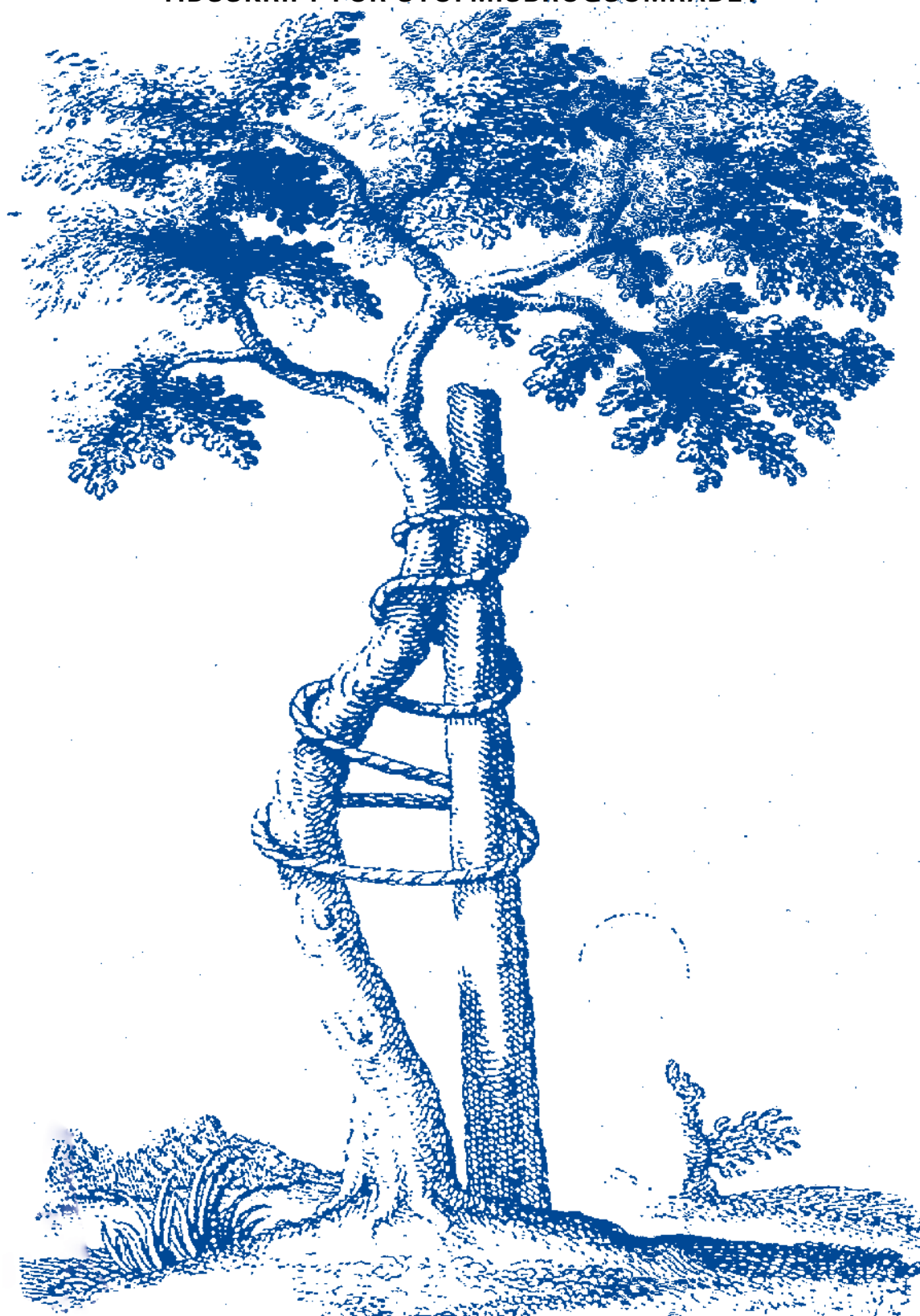
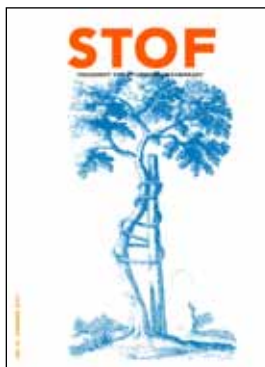


STOF

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET





REDAKTION:

Vibeke Asmussen Frank
(ansvarshavende)
Birgitte Jensen
Michael Jourdan
(redaktør)

Grafisk tilrettelæggelse:

Lucky Seven / Info@lucky7.dk
Assistent: Jønsson
Korrektur: Leif Aidt
Tryk: Zeuner Grafisk A/S
Forside: Scanpix/Lucky7
Oplag: 3.000
ISSN: 1397 - 3385

Redaktionen afsluttet

5. juli 2010
Deadline for næste nummer:
20. september 2010
STOF nr. 16 udkommer vinter 2010

ABONNEMENT:

Tilmelding på www.stofbladet.dk
Spørgsmål vedr. abonnement,
samt artikler og indlæg, sendes til:
bj@crf.au.dk

POSTADRESSE:

STOF / CRF København
Artilerivej 90, 2
2300 København S



STOF udsendes gratis til en lang række myndigheder, institutioner og fagfolk på stofmisbrugsområdet. STOF udgives af Center for Rusmiddelforskning via en bevilling fra Socialministeriet. Artikler eller større uddrag må gengives med kildeangivelse og efter aftale med forfatteren. Indlæg i bladet er udtryk for forfatterens egne synspunkter og dækker ikke nødvendigvis redaktionens eller CRFs holdninger.



'MU' – at omstille spørgsmålet

Afhængighed har gennem tiden været forstået på mange måder og misforstået på endnu flere. Kendetegnende for de mindre heldige forståelser er en tilbøjelighed til overforenkling. Når forståelsen er enkel, er løsningen tilsvarende enkel. Eksempelvis at narkomanerne skal ud på en øde ø... Hverken Flakfortet eller Middelgrunden bliver ganske vist nu om dage besøgt af delegationer på udkig efter egnede lokaliteter, men forestillingen om, at den slavebindende rusgift blot skal slippe taget i sit offer gennem en afgiftning af passende varighed, har historisk set spillet en betydelig rolle - til ingen nytte og megen ulykke.

Frem for at diskutere for eller imod øde øer og afgiftning kunne det have været relevant i stedet at afvise de bagvedliggende, overforenklede forestillinger. Havde vi haft begrebet 'mu', ville det ved mange lejligheder have været et passende svar. 'Mu' er japansk og betyder: 'Sådan som spørgsmålet er stillet vil svaret være misvisende. Spørgsmålet er forkert. Tag det tilbage, og omstil det'. Øde ø? Mu!

Er simplisme i form af overforenklinger udelukkende noget, der hører fortiden til eller findes simplisme fortsat, både hvad angår problemforståelse og problemhåndtering? Socialoverlæge Peter Ege påpeger vedvarende, 'at til ethvert kompliceret problem er der et enkelt svar, som er forkert'. Noget tyder på, at vi fortsat kan have brug for at sige 'mu' til spørgsmål og fremgangsmåder den dag i dag.

Tag nu det forhold, at man ikke kan behandle afhængighed, men kun afhængige mennesker, og at mennesker med stofproblemer nu engang enten er mænd eller kvinder. Kan kønsforskellen sættes uden for parentes med 'one size fits all'-behandlinger? Eller muliggør det at medtænke kønnet mere komplekse forståelser med dertil hørende differentiering af behandlingen?

Eller tag det forhold, at afhængighed ofte hverken er det eneste eller største problem, folk har. At medtænke mere end det adgangsgivende problem - hvad end dette måtte være dobbeltdiagnose eller omfattende psykiske, sociale eller somatiske problemer - er en stor udfordring for misbrugsbehandlingen. Bedre udredning af klienterne, mere koordinering og mere vedvarende behandlingsformer følger af mere komplekse forståelser.

Også forståelsen af selvhjælpsgrupper som fællesskaberne AA og NA og den tradition, som udgøres af Minnesota-behandling, kan siges at være præget af forenklinger. For tilhængerne har traditionen bl.a. den styrke at medtænke mere åndelige, spirituelle og eksistentielle sider af afhængighed, mens den for kritikerne at se har svagheder såsom betydelige religiøse undertoner og et omdiskuteret sygdomsbegreb. Ved en historisk perspektivering, kritisk analyse og præsentation af nogle forskelligheder i - samt udløbere fra - denne tradition søger vi en mere nuanceret tilgang.

I temablokkene om 'Udsat M/K', 'Dobbeltdiagnose' og 'Minnesota' findes bud på svære og komplekse problemstillinger. Med læsernes og skribenternes hjælp kommer der opfølgende artikler om disse temaer i næste nummer. Omstillingen af spørgsmål fortsætter.

M. J.

STOF 15

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET • NR 15 • SOMMER 2010

UDSAT M/K

SOCIALT UDSATTE SET I ET KØNSPERSPEKTIV 4
Noget tyder på, at de to køn følger forskellige veje ud i udstødelse og hjemløshed.
AF PREBEN BRANDT

OPSØGENDE SUNDHEDSFAGLIG INDSATS 10
Sundhedsplatformen i Silkeborg arbejder med bedre sundhed blandt brugerne.
AF ANITA H. RASMUSSEN, CHARLOTTE ENEMARK, METTE B. NIELSEN & TOVE H. SØRENSEN

SEKSUELLE OVERGREB PÅ HJEMLØSEINSTITUTIONER 15
Maskuline adfærdsnormer fylder meget og gør det svært og farligt for kvinderne at begå sig på herberger m.v.
AF MARIE S. LARSEN, LOUISE S. HANSEN & KAREN A. NIELSEN

HVORFOR GÅR HUN IKKE BARE? 18
Vold mod kvinder er aldrig tilfældig – og man kan dø af den.
AF LENE JOHANNESSON

KVINDER I BEHANDLING FOR AFHÆNGIGHED 23
Kvinder, som drikker eller tager stoffer, har brug for at få selvværdet igen og finde glæden ved livet.
AF GUDRUN ISLANDI BRAMSEN

MÆND INGEN ADGANG 27
Stoffri døgntilgang opfattes som regel som kønsneutral – en tilgang, der får os til at overse kønsforskellene.
AF CHARLOTTE LØVSTAD

KVINDER, TRAUMER & STOFBRUG 32
Mindre fokus på stofbrug giver mere plads til refleksion over andre vanskeligheder, ressourcer og ønsker i livet.
AF KATHRINE LOUISE BRO LUDVIGSEN & TINE LYDOLPH

SELVSKADE 38
Vi lever i en tid, hvor det giver mening at håndtere og udtrykke mistrivsel kropsligt.
AF HALLUR THORSTEINSSON

ANABOLE ANDROGENE STEROIDER 43
Steroider er et stof for (unge) mænd, der gerne vil have store muskler. Men de får andet i tilgift.
AF MALENE JOHANNISSON



Dobbeltdiagnoser

PÅRØRENDE TIL MENNESKER MED DOBBELTDIAGNOSE 48
For brugeren er rusen en kortvarig lyksalighed – for de pårørende kan det være en dobbeltbelastning at være vidne til.
AF JENS S. ANKERSEN, GITTE SJØDIN & KATHJA T. BRANDT

DEN SAMME DØR 52
Patienterne er ikke vant til tillidsfulde forhold, men det prøver Specialambulatoriet at opbygge.
AF BIRGITTE VEJSTRUP

MINNESOTA

DEN ISLANDSKE FORBINDELSE 57
En af pionererne løfter en flig af historien om Minnesota-modellens rejse fra USA til Danmark via Island.
AF GUDRUN ISLANDI BRAMSEN

OM Å KOMME UT I SPRITTEN 60
Anmeldelse af P.O. Enquists selvbiografi Et andet liv
AF SUNNEV GRAN

SINDSROBØNNEN 62
Historien om en velkendt bønns ukendte ophav og hvordan den sociale dimension forsvandt undervejs.
AF LIESE RECKE

DEN ADDIKTIVE PROCES & TVANGSPRÆGET ADFÆRD 65
Forudsigelige stemningsskift samt destruktive og hengivne relationer udgør fællestræk i udviklingen af afhængighed.
AF CRAIG NAKKEN

TOLV GRUNDE TIL HVORFOR VI MÅ FINDE ALTERNATIVER TIL ANONYME ALKOHOLIKERE 72
Fællesskaberne bygger på en pakke af forudsætninger, som ikke altid stemmer overens med klienternes grundanskuelser.
AF GLENN D. WALTERS

NETVÆRK 79
Nu findes der alternativer til AA, NA m.fl. i Esbjerg og København.
AF MICHAEL S. HOLDEN & THOMAS TESFAYE-BERHANE

SPEJLNEURONER I AA 81
Hjerneforskere mener at kunne forklare hvad der sker, når AA-medlemmer deler livserfaringer.
AF TORBEN LINDBJERG

FORSKNING

BRUCE K. ALEXANDER OG 'RAT PARK' 86
Et originalt udtænkt forsøg viste, at afhængighed er mere end farmakologi og biologi. Ophavsmanden har nu skrevet en ny bog om afhængighed, hvor det sociale og kulturelle betones.
AF LIESE RECKE

CANNABIS

HJEMMEDYRKERE 89
Ny CRF-undersøgelse: Hvilke motiver og erfaringer har folk, der trods forbuddet mod cannabisdyrkning?
AF HELLE VIBEKE DAHL, VIBEKE ASMUSSEN FRANK & SUSANNE VILLUMSEN

HOVEDET ER KUN KLOGT, NÅR KROPPEN ER MED 93
Ned i tempo, ned i kroppen, ned i det konkrete – følelser skal man ikke af med, men leve med.
AF LONE NIELSEN

METODE

MINDFULNESS 96
Stofbrugere har gode erfaringer med kurser i mindfulness. Man lærer at være mere til stede i det, man oplever og gør.
AF JOHNNY L. REINHARDT & ØVIND WEINGARDE MED BIRGITTE THYLSTRUP



scanpix

Socialt udsatte og udstødte set i et kønsperspektiv

Noget tyder på, at de to køn følger forskellige veje ud i udstødelsen og hjemløshed. Begyndelsen, oplevelserne i den tidlige barndom, er i høj grad det samme. Men derefter er der en klar forskel.

AF PREBEN BRANDT

Lad mig slå fast, at lige meget hvordan man vender sig i de statistikker, som fortæller noget om mennesker, der opfattes som socialt udsatte, er der en overforekomst af mænd. Det er som at se ud over publikum til en fodboldkamp. Mænd, mænd og atter mænd og så nogle få kvinder rundt omkring.

Men til trods for den åbenlyse kønsforskel – både når man ser efter i statistikkerne og ude i virkeligheden – er det mere end fattigt i litteraturen med kvalificerede forklaringer på, eller bare forsøg på forklaringer på, hvorfor det er sådan. Til trods for, at det har været sådan lige så langt tilbage, som der har været gjort forsøg på at beskrive den

gruppe mennesker, som er udstødt af samfundet.

Hvor stor en andel af dem, der betegnes som socialt udsatte, er så kvinder? Det vil variere en smule, afhængigt af hvordan man definerer og afgrænser gruppen af socialt udsatte, men i det fleste opgørelser, hvor der er foretaget en kønsopdeling, ligger andelen af kvinder på mellem 20 – 30 %.

Før jeg går videre med en saglig gennemgang af kønsforskelle blandt socialt udsatte, må jeg give udtryk for, at det er svært for mig at forstå og endnu sværere at bære, at vi i et rigt velfærdssamfund med omfattende sociale og behandlingsmæssige tilbud ikke formår at sikre alle borgere mod social udstødelse, fattigdom og ydmygelse, og at det bliver ved med at være sådan. Derfor kommer denne artikel også til at handle om en uretfærdig, social ulighed, set i et kønsperspektiv. Der er forskellige måder at blive behandlet på, afhængig af hvilken socialklasse man

tilhører, hvilket køn man tilhører, hvilken etnicitet man tilhører. Det er, som om der er forhold og skævheder og uretfærdigheder, som bare bliver ved og ved at være der eller opstår i nye klæder. I nogle perioder er disse temaer på dagsordenen, i andre ikke. Men det gør ingen forskel i forhold til deres betydning ude i virkeligheden. De er der og råber på, at vi tager dem alvorligt.

Hvem er egentlig de socialt udsatte kvinder og mænd?

Socialt udsat eller udstødt, ordene bliver brugt lidt i flæng og er ikke særlig præcise hvad enten det er den ene eller den anden betegnelse, man hæfter på nogle mennesker. Jeg bruger begge betegnelser til at beskrive mennesker, der er i en særlig socialt udsat position, som regel fordi de må leve med flere samtidige sociale eller helbredsmæssige problemer, der hver især kan udløse stigmatisering. Men kan sige, at socialt udsatte dels selv bærer nogle problematiske forhold, dels udsættes for omgivelsernes problematiske behandling af dem.

Med en ikke alt for snæver afgrænsning af, hvem der kan opfattes som udstødte, må det anslås, at mellem 75.000 og 100.000 borgere i Danmark må leve som udstødte og lide under udstødthedens konsekvenser. Lad mig vove et kvalificeret bud: flertallet af disse - måske 75 % - er mænd.

De, der bliver socialt udstødt, må se i øjnene, at de må leve deres liv i dårlige boliger eller leve uden en bolig, samtidig med at de må bære på såvel alvorlige helbredsmæssige, misbrugsmæssige og sociale problemer. De bliver hyppigere end gennemsnittet indlagt på somatiske og psykiatriske afdelinger, men indlæggelserne er, oftere end for resten af befolkningen, af kortere varighed og i mindre grad fulgt op af ambulante behandlingsforløb. Der er blandt socialt udsatte relativt flere end i hele befolkningen, der i løbet af livet

kommer ud i alvorlig kriminalitet, narkomani, alkoholisme, og frekvensen af selvmordsforsøg og gennemførte selvmord er ligeledes højere.

Alt sammen forhold, der rammer mænd hyppigere end kvinder og gør det allerede fra barndommen. Således er der på en tilfældig dag anbragt omkring 1.200 piger og omkring 1.800 drenge i alderen 0 - 17 år på døgninstitutioner.¹

Og det fortsætter i voksenalderen. Personer, der er stofmisbrugere, og personer, der er hjemløse, er to grupper, som udgør dele af den største gruppe af socialt udsatte. Begge disse persongrupper er velbeskrevet, både hvad angår omfang og køn.

Af de ca. 27.000 stofmisbrugere er 7.300 kvinder og 19.700 mænd. De i alt 270 årlige narkotikarelaterede dødsfald fordeler sig således, at det er 0,5 % af kvinderne og 1,2 % af mændene, der hvert år dør.²

De mindst 5.000 personer, der er hjemløse på et tilfældigt tidspunkt, fordeler sig med 1.100 kvinder og 3.900 mænd.³

Og sådan kunne kønsforskellene remses op for mange forskellige socialt udsatte grupper.

Uanset køn er der fælles veje ud i udsathed

Hvad enten det drejer sig om kvinder eller mænd, ser jeg socialt udsathed som et udtryk for en kulmination på en række nederlag skabt i et sammenkog af samfundsforhold og individuelle forhold. På den ene side skal der en person med nogle særlige personlige egenskaber og nogle familiemæssige forhold til - og så ikke mindst på den anden side et samfund, der udvælger mennesker med særlige typer af personlighed og livsform til fordømmelse og udstødelse.

Der findes ganske megen dokumentation for, at der er et sammenhæng mellem belastende opvækstforhold og senere tunge sociale og helbredsmæssige problemer.⁴ Mennesker, der som voksne lever en tilværelse som udstødte, har for ofte, til at det kan være en tilfældighed, tidligt i deres liv oplevet svære, psykosociale traumer. Det vil dog være forkert at opfatte, at der er en simpel lovmæssighed, der siger, at svære traumatiserende barndomsoplevelser fører til udstødthed, altså at belastende opvækstbetingelser er



scanpix

en tilstrækkelig årsag til udstødelse. For selvfølgelig har nogle styrke eller held til at kompensere for ydmygelse. Men det ændrer ikke på, at sådanne forhold er en i det mindste medvirkende årsag til udstødelse fra det almindelige samfundsliv.

Psykoanalytikeren Alice Miller skriver: 'De fleste mennesker viser ikke den ringeste interesse for spørgsmålet om, hvorfor et barn er blevet sådan eller sådan. Når man gør opmærksom på årsagerne, faderens brutalitet, moderens indre opslugthed, siger de: Det er ikke nogen undskyldning for at stjæle. Alle og enhver har gennemgået noget svært i barndommen og er ikke af den grund blevet forbrydere. At årsagen til denne forskelligartede udvikling ligger i graden af den opmærksomhed, den enkelte har fået, interesser dem ikke'. Og videre: 'Alle vil gøre sig anstrengelser for at disciplinere disse personer, at bibringe dem noget positivt, men ingen vil vide noget om deres tilværelses tragedie'.

Der er for så vidt ikke tale om nogen ny viden. Beth Groth Nielsen viser det samme i sin bog *Anstaltsbørn og børneanstalter gennem 400 år*: 'Historien om børnene kan i virkeligheden skrives ret kort. Den handler nemlig ikke om forskelligartede børn til forskellige tider, men om almindelige børn, der er sat i verden af de til enhver tid mest underprivilegerede forældre'.

Jeg må spørge: Er denne mangel på opmærksomhed og ringe interesse mest udtalt, når det drejer sig om drenge?

Men kønnet gør en forskel

Lad os gå 30 år tilbage og se på en lille gruppe af socialt udsatte, nemlig dem, der var hjemløse og boede på de forsorgshjem, der lå spredt ud over landet. Blandt beboerne var en lille gruppe ret fastboende kvinder i alderen fra midaldrende til ældre. De udgjorde omkring 5 % af alle beboerne. De fleste af kvinderne havde haft et liv med mand og børn, men

også oftest et liv, der var præget af fattigdom, alkoholmisbrug og vold. Nogle af dem havde drukket tidligere, og nogle af dem drak stadig. Nogle af dem havde haft indtægt ved prostitution tidligere, og enkelte af dem tjente stadig til nogle øl ved at gå i seng med mænd, ofte dem, de mødte på nærliggende værtshuse, eller med de mænd, der også boede på forsorgshjemmene. Mændene var, som kvinderne, ældre, mange af dem var vagabonder, der altid have levet et omflakkende liv, mens andre, som kvinderne, havde en fortid med familie, løst arbejde og alkoholmisbrug. I løbet af de følgende 5-10 år var de ældre kvinder stort set forsvundet fra hjemløseinstitutionerne, mens mange af mændene var tilbage. Der var nye, yngre hjemløse, der pressede på for at få tag over hovedet, og samtidig udviklede der sig en anden holdning i de offentlige hjælpesystemer til ældre hjemløse. De skulle som andre borgere tilbydes ophold på plejehjem. De var dog kun delvis velkomne på plejehjemmene, hvor de skulle bo sammen med andre ældre. Især mændene var man bekymrede for at lade flytte ind, hvorimod det var meget lettere at acceptere kvinderne.

Det betød imidlertid ikke, at kvinderne forsvandt ud af hjemløseinstitutionerne. For blandt de nye hjemløse, der var unge og yngre, var andelen af kvinder væsentlig højere, end man havde set i mange årtier.

Omkring 1990 var ca. 20 % af de indskrevne kvinder, og de var gennemsnitligt lidt yngre end mændene. Sådan er kønsfordelingen mellem hjemløse kvinder og mænd stadig.

Man kunne så spørge: Er andelen af kvinder, der bliver udstødt, voksende? Det kan man ikke vide, fordi social udsathed er en diffus, upræcis betegnelse, og fordi den forsøgsvis, definitoriske afgrænsning forandres over tid. Men intet tyder på andet end en beskeden vækst af kvinder.

Hjemløshed og køn

Selvom de, der er hjemløse, kun udgør en lille del, vel omkring 5 – 10 % af de socialt udsatte, fortsætter jeg lidt endnu med at se på kønsforskelle hos hjemløse, fordi hjemløshed definitorisk er mere klart afgrænset end andre former for socialt udsathed, og kønsforskelle derfor også mere velbeskrivne.

Hjemløshed ved vi en del om, ikke bare talmæssigt, men også hvad angår kvalitative forhold, fx fra min disputats, som bygger på en undersøgelse af 127 hjemløse personer i alderen 18 – 35 år, der i 1990/91 boede på hjemløseinstitutionerne i København.⁵ De undersøgte personer var udvalgt sådan, at de udgjorde et repræsentativt udsnit af alle de knap 1.000 personer på mellem 18 og 35 år, der i løbet af et år havde et kortere eller længere ophold på en af de københavnske hjemløseinstitutioner. Af såvel hele gruppen som af de interviewede udgjorde kvinderne 18 %.

Langt de fleste havde en række synlige og alvorlige problemer, ofte i form af en kombination af misbrug af rusmidler, psykiske problemer eller egentlig psykisk lidelse, fysiske sygdomme og sociale problemer. Andelen af misbrugere var større blandt mændene end blandt kvinderne. Det gjorde sig især gældende på alkoholområdet, hvorimod kønsfordelingen var mere lige, hvad angår dem, der var blevet afhængige af illegale stoffer.

Oveni kom, at 2 ud af 3, nogenlunde en lige stor andel af mændene som af kvinderne, kunne fortælle, at de havde begået mere eller mindre alvorlig kriminalitet.

Og at godt halvdelen af kvinderne oven i kriminalitet oplyste om gadeprostitution, mens mændene kun i ganske få tilfælde oplyste om at have prostitueret sig.

Men alt dette, hvor problematisk det end kan forekomme, var kun en del af det billede, der blev tegnet ved undersøgelsen. 9 ud af 10 af de un-



dersøgte kunne fortælle om en opvækst i voldsomme og forfærdende forhold. Fysisk og psykisk afstraffelse, manglende omsorg, forældre med misbrug, en mor, der var prostitueret, drillerier i skolen, mange skoleskift uden begrundelse i flytning, skoleproblemer. Halvdelen havde været anbragt på børnehjem, ofte flere forskellige børnehjem. Og de fleste kunne ikke komme i tanker om, at de havde mødt nogen, som varigt og ordentligt tog sig af dem. Og det var gået lige så meget ud over kvinderne som over mændene.

Men så var der en klar forskel. Der var væsentligt færre blandt mændene, der havde børn, end blandt kvinderne, og af de mænd, der havde børn, havde de fleste en langt dårligere kontakt med børnene, end kvinderne havde i forhold til deres børn. Og det til trods for, at omfanget af problemer og vanskeligheder både i forhold til børnene og til livet i almindelighed syntes at være det samme hos mændene og kvinderne.

Og en forskel mere faldt i øjne-

ne, når livshistorierne blev fortalt. Det kunne lyde som om, de to køn fulgte forskellige veje ud i udstødelse og hjemløshed. Begyndelsen, oplevelserne i den tidlige barndom, var som beskrevet i høj grad den samme. Men derefter var der en klar forskel. Mændenes veje var den traditionelle med et forløb over en årrække. Det begyndte med lidt 'skejen ud' og accelererede i løbet af de sene ungdomsåre. En begyndt uddannelse gik i stå, fordi misbruget gik fra det accepterede alkoholmisbrug til et blandet misbrug, hvor også illegale stoffer indgik, og fra 20 – 25 års alderen fik et alternativt liv i særlige grupper forrang for det almindelige liv.

Kvindernes veje syntes at foregå med en ret pludselig og voldsom overgang fra et belastet, men tilsyneladende almindeligt liv til et liv som socialt udsat. Som beskrevet var opvæksten som drengenes, bortset fra, at enkelte af pigerne fortalte om tidlige seksuelle overgreb. Men allerede i teenagealderen begyndte disse piger at bruge illegale rusmid-

ler - og meget hurtigt de virkelig hårde stoffer. Ofte blev de introduceret til dette af de lidt ældre drenge, de kendte, og allerede kort inde i misbruget var de nødt til at tjene til stofferne ved prostitution. De kom sjældent så langt i deres almindelige tilværelse, at de bare kom i gang med en uddannelse. Ofte blev de smidt ud af skolen på grund af deres misbrug.

I sidste ende er det en livsfarlig tilstand at have været hjemløs - ikke mindst for kvinderne. Ved en efterundersøgelse 7 år senere af de knap 1.000 personer, var 12 % af mændene og 24 % af kvinderne døde. Den mindre gruppe kvinder havde et hårdere liv end den samlede, større gruppe mænd.

Udstødt, hjemløs og kvinde

Hør her historien om Jette: I 1990 mødte jeg Jette på Sundholm. Umiddelbart kunne jeg se en køn og begavet yngre kvinde, hvis eneste synlige anderledeshed, bortset fra at hun var hjemløs, var en påklædning og makeup, der var noget speciel. Hvis bare hun fik noget andet tøj på og flyttede fra gaden ind i en lejlighed, skulle hun vel være som os andre. Supplerende skolegang, oplæring og noget social træning skulle vel kunne få hende til at være så almindelig og god en borger som nogen.

Men sådan var det ikke. Hun var ganske og aldeles anderledes, såvel hvad angik misbrug, helbred og sociale problemer som helt ned i bunden af sin sjæl. Jette var aktiv stofmisbruger og havde været det, siden hun var 15 år gammel. Derudover havde hun er massivt alkoholmisbrug. Hun havde en psykisk lidelse og skiftende, mindre fysiske helbredsproblemer. Skolegangen var elendig, uddannelse og erhvervs erfaring var der ingen af. Hun havde siden 16-års alderen tjent penge ved prostitution og begik jævnligt ulovligheder, der førte til gentagne, korte fængselsstraffe.

Jette var blevet socialt mishandlet fra den dag, hun blev født. Hun havde været mere end uheldig med sine forældre. Men det samfund og de institutioner, som vi alle sammen skal have kontakt med, behandlede bestemt heller ikke Jette for godt. Ja, selv de specielle sociale institutioner, hun kom i kontakt med, lod hende sejle i sin egen sø. Ikke af mangel på vilje til at gøre noget, men fordi heller ikke de ville se hendes lidelser og dermed acceptere hendes specielle mangler og handicap.

Ingen af dem, som må have kunnet se det, der skete, havde gjort indsigelser. Ingen spurgte siden til det. Ingen gjorde sig rigtigt ulejlig med at forestille sig, hvad det, Jette havde gået igennem, havde betydet for, at hun som voksen var den person, hun var. Indimellem mødte hun nogle, der syntes, at det var synd for hende. Indimellem mødte hun nogle, der ville frelse hende. Enten gennem en eller anden religion eller gennem et ufejlbarligt behandlingsforløb. Indimellem mødte hun nogle, der mente, at hun havde behov for at få hjælp til at hjælpe sig selv. Indimellem mødte hun nogle, der tilbød hende en reel hjælp og støtte til at få styr på tilværelsen. Det førte også til forbedringer af hendes levestandard, men kunne ikke forhindre, at hun døde i 1997 af leversvigt som 37-årig.



Udsathed og helbred

Vi ved fra en aktuel dansk undersøgelse om sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte mennesker⁶, at omkring 30 % af dem, der indgår i undersøgelsen, er kvinder, og at der er klare forskelle mellem udsatte kvinders og mænds sundhed. Overordnet set er der flere kvinder end mænd blandt socialt udsatte, der er hæmmet af langvarig sygdom, ikke mindst psykiske lidelser.

Det er dog ikke blot et spørgsmål om større hyppighed, men også om flere samtidige sygdomme. Således findes det, at 37 % af kvinderne har mere end 4 sygdomme eller helbreds-

problemer - mod 27 % hos mændene. Alvorlige sygdomme, som såvel er livsforkortende som invaliderende at leve med, fx astma og KOL, er især overrepræsenteret hos kvinderne.

Den samme undersøgelse viser, at kvinderne i højere grad end mændene klager over psykiske vanskeligheder, depressiv forstemthed og angst. Og at de også hyppigere end mændene tager lægeordnede psykofarmaka.

Det er også kvinderne, der i betydeligt omfang har været udsat for seksuelle overgreb, såvel gennemført tvunget samleje, som hver 10. 'udsat' kvinde har oplevet inden for

det sidste år, som ubehagelig seksuel beføling og blotteri, som hver 5. kvinde har været udsat for.

Kvinderne bruger da også sundhedsvæsenets tilbud hyppigere end de udsatte mænd, og i det hele gør udsatte kvinder mere for at bevare eller forbedre helbredet, end mænd gør. Der er færre kvinder, der ryger, færre der er alkohol- og stofmisbrugende, de er mere fysisk aktive, de spiser sundere, og der er færre, der er overvægtige.

Hvorfor kønsforskelle?

Det er sandsynligt, at der er medfødte egenskaber, som skaber for-



skelle i de to køns måde at fungere på i sociale sammenhæng. Det er lige så sandsynligt, at der hersker sociale, og altså menneskeskabte krav, forventninger, regler og normer, der fører mennesker med forskelligt køn, men med samme medfødte egenskaber og tidlig emotionel belastning ud i helt forskellige livsforhold og fastholder dem der.

Mit indtryk er, at der allerede tidligt i livet lægges flere forhindringer på vejen til et velfungerende og almindeligt voksenliv for drenge, der er i risiko for social udstødelse, end for piger; og at samfundet, også når disse børn bliver voksne, fortsætter med at reagere mere negativt over for mændene end over for kvinderne. Derudover er det mit indtryk, at voksne kvinder oftere end voksne mænd mødes med tilbud om indsatser, der kan bringe dem over i en mindre grad af udsathed, og livet igennem er blevet mødt med sådanne tilbud.

Eller sagt med andre ord: Jeg er ikke i tvivl om, at en væsentlig del af de kønsforskelle, vi ser i forhold til socialt udsatte, er socialt skabt - og dermed til at ændre. Og at ændre på sådan en måde, at risikoen for udstødelse af mænd reduceres.

Jeg er heller ikke i tvivl om, at de kvinder, som lever som udsatte, har de samme massive, tunge og omfattende problemer som de dårligst fungerende udsatte mænd. Man kan sige, at de udsatte kvinder ikke, hvad angår problemernes omfang og tyngde, kan sammenlignes med de udsatte mænd generelt, men skal sammenlignes med *de* socialt udsatte mænd, der har de mest omfattende problemer. Altså, at de kvinder, der jo samlet udgør ca. 25 % af alle udsatte, kun kan sammenlignes med den tredjedel af mændene, der har det allerdårligst.

De kvinder, der har det sammenligneligt med den øvrige del af mændene, regnes ikke med, og regner sig heller ikke selv med, til de socialt udsatte. Det samme gælder

i forhold til hjemløshed. Kvinder og mænd, med de samme tunge og omfattende sociale problemer, bliver ikke modtaget på samme måde i det omgivende samfund. Tolerancen og accepten af udsatte kvinder er større end tolerancen og accepten af udsatte mænd.

Derfor vil de kvinder, der udstødes, massivt synes mere belastede end udstødte mænd. Men faktisk er det en mindre gruppe mænd, svarende i antal til kvinderne, der sammen med kvinderne udgør de mest udstødte og mest svigtede i vores samfund. For denne lille gruppe kan det være svært til det umulige at gøre ret meget andet end at give omsorg. Men jeg kan ikke forstå, hvorfor det skal være umuligt at bringe resten af mændene - som de bedre fungerende kvinder - over i en tilværelse, der nok er svær, men i det mindste inkluderende.

Som jeg indledte med, vil jeg også her give udtryk for, at svigt over for børn, der vokser op under belastende forhold - som lades i stikken under opvæksten og fortsætter som socialt udsatte voksne, hvad enten de er af det ene eller det andet køn - synes at være et fænomen, som vi ikke bare kan se på som historisk. Vi har været igennem en periode, hvor velfærdsstaten var noget, vi såvel generelt som politisk lagde vægt på som styringsform, og hvor omfanget af udstødelse og social ulighed også var mindre. Men nu, hvor vi dyrker en post-velfærdsstatspolitik og professionelt socialt og sundhedsarbejde der drejer sig om, hvad der kan betale sig, kommer vi ikke uden om at indse, at flere og flere, kvinder såvel som mænd, bliver sat udenfor.

De næste mange Jette'r går rundt derude - sammen med alle de mænd, der er i samme båd. Og det er altså ikke bare deres eget ansvar, hvordan det går dem. ■

REFERENCER

- 1 Danmarks Statistik - statistikbanken.dk.
- 2 Stofmisbrugere i Danmark 1996 - 2005. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2006.
- 3 Hjemløshed i Danmark 2009. SFI-rapport 09.
- 4 Se fx Niels Christie: Unge norske lovovertrædere. Universitetsforlaget. 1960; Gustav Jonsson: Den sociale arvs onde cirkel. Fremad. 1983; Alice Miller: Den bandlyste viden, Hans Reitzels Forlag. 1989; Svend Heinild: Spadestik. Rhodos. 1972.
- 5 Preben Brandt: Yngre hjemløse i København. Disputats. FayL's Forlag. 1992.
- 6 SUSY-Udsat - Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. SIF.

Et slag for den opsøgende sundhedsfaglige indsats

Glemsomhed eller kaotiske livsomstændigheder hindrer bedre sundhed blandt brugerne.

AF ANITA HJORT RASMUSSEN,
CHARLOTTE ENEMARK,
METTE BUNDGAARD NIELSEN
& TOVE HOLM SØRENSEN

Sundhedsstyrelsen har i en årrække haft 'lighed i sundhed' på dagsordenen, med fokus på udsatte borgers sundhed og sygelighed. Regeringens sundhedsprogram 'Sund hele livet 2002-2010' lægger vægt på, at den sociale ulighed i sundhed skal reduceres, og middellevetiden øges¹, og det er blevet kommunens opgave at sikre forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud. Af dette trekløver, Sundhedsstyrelsen, sundhedsprogrammet og kommunen, udsprang projektet 'En sundhedsplatform i det sociale arbejde', som er et projekt mellem Silkeborg Kommune og Kirkens Korshær som privat folkekirkelig hjælpeorganisation – en smart konstellation, som det vil fremgå nedenfor. Vi er et team bestående af en projektleder, en mobilsygeplejerske, en psykiatrisk sygeplejerske med tilknytning til psykiatrien og en sundhedsantropolog. Vi er fysisk placeret med et kontor på Rusmiddelcenteret i Silkeborg, og vi har samtidig et tæt samarbejde med Lokalpsykiatrisk Center og med Kirkens Korshærs Varmestue. Projektet, som løber fra august 2008 til oktober 2010, skal skabe overblik over målgruppens sundhedsproblemer, tilbyde basal

sygepleje til målgruppen, sikre at målgruppen kommer videre til det etablerede sundhedssystem og give målgruppen undervisning i den daglige håndtering af sundhedsproblemer. Vi skal lave skriftlige samarbejdsaftaler med det øvrige social- og sundhedsvæsen, forberede kurser og temadage, undervise social- og sundhedspersonale og afholde tværfaglige møder for at sætte fokus på mennesker med dobbeltdiagnose, mennesker, der har komplekse problemer på grund af alkohol og stoffer, og mennesker, der er hjemløse. Afslutningsvis skal vi samle alle vores metodebeskrivelser til en stak lettilgængelige anbefalinger, som vi videregiver til samarbejdspartnere.

Artiklen handler om Sundhedsplatformens praksiserfaringer og om den gode kontakt til alkohol- og stofbrugere samt hjemløse – og om samarbejdet og vidensdelingen med andre sundheds- og socialfaglige på tværs af sektorer. Artiklen peger også på de forankringsbesværligheder, som et mindre projekt må se i øjnene, når hele kommunens struktur er i rivende opbrud og omlægning – der er udarbejdet et spareforslag på 335,6 millioner kroner i Silkeborg Kommune, som skal fordeles på alle kommunens opgaveområder. Forslaget skulle dog ikke komme de mest sårbare til skade, forlyder det fra kommunen.

Profil af målgruppen

Projektets målgruppe omfatter især alkohol- og stofbrugere i Silkeborg, som har tilknytning til Rusmiddelcenter Silkeborg eller til Kirkens Korshærs Varmestue. Hertil kommer en gruppe af udsatte, som ikke benytter sig af de kommunale tilbud, men som kommunens Støtte- og Kontaktpersonsordning møder i deres arbejde. Der er især fokus på de brugere, som ikke selv formår at opøge behandling i sundhedssystemet, enten fordi de er for dårlige fysisk og psykisk, har mistet tilliden til systemerne, eller fordi de endnu ikke har opnået et tilfredsstillende behandlingsforløb i det almindelige sundhedssystem eller behandlingssystem. Det resulterer i, at målgruppen ikke får behandlet deres basale sundhedsproblemer, og der er risiko for udvikling af svære og livstruende komplikationer. Særligt gruppen af personer med dobbeltdiagnose er i risiko for at blive tabt i behandlingssystemet, og det lader især til, at brugere med udpræget social angst og et højt alkoholforbrug, har svært ved at passe ind i systemerne.

Vi har netop indberettet en statusrapport til Sundhedsstyrelsen, hvori vi samlet har opgjort de fysiske og psykiske lidelser samt de misbrugsproblematikker, der kendetegner vores brugere. Af somatiske lidelser kan nævnes: hepatitis C og HIV, KOL og lungesygdomme,

infektioner, dårlige tænder, levercirrose, leverkræft og alkoholskaded lever, generelle smerter, diabetes, dårligt blodomløb, hudinfektioner, psoriasis, dårlige fødder, cancer, fedme, underernæring, sår, traumer, frakturer og mangel på genoptræning efter skade. Af psykiske lidelser ser vi: angst, ADHD, depression, affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser, psykose, neurose, kognitive skader og hjerneskader. Stofproblematikkerne blandt brugerne omfatter: blandingsmisbrug,

metadon, hash, benzodiazepiner, amfetamin, alkohol, kokain, heroin, ecstasy og overforbrug af smertestilende medicin. Der er en stor overordnet tale om en meget sårbar og komplekst syg gruppe. Vores observationer er ikke meget ulig resultaterne i SUSY UDSAT², der peger på, at gruppen af misbrugere, sindslidende og hjemløse har en markant dårligere sundhedstilstand end den øvrige del af befolkningen.

Fire gode grunde til at implementere en opsøgende sundhedsfaglig indsats på misbrugsområdet:

1. Sammenhæng

Dansk Selskab for Intern Medicin³ påpeger nødvendigheden af bedre sammenhæng i patientforløb. Især drejer det sig om de akut indlagte patienter, der lider af flere sygdomme, og rapporten henviser til det manglende samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis. Akutte indlæggelser og afbrudte forløb er meget resursekrævende for sundhedssystemet⁴, og det er derfor vigtigt, at den udsatte borger opspores og udredes tidligt i sygdomsforløbet. Samtidig kan vi i Sundhedsplatformen observere, at der blandt brugerne er stor efterspørgsel på de sundhedsfaglige kompetencer. Overvejende er der behov for støtte til at navigere i de specialiserede behandlingssystemer. Det kan være svært for brugerne at følge henvisningssystemerne eller den logiske rækkefølge i forskellige sundhedstjek, og nogle vil helst ikke i kontakt med deres egen læge, som de er raget uklar med. Flere vil ikke erkende, at de er syge på trods af tydelige symptomer, og nogle kommer ikke af sted til den aftalte tid på grund af glemsomhed eller kaotiske livsomstændigheder, der gør, at hensynet til helbredet nedprioriteres. Disse hindringer for bedre sundhed forsøger vi at imødekomme, så forløbene kommer til at fremstå gnidningsfrie for brugerne og for sundhedspersonalet, således at brugerne kan modtage den behandling de har krav på. De vigtigste opgaver er, at holde styr på brugernes indkaldelsestidspunkter og at minde dem om, hvornår de skal have taget blodprøver forud for undersøgelse. Vi ringer ofte til brugeren et par gange inden aftalen og informerer om, hvad der skal ske og hvornår. Vi arrangerer transport, hvis vi vurderer, at brugeren ellers ikke kommer af sted. Hvis vi ikke selv kan tage med brugeren,



koordinerer vi 'gå med-funktionen' indbyrdes i teamet. Vi drøfter konkrete brugersager på teammøder og sparrer med hinanden. Vi hjælper med at søge støtte til medicin, tandbehandling etc. hos kommunen og oplyser brugerne om deres rettigheder. Vi skriver journalnotater til interne samarbejdspartnere, informerer om nye tiltag og brugerforløb, og vi følger op på sundhedsforløb. Vi oplever desuden, at afrusningsforløb, indlæggelser og udskrivelser fra sygehus, funktionel hjemløshed, hjemløshed efter afsoning, hepatitisbehandling og tandrenovering kræver en ekstra koordineret sundhedsindsats. Resultatet af indsatsen er, at brugerne får positive oplevelser med sundhedssystemet; de oplever et imødekomende personale, der vil dem det godt, samt en sammenhængende og intensiv behandling. Brugernes udviser stor tilfredshed, når de kan følge med i og forstå deres egen bedring og sygdomsforløb, og for flere omsættes det til en handlekompetence, så de bliver i stand til bedre at tage vare på eget liv og helbred.

2. Kontinuitet og tillid

Den gode kontakt og relationsarbejdet kan især lade sig gøre, fordi vi hver mandag og løbende er tilgængelige i Kirkens Korshærs Varmestue. Vi er fleksible tidsmæssigt og uden andre opgaver om mandagen, så det giver brugerne (betæknings) tid til at fange os til en samtale. Nogle gange tager vi generelle spørgsmål op i åbent forum. Det kan være en snak om rygestop til gavn for andre nysgerrige. Andre gange kræver henvendelsen en samtale under fire øjne, fordi man vil tale om et sårbart emne, og vi hjælper vedkommende med at skærme sig selv. Det kan dreje sig om tilsyn af sår efter fejlfix, traumer og vold, eller man skal have hjælp til at vurdere alvoren af de oplevede symptomer. Den tidsmæssige fleksibilitet gør også, at vi kan tage på mere eller mindre akutte hjem-

mebesøg, når vi har kendskab til en bruger, som behøver en sundhedsindsats her og nu. Vi kan ligeledes opsøge de brugere, der er indskrevet til behandling på Rusmiddelcentret, når de kommer efter deres medicin i klinikafdelingen. Kontakten opstår enten ved, at brugeren selv henvender sig, idet vores tilbud efterhånden er kendt af mange, ved at vi henvender os til dem, når vi vurderer det nødvendigt, eller ved at en samarbejdspartner kontakter os angående en bruger med behov for sundhedsstøtte. Det kan være henvendelser fra personalet i Kirkens Korshær, fra misbrugsbehandlere, fra boformerne, fra sygehuset, fra praktiserende læger etc. Brugernes har vores mobiltelefonnumre, og mobilsygeplejersken i teamet har et gratisnummer, så kontakten ikke afhænger af, om brugerne har taletid på mobilen. Blot tanken om, at de kan ringe til nogen, når de har det allerdårligst, har en beroligende effekt.

