



atferdssenteret

MODELLER FOR RUSBEHANDLING. EN KUNNSKAPSOVERSIKT

Christine Hassel Kristoffersen, Per Holth og
Terje Ogden.

Atferdssenteret, april 2011.

1. Innledning	2
Bakgrunn	2
Målsetting	3
2. Design og metode	5
Metodebeskrivelse	5
Søkemetode	6
Inklusjonskriterier	6
Eksklusjonskriterier	7
Metodiske begrensninger	7
3. Problemstillinger og resultater	9
Behandlingsmodeller som kan vise til positive resultater, er lovende eller under utprøving	10
Familie- og nærmiljøbasert behandling	11
Institusjonsbehandling	28
Hva sier forskningen type rusmiddel, kjønn og etnisk bakgrunn?	40
Type rusmiddel	40
Kjønn	41
Etnisk bakgrunn	42
4. Teorier om rusmisbruk, og kjernekomponenter i behandlingsmodeller med gode resultater	44
Teorier om ungdoms rusmisbruk	44
Prediktorer og funksjonelle kjernekomponenter	52
Prediktorer for rusmiddelbruk	53
Prediktorer for behandlingsresultat	54
Funksjonelle kjernekomponenter	56
Intervensjoner som ikke virker	58
5. Oppsummering og anbefalinger	61
Referanseliste	63

1. Innledning

Det er store variasjoner blant ungdom når det gjelder hvor gamle de er når de prøver rusmidler for første gang, hvilke typer rusmidler de prøver, samt hvor mye og hvor hyppig de ruser seg. Variasjonene er også store når det gjelder spørsmålet om hvorfor ungdom ruser seg og hvilke tilleggspoblemer de kan ha. Uavhengig av variasjoner i type og grad, er rusproblemer hos ungdom en utfordring for personer og miljøer som arbeider for å begrense skadevirkningene gjennom forebygging og behandling. Det finnes imidlertid ingen gylden regel for hvordan en behandler rusproblemer, men det finnes ulike tilnærminger eller modeller som kan passe for ungdom med ulike kjennetegn, behov og utfordringer.

Bakgrunn

Eksperimentering med rusmidler har blitt vanligere blant ungdom i Norge, som ellers i Europa, og selv om alkohol dominerer forbruket så er også testing av cannabis utbredt. Blant ungdom på 10. klassetrinn har mer enn 50 prosent av elevene vært tydelig beruset – flere jenter enn gutter, og én av fem ungdommer har prøvd cannabis (Skutle, 2007). Selv om utprøving av rusmidler er vanlig blant ungdom, er det bare et fåtall som står i fare for å utvikle avhengighet og alvorlige tilleggspoblemer. Disse ungdommene representerer imidlertid en stor utfordring på grunn av de mange og alvorlige skadevirkningen av rusmisbruk. Her som på andre områder kan tidlig intervensjon virke forebyggende, og ikke på noe tidspunkt er mulighetene for å stoppe problemutviklingen så stor som i startfasen. Innsatsen mot rusmiddelbruk har særlig rettet seg mot primærforebyggende tiltak for å utsette debuten eller få ungdom til å avholde seg fra å bruke rusmidler. Mindre oppmerksomhet har det vært rundt behandlingsrettede tiltak for ungdom med begynnende rusproblemer. Oversikten over hvilke intervensjonsmodeller som finnes er mangelfull og kunnskapen om hva som virker i rusbehandling begrenset.

En arbeidsgruppe nedsatt av Sosial og helsedirektoratet beskriver i en rapport strategier for “Tidlig intervensjon på rusområdet” (2007). Rapporten omtaler hvordan identifikasjon av barn og unge som er risikoutsatte med hensyn til rus, må vurderes ut fra den enkeltes situasjon og ut fra både risiko- og beskyttelsesfaktorer. Arbeidsgruppen viser til at tidlig intervensjon på rusområdet bygger på forskning om “risiko” og “beskyttelse” blant annet i Sverige, i EU for øvrig og i USA. Tidlig intervensjon forutsetter tidlig identifikasjon, men også at man har kunnskap om mulige intervensjoner, blant annet modeller for rusbehandling, som presenteres i den foreliggende oversikten. Modellene retter seg mot ungdom som er i starten av sin karriere som rusmiddelbrukere eller som allerede har et etablert misbruk. De understreker at det er viktig å

gripe inn tidlig i prosessen før ungdom utvikler alvorlige rusproblemer, og helst med behandlingstiltak som har gode teoretiske begrunnelser og som gjennom forskning har vist at de gir positive resultater. Flere av behandlingsmodellene som er utviklet og testet i familie- og nærmiljøbasert behandling av rusproblemer omtales som forskningsbaserte, eller evidensbaserte, fordi de er utviklet og evaluert gjennom forskning. Modellene som presenteres i denne oversikten har mange fellestrekk; de fleste bygger på en sosialøkologisk forståelse av rusmiddelbruk, men er også påvirket av sosial og operant læringsteori, kognitiv teori, tilknytningsteori, motivasjonsteori og teorier om individuell sårbarhet. På intervensjonssiden er modellene påvirket av familiesystemisk teori og familierapi og retter innsatsen mot å redusere risiko og styrke ferdigheter, kompetanse og andre motstandsfaktorer.

Målsetting

Denne kunnskapsoversikten oppsummerer forskningskunnskap om virksomme eller lovende modeller for behandling av rusproblemer hos ungdom. Med behandlingsmodell mener vi en intervensjon med et klart definert innhold. Generelt vil modeller for rusbehandling rette seg mot et definert rusproblem, enten problemet er begynnende eller veletablert. Behandlingsmodeller kan variere både i omfang, innhold, lengde, intensitet og teoretisk tilnærming, og iverksettes som en del av familie- og nærmiljøbasert behandling eller behandling i institusjon. Det er glidende overganger mellom forebygging og behandling på rusfeltet, og behandlingstiltak rettet mot ungdom kan derfor også ha en forebyggende effekt. Denne kunnskapsoversikten vil primært fokusere på rusbehandlende tiltak knyttet til et definert rusproblem der målsettingen er redusert bruk av rusmidler. I tillegg er det et formål med kunnskapsoversikten å gi noen anbefalinger om videre arbeid med å utvikle rusbehandling.

Rapporten er basert på kunnskapsoppsummeringer og systematiske oversikter som vurderer virkningen av tiltak mot alkohol- og narkotikamisbruk hos ungdom i alderen 12-26 år, med vektlegging av tiltak for ungdom under 20 år.

Systematiske oversikter er oversiktsartikler hvor forfatterne har arbeidet metodisk for å finne, kritisk vurdere og sammenstille resultater fra enkeltstudier.

Oversiktsartikler omfatter enkeltstudier, men hvor det kan mangle systematikk i å finne, kritisk vurdere og sammenstille resultater.

Kunnskapsoppsummeringer er definert som rapporter hvor man baserer seg på flere systematiske oversiktsartikler og ikke bare enkeltstudier. Det vil si at forfattere av kunnskapsoppsummeringer har søkt etter og kritisk vurdert tilgjengelig forskning, som regel både enkeltstudier og oversikter.

Vårt arbeid har vært et forsøk på å kartlegge, vurdere og sammenstille hva som er tilgjengelig av oppsummert kunnskap om behandlingsresultater på rusfeltet. Vi har hatt som mål å utarbeide en kunnskapsoversikt som tilfredsstiller kravene til kvalitet og relevans. Kvalitetskravene knytter seg til forskningens design, innhold og rapportering mens relevanskravet innebærer at kunnskapen skal være relevant for praksis og “policy” på rusfeltet. Vi vil imidlertid understreke at det er viktig å skille mellom praksiskvalitet og forskningskvalitet. Kvaliteten på forsknings-studiene sier ikke nødvendigvis noe om kvaliteten på behandlingsmodellene som sådan. Det kan finnes gode modeller som er evaluert med svake design, og det kan finnes modeller som av ulike årsaker ikke har blitt evaluert. Vi konsentrerte oss om relevante oversiktspublikasjoner på feltet og utarbeidet en narrativ syntese, det vil si en kvalitativ sammenskriving av relevant fag- og forskningslitteratur. Det er i tillegg foretatt en kritisk metodevurdering av resultatene for å se om forskningsmetoden har vært tilpasset problemstillingene i studiene, om relevanskriterier er oppfylt, mulige seleksjonseffekter, frafallsproblemer, representativitet og generaliseringseffekter. Dette var essensielt å få kartlagt siden klientgruppen er sammensatt og svært ofte vanskelig å følge over tid.

Tidsrammen for prosjektet begrenset mulighetene for å søke etter enkeltstudier, foreta en meta-analyse eller gjennomføre en fullstendig “systematic review” etter kriteriene fra Campbell eller Cochrane Collaborations. Slike oversikter og analyser krever et bredt anlagt søk etter publikasjoner som ville overskride tidsrammen. Vi valgte derfor å utarbeide en kunnskapsoversikt basert på en mer målrettet søkestrategi i forhold til:

1. systematiske oversiktsartikler av psykososial forskning på feltet
2. relevante kvalitative og kvantitative kunnskapsoppsummeringer
3. aktuelle norske evalueringsrapporter/publikasjoner om ungdom og rusbehandling

2. Design og metode

Denne kunnskapsoversikten fremhever virksomme modeller, prediktorer eller moderatorer samt medierende forhold formulert som “hva virker – for hvem – og hvorfor?” Vi har anvendt en bred metodisk tilnærming for å imøtekomme praksisfeltets utfordringer knyttet til klientgruppen, rusmiddelproblematikken og metodikk/intervensjon.

Metodebeskrivelse

Følgende strategier ble brukt for å innhente forskningsbasert kunnskap knyttet til behandlingsmodeller for ungdom med rusmiddelmissbruk:

- a. søke etter internasjonal og nasjonal litteratur i databaser, med fokus på aktuelle systematiske oversiktsartikler i tillegg til kvalitative og kvantitative kunnskapsoversikter,
- b. skaffe en oversikt over norske evalueringsrapporter/publikasjoner om ungdom og rusmiddelbehandling gjennom søk i tidsskrifter/databaser/hjemmesider samt direkte kontakt med aktuelle fagmiljøer.

Det synes å være utbredt enighet i de internasjonale forskermiljøene om at systematiske oversikter gir bredere og for noen formål bedre og mer pålitelig kunnskap enn enkeltstudier. De systematiske oversiktene skal inneholde en detaljert beskrivelse av litteratursøk og kriteriene for kvalitet. En systematisk oversiktsartikkel skiller seg fra en vanlig oversiktsartikkel ved at forfatteren har innhentet primærstudiene på en metodisk og transparent måte og deretter systematisk og kritisk vurdert hver studie. Kunnskapsoversikten bygger derfor på flere systematiske oversiktsartikler, som igjen oppsummerer og analyserer enkeltstudier.

Effektevaluering innebærer at det ved prosjektets eller tiltakets avslutning gjøres en vurdering av i hvilken grad en har nådd målene. Det kan dreie seg om hvorvidt prosjektet virket etter sin hensikt, hvilke grupper som ble påvirket, hvor stor effekten av tiltakene var og hvor langvarige de var. Begrepene *efficacy* og *effectiveness* kan oversettes med effekt og effektivitet, og brukes for å beskrive virkningene av tiltak. *Efficacy* (effekt) innebærer den effekten som en kan få fram i en forskningsbasert studie der evaluatøren har stor grad av kontroll med hele forskningsprosessen. *Effectiveness*- (effektivitets-) studier innebærer evalueringer hvor en studerer hvordan behandlingsmodeller fungerer i vanlig praksis. Kunnskapsoversikten fra Atferdssenteret baseres både på effekt- og effektivitetsstudier, men retter særlig oppmerksomheten mot studier som er gjennomført i ordinær praksis.

Søkemetode

Følgende elektroniske databaser ble benyttet for søk etter systematiske oversiktsartikler:

ERIC, PsychINFO, Pub Med, The Cochrane Library, PsychARTICLES og Trip.

Søkeordene som ble valgt i henhold til inklusjonskriteriene var; “AND/OR” “systematic review, meta-analysis, substance abuse, substance use, treatment, intervention, adolescent, young adults, outcome, results, history 1990-2010”. Vi gikk igjennom referanselister i aktuelle oversiktsartikler for videre å lokalisere relevante studier. Det ble også søkt etter behandlingsstudier via nasjonale og internasjonale nettsider. Vi henvendte oss dessuten til aktuelle fagmiljøer og ba om innspill på norske evalueringsrapporter/publikasjoner og kvalitative kunnskapsoppsummeringer som de kjente til og vektla i sitt arbeid.

Inklusjonskriterier

Vi definerte følgende kriterier basert på oppdraget samt hvilke design, personer, intervensjoner, sammenligninger, utfall, språk og historie vi ønsket å dekke i kunnskapsoversikten.

- Studiedesign (i prioritert rekkefølge):
 1. systematiske oversikter og kvalitative og kvantitative kunnskapsoppsummeringer
 2. publikasjoner/evalueringsrapporter om ungdom og rusbehandling i Norge
- Målgruppe: ungdom 12-26 år, med fokus på de under 20 år.
- Tiltak: Modeller for rusbehandling.
- Utfallvariabelen: Rusmisbruk. Behandlingsmodellen skal være rettet mot et definert rusmiddelmisbruk som skal være en av de viktigste resultatvariablene.
- Språk: Engelskspråklige samt skandinaviske.
- Historikk: Oversikter og studier publisert de siste 20 årene, med fokus på de nyeste.

Eksklusjonskriterier

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

Ved søk i elektroniske databaser med valgte søkeord fikk vi 186 treff på aktuelle referanser. To uavhengige personer vurderte oversiktsartiklenes tittel og sammendrag (abstract) i forhold til inklusjons og eksklusjonskriteriene og vi satt da igjen med 36 artikler. Duplikater ble valgt bort, de resterende 26 ble gjennomgått i sin helhet og 12 ble vurdert som aktuelle og relevante og hadde god metodisk kvalitet. Som verktøy brukte vi sjekklister for kritisk vurdering av systematiske oversikter utarbeidet av Kunnskapssenteret¹. I oppsummering av systematiske oversikter vurderes ikke selve kvaliteten eller risiko for systematiske feil i primærstudiene. Her brukes oversiktforfatterens vurderinger av kvaliteten. Tolkningen av en studie avhenger både av intern og ekstern validitet (gyldighet). Måten en undersøkelse er gjennomført på påvirker vår tillit til at resultatet er fremkommet gjennom en god tilnærming til den sanne, underliggende effekt (intern validitet). Ekstern validitet er avhengig av om de personer, intervensjoner, sammenlikninger og utfallsmål som er inkludert i studien er tilstrekkelig lik det som er aktuelt i ordinær virksomhet i helsetjenesten. I tillegg til database-søket, fant vi flere systematiske oversiktsartikler, bøker og aktuelle publikasjoner via “snowballing”, dvs. funn gjennom referanseliste til aktuelle oversiktsartikler, søk på aktuelle web-sider og innspill fra fagfolk (se referanseliste).

Metodiske begrensninger

Søkemethoden vi har valgt har sine begrensninger. I behandlingsforskning kan det til dels være gruppedesign med små utvalg, materialet er for lite (for få studier som tilfredsstillende inklusjonskriteriene) til at man kan generalisere eller også at konfidensintervallet blir for stort til at man kan utelukke tilfeldigheter. Det kan også dreie seg om mangelfull kontroll- eller

¹ Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten

sammenlikning, ikke-randomisert fordeling til grupper, mangelfulle beskrivelser av behandlingen og mangelfull registrering av rus(mis)bruk. Forfatterne av de aktuelle systematiske oversiktsartiklene var alle opptatt av at både selve resultatene og påliteligheten til resultatene i studier av behandling av rusmiddelbruk var avhengig av metodologisk stringens (dvs. i hvilken grad har studien eksperimentlignende design) og kvalitet.

Det er også områder hvor det ikke finnes gode systematiske oversikter. Det betyr ikke nødvendigvis at det ikke finnes forskning på området, men at forskningen bare er presentert i form av primærstudier som foreløpig ikke er oppsummert i en oversikt. Vi har ikke søkt etter primærstudier til denne kunnskapsoppsummeringen. Mens denne begrensingen opplagt påvirker rapportens fullstendighet, svekkes ikke nødvendigvis påliteligheten av innholdet. En god systematisk oversikt skal konkludere med et balansert syn på all forskning som finnes (den som viser både positive og negative effekter), og vurdere om forskning mangler på området. I denne rapporten er alle oversiktsartikler gjennomgått kritisk for å vurdere om konklusjonene er balanserte.

De inkluderte oversiktsartiklene varierer mht. om de inkluderer statistisk eller beskrivende meta-analyse, om oversikten er ment å være *systematisk* (dvs. med nærmere angitte søkestrategier), eller ikke. De inkluderte studiene holder likevel en relativ høy kvalitet når det gjelder metode. Alle hensyn i forhold til kriterier, synes godt ivaretatt om enn med noe varierende detaljeringsgrad i beskrivelsene av framgangsmåter. De aller fleste redegjør likevel grundig for metodiske forhold, også for svakheter eller forbehold som tas når det gjelder gjennomgang, vurdering og analyse av primærstudiene.

3. Problemstillinger og resultater

Kunnskapsoversikten fokuserer på modeller for rusbehandling som har hatt en dokumentert effekt i publiserte evalueringsstudier. Videre fokuserer oversikten på hvem modellene er virksomme for og hvordan eller hvorfor modellene har vist seg å virke. Betydningen av tidlig intervensjon er stor, og vi har derfor vektlagt virksomme modeller for ungdom under 20 år som er i en tidlig fase av rusmisbruk, enten ved eksperimentering eller ved lett til moderat rusmisbruk, fremfor ungdom med tungt rusmisbruk og alvorlig avhengighet. Mange av ungdommene med tidlig rusmisbruk kan også ha multiproblemer knyttet til kriminalitet, skolevansker, atferdsproblemer og psykiske problem. En del av behandlingsmodellene tar høyde for sammensatte problemer, men vi understreker at vi i denne kunnskapsoversikten kun belyser endring i omfang av rusmiddelbruk som effekt av rusbehandling.

Denne kunnskapsoversikten over rusmodeller for ungdom vil presentere virksomme modeller som gis enten i familie- og nærmiljøbasert behandling eller i institusjonsbehandling. Familie- og nærmiljøbasert behandling dekker et bredt spekter av programmer for ungdommer og kan være nærmiljø- og/eller hjemmebaserte, polikliniske eller fosterhjembaserte. Institusjonsbehandling omfatter her behandling i ruskollektiver eller i andre institusjoner, og behandlingen kan være kortsiktig eller langsiktig. Behandling i institusjon eller kollektiv innebærer at rusmisbrukeren bor der og får behandling 24 timer i døgnet i en periode på dager, uker, måneder eller opptil år. Programmer for institusjonsbehandling antas hovedsakelig å være et tilbud til de som har tyngst rusmisbruk og ofte tilleggsproblematikk.

Behandlingsmodeller for unge rusmisbrukere kan variere både i omfang, innhold, lengde, intensitet og teoretisk tilnærming. Behandling antas å bli iverksatt som en del av familie- og nærmiljøbasert behandling eller institusjonsbehandling avhengig av alvorlighetsgrad av misbruk og annen problematikk knyttet til den enkelte ungdom.

Det er fem problemstillinger vi ønsker å besvare:

1. *Hvilke behandlingsmodeller kan vise til positive resultater, er lovende eller under utprøving?*
2. *Hvilke teoretiske forankringer ligger til grunn for rusbehandling som kan vise til positive/ lovende resultater?*
3. *På hvilke arenaer gjennomføres rusbehandling med positive eller lovende resultater?*
4. *Hvilke målgrupper (alder, kjønn, etiske bakgrunn, rusproblematikk, alvorlighetsgrad etc.) kan den vise til positive eller lovende resultater i forhold til?*
5. *Hvilke komponenter bygger behandlingsmodellene som kan vise seg positive eller lovende resultater på?*

Vi vil på bakgrunn av søkeresultatene etter “snowball”-metoden og database-søk, presentere ulike behandlingsmodeller som innfrir våre relevans- og kvalitetskriterier.

Først følger en presentasjon av de ulike modellene med *teoretiske forankring, målsetting, målgruppe, arena, behandlingsstruktur og innhold samt behandlingsresultater*. Så blir det redegjort for aktuelle komponenter som er virksomme (mediatorer) i behandlingsforskningen på ungdom med rusmisbruk og i tillegg en kort orientering om hva forskningen sier om modellenes effekter knyttet til kjønn, karakteristika ved rusmiddelmisbruk (type rusmiddel, alvorlighetsgrad) og etniske minoriteter. Deretter vil behandlingsmodeller og intervensjoner som *ikke virker* bli presentert. Til slutt presenterer vi utvalgte teorier om hva som påvirker ungdom til å teste rusmidler og avslutter med en kort oppsummering og anbefalinger.

Behandlingsmodeller som kan vise til positive resultater, er lovende eller under utprøving

Evalueringsforskningens oppgave er å vurdere hvordan tiltak implementeres og gjennomføres og i hvilken grad de oppnår definerte mål. Resultater, effekter og mål på effekt er nøkkelord når man skal skaffe en oversikt så langt som mulig over hvilke modeller som har effekt og hvilke som ikke virker.

Modellene er valgt på bakgrunn av forskningslitteraturen vi fant via angitte søkemetoder og vil bli presentert i kategoriene familie- og nærmiljøbasert rusbehandling og rusbehandling i institusjon.

