

# Dosis-responsforholdet i behandling for stofmisbrug

Et review af randomiserede kontrollerede undersøgelser

## Indledning

Såvel behandlere som politiske beslutningstagere synes ofte overbevist om, at langvarige intensive behandlingsforløb er lig med en værdifuld og effektiv indsats. Ofte bliver utilstrækkelighed i behandlingen således knyttet an til behandlingens længde eller omfang. Oplevelsen af at få hjælp synes således ensbetydende med en intensiv indsats, der er krævende for både brugeren og behandlingssystemet. Denne debat har senest været fremme i forbindelse med diskussionen af behandlingstilbud til unge med misbrug af cannabis, MDMA og kokain i Danmark.

Men spørgsmålet er, om den eksisterende forskning støtter denne oplevelse, eller om det vil være mere relevant i højere grad at rette sit fokus mod andre parametre i bestræbelserne på kontinuerligt at forbedre behandlingskvalitet og -effekt. Kan en tilstrækkeligt velfunderet ambulant indsats være lige så effektiv som f.eks. døgnbehandling? Hvad er det, der skaber en god behandling?

I princippet vil det være forventeligt, at der eksisterer et optimalt dosisniveau for psykosocial behandling. Forstået på den måde at er behandling generelt gavnlig for misbrugere, så må

## ABSTRACT

M. Hesse & H. Balsby:

The dose-response relationship in psychosocial intervention for drug abuse. A review of randomized controlled trials

### ■ AIM

To critically assess the widely held belief that treatment for drug abuse should be of long duration and intensive.

### ■ METHOD

A review of randomized controlled trials to assess dose-response studies of psychosocial treatment, where the experimental variable is the frequency or duration of counselling or group treatment, and randomised controlled studies comparing inpatient and outpatient treatment.

### ■ RESULTS

Five studies with a dose-response type design were identified. In spite of a wide variability of intervention intensities and populations studied, none of the studies have given even modest support for the claim that offering more treatment generally leads to better outcomes.

### ■ CONCLUSION

The findings suggest that clinicians and researchers should look elsewhere for ways to enhance the

efficacy of treatment, including stepped care models, contingency management, or the involvement of significant others in treatment.

■ KEY WORDS

Treatment intensity, dose-respons, psychosocial treatment, drug abuse

det være muligt at fastsætte optimalt et niveau for tilstrækkelig behandling, på samme måde som det kan fastslås, at en vis dosis af et antibiotikum er optimal i behandlingen af en bakterieinfektion. Den antagelse om behandling, som ligger bag dette synspunkt er altså, at behandling primært foreskrives af en behandler eller administrator og så gives til en misbruger, der derved opnår en bestemt effekt.

At dette er en forsimpning af en langt mere kompleks virkelighed siger sig selv. Ikke desto mindre har det konsekvenser for tilrettelæggelse og udformning af behandlingens længde og omfang. Eksempelvis er det ikke ualmindeligt at tilrettelægge behandlingstilbud som gruppeforløb, mere intensive dagbehandlingsforløb eller langvarige rådgivningsforløb som standardbehandling for misbrugere.

Forskningen er hidtil blevet fortolket som værende til støtte for langvarig og intensiv behandling. I naturalistiske studier findes der også regelmæssigt markante sammenhænge imellem fastholdelse i behandling og en god langtidsprognose (Ghodse et al. 2002; Simpson & Sells 1982), ligesom det ses i randomiserede undersøgelser, at fastholdelse er forbundet med god prognose (eksempelvis i Siqueland et al. 2002; McCusker et al. 1995). Sådanne fund tages, sammen med subjektive erfaringer, til indtægt for behovet for længerevarende behandling.

En sammenhæng mellem fastholdelse og prognose er imidlertid ikke det samme som, at fastholdelse nødvendigvis er årsag til god prognose. En række andre sandsynlige sammenhænge imellem fastholdelse og prognose kan meget vel tænkes: eksempelvis kan der være faktorer som høj motivation eller en stærk tro på værdien af at søge hjælp, der bidrager til såvel fastholdelse som god prognose. Begge dele kan føre til, at misbrugeren søger hjælp i og uden for behandlingssystemet, men kan også meget vel være faktorer, der i sig selv øger chancen for et godt resultat (Miller & Rollnick 2002, kapitel 1). Endvidere kan det tænkes, at opnåelse af et godt resultat tidligt i behandlingen kan føre til en øget tilbøjelighed til at fastholde sig i behandlingen. Således er der enkelte undersøgelser, der viser, at fremskridt *tidligt* i misbrugsbehandling er forbundet med en meget stærk chance for senere at opnå gode resultater (Morrall & Belding & Iguchi 1999). Man kan ligeledes argumentere for, at den klient, der oplever sig på vej mod holdbare forbedringer i forhold til misbrugssituationen, også

