forudsigelsen med hensyn til behandlingens virkemåde vil være, at behandlingen virker igennem

---

<sup>12</sup> I Marlatts terminologi vil disse risikofaktorer hedde "risikosituationer," men der er altså tale om bestemte faktorer, såsom bestemte følelsesmæssige reaktioner, konflikter, kropslige reaktioner, mm.

at den fremmer, at klienterne erstatter misbrug med alternativ coping.

Det er denne model, jeg har sat mig for at teste ud fra materialet fra behandlingsprojektet. Hvis modellen skal støttes som model for behandlingen må dette mønster tegne sig generelt i nedtrapninger og reduktioner af stofforbrug, og vel særlig tydeligt i en gruppe, der direkte er behandlet ud fra de principper, som er beskrevet i kapitel 3 og 5.

Et eksempel er "trang."

Hvis problemet er "stoftrang," så må "alternativ coping" være teknikker til at nedbringe oplevelsen af trang uden brug af stoffer. Det kan være afspænding eller fysisk træning, som neddæmper de fysiologiske fornemmelser, der knytter sig til trangen. Eller det kan være forskellige former for aversionsfremmende aktiviteter, såsom at straffe sig selv, eller at forsøge at visualisere ubehagelige eller fornedrende situationer, der er knyttet til stofmisbrug.

Hvis denne model skal støttes, må flere forudsætninger altså være opfyldt:

- \* Copingstrategier må være en vigtig prognostisk faktor. Hvis det er gennem coping, misbrugerne opnår kontrol, så må de misbrugere der udvikler velegnede copingstrategier også reducere deres misbrug.
- \* Copingstrategier må være tilgængelige i de situationer, hvor misbruget kan optræde. De må altså eksempelvis ikke udgøres af forandringer, der er så omfattende, at det ikke er muligt for klienten at skabe dem i de situationer, hvor de har mulighed for at tage stoffer (som at få en ny bolig eller et job).
- \* Copingstrategier må være knyttede til risikofaktorer, og være egnede til at forandre disse faktorer eller oplevelsen af dem.

Endelig må klienterne vise en tænkning i coping, som svarer til behandlingens teori, med særlig fokus på den model, der er karakteriseret ovenfor. Denne tænkning må reflekteres i deres beskrivelser af deres udbytte af behandlingen, og i deres svar omkring strategier.

**6.1.2 BaggrundsvARIABLE.** Derudover er der en række spørgsmål som jeg først vil gennemgå, som drejer sig om de forandringer som er indtrådt i forbindelse med behandlingen. Disse baggrundsvARIABLE knytter sig til effektiviteten af behandlingen.

- \* Stofbrug. Vil deltagerne kunne reducere deres stofbrug og vil en sådan reduktion af stofforbrug fortsætte efter projektet?
- \* Kriminalitet. Vil deltagerne reducere deres kriminalitet som følge af behandlingen?
- \* Selvkompetence. Vil deltagerne føle sig bedre rustet til at slippe stofferne?
- \* Frafald. Vil deltagerne blive i behandlingen? Dette har særlig betydning i arbejde med stofmisbrugere, hvor stort og hurtigt frafald er regelen.

## **6.2 Gennemgang af baggrundsvARIABLE.**

**6.2.1 Forbemærkning.** Resultaterne stammer dels fra efterevalueringen (se afsnit 4.3), dels fra selvregistreringsprotokoller. De er altså behæftede med den metodiske usikkerhed som selvrapportering rummer (se feks. Hersen og Barlow, 1976, kapitel 4). Der er tale om muligheden for bias i form af dårlig hukommelse, interesse i at give bestemte svar, og signaler vi som behandlere sender til klienter om de svar vi ønsker. Disse muligheder for bias vil jeg diskutere i min gennemgang af resultaterne.

**6.2.2 Stofbrug.** Deltagerne havde alle en reduktion af brug af heroin og alkohol set fra måneden

før projektstart til den sidste måned i projektet (se figur 5.1). Brugen af cannabis var stort set uændret.

Alle deltagere der fuldførte havde reduceret antallet af gange de brugte heroin ifølge selvregistrering, undtagen en som brugte heroin færre end 5 gange både måneden før og måneden efter projektstart.

Samtidig faldt den gennemsnitlige heroindosis fra 400 til 308 kr. per dosis.

Brug af benzodiazepiner og overforbrug af alkohol forsvandt næsten (to deltagere drak kraftigt, og indtog mere end 5 øl per dag. En af disse, klient nummer fire i skemaerne, brugte ikke heroin særligt ofte, men drak 5 til 10 luksusøl om dagen.)

Efter tre måneder havde klient nummer fire genoptaget sit daglige misbrug, omend i form af et heroinforbrug hvor det havde været et alkoholmisbrug i måneden før projektstart. Nummer 1, 3 5 og 6 havde opretholdt det samme niveau af stofbrug som i den sidste måned i projektet, mens klient nummer 2 havde reduceret sit forbrug af alle stoffer yderligere. Den gennemsnitlige heroindosis var nu faldet til 279,- kr.

**Tabel 6.1. Udvikling i frekvensen af heroin og alkoholforbrug.**

Deltager nr:	Måneden før		Sidste måned		3 måneders follow up	
	Heroin	Alkohol	Heroin	Alkohol	Heroin	Alkohol
[1]	>25	0	1-5*	0	1-5*	0
[2]	>25	1-5	5-15	1-5	1-5	1-5
[3]**	15-25	>25	5-15	5-15	5-15	15-25
[4]	1-5	>25	1-5	1-5	>25	0
[5]**	>25	0	5-15	0	5-15	1-5
[6]**	>25	0	5-15	0	5-15	0

Deltagernes forbrug af alkohol og heroin måneden før projektstart, den sidste måned i projektet og ved tre måneders follow up ifølge selvregistrering.

\* Denne deltagers svar er til dels blevet modsagt ved urinprøver, og der er uoverensstemmelse mellem evalueringsskemaet og den løbende registrering som viser 0 misbrug i den sidste måned af projektforløbet.

\*\* Dagligt cannabisforbrug i hele perioden.

Alt i alt viser svarene, at alle seks deltagere havde et særdeles sundhedsfarligt og meget dyrt, dagligt misbrug før projektstart, og at kun en af seks havde dette ved 3 måneders follow up.<sup>13</sup>

Jeg mener herudfra at kunne konkludere, at deltagerne har kunnet reducere deres stofforbrug i

<sup>13</sup> Det meget høje, og meget farlige, forbrug i måneden før projektstart i gruppen der fuldførte må ses i lyset af to ting: dels har urinprøvescreeninger vist at der er en meget stor del af centerets klientel der opretholder et regelmæssigt heroinforbrug ved siden af metadonen; dels har kun deltagere der fra starten havde et stort forbrug fuldført; de tre der ved starten af projektet havde et ikke-dagligt heroinforbrug droppede således ud efter kort tid, en af dem for at gå i stoffri døgntil behandling (se nedenfor).

Også de fleste af de klienter der er startet i det nye projekt efter det her beskrevne har rapporteret et dagligt misbrug af et endog betydeligt omfang.



løbet af deres deltagelse i projektet, og at denne reduktion har overlevet et stykke tid efter behandlingens afslutning.

**6.2.3 Kriminalitet.** Med hensyn til kriminalitet skal der tages særlige forbehold: til trods for at vi flere gange havde forelagt deltagerne at ærlighed ikke ville få negative konsekvenser, kunne deltagerne alligevel nære frygt for at det ville få negative konsekvenser hvis de rapporterede meget omfattende eller alvorlig kriminalitet.

Af de seks deltagere der fuldførte havde 3 rapporteret kriminalitet i måneden før projektstart. To havde begået tyverier, den ene 31 gange, den anden 10 gange, og en svarede at spørgsmålet var for personligt, og at han ikke ønskede at svare, men at det var "mere end nu" (se tabel 6.2) Han svarede også at han havde brugt heroin for 500,- kr. mellem 15 og 25 dage i løbet af måneden før projektstart, hvilket må lede til den antagelse at han hyppigt begik kriminalitet, sikkert omkring 20 gange i løbet af måneden.

I løbet af den sidste måned i projektet rapporterede deltager nummer 2 at have begået kriminalitet 1 gang og nummer 3 at have begået kriminalitet 2 gange.

Ved tre måneders follow up var de klienter som ikke var recidiveret massivt også stort set kriminalitetsfri. Deltager nummer 4 der var recidiveret, angav intet antal, men satte et kryds under "tyveri." Med heroinforbrug mere end 25 dage i løbet af en måned må kriminaliteten antages at være betydelig.

Til trods for dette, synes det dog alt i alt som om projektet har betydet en nedgang i kriminalitet for deltagerne, formodentlig mere end en halvering.

**Tabel 6.2. Udvikling i antal begåede kriminelle handlinger**

Deltager nr.	Måneden før.	Sidste måned.	3 mdr.s follow up
[1]	31	0	0
[2]	10	1	0
[3]	ingen svar	2	1
[4]	0	0	intet antal, positiv
[5]	0	0	0
[6]	0	0	0

Antal kriminelle handlinger begået i måneden før projektstart, den sidste måned, og den tredje måned efter projektafslutning.

#### **6.2.4 Økonomi og sociale relationer.**

Deltagerne opnåede bedre kontrol med deres økonomiske midler. Fem af klienterne modtog bistandshjælp, og en modtog førtidspension. Deres penge var i gennemsnit sluppet op den 16. måneden før projektstart, men i den sidste måned i projektet var de først sluppet op den 21. Ved follow up var deres penge brugt den 18. Ingen af deltagerne var egentligt hjemløse hverken før eller efter projektet, omend nogle boede hos misbrugende bekendte, eller på anden måde utilfredsstillende.

Deltageres sociale relationer ændrede sig kun lidt og langsomt. Lidt ad gangen begyndte de at se stoffrie venner lidt mere og misbrugere lidt mindre, og at se familie en smule oftere (se tabel 6.3).

**Tabel 6.3. Kontakt med venner og familie.**

Nr.	Måneden før			Sidste måned			3 måneders follow up		
	fam.	+stof	-stof	fam.	+stof	-stof	fam.	+stof	-stof

[1]	0	>6	3-5	0	3-5	1-2	0	3-5	3-5
[2]	>6	>6	3-5	>6	1-2	>6	>6	0	>6
[3]	1-2	>6	0	0	>6	0	1-2	>6	1-2
[4]	>6	>6	0	>6	>6	0	>6	>6	0
[5]	1-2	>6	>6	3-5	>6	>6	>6	>6	>6
[6]	0	>6	>6	0	>6	>6	0	>6	>6
SUM:									
Fam	2,6			2,6			3,3		
+stof		6			5			4,6	
-stof			3,3			3,3			4

I hver række vises hvor ofte hver deltager opgav at have kontakt med bekendte og familiemedlemmer. I den første kolonne vises hvor ofte deltageren havde kontakt med familie før projektstart, i den anden hvor ofte deltageren havde kontakt med stofrelaterede venner, og i den tredje kolonne hvor ofte hun eller han havde kontakt med ikkemisbrugende venner. I de følgende kolonner står de tilsvarende tal for den sidste måned i projektet og 3 måneders follow up. I de nederste række (understreget) ses de gennemsnitlige tal, og der ses en svag tendens til hyppigere kontakt med familie og stoffrie venner og mindre hyppig kontakt med stofrelaterede venner.

