

# Behandling av ungdom i tidlig ruskarriére – kunnskapsstatus 2011

Nasjonalt fagkonferanse, Oslo Kongressenter 25. oktober

Terje Ogden  
Per Holth  
Christine Hassel Kristoffersen

Atferdssenteret – Unirand  
Universitetet i Oslo

## Målsetting for kunnskapsoversikten

- Å presentere forskning om virksomme eller lovende modeller for behandling av rusproblemer hos ungdom.
- Å vurdere behandlingsmodeller som anvendes i familie og nærmiljø eller i institusjon og som varierer i omfang, innhold, lengde, intensitet og teoretisk tilnærming.
- Å beskrive behandling knyttet til et definert rusproblem der målsettingen er redusert bruk av rusmidler.
- Å gi noen anbefalinger om det videre arbeidet med å utvikle behandlingstilbud til ungdom med begynnende rusproblemer.

## Innhold

- Kunnskapsoppsummeringer og systematiske oversikter som evaluerer virkningen av tiltak mot alkohol- og narkotikamisbruk hos ungdom i alderen 12-26 år, med vektlegging av tiltak for ungdom under 20 år.
- En kvalitativ sammenskriving og en kritisk vurdering av:
  - forskningsmetoder, relevanskriterier,
  - mulige seleksjonseffekter,
  - frafallsproblemer, representativitet og generaliseringseffekter.
- En oversikt over virksomme eller lovende modeller, og videre en vurdering av "hva som virker – for hvem – og hvorfor?"

## Søkestrategier

En målrettet søkestrategi i forhold til:

- systematiske oversiktsartikler om psykososial forskning på feltet
  - relevante kvalitative og kvantitative kunnskapsoppsummeringer
  - aktuelle norske evalueringsrapporter/ publikasjoner om ungdom og rusbehandling.
- Følgende strategier ble brukt:
    - søk etter internasjonal og nasjonal litteratur i databaser,
    - norske evalueringsrapporter og publikasjoner om ungdom og rusmiddelbehandling gjennom søk i tidsskrifter, databaser og hjemmesider samt direkte kontakt med aktuelle fagmiljøer.

## Inklusjons- og eksklusjonskriterier for publikasjoner

### Inklusjonskriterier:

- Målgruppe: ungdom 12-26 år, med fokus på de under 20 år.
- Tiltak: Modeller, programmer eller metoder for rusbehandling.
- Utfallvariabelen: Behandlingsmodellen skal være rettet mot et definert rusmiddelbruk eller misbruk.
- Språk: Engelskspråklige samt skandinaviske.
- Historikk: Oversikter og studier publisert de siste 20 årene, med fokus på de nyeste.

### Eksklusjonskriterier

- Medisinske og farmakologiske behandlingsmodeller
- Rene studier på mental helse/psykiske lidelser
- Rene tobakk- og alkoholprogrammer
- Forebyggingsintervensjoner og modeller
- Kostnad-nytte (cost-benefit)-studier.