er villig til at fastholde kontakten med en behandler, såfremt dette tilrådes ham af behandleren. Endelig kan det i værste fald tænkes, at der opstår en form for iatrogene eller behandlingsinducerede skader, sådan at den klient, der har fået at vide, at han eller hun trænger til langvarig og intensiv behandling, og ikke ser sig i stand til at gennemføre den tilbudte behandling, udsættes for et knæk i selvtillid og en demoralisering, der fører til en forværring eller fastholdelse af den overordnede situation.

En sammenhæng mellem fastholdelse og udbytte i naturalistiske studier udgør således et utilstrækkeligt argument for værdien af langvarig og intensiv behandling, medmindre der kan gives mere solid støtte for den igennem eksperimentelle studier, der mere direkte påviser værdien af et langvarigt og intensivt behandlingstilbud.

Studier, der sammenligner effekten af døgnbehandling med ambulante behandling, kan betragtes som en afart af dosis-respons-studier, idet døgnbehandling kan betragtes som en høj-dosis-behandling, mens ambulante behandling kan betegnes som en lav-dosis-behandling. Imidlertid må der også tages visse forbehold i forhold til at betragte sammenlignende studier af døgnbehandling og ambulante behandling som dosis-respons-studier, idet døgnbehandling på flere måder adskiller sig fra ambulante behandling. En styrke ved døgnbehandling er det simple faktum, at indlæggelse i et døgnmiljø udgør en miljømæssig barriere for at få adgang til stoffer, for så vidt døgnmiljøet er stoffrit. Dette kan ligeledes betragtes som en svaghed ved døgnmiljøet forstået på den måde, at døgnmiljøet ikke giver en tilstrækkelig træning i at håndtere de situationer, hvor risikoen for misbrug reelt eksisterer. Ligeledes kan

døgnmiljøet tænkes at demoralisere misbrugeren, fordi han ikke får mulighed for at afprøve sig selv i forhold til situationer med reel risiko for misbrug (jf. Marlatt & Gordon 1984). Naturligvis kan der findes studier, der direkte sammenligner forskellige grader af intensitet i døgnregi, såsom sammenligninger mellem kortere- og længerevarende behandling, eller studier der sammenligner døgnbehandling med forskellige grader af behandling, eksempelvis hyppig gruppeterapi eller individuel terapi under døgnbehandling.

Ambulante studier kan imidlertid bedre fungere som egentlige dosis-respons-studier, i den udstrækning de sammenligner i øvrigt ens behandlinger med forskellige grader af indsats, enten i form af forskellig varighed eller i form af forskellig hyppighed af behandlingen.

## Metode

Formålet med dette review er at finde frem til, hvorvidt den eksisterende forskning understøtter antagelsen om, at misbrugere kræver en langvarig og intensiv psykosocial indsats.

Reviewet er udsprunget af en større litteraturgennemgang, som er en fortsættelse af arbejdet med medicinsk teknologivurdering inden for misbrugsområdet under det svenske medicinske teknologivurderingsnævn (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2001). Til brug for denne teknologivurdering er fremfundet studier af randomiserede kontrollerede undersøgelser af behandling af stofmisbrug med psykosocial behandling. Derudover er der udført yderligere søgninger i foråret 2003.

Inden for disse undersøgelser analyseredes studier, der direkte sammenligner i øvrigt ens behandlinger i ambulante regi med

forskellige grader af intensitet, enten i form af hyppighed eller varigheden af behandlingen.

Der fokuseredes på en snæver definition af dosis-respons- forholdet og af psykosocial behandling. Til behandling regnedes samtalebehandling, rådgivning, gruppeterapi, social færdighedstræning og andre former for intervention, som kan betragtes som psykosocial behandling. Det blev tilstræbt ikke at inkludere kvalitativt forskellige behandlingsformer, som eksempelvis udvidede behandlingspakker med tillægsydelser i form af sociale, psykoterapeutiske eller sundhedsmæssige ydelser, som ikke indgik i de mindre intensive behandlingsformer i undersøgelsen. I visse tilfælde kan man diskutere, hvornår forskellig kvantitet bliver til forskellig kvalitet. Det gælder eksempelvis hyppigheden af urinprøvetagning. Hyppig vs. sporadisk urinprøvekontrol kan betragtes som forskellige grader af intensitet af en adfærdsorienteret intervention, men det blev vurderet, at der er kvalitativ forskel på en løbende kontrol og en mere sporadisk kontrol med misbruget. En anden gruppe af behandling, der ikke regnes med, er behandling, som ikke er egentlig misbrugsbehandling, eksempelvis case management (Havassy m. fl. 2000).