Familie- og nærmiljøbasert behandling

Rusbehandlingen for ungdom er sammensatt og komplisert i møte med en heterogen gruppe individer med mange ulike behov. Men det foreligger etter hvert forskning av høy kvalitet som gir klare signaler på hva som er virksomt i behandling. Flere oversiktsartikler har vurdert familierterapi som det beste valget for ungdom med rusproblemer (Stanton & Shadish, 1997; Williams et al., 2000; Austin et al., 2005; Waldron & Turner, 2008). Forskningskvaliteten på familiebaserte behandlingsmodeller for ungdom og rus øker stadig (Becker & Curry, 2008). Som et resultat har flere utviklet retningslinjer for klinisk praksis (for eksempel Center for Substance Abuse Treatment, 1999) og de fleste understreker betydningen av å involvere familiemedlemmer i behandling av ungdom med rusmisbruk (Hogue & Liddle, 2009). Det er viktig å merke seg at et begrep som "familierterapi" inneholder et vidt spekter av ulike terapiformer. Shadish et al. (1993) klassifiserte i en oversikt 71 familierterapi studier i 22 forskjellige teoretiske modeller, og fremdeles var det syv studier som de ikke klarte å klassifisere. Internasjonal forskning viser til at familiebaserte strategier samlet sett har hatt gode resultater når det gjelder å engasjere unge rusavhengige i behandling. Videre har familiebaserte behandlingsprogrammer vist gode resultater m.h.t. å få klientene til å fullføre behandlingen. Når det gjelder redusert inntak av alkohol og andre rusmidler har også de familiebaserte metodene gitt god effekt. Det samme gjelder i forhold til atferdsproblemer, skolefungering og familiefungering (Schanche, Selbekk & Duckert, 2009).

Modellene har flere overlappende teoretiske komponenter og mange like strategier og psykososiale tilnærminger. Man kan dele de inn i familie- og nærmiljøbaserte behandlingsmodeller og individuelle behandlingsmodeller. *Familie- og nærmiljøbaserte behandlingsmodeller* fokuserer på ungdommen og ungdommens familie (en eller flere foreldre/verger og helst søsken) og nærmiljø (skole, venner, kommunale systemer). Denne behandlingstilnærmingen tar ofte utgangspunkt i systemisk familierterapi som behandler individet i konteksten av familien og sosiale systemer der rusmisbruk blir utviklet og opprettholdt, og kombinerer ofte mange teknikker inkludert familie- og individualterapi, kommunikasjon og ferdighetstrening. Sosiale aspekt, nærmiljø, og kulturelle faktorer er tatt hensyn til i behandlingsplanen. Men familie- og nærmiljøbaserte modeller kan også ha integrert individuelle tilnærminger med enten kognitive, atferdsmessige og/eller motiverende komponenter.

Individuelle behandlingsmodeller har intervensjoner som kan være:

- (a) atferdsmessige tilnærminger som hjelper ungdommen å gjenkjenne “triggere” for rusmisbruk og utvikle ferdigheter i å motstå rusmisbruk når triggere oppstår,
- (b) kognitive atferdstilnærminger for å identifisere og endre forstyrrende tanker og persepsjoner (inntrykk) som leder til problematferd,
- (c) motiverende tilnærminger basert på motivasjonsteori for å øke ungdommens kunnskap om eget rusmisbruk og utvikle motivasjon for å endre atferd,
- (d) “Contingency management” basert på læringsprinsipper.

Innen disse rammene er rusmisbruk atferd som er lært gjennom sosial interaksjon og et resultat av kontingenser (dvs. sammenhenger mellom situasjoner, atferd og konsekvenser) i miljøet.

Virksomme familie- og nærmiljøbaserte modeller

Kort strategisk familieterapi (BSFT - Brief strategic family therapy)

Teori

Bygger på familiesystemteori og modeller for strategisk og strukturell familieterapi. Familiesystemteori hevder at den beste måten å forstå ungdoms problemer på er gjennom å studere kjennetegn ved familiesystemet. Kjennetegnene kan være klare og gjennomtrengbare grenser, fleksible interaksjoner, nærhet mellom familiemedlemmene, autonome familiemedlemmer, graden av gjensidighet mellom familien og systemene som omgir den og repeterende atferdssekvenser som bidrar til å opprettholde familiehomeostase, eller status quo (Bry, 1988).

Målsetting

Kort strategisk familieterapi er en familiefokusert intervensjon med mål å forbedre familieinteraksjon, behandle ungdommens atferdsproblemer og redusere rusmisbruk gjennom strategiske og strukturelle intervensjoner. Modellen er utviklet av José Szapocznik og designet for både å forebygge og redusere atferdsproblemer hos ungdom (Szapocznik, et al., 1986; Szapocznik et al., 2003).

Målgruppe

Programmets målgruppe er barn og unge mellom 6 og 18 år som viser eller er i risikozonen for utvikling av atferdsproblemer, inkludert rusmisbruk. Kort strategisk familierapi har blitt utviklet og implementert for etniske minoriteter som latinamerikanske, afrikansk-amerikanske i tillegg til hvite familier i USA (Robbins & Szapocznik, 2000).

Arenaer

Kort strategisk familierapi er en fleksibel tilnærming som kan tilpasses en rekke ulike familiesituasjoner i forskjellige behandlingssettinger (for eksempel psykiske helsesentre, rusbehandlingsprogrammer, andre sosial- og helsesentre, familiens hjem og i ulike behandlingssettinger), som en primær intervensjon, i kombinasjon med institusjon eller poliklinisk behandling eller som del av ettervern ved institusjonsbehandling.

Behandlingsstruktur og innhold

Intervensjonen består vanligvis av 12-16 behandlingsøkter med familien, avhengig av alvorlighetsgraden av kommunikasjons- og samarbeidsproblemer innen familien. Behandling starter ved første kontakt med familien. Kort strategisk familierapi har utviklet spesielle prosedyrer for å engasjere familier i selve behandling (SSSE: Strategic Structural Systems Engagment; Santisteban et al., 1996).

Det er tre intervensjonskomponenter i programmet, (1) etablering av relasjon med hvert familiemedlem og med familien som system, (2) diagnostisering av kommunikasjons- og samarbeidsproblemer og (3) restrukturering av disse. Terapeuten skal identifisere mønstre i familieinteraksjonen som har sammenheng med ungdommens atferdsproblemer, og å bistå i å endre familiemønstre som opprettholder problemene.

Resultater

Modellen har resultater som viser redusert cannabismisbruk hos ungdommen, redusert atferdsproblemer og bedre familiefungering (Santisteban et al., 2003).

Fordeler/ulempes

+ Oversiktsartiklene til Austin et al., (2005), Waldron & Turner (2008), Stanger & Budney (2010) og Strada et al., (2006) fremhever Kort strategisk familierapi modell som en meget lovende behandlingsmodell for ungdom med rusmisbruk.

– Studien som ligger til grunn for oversiktsartiklene (Santisteban et al., 2003) gir liten effektstørrelse i forhold til rusmisbruk, det var høyt frafall (32 %) og ingen “intention to treat”² - analyse. Det var heller ingen oppfølgingsstudie, så man kan si lite om langtidseffekter av Kort strategisk familierapi (Austin et al., 2005).

Familiebasert atferdsterapi (FBT – Family behavior therapy)

Teori

Familiebasert atferdsterapi (FBT) bygger på systemisk familieteori og atferdsteori der rusmisbruk opprettholdes av forsterkere både i form av fysiologiske stimuli (direkte kroppslige effekter av rusmidler) og situasjonsstimuli (for eksempel stressreduksjon og aksept fra venner). Familiebasert atferdsterapi har sin teoretiske forankring i den nærmiljøbaserte forsterkningsmodellen (“The Community Reinforcement Approach”, CRA).

Målsetting

Familiebasert atferdsterapi er en behandlingstilnærming med mål å redusere narkotika- og alkoholmisbruk blant voksne og ungdom med parallelle problemer som depresjon, andre atferdsproblemer, familievansker, eller som ikke jobber eller går på skole (Azrin et al., 1994; Donohue & Azrin, 2001).

Målgruppe

Målgruppene er 13-17 år (ungdommer), 18-25 år (unge voksne), 26-55 år (voksne) og deres familier. Familiebasert atferdsterapi har utviklet intervensjoner for å imøtekomme et bredt spekter av ungdommer med atferdsvansker som varierer i forhold til kultur, atferd og individuelle preferanser.

Arenaer

Denne behandlingsmodellen kan brukes både i og utenfor institusjon, men tilbys vanligvis i en klinikk-/kontorbasert setting.

Behandlingsstruktur og innhold

Klientene deltar i behandlingsøkter sammen med minst én annen viktig person, vanligvis foreldre eller søsken. Programmet har integrert motivasjonsstrategier før behandlingsstart. Behandlingen består vanligvis av 15 økter over seks måneder. Hvert behandlingsmøte tar ca 90 minutter ukentlig og går ned til 60 minutter i måneden etter hvert som deltagerne oppnår resultater.

² ”Intention to treat” vil si at analysene omfatter alle som opprinnelig ble randomisert til intervensjons- og kontrollgruppen, uavhengig av om de deltok i behandlingen eller ikke.

Familiebasert atferdsterapi inkluderer mange intervensjoner, som (a) bruk av atferdskontrakt for å forsterke atferd som er assosiert med avholdenhet, (b) implementering av ferdighetsbaserte intervensjoner for å bruke mindre tid med individer/situasjoner som involverer rusmisbruk og annen problematferd, (c) ferdighetstrening for å redusere lysten til å bruke rusmidler samt annen impulsiv problematferd, (d) trening i kommunikasjonsferdigheter for å etablere sosiale relasjoner med andre som ikke misbruker rusmidler og effektivt kan unngå rusmisbrukere, (e) trening i ferdigheter for å få jobb og/eller skoleplass (Azrin et al., 2001). Familiebasert atferdsterapi bruker mange forskningsbaserte teknikker med vekt på Læringsbasert rusbehandling ("contingency management") og kommunikasjonsferdigheter.

Resultater

Modellen resulterte i signifikant reduksjon i rusmisbruk og relaterte atferdsproblemer som, depresjon m.v., og økt tilstedeværelse på skolen, også etter 6 måneder (Azrin et al., 1994).

Fordeler/ulempes

+ Systematiske oversiktsartikler som Austin et al., (2005), Stanger & Budney, (2010), Strada et al., (2006) fremhever Familiebasert atferdsterapi som en lovende behandlingsmodell for ungdom med rusmisbruk.

– Det var ikke frafall, men det var et lite utvalg som ble studert. Det er heller ikke gjort noen oppfølgingsstudier (Azrin et al., 1994).

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

Teori

ACRA modellen bygger på atferdsteori og Bronfenbrenners sosialøkologiske teori (1979).

Målsetting

Denne modellen (ACRA) er ungdomsversjonen av en nærmiljøbasert forsterkningsmodell for voksne rusmisbrukere (CRA) utviklet av Robert J. Meyer. Terapeutene skal lære ungdommen hvordan de skal finne nye forsterkere og belønninger for å holde seg rusfrie og hvordan de kan bruke ressurser i nærmiljø som vil støtte positiv endring samt utvikle et positivt støttesystem innen familien (Azrin, 1976; Azrin et al., 1982).

Målgruppe

Ungdommer i alderen 13-18 år med lavt til moderat rusmisbruk, og deres familier.

Arenaer

Den nærmiljøbaserte forsterkningsmodellen (CRA) er et omfattende atferdsprogram for behandling av alkohol men også andre rusmidler og har empirisk støtte for både institusjonsbehandling (Azrin, 1976; Hunt & Azrin, 1973) og i familie- og nærmiljøbasert behandling (Azrin et al., 1982; Mallams et al., 1982; Meyers & Miller, 2001), og hjemløse ungdommer (Smith, Meyers & Delaney, 1998).

Behandlingsstruktur og innhold

Målene er å:

- a. fremme avholdenhet til alkohol og andre rusmidler blant annet ved hjelp av funksjonell analyse av rusmiddelbruk som hjelper ungdommen å identifisere typiske foranledninger til rusmisbruket, den faktiske rusatferden og positive og negative konsekvenser av misbruket
- b. fremme positiv sosial aktivitet
 - a. fremme positive vennerelasjoner
 - b. fremme bedre relasjoner innen familien

Behandlingsmodellen skal også motivere foreldrene/omsorgspersonene til å delta i behandlingsprosessen, hjelpe dem til å fremme ungdommens avholdenhet fra rusmidler og gi dem informasjon om virksomme foreldreferdigheter.

Denne forsterkningsmodellen arbeider med nærmiljøet for å forbedre samarbeidet mellom ungdommen og de ulike systemene. Terapeuten skal være ungdommens talsperson i ulike settinger på ulike arenaer i nærmiljøet. Når CRA-modellen omfatter forsterkning ved hjelp av verdikuponger (vouchers) eller “tokens” benevnes den vanligvis som “contingency management”, det vil si Læringsbasert rusbehandling.

Resultater

Modellen viser til signifikant reduksjon av rusmisbruk hos ungdom (både europeisk-amerikanere og afrikansk-amerikanere; både cannabis og alkohol), ved avslutningen av behandlingen (Dennis et al., 2004, Kaminer, 2002). Studier med voksne har vist gode resultater kombinert med Læringsbasert rusbehandling (“contingency management”) for kokain og heroinmisbrukere (Higgins, et al., 1993, Abbott, et al., 1998).

Fordeler/ulempes

+ Økonomiske analyser favoriserer denne modellen sammenlignet med andre intervensjoner, og modellen bygger på CRA som har vist gode resultater for voksne rusmisbrukere.

- Systematiske oversiktsartikler som Waldron & Turner (2008) vurderer denne nærmiljøbaserte forsterkningsmodellen som fortsatt “under utprøving”, men med mulig virksomme resultater.

Funksjonell familierapi (FFT- Functional Family Therapy)

Teori

Funksjonell familierapi (FFT) bygger som flere av de andre modellene på familiesystem teori, strukturell og strategisk familierapi. Funksjonell familierapi er en økologisk modell som kombinerer et systematisk familieperspektiv med kognitive atferdsteori og teknikker og et multisystemisk fokus (Alexander & Parsons, 1982; Alexander et al., 1999).

Målsetting

For ungdom med rusmisbruk er målene for Funksjonell familierapi å:

1. redusere eller eliminere problematisk rusmisbruk
2. redusere eller fjerne annen problematferd innen familien
3. forbedre familiens relasjoner

Modellen har to overordnede faser; (a) motivering av ungdommen og foreldrene, (b) atferdsendring gjennom familiebaserte intervensjoner for ungdom og foreldre, som igjen vil redusere familiens problemer.

Målgruppe

Høyrisiko-ungdom (11-18 år) med moderat til alvorlig atferdsproblemer, inkludert rusmisbruk og deres familier i ulike sammenhenger (Sexton & Alexander, 2000). Modellen var i utgangspunktet utviklet for middelklassefamilier med ungdom med atferdsvansker, men har etter hvert inkludert ressursvake, etniske minoriteter, multikulturelle ungdommer med alvorlige atferdsproblemer, inkludert rusmisbruk og vold.

Arenaer

Det er hovedsakelig en familiebasert behandlingsmodell som tilbyr behandlingsmøter i poliklinikk og i senere tid også i hjemmet hos familier med multiproblemer. Den kan gis i ulike settinger som skoler, barnevern og sentre for psykisk helse. Modellen har også blitt brukt i institusjonsbehandling, for eksempel Ljungaskog kollektiv i Sverige. FFT tilbys som

behandlingsform i USA og i flere europeiske land, deriblant Norge, Sverige, Nederland og England (Mørkrid & Christensen, 2007).

Behandlingsstruktur og innhold

I Funksjonell familieterapi blir ungdommens atferd sett i sammenheng med hvordan alle i familien gjensidig påvirker hverandre. Metoden skal forbedre familiens samspill, kommunikasjon og problemløsningsferdigheter, samt endre eventuelle uheldige oppdragelsesstrategier.

Funksjonell familieterapi har vanligvis et omfang på 10-30 terapitimer over en periode på 3-6 måneder. Behandlingen er inndelt i tre faser med følgende hovedmålsetninger:

Involvering og motivasjonsfasen: Etablere en god og balansert relasjon og allianse med alle familiemedlemmene, redusere negativitet og beskyldende kommunikasjon, etablere en felles problemforståelse i familien, skape håp om at familiens problemer kan løses, samt kartlegge risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer.

Atferdsendringsfasen: Utforme en endringsplan tilpasset familiens behov og relasjoner, gjennomføre endringsplanen med fokus på mestring, trening i konkrete ferdigheter som kommunikasjon, konflikthåndtering, forebygging av tilbakefall, følelsesregulering, avslapningstrening, bygging av selvtillit og problemløsning.

Generaliseringsfasen: Opprettholde positive atferdsendringer over tid, generalisere bruken av ferdigheter til nye områder, sette familien i stand til å løse framtidige problemer på egenhånd, bidra til at familien kan benytte seg av hjelp og støtte i nærmiljø og nettverk (Sexton & Alexander, 2000).

Resultater

Funksjonell familieterapi har vist signifikant reduksjon i rusmisbruk og forbedring på andre områder (Waldron et al., 2001, Stanton & Shadish, 1997). Systematiske oversiktsartikler viser at Funksjonell familieterapi gir god hjelp til familier og ungdom med rusmisbruk (Waldron & Turner, 2008; Austin et al., 2005; Vaughn & Howard, 2004). De positive resultatene er blitt replikert i Sverige av Kjell Hansson (1998) med kollegaer i tre studier. Disse studiene er tilgjengelig kun i Sverige.

Fordeler/ulempes

+ Kan vise til gode behandlingsresultater, omfattende behandlingsforskning og flere systematiske oversiktsartikler fremhever modellen som lovende og med positive behandlingsresultater (Austin et al., 2005; Waldron & Turner, 2008).

– Vanskelig å si noe om langtidseffekter fordi det ikke foreligger oppfølgingsstudier (Waldron et al., 2001). Modellen har ikke vært tilbudt som hjemmebasert behandling på lik linje med Multisystemisk terapi. Men Funksjonell familierapi har i senere tid endret dette og tilbyr også nå behandlingstimer for multiproblemfamilier i hjemme/nærmiljø, ikke bare poliklinisk.

Multidimensjonal familierapi (MDFT –Multidimensional Family Therapy)

Teori

Multidimensjonal familierapi (MDFT) er teoretisk forankret i systemisk familierapi og Bronfenbrenners sosialøkologiske teori (1979). Den bygger også på utviklingspsykologi og understreker at intervensjonene skal være tilpasset ungdommenes utviklingsnivå. Ungdoms rusmisbruk utvikler seg langs utviklingsbaner preget av vennerelasjoner, familierelasjoner, individuelle psykologiske kjennetegn og interaksjoner med skole- og rettssystemet.

Målsetting

Multidimensjonal familierapi er en familiebasert behandlingsmodell utviklet for ungdom med narkotika- og atferdsproblemer og for forebygging av rusmiddelmisbruk i tidlig ungdomsalder. Den fokuserer på å redusere rusmisbruk ved å knytte behandlingen til kjennetegn ved ungdommen, familien og deres nærmiljø. Multidimensjonal familierapi er utviklet av Liddle og er et eksempel på en familiebasert modell som har utviklet seg til et behandlingssystem via behandlingsforskning (Liddle, 1999; Liddle & Hogue, 2001).

Målgruppe

Ungdommer 13-18 år med både tidlig, moderat til tungt misbruk, dobbeltdiagnoser og med ulik etnisk bakgrunn, (europeisk-amerikanere, afrikansk-amerikanere, latin amerikanere). Behandlingsmodeller har vært tilpasset ulike kliniske settinger i nærmiljøet med bredt sammensatte målgrupper blant annet ungdom i risiko for misbruk og/eller som misbruker rusmidler. Mange av dem har multiproblemer og/eller dobbeltdiagnoser. Foreldrene til ungdommene har ulik sosioøkonomisk bakgrunn.

Arenaer

Multidimensjonal familierapi behandler ungdom og familier på klinikker, hjemme eller med familiemedlemmer på skoler, eller andre steder i nærmiljøet.

Behandlingsstruktur og innhold

Multidimensjonal familierapi har utviklet seg over de siste 17 årene gjennom systematisk evalueringsforskning. Tilnærmingen beskrives som en omfattende multikomponent, teoretisk

basert og empirisk støttet behandlingsmodell for ungdom. Multidimensjonal familierapi ser ungdom i lys av sitt nettverk der de påvirkes av familie, venner, og andre i nærmiljøet. Gjennom individuelle behandlingsøkter arbeider terapeuten og ungdommen med oppgaver som utvikling av å ta beslutninger, kommunikasjon og problemløsningsferdigheter. Behandlingsmodellen fokuserer på hvordan familiemedlemmene fungerer psykososialt, familiemedlemmenes relasjoner og påvirkninger fra sosiale systemer utenfor familien.

Resultater

Multidimensjonal familierapi har gjennom flere studier ført til signifikant reduksjon i rusmisbruk (alkohol og cannabis) ved avslutningen av behandlingen og i oppfølgingsstudier (Dennis et al., 2004; Liddle, et al., 2001; 2002; 2004; Becker & Curry, 2008). Liddle et al. (2001) viser også til resultater der Multidimensjonal familierapi var mer effektiv enn gruppeterapi eller multifamilie-utdanning³ blant ungdommer med rusmisbruk.