## Problemstillinger

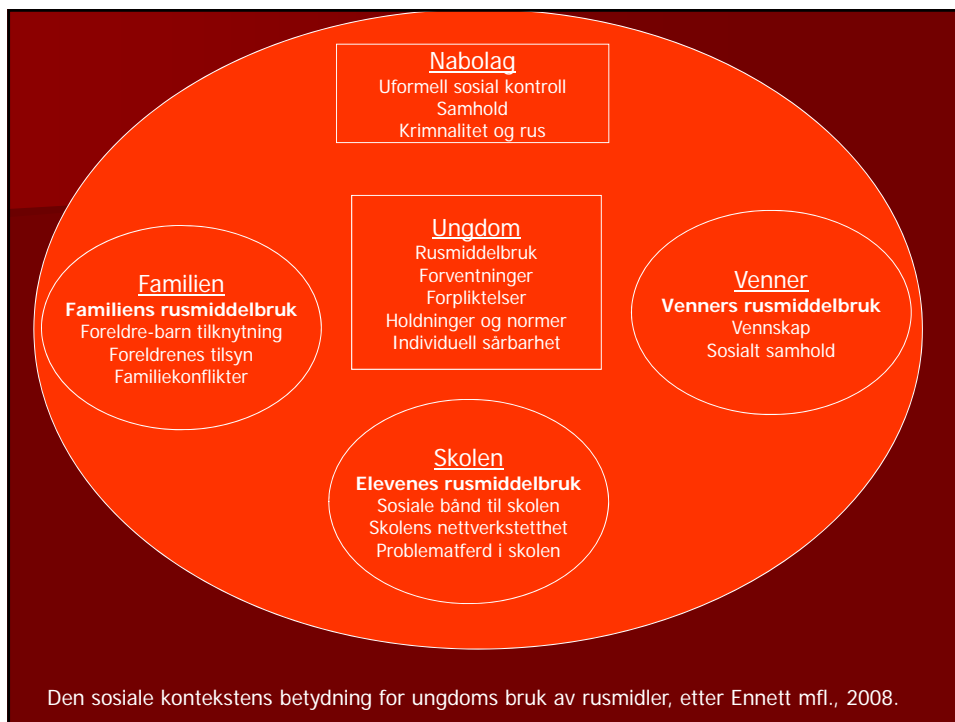
- Hvilke behandlingsmodeller kan vise til positive eller lovende resultater?
- Hvilket teorigrunnlag bygger behandlingen på?
- På hvilke arenaer gjennomføres behandlingen?
- Hvordan påvirkes behandlingsresultatene av målgruppens kjennetegn (for eksempel alder, kjønn, landbakgrunn, type rusmidler og alvorlighetsgrad)?
- Hva predikerer gode behandlingsresultater og hvilke kjernekomponenter bygger resultatene på?

## Teorier om hvorfor ungdom bruker rusmidler

- **Kognitiv teori:** rusmiddelbruk påvirkes av forventninger, holdninger og normer, og ungdommen avveier positive og negative konsekvenser,
- **Sosial læringsteori:** Rusmiddelbruk er lært gjennom sosial kontakt og bekreftelse fra individer ungdommen føler seg knyttet til,
- **Sosial kontrollteori:** Rusmiddelbruk fremmes av manglende tilsyn, svak tilknytning til familien, svake sosiale bånd til skole og prososiale miljøer og manglende forpliktelse i forhold til konvensjonelle verdier,
- **Sårbarhetsteori:** om betydningen av individuell sårbarhet og personlighetstrekk.

## Integrerende teorier

- **Problematferds teori;** problematferd på ett område sprer seg til flere områder (rus, kriminalitet, psykisk helse) (Jessor & Jessor),
- **Sosialøkologisk teori:** Interaksjoner innen og mellom sosiale systemer som familie, venner, skole og nabolag bidrar til utviklingen av rusmisbruk (Bronfenbrenner),
- **Utviklingspsykopatologi:** Risiko og beskyttende faktorer påvirker sannsynligheten for utvikling av rusmisbruk og kan være knyttet til individet, familien, venner, skolen og lokalmiljøet.



## Rapportens hovedfunn

- Forskningen viser at behandling virker bedre enn ingen behandling, og familierterapi bør være førstevalget i åpen behandling.
- Familie- og nærmiljøbasert behandling gir gode resultater på tvers av grupper, type rusmisbruk, type rusmiddel, komorbide forstyrrelser, alder, kjønn og etniske bakgrunn.
- Motiverende tiltak, opplæring i kognitive og sosiale ferdigheter, samt positive belønningssystemer utpeker seg som særlig lovende.
- Terapeutisk allianse med ungdom og foreldre viser også at det er en sammenheng mellom behandlingsmotivasjon, gjennomføring av hele behandlingen og gode behandlingsutfall.

## Familie- og nærmiljøbaserte modeller

- Et økologisk eller multisystemisk fokus på ungdom og familie,
- Familierapi (strukturell og strategisk) for å endre interaksjon, kommunikasjon og relasjoner,
- Økt samhold, tilsyn og sosial kontroll i familien samt bryte kontakten med venner som ruser seg,
- Korttidsbehandling av ungdom i alderen 11-18 år og deres familie,
- Bygger på og evalueres gjennom forskning,
- Positive eller lovende resultater gjennom kontrollerte evalueringstudier,
- Begrensninger; små utvalg, få undersøkelser av langtidseffekter, varierende fokus på tilleggsproblemer og få norske og nordiske replikasjonsstudier.

