

Kognitiv psykoterapi och kognitiv beteendeterapi för ungdomar som missbrukar

Susanne Rosenquist
Grundläggande kognitiv psykoterapi, 30 p
Uppsats 5 p
Vårterminen 2005
susanne.rosenquist@umea.se

Handledare: Kristina Westerberg

Umeå Universitet
Institutionen för klinisk vetenskap
Enheten för psykoterapi

Sammanfattning

Effekterna av institutionsvård för unga med problembeteende (bland annat missbruk och kriminalitet) har ifrågasatts samtidigt som kostnaderna skjutit i höjden. Inriktningen är numera en kvalificerad, flexibel öppenvård som utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet. Syftet med min studie var att lära mig mer om kognitiv psykoterapi, kognitiv beteendeterapi, hur det kan hjälpa ungdomar som missbrukar samt vad aktuell forskning säger om dessa metoder. Frågeställningar: Hur kan man använda kognitiv psykoterapi för ungdomar som missbrukar? Hur kan man använda kognitiv beteendeterapi för ungdomar som missbrukar? Jag har funnit att det råder oklarheter om hur man definierar kognitiva arbetssätt/ metoder och ungdomars beteendeproblem. Både kognitiv psykoterapi och kognitiv beteendeterapi kan hjälpa unga med missbruk. Bäst effekt blir det om man samtidigt kompletterar med familjearbete och andra insatser som hjälper ungdomarna till prosocial livsföring. En angelägen uppgift för både praktiker och forskare är: Hur ska vi tillsammans arbeta för en ungdomsvård som utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet?

Under 2000-talet har antalet ungdomar som socialnämnden i Umeå placerar, på institutioner för vård, ökat med mer än 100 %. Kostnaderna för institutionsvården var 52, 9 miljoner 2004, enligt uppgift av Stefan Nybom, utvecklingsledare/ områdeschef, Umeå socialtjänst. Det har också kommit alltför många undersökningar som visar på tveksamma resultat av behandling av unga på institution (Andreassen, 2003).

Inom socialtjänsten pågår det sedan 2002 en översyn av vården för barn, unga och deras familjer. Socialtjänstens ledning har formulerat att ”vi ska utveckla det sociala arbetet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet”. Man vill bland annat satsa på att i tidigt skede ge professionell hjälp på hemmaplan och utveckla öppenvården både i kvalitet och omfattning. Insatserna ska helst vara effektiva och korta så att kostnader och väntetider begränsas (Umeå socialtjänst, 2002).

Jag är socionom och arbetar, på en enhet inom socialtjänstens öppenvård, VESTA ungdomsbehandling. Här finns två arbetsgrupper KRUT och STUBINEN. Målgruppen är ungdomar, 16-20 år, med missbruk, kriminalitet och/eller annat socialt nedbrytande beteende. Sedan årsskiftet 2004 är vårt uppdrag förtydligt till att framför allt omfatta ungdomar med sådana bekymmer (Umeå socialtjänst, 2003). För många av STUBINENs ungdomar gäller också att de har haft svårigheter i skola och på praktikplatser. Enhetens fokus de senaste åren vad gäller utbildning och utveckling av kompetens har varit behandling för ungdomar som missbrukar och begår brott. Här ingår också att vi vill utveckla familjearbete och hitta former för det.

Ungdomarna vi jobbar med blir aktualiserade via socialtjänstens avdelning för utredning/bistånd. Där har man tagit reda på den unges situation och behov samt bedömt att KRUT eller STUBINEN är den insats den unge behöver för att må bättre och fungera bättre. Deltagandet sker individuellt, bygger på frivillighet och den unge erbjuds att vara med.

Behandlingen på KRUT innebär framför allt individuella samtal varje vecka. Intensitet och innehåll formuleras i individuella behandlingsplaner. I KRUTs uppdrag ingår också Hållplatsen, en gruppverksamhet för unga som vuxit upp i familjer med missbruk, samt Åtgärdsprogrammet - ett pedagogiskt program för unga lagöverträdare.

STUBINENS uppdrag omfattar fyra områden, praktik på en utvald, handledd arbetsplats, fritid, nätverk/ familj samt samtal som metod för att stödja förändring. Behandlingen planeras även här individuellt vad avser innehåll och intensitet.

SYFTE

Det här uppsatsarbetet vill jag ska få betydelse för den behandling vi erbjuder ungdomar som kommer till VESTA. Min förhoppning är också att detta blir ett bidrag till Umeå socialtjänsts sökande efter kunskaper om behandling och utvärdering.

Mitt intresse är att lära mig mer om kognitiva metoder i behandling för ungdomar som missbrukar alkohol och narkotika. Det är kognitiv psykoterapi som jag själv håller på att lära mig och kognitiv beteendeterapi som förespråkas alltmer och används inom olika program inom ungdoms- och missbruksvården.

Syftet är att genom litteraturstudier undersöka och beskriva teori och metoder i kognitiv psykoterapi och kognitiv beteendeterapi som kan ge ungdomar som missbrukar hjälp att förändra sin situation. Jag vill också titta i litteraturen efter vad forskningen säger om dessa metoder.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- Hur kan man använda man kognitiv psykoterapi för att hjälpa ungdomar som missbrukar?
- Hur kan man använda kognitiv beteendeterapi för att hjälpa ungdomar som missbrukar?

AVGRÄNSNINGAR

Jag vill begränsa materialet till kognitivt arbete med till ungdomar. Förutom individuellt arbete med ungdomar kan det bli aktuellt att nämna hur det kan hjälpa den unge att arbeta med familj/ nätverk.

METOD

Litteraturen som valdes ut har jag kommit i kontakt med under mina studier i grundläggande kognitiv psykoterapi, Steg I, och i mitt arbete med ungdomar inom Umeå socialtjänst. En del av litteraturen beskriver teorier samt metoder i det kliniska arbetet för kognitiv psykoterapi respektive kognitiv beteendeterapi. Forskningslitteraturen som togs med har presenterats under 2000-talet och innehåller ett samlat, överskådligt material, av forskning på området bland annat på temat ungdomar, behandling och missbruk.

Kognitiv psykoterapi, teori - vad är det?

Den kognitiva psykoterapin utvecklades under 1960-talet av Aaron T Beck som ett sätt att arbeta med människor som led av depression. Han upptäckte att deprimerade människor hade likartade sätt att tänka om sig själva, om omgivningen och om framtiden och att det påverkade depressionen. Dessa tre övergripande tankemönster benämner Beck kognitiv triad. Genom åren har Becks arbete kompletterats av andra som bidragit till att utveckla teorier och metoder (Perris, 1996 a). Nya inriktningar är den konstruktivistiska utvecklingspsykologiska och den interpersonella (d'Elia 2000). Kognitiv psykoterapi har visat sig hjälpa människor med andra störningar, t ex personlighetsstörningar, ätstörningar och störningar kopplade till alkohol- och drogmissbruk (Perris, 1996 a).

Filosofi, kognitionsvetenskap, neurofysiologi och psykologi har från olika håll bidragit med kunskaper till den kognitiva psykoterapin. Några viktiga namn är Piaget som bidragit med teorier om barns utveckling och lärande (Perris, 1996 a), Bowlby med teorier om anknytning och hur kvalitén i den kan påverka en människas föreställningar om sig själv och omvärlden samt Kellys teorier om hur människan konstruerar och tolkar sin värld (Perris, 1996 b).

Man behöver gå tillbaka till de antika grekiska filosoferna för att beskriva den teoretiska bakgrunden. Filosoferna har alltid varit intresserade av människans tänkande. En av dem var Sokrates som använde sig av en frågemetod som medverkade till att människor upptäckte kunskaper inom sig själva, kunskaper de redan hade. Det sokratiska frågandet, också kallat

väglett upptäckande, är den del av metoden i kognitiv psykoterapi. Det ökar klientens deltagande i terapin. Det blir också en metod att förstå och lösa sina problem, något att ha med sig för att lösa framtida problem (Freeman, 1994). I det kognitiva psykoterapeutiska samtalet inbjuds klienten genom terapeutens frågor till självreflektion och att tänka om sina egna tankar, metatänkande. Förenklat kan dessa frågor beskrivas som förståelsefrågor ”vad menar du med...?”, sakliggörande frågor ”vilka argument/erfarenheter har du för din uppfattning?”, konsekvensfrågor eller frågor om ”katastroftankar”, frågor om alternativa möjligheter och slutledningsfrågor (d’Elia, 2000).