Fordeler/ulempes

+ Denne modellen er utviklet spesifikt for ungdom med rusmisbruk, inkludert alkohol og andre rusmidler og ikke en modell som i utgangspunktet var beregnet for voksne eller kun mot alkoholmisbruk.

Multidimensjonal familierapi har blitt tilpasset og testet som

1. en forebyggende intervensjon for ungdom med høy risiko (Hogue et al., 2002, 2005)
2. en tidlig behandlingsintervensjon for rusmisbrukende tenåringer (Liddle et al., 2004)
3. en behandlingsmodell for unge misbrukere med psykiske problemer (Liddle et al., 2001)
4. en familieintervensjon som del av et institusjonsbasert poliklinisk behandlingsprogram (Liddle et al., 2002, 2006) og
5. en intensiv hjemmebasert intervensjon med "case management" for ungdommer i kriminalomsorgen med komorbid rusmisbruk og atferdsforstyrrelser (Liddle & Dakof, 2002).

Forskning både på behandlingsintegritet og effekt gir støtte til de ulike variantene av Multidimensjonal familierapi.

- Forskningslitteraturen inneholder få om noen referanser til ulemper ved modellen.

³ Multifamilieutdanning innebærer at flere familier med tenåringer og foreldre møtes for å få informasjon om rusproblemer, familieregler, konsekvenser, illegale rusmidler, ulike roller i familien, avhengighetssyklus og vellykket behandling. Ungdommene avgir vanligvis urinprøver som en del av programmet.

Multisystemisk terapi (MST)

Teori

Behandlingsmodellen bygger på Bronfenbrenners teori om sosial økologi (1979) og familierapeutiske tilnærminger som strukturell (Minuchin, 1974) og strategisk (Haley, 1976) familierapi. Bronfenbrenners teori viser til at individet utvikler seg innenfor en kontekst av multiple systemer, som familien, skole, arbeid, nærmiljø, og disse former ungdommen både direkte og indirekte. I tillegg påvirker systemene hverandre gjensidig; individene former systemene og systemene former individene.

Målsetting

Multisystemisk terapi er en familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom som har alvorlige atferdsproblemer og rusmisbruk. Modellen legger vekt på å redusere rusmisbruk gjennom intervensjoner rettet mot ungdommen, familien og nærmiljøet.

Målgruppe

Ungdom i alderen 12-18 år, med etnisk majoritets- eller minoritets bakgrunn, som er voldelige eller aggressive, som har problemer på skolen, som ruser seg, eller som har venner som har uheldig innflytelse på dem. Multisystemiske terapi har intervensjoner som retter seg mot ungdommen og dens familie, venner, skole og andre i nærmiljøet (Henggeler, et al., 1996; 1999).

Arenaer

Modellen er en familie- og nærmiljøbasert behandlingstilnærming der møtene i hovedsak foregår hjemme hos ungdommen, men også på skolen og andre steder i nærmiljøet.

Behandlingsstruktur og innhold

I Norge er Multisystemisk terapi i utgangspunktet et frivillig tilbud innen barnevernet og for noen av ungdommene kan denne modellen være et alternativ til plassering utenfor hjemmet. Terapeuten møter familien hjemme, på tidspunkter som passer for dem og skreddersyr behandlingstilbudet til den enkelte familie. Terapeuten skal bistå foreldrene, men ikke overta deres oppgaver eller ansvar. Hver uke setter foreldrene, ungdommen og terapeuten mål for arbeidet og lager en praktisk plan for hvordan målene skal nås. Målene skal være konkrete slik at familie og terapeut lett kan se om de nås. Arbeidet er intensivt og i visse perioder dreier det seg om flere hjemmebesøk i uka samt møter med skole og støttepersoner i nærmiljøet. Foreldrene har mulighet til å ta kontakt med terapeuten hvis de har behov for det, 24 timer i døgnet, syv dager i uka. Behandlingen varer vanligvis fra tre til fem måneder, men avsluttes tidligere hvis

ungdommen har nådd målene som ble satt for arbeidet. Modellen har blitt utviklet med fokus på tilgjengelighet, motivasjon og reduksjon av frafall (Brown et al., 1999).

Resultater

Multisystemisk terapi har vist gode resultater i forhold til reduksjon av rusmisbruk hos ungdom i flere studier (Henggeler et al., 1999; 2002; Curtis et al., 2004; Becker & Curry, 2008). Henggeler og kolleger kan i studier fra 1992, 1995, 1996, 2002 vise til lovende resultater for unge lovbytere med rusmisbruk. Henggeler et al. (2006), påpeker at ungdom som fikk Multisystemisk terapi etter å ha blitt dømt til behandling (i såkalte “drug courts”) reduserte sine rusproblemer, emosjonelle problemer og adferdsproblemer. Modellen kan også vise til behandlingsresultater som forbedrete familierelasjoner, redusert aggresjon mot jevnaldrende og redusert kontakt med andre ungdommer med samme type problemer samt redusert ungdomskriminalitet (Curtis et al., 2004). Henggeler et al. (2002) fremhever at MST-deltagere viste signifikant høyere avholdenhet enn deltagere i vanlig rusbehandling 4 år etter behandling.

Fordeler/ulempes

+ Multisystemisk terapi blir vurdert som lovende behandlingsmodell for unge med rusmisbruk i flere systematiske oversiktsartikler (Austin et al., 2005; Waldron & Turner, 2008). Henggeler et al., (1999) viser også til en studie av Multisystemisk terapi der 98 % av ungdommene fullførte behandlingen noe som er unikt i forhold til stort frafall i studier av andre behandlingsmodeller. Modellen er unik da den tilbyr familie- og nærmiljøbasert hjelp i behandlingsprosessen.

– Det er behov for flere studier som spesifikt viser hvordan MST virker i forhold til ungdom med rusproblemer siden modellen i utgangspunktet hadde som målgruppe ungdom med atferdsproblemer (Curtis et al., 2004).

Virksomme individuelle behandlingsmodeller

Kognitiv atferdsterapi som individuell behandling og som gruppebehandling (CBT-i og CBT-g: Cognitive Behavior Therapy)

Teori

Behandlingsmodellen bygger på klassisk, operant og sosial læringsteori der rusmiddelbruk er funksjonelt knyttet til klientens problemer.

Målsetting

Kognitiv atferdsterapi er en psykoterapeutisk individuell tilnærming for ungdom med atferdsproblemer og rusmisbruk. Den tar sikte på å løse problemer knyttet til dysfunksjonelle følelser, atferd og tenkemåter gjennom å endre ungdommens tenkning eller kognisjoner (for eksempel holdninger og verdier) og praktiske ferdigheter for å endre sitt rusmisbruk.

Målgruppe

Ungdom med lavt til moderat og tyngre rusmisbruk eller dobbelt diagnoser, 12-18 år med ulik etnisk bakgrunn (for eksempel amerikanere av afrikansk, europeisk, asiatiske eller latinamerikansk opprinnelse) Kognitiv atferdsterapi ble utviklet som en metode for å forebygge tilbakefall i forhold til alkoholmisbruk, og er senere tilpasset andre rusmidler. Kognitiv atferdsterapi (CBT) har vist seg virksomt i behandlingen av alkohol, cannabis, kokain, metamfetamin og nikotin (NIDA, 1999).

Arenaer

Kan benyttes i flere settinger, men mest i behandling.

Behandlingsstruktur og innhold

Behandlingen er ofte manualbasert, med spesifikke kognitive og atferdsbaserte strategier og teknikker. Det gis direkte og tidsbegrenset behandling for spesifikke psykologiske forstyrrelser, herunder rusmisbruk. Modellen var primært en sammensmelting av atferdsterapi og kognitiv terapi og kan gis individuelt eller i gruppe. Behandlingsmodellen eksisterer altså ikke som en distinkt terapeutisk teknikk. Det er en generell betegnelse for klassifisering av terapier der en identifiserer og utfordrer irrasjonelle og dysfunksjonelle tanker, kognitiv restrukturering og læring av funksjonelle ferdigheter gjennom modellering og rollespill. Det er mange tilnærminger til Kognitiv atferdsterapi, for eksempel motiverende intervju, kognitiv terapi, dialektisk atferdsterapi, "Rational Emotive Behavior Therapy", "Rational Behavior Therapy", og "Rational Living Therapy".

De fleste kognitive atferdsterapiene har følgende felles kjennetegn:

1. de bygger på en kognitiv modell for emosjonelle reaksjoner
2. behandlingen er relativt kort og tidsbegrenset
3. en terapeutisk relasjon er nødvendig for virksom terapi men er ikke i hovedfokus
4. vektlegger samarbeid mellom terapeut og klient
5. er ofte basert på aspekt av stoisk filosofi (med idealer om sinnsro og å leve i overensstemmelse med naturen)
6. bruker en sokratiske metode
7. er strukturert og delvis dirigerende
8. bygger på en læringsmodell
9. kognitiv atferdsteori og teknikker som bygger på en induktiv metode og
10. inkluderer hjemmearbeid som et sentralt element

Det finnes også integrerte modeller som kombinerer Kognitiv atferdsterapi med motiverende intervju eller andre familieintervensjoner.

Resultater

Kognitiv atferdsterapi har vist lovende behandlingsresultater og har i mange studier ført til reduksjon i rusmisbruk hos ungdom (Azrin et al., 2001; Battjes et al., 2004; Dennis et al., 2004; Kaminer et al., 2002; Liddle et al., 2001; 2004; Waldron et al., 2001). Waldron et al. (2001) viser til lovende resultater for en modell der en kombinerer Kognitiv atferdsterapi og Funksjonell familierapi. Forskningen indikerer at kognitive og atferdsmessige ferdigheter som individer lærer gjennom en slik behandlingstilnærming, opprettholdes ett år etter fullført behandling. Waldron & Turner (2008) fremhever også at behandlingsteknikker som kan klassifiseres under Kognitiv atferdsteori fører til reduksjon av depressive symptomer.

Fordeler/ulempes

+ Oversiktsartiklene til Becker & Curry (2008), Kaminer (2002), samt Vaughn & Howard (2004) fremhever modellen som lovende for ungdom med rusmisbruk.

– En behandlingsmodell som ikke er rendyrket men inneholder mange ulike teknikker og intervensjoner. Det vises til enkelte resultater der en sammenligner individuell og gruppebasert behandling, best resultater ser ut til og oppnås ved gruppebehandling.

Læringsbasert rusbehandling (CM - Contingency management)

Teori

Læringsbasert rusbehandling bygger på operant atferdsteori.

Målsetting

Behandlingsformen er en individuell tilnærming som innebærer en systematisk utnyttelse av grunnleggende læringsprinsipper i den hensikt å redusere inntak av rusmidler og øke alternative aktiviteter for ungdom med rusmiddelmisbruk.

Målgruppe

Ungdom fra 12-26 år og voksne 18-65 år med lavt til moderat og til tungt rusmiddelmisbruk, gjerne kombinert med annen behandling.

Arenaer

Læringsbasert rusbehandling er hovedsakelig en intervensjon som kan gis på tvers av arenaer og settinger.

Behandlingsstruktur og innhold

Modellen tar utgangspunkt i at det å innta rusmidler er operant atferd, dvs. atferd som opererer på omgivelsene og opprettholdes av forsterkende konsekvenser (belønning). En viktig forsterkende konsekvens av å innta rusmidler kan være selve den umiddelbare rusvirkningen, og behandlingen tar sikte på å utkonkurrere disse gjennom å legge til rette for forsterkende konsekvenser av alternative handlemåter som er uforenlige med å ruse seg. “Contingencies” er sammenhenger mellom atferd og de foranledninger og konsekvenser som påvirker den, og “contingency management” innebærer en målrettet og resultatorientert håndtering av disse sammenhengene.

Læringsbasert rusbehandling inneholder vanligvis seks hovedelementer:

1. Motivasjonsbygging ved samtaler om negative konsekvenser av å ruse seg og om hva klienten ønsker seg
2. beskrivelse av konkrete og realistiske mål
3. individuell analyse av rusatferd – som omfatter typiske foranledninger (triggere) og konsekvenser av å ruse seg
4. opplegg for positiv forsterkning av avhold, der klienten oppnår goder når han eller hun leverer rene urinprøver

5. atferdsøvelser i kommunikasjonsferdigheter, sosiale selvhevdelsesferdigheter, unngåelse av “triggere”, og å avslå tilbud om rusmidler
6. involvering av familie og venner

Selve kjernepunktet i modellen er punkt 4 – som innebærer en konkret plan for individuelle, positive konsekvenser av å avstå fra bruken av rusmidler. Eksempler på slike positive konsekvenser kan være at klienten får verdikuponger (som senere kan veksles inn) og/eller nye klær, favorittmat, kinobesøk eller andre goder. Godene gis vanligvis etter et såkalt eskalerende forsterkningsskjema, hvor belønningen for levering av rene urinprøver gradvis øker med antallet suksessive rene prøver. Behandlingsopplegget, inkludert hva ungdommen skal trene på, plan for urinprøver og hva som vil utløse belønninger på ulike trinn i behandlingen, beskrives detaljert og undertegnes av klient og behandler.

Resultater

NIDA (1999) viser til at denne modellen Læringsbasert rusbehandling kombinert med motiverende intervensjoner viser resultater i forhold til både alkohol, sentralstimulerende rusmidler, opiater, marihuana og nikotin.

Fordeler/ulempes

+ Kan benyttes på tvers av arenaer og kontekster.

- Gode resultater på voksne rusmisbrukere (se for eksempel Higgins, Heil & Lussier, 2006), men bare noen få studier med Læringsbasert rusbehandling på unge rusmisbrukere (Godley et al., 2008; Stanger et al., 2009).

Motivasjonsstyrkende terapi (Motivational Enhancement Therapy- MET) / Motiverende intervju (Motivational interviewing – MI) også kalt ”Kort intervensjon”

Teori

Teoretisk har motiverende intervjumodellene hentet inspirasjon fra blant annet Rogers klientsentrerte terapi og sosialpsykologene Festinger og Bems teorier om kognitiv dissonans og selvoppfatning.

Målsetting

Motiverende intervju er en individuell behandlingstilnærming, utviklet av Miller og Rollnick. I Norge kalles den også motiverende samtale og endringsfokusert rådgiving. Motiverende intervju og Motivasjonsstyrkende modell (en mer omfattende MI- intervensjon fra Project Match, 1997)

er en pasientsentrert rådgivning for å fremme atferdsendring ved å hjelpe individer som er ambivalente i forhold til å engasjere seg i behandling og stoppe rusmisbruket.

Målgruppe

Motiverende intervjumodeller er et spesielt nyttig redskap i arbeidet med klienter som sliter med lav motivasjon i en bred aldersgruppe 12-26 år eller 20-60 år. Denne tilnærmingen ble utviklet for alkoholmisbrukere og har gode resultater, men nå har evalueringer av Motivasjonsstyrkende terapi i forhold til andre rusmidler som cannabis, begynt å vise lovende resultater (Hetteema, Steele & Miller, 2005).

Arenaer

Denne behandlingsmodellen har mest blitt brukt i familie- og nærmiljøbasert behandling, men kan også benyttes i institusjonsbehandling.

Behandlingsstruktur og innhold

Tilnærmingen bruker strategier for raskt å vekke motivert endring fremfor å guide ungdom trinnvis gjennom behandlingsprosessen og brukes ofte sammen med Kognitiv atferdsterapi. Motiverende intervjuteknikker er blant annet aktiv lytting, refleksjoner, sokratiske spørsmål med en empatisk grunnholdning. Mestringsstrategier for høyrisiko-situasjoner er foreslått og diskutert med pasienten. Terapeuten skal monitorere (overvåke) for endring og oppmuntre beslutningen om avholdenhet. Oppmerksomheten i forskningsfeltet har også begynt å rette seg om motivasjonens betydning for at ungdom benytter de ferdighetene som læres under behandling (Porporino & Fabiano, 2002). Klienten kan også oppmuntres til å ta med betydningsfulle andre (for eksempel foreldre eller venner) til behandlingsmøter. Motiverende intervju bygger på den kjensgjerningen at intensjonell atferdsendring forutsetter aktiv og konstruktiv deltagelse fra klientens side og kjennetegnes ofte ved lite antall behandlingsmøter.

Resultater

Forskningen om Motiverende intervju som behandling for rusmisbruk viser varierende resultater, men det er en overvekt av lovende resultater. Mest virksom var slike intervensjoner når de var kombinert med intensiv behandling (Becker & Curry, 2008; Kaminer, 2002; Dunn, Deroo & Rivara, 2001). Prendergast og medarbeidere (2006) oppsummerer også resultater i forhold den Motivasjonsstyrkende modellen (MET). De viser til at motivasjonsmodellen kombinert med Kognitiv atferdsterapi er mer effektiv enn dommerinitiert rusbehandling (ungdom som dømmes til behandling) både i behandlingsperioden og i en 6-måneders oppfølgingsperiode. Læringsbasert rusbehandling (CM) øker videre effekten både av den integrerte modellen med motiverende

intervju og Kognitiv atferdsterapi og av dommerinitiert rusbehandling i selve behandlingsperioden. Effekten av Motiverende intervju og Kognitiv atferdsterapi (både med og uten Læringsbasert rusbehandling) vedvarer og øker i en 6-måneders oppfølgingsperiode. Mest virksom var kombinasjonen av Motivasjonsstyrkende modell, Kognitiv atferdsterapi og Læringsbasert rusbehandling.

Motiverende modeller viser noe ulike resultater avhengig av type rusmiddel og målet for intervensjonen. Tilnærmingen har med gode resultater blitt brukt på alkoholikere for å bedre motivasjon til behandling og forbedre behandlingsresultater. Den Motivasjonsstyrkende modellen har også blitt brukt med gode resultater på marihuanaavhengige individer i kombinasjon med Kognitiv atferdsterapi. Resultatene av motivasjonsmodellen er blandet når det gjelder misbruk av andre rusmidler som heroin, kokain og nikotin og for ungdom som tenderer til å misbruke mange rusmidler. Generelt ser behandlingsmodellen ut til å være mest virksom for å skape motivasjon til å starte opp behandling fremfor å redusere rusmisbruk.

Fordeler/ulemp

+ Motivasjon er grunnleggende viktig for å starte opp og gjennomføre en behandling og intervensjoner kan brukes på tvers av kontekster og arenaer.

- Resultatene tyder på at modellen helst bør kombineres sammen med andre former for mer intensiv rusbehandling.

Institusjonsbehandling

Vi fant svært få systematiske oversiktsartikler om institusjonsbehandling for rusproblemer, og forskningskvaliteten var gjennomgående svak. De fleste evalueringene hadde forskningsdesign som innebar seleksjonseffekter og frafallproblemer, små utvalg, ingen kontrollgrupper eller manglende randomisering og høyt behandlingsfracfall (“drop-out”) sammenlignet med forskning på modeller i familie- og nærmiljøbasert behandling (Hair, 2005). Plant & Panzarella (2009) beskriver også flere metodiske utfordringer når det gjelder forskning på institusjonsbehandling. Det er en stor heterogenitet i programmer, og “Miljøet” i miljøbehandling er ofte ikke spesifisert og vanskelig å sammenligne mellom ulike studier. Dette viser også undersøkelser fra Norge (Kvaran, 1996 ref. i Andreassen “Behandling av ungdom i institusjoner”, 2003) og Sverige (Sallnes, 2000 ref. i Andreassen, 2003).

Forskningskvaliteten på studier av institusjonsbehandling for ungdom er ikke optimal, noe som gjør det vanskelig å vurdere *modellkvaliteten*. Vi vil likevel presentere noen modeller for

institusjonsbehandling for rus som viser gode erfaringer, resultater fra brukerundersøkelser og enkeltstudier i forhold til ungdom og rusmisbruk.

Behandling i institusjoner og kollektiver

I praksis er behandlingsformene innenfor institusjonsbehandling ofte “eklektiske” med elementer av motiverende intervju, kognitiv atferdsterapi mm. inkludert i miljøterapien. Miljøterapi er ofte en planlagt tilretteleggelse av dagliglivet i en institusjon, noe som omfatter avdelingens helhetlige fysiske, sosiale og kulturelle miljø. Flere institusjoner har startet med å integrere behandlingsformer som har vist evidens utenfor institusjon, det vil si familie- og nærmiljøbaserte behandlingsmodeller (for eksempel Multisystemisk terapi, Multidimensjonal familieterapi, Kort strategisk familieterapi). Andre lovende tiltak som kan prøves innenfor institusjonsbehandling er: Nærmiljøbasert forsterkningsmodell (CRA), Læringsbasert rusbehandling (CM) og “Assertive Continuing Care ”(ACC) (Godley et al., 2002). Den sistnevnte modellen er en tilnærming som kan se lovende ut for behandlingsfeltet. Den omfatter “Case management”, og nærmiljøbasert forsterkningsmodell og sikrer at en plan for ettervern følges. ACC-modellen er dokumentert å forbedre og opprettholde tidlig gode behandlingsresultater (Godley et al., 2002).