### ■ Kvalitetskontrol

Kvalitetskontrol blev gennemført ved hjælp af en kvalitetsskala. Skalaen var specifikt udviklet til at kortlægge en række parametre af betydning for undersøgelser af psykoterapi.

De områder, der bliver dækket af skalaen er:

- Kontrol med at den gennemførte behandling – er der anvendt videooptagel-

ser, båndoptagelser eller andet, hvilken beskrivelse er der af behandlingen, og findes der litteraturhenvisninger til manualer eller lignende.

- Diagnostisk beskrivelse. Hvor omfattende og præcis er beskrivelsen af diagnostikken i undersøgelsen.
- Beskrivelse af psykosociale problemer. Er der anvendt en bred vifte af mål for resultaterne af behandlingen, eller blot en mere snæver (eksempelvis alene brug af stoffer).
- Er der rapporteret procesvariable såsom alliance, udover de mere gængse kvalitetsmål som randomisering, bivirkningsregistrering og blinding af interviewere.

Skalaen producerer et overordnet kvalitetsmål med tre underskalaer: kontrol af behandlingsudførelse (manualisering, supervision, brug af video eller lydbånd til kontrol af udførelsen af behandlingen), undersøgelsesdesign (randomisering, beskrivelse af misbrugernes problemer ved hjælp af blandt andet diagnostik, blinding af interviewere eller ratere), og resultatvariable (hvorvidt der er tale om anerkendte og vidt anvendte resultatvariable, hvorvidt der indgår objektive data i resultatopgørelsen, hvorvidt der indgår et bredt sæt af relevante effekter på social og psykisk funktion, og hvorvidt disse resultatvariable forekommer at have været forhåndsdefinerede i designet eller har præg af ad hoc-analyser).

Disse kvalitetsvurderinger har været udgangspunkt for de vurderinger, der fremgår i teksten. Da antallet af undersøgelser er meget lille, er ingen randomiserede kontrollerede undersøgelser udeladt.

## Undersøgelser af behandlingsintensitet i ambulant regi

Undersøgelseernes karakteristika er opgjort i tabel 1, og kvalitetsvurderingerne er opgjort i tabel 2.

Undersøgelser af dosis-respons- forholdet i ambulant regi er umiddelbart en mere stringent test af dosis-respons- forholdet end sammenligninger af døgnregi og ambulant regi. Kvalitetsmæssigt er der tale om forholdsvis velgennemførte undersøgelser, der bruger en bred vifte af standardiserede datakilder og har høje opfølgingsprocenter. Der er endvidere i de fleste tilfælde tale om svært belastede misbrugere med blandingsmisbrug eller alvorligt kokainmisbrug. Der er dog begrænsninger i den enkelte undersøgelses kvalitet, og

disse vil blive kommenteret i det følgende.

Covi og kolleger (2002) foretog et af de mest stringente dosis-respons- studier hidtil, hvori de sammenlignede ambulant behandling for kokainmisbrug leveret som kognitiv terapi to gange om ugen, én gang om ugen og én gang hveranden uge. De fandt ingen signifikante forskelle til fordel for mere intensiv behandling. Samplet bestod af rene kokainmisbrugere, hvoraf kun 25% var arbejdsløse. Metodologisk set er der tale om den stærkeste af de foreliggende undersøgelser med klart definerede succeskriterier og en omfattende kontrol af gennemførelsen af den planlagte behandling. En svaghed, som forfatterne dog selv nævner er, at behandlingen indeholder enkelte elementer af interpersonel terapi, hvorved den kan have fremstået mere ek-

**Tabel 1.** Karakteristika ved inkluderede studier

| Reference           | Hovedstof     | Substitution | Opfølgningstid efter behandling | Behandlingsfilosofi   | N (ITT) |
|---------------------|---------------|--------------|---------------------------------|-----------------------|---------|
| Avants, 1999        | Opiater       | Metadon      | 6 måneder                       | Kognitiv/bredspektret | 291     |
| Covi, 2002          | Kokain        | Ingen        | Ingen opfølgning                | Kognitiv              | 110     |
| Coviello, 2001      | Kokain        | Ingen        | 7 måneder                       | Modificeret 12 trins  | 94      |
| Weinstein, 1997     | Kokain        | Ingen        | 9 måneder                       | Eklektisk             | 450     |
| O'Farrell, in press | Uspecificeret | Ingen (?)    | Ikke specificeret               | Adfærdsterapeutisk    | 80      |

Noter: Ingen opfølgning betyder, at der er registreret ændringer i løbet af behandlingen, men ingen efterfølgende opfølgning.