I de fleste tilfælde ændrer beskrivelserne af forholdet til familie, stoffrie venner og stofrelaterede venner og bekendte sig kun lidt. Der er en tendens til at svarene bliver lidt kortere og mere negative i beskrivelserne af de misbrugende venner. Her er et forholdvis typisk eksempel:

**Måneden før:** "Bor sammen med en ven, der også er stofmisbruger. Har kendt ham siden barnsben."

**Sidste måned i projektet:** "Bor hos en kammerat, jeg har kendt hele livet, som desværre også er misbruger, men dog under behandling."

**3 måneders follow up:** "Intet forhold. Ser dem bare."

En mere atypisk beskrivelse der tydeligt viser forandringer yder deltager nummer 4:

**Måneden før:** "Misbrugere stoler ikke på nogen eller noget. Jeg så de samme 3-4 venner hver dag, vi købte stof sammen og tog det sammen og hyggede os."

**Sidste måned i projektet:** "Man kan ikke stole på en misbruger, men vi snakker om hvordan vi kommer ud af misbrug og lignende. Jeg ser stadigvæk en enkelt misbruger."

**3 måneders follow up:** "Jeg ser ingen regelmæssigt, og når jeg endelig gør det taler vi meget om misbrug (stofsnak), kriminalitet, fremtid, håb, tab, osv. Men der er kun en enkelt misbruger jeg ser en gang imellem."

Her er rammen om misbruget også ændret, og relationerne mellem misbrugene. Hvor man før blot "hyggede sig" snakker man nu om misbrug, håb, tab, osv.

Generelt kan de små og få forandringer i sociale relationer ses i sammenhæng med at udvidelse af stoffrit, socialt netværk, eksempelvis gennem social færdighedstræning, ikke har haft en central placering i behandlingskonceptet, hvor det er vejet til fordel for især arbejdet med coping med trang.

## 6.2.5 Selvkompetence: Oplevet evne til at slippe misbrug og oplevet livskvalitet.

Et afgørende mål for projektet var en øget oplevelse af selvkompetence i forhold til stofbrug. Vi håbede at gennem at klienterne arbejdede sig frem mod en bedre evne til at håndtere stofbrug ville deres forbrug blive mindre, og dermed ville de få plads og rum til med den rette støtte at skabe forandringer i situationen, der ville give dem oplevelsen af at have et bedre liv.

**Tabel 6.4. Udvikling i hvor svært det ville være at slippe metadon og sidemisbrug.**

Nr.	Måneden før projektet		Sidste måned i projektet		3 måneders follow up	
	sidemis.	metadon	sidemis.	metadon	sidemis.	metadon
[1]	8	10	2	10	2	5
[2]	7	7	3	3	1	3
[3]	9	9	5	5	3	3
[4]	3	10	3	10	6	10
[5]	8	8	3	5	6	8
[6]	8	9	9	9	8	3
Snit:	7,2	9,0	4,2	7,0	4,3	5,3
Oplevet livskvalitet	4,8		7,6		7,2	

Tabellen viser udviklingen i deltageres svar på hvor svært det ville være at slippe metadon (met) med 10 som det sværeste og 0 som det letteste, og deres svar på hvor svært det ville være at slippe sidemisbrug (sid). Endvidere vises gennemsnitsværdien for oplevet livskvalitet (OLK).

Svarene på hvor svært det ville være at kvitte sidemisbrug faldt for alle undtagen nummer 6 fra måneden før projektstart til sidste måned. Sidemisbrug er her det misbrug der foregår samtidig med metadonbehandlingen, og det vil praktisk taget altid være nødvendigt at klienter afvikler deres sidemisbrug inden de nedtrapper metadonen, hvis et massivt tilbagefald til opiatmisbrug skal undgås.

Ved tre måneders follow up var det gennemsnitlige mål for oplevelsen af hvor svært det ville være at slippe sidemisbruget steget en smule fra 4,2 til 4,3, men stadig langt fra niveauet for måneden før. Oplevelsen af hvor svært det ville være at slippe metadonen var imidlertid faldet yderligere for gruppen som helhed. Dette er en særligt interessant oplysning for os, der kunne indikere en stigende oplevelse af kompetence til at komme helt ud af misbrugslivet. Dette gælder især deltager 1, 3 og 6, som tydeligvis gav udtryk for at være kommet tættere på et stoffrit liv ved 3 måneders follow up.

Disse data afspejler at deltagerne selv oplevede deres opgaver med hensyn til at komme ud af misbruget som mindre uoverkommelig efter projektet end før; undtagelsen er deltager nummer 4; det er bemærkelsesværdigt at denne deltager betegner det som værende til en værdi af "3" at komme ud af et sidemisbrug bestående af 5-10 klasse B guldøl dagligt i måneden før projektstart; dette kan bedst forstås som udtryk for at han ikke opfattede sit forbrug af øl som et misbrug, og at hans vurdering knyttede sig til afviklingen af det på det tidspunkt lille forbrug af heroin.

Den eneste deltager ud over nummer 4 som vurderer opgaven som sværere ved 3 måneders follow up end ved afslutningen er deltager nummer 5; denne deltager har ved flere lejligheder, og således også i svarene på evalueringen af projektforsløbet gjort opmærksom på, at hun er interesseret i at følge et tilsvarende forløb fra september 1996.

## 6.2.6 Frafald.

De deltagere der fuldførte projektet startede alle ved begyndelsen af projektet 20. november 1995 og forlod projektet da det sluttede 15. maj 1996. De deltog i gennemsnitligt 47,66 møder ud af 59 mulige (80%), spændende fra 39 til 51 gange deltagelse.

Ingen deltagere blev bortvist eller på anden måde tvunget til at forlade projektet. To af de ti der deltog fra starten forlod projektet i utilfredshed med medarbejderne og behandlingen, og vendte tilbage til normal metadonordination på institutionen. Disse to havde begge et forholdsvis lille sidemisbrug før de startede i gruppen.

To andre forlod projektet for at gå i minnesotabehandling på en døgninstitution, men meddelte at projektet havde bidraget til at de var blevet klar over omfanget af deres misbrug og at var blevet klar over at de ikke selv kunne klare at komme ud af deres misbrug. Disse to havde begge en kort historie med heroinmisbrug, og det var deres første behandling.

Dette er en gentagelse af det fund, at frafald ofte er noget lavere med kognitiv terapi end med andre psykologiske behandlingsformer (se eksempelvis Hougaard og Nielsen, 1995, side 222), idet dette er et bemærkelsesværdigt lavt tal for frafald på frivillige gruppetilbud i Distriktscenter Indre.

Fire andre tog deres pladser; to af disse gik desuden i motivationsgruppe med henblik på at komme med i "Projekt Menneske," som er et projekt der udfører stoffri behandling, med resocialisering som mål. Disse to forlod pilotprojektet som planlagt for at tage på afgiftning med "Projekt Menneske." De to andre forlod projektet af andre grunde, den ene for at starte i et puljejob, den anden på grund af personlige problemer han ikke følte sig i stand til at dele med gruppen efter kun at have deltaget få gange.

Der er ikke evalueringsskemaer fra de der har forladt projektet før tiden.

**6.3 Strategier imod misbruget.** Udvikling af relevante, brugbare copingstrategier var en afgørende målsætning for behandlingen i pilotprojektet. Imidlertid har vi valgt at spørge til, hvilke mere generelle strategier deltagerne havde imod misbrug, for at kaste et lys over, hvilken rolle den mere specifikke og snævre coping havde i forhold til bredere, livsstilsorienterede tiltag. Svarene stammer fra tre kilder: spørgsmål om "Begrænsningsmetoder: hvad gjorde du i sidste måned for at reducere sidemisbrug" i kortlægningsdelen, og fra spørgsmål på separate ark om "Mestring: nævn så mange ting du kan gøre for ikke at tage stof" og "Stopmetoder: nævn så mange ting du kan som du kan gøre for at stoppe, når først 'roulletten kører.'" Der blev ikke fundet andre klare forskelle på de tre ark, end at der typisk var lidt færre svar i spørgsmålet om "Begrænsningsmetoder" end under de to andre. Der er altså ikke tale om, at alle de nedenfor beskrevne svar er egentlige copingstrategier. Nogle af svarene er snarere beskrivelser af situationer, hvor deltagerne så bedre mulighed for at klare sig uden stoffer.

**6.3.1 Kategorisering af strategisvarene.** Strategisvarene blev scoret efter type (inspireret af Marlatt, 1985b, og 1985d, side 239-243, og Donovan og Chaney 1985, se side 398-401). Jeg har valgt at tilføje en ny type, erstatningsaktiviteter, som faktisk udgør den største gruppe af de svar, jeg har scoret under strategisvar. Alle svarene er vedlagt som bilag 1.

Jeg har ment at det var gavnligt for analysen af data at indføre en sidste kategori, "erstatningsaktiviteter." Disse aktiviteter kunne ikke umiddelbart scores i de øvrige kategorier. Man kunne således argumentere for, at enkelte af svarene kunne scores som "problemundgåelse," såsom svar nummer 36 eller 39. Disse svar er imidlertid så omfattende, at de rummer et bredere sigte end blot det at undgå stofferne.

I deres besvarelse af spørgsmål om hvilke strategier, de kunne bruge var de fleste svar erstatningsaktiviteter, fulgt af undgåelsesstrategier der går ud på at undgå risikosituationer, selvinstruktioner, erstatningsstoffer og stimuluskontrol (se tabel 6.5).

**Tabel 6.5. Strategier mod misbrug.**

Problemundgåelse	9
------------------	---

Søge hjælp	7
Andre stofløsninger	4
Følelseskontrol	1
Selvinstruktioner	5
Erstatningsaktiviteter	13
Sum	42

Antal gange de forskellige typer strategier imod misbrug blev nævnt til at håndtere stofproblemer, som trang mm. Data for måneden før projektstart er ikke angivet, da klienterne ikke syntes at kunne huske hvad de havde gjort. På direkte spørgsmål om hvad de gjorde for at begrænse stofforbruget i måneden før projektstart svarede 5 "ikke noget" eller "ikke noget særligt", mens en svarede "brugte mine penge på noget andet." Kun en angav ikke noget svar på dette spørgsmål for den sidste måned i projektet.

De svar, der er scoret som erstatningsaktiviteter var, ud over at være de talrigeste, også rigere i indhold og rummede flere handleforslag end de øvrige. Således rummede hvert svar, der er scoret som erstatningsaktiviteter fra 3 til 6 handleforslag, mens andre copingstrategier rummede 1 eller højst 2 handleforslag. Kun en meget lille del af de handleforslag, der er kategoriseret som "erstatningsaktiviteter" kan umiddelbart beskrives som lystbetonede, behagelige aktiviteter (altså som "wants" i Marlatts forstand, 1985e). Der er i det store og hele tale om aktiviteter, der stod i forbindelse med livsstil og livsstilsforandringer, såsom at tilbringe tid med familie eller ægtefælle, at arbejde, læse, meditere, dyrke sport, eller gøre brug af behandlingen. Til trods for at nogle af disse aktiviteter kan blive til "positive addictions" i Marlatts forstand, er de dog ikke direkte belønninger, men meningsfulde aktiviteter, der hænger sammen med mere langsigtede mål. Det er aktiviteter der er med til at opbygge og fastholde et netværk, der ikke knytter sig til stoffer og stofkultur. "Netværk" her både i betydningen net af relationer, og det net af rutiner og aktiviteter, som man spinder om sin dagligdag.