Af iværksatte sundhedsfremmende aktiviteter har vi hver tirsdag et 'brugertræf' i varmenstuen, hvor brugerne i dialog med os vejledes omkring diverse sundhedsproblematikker. Personalet hører om angst, 'ondt i maven' og depression. Konceptet er at indsamle ønsker for ugens tema blandt brugerne. Det kan være temaer såsom smitte, træthed eller undervisning på et helt uformelt og uforpligtende niveau, for brugerne gider ikke blive belært, og flere har dårlige erfaringer fra skoletiden. Sundhedsplatformen uddeler også rent værktøj via projektet og i varmenstuen, hvor vi samtidig kan vejlede i korrekt injektionsteknik. Løbende har vi motiverende sundhedssamtaler med brugerne, når vi er med dem på sygehuset, hos lægen, eller når vi transporterer dem frem og tilbage til sundhedstjek. Alt sammen foregår med skadesreduktion som praksisstrategi.

Vi kan med andre ord tillade os at bruge tid på den enkeltes sundhedstilstand, hvilket er altafgørende

for en tillidsfuld kontakt, og for at vi kan rykke i nogle tråde nu og her. Dét, at vi er tilgængelige i deres miljø og tager del i den daglige trummerum i varmenstuen, lader til at mindske skellet mellem 'os' og 'dem'. Der opstår situationer, hvor de lærer os en masse, og en snak i bilen nedbryder eksempelvis de formelle konfronterende rammer, som de er vant til fra andre instanser. Selve samarbejdet med Kirkens Korshær bevirker, at vi ikke i samme grad opfattes som repræsentanter for 'systemet', idet varmenstuen er et frirum. Vi er på den måde med til at genoprette tilliden til systemet, og samtidig kan vi bedre forstå og forklare situationen fra systemets side, fordi vi færdes i det, til glæde for både brugere og samarbejdspartnere. Mobilsygepleje har faktisk eksisteret i Silkeborg siden 2003, og det er tydeligt, hvordan en gennemgående medarbejder kan stadfæste en uvurderlig sammenhængskraft for brugerne. Mobilsygeplejersken kender en stor del af brugerne gennem flere år, og vi skal ikke begynde ved status quo ved hver kontakt.

3. Vidensdeling

Vi fandt i projektets opstartsfasen et behov og en efterspørgsel fra vores sundhedsfaglige samarbejdspartnere, såsom hjemmehjælpere, hjemmesygeplejersker og sygeplejersker på sygehusafdelingerne, i forhold til håndtering af mennesker med misbrug i sundhedssystemet.

På sygehusene står sundhedspersonalet ofte magtesløse over for målgruppens særlige behov og fortvivlede adfærd, og der opstår eksempelvis konflikter omkring smertedækning og medicinudlevering, som kan munde ud i uafsluttede behandlinger til stor skade for den enkelte. Vi har mødt brugere, der stadig gik rundt på et brækket ben eller med en alvorlig infektionstilstand, fordi de tog fra sygehuset før tid. Hjemmeplejen mangler viden og værktøjer til at samtale med

ældre borgere i hjemmene omkring deres overforbrug af rusmidler, og sundhedspersonalet mangler overordnet viden om dobbeltdiagnosepatienter, hvilke tilbud der findes til mennesker med misbrugsproblematikker, og hvad forskellige misbrug bevirker (se også artiklen 'Alderdømt, Alkohol og Medicin' i STOF nr. 14).

Vi planlagde derfor et 10-dages kursusforløb på Social- og Sundhedsskolen i Silkeborg, hvor vi underviste 18 sundhedsfaglige personer, der dagligt har kontakt til alkohol- eller stofbrugere i hjemmene, omkring disse temaer. Vi har ligeledes haft samarbejds møder med sygehusafdelinger, hvilket har givet personalet dels mere mod på at arbejde med målgruppen, dels en trykthed i, at de kan kontakte vores team angående konkrete brugere. Vi giver psykiatrisk og somatisk bistand til forsorgshjemmet Godrum, vi giver sparring til misbrugsbehandlere og personale i Kirkens Korshær, og der er tilrettelagt et undervisningsprogram for nyansatte i Kirkens Korshær omkring smitte, hygiejne og livreddende indsats.

4. Samarbejde

Flere brugere har opnået et parallelt behandlingsforløb i Lokalpsykiatrien og i Rusmiddelcenteret via den psykiatriske sygeplejerske i projektet. På begge fronter ser samarbejdet ud til at løse op for nye måder at tænke behandling på. Nogle brugere kan eksempelvis bedre komme ud af deres misbrug, når de værste symptomer fra deres psykiske lidelse nedbringes⁵, og ofte er sammenhængen mere kompleks, hvilket kræver god koordinering og netværksdannelse. Sundhedsplatformen arrangerer temadage med fokus på dobbeltdiagnose og andre sundhedsfaglige temaer, hvor jobcentre, psykiatrien, behandlere, bostøtter, læger og andre interessenter på misbrugsområdet inviteres på tværs af instanser. I oplæggene prioriteres spørgsmålet

HVOR ER KVINDERNE I PROJEKTET?



Brugerne af Sundhedsplatformen er overvejende mænd. Vi møder kun få kvinder i varmenstuen og på Rusmiddelcenteret, og en gang i mellem ser vores psykiatriske sygeplejerske en kvinde med dobbeltdiagnoseproblematik på Lokalpsykiatrisk Center. Men hvordan kan det være, at vi er i kontakt med så få kvinder? Den ene mulighed er, at der er flere sociale tilbud til kvinder end til mænd i Silkeborg – såsom krisecentre, familiebehandling og selvhjælps-

grupper. Når vi endelig ser kvinder i vores projekt, er de virkelig udsatte, hvilket kan skyldes, at de etablerede kvindetilbud ikke længere kan rumme dem. De er for psykisk syge og/eller for misbrugende, og de falder derfor uden for rammerne af et tilbud, hvor der er krav, forventninger og regler. Den anden mulighed er, at kvinder er bedre til at tage vare på sig selv i længere tid. Selvom kvinderne er dårlige, sættes pleje og ernæring stadig højt, og flere formår at søge behandling i sundhedssystemet, men de er mere tilbageholdende med at søge hjælp i misbrugsregi. Undersøgelser peger på, at kvinder oplever større diskriminering og stigmatisering på grund af deres misbrug⁶, og samtidig medvirker rollen som mor til, at de oplever skyld, skam og angst for systemets kontrol vedrørende deres børn. Meget tyder på, at det kræver en metodenænsom indsats og et dybdegående opsporingsarbejde at få kontakt til kvinder med disse kendetegn, for der er flere derude. Her kunne en sundhedskoordinerende indsats være et bud på en dørbåner til 'kvindeverdenen'.

Kønsspecifikke tilbud

Der har i den seneste tid været et større fokus på udsatte kvinders vilkår, eksempelvis i Hus Forbi⁹ og i specialet 'Mere end udsat' fra Ålborg Universitet¹⁰ (se næste artikel i dette nummer). I Hus Forbi debatteres, hvordan den lave kontanthjælp kan presse unge kvinder under 25 år ud i en nedværdigende boligstrategi. 'Sex for en sofa' er en rammende overskrift for artiklen. Universitetsspecialet omhandler hjemløse kvinder og de seksuelle overgreb, der finder sted på hjemløseinstitutionerne. Seksuelle overgreb, prostitution og fysisk og psykisk vold er heller ikke ukendte fænomener blandt de kvinder, vi møder igennem projektet, og man kan endvidere spørge, om det ikke

er en overhængende risikofaktor for udsattegruppen generelt? Vi har ligeledes kendskab til mandlige brugere, der har prostitueret sig siden ungdomsårene eller har været udsat for seksuelle overgreb fra ældre mænd. Vi er vidner til et indbyrdes hierarki, hvor de mest sårbare fyre bliver tæsket og presset til tjenester. I projektet kan vi tydeligt se, at der er behov for at tage hånd om noget så tabuiseret som seksuelle og fysiske ydmygelser samt give vejledning i sex og prævention, og det har i en rum tid været meningen at oprette en særskilt kvindegruppe – og en mandegruppe for den sags skyld – hvor disse tunge emner kan tages op, og hvor erfaringerne kan deles med ligestil-lede. Krænkelserne og de traumatiserende overgreb hører godt nok under samme kategori, men de opleves vidt forskelligt kønnene imellem, og tilgangen bør derfor være forskellig i henholdsvis et kvindespecifikt og et mandspecifikt tilbud.





om samarbejdsmuligheder og muligheder for netværksdannelse. Ud fra tanken om integreret behandling har vi dannet en dobbeltdiagnosearbejdsgruppe, hvis formål er at få allerede eksisterende tilbud til at samarbejde om at forbedre forholdene for målgruppen. Vi håber, at disse netværkstiltag kan medvirke til en større rummelighed på de arbejdspladser, hvor der er en tendens til at specialisere sig og lukke sig om sig selv. En tværfaglig indsats er nødvendig i forhold til mennesker med så komplekse problemer og kaotiske livsmønstre.

Vi kører et internt samarbejde med Støtte- og Kontaktpersonerne i Silkeborg om fælles temadage, om tandprojekt og især om de brugere, der ellers ingen offentlige tilbud eller støtte får. Vi deltager i personale-møder på både Rusmiddelcenteret og i Kirkens Korshær, og vi har et godt samarbejde med Socialteamet i kommunen omkring brugerne. Vi oplever ydermere, at tandlæger, praktiserende læger og sygehusafdelinger er mere villige til at samarbejde med målgruppen, når der ydes støtte fra Sundhedsplatformen.

Projekter opstår - projekter forgår

I projektets afviklingsfase frem til november 2010 vil vi arbejde målrettet på, at de brugere, der står uden et andet tilbud end Sundhedsplatformen, får en værdig overdragelse til en anden form for støtte. Nogle brugere står midt i en udmagrende medicinsk behandling for deres hepatitis C, og i Sundhedsstyrelsens 'National handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C' anbefales det, at en tovholder netop støtter op om den udsatte patient med henblik på fastholdelse i behandlingen. Inficerede kan med vedholdenhed opnå at blive helbredt for en kronisk lidelse, smittebærere reduceres, og en behandling for hepatitis C koster tæt på 100.000 kroner. Det er en dyr behandling at afbryde på grund af manglende evne til fremmøde, og

en billig behandling i forhold til de menneskelige og økonomiske følger, en leverbetændelse kan få i form af skrumpelever og leverkræft. Andre brugere står lige nu boligløse efter en dom og har samtidig ubehandlede fysiske og psykiske lidelser. Hvis der ikke er resurser til at ansætte sundhedspersonale på Rusmiddelcenteret efter projektets afslutning, og hvis den sundhedsfaglige tilgængelighed ikke bliver forankret i Kirkens Korshærs Varmestue, så kan det være svært at se, hvordan den sundhedsstøtte og kontaktfom, som brugerne lige har vænnet sig til og sætter stor pris på, kan erstattes med et lignende alternativ. Samtidig lader det til, at der bliver skåret gevaldigt på den udgående Støtte- og Kontaktpersonsordning i Silkeborg Kommune, der ligeledes repræsenterer fleksibilitet, sammenhæng og den gode kontakt til brugere. Til gengæld vil målgruppen forblive, og i projektperioden har vi fået et overblik over, at der er flere derude, eksempelvis drikkegrupper, angst og hjemløse, som vi ikke har kontakt til. Det er ulempen ved et velmenende projekt, som blev startet op i en tid, hvor man antog implementeringen og vedligeholdelsen af projektets funktioner som en selvfølge.

I sidste ende handler det om at behandle denne målgruppe med den respekt og den sammenhæng, den har krav på, og da disse mennesker selv har problemer nok, har de næppe overskud til at tale deres egen sag. Derfor kan vi med vores projekterfaringer kun håbe på at skabe større fokus og interesse omkring de dårligst stillede, hvor god kontakt gennem en sundhedskoordinerende indsats virkelig ser ud til at bringe 'lighed i sundhed' op på et højere niveau. Ydermere må vi igen henvise til de besparelser, som sundhedsvæsenet kan opnå via samarbejdet med et opsøgende sundhedsteam, så det i mindre grad ender med omkostningsrige, akutte indlæggelser, spildtid, når patien-

terne ikke dukker op, og afbrudte behandlingsforløb. Det er i hvert fald en kende ugennemtnækt, hvis man i en velfærdsstat sparer på professionalismen i forhold til de aller-mest udsatte. ■

REFERENCER

- 1 Sundhedsstyrelsen: Lighed i sundhed – sundhedsfremme og forebyggelse målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. 2009.
- 2 Rådet for Socialt Udsatte: SUSY UDSAT – Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. Rådet for Socialt Udsatte. 2008.
- 3 Danske Regioner og Dansk Selskab for Intern Medicin: Inspiration til en fornyet indsats for medicinske patienter – akut indlagte patienter med uhensigtsmæssige behandlingsforløb. Danske Regioner. 2009.
- 4 Thiesen, Henrik: Projektbeskrivelse: Tiltag vedrørende optimeret tværfaglig indsats over for de sværest marginaliserede med helbredsproblemer. 2004.
- 5 Projekt Bedre Udredning – kvalitet i den psykiatriske udredning af sindslidende misbrugere. Århus Kommune, Social- og beskæftigelsesforvaltningen, Center for Misbrugsbehandling og Center Basen. 2009.
- 6 Sundhedsstyrelsen: National handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C blandt stofmisbrugere. Sundhedsstyrelsen. 2007.
- 7 Flere mænd end kvinder bruger illegale stoffer, og kvinder i behandling udgør cirka 1/3 på nationalt plan. Vi ser dog en noget større kønsblanding i Sundhedsplatformens brugergruppe.
- 8 Dahl, Helle Vibeke & Pedersen, Mads Uffe: Kvinder og køn: Stofbrug og behandling. Center for Rusmiddelforskning. 2008.
- 9 Sejbæk, Tine: Sex for en sofa. Hus Forbi nr. 4, 14. Årgang. April 2010.
- 10 http://projekter.aau.dk/projekter/files/19254177/Speciale_Mere_end_udsat_uploaded.pdf. Den efterfølgende artikel i dette nummer af STOF omhandler specialet.

Seksuelle overgreb på hjemløseinstitutioner

Flere mænd end kvinder er hjemløse, og det bærer institutionerne til denne gruppe præg af: Maskuline adfærdsnormer omkring aggressivitet og magt fylder meget. Det gør det svært – og farligt – for kvinderne at begå sig dér.



FAKTA

Hjemløseinstitutioner til begge køn danner rammerne om tilbud til en gruppe yderst socialt udsatte mennesker, men stederne bærer i høj grad præg af en maskulint domineret omgangsform. Dette bevirker, at hjemløse kvinder, der opholder sig på disse institutioner, kan blive udsat for seksuelle overgreb fra hjemløse mænd. Vores netop færdiggjorte speciale¹ på Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde ved Aalborg Universitet² med titlen Mere end udsat fokuserer på denne problematik og danner grundlaget for denne artikel. **Hele specialet kan læses på:** http://projekter.aau.dk/projekter/files/19254177/Speciale_Mere_end_udsat_uploaded.pdf

AF MARIE SKOV LARSEN,
LOUISE SCHACK HANSEN
& KAREN AUNSSØ NIELSEN

Kvindelig hjemløshed er ikke et fænomen, der tidligere har fået megen opmærksomhed i Danmark. Dette kan skyldes, at ud af de mellem 11.000 og 13.000 mennesker, der på årsbasis vurderes at være berørt af hjemløshed i landet, er kun ca. 22 % kvinder. De udgør således en minoritet i en yderst kompleks og vanskeligt stillet gruppe, der ofte lever med problematikker som stof- og alkoholmisbrug eller psykiske lidelser³. Denne kønsfordeling har konsekvenser for de institutionelle tilbud, der udbydes til hjemløse. I København⁴ findes der meget få tilbud specifikt til hjemløse kvinder

med misbrug og/eller psykiske lidelser, hvilket bevirker, at kvinder med disse problematikker ofte vil være henvist til de hjemløseinstitutioner, der henvender sig til begge køn. Sådanne institutioner kan eksempelvis være akutte nattilbud, der kun har åbent i nattetimerne, hvilket betyder, at man skal møde op sent om aftenen for at få tag over hovedet for natten. Man får udleveret en madras, hvorefter man skal forsøge at finde ro og tryghed til at sove i et rum tæt sammen med mange andre mennesker. Dette kan ofte foregå enten i selve cafeen eller i mere afslidsliggende soverum. De mange mennesker samlet på et afgrænset areal kan føre til en del uro. Nogle ser fjernsyn, andre spiser dagens varme måltid, mens andre igen va-

sker tøj eller taler med hinanden eller personalet. Mange er påvirkede af alkohol eller stoffer, hvilket ofte vil medføre, at de enten er opstemte, eller at de let bliver ophidsede over urimelighederne i deres liv. Disse steder er endvidere præget af en del berigelseskriminalitet, hvor de sovende brugere får stjålet deres værdigenstande af andre brugere.

Hjemløseinstitutioner kan ligeledes være store herberger, hvor man for kortere perioder kan få et lille værelse, der ligger på en gang, hvor mænd og kvinder bor dør om dør og ofte uden megen kontrol og indblanding fra personalet. Mændene er klart i overtal på disse institutioner, hvilket påvirker interaktionen mellem brugerne og placerer kvinderne i en yderligere udsat position.

En tidligere hjemløs kvinde har udtalt sig om, hvordan det er at være kvinde blandt mange mænd på institutionerne: *'Jamen, det kan godt være rigtig svært [...] det er jo dem, der er flertallet, og det er ligesom dem, der styrer det, ikk'. Og bestemmer [...] de kan gøre alt for at få folk ud, hvis det er det de vil, ikk'. Så tyranniserer de jo bare én. Så man kører sådan... Prøver at køre lidt med i, nogle gange i ting, man egentlig ikke... måske var gået med til normalt [...] går lidt længere, end man måske plejer, ikk'...* For at... bare være i fred'. Det indbefatter således nogle yderst vanskelige vilkår for hjemløse kvinder, der opholder sig på hjemløseinstitutioner for begge køn, hvilket desuden kan indebære, at kvinderne udsættes for seksuelle overgreb. Derved danner de institutioner, der umiddelbart skal rumme begge køn på lige vilkår, rammerne for, at seksuelle overgreb kan finde sted.

Kvinders erfaringer

I forbindelse med undersøgelsen har vi interviewet syv hjemløse kvinder om deres erfaringer fra de kønsblandede hjemløseinstitutioner. Da undersøgelsen er fokuseret på hvilke forhold der indvirker på, at nogle hjemløse kvinder bliver udsat for seksuelle overgreb⁵ inden for hjemløseinstitutionerne, inkluderes både kvinder, der har været udsat for seksuelle overgreb, og kvinder, der ikke har.

Ann beskriver, hvorledes hun i meget påvirket tilstand er blevet voldtaget på et botilbud for hjemløse: *'Jeg kunne mærke, at der var... jeg troede, det var min kæreste... jeg kunne mærke, at han... der var noget, der holdede mig'*. Ved at hun som kvinde er 'faldet omkuld af druk', bliver hun et let tilgængeligt offer, der ikke kan gøre modstand. Ann giver ydermere udtryk for, at mændene på stedet generelt set har en holdning om, at en kvinde, der er meget påvirket, er et tilgængeligt og nærmest legitimt offer for seksuelle overgreb. Derved

bliver kvinder, der opholder sig på sådanne hjemløseinstitutioner i meget påvirket tilstand yderligere udsat, når det drejer sig om seksuelle overgreb.

Dette forhold bliver ligeledes udtrykt af Malou, der ikke har været udsat for seksuelle overgreb: *'Du kan nok forestille dig, at hvis jeg drikker en flaske vodka, at jeg ikke ville sanse, hvis de pillede bukserne af mig'*. Dette er ligeledes begrundelsen for, at hun i videst muligt omfang har begrænset sine ophold på hjemløseinstitutionerne og således ikke har anvendt nattilbuddene.

Yvonne har ligeledes været påvirket af stoffer, når hun er blevet seksuelt befamlet, men har altid formået at forhindre overgrebene i at eskalere ved at være enten verbalt eller adfærdsmæssigt truende *'... jeg har taget min kniv frem lige på stedet, mand, og sagt 'jeg sætter den lige i halsen på dig, mand, det skider jeg på [...] jeg vil godt tage de fjorten år, jeg er ikke bange for at dø, er du?!'*'. Derved bliver typisk maskulin, aggressiv adfærd samt våben som en kniv eller mere primitive selvforsvarseffekter som en gaffel eller en deodorant nødvendige selvforsvarsmuligheder for hende, når hun overnatter på akutte nattilbud for hjemløse. Disse vilkår vidner om, at hjemløse kvinder på disse institutioner er placeret i særligt udsatte positioner.

Alle tre kvinder, der har været udsat for overgreb, har på tidspunktet befundet sig i mørke, afsides og uaflåste rum, hvor deres nærmest sovende eller meget påvirkede tilstand har ført til, at en hjemløs mand har forgrebet sig på dem. Hovedparten af kvinderne, som ikke har været udsat, har formået at undgå sådanne fysiske rammer enten ved at være på herberg med egen dør, der kan låses, eller ved helt at fravælge de institutionelle overnatningstilbud.

At få et herbergværelse kræver, at man har været skrevet op på venteliste, da der er et begrænset antal pladser. Det fordres derudover på flere herberger, at man henvender

sig hver morgen for at vise sin interesse. Der stilles desuden flere krav til brugerne på herberger end på de akutte nattilbud, idet man blandt andet skal benytte værelset regelmæssigt og betale leje hver måned. Det kan være svært for kvinderne at følge sådanne krav – særligt i perioder med et stort misbrug – hvorfor mange i sådanne perioder også mister det værelse, de eventuelt har haft. For nogle hjemløse kvinder bliver alternativet til institutionerne at overnatte hos tilfældige mandlige bekendtskaber, hvilket ligeledes medfører risiko for forskellige typer af overgreb eller et krav fra manden om seksuel betaling. Et andet alternativ er, at kvinderne bliver og tilbringer natten på gaden med de risici for forulempelse, dette indebærer.

Maskulint dominerede hjemløsetilbud

Når seksuelle overgreb kan forekomme inden for hjemløseinstitutionerne, skyldes det blandt andet, at stederne – grundet en mangeårig strukturel og diskursiv udvikling – er socialt domineret af mænd. Denne udvikling er forgået gennem de seneste halvandet hundrede år, hvor der er sket en kønsopdeling i tilbudene samt en diskursiv maskulinisering af feltet. Dette ses blandt andet ved, at samfundets syn på kønsroller har bevirket, at tiltag rettet mod kvinder har haft et familieorienteret fokus. De tilbud, der er blevet oprettet til kvinder, har således inkluderet børn, hvilket har ført til, at de kvindespecifikke tilbud, der findes i dag, hovedsageligt har dette fokus og ikke kan rumme de typisk misbrugende og/eller psykisk syge hjemløse kvinder. De tiltag, der igennem denne periode er blevet oprettet til at afhjælpe hjemløshed, har således været henvendt til mændene. Dette indebærer eksempelvis, at herberget på Sundholm helt frem til 1988 har været indrettet kun til mænd, hvorefter det – teoretisk set – er blevet omdannet til et kønsblandet tilbud⁶. Kønnenes indbyrdes positioner på

MARIE SKOV LARSEN,
CAND.SOC.
LOUISE SCHACK HANSEN,
CAND.SOC.
KAREN AUNSØ NIELSEN,
CAND.SOC., KRIMINALFORSØRGEN



hjemløseområdet er således et resultat af en mangeårig udvikling, der indebærer, at mændene i dag er i klart overtal på de kønsblandede hjemløseinstitutioner. Det bevirker, at institutionerne i høj grad er udformet i forhold til mændene, og at kønsdimensionen ofte bliver overset i det sociale arbejde.

Dette kan blandt andet ses af, at de akutte nattilbud, hvor hovedparten af overgrebene har fundet sted, er indrettet med afsides og ubevogtede fællesoverum, hvori en hjemløs mand forholdsvist uforstyrret har kunnet gennemføre et seksuelt overgreb. Det kønsmæssige aspekt er således ikke medtænkt i udformningen af denne type institutioner.

Kvindernes udsatte position kan dog ses afvejet i nogle nattilbuds sociale arbejde med brugerne, idet Stella på et sådan tilbud er blevet klart frarådet af personalet at sove i et afsidesliggende rum. Kvindernes overnatning på denne type hjemløsetilbud er, som beskrevet, generelt forbundet med stor utryghed, men opleves for nogle af kvinderne som eneste overnatningsmulighed.

Mændenes majoritetsposition på hjemløseområdet har desuden medført en klar dominans af interaktionen på de kønsblandende hjemløseinstitutioner. Kulturen på stederne er præget af idealtypiske maskuline træk karakteriseret ved aggressivitet og virilitet, hvilket er udtryk for en tydelig maskulin dominans på feltet⁷. Nogle af mændene er således ofte højtråbende eller truende i deres adfærd, og stederne er ofte præget af slåskampe og uroligheder, som kan resultere i, at politiet kommer og henter folk. Mange af de institutioner, som informanterne har opholdt sig på, har været præget af et hierarki blandt de mandlige brugere i forhold til, hvem der skal bestemme. Der er således enkelte af de hjemløse mænd, der blandt andet dikterer, hvor de andre brugere på stedet må sidde og sove.

Yvonne har beskrevet for os,

hvorledes hun har oplevet dette: *'så har den der mega alfahan stået og pustet sig op, hvor jeg har sagt 'du kan godt blive pustet ned igen, for ellers tager jeg en knappenål, du [...] og gør det med' [...] jeg er lige så fræk, som de er, det bliver jeg nødt til, for ellers bliver jeg trampet ned, mand'*. For at kunne agere i miljøet tilpasser nogle af kvinderne sig den maskuline kultur ved selv at være mere maskuline i deres adfærd.

Malou udtrykker ligeledes, at *éns 'femininitet forsvinder fuldstændig'*, og man adopterer de mandlige væremåder *'fordi, at man et eller andet sted er nødt til at ... gøre sig lidt rå for at ku' sætte mændene på plads. Hvis de går over stregen og sådan noget'*.

Den hierarkiske opbygning blandt de mandlige brugere bliver på nogle institutioner bevidst benyttet af personalet som middel til at holde ro og orden. Således bliver de maskuline adfærdsnormer omkring aggressivitet og magt tydeligt fremhævet på institutionerne, og de accepteres og reproduceres gennem personalets legitimering af dem. Når det er disse normer, der er gældende for interaktionen på institutionerne, kan det have en fremskynende virkning i forhold til, at en seksuelt orienteret interaktion finder sted, og derved medvirke til en legitimering af seksuelle overgreb.

Mændenes overtalsposition kan ligeledes influere på hjemløseinstitutionernes opfattelse og holdning til de kvindelige brugere. Grundet deres manglende historiske forankring i hjemløseinstitutionerne betragtes kvinderne af personalet nogle steder som værende en gruppe, der kræver flere ressourcer end mændene, idet de er en nyere gruppe, som man ikke har så meget erfaring med som med den mandlige. Deres adfærd adskiller sig fra mændenes adfærd, og de beskrives nogle steder som værende *'intrigante og krævende'*. Denne holdning kan være medvirkende til at reproducere de normer, som muliggør og op-

retholder den maskuline dominans på hjemløseinstitutionerne, idet kvinderne disse steder ikke inkluderes som brugere på lige fod med mændene, både hvad angår normer og holdninger såvel som de fysiske rammer. Således kan de institutionelle rammer på forskellig vis være medvirkende til, at seksuelle overgreb på hjemløse kvinder kan finde sted på hjemløseinstitutionerne.

Der synes generelt at mangle fokus på kvinderne på hjemløseområdet og i særdeleshed på de kønsblandede institutioner. De seksuelle overgreb har store individuelle psykiske konsekvenser for kvinderne, som i forvejen er yderst udsatte. På trods af, at der oprettes skærmede tilbud udelukkende for kvinder⁸, vil der til stadighed være hjemløse kvinder, som anvender eller ser sig nødsaget til at anvende de kønsblandede tilbud. Det synes derfor yderst tiltrængt at inddrage et konsekvent kønsfokus på disse institutioner, hvor tiltag til forsvar for kvindernes sikkerhed og velvære iværksættes, så stederne også i praksis er rettet mod begge køn. ■

REFERENCER

- 1 http://projekter.aau.dk/projekter/files/19254177/Special_Mere_end_udsat_uploaded.pdf
- 2 Aalborg Universitet tilbyder en 2-årig kandidatuddannelse i Socialt Arbejde. Som den eneste af sin slags i Danmark beskæftiger uddannelsen sig med forhold, der vedrører socialt arbejde.
- 3 Benjaminsen, Lars: *Hjemløshed i Danmark 2009 - National kortlægning*. København: SFI. 2009.
- 4 Hermed menes området, der indbefatter både Københavns og Frederiksbergs kommuner, som har været specialiets undersøgelsesområde.
- 5 Seksuelle overgreb defineres i undersøgelsen som: fuldbyrdet samleje, forsøg på samleje samt anden kønslig omgang end samleje. Sammenfattende for disse er, at det skal være tale om et element af tvang, også hvis kvinden ikke tydeligt tilkendegiver sit modsæt. Hvis kvinden af forskellige årsager er tvunget eller trues til at deltage i seksuelle aktiviteter, må det betragtes som et seksuelt overgreb. Dette gør sig også gældende, selvom de seksuelle overgreb fra udovers side ikke begås med forsæt.
- 6 Järvinen, Margaretha: *De nye hjemløse - kvinder, fattigdom og vold*. Forlaget SOCPOL. Holte. 1993.
- 7 Bourdieu, Pierre: *Den maskuline dominans*. Tidenes Skifter. Århus. 2007.
- 8 I Københavns Kommune er oprettelsen af en natcafé samt et skærmet botilbud udelukkende til kvinder iværksat.

'Hvorfor går 'hun ikke bare?'

Vold mod kvinder er aldrig tilfældig. Et voldeligt forhold kan stå på i årevis, mens volden langsomt tiltager. Man kan dø af den. Ca. 25 kvinder dør hvert år på grund af vold fra partner eller expartner.

AF LENE JOHANNESSON

Som landsorganisation for kvindekrisecentre (LOKK) i Danmark støder vi ofte på bemærkninger som: 'Hvorfor går hun ikke bare?'. Det synes at være så let – blot at gå, når man udsættes for vold fra sin ægtefælle eller samlever.

LOKK er en landsdækkende, nonprofit interesseorganisation, hvis formål er - ud fra et kvindepolitisk grundlag og med et samfundsmæssigt perspektiv - at synliggøre, forebygge og eliminere mænds vold mod kvinder og børn.

LOKK repræsenterer 40 af landets 44 kvindekrisecentre. Kvindekrisecentrene i Danmark er meget forskellige – nogle har udelukkende professionelt personale, andre har få ansatte og måske 70 frivillige tilknyttet. Nogle er kommunale, andre er selvejende med eller uden driftsaftale med en kommune.

Generelt for kvindekrisecentrene er, at kvinderne ikke må have et alkohol- eller stofmisbrug. Kvinder med misbrug henvises til misbrugsbehandlingsstederne. Dog har et enkelt krisecenter kompetencer til at modtage og behandle kvinder, der også har de problemstillinger.

Kommer en kvinde alligevel på et af krisecentrene og er påvirket eller beruset, bliver hun henvist til egnet behandlingssted. Børnene, der er på krisecentrene, har ofte i forbindelse med volden oplevet, at far var påvirket af stoffer af forskelligt art eller alkohol, og reagerer med det samme



Der er tale om en bevidst handling med det formål at opnå magt over og kontrol af partner eller ex-partner. Der er således tale om relationelle handlinger mellem mennesker, hvori der indgår magt.

Vold i nære relationer kan dels være mandens vold mod kvinden eller omvendt. Mekanismerne er de samme. Da det dog oftest er manden, der udøver volden vil det være det, jeg her vil beskrive ud fra.

Voldsspiralen

Professor i sociologi Eva Lundgren fra Upsala Universitet i Sverige taler om *voldsspiralen*. En teori, vi kan genkende på krisecentrene.

Teorien sætter fokus på volden i parforhold som en proces. I processen er der mange mekanismer, som hver for sig og i kombination gør volden til en aktiv og dynamisk proces med dybtgående konsekvenser for både voldsudøveren og den voldsudsatte kvinde.

Voldsprocessen er kendetegnet ved, at volden normaliseres for begge parter. Volden opleves som en naturlig del af hverdagen.

Volden begynder langsomt, men eskalerer over tid både i hyppighed og i voldens karakter.

Jeg vil forsøge at beskrive, hvilke virkninger det har for såvel manden som kvinden.

Det er vigtigt at sige, at man ikke kan se på manden, at han udøver vold mod sin ægtefælle eller samlever. Det står ikke i panden eller nakken på ham. Det ville være så let. Han ser helt almindelig ud. Nogle kan måske opfatte ham som utrolig sød og omgængelig og som enhver svigermors drøm.

Det er også vigtigt at sige, at han ikke kun er den voldelige, men også er den rare, omsorgsfulde mand og kærlige far.

Den voldelige mand udøver kontrolleret vold over for kvinden.

Han udvikler strategierne for at opnå magt over kvinden. Han udøver ikke volden, fordi han ikke kan styre sit temperament. Bl.a. slår og sparker manden oftest kun de steder, man ikke kan se, når kvinden har tøj på, og hvis han raserer hele hjemmet, går det aldrig ud over hans egne ting.

Volden forekommer ikke i det offentlige rum, men forekommer typisk i hjemmet uden andre tilskuere end f.eks. børnene i familien.

Manden har således kontrol over, hvor hårdt han slår, og hvor meget

han slår, samtidig med, at han sikrer sig, at der ikke er vidner til volden.

Den anden strategi, 'isolation', udøves gennem overvågning eller afhøring. Han følger efter kvinden, han ringer til hende i tide og utide, han kontrollerer hendes mails og hendes telefon, hvem hun har ringet til, vil vide, hvornår hun kommer hjem – f.eks. ved han lige nøjagtigt, at det tager kvinden 20 minutter at gå fra arbejdet til hjemmet – nu har det taget hende 35 minutter. Hvor har hun været henne? – Hvad har hun lavet? – Har hun en anden eller ????

Den hyppigste strategi er veksling mellem omhed og vold eller trusler. Det er en strategi, som vi også kender fra torturofre. Isolationen af kvinden forstærker effekten, fordi kvinden bliver afhængig af manden. Manden er på én gang den, der krænker kvinden, og den, der giver hende trøst og omsorg. Resultatet er, at kvinden til sidst ikke kan skelne mellem vold og kærlighed og ofte sætter lighedstegn mellem.

Alle disse strategier efterlader kvinden svag og med manglende selvværd. Manden opretholder sin forestilling og et selvbillede af den rigtige mand – en mand med overtag og styrke.

De forskellige voldstyper:

Den vold, som kvinder udsættes for, kan ikke reduceres til fysisk vold alene. Der er i volden tale om en funktionel handling, som bruges til at opnå eller opretholde kontrol og magt – funktionel i den forstand, at den er effektiv. Med vold kan man opnå at få andre til at gøre det, man ønsker. Vold er således ikke en tilfældig handling, som udspringer af, at voldsudøveren har mistet kontrollen.

Den indeholder et sæt af vurderinger og afvejninger. Der er et ønsket mål og et valg af virkemidler for at opnå målet. Vold udspringer af voldsudøverens følelser og behov. Vold er altid voldsudøverens ansvar. De forskellige typer af vold, som vi definerer dem, er:

DEN FYSISKE VOLD – den vold som opfattes som den 'rigtige vold'. Der, hvor man kan se de blå mærker, og hvor volden forårsager umiddelbar fysisk smerte. Det kan være slag, skub, spark, at blive kastet ind i en væg eller ned ad trappen, kvælningsforsøg, knivstik eller vold med våben. Den fysiske vold kan have døden til følge.

DEN SEKSUELLE VOLD – at være tvungen til en seksuel handling mod kvindens vilje, som kvinden ikke ønsker eller har lyst til. Der kan være tale om voldtægt, at være tvunget til at skule sove med mandens venner, eller det kan være at være tvunget til prostitution.

DEN PSYKISKE VOLD – den mest udbredte vold, der handler om kontrol og isolation. Den psykiske vold er ikke altid umiddelbar synlig for en udenforstående. Den handler om direkte eller indirekte trusler eller at nedgøre eller ydmyge kvinden i andres påhør. Der er aldrig fysisk vold, uden der er psykisk vold. Når manden har slået en gang, skal han blot hæve øjenbrynet, så vil hun være på vagt. ➡

Kvindens overlevelsesstrategier

Kvinder udvikler over tid en række overlevelsesstrategier – eller tilpasningsstrategier – for at forhindre volden i at opstå.

Kvinden fortrænger eller undskylder årsagen til volden. Hun udtrykker, at det er et uheld, en ulykke. Hun kan retfærdiggøre volden ved at forklare, hvor svær en opvækst manden har haft – 'det er synd for ham'.

Efterhånden slipper de brugbare undskyldninger op, og grænsen for, hvad hun vil finde sig i, bliver udvisket. Hun får sværere ved at skelne mellem, hvad der er normalt, og hvad der er vold.

Kvinden bliver skamfuld over at blive udsat for vold og ønsker ikke at blive konfronteret med andre mennesker. Måske har hun oplevet andres tavshed eller direkte fordømmelse af, at hun blive hos ham. Det er derfor nemmere at isolere sig.

Hun har derfor efterhånden kun manden at holde sig til.

Ligesom man hører, at torturofre identificerer sig med bødlen, på samme måde begynder kvinden over tid at tilpasse sig manden og hans opfattelse af hans handlinger, hans adfærd og hans motiver for volden.

Hun kan ikke længere vælge selv.

Kvinden udvikler et lavt selvværd som følge af at være i et voldeligt forhold – jo længere tid, hun har været i forholdet, jo lavere er hendes selvværd, og jo sværere bliver det for kvinden at komme ud af forholdet.

Kvinden begynder at se sig selv med mandens øjne.

Kvinden har en oplevelse af, at det er hendes egen skyld.

Det kræver derfor en stærk kvinde at kunne forlade en voldelig mand.

Jeg har kendt en kvinde, stor og stærk, leder af en daginstitution. Hun var gift med en mand, alle kunne lide. Han havde et tillidshverv i kommunen. Han havde ofte gæster, hvor alle hyggede sig, men hun vidste, at når gæsterne var gået, ville hun blive udsat for vold. Hun forsøgte at gøre alt, hvad han ønskede. Men alligevel gik det galt. Enten smilede hun for meget til gæsterne, eller hun smilede for lidt, hun serverede for mange bajere eller for få – et eller andet ville gå galt.

Når gæsterne var gået, stod hun til regnskab. Han gennemtævede hende. Han låste hende inde på et værelse eller bandt hende til en stol. Han ringede til hendes arbejde og sagde, at 'nu havde hun migræne igen'. Det lykkedes hende en dag at slippe fri og at tage på krisecenter i

den anden ende af landet, hvor hun ankom, slemt forslået. Kommunen blev kontaktet, da kvinden ingen penge havde. Sagsbehandleren i kommunen troede ikke på, at kvinden havde været udsat for vold. Det kunne den pæne og rare mand, som alle kendte, ikke finde på. Kvinden måtte være fuld af løgn.

Kvindekrisecenter

En kvinde kan selv henvende sig til et krisecenter eller kan blive henvist af en sagsbehandler, skadestuen, politiet eller lignende. Lederen på krisecentret har visitationsretten, og der er ingen venteliste. Kvinder og børn kan bo anonymt.

Når kvinden med eller uden børn kommer et til af kvindekrisecentrene, tilbydes hun støtte, omsorg og beskyttelse, kriseintervention og samtaler om den vold, som hun har været udsat for. Hun kan få hjælp til at genopbygge sin selvtillid og selvværdsfølelse for at kunne få et liv uden vold. Desværre kan hun ganske få kvindekrisecentre tilbyde egentlig terapi, men krisecentrene tilbyder 'social behandling'.

Derudover kan hun få støtte til det praktiske som separation, skilsmisse, afklare forældremyndighed og samvær, hjælp til at finde ny bolig, overblik over sin økonomi m.v.

DEN ØKONOMISKE VOLD – at være nægtet adgang til penge, at skulle aflevere de penge, hun selv tjener, at tigge og bede om penge til mad og lomme penge. Men det handler også om, at han sørger for at sætte hende i gæld. Jeg har oplevet en kvinde, som havde en stor gæld til en meget lækker bil og en vældig stor månedlig udgift til et benzinkort. Hun havde ikke kørekort. Det var altid ham, der brugte bilen.

DEN MATERIELLE VOLD – at manden ødelægger ting, f.eks. indbo og personlige ejendele. Det er her vigtigt at bemærke, at volden har en hensigt og er velovervejet. Han ødelægger aldrig sine egne ting. Han kommer ikke lige pludselig til at smide sin egen computer ud af vinduet – det er altid kvindens ting, det går ud over. Så er det ikke en handling i effekt.!!!

Mange af de kvinder, vi ser på krisecentrene, har været udsat for flere former for vold samtidig.

Det voldelige forhold udvikles typisk over tid, og volden tiltager i grovhed og hyppighed. Et voldeligt forhold kan stå på i længere

tid, ofte i årevis, mens volden langsomt tiltager og bliver værre, i værste fald livsfarlig. Man kan dø af den. Ca. 25 kvinder dør hvert år på grund af vold fra partner eller expartner.

VOLDENS CYKLUS

Ingen ønsker at leve med en voldelig mand. Manden er ikke voldelig i begyndelsen.

Volden kan deles op i faser. Voldens cyklus kan beskrives som:

SPÆNDINGSFASEN – OPTAKTEN TIL VOLDSUDBRUDET.

Manden opbygger en vrede, han bliver mere og mere utilfreds.

Der er måske mindre voldsepisoder eller trusler. Kvinden forsøger at glatte ud og undgå konflikter.

VOLDSUDBRUDET – spændingen kulminerer, manden bliver voldelig.

FORTRYDELSESFASEN – fasen efter voldsudbruddet, hvor voldsudøveren ofte fortryder sine handlinger og er bange for at miste sin partner.

KVINDER, DER HAR ET MISBRUG, KAN IKKE BENYTTE KRISECENTRENE, FORDI DE BØRN, DER OGSÅ ER PÅ CENTRENE, BLIVER ANGSTE SAMMEN MED PERSONER, DER ER BERUSEDE ELLER PÅVIRKEDE.

Nogle får støtte til at få et nyt navn og en beskyttet, hemmelig adresse.

Mange kvinder oplever, at manden er ihærdig i kontakten. De forsøger at finde kvinden, de ringer på mobilen på alle tidspunkter af døgnet, eller de opsøger kvindens veninder eller familie. Kvinden er mere i fare efter bruddet. De kvinder, der bliver slået ihjel, bliver det oftest umiddelbart efter, at hun har forladt manden.

Kvinder er i gennemsnit lidt over 40 dage på krisecentret. Ved fraflytning tilbyder nogle kvindekrisecentre efterværn, som kan være besøg i hjemmet, besøg på krisecentret, hjælp til at opbygge netværk. Det kan være, at kvinden er flyttet til et andet sted i landet, hvor hun ingen kender. Ensomheden er ofte stor efter opholdet, så der er et behov for at kunne opbygge et netværk eller måske at genoptage kontakten til det netværk, der var tidligere.

Hvordan oplever børnene i familien volden?

Vi har i mange år talt om, at det lille barn, der gemmer sig i kosteskabet eller forsøger at gå imellem for at beskytte mor, overværer volden.

Nej, barnet overværer ikke volden. Barnet udsættes for vold!!

Børn, der vokser op i en familie



med vold, påvirkes negativt. Det har konsekvenser for deres trivsel og udvikling, og det er lige så skadeligt for et barn at se eller overheøre vold mod en nærtstående voksen som f.eks. deres mor, som det er selv at blive udsat for vold!

Barnet mister tiltroen til voksne, når en af de nærmeste omsorgspersoner misbruger barnets tillid og efterlader et barn utrygt.

Forældre i familier med vold bruger ofte deres energi på at overleve og har derfor sjældent overskud til at se og høre børnene og give børnene den psykiske omsorg, de har behov for.

Manglende åbenhed og kommunikation er en af de mekanismer, som bevirker, at den skadelige effekt af volden øges.

Børn bliver angste. Nogle kan forsøge at reducere angsten ved at handle, f.eks. ved at gå imellem far og mor eller hente hjælp hos naboerne eller selv ringe til politiet. Ved at børnene er i stand til at handle kan de få en oplevelse af styrke og selvtillid.

Andre børn bliver paralyseret, bliver skræmt, og efterfølgende plager de sig selv med, hvad de burde have gjort.

Børnene påtager sig ofte også

Oftest er forholdet fredeligt i begyndelsen, men udvikles efterhånden til at blive mere voldeligt.

Jeg har mødt en godt begavet kvinde, som bestred en høj stilting. Hun havde mødt en mand via nettet. Han sad i fængsel, hvor han var dømt 'uden at have gjort noget som helst', forklarede han hende. Han havde blot stået i køkkenet med en kniv i hånden, og så var hans tidligere svigermor gået ind i den. 'Hun var bare så klodset'.