**Tabel 2.** Kvalitetsvurderinger

| Reference           | Total score             | RCT kvaliteter | Psykoterapeutisk kontrol | Resultatvariable |
|---------------------|-------------------------|----------------|--------------------------|------------------|
| Avants, 1999        | 31.00                   | 9              | 10                       | 12               |
| Covi, 2002          | 37.00                   | 10             | 11                       | 16               |
| Coviello, 2001      | 23.00                   | 5              | 4                        | 14               |
| Weinstein, 1997     | 23.00                   | 2              | 1                        | 20               |
| O'Farrell, in press | Mangelfulde oplysninger |                |                          |                  |

lektisk og uklar for klienterne end en mere stringent behandling. De fandt ingen forskel i effekt afhængigt af intensitet. Med en undersøgelsesgruppe på i alt 110 personer er der tale om en ganske respektabel power.

Avants og kolleger (1999) sammenlignede to formater for ambulant psykosocial behandling parallelt med metadonbehandling. Klientellet var alle arbejdsløse, og 90% af dem havde et sideløbende kokainmisbrug. Behandlingen i de to eksperimentelgrupper blev af forfatterne beskrevet som værende af tilsvarende indhold, og den indeholdt elementer af kognitiv adfærdsterapi, erhvervsrettet indhold og sundhedsfremmende elementer. Behandlingen adskilte sig alene ved intensitetsniveauet: der var fem dage om ugen i fem timer for dagbehandling mod et tilsvarende tilbud én dag om ugen, begge af tolv ugers varighed. De fandt overordnet helt parallelle gennemførelsesprocenter og langtidsvirkninger. Undersøgelsen er meget velbeskrevet og virker metodologisk pålidelig. I en sekundær analyse fandt de dog, at der var tendens til specielt dårlige resultater for en lille gruppe med høj social angst ved baseline, når denne gruppe fik den intensive behandling. En anden gruppe, der klarede sig bedst med den mindst intensive behandling, var klienter, der ikke tidligere havde været i behandling. Gruppestørrelsen var her 291, og selv beskedne forskelle i effekt ville have været målelige.

Coviello og kolleger (2001) anvendte et design, der på mange måder lignede Avants og kollegers. De tilbød mandlige militær-veteraner med kokainmisbrug og lav socioøkonomisk status behandling i form af enten en ambulant behandling på seks timer per uge eller i form af en intensiv behandling på tolv timer per uge, begge af fire

ugers varighed. I begge tilfælde var der adgang til efterbehandling. Opfølgningsperioden var på syv måneder, og i begge grupper sås en markant bedring. Forsøg på at identificere undergrupper, der profiterede af den mere intensive behandling, mislykkedes. Der var dog metodiske svagheder ved undersøgelsen, såsom en mangelfuld kontrol af behandlingens kvalitet og mangelfulde data i form af fremmøderegistrering om omfanget af den behandling, klienterne rent faktisk modtog.

Weinstein, Gottheil og Sterling (1997) fordelte 450 kokainmisbrugere tilfældigt imellem intensiv dagbehandling, gruppebehandling kombineret med individuel ambulant behandling og individuel ambulant behandling alene. Ressourceforbruget fra behandlingssystemets side blev holdt konstant ved, at man anvendte mere gruppebehandling i de mere intensive behandlingstyper. Behandlingen var i alle tre tilfælde en bredspektret indsats med misbrugsfokus, men også med fokus på sociale og psykiske problemer. Undersøgelsen så på en bred vifte af resultatvariable, hvilket gør den til den højest vurderede på resultatvariable. Der blev ikke fundet signifikante forskelle på de tre grupper, hverken hvad angår fastholdelse eller resultater, men i alle tre grupper var der sammenhæng mellem hvor længe klienten blev fastholdt i behandlingen og misbruget ved opfølgning. Der blev dog fundet en forskel i behandlernes oplevelse af klienterne i behandlingen. Gruppen, der fik den intensive behandling, blev oplevet som mere stabil, og behandlerne følte, at denne gruppe fik det største udbytte af behandlingen. Imidlertid var dette ikke tilfældet, når man så på grupperne som helhed. En medvirkende faktor, for at behandlerne fik en op-