**6.3.2 Tre dimensioner i strategierne.** Jeg har sorteret strategierne efter om de tilhørte en af tre grupper: 1. Adfærdsmæssige og kognitive strategier, der kunne anvendes i risikosituationer; 2. Situationsforandringer, der ikke umiddelbart lader sig producere i risikosituationen; 3. Ændrede kognitive grundstrategier, der kunne reflektere forandringer i grundskema og automatiske tanker

1. Adfærdsmæssige og kognitive strategier:

- 3. "Undgå andre stofmisbrugere, prøve at holde sig væk fra miljøet, ikke gå med for mange penge på mig, tage ind til byen uden penge"
- 12. "Tage skemaerne frem og se lidt på dem, det er også en stor hjælp."
- 19. "Ryger mere hash, da det får mig til at "glemme" heroinen."

Adfærdsmæssige og kognitive strategier er den mest talrige gruppe, og det er dem, der bedst kan beskrives som copingstrategier. De er karakteriseret ved, at der er tale om helt konkrete muligheder for at foretage sig noget eller sige noget til sig selv, som mindsker sandsynligheden for skadeligt misbrug.

Bemærk dog, at der er tale om en beskrivelse af, om der er tale om handlemuligheder, der kan anvendes i risikosituationer, altså ikke om adfærdens formål. Således er også nogle af erstatningsaktiviteterne scoret som kategori 1, altså adfærdsmæssige og kognitive strategier.

## 2. Situationsforandringer:

16. "Tager på Flinterupgård." (en døgninstitution for stofmisbrugere).

37. "Finde en dame."

40. "Få arbejde, gå på kursus, få økonomisk hjælp så jeg kan gå i gang med at istandsætte min lejlighed. Være sammen med min bror og hans familie."

Situationsforandringer er svar, der har at gøre med forandringer af livssituationen, der ikke umiddelbart er til rådighed i risikosituationer. Disse forandringer vil typisk være mere omfattende end adfærdsforandringer og tankeforandringer.

## 3. Kognitive grundstrategier:

22. "Træn dig selv op til at kunne styre dine følelser."

29. "Udfylde min hverdag."

Kognitive grundstrategier kan være svære at se i svarene. Men den mest meningsfyldte tolkning af disse svar er dog, at der er tale om kognitive grundstrategier.

Disse svar giver ingen oplysninger om forandringer på handleplanet, men de giver oplysninger om misbrugerens tænkning omkring, hvad der skal til for at kontrollere misbruget.

**6.3.3 Strategiernes prognostiske værdi.** Tabel 6.6 viser at 5 af de 6 deltagere gav svar, der ville være til rådighed i højrisikosituationer, omend en kun gav et svar (at erstatte heroin med hash).

### Tabel 6.6. Antal strategier for hver deltager.

Tabellen viser antallet af strategier mod misbrug, hver enkelt deltager nævnte i evalueringsskemaet. Ved hver deltager er desuden angivet om strategierne var globale eller specifikke, og om de var anvendelige i risikosituationer, altså situationer hvor der reelt var mulighed og fare for at tage stoffer. Jvf. i øvrigt tabel 6.1.

Deltager nr:	Kategori 1. Afdærmæssige og kognitive strategier.	Kategori 2. Globale situationsforandringer.	Kategori 3. Generaliserede kognitive strategier.	Status ved 3 mdrs follow up
[1]	3	1	1	Som ved afslutning
[2]	6	2	3	Bedre end ved afslutning
[3]	4	1	1	Delvist tilbagefald til alkohol
[4]	0	1	0	Tilbagefald til heroin
[5]	9	0	2	Som ved afslutning
[6]	8	0	2	Som ved afslutning
Sum:	<u>30</u>	<u>5</u>	<u>7</u>	

I deres svar på, hvad de havde gjort måneden før behandling for at begrænse deres stofforbrug, svarede 5 af deltagerne

enten "ingenting" eller "ikke noget særligt." En deltager skrev "brugte mine penge på noget andet." (medtaget som "problemundgåelse" i tabellerne).

Svarene er opdelt i tre dimensioner: 1. Adfærdsmæssige og kognitive strategier, 2. situationsforandringer, og 3. generaliserede kognitive strategier.

Ud fra tabel 6.6, kan der ikke ses en tydelig sammenhæng mellem coping strategier og tilbagefald. Det ses dog, at deltager [4], hvis strategier mod misbrug slet ikke var til rådighed i risikosituationer, fik et massivt tilbagefald.

## 6.4 Deltagernes tilfredshed og syn på behandlingen.

**6.4.1 Svarene fra skemaet "Projektforløbet."** Deltagernes syn på behandlingen blev undersøgt ved hjælp af spørgsmålene i skemaet "Projektforløbet." Deres svar var generelt kvalificerede, og viste stor indsigt i deres egen måde at bruge behandlingen på.

Fem ud af seks gav udtryk for generel tilfredshed med kurset ("tilfreds" eller "yderst tilfreds"), nemlig de fem der ikke havde et stærkt tilbagefald efter 3 måneder, mens én kun erklærede sig middel tilfreds. De samme fem gav udtryk for tilfredshed med resultatet af kurset hvad angik sidemisbrug.

Fire ud af seks vægtede det at "se deres misbrug sort på hvidt" som det vigtigste ved projektet, ud af 7 muligheder. De resterende 2 vægtede henholdsvis gruppesammenholdet og planlægning af dagligdagen, den sidste med begrundelse i et behov mere end i en oplevelse af at det havde virket.

Ud fra dette kan det synes som om 5 ud af 6 vægtede forhold, der direkte udsprang af teorien og arbejdsformen i deres evaluering af projektet - nemlig selvregistreringen og planlægning af dagligdagen.

I deres svar på hvad der gjorde at selvregistrering havde betydning, fremhævede tre klienter det at blive klar over hvor mange penge de brugte på stoffer:

"Jeg er blevet mere bevidst om hvor mange penge jeg har og bruger på stoffer"

"At man ved registrering af misbrug finder ud af hvor mange penge man bruger. De forskellige skemaer har været til meget stor hjælp."

"Jeg er blevet mere bevidst om hvor meget jeg købte for og hvor meget jeg tog."<sup>14</sup>

En fremhævede endvidere selve det at blive konfronteret med handlinger og konsekvenser:

"At blive konfronteret regelmæssigt med ens handlinger + konsekvenser gir mulighed for handling med hensigt" (nr. 2, original understregning)

Tilsammen gives et billede af, at klienterne oplevede projektet som netop den undersøgelse af dereas egen situation, som vi kunne ønske os at det var. En konfrontation med problemerne, som gjorde det muligt at begynde at handle anderledes i livssituationen som den er.

Brugen af et diagram blev fremhævet af fire af de seks deltagere, i svar på åbne spørgsmål, i et enkelt tilfælde flere gange. Dette kunne hænge sammen med, at misbruget ved brug af diagrammet bliver sat i en større tidsmæssig sammenhæng end en "nu og her" vægtning imellem trang og ønsket om at holde op med at være afhængig. En af deltagerne beskriver, ligesom flere af de andre, hvordan sidemisbruget i starten ligefrem eskalerede i forhold til umiddelbart før projektstarten, for så siden at falde igen:

"... når man pludselig ryger op i sidemisbrug tvivler man lidt på om det nu også er godt for en men så får man vendt billedet og det er sgu' en sejr, og man får lyst til at

---

<sup>14</sup> Disse svar kunne give anledning til at vi overvejede, hvorvidt selve det råde over penge repræsenterer en væsentlig hindring for at deltagerne kan komme ud over deres misbrug. Her opstår en særlig mulighed for onde cirkler - hvis misbrugere får styr over deres økonomi får de også muligheder for at købe stof, og dermed opstår en stærk tilskyndelse til et tilbagefald.

fortsætte" (nr. 2)

Det lange tidsperspektiv, som kommer ind igennem kurven, synes at give mulighed for, at deltagerne kommer ind som aktører på et nyt niveau end tidligere: Hvor de tidligere så sig selv som misbrugere, der ikke var ansvarlige, og som end ikke kunne forudsige deres egne handlinger, er deres vurderinger nu helt anderledes: "så får man vendt billedet ..." Deltageren er blevet aktør i forhold til sin egen problematiske livssituation.

Dette kommer også til udtryk i andre former for udsagn hos andre deltagere:

"Tror at jeg vil tage et stykke tid endnu og så stoppe." (nr. 6)

Også her er deltageren blevet lidt mere aktør. Planen er langsigtet og er formuleret. For en del af deltagerne er det formuleret som en større optimisme i deres svar på, hvilke nye mål de har fået i projektføreløbet (de nedenstående svar stammer fra forskellige deltagere):

"Jeg tror lidt mere på at jeg kan blive clean"

"Jeg er meget mere optimist end før vedr. stoffrihed og familien, venner og bekendte"

"Et bedre liv, mere samvær med familien."

"Det har gjort at jeg tænker mere positivt over de muligheder jeg har for at få hjælp til at komme ud af misbrug."

Her giver deltagerne svar, der stemmer overens med den påstand, jeg har fremsat ovenfor, om at projektet har ført til en øget selvkompetence i forhold til misbrug. Undtagelsen er her deltager [4], der har fået et tilbagefald efterfølgende (se ovenfor).

I deres svar på hvad har du fået ud af kurset giver klienterne lidt forskellige svar.

[1] "I. At jeg tror at jeg kommer helt ud af misbrug. II. Jeg tror mere på mig selv. III. Tiden er blevet brugt på noget godt."

[2] Mangler.

[3] "I. At man ved man kan arbejde sammen med andre, samt vores problemer er identiske med hinanden, II. kriminaliteten er faldet, III. tager ikke så mange stoffer mere IV. har noget at foretage sig V. lære at kende sig selv på en anden måde"

[4] "Fundet ud af hvem i gruppen der var værd at samle på, på både godt og ondt"

[5] "I. Fået meget mere indblik i mit problem, fået mere selvtillid. II. Fået reduceret mit sidemisbrug betydeligt meget, III kan se mere klart, kan sætte nogle mål som jeg kan overkomme"

[6] "Jeg har ikke så stort sidemisbrug mere."

En deltager, [3], skiller sig noget ud fra de øvrige med hensyn til forklaringer på, hvad der har virket i projektet. Hvor de andre tillægger selvregistrering noget eller meget betydning og uddyber deres svar, og nogle af dem derudover tillægger brugen af kurven betydning, tillægger deltager [3] slet ikke selvregistrering af misbruget nogen betydning.

Imidlertid giver han udtryk for tilfredshed i sin beskrivelse af projektføreløbet:

"Jeg synes det har forløbet sig godt, da mit sidemisbrug er faldet markant, samt kriminaliteten. Det har været en god gruppe."

- og for en tænkning i risikosituationer i sit svar på hvorvidt deltagelse i gruppen har bidraget til stofbevidsthed:



"Man har ligesom fået føling med hvornår man tager stoffer. Stress, rastløshed, problemer, lyst."

I sin forklaring på, hvordan deltagelse i gruppen har bidraget til, at han har opnået øget kontrol med sit sidemisbrug, svarer denne deltager:

"Bedriver tiden med gruppen, får mig væk fra kriminalitet, samt penge der automatisk fører til stoffer."

Her peges der altså både på en form for faktorer ved behandlingen, som ikke har forbindelse med teorien eller overhovedet specifikt med psykologisk behandling ("bedriver tiden med gruppen"), forhold, der er fælles for flere psykologiske tilgange ("at man ved man kan arbejde sammen med andre ...") og forhold, som har direkte relation til teorien ("føling med hvornår ...").

Alt i alt synes en gennemgang af deltagerens svar på de kvalitative spørgsmål om behandlingen at pege på et udbytte bestående af øget selvkompetence, reduceret sidemisbrug og kriminalitet, og optimisme med hensyn til behandling. Med hensyn til årsagerne peges der på at konfrontation med problemerne gennem kollaborativ empirisme (Hougaard, 1996, side 192) og selve det at deltage i en gruppe har haft en stor betydning, i det mindste for nogle.