Kvinden troede på historien. Manden var det sødeste og mest belevne, hun kunne forestille sig. De fik hurtigt en lille dreng. Alt var lykkeligt. Hun troede på hans historie lige indtil den dag, hvor hun sagde ham imod. Hun havde hentet børnene i vuggestuen og var ved at køre hjem. Han fulgte efter dem og blev ved med at køre op i hendes bil. Hun søgte tilflugt på en tankstation, hvor han kørte døren af, da hun åbnede den.

Kvinden søgte tilflugt på et krisecenter med børnene, og først da gik det op for hende, at manden var voldelig og havde været

voldelig gennem hele deres forhold, ved at han bl.a. var sygelig jaloux og kontrollerende. Kærlighed gør blind!!!

HVIS DU VIL VIDE MERE:

www.lokk.dk - rådgivningsside, krisecentre, værktøjskasse for fagfolk.

www.etniskung.dk - elektronisk brevkasse for unge udsat for æresrelaterede konflikter.

www.hjerteogsmerte.dk - om kærestevold.

www.voldmodkvinder.dk - beskriver de forskellige hjælpemuligheder.

www.dmv.dk - behandlingstilbud til mænd flere steder i landet.

www.atp.dk - behandlingstilbud til mænd i Roskilde.



skylden for, at far begynder at slå – det kan være de vælter et glas mælk, eller de støjer for meget – hvilket mor bliver bebrejdet og derefter udsat for vold.

Børnene kan udvikle følelsesmæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder, som kan præge dem hele livet.

De grusomheder, der udfolder sig i hjemmet, hvor børn skulle føle sig allermost trygge, gør hjemmet til en krigszone. Børnene ved aldrig, hvornår næste slag står. De er derfor i konstant alarmberedskab, og deres liv er uforudsigeligt.

Børnene betaler prisen

Det bevirker, at de let misforstår eller overreagerer – også i andre situationer. Det kan udløse en aggressiv adfærd over for andre eller vendt mod dem selv.

Uanset om der er en årsag til børnenes aggression, kan deres adfærd være uacceptabel for omgivelserne. De bliver derfor ofte mødt med afvisning og fordømmelse både fra voksne og deres jævnaldrende.

Barnet får et negativt selv billede og opfatter sig selv som en uacceptabel person, som ingen kan lide.

Børnene bliver isoleret og har ofte ingen venner. Samtidig tør børnene ofte ikke tage evt. venner med hjem, fordi de aldrig ved, hvordan situationen er derhjemme.

Børnene var i mange år oversete på kvindekrisecentrene. De fulgte bare med mor. Det er der heldigvis rettet op på. På alle kvindekrisecentre i Danmark er der børnepædagoger, som samtaler med børnene.

På krisecentrene ydes det, vi kan kalde psykisk førstehjælp. Det handler om at hjælpe børn til at håndtere situationen her og nu. Hjælpe og støtte dem til at sætte ord på de voldelige oplevelser, for på den måde at kunne bearbejde dem. Ofte har børnene aldrig talt med nogen om volden tidligere. Eller i hvert fald har der ikke været en voksen, som har reageret på, hvad børnene har fortalt..

Det kræver også sin mand at kun-

ne rumme, når børn fortæller om de tragiske og traumatiske oplevelser.

Jeg har flere gange hørt et barn fortælle, at det havde prøvet at sige til en lærer eller en pædagog, hvad der foregik derhjemme, men var blevet afbrudt med 'det taler vi om senere'. Alligevel var den voksne ikke vendt tilbage. Så prøver man ikke igen, specielt ikke, når man er et barn.

De sidste par år har børnene fået en mulighed for at deltage i psykologiske samtaler, når de er med mor på krisecenter.

Der samarbejdes også med kommunen, da en del børn også har brug for støtte efter krisecenteropholdet.

For de fleste børn gælder, at der er fælles forældremyndighed. I få tilfælde er det muligt at få en midlertidig forældremyndighed, så børnene kan fortsætte i børnehaven og skole uden at skulle være bange for, at far henter dem. Selvom de også kan savne deres far, så savner de den søde og rare far og ikke den far, som har udsat mor for vold og måske også har slået dem. Det er vigtigt for specielt disse børn, at der er så megen ro som muligt omkring dem, indtil alt er afklaret.

Perspektivering

LOKK arbejder med at forebygge og afhjælpe vold mod kvinder og børn. Vi har haft et specielt fokus på kvinder med handicap og har fået indrettet krisecentre, som kan modtage kvinder og børn med forskellige handicaps. Vi har et fokus på kvinder med anden etnisk baggrund, der er udsat for vold, og for unge udsat for æresrelaterede familieproblemer.

Vi kan se, at volden er den samme for de forskellige målgrupper.

Vi har i Danmark p.t. kun et enkelt krisecenter, som kan modtage kvinder med misbrug, og et krisecenter, som kan modtage prostituerede (som også kan være misbrugere).

For mig at se er der brug for man-

ge flere special-krisecentre, som kan rumme kvinder, som falder uden for 'normen' ved f.eks. at have et rusmiddelbrug eller f.eks. være psykisk syge. Vi ved, at der er rusmidler indblandet i mange forhold, hvor der er vold. Det er ikke alkoholen eller stofferne, der er årsagen til partner volden, men den bliver forstærket ved indtagelse af et rusmiddel. Vi ved, at mange kvinder, der har et misbrug, også bliver udsat for forskellige former for vold.

Disse kvinder kan ikke rummes på de almindelige kvindekrisecentre, som beskrevet ovenfor, da børnene reagerer på voksne, der har indtaget alkohol eller stoffer.

Stop volden – bryd tavsheden

Vi ved fra behandlingssteder for mænd, at over ¾ af de voldsudøvende mænd har oplevet vold i barndomshjemmet.

Det er derfor vigtigt, at vi bryder tavsheden og taler om den vold, som vi ser, også når den foregår inden for hjemmets fire vægge. Det er forebyggelse. ■

OM FORFATTEREN: Lene Johannesson er sekretariatschef i LOKK. Hun er uddannet som socialrådgiver i 1976. Har i 30 år været beskæftiget med familier, som har haft det svært, og hvor børnene har været anbragt på behandlingshjem, eller hvor hele familien har været anbragt samlet på familieinstitution. De seneste 10 år har hun arbejdet med voldsudsatte kvinder og børn.

Kvinder i behandling for afhængighed

Kvinder, som drikker eller tager stoffer, har brug for at få deres selvværd igen og for at finde glæden ved livet igen. Det har i over 25 år været udgangspunktet for forfatteren til denne artikel, som arbejder efter Minnesota-modellen.



AF GUDRUN ISLANDI BRAMSEN

I oldtidens Rom var det tilladt at stene en kvinde til døde, hvis hun lugtede af alkohol, fordi man gik ud fra, at kvinden havde været utro. I vores vestlige verden er det heldigvis meget længe siden, at kvinder blev stenet, brændt eller hængt for at

skille sig ud. MEN kvinder der ikke opfører sig efter normen – kvinder, som drikker eller tager stoffer – bliver stadigvæk straffet af samfundet ved en kollektiv fordømmelse, der er langt stærkere end den fordømmelse, som en mand i en tilsvarende situation bliver udsat for. Det er især kvinder, som har mindreårige børn,

der bliver udsat for foragt.

Det er min erfaring, at kvinder generelt er langt dårligere, når de kommer i behandling, end mænd, og at det først og fremmest skyldes, at kvinder tåler alkohol og andre stoffer meget dårligere end mænd både fysisk og psykisk, samt at det er sværere at overtale en kvinde til at gå i behandling. En del mænd kommer i behandling efter 25 – 30 års intensivt druk, men jeg har ikke oplevet én eneste kvinde, som har overlevet så mange års afhængighed. Hovedparten af de kvinder, som jeg i mere end 25 år har været med til at behandle, kommer i behandling efter 5 – 7 års afhængighed.

I denne forbindelse mener jeg også, at man skal være meget opmærksom på det massive drikkeri blandt unge, hvor det ser ud til, at pigerne efterhånden drikker lige så meget som drengene, men tåler det langt dårligere. Især er det problematisk, at unge ofte drikker stærk alkohol, da det tager for lang tid at blive ordentlig fuld i almindeligt øl, som mange unge piger heller ikke kan lide. Massivt drikkeri med blackouts i de unge år kan bane vej for afhængighed, hvis ikke man får hjælp til at ændre den destruktive adfærd og lærer at holde forbruget under kontrol.

På Frederiksberg Centret oplever vi, at langt flere kvinder end mænd har været indlagt på psykiatriske afdelinger med depressioner, inden de kommer i behandling for deres (alkohol)afhængighed hos os. På de behandlingssteder, hvor jeg har arbejdet, har vi modtaget mange af disse patienter. Altid som sidste udvej, for nu var de opgivet af alle andre

- og af SIG SELV. Ofte havde man knap nok talt om alkoholproblemet, og det passede patienten udmærket, for det er lidt finere at have en psykiatrisk diagnose end at få hæftet prædikatet alkoholiker på sig. Flertallet af de kvinder, som kommer i behandling hos os, er ramt af en depression. Alkohol og depressioner følges ofte ad, så derfor er det vores opfattelse, at man ikke kan udrede, hvad der er kommet først, før patienten er blevet ædru og livsduelig igen. Alkohol- og stofafhængige bliver mange steder i samfundet, også på hospitalerne, regnet for andenklasses mennesker, og så opfører de sig derefter.

Mange læger, sygeplejersker og sygehjælpere lægger ikke skjul på, at de oplever alkoholikere som 'besværlige og utaknemmelige patienter, som lyver konstant og prøver at skaffe sig deres stof på alle tænkelige måder'. Dette er jo rigtigt! Det er en del af sygdommen, som man udmærket kender både på hospitalerne og i resten af samfundet – afhængighed findes i alle samfundsgrupper.

Ændrede drikkemønstre

Vores bedstemødre, som måske drak i smug bag hjemmets beskyttende gardiner, havde tilsyneladende patient på at have dårlige 'nerver', som de så kunne medicinere ved hjælp af portvin, sherry og lægens opskrift på at kurere disse sarte, nervøse tilstande. Hvis fru i huset var indisponeret, kunne det altid bortforklares med 'nerverne' eller en voldsom hovedpine.

Ligestilling mellem kønnene er nok mest udbredt i den generation, der i dag er i 30-40-års alderen, og eftersom meget tid tilbringes blandt kolleger, samarbejdspartnere o.l., er det i dag sværere at skjule et stort alkoholforbrug. Alkohol lugter gennem vores porer i huden, selv når man lige har været i bad. Det har kvinden måske fået nogle kommentarer om fra en veninde eller kollegaer, så hun finder en løsning på problemet: I stedet for at drikke om



YOUR MOM WASN'T YOUR DAD'S FIRST

He went out. He got two numbers in the same night. He drank cocktails. But they were whisky cocktails. Made with Canadian Club® Served in a rocks glass. They tasted good. They were effortless. **DAMN RIGHT YOUR DAD DRANK IT**



Canadian Club®



morgenen tager hun en beroligende pille, som kan blive til flere i løbet af arbejdsdagen. Piller lugter ikke, og de gemmes nemt i en lomme eller i håndtasken. Når kvinden så kommer hjem fra arbejde, kan hun tage sig den drink, som hun har længtes efter, hvis alkohol er hendes foretrukne stof.

I midten af tresserne ændrede danskerne drikkevaner sig ret meget i løbet af kort tid. Nu blev den øldrikkende nation præsenteret for 'den med tyren' og Irma-Olsens papvine. Reklamer som: 'Tag en flaske vin med hjem til konen, også om onsdagen' var sagen, og det danske folk omfavnede dette spændende nye med glæde.

For den alkoholafhængige kvinde, eller hende som var på vej til at blive det, blev papvinen lykken. Ingen klirrende flasker, som naboerne kunne høre, eller som manden eller børnene kunne se var tomme. Efter at papkartonen var tømt, kunne den bukkes sammen, så den ikke fyldte noget i skraldespanden. Det blev også mere og mere

almindeligt, at et par delte en flaske vin til aftensmaden. Ren dansk hygge, som vi holder så meget af, men som også giver os førertrøjen mht alkoholforbrug når man sammenligner med andre (især nordiske) lande.¹

Undersøgelser viser, at der bliver drukket langt mest blandt de velhavende og veluddannede.² De 'unge, rige og smukke' kommer ikke på de offentlige ambulatorier eller kommunens andre tilbud, og det gør de 'gamle, rige og engang smukke' heller ikke, for de vil ikke afsløres offentligt. Men rigtig mange af dem er alkohol-/stofafhængige og har samme ret til et værdigt liv som alle andre. Der er bare ikke noget værdigt ved at være kemisk afhængig, selvom man har penge nok. Facaden er måske fin, men den menneskelige tragedie indenfor i de fine hjem er lige så forfærdelig, som den er i de fattigere.

Der er selvfølgelig den store forskel, at man kan holde livet gående uden at blive kriminel eller behøve at prostituere sig for at skaffe sig penge.

Kvinder på Frederiksberg Centeret

På Frederiksberg Centeret er der fokus på kvinders problematikker i behandlingen. En dag om ugen er patienterne delt op efter køn - i morgengruppen med behandler og siden i den frie gruppe, som patienterne selv styrer. Her bliver der lukket op for alle de ting, som kvinderne ikke vil tale om, når der er mænd tilstede.

De taler om alt fra deres barndomsoplevelser af vold i hjemmet, som de selv har videreført ved at falde for 'spændende' voldelige mænd, 'de slemme drenge', som de er tiltrukket af, fordi det giver en form for tryghed at være i det mønster, de kender. De taler om voldtægt, som de nogle gange har forsøgt at anmelde uden at blive taget alvorligt. De taler om mænd, som forlader dem, og om værtshusene, hvor de kun tager hen for at fornemme lidt menneskelig varme. De taler om at vågne op i en lejlighed, som de ikke genkender, ved siden af en mand, som de ikke husker, at de er gået hjem med - eller at vågne et fremmed sted og have tisset i bukserne. De taler om fysisk og psykisk vold, om at blive brugt som boksebold - om at tage ham tilbage gang på gang, for tanken om ensomheden er værre, og de taler om børnene, som ikke vil have noget med dem at gøre længere. De taler om kvindesygdomme og om uønskede graviditeter. Om den abort, de fik i ungdommen, og det dårlige forhold til moderen. De taler også om incest og om besøg i hjemmet af mange 'onkler' - og om stedfædre, som har tævet dem og befamlet dem, når moderen ikke var til stede. De taler om at løbe hjemmefra som 15-årige eller blive anbragt i pleje, hvor de også fik tæv. Mest af alt taler de om ydmygelserne og skammen ved at leve, som de har gjort i flere år, om selvværdet, som er forsvundet, og om den gennemsyrende ensomhed og følelsesløshed, som de er så bange for.

Behandling af kvinder

Behandlingen på Frederiksberg Centeret varer normalt i 6 uger, hvor patienterne møder hver dag, også på helligdage, som meget ofte er svære for patienterne at komme igennem, for det er den tid, hvor andre har det dejligt med familie og venner omkring sig. Efterfølgende er der 8 måneders efterbehandling, hvor de mødes med en behandler en aften om ugen. Der er både mandlige og kvindelige (minnesota-uddannede) behandlere på centeret, i øjeblikket er der flest kvinder. Hvis de selv har drukket eller taget andre stoffer, så kræver vi mange års ædruelighed. I en behandling er det MEGET vigtigt, at behandlerne selv har et stabilt bagland, for ellers kan de ikke koncentrere sig om patienterne. Hele personalet får supervision af en psykolog, som er uddannet til at behandle kriser. Personalet skal også fungere godt sammen, så der lægges meget vægt på en god stemning. De ansatte har selvfølgelig forskellige personligheder, men samme respekt for deres patienter. Når en patient kommer i behandling, bliver det vurderet, hvilken behandler netop denne patient har brug for. Er patienten en kvinde, som har været i voldelige forhold, er det naturligt, at hun får en kvindelig behandler. Vores patienter kommer fra alle sociale samfundslag, og det er fantastisk at se, hvor godt dette fungerer. Der er kommet mange dybe venskaber mellem mennesker, som nok aldrig havde mødt hinanden, hvis de ikke havde været i behandling.

Det er min erfaring, at det er sværere at behandle kvinder end mænd. Kvindernes benægtelse og skam er meget større end mændenes, og derfor udsender de nogle signaler, som kan være meget vanskelige at tyde, medmindre man kender disse signaler godt. En kvinde kan sige ja og amen til alt, hvad der bliver sagt til hende og smile sødt imens. Indeni syder hun af raseri og frustration, men er ofte opdraget til at være den 'pæne' pige. Det

kan være svært, at komme helt ind på livet af denne kvinde og vinde hendes tillid, så behandleren kan begynde at samarbejde med hende og få hende til at lukke op for muligheden for at tale om al den smerte, som hun føler. Jeg oplever, at mænd generelt er dårligere til at tale om følelser end kvinder, men det er måske fordi de ikke er vant til det? Når en mand først har accepteret at gå i behandling, er han næsten altid mere ligefrem. Han gemmer sig ikke bag så mange masker, og han har ikke nær den skamfølelse, som kvinden har.

Nu tror nogle måske, at der er en trykket stemning på et behandlingscenter - men det er ikke tilfældet. Patienterne morer sig meget sammen og nyder at kunne fortælle hinanden vanvittige historier om deres egen opførsel. For mange er det jo første gang, at de er sammen med mennesker, som er i samme båd, og som forstår, hvad de taler om. Der er naturligvis også megen gråd, forløsende gråd, efter at en patient har haft mod til at fortælle om dybt begravede ting under opvæksten eller senere i livet, og knuden inde i dem begynder at opløses.

Behandlingen går ud på, at alle kan få deres selvværd igen og komme til at leve et værdigt liv, hvor de kan finde glæden ved livet igen. Det er klart, at selve behandlingsdelen kun kan opfylde nogle af disse behov. Derfor er der også tre obligatoriske AA-møder om ugen i den tid, behandlingen og de mange måneders efterbehandling varer. Der kan kvinderne vælge at gå til rene kvindemøder.

Hvis behandlerne skønner, at en kvinde selv efter tre måneders behandling - som hun kun får, hvis hun er meget dårlig og typisk har været afhængig af piller i mange år - og efter mange enesamtaler med en terapeut stadig trænger til mere hjælp, så bliver hun henvist til en specialist i kvindeproblematikker, der i samarbejde med hendes læge, som jo normalt er den, der har udskrevet alle disse piller, aftaler en afgiftsplan. Det kan tage både et



halvt og et helt år at afgifte en kvinde, som har taget piller i årevis. Hvis det ikke gøres ordentligt, kan kvinden få abstinenskramper og konstante tilbagefald. Vi samarbejder også med kvindelige behandlere, som er specialister i seksuelle overgreb og incest. De er fra den private sektor, men hvis vi havde fundet specialister i det offentlige system, som vi synes var lige så dygtige, så ville vi med glæde samarbejde med dem.

Skal vi have rene kvindebehandlinger?

Hvis ren kvindebehandling kan hjælpe kvinderne til at søge behandling tidligere eller i det hele taget, så er det bestemt værd at forsøge. Dog vil jeg nævne, at de resultater fra Betty Ford-behandlingen i USA jeg er bekendt med, ikke viste mærkbare forskelle i forhold til, om behandlingen var kønsopdelt eller ej.³

Der vil ofte ske det, at kvinderne, som alle er vrede og hudløse, når de kommer i behandling, begynder at måle sig med hinanden og kan komme ud i store verbale slagsmål, som ville blive afværget, hvis der også var mænd til stede i behandlingen. Det kan være en bedre løsning at sikre kvindelige behandlere til dem, der ønsker det, samt at optrappe kvindedelen af behandlingen, så kvinderne får mere tid i kvindegrupper. Der er i forvejen foredrag om kvinders sygdomme og specielle behov, men også den del kan og skal gøres endnu bedre.

Det er vigtigt, at kvinderne lærer at omgås mænd på en naturlig måde og arbejde på at blive fri for deres frygt eller vrede mod mænd, idet mænd i behandling jo er ædru og derfor ikke reagerer voldeligt. Mange af de mænd, som kommer i behandling, har under indflydelse af alkohol m.v. tævet både koner og kærester samt andre mænd, som de følte sig provokeret af, sønder og sammen. Når de først er blevet helt ædru, har jeg aldrig oplevet en mand, som er gået amok i behandlingsperioden. De bruger måske flere bandeord og har store armbevægelser, men det er et spil for galleriet. Vi har også haft

vores andel af sociopater og enkelte psykopater i behandling, men deres metoder er meget mere udspekulerede end grov vold.

Mennesker omkring den afhængige

Da mange kvinder har børn hjemme, som optager en stor del af deres tanker, er det oplagt, at de kvinder, som har helbred til det, kan komme i en ambulant behandling, hvor de kan komme hjem hver dag. Det har også den store fordel, at de hver dag skal leve i nuet. De skal gå forbi alle de steder, hvor man kan købe alkohol, og det er rigtig mange steder, og de skal forholde sig til alle de små og store problemer, som en almindelig hverdag byder på.

Samtidig med, at kvinden er i behandling, skal alle de nærmeste familiemedlemmer tilbydes en familiebehandling. Kvindens afhængighed påvirker først og fremmest hendes børn og mand, hvis han vælger at blive hos hende. Men også gamle forældre, søskende og meget nære venner, vil være så påvirkede af denne sygdom, at de adopterer den og risikerer at få både psykiske og fysiske problemer. Voksne kan dog altid vælge at distancere sig fra den afhængige, men mindreårige børn kan ikke vælge den udvej.

Efter behandlingen

Andre, meget mere skadede kvinder, som er helt uden et socialt netværk, skal have andre tilbud. De skal være på et døgnbehandlingssted og derefter sluses ud til et af de halvvejs-huse, som der endnu ikke findes så mange af for alkoholikere her i Danmark. Minnesota-behandlingscenteret Tjele har dog to halvvejs-huse, blandet for mænd og kvinder, og de fungerer virkelig godt for de alkoholikere, som er mest socialt udsatte.

I et halvvejs-hus kan kvinderne bo i op til flere måneder sammen med andre i samme situation. Der bor altid en behandler i huset, der er regler og husorden, og kvinderne

skal selv lave mad og gøre rent, så de stille og roligt kan opbygge en ny tilværelse for sig selv. Sagsbehandlere kan hjælpe med at søge bolig og komme i gang på arbejdsmarkedet, men hele meningen er, at de efter 3, 6 eller 12 måneder skal kunne tage ansvar for deres eget liv. Det kunne være en stor menneskelig og økonomisk gevinst for kommunerne at tilbyde nogle arbejdspladser et økonomisk vederlag fx i form af løntilskud, hvis de tilbyder en eller flere af disse kvinder et skånejob til at begynde med. Efterhånden som kvinderne bliver stærkere og får mere og mere styr på deres liv, samtidig med at de opbygger et socialt netværk, vil mange af dem kunne arbejde mere og ende med at fungere på lige fod med alle andre i samfundet.

Dette er ikke bare en drømmetanke. Jeg har set mange mennesker, som har været helt nede på bunden, rejse sig og få deres værdighed som ydende samfundsborgere igen.

Men det tager tid, og det kræver samfundets hjælp og forståelse. Den hjælp, som samfundet yder til disse udsatte mennesker, bliver tilbagebetalt mange gange: Eftersom disse kvinder opbygger et godt helbred igen, vil de belaste sundhedsvæsenet mindre, og færre får behov for førtidspension. ■

NOTER

- 1 Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007. Statens Institut for Folkesundhed. www.sifolkesundhed.dk. Den offentlige indsats på alkoholområdet. Indenrigs- & Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen. 2002. www.im.dk.
- 2 Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007. Statens Institut for Folkesundhed. www.sifolkesundhed.dk.
- 3 Betty Ford Center åbnede i Californien i 1982. Centret er opkaldt efter forhenværende præsidentfrue, Betty Ford, som i 1978 gik i behandling for sin alkohol- og medicin-afhængighed, og dermed blev rollemodel for mange amerikanske kvinder. Jeg har selv besøgt centret professionelt for at få indsigt i stedets arbejde.

MÆND INGEN ADGANG

Kvindespecifik behandling er nødvendig

Stoffri døgnbehandling opfattes som regel som kønsneutral – en tilgang, der får os til at overse deforskelle, der eksisterer mellem de to køn, og de særlige problematikker, som gør sig gældende for både mænd og kvinder i behandlingssystemet.



kontakt med og indsats over for gravide kvinder og mødre med rusmiddelproblemer¹.

De stoffrie døgnbehandling i Danmark er langt hen ad vejen kønsneutrale – mænd og kvinder indskrives på lige fod og behandles for deres afhængighed af stoffer. Metoderne er forskellige, alt efter hvilken institution man indskrives på, men fokus er stoffri behandling.

Umiddelbart giver det mening – mænd og kvinder har det samme ønske: at blive stoffri.

Kønsopfattelser har en afgørende betydning

Men så alligevel – mænd og kvinder er forskellige. Forståelse og opfattelsen af mænd og kvinder er forskellige. Historisk beskrives

AF CHARLOTTE LØVSTAD

Kathrine Bro Ludvigsen rejste i STOF nr. 14 spørgsmålet, hvorfor et specifikt fokus på kvinder i udsatte-systemet er nødvendigt? Denne tråd tages op i denne artikel, hvor der vil blive argumenteret for, hvorfor et stoffrit døgnbehandlingstilbud kun for kvinder er nødvendigt. Det er et brud med den tradition, som eksisterer på det stoffrie døgnbehandlingsområde, hvor normen er kønsneutrale behandlingsinstitu-

tioner. Dette udfoldes blandt andet i følgende citat:

'Tilgange og tilbud inden for stofbehandling, der rutinemæssigt tager forbehold for eller hensyn til klienters køn eller kønnede erfaringer og belastningsniveau, er altså (endnu) ikke et integreret element i de gængse behandlingsformer, hverken herhjemme eller i andre lande. Dog er der ét område, hvor kvinders brug af rusmidler i stigende grad er blevet tildelt høj prioritet, og hvor kvinder sættes i centrum. Det drejer sig om og sigter på opsporing,

mænd ofte som stærke, maskuline og virile, der aktivt kan have en afvigende adfærd. Kvinder beskrives ofte som svage og skrøbelige væsener, der passivt befinder sig i risikozonen for at få en afvigende adfærd. Det er kønsopfattelser, som blandt andet kommer til udtryk gennem de institutioner, som vi er i kontakt med². Der eksisterer en række forestillinger om, hvilke sociale roller og normer mænd og kvinder skal indgå i og overholde³. Det er ikke neutrale beskrivelser, men særlige problem-

forståelser eller problemidentiteter, som også forekommer inden for systemet og er skabt i den specifikke institutionelle kontekst de indgår i. Eksempler på disse kategorier eller problemidentiteter kan f.eks. være hjemløse, misbrugere, kon-tanthjælpsmodtagere m.m.⁴ Disse kategorier eller problemidentiteter har en afgørende betydning for, hvordan hver enkelt sag håndteres.

Når vi laver kønsneutral behandling, overser vi de forskelle, der eksisterer mellem de to køn. Dette kan betyde, at vi overser de særlige problematikker, som gør sig gældende for både mænd og kvinder i behandlingssystemet.

Barrierer for at søge behandling

Der eksisterer en række barrierer for, at kvinder søger stoffri behandling. De kan deles op i følgende tre grupper:

1. Systembarrierer

Antagelsen er, at kvinders særlige problematikker overses, blandt andet fordi der eksisterer en kønsulighed i behandlingssystemet. Service-styrelsen oplyser, at kønsfordelingen i stoffri behandling er ca. 75 % mænd / 25 % kvinder⁵. Kvinderne er under-repræsenteret i de stoffrie behandlinger, og denne kønsulighed kan resultere i, at kvindernes særlige problematikker overses, og dermed udsættes kvinderne for en skjult og utilsigtet diskrimination. Det kan også få den konsekvens, at kvinderne har sværere ved at vælge stoffri behandling, hvilket rejser spørgsmål om, hvor de passer

ind, og hvor deres særlige behov bliver tilgodeset?⁶

2. Strukturelle barrierer

Ofte er det en lang proces for kvinder at træffe beslutningen om at vælge stoffri behandling. Erfaringsmæssigt er mænd ofte hurtigere til at træffe beslutningen om at tage i stoffri behandling, ofte begrundet i, at deres misbrug er eskaleret voldsomt, at de har en dom hængende over hovedet, at det nu *'bare er for meget, og nu gider jeg sgu ikke mere'* eller andre forhold, som gør, at det pludseligt opleves som presserende at blive stoffri. Dette gør sig ikke gældende i helt samme grad for kvinderne. De bruger lang tid på at overveje, om de vil / tør / kan vælge stoffri behandling, samtidigt med, at de bruger mange ressourcer og energi på at bekymre sig om deres nære relationer – hvordan skal de klare den, når de er væk, hvem sørger for børnene etc. Når kvinderne så har truffet beslutningen, er det afgørende, at de kommer i møde og ikke føler sig 'sat på et sidespor'.

Er der for lang ventetid, fra kvinden er visiteret, til hun indskrives i stoffri behandling, kan det have som konsekvens, at motivationen ikke kan fastholdes og at hun vælger den stoffri behandling fra.

Det kan bl.a. være, fordi angsten / utrygheden for det ukendte, tidligere dårlige erfaringer, ændringer i det tætte netværk eller andre forhold sætter sig igennem i perioden med ventetid.

Andre strukturelle barrierer såsom geografisk placering af behand-

lingssted, mulighed for kontakt med netværk, behandlingsformen på stedet etc. kan også spille en central rolle for kvinder i forhold til at vælge stoffri behandling.

3. Sociale og kulturelle barrierer

Samfundets syn på kvinder og på kvinders brug af illegale stoffer, de normative forventninger til kvinder og den rolle, de skal udfylde, kan også have en betydning for, om kvinder vælger stoffri behandling. Disse forventninger kan også sætte sig igennem i systemet, hvilket kan få den konsekvens, at kvindens oplevelse af at bryde de normative forventninger i forhold til at være kvinde, mor, datter, partner etc. forstærkes af systemets oplevelse af hende. Når kvinden ser sig selv med systemets øjne, kan der ske en udbygning af den skyld og skam, hun har med sig. Oplever hun at føle sig stemplet som afviger i systemet, kan det være en barriere for, at hun vælger stoffri behandling, og det kan være med til, at kvinden udstødes yderligere.

Endelig skal det ikke underkendes, at den måde kvinden (og manden) mødes af systemet på, når hun ønsker stoffri behandling, kan have en stor indflydelse på det efterfølgende forløb. Oplever hun, at ønsket om stoffri behandling modtages i en inkluderende, støttende og lyttende 'ånd', kan det betyde, at kvinden er langt mere motiveret for at indgå i et forløb, end hvis hun oplever sig afvist og dømt af systemet. Det første møde kan derfor være afgørende i forhold til, om kvinden føler sig

DENNE ARTIKEL ER MENT SOM ET INDSPARK i debatten om, hvorfor et kønsspecifikt fokus er nødvendigt i udsatte-systemet. Den er på ingen måde fyldestgørende, men repræsenterer de overvejelser og forståelser, Højlokke Behandlingscenter har arbejdet med i forløbet op til etableringen af sit Kvindebehandlingscenter. Yderligere oplysninger eller ønsker om at få uddybet synspunkter er altid velkomne.

Se nærmere på www.hojlokke.dk, eller ret henvendelse til centerleder Klaus Schønfeldt ks@hojlokke.dk

Artiklens første del omhandler de særlige problemstillinger, som gør sig gældende for kvinder. Denne del bygger både på praksiserfaringer på feltet, som spænder over afklaring, visitation til og gennemførelse af stoffri døgnbehandling, herunder erfaringer med opfølgning af forløbet som kommunal forpligtelse og forskning på området. Den anden del af artiklen bygger på de første spæde erfaringer, som er indhentet på Kvindebehandlingscenteret både i fasen omkring kortlægning af behov og efterspørgsel og derudover erfaringerne efter åbningen 1. januar 2010.

mødt og inkluderet eller ekskluderet og afvist⁷.

Motivation for behandling

Som nævnt ovenfor ønsker både mænd og kvinder stoffri behandling, men deres motivation for stoffrihed bunder 'groft sagt' i to forskellige forståelser. Mændene ønsker det ofte af hensyn til sig selv, hvor kvinderne ønsker stoffrihed af hensyn til andre⁸. Kvinder ønsker stoffrihed, fordi de ønsker at blive bedre i stand til at tage sig af barn / børn, og / eller de ønsker at være noget mere for andre tætte relationer. Kvinder ser ofte ikke deres stofmisbrug som det primære problem. Det er et problem blandt flere, hvor de nære relationer ofte fylder en betragtelig del.

Tætte relationer er afgørende for kvinder. Det har også en betydning for kvinders søgning til stoffri behandling. Det vil ofte være sådan, at når kvinders partnere søger stoffri behandling, så vil det have en afgørende betydning for, at kvinder søger stoffri behandling. Omvendt set gør det sig også gældende, at ønsker kvinders partnere hverken selv at søge stoffri behandling, eller at hun søger stoffri behandling, så vil det ofte afholde hende fra at søge stoffri behandling, med mindre hun er på vej væk fra forholdet alligevel. Kvinden vil ofte følge mandens ønske langt hen af vejen⁹.

En altovervejende grund til at søge stoffri behandling og have lyst til og et ønske om at ændre sit liv vil ofte være forbundet med graviditet. Gravide kvinder er motive-

ret for at ændre deres liv! Dette er dog ofte kombineret med en angst for systemets reaktion, idet kvinder har en erkendelse af, at kombinationen gravid og aktivt stof(mis)brug ikke er en holdbar kombination. Dette resulterer i, at kvinderne har en angst for, hvordan systemet vil håndtere graviditeten og stof(mis)bruget. Dette knytter også an til systemets normative forventninger til kvinder og det herskende samfundssyn på gravide. Stofmisbrugere, der bliver gravide, vil ofte ses som uansvarlige og egoistiske og skal kæmpe bravt for at blive anerkendt for deres ret til at være mødre og dermed også deres ret til at tage vare på eget barn, hvis dette er muligt.

Graviditet

Kvinder bliver gravide, og kvinder bliver mødre. Gravide kvinder med et aktivt stof(mis)brug er særligt sårbare og udsatte, hvilket også betyder, at det ufødte barn er særligt udsat¹⁰. Graviditeten vil ofte være indgangsvinklen til en meget tættere kontakt til systemet. Det er den enkelte kvindes tidligere erfaringer med systemet, som er afgørende for, hvor hurtigt kvinden tager kontakt til systemet. Hvis hun har positive erfaringer, vil hun ofte tage hurtigere kontakt og bede om hjælp, end hvis hun har negative erfaringer. En tidligere negativ kontakt kan betyde, at kvinden undgår kontakt med systemet så længe som muligt¹¹.

Denne kontakt med systemet kan udgøre en potentiel risiko for, at kvinden stigmatiseres yderligere, og at kvindens oplevelse af skyld og

skam forværres. Risikoen er, at systemet fastholder fokus på kvindens 'problemidentitet' som misbruger, hvilket kan betyde, at systemet ser kvinden som egoistisk, uansvarlig og ude af stand til at varetage sit barns tarv. Samtidigt kan denne moralske tilgang bevirke, at kvinden oplever sig selv som stærkt afvigende og føler en stor skyld og skam over, at hun er blevet gravid. Denne proces kan være medvirkende til, at kvinden trækker sig væk fra systemet. Dette sammenholdt med, at den behandlingsmæssige indsats kan opleves som massiv og voldsomt indgribende, kan betyde, at forløbet opleves som ekskluderende og stigmatiserende i stedet for inkluderende og støttende¹². Manglende viden i systemet kan desuden betyde, at kvinden får en utilstrækkelig behandling i forhold til den indsats, der vurderes nødvendig.

Risikoen er, at kvinderne i et sådan forløb oplever, at de ikke følger de normer, som er i overensstemmelse med de fremherskende i samfundet og dermed stemples som afvigere. Når kvinden ser sig selv 'gennem andres øjne' i et sådan forløb, kan hendes situation forværres, både i form af et eskalerende misbrug og en forværring af hendes indre følelsesliv, idet hun oplever det som 'en lang række af nederlag'¹³. Det er derfor af afgørende betydning, at forløbet omkring kvinden, hendes graviditet og ufødte barn bliver støttende, respektfuldt, gennemsigtigt for kvinden og med et højt informationsniveau, hvor kvinden kontinuerligt inddrages i de



FAKTA OM:



HØJLØKKE KVINDEBEHANDLING

Åbnet 1. januar 2010

17 pladser.

18 år og opefter.

CENAPS-modellen.

Mulighed for psykiatrisk udredning.

Mulighed for eksternt forløb med psykolog.

Forældreevneundersøgelse kan gennemføres.

Mulighed for at indskrive gravide misbrugere.

Mulighed for at nedkomme under forløbet.

Mandebehandling

Åbnet 1. januar 2000.

17 pladser.

18 år og opefter.

2000-2004: 12 trins / systemisk / psykodynamisk model

Siden 2004: CENAPS-modellen

Mulighed for § 78 afsoning.

Mulighed for at arbejde med antisocial/kriminel adfærd.

CENAPS-modellen

CENAPS-modellen består af følgende 8 elementer:

Vurdering og behandlingsplanlægning.

Problemløsende gruppeterapi.

Tilbagefaldsforebyggende rådgivning.

Håndtering af benægtelse.

Håndtering af antisociale personlighedstræk.

Kognitiv restrukturering af afhængighed.

Tilbagefaldsforebyggende terapi.

Rådgivning i primær helbredelse.

forskellige behandlingsindsatser. Det kræver også, at de forskellige aktører koordinerer og samarbejder tværfagligt omkring sagen.

Prostitutions- og overgrebsproblematikker kan overses

Kvinder har i langt højere grad prostitutions- og overgrebsproblematikker med sig. Kvinder har et ofte modsætningsfyldt forhold til det modsatte køn. Dette er et vigtigt arbejds punkt i stoffri behandling. Der skal skabes et rum, hvor det er muligt at arbejde med disse meget svære og voldsomme problematikker, som ofte har traumatiseret kvinden voldsomt. Mænd til stede i behandlingsmiljøet kan gøre det meget svært (næsten umuligt) for kvinden at arbejde med disse problematikker: Det kan være svært at løsrive sig fra sin egen problemforståelse i forhold til det modsatte køn, og samtidigt kan det være svært at ændre sin rolle og igen sin egen forståelse og positionering i forhold til det modsatte køn.

Dette kombineret med kønsuligheden i systemet - en problemforståelse, der primært bygger på mænds erfaringer, og en behandlingsform, som ikke er direkte målrettet kvinder - kan betyde, at det ofte er svært at arbejde med disse problematikker, som er nødvendige i forhold til at opnå og fastholde stoffrihed.

Den koordinerende funktion

Uanset om der er tale om en gravid misbruger eller ej, er det centralt, at den stoffri døgnbehandlingsinstitution påtager sig rollen som koordinator af kvindens forløb. Det er naturligtvis særlig vigtigt, når kvinden er gravid, idet langt flere instanser er inddraget, og der er et meget stort hensyn til det ufødte barn.

Når forløbet omhandler en gravid stofmisbruger, tager sundhedssystemet ofte udgangspunkt i den interventionsmodel, som familieambulatoriet på Hvidovre Hospital har udviklet¹⁴. Eftersom det er

centralt at koordinere de relevante aktører, både enkeltvis i forhold til kvinden, men også tværfagligt, er en vigtig opgave for behandlingsinstitutionen at hjælpe kvinden til at bevare et overblik over sin sag og samtidigt hjælpe hende til at prioritere *'hvornår hvad er vigtigt i forhold til min sag'*, og *'hvornår skal jeg gøre hvad i forhold til de forskellige aktører'*. Det kan være et kaotisk og voldsomt indgribende forløb, som samtidigt også kan være et meget følelsesmæssigt belastende forløb, idet kvinden vil arbejde både med stabilisering og / eller stoffrihed¹⁵ og samtidigt skal holde fokus på sin graviditet. Derfor vil det være af afgørende betydning, at kvindens kontaktperson på behandlingsinstitutionen er i stand til at skabe gennemsigtighed, forudsigelighed og overblik over forløbet. Det er vigtigt at minimere både barrierer og uforudsigelighed for at hjælpe kvinden til at fastholde fokus på de to centrale dele i hendes liv: stabilisering / stoffrihed - og graviditeten.

Et højt informationsniveau er afgørende i forhold til at sikre kvinden indsigt og overblik over eget forløb. Det vil sige, at kvinden informeres om de mulige konsekvenser af hendes aktive stofmisbrug. Det være sig skader på barnet, iværksættelse af forældreevneundersøgelse efter fødslen, iværksættelse af diverse støtte- og kontrolforanstaltninger i forhold til hendes nye opgave som mor - med andre ord, kvinden skal orienteres om både rettigheder og pligter og fremtidige muligheder og konsekvenser i hendes nye rolle som mor.

Det tværfaglige samarbejde og koordineringen af kvindens sag gør sig også gældende, når det drejer sig om en kvinde, som ikke er gravid. Det er afgørende, at kvinden støttes i at fastholde fokus på sin stabilisering / stoffrie behandling, når hun er indskrevet i stoffri behandling. Derfor er en vigtig opgave for behandlingsinstitutionen også at rydde de



førnævnte barrierer af vejen i form af at hjælpe med at skabe forudsigelighed, gennemsigtighed og overblik over alle aspekter af kvindens liv, det være sig økonomi, samarbejde med forvaltningen, samværs- / forældre-myndighedssager, netværksarbejde m.m. Dette gør sig naturligvis ikke kun gældende for kvinderne, men også for mændene indskrevet i stof-fri behandling.

Højløkke Kvindebehandlingscenter

Højløkke etablerede i 2000 en specifik stoffri mandebehandling i erkendelse af, at der er særlige problematikker, som gør sig gældende kun for mænd, og som de har behov for at arbejde med, uden at der er kvinder til stede. Det gav bedre muligheder for at udvikle kvaliteten af tilbuddet, og samtidigt gav det mændene mulighed for at 'smide facaden'. Tanken var også at minimere kæresteforhold i behandling. Ved kønsneutral behandling har der altid været mulighed for at flytte fokus fra behandling over på en kæreste. Erfaringerne fra mandebehandlingen har vist, at mændene rent faktisk ikke mister deres evne til at finde en kæreste. Når det sker, f.eks. efter nogle måneders behandlingsforløb, viser erfaringerne også, at de ofte vælger en kæreste med et højere funktionsniveau, hvilket typisk resulterer i færre tilbagefald.

Det var og er tydeligt, at et 'kvindefrit' miljø giver mænd nogle andre muligheder for at arbejde med blandt andet deres sårbarhed, deres hårde facade og deres kompenserende adfærd. De mænd, der er og har været indskrevet på Højløkke, har gang på gang givet udtryk for, at et 'kvindefrit miljø' har været en medvirkende faktor til, at behandlingsforløbet er blevet en succes.

Disse erfaringer, suppleret med en periode med fokus på kvindespecifikke problemstillinger, betød, at Højløkke tog springet og åbnede et behandlingscenter kun for kvinder pr. 1. januar 2010.

Med baggrund i ovenstående er de centrale fokuspunkter på Højløkke Kvindebehandlingscenter følgende:

- Der er ansat kvindelige terapeuter og kvindelige rollemodeller.
- Der er en kontaktperson på hvert forløb, som har en koordinerende funktion i forhold til klienten. Det er muligt både at nedkomme og efterfølgende være indskrevet med det nyfødte barn på Højløkke, hvilket betyder, at kvinden og barnet vil være i trygge omgivelser under afklaringsforløbet omkring fremtiden.
- Det er et 'mandefrit' miljø, som betyder, at kvinden kan arbejde med sine særlige problematikker, sin egen problemforståelse uden at blive fastholdt i en bestemt rolle i forhold til det modsatte køn.
- Der er mulighed for at gennemføre samkvem på institutionen.
- Far og / eller partner kan gennemføre en stoffri behandling sideløbende på Højløkkens Mandebehandlingscenter, hvilket giver mulighed for både at inddrage 'far' i forløbet, men også at arbejde med 'par-delen' i det stoffri behandlingsforløb. Det giver et fælles fundament at bygge stof-friheden på, idet begge centre arbejder efter CENAPS-modellen, hvilket betyder et fælles sprog og en fælles referenceramme.
- CENAPS-modellen¹⁶ er en ikke-konfronterende metode, hvilket kvinder ofte profiterer bedre af.

De første indskrevne kvinder på Højløkke Kvindebehandlingscenter har givet udtryk for, at det er nemmere at skabe tryk og tillid, når der ikke er mænd til stede. Det tager kortere tid 'at åbne op' for det svære, og de oplever, at der er mere 'ro' i behandlingen. Derudover understreger de første forløb, at det både tager længere tid at træffe beslutningen for kvinderne om at indgå i et stoffrit forløb, og at forløbet hurtigt afbrydes, hvis de træffer beslutningen 'for andres skyld' uden selv at være med i det.

Afsluttende bemærkninger

Et stoffrit behandlingstilbud kun for kvinder er nødvendigt, hvis kvinder skal have mulighed for at bryde gamle mønstre og arbejde med deres særlige problematikker i forhold til fx traumer eller overgreb.