levelse af at have en stabil gruppe i dagbehandling, var imidlertid, at forløbet var polariseret for dagbehandlingen: en stor andel af klienterne droppede ud af dagbehandlingen inden for få uger efter indskrivning, mens de resterende var indskrevet i længere tid. Blandt de, der gik i gruppebehandling eller individuel behandling alene, var frafaldet mere jævnt fordelt over tid. Dermed fik gruppen, der faldt fra i dagbehandlingen, ikke så stor mulighed for at nå at gøre indtryk på behandlerne, før de var forsvundet igen, hvilket efterlod behandlerne med det indtryk, at de havde en stabil gruppe. Også dette studie har dog visse metodologiske svagheder såsom mangelfulde oplysninger om randomisering og meget begrænsede data om kvaliteten af behandlingsgennemførelse og den dosis af behandling, som klienterne rent faktisk har modtaget. Opfølgningen viste ligeledes den velkendte sammenhæng mellem gennemførelse og resultat, men ingen sammenhæng mellem behandlingsintensitet og resultat, hvad enten man målte på enkelte ASI-scores, dage med kokainmisbrug eller risikoadfærd for HIV-smitte (Gottheil m. fl. 1998).

Lignende resultater blev fundet af O'Farrel, Fals-Stewart og Birchler (i O'Farrel & Fals-Stewart 2002), som udførte en sammenlignende undersøgelse af kombineret adfærdorienteret parterapi og individual adfærdsterapi ved henholdsvis 12 timers behandling med 6 timers individuel og 6 timers parbehandling, og ved 24 timers behandling med 12 timers individuel og 12 timers parbehandling. De fandt ingen forskelle i resultaterne, mens begge behandlingstyper producerede bedre resultater end individuel adfærdsterapi eller psykoedukation for parret. Undersøgelsen er

endnu ikke publiceret, men gruppen har tidligere produceret en stor mængde effektundersøgelser af adfærdorienteret parterapi, hvorfor det må antages at de har været i stand til at gennemføre behandlingen og undersøgelsen hensigtsmæssigt.

En samlet metaanalyse af retentionen i de fire publicerede studier gav en Fisher's  $z=0.043$  til fordel for den mere intensive behandling (95% konfidensinterval= $-0.07:0.15$ , ikke statistisk signifikant). Det er en meget lille effektstørrelse i betragtning af, at i tre af de fire studier har både behandlingssystemet og klienterne investeret mange flere ressourcer i den højintensive behandling end i den lavintensive. Undtagelsen er altså undersøgelsen ved Gottheil m. fl. (1998), hvor ressourceforbrug blev holdt konstant ved at anvende gruppebehandling i den mere intensive behandling. Men hvor klienterne i sagens natur måtte bruge mere tid og flere kræfter på den mere intensive behandling.

## Diskussion

Debatten har i mange år bølget frem og tilbage imellem behandlingspessimisme og behandlingsoptimisme. Behandlingspessimister har fremhævet metodologiske problemer i eksisterende undersøgelser, som støtter effekten af behandling generelt og at effektforskningen på misbrugsområdet ikke viser entydige resultater, mens behandlingsoptimister har søgt at vise, at en person med et misbrugsproblem er bedre stillet med end uden behandling. Det er i dag svært at forestille sig, at et nordisk vel-færdssamfund ikke vil tilbyde hjælp til den, der har alvorlige problemer i sit liv, herunder problemer med stofmisbrug. Imidlertid er det vigtigt, at hjælpen er den rette hjælp, og at begrænsede ressourcer



prioriteres hensigtsmæssigt.

De mange undersøgelser har generelt fokuseret på kokainmisbrug. Kokainmisbrug adskiller sig fra opiatmisbrug, fordi der ikke er mulighed for at anvende substitutionsbehandling og den øgede retention, som følger med dette. Retentionen i de foreliggende undersøgelser har dog været rimelig, og den ene undersøgelse med substitutionsbehandling gav ikke bedre resultater (Avants m.fl.,1999).

Med undtagelse af Avants m. fl. (1999) tillader opgørelsesmetoderne for de foreliggende studier ikke metaanalyse af resultaterne med hensyn til stofbrug, da opgørelserne af effekterne er fremstillet som resultatet af multivariate analyser (multiple regressionsanalyser eller andre analyser med kovariater), eller der mangler oplysninger til brug for metaanalyse. Dette ændrer dog ikke ved, at det overordnede indtryk fra gennemgang af artiklerne er, at mindre og mere intensiv behandling i disse undersøgelser har været helt ækvivalent.