**6.4.2 Deltagerens beretninger fra møder.** Som nævnt i kapitel 4 har nogle af deltagerne også været med på møder, herunder personalemøde på DCI, psykologmøde for psykologer der arbejder inden for narkobehandlingssystemet i Københavns Kommune, informationsmøde for interesserede klienter til det nye projekt, og møde på Center for Rusmiddelforskning, Københavnsafdelingen.

Ved disse lejligheder kunne de deltagere der valgte at være med fremstille deres oplevelse af projektforsløbet mere sammenhængende, og med vægt på hvad deres personlige syn havde været på projektet. Samtidig kom deltagerne her med interessante sammenligninger med andre behandlingsformer, blandt andet med selve idéen om stoffri døgnbehandling og Minnesotabehandling specielt.

Her stemte beskrivelserne igen i høj grad overens med konfrontation gennem kollaborativ empirisme, og med at selve deltagelsen i gruppen havde haft stor betydning, men gruppens betydning blev nærmere kvalificeret igennem de beskrivelser der blev givet, og der blev fremstillet nogle væsentlige sammenhænge imellem de to forhold.

Det kan beskrives sådan, at der i gruppen blev skabt et særligt refleksionsrum med sit eget sprog. I dette særlige refleksionsrum blev misbruget lagt frem, vendt og drejet og vurderet. Deltagerne tillagde det her stor værdi at de på et vist tidspunkt, ca. midt i projektforsløbet, havde konfronteret hinanden med uærligheder omkring mængden og frekvensen af stofforbrug ved den daglige registrering. De havde her meget bedre informationer til rådighed omkring mængden og frekvensen af stofforbrug end os, da de ofte havde været sammen om at tage stofferne, eller i det mindste set hinanden steder hvor forhandlere boede.

De lagde vægt på at dette skete ved deres egen handling. Det var deltagerne selv der tog dette problem op på grund af deres egen frustration. Nogle tog det op som et problem om at "tonen skifter, når vi forlader grupperummet" - altså som et problem om kollektiv transfer. "Når vi sidder inde i gruppen er vi så dygtige, men lige så snart vi kommer ud i elevatoren, så hedder den 'hvem har det bedste og billigste stof?'"

Andre vægtede processerne inde i rummet: "Når der er nogen der sidder og ikke er ærlige, så tænker man, så kan det sgu' også være ligemeget, så kan jeg også tage noget mere."

Det blev også fremhævet som et særligt træk ved denne gruppe, at trang og planer om misbrug kan diskuteres åbent, og at dette ikke medfører en fare for udstødning, samtidig med at gruppen fungerer som en behandlingsgruppe hvor målet er afvikling af misbruget. Nogle af deltagerne har sammenlignet med NA selvhjælpsgrupper og - især - minnesotainstitutioner, hvor udstødning er

en konstant fare, hvis man lægger sin trang frem.

Hele processen som deltagerne beskriver den ser omtrent sådan ud:

1. Arbejde med misbruget og med registrering og tilbagefald i gruppen. Gruppen bliver et rum, hvor det er legalt og muligt at tale om tilbagefald, og at diskutere konkrete strategier i forhold til tilbagefald. I misbrugernes øvrige kontakter er tilbagefald ofte enten illegitime at diskutere (ikke-misbrugende venner, familie, socialkontoret, visse behandlere, selvhjælpsgrupper), eller det er illegitimt eller i bedste fald svært at tale om strategier imod misbruget og ønsker om at komme ud af det (misbrugende venner, stofkontakter).
2. Uærlighed og selvbedrag sniger sig ind i gruppen. Gruppen bliver selv kernen i deltageres misbrugsrelationer, og det er de øvrige deltagere, misbrugerne tager stof sammen med. Dette er en stor frustration for deltagerne, fordi de samtidig nærer ønsker om at komme ud af misbruget.
3. Når det samtidig er legalt at diskutere misbruget og strategier imod det, bliver det muligt for deltagerne at handle imod misbruget så at sige "indefra og ud." Misbrugerne begynder at opfatte deres problem som et handlingsproblem mere end som et problem om psykiske og kropslige reaktioner.
4. I og med at misbrugerne handler selv og handler sammen, får de en større selvrespekt, og en større tillid til deres egne evner. De begynder at tillægge sig selv et større ansvar.

Denne beskrivelse af udbyttet af behandlingen udgør i mine øjne en interessant alternativ fortolkning af, hvad det egentlig er der foregik i projektet. Hvor den ikke tillægger de psykoedukative aspekter og tankemæssig omstrukturering den samme betydning, som vi som behandlere gør, er den heller ikke i en markant modsætning til den behandlingsteori vi arbejder med; blot rummer den en alternativ tænkning om sammenhængen mellem behandlingsteori og udbytte. Frem for en simpel individuel transfermodel, hvor hver enkelt tager sine hjemmeopgaver med og omsætter dem i sine vante omgivelser, er der her tale om, at teorien virker som en form for "strukturerende ressource" (Giddens, 1984) på arbejdet med misbruget. Den strukturerende ressource giver sig udtryk i at bestemte informationer bringes frem og tillægges værdi, og i at de forskellige parter foretager sig nye ting: Deltagerne i projektet begynder at se misbruget som konkrete handlinger de foretager sig sammen med andre, nemlig i høj grad de andre gruppemedlemmer; de registrerer omfanget af misbrug, og får mulighed for at reflektere over, hvad det er, der gør, at forbruget stiger og falder (stress i forbindelse med at være i gruppen, meget diskussion af stoffer i gruppen, penge til rådighed, kedsomhed).

Dermed bliver nye handlemuligheder åbnet: Tage ærlighed op som problem, foretage sig andre ting sammen end at tage stoffer.

Det er sandsynligt, at det mest er sider af projektet, deltagerne vurderer positivt, der er kommet frem på disse "offentlige" møder: der er tale om situationer, hvor deltagerne er blevet mødt med meget positive forventninger, og hvor de har haft mulighed for at få al den opbakning og glæde, som der kan ligge i at kunne fortælle en succéshistorie med sig selv i centrum.

Nok så interessant kunne det være at undersøge hvilke mere kritiske pointer deltagerne har haft i forhold til projektet, både dem, der fuldførte, og dem, der gik ud af projektet.

**6.5 Uddybende interviews.** Jeg har i forbindelse med det nye projekt<sup>15</sup> spurgt klienter i gruppen, om de nogensinde har anvendt afspænding eller andre teknikker, som de er blevet forberedt på at bruge i gruppetiden, til helt konkret at forsøge at mindske trangene ude i deres dagligdag.

---

<sup>15</sup> Altså ikke i forbindelse med pilotprojektet.

I interviewene var jeg meget direkte med at spørge, om de faktisk brugte nogle af de metoder, vi havde trænet eller analyseret os frem til i behandlingen.

Deltagernes svar var præget af, at de beskrev få metoder, og at disse metoder var rettet specifikt mod "stoftrang."

De nævnte i det mundtlige interview to strategier: Afspænding og at gå tur. Disse to strategier kunne reducere stoftrangen, når visse forudsætninger var opfyldt: afspænding kræver ifølge deltagerne meget træning. At gå lange ture virker især, når det er sent på dagen, og deltagerne bliver trætte og kan gå i seng og sove efter turen.

På nærmere spørgsmål om, hvornår de havde brugt disse copingstrategier, fortalte deltagerne, at de havde oplevet det som irrelevant at forsøge at håndtere situationer, når deres livssituation var meget dårlig eller meget svær at have kontrol over. Eksempelvis i et dårligt parforhold eller et parforhold med en stofmisbruger, der ikke vil holde op, eller når de venter på at komme i fængsel eller døgnbehandling.

**6.6 Bias.** Jeg har i kapitel 4 fremhævet 3 kilder til bias, som kan være med til at forstyrre billedet af gruppemedlemmerne og deres udbytte af behandlingen: At deltagerne ville "give behandlerne hvad de vil høre," at fornægtelse af problemerne kunne give forstyrrelser og at deltagerne kunne have glemt, hvordan deres misbrug var flere måneder tidligere, da de udfyldte kortlægningsskemaet ved afslutningen.

De to første kilder til bias må vurderes individuelt fra deltager til deltager. Hvor der var rimelig overensstemmelse mellem den løbende selvregistrering og kortlægningsskemaer, er der også tegn på, at klienterne har været rimeligt ærlige. Det er svært at forklare hvorfor bias skulle stige ved tre måneders follow up, eksempelvis med hensyn til hvor svært det vil være at slippe metadon.

Realistisk planlægning af stofforbrug, som var blevet understreget meget af behandlerne i hele forløbet, blev generelt afvist af deltagerne i deres svar på skemaet "projektforløbet." Dette sidste står i modsætning til en hypotese om bias som følge af at ville "give behandlerne hvad de vil høre," og bias som følge af problemfornægtelse, som ville føre til en forudsigtelse om at deltagerne skulle svare at "jeg kan tage når det passer mig" eller omvendt "man skal bare lade være."

I et enkelt tilfælde (deltager nummer 1) synes der at være en uoverensstemmelse mellem selvregistreringsrapporterne (som siger nul heroinforbrug) og kortlægningsskemaet (som siger 1-5 gange heroinforbrug), der kan rejse tvivl om hans generelle troværdighed. Han har lejlighedsvis rapporteret stoffrie perioder, som så er blevet modsagt af urinprøver (omend de andre gange er blevet bekræftet af urinprøver); han svarer også som den eneste bekræftende på spørgsmålet om han har lært at planlægge og føre planerne ud i livet. Denne deltagers svar må derfor tages med noget forbehold.

Én deltagers svar kan tolkes som udtryk for problemfornægtelse, nemlig deltager nummer 4, der angiver det til 3 på sværheds skalaen fra 0-10 at slippe et sidemisbrug på 5-10 klasse B guldøl dagligt.<sup>16</sup>

Hukommelsesproblemer synes at kunne være at alvorligt problem og dette er ikke testet tilstrækkeligt. I spørgeskemaerne fra det nye projekt "Nye veje og et bedre liv" bliver deltagerne bedt om at svare på hvor mange dage de har taget stof inden for den sidste måned. Flere angiver spænd på eksempelvis 20-25, hvilket tyder på at det er særdeles svært for dem at huske deres forbrug. Der er dog argumenteret for, at omend selvrapportering giver et upræcist billede, så giver det dog ofte et rimeligt billede af forandringer i forbrug, og et billede af om forbruget generelt er højt eller lavt (feks. Due og Holstein, 1991, side 315). Ligeledes kan der have været problemer med at huske copingstrategier et halvt år tidligere, hvilket kan forklare, at alle deltagerne

---

<sup>16</sup> Generelt er stofmisbrugere nok mindre tilbøjelige til at fornægte, at de har problemer, end alkoholmisbrugere. Dette skyldes sandsynligvis blandt andet, at stofmisbrugere virkelig får lejlighed til at mærke, at de har et problem, når samfundet griber meget hårdt ind over for dem, og når de føler sig tvunget til at lave en masse kriminalitet.

undtagen en svarede, at de ikke havde brugt strategier i måneden før projektet.

Deltagerne i projektet har fået en meget direkte træning i at registrere deres stofforbrug; det kunne være interessant at undersøge, hvorvidt dette har medført en bedre evne til at huske stofforbrug, der i sig selv ville kunne tænkes at have en effekt i form af mere realistiske tanker om egen situation og egne problemer.