Eggert Nielsen skriver i förordet till Giacomo d’Elia bok, *Kognitiv psykoterapi ett samarbetsprojekt med patienten*, om Becks metod ”Den fokuserar på individens inre föreställningsvärld med dess värdesystem, självbilder, kognitioner och emotioner i en ständigt cirkulär interaktion. Behandlaren och patienten skall tillsammans identifiera, undersöka och granska dessa inre föreställningar. Behandlaren behöver då tillträde till patientens inre värld. Utgångspunkten blir patientens egen berättelse och upplevelse av sin situation och de processer som stör henne/ honom. Tillsammans granskar de denna berättelse för avgränsning och fokusering utifrån ett förhållningssätt, där den terapeutiska relationen beskrivs som arbetet mellan två vetenskapsmän (*fellow scientist, collaborative empiricism*), vilket innebär en strukturerad inlärningsprocess. Symtomet är inte intressant i sig, som vid beteendeterapi. Det intressanta är istället den personliga mening, som patienten lägger i symtomet.” (d’Elia, s.8, 2000).

Freeman skriver att den kognitiva psykoterapin beskriver relationen mellan kognition, emotion och beteende. Särskild betydelse har kognitionerna automatiska tankar, grundantaganden och kognitiva förvrängningar. Automatiska tankar är ogenomtänkta tolkningar av händelser. Dessa påverkar både en människas känslor och beteende i samband med olika händelser. En persons övertygelser, antaganden bestämmer hur denne uppfattar och tolkar händelser. Logiska fel eller kognitiva förvrängningar kan vara typiska för vissa störningar. Dessa tankefällor gör att personen drar fel slutsatser. Vanliga kognitiva förvrängningar är enligt Freeman dikotomt tänkande (allt eller intet tänkande), övergeneralisering, selektiv abstraktion, diskvalificera det positiva, tankeläsning, spådomar, katastrofiering, förminskning, känslotänkande, bordetänkande, etikettering och personalisering.

Tankar påverkar känslor och handlingar. Känslor påverkar de kognitiva processerna. Beteendet kan påverka hur en situation uppfattas, beteendet påverkar situationen eller hur andra människor reagerar. Både minnet och varseblivningen kan påverkas av en persons sinnesstämning. Enligt principerna för kognitiv psykoterapi så menar Freeman att det inte är tillräckligt med att förändra de automatiska tankarna eller beteendet. För att förändringen ska bli bestående behövs en förändring av de övertygelser och antaganden som påverkar personen till problembeteenden. Det är också viktigt att personen skaffar sig strategier för att undvika återfall (Freeman, 1990).

Kognitiv terapi är insiktsfrämjande. Både erfarenheter och upplevelser från barndomen och introspektion har betydelse i terapin. Klienten behöver engagera sig aktivt i terapin för att uppnå den förändring som är målsättningen (Perris, 1996 a). Upplevelser, erfarenheter och personens föreställningsvärld står i fokus. Men förnuftet är inte alltid tillräckligt för förändring. Erfarenhet och beteendeeexperiment, kan då vara effektiva hjälpmedel (d'Elia, 2000).

Kognitiv psykoterapi är strukturerad. Det innebär att varje terapisaftal följer en viss ordning. Strukturen omfattar för klientens del också tiden mellan sessionerna. Terapeuten är aktiv och direktiv i samtalen genom att delta tillsammans med klienten, hålla de överenskomna ramarna, föreslå hemuppgifter, göra rollspel. Terapin brukar också beskrivas som humanistisk för att klienten betraktas som en unik person med förmågor att påverka sin situation (Perris, 1996 a).

Kognitiv terapi bygger på samarbete mellan klienten som forskare och terapeuten som guide. Det sokratiska samtalet behöver kombineras med beteendearterade interventioner för att terapin ska vara tillräcklig hjälp (d'Elia, 2000). Den kognitiva terapeuten kan använda sig av beteendetekniker i sitt arbete och gör det inom kognitiv referensram för att få syn på klientens kognitiva processer (Perris, 1996 a).

Schemateorin är den teoretiska basen för att arbeta kognitivt och den bidrar till att förstå och behandla klienten. Den binder samman klientens nuvarande problem med bakgrundshistoria och utveckling. I teorin tar man med bakgrundsutveckling och erfarenheter, grundantaganden och kompensatoriska strategier, kritiska händelser/situationer aktiverar grundantaganden och

kompensatoriska strategier, automatiska tankar/mentala bilder samt känslor och beteende (d'Elia, 2000).

Jörgen Herlofsson skriver i förordet till Freemans bok att både symtom och insikt kombineras i kognitiv psykoterapi. Utgångspunkten är det som bekymrar klienten i nuet. Personens resurser och brister kartläggs och sedan arbetar man med att personen får insikter och aktivt omprövar, mer grundläggande, dåligt fungerande sätt att förhålla sig (Freeman, 1990).

Kognitiv psykoterapi, metod – hur gör man?

En genomtänkt konceptualisering i kognitiva termer är grunden för effektiv behandling menar Freeman. Innan terapin inleds gör terapeuten tillsammans med klienten en kartläggning som mynnar ut i en konceptualisering. Den beskriver med kognitiva termer bilden av klientens aktuella situation och problem, kopplar till klientens liv och tidigare upplevelser för att göra en behandlingsplanering (d'Elia, 2000). Terapeuten framställer konceptualiseringen som en hypotes till klienten, hur man kan förstå personen och dennes problem (Freeman, 1990).

Perris har formulerat en modell över sådant som kan ha betydelse för utvecklingen av individuell sårbarhet och hur det kan påverka en persons kognitiva och emotionella processer. Vars och en personliga sårbarhet, styrkor och svagheter, det vi föds med temperament, begåvning med mera samt det som miljön förstärker, anknytningsmönster, livshändelser, olika påfrestningar inverkar (Perris, 1996 b). Konceptualiseringen är också ett viktigt stöd för terapeuten i valet av interventioner för terapin. Det är bättre med en välgrundad uppfattning om klientens bekymmer och kunna ett fåtal tekniker än det motsatta. Under terapitiden får terapeuten återkomma till konceptualiseringen för att ompröva den. Ett effektivt samarbete mellan klient och terapeut bygger också på att man är överens om målen för behandlingen. Där ska framgå vilka bekymmer personen har och vilken positiv förändring denne vill uppnå (Freeman, 1990).

Längden på terapin kan variera mellan ett fåtal sessioner till flera års kontakt beroende på klientens typ av svårigheter, motivation och hur aktuell livssituation påverkar terapiarbetet (Freeman, 1990).

Det kognitiva psykoterapeutiska samtalet följer vissa ramar som återkommer vid varje session. De återkommande punkterna för samtalet är: Upprätta en agenda, hur är situationen idag/ hur har veckan varit, återkoppling till förra samtalet, genomgång av hemuppgiften,

punkter att arbeta med i dagens samtal, ny hemuppgift, summering och feedback av dagens samtal (Freeman, 1990).

Sokratisk frågeteknik är en del av metoden i kognitiv psykoterapi. Klienten och terapeuten samlar tillsammans fakta och drar slutsatser. Frågorna är konkreta, direkta, specifika, öppna och bjuder in till reflektion (Perris, 1996 a).

Kognitiva tekniker, förändrar kognitionerna. Det kan vara att ifrågasätta automatiska tankar, att påverka kognitiva förvrängningar, att förändra grundantaganden, att arbeta med inre bilder, att hantera återkommande dysfunktionella tankar, förändra och styra beteendet (Freeman, 1990).