Opfølgningstiderne for de foreliggende undersøgelser er ikke voldsomt lange, med et spænd fra 0 til 9 måneders opfølgning. Almindeligvis ses den største effekt af behandling kort efter afsluttet behandling (se eksempelvis Irvin m.fl., 1999), om end der er undersøgelser, der tyder på en forsinket effekt af især kognitiv terapi (Carroll m.fl. 1994; Epstein m.fl. 2003).

Overordnet set synes det som om mere tid i behandlingen, enten i form af hyppigere behandling eller længere varighed, ikke kan ventes at medføre mere effekt i behandlingen, hvad angår stofmisbruget. De studier, der har haft karakter af dosis-respons- studier, har under ét ikke kunnet bekræfte, at mere tid eller intensitet øger effekten.

I det mindste bør fund af små og ubetydelige forskelle i resultat på store forskelle i indsatsniveau føre til, at det ikke generelt anbefales, at man prioriterer begrænsede ressourcer til at øge antallet af samtaler eller gruppesessioner, eller vælger at planlægge meget lange ambulante behandlingsforløb.

Der kan være flere forklaringer på disse forhold. Den mest radikale forklaring er selvfølgelig, at behandling ud over det mest minimale er helt uden effekt. Dette er imidlertid ikke den eneste mulige forklaring. Selve tidsbegrænsningen i behandling, hvor klienten er randomiseret til en mindre intensiv behandling, kan medføre, at klienter, der er henvist til den korte behandling, bliver tvunget til at investere flere kræfter og mere energi i behandlingen og sætte sig klarere mål med henblik på at få et udbytte af en mere begrænset behandlingskontakt. Endvidere kan henvisning til mindre intensiv behandling give en oplevelse af selv at være i stand til at klare problemer på egen hånd med en begrænset støtte.

Det kan også tænkes, at klienter randomiseret til mindre intensiv eller langvarig behandling har opsøgt andre kilder til støtte i deres forandring, såsom familiemedlemmer eller støttende bekendte.

Det, at der i nogle tilfælde har været en begrænset monitorering af, hvor meget behandling klienterne rent faktisk har modtaget, kan siges at svække dosis-responsantagelsen. Studier, hvor der har været en særdeles omfattende monitorering af mængden af behandling har imidlertid ikke kunnet støtte et dosis-respons-forhold (eks. Avants m. fl. 1999; Covi m. fl. 2002).

Et forhold, der må tages i betragtning i denne sammenhæng, er det typisk kroni-



ske forløb af stofafhængighed (McLellan m. fl. 2000). Eftersom forløbet er kronisk giver det næppe mening udelukkende at satse på minimale og tidsbegrænsede interventioner ved stofafhængighed. Tværtimod må det være reglen, at relevante ydelser er tilgængelige for misbrugererne på ethvert tidspunkt. Det, der må stilles spørgsmålstegn ved på baggrund af denne forskningsgennemgang, er ikke det kroniske forløb og de dertil knyttede behov, men *indholdet* af de ydelser, som behandlingssystemer typisk prioriterer at stille til rådighed.

Behandleres oplevelse af at yde en bedre behandling, når behandlingen er mere intensiv eller langvarig, kan i en vis udstrækning forklares ved at klienter, der fastholdes i behandling, også oftere profiterer af behandlingen, samtidig med at klienter i langvarig og intensiv behandling har bedre mulighed for at gøre indtryk på behandlerne.

Forskellige alternativer til blot at intensivere behandlingen er undersøgt i eksisterende studier, og de fortjener videre analyse i arbejdet med at finde effektive indsatsformer i forhold til stofmisbrug, frem for blot at øge mængden af behandling i form af flere samtaler eller gruppemøder:

- Ét alternativ er en "stepped care" model, altså en model hvor man først iværksætter den mindst indgribende behandling, der er mulig, og derefter øger intensitetsniveauet, hvis det skønnes nødvendigt (King et al. 2002). Elementer af dette har typisk været til stede i effektive behandlinger af klienter i metadonbehandling (se eksempelvis McLellan m. fl. 1993). Randomiserede studier af stepped-care modeller mod intensiv behandling er sjældne og har hidtil været meget begrænsede i sigte.

- Et andet alternativ er inddragelse af familie og andet netværk i behandlingen, enten i form af familierapi eller partearapi (Stanton & Shadish 1997; Fals-Stewart m. fl. 1997; O'Farrel & Fals-Stewart 2002). Inddragelse af familiemedlemmer og andet netværk betyder en mobilisering af ressourcer, der ikke nødvendigvis er til rådighed i behandlingen, og som endda har vist sig at være effektiv over for klienter, der slet ikke ønsker behandling (Meyers m. fl. 2002).