## Funksjonell familierapi (FFT- Functional Family Therapy)

- *Målsetting:* å redusere eller eliminere problematisk rusmisbruk; redusere eller fjerne annen problematferd innen familien; forbedre familiens relasjoner
- Modellen har to faser; (a) motivering av ungdommen og foreldrene, (b) atferdsendring gjennom familiebaserte intervensjoner for ungdom og foreldre,
- *Målgruppe:* Høyrisiko-ungdom (11-18 år) med moderat til alvorlig atferdsproblemer, inkludert rusmisbruk og deres familier (Sexton & Alexander, 2000).

## Funksjonell familierterapi (FFT- Functional Family Therapy)

- Involvering og motivasjonsfasen: Etablere en god og balansert relasjon og allianse med alle familiemedlemmene, redusere negativitet og beskyldende kommunikasjon, etablere en felles problemforståelse i familien, skape håp om at familiens problemer kan løses, samt kartlegge risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer.
- Atferdsendringsfasen: Utforme en endringsplan tilpasset familiens behov og relasjoner, gjennomføre endringsplanen med fokus på mestring, trening i konkrete ferdigheter som kommunikasjon, konflikthåndtering, forebygging av tilbakefall, følelsesregulering, avslapningstrening, bygging av selvtillit og problemløsning.
- Generaliseringsfasen: Opprettholde positive atferdsendringer over tid, generalisere bruken av ferdigheter til nye områder, sette familien i stand til å løse framtidige problemer på egenhånd, bidra til at familien kan benytte seg av hjelp og støtte i nærmiljø og nettverk (Sexton & Alexander, 2000).

## En nærmiljøbasert forsterkningsmodell for ungdom (ACRA - Adolescent Community Reinforcement Approach)

- *Målsetting*: lærer hvordan de skal finne nye forsterkere og belønninger for å holde seg rusfrie og hvordan de kan bruke ressurser i nærmiljø som vil støtte positiv endring samt utvikle et positivt støttesystem innen familien (Azrin, 1976; Azrin et al., 1982).
- *Målgruppe*: Ungdommer i alderen 13-18 år med lavt til moderat rusmisbruk, og deres familier.
- Målene er å fremme avholdenhet til alkohol og andre rusmidler blant annet ved hjelp av funksjonell analyse av rusmiddelbruk, sosial aktivitet; fremme positive vennerelasjoner; fremme bedre relasjoner innen familien; motivere foreldrene/omsorgspersonene til å delta i behandlingsprosessen.

## Individuell behandling

- Legger vekt på å endre ungdommens atferd, tenkning, holdninger og verdier, bl.a. gjennom endring av forsterkningbetingelser og gjennom kognitiv og sosial ferdighetstrening,
- Strukturert korttidsbehandling med vekt på kontakt og samarbeid mellom behandler og klient,
- Motivasjonsstyrkende terapi og motiverende intervju,
- Bruk av læringsprinsipper for redusere rusmiddelbruk og øke alternative aktiviteter (CM),
  - Motivasjonsbygging og konkrete, realistiske mål
  - Analyse av rusatferd med vekt på "triggere" og konsekvenser
  - Kommunikasjonstrening og positive konsekvenser for avholdenhet.
- Forskningsresultatene viser samme tendenser som i forskningen om familie- og nærmiljøbasert behandling.

## Kognitiv atferdsterapi som individuell behandling og som gruppebehandling

- Løser problemer knyttet til dysfunksjonelle følelser, atferd og tenkemåter gjennom å endre ungdommens tenkning eller kognisjoner (holdninger og verdier) og praktiske ferdigheter for å endre rusmisbruk.
- Ungdom med lavt til moderat og tyngre rusmisbruk eller dobbelt diagnoser, 12-18 år,
- Behandlingen er ofte manualbasert, med spesifikke kognitive og atferdsbaserte strategier og teknikker. Modellen er primært en sammensmelting av atferdsterapi og kognitiv terapi og kan gis individuelt eller i gruppe.
- Klassifiserer terapier der en identifiserer og utfordrer irrasjonelle og dysfunksjonelle tanker, kognitiv restrukturering og læring av funksjonelle ferdigheter gjennom modellering og rollespill.



## Felles kjennetegn for kognitiv terapi

- Bygger på en kognitiv modell for emosjonelle reaksjoner,
- Behandlingen er relativt kort og tidsbegrenset,
- En terapeutisk relasjon er nødvendig for virksom terapi men er ikke i hovedfokus,
- Vektlegger samarbeid mellom terapeut og klient,
- Er ofte basert på aspekt av stoisk filosofi (med idealer om sinnsro og å leve i overensstemmelse med naturen),
- Bruker en sokratisk metode,
- Er strukturert og delvis dirigerende,
- Bygger på en læringsmodell,
- Kognitiv atferdsteori og teknikker som bygger på en induktiv metode,
- Inkluderer hjemmearbeid som et sentralt element.