Beteendetekniker förändrar beteendet. Det kan vara hemuppgifter, schemalagda aktiviteter, social färdighetsträning, självförtroendeträning, beteenderepetition. Freeman säger att man kan använda beteendetekniker och träna färdigheter för att nå sina mål. För svårare problem som klienten har är beteendeinterventioner att föredra och ju lindrigare svårigheter hellre kognitiva tekniker. Terapeuten behöver ta ställning hur problematiskt klienten har det och hur denne hanterar sitt liv. Hur klienten svarar intellektuellt och språkligt kan också påverka val av interventioner. Beteendetekniker för att ändra kognitioner kan vara "fixed-role-therapy" klienten uppträder som om den önskade känslan redan finns där, rollbyten och biblioterapi. (Freeman, 1990). Personens kognitiva processer då denne utför beteendet är fokus inom den kognitiva psykoterapin (Perris, 1996 a).

Tekniker för att ändra sinnesstämning och emotioner kan vara schemalagda aktiviteter, in-vivo-exposition, avslappningsövningar och andningsövningar. Det finns en mängd tekniker att använda inom kognitiv psykoterapi. Terapeuten behöver ha en tydlig bild av klientens problem och en plan för vilka interventioner som ska användas (Freeman, 1990).

I strukturen för kognitiv psykoterapi ingår också en eller ett par uppföljningsträffar, "booster sessions". De kan man ha med början några månader efter att behandlingen är avslutad. Perris skriver att syftet är att "öka det terapeutiska resultatet". Dessa träffar underlättar avslutningen av terapin och visar på hur personen har kunnat omsätta insikter från terapin till sitt vanliga liv (Perris, 1996 a).

Kognitiv psykoterapi/ ungdom/ missbruk

Marie Nordlund skriver i sin uppsats om ungdomar och kognitiv psykoterapi att: ”KPT lämpar sig bra mycket bra som behandlingsmetod för ungdomar utifrån bl a dess uppgifts- och målorienterade upplägg, fokus på här och nu, aktiva terapeutroll, korttidsinriktning och kollaborativa arbetssätt” (Nordlund, Abstract.1999). Metoden behöver dock anpassas för att möta ungdomars utvecklingsnivå. Tekniker, språk, frågor och ramar kan behöva förändras. Det behövs också fokus på nätverk och familj och ta med dem i behandlingen. I litteraturen har hon också hittat flera som skriver om att ungdomar behöver fokus på identitet och arbeta med ”vem är jag-frågor”. Ytterligare en aspekt är att inte angripa ungdomars föreställningar så kraftigt utan i samarbete med ungdomen stödja denne att vidga sina perspektiv (Nordlund, 1999).

Missbruk hos klienten är angeläget att uppmärksamma tidigt i terapin. Det är vanligt med missbruk av alkohol, receptbelagda preparat eller illegala droger. I sig kan det vara ett stort problem men också påverka hur behandlingen av klientens övriga svårigheter blir. Ett pågående missbruk motverkar bearbetningen av andra problem. Man behöver ta ställning till om man först ska göra något åt missbruket. Här behöver terapeuten vara medveten om att personer med missbruksproblem kan ha svårt att se vidden av sina bekymmer. Därför bör terapeuten fråga så att det underlättar för klienten att tala om sina problem. Visar det sig att missbruket har den omfattningen att det först måste ändras så kan det innebära att man behöver arbeta med det. Man kan utforska och pröva antaganden hos klienten som att ”jag dricker bara öl och kan inte vara alkoholist”, ”jag kan vara nykter utan problem” för att underlätta förändring. Man kan också försöka komma överens om att klienten avhåller sig en tid från alkohol och droger. På det viset får man veta om klienten kan avhålla sig och man kan arbeta med terapin utan att först göra något åt missbruket (Freeman, 1990).

Man kan uppnå värdefulla behandlingsresultat i kognitiv psykoterapi med personer som missbrukar. Perris refererar till Beck och understryker vikten av att noggrant konceptualisera personens problem och hur de hänger ihop med upplevelser tidigare i livet. Begär efter alkohol kan vara en ”kognitiv etikett” som missbrukare sätter på belöningar man kan förvänta sig få av att dricka alkohol. ”Oförmåga att kontrollera konsumtionen” kan man betrakta som en irrationell övertygelse hos missbrukaren som resulterar i en självuppfyllande profetia.

Perris refererar också till Marlatt där han undersöker ”effekten av att bryta sin återhållsamhet” och de kognitiva processerna. Ett återfall efter en lång abstinensperiod innebär ”kognitiv dissonans” mellan upplevelsen av att ha druckit och bilden av sig själv som avhållsam. Personen tänker på sig själv som misslyckad och svag. Det leder till skuld känslor och andra negativa känslor som rättfärdigar ett fortsatt drickande (Perris, 1996 a).

I Aaron Becks bok, *Cognitive Therapy of Substance Abuse* (1993), presenteras en modell för kognitiv psykoterapi vid missbruk. Man menar att vid drogberoende är det vanligt med antaganden som handlar om hjälplöshet eller värdelöshet och som påverkar risken för drogrelaterade antaganden och typiska sätt att handla. Då de aktiveras bibehålls drogberoendet. Carl Gyllenhammar invänder mot detta och skriver att han inte har hittat något i litteraturen som stödjer att en människa som missbrukar, oftare än andra, skulle ha bilden av sig själv som värdelös eller hjälplös. Han menar istället att om detta finns hos personer så ska man se det som sårbarhetsfaktorer. En annan brist hos Beck, skriver Gyllenhammar, är att man inte tar hänsyn till i vilket förändringsstadium personen befinner sig och att det kan resultera i motstånd och bortfall (Gyllenhammar, 2000).

I boken *Kognitiv psykoterapi vid missbruk och beroende* presenterar Gyllenhammar en behandlingsmodell. Han har hämtat inspiration hos Beck, Project MATCH och Prochaska och Diclemente. Kognitiv psykoterapi har sedan Beck introducerade det för att arbeta med deprimerade använts till flera psykiatriska sjukdomar varav beroende är ett. Project MATCH är utgångspunkten i flera manualbaserade behandlingsprogram. Man ser inte till bakomliggande faktorer till missbruket utan till att det är ett problembeteende och vilka konsekvenser det får för den enskilde och omgivningen. Prochaska och Diclemente kom 1986 med en modell för förändring av skadligt beteende. De ser förändring som en cirkulär process där personen, i en speciell ordning, går igenom olika stadier av inre och yttre förändring. Detta förändringshjul har sedan blivit utgångspunkt för att skapa behandlingsmodeller vid missbruk med fokus på att höja motivationen, Motivational Interviewing och återfallsprevention.

Gyllenhammars modell innehåller teori och arbetssätt från kognitiv psykoterapi kopplat till Prochaskas och Diclementes transteoretiska förändringsmodell. Han menar att de har konceptualiserat förändringsprocessen. Återfall ses som en del av förändringsprocessen och en situation att lära sig av. Man använder modellen för att förstå var i förändringscirkeln

klienten befinner sig för att välja så effektiva interventioner som möjligt vid rätt tillfälle. Det ökar personens motivation. Här beskrivs vilka processer som är optimala i varje stadium av Förändringscirkeln för att föra någon från ett stadium till ett annat. Ifrågasättande och känslomässigt uppväckande ska vara tidigt i behandlingen och när man kommit in i förändringsarbetet har stöd stor betydelse. I alla faser är självtillit en viktig faktor för förändring. ”Oreflekterat stadium: socialt tryck, självomvärdering. Övervägande stadium: medvetandehöjning, självomvärdering, känslomässigt uppväckande. Förberedelse stadiet: självomvärdering, självfrigörelse, känslomässigt uppväckande. Handlingsstadiet: självfrigörelse, motbetingning, stimuluskontroll, stöttande relationer. Vidmakthållande stadiet: motbetingning, socialt frigörande, förstärkning” (Gyllenhammar, s. 15, 2000).