- Det tredje alternativ er indførelse af forskellige former for kontingenstræning (Griffith et al. 2000), enten i form af stoffri arbejds- eller botilbud, eller i form af andre goder, som kan gøres afhængige af stoffrihed eller anden prosocial adfærd.

- Et fjerde alternativ er individualiserede tilbud, som har værdi uafhængigt af, om misbruget fortsætter eller kan reduceres. Sådanne tilbud kunne inkludere, men er ikke begrænset til, sundhedsydelser, tandpleje, botilbud, beskæftigelsestilbud, psykiatrisk behandling og andet, som kan være vanskeligt tilgængeligt for mennesker med misbrugsproblemer.

En begrænsning i denne litteraturgen-nemgang er, at dosis-respons- studier reelt udgør en kompleks kategori, som ikke har nogen klar afgrænsning. Man kunne argumentere for, at der er tale om dosis-respons- studier, når eksempelvis McLellan og kolleger i en berømt undersøgelse (1993), sammenlignede metadonbehandling plus minimal psykosocial støtte med standardrådgivning og udvidet psykosocial støtte, eller NIDAS multicenterstudie af psykosocial behandling for kokainmisbrug (Crits-Christoph m. fl. 1999), hvor forskerne afprøvede tilføjelse af forskelli-

ge pakker af individuel behandling ved siden af gruppebehandling. Det har dog været vores vurdering, at disse og flere andre tilbød kvalitativt forskellige behandlinger snarere end blot forskellige grader af intensitet i behandlingen. Selv om denne vurdering har været forsøgt gjort grundigt, så har der de fleste tilfælde ikke været andre data at tage udgangspunkt i end de publicerede. Det betyder, at når forskerne bag en undersøgelse har beskrevet deres behandling som værende af tilsvarende indhold, så har vi måttet tage dette for gode varer. Ideelt set skulle flere sådanne studier have anvendt både manualer og omfattende kvalitetskontroller af den gennemførte behandling for at kunne fungere som rigtige dosis-respons-studier.

## Konklusion

Overordnet er der ingen støtte for, at en øgning af antallet af samtaler eller gruppe-

møder generelt øger effekten af behandling for stofmisbrug. Der bør søges efter alternativer til blot at øge intensiteten i misbrugsbehandling. Endvidere bør der laves studier, der randomiserer til behandling af åben varighed vs. tidsbegrænset behandling, for at undersøge, om tidsbegrænsningen i sig selv påvirker resultatet af behandlingen positivt, ligesom der bør laves sammenlignende studier af stepped-care modeller i forhold til intensive modeller.

**Morten Hesse**, Psykolog,  
Center for Rusmiddelforskning,  
Købmagergade 26E,  
DK-1150 København K  
E-post: mortenhesse@crf.dk

**Helle Balsby**, cand.mag.  
Holger danske vej 18. 2.tv  
DK-2000 Frederiksberg  
E-post: helle\_balsby@yahoo.com

## REFERENCER

- Avants, S.K. & Margolin, A. & Sindelar J.L. & Rounsaville, B.J. & Schottenfeld, R. & Stine, S. & Cooney, N.L. & Rosenheck, R.A. & Li, S.H. & Kosten, T.R. (1999): Day treatment versus enhanced standard methadone services for opioid-dependent patients: a comparison of clinical efficacy and cost. *American Journal of Psychiatry* 156: 27-33
- Carroll, K.M. & Rounsaville, B.J. & Nich, C. & Gordon, L.T. & Wirtz, P.W. & Gawin, F. (1994): One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence. Delayed emergence of psychotherapy effects. *Arch Gen Psychiatry* 51 (12): 989-97
- Crits-Christoph, P. & Siqueland, L. & Blaine, J. & Frank, A. & Luborsky, L. & Onken, L.S. & Muenz, L.R. & Thase, M.E. & Weiss, R.D. & Gastfriend, D.R. & Woody, G.E. & Barber, J.P. & Butler, S.F. & Daley, D. & Salloum, I. & Bishop, S. & Najavits, L.M. & Lis, J. & Mercer, D. & Griffin, M.L. & Moras, K. & Beck, A.T. (1999): Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatry* 56: 505-6
- Covi, L. & Hess, J.M. & Schroeder, J.R. & Preston, K.L. (2002): A dose response study of cognitive behavioral therapy in cocaine abusers. *J Subst Abuse Treat* 23:

- 191-7
- Coviello, D.M. & Alterman, A.I. & Rutherford, M.J. & Cacciola, J.S. & McKay, J.R. & Zanis, D.A. (2001): The effectiveness of two intensities of psychosocial treatment for cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 61 (2): 145-54
- Epstein, D.H. & Hawkins, W.E. & Covi, L. & Umbricht, A. & Preston, K.L. (2003): Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and across 12-month follow-up. *Psychol Addict Behav* 17 (1): 73-82
- O'Farrell, T.J. & Fals-Stewart, W. (2002): Behavioral Couples and Family Therapy for Substance Abusers. *Curr Psychiatry Rep* 4: 371-376
- Fals-Stewart, W. & O'Farrell, T.J. & Birchler, G.R. (1997): Behavioural couples therapy for male substance-abusing patients: A cost outcomes analysis. *J Consult Clin Psychol* 65: 789-802
- Fisher, M.S. & Bentley, K.J. (1996): Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. *Psychiatr Serv* 47: 1244-50
- Ghodse, A.H. & Reynolds, M. & Baldacchino, A.M. & Dunmore, E. & Byrne, S. & Oyefeso, A. & Clancy, C. & Crawford, V. (2002): Treating an opiate-dependent inpatient population: a one-year follow-up study of treatment completers and noncompleters. *Addict Behav* 27 (5): 765-78
- Gottheil, E. & Weinstein, S.P. & Sterling, R.C. & Lundy, A & Serota R.D. (1998): A Randomized Controlled Study of the Effectiveness of Intensive Outpatient Treatment for Cocaine Dependence. *Psychiatr Serv* 49: 782-787
- Griffith, J.D. & Rowan-Szal, G.A. & Roark, R.R. & Simpson, D.D. (2000): Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 58: 55-66
- Havassy, B.E. & Shopshire, M.S. & Quigley, L.A. (2000): Effects of substance dependence on outcomes of patients in a randomized trial of two case management models. *Psychiatr Serv* 51: 639-44
- Irvin, J.E. & Bowers, C.A. & Dunn, M.E. & Wang, M.C. (1999): Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 67 (4): 563-70
- King, V.L. & Stoller, K.B. & Hayes, M. & Umbricht, A. & Currens, M. & Kidorf, M.S. & Carter, J.A. & Schwartz, R. & Brooner, R.K. (2002): A multicenter randomized evaluation of methadone medical maintenance. *Drug Alcohol Depend* 65: 137-48
- Marlatt, J.A. & Gordon, J.R. (red.) (1984): *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford
- McCusker, J. & Vickers-Lahti, M. & Stoddard, A. & Hindin, R. & Bigelow, C. & Zorn, M. & Garfield, F. & Frost, R. Love, C. & Lewis, B. (1995): The effectiveness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment. *Am J Public Health* 85: 1426-1429
- McLellan, A.T. & Arndt, I.O. & Woody, G.E. & Metzger, D. (1993): *Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment? A dose-ranging study of psychosocial services*. *JAMA* 269: 1953-1959
- McLellan, A.T. & Lewis, D.C. & O'Brien, C.P. & Kleber, H.D. (2000): Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance and outcome evaluation. *JAMA* 284: 1689-1695
- Meyers, R. & Miller, W. & Smith, J. & Tonigan, S. (2002): A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *J Consult Clin Psychol* 70: 1182-5
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002): *Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behaviors*. 2<sup>nd</sup> edition. New York: Guilford
- Morral, A.R. & Belding, M.A. & Iguchi, M.Y. (1999): Identifying methadone maintenance clients at risk for poor treatment response: pretreatment and early progress indicators. *Drug Alc Depend* 55: 25-33
- Simpson, D.D. & Sells, S.B. (1982):

- Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse* 2: 7-29
- Siqueland, L. Crits-Christoph, P. & Gallop, R. & Barber, J.P. & Griffin, M.L. & Thase, M.E. & Daley, D. & Frank, A. & Gastfriend, D.R. & Blaine, J. & Connolly, M.B. & Gladis, M. (2002): Retention in psychosocial treatment of cocaine dependence: predictors and impact on outcome. *Am J Addict* 11 (1): 24-40
- Stanton M.D. & Shadish, W.R. (1997): Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychol Bull* 122: 170-191
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2001): *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning.* Stockholm: SBU
- Weinstein, S.P. & Gottheil, E. & Sterling, R.C. (1997): Randomized comparison of intensive outpatient vs. individual therapy for cocaine abusers. *J Addict Dis* 16: 41-56.