På et mere overordnet samfundsmæssigt og politisk niveau er det centralt, at der arbejdes for kvinders ligestilling, hvilket også betyder en anerkendelse af kvinders særlige problematikker og samtidig en anerkendelse af den reelle kønsulighed, som pt. eksisterer i døgnbehandlingssystemet. Etablering af Højløkke Kvindebehandlingscenter er et skridt i den rigtige retning mod at skabe forandring. ■

REFERENCER

- 1 Køn og stofbrug: Kvinder og behandling, af Helle Vibeke Dahl og Mads Uffe Petersen, Center for Rusmiddelforskning. 2008.
- 2 Representation of the Young, af Christine Griffin. 1997.
- 3 At skabe en klient, institutionelle identiteter i socialt arbejde, redigeret af Nanna Mik-Meyer og Margaretha Järvinen, kap. 1, Hans Reitzels Forlag. 2003.
- 4 Som 3.
- 5 Denne kønsfordeling afspejler den generelle kønsfordeling i behandlingssystemet og den generelle kønsulighed. Fokus er her den stoffri døgnbehandling.
- 6 Hvorfor er et specifikt fokus på kvinder i udsatssystemet nødvendigt? Af Kathrine Bro Ludvigsen, STOF nr. 14. Vinter 2009/2010.
- 7 Anerkendelse og dommekraft i socialt arbejde, af Søren Juul og Peter Høilund, Hans Reitzels Forlag. 2005.
- 8 Som 1.
- 9 Som 1.
- 10 Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets interventionsmodel. Sundhedsstyrelsen. 2005.
- 11 Graviditet og misbrug. Statusrapport 2006, af Helle Vibeke Dahl og Dorte Hecksher, Center for Rusmiddelforskning, 2006.
- 12 Som 1.
- 13 Som 1.
- 14 Som 10.
- 15 Alt efter hvornår kvinden indskrives i stoffri behandling i hendes graviditetsforløb, kan hun være i gang med sanering af sidemisbrug og dertilhørende stabilisering på metadon. Har hun været indskrevet i en længere periode før fødselstidspunktet, kan hun være nedtrappet og dermed i gang med stoffri behandling.
- 16 Se faktaboks for yderligere oplysninger.

Kvinder, traumer og stofbrug – erfaringer Fra tab til trivsel

Hverdagssituationer har vist sig velegnede som indgang til terapeutiske forløb for kvinder: Forlader man det ensidige fokus på stofbrug, bliver der plads til refleksion over andre vanskeligheder, ressourcer, værdier og ønsker i livet.

AF KATHRINE LOUISE BRO LUDVIGSEN & TINE LYDOLPH

I denne artikel præsenterer vi de erfaringer fra kvindebehandlings tilbuddet *Fra tab til trivsel*, som vi finder særlig relevante i forhold til udsatte-temaet m/k i dette nummer af STOF. Ud over artiklens meget praksis- og metodespecifikke indhold håber vi også at kunne bidrage til diskussionen om, hvorvidt kønspecifikke behandlingsindsatser er relevante, herunder et kønsspecifikt fokus.

Fra kønsneutralt til kvindespecifikt behandlingstilbud

I Danmark er der ikke tradition for at målrette behandlingsindsatser til henholdsvis mænd og kvinder. Dette gælder både i stofmisbrugsbehandling og i flere andre tilbud i udsatte-systemet¹. I stofmisbrugsbehandlingen er 1/3 kvinder mod 2/3 mænd, og indholdet i behandlingen er præget af mandlig dominans, dels fordi de mandlige brugere er i flertal, dels fordi misbrugsbehandlingen traditionelt har været tilrettelagt ud fra ideen om stofmisbrugeren som et mandligt fænomen, defineret ved social afvigelse og kriminalitet².

Denne kønsmæssige skævhed gør sig også gældende i KABS – Glostrup Kommunes Stofmisbrugsbehandling - og behandlingen i KABS har igennem årene ligeledes overve-

jende bestået af ens tilbud til begge køn. Men i 2007 igangsatte KABS et treårigt satspuljefinansieret projekt kaldet *Projekt Kvindeedukation* med det formål at rette fokus på – og få viden om – kvindespecifikke dilemmaer, problematikker og tematikker for derefter at etablere et kvindespecifikt behandlingstilbud. Projekt Kvindeedukation blev afsluttet som projekt pr. 1. maj 2010, men såvel erfaringer som konkrete behandlingstilbud forsøges implementeret i det samlede behandlingstilbud i KABS³.

Fra tab til trivsel

Et af de behandlingstilbud, Projekt Kvindeedukation igangsatte, var et terapeutisk gruppeforløb for kvinder med tab og traumer. Behandlingen var baseret på kognitiv adfærdsterapi og ACT (Acceptance and Commitment Therapy). Undersøgelser har nemlig vist, at kvinder med misbrugsproblemer ofte har særlige problemer, der på mange måder adskiller sig fra de mandlige stofbrugeres problemer. Kvindernes problemer kan knyttes til erfaringer med fysiske, psykiske og/eller seksuelle overgreb, prostitution, samlivs- og familieforhold (herunder forsørgelse af børn). Derudover har disse kvinder ofte et lavt selvværd, hvortil psykiske problemer som depression, angst og selvmordstanker kan knyttes⁴.

Ud fra det billede, forskningen

tegnede af stofbrugende kvinder, samt ud fra den viden, en række fokusgruppeinterview med kvinder i KABS havde vist, blev formålet med *Fra tab til trivsel* at etablere et terapeutisk gruppeforløb, der ikke krævede, at kvinderne nødvendigvis var eller skulle blive stoffrie, og hvis behandlingssigte ikke automatisk tog udgangspunkt i stofmisbruget. Hypotesen var, at hvis stofbrugende kvinder hjælpes med deres problemer og plagsomme følelser i hverdagslivet (ofte relateret til tab og traumer) samt får hjælp til at identificere egne personlige livsværdier og ressourcer, så vil det stofbrug, der fungerer som selvmedicinering, blive reduceret⁵.

Gruppeforløb, metodetilgang og indhold

Behandlingstilbuddet *Fra tab til trivsel* bestod af to gruppeforløb hver på 12 gange, suppleret med individuel samtaleterapi. *Fra tab til trivsel* blev tilrettelagt og varetaget af to kognitive adfærdstereapeuter, hvoraf den ene var projektlederen af Projekt Kvindeedukation⁶. Metodetilgangen i *Fra tab til trivsel* var som nævnt baseret på kognitiv adfærdsterapi og ACT, som har vist sig anvendelig i forhold til mange af de problematikker, der netop er karakteristiske for denne målgruppe.

I kognitiv adfærdsterapi er fokus rettet på det specifikke indhold i konkrete hverdagssituationer, ligesom hovedvægten i terapien ligger

i nutid og fremtid. Det er en vigtig pointe i kognitiv adfærdsterapi, at klienten (her: kvinden) selv definerer, hvad der er problematisk, og hvad der skal arbejdes med i terapien. Afhængig af den psykiske lidelses karakter (angst, depression, personlighedsforstyrrelser mv.) anvendes forskellige modeller og strategier for videre interventioner.

I ACT knyttes handling og adfærd tæt til det enkelte menneskes livsværdier, hvorfor en del af terapien sigter mod at identificere personlige livsværdier. Pointen med det er, at man ikke kan mislykkes med sine personlige livsværdier. Hvis ens personlige livsværdi fx er at være et kærligt menneske, vil værdien – at stræbe efter det – stadig være den samme, selvom man måske ikke synes, man er det i en given situation. Når de personlige livsværdier bliver styrende for retningen i behand-

lingen, optimeres relevans og mening i de mål, kvinderne sætter sig. Ud over ovenstående tilgang blev gruppeudviklingsteorier, som de er fremført af Ken Heap, benyttet⁷.

Indholdet i *Fra tab til trivsel* var således bestemt af de (hverdags) problematikker, kvinderne selv bragte frem, og ikke ud fra forudbestemte emner som fx stofmisbruget eller eventuelle erfarede traumatiske begivenheder. En stor del af behandlingstilbuddet bestod i helt konkret at identificere og træne nye mestringsstrategier, dvs. at få kvindernes egne, nye indsigter og ressourcer integreret i hverdagslivet. Desuden blev der omhyggeligt arbejdet med gruppeprocessen, så alle deltagere kunne føle sig trygge i gruppen.

Kvinderne i *Fra tab til trivsel*

Fra tab til trivsel var selvvisiterende:

De kvinder, der viste interesse for tilbuddet, blev inviteret til en eller flere forsamlinger, inden de startede. Dels for at få information om tilbuddets formål, indhold og tilgang, og dels blev der talt meget om kvindernes egne forbehold og forventninger, gode og dårlige erfaringer med gruppetilbud, terapi osv. Kvinderne fik information om tilbuddet via deres kontaktpersoner, via foldere og/eller via de åbne informationsdage, hvor projektlederen sad i caféen og fortalte om tilbuddet.

I alt deltog ti kvinder i alderen 33 – 58 år. De havde alle et mangeårigt misbrug bag sig (fra 7 til 46 år), og alle på nær én havde/havde haft et misbrug af heroin. Men derudover varierede stofbruget (hash, kokain, stesolid, amfetamin, metadon, benzodiazepiner og alkohol). De havde alle et aktivt misbrug ved gruppestart. Deres tilknytning til



FIGUR 1: GRUNDANTAGELSER, LEVEREGLER OG NEGATIVE AUTOMATISKE TANKER

Begivenheder og erfaringer, der har betydning for dannelse af grundantagelser



Oplevelse af hverdagsituationer:
Negative automatiske tanker

behandlingssystemet varierede mellem 3 – 26 år (den lange behandlingstilknytning hang sammen med substitutionsbehandlingen). Syv af kvinderne havde modtaget psykologbehandling i form af samtaler, for to forelå der ingen oplysninger om eventuel psykologbehandling, mens en enkelt kvinde ikke havde været i kontakt med en psykolog.

Kvinderne var ofte sparsomt udredt psykiatrisk; flere af dem var således kun set/udredt af en praktiserende læge. Fire havde fået diagnosen depression, én havde diagnosen borderline/skizofren paranoid, mens to havde udefinerede angstlidelser, og én havde været indlagt på psykiatrisk afdeling med en stofpsykose. Otte af kvinderne havde fået børn, og tre af mødrene havde erfaring med frivillige anbringelser af deres børn. Særligt bemærkelsesværdigt var det, at kvindernes tab og traumer generelt var fraværende eller underbeskrevet i journalerne sammenlignet med de tab, der kom frem i gruppeforløbene (hvilket vi vender tilbage til senere). Selvom

de ti kvinder ikke repræsenterer de helt unge eller nye kvinder i behandlingssystemet, så er deres problemstillinger generelt repræsentative for kvinderne i KABS (ligesom deres problemstillinger genkendes fra tidligere omtalte undersøgelser). Det drejer sig fx om forskellige tab og svigt igennem livet, ensomhed, sparsomt netværk og problemer med at få/opretholde en plads i samfundet.

Grundantagelser, leveregler og negative, automatiske tanker

Centralt i den kognitive adfærdsterapi er individets tanker, følelser, kropslige reaktioner og adfærd i relation til konkrete situationer. Dvs. at følelser og adfærd bestemmes af den måde, individet fortolker og opfatter verden på, samt ud fra den mening, tidligere erfaringer tillægges. I kognitiv adfærdsterapi opererer man med tre niveauer af tanker/antagelser (se figur 1). Det dybeste niveau er *grundantagelserne*, som kan sammenlignes med naturlove: Dvs. faste overbevisninger som: 'Jeg er uelskelig', 'Jeg er et pjok' etc. Disse overbevisninger er normalt ubevidste i den forstand, at man ikke tænker over dem – de er der bare og udgør det filter, individet forstår og bearbejder informationer gennem. Det næste niveau er *levereglerne*. Leveregler kan forstås som 'spilleregler' – eller kompenserende strategier – man følger for at overleve i en verden, hvor negative grundantagelser opleves sande. En leveregel kan fx være: 'Hvis jeg altid er enig med andre, kan de lide mig – og så kan jeg lide mig selv' eller: 'Hvis jeg altid kæmper for retfærdighed, vil verden blive et godt sted at være i – og jeg vil være noget værd' (og dermed er jeg ikke uelskelig eller et pjok). Også leveregler er normalt ubevidste og kan enten være grundlagt tidligt i livet eller være tillært i voksenlivet, afledt af samspillet med omgivelserne.

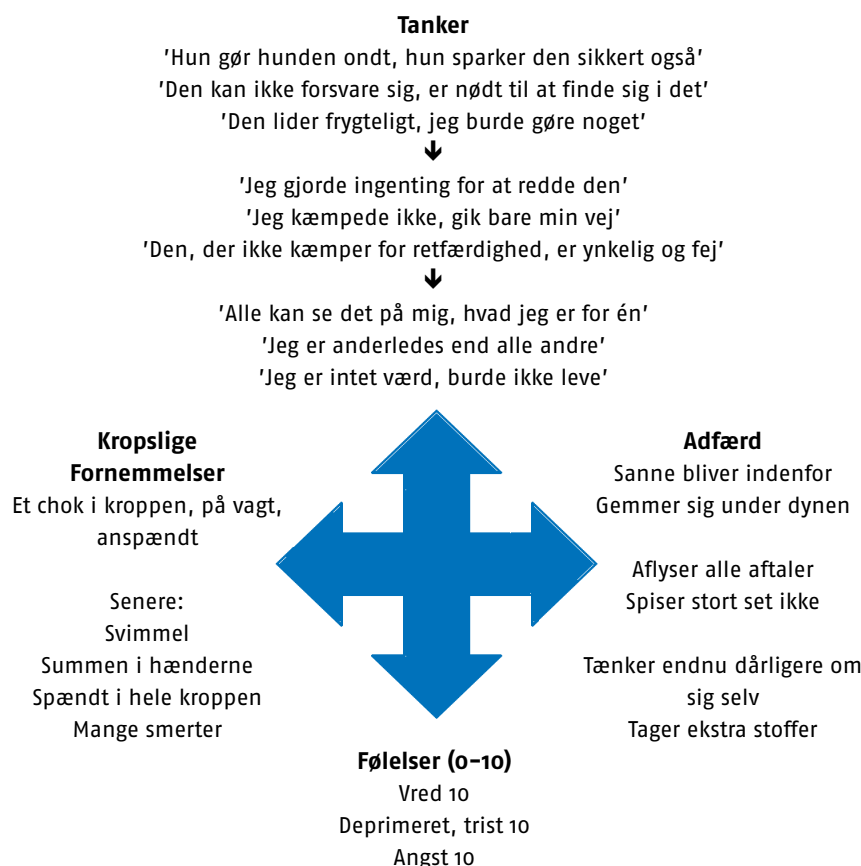
Det afgørende er, at levereglerne har 'virket' i den pågældende sam-

menhæng, hvorfor de hænger ved og fortsat anvendes for at kompensere negative grundantagelser. Således er de i et ressourceperspektiv det enkelte menneskes bedst mulige mestring af den type situation, de er opstået fra. Problemet med gamle og uhensigtsmæssige leveregler er, at de med tiden bliver for rigide, for generaliserende og alt for svære at leve op til, hvilket leder frem til det tredje niveau: *De negative automatiske tanker*. Dynamikken mellem grundantagelser og leveregler udfordres konstant i det levede liv. I en hverdagsituation, hvor fx et skænderi opstår, og det ikke lykkes at efterleve de ubevidste leveregler, kan dette tredje niveau aktiveres. Dermed kan en situation (skænderiet) – der i andres øjne fremstår naturligt eller ubetydeligt – afstedkomme svære og negative tanker og dermed følelser, fordi gamle leveregler trues eller brydes.

Sannes vanskelige (hverdags)situation

For at illustrere ovenstående omsat til praksis i *Fra tab til trivsel* præsenterer vi her følgende en af kvinderne fra gruppeforløbet: Sanne på 50 år (hvis navn er opdigtet), havde ingen uddannelse og kun sparsom erhvervserfaring. Hun boede alene, men havde et voksent barn, som hun havde kontakt med. Hendes misbrug havde stået på i 25 år, og nu ventede hun på, at hendes førtidspension skulle gå igennem. I terapiforløbet blev en problemliste identificeret: Sanne følte sig i mange perioder deprimeret, led af social angst og panik-angst. Hun havde mange følelser (vrede og sorg), der fyldte meget i hverdagen. Sanne oplevede også, at hun ofte havde mange konflikter i relation til andre mennesker. En typisk vanskelig situation for Sanne var, hvis hun på sin daglige gåtur mødte en hundeluffer, der rykkede hårdt i hundesnoren. At være vidne til hundeejerens hårde ryk i hundesnoren resulterede for Sanne i en række forskellige re-

FIGUR 2: DIAMANTEN



aktioner, som synliggøres gennem analyseredskabet *diamanten*.

Analyseredskabet *diamanten*

For at forstå Sannes reaktion på hundelufteren, anvendte terapeuterne analyseredskabet kaldet *diamanten* (illustreret i figur 2). *Diamanten* bruges til at identificere og analysere det tredje niveau i fig. 1, dvs. hvilke negative automatiske tanker en episode aktiverer, og hvordan de spiller sammen med følelser, kropslige fornemmelser og handlinger: De tanker, Sanne havde gjort sig, da hun så hundelufteren, blev systematisk undersøgt og skrevet ind i *diamanten*. Herefter hvilke følelser, tankerne i den konkrete situation havde igangsat. For Sanne fik følelserne *vrede*, *depression* og *angst* højeste score (10). Tankerne og fø-

lelserne gav også kropslige fornemmelser. Sanne følte sig i den konkrete situation usikker på benene, spændt i hele kroppen og fik mange smerter. Alle reaktionerne påvirkede hendes adfærd, således at hun efterfølgende blev indenfor, aflyste alle aftaler og stort set ikke spiste, men tog ekstra stoffer. Situationen var et tilbagevendende fænomen for Sanne og betød, at hun undgik at se tv, høre radio eller køre bus, fordi hun her hele tiden fik påmindelser om de mange dyr, der ikke blev behandlet ordentligt. Derudover følte hun angst for at møde andre mennesker, der i hendes øjne tydeligt ville se, hvor dårlig en '*redder*' hun var og dermed værdiløs. Efterhånden som Sanne (og de øvrige kvinder) blev fortrolige med *diamanten* og den kognitive tilgang, kunne de begynde

at undersøge, hvilke grundforestillinger (antagelser og leveregler) der lå under de tilbagevendende vanskelige situationer. Til dette anvendes en kognitiv *sagsformulering*.

En sagsformulering i gruppearbejdet

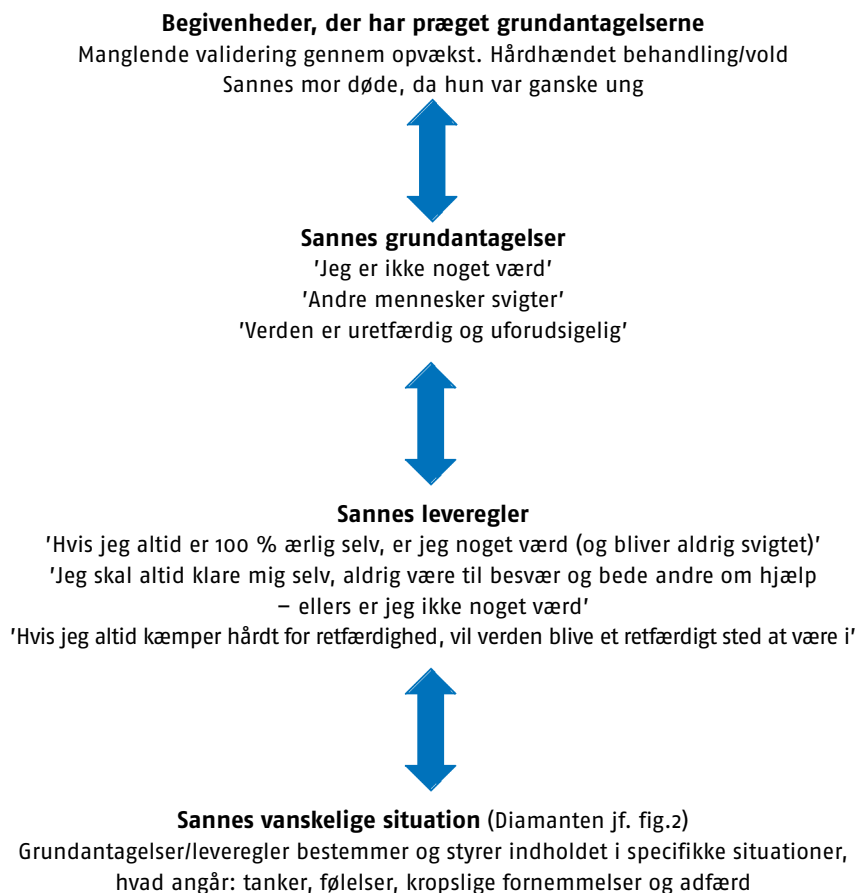
Formålet med at arbejde med negative grundantagelser og uhensigtsmæssige leveregler er at få klienten til at se, at begge dele bygger på erfaringer/begivenheder grundlagt i fortiden. En sagsformulering, der løbende udbygges i fællesskab, giver mulighed for at forstå, hvordan aktuelle problemer vedligeholdes gennem etablerede tanke- og adfærdsmønstre. Det er helt essentielt, at sagsformuleringen afspejler kvindernes egne forståelser af, hvilke tidligere forhold og erfaringer der har betydning for nuværende problemer (se figur 3).

Sannes leveregler var, som leveregler er, meget vanskelige at efterleve: I det konkrete tilfælde med hundelufteren, som i hendes øjne mishandlede hunden, greb hun ikke ind. Dermed brød hun sine egne ubevidste leveregler, hvilket gav direkte adgang til Sannes negative antagelser om sig selv (som intet værd) og om verden (som uretfærdig og svigtende). Situationen igangsatte også angsten for at møde andre mennesker, der i Sannes øjne tydeligt ville se, hvor dårlig en '*redder*' hun var og dermed '*intet værd*' og '*ikke burde leve*'. Det terapeutiske arbejde med grundantagelserne viste, at levereglerne sandsynligvis var opstået i forbindelse med faderens hårdhændede behandling af hende i opvæksten. I forsøget på dengang at være noget værd og forhindre de negative grundantagelser i at være sande blev leveregler dannet som fx: 'Hvis jeg aldrig er til besvær, er jeg noget værd'.

Effekten af det terapeutiske forløb

Undervejs i det terapeutiske forløb blev Sannes og de øvrige kvinders *positive* grundantagelser også for-

FIGUR 3: RESUMÉ AF SAGSFORMULERING FOR SANNE



muleret. Konkrete eksempler på sådanne formuleringer var:

- 'Jeg er noget værd'
- 'Jeg er et kærligt menneske'
- 'Jeg er et oprigtigt menneske'

Samtidig arbejdede gruppen i fællesskab på at få identificeret og afprøvet nye leveregler med større fleksibilitet og derved flere handlemuligheder. Sannes nye leveregler var:

'Verden er nogle gange ond og uretfærdig, jeg kommer aldrig til at forstå det, men jeg kan ikke redde hele verden og det er ikke altid min tur til at hjælpe'.

'Det er godt at kunne klare sig selv, men indimellem har jeg lov til at bede om hjælp og råd hos andre'.

'Det er godt at være ærlig, og jeg ønsker at være det i livets store for-

hold, men indimellem er det okay med en lille hvid løgn'.

Det er vigtigt, at de nye leveregler ikke står i for stor kontrast til de gamle for at undgå, at de bliver utroværdige og urealistiske. I stedet arbejdes der med en nuancering og opblødning af de gamle, uhensigtsmæssige leveregler, og de nye afprøves i hverdagssituationer og justeres, hvis de ikke opleves anvendelige. For Sanne betød det terapeutiske behandlingstilbud, at hun fik nye handlemuligheder, større livskvalitet og selvverd. Sanne oplevede diamanten og indsigter ud fra leveregler mv. som anvendelige redskaber til selv at analysere og håndtere andre vanskelige hverdagssituationer.

For Sanne betød det, at stofferne ikke længere var den eneste me-

stringsstrategi, og på kort tid blev hendes sidemisbrug reduceret for til sidst at ophøre. For Sanne betød det terapeutiske arbejde desuden, at det blev muligt for hende at se tv, høre radio og køre i bus. Hun gennemførte jobprøvning og planlagde aktiviteter uden for KABS. Depression og magtesløshed ophørte, og hun fik bedre kontakt til sit netværk⁸.

Hvad kan vi lære af Sanne?

Vi mener, at der er flere væsentlige pointer i relation til casen. For det første viser casen, hvor invaliderende tilsyneladende små hverdagsepisoder kan være. Casen viser også, hvor vigtigt det er at tage vanskelige situationer som eksemplet med hundelufteren alvorligt, og hvor meget vi kan lære af at have en nysgerrig, åben og undersøgende tilgang til de problematikker, vores brugere kommer med. En anden vigtig pointe for os er, at stoffrihed ikke skal være afgørende for, om man tilbydes terapeutisk hjælp. For Sanne (som andre kvinder) var det ikke muligt at reducere stofbruget, før hun kunne håndtere de vanskelige situationer, hun stødte på i hverdagen. For alle mennesker er det af stor betydning, at man får mulighed for at reflektere over såvel små som store og svære valg i livet. Mange brugere har oftest ikke et netværk at reflektere med, hvorfor vi mener, at behandlingen må skabe bedre betingelser for dette. Ved at undlade at have et ensidigt fokus på stofbruget bliver der skabt mulighed for at reflektere over andre vanskeligheder, ressourcer, værdier og ønsker i livet⁹.

Kvindespecifikt behandlingstilbud?

Vi mener, det er vigtigt at kunne tilbyde kvindespecifikke behandlingstilbud til stofbrugende kvinder. Som nævnt viser forskningen, at kvinders tilgang til behandling er mangefacetteret, og at der er særlige problematikker og behov knyttet til kvinderne, som vi bør være opmærksomme på. Kvinders lave selv-



værd samt koblingen til tab og traumer er her vigtige områder at tage højde for i misbrugsbehandlingen. Men der er *ikke* tale om hurtige 'behandlingssmutveje': Det kan være retraumatiserende at gå direkte i gang med svære begivenheder som fx seksuelle, fysiske eller psykiske overgreb¹⁰.

Det er derfor afgørende ikke at forcere noget, men gå varsomt og nænsomt frem. De vanskelige hverdagssituationer viste sig her anvendelige som indgang til et terapeutisk forløb. På den måde kan traumebehandling med fordel omfatte andet og mere end fokus på traumerne selv. I forhold til tilbud om kvindespecifikke gruppeforløb kan der peges på følgende pointer: Kvindernes hyppige erfaringer med vold og overgreb begået af mænd gør det indimellem vanskeligt for disse kvinder at være åbne og trygge i grupper, hvor der deltager mandlige brugere. Selv når emnerne 'kun' er hverdagens vanskeligheder¹¹. Ligeledes viste en workshop om kvindebehandling¹², at erfaringer med kvindegrupper gav deltagerne mulighed for at få positive erfaringer med ligesindede af eget køn. Sidst, men ikke mindst skærpes behandlernes fokus på kvindernes problematikker, når de ikke forsvinder i mængden af mandlige brugere.

Afsluttende bemærkninger

Historien om Sanne kan på mange måder karakteriseres som en 'solstrålehistorie'. Men med til succesen hører forståelse, tålmodighed, nænsomhed og ikke mindst; behandlingsressourcer og tid. Vores erfaringer med stofbrugende kvinder (i interview og undersøgelser, behandlingstilbud og netværksskabende aktiviteter mv.) har vist os, at disse kvinder har en relationel sårbarhed, der bør håndteres meget omhyggeligt. Den relationelle sårbarhed betyder, at kvinderne konstant er på vagt i forhold til de relationer, de indgår i. Selvom mange

af de kvinder, vi har mødt gennem tiden, har udtalt et stort ønske om at få en tæt veninde, er de samtidig meget hurtige til selv at afbryde kontakten. De er bange for at blive såret, snydt eller misforstået. Det samme gælder i behandlingsalliancen med den professionelle. I vores arbejde med stofbrugende kvinder har vi brugt meget tid på at følge op, mægle, afklare misforståelser samt bekræfte og hjælpe med at italesætte kvindernes intentioner og ønsker. Det har betydet, at vi indimellem har stået til rådighed ud over almindelig arbejdstid. I *Fra tab til trivsel* betød det at afprøve nye mestringsstrategier fx, at kvinderne indimellem blev grebet af panik, tvivl osv. Eller de faldt tilbage til gamle (uhensigtsmæssige) mestringsstrategier. Her stod gruppeterapeuterne til rådighed med en åben telefon hele døgnet. Selvom det ikke blev brugt særlig meget, var *muligheden* for at få hjælp, råd og støtte i en svær situation betryggende og altafgørende for, at nogle af kvinderne turde vove sig ud i nyt land. ■

NOTER

- 1 Ludvigsen har uddybet dette i STOF nr. 14.
- 2 Se fx Jacob Hilden Winslow: Narreskibet – en rejse i stofmisbrugerens selskab fra centrum til periferi i det danske samfund. Forlaget SocPol. 1984; og Helle Vibeke Dahl & Mads Uffe Pedersen: Kvinder og køn: Stofbrug og behandling. Center for Rusmiddelforskning. 2008.
- 3 For mere om Projekt Kvindeedukation, se: Kathrine Bro Ludvigsen og Tine Lydolph: 'At blive taget alvorligt'. Første delrapport fra Projekt Kvindeedukation: Stofbrugende kvinders syn på behandling og hjælp. KABS. 2007; og Tine Lydolph: Fra tab til trivsel. Anden delrapport fra Projekt Kvindeedukation: Gruppeforløb for stofbrugende kvinder med tab og traumer. KABS, under udgivelse i 2010.
- 4 Helle Vibeke Dahl & Mads Uffe Pedersen: Kvinder og køn: Stofbrug og behandling. Center for Rusmiddelforskning. 2008. s. 56ff; Se også K. Ludvigsen, STOF nr. 14, 2010, hvor en opsummerende gennemgang af stofbrugende kvinders problemer og behov præsenteres.
- 5 Lydolph: Fra tab til trivsel. Anden delrapport fra Projekt Kvindeedukation: Gruppeforløb for stofbrugende kvinder med tab og traumer. KABS, under udgivelse i 2010.
- 6 En tak til Liselotte Kaae Veistrup, der sammen med Tine Lydolph tilrettelagde, gennemførte og evaluerede Fra tab til trivsel og dermed

indirekte har bidraget til nærværende artikel.

- 7 Ken Heap: Gruppemetode inden for social- og sundhedsområdet. Hans Reitzels Forlag. 2005.
- 8 Casen om Sanne og de dertil knyttede terapeutiske værktøjer er hentet fra Lydolphs rapport: Fra tab til trivsel. Anden delrapport fra Projekt Kvindeedukation: Gruppeforløb for stofbrugende kvinder med tab og traumer. KABS, under udgivelse i 2010. Her findes mange andre cases og grundige metodiske og analytiske forklaringer på den terapeutiske tilgang.
- 9 Behovet for – og mulighederne med – at skabe refleksionsrum har Ludvigsen bl.a. beskrevet i kapitlet: En ikke-behandler i en behandlingsinstitution. Perspektiver fra arbejdet med stofbrugere med børn. Fra antologien Hverdagspraksis i socialt arbejde. Redigeret af Katrine Schepelern Johansen, Kathrine Louise Bro Ludvigsen og Helle Schjellerup Nielsen. Akademisk Forlag. 2009.
- 10 Denne pointe bekræftes i flere undersøgelser og publikationer, fx tidligere omtalte udgivelse af Dahl & Pedersen: Kvinder og køn: Stofbrug og behandling om konfronterende behandling (s. 30-31;103), samt af Loretta Finnegan's mangeårige erfaringer med arbejdet med misbrugende gravide kvinder (se: STOF nr. 13 s. 7).
- 11 I Kvinder og køn: Stofbrug og behandling beskrives det (s. 36), at kvinder med traumehistorier vedrørende seksuelle og voldelige overgreb kan opleve behandling i kønsblandede grupper som truende, overskridende og/eller retraumatiserende.
- 12 Afholdt af Servicestyrelsen d. 12. april 2010.

Selvskade

– den indadvendte og kropsorienterede risikoadfærd

Risikoadfærd i form af direkte og indirekte selvskadende handlinger har været en stigende tendens blandt unge i de seneste 10–15 år. Tendensen har været særlig markant blandt teenagepiger og unge kvinder. Hvordan kan denne adfærd forstås ud fra både et psykologisk og (ungdoms)kulturelt perspektiv?

AF HALLUR GILSTÓN THORSTEINSSON

Gennem de senere år har der været et stigende fokus på forskellige typer af risikoadfærd blandt unge. Men risikoadfærd er ikke et entydigt begreb. Ordet giver associationer til alt fra faldskærmsudspring, Jackass-udfordringer, trainsurfing og indtagelse af hårde stoffer til direkte selvskadende handlinger i form af f.eks. cutting.

Risikoadfærd ses hos begge køn, i alle aldre og i alle samfundslag. Men ofte har vi fokus på sammenhængen mellem ungdom og risikoadfærd. Årsagen hertil er dels, at vi generelt er mere risikovillige som unge (tænk f.eks. på alle de ukendte situationer, du kastede dig ud i som ung, som du ikke ville turde udsætte dig for i dag), og dels, at når nye typer af risikoadfærd kommer frem, så ses de typisk i en større hyppighed blandt unge mennesker end hos voksne/ældre.

Udadrettet og indadvendt risikoadfærd

Kvinder skader sig selv, mænd skader andre¹. Dette har gennem mange år været et mantra inden for både litteratur og praksis. Og det er rigtigt, langt hen ad vejen. Det klassiske mønster er, at mænd er mere udadreagerende end kvinderne, som derimod oftere vender frustrationerne indad. *Han* kommer altså



op at slås, når han er i byen, kører måske både påvirket og for hurtigt, og så er han generelt aggressiv i sit udtryk. *Hun* har tendens til at underkaste sig andre, sætte egne behov til side og se situationen som selvforskyldt.

Men der er også tendenser, der tyder på, at denne generalisering af mænd/drenge som udadreagerende og kvinder/piger som indadvendte i deres mistrivelsformer er i opbrud: Drenge og pigers socialisering og de krav, som stilles til unge i dag, ligner mere og mere hinanden². Man kan måske endda sige, at der i disse år ses en form for kønsmæssig ensretning, hvor piger skal forholde sig til og udvikle flere traditionelle maskuline kompetencer end tidligere og vice versa. Derfor er det oplagt, at kønnenes orientering i forhold til livsbetingelser og kønsrollerne generelt bliver mere homogene, mens mulighederne for identitetsdannelse hos det enkelte individ bliver et mere heterogent og komplekst foretagende pga. større åbenhed og flere muligheder.

Ovenstående forståelsesramme kan kaste lys over, hvorfor vi i højere grad i dag end tidligere ser piger, som er udadvendte i deres mistrivelsformer (f.eks. piger som udøver vold, begår kriminalitet eller eksperimenterer med stoffer), og drenge med mere indadvendt mistrivsel. Men den ene type risikoadfærd udelukker ikke nødvendigvis den anden, og derfor er det meget almindeligt, at den ene person – pige eller dreng – både håndterer frustrationerne ved at vende dem indad og udad. Som voksne skal vi derfor passe på ikke at ty til stereotyperne, da vi dermed risikerer at overse unge med alvorlig mistrivsel.

Direkte og indirekte selvskadende adfærd

I USA blev cutting i 90'erne kaldt for 'the new anorexia'³ og 'the addiction of the 90'ties'⁴. De seneste 10 år har vi i Danmark og andre nordiske lande set, hvordan selvska-

dende mest er eksploderet som en ny type risikoadfærd særlig blandt unge. En endnu ikke publiceret undersøgelse blandt gymnasielever i København og på Frederiksberg viser, at over 20 % har skadet sig selv, og at ca. 16 % har skadet sig inden for det sidste år⁵.

Stigningen af selvskadende unge i 90'ernes USA sås særlig i undergrundsmiljøer såsom grunge-kulturen og senere goth-kulturen. Derfor er selvska-den af fagfolk blevet knyttet sammen med en bredere ungdomskulturel strømning, som er blevet kaldt for en bevidst 'uglification' (ugly = grim). Denne 'uglification' kan ses som en reaktion mod 80'ernes mere velfriserede popkulturer. Pailletterne og det gelésatte hår blev udskiftet med slidte skovmandsskjorter og langt hår. Senere opstod emo-kulturen; også i denne har man set betydelig udbredelse af selvska-de. I dag ved man dog, at selvska-den ikke begrænser sig til bestemte ungdomskulturelle udtryk eller sociale grupper. Derfor er det i dag lige så sandsynligt at møde selvska-dende teenagere i forstadsmiljøer nord for København som på det indre Nørrebro. Men der kan være forskel på, hvor legalt eller accepteret det er for den unge at skade sig selv i de forskellige miljøer.

Man skelner mellem direkte og indirekte selvska-de. Direkte selvska-dende adfærd betyder, at personen bevidst påfører sig selv smerte eller skade ved f.eks. at skære sig selv, brænde sig selv, slå sig selv el.lign. Selvska-den er typisk en måde at aflede indre psykisk smerte til en mere håndgribelig fysisk smerte eller en måde at nedregulere svære følelsesmæssige tilstande såsom angst, fortvivelse eller vrede. For nogen kan selvska-den også fungere som et nonverbalt sprog, hvor den unge forsøger at kommunikere sin indre smerte til omgivelserne eller måske prøver at påvirke sine omgivelser ved f.eks. at straffe omsorgspersoner ved at påføre sig selv smerte⁶.

Den indirekte selvska-dende adfærd kan tjene samme formål som direkte selvska-de – og ses ofte i kombination med denne. F.eks. har 80-90 % af dem, der skærer sig selv, også et forstyrret forhold til mad⁷. Blandt piger, som skærer sig selv, er der også en hyppighed af overforbrug af alkohol og stoffer, ligesom selvmordsadfærd også er mere udbredt end blandt ikke-selvska-dende.

Det er vigtigt, at vi forstår, at selvska-den – både den direkte og den indirekte – har et formål. Det tilsyneladende paradoksale er, at selvska-de oftest er en form for egenomsorg. Helt basalt er formålet nemlig overlevelse eller selvopretholdelse⁸. Der er tale om en mestringsstrategi, som den unge bruger for at håndtere en svær situation. Dette skal den unge også anerkendes for – det er det bedste, som han/hun kan finde ud af at gøre i en given situation.

Kontrol er også et hyppigt tema i både den direkte og indirekte selvska-de. Den unge pige føler, at hun har mistet overblikket og kontrollen over eget liv. Gennem selvska-den eller spiseforstyrrelsen oplever hun pludselig, at hun både kan få styr på de kaotiske følelser og kroppen. Som en pige sagde: 'Da jeg skar mig selv, kunne jeg pludselig selv bestemme, hvilken slags følelse jeg ville mærke'.

Direkte selvska-de er et såkaldt non-specifikt symptom. Det betyder, at selvska-de kan optræde i relation til mange forskellige tilstande i en bred variation fra lettere former for mistrivsel som f.eks. tristhed eller rådvildhed til svære psykiatriske lidelser som svære depressioner, personlighedsforstyrrelser m.m. Derfor er det vigtigt, at vi tør spørge ind til den unges selvska-de for at få et billede af omfang og sværhedsgrad og for at få et indtryk af, om der er andre former for mistrivsel til stede.

Når omkring hver femte gymnasielev har skadet sig selv, så betyder det, at vi ikke længere taler om et

begrænset antal af unge, som skader sig selv som led i svær psykopatologi, men at vi derimod står over for et socialt og kulturelt forankret fænomen, hvor en bred gruppe af unge, som mistrives, tvivler på sig selv eller generelt har 'ondt i livet', håndterer ungdommens udfordringer ved selvskadende handlinger. Derfor er det ikke nok kun at forsøge at begribe fænomenet ud fra en individualpsykologisk forståelsesramme. Vi bliver også nødt til at kigge på det samfund og de kulturelle strømninger, som denne indadvendte og kropsorienterede risikoadfærd opstår i.

Individualisering og den enkeltes ansvar

Enhver tid har sine forestillinger om trivsel og det gode liv. Og som bagside af medaljen har enhver tid også et repertoire af muligheder for, hvordan mistrivsel kan tage sig ud. De sidste 20-30 år har man i stigende grad internaliseret problemerne og vendt frustrationen indad mod sig selv, når tilværelsen slår knuder, og det bliver svært⁹.

I bogen 'Ungdomsliv – mellem individualisering og standardisering'¹⁰ giver forskere fra Center for Ungdomsforskning et bud på, hvilke samfundsmæssige betingelser, der er med til at konstituere den risikoadfærd, som ses hos unge i dag. Kort gengivet, så har den stigende individualisering, som har kendetegnet vestlige samfund siden slutningen af 1800-tallet, medført flere og flere valgmuligheder for den enkelte – på godt og ondt. Med de mange valgmuligheder bliver det i stadig højere grad muligt for den enkelte at forme sig eget liv – og det forventes også, at vi hver især kan træffe valg, som vedrører uddannelse, karriere m.m. Med andre ord så er der sket en udvikling, hvor kollektivet langsomt har måttet vige plads for den enkelte, individet.

Valget implicerer både ansvar og risiko. Vi har ansvar for vores egne valg, og som bekendt er ethvert valg



også et fravalg. Hermed kan tvivlen samt risikoelementet snige sig ind på den indre scene. Der er risici forbundet med alle valg, og derfor bliver evnen til at overskue mulige konsekvenser (risikovurdering) samt kontrol uhyre vigtige. Det kompetente valg kræver med andre ord, at vi har kontrol over situationen – og os selv.

For nogle unge mennesker bliver kontrollen nærmest en besættelse.

De bliver overfokuserede på det at have kontrol i en sådan grad, at man kan tale om egentlig risikoadfærd. Et eksempel herpå kan være den perfektionistiske gymnasiepige, som bliver tvangspræget og rigid i sin adfærd. Indadvendt risikoadfærd som spiseforstyrrelser og selvskade kan ses som forsøg på at navigere i en forvirrende og omskiftelig verden ved få kontrol over egne følelser og egen krop.

FAKTA OM RISIKOADFÆRD BLANDT UNGE

Artiklen fokuserer primært på selvska­de som udbredt risikoadfærd blandt unge (kvinder). Der er dog et stort sammenfald mellem selvska­de og andre typer for risikoadfærd, f.eks.:
Spiseforstyrrelser
Selvmordsadfærd herunder også selvmordsforsøg
Alkohol- og stofmisbrug
Risikofyldt seksuel aktivitet
Uhensigtsmæssig/udadreagerende adfærd knyttet til impulsproblemer

FAKTA OM PSYKIATRIFONDENS BØRNE- OG UNGEINDSATSER

Psykia­triFonden er en privat humanitær organisation, hvis formål er at udbrede vi­den om psykisk sygdom og sundhed. Fonden tilbyder undervisning, kurser og rådgivning i form af bl.a.:
Undervisning til elever i folkeskolen og ungdomsuddannelser i Region Hovedstaden.
Kursusaktiviteter for professionelle, som arbejder med unge (lærere, studievejledere, pædagoger m.fl.).
Psykologhjælp til unge i alderen 16–25 år, som går på en ungdomsuddannelse i Kø­benhavn og Frederiksberg.
Net- og telefonrådgivning (tlf. 3925 2525).
Læs mere på www.psykiatrifonden.dk eller www.tabu.dk.

Forklaringsmodellen giver også bud på, hvordan den udadrettede risikoadfærd kan forstås: Her ses risikoadfærden som en slags op­position til kravet om konstant risikovurdering og kontrol. Fokus på kontrol skaber udmattelse hos den unge, som har behov for et frirum. I denne sammenhæng kan f.eks. eks­perimenter med stoffer, vilde drukture eller hasarderet kørsel være en måde for den unge at opleve just dette frirum.

Ansvaret, som følger med de mange valg, kan altså skabe et stort pres på den unge. Stress og oplevelsen af et forventningspres er derfor efterhånden et stort problem blandt især de unge kvinder. Idealet om den kompetente, selvstændige og tjekkede unge kvinde eller mand betyder, at man bliver ramt dobbelt, hvis man ryger af i svinget eller ikke formår at leve op til de opstillede krav. Man har fejlet. Og derfor skammer den unge sig og undlader ofte at bede om hjælp, når han/hun mistrives.

Den indadvendte risikoadfærd kan – som vi har set ovenfor – psyko­logisk set forstås som en frustration rettet mod personen selv. Den 'indadvendthed', som just kendetegner

selvskaden, kan konkret forstås ud fra devisen 'det er mig, det er galt med'. Denne devise kan på mange måder siges at være overskriften på den sociale patologi (sygdomslære), som gør sit indtog på mange fronter i dag. Der er simpelthen for mange (unge) mennesker, som ikke føler, at de slår til og at de er gode nok. Derfor er lavt selvværd, skyldfølelser og skam efterhånden væsentlige samfundsproblemer, som vi må og skal forholde os til.

Kroppen som slagmark

Tankegangen ovenfor tilbyder for­klaringer på, hvordan risikoadfærd i ungdommen kan ses i relation til kravet om kontrol og konstant risikovurdering i forhold til de mange valgmuligheder. Men hvorfor er risikoadfærden i så høj grad kropsligt orienteret? Det korte svar er, at *vi lever i en tid, hvor det giver mening, at man håndterer og udtrykker mistrivsel kropsligt*.

Vi lever i en meget kropscentreret og –orienteret tid. Og kroppen er konstant til etisk og æstetisk debat. Aviser, ugeblade, tv-avisen og livs­stilsprogrammer bugner med bud på, hvordan vi opnår større trivsel og det gode liv gennem den sunde

krop. I modeblade, film, reklamer og musikvideoer portrætteres den at­traktive, sexede og veltrænede krop. Disse diskurser formidles af eksperter, politikere, meningsdannere og idoler og leverer – hvad enten vi kan lide det eller ej – input til vores fore­stillinger om idealkroppen.

Samtidig bliver kroppen konstant udfordret og forsøgt disciplineret på forskellig vis. Tænk f.eks. på fitness­skulturen og ekstremsporten, hvor kroppens grænser til stadighed udfordres, samt de mange muligheder der i dag findes for at forme/model­lere kroppen ved hjælp af kirurgi og implantater. Vores forhold til og forestilling om kroppen har simpelt­hen undergået en drastisk transfor­mation i de senere år.

Med kroppen kan vi positionere os på forskellig vis. Vi kan signalere sociale, politiske og værdimæssige tilhørsforhold. Men kroppen kan også sige noget om, hvordan vi er som personer, og vi kan signalere til omverdenen, hvor meget kontrol vi har over vores krop og vores liv.