**6.7 Konklusion.** Er situationsspecifik coping så et nøglefænomen i afvikling af misbrug? Det billede jeg ser, og som jeg her har fremlagt, må siges at være mere kompliceret, end at spørgsmålet kan besvares uden reservationer. Den måde at sætte coping på begreb, som jeg skildrede i begyndelsen af kapitlet, svarer ikke til den forståelse af behandling og behandlingsudbytte, som jeg har kunnet finde i vores materiale.

Der er ikke mange konkrete handlesvar til konkrete risikosituationer i svarene. En stor del af de handlemuligheder, de kan bruge for at undgå at tage stoffer, er knyttet til generelle livsforbedringer. Det, som de har brug for for at undgå tilbagefald, er mere generelt at have alternative muligheder i de situationer, hvor stoffer er en mulighed, end at have strategier knyttet til særlige risikosituationer. Deres strategier var mere knyttet til mål, end de var alternative midler til at håndtere de følelser og lyster, der optræder i disse situationer.

Copingtræning fremtræder ikke som det mest troværdige aspekt af behandlingen hos vores klienter. Det falder her klart under kollaborativ empirisme.

Det betyder ikke, at deltagerne ikke kendte og benyttede konkrete handlinger og kognitive strategier. Det er en stor del af svarene, der er konkrete (tilhører kategori 1, "kognitive og adfærdsmæssige strategier," se tabel 6.6), og en del er generaliserede kognitive strategier.

Deres problemorienterede copingstrategier var generelt forholdsvis vage ("undgå miljøet"). Til gengæld var alle svarene under kategorien "søge hjælp" og de fleste af de svar de gav under kategorien "erstatningsaktiviteter" forholdsvis velspecificerede handlestrategier.

Planlægning af forbrug og selvkontrol i betydningen "at planlægge for at styre forbruget" har ikke vist sig at besidde stor troværdighed som behandlingstiltag. Registrering af misbruget i skema og kurve, knytter sig ikke direkte til situationskontrol. Det fungerer snarere som en form for eksternalisering og alternativ italesættelse af misbruget som problem. Denne metode har været en troværdig behandling for deltagerne, til trods for at vi ikke tillagde den nogen teoretisk værdi.

Behandlingen har ud fra sine målsætninger ellers været en rimelig succes, på linie med de resultater, jeg har refereret for virksomme, psykologiske behandlinger (se kapitel 2): Alle de deltagere, der fuldførte, havde ved starten af projektet et dagligt misbrug af et omfang, der nødvendigvis måtte have alvorlige følger for deres sociale og økonomiske situation, og som med stor sandsynlighed ville give dem alvorlige somatiske komplikationer: enten et næsten dagligt heroinmisbrug, eller et dagligt alkoholmisbrug. Ved afslutningen af projektet havde ingen ifølge selvrapportering et sådant misbrug, og ved tre måneders follow up var kun én faldet tilbage til et misbrug med tilsvarende konsekvenser. Der er således for mig ikke meget personlig tvivl om at de har haft gavn af behandlingen.

Der var ingen tydelige forandringer i deltagerens situation med hensyn til arbejde, økonomi eller kontakt med stoffri venner og bekendte, omend der syntes at være en vis udvikling set over hele perioden inklusive tre måneders follow up i retning af større kontakt med stoffri venner og familie.

# Kapitel 7. Diskussion.

**7.1 Indledning.** Jeg vil i dette kapitel diskutere de resultater, jeg har fremstillet i kapitel 6. Jeg vil først beskæftige mig med evalueringsmetoderne, der er det metodologiske grundlag for hele undersøgelsen, og overveje holdbarheden af analyserne og brugbarheden af metoderne til fremtidig behandlingsevaluering i lyset af visse af de metodeproblemer, jeg har skildret i kapitel 4.

I de følgende afsnit vil jeg forsøge at drage empirien mere i forbindelse med teoretiske problemer i forbindelse med misbrugsbehandling, nemlig spørgsmålet om samarbejde i behandlingen og attribution af årsager til forandring.

**7.2 Evalueringsmetoderne.** De evalueringsmetoder, der har været anvendt i projektet, er udtryk for et forsøg på at kombinere en udviklingsorienteret, procesfokuseret evaluering med "hårde" data for måladfærd og livssituation. De konkrete behandlingsmetoder er blevet evalueret fra både behandleres og deltageres perspektiv (jvf. Strupp, 1996).

Samtidig har vi forsøgt at undgå nogle af de faldgruber, Nissen nævner (upubl. ph.d. afhandling, refereret i kapitel 4): en "ren" indsocialisering, fordi deltagerne har fået mulighed for at vægte de forskellige aspekter af behandlingen (og derved ikke er blevet så stærkt opfordret til at gengive teorien som deres egenforståelse). Faktisk har de kunnet give forklaringer, der både supplerer og modsiger behandlingsteorien. Behandlingen som umiddelbare erfaringer er blevet søgt overskredet, fordi det er netop kerneydelsen, den psykologiske behandling, klienterne er blevet bedt om at tage stilling til; og det er heller ikke et neutralt metaperspektiv, der er anlagt på behandlingen. Det er ikke tom kommunikation der er blevet analyseret.

Til gengæld lider evalueringen som teoritestning under den svaghed, at den ikke er blevet udført af uafhængige forskere, der kunne formulere deres egne hypoteser om behandlingen og forholde sig selvstændigt kritisk til projektet og dets teori og metode med en større uafhængighed af os og vores behov for at se det, vi selv gør i et positivt lys. Endvidere lider den af nogle svagheder som følge af, at det er behandlerne i projektet, der har lavet alle redskaber, og at det ikke er trænedes forskere, der har udfærdiget spørgeskemaer, med videre.

**7.3 Situationsspecifik coping i arbejde med stofmisbrugere.** Situationsspecifik coping spiller en central rolle i Marlatts opfattelse af misbrugsbehandling. Den har to formål: det ene er at håndtere kriser og risikosituationer, hvor klienten oplever en fare for tilbagefald. Det andet formål er, at situationsspecifik coping skal bruges til at undgå at effekten af et afholdenhedsbrud bliver et totalt, altødelæggende tilbagefald.

Det er noget af et paradoks, at mange undersøgelser viser, at situationsspecifik coping synes at være et vigtigt træk ved misbrugeres evne til at komme ud af misbrug og en meget sikker prædikator for tilbagefald både med hensyn til hvornår og hvorvidt tilbagefald optræder (Marlatt, 1985c, side 134-136), men at behandling ikke synes at øve stor indflydelse på en sådan coping (Stephens *et al* 1994, Nielsen, 1992b), og at klienterne ikke tillægger den stor betydning, som det fremgår af de svar, jeg har refereret ovenfor.

Når misbrugerne bruger strategier, der mere handler om at udvikle deres liv end om at håndtere deres egne emotionelle reaktioner, så må det formodentlig ses i lyset af, at deres livssituation er overordentlig problematisk. Det er ikke blot mangel på rekreative aktiviteter ("Wants" i Marlatts forstand), men et helt sammenhængende liv, et ordentligt socialt netværk og meningsfyldte aktiviteter der er deres problem.

Behovet for de mere snævre strategier, som coping med stoftrang, vokser først, når misbrugernes sociale situation er stabiliseret betydeligt, og deres liv er inde i en udvikling, hvor misbruget er en hindring for at komme videre.

Det betyder ikke, at konkret, målrettet handling ikke spiller en rolle for misbrugerne. Hvis man ser ovenfor på tabel 6.6, vil man se, at størstedelen af svarene må betragtes som konkrete handlesvar eller konkrete kognitive strategier. Blot er de ikke knyttet til begrebet om

risikosituationer på nogen systematisk måde.

I den forstand kan man næsten sige, at den konkrete praksis konceptet på visse områder er med til at overskride begrænsninger i teorien (med Zimmers begreber, 1989).

Et vigtigt spørgsmål er, hvorvidt misbrugernes handlestrategier i virkeligheden er et udtryk for motivationelle eller globale kognitive forandringer, snarere end at globale forandringer er et udtryk for specifik coping. Når deltager nummer 4 således ikke kunne nævne specifikke copingstrategier, så kunne dette alene tolkes som en årsag til problemerne. Imidlertid kunne det også ses som udtryk for en ydre *locus of control* tænkning, når han skriver:

"Få arbejde, gå på kursus, få økonomisk hjælp så jeg kan gå i gang med at istandsætte min lejlighed. Være sammen med min bror og hans familie."

Samtidig beskriver denne deltager sit udbytte af behandlingen som meget begrænset, i det mindste som behandlingsmæssigt mål:

"Fundet ud af hvem i gruppen der var værd at samle på, på både godt og ondt."

Situationsspecifik coping har stadig en overvældende intuitiv appel: Det må jo netop være i konkrete situationer, ved bestemte begivenheder i tid og bestemte steder i rum, mennesker vælger den ene handling frem for den anden, og udfører den. Men måske kan den manglende støtte til situationsspecifik coping i den snævre forstand bidrage til, at vi som klinikere ser lidt bredere på sammenhænge mellem problemer og livssituation, og mere ser på udvikling, på bevægelse og på mål, frem for at stirre for meget på midler og redskaber.

Dette må medføre, at vi ser på klienternes livssituationer som bestående af kontekster med mennesker, der er aktive og handlende, og har mål og behov, frem for som "miljøer" eller "scener" hvor adfærden udspiller sig, og hvor de patogene forhold findes, og dermed må vi også se på vores klienter som mennesker med behov og med mål, og som værende i en udvikling, hvortil der knytter sig udviklingsopgaver som bringer dem videre i livet.

I retrospekt ser det ud som om, vi har haft et billede af misbrugeren der, frustreret over ikke at kunne forstå sit eget tilbagefald, sætter sig ned i behandlingen og analyserer tilbagefaldet og derigennem bliver klar over situationer og ubevidste tanker, som anbragte ham i misbruget; men dette billede holder næppe.

De strategier som deltagerne i projektet så for sig, når de skulle svare på hvad de gjorde for at begrænse misbruget, var således i højere grad rettet mod livsstilsforændrende tiltag end udløsende ydre og indre stimuli.

Det er særligt påfaldende, at emotionsfokuseret coping spiller så lille en rolle i klienternes strategier mod misbrug, særligt når man betænker, at stofbrug ofte opfattes som netop emotionsfokuseret coping. Det eneste svar, der umiddelbart havde nogen forbindelse med følelser var således meget vagt (svar nummer 22). Man kunne forestille sig to forklaringer på dette: den ene er, at deltagerne ikke har oplevet et tilstrækkeligt pres i retning af at lære at håndtere emotionelle reaktioner, fordi de hele tiden har haft muligheden for at søge de gammelkendte stofløsninger på stofløsninger. Den anden er, at det mere er udviklingsorienterede aktiviteter, der kan udfylde klienternes tid og give dem en mening og retning, snarere end introspektive metoder, der går ud på at forholde sig til sig selv.

Kvalitative interviews, jeg har udført med klienter i det nye projekt tegner et billede af, at situationsspecifik coping, særligt coping med "uforklarlig stoftrang," faktisk spiller en rolle i deres kontrol med misbruget. Men dette kun under særlige forudsætninger: Når kontrol med stofmisbruget er en realistisk målsætning, fordi misbrugeren har et minimum af kontrol over deres

øvrige livsomstændigheder (eksempelvis sjældent når de er boligløse, eller som en fremhævede, når de er samlevende med en voldelig eller misbrugende kæreste).