Gyllenhammar nämner även William R Miller (1983) som visat att terapeutens förhållningssätt påverkar klientens motivation. Han har också formulerat strategier för att intervjua i ”Motivational Interviewing, MI”, på svenska Motiverande samtal (Gyllenhammar, 2000). Den här tekniken innebär att man hjälper personen att lösa ambivalens. Det som driver förändringen hos personen är kognitiv dissonans, insikten av den reella situationen och hur man önskar att det var. Förhållningssättet vid MI är: ”uttryck empati, skapa en skillnad, argumentera inte, flyt med motståndet, stöd självtilliten”. Motiverande samtal används alltmer som en del tillsammans med andra behandlingsinslag (Forsberg, 2003).

Kognitiv beteendeterapi, teori - vad är det?

På 1950-talet började beteendeterapi utvecklas i USA och England. Teorierna och forskningen kommer från inlärnings-, kognitions- och socialpsykologin. Man menar att det mänskliga beteendet är inlärt och det styrs av vilka konsekvenser som blir av ett beteende. Människan gör det som fungerar för henne. Betingning är en annan variant som styr inläringen. En känsla eller ett beteende utlöses i en situation. Personen kopplar ihop situationen och reaktionen som något som sker samtidigt och därför hör ihop. Inläringsteorin menar att vi kan lära oss något av psykiska problem och att de är inlärd. Det innebär att en person kan lära sig nya sätt att reagera (Kåver, 1999).

De moderna behaviouristerna började under 1900-talet systematiskt undersöka hur människan fungerar. Genom arbeten av bland annat Pavlov och Skinner lärde man sig mer om människans inlärning och hur beteendeförändring går till (Öst, 1987).

Amerikanska beteendeterapiföreningen formulerade på 1970-talet ”Beteendeterapi innebär miljöförändringar och social interaktion snarare än direkt förändring av kroppsprocesser genom biologiska procedurer”. Terapins syfte är framför allt pedagogiskt för att underlätta en persons självkontroll. Senare formulerades fem punkter för vad som är typiskt för beteendeterapi. Det var fokus på orsaker i nuet som styr beteendet, behandlingen utvärderas genom mätbara beteendeförändringar, utgångspunkt i psykologisk grundforskning för antaganden om behandlingsmetodik, behandlingen preciseras i sakliga och beteendetermer för att beteendena kan besvaras, hur beteendet utförs är målet och vilka metoder som används preciseras för att kunna mäta behandlingsresultat. Man förkastade både den medicinska och den intrapsykiska modellen. Något annat som uttryckts är att det som skiljer beteendeterapi från andra terapier är framför allt den vetenskapliga synen på behandling och klinisk verksamhet som motsats till teoretiska formuleringar och spekulationer.

Beteendeterapi kännetecknas av en särskild syn på hur människor fungerar och hur man undersöker det. Synsättet kallas ”beteendemodellen” och varianter av den är operanta och de socialt inlärda. Beteenden kan vara motoriska, fysiologiska eller kognitiva. Det är viktigt att det som ska studeras sakligt går att bedöma. Begrepp ska definieras genom utförandet, det handlar sålunda om de som är motoriska och delvis de fysiologiska. De kognitiva beteendena måste definieras indirekt – en person säger eller skriver något om sina kognitioner.

Beteendeterapin har varit skeptisk till att man ska kunna rapportera om sina känslor eller sin självbild i frågeformulär eftersom det inte är objektiva sanningar. Beteendeterapins syn på problembeteenden är att det har ”oönskade konsekvenser för individen och/ eller omgivningen” och att det kommer sig av personens inlärningshistoria.

För att arbeta med en persons symtom krävs en noggrann beteendeanalys. Gör man inte det kan symtomen dyka upp i andra problem. Beteendeterapeuterna vill inte diagnosticera, passa in klientens problem i något diagnossystem, utan noga beskriva dennes problem och förväntningar för att planera individuell behandling. Viktiga delar i analysen är psykologiska, biologiska, ekonomiska och sociala faktorer. Annat är vilka konsekvenser beteendena ger och klientens livshistoria och resurser. Beteendeanalysen mynnar ut i mål för behandlingen som

terapeut och klient gör tillsammans (Öst, 1987). Beteendeterapin har sitt ursprung i den logiska empirismen, terapeutens intresse ska vara det yttre mätbara beteendet som kan studeras vetenskapligt. Men senare har det förändrats till att även klientens tankar och utsagor betraktas som beteenden. Forskningen av informationsbearbetning och intresset flyttat från ren betingning till social inlärningsteori har kopplat beteendeterapin närmare den kognitiva terapin. All psykologisk behandling hjälper människor till förändring genom kognitiva processer. Hur symtomen försvinner förklarar beteendeterapeuterna med neurofysiologiska aspekter (Perris, 1996).

I beteendeterapin betonas både personens inlärdade beteenden och samspelet med andra människor. Det som är intressant är hur en person beter sig och att hitta lösningar, inte orsakerna. Teorin säger att ändrar man beteendet så ändras också känslan och tankarna (Kåver, 1999).

Kognitiv beteendeterapi har sitt ursprung i två terapeutiska skolor, kognitiv psykoterapi och beteendeterapi. Nutida beteendeterapeuter anser att de kognitiva processerna är viktiga för hur människan fungerar. Man arbetar både med beteendet, tanke- och känslomässiga problem och man har hämtat kognitiva tekniker från den kognitiva psykoterapi. Den kognitiva beteendeterapi är pedagogisk. En person får lära sig bättre sätt att fungera på.

Kognitiv beteendeterapi ses som en korttidsterapi. Det kan röra sig om 15-25 samtal. Arbetssättet är strukturerat och målinriktat. Det är framför allt problem i nuet som man arbetar med. Det krävs att både terapeut och klient är aktiva i behandlingen. Det kan ingå att träna sig genom att lära sig avslappning, exponering och nya sätt att förhålla sig genom rollspel. Den kognitiva beteendeterapi är målinriktad och terapeuterna utvärderar kontinuerligt genom skattningsskalor och olika mätningar (Kåver, 1999). Inslaget av beprövad empirisk metodik för utvärdering är en styrka med denna teori (Freeman, 1990).

Kognitiv beteendeterapi, metod - hur gör man ?

Behandlingen börjar med en eller flera beteendeanalyser då man konkretiserar och undersöker problemsituationer och hur personens reaktioner, känslor, tankar, beteende och kroppsreaktioner hänger ihop. Man kan då använda sig av intervjuer och skattningsskalor för att välja ut situationerna och analysera dem. Sedan kartlägger man konsekvenserna, beteendets funktion för personen. Man kan också ta reda på hur personen var sårbar i samband med situationen, sömnbrist, stress, konflikter hemma med mera (Kåver, 1996).

Strukturen för varje session är att man går igenom hemuppgiften, gemensamt bestämmer ämne för dagen och arbetar med det. Sedan sammanfattar man sessionen och kommer överens om ny hemuppgift.

Det finns flera beteendeterapeutiska behandlingsmetoder. Det som är gemensamt för dem är fokus på problembeteende och att all behandling är att betrakta som pedagogiska processer. Man lär sig inte bara tänka annorlunda eller förstå utan man gör annorlunda. Förändringen ska ske utanför terapirummet, i personens dagliga liv. Då är hemuppgifter ett bra sätt att öva sig (Öst, 1987).

I den kognitiva beteendeterapin använder man olika tekniker för att hjälpa personen med förändring. Exponering är en vanlig sådan. Syftet är att bryta undvikandebeteenden och förhindra rädsla. Personen behöver få nya verktyg att använda sig av i problemsituationen och på det viset få nya kunskaper både om sig själv och situationen. Exponering kan utföras både i samtalsrummet och i verkliga livet. Den kan göras gradvis eller allt på en gång. Där behöver man anpassa sig till vad personen klarar av att hantera. I exponeringssituationen övar man sig i att stå ut med obehaget, då minskar det. Rollspel är en teknik man använder för att träna sig på hur hantera situationer med andra människor. Hemuppgifter är en teknik som fyller en viktig funktion. Man får uppgifter att göra i sin verklighet utanför samtalsrummet. Det kan vara sådant man övat i samtalet och man kommer överens gemensamt vad uppgiften är. Dagboksskrivande kan vara en hjälp för att notera om detta. Andra metoder är avslappningstekniker för muskler och andning som hjälper kroppen att slappna av i problemsituationer. Sokratiska frågor är ytterligare en teknik då terapeut och klient tillsammans undersöker klientens uppfattningar och kunskaper om sig själv och omvärlden. Frågetekniken både prövar och ifrågasätter dessa och personen får ny kunskap (Kåver, 1999).