Når det gjelder spesifikt for institusjonsbehandling, påpeker Andreassen (2003) at alle institusjoner som håndterer atferdsvanskelig ungdom må kunne mestre tre helt forskjellige men likevel avgjørende utfordringer i behandlingen:

- a. Personalet må være i stand til å gjennomføre den planlagte behandlingen – det vil si de må mestre vold, aggresjon og oppnå stabilitet i behandlingen,
- b. De må gjennomføre behandlingen på en måte som forhindrer negativ utvikling (for eksempel forhindre negativ innflytelse ungdommene imellom) og i stedet fører til behandlingsgevinst,
- c. Positive atferdsendringer må opprettholdes når ungdommen vender tilbake til normalsamfunnet og i årene som følger.

Virksomme institusjoner bør videre benytte strukturerte metoder for forandring av atferd og hvordan ungdommene tenker, og for læring av sosiale ferdigheter og ha et personale som har kunnskap og opplæring i de aktuelle metodene, og som er enige om hvilke metoder som benyttes. Metodene bør gjennomføres i et klima med balanse mellom autonomi/støtte og kontroll og det

bør ligge integrert et system for registrering, evaluering og veiledning. Kjennetegn ved effektive institusjoner har også vist seg å være trening av ungdommene i sosiale ferdigheter, involvering av familien i behandlingen, fokus på skole/arbeid, nær tilknytning til normalsamfunnet, hjelp til kontakt med prososiale jevnaldrende og tilbud om adekvat ettervern (Andreassen, 2003). Disse retningslinjene har antagelig god overføringsverdi til institusjonsbehandling av ungdom med rusproblemer.

Cass & Nelson (1998) har sett nærmere på ettervern i tillegg til mange andre sider ved institusjonsbehandling. De gjennomgikk data for 7000 ungdommer med atferdsvansker som var utskrevet fra institusjon i 1997. Undersøkelsen deres konkluderte i forhold til ettervern med at:

- Det beste ettervernet rettet seg mot familie, lokalsamfunn, skole og ungdommen.
- Det beste ettervernet differensieres ut fra ungdommens behov og rettes mot risikofaktorer for den enkelte ungdommen.
- Det beste ettervernet ser ut til å være en direkte videreføring av arbeidet i institusjonen rettet mot kriminogene behov i omgivelsene

Avhengig av ungdommenes individuelle behov bør det tilrettelegges for riktig involveringsgrad, riktig type ettervern og tilpasset ettervern (for eksempel elektronisk på mobil/mail, via møter, verdikort m.m.). Alle disse faktorene vil spille inn i forhold til behandlingsresultat og påvirke sannsynligheten for tilbakefall til rusmisbruk.

Kritikken til institusjonsbehandling er ofte at den fører til atskillelse og lite involvering fra familien, dårlig tilretteleggelse av ettervern, vedlikehold av behandlingsresultater etter behandling og potensielt negative smitte-effekter når ungdommer plasseres sammen med andre rusmisbrukende ungdommer (Plant & Panzarella, 2009).

Nedenfor presenteres noen modeller som ifølge Waldron & Turner (2008) samt Plant & Panzarella (2009) har vist lovende resultater i institusjonsbehandling:

Minnesotamodellen

Teori

Minnesota modellen bygger på 12-trinnsmodellen som er organisert på prinsippene til AA. Tolvtrinnsmodellen har fra starten av vært preget av erfaringsbasert kunnskap og hatt noe uklart teoretisk grunnlag, men kan sies å inneha elementer av gruppeterapi, narrativ terapi, endringsteori og familieteori.

Målsetting

Overordnet mål er livsvarig avholdenhet fra alkohol og andre rusmidler og bedre livskvalitet. Målet skal nåes gjennom prinsippene til 12-trinnsfilosofien som inkluderer hyppig møter med andre ungdom i tillegg til kognitive og atferdsmessige endringer (Winters et al., 2000, Winters et al., 2007).

Målgruppe

Ungdom som misbruker rusmidler.

Arena

Modellen kan tilbys både som familie- og nærmiljøbasert behandling og som institusjonsbehandling, men den optimale settingen er institusjon.

Behandlingsinnhold og struktur

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

Resultater

Winters og medarbeidere (2000) fant gode resultater på rusmisbruk for ungdommen som var med i Minnesotaprogrammet sammenlignet med de som sluttet eller som var i ventelistegruppen. Et interessant funn var at de som hadde vært på institusjon med Minnesotaprogram ikke fikk bedre resultater enn de som var i familie- og nærmiljøbasert behandling. En langsiktig oppfølgingsstudie som ble gjort med de samme ungdommene (Winters et al., 2007), viste likt mønster, selv om hovedprediktoren for godt resultat var ettervern. Det er også gjennomført kontrollerte studier av Minnesotamodellen (Anderson, McGovern & DuPont, 1999).

Fordeler/ulempes

+ Tolvtrinnsmodellen som Minnesota bygger på, har flere lovende resultater å vise til for voksne rusmisbrukere.

– Vurderes av Waldron & Turner (2008) som en modell med lovende resultater, men som trenger mer utprøving.

De syv utfordringene (“The Seven Challenges”)

Teori

Modellen er basert på en kognitiv og emosjonell offentlig helsemodell av beslutningstaking der individet veier fordeler mot ulemper ved rusmisbruk.

Målsetting

De syv utfordringene er utformet for å imøtekomme behovene til ungdom med rusmisbruk og psykiske problemer for å fremme prososial atferd og relevante mestringsferdigheter (Stevens, Schwebel & Ruiz, 2007).

Målgruppe

Ungdom med rusmisbruk og psykiske problemer.

Arena

På tvers av arenaer og settinger.

Behandlingsinnhold og struktur

Programmet har et rammeverk som utfordrer ungdom til å engasjere seg i selvevaluering og beslutningsprosesser. Motiverende tilnærminger og andre mer direkte strategier er brukt for å øke bevisstheten om skaden av rusmisbruk uten å skape forsvar. De syv utfordringene arbeider med ungdom som parallelt har psykiske problemer gjennom “empowerment” og oppmuntring til å mestre livet på positive måter uten rusmidler. Hjørnesteinen i programmet består av syv klare utfordringer ungdommene må gjennomgå i behandlingen (Schwebel, 2004).

Resultater

Modellen har blitt testet ut i to studier og har lovende resultater, spesielt med ungdommer som har internaliserte psykisk lidelser (Schwebel 2004; Smith et al., 2006; Stevens et al., 2007 i Dembo & Muck, 2009; Dennis & Kaminer, 2006)

Fordeler/ulemper

+ Modellen ser spesifikt på ungdom med psykiske problemer kombinert med rusmisbruk.

- Utvalgene i studiene var små.

Terapeutiske samfunn

Teori

Det terapeutiske samfunnsideologer var opprinnelig forankret i fellesskapsbegreper som demokrati, medinnflytelse, toleranse, læring og kollektiv. Rammeverket er basert på kliniske og forskningsbaserte erfaringer fra terapeutiske modeller, og modellene innehar komponenter av sosial læringsteori, gruppeprosessteori og psykoterapi (De Leon, 2000). Det terapeutiske samfunn er en av flere miljøterapeutiske retninger som vektlegger sosiale prosesser og det kollektive miljøets betydning for psykisk helse og innsiktsfull læring.

Målsetting

Målene til det terapeutiske samfunn er rusfrihet og en omfattende forandring av livsstil.

Målgruppe

Pasienter i terapeutiske samfunn er ofte de med relativ lang historie med rusmisbruk, kriminell aktivitet og dårlig sosial fungering (De Leon, 2000).

Arena

Institusjonsbehandling, for eksempel Phoenix Haga i Norge, men også i andre settinger som under kriminalomsorg og i nærmiljøbaserte tilnærminger.

Behandlingsinnhold og struktur

Terapeutiske samfunn er et eksempel på institusjonsbehandling som har et høyt strukturert program som pasienten bor innenfor i 6-12 måneder. Denne formen for behandling er klassifisert som samfunns- og miljøbasert terapi med fokus behandlingssamfunn (Morral, McCaffrey & Ridgeway, 2004). Det finnes terapeutiske samfunn for ungdom som ofte har gjennomgått mange alternative former for rusbehandling blant annet individuell rådgiving, familiebasert terapi, 12-trinnsmetoder, trening i ferdigheter til dagligliv og fritid (Plant & Panzarella, 2009).

Resultater

Morral og medarbeidere (2004), brukte en evalueringsdesign, uten randomisering, der 450 ungdommer i 9-12 måneder ble behandlet i institusjon (Phoenix academy). De ble sammenlignet med en gruppe ungdommer som fikk "behandling som vanlig". Resultatene viste signifikant redusert rusmisbruk og bedre psykologisk fungering for dem enn for sammenlignings gruppen 12 måneder etter behandling. Disse forbedringene viste seg på alle tre mål på rusmisbruk og på mål på mental helse og kriminelle handlinger. Perry og kolleger (2006) gjennomførte en omfattende oversiktsstudie i forhold til effektiviteten av rusbehandlingsprogram for unge lovbrøyttere under

kriminalomsorgen. De oppsummerer at terapeutiske samfunn med ettervern ser ut lykkes best med å redusere rusmisbruk og annen kriminell aktivitet. De tok for seg 24 studier med 8936 deltagere totalt. Aldersgruppen var 18-65 år. De fant 15 studier som var like nok til å gjennomføre en meta-analyse. Sammenlignet med venteliste-kontrollgruppe hadde terapeutisk samfunn med ettervern de beste resultatene og hindret i større grad nye fengselsopphold etter 12 måneder. De gode resultatene kan muligvis forklares med stort antall deltagere som fullførte behandlingen.

Jainchill og medarbeidere (2000) gjennomførte en oppfølgingsstudie av ungdommer som hadde gjennomgått behandling i terapeutisk samfunn og fant reduksjon i rusmisbruk og kriminell atferd.

Fordeler/ulemp

+ Resultatene er lovende for ungdommer med tyngre rusmisbruk.

– Studien til Morral et al. (2004) fordelte ikke deltakerne tilfeldig på intervensjons- og sammenligningsgruppe.

Institusjonsbehandling

Tore Andreassen (2003) er opptatt av hva som er virksomt når man utvikler institusjoner for ungdom, dog ikke institusjoner som er spesifikke for ungdom med rusmisbruk. Basert på hans resultater samt andre forskningsresultater, presenteres her ved et eksempel på elementer i en virksom institusjonsmodell for ungdom som har blitt utredet med anbefaling om institusjonsbehandling:

Teori

Kognitiv atferdstilnærming som er den mest effektive tilnærmingen til behandling av ungdom med alvorlig atferdsproblemer i institusjon (MacKenzie, 2000). Den vil bidra til å endre ungdommers atferd og tenkning (holdninger, problemløsningsstrategier, impuls kontroll etc.) og gir også ferdighetstrening (sosiale og praktiske).

Målsetting

Behandle ungdommens atferdsproblem, inkludert rusmisbruk.

Målgruppe

Ungdom 12-20 år med rusmisbruk og/eller dobbeltdiagnoser, stemningslidelser, alvorlige atferdsproblemer og angstlidelser.

Arena

Institusjonsbehandling med familie- og nærmiljøbasert ettervern.

Behandlingsinnhold og struktur

Hair (2005) påpeker viktige elementer som kan medføre bedre resultater for institusjonsbehandling av ungdommer. Det er familietilnærming og familierapi, ettervern som inkluderer skole eller arbeid og gjennomføring av behandlingsopplegget. Plant & Panzarella (2009) fremhever noen av de samme trekkene ved virksomme institusjonsbehandlingsmodeller, nemlig fullført behandling – eller behandling over 90 dager, involvering av familien (Frensch & Cameron, 2002), mindre strikte regler, motiverende tilnærming og fokus på skadereduksjon (Mayes & Handley, 2005).

Andreassen (2003) påpeker at flere metoder innenfor en kognitiv atferdstilnærming viser gode resultater: tegnøkonomi, aggresjonskontrolltrening, modellæring m.m. og videre der hvor institusjoner bruker multimodale modeller, for eksempel ART- “aggresion replacement training”, blir resultatene gode. Den brede litteraturen om behandling av rusmisbrukere antyder at behandlingens lengde, behandlingsmodalitet og graden av behandlingsgjennomføring påvirker prosessen. Generelt viste behandlingstid seg å være den variabelen som i størst grad samvarierte med behandlingsresultat. Forskningen er uklar mht. hva som er optimal oppholdslengde i institusjon. Dette vil naturlig nok variere basert på ulike institusjoners innhold og fungering. Det kan være en risiko ved lengre opphold for negativ atferdsutvikling som følge av smitteeffekter av andre ungdommer eller som følge av manglende systematikk i behandlingen. Generelt antyder forskningen optimal oppholdslengde på ca 6 måneder for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Optimal oppholdslengde synes å kunne relateres til den tid det tar før ungdommen er i stand til å nyttiggjøre seg tiltak utenfor institusjonen, eller den tid det vil ta å gjennomføre et strukturert kognitivt atferdsprogram. Tvangsbehandling synes ikke å være mindre effektiv enn frivillig behandling (Farabee et al., 1998, Angling & Hser, 1990, Hubbard et al., 1989 sitert i Andreassen “Behandling av ungdom i institusjon”, 2003).

Det er i tillegg av stor betydning hvordan utredning/screening og henvisningen av den enkelte ungdom gjøres. Utredning av ungdommen, men også av omgivelsene, er viktig for å avklare hvilke ressurser og behov som er aktuelle og videre hvilke tiltak som vil være best. Kritikken rettes ofte mot utredningsinstitusjoner da dette er et unaturlig miljø, ofte kortvarig og mye preget av uro og ustabilitet med utskiftning av ungdommer som skaper lite tilfredsstillende forhold for korrekt utredning (Andreassen, 2003)

Resultater

Morehouse & Tobler (2000) (sitert i Andreassen, 2003), presenterer resultater fra en 5-års undersøkelse av “Residential Student Assistance Program” (REAP) for å forebygge og redusere rusmiddelmisbruk av institusjonsplasserte høy risiko ungdommer (13-19år) sammenlignet med ungdommer i institusjoner som ikke deltok i REAP. Resultatene viste positive effekter av REAP, spesielt for yngre misbrukere på et tidlig stadium i misbruket (ES=.44) sammenlignet med ungdommer med langvarig misbruk (ES=.14). REAP reduserte omfanget av rusmiddelmisbruk og antall rusmidler som ble misbrukt. Best resultat ble funnet i institusjoner hvor personalet var erfarne og fungerte bra sammen, hadde fått god opplæring og hvor programmet var gjennomført som planlagt. Det ble ikke funnet signifikant endring i rusmiddelmisbruk i sammenligningsgruppene som ikke mottok REAP (ref. i Andreassen, 2003).

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

Behandlingskollektiver

Vi fant ingen publiserte systematiske oversiktsartikler eller effektevalueringer av ruskollektiver utover etterundersøkelser og brukerundersøkelser blant ungdom som har bodd på kollektiver samt evaluering av terapeutiske samfunn som har noen fellestrekk med dagens ruskollektiver. De har begge som behandlingsmodeller de siste årene måtte tilpasse seg rusreformens fokus på helse og kvalitetssikring samt eksisterende anbudskrav. I 1995 publiserte Tyrili sin første omfattende etterundersøkelse som til tross for vitenskaplige svakheter viste til relativt gode resultater sammenlignet med andre aktuelle behandlingstiltak innenfor rusomsorgen eller psykiatrien (Lange-Nielsen, 2004). På denne tiden hadde det vokst opp mange ulike kollektiver som tok utgangspunkt i Tyrili og Sollias ideer og erfaringer. Ifølge Helgeland (2007) har mange fungert dårlig, mens andre stort sett har fungert bra for et flertall av sine brukere. Brukerundersøkelser blant de som har bodd på ruskollektiver, har blitt gjennomført, noe Edle Ravndal oppsummerer i artikkelen “Evaluering av behandlingskollektiver”, “Tidsskrift for Norsk psykologforening”,

2007. Artikkelen tar utgangspunkt i fire såkalte brukerevalueringer fra fire ulike kollektiver som er gjennomført i løpet av de siste årene (Fauske, 2004; Lone, 2003; Rokkan & Brandsberg-Dahl, 2003; Rønningen & Øygard, 2003). I 2006 var 12 kollektiver tilsluttet Samarbeidsforum for norske kollektiv. Til sammen disponerer disse kollektivene mange døgnplasser i tillegg til etterverns plasser og dagplasser. Flere har også faste driftsavtaler med ulike helseforetak.

Ruskollektiver

Teori

Praktisk og sosial læring i et levetilleskap eller “medleverskap”, med komponenter av motivasjonsteori, sosial læringsteori, modellering, klassisk og operant atferdsteori og gruppepsykologi.

Målsetting

Felles for kollektivene er at de vektlegger å bygge sterke og trygge bosteder der ungdom og voksne i fellesskap kan etablere prososiale miljøer (Samarbeidsforum for norske kollektiv, 2005). Gjennom samhandling og relasjonsbygging skal de som bor i kollektivene bli påvirket til positiv vekst og utvikling.

Målgruppe

Det er noen forskjeller mellom dagens kollektiver i forhold til innhold, ideologisk forankring og bo- og arbeidstidsordninger så Samarbeidsforum (2005) deler de inn i tre grupper:

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

De fleste kollektivene rekrutterer sine beboere fra hele landet, og de yngste elevene er i første omgang tatt inn gjennom bruk av tvang i forhold til Barnevernsloven. Gjennomsnittsalderen er 16 år og omtrent halvparten er unge kvinner. Gruppen har en tung psykososial problematikk og

preges av store atferdsproblemer i kombinasjon med begynnende rusmisbruk. Foreløpig er deres hovedrusmiddel cannabis, mens nesten ingen ennå har brukt heroin (Melberg, Lauritzen & Ravndal, 2003).

Arena

Institusjon.

Behandlingsinnhold og struktur

Gjennom samhandling og relasjonsbygging skal de som bor i kollektivene bli påvirket til positiv vekst og utvikling. Kontinuitet i tilstedeværelsen anses som vesentlig i behandlingsformen. Gruppefellesskapet og samholdet skal være en viktig ressurs i den enkeltes utvikling for å styrke sitt selvbilde og fungere i et sosialt samspill. Ved at elever og arbeidsledere samhandler både i arbeidet og på fritida skapes det tette relasjoner. Disse relasjonene skal gjøre at elevene føler tilhørighet til kollektivet. Kollektiver er satt sammen av en mengde komponenter der det fremfor alt er den bredspektrede tilnærmingen og helheten som skaper resultatene (Lange-Nielsen, 2004). Kollektiver integrerer delvis også elementer fra intervensjoner beskrevet under familie- og nærmiljøbasert behandling, som atferdsterapi, kognitive og motiverende tilnærminger og fokus på familieinvolvering (for eksempel fra Sverige: Hassela-kollektivet bruker 12-trinnsmodellen og Ljungaskog-kollektivet bruker Funksjonell familieterapi).

Resultater

Det har blitt gjort flere interne og eksterne brukerundersøkelser/evalueringer i flere kollektiver og de er av høyst ulik kvalitet. De er lagt opp forskjellig og har til dels litt ulike målsetninger. En oppsummering av fire evalueringer (Sollia, Tyrili, Skjerfheim og Hiimsmoen) viser at de faglige utfordringene i forhold til klientene er store, og kollektivene lykkes ikke med alle. Men samlet sett viser evalueringene betydelige bedringer mht. elevenes rusbruk, arbeid/utdanning, bolig, familie og nettverk. Sammenhengen mellom tid i behandling og utfall på sikt tyder på at behandlingen er viktig, selv om evalueringene primært er resultatundersøkelser flere år etter og ikke undersøkelser som måler effekt av bare behandlingen. Kollektiv som behandlingsmodell har også tilsvarende gode resultater i Sverige hvor den opprinnelig stammer fra. Også den siste evalueringen av det såkalte Buskerud-prosjektet, hvor ungdommene ble fulgt opp 12-15 år etter, viser at særlig tiltak som forsterkede fosterhjem og kollektiv syntes å ha stor betydning for ungdommenes videre utvikling (Helgeland, 2001). Som evalueringen fra Skjerfheimkollektivet understreker, og som flere evalueringer viser, ligger det viktigste utviklingspotensialet ved kollektivbehandlingen i arbeidet med tilbakeføringen til storsamfunnet og ettervernet (Helgeland, 2001; Lie, 1999). Andreassen (2003) peker også på det å leve sammen som en vesentlig forskjell mellom ordinære

institusjoner og kollektiver/forsterkede fosterhjem. Medleverskap synes å være en viktig årsak til at gode kollektiver faktisk klarer å gjennomføre den planlagte behandlingen og forhindre negativ utvikling. Dessuten synes det å bidra til at kollektiver får en effekt med lang holdbarhet for en del av brukerne uavhengig av andre typer ettervernstiltak fremhever Lange-Nielsen (2004).

Fordeler/ulempes

+ Brukerundersøkelsene viser at noen barn og unge trenger å plasseres fra familie og nærmiljø for en periode pga store vansker med rus og atferdsproblematikk og mangel på resurser i nærmiljø, og at disse synes å ha særlig nytte av et medleverskap.

– Forskningen inneholder metodiske svakheter ift. seleksjonseffekter, frafallsproblematikk, små utvalg m.m.

Hva sier forskningen type rusmiddel, kjønn og etnisk bakgrunn?

Internasjonal evalueringsforskning fremhever i dag design som muliggjør analyser av hvilke personer eller undergrupper behandlingen er virksom for. Dette handler om forhold som modererer eller predikerer behandlingsutfall. Moderatorer er forhold eller egenskaper som kan identifiseres forut for behandling og som kan ha innflytelse på forholdet mellom behandlingsform og behandlingsresultater. Modeller kan med andre ord i ulik grad være virksomme avhengig av målgruppen. Kunnskapsoversikten fokuserer derfor på utvalgte moderatorer som kjønn og etnisitet, og hvordan disse påvirker behandlingsutbyttet.