## Læringsbasert rusbehandling (CM - Contingency management)

- *Målsetting*: systematisk utnyttelse av grunnleggende læringsprinsipper for å redusere inntak av rusmidler og øke alternative aktiviteter.
- *Målgruppe*: Ungdom fra 12-26 år og voksne 18-65 år med lavt til moderat og til tungt rusmiddelmisbruk, gjerne kombinert med annen behandling.
- Å innta rusmidler er operant atferd, og opprettholdes av forsterkende konsekvenser. En viktig forsterkende konsekvens kan være den umiddelbare rusvirkningen, og behandlingen tar sikte på å utkonkurrere denne gjennom å legge til rette for forsterkende konsekvenser av alternative handlemåter som er uforenlige med å ruse seg.

## Hovedelementer i læringsbasert rusbehandling

- Motivasjonsbygging ved samtaler om negative konsekvenser av å ruse seg og om hva ungdommen ønsker seg,
- Beskrive konkrete og realistiske mål,
- Individuell analyse av rusatferd – som omfatter typiske foranledninger (triggere) og konsekvenser av å ruse seg,
- Opplegg for positiv forsterkning av avhold, der ungdommen oppnår goder når han eller hun leverer rene urinprøver,
- Praktiske kommunikasjonsferdigheter, sosiale selvhevdelsesferdigheter, unngåelse av "triggere", og å avslå tilbud om rusmidler
- Involvering av familie og venner.

## Motivasjonsstyrkende terapi og motiverende intervju

- Motiverende intervju er en individuell behandlingstilnærming, utviklet av Miller og Rollnick.
- I Norge kalles den også motiverende samtale og endringsfokusert rådgiving,
- Strategier for raskt å motivere for endring og brukes ofte sammen med Kognitiv atferdsterapi.
- Motiverende intervjueteknikker er blant annet aktiv lytting, refleksjoner, sokratiske spørsmål med en empatisk grunnholdning.
- Mestringsstrategier for høyrisikosituasjoner blir foreslått og diskutert med ungdommen.
- Terapeuten skal monitorere (overvåke) endring og oppmuntre beslutningen om avholdenhet.

## Behandling i institusjon og kollektiver

- Ofte eklektiske modeller med ulike komponenter integrert i et helhetlig aktivitets- og miljøtilbud,
- Uklart behandlingsinnhold, noe som gjør sammenligninger vanskelig,
- Bli av og til integrert med modeller for individuell, familie- og nærmiljøbasert behandling, - familieinvolvering og ettervern,
- Få systematiske oversiktsartikler – undersøkelser preget av små utvalg, manglende kontrollgrupper, høyt frafall, seleksjonsproblemer og generaliseringsproblemer,
  
- Lovende modeller omfatter: Minnesotamodellen; "De syv utfordringene"; terapeutiske samfunn; institusjonsbehandling; behandlingskollektiver og ruskollektiver.

## Institusjonsbehandling av ungdom med atferdsproblemer

- Personalet må være i stand til å mestre vold, aggresjon og oppnå stabilitet i behandlingen, - ha metodekunnskap og enighet om hvilke metoder som skal benyttes,
- De må gjennomføre behandlingen på en måte som forhindrer negativ utvikling og eskalering,
- Positive atferdsendringer må opprettholdes når ungdommen vender tilbake til normalsamfunnet og i årene som følger.
- Strukturerte metoder for forandring av atferd, forstå hvordan ungdommene tenker, og læring av sosiale ferdigheter,
- Et klima med balanse mellom autonomi/støtte og kontroll og det bør ligge integrert et system for registrering, evaluering og veiledning (Andreassen, 2003).

## Minnesotamodellen

- Minnesotamodellen inneholder ulike aspekter av klient og multimodale terapeutiske tilnærminger.
- Den kan inkludere gruppe- og individuellterapi, familieutdanning og støtte samt andre metoder.
- Et tverrfaglig team (for eksempel rådgivere, psykologer og sykepleiere) planlegger og bistår i behandlingsprosessen for hver klient.
- Den inneholder terapeutiske elementer kombinert med de 12 trinnene (Winters et al., 2000).
- I institusjonsbehandling er vanlig behandlingstid 22-28 dager. I familie- og nærmiljøbasert behandling er lengden vanligvis 5-6 uker med intensiv terapi (3-4 kvelder i uken) fulgt av 10 eller flere uker med ukentlige ettervernsmøter.