Något annat som är viktigt är att behandlingen görs individuell och anpassas till just den här personen. Beteendeterapin vill inte bara uppnå kognitiv förändring. Den kan ha fokus på motorisk eller fysiologisk förändring. För att vidmakthålla behandlingsresultaten erbjuder man uppföljningsträffar efter att behandlingen är avslutad. Klienten får möjlighet till påfyllnad av sina nya kunskaper. Terapeuten får kunskaper om långsiktiga effekter av terapin och möjligheter att förbättra sina metoder (Öst, 1987).

Kognitiv beteendeterapi/ ungdom/ missbruk

Martin Lardén skriver att för ungdomar har missbruket ofta inte fått sådana sociala, psykologiska och fysiologiska konsekvenser, som för de som missbrukat lång tid. Men ofta finns missnöje med livssituationen och då kan man lyfta ungdomens ambivalens inför att göra förändringar. Det hör till att ungdomars engagemang går upp och ner. Sokratisks frågemetod kan väcka kognitiv dissonans och medverka till att ungdomen kommer vidare i förändringscirkeln. Både Prochaskas och DiClementes förändringsmodell och Motiverande samtal är något som kommer till användning. Motiverande samtal kan komplettera kognitiva och beteendetechniska tekniker.

En behandlingssession har följande struktur: ”Agenda, Hur mår klienten och hur har veckan varit? Följ upp förra veckan session och hemuppgift, Arbete med temat för den aktuella sessionen, Hemuppgift, Sammanfattning och avslutning av sessionen”. Det är viktigt att personer med antisociala problem får träna sig på prosociala färdigheter. En metod som ger hopp för ungdomar med antisociala problem är social problemlösningsträning. Hur vi tänker om och bearbetar vad som händer i mötet med andra människor och hur vi bestämmer oss att handla. Problemlösning, interpersonell färdighetsträning och återfallsprevention är exempel på metoder att arbeta med. I återfallspreventionen utforskar man risksituationer samt tankar och känslor som följer med dem för att bli medveten om riskerna. Sedan får ungdomen öva sig i alternativa sätt att bete sig. Återfall i missbruk föregås ofta av ”negativa känslomässiga tillstånd och interpersonella konflikter”. För ungdomar är det inte heller ovanligt att då man känner sig glad så kan det kopplas ihop med droganvändning (Lardén, 2002).

Kognitiv beteende behandling med färdighetsträning bygger på social inlärningsteori.

Missbruket är något som fyller en funktion i en människas livsproblem. Fokus ligger på att rätta till brister i färdigheter för att öka en persons möjligheter att hantera risksituationer som ofta kommer före återfall. Det handlar ofta om mellanmänskliga problem och intrapersonellt obehag, t ex ilska eller depression. Klienten får lära sig nya metoder att möta problem genom att göra annorlunda eller förändra kognitionerna. Det ingår också träning i färdigheter som leder till mer stöd socialt. Det är viktigt för fortsatt nykterhet (Väckarklockan).

Väckarklockan är en manual för återfallsprevention vid beroende. Den är bearbetad till svenska förhållanden efter Project MATCH Cognitive Behavioral Coping Skills Therapy Manual. De sju kärnsessioner har rubrikerna: Introduktion till KBT färdighetsträning, att

hantera sug, att hantera tankar på alkohol och drickande, problemlösning, att tacka nej till alkohol, planera nödsituationer och hantera begynnande återfall, till synes irrelevanta beslut. Sedan kan man välja ur den valfria menyn: Att börja samtala, introduktion till träning av självförtroendet, par/familjesessioner, att bygga upp det sociala nätverket, att hantera negativ sinnesstämning och depression, icke-verbal kommunikation, att ägna sig åt mer trevliga aktiviteter, att ta emot kritik, att bli medveten om negativt tänkande, att hantera negativt tänkande, att bli medveten om ilska och att hantera ilska. Klient och terapeut väljer tillsammans de som är mest angelägna för klienten att jobba med. Sessionerna innehåller bakgrund till temat, färdighetsguide, beteendeträning som rollspel och övningsuppgifter. Självskattnings- och frågeformulär är återkommande inslag. Hemuppgifter finns också med som en teknik (Väckarklockan).

Vad säger forskningen om vad som hjälper ungdomar som missbrukar?

”När man skall beskriva ungdomar som uppvisar beteendeproblem kan man lätt få både ett avgränsningsproblem och ett begreppsproblem” (Andreassen, s. 26, 2002). Begrepp som ”beteendeproblem” och ”problembeteende” kan ha olika innehåll. Samma ungdomar kan benämnas olika i olika sammanhang som exempel, ”anpassningssvårigheter, beteendeproblem och psykosociala problem”, ”utagerande, asociala, värstingar eller problembarn”. Lagen om vård av unga (LVU) säger att den unge ska få vård om denne ”utsätter sin hälsa eller utveckling för påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende” (Andreassen, s. 27, 2002).

Utomlands är situationen densamma, olika begrepp används om vart annat. Drogmisbruk betraktas som ett eget problem eller att det samspelar med andra beteenden. ”Komplexiteten i ungdomarnas problem och den begreppsmässiga osäkerheten på hur det skall definieras gör det ofta svårt att exakt bestämma problemens natur” (Andreassen, s. 28, 2002).

Forskningen visar att det finns samband mellan beteendeproblem som börjar tidigt och senare allvarigare problem. Drogmisbruk är en riskfaktor för kriminalitet. Andra exempel är antisociala kamrater eller attityder, relationsproblem i familjen, svårigheter i skolan, temperament och andra personlighetsfaktorer.

Andreassen tar bland annat upp olika metaanalyser som studerat olika behandlingars påverkan på kriminellt beteende hos unga. Garrett (1985) visade att "beteendeorienterade synsätt" påverkade senare kriminellt beteende. Lipsey (1992, 1998, 1999) har studerat insatser för unga med beteendeproblem och drog slutsatsen att behandlingsmetoder med struktur och fokus, beteende- och färdighetsorienterade samt multimodala, är mer effektiva. Andreassen skriver att Lipseys studier är bland de mest omfattande. De tar upp skillnaden mellan olika behandlingsmetoder både på och utanför institutioner.

I Canada har forskare vid Carleton University utvecklat "principer för effektiv behandling" eller "Clinically relevant and psychologically informed principles of human service, risk, need and general responsivity", Andrews et. al (1990). Man har velat begripa vad som skiljer effektiva program från mindre framgångsrika. De menar att behandlingars effektivitet beror på "vad som erbjuds vem och på vilka villkor". I "riskprincipen" uttrycks att man måste anpassa behandlingen till den unges "risknivå", hög eller låg risk för kriminalitet. Ungdomar med hög risk ska ha mer behandling, både i intensitet och omfattning. De unga med låg risk mindre eller ingen behandling alls. "Behovsprincipen" visar vilken inriktning, vilka områden behandlingen ska ha fokus på. Riskfaktorer och skyddsfaktorer är statiska eller dynamiska utifrån om de går att förändra eller inte. Behov kan vara kriminogena eller icke. De kriminogena, som exempel "antisociala attityder, drogberoende och tillhörighet i avvikande kamratmiljö", går att förändra. För varje ungdom gäller individuellt vad som behandlingen ska fokuseras på. "Responsivitetsprincipen", som är både generell och specifik, visar vilka metoder som fungerar och varför. För unga med beteendeproblem visar den generella principen att kognitiv beteendeterapi och social inlärningsteori är mest effektivt för att det stämmer med hur de lärt sig kriminellt beteende. Den specifika delen har fokus på egenskaper hos de unga och att behandlingen måste anpassas till det. Dessa forskare har sedan undersökt hållbarheten i principerna och hittat starkt samband mellan behandlingstyp och effekter. Kognitiva/ beteendeinriktade metoder med inriktning på "underliggande riskfaktorer" som "aggressionsproblem, drogmissbruk, interpersonella konflikter" var mer effektiva. I behandlingen ingick "modellinlärning, träning av färdigheter, rollspel, beteendeförstärkning, verbal vägledning, förklaringar och kognitiv omstrukturering". "Kognitiv beteendeteori och social inlärningsteori visade bättre resultat än icke styrande relationsorienterad rådgivning eller psykodynamisk insiktsorienterad rådgivning".