Den kropsorienterede risikoad­færd kan tolkes som resultatet af en mere kropscentreret kultur, hvor det pludselig giver mening i højere grad at udtrykke og håndtere svære følelsesmæssige tilstande fysisk/kropsligt – f.eks. ved at sulte sig selv, skære sig m.m. Det kropslige sprog er en kommunikationsform, man i dag forstår og anerkender på et andet plan end for 20–30 år siden.

Men den kropsorienterede risiko­adfærd kan også ses som et tegn på, at der er flere og flere unge menne­sker, som får et konfliktfyldt forhold til sig selv og egen krop, fordi den ikke lever op til de standarder eller forestillinger, vi har om den ideelle krop. Derfor reagerer de ved i visse tilfælde at påføre sig selv og kroppen direkte skade, eller ved at de i visse tilfælde udsætter kroppen for hård og risikofyldt disciplinering. Det er meget sigende, at de hyppigst ind­skårne ord i en selvskaders krop er 'fed' og 'grim'¹¹.



Mange af de såkaldte 'nye sygdomme' og nye mistrivelsesformer er centreret omkring kroppen. Eksempler herpå er forskellige typer af såkaldte funktionelle lidelser, kronisk træthedssyndrom - og altså også selvskade og spiseforstyrrelser, som er blevet omtalt i denne artikel. Psykologisk kan disse tolkes som regressive strategier, der fører tilbage til tidligere udviklingstrin: Noget af det første vi lærer at kontrollere som individer er nemlig vores krop. Barnet skal lære at kontrollere det motoriske i form af balance, gang, renlighedstræning m.m. Herefter - naturligvis forenklet - lærer barnet at identificere og håndtere følelseslivet. Når omverdenen og vores følelser bliver uoverskuelige, så forsøger vi at genvinde kontrollen gennem kroppen. Eller med andre ord: Når det følelsesmæssige bryder sammen, går vi et skridt tilbage - regredier - til kroppen¹².

Uanset om vi hælder til den ene forklaringsmodel eller den anden, så er én ting i hvert fald uomtvistelig: Kroppen er en arena, hvor der meget tydeligt udspiller sig kampe.

Afsluttende bemærkninger

I det foregående har vi kigget på selvskadende adfærd som et eksempel på indadvendt og kropsorienteret risikoadfærd; en adfærd, som knytter sig til den unges mistrivsel. For at forstå selvskaden må vi forsøge at se den både som et forsøg hos den enkelte på at håndtere svære og smertefulde følelser såsom frustration, utilstrækkelighed, depression og vrede, men vi bliver også nødt til at se fænomenet gennem samtidsskikkens briller og dermed delvis som et ungdomskulturelt fænomen.

Oftest støder man på diskussionen om, hvorvidt selvskaden skal forstås som tegn på psykiske problemer, eller om der blot er tale om et modefænomen'. Jeg har aldrig mødt eller hørt om et ung menneske med selvskadende adfærd, hvor selvskaden ikke kan relateres til enten en form for

mistrivsel, psykiske problemer eller ligefrem psykisk sygdom. Det, at selvskaden - ligesom en række andre typer af risikoadfærd - også har sociale og kulturelle dimensioner, gør den ikke til et mindre reelt problem. Den vidner i alle tilfælde om intrapsyriske konflikter i en eller anden grad.

Men hvad bør vi gøre, når vi møder unge, som har skadet sig selv? For det første skal vi ikke lade os skræmme, og vi skal som voksne turde gå ind i den unges oplevelse af situationen og yde respektfuld omsorg - ligesom i alle andre tilfælde, hvor der er én, som har brug for hjælp og støtte. Og så skal vi udvise forståelse for, at denne type risikoadfærd handler om andet og mere end de konkrete sår eller skrammer; at de er udtryk for nogle svære følelsesmæssige tilstande hos den unge.

Ud over at sørge for, at den unge føler sig set og forstået - og dermed også mere tryk og mindre ensom - så er det væsentligt, at vi får skabt et overblik over situationen sammen med den unge: Hvor lang tid har den unge skadet sig selv? Hvor ofte? Hvem har i øvrigt kendskab til selvskaden? Derudover bør man også få et overblik over, om den unge slås med andre mistrivelsesformer. Er der tegn på depression? Er den unge selvmordstruet? Er der tegn på alkohol- eller stofmisbrug? Hvordan er den unges sociale situation og hans eller hendes netværk?

Der findes ingen nemme løsninger og ingen standard svar. Derfor skal vi turde nærme os den unge og sætte ord på det svære. Ignorerer vi tegn på mistrivsel - eller blot regner med, at andre reagerer på dem - så kommer vi hurtigt til at bidrage til det omsorgssvigt, som mange af disse unge allerede har oplevet, og vi kommer også til at signalere, at talen er om *deres* mistrivsel og *deres* ansvar.

I PsykiatriFonden arbejder vi hver dag med at nedbryde tabuer og fordomme om psykiske sygdomme

og problemer. Indadvendtheden og den tæt forbundne skam - som denne artikel i høj grad har omhandlet - er symptomer på en tid, hvor vi prøver at opretholde facaden om det ubesværede og perfekte liv. Vi har brug for et skifte i holdninger og værdier i forhold til den enkeltes trivsel og personlige kompetencer. Vi skal som forældre, lærere, pædagoger og behandlere lære børnene tidligt, at det er ok ikke at klare alting selv, og at det er i orden at bede om hjælp.

Vi bør arbejde os frem imod et samfund, hvor det ikke er et individuelt, moralsk anliggende, når et menneske ikke længere kan overskue dagligdagen. Derfor skal vi kigge på, hvordan vi har organiseret os som samfund, og vi skal kigge på, hvilke værdier og tankesæt der er med til at konstituere ideen om den enkeltes selvutilstrækkelighed - og ændre dem. Vi skal tale om det. Tabuer skal tales ihjæl! ■

REFERENCER

- 1 Fonagy, Peter m.fl.: Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling. Akademisk Forlag. 2007.
- 2 Ida Koch i Nielsen, Jens Christian m.fl. (red): Den svære ungdom. Hans Reitzels Forlag. 2010.
- 3 Conterio, Karen m.fl.: Bodily Harm. Hyperion. 1998.
- 4 Strong, M.: A Bright Red Scream - Selfmutilation and the Language of Pain. Virago Press. 2000.
- 5 Möhl, Bo m.fl. Undersøgelse under udarbejdelse. 2009.
- 6 Möhl, Bo: At skære smerten bort - en bog om cutting og anden selvskade. PsykiatriFondens Forlag. 2006.
- 7 Hollander, Michael: Helping teens who cut - understanding and ending self-injury. The Guilford Press. 2008.
- 8 Menninger, K.A.: Man against himself. Harcourt Brace World. 1938.
- 9 Ida Koch i Nielsen, Jens Christian m.fl. (red): Den svære ungdom. Hans Reitzels Forlag. 2010.
- 10 Illeris, K., Katznelson, N. m.fl.: Ungdomsliv. Samfundslitteratur. 2009.
- 11 Conterio, Karen m.fl.: Bodily Harm. Hyperion. 1998.
- 12 En stor tak til Bo Möhl, psykolog ved Psykiatrisk Center København, for denne pointe.



Anabole androgene steroider

– et overset stof i misbrugsbehandling

Steroidbrugere opfatter oftest ikke selv steroider som en del af et stofmisbrug. Men steroiderne kan spille en væsentlig rolle i forhold dels til trangen til andre stoffer og dels til klientens psykiske tilstand, uden at den enkelte nødvendigvis er klar over sammenhængen.

AF MALENE RADMER JOHANNISSON

Anabole androgene steroider anvendes for at øge muskelmassen. Anabol betyder opbyggende, mens androgen betyder mandlig. Anabole steroider er efterligninger af det mandlige kønshormon, testosteron.

Man begyndte at eksperimentere med anabole steroider på militærhospitalet under 2. Verdenskrig. Her blev man opmærksom på, at de kunne hjælpe sårede til at komme sig hurtigere. Sårede soldater, der

fik anabole steroider, kunne f.eks. hurtigere tage på i vægt og komme sig oven på operationer. Efter krigen tog idrætsfolk de anabole steroider til sig, og op igennem 1950'erne accelererede brugen af anabole steroider som præstationsfremmende midler i idræt.

Op gennem 60'erne og 70'erne kom der fokus på bodybuilding, hvor især Arnold Schwarzenegger var (og stadig er) et ikon. Dermed gjorde de anabole steroider sit indtog i en æstetisk sammenhæng.

Unge mænd begyndte at anvende steroider udelukkende for at ændre deres udseende, og markedet for syntetisk fremstillede hormoner er eksploderet siden. I dag er det ikke kun bodybuildere, der anvender steroider. Det er også teenage-drenge og unge mænd, som fristes til en hurtig genvej i bestræbelserne på at opnå en krop, der lever op til tidens ideal uden tanke eller respekt for de mulige fysiske og psykiske konsekvenser.

Gennem årene har der været afsat få ressourcer til oplysningskampagner om steroidernes bivirkninger, og det er først inden for de seneste år, at steroidmisbrug er blevet et anerkendt samfundsproblem i Danmark. Som en naturlig følge af den hidtil lille opmærksomhed på området er vidensniveauet om steroider og deres bivirkninger stadig lavt både generelt i befolkningen og blandt de ressourcepersoner, som møder steroidmisbrugerne, fx fitnesspersonale, praktiserende læger og misbrugsbehandlere.

Der findes i dag et verdensomspændende marked for både industrielt fremstillede og anerkendte medicinske produkter på området, men i høj grad også for billigere undergrundsprodukter, som er produceret i fx kældre og køkkener med et ganske andet hygiejne-niveau og dermed fx øget risiko for voldsomme infektioner.

Et stof for mænd

Brugerne er typisk unge mænd, som higer efter en mere muskuløs og markeret krop. Steroider er mindre attraktive for piger på grund af den androgene – altså den mandliggende effekt, som bl.a. kan medføre skægvækst, dyb stemme, klitorisforstørrelse og reduceret fertilitet. I stedet anvender piger typisk fedtforbrændende midler som fx Thermo Power, der indeholder efedrin – et stof der er kendt som 'amfetamin light'. Men det er en helt anden snak.

Seneste befolkningsundersøgelse viser, at 1,5 % af danskere mellem



SÅDAN GENKENDER DU EN STEROIDMISBRUGER

Udseende: Væskeophobninger i kroppen, som betyder, at steroidbrugeren ser oppustet og 'blød' ud i muskulaturen, således at et tryk på huden kan efterlade et tydeligt mærke
 ★ Hurtig og kraftig vægtøgning – op til 10 kg på 3 måneder – med en samtidig meget lav fedtprocent
 ★ Uproportional muskeludvikling, hvor det især er skuldre, nakke og bryst, der vokser, da dette er mest i fokus rent kosmetisk
 ★ Strækmærker hovedsagligt på overarme, bryst og ryg
 ★ Kraftig akne især på ryg, skuldre og bryst.

Adfærd: Sygeligt optaget af kroppens størrelse og fedtprocent, mad og træning ★ Selvcentreret og selvpromoverende ★ Kort lunte, irriteret, opfarende og aggressiv ★ Større forbrug af diverse præparater (medicin) for at reducere bivirkninger ★ Risici og de kendte bivirkninger ved de anabole steroider bliver slået hen som overreaktioner og useriøse 'skræmmekampagne' ★ Uinteresset i familie og gamle venner uden for træningsmiljøet ★ Indadvendt og socialt isoleret ★ Sygeligt mistænksom, paranoid og jaloux i forhold til partneren og dennes venner og veninder.

15 og 60 år bruger eller har brugt anabole steroider. 15 % har kendskab til 1-3 personer i deres omgangskreds, som bruger anabole steroider. Anti Doping Danmark har intensiveret både kontrollen og oplysningsindsatsen i de danske fitnesscentre i løbet af de seneste år, og de positive sager har ligget ganske stabilt omkring 20 % – altså hver femte af dem, der udtages til kontrol – samtidig med at antallet af kommercielle centre, som har valgt kontrol, er steget fra 59 i 2006 til 221 i dag.

Anabole androgene steroider er i dag ikke på den liste over narkotiske stoffer, som de kommunale misbrugsbehandlere kan visitere til misbrugsbehandling efter. Ej heller findes der specialiserede behandlingstilbud til mennesker med et problematisk brug af de ulovlige, muskelopbyggende stoffer. Dette på trods af, at det er videnskabeligt bevist, at stofferne medfører stor risiko for livstruende fysiske og psykiske bivirkninger samt en ikke ubetydelig afhængighed af stofferne – i særdeleshed psykisk og socialt. Hertil

skal regnes den samfundsmæssige konsekvens af brugernes øgede aggressivitet, korte lunte samt dæmpede empati og impuls kontrol. Der er altså tale om et alvorligt sundheds- og samfundsproblem, og det er derfor håbet, at denne artikel kan skabe opmærksomhed om steroidproblematikken i det eksisterende misbrugsbehandlingssystem, således at de unge steroidmisbrugere, som findes i systemet, opdages, og der også rettes fokus mod dette element af deres misbrug.

Sådan virker steroiderne

Anabole steroider stimulerer muskelvækst, og man kan derfor i kombination med styrketræning hurtigere tilføje kroppen ekstra kilo og give større muskler. Steroider tages typisk i 'kure' på mellem 6-12 uger, som efterfølges af en PCT-kur (Post Cycle Therapy), som skal dæmme op for bivirkninger. PCT-kuren består af HCG, som skal hjælpe testosteron-produktionen i gang igen, og antiøstrogener, som skal forhindre, at man udvikler bryster. Under ku-

ren føler man sig mentalt ovenpå, har en følelse af lykke og uovervindelighed. De fleste oplever en kraftig potens under kuren, og man har mere overskud, energi og motivation til træning. Kroppen restituerer hurtigere med en øget mængde hormon i kroppen, og derfor kan man træne hårdere, tungere og hyppigere med hurtige og tydelige resultater på kroppen til følge.

Herudover medfører steroiderne også øget irriterabilitet, aggression og kort lunte. Steroidmisbrugeren føler sig usårlig og uovervindelig, hvilket medfører en egocentreret og dominant opførsel. Empati og impuls kontrol påvirkes negativt af steroiderne, og steroidmisbrugere har derfor ofte en kold, ligegyldig og aggressiv udstråling og adfærd.

Anabole steroider er oprindeligt medicin til syge mennesker, fx afkræftede cancer- eller HIV-patienter. I træningssammenhæng tages steroider ofte i doser, som er 100 x den anbefalede lægelige dosis. Intet etisk råd vil tillade, at man gennemfører studier på mennesker med sådanne doser. Derfor baserer viden om steroiders fysiologiske og psykologiske effekt på mennesker sig på dyreforsøg, observationsstudier og interviewundersøgelser.

Psykisk afhængighed, hjernen og andre stoffer

Forsøg med mus og rotter har vist, at steroider virker som indkøringsspor for andre stoffer, hvilket forklarer, at man ofte ser blandingsmisbrug hos steroidbrugere. Undersøgelserne viser også, at en steroidkur medfører større respons på fx hash, og samtidig bliver abstinensreaktionerne ligeledes kraftigere. Kroppen tilskyn-der altså i højere grad til gentagen eller fortsat brug af diverse stoffer, når man samtidig tager anabole steroider.

Steroidbrugeren kan opleve abstinenslignende symptomer, der minder om eftervirkninger af fx kokain og amfetamin – en tilstand, der bedst

SÅDAN VIRKER STEROIDER OGSÅ

Psykiske bivirkninger:

Aggression og kort lunte ★ Kraftige humørsvingninger ★ Selvcentrering og dominans ★ Mangel på empati og impulskontrol ★ Kraftig depression ved ophør af steroidbrug ★ Psykoser, paranoia, skizofreni.

Sociale bivirkninger:

Ligeegyldighed over for omgivelserne ★ Isolering ★ Jalousi og mistænksomhed ★ Asocial adfærd.

Fysiske bivirkninger:

Forstørret prostata ★ Gynækomasti (tævepatter/bitch tits) ★ Hårtab ★ Kraftig akne i form af bumser og bylder ★ Leverskader ★ Øget risiko for blodpropper, åreforkalkning, forhøjet blodtryk og forstørret hjerte.

kan beskrives som stor uro og behov for at bruge kroppen, fx træne.

Dyreforsøg har desuden bevist, at anabole steroider kan påvirke hjernens belønningssystem på samme måde som fx heroin. Anabole steroider benytter de samme neurotransmittersystemer i hjernen som de centralstimulerende stoffer (fx heroin og amfetamin), og det er derfor sandsynligt, at steroidbrug fremkalder den samme psykiske afhængighed som disse stoffer – altså en psykisk længsel efter velbefindende, som udløses af indtag af stoffet. Det betyder, at selvom man ikke i den forstand nødvendigvis mærker fysiske abstinenser i forbindelse med brug af anabole steroider, så er man stadig psykisk afhængig af stoffet.

Social afhængighed

Brug af steroider foregår oftest i sammenhæng med hyppig træning i fitnesscenter. Her er man måske blevet en del af et særligt miljø, hvor steroider spiller en rolle. Eller måske er det via et bestemt miljø, fx et bestemt job, kriminalitet eller brug af andre stoffer, at man er kommet i berøring med steroider. Uanset hvad årsagen måtte være, så har undersøgelser vist, at påvirkning fra nærmiljøet spiller en afgørende

rolle i forbindelse med steroidbrug. Og dermed spiller nærmiljøet også en rolle for, hvorvidt man er i stand til at stoppe med at bruge steroider.

Hvis de nærmeste venner bruger steroider, bliver det svært selv at stoppe, fordi vennerne vokser, mens man selv taber sig, og man er ikke længere en del af det fællesskab, som centrerer sig om steroidmisbruget. Derudover har man muligvis skabt sig en identitet som den store, stærke fyr, som man føler, man skal leve op til. Derfor er man afhængig af at blive ved med at have en stor krop, og dermed er man socialt afhængig af steroider.

Fysiske bivirkninger

Tilførsel af syntetisk hormon påvirker kroppens egen testosteronproduktion i negativ retning alt efter omfang og type af misbrug samt den individuelle fysiologi, og testiklerne formindskes derfor. Det betyder, at når man indstiller brugen af steroider, så falder kroppens eget hormonniveau dramatisk. Det medfører meget lidt eller ingen potens, libidoproblemer og reduceret fertilitet. Derudover er mange af de ekstra kilo forårsaget af væske, som bindes i kroppen af steroider. Når man stopper brugen af steroider, frigives den væske, som har været med til at give kroppen ny tyngde og volumen, og man tisser og sveder bogstavelig talt mange af de nye kilo ud.

Alt i alt findes der for steroidmisbrugerne masser af både synlige og mærkbare grunde til vedblivende at bruge steroider. Men mere vil ofte gerne have mere, og med den både fysiske og psykiske nedtur et stop medfører, så er vejen til den næste kur ofte meget kortere, end man havde forventet, da man tog beslutningen om bare lige at tage en enkelt kur. Så er man afhængig, og doserne og kurenes hyppighed øges.

Profil af en steroidmisbruger

De seneste års samlede forskning på motionsdopingområdet kan ikke

tegne et entydigt billede af hverken den karakteristiske misbruger eller et karakteristisk miljø. Forskningen peger derimod på flere forskellige typer af misbrugere med forskellige karakteristika fra forskellige miljøer og med flere forskellige motiver for dopingbrug.

Et fællestræk er dog, at det drejer sig om unge mænd med tilknytning til styrketræningsmiljøet. Desuden er misbrug af andre stoffer samt kriminalitet ofte forbundet med brug af anabole steroider. Steroidbrugere er dels unge, som generelt er almindeligt velfungerende i forhold til uddannelse, job og sociale relationer, men som måske er usikre og har dårligt selvværd og derfor fanget af de positive effekter, man kan opleve ved steroidbrug i forhold til både psykiske og fysiske forandringer. Dels er det udsatte unge med en problematisk barndom præget af mobning, omsorgssvigt, fysisk samt psykisk vold, dårlige voksenrelationer (især til faderen) og dårlig skolegang.

Overordnet kan man karakterisere brugere af anabole steroider uden for idrætten i 3 grupper:

Æstetikere

Æstetikere er den største gruppe af steroidbrugere. Her findes alt fra bodybuildere til strandløver og helt almindelige unge mænd, som ønsker at blive set og beundret. Deres steroidbrug bunder ud over lavt selvværd ofte i en forskruet kropsopfattelse, og nogle lider af megareksi, hvor man uanset kroppens størrelse føler sig lille og svagelig. I denne gruppe er stoffer som hash, kokain, ecstasy og amfetamin ofte stoffer, som sideløbende anvendes, dels i sociale sammenhænge og dels i forbindelse med træning – for bl.a. at opnå større aggression og mere energi. Både steroiderne og de øvrige stoffer 'bruges' måske til en start, men med tiden kan der udvikles afhængighed af både steroider og stoffer. Grænsen mellem æstetikere og

blandingsmisbrugerne er derfor flydende.

Blandingsmisbrugere

Erfaringer fra samtaler med steroidbrugere samt fra behandling og forskning fra bl.a. Sverige viser entydigt en stærk kobling mellem misbrug af steroider og narkotika, i særdeleshed bensodiazepiner og centralstimulerende stoffer, men også heroin og morfin.

Kriminelle og personer, som færdes i voldelige miljøer

Blandt fx dørmænd forekommer steroider at være overrepræsenteret i forhold til i andre erhverv og brancher. I denne branche og i kriminelle miljøer kan steroiderne både anvendes med det formål at blive stærk og at få en stor krop og dermed se 'hårdere' ud, men i særdeleshed også for at opnå aggression og mindske samvittigheden fx i forbindelse med kriminelle handlinger

Motiver for steroidmisbrug

Ungdomskultur, eksperiment og risiko

Stærk interesse for styrketræning giver adgang til et miljø og et sammenhold, hvor krop, træning, kost og disciplin er fælles samlingspunkt med træningscentret som ramme. Tilhørsforhold giver tryghed for de unge, som vil høre til, samtidig med at de ønsker at skille sig ud fra mængden. Derfor bruges livsstilen også til at konstruere identitet. Miljøet kan opleves som en subkultur, hvori man gør oprør mod det 'normale' og 'rigtige', som man kender det fra den traditionelle ungdomskultur. Og her er det relevant, at det i netop denne subkultur er normalt, at man anvender 'hjælpemidler' for at nå målet om skønhedsidealet, samtidig med, at man sender tydelige signaler om tilhørsforhold. Det gør man fx via tøjstil, tatoveringer, sprog og især kroppens størrelse. Men også kosttilskud, diverse lægemidler samt ulovlige og muskelopbyggende anabole steroider er en

del af livsstilen for de dedikerede.

Nutidens unge har en høj risiko-villighed samtidig med adgang til et marked, der bugner af lettilgængelige produkter og præparater. Det kan være en årsag til, at man ofte ser et sideløbende misbrug af andre euforiserende og narkotiske stoffer, uden at man dog kan sige noget generelt om, hvad der leder til hvad. Nogle begynder fx at bruge steroider som led i en generel eksperimenterende adfærd, hvor man også eksperimenterer med andre stoffer i jagten på spænding og rus, og andre begynder fx at anvende andre stoffer sammen med steroider for fx at få mere energi, mere aggressivitet i træningen og for at mildne ubehag forårsaget af steroiderne.

Sikkert er det, at de narkotiske stoffer og de ulovlige muskelopbyggende stoffer flourer i de samme miljøer og for en stor del fremstilles, distribueres og forhandles af de samme mennesker.

Kropskultur, skønhedsideal og præstation

Kropsidentitet og køn har længe været centrale forklaringer på, hvordan mennesket bl.a. former sin identitet gennem at forme sin krop. I dag er der, især blandt unge, stor fokus på krop og udseende og bestræbelserne på at leve op til 'skønhedsidealet'. For pigerne handler det om en tynd og slank krop. For de unge mænd handler det om at have markerede muskler. I en Gallup-undersøgelse fra 2009 (©TNS Gallup for Berlingske Tidende) svarer 23 % af en adspurgte gruppe danske unge mellem 15 og 25 år, at deres vægt er meget vigtig, og 16 % vejer sig flere gange om ugen. 36 % svarer, at det er vigtigt eller meget vigtigt, hvad deres venner/veninder synes om deres udseende, og 13 % svarer, at de taler krop og vægt med deres venner flere gange om ugen. Ekspertter siger, at ca. 14 % af landets teenagere er overvægtige, men 41 % af de unge i undersøgelsen angiver

selv, at de mener, at de vejer for meget. Skønhedsidealet påvirker sundhedsopfattelsen, da det også er de 'smukke' ideal-kroppe, der præsenteres på forsiden af sundhedsmagasiner og lign. Dermed sættes der lighedstegn mellem smuk og sund, uden at man nødvendigvis medregner, hvordan den enkelte krop kom til at se ud, som den gør, og om den dermed reelt er sund. Vi lever i en tid, hvor der er mindre tid til at nå mere. Der stilles krav om præstation i forhold til både job/skole, venner, familie og fritidsinteresser. Og nu skal vi tillige se godt ud (være sunde), for det giver også status og er et udtryk for succes. Dermed bliver det fristende at skyde genvej, hvor man kan, og det kan bl.a. gøres med anabole steroider. Derfor er det ikke overraskende, at den primære motivation for at træne er en flot krop frem for en sund krop. Og ønsket om at opnå idealet overskygger den risiko, som følger med brugen af anabole steroider.

Når du møder steroidmisbrugeren

Såfremt man i stofbehandlings-sammenhæng fatter mistanke om et sideløbende steroidmisbrug hos klienten på baggrund af fysiske og adfærdsmæssige kendetegn, bør man stille spørgsmål hertil. Steroidbrugere opfatter oftest ikke selv steroider som en del af et stofmisbrug. Derfor vil de ikke selv finde det oplagt at nævne i den sammenhæng. Men steroiderne kan som sagt spille en væsentlig rolle i forhold dels til trangen til andre stoffer og dels til klientens psykiske tilstand, uden at den enkelte nødvendigvis er klar over sammenhængen.

For at nærme sig spørgsmålet om steroider, kan man spørge ind til forbrug af alkohol og tobak, vitaminer og kosttilskud. Derefter kan man spørge ind til den enkeltes kropsopfattelse, træningsmængde og vedkommendes subjektive oplevelse af andre symptomer, som kunne være relaterede til et steroidmisbrug. Det



kan fx være akne, højt blodtryk, søvnbesvær, kraftig svedproduktion, infektioner, irritation, aggression, hovedpine og kvalme (se flere symptomer på www.steroids.dk - Rådgivning - Til lægen). Fortæller vedkommende om fysiske eller psykiske gener, kan man eventuelt afværge en negativ oplevelse ved at gøre det klart for vedkommende, at: *'Jeg spørger dig om de her ting, for om ikke andet at kunne udelukke et steroidbrug, da det ellers kan betyde, at du ikke får den optimale behandling for dit stofmisbrug'*.

Misbrugere af anabole androgene steroider har oftest selv den opfattelse, at steroiderne er noget, de *bruger* frem for misbruger, og de kan dermed altid stoppe - hvis de får lyst. Derfor kan det være nødvendigt at hjælpe med opklarende spørgsmål for at få (og give) indsigt i graden af afhængighed af steroiderne. Her kan man spørge til tidligere forsøg på at skære ned på eller at stoppe med steroider. Får brugeren det skidt, når han stopper med steroider? Hvordan? (fysisk/psykisk). Påbegynder han derfor nye kure tidligere end tiltænkt? Har han udviklet tolerance, således at han nu ikke har nogen effekt ved de samme præparater i de doser, som han tidligere har anvendt? Og har han derfor taget større doser og i længere perioder end først beregnet? Derudover er det relevant at give klienten indsigt i steroidernes betydning for afhængigheden af øvrige stoffer, såfremt han er i behandling for et misbrug heraf.

Som nævnt er de psyko-sociale motiver for et steroidmisbrug oftest meget lig motiverne for stofmisbrug generelt. Der findes desværre ikke erfaringer fra behandling af steroidmisbrug i Danmark, men i bl.a. Sverige findes klinikker specifikt henvendt til steroidmisbrugere i Göteborg (Thord Rosén) og i Örebro (Kurt Skårberg), hvorfra det er oplagt at hente erfaring og viden. ■

LITTERATUR

- Bach, A. R.: Mænd og muskler. En debatbog om styrketræning og anabole steroider. Tiderne Skifter Forlag. København. 2005.
- Barland, B. & Tängen, J.O.: Kroppspresentation og andre præstationer - en omfangsundersøgelse om brug af doping. PHS Forskning 2009:3. Politihøgskolen. Oslo. 2009.
- Birgner, C.: Anabolic androgenic steroids and central monoaminergic systems - Supratherapeutic doses of nandrolone decanoate affect dopamine and serotonin. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Pharmacy 77, 68pp. Uppsala Universitet. 2008.
- Brower, K.J.: Anabolic-androgenic steroid dependence? Insights from animals and humans. I Front Neuroendocrinol. Jan 3. 2008.
- Brower, K.J.: Anabolic steroid abuse and dependence. I Current Psychiatry reports. Oct;4(5):377-87. 2002.
- Hoff, D.: Doping- och antidopingforskning - En inventering av samhälls- och beteendevetenskaplig forskning och publikationer 2004-2007, FoU-rapport 2008:1. Riksidrottsförbundet. Sverige. 2008.
- Klötz, F. et al.: Violent crime and substance abuse: a medico-legal comparison between deceased users of anabolic androgenic steroids and abusers of illicit drugs. I Forensic Sci Int., Nov 15;173(1):57-63. 2007.
- Klötz, F. et al.: Criminality among individuals testing positive for the presence of anabolic androgenic steroids. I Arch Gen Psychiatry. 63:1274-1279. 2006.
- Moberg, T. & Hermansson, G.: Mandom, mod och morske män. Mediahuset i Göteborg AB. 2006.
- Mogensen, K.: Unge mænds brug af doping. Risiko/Sundhed/Identitet. Center for Ungdomsforskning, Learning Lab Denmark, Danmarks Pædagogiske Universitet. København. 2004.
- Pärssinen M, U., et al.: Increased Premature Mortality of Competitive Powerlifters Suspected to Have Used Anabolic Agents. International Journal of Sports Medicine. 21: 225-227. 2000.
- Singhammer, J. & Ibsen, B.: Motionsdoping i Danmark - en kvantitativ undersøgelse om brug af og holdning til muskelopbyggende stoffer. Syddansk Universitet - Center for Forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund. 2010.
- Skårberg, K. & Alsby, M. (red.): Anabolic-androgenic steroid users in treatment: social background, drug use patterns, and criminality. Örebro University. 2009.
- Thiblin, I. et al.: Anabolic androgenic steroids and behavioural patterns among violent offenders. I Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, volume 8, issue 2, September 1997.
- Thiblin, I. et al.: Anabolic androgenic steroids and violence. I Acta Psychiatr Scand. 106 (suppl. 412): 125-128. 2002.
- Thiblin, I. et al.: Anabolic androgenic Steroids and violence : a medicolegal and experimental study. Doktordisputats Retsmedicinsk Institut, Karolinska Institutet. Stockholm. 1999.
- ©TNS Gallup for Berlingske Tidende (<http://www.berlingske.dk/danmark/unge-flygter-fra-holdsporten>).



TEMAET UDSAT M/K FORTSÆTTER

Artikler i dette nummer har - fra forskellige vinkler - beskæftiget sig med køn som en væsentlig faktor i bestræbelserne på at tilbyde lige (god) behandling og hjælp til både mænd og kvinder.

Temaet fortsætter i næste nummer og redaktionen modtager meget gerne kommentarer, idéer og indlæg fra læserne.

KONFERENCE OM KØN

En Nordisk Konference om køn i sundheds- og udsattesystemet bliver afholdt d. 16. nov. 2010. Der kommer spændende oplægsholdere fra vores skandinaviske nabolande, der på flere områder er længere i arbejdet med at identificere og arbejde med kønsforskelle end vi er i Danmark. Konferencen arrangeres for andet år i træk af KABS VIDEN i samarbejde med KVINFO. Se mere på www.kabs.dk.



Pårørende til mennesker med en dobbeltdiagnose er også dobbeltbelastede!

Mennesker med dobbeltdiagnose misbruger af samme årsager som mennesker uden psykisk lidelse: Rus opleves som kortvarige lyksaligheder i et broget og kompliceret liv. Også for de pårørende er det svært at være vidne til denne selvdestruktive adfærd.

AF JENS SOHN ANKERSEN,
GITTE SJØDIN & KATHJA THRANE BRANDT

Pårørende til mennesker med skizofreni og misbrug skal på én og samme tid være grænsesættende og rummelige. Grænsesættende i forhold til den misbrugende adfærd og rummelige i forhold til den psykotiske og kaotiske adfærd. Den pågældende er jo syg. Men hvad er sindslidelse, og hvad er misbrug, og hvordan hjælper man bedst i forhold til de forskellige problematikker? Som behandler kræver det mange ressourcer at være hjælpsom i disse relationelle konflikter. Men hvorfor er det så umagen værd at bruge disse ekstra ressourcer på pårørende til mennesker med dobbeltdiagnose?

Komplekse problemfyldte historier

Brugerne i Vista Balboa har ofte komplekse og problemfyldte historier, som lammer dem og står i vejen for, at de kan finde en tro på, at forandring er mulig. De har utallige oplevelser i rygsækken af at have fejlet, ikke slå til, ikke lykkes med livet. De har, både af sig selv og af andre i samfundet, fået etiketten 'forkert'. Og med sindslidelse og misbrug bliver et svagt selvbillede ofte en dominerende livsledsager. Det synes indlysende, at deres handlinger skaber vanskeligheder i deres liv, men trods de åbenlyse skadevirkninger og omkostningsfulde konsekvenser hænger de ofte fast i de samme adfærdsmønstre. *'Misbrug hos*



NARKOTIKARÅDET SKRIVER: 'KENDETEGNENDE FOR DISSE PSYKOTISKE MISBRUGERE ER, AT DE PÅ ALLE MÅDER ER SVÆRE AT RUMME – DE ER SÅ AT SIGE 'USTYRLIGE' – OG PASSER IKKE IND I DE EKSISTERENDE/TRADITIONELLE INSTITUTIONSRAMMER. ELLER OMVENDT – DE EKSISTERENDE INSTITUTIONSFORMER OG FORANSTALTNINGER MODSVARER IKKE DISSE MENNESKERS BEHOV'.¹

VISTA BALBOA – ET INTEGRERET TILBUD

Vista Balboa er et kommunalt tilbud i Odense, som er henvendt til borgere med svær sindslidelse, omfattende misbrug og en kaotisk, social situation, også defineret som personer med dobbeltdiagnose.

Tilbuddet består af en tværfaglig gruppe på 10 medarbejdere, der besøger målgruppen i eget hjem eller på gaden. Desuden er et værested samt to opgangsfællesskaber knyttet til tilbuddet.

Det særlige ved tilbuddet er, at der ydes en integreret indsats, som består af omfattende psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling, omsorgsarbejde i meget bred forstand og praktisk bistand i eget hjem.

svært sindslidende får alvorlige konsekvenser; da det forværrer selve sygdommen og medfører øget forekomst af hjemløshed, kriminalitet og social udstødning'.² Dette er til almindelig frustration for fagfolk, så det er forståeligt, at det også kan være svært frustrerende som pårørende at være vidne til en sådan selvdestruktiv adfærd.

De pårørende holder ud

Mange af Vista Balboas brugere har et sparsomt og konfliktfyldt netværk. En del har i en årrække ikke haft kontakt til deres familier. Man kunne måske forvente, at mennesker, der er hårdt belastede af psykisk sygdom, misbrug og deraf af født svær håndterbar adfærd, ingen nære pårørende ville have. Alligevel er der en del pårørende, som fortsat er meget involverede og gerne vil spille aktive roller i brugernes liv. Dette gælder særligt forældre, men også nogle få søskende. Der er således kræfter at trække på, blot er disse mennesker trætte efter mange års oplevelse af at være ladet alene med opgaven.

Anerkendelse som forudsætning for samarbejde

Familierne har udviklet deres egne versioner af verden, som ind imellem kan være meget anderledes end behandlersystemets perspektiv. De pårørende har en slags 'modsatrettet dobbeltrolle', idet de, på én og samme tid, selv trænger meget til hjælp og samtidig er betydningsfulde ressourcepersoner og samarbejdspartnere i forhold til brugerne. Vista Balboas kerneopgave er, på

mange forskellige måder, at give støtte til en reduktion af stressniveauet hos brugerne. Og det er ofte også dét behov, der i en eller anden grad gør sig gældende hos de pårørende. Vista Balboas erfaring er, at når stressniveauet i familierne sænkes, frigives den indsigt og viden, som de pårørende har om brugerne, og den kan dermed bruges aktivt og konstruktivt i behandlingen.

Vista Balboa er gennem arbejdet med pårørendegrupper blevet opmærksom på vigtigheden af at anerkende og aktivt inddrage familiens synsvinkel og viden om den konkrete bruger. At udvise respekt og møde familierne med den grundholdning, at de har ydet det bedst mulige ud fra de forudsætninger, der har været til stede i en følelsesmæssig belastet relation. En mor siger herom: *'Det er værdifuldt for mig at blive set/mødt, som den jeg er, også med mine ambivalente og 'forbudte' følelser til min søn'.*

Skizofreni – stress og sårbarhed

Nutidens teori om udvikling af skizofreni er baseret på en sårbarheds-/stress-model. Mennesker med skizofreni er særligt sårbare over for stressfaktorer. Sårbarheden er genetisk bestemt. Sygdommen er således, biologisk set, begrundet i en dysfunktion i hjernen. Sårbarheden får konsekvenser i form af overfølsomhed over for belastninger og stressfaktorer, som påvirker centralnervesystemet og dermed psyken. På den måde får den enkelte syge vanskeligheder ved at bearbejde indtryk og informationer.

Denne biologisk orienterede sygdomsforståelse fritager familien for, at

det er opdragelsen og familiemiljøet, der er årsag til sygdommen. Men det fritager ikke familien for, at den har et aktivt medansvar i forhold til, hvordan sygdomsforløbet bliver, fordi det nærmeste netværk kan være med til at nedsætte de stressgivende faktorer og dermed reducere de følelsesmæssige påvirkninger.³

Expressed Emotions

Vista Balboa arbejder ud fra teorien om 'Expressed Emotions'(EE), som bygger på sårbarheds-/stress-modellen.⁴ Teorien beskæftiger sig med det følelsesmæssige klima i familien. Den sygdomsramte, der lever sammen med kritiske, fjendtlige eller overengagerede pårørende, får hyppigere tilbagefald end den, der lever sammen med en familie, der er præget af en mere neutral, rummelig atmosfære, hvor følelser i relation til den ramte ikke er så kraftigt udtrykt.

Man taler om familier med 'high EE' og familier med 'low EE'. Flere internationale forskere har påvist, at sygdomsforløbet hos diagnostiserede skizofrene påvirkes af familiens måde at forholde sig til den syge på. Det er så at sige muligt at påvirke selve sygdomsforløbet ved at samarbejde med det nærmeste netværk.⁵ Mange af familierne bærer på svære menneskelige følelser – skyld, skam, afmagt og overansvarlighed, udtrykt gennem spørgsmål som: I hvor høj grad er det familiens skyld, at min søn/datter har udviklet en psykisk sygdom i kombination med et omfattende forbrug af rusmidler? Er det opdragelsen eller miljøet, der har udviklet mistrivsel? Hvorfor har det ramt vores familie, og hvordan kan jeg se på, at min søn eller datter ødelægger sig selv med stofindtagelse?

Mange familier er skamfulde og har forsøgt at dække over de smertefulde tanker og følelser i årevis, fordi de oplever, at naboer og venner alligevel ikke kan forstå den belastning, de er underlagt. Presset bliver fordoblet ved fortællelser og manglende aflastning gennem åben samtale med andre.

Rusmidlernes effekt

Vista Balboa har forladt forståelsen af, at mennesker med skizofreni selvmedicinerer sig, når der indtages hash, alkohol eller andre rusmidler. I stedet tages der udgangspunkt i, at indtagelsen i høj grad er forbundet med kemiske processer i hjernen, der opleves som kortvarige lyksaligheder i et broget og kompliceret liv. Disse kortvarige oplevelser af menneskelig lykke er imidlertid en særlig farlig cocktail, fordi indtagelsen nemt udløser nye psykotiske episoder og på den måde modarbejder en iværksat antipsykotisk behandling.

Forbruget skaber hurtigt en fysisk og psykisk afhængighed. Afhængighed er således en mulig kilde til psykisk velvære. Vores erfaring er, at mennesker med dobbeltdiagnose misbruger rusmidler af samme årsager som mennesker uden psykisk lidelse. Målgruppen i Vista Balboa er kendetegnet ved en overophobning af kendte risikofaktorer i forhold til afhængighed: Arbejdsløshed, dårlig økonomi, manglende sociale og intellektuelle færdigheder, isolation og få kilder til tilfredsstillelse.⁶ De har svært ved at bruge mere almindeligt tilgængelige veje til at opnå psykisk velvære – rusen bliver den hurtige og mulige genvej.

Pårørendegruppe i Vista Balboa

Ideologien bag er, at de pårørende ses som et reservoir af viden.

Hver gruppe mødes 12 gange én gang om ugen i tidsrummet 17.00 – 19.30.

Gruppen består af 8-10 deltagere, primært forældre, men også få søskende har deltaget. Vista Balboas erfaring siger dog, at gruppen fungerer bedst, når alle har den samme familiemæssige rolle i forhold til brugeren. Indholdet i gruppeforløbene er:

- Siden sidst
- Kort oplæg (hvis vi har valgt et tema sidst), og/eller:
- Runde – hvor er den enkelte henne lige nu?

- Tematisering af tilbagemeldingerne og herudfra gruppeproces og undervisning
- Aftensmad – uformel samtale
- Opsamling, der munder ud i konkrete forslag til handlings/adfærdsændring
- Afslutning

Gruppelederne har på forhånd en ide om og erfaring med, hvad der er brugbare emner for de pårørende. Men modellen er organiseret ud fra de pårørendes villighed til at bringe deres problematikker i spil, og herudfra kobler gruppelederne undervisning på. Der spørges: 'Hvad er det for problematikker, I står i, og hvad er det for et udbytte, I ønsker at få med hjem herfra i dag?' Fokus er, at der tales om de svære situationer, deltagerne aktuelt er opfyldt af. Der fokuseres vedvarende på, hvad den enkelte selv kan gøre for at påvirke en mulig kaotisk situation til det bedre. Der skabes et rum, hvor de pårørende kan 'læse af', hvor der lyttes til deres beklagelser og frustrationer. Efter denne 'afgiftning' er næste skridt at styre processen hen i konstruktiv retning. Her er målet at bearbejde og nyorientere gennem mere undersøgelse, nye perspektiver og konkrete adfærdsændringer. En mor siger: 'Godt med en neutral indblandet professionel som sparringspartner til at drøfte konkrete situationer, hvor jeg er usikker på min egen rolle i forhold til min søn, fx ved besvær med at kunne sige nej, eller når jeg bliver usikker/ bange osv.'

Deltagerne beriger hinanden meget ved at dele deres tanker og erfaringer i forhold til den konkrete problematik.

Undervejs i løbet af aftenen spises der smørrebrød sammen. Den mere uformelle snak, der her opstår, smitter af på deltagernes lyst til at dele deres personlige oplevelser med de andre.

En spørgeskemaundersøgelse viser, at 78% af deltagerne i Vista Balboas pårørendegrupper har fået nemmere ved at være i kontakt med deres

syge pårørende. En svarer: 'Det har givet større indsigt og forståelse – og dermed et rigere og nemmere samvær.'

Søskendegruppe

Undervejs i forløbet med arbejdet med pårørendegrupper har Vista Balboa gjort sig den erfaring, at man som søskende til en syg bror eller søster har brug for et helt særligt tilbud og forum. Der blev derfor etableret et gruppeforløb til en søskendegruppe. Her sagde en bror: 'Godt at høre om andre søskende, der har følt det samme som mig: tilsidesat i forhold til den syge bror. Man passer på sine forældre, så de ikke har bekymringer i forhold til én, de har nok at bekymre sig om med den syge. Man skal være den gode dreng, der ikke stiller krav'. Det viser sig at være en gængs problematik hos mange af disse søskende, at de har indtaget roller, hvor de ikke har krævet den ønskede plads i familien. De har følt sig tilsidesat i forhold til den syge bror/søster. Som evaluering på gruppeforløbet siger en søster: 'Det har reddet vores familie og mig. Jeg har fået mange gode redskaber til at være i kontakten, jeg har lært at sige fra og være mig selv, jeg er ikke længere styret af bekymringen for, at min bror bliver syg, hvis jeg er mig selv og siger fra'.

Tavshedspligt

Ved opstart af den første pårørendegruppe blev den enkelte bruger bedt om tilladelse til at kontakte deres pårørende. Senere har man konkluderet, at det er uden for al rimelighed, at brugerne kan bestemme, om mor og far eller søster/bror skal have et tilbud om et støttende, indsigtsgivende gruppeforløb – holdt inden for lovgivningen om tavshedspligt.

Det betyder i praksis, at gruppelederne ikke taler om den enkelte bruger, men om dét at være pårørende med de udfordringer, det bringer. Her tages udgangspunkt i hver enkelt pårørendes oplevelse, ligesom der arbejdes med at løfte de emner, som de pårørende kommer med, op



på et mere generelt niveau, for at bane vej for nye forståelser og mulige forandringer i adfærd.