## "De syv utfordringene"

- Programmet utfordrer ungdom til å engasjere seg i selvevaluering og beslutningsprosesser.
- Motiverende tilnærminger og andre mer direkte strategier er brukt for å øke bevisstheten om skaden av rusmisbruk uten å skape forsvar.
- Arbeider med ungdom som parallelt har psykiske problemer gjennom "empowerment" og oppmuntring til å mestre livet på positive måter uten rusmidler.
- Programmet består av syv klare utfordringer ungdommene må gjennomgå for å fremme prososial atferd og relevante mestringferdigheter (Schwebel, 2004).

## Terapeutiske samfunn

- Det terapeutiske samfunnsideologer er forankret i fellesskapsbegreper som demokrati, medinnflytelse, toleranse, læring og kollektiv.
- Basert på kliniske og forskningserfaringer fra terapeutiske modeller, og modellene inneholder komponenter av sosial læringsteori, gruppeprosess-teori og psykoterapi (De Leon, 2000).
- Et høyt strukturert program som ungdommene bor innenfor i 6-12 måneder (samfunns- og miljøbasert terapi),
- Det terapeutiske samfunn er en av flere miljøterapeutiske retninger som vektlegger sosiale prosesser og det kollektive miljøets betydning for psykisk helse og innsiktsfull læring.

## Ruskollektiver

- *Teori:* Praktisk og sosial læring i et levested eller "medleverskap", med komponenter av motivasjonsteori, sosial læringsteori, modelllæring, klassisk og operant atferdsteori og gruppepsykologi.
- *Målsetting:* vektlegger å bygge sterke og trygge bosteder der ungdom og voksne i fellesskap kan etablere prososiale miljøer.
- Gjennom samhandling og relasjonsbygging skal de som bor i kollektivene bli påvirket til positiv vekst og utvikling.

## Ruskollektiver og målgrupper

- De som primært tar inn ungdom under 18 år etter barnevernsvedtak. Her vektlegges voksenrollen til de ansatte, skolegang, felles aktiviteter i form av turer og felles opplevelser (f.eks. Skjerfheim, Klokkergården).
- De som primært tar inn ungdom over 18 år og har en hverdag mer preget av reell arbeidsdag gjennom drift av jordbruk, husdyrhold, verksteder og lignende. Her praktiseres en større grad av selvbestemmelse eller praktisk demokrati der gruppediskusjonene er viktige (f.eks. Sollia, Langørjan).
- De som tar inn en blanding av både barnevern og voksne på § 6.2, og voksne på frivillig grunnlag, eller har flere avdelinger med ulike brukergrupper (f.eks. Tyrili).

## Institusjonsbehandling av rusproblemer

- Til tross for manglende forskning med høy kvalitet på institusjonsbehandling for ungdom med rusmisbruk, finnes det barn og unge som sannsynligvis trenger en form for plassering utenfor hjemmet.
- Familie- og hjemmebasert behandling passer ikke alle unge med rusmisbruk, og spesielt ikke de med tungt misbruk, parallelle psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk.
- Sannsynligheten for positive resultater kan økes ved å forstå trekk og karakteristika ved ungdomsgruppen, låne fra dokumentert effektive programmer og integrere evidensbasert praksis som kan tilpasses institusjonsbehandling.

## Type rusmiddel, kjønn og minoritetsstatus

- Vi har ikke funnet modeller for rusbehandling som gir varierende resultater avhengig av hvilke rusmidler ungdommene bruker; de fleste starter med alkohol og fortsetter med cannabis.
- Vi har ikke funnet modeller for rusbehandling som har vært bedre tilpasset og gitt bedre resultater for jenter enn for gutter – eller omvendt.
- Vi har ikke funnet forskningsresultater som tyder på at bestemte behandlingsmodeller egner seg bedre for etniske minoritetsgrupper enn for majoritetsgruppen. Det mangler imidlertid mye forskning på dette området.