Vad gäller drogmissbruk har behandlingsforskningen visat på att behandlingstidens längd har betydelse för hur det går sedan. Forskning om unga har visat att det gått bäst för de yngsta som inte kommit så långt i drogkarriären.

Genomför man fel behandling så har den dåliga effekter oberoende av var den ges. Behandling som visat sig passa var mer effektiv i öppenvård. Men det betyder inte att institutioner inte är bra för behandling av unga.

Andreassen gör slutsatsen att ”program som innehåller en kognitiv komponent , använder ett beteendeteoretiskt angreppssätt och fokuserar på att ungdomarna ska lära sig livsfärdigheter är de program som lyckas bäst med att behandla allvarliga beteendeproblem både på institution och i öppenvård” (Andreassen, s.191, 2002). Behandlingsmetoderna har fokus på att förändra beteendet, sättet att tänka och att öva sig i olika färdigheter. Program enbart inriktade mot beteendet som saknade kognitiva inslag visade sig inte ha framgång. Program som visat sig ha bra resultat är också multimodala program. De riktar sig mot flera områden ”svaga färdigheter, externt tryck och interna svårigheter”. Exempel på program som använder flera metoder inom kognitiv beteendeterapi är aggressionskontrollträning, färdighetsträning med mera.

De vanligaste problemområdena för ungdomar med antisocialt beteende och kriminellt beteende är drogmissbruk och psykiatriska problem. Missbruk av alkohol och droger är mer vanligt bland unga kriminella än hos andra unga. I litteratur om behandling för missbrukare har man funnit att längden och upplägget på behandlingen samt om den genomförts påverkar effektiviteten. Forskarna har också uppmärksammat att ”allvarliga och ihållande beteendeproblem och omfattande missbruk” har gemensamma orsakssammanhang (Andreassen, 2002).

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) kom 2001 med rapporten: *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning*. Under rubriken ”Psykosocial behandling för alkoholmissbruk” har man sorterat i fem olika metoder vid behandling för missbruk. 1) motivationsmetodik, 2) metoder specifikt inriktade på förändringar av själva missbruksbeteendet, 3) metoder inriktade på bakomliggande faktorer till missbruket, 4) allmänt stödjande rådgivning samt 5) behandling inriktad på partner eller anhöriga.

Då man sammanställt studier så hittar man många effektstudier av initial förändring av alkoholdrickande, en hel del om återfallsbehandling. Men vad gäller utvärdering av metoder för att motivera människor till förändring och att bibehålla förändring finns det inte i sådan omfattning. Då man tittar på olika behandlingars effekt måste man ta med mer än metoden som bara förklarar en liten del av resultaten. Det är ”kvalitén i genomförandet, patienternas personliga och sociala bakgrundsförhållanden, terapeutens kompetens och patient-terapeutrelationen. Kognitiv beteendeterapeutiska terapier ställer krav på kompetens, utbildning och praktik hos terapeuten. Det har blivit vanligare med användning av manualer för att kvalitetssäkra metoden. Terapeutens egenskaper som förmåga till empati och att skapa allians har i psykologisk behandling visat på positiva resultat. Arbetsalliansmått finns med i flera undersökningar.

Studierna av kognitiv beteendeterapi finns med i behandlingar direkt inriktade mot förändringar i missbruket. Här omfattas flera olika tekniker men det gemensamma är inlärningsteori och beteendeterapi. Slutsatser från studierna visar att behandling har effekt. Specifika behandlingsmetoder, som motivationshöjande behandling, kognitiv beteendeterapi, även CRA, Community Reinforcement Approach, 12-stegsbehandling och strukturerad interaktionell terapi med dynamisk referensram, ger bättre effekt än ”sedvanlig behandling” (stödjande samtal med socialkurativt stöd), (SBU, volym I, 2001).

I del II av SBU-rapporten 2001 har man samlat resultat av psykosocial behandling av narkotikaberoende. Gemensamt för psykosociala behandlingar är att de innebär ”interpersonell påverkan”. Man redovisar resultaten under tre rubriker. Stödjande och omlärande metoder samt psykoterapier, i vilka ingår kognitiv terapi, familjeterapi och psykodynamisk terapi. En del metoder som kommer ur kognitiv terapi hör till den omlärande gruppen. Man konstaterar att vad som avses med kognitiv behandling blir otydligt. I denna grupp sorteras kognitiv beteendeterapi, i olika variation, med fokus på missbruket och tekniker för att ändra beteenden som hör ihop med missbruket. 12-stegsmodellen räknas också till de omlärande modellerna. Den här modellens metoder liknar de beteendeterapeutiska men saknar inlärningsteoretisk utgångspunkt. Omlärande terapier, ofta beteendeterapeutiska, med fokus på missbruksbeteendet har störst effekt mot heroin och kokainberoende.

Däremot sorteras kognitiv terapi till psykoterapier för att dessa är teoretiskt likartade metoder, med mer omfattande interventioner och mål och ofta över längre tid. Gemensamt för dessa

kategorier är man förutom beteendeförändring vill nå förändringar inom andra områden. Dessa behandlingar kräver terapeuter med legitimation. Kognitiv terapi har stöd i empirisk forskning. Man menar att det är så vanligt med depressioner och ångest hos narkotikamissbrukare och då är denna terapi med bra effekter för detta naturligt att välja. Slutsatserna man gör av studierna är att stödjande och omlärande behandlingar inte har någon effekt. Psykoterapierna har effekt första året och högre andel ”kvarstående” (SBU, volym II, 2001).

”*What works for whom. A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*” Fonagy et al. (2002) är en forskningsöversikt över psykiatrisk behandling för barn och ungdomar. Missbruk finns nämnt framför allt i två avsnitt, ”disturbance of conduct” och ”selfharming disorders”. Det finns ett starkt samband mellan ”conduct disorders” (uppförandestörningar) hos barn, unga och senare alkohol- och drogmissbruk. Missbruk i tidig ålder har en stark koppling till senare kriminalitet. Man håller för troligt att kopplingen mellan uppförandestörningar och missbruk är ömsesidig och att de förstärker varandra. Familj och kamrater har stor påverkan på ungdomars användning av alkohol och droger.

De övergripande målen i de flesta behandlingsprogram har varit att uppnå och behålla avhållsamhet från missbruk. Framgångsrik behandling kännetecknas av tillräcklig varaktighet, intensitet, mångsidighet, tillgång till eftervård, uppföljning, lyhördhet för den unges och familjens kulturella, sociala och ekonomiska situation, familjen involverad, samarbete olika verksamheter emellan, uppmuntran av prosociala aktiviteter och drogfri livsstil samt deltagande i självhjälpgrupper.

Psykosocial behandling med social inlärningsteori och kognitiva metoder förefaller ge bättre resultat än ingen behandling eller gängse behandling. Familjeterapi har visat sig överlägsen andra behandlingsmodeller. Framför allt är det sådana som innehåller en mångfald olika interventioner som avses. MST, Multisystemisk Terapi, har visat sig effektiv för att minska drogmissbruk. Den vanliga förekomsten av komorbiditet med vissa psykiska störningar betyder att sådan behandling också passar för depression, ADHD, gravt aggressivt beteende samt ångeststörningar. (Fonagy et al., 2002).