**7.4 Attribution af årsager til forandring i behandlingen.** Det at teorien og behandlernes interventioner ikke tillægges så stor betydning kan opfattes som en styrke ved behandlingsteorien (jvf. Hougaard 1996, side 110, der referer Fischs "placeboterapi"), i den udstrækning dette forhold er et udtryk for, at deltagerne attribuerer deres udbytte til deres egen handling frem for behandlingsmodellen: Hvor vi mange gange hører "minnesotabehandling virker, men jeg er bare ikke klar til det lige nu," eller "XX er en fed behandlingsinstitution, der havde jeg det virkelig godt, men da jeg kom hjem faldt jeg i vandet med et brag," er det vi hører fra vores deltagere et "vi:" "Vi er åbne over for hinanden og stoler på hinanden," "vi ved at vi kan arbejde sammen." I den udstrækning dette er udtryk for at deltagerne forklarer deres succes i behandlingen med deres egen indsats og evner, må de også få en stigende tillid til disse evner og til sig selv, der også på langt sigt kan udgøre selve grundlaget for den selvkompetence, som bringer dem videre fremad i livet og giver dem en tro og et håb på livet.

Produktionen af dette "vi" medfører en tilbagevenden til de institutionelle forhold. Hvordan bliver da forholdet mellem dette "vi," og det behandlingssystem det bliver produceret i? Hvilke former for betydning får det liv, der udspiller sig i en sådan gruppe, for dets deltageres behandling i institutionen i øvrigt og for institutionen i øvrigt? Og her kommer et af de helt springende spørgsmål: hvilken betydning får det for deltagernes handling i deres øvrige liv, også bortset fra stofmisbruget? Hvilken betydning har det for deres relationer til venner og bekendte, til deres måde at forholde sig til de problemer de støder på i fremtiden? Vi har kun anekdotiske oplysninger om forandringer. Det generelle indtryk er, at klienterne er blevet langt mere positivt stemt over for behandling generelt, og at de eksempelvis under og efter projektføreløbet deltog mere i "husmøder" i institutionen, møder, hvor alle institutionens klienter kom for at diskutere aktuelle problemer og få informationer om forandringer.

**7.5 Registrering: selvobservation og planlægning.** Registreringen var tænkt som et redskab til at afklare mønstre og logikker i misbruget, snarere end som en selvstændig intervention. Imidlertid er det den teorispecifikke faktor ved behandlingen, deltagerne lagde størst vægt på i deres besvarelser, herunder brugen af en kurve over misbruget.

Det synes forholdsvis sikkert, at registreringen af misbruget betød tre ting for deltagerne: Registrering betød, at de blev konfronteret med omfanget og dermed de økonomiske omkostninger af misbruget, som de selv fremhævede det. Dermed blev tendenser til bagatelisering af misbruget reduceret, omend det også var ensbetydende med at deltagerne i starten nærmest følte sig presset ud i mere og mere misbrug, for at håndtere selve det at blive konfronteret med deres problem. Dette viste sig også i registreringsskemaerne, hvor forbruget steg dramatisk i begyndelsen af projektføreløbet.

Registrering betød, at deltagerne kunne dokumentere deres fremskridt over for sig selv på en måde, som ikke kom til at udgøre en dikotom skelnen mellem misbrug og afholdenhed. Efterhånden som de brød færre aftaler og begyndte at se bedre ud, begyndte selvregistreringsprotokollerne også at kunne tjene som dokumentation for deres fremskridt over for andre.

Endelig betød registrering, at deltagerne kunne være med til at fastholde hinanden i ærlighed. Når nogen sad og benægtede misbrug, kunne de andre simpelthen henvise til, at de havde taget sammen.

Brugen af kurven over misbruget spillede en særlig rolle: Den var stærkt medvirkende til, at deltagerne kom til at se deres misbrug i et større tidsmæssigt perspektiv, end de havde gjort tidligere: Frem for at se forbruget af stoffer ud fra forholdet mellem trang og selvkontrol i et "nu og her" perspektiv, kunne misbrugerne her se misbruget som en udvikling over lang tid. Dermed blev også tilbagefald sat ind i et større tidsmæssigt perspektiv: frem for at sige "Nu tager jeg heroin hver dag igen," kunne deltagerne sige: "Jeg har taget heroin hver dag i en uge, efter at mit

samlede forbrug har været stødt faldende igennem 15 uger." Det betyder dog ikke, at tilbagefaldene bliver mindre frustrerende for deltagerne, tværtimod.

En hypotese om registrering kan være, at gennem registreringen bliver misbrugerne i stand til at planlægge realistiske reduktioner, som giver dem et reelt udbytte uden at de bliver udsat for Effekten af Afholdenhedsbrud; ud fra dette kunne man forestille sig, at en systematisk planlægningsindsats med brug af kurven ville kunne støtte klienterne i at reducere misbruget.

En anden hypotese er, at selve registreringen medfører en observerende, eksternaliserende tilgang til misbruget, som gør, at det er lidt nemmere at forholde sig til det på et overordnet niveau. Denne hypotese falder mest i tråd med deltageres tolkning af deres eget udbytte. Det er imidlertid langt fra alle stofmisbrugere, der opnår en reduktion ved denne intervention, men de, der trods stigende forbrug i en kort periode forbliver i projektet, får generelt en stor reduktion senere.

Min erfaring peger mere på den sidste hypotese end den første. Selv milde konfrontationer og sætten grænser for stofmisbrugere i metadonbehandling fører næsten uomgængeligt til et større eller mindre tilbagefald.<sup>17</sup>

Arbejdet med registrering og kollaborativ empirisme er således en måde at kombinere inddragelse af klienternes oplevelse af behandling og vurdering af mål og midler, samtidig med, at det er en form for enkeltsubjekt-eksperiment, som beskrevet i kapitel 4. At arbejde med kollaborativ empirisme er altså en måde at blive mere ideografisk uden at blive mindre teoretisk.

---

<sup>17</sup> Dette kan ikke medføre, at man opgiver at håndhæve regler og gribe ind i forhold til stofmisbrugere i behandling, når klienternes velfærd er truet. Men man må blot være klar over, at der ikke er en positiv sammenhæng mellem at sætte grænser og reduktion af misbrug.



## Kapitel 8. Perspektiver for arbejde med misbrug.

Jeg har i dette speciale fremstillet og søgt at analysere træk ved en behandlingspraksis, der tilbydes stofmisbrugere, og at sætte disse træk i forbindelse med hinanden. Men hvor stiller en sådan behandling sig egentlig i stofmisbrugernes liv? Det er vigtigt at huske, at behandlingen ikke er klienternes vigtigste livssammenhæng (Dreier, 1993, kapitel 1).

Det, som jeg har forsøgt at undersøge, er, hvorvidt den konkrete overførsel af færdigheder fra den ene kontekst til den anden har fundet sted, og om den har fulgt den rute, den kognitive og adfærdsterapeutiske teori forudsagde. Jeg har stort set fundet, at denne rute eller model er en forenkling.

Behandlingen i projektet var en behandling, hvor misbrugere og behandlere mødtes to gange om ugen for at tale om, hvordan misbrugene kunne reducere deres forbrug af stoffer og samtidig finde muligheder for at udvikle en bedre livskvalitet. Men hvilken position og betydning har en sådan behandling i en stofmisbrugers liv? Hvad sker der med deres livssituation, mens de er i behandling i gruppeterapi?

Det markeres fra behandleres og institutionens side, at der er tale om behandling; der er altså tale om et tiltag, hvor "systemet" gør noget for "klienterne." Der er ikke tale om, at klienterne forventes at skulle yde noget, eller at de skal skabe noget af værdi for andre. Undtagen i den udstrækning, de fungerer som støtte for hinanden. Når misbrugerne skal øge deres "selvkompetence," så betyder det i det store og hele, at de skal øge deres viljestyrke. For trods intentionerne om det modsatte, så bliver det i høj grad den selvstændiggjorte og i en vis forstand socialt meningsløse kamp mod stoffet, der bliver den fælles sag i behandlingen.

Når jeg siger, at kampen er meningsløs i en vis forstand, så handler det ikke om, at klienterne ikke har grunde til at kæmpe mod stoftrangen; det handler om, at dette mål ikke hænger sammen med mere omfattende sociale mål, som deltagerne kunne opfatte som værdifulde. De var overladt til, hver for sig, at finde sådanne mål, som var inden for rækkevidde. Misbruget er stadig et selvstændiggjort problem, som hver enkelt må trække sig selv op ved håret for at finde motivation til at løse.

Klienterne kunne ikke se langsigtede muligheder for sig selv i projektet; de kunne ikke skabe sig et liv inden for rammerne af projektet, men de kunne reflektere over de liv, de havde. For at kunne leve stoffrit og bryde med det stofmiljø, som den enkeltes stofmisbrug reproduceres i, ville klienterne have skullet involveres i langt mere forpligtende og betydningsfulde aktiviteter.

Her kommer en behandling som denne formodentlig til kort i forhold til behandlingstilbud, hvor klienterne får mulighed for at komme ind i et arbejdsfællesskab igennem et arbejdskollektiv, som man så det i 70'erne og 80'erne (Nissen, 1987), eller behandlinger, hvor de kommer ind i en praksis som misbrugsbehandlere. Især det sidste synes at være en vigtig del af strategien for mange af de, der klarer overgangen fra metadon til et liv uden metadon og opiater (Rosenbaum, 1991).

En behandling som denne vil, trods det at den på overfladen fremtræder meget målrettet og forandringsorienteret, i bund og grund være en behandling, der vender sig mod klienter, der (i det mindste midlertidigt) har accepteret en klientidentitet, og har accepteret, at de må organisere deres liv ud fra systemets præmisser.

Den har ikke været en behandling for klienter, der ser sig selv som værende på vej *væk fra* systemet, fordi de må organisere deres liv ud fra de praksissammenhænge, som de vil ind i, snarere end ud fra det behandlingssystem de i det lange løb er på vej væk fra.

Omvendt vil de mennesker, der har påtaget sig en identitet som misbrugere og som har deres primære tilknytning i misbrugsmiljøet, ikke kunne bruge et tilbud som det beskrevne.

Behandlingen har da heller ikke formået at give klienterne det løft, der kunne gøre, at de kunne slippe metadonen og leve et liv, hvor de ikke var afhængige af behandlerne og systemet. Skal man være meget kritisk, kan man sige, at deltagerne i projektet er blevet meget veltilpassede og

omgængelige inden for rammerne af behandlingssystemet, uden at deres liv har forandret sig væsentligt.

Hvad skal der til? Den kognitive og adfærdsterapeutiske behandling må, for at nå større mål end små symptombedringer, indlejres i en struktur, hvor misbrugerne ser en mulighed for at blive integreret i et miljø, der stiller krav til dem, krav som de selv opfatter som meningsfyldte og håndterlige (for begreberne om meningsfyldte og håndterbare krav, se også Antonovsky, 1988). Den må altså være et led i en kæde af tiltag, med stadig større og stærkere krav, samtidig med at deres muligheder for at leve et liv med en ordentlig social integration, og ressourcer til rådighed samtidig forøges.

Dette retter søgelyset tilbage mod hele vores samfund: Hvordan er egentlig mulighederne for at skabe en struktur med stadig større grad af krav, der giver mening, og stadig større grad af integration i et socialt netværk? Det beskrives af og til som karakteristisk for misbrugsmiljøet, at misbrugerne ikke kan stole på hinanden, at de altid er klar til at falde hinanden i ryggen, og at ingen relationer eller praktiske sammenhænge blandt misbrugere er pålidelige og varige. Men kendetegner det ikke i lige så høj grad en stor del af resten af vores samfund?

Er en gruppe af børsmæglere, socialpædagoger malersvende eller organkirurger ikke også ustabil, præget af magtkampe, upålidelighed, og af fællesskaber, hvor den enkelte hele tiden selv skal skabe og sikre sin egen position i kamp mod de andre? Og gælder det samme ikke familien, hvor relationer ligeledes kun findes på lånt tid, og så længe parterne synes det hele er morsomt?