Type rusmiddel

De fleste ungdommer starter sin ruskarriere med alkohol og deretter cannabis. Rusmidlene alkohol og marihuana var de hyppigst brukte rusmidlene blant amerikanske ungdom i behandling mellom 2000-2005 (Dembo & Muck, 2009; Leukefeld et al., 2009). En meta-analyse om behandling cannabisbruk framhevet flere av de samme familie- og nærmiljøbaserte modellene som denne kunnskapsoversikten har presentert som positive og lovende (Bender et al., 2010). De største effektstørrelsene i meta-analysen ble rapportert for multisystemiske tilnærminger (blant annet integrert Familie- og Kognitiv atferdsterapi og Multidimensjonal familieterapi) med en signifikant reduksjon i misbruk 12 måneder etter behandling. I tillegg hadde individuell behandling som Motiverende intervju (D'Àmico et al., 2008) moderate effektstørrelser (Martin & Copland, 2008).

I CYT- Cannabis youth study, fra Center for Substance abuse, under SAMSHA ble fem intervensjoner testet på ungdom med cannabismisbruk. Alle fem modellene dokumenterte bedre resultater enn ”vanlig behandling” og behandlingsmanualene for alle fem modellene er nå tilgjengelig for praksisfeltet i USA.

De fem modellene som ble testet var:

1. Motivasjonsstyrkende terapi / Kognitiv atferdsterapi,
2. Kognitiv atferdsterapi
3. Familiestøttenettverk
4. Nærmiljøbasert forsterkningsmodell for ungdom (ACRA)
5. Multidimensjonal familieterapi (MDFT) (Dennis et al., 2004).

Se www.chestnut.org for mer informasjon.

Personer som var over 18 år og hadde cannabis-avhengighet responderte med mindre misbruk på flere psykososiale intervensjoner (Dennis & Kaminer., 2006). I seks studier med høy kvalitet, og med totalt 1297 deltagere varierte behandlingen mellom gruppe- og individbasert Kognitiv atferdsterapi og Motivasjonsstyrkende terapi (MET). Alle behandlingsformene medførte en viss reduksjon av cannabismisbruk, men bare én randomisert kontrollert studie viste at 9 behandlingsmøter med Kognitiv atferdsterapi var mer virksom enn Motivasjonsstyrkende terapi av kortere varighet.

Kjønn

Vi har ikke funnet modeller for rusbehandling som gir eksplisitte forskjeller for gutter og jenter. Multidimensjonal familierapi er den eneste som har utviklet en spesifikk tilnærming for jenter (Dakof, 2000). I en kvalitativ studie av atferdsvanskelige ungdom i institusjon argumenterer Koons (1997, ref. fra Andreassen, 2003) for at jenter kan ha andre behov som behandlingen bør dekke og imøtekomme sammenlignet med gutter, bl.a. omsorg som berører eventuell graviditet og seksuelt misbruk, behovet for kvinnelig personell, trygge miljøer, gode relasjoner.

For enkelte grupper av rusmisbrukere over 18 år har det vist seg at kjønnssegregert rusbehandling i noen tilfeller har ført til et bedre behandlingsresultat for kvinner, spesielt gravide og småbarnsmødre. Den positive effekten har kun vært påvist i forhold til reduksjon av psykiske problemer og mindre behandlingsfravall. Troverdigheten til resultatet svekkes imidlertid av den lave metodiske kvaliteten på oversiktsartikkelen (Kunnskapssenteret, mars 2009). Vi fant ingen andre eksempler på behandlingsmodeller som var signifikant mer virksomme for jenter enn for gutter i aldersgruppen 12-26 år. Det finnes derimot en del forskning om kjønnsforskjeller i behandlingen av voksne rusmisbrukere, men vi har ikke hatt mulighet for å gå nærmere inn i denne litteraturen.

Blant amerikanske ungdom som fikk behandling mellom 2000-2005 ble jenter hyppigere henvist til behandling for problemer med alkohol, metamfetamin og kokain/crack enn gutter. Jentene hadde videre høyere prosent av depressive lidelser enn guttene (Dembo & Muck, 2009). I en norsk undersøkelse om Multisystemisk behandling (MST) fant Ogden & Amlund-Hagen (2009) at selv om jenter og gutter skilte seg fra hverandre med hensyn til henvisningsårsaker og kjennetegn ved inntak til behandlingen, så var det få forskjeller i behandlingsutbytte; de fleste i jentenes favør. Målgruppen var imidlertid ungdom som hadde rusproblemer i kombinasjon med andre alvorlige atferdsproblemer.

Etnisk bakgrunn

En systematisk oversikt over studier av ungdom og rusmisbruk som inkluderte etnisitet omfattet 14 studier (Strada, Donohue & Lefforge, 2006). Tolv av studiene sammenlignet familierterapi med individuell terapi og gruppeterapi og/eller psykoedukativ orientert behandling. De to øvrige sammenlignet Kognitiv atferdsterapi med Psykoedukativ og Interaksjonell terapi.

Selv om 94 % av studiene tok hensyn til etnisitet i et visst omfang, var det kun 28 % som inkluderte etnisitet i designen og bare 6 % brukte statistiske analyser for å undersøke om etnisitet modererte behandlingseffekten (der det var nok etniske minoritetsdeltagere). Enkelte etniske minoriteter så ut til å bli lenger i behandling og fikk bedre resultater når de hadde samme etnisitet som behandleren (Sue, 1998). Det ble videre antatt at familieorientert behandling kan være mer virksomt, siden den er mer kultursensitiv, men funnene var blandet. Waldron & Turner, 2008 poengterer blant annet at familiebaserte modeller ser ut til å være mer effektive enn Kognitiv atferdsterapi for latinamerikanske deltagere (Waldron et al., 2007).

Huey og Polo (2008) presenterer også gjennom sin oversikt et bilde av etniske minoriteter i rusbehandlingen. Ungdommens etnisitet (Afrikansk-Amerikanere, Latinamerikanere, blandet andre minoriteter), problem type, alvorlighetsgrad, diagnostisk status, og kultur-responsivitet behandlingsstatus modererte ikke behandlingsresultater. Det er gjennomført få tester av kulturelle tilpasningseffekter i litteraturen og kulturelt validerte resultatmålinger er hovedsakelig fraværende. Multidimensjonal familierterapi (Liddle et al., 2001) var eneste lovende behandlingsmodell for rusmisbruk blant etnisk minoritetsungdom, med bedre resultater enn sammenligningsgruppen som fikk Kognitiv atferdsterapi.

Multisystemisk terapi blir i andre studier presentert som lovende for afrikanske amerikanere. Unge narkotikaforbrytere fikk bedre resultat enn de som fikk vanlig tilbud (Henggeler et al., 1999) også etter 4 år (Henggeler et al., 2002).

Houge & Liddle (2009) viser til et område innen moderatorforskning der familiebaserte terapier har vist meget gode behandlingsresultater for etniske minoriteter. Av 14 studier, hadde 9 rekruttert utvalg med minimum 50 % minoriteter. Latinamerikansk ungdom har vært i fokus av behandlingsutvikling og resultatforskning for Kort strategisk familierterapi (BSFT) (Robbins et al., 2008; Szapocznik et al., 1986; Santisteban et al., 2003) og Funksjonell familierterapi (Waldron et al., 2001), mens afrikanske amerikansk ungdom har vært fokus for Multidimensjonal familierterapi (Liddle et al., 2001) og Multisystemisk terapi (Henggeler et al., 2002, 2006). I tillegg til inklusjon av etniske minoriteter i kliniske forskningsutvalg, understreker talsmenn for kultursensitiv

behandling (Strada et al., 2006) behovet for å ta større hensyn til kultur-spesifikke tilpasninger i gjennomføringen av behandlingen. Familiebaserte terapimodeller har også her gjort visse framskritt (Jackson-Gilfort et al., 2001).

Oppsummert mangler det mye før en vet hvordan behandlingsutbyttet for etniske minoriteter skiller seg fra det som det som deltakere fra majoritetskulturen har. Vi har ikke funnet forskningsresultater som entydig peker i retning av at bestemte behandlingsmodeller egner seg bedre for etniske minoritetsgrupper enn for majoritetsgruppen. Likevel understrekes ofte behovet for kultursensitiv behandling, og mangelen på forskningskunnskap om etnisitet som modererende faktor er betydelig. Det er også vanskelig å vurdere overføringsverdien av internasjonal forskning til vårt land. Norge har sine spesielle minoritetsgrupper som representerer til dels andre språklige, kulturelle og sosiale utfordringer i rusbehandlingen og i arbeidet med å integrere disse ungdommene i utdanning, arbeid og samfunnsniv.

4. Teorier om rusmisbruk, og kjernekomponenter i behandlingsmodeller med gode resultater

Teorier om ungdoms rusmisbruk

I dette avsnittet gir vi en oversikt over teorier om hva som får ungdom til å prøve rusmidler. Presentasjonen bygger i hovedsak på en oversiktsartikkel av Petraitis, Flay & Miller (1995) som tar for seg teorier om det de kaller ungdoms *eksperimentelle* bruk av rusmidler (experimental substance use). Det er mange grunner til at ungdom prøver rusmidler og til at noen ikke klarer å kontrollere bruken. Gjennom forskning har en derfor identifisert mange forhold som forbindes med rusmisbruk (også omtalt som korrelater), men det har vært vanskelig å knytte dem sammen i helhetlige årsaksforklaringer. Derfor er det vanskelig å si noe om den relative betydningen av de enkelte årsaksfaktorene og om sammenhengen mellom dem, noe som er viktig for å kunne planlegge forebygging av misbruk. Med dette som bakgrunn har Petraitis og kolleger analysert hva som forener og skiller ulike teorier. Selv om teoriene har sitt hovedfokus på forebygging, det vil si hva som får ungdom til å eksperimentere med rusmidler, så er de også interessante for å forstå hvordan en gjennom behandling kan forebygge tilbakefall til misbruk.

De vanligste teoriene om ungdoms bruk av rusmidler kan plasseres under overskriftene:

- kognitive teorier
- sosial læringsteori
- teorier om svak familietilknytning og manglende forpliktelse i forhold til konvensjonelle verdier
- teorier om personlige kjennetegn og personlighetstrekk

I tillegg finnes det integrerende teorier som beskriver den samlede påvirkningen fra ulike faktorer.

Kognitive-affektive teorier

Hva ungdom tenker og tror om konsekvensene av rusmiddelbruk påvirker deres atferd. Hvordan de avveier fordeler og ulemper ved bruk av rusmidler virker inn på beslutningen om å prøve eller å la være. I følge disse teoriene er det de rusmiddelspesifikke forventningene og holdningene som avgjør om noen bestemmer seg for å prøve rusmidler. Andre forhold som personlighetstrekk og negative vennepåvirkninger formidles gjennom (eller medieres gjennom) ungdommens tenkning, evalueringer og beslutninger. Hvis ungdom forventer at fordelene er større enn ulempene vil de stille seg positive til bruk. Beslutninger påvirkes også av hvilke sosial normer de forbinder med rusmiddelbruk. Hvis de tror at andre forventer av dem at de skal ruse seg, og hvis de føler et visst sosial press i den retningen, så øker sannsynligheten for bruk. Og omvendt; hvis de mener at

bruken av et rusmiddel er forbundet med stor (helse)risiko og at det knytter seg negative holdninger og reaksjoner til bruken, så reduseres sannsynligheten for at de prøver.

En av teoriene omtales som 'teorien om rasjonelle handlinger' (Theory of reasoned action; Ajzen & Fishbein, 1980) og legger stor vekt på betydningen av rasjonelle beslutninger eller avveininger. En beslektet teori omtales som 'teorien om planlagt atferd' (Theory of planned behavior, Ajzen, 1985, 1988). Denne trekker i tillegg inn begrepet *selvoppfatning* (self-efficacy) som er oppfatningen av å kunne kontrollere, og på en vellykket måte utføre bestemte handlinger. Ungdom kan for eksempel være overbevist om at de er i stand til å skaffe seg og bruke rusmidler (use self-efficacy), eller de kan være overbevist om at de er i stand til å motstå sosialt press om å bruke slike (refusal self-efficacy). Hvis det er ungdoms holdninger og overbevisning som fører til testing av rusmidler, så vil mottiltakene være til å endre slike oppfatninger og tenkemåter. Overbevisende og overtalende budskap blir et nøkkelbegrep. Det kan dreie seg om å styrke ungdoms forventninger om helsefarer og negative konsekvenser og å redusere de positive forventningene til rus. Mottiltakene kan også ta sikte på å endre ungdoms normative oppfatninger, det vil si deres ofte feilaktige oppfatninger av hvor mange av deres venner og jevnaldrende som ruser seg. En praktisk konsekvens av disse teoriene kan også være å iverksette tiltak som tar sikte på å styrke ungdommenes avvisningskompetanse gjennom informasjon og ferdighetstrening. Teoriene har imidlertid en alvorlig begrensning. Beskrivelsene av forventninger og holdninger også basert på observasjoner av ungdommenes atferd. Når bestemte forventninger og holdninger samvarierer med rusmiddelbruk, trengs en forklaring på hvor holdningene kommer fra – i tillegg til hvorfor de samvarierer med rusmiddelbruk. Det kan hende at meninger og holdninger formes av om ungdommen bruker eller ikke bruker rusmidler. Påvirkbare årsaker til rusmiddelbruk er imidlertid i større grad tema for sosial læringsteori.

Sosial læringsteori

Selv om sosial læringsteori også har fokus på rusmiddelspesifikke holdninger så legges hovedvekten på mellommenneskelige og sosiale påvirkningene. Teorien om at problematferd læres i små uformelle grupper (differensiell assosiasjonsteori; Sutherland, 1939) har blitt videreutviklet gjennom teorier som hevder at ungdom lærer avvikende atferd av sine rollemodeller, særlig foreldre og venner (Bandura, 1986). Rusmiddelbruk påvirkes derfor av rusmiddelspesifikke holdninger og atferd hos individer som er rollemodeller for unge mennesker. For den enkelte starter det med at de observerer og imiterer hvordan andre forholder seg til et bestemt rusmiddel, det fortsetter med at de blir sosialt bekreftet og oppmuntret til bruk og ender med at de har forventninger om positive sosiale og fysiske konsekvenser av fortsatt rusmiddelbruk. De mener at rusmidler både kan brukes til å stresse ned og til å få opp

stemningen i sosiale sammenhenger. Selv om teorien har fått støtte i forskning, har det imidlertid vært vanskelig å avgjøre hva som er viktigst: den sosial læringen eller tendensen til å velge venner en har mye til felles med. Hvilke påvirkninger og læringserfaringer en får sammen med sine venner avhenger av hvilke venner en velger.

Det er mange likhetstrekk mellom sosial læringsteori og kognitive teorier, og felles for dem er vekten de legger på den umiddelbare og direkte betydningen av rusmiddelspesifikke holdninger. Men sosial læringsteori har i tillegg et mer langsiktig perspektiv på rollemodellenes betydning og på budskap som formidler positive holdninger til bruk. Samtidig understrekes viktigheten av å framheve modeller som avstår fra bruk samt betydningen av å undervise i avvisningsferdigheter. Teorien har imidlertid problemer med å forklare hvorfor noen ungdommer omgås andre som har positive holdninger til bruk, mens andre ikke gjør det.

Teorier om tilknytning og konvensjonelle forpliktelser

Noen teorier hevder at det er den emosjonelle tilknytningen til venner som ruser seg som er den primære årsaken til rusmiddelbruk. Forklaringen på dette er svake konvensjonelle sosiale bånd til institusjoner og individer som avviser avvikende atferd, inkludert rusmisbruk (Elliott et al., 1985). Hirschis (1969) *sosiale kontrollteori* postulerer at alle individer har avvikende impulser, men disse holdes i sjakk eller kontrolleres av sterke bånd til de konvensjonelle verdier og normer i samfunnet, familien, skolen og religionen. Noen ungdommer har imidlertid svake sosiale bånd slik at de verken forplikter seg til eller internaliserer konvensjonelle verdier. Når ungdom ikke føler seg forpliktet i forhold til det konvensjonelle samfunnet, og når samfunnet ikke støtter opp om deres verdier, vil de lettere kunne knytte seg til rusmiddelbrukende venner og selv eksperimentere med rus. Svake bånd medfører også en svak tilknytning til konvensjonelle rollemodeller, inkluderte foreldre og lærere. Støtten til disse teoriene kommer fra forskning som viser at bruk av rusmidler er vanligere blant ungdom som heller enn å være konforme oppfatter seg som uavhengige, kritiske, fremmedgjorte eller opprørske. Den *sosiale utviklingsmodellen* (Hawkins & Weiss, 1985) legger stor vekt på betydningen av sosiale og skolefaglige ferdigheter og formidler at ungdom som søker seg mot rusmiljøer: 1) har få muligheter for belønnende samhandling hjemme og på skolen, 2) mangler sosiale og skolefaglige ferdigheter som kan bidra til at de mestrer og bekreftes i samhandling hjemme og på skolen, og 3) får lite bekreftelse i samhandlingen med foreldre og lærere. Derfor synes de at de har lite å tape på å ha kontakt med venner som ruser seg. De praktiske konsekvensene av teoriene er å satse på tiltak som styrker ungdoms skolefaglige og sosiale ferdigheter og som bidrar til en sterkere sosial tilknytning til foreldre, skole, lærere og prososiale venner. Teoriene har imidlertid lite fokus på individuelle

forskjeller mellom ungdommer og på forhold som personlige kjennetegn, personlighetstrekk og emosjonelle forhold. Dette er tema for den neste gruppen av teorier.

Teorier om betydningen av (inter)personlige kjennetegn

Her balanseres fokuset på ungdommenes sosiale miljø med et fokus på deres *individuelle kjennetegn*, blant annet selvoppfatning og mestringsferdigheter. Det er med bakgrunn i slike teorier at risikoungdom blant annet omtales som “impulsive, insensitive, fysiske, risikotakere, kortsiktige og non-verbale” (Gottfredson & Hirschi, 1990). Felles for teoriene under denne overskriften er antakelsen om at det i enhver sosial setting vil være individuelle forskjeller i motivasjonen for å bruke rusmidler og i graden av tilknytning til rusmiddelbrukende venner. Forskjellene antas å springe ut av relativt stabile personlighetstrekk, skiftende emosjonelle tilstander og individuelle ferdigheter.

En variant av *den sosialøkologiske modellen* forklarer rusmiddelbruk med stress i sin alminnelighet og skolerelatert stress i særdeleshet. Det som i følge modellen skaper skolerelatert stress er en lav faglig selvoppfatning (Kumpfer & Turner, 1990). Selv om modellen har begrenset empirisk støtte så har den sin styrke i vekten den legger på skolemiljøet og ungdommenes oppfatning av sin egen skolekompetanse. Den peker også på viktigheten av rusforebyggende tiltak som kan styrke ferdigheter, mestring og motivasjon i skolen.

Familieinteraksjonsteori framhever også betydningen av tilknytning mellom foreldre og barn, men går et skritt videre gjennom å trekke fram forhold som skaper gode emosjonelle bånd i familien (Brook et al., 1990). Forutsetningene for en god tilknytning som kan virke rusforebyggende er at foreldrene har konvensjonelle verdier, at de oppdrar barnet på en omsorgsfull og støttende måte, at foreldrene har en rimelig god psykisk helse og dessuten er i stand til å kontrollere barnet. Sterke positive følelsesmessige bånd mellom foreldre og barn fører senere til at de som ungdom kan tilpasse seg, utvikler en konvensjonell personlighet, har lite kontakt med rusmiddelbrukende jevnaldrende og viser liten interesse for å eksperimentere med rusmidler. Mer enn noen annen teori understreker denne hvor viktig dynamikken mellom foreldre og barn er i tiden før puberteten hvis den skal kunne påvirke forholdet til rusmidler. En praktisk konsekvens av teorien er å undervise foreldre i hvordan de skal veilede og støtte barna sine. Samtidig framhever modellen hvordan individuelle kjennetegn som blant annet lav skole- og prestasjonsmotivasjon, depresjon og lav selvfølelse, aggressivitet, opprørskhet, spenningsøsøking og dårlig impulskontroll, kan påvirke sannsynligheten for senere rusmiddelbruk.

Felles for teorier som fokuserer på intrapersonlige kjennetegn er at de framhever hvordan ungdom i enhver sosial setting i ulik grad vil ha kontakt med rusmisbrukende venner og være motivert for å ruse seg. Rusmiddelbruk kan ha sin rot i dysfunksjonelle personlighetstrekk, emosjonelle problemer, og manglende ferdigheter. Teoriene fokuserer vekselvis på betydningen av stress i skolen, selvoppfatning, sosiale samhandlingsferdigheter, mestringsferdigheter og emosjonelle vansker. Med utgangspunkt i intrapersonlige teorier bør intervensjoner rettes mot barns individuelle kjennetegn heller enn mot ungdommers holdninger til eget og venners rusmisbruk. Svakheter ved resonnetet er at det antas at personlighetstrekk og følelser påvirker bruk av rusmidler på en direkte måte. Dette bekreftes ikke av forskningen som snarere viser at personlige kjennetegn er dårlige prediktorer for rusmisbruk (selv om det påpekes at det knytter seg metodiske problemer til å måle slike sammenhenger). Teoriene som legger vekt på individuelle kjennetegn demper betydningen av kognitive prosesser i utøvende rusmiddelbruk mens forskningen peker på at personlighetskjenntegn først og fremst påvirker rusmiddelbruk via rusmiddelspesifikke holdninger.