## Modifiserbare forhold

- Noen forhold er vanskelige å endre fordi de virker dypt forankret i ungdommens miljø, personlighet eller biologisk utrustning.
- Det kan gjelde
  - genetisk sårbarhet, fysiologisk sensitivitet,
  - manglende impuls kontroll og vanskelig temperament,
  - et turbulent og konfliktfylt familieliv og
  - rusmisbrukende venner og et sosialt belastet nabolag,
- Andre forhold kan påvirkes som å lykkes i skole og arbeidsliv, mestringmuligheter og bekreftelse i skolen, forebyggende arbeid i lokalmiljøet, familiesamhold og oppdragelse preget av varme, støtte og tilsyn.

## Prediktorer for et godt behandlingsresultat

- **Terapeutisk allianse:** et godt samarbeid mellom behandler og klient øker sannsynligheten for at ungdom forblir i behandling og et godt behandlingsresultat.
- **Behandlingsmotivasjon og fullføring av behandlingen:** sannsynligheten for et godt resultat øker når ungdommen er motivert, lar seg engasjere og gjennomfører hele behandlingen.
- **Andre mulige prediktorer:** Lavt misbruk ved inntak, god sosial støtte og kontroll, fungerer godt i skolen eller er i arbeid og har færre tidligere rusbehandlinger. Mindre innslag av psykiske vansker og atferdsproblemer.

## Virksomme kjernekomponenter

- **Redusert tilgjengelighet,** fører til mindre rusmiddelbruk for eksempel gjennom institusjonalisering eller foreldretilsyn og høyere priser.
- **Endre konsekvensene av rusmiddelbruk;** når en gjør det umiddelbart mer lønnsomt ikke å ruse seg. Det er et problem når positive ruseffekter og anerkjennelse fra andre kommer umiddelbart etter inntak av rusmidler, mens negative konsekvenser følger mye senere.
- **Oppmuntring og bekreftelse av alternativ atferd:** når behandlingen inneholder systematisk opplæring i og bekreftelse av skole- og arbeidsferdigheter samt ferdigheter i konstruktiv bruk av fritiden.



## Tiltak som ikke virker

- Noen behandlingstiltak har vist seg å gi ingen eller også negativ effekt når de primært rettes mot angst og depresjonsproblemer, eller når de inneholder straff, ikke-dirigerende eller ustrukturerte tilnærminger, avreagering av sinne (katharsis), militante villmarksopphold ("Boot camps") eller sjokkbehandling ("Scared straight").
- I tillegg har en funnet at visse ungdomskulturer og manglende mestringsbetingelser kan forsterke utagerende atferd.
- Når ungdom samles i grupper for behandlingsformål, er det fare for at de som har mindre alvorlig rusproblemer påvirkes av dem som har utviklet avhengighet og alvorlig misbruk.

## Institusjonsbehandling og ettervern

- Når det er aktuelt med institusjonsbehandling, bør personalet ha solid faglig kompetanse, kunne arbeide kunnskapsbasert, systematisk og strukturert, og tilpasse behandlingen til ungdommenes spesifikke behov.
- Arbeidet kan omfatte motivasjonstiltak, belønningssystemer, ferdighetsopplæring og integrering av komponenter fra familie og individuell behandling.
- På grunn av stor fare for tilbakefall til rusmisbruk, er det høyst aktuelt å anbefale ettervern for alle behandlingsmodeller for ungdom.

## Ettervern

- Cass & Nelson (1998) gjennomgikk data for 7000 ungdommer med atferdsvansker som var utskrevet fra institusjon i 1997;
- Det beste ettervernet:
  - rettet seg mot familie, lokalsamfunn, skole og ungdommen.
  - differensieres ut fra ungdommens behov og rettes mot risikofaktorer for den enkelte ungdommen.
  - var en direkte videreføring av arbeidet i institusjonen rettet mot kriminogene behov i omgivelsene.
- Avhengig av ungdommenes individuelle behov bør det tilrettelegges for riktig involveringsgrad, riktig type ettervern og tilpasset ettervern (for eksempel elektronisk på mobil/mail, via møter, m.m.).

## Forbedringspotensial for rusbehandling i Norge

- Tiltaksbeskrivelser, klare mål og evaluering
- Sikte mot viktige påvirkbare forhold:
  - Konsekvenser av alternativ atferd
  - Konsekvenser av å ruse seg
  - Tilgjengelighet
- Sikte mot vedvarende behandlingseffekter:
  - Ettervern
  - Endringer i ungdommens økologi