Og hvis misbrugerne skal finde kræfterne til at komme ud af misbruget igennem ønsket om at blive behandlere for andre stofmisbrugere, så opstår der atter nye problemer: dels vil det være svært at integrere en del af misbrugerne i sådan en forestilling om at blive behandlere for andre, fordi de ikke kan eller vil se sig selv som udøver af den sociale kontrol, de ikke bryder sig om at være udsat for. Dels vil sådan en behandling altid fungere som et "pyramidespil." Der kan altid kun være en lille gruppe, der vinder spillet, og deres eksistens og gode udbytte afhænger direkte af den fortsatte eksistens af den store, tabende gruppe.

Vi er således fanget af en række alvorlige problemer, når vi vil stille krav til vore narkomaner om, at de opgiver de relationer de har, at de opgiver den praksis, de kender, og som de ved, at de kan mestre, for at de kan opnå noget, hvor de i bedste fald kan få en position, der er mindst lige så usikker som andre menneskers usikre positioner, hvor de har svært ved at vurdere andre, og hvor de hele tiden føler sig fordømt eller stillet under mistanke af deres nye omgivelser. Samtidig må de ofte konstatere, at en række af de muligheder, der er forudsætningen for andres relative tilfredshed i usikkerheden, ikke er til stede for deres vedkommende: de har måske nået en vis alder uden at have en uddannelse; det betyder, at de ikke kan komme ind på arbejdsmarkedet på en måde, som de kan være tilfreds med. De har ofte en gigantisk gæld til offentlige eller private kreditorer, som de aldrig får betalt; det kan betyde, at de ikke kan købe en bolig, starte som selvstændige, eller tage på ferier.

Men har mange behandlere og mange, der har med misbrugere og storforbrugere af stoffer at gøre, måske alligevel noget at lære af kognitiv og adfærdsterapeutisk behandling? Den meget samarbejdende og udforskende tilgang, der ligger i et kognitivt og adfærdsterapeutisk professionalitetsbillede, som kan være med til at udvikle en bedre tilgang og mindre frafald i mange andre behandlingssammenhænge.

Morten Nissen beskriver (under forberedelse), at selv i en meget græsrodsorienteret lokalkulturel praksis med marginaliserede, Sjakket, kan nogle opleve, at de bliver mødt med en fordømmende tilgang, der gør det svært for dem at være i miljøet, og at de får svært ved at samarbejde med mere integrerede.

Og særligt de dele af det etablerede behandlingssystem, der har at gøre med de meget "tunge" misbrugere, må efter min opfattelse bevæge sig væk fra det minnesotalignende, stærkt konfronterende, i retning af noget mere samarbejdsorienteret.

Den kognitive terapi kan være en støtte til, at misbrugere og behandlere tænker bag om de forestillinger om sig selv og hinanden, de spontant tænker i; den kan på en meget håndgribelig måde støtte parterne i at se de opfattelser og den folkløse, der styrer misbrug og behandling, og dermed gøre kollaborativ empirisme til en konkret udforskning af, hvordan problemer skabes og løses, og skabe en øget tillid mellem behandlere og klienter.

Den største udfordring står vi som behandlere over for, når kontrolaspekter kommer mere håndgribeligt og direkte ind i vores behandling. Det vil i praksis ofte sige, når vi får medindflydelse på vigtige ressourcer som det sociale system råder over, eller på indgreb fra de sociale myndigheders side. Det er eksempelvis, når sociale myndigheder skal tage stilling i en børnesag, når der skal tages stilling i revalideringssager, og når klienter eventuelt risikerer bortvisning fra en behandlingsinstitution og måske endda hurtig udtræning af metadon. I sådanne sager kommer den kognitive terapi og den kollaborative empirisme hurtigt til kort; så har klienterne nemlig helt anderledes håndfaste grunde til at tegne et bestemt, urealistisk billede af sig selv i forhold til behandlerne, som med sikkerhed vil medføre, at et samarbejde, hvor klienten føler sig respekteret og mødt, ikke lader sig etablere med de samme redskaber. Her er udviklingsopgaverne af en helt anden karakter end den, som kognitiv terapi giver løfter om at løse, og beslutningstagere og behandlere må kigge andre steder hen for at finde svar på deres problemer (jvf. også Bader, 1993).

Den kognitive terapi må desuden selv udvikles for at kunne fungere optimalt i arbejde med stofmisbrugere: Den må udvikles, så den fremmer de strategier, misbrugerne faktisk anvender, frem for at ligge sig tæt op ad behandling for fobier, panikangst og depression (jvf. også Arntz, 1994). De mål, behandlingen må sætte sig, må være at fremme åbenhed og tillid, og at imødegå frafald, og at imødegå de ideologiske forestillinger, der er vigtige mekanismer i fastholdelse af misbrugerne i misbrugsmiljøet.

# Litteratur

- Andersen, H. (1994): Coping: Mestring eller afværgelse, in *Udkast*, Nr. 1, 22. årgang, side 48-61
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health*, Jossey-Bass. New York.
- Arntz, A. (1994): Treatment of borderline personality disorder: a challenge for cognitive-behavioural therapy, in *Behav. Res. Ther.* Vol 32, no. 4, side 419-430
- Bader, K. (1993): *Hjælpeløse hjælpere*. Hans Reitzels Forlag A/S. Oslo.
- Bergmark, A. og L. Oscarsson (1993): *Behandlingseffekter inom Narkomanvården - en diskussion av forskningsläget och dess implikationer för den Socialtjänstbaserade Narkomanvården*. SCB Statistiska medellanden. Stockholm
- Christoffersen, M. og D. Kousholt (upubl): *Interviewundersøgelse af behandlere, klienter og administratorer i Københavns Kommunes Behandlingsystem for stofmisbrugere*. Manuskript til KOOMIS, forum for koordinering af unge misbrugere i København
- Cullberg, J. (1990): *Dynamisk Psykiatri*. Hans Reitzels Forlag, København.
- De Leon, G. (1990): Effectiveness of Therapeutic Communities, in Platt, J. J. McKim og Robert F. Krieger (red): *The Effectiveness of Drug Abuse Treatment: Dutch and American Perspectives*. Publishing Company, Malabar, Florida, side 113-136
- Donovan, D. M. & E. F. Chaney (1985): Alcoholic relapse prevention and intervention: models and methods. in Marlatt & Gordon (eds. 1985). side 351-416
- Dreier, O (1993): *Psykosocial Behandling - en teori om et praksisområde*. DPF. København.
- (under udgivelse): Psychotherapy as a Constellation of practice across contexts, in Mattingly, Ch. og L. C. Garro (red): *Narratives of Illness and healing*. Berkeley: University of California Press
- Flores, P. J. og L. Mahon (1993): The treatment of Addiction in Group Psychotherapy, in *International Journal of Group Psychotherapy*, 43 (2)
- Forchhammer, H. og M. Nissen (1995): Psykologiske sundhedsbegreber i et subjektvidenskabeligt perspektiv. in Jensen og Andersen 1995, side 139-180
- Goldstein, M. J., B. L. Baker og K. R. Jamison (1986): *Abnormal Psychology - Experiences, origins and interventions*. Little. Brown & Company, Boston.
- Hemmingsen, L. et al: *Klinisk Psykiatri*, Munksgård, 1994
- Hersen, M. (1976): Historical perspectives in behavioral assesment, in Hersen & Bellack (red): *Behavioral Assesment, a practical handbook*. Pergamon
- Hersen, M. og D. H. Barlow (1976): *Single Case Experimental Designs - strategies for studying behavior change*. Pergamon. New York.
- Hougaard, E (1996): *Psykoterapi. Teori og Forskning*. Dansk Psykologisk Forlag
- Hougaard, E. og T. Nielsen (1995): Empiriske undersøgelser af kognitiv terapi, social færdighedstræning og psykoedukation. in Mørch, Rosenberg og Elsass, red. 1995, side 220-246
- Howard, K. I., K. Moras, P. L. Brill, Z. Martinovich og W. Lutz (1996): Evaluation of Psychotherapy: Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress, in *American Psychologist*, 51(10), side 1059-1064
- Høglend, P. (1996): Long-term Effect of transference interpretations: comparing results from a quasi-experimental and a naturalistic follow-up study of brief dynamic psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, side 205-211
- Jensen, U. J. og P. F. Andersen (red. 1995): *Sundhedsbegreber - Filosofi og praksis*. Philosophia, Aarhus
- Lieberman, M. A. (1990): A Group Therapist Perspective on Self-Help Groups, in Martin P. Seligman og L. E. Marshal (red). *Group Psychotherapy - Interventions with Special Populations*. Mass.
- Marlatt, G. A. (1985 A): Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model, in Marlatt & Gordon (eds. 1985), side 3-70
- (1985 B): Situational determinants of relapse and skill-training interventions, in Marlatt & Gordon (eds. 1985), side 71-127

- (1985 C): Cognitive factors in the relapse proces, in Marlatt & Gordon (eds. 1985), side 128-200
  - (1985 D): Cognitive assesment and intervention procedures for relapse prevention, in Marlatt & Gordon (eds. 1985) side 201-279
  - (1985 E): Lifestyle modification, in Marlatt & Gordon (eds. 1985) side 280-350
- Marlatt G. A. & J. R. Gordon (eds. 1985): *Relapse Prevention - maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. The Guilford Press. New York.
- Marshall, C. og G. B. Rossman (1989): *Designing qualitative research*, Sage Publications, Newbury Park
- McCrary, B, L. Dean, E. Dubreuil, & S. Swanson: (1985): The Problem Drinkers Project - A programmatic application of social-learning based treatment, in Marlatt & Gordon, eds. 1985, side 417-471
- McLellan, A. T., G. E. Woody, L. Luborsky og L. Goehl (1988): Is the Counselor an "Active Ingredient" in Substance Abuse Rehabilitation? An examination of Treatment Succes among Four Counselors, in *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 176, no. 7, USA, side 423-430
- McLellan, A. T., I. O. Arndt, D. S. Metzger, G. E. Woody og C. P. O'Brien (1993): The Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment, in *JAMA*, Vol 269, no. 15, side 1953-1959
- Mørch, M. M., N. K. Rosenberg og P. Elsass (red. 1995): *Kognitive behandlingsformer - kognitiv terapi, social færdighedstræning, psykoedukation og kognitiv optræning*, Hans Reitzels Forlag, København
- Narkotikarådet (1996): *Hvad er god behandling?* Narkotikarådets anbefalinger om stofmisbrugsbehandling. Narkotikarådet.
- Nielsen, P. (1992a): *Misbrug, Behandling, Tilbagefald*. Skrifter fra CANFAU
- Nissen, M. (1987): *Lift mod Gift*. Udkast \*\*\*
- (1992): Brugerperspektiver og praktiske, psykosociale sundhedsbegreber. Baggrund for en empirisk udforskning, in *Nordisk psykologi*, Vol. 40 nr. 4, København
  - (under forberedelse): Projekt Gadebørn. En evaluering af Sjakket og Tjekpunkt.
  - (upubl.): Skitse til forsknings- og udviklingsprojektet "Behandlingssystemet og de unge stofmisbrugere." Projektskitse til projekt ved Center for Forskning i Socialt Arbejde
- Petzel, T. P., J. E. Johnson og J. McKillip (1973): Response bias in drug surveys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, side 437-439
- Rekve, M (1992): Bruk av meta-analyser ved evaluering av psykoterapi. *Nordisk Psykologi*, 44, (1), side 19-34
- Rasmussen, O. V. (1994): Brugerperspektiver og organisationsudvikling, in *Udkast*, Nr. 1, 22. årgang, side 87-114.
- Rosenbaum, M (1991): Staying off Methadone Maintenance, in *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 23(3), side 251-260
- Rosenberg, N. K. og M. M. Mørch (1995): Kognitive behandlingsformer ved psykiske lidelser, in Mørch, Rosenberg og Elsass, red. 1995, side 11-26
- Simpson, D. D. og K. L. Marsh (1986): Relapse and recovery among opioid addicts 12 years after treatment, in Tims, F. M. og C. G. Leukefeld (red): *Relapse and Recovery in Drug Abuse*. NIDA Research Monograph 72, Department of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville: Maryland.
- Steffens, Vibeke (1993): *Minnesota-modellen i Danmark - mellem tradition og fornyelse*. SOC-POL, Holte
- Stephens, R. S., L. Curtin, E. E. Simpson & R. A. Roffman (1994): Testing the abstinence violation effect construct with marijuana cessation, in *Addictive Behaviors*, Vol. 19, side 23-32, USA
- Vopicelli, J. (1989): Psychoactive Substance Abuse Disorders, in Rosenhan og Seligman, 1989)
- Wesson, D. R, B. E. Havassy og D. E. Smith: Theories of Relapse and Recovery and Their Implications for Drug Treatment, in Tims, F. M. og C. G. Leukefeld (red): *Relapse and Recovery in Drug Abuse*. NIDA Research Monograph 72, Department of Health and