Erfaringen er nu, at såfremt vi er tydelige og klare i budskabet, både i forhold til brugerne og i forhold til gruppedeltagerne, så skaber det ingen problemer, dersom en bruger i første omgang ikke måtte billige deres pårørendes deltagelse i gruppen. Åbenhed, åbenhed og åbenhed – med udgangspunkt i, at formålet er at skabe forandring og at være hinandens med- og modpoler. Der høres således ofte, efter lidt tid, udsagn fra brugerne som: *'Mine forældre lærer meget nede hos jer'* eller *'Nu er de (forældrene) begyndt at snakke til mig på en helt anden – og bedre – måde'*.

Familie-netværksbehandling

Med erfaringerne fra gruppeforløbene og det effektfulde i at inddrage familierne er vi i gang med at implementere familiebehandling. Det har fået navnet 'familie-netværksbehandling', fordi det hos nogle af brugerne er varmemesteren eller en nabo, der er det primære og betydningsfulde netværk.

Hensigten er at yde en intensiv og opsøgende indsats, og at indsatsen flyttes ud, hvor brugeren og dennes netværk er, hvis der er behov for det, frem for at kræve, at deltagerne møder op i Vista Balboa. Vi tilbyder således familie-netværkssamtalerne dér, hvor det er mest belejligt og trygt for brugeren og dennes familie-netværk. To uddannede familiebehandlere varetager samtalerne. Familie-netværksbehandlingen strækker sig over et års tid med samtaler i et interval af ca. 4 uger.

I rådgivningsmateriale fra sundhedsstyrelsen står der: 'Uanset hvilken alkoholbehandlingsmetode man anvender, har det en positiv effekt at inddrage familien og netværket i behandlingen. Det er dokumenteret, at familiebehandling øger den alkoholfafhængiges motivation for at gå i behandling, og at den mere effektivt fastholder ved-

kommende i behandling og betyder bedre effekt af behandling'.⁷

60 % - 65 % af Vista Balboas brugere har f.eks. et alkoholoverforbrug (egne ASI-data fra efteråret 2007).

Vi har en formodning om, at vi med denne supplerende behandlingsmetode i højere grad kan afhjælpe brugernes rusmiddelforbrug.

Hvad de pårørende har lært os – fra individ til gruppe

Gruppebehandling har betydet en ændret tilgang i måden at møde netværket på. Den samlede behandlingsindsats er gået fra en individuel problemforståelse til at se netværket, brugeren og Vista Balboa som et system, der gensidigt påvirker hinanden. Et system, hvor de implicerede gensidigt har brug for hinanden for at løse opgaven med størst mulig kvalitet for den enkelte bruger.

En læring er, at behandlerne får foræret vigtig og brugbar viden til relationsarbejdet med brugeren, og den viden og erfaringsressource kan behandlingssystemet ikke 'købe' andre steder. Der skal ydes noget til gengæld – aflastning og opbakning. Vista Balboas tilgang er, at det er nødvendigt med en klar udmelding om, at behandlerne vil indgå i brugerens og de pårørendes liv og stille op i en kontinuerlig proces. Kun på den måde kan de pårørende få mulighed for at tale om betydningen af egen integritet og give sig lov til at fokusere på egne behov. En tanke som: *'Kan vi tillade os at tage på sommerferie i 14 dage?'* kan nemt blive til et dilemma, når man i mange år har følt det som en ikke-mulighed at prioritere egne behov frem for brugerens.

Gennem arbejdet i gruppen inspirerer og bakker de pårørende hinanden op. De erfarer også, at relationen til brugeren bedres, når de bevidst prioriterer at sørge for at samle energi og kræfter og accepterer, at det ikke er en egoistisk handling, men en nødvendighed. På den måde kan kontakten i familien fastholdes i en positiv ramme, selv-

om der ind imellem kan være pres på. Med vedvarende opbakning fra medarbejdere og gruppe bliver det en reel mulighed at prioritere sig selv – hvilket igen smitter positivt af på relationen. En mor siger: *'Værdifuldt, at der, om muligt, er handling og ikke bare ord i hjælpen fra personalet'*. Det viser betydningen af, at hvis systemet tager over i perioder og tilbyder en reel mulighed for støtte og aflastning, giver det de pårørende mulighed for at fortsætte med fornyet kraft – til gavn for både bruger, behandling og de pårørende selv. ■

Læs mere om Vista Balboa på Odense Kommunes hjemmeside www.odense.dk.

REFERENCER

- 1 Narkotikarådet: Indsatsen for svært integrerbare psykisk syge stofmisbrugere. Narkotikarådets anbefalinger. 1999.
- 2 Nielsen, B.: Enheden for Klinisk Alkoholforskning, Psykiatrisk afdeling, Odense Universitetshospital. 2005.
- 3 Psykiatrifonden, tværfaglig gruppe. 1997.
- 4 Fallon, IRH.: Expressed Emotions: Current Status. *Psychological Medicine* 1988; 18: p 269 - 274. 1988.
- 5 Leff, J. et al: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patient. *British Journal of Psychiatry*; 141: p. 121- 134. 1982.
Leff, J. I: *British Journal of Psychiatry*. Working with the families of schizophrenic patients; 164: p. 71 - 76. 1994.
McFarlane, W. et al.: Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*; 52: p. 903 - 910. 2001.
- 6 Frøkjær Thomsen, C. I: Rosenberg & Jørgensen: Kognitiv behandling af skizofreni. 1998.
- 7 Bygholm et al.: Kvalitet i alkoholbehandlingen – et rådgivningsmateriale. Sundhedsstyrelsen. Center for forebyggelse. 2007.





DEN SAMME DØR

Ambulant dobbeltdiagnose-behandling i hovedstadens psykiatri

Mange patienter har gennem livet lært, at det ikke er til deres egen fordel at fortælle åbent om deres stofbrug. Tillidsfulde forhold er ikke det, patienterne har oplevet flest af, og derfor er det en forudsætning for god behandling, at der skabes en tillidsfuld relation til patienten.

AF BIRGITTE VEJSTRUP

I hjertet af Østerbro ligger Specialambulatoriet. Her går ca. 100 psykisk syge stofmisbrugere til behandling, fordelt på flere etager i hovedbygningen af det, nogle kender som 'det gamle Øresundshospital' - Carl Nielsens Allé 9. I bygningerne omkring Specialambulatoriet ligger forskellige daginstitutioner og specialinstitutioner med børn i alle aldre.

Lidt historie

Specialambulatoriet blev oprettet i 1995 som et dagtilbud til 25 patienter med dobbeltdiagnose - altså psykose og misbrug. På det tidspunkt var Specialambulatoriet det eneste ambulante tilbud i psykiatrien, der behandlede med metadon. Stedet 'sandede hurtigt til'. Patienterne kunne ikke udskrives igen, fordi de færreste fik afsluttet deres metadonbehandling og dermed ikke kunne visiteres til andre behandlingssteder i psykiatrien. Dette medførte, at mange borgere, der var dobbelt udsatte, fordi de havde en dobbelt problematik - psykose og misbrug - faldt mellem to stole og ikke kunne få den behandling, de havde brug for. En skizofren patient fortalte mig forleden: *'For år tilbage gik jeg i distriktspsykiatrien. Jeg var afhængig af heroin, men kunne ikke få metadonbehandling. Jeg henvendte mig til et misbrugscenter, men fik at vide, at jeg ikke kunne få behandling der, når jeg gik i distriktspsykiatrien. Derfor holdt jeg op i distriktspsykiatrien. Så henvendte jeg mig igen for at få misbrugsbehandling, men nu var jeg psykotisk, og de ville stadig ikke have mig. Jeg måtte selv skaffe metadon i flere år, indtil jeg kom til Specialambulatoriet.'*

I 2003 blev der indført behandlingsgaranti for stofmisbrugere. Det betød, at misbrugere, der ønskede behandling, skulle have et relevant tilbud inden for 14 dage. De, der var så uheldige samtidig at være psykotiske, f.eks. pga. skizofreni, måtte stadig klare sig selv. Personer med psykotiske lidelser skulle ikke be-

handles i misbrugssystemet, og Specialambulatoriet med sine 25 pladser dækkede slet ikke behovet. På den baggrund besluttede man at udvide kapaciteten i Specialambulatoriet. I 2006 startede vi et opsøgende psykiatrisk team, et såkaldt OP-team, med plads til yderligere 80 patienter med dobbeltdiagnose. Specialambulatoriet har således 25 pladser i et dagtilbud og 80 pladser i et OP-team.

Integreret behandling

Formålet med behandlingen i Specialambulatoriet er, at patienterne kan modtage integreret behandling af deres psykiske lidelse og deres misbrugsproblem. Relateret til disse problemer er der også mange fysiske behandlingsbehov og mange sociale problemer. Patienterne har ikke ressourcer til at gå ind ad en ny dør for at få hjælp til et nyt problem. I Specialambulatoriet går de ind ad *én dør* og får hjælp til alle deres problemer. Den behandling, vi ikke selv kan tilbyde, eksempelvis social og fysisk behandling, hjælper vi patienten med at få ude i samfundet.

Patienterne følges ofte ud af huset, når de har brug for behandling. Næsten alle patienter har hepatitis C og bliver fulgt til kontrol. Rigtig mange har dårlige tænder og følges til tandlæge. En del har rygerlunger, astma eller andre symptomer efter belastende livsstil.

Målgruppen

I dag er ventetiden kort, hvis man henvises til Specialambulatoriet. Siden vi udvidede, har vi haft mulighed for at indskrive alle de patienter, der bliver henvist, hvis de altså tilhører vores målgruppe. Målgruppen er patienter, der er psykotiske, enten fordi de lider af skizofreni, eller fordi de løbende får psykoser i forbindelse med stofindtagelse. Ud over at lide af psykoser skal patienterne samtidig have et kompliceret stofmisbrug og eventuelt en vanskelig adfærd. Hvis patienterne ikke lider af psykoser, hører de til i kommunernes misbrugscentre. Hvis ikke de har

et kompliceret misbrug, men f.eks. 'kun' ryger en masse hash, hører de til i den almene, ambulante psykiatri, altså i distriktpsychiatrien; DPC, OPUS eller de almene OP-teams.¹

En anden patientgruppe, der indskrives i Specialambulatoriet, er misbrugere, der i forbindelse med kriminalitet har fået en dom til psykiatrisk behandling. Nogle af disse patienter lider mere af dyssocial personlighedsforstyrrelse end af psykoser, men fordi de skal have en overlægelse i psykiatri til at varetage behandlingsdommen, kan de ikke behandles i et misbrugscenter.

Da stofmisbrug ofte medfører kriminalitet, har over 30 % af patienterne i Specialambulatoriet en dom til psykiatrisk behandling.

Henvisning

For at komme i behandling skal en læge sende en henvisning til Specialambulatoriet. Det er som regel læger fra hospitaler, distriktpsychiatriske centre eller misbrugscentre, der henviser. Det skal fremgå af henvisningen, at patienten tilhører vores målgruppe. Patienten behøver ikke være fuldstændig udredt og diagnosticeret, men det skal fremgå, at der er tale om psykose og misbrug. Patienten vil derefter blive indkaldt til en samtale med en af vores læger. Hvis lægerne vurderer, at patienten er i vores målgruppe, tages pågældende i behandling med det samme. Patienten kan også tilbydes en indlæggelse, hvis der er brug for det. Behandlingen er gratis som al anden behandling i det offentlige hospitalssystem.

Flow giver plads til nye patienter

Det er meningen, at patienterne skal udskrives fra Specialambulatoriet til et andet behandlingssted, når de er nogenlunde stabile. Det tager ofte flere år, og nogle bliver aldrig stabile, kun i korte perioder. Vi har flere gange oplevet, at patienten er blevet dårlig, når vi prøver at starte en udskrivelsesproces.

Indtil videre har vi ikke fået henvist flere patienter, end vi har haft plads til at tage ind. Men vi nærmer os de 105 patienter, som vi er normeret til. Derfor bliver det fremover meget vigtigt, at vi kan udskrive de patienter, som er blevet stabile nok, til andre behandlingssystemer. Uden behandlingsflow vil der ikke blive skabt plads til nye patienter med behov for vores specialbehandling.

Det er desværre stadigvæk meget kompliceret at udskrive vores patienter til andre behandlingstilbud, også selvom patienten har været stabil i lang tid. Da patienterne jo lider af psykoser, ønsker misbrugscentrene som regel ikke, at indskrive dem, heller ikke, selvom patientens psykose er velbehandlet med psykofarmaka.

Det er også meget vanskeligt at udskrive til distriktpsychiatrien. Når vi henviser patienter til distriktpsychiatrien, skal metadonbehandlingen administreres via et misbrugscenter. Dette center skal delegere metadonbehandlingen til distriktpsychiatrien. Metadonen skal derefter ordineres af lægen fra distriktpsychiatrien og udleveres via et apotek. Regningen fra apoteket skal betales af misbrugscenteret. Det er indimellem en næsten umulig opgave at få disse administrative ting til at falde på plads. Det vil sige, at selvom vi har en meget stabil skizofren patient i behandling, som længe har fået sin metadon fra et apotek, kan det tage utrolig lang tid at få ham udskrevet til distriktpsychiatrien. Heldigvis for patienten er det vores læger, der må bruge deres kostbare tid på at få tingene til at falde på plads. Før i tiden var det patienten selv, og derfor lykkedes det selvfølgelig som regel ikke.

Døgnbehandling

Specialambulatoriet hører under afdeling M på Psykiatrisk Center Sct. Hans. Når patienterne har brug for en døgnindlæggelse, bliver de indlagt på afdeling M i Roskilde. Afdeling M har misbrug som speciale, og derfor har patienterne ofte nogle

gode indlæggelsesforløb på trods af deres omfattende misbrug og ofte ret komplicerede adfærd. Man aftaler mål for indlæggelsen sammen med patienterne, og ud fra kognitive principper trænes patienterne i at nå deres mål. Det tætte samarbejde mellem Specialambulatoriet og døgnafdelingerne på afdeling M er til stor gavn for både patienter og personale. Patienternes mange komplekse problemer af både psykisk, fysisk og social karakter kræver et meget tæt samarbejde mellem alle de aktører, der er involveret i patienten.

Medicin og rusmidler

De fleste patienter i Specialambulatoriet er pga. opioidafhængighed i behandling med metadon eller buprenorphin (Subutex/Suboxone). Desuden får mange benzodiazepiner. Dette gives dels mod angst og dels pga. langvarig afhængighed af stoffet. Antipsykotisk medicin får de fleste patienter mod deres psykotiske symptomer. Medicinen udleveres via apotek eller bringes af kontaktpersonen eller hentes i ambulatoriet af patienten. Medicinen er et vigtigt element i behandlingen. Patienten, lægen og kontaktpersonen har et tæt samarbejde omkring indtagelse, vejledning og regulering af medicinen. Mange patienter får et mere stabilt liv, fordi de får hjælp til at indtage den medicin, de har brug for, på en hensigtsmæssig måde.

Mange af patienterne har et aktivt misbrug af hash, benzodiazepiner, heroin, metadon, amfetamin, kokain og alkohol, selvom de får ordineret medicin. Det er en vanskelig opgave at tilpasse behandlingen til patienternes komplekse livsførelse. Rusmidlerne og den ordinerede medicin kan forstærke eller hæmme hinandens effekt. Kokain kan provokere psykosen og gøre patienten akut psykotisk, selvom vedkommende er i passende antipsykotisk behandling. Når patienten - foruden den ordinerede medicin - tager hash, heroin eller ekstra benzo-

diazepiner, kan han eller hun blive meget sløv. Det er derfor vigtigt at kende patienten rigtig godt og følge pågældende tæt for at kunne ordinere den rette medicin.

Tillid i behandlingen

En vigtig del af behandlingen er at skabe en tillidsfuld relation til patienten. Det er af stor betydning for behandlingen, at patienten oplyser, hvilke stoffer der indtages. Mange patienter har gennem livet lært, at det ikke er til deres egen fordel, at fortælle om deres stofforbrug. I det hele taget er tillidsfulde forhold ikke det, patienterne har haft mest af. Det er ofte en tidskrævende opgave at opbygge tillid mellem patienten og dennes læge og kontaktperson. Nogle patienter kan det tage tid overhovedet at kunne mødes med. De møder ikke til aftalte samtaler og er ikke hjemme, når kontaktpersonen kommer på besøg. Der er et stort motivationsarbejde med patienterne, fordi trangen til stoffer ofte overskygger alle andre behov.

Etnicitet

Mere end 35 % af patienterne i Specialambulatoriet er af anden etnisk herkomst. Dette kan give sproglige og kulturelle udfordringer i behandlingsarbejdet. En stor del af disse patienter kommer fra Mellemøsten. En styrke for mange af disse patienter er, at de ofte har bedre kontakt til pårørende end de etnisk danske patienter.

Pårørende

Patienterne i Specialambulatoriet har generelt meget sparsom kontakt til deres familie. Meget få har børn eller lever i faste parforhold. En del pårørende har selv problemer med misbrug og psykisk sygdom. De pårørende, patienterne har kontakt med, prøver vi at få et samarbejde med. Vi tilbyder undervisningsforløb, og hvis patienten ønsker det, inviteres de pårørende med til møder omkring behandlingen.

Hverdag i Specialambulatoriet

I dagtilbuddet kan patienterne møde dagligt på alle hverdage. Her tilbydes miljøterapi ud fra kognitive principper. Patienterne har hver en kontaktperson og en personlig læge. Der tilbydes gruppeterapi og social færdighedstræning. Her arbejder patienterne med mål, de selv er med til at sætte. Det handler sjældent om stoffrihed, men kan være at lægge et af stofferne på hylden eller at sætte forbruget lidt ned. Patienterne træner færdigheder som f.eks. at kunne sige nej tak til kokain eller at kunne tackle frustrationer uden at true andre. Personale og patienter laver mad og tager på udflugter.

Mange oplever et socialt fællesskab og en medmenneskelighed, de aldrig har mødt før. En patient der har gået i Specialambulatoriet over 10 år, giver spontant udtryk for, at han ikke ville være i live, hvis han ikke havde haft Specialambulatoriet.

I OP-teamet får patienterne også en kontaktperson og en personlig læge. Her foregår behandlingen primært i patienternes nærmiljø. Kontaktpersonen møder patienten i eget hjem, går med patienten til møder f.eks. i socialforvaltningen, følger patienten i retten, følger til somatisk behandling og hjælper patienten i gang med fritidsbeskæftigelse. Kontaktpersonen hjælper i høj grad patienten med at have kontakt og samarbejde med det omgivende samfund. Det formår de fleste patienter ikke på egen hånd. De har svært ved kontakt dels pga. symptomer relateret til deres psykiske lidelse og dels pga. afvigende adfærd relateret til livet som misbruger. Mange lever et kaotisk liv. De, der har egen lejlighed, får ofte klager fra naboer og trues med at blive opsagt fra lejemålet. Stofsalg, alarm, brand og trusler kan være årsag til klager. En patient sniffede så meget lighter gas, at hendes lejlighed sprang i luften. Inden da havde hun snittet en nabo med en kniv, fordi hun følte sig forfulgt. Derefter kom der klager fra boligfor-



eningen. Kontaktpersonerne bruger meget tid på at hjælpe patienterne med at fungere i eget hjem eller med at finde en egnet bolig f.eks. et botilbud for psykisk syge misbrugere.

Kokain og aggressiv adfærd

De psykisk syge stofmisbrugere er nederst i hierarkiet i stofmiljøet. De trues med tæskehold og kommer indimellem til ambulatoriet gule og blå efter overfald. Mange patienter er i perioder i kaotisk kokainforbrug, hvor de kommer i gæld, som de efterfølgende ikke kan komme ud af. Kokain kan foruden gæld også medføre kokainpsykoser. Når patienterne kommer til Specialambulatoriet, er de indimellem meget opkørte, aggressive og stressede. Det skyldes ofte kokain, som i takt med, at prisen er faldet, er blevet et meget udbredt rusmiddel i misbrugsmiljøer. Kokain skaber en enorm psykisk afhængighed og tilsidesætter nogle gange alle andre behov.

I perioder bruger vi meget tid på at forholde os til trusler og aggressiv adfærd. Ganske få aggressive og

højtråbende patienter kan påvirke miljøet i ambulatoriet meget voldsomt. Vi udskriver ikke patienter pga. vold eller trusler. Vi bortviser aldrig patienter fra behandling, men efter aggressive episoder kan patienten bortvises fra miljøet i ambulatoriet i en periode. Patienten kan i stedet blive tilbudt en indlæggelse. Det kan også blive nødvendigt at indlægge patienten med tvang - enten i henhold til en eventuel behandlingsdom eller i henhold til psykiatriloven - såkaldt rød eller gul tvang. Patienter med vanskelig adfærd kan med fordel behandles uden for ambulatoriet. Patienten ses da kun i sit hjem og kan evt. hente sin medicin på et apotek. Ofte vil det skabe flere konflikter for patienten af komme ind i ambulatoriet og møde mange behandlere og medpatienter.

Høj grad af faglighed på tværs af fag og sektorer

Da patienterne bor i hovedstadsområdet, er det i hele København og på Frederiksberg at arbejdet foregår. Specialambulatoriet har rigtig

mange samarbejdspartnere: socialforvaltninger, kriminalforsorg, døgnafsnit, gadeplansarbejdere og bosteder. Disse giver udtryk for, at det er en stor lettelse, at vi kan gå ind i et samarbejde omkring de fleste af patientens problemer. Vi siger ikke: 'Det må andre tage sig af'. Vi følger med der, hvor der er behov for det.

Vi er i alt 18 medarbejdere i Specialambulatoriet. Mange forskellige faggrupper er repræsenteret: læger, pædagoger, sygeplejersker, psykolog, socialrådgiver og sekretærer. Der er to speciallæger i psykiatri med ansvar for henholdsvis dagtilbud og opsøgende team. Alle andre faggrupper på nær sekretærer fungerer som kontaktpersoner og løser dermed mange forskellige tværfaglige opgaver. Det tværfaglige samarbejde er en af grundstenene i behandlingen.

Bredden og kompleksiteten af arbejdsopgaver fordrer, at medarbejderne har bred psykiatrisk erfaring og erfaring med misbrugsbehandling. Alle medarbejdere med patientkontakt gennemfører et eller to års uddannelse i kognitiv terapi. Derudover deltager medarbejderne i supervision og relevante kurser inden for psykiatri og misbrugsbehandling.

Harmreduktion/skadesreduktion

Det primære mål med vores misbrugsbehandling er harmreduktion. Det vil sige, at vi arbejder med at reducere skader forbundet med misbruget både for patienten selv og for det omgivende samfund. Målet *kan* være, at patienten bliver misbrugsfri, men ofte er det ikke det mål, patienten har med behandlingen. Hvis vi ikke har fælles mål, vil vi aldrig nå målene. Foruden at reducere skader er forbedret livskvalitet for patienten et mål indlejret i harmreduktion.

Når vi så vores mål?

Mange af vores patienter oplever at få en bedre livskvalitet, og at deres liv bliver mere stabilt, efter at de er kommet i behandling i Specialambulatoriet. Det tætte samarbejde



mellem kontaktperson og patient på tværs af sektorer og systemer hjælper patienten med at få lidt mere styr på sit liv. I det hele taget er en kombineret behandling af psykisk lidelse, misbrug, somatiske lidelser og sociale problemer en rigtig god investering for både patienterne og samfund

Udfordringer i fremtiden

Jeg har været ansat som afdelingssygeplejerske i Specialambulatoriet i ni år. Det er et job med udfordringer, men det bliver til gengæld aldrig kedeligt. Den ene dag ligner sjældent den anden. De historier, patienterne bringer ind i vores liv, overgår ofte vores fantasi. Selvom det er nogle mennesker, der har haft nogle ekstremt hårde livsvilkår, er det ofte meget dejlige mennesker. Da patienterne kommer hyppigt hos os igen-nem mange år, giver det mulighed for, at patienter og personale lærer hinanden rigtig godt at kende og får stor respekt for hinanden.

Der er sket en enorm udvikling på området i den periode, jeg har

været ansat. Både internt i Specialambulatoriet, men også i udbuddet af botilbud, gadeplansmedarbejdere, sygeplejeklinikker, sundhedsrum m.m. Selvom tilbuddene er mange, er der fortsat en del mennesker, der lever et meget barsk liv på kanten af samfundet. Der er blevet færre sengepladser i psykiatrien. Filosofien er, at behandlingen skal foregå i eget hjem. De psykiatriske afdelinger må ofte udskrive patienterne efter kort tid pga. pres på sengepladserne. En af de helt store udfordringer i fremtiden er at få de mange forskellige systemer ude i samfundet til at arbejde endnu bedre sammen omkring patienten. Det er vigtigt at få tilpasset hjælpen til patientens behov. Det er langt bedre, hvis hjælpen kommer til patienten, frem for at han eller hun skal fare fra dør til dør. ■

Hvis man vil vide mere om Specialambulatoriet, er man velkommen til at kontakte artiklens forfatter, afdelingssygeplejerske Birgitte Vejstrup på telefon 22101197 mail: birgitte.vejstrup@shh.regionh.dk .

NOTE

- 1 DPC er et Distrikts Psykiatrisk Center, OP-teams står for opsøgende psykiatriske teams. OPUS-projekter handlede oprindeligt om tidlig opsporing og intensiv behandling af yngre mennesker med psykose. Det startede i Århus og København i 1998 som et 2-årigt behandlings- og forskningsprojekt. Forskningen viste, at en tidlig indsats har en meget positiv effekt, og efter projektperioden blev OPUS et permanent, ambulant behandlings-tilbud. Siden da og sideløbende er der kommet flere lignende tidlige interventionsteams rundt om i landet. Se mere på www.opusdanmark.dk og www.opuskbh.dk .



330 sider,
210- kr.

Bogen kan købes hos Team for Misbrugspsykiatri – www.auhrisskov.dk

Læs flere indlæg om dobbeltdiagnoseproblematikken på www.stofbladet.dk.
Se også www.dobbeltdiagnose.org

Beat the Dragon

'Dobbeltdiagnose' er en betegnelse, der anvendes om personer med et behandlingskrævende forbrug af rusmidler, og som samtidig hermed har mindst én anden psykisk lidelse. Dobbeltdiagnose forekommer hos op til 50 % af dem, der indlægges på eller behandles ambulant af de psykiatriske afdelinger.

Artiklerne i denne bog forsøger at vise status for forskning i dobbeltdiagnoser: Hvad ved vi om udbredelsen? Hvilke mekanismer i hjernen er involverede? Hvilke metoder kan anvendes til en udredning? Hvilke behandlingstilbud virker og hvorfor? Hvorledes kan behandlingen bedst organiseres, og hvad gør man i andre lande?

Bogen er det første danske forsøg på samlet at beskrive dobbeltdiagnosepatienters mange problematikker. Bogen lægger samtidig op til videre debat om, hvorledes udredning og behandling kan forbedres.

Artiklerne henvender sig til de mange faggrupper, der bidrager til, at denne patientgruppe og deres pårørende får mulighed for en tilværelse med livskvalitet.

OBS: KONFERENCE OM ADHD & MISBRUG BLANDT UNGE D.4.10 2010 – SE WWW.STOFRAADGIVNINGEN.DK



Den Islandske forbindelse

En af pionererne løfter en flig af historien om Minnesota-modellens rejse fra USA til Danmark via Island.

AF GUDRUN ISLANDI BRAMSEN

I 1976 havde familie og venner i Island samlet penge sammen for at sende tre meget alkoholiserede mænd til behandlingsstedet Freeport i USA. Stor var forbløffelsen, da disse (håbløse) mænd kom hjem til Island igen og ikke bare var ædru, men FORBLEV ædru. Det fik indflydelsesrige mennesker, politikere, forretningsfolk og mange kunstnere, til at skaffe penge for at kunne oprette det første behandlingscenter i Island efter Minnesota-modellens principper. Resultaterne har været så gode, at det er den eneste form for behandling, som findes i Island i dag, og behandlingen betales af sygesikringen, så alle kan komme i behandling. De mennesker, som ikke kan få noget ud af en Minnesota-baseret behandling, får selvfølgelig tilbudt andre muligheder. Det kan være egen praktiserende læge, en

psykolog eller psykoterapeut. Også i Island er det kun direkte afhængige mennesker, som benytter Minnesota-modellen. De praktiserende læger har en noget anderledes overenskomst med sygesikringen end i Danmark, så de har bedre tid til at tale med f.eks. en storforbruger og forklare vedkommende, hvad der vil ske, hvis han eller hun ikke holder igen med drikkeriet. Man kan skræmme en storforbruger, men ikke en afhængig, som bare vil skynede sig at tage en drink til at sunde sig på, hvis han eller hun får vist makabre billeder af en ødelagt lever.

To af de tre behandlede mænd var ganske almindelige mænd, mens den tredje flere år tidligere havde været en meget velhavende mand, som rent faktisk havde drukket 7 ejendomme op. Island er så lille et samfund, at alle ved, når der sker noget særligt. Derfor er det også meget svært at være aktiv alkoholiker i

Island i dag, for der taler man helt åbent om afhængighed, og alle har et eller andet familiemedlem, som har været i behandling. I Island har man et slogan, som lyder: 'Det er ingen skam at være alkoholiker, kun en skam, hvis man ikke gør noget ved det'. Så, ja – alle i samfundet er meget synlige, og der er ikke nær så store sociale forskelle som i Danmark.

I 1985 blev behandlingscenteret Vonin (von betyder håb) oprettet i Reykjavik. Her behandlede man kemisk afhængige fra de skandinaviske lande samt fra Færøerne og Grønland. Hertil kom også nogle danskere, både mænd og kvinder, for at få hjælp til at blive ædru.

Fra Island til Danmark

Det blev grunden til, at nogle islændinge besluttede sig for at oprette sådan et behandlingscenter i Danmark. En gruppe islandske behandlere, heriblandt Gizur Hel-

gason og undertegnede, åbnede i 1986 behandlingscenteret Von Veritas i Vesterborg på Lolland. Efter dansk krav var lægerne danske: En af lægerne havde været i behandling i Island (han var nu ekspert i afgiftning), en anden i USA, mens den tredje – kvindelige – læge aldrig havde været i behandling, og det samme gjaldt de tre sygeplejersker samt oversygeplejersken. Alle islændingene, undtagen Gizur Helgason og jeg selv, havde taget orlov fra deres arbejde i Island og tog straks tilbage, da Von Veritas gik konkurs i 1989. En tredje islænding, Stefan Thorsteinsson, blev også behandler på stedet og blev siden behandlingsleder for Frederiksberg Centeret i rigtig mange år.

Von Veritas var et stort, velindrettet center med plads til 70 patienter – med 26 sengepladser i afgiftningsdelen. Vores interne statistik viste, at 44 % af vores patienter var kvinder. Disse kvinder kom næsten udelukkende i behandling, fordi de kunne bevare deres anonymitet og aldrig ville blive skrevet op i noget personregister, som siden ville kunne blive brugt imod dem i fx en skilsmisseforhandling. Der var også tilknyttet en familiebehandling, hvor familien blev behandlet i lokaler i København. Det var lettere for de fleste familiedemedlemmer, for det var ganske besværligt at komme til det ret øde sted på Lolland. På grund af en elendig økonomisk administration gik Von Veritas konkurs i november 1989.

Kun Gizur Helgason og jeg selv blev tilbage. Vi nægtede at opgive vores forhåbninger om at være med til at gøre danskerne opmærksomme på de store muligheder, som Minnesota-modellen kan indebære for en masse mennesker, der ikke kan komme ud af deres afhængighed ved egen hjælp.

Vi fik muligheden ved hjælp af overlæge Niels Bjørn på Frederiksberg Hospitals psykiatriske afdeling, som var villig til at satse på noget nyt, og som det første privat-

ejede center fik vi lov at bruge lokaler, som var blevet stillet til rådighed af Frederiksberg Kommune. Vores center blev dengang kaldt for 'Frederiksberg Centeret for Alkologisk Behandling og Uddannelse', siden forkortet til Frederiksberg Centeret. Her lavede vi Danmarks første ambulante dagbehandling. Vi var inspirerede af ambulante behandlinger i USA, men dér foregik det efter almindelig arbejdstid: Først en fuld arbejdsdag og siden en hel aftenbehandling, det skulle man være en meget stærk patient for at klare. Vi regnede ikke med så stærke patienter i Danmark, for de fleste patienter, vi havde mødt på Von Veritas, var meget svage både fysisk og psykisk – hvor tendensen i USA var, at afhængige kom tidligere i behandling, inden de mistede job, familie og helbred. Vores dagbehandling på Frederiksberg Centeret foregik hver dag fra kl. 8 – 13 og om eftermiddagen var der hjemmeopgaver, møder, foredrag m.m. Vi havde selvfølgelig ikke patienter, som ikke kunne klare en ambulant behandling, for vi havde ingen sygestuer og kun ekstern lægehjælp.

Gizur I. Helgason og jeg søgte om fondsmidler til at køre et forsøgsprojekt i lokaler på Frederiksberg Hospital, hvor alkoholikere blev behandlet vederlagsfrit i den ambulante dagbehandlingsform, som vi havde tilpasset den danske mentalitet. Vi havde ganske enkelt skåret alle de elementer i behandlingen væk, som kunne opfattes som religiøse. Danskere er ikke et udpræget religiøst folkefærd, og vi ville have en behandling, hvor agnostikere, ateister og alle andre ville føle sig godt tilpas. Meget kort sagt, så anbringer vi patienterne i et miljø, hvor de kan stille en diagnose på sig selv. Behandlingen er meget intens, og vores patienter får på forhånd at vide, at her kommer de hver dag, ellers kommer vi og henter dem. Der er to gruppemøder om dagen af 90 min. varighed og et nyt fore-

drag hver dag om alt fra selvværd til vrede og fx om kvinder og deres specielle problemer og sygdomme. Der er ene-samtaler med alle, nogle obligatoriske for alle, andre fordi en bestemt patient trænger til flere samtaler. Der er ingen, der får lov til at forlade behandlingen om eftermiddagen, hvis de har det dårligt. Så tager en behandler patienten ind og taler med hende eller ham, indtil de har fået det bedre.

Vores patienter blev evalueret af uvildige psykiatere på Frederiksberg Hospital, som havde samtaler med dem jævnligt gennem en periode på 2 år. Forsøgsprojektet fandt sted fra 1990 – 92, og resultaterne – som var meget positive – blev offentliggjort i Ugeskrift for Læger¹. Denne undersøgelse gjorde indtryk på de kommuner og instanser, som indtil da havde betragtet os med mistro, og den åbnede op for vores nu rigtig gode samarbejde med mange kommuner.

Sygdomsbegrebet og afholdenhed

I Danmark er det ikke det mest almindelige at tænke på alkoholisme og andre afhængigheder som en sygdom. Her i landet hælder man mere til, at afhængige mangler ryggrad, og desuden har vi i Danmark en kraftig tabuisering af hele emnet. Selvom næsten alle danskere har nogle i familien eller i vennekredsen, som lider under denne sygdom, er det ikke noget, der bliver talt for højt om, da det bliver betragtet som en skam. Men sygdomsbegrebet kan faktisk være til hjælp på flere måder.

For patienten medfører brugen af sygdomsbegrebet²:

- At patienten får en enkel og let forståelig forklaring på en tilstand, der for ham/hende ofte er uforståelig og uforklarlig.
- At det giver patienten mulighed for at se på sin fortid i nyt perspektiv – for at opleve nutiden og kunne lægge fremtidsplaner uden at føle en alt overskyggende og urealistisk skyldfølelse.

GUÐRÚN ÍSLANDI BRAMSEN
CHEMICAL DEPENDENCY COUNSELOR
& FAMILIETERAPEUT,
RÅDGIVER PÅ FREDERIKSBERG CENTERET



- At det giver patienten mulighed for at takle den meget store og udefinerlige angstfølelse, der ofte knytter sig til hændelser i fortiden.
- At det gør det lettere for patienten at holde sig helt fra flasken i stedet for at blive ved med at prøve at kontrollere noget, han/hun aldrig kommer til at kontrollere.
- At det formindsker den sociale skam, der er fremherskende p.g.a. uvidenhed om alkoholisme.

Mange afhængige kommer først i behandling, når det sociale netværk siger fra, og ofte skal der en intervention til. En intervention er et indgreb, hvor en professionel behandler i fællesskab med familien, arbejdspladsen eller andre nærtstående kan gøre noget ved en persons alkoholproblem – i første omgang få vedkommende i behandling.

Værdigheden er for alle implicerede altafgørende. Det er en meget svær og smertefuld proces, som jeg har været med til at gennemføre mange gange. Da man er tvunget til at gå bag om ryggen på den person, som er i benægtelse af sit måske livstruende problem, kræves der en særlig viden og indsigt i denne proces. Ellers kan man gøre varig skade³.

Både i USA, Island og Danmark adskiller de fleste behandlingssentre narkomaner og alkoholikere, da det har vist sig, at de to grupper ikke altid fungerer godt sammen. Vi ser lidt anderledes på den sag: Lighederne mellem forskellige afhængigheder er større end forskellene, og målsætningen er den samme: at hjælpe de afhængige ud af deres afhængighed, så de kan arbejde på et nyt og værdigt liv med en langt større livskvalitet.

I misbrugsbehandlingssystemet som helhed er der ikke tradition for at betragte egentlig afhængighed som væsensforskellig fra mindre alvorlige former for misbrug, problembrug eller storforbrug. Det er det samme – kun et spørgsmål om grader. På Frederiksberg Centeret

bruger vi en videreudvikling af Minnesota-modellen tilpasset danske forhold og normer. Vi har valgt at specialisere os i denne behandlingsmetode, som vi så supplerer med andre redskaber. Vi mener, at egentligt afhængige mennesker – uanset om det drejer sig om alkohol, piller, hash eller kokain osv. – er nødt til at være ædru og fri for andre kemiske stoffer resten af livet.

Vi er også pragmatikere, som synes, at det enkelte menneske skal hjælpes bedst muligt på den mest økonomiske måde, så alle de danskere, som trænger til hjælp, har mulighed for at få det. Så vi går ind for, at der er brug for flere nuancerede behandlingsformer, og vi er på det rene med, at bestemt ikke alle profiterer af vores form for behandling. Vi har stor respekt for alle, som på andre måder prøver at hjælpe mennesker, som har problemer med alkohol og andre stoffer. ■

REFERENCER

- 1 En redegørelse for undersøgelsen kan læses i Gizur I. Helgason & Gudrun I. Bramsen: 'Det er aldrig for sent - Trin for Trin', kap. 25. OPA – forsøgsprojektet, s. 173-177, 3. oplag. Frederiksberg Centret. 2008.
- 2 Kap. 9 'Minnesota Modellen og sygdomsbegrebet', s. 84-85, ibid.
- 3 Hvis mere viden ønskes herom, anbefaler jeg Jørgen F. Nissen: 'Intervention – den nødvendige hjælp'. Fremad. 1992.

LÆS MERE:

www.frederiksberg-centeret.dk

Redaktionen anbefaler desuden: Vibeke Steffen: Minnesota-modellen i Danmark – mellem tradition og fornyelse. SOC POL. 1993. (Udsolgt fra forlaget, men kig på biblioteket!).

BOGOMTALE



Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv

Bog med overblik, viden og stof til refleksion

Servicestyrelsen har udgivet bogen *Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv*.

Er du visitator, behandler, sagsbehandler eller fagperson, der på anden måde arbejder professionelt med stofmisbrug, kan bogen give dig overskuelig information om emnet og inspiration til det daglige arbejde.

Dybtgående litteraturlister afslutter hvert af kapitlerne:

Præsentation af området
Social behandling
Mødet med brugeren
Støtte og rådgivning
Krop og misbrug
Familier med stofmisbrug
Særlige misbrugergupper

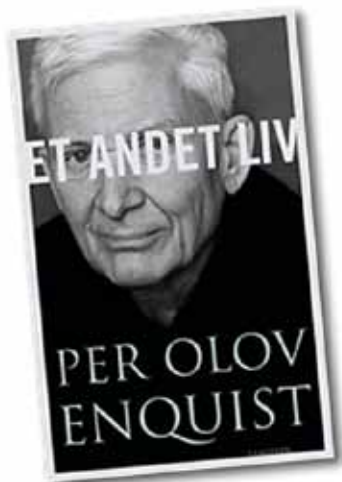
Bilagshæftet serverer alle aktuelle, relevante paragraffer og vejledninger på området – i fuld tekst.

Bogen henvender sig både til erfarne og mindre erfarne fagpersoner.

Bogen er gratis og kan bestilles eller downloades på:

www.servicestyrelsen.dk/udgivelser.

Se også metodehæftet *God sagsbehandling på stofmisbrugsområdet*



491 sider, 330,- kr.
Samleren

'OM Å KOMME UT I SPRITTEN'

AF SUNNEV GRAN

I Per Olov Enquists bøger kan man altid læse om en spænding mellem individerne og deres omgivelser. Ikke bare personerne, men også konteksten – de sociale vilkår og tidsånden – træder frem i flere dimensioner. Det betyder, at hvad der påvirker, og hvad der bliver påvirket, i forholdet mellem kollektivet og individet aldrig er entydigt i dette forfatterskab.

For den, som har læst ham før, og specielt de tidlige bøger, indeholder den selvbiografiske *Et andet liv* meget bonusmateriale. Den livshistorie, han fortæller, er nemlig også historien om omstændighederne om tilblivelsen af centrale titler som *Legionærene* (1969), *Sekundanten* (1972) og *Den forstødte engel* (1986). Og ikke mindst *Kaptajn Nemos bibliotek* (1991) – romanen, som Enquist for længst havde fundet titlen til, men som han ikke var i stand til at få ned på papiret, fordi han var for fuld, dag ud og dag ind, i mange, mange år.

Hovedforklaringen

Er det misbruget, der fører til alle de andre problemer, eller er det de andre problemer, som forårsager misbruget? Set udefra kan man naturligvis argumentere for forskellige hovedforklaringer, som må tippe den ene eller den anden vej, og mene, at tyngden i behandlingen af misbrug må sættes ind på den ene eller den anden side. Men set indefra hos den, som står midt i misbruget, bliver den slags problemstillinger lige så lidt anvendelige som den om hønen og ægget.

Lige så vanskeligt det er at forklare vejen ind i misbruget, er det at forklare vejen ud igen. For den, som både i egne og andres øjne har været uheldelig misbruger, virker det nærmest som

et mirakel at blive ædru. Set i lyset af al uenigheden om effekten af forskellige behandlingsformer og manglen på eksakt viden på et svært og komplekst område, er det ikke så mærkeligt, at den, som faktisk kommer ud af misbruget, vil se på sin egen historie som unik. Så vil enkelte altid stå frem og mene, at de har løst misbrugets gåde, men Enquist hører ikke til dem, som har åbnet egen klinik efter at være blevet ædru.

Gennembrud

Som altid hos Enquist er omgivelserne lige så meget forgrund som baggrund, og dette gælder særligt bogens første del, som skildrer barndommen i den nordsvenske landsby i 1930- og 40-tallet. Vejen går videre til Uppsala, studier og begyndende skrivning. Enquist får sit litterære gennembrud i midten af 1960-erne og bliver en aktiv deltager i samfundslivet, ikke mindst fordi han tager politisk brændbare spørgsmål op i sine bøger. Med en fortid som aktiv idrætsudøver konkurrerer han først og fremmest med sig selv: 'Bedre at komme på syvende plads med personlig rekord end at vinde med et dårligt resultat.' Denne indstilling bevarer han som forfatter, han udfordrer sig selv og sine evner og vinder gang på gang. Indtil det begynder at ligne et plateau. Med en metafor fra højdespring: Resultaterne flader ud, lige under to meter. Så hjælper det kun lidt, at kritikerne løfter ham til stadig nye højder, når han selv – mesteren og geniet – ser, at teksterne ikke holder. Drikkeriet tager til, skriveproduktionen går ned.

Selvindsigt

Op igennem 1970'erne erfarer han den gamle sandhed, at der skal en stærk ryg til at bære medgang. Udadtill er han stadig den feterede PO, samtidigt med at drikkeriet udvikler sig videre, dels til en apatisk overgivelse til bevidstløsheden, dels til en bevidst deroute mod fornedrelsen skridt for skridt.

Selvindsigten er ikke til nogen hjælp, snarer tværtimod. Den skarpe betragter Enquist afslører lægerne, lige så let som han afslører sig selv, men han lader dem blive i troen på, at problemet handler om depression. Alle pillerne, som 'de omsorgsfulde og kulturinteresserede læger' udskriver, gør ikke sagen bedre, og heller ikke terapeuternes forsøg på at finde bagvedliggende årsager i et kompliceret kunstnersind. Og omgivelserne har heller ikke noget at bidrage med, andet end at nikke imponeret til hans 'lynende klarsynede analyser' af elendigheden.

Han fortsætter med at drikke, og der går sport i at være forsøgsdyr: De beroligende medikamenter giver nye, interessante former for abstinenser i tillæg til alkoholen, og via systematisk tilvænning mestrer han snart at drikke med antabus i blodet.

Ind i mørket

Denne tredje og sidste del af *Et annet liv* har titlen 'Ind i mørket' og viser også, hvordan den dybe, destruktive *selvmedlidenhed* skygger for indlevelse i andres liv. Koner, børn og venner nævnes knapt nok i denne del af bogen. Til slut er det alligevel disse konturløse omgivelser, som samler ham op og sender ham til afvænningsanstalt. Han er i behandling flere steder, som alle følger Minnesota-modellen. Så holder han helt op med at drik-



SUNNEV GRAN
FILOLOG OG FREELANCE SKRIBENT

ke og skriver *Kaptajn Nemos bibliotek*. Her slutter hans fortælling, og i bogens sidste, opsummerende afsnit konstaterer han, at han har været ædru fra den dag i 1990 og frem til dags dato.

Minnesota

I slutningen af 1980-erne gjorde Minnesota-klinikkerne deres indtog i Sverige og også i Norge – med Vangseter som den første institution. Markedsføringen rettede sig særligt imod socialt vellykkede, som drak i skjul, og mindre mod gadealkoholikere – ligesom foretagender som det norske Mestringshuset i dag. Disse kursteder, som har givet indtryk af at være moderne og innovative, er i bund og grund ikke andet end AA's 12 trin fra 1950-erne i ny indpakning.