Kjell Hansson et al.(2004) har sammanställt internationell familjeterapeutisk behandlingsforskning inom socialt, psykologiskt och psykoterapeutiskt arbete.

Familjebehandling kan ske på olika nivåer, allmänna/ ”universella insatser” ska alla människor kunna få del av, ”målriktade insatser” för familjer som riskerar få bekymmer och ”kliniska insatser” för enskilda och familjer som har problem (Kjell Hansson et al., s.23-24, 2004). Familjeterapi har fokus på relationerna i en familj och vill få dem bättre fungerande.

Funktionell familjeterapi, (FFT), och Multisystemisk terapi, (MST), har sin utgångspunkt i systemiskt tänkande och är väl utvärderade. För unga med asocialitet som kriminalitet, störande beteende, aggressivitet och missbruk ger familjebehandling hopp om förändring. Det är framför allt i familjer med tonåringar som metoderna blivit använda. I FFT vill man hjälpa till positiv förändring. Uppgiften är att ”engagera, motivera, ändra beteendet och generalisera kunskaperna”.

I MST är målen framför andra att ungdomarnas kriminalitet och missbruk ska minska. Man menar att hur barnet beter sig beror på flera faktorer, den ”sociala och ekologiska” miljön familjen inräknad, ”kompisar, skola, närmiljö och samhälle i stort” (Hansson et al., s.156-157, 2004). Riskfaktorerna förefaller vara desamma för ”beteendestörning, ungdomsbrottslighet och missbruk”. I MST vill man bland annat ge föräldrarna kunskaper så att de klarar av problemen och kan hjälpa sina ungdomar. Familjen och terapeuterna är samarbetspartners. Det informella nätverk som familjen har är viktigt att få med. Behandlingen har fokus på här-och-nu, att handla, konkreta problem och att familjen tar ansvar för förändring.

”Det är angeläget att framhålla att det är helt ogörligt att renodla perspektivet ungdomsbrottslighet eller kriminalitet från missbruk. I forskningen har man haft svårt att separera dessa. Detta betyder att behandlingarna också har effekt för missbruk. Det förefaller som att familjer med antisociala ungdomar behöver flera insatser samtidigt. Det kan vara ”föräldrarutbildning, familjeterapi/ äktenskapsterapi samt social träning för barnen” (Hansson et al., s. 167, 2004).

National Institute of Health i USA (1999) har formulerat principer för missbruksbehandling som är baserade på forskning.

- ”1. Ingen enskild behandlingsmodell är tillräcklig för alla individer.
2. Behandlingen behöver vara tillgänglig omedelbart.
3. Effektiv behandling riktar in sig på en rad olika behov som individen har, inte bara just missbruket.

4. En individs behandlingsplan måste utvärderas kontinuerligt och modifieras för att garantera att planen tillgodoser individens behov.
5. Att stanna kvar i behandling under tillräckligt lång period är avgörande för att behandlingen ska vara effektiv.
6. Rådgivning, individuell eller i grupp, och andra beteendearterade terapier är viktiga komponenter i en effektiv behandling av missbruk.
7. Medicinering är en viktig del av behandlingen för många patienter speciellt kombinerat med rådgivning och andra beteendearterade terapier.
8. Missbrukare som också har mentala problem behöver behandling för sina problem på ett integrerat sätt.
9. Enbart avgiftning är sällan tillräckligt för att hjälpa missbrukare i det långa loppet.
10. Behandling behöver inte nödvändigtvis vara frivillig för att vara effektiv.
11. Eventuell droganvändning under behandlingen måste kontrolleras mycket noga.
12. Behandlingsprogram bör erbjuda test för HIV/ AIDS, hepatit B och C, tuberkulos och andra infektionssjukdomar.
13. Tillfrisknande från missbruk kan vara en lång process som ganska ofta kräver flera behandlingar. (Hansson et al., s. 195-196, 2004).

DISKUSSION

Det förefaller som att den kognitiva psykoterapi och den kognitiva beteendeterapi, som från början kommer ur olika teoretiska skolor, ibland fungerar bra ihop och ibland inte. Vissa av de teoretiska och praktiska företrädarna håller hårt på att det är skillnad, andra blandar friskt och ser fördelar med det. Både i litteraturen som beskriver teori och metoder samt i forskningsöversikterna kan det vara svårt att begripa vilken inriktning som avses. Detta i sin tur kan göra det svårt att förstå sig på resultat som lyfts fram.

Båda terapiformerna har sedan de kom igång, utvecklats och används för människor med olika slags svårigheter. Lardén, (Lardén, 2002), och Kåver, (Kåver, 1999), representerar den kognitiva beteendeterapi men jag tycker de beskriver så mycket av kognitiv psykoterapi. Gyllenhammar utgår från Becks kognitiva psykoterapi, lägger till beteendeterapeutiska inslag från Project MATCH samt Prochaskas och DiClementes teori om förändring och skapar en behandlingsmodell för missbrukare som han kallar kognitiv psykoterapi vid missbruk och beroende (Gyllenhammar, 2000).

Kognitiv terapi använder sig av beteendearikade tekniker för att få kognitiva förändringar. Flera terapeuter använder begreppet kognitiv beteendeterapi för en integrerad behandling. Beck och flera med honom vill ha metoderna åtskilda för att beteendeterapi har så annorlunda ursprung (d'Elia, 2000). Forskningen av informationsbearbetning och att intresset flyttats från ren betingning till social inlärningsteori har kopplat beteendeterapi närmare den kognitiva terapi (Perris, 1996 a).

Likheter mellan kognitiv psykoterapi och kognitiv beteendeterapi kan vara dessa: Strukturerat och målinriktat arbetssätt, fokus på problem i nuet, samarbete mellan aktiv terapeut och klient, strukturen på sessionerna, hemuppgifter, sokratisk frågemetod, uppföljningsträffar. Både den kognitiva psykoterapi och den kognitiva beteendeterapi arbetar med beteendet, tanke- och känslomässiga problem och med kognitiva tekniker (Kåver, 1999).

Skillnaderna kan vara dessa: Den kognitiva psykoterapi är intresserad av hur en människa har blivit den hon blivit så personens historia har betydelse. Konceptualiseringen är grunden för behandlingsplaneringen och beskriver i kognitiva termer hur terapeuten har förstått klienten och dennes problem. Man är intresserad av vilken mening personen ger till upplevelser och erfarenheter. Den kognitiva beteendeterapi gör beteendeanalys innan man planerar behandlingen. Då är man intresserad av att det mänskliga beteendet är inlärt och vill veta vilken funktion ett problembeteende har för personen. Inom beteendeterapi har man ständig utvärdering genom skattningsskalor och olika mätningar (Kåver, 1999).

Då man söker i litteraturen efter ungdomar och missbruk blir det också svårt att begripa sig på vad som är vad. Andreassen skriver "När man skall beskriva ungdomar som uppvisar beteendeproblem kan man lätt få både ett avgränsningsproblem och ett begreppsproblem" (Andreassen, s. 26, 2002). Han säger också att "Komplexiteten i ungdomarnas problem och den begreppsmässiga osäkerheten på hur det skall definieras gör det ofta svårt att exakt bestämma problemens natur" (Andreassen, s. 28, 2002). Forskarna har uppmärksammat att "allvarliga och ihållande beteendeproblem och omfattande missbruk" har gemensamma orsakssammanhang (Andreassen, 2002).

Den forskning som Andreassen studerat visar att den mest effektiva behandling för ungdomar med beteendeproblem har fokus på att förändra beteendet, sättet att tänka och att öva sig i olika färdigheter. Bra är också multimodala program som riktar sig mot flera områden, "svaga

färdigheter externt tryck och interna svårigheter”. Exempel på sådana är aggressionskontrollträning och social färdighetsträning (Andreassen, 2002).