Human Services, Public Health Service, Rockville: Maryland.  
Zimmer, G. (1989): Die Widersprüche im Lernen entwickeln - Thesen für einen subjektwissenschaftlichen Paradigmwechsel im pädagogischen Handeln, in *Forum kritische Psychologie*, Argument Verlag, Berlin

## Stikordsregister:

Abstinence violation effect.....	27
Abstinens 11	
abstinensbehandling .....	8
abstinenssymptomer.....	7
Afgiftning 8	
Afholdenhed 9, 26	
som mål for behandling.....	13
Afholdenhedsbrud	
effekten af.....	27, 31, 70, 73
Allergisk reaktion.....	9
Antagelser	
i kognitive behandlingsformer.....	20
automatiske tanker.....	20
Behandleren	
betydningen af.....	16
i kognitiv terapi.....	20
Behandling	
målrettet .....	74
Behandlingsteori	
betydning for praksis .....	3
Coping	
emotionsfokuseret og problemfokuseret .....	22
Distriktscentre 4	
Dobbeltdiagnose.....	7
Dyreforsøg 11	
Døgnbehandling .....	9
Enkeltsubjekt eksperimenter.....	17, 36
Evalueringsmetode.....	46, 70
Folklore	
misbrugets.....	12, 76
Forpligtelser	
og lystbetonede aktiviteter .....	26
Forstærkning	
af stofbrug .....	25
Forsvarsmekanisme .....	7
Forventninger	
til stofbrug.....	25
frafald 15, 76	
Frafaldsrater 13	
Følelse	
og følelseskontrol.....	59
Følelser	
håndtering af .....	68, 71
i forbindelse med misbrug.....	45
i kognitiv terapi.....	20, 21
i skemaer.....	44
og automatiske tanker .....	21
og effekten af afholdenhedsbrud.....	27
og højrisikosituationer.....	30
og narkotika.....	11
og risikosituationer.....	27
registrering af .....	20

Handlemuligheder .....	21, 28, 44, 61, 66
Hash 8, 15, 59	
Indirect-sign paradigme .....	20
Katastrofetænkning.....	19
Kognitiv 74	
Kognitiv behandlingsteori.....	74
Kognitiv og adfærdsterapeutisk behandling .....	34
udviklingsmuligheder for.....	75
Kognitiv terapi 15, 22, 24, 39, 51	
frafald i.....	57
historie 19	
Kognitive behandlingsformer	
kritik mod .....	21
Kollaborativ empirisme .....	21, 39, 65, 68, 73, 76
Kvalitativ	
metode 3	
Lejlighedsvis opioidforbrug.....	15
Livssituation	
forhold til situationsspecifik coping.....	4
Livsstil	
Uafbalanceret versus afbalanceret .....	28
Metadonbehandling	
og psykoterapi.....	15
Metadonklienter.....	13
Minnesotabehandling .....	57, 65
Minnesotainstitutioner .....	65
Minnesotamodellen .....	9, 24
minnesotamodellens sygdomsmetafor.....	24
Misbrug	
arvelig faktor ved .....	7
Marlatts definition af.....	25
minnesotamodellens opfattelse af .....	9
som sygdom.....	6
Misbrugsmiljøet .....	75
Moderation	
af forbruget.....	26
Mål	
for behandling.....	10, 21
Oplevelse	
af behandling .....	10
Oplevelse af behandlingen.....	2, 36, 65, 73
Paradigmeproblemer.....	13
Problembenægtelse .....	25
Prognostiske variable.....	14
Prospektive studier.....	14
Psykodynamisk psykoterapi	
og metadon.....	15
Psykoedukation.....	22
Randomiserede forsøg .....	13
Rational-emotive Therapy .....	19
reframing 23	
Registrering 20	
Rehabilitering 8, 13	
Reinforceret adfærd	



negativt.....	12
positivt.....	11
Risikosituationen.....	51
Risikosituationer.....	31, 45, 49, 68
coping der kan anvendes i.....	62
definition af.....	26
Rolleforpligtelser.....	7
Samarbejde	
i behandling .....	21
Selvdestruktiv adfærd.....	7
Selvkompetence .....	22
Selvkontrol-paradigme.....	21
Selvmedicinering.....	7, 15
Selvopfyldende profeti.....	10, 24
Selvurderinger 20	
Situationsspecifik coping .....	2, 22, 70
Skadereduktion 13, 15	
Skyldfølelse	
og minnesotabehandling.....	9
Stofafhængighed.....	7
Stofmisbrug	
og stofafhængighed.....	7
Støttende og ekspressiv psykoterapi .....	15
Substitutionsmisbrug.....	15, 59
Sygdomsmodellen .....	24
Teoridrevet forskning.....	17
Tilbagefald 26	
Troværdig 40	
Troværdig behandling.....	40
registrering af stofforbrug .....	68
Troværdige aspekter af behandling .....	68
Tænkning 4	
Viljestyrke 9	
wants	
Marlatts begreb om .....	28, 29, 60, 70

## Bilag 1. Oversigt over alle mestrings svar fra de indsamlede spørgeskemaer.

Klientens nummer i tabellerne ovenfor er angivet i anden kolonne, og i tredje kolonne er angivet et kategorinummer, som vil blive gennemgået i afsnit 6.3.2.

### Problemundgåelse (avoidance behavior)

Svar:	Nr.	Kg.
1. "Undgå gamle venner."	[1]	1
2. "Brugte mine penge til noget andet."	[2]	1
3. "Undgå andre stofmisbrugere, prøve på at holde sig væk fra miljøet, ikke gå med for mange penge på mig, tage ind til byen uden penge."	[5]	1
4. "Undgå andre stofmisbrugere, lade være."	[5]	1
5. "Holde mig væk fra miljøet."	[5]	1
6. "Lade være med at opsøge stoffer."	[6]	1
7. "Holde mig væk fra miljøet."	[6]	1
8. "Afløvere penge til Kirsten." (Kirsten er kæresten, der ikke er stofmisbruger, MH.)	[6]	1
9. "Undgik pushere (de spurgte efter mig hele tiden)."	[6]	1

Tiltag, der forhindrer eller besværliggør adgang til stoffer eller kontakt med stoffer, som at skaffe pengene uden for rækkevidde, blive hjemme, eller undgå bestemte kontakter eller steder.

### At søge eller bruge hjælp og behandling

10. "Gå i recidiv gruppe."	[2]	3
11. "Bruge recidivteknikker."	[2]	1
12. "Tage skemaerne frem og se lidt på dem, det er også en stor hjælp."	[5]	1
13. "Gå på kursus, udfylder skemaer, tænker mere over tingene."	[5]	1
14. "Fortsætte med at gå i gruppen."	[5]	1
15. "Søge hjælp på klinikken og være ærlig. Tage hjem til Kirsten og blive der et stykke tid."	[6]	1
16. "Tager på Flinterupgård." (En døgninstitution for stofmisbrugere)	[6]	3
17. "Blive i behandlingen. Melde mig på næste kursus der bliver holdt."	[6]	1

Opsøgning af eksempelvis familie, venner eller en behandlingsinstitution. Denne kategori rummer også brug af behandlingens teknikker.

### Andre stofløsninger. Substitutionsstoffer.

18. "Gå op i metadon."	[2]	1
19. "Ryger mere hash, da det får mig til at "glemme" heroinen."	[3]	1
20. "Ryge Hash. Drikke øl."	[3]	1
21. "Ryge en fed (hash) i stedet for."	[5]	1

Det som kendetegner disse svar er, at de repræsenterer et forsøg på at vælge et stof med færre negative konsekvenser end andre stoffer (eksempelvis heroin, jvf. Hemmingsen *et al.*, 1994, side 447).

## Følelseskontrol.

22. "Træn dig selv op til at kunne styre følelser."	[2]	2
---	-----	---

Følelseskontrol er at kontrollere følelser og stemninger for at begrænse eller standse misbrug.

## Selvinstruktioner

23. "Tage sig selv i nakken og sige nej."	[1]	1
24. "Tænk positivt, læg strategi."	[2]	2
25. "Tænke på noget andet."	[3]	1
26. "Sige til sig selv, at man har fået nok. Sige til mig selv 'se nu, hvor dum du er. Du kan godt undvære stoffer.'"	[5]	1
27. "Fortælle mig selv, at jeg godt kan undvære stoffer."	[5]	1
28. "Tænke på noget andet."	[5]	1

Alle svar hvor strategien går ud på at sige noget til sig selv eller tænke noget, hvad enten det er handlingsinstruktioner eller det er opmuntrende eller manende ord.

## Erstatningsaktiviteter

29. "Udfylde min hverdag."	[1]	2
30. "Cykle en tur, gå en tur i biografen, gøre rent i lejligheden, gå i svømmehallen."	[1]	1
31. "Finde nye venner, udfylde sin hverdag positivt, spare sammen til noget."	[1]	3
32. "Tage på landet, ud og sejle."	[2]	3
33. "Spille musik, besøge familie, meditere."	[2]	1
34. "Jeg spiller musik, sejler i sejlbad, læser, passer børn, og mediterer."	[2]	1
35. "Planlægge min dag, være sammen med stoffrie venner, gå ud og drikke kaffe og spille billiard. Meditere, sejle, male, læse, osv."	[2]	1
36. "Tag på landet. Find et arbejde. Gå i skole. Tag ud og rejs. Find en pige. Styrk din krop."	[2]	3
37. "Finde en dame."	[3]	3
38. "Besøg stoffrie venner. Familie."	[3]	1
39. "Ryge i fængsel. Ferie. Udlandet. Væk fra miljøet."	[3]	3
40. "Få arbejde, gå på kursus, få økonomisk hjælp så jeg kan gå igang med at istandsætte min lejlighed. Være sammen med min bror og hans familie."	[4]	3
41. "Gå en tur uden penge på lommen."	[5]	1
42. "Holde fast på min kæreste. Dyrke noget mere sport."	[6]	3

Alle aktiviteter som kunne fungere som mestring ved at optage tid eller opmærksomhed, omend disse aktiviteter kan være knyttet til andre mål end undgåelse af stofindtagelse.