Til trods for over 10 år med hårdt drikkeri er Enquist i det ydre en socialt vellykket og berømt mand og således en godt kvalificeret Minnesota-patient, da han lader sig indlægge på Huddinge sygehus i vinteren 1989, den eneste offentlige institution som praktiserer Minnesota-modellen. Her skal han blot definere sig selv som absolut mislykket og sit misbrug som en sygdom, han ikke kan helbrede ved egen hjælp, og så overlade helbredelsen til højere magter. Og dette oplæg får han problemer med.

Enquist reagerer stærkt mod Minnesota-modellens teori og metode, og de mest tungtvejende modforestillinger har han mod den autoritære tankegang: Eneste tilladte læsestof er Metodens egne kildekrifter, som er De 12 trin med kommentarlitteratur. Det virker unægtelig trist for en ordets mester. Man underkaster sig en trinvis hjernevask, som begynder med erkendelsen af, at man selv er et absolut nul. Fra syndsbeholdelse og anger kommer overgivelsen til frelsen, som er en magt uden for det totalt værdiløse selv. Alle tilløb til kritisk tænkning knebles med argumentet om, at opposition mod Metoden blot bekræfter, hvor syg man i virkeligheden er.

Nyreligiøsitet

Den ydre redningsmagt kaldes Gud i denne ideologi – med en særlig vigtig præcisering: *'Gud, sådan som vi selv opfatter Ham'*. På mange måder kan dagens udøvere af AA's 12 trin placeres i rækken af nyreligiøse bevægelser. Ideologien har fritstillet sig fra traditionel, konfessionel teologi og tilbyder i stedet klienterne at skabe deres egen guddommelige redning. På den ene side er det religiøse aspekt så lidt normativt, at også ikke-troende kan godtage det. Samtidigt ligger det snublende nær, at det er Metoden selv, som er guddommen, den ydre kraft, som først skiller misbrugeren ad og så sætter ham eller hende sammen igen. For Enquist, som er af den opfattelse, at man har fået kun ét liv tildelt, bliver det slet og ret uanstændigt at forestille sig, at man skal skænkes et nyt liv som erstatning for et gammelt og ubrugeligt.

Parallelt med de giftige beretninger om læger og behandlede fortæller Enquist om det gode, antiautoritære og konstruktive fællesskab, som opstår mellem de indlagte, nærmest bag om ryggen på lederne. Oplægget indebærer nemlig også de traditionelle AA-møder, og selv om han ikke føler sig komfortabel med sit 'Hej, jeg hedder PO, jeg er alkoholiker', oplever han det ligestillende fællesskab som værdifuldt. Før han forlader det hele,

arrangerer kammeraterne en ulovlig afskedsceremoni for ham, hvor den lille dråbe af guld, som ledelsen uddeler ved den officielle afslutning, er erstattet af et håndtryk, som passerer de 16 deltagere i cirklen.

Disse 16 udgør det, Enquist har regnet ud som 'den privilegerede promille' – ud fra antagelsen om, at der findes ca. 16.000 misbrugere inden for det geografiske område, som det offentlige sygehus dækker. Senere finder han ud af, at de fem uger med indoktrinering og andre etiske tvivlsomheder har kostet svenske skatteydere 82.000 kroner per deltager.

Skønlitteratur

Enquists subjektive skildring af alkoholikerens møde med Minnesota-modellen og AA-bevægelsen er en ganske dræbende analyse af de ideologiske overbygninger, som styrer disse metoder, og desuden er det tankevækkende at se, hvordan det moderne, offentlige svenske hjælpesystem siger god for en i bedste fald mangelfuld behandlingsform. Man bør alligevel læse *Et annet liv* først og fremmest som den skønlitterære bog, den er, og det er forkert at læse den som et debatindlæg om misbrugsbehandling. Enquist tog selv kampen op mod sundhedsvæsenet efter opholdet på Huddinge, fortæller han. Det var særligt det, han havde oplevet som krænkelse af privatlivet, han vendte sig imod. Men så erkender han, at der er noget 'helt sygt' også i dette behov for at knække behandlingssystemet, og resignationen tager over. Det bliver til flere udpumpninger og flere afbrudte behandlinger. Ind imellem falder Berlinmuren, men han er ikke i stand til at engagere sig. Angsten for verden driver ham ind på hotelværelset, hvor han har to flasker billig tjekkisk vin. Han sammenligner på patetisk vis sig selv med Job i Det gamle testamente. Det sidste behandlingssted i rækken ligger i Danmark og følger i og for sig den samme forhadte Metode. Men på en eller anden måde bliver dette ophold anderledes. De indlagte får mere tid til hinanden og udsættes mindre for ledelsen. Det er her og nu, han pludseligt begynder at skrive *Kaptajn Nemos bibliotek*.

Redning

Spørgsmålet, som stilles i *Et annet liv* – om hvorfor det gik så galt, når det begyndte så godt, bliver ikke endeligt besvaret, men det er måske ok – når slutningen er god. Enquists redning bliver genoptagelsen af et 50 år gammelt medlemskab af lokalafdelingen af Blå Kors. Strengt taget aflagde han afholdslofte som otteårig i en forening, hvor moderen var leder, og hvor han kæmpede sig frem til at blive vicerevisor, længe før han havde nogen klar opfattelse af, hvad det indebærer 'at komme ud i spritten'. Han forkaster mærkatet 'tørslagt alkoholiker' og dermed hele AA-filosofien og kalder sig i stedet for 'totalafholdsmand' – en betegnelse, som associerer til et valg og et standpunkt, ikke til sygdom, diagnose og helbredelse. ■

Oversættelse fra norsk til dansk: Birgitte Jensen.

Denne anmeldelse har tidligere været bragt i RUS & SAMFUNN Nr. 6/2009.

Den bringes med tilladelse af RUS & SAMFUNN og Sunnev Gran.



Sindsrobønnen

Gud, giv mig sindsro
til at acceptere de ting, jeg ikke kan ændre,
mod til at ændre de ting, jeg kan,
og visdom til at se forskellen

AF LIESE RECKE

De fleste mennesker forbinder ovennævnte bøn med AA - Anonyme Alkoholikere samt andre sammenhænge, hvor 'de tolv trin' indgår. Ifølge AA's egen historie¹ blev bønningen introduceret for Bill Wilson i 1942, hvor en AA-deltager henledte hovedkontorets opmærksomhed på en bøn, som den pågældende dag stod skrevet under nekrologerne i avisen. På kontoret, hvor AA's sekretær holdt til, var man umiddelbart enige om, at man aldrig før havde set så 'meget AA' gengivet i så få ord. Man begyndte ifølge Bill Wilson rutinemæssigt at tilføje bønningen til de tekster, man sendte ud fra hovedkontoret. Siden er bønningen blevet en uundværlig del af 12-trins-retorikken. Den indgår i AA's officielle litteratur, den bruges af mange 12-trinstilhængere som afsæt for refleksion over moral og leveregler, og den fremsiges dagligt overalt på kloden som afslutning på møderne i AA, NA og de mange andre fællesskaber.

Men hvor kommer sindsrobønnen egentlig fra, og hvor gammel er den? Gennem årene har der blandt mange hersket tvivl om bønnes oprindelse. Når man googler '*serenity prayer*', som sindsrobønnen hedder

på engelsk, kommer mange fantasifulde forklaringer op. Nogle placerer oprindelsen til Tyskland i årene efter 2. Verdenskrig. Andre mener, at ophavet går tilbage til middelalderlige eller eksotiske filosofiske tekster. AA har altid selv peget på Reinhold Niebuhr, en amerikansk teolog, som ophavsmand. Bibliotekaren Fred R. Shapiro² skrev i 2008 en artikel³, hvori han såede tvivl om denne oprindelse. Shapiro havde lokaliseret skrevne versioner af sindsrobønnen *uden* henvisning til Niebuhr helt tilbage til 1936, mens Niebuhr angiveligt først skulle have skrevet teksten til bønningen i 1942. Der var noget, der ikke stemte.

Elisabeth Sifton, Reinhold Niebuhr's datter, udgav i 2003 en bog med titlen '*The Serenity Prayer*', hvori hun redegør for den kontekst, hendes far var en del af - såvel politisk som teologisk. Hun fremhæver, at hendes far sandsynligvis har brugt sindsrobønnen i en af sine mange prædikener, før han skrev den ned i 1942 - en almindelig fremgangsmåde. I 2009 lokaliserede en anden forsker så sindsrobønnen med direkte henvisning til Niebuhr i et studenterblad fra året 1937. Denne opdagelse gav anledning til, at Fred R. Shapiro i skrivende stund - i

lighed med AA - peger på Reinhold Niebuhr som den mest sandsynlige ophavsmand til bønningen.

Reinhold Niebuhr (1892 - 1971)

Hvem var Reinhold Niebuhr så? Han beskrives som en kontroversiel, men populær, amerikansk teolog og filosof, som har inspireret folk i hele det politiske spektrum. Niebuhr var en rejsende prædikant, som fik et stort navn i USA. Han beskrives som en mand med stærke socialpolitiske holdninger. Hans prædikener var socialt engagerede, og han fordrede af sine tilhørere, at de tog aktiv stilling til tidens sociale temaer - et særsyn blandt amerikanske gejstlige, der i det store og hele manede til politisk passivitet og tilpasning blandt deres tilhængere.

Som præst i Detroit var Niebuhr imidlertid præget af de fattigdomsproblemer, som arbejderne på Henry Fords fabrikker kæmpede med: følgerne af de usikre ansættelsesvilkår og konsekvenserne af umenneskeligt samlebåndsarbejde. Som politisk tænk var han en socialt engageret *liberal* (i amerikansk forstand af 'liberal', hvilket nærmere betyder socialdemokratisk). Han var optaget af social retfærdighed og støttede sociale reformer. Teologisk



Reinhold Niebuhr i studerekammeret.

og politisk var Niebuhr kollektivist i den forstand, at han tog afstand fra, hvad han opfattede som illusionen om, at mennesket som enkeltindivid kan opnå 'det gode'. I stedet skulle stræben efter det gode ske i fællesskab med andre.

Men Niebuhr repræsenterede også anti-autoritære og anti-kommunistiske holdninger og advarede mod utopianisme, messianisme og perfektionisme. I løbet af sin karriere gik han fra at være pacifist til at støtte interventionisme og magtpolitik, og op til 2. Verdenskrig var han uhyre kritisk over for Hitler og det nazistiske regime. Han så Hitlers politik som anti-kristelig, som en trussel mod demokratiet og de akademiske og personlige friheder. Niebuhr manede til modstand mod nazismen, længe inden USA gik aktivt ind i krigen.

Mange indflydelsesrige mennesker har gennem tiden tilkendegivet den store betydning, Niebuhrs tænkning har haft for dem. Selv om Niebuhr aldrig aktivt støttede borgerrettighedskampen, satte Martin Luther King stor pris på Niebuhr og tilskrev ham større betydning for sit ikke-voldelige virke end Gandhi. Begge kandidater ved præsidentvalget i 2008 ytrede sig positivt om Niebuhr; John McCain kaldte Niebuhr et strålende eksempel på klarhed angående omkostningerne ved en retfærdig krig, mens Barack Obama udnævnte Niebuhr til såvel sin yndlingsfilosof som sin yndlingsteolog.

Den originale sindsrobøn

Det er værd at være opmærksom på, at Niebuhrs version af sindsrobønnen havde en noget anden ordlyd end den version, som anvendes af

AA i dag. Bønnen i Niebuhrs originalversion lød som følger:

'God, give us grace
to accept with serenity the things
that cannot be changed,
courage to change the things
which should be changed,
and the wisdom to distinguish
the one from the other'.

I min danske oversættelse ville den originale sindsrobøn lyde:

Gud, giv **os nåde**
til at acceptere med sindsro de
ting, som ikke kan ændres,
mod til at ændre de **ting, som**
bør ændres,
og visdommen til at skelne det
ene fra det andet.

På overfladen ligner versionerne hinanden. Men originalversionen adskiller sig fra den version, som er blevet udbredt gennem AA og de andre fællesskaber, på tre punkter:

Der tale om et kollektivt *os* - ikke et individuelt *jeg*.

Man beder ikke om at få sindsro direkte fra Gud, men om at få *nåde til at acceptere med sindsro*, hvilket tildele mennesket en mere aktiv rolle end som passiv modtager af sindsro fra en højere magt.

Modet angår *'ting, som bør ændres'*, frem for *ting, som 'kan ændres'*, hvilket muliggør en mere aktivistisk indstilling og giver mere råderum til krav om forandring, end hvis det, som ikke kan ændres, er givent som et uforanderligt vilkår.

Oxfordbevægelsen, AA og sindsrobønnen

Baggrunden for forskellene mellem Niebuhrs originale version af sindsrobønnen og den version, som blev udbredt af AA, kan belyses ved at modstille Reinhold Niebuhr og teologen og missionæren Frank Buchman, der ledede en kristen bevægelse ved navn Oxfordbevægelsen.

Oxfordbevægelsen og Frank Buchman har spillet en altafgørende rolle for dannelsen af Alcoholics



Anonymous. De oprindelige stiftere af AA, Bill Wilson og Robert Smidt (Bill og Bob), havde truffet hinanden i Oxfordbevægelsen. I de første år udgjorde AA en undergruppe af Oxfordbevægelsen i Akron, Ohio, populært kaldet *'the alcoholic squad of the Oxford Group'*. Oxfordbevægelsen var således udgangspunkt for AA: Buchmans teologi, kendetegnet ved vægtningen af det individuelle ansvar og nødvendigheden af personlig transformation – blev omsat til ritualer, dogmer og strukturer i Oxfordgrupperne – som igen blev fundamentale for AA.

Sifton⁵ skriver i sine erindringer, at AA henvendte sig til hendes far i begyndelsen af halvtredserne og bad om lov til at bruge sindsrobønnen som en del af AA's litteratur. Selvom Niebuhr var kritisk over for Buchman – og dermed også AA og AA's budskaber – så var Niebuhr dog af den overbevisning, at bønner var hvermandseje, og at ingen havde ret til at monopolisere dem. Så han gav sin tilladelse til at trykke bønner som en del af AA's godkendte litteratur.

Niebuhrs kritik af Oxfordbevægelsen

Politisk og teologisk var der store forskelle på Buchman og Niebuhr. Ganske vist var de omtrent jævnaldrende og begge født af tyske immigranter i USA. Begge var teologisk uddannede, og begge havde stærke socialpolitiske holdninger. Men der stopper lighederne. Niebuhr var dedikeret til demokrati og bekæmpelse af fascisme og ikke mindst fortaler for politisk stillingtagen og aktivitet. Buchmans bevægelse bekendte sig til stærke anti-socialistiske holdninger, satte moralsk genoprustning af den enkelte over faglige kampe for bedre sociale forhold og formidlede et budskab om, at al social og politisk forandring starter hos den enkelte. Bragt på kort formel kunne man sige, at for Buchman tog forandring udgangspunkt i det moralske genoprustede 'jeg', mens forandring

for Niebuhr opstod gennem det aktive 'os'.

Fronterne mellem Buchman og Niebuhr blev trukket skarpt op, da Buchman i et interview i 1936⁶ udtalte: *'Med de fascistiske diktaturer i Europa gives der muligheder for at ændre verden ved at sætte den under Guds diktatur'*. Endvidere citeres Buchman for at sige: *'Jeg takker himlen for en mand som Adolf Hitler, der har etableret en front mod kommunismens antikrist'*, hvorefter han fortsætter: *'Min barber i London fortalte mig, at Hitler frelst Europa fra kommunismen. Sådan følte han. Selvfølgelig synes jeg ikke lige godt om alt, hvad nazisterne gør. Antisemitisme? Slem selvfølgelig, men jeg går ud fra, at Hitler ser Karl Marx i alle jøder. Men tænk, hvad det kunne betyde for verden, hvis Hitler overgav sig til Guds bestemmelse? Eller Mussolini. Eller enhver anden diktator. Gennem en sådan mand kunne Gud kontrollere en hel nation fra den ene dag til den anden og dermed løse alle problemer'*.

Det var med andre ord Buchmans opfattelse, at en kristen omvendelse af en magtfuld person kunne betyde, at Guds vilje kom til at virke gennem dennes magt. Der var ikke helt det samme potentiale i *'almindelige mennesker'*. Men uanset magt og position var det ifølge Buchman en individuel forpligtigelse for alle at vende sig mod Gud, for derved at ændre verden. De nødvendige ændringer i verden blev tilvejebragt gennem moralsk genoprustning og personlig rehabilitering.

Efter Buchmans udtalelser om Adolf Hitler i den amerikanske presse skrev Reinhold Niebuhr i 1936 en stærkt kritisk artikel, hvori han beskyldte Buchman for at bilde overklassen ind, at rige og magtfulde mennesker er tættere på Gud end fattige mennesker. Med henvisning til Buchmans udtalelse i pressen argumenterer Niebuhr for, at magt er uforenelig med sand kristendom, og han bruger Oliver Cromwell og Bismarck som eksempler på mænd,

der både var troende og havde stor politisk magt, men hvis politikker ikke var vejen til frelse eller bedre verdener.

Niebuhr kalder i samme forbindelse Oxfordbevægelsens religiøse budskab for et naivt, religiøst udtryk for en dekadent individualisme og en manifestation af religiøs dovenskab, og han fortsætter: *'At Oxfordbevægelsen ser sig selv som formidlere af Kristi frelse i en katastrofedybt tid er i virkeligheden bare endnu et eksempel på tidens forfald. Gruppens religion formår at forene bourgeoisie's selvtilfredshed med kristen anger og skyld på en måde, så selvtilfredsheden står i forgrunden'*⁸.

På denne baggrund og med disse modsætningsforhold i mente er det skæbnens ironi, at en bøn forfattet af en socialpolitisk aktivist blev adopteret af en bevægelse, som prædiker magtesløshed og friholdelse fra politik. Ironien fortsætter ved, at den bøn, som oprindeligt blev skrevet af Niebuhr med udgangspunkt i et solidarisk 'os', og som anerkender, at det kræver fælles mod at foretage nødvendige ændringer, nu anvendes af en bevægelse, der ikke tilskriver samfundet – det store fællesskab – ansvar eller handlepligt i forhold til et komplekst socialt fænomen, men udelukkende sætter fokus på det enkelte individs ansvar og transformation. ■

NOTER

- 1 Wilson, B. (1983). *A.A. Comes Of Age. A Brief History of A.A.* (10th ed.) New York: Alcoholics Anonymous World Service.
- 2 Shapiro er bl.a. redaktør af *The Yale Book of Quotations* og *The Oxford Dictionary of American Legal Quotations*
- 3 http://www.yalealumnimagazine.com/issues/2008_07/serenity.html
- 4 Elisabeth Sifton: *The Serenity Prayer – Faith and Politics in Times of Peace and War*, W.W. Norton & Company, New York, 2003
- 5 Elisabeth Sifton: (2003), se ovenfor
- 6 World Telegram, 26. August, 1936
- 7 Tom Driberg: *The Mystery of Moral Re-Armament; A Study of Frank Buchman and His Movement*, Alfred A. Knopf, New York, 1965.
- 8 Wilson, B.: (1983), se ovenfor.



Craig Nakken har skandinaviske rødder og gæster jævnligt Norden, hvor han giver forelæsninger og afholder kurser. Han er en verdenskendt forfatter, underviser og familierapeut med speciale i misbrugsbehandling og har privat praksis i St. Paul i Minnesota i USA.

Den addiktive proces og tvangspræget adfærd

AF CRAIG NAKKEN

Begrebet afhængighed har været anskuet på en overordentlig begrænset måde, især fordi behandlingen af afhængighed i sig selv er et meget ungt arbejdsområde. Udviklingen af selve det at behandle afhængighed i nævneværdig skala begyndte med grundlæggelsen af Anonyme Alkoholikere (AA) i 1935, som udelukkende fokuserede på en ganske bestemt form for afhængighed – alkoholisme.

Det var en omvendt begyndelse i modsætning til de fleste øvrige forskningsområder, der begynder med en generel indsigt i emnet, hvorefter fo-

kus efterhånden bliver mere og mere specifik. Vores viden om afhængighed begyndte med en konkret form for afhængighed og bliver nu gradvist overført til andre områder med henblik på at hjælpe mennesker, der har andre former for afhængighed. Desuden blev afhængighedsområdet ikke markeret af en gruppe professionelle, men af mennesker, der led af en speciel type afhængighed. Efterhånden som forståelsen for afhængighed øgedes, fandt man ud af, at de terapeutiske principper også kunne anvendes til at hjælpe mennesker med andre afhængighedsproblemer. Efterhånden som mere viden føjedes til, begyndte mennesker

med andre typer af afhængigheder at anvende disse principper for at blive livsduelige igen. Sådan blev Gamblers Anonymous, Narcotics Anonymous, Overeaters Anonymous, Sex Addicts Anonymous, Shoplifters Anonymous, Spenders Anonymous og andre Tolvtrins selvhjælpsgrupper bragt til verden.

Hvorfor virker visse helingsprincipper så effektivt for alle disse forskellige grupper? Den indlysende grund er, at det er den samme lidelse, der behandles: afhængighed. Vi begynder at indse, at der er mange slags afhængigheder, og selv om de er forskellige, er der flere grundlæggende ligheder.

Om bogen: Craig Nakken har skrevet flere bøger. Den kendteste er *'The Addictive Personality: Roots, Rituals and Recovery'*, der udkom i første udgave i 1988. Den reviderede version udkom i 1996 med titlen: *'The Addictive Personality: Understanding the Addictive Process and Compulsive Behavior'* og er solgt i over 200.000 eksemplarer. Denne udgave er oversat til dansk: *'Den addiktive personlighed – at forstå den addiktive proces og tvangspræget adfærd'*, Forlaget Eftertanke, www.bog-shop.dk og Alconsult Publisher, www.al-consult.dk, 132 sider, Kbh. 2006.

Acting Out

'Acting out' er det forhold, at en afhængig person foretager addiktive handlinger eller har addiktive mentale 'besættelser' ('tvangshandlinger' eller 'kompulsive' handlinger). Eksempler:

- Sexafhængige afsøger den del af byen, hvor sandsynligheden for at finde prostituerede er størst.
- Spilleafhængige studerer galopbanens spilleformular.
- Madafhængige (overeaters) overvejer at besøge forskellige butikker for at købe mad, fordi de synes, at ekspedienterne er begyndt at se ned på dem.
- Købeafhængige kaster sig ud i endnu et indkøb.

For den afhængige er det en måde at skabe bestemte følelser, der kan udløse det emotionelle skift, som den afhængige søger. Ved at udleve enten i tanker eller ved konkret handling har den afhængige lært sig at skabe fornemmelsen af at være afslappet, ophidset eller i kontrol.

Den afhængige kan også skabe følelser af frygt, selvhad og skam.

Først og fremmest opnår den afhængige en illusion af at have kontrol via sin addiktive adfærd. Afhængigheden bliver et forsøg på at få emotionel fornuft i sit liv. De afhængige tror og føler, at de bliver tilfredsstillt. Det at være høj igennem udleven beskrives ofte af de afhængige som det øjeblik, hvor de føler sig i live og fuldkomne. Det gælder især for de tidlige faser af afhængighedsprocessen.

Omsorg gennem undgåelse

Afhængighed og stemningsskift gennem udleven er en særdeles forførende proces, hvor den afhængige emotionelt forføres til at tro, at ting eller oplevelser kan give næring.

Vi kan få midlertidig lettelse fra ting og oplevelser, men vi kan ikke få reel næring fra dem. Vi må alle håndtere problemer, smerte, frustrationer og erindringer, som vi hellere ville have undværet. Til tider

har vi alle sammen brugt ting eller oplevelser for at undgå at konfrontere os selv med visse ting. Forskellen mellem den situation og afhængighed er, at afhængigheden bliver en livsstil, hvor mennesket mister kontrollen og låses fast i en emotionel undvigelse af livet selv. Afhængige bliver ved med at udsætte livets problemer som en måde at optage næring på.

Vi har alle sammen den evne til at skabe forhold til ting eller oplevelser, især i stressede perioder, hvor vi gerne vil have udsigt til lettelse og trøst. Afhængige forsøger at nærme sig selv ved at undgå virkeligheden og ansvaret, men afhængigheden er en ineffektiv måde at optage næring på. Stemningsskiftet, som er afledt af udleven skaber kun en illusion om næring. For eksempel vil den madafhængige trakte efter mad efter et skænderi med sin partner og finder dermed illusionen om fred.

Momentant føler han sig både fysisk og følelsesmæssigt tilpas i stedet for at føle sig tom. I disse øjeblikke er der en intens følelse af trøst. På samme måde fortaber ludomanen sig i sin satsning og føler sig høj, tror på sig selv og er stensikker; denne gang har hun fundet en vinder.

Ganske langsomt begynder den afhængige at forlade sig på afhængighedsprocessen mod til gengæld at blive næret og få en fornemmelse af identitet. Deres liv bliver en forfølgelse af deres afhængighed.

Emotionel logik

Afhængigheden begynder som en emotionel illusion. Denne illusion bliver forankret i den afhængige, før andre omkring den afhængige – eller den afhængige selv – sanser, at det addiktive forhold er etableret.

Den afhængige begynder at konstruere et forsvarssystem for at forsvare sit addiktive værdisystem mod angreb udefra, men først når afhængigheden selv er sikkert etableret på det emotionelle niveau. På det reflekterende, intellektuelle niveau

ved den afhængige godt, at en ting ikke kan bringe emotionel næring. Alkoholikere har hørt det gamle udtryk 'du kan ikke flygte ned i en flaske'. Arbejdsmarkomaner ved, at 'der er mere i livet end arbejde'.

Den afhængige af vilde indkøb forstår udmærket, 'at penge ikke kan købe lykke'. Afhængighedslidelsen begynder meget dybt inde i det pågældende menneske, og den lidelse, som personen udsættes for, finder sted på det emotionelle niveau. Intimitet, positiv eller negativ, er en emotionel oplevelse, ikke en logisk tankeaktivitet. Afhængighed er et følelsesmæssigt forhold til en ting eller en oplevelse, hvorigennem afhængige forsøger at stille deres behov for intimitet. Når man ser det på den måde, begynder afhængighedens logik at blive klar. Når madafhængige er triste, spiser de for at blive gladere. Når alkoholikere begynder at føle, at de mister kontrol over deres vrede, tager de sig et par glas for at genvinde kontrollen.

Afhængighed er meget logisk og følger et logisk forløb, men denne udvikling er fuldstændig baseret på det, jeg kalder emotionel logik, ikke tankemæssig logik. Et menneske, der forsøger at forstå afhængighed gennem tankemæssig logik, vil blive frustreret og føle sig manipuleret af den afhængige. Det er til dels derfor, at samtalerapi – 'mand-til-mand' med en terapeut og ikke i en gruppe – er så ineffektiv, når man forsøger at overbevise afhængige om, at de må afslutte deres destruktive, addiktive forhold til deres stof.

Vi kan opsummere emotionel logik i en frase: 'Jeg ønsker, hvad jeg ønsker – og jeg ønsker det nu.' Emotionelle behov opleves ofte som ekstremt vigtige og kompulsive (tvangsmæssige). Emotionel logik tjener til at tilfredsstille den pågældendes umiddelbart påtrængende behov, selv når det slet ikke er til menneskets eget bedste.

Den afhængige spiller, ludomanen, har spillet nok i denne uge.

Han har en dårlig dag på arbejde. Han føler sig urolig, så han kigger sin totalisatorformular igennem for at få følelserne til at falde til ro, mens han fortsat fortæller sig selv, at han har spillet nok i denne uge og ikke vil spille mere i den uge. Mens han tænker dette, begynder hans emotionelle logik at fortælle ham, at han lige er faldet over en sikker vinder. 'Hvorfor så jeg ikke det straks,' siger han. 'Jeg er ikke så dum, at jeg lader den oplagte chance ligge!' Han har fanget sig selv i sin egen fælde – den ene stemme i ham hvisker forførende ord om den sikre vinder, den anden forsøger at minde ham om løftet om ikke at spille i resten

af ugen. Indvendigt vokser det emotionelle pres.

Da afhængighed netop går ud på at få tilfredsstillet de emotionelle behov og få det emotionelle pres udlignet, ender han selvfølgelig med at følge sin trang, især da han netop har overbevist sig selv om, at han ville være torskedum, hvis han ikke griber den oplagte gevinst. Den emotionelle logik fanger ham. Emotionel logik kan være enormt snedig. I Anonyme Alkoholikers såkaldte Store Bog findes en sætning: 'Husk at vi har med alkoholisme at gøre – snigende, overrumplende, og magtfuld!' Jeg er overbevist om, at dette er en af de mest realistiske måder at

beskrive den emotionelle logik, som findes i alle afhængigheder: Snigende, overrumplende og magtfuld.

Afhængighed er mere end et bekvemmelighedsforhold

Vores forhold til ting eller oplevelser er 'bekvemmelighedsrelationer', som indebærer, at vi bruger ting for vores egen bekvemmeligheds skyld for at gøre vores liv behageligere. De fleste har bekvemmelighedsforhold til de samme ting og oplevelser, som afhængige bliver afhængige af – mad, indkøb, alkohol. Disse er normalt forhold uden nogen form for emotionel binding eller illusion om nærhed. Men for de afhængige begynder genstanden eller begivenheden at blive mere og mere væsentlig, mens de forsøger at få deres emotionelle og nærhedsmæssige behov opfyldt igennem denne relation. Til sidst bliver den til deres vigtigste emotionelle forhold. Fordi de, når de oplever en stemningsændring, begynder at tro, at deres emotionelle behov er blevet stillet. Det er en illusion.

Når først et menneske begynder at betragte en ting eller en oplevelse som vejen til emotionel stabilitet, er han eller hun i færd med at opbygge et addiktivt forhold til det. Min definition af afhængighed – som er en variation af den, som det kemiske behandlingsfelt har udviklet – er således: Afhængighed er et patologisk kærligheds- og tillidsforhold til en ting eller oplevelse.

Hvad betyder det så præcist? Patologisk betyder, at man afviger fra en sund eller normal tilstand. Når man betegnes som syg, mener vi, at den pågældende har flyttet sig fra det, som vi betragter som normalt. Ordet patologisk betyder derfor 'anormal'; Afhængighed er derfor et anormalt eller sygt forhold til en ting eller en oplevelse. Alt har en normal, socialt acceptabel funktion: Mad skal spises, at spille er for sjov og spænding, og medicin er til for at dæmpe smerte eller kurere syg-



dom. Alle, der er udsat for disse ting eller oplevelser på de måder, anses for at have et normalt og sundt forhold til dem. Men i afhængigheden afviger den afhængige fra den normale og socialt acceptable brug af tingene og etablerer et patologisk eller unormalt forhold. Mad, spil eller medicin får en ny funktion: Den afhængige udvikler et forhold til tingen eller oplevelsen i håb om at få sine behov opfyldt. Det er det sindssyge ved afhængigheden, for mennesker får normalt deres emotionelle og behov for nærhed stillet gennem en balanceret blanding af nære kontakter med andre, sig selv, deres omgivende samfund og med deres tro på en eller anden form for en højere magt.

Afhængighed er ikke at række ud

Normalt opnår man nærhed ved at række ud efter livet. Vi får vores egen næring ved at række ud efter andre og også ved at række indad mod os selv. I afhængigheden ændres denne stræben nærmest udelukkende til noget indvendigt, næsten isolerende. Afhængigheden eksisterer i selve personen, og hver gang den afhængige bliver urolig eller får en addiktiv adfærd, tvinges han til at trække sig tilbage og isolere sig fra andre. Jo mere den afhængiges lidelse udvikles, jo mindre føler den afhængige, at han eller hun kan have et meningsfyldt forhold til andre.

Afhængighed gør livet meget ensomt og isoleret, hvilket skaber et yderligere behov hos den afhængige for at handle addiktivt. Hvis den afhængige mærker smerte, vil han eller hun nødvendigvis handle addiktivt ved at vende sig mod afhængigheden for at få trøst, ligesom almindelige mennesker vender sig mod en partner, den bedste ven eller måske en åndelig vejleder. For den afhængige er selve stemningsændringen ved at handle addiktivt dét, der giver en illusion om, at et behov er blevet stillet.

Hvorledes afhængige behandler sig selv og andre

Fordi afhængighed er en lidelse, hvor den afhængiges væsentligste forhold er til en ting eller en oplevelse og ikke til mennesker, bliver dette forhold afspejlet i de afhængiges forhold til andre mennesker. Vi plejer at manipulere med tingene for vores egen fornøjelses skyld, for at gøre livet mere bekvemt. De afhængige overfører langsomt denne vinkel på ting til deres samspil med mennesker og betragter dem som en-dimensionelle ting, som man kan manipulere med. Eksempelvis ser den sexafhængige først og fremmest mennesker som sexobjekter, og derefter som mennesker. Menneskene omkring den afhængige bliver trætte af, frustrerede og vrede over at blive behandlet som objekter. Det fører til større afstand mellem de andre og den afhængige, som bliver endnu mere isoleret.

Afhængige behandler sig selv, som han eller hun behandler andre. Når den afhængige ser sig selv som udelukkende et objekt, udsætter han eller hun sine følelser, sind, ånd og krop for mange farer, herunder et højt stressniveau. Efterhånden som de fortsætter med at betragte sig som objekter, kommer det ofte til en eller anden form for sammenbrud.

Døde ting er forudsigelige

De afhængige begynder at forlade sig på den addiktive stemningsændring, som er udløst af deres afhængighed af en ting eller oplevelse, fordi den er konsekvent og forudsigelig. Det er den forførende del af afhængigheden.

- Hvis du er på stoffer og tager et bestemt stof, oplever du en forudsigelig stemningsændring
 - Hvis du ludoman, og du begynder at spille, oplever du en forudsigelig stemningsændring
 - Hvis du er madafhængig og prop- per dig med mad, oplever du en forudsigelig stemningsændring
- Det samme gælder for sexafhæn-

gige, arbejdsnarkomaner, købeafhængige og mennesker med hvilken som helst anden afhængighed: Afhængigheden udløser en oplevelse af en forudsigelig stemningsændring. Da afhængighed er forudsigelig for de afhængige, tror de, at de kan forlade sig på den. Afhængige forlader sig på en stemningsændring, og ændringen indtræffer – i begyndelsen.

Mennesker, derimod, er ikke ligeså forudsigelige. En afhængig kan have brug for emotionel støtte, så hun kontakter sin bedste veninde, men finder hende i en situation, hvor hun selv har mere brug for emotionel støtte end den afhængige selv. Når den slags sker, konkluderer den afhængige, at ting er mere pålidelige end mennesker.

Hvis en person er opvokset i en addiktiv eller misbrugsfamilie, har man muligvis lært ikke at tro på mennesker. Det vil gøre en person udsat for den forførende illusion af trøst, som afhængighed skaber i form af den forudsigelige stemningsændring.

Forkerte prioriteringer

Aktive afhængige ønsker selv førsteprioritet og forlanger at komme i første række. Deres behov bliver altoverskyggende. Ting har ingen krav eller behov, og derfor kan den afhængige altid komme først, når det drejer sig om en ting. Denne egenskab er dybt attraktiv for en afhængig, og den passer som fod i hose ind i det værdisystem, som er skabt af den emotionelle logik. En aktiv afhængig kommer til at tro på afhængigheden, ikke på mennesker. At forlade sig på mennesker bliver en trussel mod den addiktive proces. Den aktive afhængige prioriterer ting først, mennesker kommer i anden række.

Vi ønsker alle sammen vores længsler tilfredsstillet og søger forhold, som vil opfylde dem. Afhængighed er et problematisk forhold, og det er destruktivt, men hengivent. Ligesom to mennesker i et



destruktivt forhold, som udenforstående ikke begriber, men som alligevel fortsætter i årevis, har den afhængige et destruktivt forhold til en ting eller en oplevelse.

I de første faser er afhængighed et forsøg på at opnå følelsesmæssig tilfredsstillelse af sig selv. På mange måder er afhængigheden en normal proces, der er gået skævt. Mange venskaber indledes med en emotionel tilknytning og er baseret på at få emotionelle behov opfyldt.

Afhængighed er en patologisk måde at forsøge at opnå denne forløsning på. En ludoman jagter ikke gevinsten som sådan, selv om det er

det, han bilder sig selv ind. Dét, som den afhængige tror på og forlader sig på, er det falske løfte om og en falsk fornemmelse af tilfredsstillelse, som er fremkaldt af det overvældende engagement i det at satse og den forudsigelige stemningsændring.

Når addiktive forhold grundlægges

Der er tidspunkter, hvor vi er tilbøjelige til at etablere addiktive forhold, for eksempel efter et alvorligt tab. Med tabet kommer smerten og behovet for at erstatte det mistede forhold. Pensionering er et godt eksempel, hvor savnet af arbejdet ofte erstattes af et addiktivt forhold.

Efterhånden, som folk bliver ældre, venner dør, og gamle venskaber begynder at ændres, begynder mange ældre mennesker at etablere afhængighedsforhold til eksempelvis tv og alkohol eller andre stoffer. De kommer til at forlade sig på disse ting og ved, at de også er der i morgen.

Mennesker kan også blive tvunget til at skabe afhængighedsforhold på andre tidspunkter:

- Når den elskede dør (jo mere inderligt forhold, jo større sandsynlighed er der for en ændring)
- Efter tab af status
- Efter tab af idealer og drømme
- Efter tab af venskaber
- Når nye sociale udfordringer eller social isolation skal håndteres (for eksempel ved flytning til nye omgivelser)
- Når man forlader sin familie.

Afhængighedens forførelseskunst

Det er stemningsændringen, der gør afhængighedsforholdet så attraktivt. Det virker med garanti hver gang. Intet menneskeligt forhold kan være omfattet af den slags garantier. Afhængige er sikre på, at de kan opnå en stemningsændring, hvis de udøver en ganske bestemt adfærd. For eksempel kan den madafhængige stoppe sig og derigennem midlertidigt kontrollere sit liv, som han gerne vil. På den måde og ved at handle addiktivt kan han få en fornemmelse af kontrol. Det hjælper til at modvirke den totale fornemmelse af afmagt og kontroltab, som den afhængige føler på et dybere og mere personligt niveau.

Den addiktive proces er ekstremt forførende. Afhængighed er en måde at købe sig til falske og tomme løfter: Det falske løfte om lettelse, det falske løfte om emotionel sikkerhed, den falske fornemmelse af tilfredsstillelse og den falske fornemmelse af nærhed med verden. En ludoman jagter ikke selve spillet, men det, som oplevelsen i sig selv kommer til at stå for – et symbol på fuldbyrdelse. Det er ikke forholdet

til den særlige ting eller oplevelse, som er farligt for de afhængige, det er også farligt at jagte den form for uærlighed. Det er en illusion at kunne opnå tilfredsstillelse gennem en ting eller en oplevelse. Det er uærligt at tro, at en ting eller en oplevelse kan udløse andet end bare en midlertidig stemningsændring.

Ludomaner er ikke ude efter gevinsten i sig selv. Hvis gevinsten var vigtig, var de stoppet, når gevinsten var hjemme. De jagter spændingen, ophidselsen, øjeblikket, og efterhånden må de også jagte det at tabe, fordi det tillader dem at jagte igen. Fortsat uærlighed af den slags kan udløse et nyt afhængighedsforhold til den anden ting, idet enhver ting let kan erstattes med en anden. Suset kommer i uendeligt mange forklædninger. En af mine venner har et skilt på sin væg, hvor teksten rammer plet, når det drejer sig om afhængighed:

At snyde andre er en alvorlig sag, men hvis du snyder dig selv, er det fatalt.

Intensitet forveksles med intimitet

Følelsesmæssigt blander afhængige

emotional intensitet sammen med intimitet. At udleve er en meget intens oplevelse for afhængige, fordi den indebærer, at de må gå imod sig selv.

For madafhængige er det at købe en stor pose med lækkerier, spise næsten det hele og så putte en finger i halsen for at kaste det hele op igen en meget intens oplevelse.

Sexafhængige får en ekstremt intens oplevelse ved at gå ind i en pornofilm, velvidende at de ikke vil gå, før end de har haft sex med en vildt fremmed, og at der måske er en risiko for, at de kan blive anholdt.

Ludomaner, der ser en fodboldkamp, som de har satset stærkt på, får en meget intens oplevelse, især hvis den mulige gevinst egentlig skal bruges til at inddække en for længst forfalden husleje. Under den tranecetilstand, som er udløst af denne udleven, kan den afhængige føle sig meget høj, meget skamfuld og meget bange. Hvad de end måtte føle, føler de det intenst. Afhængige af selve øjeblikket på grund af dets intensitet.

Intensitet er imidlertid ikke inti-

mitet, selv om afhængige hele tiden roder begreberne sammen. Den afhængige har en intens oplevelse og tror, at det er intimitetens øjeblik. For eksempel ser alkoholikeren sit forhold til sine drukkammerater som dybt og meget personligt, men de forsvinder, når der ikke er anledning til druk.

Jeg har lært en masse om forskellene mellem intensitet og intimitet fra min femtenårige niece, som har en alder, hvor de to begreber ofte forveksles. Hun er overbevist om, at hun er 'totalt forelsket' i en klassekammerat og er sikker på, at de bliver gift. Hun har allerede besluttet, hvor mange børn de skal have, og hvad de skal hedde. Det ville være helt omsonst at forsøge at tale hende ud af hendes emotionelle opfattelse. Alle omkring hende ved, at hun er vildledt af intensitet. Hvad hun føler, er meget intenst, men ikke særligt intimt. Ungdommen er den periode, hvor man lærer forskellen mellem intensitet og intimitet. Unge afgiver løfter om evigt venskab og lægger store planer for fremtiden baseret på dem, men ser, at venskaberne falmer. Intimitet er noget, der langsomt opbygges med tiden. Unge har ofte vanskeligt ved at se ud over selve øjeblikket.

Aktive afhængige lever også i nuet og anvender emotional logik for at kunne det. Emotionalt opfører afhængige sig som unge, og de beskrives netop ofte som unge eller barnlige i deres adfærd og holdninger. Når alt kommer til alt, er mange af de problemer, som afhængige slås med de samme, som unge kommer ud for. Forskellen er blot, at den afhængige forbliver fanget i en pubertetsagtig fase, så længe afhængigheden udvikler sig.

Når ting og oplevelser bliver addiktive

Hvad har forskellige addiktive ting og oplevelser (mad, spil, stoffer og sex) tilfælles? Det er deres evne til at fremkalde et positivt og behageligt stemningsskift. Det er tingenes og



Eksempler på forførende addiktive løfter:

'Bring mig din smerte, og jeg vil give dig lindring.'

'Jeg vil give dig frihed.'

'Brug din tid på mig, som du kan stole på. Du kan ikke stole på nogen anden.'

'Jeg vil lære dig en måde, hvor du ikke behøver konfronteres med problemer.'

Realiteterne bag de addiktive løfter:

'Bring mig din smerte, og jeg vil give dig illusionen om lindring.'

'Jeg kommer til at eje dig.'

'Brug din tid på mig, og jeg vil lære dig ikke at forlade dig på andre.'

'Du kan gemme dig midlertidigt, men problemerne går ikke væk.'

CRAIG NAKKEN
FORFATTER, UNDERVISER
OG FAMILIETERAPEUT



oplevelsernes addiktive potentiale. Opvask og spil er begivenheder, men for de fleste mennesker fremkalder opvask et langt mindre behageligt stemningsskift. Mælk og alkohol er stoffer, men mennesker bliver ikke afhængige af mælk, fordi mælk ikke har samme stemningsændrende kvalitet som alkohol. Evnen til at udløse et behageligt stemningsskift er derfor en nødvendig egenskab ved en ting eller oplevelse for at have et addiktivt potentiale.

Tilgængeligheden af tingen og oplevelsen er afgørende for, om mennesker vil vælge den form for afhængighed. Jo mere tilgængelige ting og oplevelser er, jo flere mennesker vil etablere addiktive forhold til dem. Spil bliver mere tilgængelige, og derfor ser vi også en stigning i antallet af ludomaner. Enhver kan udskifte et addiktivt forhold – fra en ting til en anden og fra en oplevelse til en anden. Det at skifte fra en ting til en anden er med til at skabe den illusion, at 'problemet er løst', mens virkeligheden ret beset er, at ét addiktivt forhold er blevet erstattet med et andet. Det køber den afhængige mere tid. En afhængig holder op med at tage speed og hash og går 'bare' over til at drikke. Ligeledes kan den ædru alkoholiker langsomt udvikle et addiktivt forhold til mad og tage måske 20-30 kilo på og forblive lige så emotionelt isoleret, som da han drak.

Passive og aktive afhængige må erkende, at de undertiden gerne vil i kontakt med verden gennem deres afhængighed. For eksempel kan de, når de bliver stressede, længes efter at gribe ud efter en ting i stedet for at række hånden ud mod mennesker eller deres egen åndelighed for at klare verden udenfor.

Når et addiktivt forhold er etableret, vil den aktive afhængige eller ædru person altid anskue verden ud fra en anderledes vinkel. Som alle alvorlige lidelser er afhængighed en erfaring, som varigt ændrer mennesker på varige måder. Det er derfor,

at det er så vigtigt for ædru mennesker at gå til AA's Tolvtrins-møder eller andre selvhjælpsgrupper regelmæssigt. Den addiktive logik bliver dybt inde i dem og er konstant på udkik efter en chance til at vende tilbage på samme måde som tidligere eller på en anden, måske mindre gennemskuelig måde. Ædru mennesker må blive ved med at gå til møder og arbejde med deres eget 'program', fordi de forbliver afhængige. Ædruelighed forudsætter den fortsatte accept af afhængigheden og den fortsatte overvågning af den addiktive personlighed i den form, som den måtte antage.