Integrerende teorier

Noen teorier forsøker å integrere perspektivene som er presentert ovenfor, det vil si teorier som fokuserer på:

- a. rusmiddelspesifikk tenkning og holdninger,
- b. venner og foreldres modellering av rusmiddelspesifikk atferd,
- c. forpliktelser i forhold til konvensjonelle verdier og tilknytning til foreldre og
- d. ungdommens personlige eller individuelle kjennetegn

Mens ingen av de forannevnte teoriene tar hensyn til alle faktorene på en gang, så forsøker de integrerende teoriene å gjøre nettopp det.

Problematferdsteori.

Denne innflytelsesrike teorien forklarer hvordan ungdom utvikler flere former for problematferd, blant annet rusmisbruk (Jessor & Jessor, 1977). I følge teorien vil ungdom som har problemer på ett område (for eksempel kriminalitet) også være mer utsatt for å utvikle andre former for problematferd (for eksempel rusmisbruk). Eksperimentell rusmiddelbruk er mer sannsynlig hvis ungdom føler seg mer knyttet til venner enn til foreldrene, særlig hvis de har venner som aksepterer og bruker rusmidler. Sannsynligheten for rusmiddelbruk øker også hvis ungdommen selv har positive holdninger til bruk, hvis skolefaglig prestasjoner verdsettes lavt, hvis de er sosialt kritiske, fremmedgjorte og opprørske samt forsøker å frigjøre seg fra det konvensjonelle

samfunnet. Hvis de i liten grad får anerkjennelse og bekreftelse for måten de oppfører seg på, så har de lite å tape på å være avvikende.

Bronfenbrenners (1979) sosialøkologi utgjør teorigrunnet for flere av de multisystemiske behandlingsmodellene, blant annet MST (Henggeler et al., 2009). Den økologiske modellen utgjør en teoretisk overbygning for teorier som mer avgrenset forklarer intervensjoner som systemisk familieteori og kognitiv atferdsmodifikasjon. Den sosialøkologiske modellen legger de vekt på at a) ungdom er i utvikling og restrukturerer aktivt sine omgivelser, b) miljøet, som består av familie, venner, bekjente og naboer påvirker ungdommen i en gjensidig tilpasningsprosess og c) atferden påvirkes indirekte av settinger og personer som ungdommen ikke er i direkte kontakt med. Ungdom er derfor både avsendere og mottakere av påvirkninger i multiple sosiale systemer og dette påvirker direkte og indirekte deres atferd. Gjennom valg av venner og oppholdssteder bidrar de til å skape sitt eget miljø, og gjennom handlinger påvirker de omgivelsene og tilbakemeldingene som de får derfra. Modellen retter oppmerksomheten mot den sosiale konteksten, og hvordan endringer i denne direkte og indirekte påvirker ungdommens atferd. Formuleringer som markerer det sosialøkologiske grunnlaget for MST er blant annet: 1) for å forstå atferden må den observeres og analyseres i individets eget nærmiljø eller kontekst, 2) individet har kapasitet til å forandre seg, 3) individets fenomenologi, det vil si dets subjektive definisjoner og fortolkning av egen situasjon er viktig for å forstå utvikling og atferd og 4) den beste måten å teste hypoteser på er gjennom naturalistiske eksperimenter, eller som Bronfenbrenner (1979) formulerer det: “Hvis du ønsker å forstå noe, forsøk å forandre det” (s.37). Hypoteser om hvilke tiltak som kan endre ungdommens atferd og situasjon testes gjennom å endre den sosiale konteksten.

Sårbarhetsteori.

Denne teorien henter flere av sine ideer fra teorier om det genetiske grunnlaget for alkoholisme (Sher, 1991). De fleste risikofaktorene for utvikling av rusmiddelbruk har i følge denne teorien biologisk opprinnelse og forklarer hvorfor noen familier har en historie preget av misbruk. Rusmisbruk oppstår med andre ord på grunn av forskjeller i personlighetens biologiske grunnlag, den kognitive fungeringen og individuelle forskjeller i farmakologisk sensitivitet i forhold til rusmidler. Barn av alkoholikere kan arve en vanskelig og temperamentsfull personlighet, de kan ha reduserte/begrensede kognitive funksjoner (særlig når det gjelder planlegging og oppmerksomhet), økt farmakologisk sensitivitet i forhold til den forsterkende effekten av alkohol (eks. stress reduksjon), økt toleranse for alkohol og redusert sensitivitet i forhold til den negative effekten av alkohol.

Område modell. Dette er en av de mest omfattende av de integrerende teoretiske modellene og dekker det biologisk, det (intra)personlige, det interpersonlige og det sosiokulturelle området. Det første området er *biologisk* i form av det genetiske grunnlaget som gjør noen individer særlig mottakelige for de avhengighetsskapende effektene av rusmidler. Videre handler det om de fysiologiske reaksjonene på rusmidler og om ungdommens generelle helse. Det andre området omfatter *individuelle forskjeller* og påvirkninger som for eksempel ungdommens holdninger til bruk av rusmidler, og videre om personlige verdier samt andre personlige kjennetegn og emosjonelle tilstander. Områdemodellen framhever særlig betydningen av ungdommens opprørskehet og spenningssøking, noe som gjennom flere longitudinelle studier har vært knyttet til rusmisbruk. Det tredje området omfatter *interpersonlige* påvirkninger fra de som støtter ungdommen sosialt og som ungdommen føler seg knyttet til. Det siste og fjerde området omfatter de *sosiokulturelle* påvirkningene som blant annet handler om mediaeksponering, tilgjengelighet og sosiale eller rettslige sanksjoner mot rusmiddelbruk. Det kan for eksempel vise seg at hvis tilgangen på rusmidler er god og prisen lav, så vil flere ungdommer prøve seg.

En teoretisk oppsummering

Oppsummert der det tre former for påvirkninger som inngår i de fleste teoriene om utvikling av rusmiddelbruk; 1) de sosiale og interpersonlige, 2) de kulturelle og holdningsmessige og 3) de (intra)personlige (Petraitis, Flay & Miller, 1995).

Sosiale og interpersonlige prediktorer kommer fra ungdommenes familie og sosiale nettverk og omfatter manglende varme, supervisjon, kontroll og forsterkning fra foreldrene; negative evalueringer fra foreldre og spenninger i hjemmet blant annet på grunn av skilsmisser og separasjon. Dette påvirker ungdommens tilknytning til familien og motivasjon for ikke å bruke rusmidler. Påvirkningene her omfatter også ungdommenes tro på det normative i bruk av rusmidler (alle gjør det) og holdningene og atferden hos personer som står ungdommen nær.

Kulturelle og holdningsmessige påvirkninger dreier seg om ungdommenes rusmiddel-spesifikke holdninger og verdier. Ungdommene kan være positive til rus hvis de ser rusmiddelbruk som et symbol på avvísning av konvensjonelle verdier, hvis de føler seg sosialt fremmedgjort, orienterer seg mot kortsiktige mål og umiddelbar tilfredsstillelse av behov, er opprørske, er lite motivert for å lykkes eller prestere på skolen, ønsker å løsrive seg fra foreldrene og har positive holdninger til avvíkende atferd. Slike holdninger som samvarierer med rusmiddelbruk kan betraktes som faresignaler, men for behandlingsformål blir spørsmålet hva som påvirker disse holdningene og verdiene.

Intrapersonlige prediktorer handler om ungdommenes grunnleggende og relativt stabile personlighetstrekk, men også om mer forbigående personlige disposisjoner og emosjonelle problemer, deres ferdighetsrepertoar, og holdninger til sine egne rusmiddelspesifikke ferdigheter. For behandlingsformål blir spørsmålet også her hva som påvirker disse intrapersonlige trekkene.

I en oppsummering av årsaksforhold og prediktorer kan en også skille mellom ulike nivåer ut fra hvor modifiserbare påvirkningene er, og om de påvirker ungdom direkte eller indirekte.

Proksimale prediktorer fokuserer på de mest umiddelbare forløperne til rusmiddelmisbruk og har høy prediksjonsverdi. En gruppe av påvirkninger omfatter framtidsplaner og umiddelbare beslutninger om bruk av bestemte rusmidler, og som virker sammen med tidligere erfaringer med og feedback på bruk av dette rusmidlet. En annen gruppe proksimale påvirkninger handler om rusmiddelspesifikke normative oppfatninger, holdninger og selvoppfatning.

Distale påvirkninger er ikke mindre viktige, men har status som indirekte årsaker til rusmisbruk og predikerer i mindre grad rusmiddelbruk. De omfatter kontakt med negative rollemodeller, og forhold som svekker ungdommenes tilknytning til sin familie og hvor forpliktet de føler seg i forhold til samfunnet.

Ultimate prediktorer er forhold som er utenfor den enkeltes kontroll, og kan også omtales som strukturelle risiko- eller beskyttende faktorer. De kan sette ungdommer i fare for å utvikle rusproblemer, men også virke beskyttende. Det gjelder forhold som muligheter for å lykkes i skole og arbeidsliv, kvalitet i skolen, kriminalitetsforebyggende arbeid i lokalmiljøet, kvaliteten på foreldrenes samliv, muligheter for å bli bekreftet på skolen eller hjemme og foreldrenes oppdragelsesstil (for eksempel preget av varme, støtte og tilsyn). En del personlighetstrekk er også vanskelig å endre så som aggressivitet, manglende impuls kontroll, vanskelig temperament, høy grad av nevrotisisme og lav sosiabilitet. De ultimate påvirkningene favner vidt, og er dypt forankret i ungdommenes miljø, personlighet eller biologiske utrustning.

I perioden etter at oversiktsartikkelen til Petraitis et al. (1995) ble publisert har den sosialøkologiske modellen og det familiesystemiske perspektivet blitt utvidet og fordypet innenfor rusbehandlingen. Dette kommer blant annet til uttrykk i *utviklingspsykopatologi* som er et overordnet perspektiv på hvordan negative/risiko og positive/beskyttende forhold knyttet til barn, familie og nettverk påvirker utviklingen. Risiko og beskyttende faktorer i forhold til rusmiddelbruk overlapper mye med tilsvarende påvirkninger for utvikling av andre problemer som eksternaliserende atferdsproblemer og kriminalitet. Perspektivet brukes blant annet eksplisitt for å beskrive behandlingsstrategiene i Multisystemisk Terapi (Henggeler et al., 2009). Risiko- og

beskyttende faktorer knyttes både til individet (spenningssøkende og impulsiv vs. sosial kompetanse og konvensjonelle verdier), til familien (manglende tilknytning og foreldre-tilsyn vs. struktur og regler) venner (rusmiddelbruk og kriminalitet vs. prososiale og avholdende venner), skole (manglende forutsetninger og skolemotivasjon vs. skolefaglige og sosiale mestringmuligheter) og nærmiljø (utbredt kriminalitet og tilgang på rusmidler vs. godt samhold og gode voksenkontakter). Et av problemene med tilnærmingen er det store antallet risikofaktorer som korrelerer med rusmiddelbruk og tilsvarende de mange beskyttende faktorene som gjør det vanskelig å skille ut hvilke som er viktigst i den store sammenhengen. Det har også vist seg vanskelig for å knytte de ulike påvirkningene sammen i et teoretisk resonnement. Den vanligste framgangsmåten for å vurdere hvor utsatt ungdom er, består i å addere og avveie risiko og beskyttende faktorer i forhold til hverandre.

Prediktorer og funksjonelle kjernekomponenter

Ulike behandlingsmodeller kan ha felles underliggende endringsmekanismer. Det handler om forhold som fører til endringer i unges rusmisbruk, uavhengig av hvilken modell de praktiseres innenfor. Slike forhold eller variabler er omtalt som prediktorer, moderatorer og mediatorer, men omfatter også variabler som ikke uten videre er funksjonelle (eller modifiserbare) i en behandlingssammenheng. Prediktorer er variabler som korrelerer med (og som derfor kan anvendes til å predikere) en annen variabel. Bestemte foreldreferdigheter kan for eksempel predikere omfang av rusmiddelbruk uavhengig av hvilken behandling som gis. Moderatorer er variabler som påvirker utfallet differensielt, som når behandlingsstudier viser at barn under 8 år endrer seg mer etter foreldretrening enn de over 8, sammenlignet med ordinær behandling (Ogden & Amlund-Hagen, 2008). Moderatorer er definert før behandlingen starter (som for eksempel alder og kjønn), mens mediatorer er forhold som endrer seg i løpet av behandlingen (som for eksempel foreldres ferdigheter i grensesetting). Derfor omtales også mediatorer som endringsmekanismer. Det kan være fruktbart å skille mellom:

1. prediktorer for rusmiddelbruk som er identifisert utenfor behandlingsforskning eller før behandling,
2. mediatorer i form av prediktorer for behandlingsresultat som er identifisert i behandlingsforskning og
3. funksjonelle kjernekomponenter som er eksperimentelt utforsket og som har vist seg å påvirke behandlingsresultatet.

Prediktorer for rusmiddelbruk

Forskning har identifisert fire variabler som korrelerer med rusmiddelbruk hos ungdom (Broman et al., 2008): Foreldrenes oppdrager-stil, venners rusmiddelbruk, karakteristika ved nærmiljø og rapportert grad av religiøsitet.

Oppdrager-stil.

En rekke studier viser at en såkalt autoritativ oppdrager-stil hos foreldrene korrelerer med bedre psykososiale ferdigheter, vellykket skolegang, mindre omfang av generell problematferd og lavere omfang av rusmiddelbruk hos ungdommer (Baumrind, 1991; Conger, Conger, & Scaramella, 1997; Dishion & McMahon, 1998; Weiss & Schwarz, 1996; White, Johnson, & Buyske, 2000).

Venners rusmiddelbruk.

Det er et temmelig konsekvent funn at ungdommer med venner som misbruker rusmidler har en høyere sannsynlighet for selv å misbruke rusmidler (Bahr, Marcos, & Maughan, 1995; Dishion & Lorber, 1985; Dishion & Owen, 2002; Duncan, Duncan, & Hops, 1994; Hussong, 2002; Stice, Myers, & Brown, 1998; Tani, Chavez, & Deffenbacher, 2001).

Karakteristika ved nærmiljø.

Det er særlig to egenskaper ved nærmiljø som korrelerer med omfang av rusmiddelbruk hos ungdommer. Det gjelder rapportert sosial samhörighet (Aneshensel & Sucoff, 1996; Sampson & Groves, 1989; Sampson, Raudenbush, & Earls, 1997; Swisher & Elder, 2000) og oppfattet grad av kriminalitet og andre risikofaktorer (Aneshensel & Sucoff, 1996; Harris, 2000).

Religiøsitet.

Flere studier har vist at ungdommer som oppgir høy grad av religiøsitet i større grad har avvisende holdninger til rusmidler enn de som oppgir lavere grad av religiøsitet (Miller, Davies, & Greenwald, 2000) og mindre bruk av rusmidler (Bahr et al., 1998; Donahue, 1995; Hawkins et al., 1992; Wallace & Forman, 1998).

For at slike prediktorer skal være relevante i forhold til behandling, må de imidlertid i neste omgang korrelere med behandlingsutfall. Dersom behandlingsformer har forskjellig utfall ved ulike verdier på variablene ovenfor, klassifiseres de som moderatorer, og målinger av disse variablene kan være til hjelp for å differensiere behandlingsopplegget for klientgrupper som skårer ulikt på variablene.

Prediktorer for behandlingsresultat

For at slike prediktorer skal være relevante i selve behandlingen, må de endringer i disse variablene korrelere med behandlingsutfall, for eksempel slik at redusert rusmiddelbruk etter behandling ledsages av en høyere skåre på autoritativ oppdragerstil hos foreldrene. Prediktorene klassifiseres i så fall som mediatorer.

Waldron og Turner (2008) konkluderer med at mediatorforskning på rusbehandling fortsatt er helt i startfasen og slår fast at ingen publiserte studier så langt har greid å finne klare sammenhenger mellom mediatorer for endring og resultater for behandling av unge rusmisbrukere. Selv om det for eksempel er grunn til å anta at involvering av familie og nærmiljø er særlig viktig i behandling av rusmiddelbruk hos unge, foreligger det ikke forskning som entydig dokumenterer at endringer på en bestemt variabel (f.eks. økning i autoritativ foreldrestil) som resultat av behandling predikerer et bedre behandlingsresultat. En del behandlingsforskning viser likevel et mønster av korrelasjoner mellom noen variabler og behandlingsresultat. Noen av disse variablene er terapeutisk allianse, behandlingsmotivasjon og at ungdom forblir i og/eller fullfører behandlingen (retensjon).

Terapeutisk allianse.

Nyere forskning har undersøkt betydningen av terapeutisk allianse i forhold til behandlingsmotivasjon og utfall innen ulike behandlingstilnærminger (Diamond et al., 2006, Hogue et al., 2006). Disse studiene viser at tidlig alliansedannelse predikerer sannsynligheten for at ungdommen forblir i behandling (retensjon) og at de har bedre resultater når det gjelder redusert rusmisbruk, internalisert og eksternalisert problematferd (ibid).

Forskning over år har vist at *terapeutisk allianse* er assosiert med behandlingsresultater på tvers av behandlingsmodeller og kliniske subgrupper både hos voksne (Martin et al., 2000) og hos yngre (Shirk & Karver, 2003). Diamond et al. (1999) fant at forbedring i ungdommens allianse med terapeuten over de 4 første møtene i Multidimensjonal familierterapi, var knyttet til teknikker for allianse-bygging. Robbins et al. (2006) rapporterte at både ungdommens og foreldres allianse med terapeuten i Multidimensjonal familierterapi gikk signifikant ned mellom første og andre møte når familien falt ut av behandlingen (dvs. deltok på færre enn 8 møter), men ikke for de som fullførte behandlingen. Flicker et al. (2008) fant at latin-amerikanske familier som falt ut fra Funksjonell familierterapi, hadde større diskrepans i foreldre- versus ungdom-allianse i første møte enn familier som fullførte behandlingen. Dette funnet ble imidlertid ikke replikert med europeisk-amerikanske familier. Et par studier av Multidimensjonal familierterapi har knyttet terapeutisk

allianse til behandlingsresultater. Tetzlaff et al. (2005) fant at ungdommenes rapportering av allianse predikerte redusert rusmiddelmisbruk på tvers av 5 strukturerte behandlingsformer, inkludert Multidimensjonal familierapi. Allianse-effekten inntraff 6 måneder etter inntak, men kunne ikke registreres ved lengre oppfølgingstid. Shelef et al. 2005, rapporterte at observerte allianseskårer i Multidimensjonal familierapi predikerte reduksjon i misbruk og psykologiske symptomer ved 3-måneders oppfølging, men kun hvor det forelå høy grad av foreldreallianse. Hogue et al. (2006b) fant at sterkere foreldreallianse tidlig i Multidimensjonal familierapi predikerte reduksjon i ungdommens rusmisbruk og eksternalisering ved 6-måneders oppfølging. Studiene i avsnittet over støtter den teoretiske antagelsen om at en sterk terapeutisk allianse med både ungdommer og omsorgspersoner kan være nøkkelen til virksom familiebasert behandling og også rusbehandling forøvrig.

Behandlingsmotivasjon og retensjon.

De fleste forskere på feltet, herunder Houge & Liddle (2009), fremhever videre betydningen av behandlingsmotivasjon og engasjement i tillegg til fullførelse/gjennomføring av hele behandlingsopplegget for gode behandlingsresultater. Familier med ungdom som trenger hjelp kan være vanskelig å motivere for behandling (Armbruster & Kazdin, 1994), og klinisk engasjement hos en multiproblem-familie krever intensiv innsats for å involvere ungdommen, omsorgspersoner og støttesystemer utenfor familien (Cunningham & Henggeler, 1999; Prinz & Miller, 1996). Kontrollerte studier av engasjement/motivasjonsprosedyrer utviklet for Familiebasert atferdsterapimodeller som behandling for ungdom med rusmisbruk (Donohue et al., 1998; Santisteban et al., 1996; Slesnick & Prestopnik, 2004) viser at velutviklede, intensive, familiebaserte motivasjonsteknikker gir bedre resultater sammenlignet med standard motivasjonspraksis (for eksempel en telefonkontakt for å avtale første møte) for å holde ungdommen og familien i behandling. Forskjellene er imidlertid mindre når Familiebasert atferdsterapi sammenlignes med andre veldefinerte tilnærminger som også har spesialiserte motivasjonsstrategier (Azrin et al., 1994; Waldron et al., 2001).

Andre mulige mediatorer.

Williams & Chang (2000) vurderte 21 studier som omfattet behandling for ungdom med rusproblemer og så på tre behandlingstyper: institusjonsbehandling, behandling og terapeutiske programmer. De randomiserte studiene fokuserte hovedsakelig på familie- og nærmiljøbasert *behandling* og flere variabler som ble målt for behandlingen var forbundet med et positivt utfall: Lavt rusmisbruk før behandlingsstart (i 6 av 7 studier), venner og foreldres sosiale støtte, spesielt i deres ikke-bruk av rusmidler, var relatert til positive behandlingsresultater i 3 (av 7) studier. Bedre

skolefungering og prestasjoner før behandling var relatert til vellykket behandling i 3 av 4 studier. Andre variabler som fikk noe forskningsstøtte var mindre atferdsproblemer, være i arbeid, ha større motivasjon for behandling, færre tidligere rusbehandlinger og mindre psykopatologi.