SBU-rapporten 2001 om behandling av alkohol- och narkotikaproblem framhåller att man måste ta fram mer än metoden då man studerar behandlingars effekt. Resultat handlar också om hur terapin genomförs, terapeutens kompetens, klientens personliga förhållanden och erfarenheter samt behandlingsallians. Det har betydelse för resultatet av behandlingen att terapeuten har förmåga till empati och att skapa allians. De slutsatser man drar om behandling mot alkoholmissbruk är att inlärningsteoretiska och beteendeterapeutiska metoder har effekt. De som utmärker sig är motivationshöjande behandling, kognitiv beteendeterapi, även Community Reinforcement Approach, CRA, 12-stepsbehandling och strukturerad interaktionell terapi med dynamisk referensram (SBU, volym I, 2001).

I del II av SBU-rapporten presenteras forskning om psykosocial behandling av narkotikaberoende. Psykosociala behandlingar innebär ”interpersonell påverkan”. Under tre rubriker har man delat in olika behandlingsinriktningar. Stödjande och omlärande metoder samt psykoterapier. Man konstaterar att vad som menas med kognitiv behandling blir otydligt. En del metoder från kognitiv terapi hamnar i gruppen omlärande metoder. Hit hör kognitiv beteendeterapi med fokus på missbruket och tekniker för att ändra beteenden som hör ihop med det. Omlärande terapier med fokus på missbruksbeteendet har störst effekt mot heroin och kokainberoende. Kognitiv psykoterapi sorteras till psykoterapier för att de är teoretiskt liknande metoder, med mer omfattande mål och ofta över längre tid. Förutom beteendeförändring vill man uppnå förändringar inom andra områden. Kognitiv terapi har stöd i empirisk forskning. (SBU, volym II, 2001).

Fonagy et al. (2002) redovisar att framgångsrik behandling kännetecknas av tillräcklig varaktighet, intensitet, mångsidighet, tillgång till eftervård, uppföljning, lyhördhet för den unges och familjens kulturella, sociala och ekonomiska situation, familjen involverad, samarbete olika verksamheter emellan, uppmuntran av prosociala aktiviteter och drogfri livsstil samt deltagande i självhjälpgrupper. Psykosocial behandling med social inlärningsteori och kognitiva metoder förefaller ha effekt. Familjeterapi är överlägset andra metoder. Framför allt de som innehåller flera olika metoder. Multisystemisk terapi har visat sig vara till hjälp för att minska drogmissbruk (Fonagy et al., 2002).

Både Funktionell Familjeterapi, FFT, och Multisystemisk terapi, MST, utgår från systemiskt tänkande och är väl utvärderade. Riskfaktorerna för ”beteendestörning, ungdomsbrottslighet, och missbruk” verkar var desamma. Det innebär att dessa familjebehandlingar kan ha effekt för missbruk. Det förefaller som att familjer med antisociala ungdomar behöver flera insatser samtidigt (Hansson et al., 2004).

Mina slutsatser är att både kognitiv psykoterapi och kognitiv beteendeterapi kan passa bra för unga som missbrukar men också för andra problembeteenden. Det är angeläget att anpassa interventionerna till att det är en ung människa man möter. Något som forskningen lyfter fram är att familjearbete ger resultat och hjälper dessa ungdomar samt att en blandning av metoder hjälper den unge och familjen mer effektivt.

Trots dessa resultat så funderar jag fortfarande på vad som fungerar för vem? Det har jag haft med mig då jag studerat litteraturen men också i mitt vardagsarbete med ungdomar.

Vilka bedömningsmetoder behöver man inom behandlingsarbetet med ungdomar? Till det yttre kan det se ut som att två, missbrukande, 16-åringar betar sig likadant och därför har samma problem så de får samma behandling. Tar man reda på mer kanske det visar sig att den ene har en flerårig historia med problembeteende, trolig risk för fortsatt negativ utveckling och behov av omfattande behandling. För den andre har problembeteendet debuterat under tonåren och riskfaktorerna är inte så många. Blir de hjälpta av samma behandling? Det här vill jag koppla ihop med mänsklig förändring. Inte är det så lätt för en människa att ändra beteende. Kognitiva beteendeterapeutiska metoder verkar vara konkreta och handfasta och lockar till användning. De här metoderna kräver också att utövaren har tillräckliga kunskaper om människan/människor. Men om ständiga återfall, används som lärosituationer och ändå återfaller personen, vad gör man? Min idé är att det då blir viktigt med kunskap om personen, bakgrund, erfarenheter och personliga sårbarhetsfaktorer för att bättre begripa vilken behandling som kan behövas.

Freeman menar att numera är öppenheten större för att hitta vad som fungerar för varje enskild människa som behöver hjälp (Freeman, 1990). Det här tycker jag är positivt för att man söker bästa lösning för var och en. Så mer sammanblandning eller sambefruktning av kognitiv psykoterapi, kognitiv beteendeterapi, familjeterapi med mera! Vad kan det få för betydelse för teorierna? För metoderna? Kruxet kan vara att det troligen blir ännu svårare att

mäta behandlingars effektivitet då de består av blandade metoder. Någon i litteraturen jag studerat förde på tal att man kan behöva hitta instrument att mäta varje verktyg/ insats för sig.

Så till sist, hur ska vi i praktiskt behandlingsarbete få till utvärdering av det vi gör? Hur kan vi bygga in utvärdering i vårt praktiska arbete? Beteendeterapeuternas självklara sätt att mäta resultat borde kunna inspirera andra. Hur kan forskning och praktik hitta varandra och gå hand i hand?

REFERENSER

Andreassen Tore (2003). Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen?
Centrum för utvärdering av socialt arbete/CUS, Statens institutionsstyrelse/ SiS/Förlagshuset
Gothia Stockholm

Giacomo d'Elia (2000). Kognitiv psykoterapi Ett samarbetsprojekt med patienten
Norstedts Tryckeri AB.

Fonagy Peter, Target Mary, Cottrell David, Phillips Jeannette, Kurtz Zarrina (2002). What
works for whom?. Guilford Press, New York.

Forsberg Lars (2003). Motiverande samtal vid behandling av alkoholproblem. Forskning &
Fakta. Kunskapsöversikter om alkohol och narkotika. CAN & SAD nr 18. T-tryck ab
Stockholm.

Freeman Arthur, Pretzer James, Fleming Barbara, M Simon Karen (1990). Kognitiv
psykoterapi i klinisk tillämpning. Pilgrim Press Danderyd.

Gyllenhammar Carl (1999). Kognitiv psykoterapi vid missbruk och beroende
Uppsats vid Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi. PTA, Prevention and Treatment on
Aggression Stockholm.

Hansson Kjell, Hedenbro Monica, Lundblad Ann-Marie, Sundelin Johan och Wirtberg
Ingegerd (2001). Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt.
Centrum för utvärdering av socialt arbete/ Förlagshuset Gothia Stockholm.

Kåver Anna (1999). Social fobi. Att känna sig granskad och bortgjord. Cura bokförlag Stockholm.

Lardén Martin (2002). Från brott till genombrott. Kognitiv beteendeterapi för tonåringar med psykosociala problem. Statens institutionsstyrelse/ Förlagshuset Gothia Stockholm.

Nordlund Marie (1999). Kognitiv psykoterapi med ungdomar – modifieringar av arbetssättet. Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi, Steg II-uppsats.

Perris Carlo (1996 b). Ett band för livet. Bowlbys anknytningsteori och psykoterapi. Natur och Kultur Borås

Perris Carlo (1996 a) Kognitiv terapi i teori och praktik. Natur och Kultur Borås

Umeå socialtjänst (2002-12-19). Socialnämndens protokoll. Utveckling och förändrad inriktning i det sociala arbetet med barn, ungdomar och deras familjer.

Umeå socialtjänst (2003-12-09). Tjänsteskrivelse. KRUT och Stubinen – uppdrag mm

Österling Agneta översättning och bearbetning (2001). Väckarklockan Manualbaserad återfallsprevention vid beroende. Meda AB Solna.