Plant & Panzarella, 2009 presenterer også individuelle variabler som de mener predikerer bedre behandlingsresultat i *institusjonsbehandling*. Det er positiv selvoppfatning, problembevissthet, sterkt sosialt nettverk, bra generell fungering, skolefaglige/akademiske evner, mindre alvorlige atferdsproblemer og familiens involvering i behandlingen.

Grella et al. 2004 (Leukefeld et al., 2009) skriver at man kan forvente at 1/3 til halvparten av ungdommer i behandling vil få tilbakefall innen 12 måneder. Men det er enkelte faktorer som reduserer sannsynligheten for tilbakefall. Ser vi på klient-variabler vil demografiske variabler, psykiatrisk komorbiditet, alvorlighetsgrad av misbruk/inntak av rus, familie variabler, vennevariabel og traumatiske erfaringer ha betydning.

De identifiserte sammenhengene er altså fremdeles korrelasjoner som ikke uten videre innebærer at man har identifisert kjernekomponenter i behandlingen. Selv om for eksempel en endring i positiv selvoppfatning og problembevissthet i løpet av behandlingen samvarierer med redusert rusmiddelbruk, er spørsmålet om terapeutiske prosedyrer som påvirker disse variablene også leder til redusert rusmiddelbruk, uten at det ene resultatet er en forutsetning for det andre. Det foreligger ikke tilstrekkelig forskning til å instruere terapeuter i nøyaktig hvilke prosedyrer som særlig avgjørende for om behandlingen lykkes.

Funksjonelle kjernekomponenter

Den eneste solide dokumentasjonen så langt av påvirkbare variabler som er av betydning for å øke eller redusere omfanget av rusmiddelbruk stammer fra eksperimentelle studier av dyr og mennesker i og utenfor laboratoriet. Det dreier seg om endret grad av tilgjengelighet av rusmidler, forandrede konsekvenser av rusmiddelbruk og forsterkning av alternativ atferd. (I tillegg kommer påvirkning av stoffets forsterkende effekt gjennom farmakologi, som vi ikke omtaler her, men som utnyttes i legemiddelasistert behandling).

Tilgjengelighet.

Vanskelig tilgjengelighet (inkludert høyere priser) medfører mindre rusmiddelbruk. Dette utgjør først og fremst grunnlaget for en restriktiv alkoholpolitikk, men rusbehandling kan også bidra til å redusere tilgjengelighet for enkeltklienter gjennom tiltak som oppmuntret til å takle eller unngå trigger, f.eks. venner som misbruker rusmidler og steder der rusmidler er lett tilgjengelig. Enkelte

behandlingstiltak, som f.eks. kollektiver, tar også sikte på å fjerne klientene helt fra miljøer hvor rusmidler er tilgjengelig, i hvert fall for en periode. Foreldres tilsyn eller monitorering av ungdommer, dvs. at de følger med på hvor ungdommene er, hvem de er sammen med og når de kommer hjem, kan også utgjøre et viktig bidrag og redusere ungdommenes tilgang til rusmidler. Foreldreopplæring i slike monitoreringsferdigheter kan utgjøre viktige elementer i forebyggingsprogrammer (se f.eks., Chilcoat & Anthony, 1996; Martins et al., 2008) så vel som i behandlingsprogrammer (Petry, 2000).

Konsekvenser av rusmiddelbruk.

I utgangspunktet er det et problem når positive ruseffekter og anerkjennelse fra andre kommer umiddelbart etter inntak av rusmidler, mens negative konsekvenser følger mye senere. Kjernen i Læringsbasert rusbehandling (“contingency management” og “the community reinforcement approach”) er at det legges til rette for at det skal være mer umiddelbart ”lønnsomt” ikke å ruse seg enn å ruse seg (f.eks. Silverman, 2004). Slike endrede konsekvenser både av rusmiddelinntak og av alternativ atferd er sannsynligvis et viktig element i familiebaserte behandlings- og forebyggingsstiltak der foreldrene hjelpes til bedre tilsyn med og involvering med ungdommene.

Forsterkning av alternativ atferd.

En tredje og beslektet kategori av variabler er konsekvenser av atferd som kan konkurrere med å ruse seg (Bigelow, Stitzer & Liebson, 1984). Disse kan i utgangspunktet kan være svake eller ikke-eksisterende i repertoaret til rusmiddelmissbrukere. Således kan behandlingsopplegg inneholde systematisk opplæring i og forsterkning av skole-, arbeidsferdigheter og ferdigheter i konstruktiv bruk av fritiden.

Direkte eller indirekte tas det hensyn til disse tre funksjonelle kjernekomponentene innenfor alle modellene som viser positive eller lovende resultater. Både opplæring av foreldrene i bedre tilsyn med ungdommene, styrking av skoleferdigheter og endring i fritidsaktiviteter og vennekrets kan sannsynligvis virke indirekte på alle disse komponentene.

Nedenfor kommer et eksempel på en av modellene som har positive behandlingsresultater i forskningslitteraturen, nemlig Multidimensjonal familieterapi. Programutviklerne viser til forskningsbasert kunnskap rundt mekanismer for endring i behandlingsmodellen, og fremhever at Multidimensjonal familieterapi:

- Har spesifiserte indre behandlingsprosesser som forbedrer familieinteraksjoner. (Diamond & Liddle 1996; Diamond et al., 1999)

- Har demonstrert hvordan terapeuter som lykkes har bygget opp terapeutiske relasjoner med tenåringer og foreldre (Diamond et al., 1999; Shelef et al., 2005), og at modellens terapeutisk allianse er knyttet til og predikerer behandlinggjennomføring (Robbins et al., 2006).
- Har vist at ungdommer er mer villig til å fullføre behandling når terapeutene har sterkere relasjon med deres foreldre og at sterkere terapeutisk relasjon med ungdommer er relatert til større reduksjon i deres rusmisbruk (Shelef et al., 2005).
- Har vist at foreldres ferdigheter og praksis har blitt bedre gjennom terapi og at disse endringene er knyttet til reduksjon i ungdommenes symptomer (Schmidt, Liddle, & Dakof, 1996).
- Har vist at det er en sammenheng mellom systematisk fokus på viktige kulturelle tema og økt deltagelse for ungdom i behandling (Jackson-Gilfort et al., 2001).
- Har tilpasset modellen til jenters spesifikk behov (Dakof, 2000).
- Har vist at modellen fører til bedre resultater enn individuell terapi for ungdom med alvorlige vansker (Henderson et al., 2004).
- Har vist at Multidimensjonale familieteoretiske intervensjoner som fokuserer på endring i familien, fører til endringer i rusmisbruk, emosjoner og atferdsproblemer (Hogue, et al., 2004).

Intervensjoner som ikke virker

Forskningen de siste årene har avslørt intervensjoner som ikke er virksomme eller som har virket mot sin hensikt på rusbehandlingsfeltet. Plant & Panzarella, 2009 fremhever tilnærminger som regner rusmisbruk som en fase ungdom går igjennom som faretruende for ungdommer med rusproblemer. Det er mange ungdommer som eksperimenterer med ulike rusmidler i ulike ungdomsmiljøer og som ikke får et misbruk eller avhengighetsproblem, men mange unge utvikler et misbruk og trenger hjelp til å komme ut av det. Videre poengterer Plant & Panzarella at “Boot camps” som en intervensjon for rusbehandling der behandlingseffektene uteblir. Det å ta med ungdommer ut å ”slite” dem ut fysisk og psykisk under svært tøffe omstendigheter bidrar ikke til å redusere deres rusmisbruk. Videre er “Scared straight” nå en meget kjent rusbehandlende intervensjon som i ytterste konsekvens bidro til motsatt effekt hos enkelte grupper med ungdom.

Forskning som viser at noen programmer ikke gir noen effekt eller også negativ effekt omtales blant annet av Andreassen, 2003; se også Lösel, 1995 (sitert av Andreassen, 2003). Disse rettes mot ikke-kriminogene mål (angst, depresjon osv.) og baseres på tilnærminger som straff, rene psykodynamiske, nondirektive, ustrukturerte, "acting out" av sinne, "Boot camps" eller sjokkbehandling. Flere forhold synes å ha betydning for en negativ utvikling. I tillegg til valg av behandlingstilnærming og metoder som ikke fungerer optimalt, gjelder dette ungdomskulturer og manglende mestringsbetingelser (forsterkning av utagerende atferd). Det vil alltid være en risiko for negativ smitteeffekt for de ungdommene som har mindre alvorlig problematferd med de som har alvorlig problematferd når man samler de i behandlingsformål.

Gruppeterapi har tidligere vist negative effekter gjennom negative smitteeffekter (iatrogene effekter) (Dishion et al., 1999). Buskerud-undersøkelsen (Helgeland, 2001) viser også til at ungdommene opplevde institusjonene som sosiale arenaer for læring av misbruk og kriminalitet, og hvor de etter utskrivning ble del av et større nettverk de utviklet under oppholdet. Chamberlain & Friman (1997) konkluderte med at kontakt med avvikende ungdommer i løpet av behandlingen predikerte økning i antall arrestasjoner og alvorlighetsgrad av kriminelle handlinger etter utskrivning. Men resultatene på nyere forskning viser også andre funn. Støtte for lovende resultater av ulike former for gruppeterapi for ungdom finner sted i forhold til 12-trinnsmodellen, (Winters et al., 2000), "psychoeducation" (Kaminer et al., 2002) og Kognitiv atferdsterapi (Dennis et al., 2004; 2002; Waldron et al., 2001). I studier av gruppe- versus individuell kognitiv terapi for voksne fikk begge tilnærminger like gode resultater med hensyn til reduksjon i alkohol- og rusmisbruk ved 12 måneders oppfølging (Graham et al., 1996; Marques & Formigoni, 2001). Videre rapporterte Graham et al. (1996) at gruppetilnærmingen førte til økte sosiale ferdigheter som er viktig i forhold til å forebygge tilbakefall for mange pasienter, inkludert ungdom.

Burleson & Kaminer, 2005, (Waldron & Turner, 2008) undersøkte 400 gruppeterapi-deltakere i CYT-studien og fant at ungdom med mer alvorlige atferdsproblemer dro flere fordeler av deltagelse i en gruppe med andre med færre problemer. Videre fant de at de med alvorlig atferdsproblemer, ikke så ut til å influere de med lavere nivå av slike problemer. Disse resultatene viser altså motsatt effekt enn Dishion et al. (1999) fant i forhold til gruppeterapi. Nyere artikler (Dishion & Dodge, 2005) konkluderer med at negative (iatrogene) smitteeffekter ikke er aktuelt for alle ungdommer og/eller i alle kontekster. De fremhever at flere variabler må tas hensyn til, blant annet modenhetsnivå, alvorlighetsgrad av avvik, terapeutens ferdigheter, og peker på at resultatene til Waldron & Kaminer (2004) støtter at gruppeintervensjoner for ungdom med rusmisbruk kan være virksomme og uten smitteeffekter.

Engle & Macgowan, 2009 skriver i sin oversikt om gruppebehandlingstilbud av unge rusmisbrukere, at mange aktuelle studier mangler beskrivelse av faktorene i analysen av gruppebehandling så resultatene blir noe uspesifikke.

5. Oppsummering og anbefalinger

“Modeller for rusbehandling. En Kunnskapsoversikt” gir et bilde av hvilke behandlingsmodeller som er positive, lovende eller under utprøving og dermed aktuelle for å bistå unge med rusmisbruk. Vi har prioritert å vektlegge modeller for ungdom under 20 år med eksperimenterende og tidlig misbruk i lys av betydningen tidlig intervensjon. Det foreligger flest kontrollerte studier med metodisk kvalitet for familie- og nærmiljøbaserte behandlingsmodeller, men vi har også funnet relevant litteratur vedrørende institusjonsbehandling og behandlingskollektiver for rus.

Forskningen viser at resultatene er bedre ved behandling enn ved fravær av behandling, og familierapi er bedre enn andre behandlingstilnærminger utenfor institusjon.

Familie- og nærmiljøfokuserte modeller viser positive resultater på tvers av grupper, type rusmisbruk, type rusmiddel, komorbide forstyrrelser, alder, kjønn og etniske bakgrunn. Intervensjoner fokusert på motivasjon for behandling, for å forebygge frafall og bruke tillærte kognitive og atferdsmessige ferdigheter, samt positive belønningssystemer for å engasjere ungdommen underveis i behandlingsprosessen, utpeker seg som lovende for å fremme gode behandlingsresultater. Terapeutisk allianse med ungdom og foreldre viser også sammenhenger med behandlingsmotivasjon, gjennomføring av behandling samt gode behandlingsresultater.

Familie- og nærmiljøbasert behandling vil ikke alltid være virksom for ungdom med lang ruskarriere, avhengighetsproblematikk, misbruk av tyngre rusmidler og ikke-optimale ressurser hos ungdommen selv eller i familien/nærmiljøet. Når det er aktuelt med institusjonsbehandling, bør den være basert på personell med solid relevant faglig kompetanse, være systematisk, strukturert og tilrettelagt for ungdom med spesifikke behov, og gjerne integrere virksomme elementer, som bygger på intervensjoner fra familie- og nærmiljøbasert behandling. Det gjelder motivasjonsstrategier, belønningssystemer, tilegning av relevante ferdigheter og integrering av familie- og nærmiljøkomponenter.

Forskningen om unge rusmisbrukere viser at både familie- og nærmiljøbasert behandling og institusjonsbehandling altfor sjelden har integrert ettervern i behandlingsmodellen. På grunn av stor fare for tilbakefall til rusmisbruk, er det høyst aktuelt å anbefale ettervern for videreutvikling av behandlingsmodeller for ungdom. Rusbehandlingsmodeller for ungdommer med et tidlig misbruk bør utvikle prosedyrer for å motivere dem for behandling, før og underveis for å

minimere behandlings- “drop-out” og maksimere behandlingsfullførelse. Likeledes bør integrering av familie og nærmiljø bli komponenter i all behandling.

Forskningslitteraturen viser behov for systematiske kunnskapsoversikter om virksomme behandlingsmodeller for ungdom med parallelle psykiske problemer, atferdsvansker og rusmisbruk da disse har sammensatte problemer og kan trenge tverrfaglig hjelp og oppfølging. I en oversiktsartikkel av ungdom med rusmisbruk, fant Armstrong & Costello (2002) at 60 % av ungdommer med rusmisbruk hadde tilleggsproblemer (komorbiditet). Når man ser på ungdom under 15 år diagnostisert med rusmisbruk/avhengighet, er det en økning i tilleggsproblemer hos ca. 90 % (Chan, Dennis & Funk, 2008). De mest utbredte tilleggsproblemene ved rusmisbruk er atferdsproblemer, ADHD, depresjon og traumatisk stress (Chan et al., 2008). Videre trengs det mer forskning på behandlingsmodeller som er kultur-sensitive og egnet for ulike grupper av rusmisbrukende etniske minoritetsungdom.

Referanseliste

Abbott, P.J., Weller, S.B., Delaney, H.D. og Moore, B.A.,(1998). Community Reinforcement Approach in the Treatment of Opiate Addicts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24, 17-30.

Alexander J.F. & Parsons B.V. *Functional family therapy: Principles and procedures*. Carmel, CA: Brooks/Cole; 1982.

Alexander, J. F., Pugh, J. F., Parsons, B. V., & Sexton, T. L. (1999). *Functional Family Therapy*. In D. S. Elliot (Ed.), *Blueprints for Violence Prevention* (2nd ed.). Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado.

Anderson, Daniel J.; McGovern, John P.; DuPont, Robert L. (1999). The origins of the Minnesota Model of addiction treatment—A first person account. *Journal of Addictive Diseases*, 18, 107-114.

Andreassen, T. (2003). *Hva sier forskningen*. Kommuneforlaget, Oslo.

Aneshensel, C. S., & Sucoff, C. A. (1996). The neighborhood context of adolescent mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 293-310.

Armbruster, P. & Kazdin, A.E. (1994). Attrition in child psychotherapy. In: T.H.Ollendick & R.J. Prinz, *Advances in clinical child psychology* (16, pp.81-108). New York: Plenum.

Armstrong, T. D. & Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1224-1239.

Austin, A. M., Macgowan, M.J. & Wagner, E.F., (2005). Effective Family-Based Interventions for Adolescents With Substance Use Problems: A Systematic, Research on Social Work Practice; 15; 67.

Azjen, I. (1985). From decisions to action: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.) *Action-control: From cognition to behavior*. New York, Springer.

Azjen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Hornewood IL, Dorsey Press.

Azjen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs NJ, Prentice-Hall.

Azrin, N.H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behav. Res. Ther.* 14 (1976), pp. 339–348.

Azrin, N. H., Donohue, B., Besalel, V. A., Kogan, E. S., & Acierno, R. (1994). Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 3, 1-16.

- Azrin, N. H., Donohue, B., Teichner, G. A., Crum, T., Howell, J. & DeCato, L. A. (2001). A controlled evaluation and description of individual-cognitive problem solving and family-behavior therapies in dually-diagnosed conduct-disordered and substance-dependent youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, *11*, 1– 43.
- Azrin, N.H., Sisson R.W., Meyers, R. & Godley,M.(1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *13*, 105-112.
- Bahr, S. J., Marcos, A. C., & Maughan, S. L. (1995). Family educational and peer influences on the alcohol use of female and male adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, *56*, 457-469.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social-cognitive theory*. Englewood Cliffs NJ, Prentice-Hall.
- Battjes, R.J., Gordon, M.S., O’Grady, K.E., Kinlock, T.W. Katz, E.C.& Sears, E. A. (2004). Evaluation of a group-based substance abuse treatment program for adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment* *27* 123–134.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, *11*, 56-95.
- Becker, Sara J. & Curry, John F. (2008). Outpatient interventions for adolescent substance abuse: A quality of evidence review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*.
- Bender, K. Tripodi, S.J., Sarteschi, C. & Vaughn, M.G. (2010), A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Adolescent Cannabis Use, *Research on Social Work Practice* .
- Bigelow, G. E., Stitzer, M. L., & Liebson, I. A. (1984). The role of behavioral contingency management in drug abuse treatment. In J. Grabowski, M. L. Stitzer, & J. E. Henningfield (Eds.), *Behavioral intervention techniques in drug abuse treatment*. NIDA Monograph 46 (pp. 36-52). Rockville, MD: NIDA.
- Broman, C.L., Li, X., & Reckase, M. (2008) Family structure and mediators of adolescent drug use. *Journal of Family Issues*, *29*, 1625-1649.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brook, J.S., Brook, D.W., Gordon, A.S., Whiteman, M., & Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Generic, Social and General Psychology Monographs*, *116*, 111-267.
- Brown, T. A., Henggeler, S.W., Schoenwald, S. K., Brondino, M. J.,& Pickrel, S. G. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent juvenile delinquents: Effects on school attendance at posttreatment and 6-month follow-up. *Children’s Services: Social Policy, Research, and Practice*, *2*, 81-93.

- Bry, B.H. (1988). Family-based approaches to reducing adolescent substance use: Theories, techniques, and findings. I: E.R. Rahdert, J. Grabowski (red.) *Adolescent drug abuse: Analyses of treatment research*. NIDA Research Monograph 77, 1988, National Institute of Health.
- Burleson, J.A. & Kaminer, Y. (2005) Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 30, 1751-1764.
- Cass, E.S. & Nelson, R.B. (1998). *Juvenile Aftercare Effectiveness in Florida*. A report from the Aftercare Research Committee. Department of Juvenile Justice, Management Report No. 96.
- Center for Substance Abuse Treatment. (1999). *Treatment of adolescents with substance use disorders* (CSAT Treatment Improvement Protocol Series No. 32. DHHS Pub. No. SMA 99-3283).Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Chan, Y., Dennis, M.L., & Funk, R.R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Substance Abuse Treatment*, 34, 14-24.
- Chamberlain, P., & Friman, P. C. (1997). Residential programs for antisocial children and adolescents. In D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 416-424). New York: Wiley.
- Chilcoat, H. D. & Anthony, J.C. (1996). Impact of Parent Monitoring on Initiation of Drug Use through Late Childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35, 91-100.
- Conger, K., Conger, R., & Scaramella, L. (1997). Parents, siblings, psychological control, and adolescent adjustment. *Journal of Adolescent Research*, 12, 113-138.
- Cunningham, P.B. & Henggeler, S.W. (1999) Engaging Multiproblem Families in Treatment: Lessons Learned Throughout the Development of Multisystemic Therapy. *Family Process*, 38, 265–281.
- Curtis, N.M., Borduin, C.M. & Ronan, K.R. (2004). Multisystemic Treatment: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411–419.
- Dakof, G.A., (2000). Understanding gender differences in adolescent drug abuse: Issues of comorbidity and family functioning. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 25-32.
- D'Amico, E.J., Miles, J.N.V., Stern, S.A.& Meredith, L.S. (2008). Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in a primary care clinic. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 53–61.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic communities. Theory, Model and Method*, Springer Publishing Company.
- Dembo, R.& Muck, R. D. (2009) . Adolescent Outpatient Treatment. I: Leukefeld, C.G., Gullotta, T.P., & Staton-Tindall, M. (Red.). *Adolescent substance abuse. Evidence-based approaches to prevention an treatment*. (s.97-119). Springer Science + Business Media, NY, USA.

- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., & Donaldson, J., et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197–213.
- Dennis, M. L., & Kaminer, Y. (2006). Introduction to special issue on advances in the assessment and treatment of adolescent substance use disorders. *The American Journal on Addictions*, 15, 1–3
- Diamond, G. & Liddle, H. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 481-488.
- Diamond, G. M., Liddle, H.A., Hogue, A., & Dakof, G. A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, & Training*, 36, 355-368.
- Diamond, G. S, Mensinger, J.L., Kaminer, Y. & Wintersteen, M.B. (2006). Adolescent and Therapist Perception of Barriers to Outpatient Substance Abuse Treatment. *The American Journal on Addictions*, 15, 16–25.
- Dishion, T.J. & Dodge, K.A. (2005). Peer Contagion in Interventions for Children and Adolescents: Moving Towards an Understanding of the Ecology and Dynamics of Change. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 395–400.
- Dishion, T. J., & Lorber, R. (1985). Male adolescent marijuana and alcohol use: The role of parents and peers revisited. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11, 11-25.
- Dishion, T. J., McCord, J. & Poulin, F. (1999).When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755–764.
- Dishion, T. J., & McMahon, R. J. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 61-75.
- Dishion, T. J., & Owen, L. (2002). A longitudinal analysis of friendships and substance use. *Developmental Psychology*, 38, 480-491.
- Donahue, M. J. (1995). Religion and the well-being of adolescents. *Journal of Social Issues*, 51, 145-160.
- Donohue, B., & Azrin, N. (2001). Family Behavior Therapy. In E. F. Wagner & H. B. Waldron (Eds.), *Innovations in adolescent substance abuse interventions* (pp. 205-227). New York: Pergamon.
- Donohue, B., Azrin, N., Lawson, H., Friedlander, J., Teicher, G.& Rindsberg, J. (1998). Improving initial session attendance of substance abusing and conduct disordered adolescents: A controlled study. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 8, 1–13.
- Duncan, T. E., Duncan, S. C., & Hops, H. (1994). The effects of family cohesiveness and peer encouragement on the development of adolescent alcohol use: A cohort-sequential approach to the analysis of longitudinal data. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 588-599.

- Dunn, C., Deroo L. & Rivara, F.P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review, *Addiction* 96, 1725–1742.
- Elliott, D.S., Huizinga, D., & Ageton, S.S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills CA, Sage.
- Engle, B.C., & Macgowan, M.J., (2009). A critical review of adolescent substance abuse group treatments, *Journal of Evidence Based Social Work* 6, 217–243
- Fauske, H. (2004). *Livet etter behandlingskollektivet*. (Forskningsrapport nr. 114). Lillehammer: Høyskolen i Lillehammer.
- Flicker, S. M., Turner, C. W., Waldron, H. B., Brody, J. L. & Ozechowski, T. J. (2008). Ethnic background, therapeutic alliance, and treatment retention in functional family therapy with adolescents who abuse substances. *Journal of Family Psychology*, 22, 167–170.
- Frensch, K. M. and Cameron, G. (2002). Treatment of Choice or a Last Resort? A Review of Residential Mental Health Placements for Children and Youth. *Child and Youth Care Forum*, 31, 307-339.
- Godley, J. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R., & Passeti, L. L. (2002). Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 21–32.
- Godley, S.H., Godley, M.D., Wright, K.L., Funk, R.R., & Petry, N.M. (2008). Contingent Reinforcement of Personal Goal Activities for Adolescents with Substance Use Disorders During Post-Residential Continuing Care. *The American Journal on Addictions*, 17, 278-286.
<http://dx.doi.org/10.1080/10550490802138798>
- Gottfredsson, M.R., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford CA, Stanford University Press.
- Graham, J. W., Hofer, S. M., & MacKinnon, D. P. (1996). Maximizing the usefulness of data obtained with planned missing value patterns: An application of maximum likelihood procedures. *Multivariate Behavioral Research*, 31, 197–218.
- Grella, C.E., Joshi, V., & Hser, Y.I. (2004). Effects of comorbidity on treatment processes and outcomes among adolescents in drug treatment programs. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 13, 13-31.
- Hair, H. (2005) Outcomes for Children and Adolescents After Residential Treatment: A Review of Research from 1993 to 2003 Heather J. Hair *Journal of Child and Family Studies*, 14, 551–575.
- Hansson, K. (1998). *Functional family therapy replication in Sweden*: Treatment outcomes with juvenile delinquents. Paper presented to the Eighth International Conference on Treating Addictive Behaviors. Santa Fe, NM, February.

Harris, M. (2000, August). *Neighborhood structure, religious involvement, and individual delinquency*. Paper presented at the Add Health Users Conference (organized by NICHD), Bethesda, MD.

Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implication for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, *112*, 64-105.

Hawkins, J.D. & Weiss, J.G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, *6*, 73-97.

Helgeland, I. M. (2001). *Ungdom med atferdsvansker - hvordan går det med dem som 30-åringer?* Oslo: Høgskolen i Oslo og Universitetet i Oslo.

Helgeland, I. M. (2007). *Unge med alvorlige atferdsvansker blir voksne. Hvordan kommer de inn i et positivt spor?* Unipub, Oslo.

Henderson, M.J. , Saules K.K., & Galen, L.W., (2004). The predictive validity of the University of Rhode Island change assessment questionnaire in a heroin-addicted polysubstance abuse sample. *Psychology of Addictive Behaviors*, *18*, 106–112.

Henggeler, S.W., Clingempeel , W.G., Brondino, M.J., & Pickrel, S.G. (2002). Four-Year Follow-up of Multisystemic Therapy With Substance-Abusing and Substance-Dependent Juvenile Offenders . *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *41*, 868-874.

Henggeler, S. W., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Randall, J., Shapiro, S. B. & Chapman, J. E. (2006) Juvenile drug court: enhancing outcomes by integrating evidence-based treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 42–54.

Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic treatment: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 953–961.

Henggeler, S.W., Pickrel, S.G., & Brondino, M. J. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*, *1*, 171-184.

Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., Brondino, M. J., & Crouch, J. L. (1996). Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 427–428.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., & Pickrel, S. G. (1995). Multisystemic therapy: Bridging the gap between university and community-based treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 709–717.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behaviour in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.

- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W.R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 91–111.
- Higgins, S. T., Heil, S. H. & Lussier, J. P. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance abuse disorders. *Annual Review of Psychology, 55*, 431–461.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Hughes, J.R., Foerg, F. & Badger, G. (1993) . Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry, 150*, 763-769.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley CA, University of California Press.
- Hogue, A., Dauber, S., Faw, L., Cecero, J. J. & Liddle, H. A. (2006b) Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 121–129.
- Hogue, A., Liddle, H. A., Becker, D. & Johnson-Leckrone, J. (2002) Family-based prevention counseling for high-risk young adolescents: immediate outcomes. *Journal of Community Psychology, 30*, 1–22.
- Hogue, A & Liddle, H.A (2009). Family-based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research. *Journal of Family Therapy, 31*, 126–154.
- Hogue, A., Liddle, H. A., Singer, A. and Leckrone, J. (2005) Intervention fidelity in family-based prevention for adolescent problem behaviors. *Journal of Community Psychology, 33*, 191–211.
- Hogue, A., Liddle, H. A., Dauber, S., & Samoulis, J. (2004). Linking session focus to treatment outcome in evidence-based treatments for adolescent substance abuse. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*, 83-96
- Huey, S. J., Henggeler, S. W., Brondino, M. J. & Pickrel, S. G. (2000) Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 451-467.
- Huey, S. J. and Polo, A. J. (2008) Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 262–301.
- Hunt, G.M.og N.H. Azrin, N.H., (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research Therapy, 11*, 91–104.
- Hussong, A. M. (2002). Differentiating peer contexts and risk for adolescent substance abuse. *Journal of Youth and Adolescence, 31*, 207-220.
- Jackson-Gilfort, A., Liddle, H. A., Tejada, M. J., & Dakof, G. A. (2001). Facilitating engagement of African American male adolescents in family therapy: A cultural theme process study. *Journal of Black Psychology, 27*, 321-340.
- Jainchill, N., Hawke, J., De Leon, G., & Yagelka, J. (2000). Adolescents in therapeutic communities: One-year posttreatment outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs, 32*, 81-94.

- Jessor, R. & Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. New York, Academic Press.
- Kaminer, Y. (2002) Adolescent Substance Abuse Treatment: Evidence-based Practice in Outpatient Services. *Current Psychiatry Reports* , 4,397–401.
- Kaminer, Y. Burlison, J.A., og Goldberger, R. (2002), Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse, *Journal of Nerv Mental Disorders*, 190, 737–745
- Kumpfer, K.L. , & Turner, C.W. (1990). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *International Journal of the Addictions*, 25, 435-463.
- Kunnskapssenteret, mars 2009, Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner?”, en kunnskapsoppsummering.
- Lange-Nielsen, F. (2004). Hvorfor virker gode kollektiver? Ny forskning underbygger medleverskapets betydning. *Tidsskriftet EMBLA*, nr 4, år 2004.
- Leukefeld, C.G., Gullotta, T. P.& Staton-Tindall, M. (2009). *Adolescent Substance Abuse. Evidence-Based Approaches to prevention and treatment*, Springer Science + Buisness Media, LLC, NY, USA.
- Liddle, H. A. (1999). Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 521-532.
- Liddle, H. A., & Dakof, G. A. (2002). A randomized controlled trial of intensive, outpatient family based therapy vs. residential drug treatment for comorbid adolescent drug abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 103.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Baret, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-688.
- Liddle, H. A. & Hogue, A. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. In E. F.Wagner and H. B.Waldron (eds) *Innovations in Adolescent Substance Abuse Interventions* (pp. 229–261). Amsterdam, Netherlands: Pergamon/Elsevier Science.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Gonzalez, A., Henderson, C. E., Dakof, G. A. & Greenbaum, P. E. (2006) Changing provider practices, program environment, and improving outcomes by transporting multidimensional family therapy to an adolescent drug treatment setting. *The American Journal on Addictions*, 15, 102–112.
- Liddle H. A., Rowe, C. L., Quille, T. J., Dakof, G. A., Mills, D. S., Sakran, E., & Biaggi, H. (2002). Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 231-243.
- Lie, G. (1999). *Selbu-ungdommene før, under og etter hjelpetilbørighet til kollektivet. En retrospektiv forløpsundersøkelse*. (HEMIL-rapport nr. 1). Bergen: HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen.

- Lone, A. (2003). En resultatkartlegging fra Stiftelsen Hiimsmoenkollektivet. *Hiimsmoenkollektivets skriftserie* nr. 1.
- MacKenzie, D. L. (2000). Evidence-based corrections: Identifying What works. *Crime and delinquency*, 46, 457-471.
- Mallams, J.H., Godley, M.D., Hall, G.M., Meyers, R.J., (1982). A social systems approach to resocializing alcoholics in the community. *J. Stud. Alcohol* 43, 1115–1123.
- Martin, G. & Copland, J. (2008). The adolescent cannabis check-up: Randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of substance abuse treatment*, 34, 407-414.
- Martin, D.J. Garske, J.P. og Davis, M.K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Martins, S.S., Storr, C.L., Alexandre, P.K., & Chilcoat, H.D. (2008). Do adolescent ecstasy users have different attitudes towards drugs when compared to marijuana users? *Drug and Alcohol Dependence* 94, 63-72.
- Marques, A.C. & Formigoni, M.L., 2001. Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction* 96, 835–846.
- Mayer J, & Handley S. (2005). Evolving a model for integrated treatment in a residential setting for people with psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, .29, 59–62.
- Melberg, H.O., Lauritzen, G. & Ravndal, E. (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. SIRUS rapport nr. 4/2003, Statens institutt for rusmiddelforskning, Oslo.
- Meyers, R. J. & Miller W. R. (Eds.). (2001). *A community reinforcement approach to addiction treatment*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Miller, L., Davies, M., & Greenwald, S. (2000). Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1190-1197.
- Morrall, A.R., McCaffrey, D.F. og Ridgeway, G. (2004). Effectiveness of Community-Based Treatment for Substance-Abusing Adolescents: 12-Month Outcomes of Youths Entering Phoenix Academy or Alternative Probation Dispositions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 257–268.
- Mørkrid, D. & Christensen, B. (2007). Funksjonell familierapi: En evidensbasert familierapeutisk behandling for ungdom og familier med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 84, 15-23.
- National Institute on Drug Abuse. (1999). Principles of drug addiction treatment: A research based guide. Retrieved January 16, 2004, from <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODAT1.html>

Ogden, T., & Amlund-Hagen, K. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 607-621.

Ogden, T., & Amlund-Hagen, K. (2009). What works for whom? Gender differences in intake characteristics and treatment outcomes following Multisystemic Therapy. *Journal of Adolescence, 32*, 1425-1435.

Plant, R.W. & Panzarella, P. (2009). Residential Treatment of Adolescents with Substance Use Disorders: Evidence-Based Approaches and Best Practice Recommendations. I: Leukefeld, C.G., Gullotta, T.P., & Staton-Tindall, M. (Red.). *Adolescent substance abuse. Evidence-based approaches to prevention and treatment*. P.135-155. Springer Science + Business Media, NY, USA.

Perry A, Coulton S, Glanville J, Godfrey C, Lunn J, McDougall C, & Neale Z. (2006). Interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community. *Cochrane Database Syst Rev. 9*;3:CD005193.

Petratis, J., Flay, B.R., & Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin, 17*, 67-86.

Petry, N. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence, 58*, 9-25.

Porporino, F.J. & Fabiano, E. (2002). Is There an Evidence Base Supportive Of Women-Centered Programming in Corrections? *Corrections Today*, 2005 - aca.org

Prendergast, M., Finney, J., Greenwell, L., Roll, J. & Podus, D., (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis, *Addiction, 101*, 1546-1560.

Prinz R. & Miller G.E. (1996). Parental engagement in interventions for children at risk for conduct disorder. I: Peters RD, McMahon RJ, (Red.). *Prevention and early intervention: childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Newbury Park, CA: Sage, 1996:161-83

PROJECT MATCH RESEARCH GROUP (1997). Matching treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J. Smd. Alcohol* 58, 7-29.

Ravndal, E. (2007). Evaluering av behandlingskollektiver, *Tidsskrift for Norske psykologforening, 44*, 17-21.

Robbins, M. S., Liddle, H. A., Turner, C. W., Dakof, G. A., Alexander, J. F., & Kogan, S. M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Family Psychology*.

Robbins, M. S., & Szapocznik, J. (2000). Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Brief Strategic *Family Therapy*. Retrieved March 1, 2003, from <http://www.ojjdp.ncjrs.org/pubs/alpha.html>

- Robbins, M. S., Szapocznik, J., Dillon, F. R., Turner, C. W., Mitrani, V. B. & Feaster, D. J. (2008) The efficacy of structural ecosystems therapy with drug-abusing/dependent African American and Hispanic American adolescents. *Journal of Family Psychology*, 22, 51–61.
- Rokkan, T. & Brandtsberg-Dahl, A. (2003). *Tyrili 10 år etter - en evaluering av Frankmotunet* (Tyrili skiftserie nr. 5). Oslo: Tyrili Forskning og Utvikling (FoU).
- Rønningen, G. E. & Øygard, L. (2003). *Ungdom på Skjerfheimkollektivet. En brukerundersøkelse* (HENÆR-rapport nr. 7). Senter for Helsefremmende arbeid i NÆRmiljøet.
- Samarbeidsforum for norske kollektiver, (2005).
- Sampson, R. J., & Groves, W. B. (1989). Community structure and crime: Testing social disorganization theory. *American Journal of Sociology*, 94, 774-802.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918-924.
- Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPierre, A., et al. (2003). Efficacy of Brief Strategic Family Therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, 17, 121-133.
- Santisteban, D. A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Murray, E. J. & LaPerriere, A. (1996). Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*, 10, 35-44.
- Schanche Selbekk, A. & Duckert, F. (2009). *Familieorienterte tiltak innenfor spesialisert rusbehandling i Helse Vest. Kartlegging og kunnskapsoppsummering*. Regionalt Kompetansesenter i Helse Vest (KORFOR).
- Schwebel, R. (2004). *The seven challenges manual*. Tucson, AZ: The Viva Press.
- Sexton, T. L., & Alexander, J. F. (2000). Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Functional Family Therapy. Retrieved March 1, 2003, from <http://www.ojjdp.ncjrs.org/pubs/alpha.html>
- Shadish, W.R, Montgomery, L.M., Wilson, P., Wilson, M.R., Bright, I. & Okwumabua, T. (1993). Effects of Family and Marital Psychotherapies: A Meta-Analysis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 992-1002.
- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73.
- Sher, K.J. (1991). *Children of alcoholics*. Chicago, University of Chicago Press.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452–464.

- Silverman, K. (2004). Exploring the Limits and Utility of Operant Conditioning in the Treatment of Drug Addiction. *The Behavior Analyst*, 27, 209–230.
- Skutle, A. (2007). Ungdom som eksperimenterer. I vedlegg til Sosial og helsedirektoratet: *Tidlig intervensjon på rusområdet. Sentrale perspektiver – aktuelle målgrupper og arenaer*. Rapport: IS-1455. Oslo, Sosial og helsedirektoratet.
- Slesnick, N. & Prestopnik, J. L. (2004) Office- versus home-based family therapy for runaway, alcohol-abusing adolescents: examination of factors associated with treatment attendance. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 22, 3–19.
- Stanger, C. & Budney, A.J. (2010), *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19, 547-562.
- Stanger, C., Budney, A.J., Kamon, J.L., Thostensen, J. (2009). A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 105, 240-47.
- 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. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191
- Strada, M.J., Donohue, B. & Lefforge, N.L. (2006). Examination of Ethnicity in Controlled Treatment Outcome Studies. Involving Adolescent Substance Abusers: A Comprehensive Literature Review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 11–27.
- Smith, J.E., Meyers, R.J. & Delaney, H. D. (1998). The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 541-548.
- Smith, D. C., Hall, J. A., Williams, J. K., An, H., & Gotman, N. (2006). Comparative efficacy of family and group treatment for adolescent substance abuse. *American Journal on Addictions*, 15, 131–136
- Sosial og helsedirektoratet (2007). *Tidlig intervensjon på rusområdet. Sentrale perspektiver – aktuelle målgrupper og arenaer*. Rapport: IS-1455. Oslo, Sosial og helsedirektoratet.
- Stevens, S., Schwebel, R., & Ruiz, B. (2007). Seven Challenges: An effective treatment for adolescents with co-occurring substance abuse and mental health problems. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 7, 29-49.
- Stice, E., Myers, M. G., & Brown, S. A. (1998). A longitudinal grouping analysis of adolescent substance use escalation and de-escalation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12, 14-27.
- Sutherland, E.H. (1939). *Principles of criminology* (3rd ed.). Philadelphia, Lippincott.
- Swisher, R., & Elder, G. H., Jr. (2000, August). *Community involvement and adolescent resilience*. Paper presented at the Add Health Users Conference (organized by NICHD), Bethesda, MD.

Szapocznik, J., Hervis, O.E., & Schwartz, S. (2003). Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse (NIH Publication No. 03-4751). NIDA Therapy Manuals for Drug Addiction. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F. H., Perez-Vidal, A., & Hervis, O. (1986). Conjoint versus one-person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug abusing adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 395-397.

Tani, C. R., Chavez, E. L., & Deffenbacher, J. (2001). Peer isolation and drug use among White non-Hispanic and Mexican-American adolescents. *Adolescence*, 36, 127-139.

Tetzlaff, B.T, Kahn, J.H., Godley, S.H., Godley, M.D., Diamond, G.S. & Funk, R.R. (2005). Working alliance, treatment satisfaction, and patterns of posttreatment use among adolescent substance users. *Psychol Addict Behavior*, 1 9, 199-207.

Vaughn, M. G. & Howard, M. O. (2004) Adolescent substance abuse treatment: a synthesis of controlled evaluations. *Research on Social Work Practice*, 14, 325–335.

Waldron, H. B. & Kaminer, Y. (2004). On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, 2, 93–105

Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C.W. & Peterson, T. R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 802-813.

Waldron, H.B. & Turner, C.W. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 238-261.

Wallace, J., & Forman, T. A. (1998). Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health Education & Behavior*, 25, 721-741.

Weiss, L., & Schwartz, J. (1996). The relationship between parenting types and older adolescents' personality, academic achievement, adjustment, and substance use. *Child Development*, 67, 2101-2114.

White, H. R., Johnson, V., & Buyske, S. (2000). Parental modeling and parenting behavior effects on offspring alcohol and cigarette use. *Journal of Substance Abuse*, 12, 287-310.

Williams, R. J., Chang, S. Y., & Addiction Centre Adolescent Research Group. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology, Science, and Practice*, 7, 138-166.

Winters, K.C., Stinchfield, R., Latimer, W.W., Lee, S.(2007). Long-term outcome of substance-dependent youth following 12-step treatment. *Journal of Substance abuse treatment*, 33, 61-69.

Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Opland, E., Weller, C., & Latimer, W. (2000). The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. *Addiction*, 95, 601-612.