Afhængighed må anses for at være kronisk, fordi den er fremadskridende. Nogle balancerer skrøbeligt på afgrundens rand i lange tider. Afhængighed er ikke det samme som periodisk eller hyppig misbrug af det foretrukne stof. Den forskel vil fremgå klart på de følgende sider¹, som beskriver den addiktive personlighed: De forskellige ændringer, som indtræffer for afhængige i deres verden og i deres omgivelser, mens afhængigheden udvikler sig. ■

Oversat af Jørgen F. Nissen

Rettigheder

Redaktionen takker Forlaget Eftertanke og Alconsult Publishers for tilladelse til at bringe dette uddrag af 'Den addiktive personlighed' (s. 21- 32 og s. 52) i STOF 15. Tekstuddraget må ikke gengives andetsteds hverken helt eller delvist uden forudgående skriftlig tilladelse fra Hazelden, Center City, Minnesota eller Forlaget Eftertanke og Alconsult Publishers

Noter

- 1 Der henvises til bogen 'Den addiktive personlighed' af Craig Nakken, som denne artikel er et uddrag af.



ARTIKEL PÅ VEJ:

Om påklædning og stofbrugere – en føljeton

AF BIRGITTE THYLSTRUP
& KATHRINE LOUISE BRO LUDVIGSEN

I sidste udgave af STOF skrev vi artiklen 'At være klædt på til arbejdet med stofbrugere', som handlede om vores to projekter: en spørgeskema- og en praksisundersøgelse af hvordan faglig viden kommer i spil og dermed kan bidrage til opkvalificering og sikring af kvalitet inden for misbrugsområdet. Vi skrev også, at vi ville vende tilbage med resultaterne fra vores undersøgelser i næste udgave af STOF. Det er så den udgave, som du sidder med nu. Så hvor er artiklen om vores resultater? Her må vi svare, at føljetonen fortsætter, og at artiklen først kommer i næste udgave af STOF.

Det er ikke fordi undersøgelserne og analyserne ikke er færdige og resultaterne diskuteret og bearbejdet. For det er de. Indtil videre har vi afholdt en virksomhedskonference for medarbejdere i KABS, som netop tog udgangspunkt i vores undersøgelser, og vi er nu i gang med at holde oplæg for forskellige faggrupper. Vi synes, at det er rigtig spændende, at resultaterne kommer i spil med medarbejdere på området, og vi er glade for den respons og de diskussioner, som oplæggene giver. Det er netop dér, hvor undersøgelserne bliver levende og kan bidrage til feltet. Det er også dér, hvor vi bliver klogere på hvordan man kan bruge undersøgelserne som en generator for videre refleksion og måske nye tiltag.

Vi vil gerne inddrage noget af den respons vi får i artiklen, og udsætter den derfor til næste STOF.

Så, på gensyn næste gang.

P.S. Birgitte Thylstrups undersøgelse er udkommet som rapport under KABS Viden. Rapporten hedder Fagressourcer i misbrugsbehandlingen – En undersøgelse af hvordan medarbejdere indhenter og anvender viden. Foreløbig kan det nævnes, at STOF er det fagtidsskrift der samlet set læses mest på tværs af alle faggrupper inden for misbrugsområdet.

Se mere på www.KABS.dk.

Tolv grunde til hvorfor vi må finde alternativer til Anonyme Alkoholikere

AF GLENN D. WALTERS

Anonyme Alkoholikere (AA) blev undfanget af to personer i forbindelse med deres egne livtag med alkohol. Selvhjælps-formatet, som disse to opfandt i 1935, spredte sig på kort tid som en social bevægelse med tilhængere i hele verden. I januar 2001 var der på verdensplan 100.766 aktive afdelinger med 2.160.013 deltagere – heraf i USA alene 51.735 afdelinger med 1.162.112 deltagere¹.

Mens AA ikke direkte beskæftiger medarbejdere med uddannelse i fag som psykiatri og psykologi, findes der professionelt ledede grupper, som i udbredt grad benytter sig af traditioner og trin fra AA. Minnesota-modellen er et eksempel på et professionelt drevet program allieret med AA². I USA – om ikke andre steder – er AA og programmer tilknyttet Minnesota-modellen ofte det eneste tilbud til alkoholmisbrugende klienter.

Denne artikel fremhæver og beskriver 12 grunde til, at alternativer til AA og Minnesota-modellen må udvikles, hvis vi på effektiv måde skal håndtere problemet alkoholmisbrug i USA og i resten af verden.

Grund 1: Frafald

Det fremgår, at flertallet af mennesker, der deltager i AA-møder, ophører med at komme kort tid efter, at de er begyndt. I et af de få empiriske studier af frafald fra AA påviser Chapell³, at halvdelen af alle nye deltagere dropper ud i løbet af de første tre måneder.



Ved brug af en 'Alcoholics Anonymous Involvement scale' på en gruppe bestående af 1.625 problem-drikkere fastslog Tonigan et. al⁴, at 78 % af de interviewede behandlingssøgende var kommet i AA på et eller andet tidspunkt – heraf 50 % i året inden interviewet. Men

det viste sig også, at 69 % i deres livstid havde færdiggjort mindre end to af modellens Tolv Trin, og at 50 % var kommet til mindre end 5 møder i det forløbne år. Således fremgår det, at mens fremmøde i AA er almindeligt i den alkoholmisbrugende population, så er involve-

ringsgraden forholdsvis lav.

Det høje frafald forklares af AA-støtter oftest enten med benægtelse eller med manglende motivation hos dem, der dropper ud af fællesskabet. Det er muligvis sandt, men folk kunne også forlade fællesskabet af andre grunde. I nogle tilfælde kunne frafald fra AA være foranlediget af forhold og fremgangsmåder, der gør AA uacceptabel for en del af gruppen af problemdrikkere. Af denne grund er der brug for en revision af den traditionelle *'one size fits all'*, hvor alle, der kommer ind ad døren, i princippet behandles som lidende af *'sygdommen alkoholisme'* eller tilsvarende, hvilket er tæt på sædvanen i amerikanske hjælpetiltag for kemisk afhængighed. At få identificeret alternativer til AA og Minnesotamodellen kan faktisk være en effektiv måde at få udpeget, hvad sammensætningen af en alsidig vifte af hjælpetiltag indebærer.

Grund 2: Motivation

Troen på, at det høje frafald fra AA skyldes benægtelse og svag motivation, afspejler de dispositionelle antagelser, som kendetegner AA og Minnesota-modellen. I stedet kunne man anlægge et andet syn på motivation. Miller⁵ argumenterer for, at motivation er en dynamisk, mellemmenneskelig proces snarere end en statisk egenskab ved klienten. Følgelig er motivation noget, der kan næres og befordres inden for en hjælpende relation.

Ved at bruge metoden, der er blevet kendt som *'Den motiverende samtale'*, søger Miller og hans kolleger at forstærke motivationen for forandring ved sammen med den misbrugende klient at gennemføre et batteri af fysiske og psykologiske tests for herefter at dele resultaterne af disse med klienten.

Hellere end direkte at konfrontere klienten med hans eller hendes drikkeproblem anbefaler Miller, at hjælperen fordomsfrit henleder opmærksomheden på tilsyneladende

uoverensstemmelser mellem klientens nuværende funktionsniveau – som det er målt i de gennemførte fysiske og psykiske tests – og de områder, hvor klienten ønsker at fungere bedre. Forskning udpeger *'Motiverende samtaler'* som en metode, der kan forhøje effektiviteten af andre former for intervention for mennesker, der misbruger alkohol⁶ – dog er nytten mindre, når det drejer sig om svært alkoholafhængige klienter⁸.

Tilhængere af AA insisterer ofte på, at en person skal nå sin bund, inden vedkommende for alvor vil være motiveret for at gøre noget ved et seriøst alkoholproblem. Men dels er det en metodologiske udfordring at måle denne konstruktion: Hvornår er bunden nået? Dels kan forestillingen om, at man skal nå sin bund, før forandring er mulig, give anledning til udsættelse og undskyldninger: *'Jeg er ikke klar til forandring nu; jeg har ikke ramt min bund endnu'*.

Endnu vægtigere er det, at en metaanalyse af selvforandringslitteraturen⁹ viser, at kun 4% af de mennesker, som kommer sig fra alkohol og andet misbrug af stoffer, angiver det *at ramme bunden* som ansporende i.f.t. deres beslutning. Mere betydningsfuld for den første beslutning om at holde op er stofrelaterede medicinske problemer (19%), en ekstraordinær begivenhed såsom at se en bekendt dø af en overdosis (10%), pres fra familie og venner (9%), ændrede værdier og mål (8%), stofrelaterede økonomiske problemer (7%), øget ansvar i f.m. indgåelse af ægteskab eller børnefødsel (6%) og stofrelaterede sociale problemer (5%).

At begrebsliggøre motivation som en dynamisk proces, der påvirkes af mange miljømæssige faktorer i form af såvel positive som negative begivenheder – henholdsvis fødslen af et barn og et ultimatum fra ægtefællen – kan være mere acceptabelt for nogle klienter end det syn på motivation, som antages af AA, hvor

en disposition er enten indtrådt eller ej.

Grund 3: Religiøse undertoner

Oprindeligt blev AA's tolv trin lånt fra fem arbejdsmetoder, der var skabt inden for en ikke-sekterisk kristen gruppering kendt som Oxfordbevægelsen. De fem fremgangsmåder, som oprindeligt blev benyttet af Oxfordbevægelsen¹⁰ var:

At give efter for Gud
At lytte til Guds anvisninger
At søge efter vejledning
At gennemføre genoprettelse
At dele

Fortalerne for AA bedyrer, at deres fremgangsmåde er af spirituel natur snarere end af religiøs natur. Imidlertid nævnes Gud ved navn i 5 af de Tolv Trin og forudsættes i flere andre. Et andet fællestræk mellem AA og religion er, at nogle medlemmer giver sig i kast med rekruttering med en missionerende tjenesteiver. Eksempelvis rejste en AA-veteran således rundt i Caribien i slutningen af 1980'erne, i hvad der efterhånden blev kendt som det 'Caribiske korstog' og adskillige delegationer af tilrejsende AA medlemmer oprettede under protektion af AA-tilknyttede sponsorer lokalafdelinger i Sovjet Unionen¹¹.

Selv vedkender mange AA-støtter sig de religiøse undertoner og den religiøse tiltrækning¹². Forskning viser, at gudsbevidsthed korrelerer stærkt med AA-fremmøde og -aktiviteter som at finde en sponsor og at arbejde med de Tolv Trin¹³. Følgelig er spørgsmålet, hvad der sker med folk, som finder det vanskeligt at forbinde sig med AA eller som aktivt afviser de Tolv Trins religiøse undertoner?

Sandheden er, at nogle af de personer, som efter kun få møder dropper ud af AA, ikke føler sig trygge ved mødernes religiøse stemning. Alternativer, som ikke kræver troskab til en gudsbevidsthed og en religiøs filosofis talen om genoprettelse, er derfor påkrævet, hvis vi skal

kunne tilbyde klienterne den vifte af tilbud, som er nødvendig i forbindelse med sammensætningen af en bred og omfattende tilgang til stofmisbrug. Ellers vil de personer, som finder den vækkelsesagtige stemning, der præger mange AA-møder, uacceptabel, være efterladt uden et gangbart alternativ i form af et ikke-AA-baseret hjælpeprogram.

Grund 4: Kontrol-lokus

Der er mere end én vej til spiritualitet. I betoningen af at finde en højere magt udbreder AA en tiltro til, at spiritualitet findes uden for en selv¹⁴. Den form, der forfægtes af AA, er af en udefra kommende spiritualitet, som er mere i overensstemmelse med vestlige religioner – som kristendom – end med østerlandske religioner som taoisme og buddhisme. Dermed kan mange udtryk for spiritualitet ikke tages op af AA – særligt den spiritualitet, som er lokaliseret i personen selv. Resultater er, at AA har vist sig mere acceptabel for personer som har *ydre-kontrol-lokus* end personer som har *indre-kontrol-lokus*.

I en stor undersøgelse var det klarste enkelte tegn på tilhørsforhold til AA en tidligere brug af *eksterne* støtteforanstaltninger til at holde op med at drikke¹⁵. Blandt unge rapporteres det mest udbredte ledsagefænomen for tilknytning til AA at være en tilbøjelighed til give ydre faktorer afgørende betydning for kontrollen over positive og negative hændelser^{16,17,18}. Kontrol-lokus må derfor være endnu en faktor, som skal tages i betragtning i forbindelse med bestemmelsen af hensigtsmæssigheden af diverse modeller for klienter med stofmisbrugsproblemer.

Forskning i spørgsmålet om kontrol-lokus i.f.m. alkoholmisbrug har givet uens resultater. Nogle undersøgelser finder større ydre-styring hos alkoholmisbrugere¹⁹, mens andre undersøgelser ikke kan påvise sammenhænge mellem alkoholmisbrug og et bestemt kontrol-lokus²⁰.



Der er imidlertid evidens for, at eksternt-rettede problemdrikkere er mere tilbøjelige til at falde tilbage i forhold til internt-rettede drikkere²¹, og at alkoholmisbrugende klienter i løbet af psykologisk intervention bliver mere indre-styrede i forståelsen af kontrol-lokus²².

Så mens det forholder sig sådan, at alkoholmisbrugere spænder over forskellige forståelsesformer, og at personer med et ydre kontrol-fokus kan have gavn af ydre-rettede tilgange som AA, så vil indre-rettede personer hælde mere til at have gavn af kognitivt baserede alternativer. Forskning viser, at personer tilknyttet AA er mere eksternt orienteret, hvad angår, hvor kontrollen placeres, end klienter indskrevet i kognitivt baserede programmer som 'Rational Recovery'²³ og 'Smart Recovery'²⁴. Et endnu vigtigere spørgsmål at få belyst ville være, hvor vidt internt og eksternt orienterede personer udviser forskellige behandlingsudfald, når de indskrives i henholdsvis internt og eksternt orienterede programmer.

Grund 5: Sygdom

Siden 1935 har AA forsvaret den anskuelse, at nogle mennesker er '*allergiske*' over for alkohol og ude af stand til at bruge det i nogen form²⁵. Anonyme Alkoholikere har således været stærkt medvirkende til at vinde accept for begrebet alkoholisme som sygdom. Men også den amerikanske lægeforening (AMA - American Medical Association) har bidraget til udbredelsen, idet man i 1956 tog en medicinsk version af sygdomsbegrebet til sig. Endeligt skal nævnes at Jellinek²⁶ i 1960 gav begrebet videnskabelig troværdighed med udgivelsen af bogen '*The Disease Concept of Alcoholism*'.

Uanset om sygdommen alkoholisme begrebsliggøres som værende af spirituel karakter (AA) eller af medicinsk natur (AMA), så indebærer diverse versioner af sygdomsbegrebet, at alkoholmisbrug betragtes som en kronisk lidelse, der forværres og ender med døden - med mindre den stoppes.

Forskning, hvor man ser på alkoholbrug og misbrug gennem hele

livsforløb²⁷, på spontan bedring⁹ og på 'kontrolleret drikning'²⁸ indikerer imidlertid, at alkoholmisbrug kan være lige så situationsbetinget, variabelt og genstand for mådehold, som det kan være kronisk, fremadskridende og svært behandleligt. Alternativer må findes og realiseres med henblik på at imødekomme de forskelligheder, der kan være i spil i.f.m. et alkoholmisbrugsproblem.

Sygdomsbegrebet er baseret på varige, bestandige og internt orienterede tilskrivelser af væsentlige egenskaber ved alkoholmisbrug. Huselid et al.²⁹ bemærker eksempelvis, at kvinder, som kommer i et AA-baseret program for kemisk afhængighed, oftere forbliver i programmet, hvis nylige negative begivenheder gives faste og altomfattende årsagsforklaringer. At udlede, at jeg drikker på grund af en generel tilstand inde i mig selv, som ikke forandrer sig over tid eller på tværs af situationer, svarer imidlertid til at betragte alkoholmisbrug som en karakteregenskab.

Dette kan medføre to problemer. For det første kan sygeliggørelsen fremme opgivenesshed, idet psykologer i det store hele er enige om, at personlighedstræk er svære at forandre. For det andet kan det blive en undskyldning for fortsat at drikke: 'Jeg kan ikke gøre for det, min sygdom har overtaget'. Selv om AA fastslår, at en person ikke er ansvarlig for udviklingen af hans eller hendes sygdom, men er ansvarlig for at gøre noget ved den, har sådanne spidsfindigheder det med at fortabe sig hos klienter, der ser sygdomsbegrebet som en bekvem undskyldning for generel personlig ansvarsløshed.

Grund 6: Karakterbrist

Det sjette af de tolv trin lyder: 'Vi var helt indstillet på at lade Gud fjerne alle disse karakterbrist'²⁵. Men det at bede en udefrakommende kraft om at fjerne karakterbrist kan betynde et afhængighedsforhold¹⁴ og

føre til skyld- og skamfølelse over at være nedbrudt og defekt.

Snarere end at fokusere på en persons svagheder og mangler ville det - i det mindste for nogle klienters vedkommende - nok være mere produktivt at skifte fokus over på personlige styrker. Modeller, der benytter sig af adfærdsmæssig intervention - i hvilke vægten ligger på udviklingen af mestring og kompetence - synes at være et muligt og gennemførligt alternativ til AA for klienter, der ikke finder det i overensstemmelse med deres overbevisninger at indrømme karakterbrist og forlade sig på en højere magt, og som dropper ud af AA i store tal, når de presses til at gå til møde af deres partner, arbejdsgiver eller tilsynsværge.

Grund 7: Magtesløshed og viljestyrke

At indrømme sin magtesløshed over for alkohol er det første af de Tolv Trin; at erkende, at der skal en højere magt til, er det andet trin; at lægge sin vilje og sit liv over til sin højere magt er det tredje trin. I denne forbindelse skal det bemærkes, at magtesløshed kan afspore hjælpeprocessen³⁰. En proces, i hvilken der kan ske personlig vækst, kan hæmmes af, at hovedpersonen ser sig selv som den passive modtager af udefra kommende hjælp snarere end en aktiv iværksætter af selvhjælp³¹.

Hohman and LeCroy³² bemærker, at i deres gruppe af unge alkoholmisbrugere havde de med det stærkeste tilknytningsforhold til AA tidligere været i (Minnesota-) behandling. Kendetegnende var også, at de havde mindre omgang med andre teenagere, som brugte alkohol og stoffer, og de gav udtryk for stærkere håbløshed end unge med svagere tilknytning til AA. I nogle tilfælde kan det at få bugt med et alkoholmisbrug være forbundet med at overvinde hjælpeløshed - og dette gøres formodentlig mere effektivt gennem færdighedstræning

og selvstændiggørelse³³ end ved at fokusere på selvutilstrækkelighed i forbindelse med situationer, der involverer alkohol.

I AA-kredse anses viljestyrke som ineffektiv og utilstrækkelig i kampen mod alkoholmisbrug. Ikke desto mindre påpeger Walters⁹ i en undersøgelse af spontan bedring fra misbrug af alkohol eller andre stoffer, at 17,4 % af de personer, som deltog, nævnte viljestyrke som afgørende for at opretholde deres afhold fra stoffer, mens det tilsvarende tal for personer, der benyttede sig af selvhjælpsgrupper som AA til at opretholde deres nyfundne afholdenhed, var 2,5 %.

En del af problemet synes at være manglende lydhørhed over for den rolle, det at vælge har i forbindelse med stofmisbrug. Et tidlig undersøgelse foretaget af NIDA (The National Institute of Mental Health) viste eksempelvis, at 'kroniske alkoholikere' i forsøgsopstillingen lærte sig at forøge tidsintervallet mellem genstande til noget nær afholdenhed, når omkostningerne ved at gøre sig fortjent til alkohol forøgedes³⁴. Hertil kommer, at svært drikkende personer, som blev bedt om at underskrive et løfte om at holde sig fra alkohol i en uge, i markant højere grad var i stand til at være afholdende eller reducere deres alkoholindtag (74%) end den kontrolgruppe af svært drikkende, der udelukkende blev bedt om at holde regnskab med deres indtag³⁵. Viljestyrke alene virker ikke altid, men for nogle klienter kan viljestyrke være nødvendig i forandringsprocessen.

Grund 8: Kontroltab

Antagelsen om, at en person med et alkoholproblem vil miste kontrollen over sig selv ved enhver indtagelse af alkohol i en hvilken som helst form, er central i AA-filosofien. Der er imidlertid tre grupper af forskningsfund, der taler imod tesen om kontroltabets uomgængelighed:

1) Flere undersøgelser af brud på

afholdenhed kan ikke påvise, at overindtag nødvendigvis følger af første indtag. Modsat de forudsigelser, som gøres i kontroltabshypotesen, er problemdrikkere ikke nødvendigvis mere tilbøjelige til overindtag end ikke problemdrikkere, hvis man eksperimentelt har blindet, om indtaget faktisk er alkohol, eller noget forsøgspersonerne bare tror er alkohol³⁶.

- 2) Andre undersøgelser, der benytter sig af metoden med balanceret placebo, viser, at det ikke udelukkende er de farmakologiske egenskaber af det fluidum (alkohol vs. placebo), der indtages, men nærmere overbevisningen om at have indtaget alkohol, som synes at indvirke på såvel alkoholindtaget som de former for adfærd, der udvises i en given drikke-session³⁷.
- 3) Forskning i kontrolleret alkoholindtagelse viser, at tæt på hver femte problem-drikker, som undergik traditionel, afholdenhedsorienteret behandling fire år senere³⁸ kunne drikke socialt uden skadelige følgevirkninger. Det synes altså muligt at lære nogle mennesker, som tidligere har haft alvorlige alkoholproblemer, at drikke kontrolleret²⁸.

Der er behov for alternativer til det 'kontroltabsbegreb', som i de fleste teorier om afhængighed understøtter brugen af sygdomsbegrebet. Et sådant alternativ er Edwards³⁹ 'dyskontrolbegreb', der ser kontrol som noget, der kan placeres på et kontinuum, som kendetegnes ved tids- person- og situationsvariable, og som kan ændres gennem træning og udvikling af færdigheder. Der er empirisk støtte at hente for denne konceptualisering af kontrol⁴⁰, og der er evidens for, at forventning kan spille en afgørende rolle for en persons generelle dyskontrol-niveau.

Ved eksperimentelt at fremkalde 'højafhængigheds' forventninger el-

ler en kognitiv indstilling, såsom 'jeg drikker for at gøre mig selv mindre hæmmet', konstaterede Oie et al.⁴¹ at dette indebar markant højere alkoholindtag end 'lavafhængigheds' forventninger, eller en kognitiv indstilling såsom 'alkohol er ikke nødvendig for at nyde livet til fulde'. Det synes plausibelt, at dyskontrolbegrebet og betoningen af udviklingen af færdigheder og modifikation af forventninger vil være mere nyttig – i hvert fald for en del af den alkoholmisbrugende befolkning – end troen på det uundgåelige kontroltab ved tilstedeværelsen af alkohol.

Grund 9: Afholdenhed

Et grundprincip i AA er, at total afholdenhed er det eneste fornuftige mål for en person med et seriøst alkoholproblem. Dette baseres på læresætningen om, at 'en genstand er for mange og hundrede ikke nok'²⁵. At nævne muligheden for kontrolleret drikning for en, som har haft problemer med alkohol, er bandlyst for dem, der følger stien formet af AA og Minnesota behandlingsmodellen. Det faktum, at nogle alkoholikere succesfuldt kan indlade sig på at drikke kontrolleret er ifølge AA fuldbyrdet bevis for, at personen ikke var en 'rigtig' alkoholiker fra første færd.

Da Walters²⁸ imidlertid foretog en metaanalyse af forskning vedrørende adfærdsmæssig selvkontrol-træning for alkoholmisbrug, opdagede han, at kontrolleret drikning kunne læres lige godt af personer rubriceret som henholdsvis problemdrikkere og alkoholikere. Ydermere viste metaundersøgelsen, at sammenlignede man kontrolleret drikning og afholdenhedsorienterede tilgange direkte, så var udfaldet lidt bedre ved kontrolleret drikning – dog var forskellen ikke af et omfang, der var statistisk signifikant. Det viser sig også, at til trods for, at unge ofte foretrækker moderat drikning og skadesreduktions-målsætninger frem for afholdenhed i for-

bindelse med håndteringen af deres alkoholproblemer, bliver mange af disse med tiden afholdende, selvom de til at begynde med modsatte sig afholdenhed⁴². Med sin rigide fastholdelse af afholdenhed som det eneste succeskriterium for alkoholmisbrugende klienter, der søger forandring, er det let at se hvorfor nogle klienter afviser

Der er flere faktorer, man må have for øje, når man vælger afholdenhed som mål for forandring:

- 1) Streng fastholdelse af afholdenhedsfilosofien kan fremdrive det, Marlatt⁴³ kalder 'Brud på afholdenhedseffekten', hvor personen ved første fejltrin reagerer med skyld og skam, hvilket igen kan befordre et omfattende og længe-revarende tilbagefald. Fire af de seks undersøgelser som Walters⁴⁴ gennemgik – i hvilke Marlatts hypotese om 'Brud på afholdenhedseffekten' blev direkte afprøvet – viste evidens for, at overbevisninger om afholdenhed som eneste målsætning forøgede en persons udsathed for omfattende tilbagefald.
- 2) Nogle personer er bedre kandidater til kontrolleret drikning end andre. Unge med mindre omfattende misbrugshistorie³⁸, og personer som tidligere har modereret deres druk med succes⁴⁵, synes at have en større chance for at kontrollere deres indtag af alkoholiske drikke end ældre personer med en mere omfattende alkoholmisbrugshistorie og tidligere nederlag i forbindelse med forsøg på moderation af alkoholindtaget. Dette kunne være forklaringen på, at der er så mange flere deltagere over 40 år i AA end deltagere under 40 år⁴⁶.

Grund 10: Kategorisering af sig selv

Ved møder introducerer AA-medlemmer sig selv ved fornavn og deres misbrugsstof.: 'Hej, mit navn er Glenn; jeg er alkoholiker'. Begrundelsen for at rubricere sig selv som



afhængig eller som alkoholiker er at fokusere på problemet og skære igennem al benægtelse. Men uanset de gode hensigter med denne fremgangsmåde kan det at sætte en sådan mærkat på sig selv være skadelig for en persons selvbillede og selvtilid til et punkt, hvor det begrænser, hvad en person tror, vedkommende selv er i stand til at udrette.

Ud over den selvhæmning, der ledsager accepten af rollen som syg indordnet i kategoriseringen som alkoholiker⁴⁷, kan mærkaten gå hen at blive en selvopfyldende profeti, som kan komme til at styre en persons liv⁴⁴. Mangler man en solid mening med livet, risikerer man, at det at eksperimentere med alkohol og stoffer bliver en måde at sikre sig en identitet⁴⁸, mens et mere robust og komplekst selvbillede kan have en beskyttende funktion hos et i øvrigt sårbart individ⁴⁹.

Nogle grupper kan være mere sensitive over for kategorisering end andre og dermed være motiveret til

at skelne anderledes og følgelig holde sig væk eller flygte fra AA - ikke fordi de er tynget af skyld og benægtelse eller kun er svagt tilskyndet til forandring, men fordi de ønsker at undgå de rubriceringsritualer, der rutinemæssigt praktiseres i AA.

Resultater fra Projekt MATCH viser, at i senere opfølgningsperioder er der færre afro-amerikanere og latin-amerikanere end hvide, som deltager i AA-møder. Måske er forklaringen, at minoriteter gennem årene har været genstand for mere end deres del af mindre smigrende betegnelser - de kunne anskue AA-kategoriseringsprocessen som en invitation til yderligere selvkritik og selv-nedrakning⁵⁰. Derfor kunne det være, at minoriteter ligesom unge og yngre voksne - frem for at få påsat en mærkat - kunne være mere modtagelige for alternativer, der identificerer drikkeadfærden⁵¹ eller stofbrugsmønsteret⁴⁴ og være mere tiltrukket af skadesreduktion og kontrolleret drikning.

Grund 11: Afhængighed

Trin 11 af de Tolv Trin tilkender, at man vedvarende må forbedre kontakten med den højere magt for at holde sig ædru¹⁴. Livslang pligttrøskab til AA for at tøjle afhængigheden forudsættes i en udstrækning, der gør, at svigtende mødedeltagelse gennem længere tid af mange AA-fortællere tolkes som et tegn på tilbagefald - uanset om vedkommende faktisk er begyndt at drikke igen eller ej.

Walant⁵² anfører ligefrem, at møderne gør det ud for en erstatningsafhængighed, og at AA derfor fremmer afhængighed - et argument der finder støtte ved observationen af, at nogle medlemmer år efter år går til daglige møder. Det kan meget vel være, at AA udgør en uvurderlig, vigtig social støttefunktion for nogle alkoholmisbrugere i tiden omkring deres beslutning om at holde op med at drikke, men forventningen om et livslangt engagement kan stå i vejen for vækst på langt sigt. På denne måde kan vedvarende involvering hensides et vist punkt blive livsindskrænkende frem for livsberigende⁵³.

Ligesom kontrolleret drikning kan være mere hensigtsmæssig for nogle frem for andre, kan kategoriseringen af sig selv som alkoholiker have en mere overvældende effekt for én gruppe frem for en anden. Ligeledes kan nogle klienter finde afhængighed af AA, som er opstået gennem involveringen med AA lidt tiltrækkende, mens andre, der opretholder en fast AA-tilknytning, kan opleve mødernes regelmæssighed som en støtte.

Jarvis⁵⁴ skriver, at mange kvinder foretrækker individuel rådgivning frem for det gruppeformat, som benyttes af AA. Vi kunne gisne om, at kvinder har mindre udbytte af AA end mænd - en mulighed, der understøttes af forskning, som viser en stærkere sammenhæng mellem AA-deltagelse og afholdenhed hos mænd end hos kvinder⁵⁰. Femi-



nister er særligt bekymrede over AA's udlægning af magtesløshed og overgivelse som frigørende sammenholdt med den traditionelle, underdanige position, kvinder indtager. I lyset heraf vil kvinder måske foretrække - og være mere lydhøre over for - et alternativ, der indgyder til selvbestemmelse og uafhængighed gennem færdighedstræning og selvtillidsopbygning frem for en tilgang, der afkræver afhængighed af en udefrakommende magt⁵⁵.

Grund 12: Virkningsfuldhed

I de relativt få tilfælde, hvor der er forsket i AA, har resultatet ikke været fyldestgørende. Selv de mest grundlæggende spørgsmål såsom forholdet mellem mødedeltagelse og opnået resultat forbliver ubesvarede. Departementet for Statsstøtte til tidligere Værnsmedlemmer (Veteran's Administration) foretog et randomiseret forsøg, hvor ambulante patienter enten blev visiteret til AA eller til en kontrolgruppe: 12 måneder efter var der ingen signifikante forskelle i behandlingsudfald⁵⁶. Mens Emrick et al.¹⁵ i en gennemgang af 16 undersøgelser påviste et beskedent sammenfald mellem AA-deltagelse og mindre drikning, så har adskillige mere metodologisk gedigne opfølgende undersøgelser^{57,58} af sammenhængen mellem AA-mødedeltagelse og opnået resultat ikke kunnet påvise nogen sammenhæng.

Anonymiteten forbundet med deltagelsen i AA, frivilligheden forbundet dermed samt vanskeligheden ved at opfylde kravet om sammenlignelige kontrolgrupper gør det særdeles vanskeligt og udfordrende at forske i AA.

Ikke desto mindre er det nødvendigt at bestemme den relative nytte-værdi af andre programmer. Tiltag, som bedre kan undersøges empirisk, er derfor nødvendige, hvis vi skal kunne tilbyde klienterne den brede vifte af tilbud, som er påkrævet til at hjælpe mennesker med at overvinde alkoholrelaterede problemer.

Konklusion: Matchning på anskuelser?

Hvis vi betragter det at fremme forandringsmodeller som noget, der er snævert forbundet med klienternes egne grundanskuelser - beslægtet med det verdenssyn, de anvender til at konstruere deres egne 'skræddersyede' versioner af virkeligheden - ser vi, at ét af målene for programmer, der skal fremme forandring, er at matche den enkelte klients overbevisninger med de anskuelser, som er fremherskende i den hjælpemodel, som benyttes. I situationer med god matchning er forandring mere sandsynlig. I situationer med mangelfuld matchning, nærmer forsøg på at ændre individets tankegang sig hjernevask⁵⁹.

Projekt MATCH anviste på randomiseret vis klienter fra 9 forskellige forskningsenheder til en af tre forskellige interventioner:

12 sessioner med kognitiv adfærdsterapi
12 sessioner med Tolv Trins-indhold
4 sessioner med motiverende samtale

Man undersøgte i den forbindelse blandt andet niveau for alkoholindtagelse, abstraktionsniveau og psykiatriske problemer⁶⁰. Men udfaldet af denne stort anlagte undersøgelse viste, at matchning praktisk talt ingen effekt havde - i hvert fald ikke for de valgte matchningsvariable.

Måske ville resultatet have været anderledes, hvis undersøgerne havde set nærmere på helt andre variable og havde matchet for grundanskuelser såsom: religiøs overbevisning, eksternt/internt kontrol-lokus, klientens attribueringsstil (hvordan gode og dårlige begivenheder forklares), indstilling og forventning til alkohol, tillidsniveau, indstillinger til afholdenhed samt identitetssøgning. Det logiske skridt for forskningsprogrammer som MATCH ville være næste gang at undersøge, om det at matche klienternes grundanskuelser med de fremherskende grundanskuelser i det hjælpeprogram, der benyttes, har en effekt på

opnået resultat og frafald for derved at højne forståelsen for, under hvilke omstændigheder AA er optimal, og hvornår alternative tilgange må komme i betragtning. ■

Alle 60 referencer ligger ved artiklen på:
www.stofbladet.dk

Oversat af Michael Jourdan.

Rettigheder

Denne artikel er oversat til dansk fra original-artiklen: 'Twelve Reasons Why We Need to Find Alternatives to Alcoholics Anonymous' af Glenn D. Walters. Den blev bragt første gang i 'Addictive Disorders & Their Treatment', Vol. 1, No.2, 2002, pp.: 53-59. Walters Kluwer Health, Baltimore, USA, der forvalter rettighederne på vegne tidsskriftet, har givet tilladelse til oversættelse og publikation i STOF nr. 15. Artiklen i dansk oversættelse må ikke gengives andetsteds hverken helt eller delvist uden forudgående skriftlig tilladelse fra STOF og Walters Kluwer Health, Baltimore, USA.

OM FORFATTEREN:

Glenn D. Walters er en af de mest produktive skribenter inden for feltet afhængighed og kriminalitet. Han er forfatter eller medforfatter til mere end 150 peer-review artikler, adskillige antologibidrag samt hele 11 bøger, hvoraf skal nævnes: 'Drugs and Crime in Lifestyle Perspective' (1994), 'The Addiction Concept' (1999), 'The Self-Altering Process' (2000).

G.D. Walters er uddannet som klinisk psykolog og har en ph.d. i rådgivning og vejledningens psykologi. Efter at have arbejdet en del år inden for militæret blandt andet som chefpsykolog, Fort Leavenworth, Kansas, arbejder han nu inden for kriminalforsorgen i en stilling som koordinator for stofmisbrugsbehandlingsprogrammet i Statsfængslet Schuylkill i Minersville, Pennsylvania, USA. G.D. Walters er desuden adjungeret professor ved Pennsylvania State University.

NetVærk

De seneste tre år har der i Esbjerg eksisteret et alternativ til NA-møder for tidligere stofmisbrugere. Nu er der startet et lignende, rummeligt netværk i København.

AF MICHAEL S. HOLDEN
& THOMAS TESFAYE-BERHANE

Behovet for etablering af selvhjælps- og netværksgrupper, der ikke har sine rødder i 12-trinsmodellen, synes at være støt stigende gennem de senere år. I AA, NA m.fl. er forståelsen, at en misbruger må være afholdende resten af livet, fordi der ellers konstant er fare for, at 'sygdommen' blusser op igen. Derfor har de, der har valgt at 'drikke socialt' - fx. unge, der i forbindelse med familiesammenkomster eller på en bytur drikker alkohol - ikke kunnet komme i AA, NA m.fl. fordi tendensen har været, at de blev betragtet som værende i misbrug.

Det er positivt, at der er flere og flere, der formår at bryde misbrugs mønster. Disse menneskers behov for netværk synes at være et udtryk for, at det at bryde mønstret er mere end blot at blive stoffri. Der er brug for støtte til også at bryde med de mønstre, som udspringer sig efter misbrugsbehandlingen i forbindelse med familie, skole, job osv.

Her oplever vi, at 'NetVærk' har meget at byde på som forum for mønsterbrydere, der alle på hver sin måde søger at frigøre sig fra usunde måder at møde verden på. Udgangspunktet er at forlade gamle roller og undersøge sine lyster og behov for derigennem at udvikle sig og blive et selvstændigt individ.

Starten i Esbjerg

Flere institutioner har gennem årene forsøgt at skabe deres eget, lokale netværk. Nogle blev løbet i gang af

en lønnet medarbejder, andre har været båret af 'stærke' eksmisbrugere, hvilket har betydet, at det for det meste er døet ud, når de 'stærke' og initiativrige med evne til at holde sammen på en gruppe 'voksede' fra behovet.

I Springbrættets regi har vi tidligere prøvet på at etablere et netværk. I starten var en fra personalet hovedansvarlig for at holde sammen på netværket, og man må sige, at det har fungeret nogenlunde, men det var, som om det blev medarbejdernes ansvar at sørge for, at det kørte.

Vi er derfor kommet til den erkendelse, at selvhjælpsgrupper fungerer bedst, når de bliver drevet som en selvhjælpsgruppe - forstået på den måde, at ansvaret skal hvile på dem, som har behovet for et netværk. Desuden er det vigtigt, at der vedvarende kommer nye 'bærere'

til gruppen. Til dette kan en institution have svært ved at rekruttere medlemmer nok.

Med denne erkendelse er det lykkedes os at få en gruppe til at fungere i Esbjerg. Gruppen har snart eksisteret i 3 år og er stille og roligt vokset til at være en gruppe, hvor der på en god dag kommer op til 40 personer til et netværksmøde.

Vi oplever det som en succes, og det har givet inspiration til at arbejde på at få succes til at sprede sig og udvikles.

Hvad er nyt?

Undertegnede har derfor taget initiativ til at kontakte døgninstitutioner med klienter, som kunne tænkes at have behov for et sådan netværk. Opbygningsgården, Hjulsgård, Elmegården, Læringlehuset, Midtgården, Vængegården og Springbrættet



MICHAEL S. HOLDEN
SOCIALPÆDAGOG, PSYKOTERAPEUT,
CENTERLEDER FOR SPRINGBRÆTET
THOMAS TESFAYE-BERHANE
MØDELEDER I NETVÆRK & MED I STYREGRUPPEN,
HF-STUDERENDE



har tilkendegivet at vil bakke netværket op.

Desuden har Dagcenter for Misbrug i Esbjerg, KABS i Glostrup og Stofrådgivningen i København stillet sig positiv over for dette nye tiltag.

Fællestrækkene for netop disse institutioner er, at de ikke arbejder ud fra en grundteori om, at misbrug er en sygdom, der for alle varer hele livet. Institutionerne har derfor haft svært ved at tilbyde et netværk, der matcher klientens behov, med mindre man ville deltage i NA-møder.

Ved NA-møder er der en tendens til, at der kun er én sandhed: at misbrug er en sygdom, der skal 'styres' resten af livet. Problemet er bare, at mange ikke har oplevet den sandhed. Nogle lever i en virkelighed, hvor de ind imellem går i byen eller går til fest med alkohol - uden at de derved begynder på at tage stoffer igen. Andre oplever det som et problem at skulle forholde sig til en højere magt for at holde sig stoffri, og ikke mindst ønsker mange et fællesskab, hvor man ikke skal blive ved med at identificere sig som eksmisbruger - de vil gerne melde sig ind i 'livet' og blive en 'almindelig' samfundsborger, der på et tidspunkt havde alvorlige problemer i sit liv, men som nu er kommet videre.

Det betyder dog ikke, at NetVærk skal opfattes som et sted, hvor alle drikker alkohol, men snarere som et fællesskab, hvor der er plads til, at nogle har valgt at drikke alkohol ved naturlige (festlige) lejligheder. Et netværk med fokus på, at den enkelte bliver integreret i samfundet i stedet for at gøre sig marginaliseret. Et netværk, der ikke udstøder anderledesheden, men kan optage den og rumme den.

Hvem kan være med?

NetVærk er åbent for alle, uanset hvilken behandlingsbaggrund man har, og uanset om man har været i dag- eller døgnbehandling - bare man er stoffri. Møderne er et alter-

nativ eller supplement til NA, hvor man kan møde andre i samme situation og få hjælp til selvhjælp.

Starten i København

Det første møde fandt sted i København onsdag d. 21. april 2010 kl. 19.00, og der har været møder hver onsdag siden da. Til åbningsmødet var alle velkomne, mens de efterfølgende møder kun er for tidligere misbrugere.

I starten deltager en medarbejder i mødet - ansatte fra døgninstitutionerne eller fra KABS skiftes til det. På sigt er målet, at der etableres lignende grupper i andre større byer i landet med lokale bestyrelser samt en landsdækkende ledergruppe, der kan sikre ensartetheden i grupperne.

Møderne i København ledes af Thomas Tesfaye-Berhane, der har været i behandling på Springbrættet og fungerer som mødeleder i Esbjerg. I det følgende uddyber han nogle af de tanker der ligger bag NetVærket:

Mødeform

Vi har besluttet, at det skal være muligt at kommentere hinandens udtalelser på møderne, men man bør ikke begive sig ud i fortolkninger og analyser af hinanden.

Stiller vi derimod spørgsmål ud fra vores egne erfaringer, styrer personen selv, hvad der kommer frem, alt efter hvad denne har lyst til eller er parat til.

Når det så er sagt, har man som deltager mulighed for at sige, at man har brug for at gruppen bare lytter - overordnet handler det om respekt for den enkelte, omsorg og rummelighed.

Forhold til alkohol

NetVærk adskiller sig fra NA bl.a. ved vores accept af, at tidligere misbrugere 'drikker socialt'. Mange af os er unge i et samfund, hvor alkohol fylder meget i forbindelse med skole, job og det at skabe nye relationer, og derfor har mange i NetVærk

behov for at kunne tale om alkohol. Her oplever vi, at det er vigtigt at kunne spejle hinanden i forhold til de beslutninger, vi tager, uden at dømme andre og uden at tvinge vores eget forhold til alkohol ned over andre.

Anonymitet

Deltagelse i møderne er forbundet med diskretion forstået på den måde, at det overordnede mål er at skabe et frirum, hvor man kan dele følelser og oplevelser med andre.

Direkte omtale af personer og deres fortællinger til udenforstående er helt uacceptabelt, men at beskrive en møde-oplevelse er ok - oplevelsen bliver en del af ens liv, og man kan jo komme ud for at skulle beskrive, hvad man laver og bruger sin tid på. ■

LÆS MERE

På www.stofbladet.dk ligger en folder om NetVærk i forbindelse med denne artikel.

NETVÆRK

Netværket af tidligere misbrugere mødes i:

ESBJERG:

Vindrosen

Teglværksgade 1

MØDER TORSDAGE KL. 19 - 21.30

KØBENHAVN:

Bagmændene

Gasværksvej 8D, 1.

MØDER ONSDAGE KL. 19 - 21.30

KONTAKT TELEFON: 4047 0537

Spejlneuroner i Anonyme Alkoholikere (AA)

Hvad vil det sige at være AA-medlem? Hvordan opbygges identifikation og fællesskabsfølelse med andre AA-medlemmer, så en følelsesmæssig binding opstår? Og hvad har det med hjernen at gøre?

AF TORBEN LINDBJERG

Der er mange måder at være medlem af AA på. Nogle medlemmer udfører både sponsorarbejde for nye medlemmer (hjælper dem gennem trinarbejde og står til rådighed på telefonen døgnet rundt), er mødeleder i hjemmegruppen og/eller påtager sig forskellige former for servicearbejde, mens andre kun går til ugentlige møder i deres faste hjemmegruppe og/eller sågar kun, når de føler et akut behov herfor. Samtidig er det eneste krav, at man

har et ønske om at vil holde op med at drikke, og den enkelte definerer selv, hvad den Højere Magt står for (fx hjemmegruppen som et hele, universel kærlighed eller en udefinerlig åndelig størrelse).¹

Det er derfor vigtigt at påpege, at i AA er der ingen tvang og absolutter om, hvordan man skal indordne sig under faste procedurer. Man er fri til at vælge sin egen vej i AA ved fx at fravælge dimensionen vedr. gudsforholdet og/eller ikke gennemgå trinarbejde med en sponsor, og det kan altså derfor også være meget

individuel, hvordan den enkelte integrerer det at være et AA-medlem, ja, ofte er det et samspil i forhold til, hvad denne i øvrigt har af det, som Dorte Hecksher kalder de *identitetsrelaterede fænomener*.²

Samtidig er min opfattelse den, at de AA-medlemmer, som bedst lykkes med at fastholde sig i ædruelighed, anser det at være 'medlem' af AA for at have stor betydning for dette resultat. Den dybereliggende årsag til, at jeg skriver denne artikel, er derfor også, at jeg mener, at jo mere kendskab der er blandt



ikke-alkoholikere om den **basale medmenneskelige hjælp**, aktive alkoholmisbrugere kan tilbydes i AA, jo flere af disse lidende mennesker kunne man måske også føle sig tilskyndet til at følge til et eller flere åbne AA-møder. For fem kroner til kaffen.

Megen forskning³ har peget på, at det at være medlem af AA kan være en brugbar metode til at komme ud af et aktivt alkoholmisbrug på, og i denne artikel anvendes den såkaldt neuroaffektive udviklingspsykologi⁴ til at se på, hvordan ældre AA-medlemmers narrativer (fortællinger fra deres liv) får nye AA-medlemmers narrativer bragt ind i et nyt og mere positivt lys, og at en gennemgribende forandring fra det at være aktiv alkoholist til ædru alkoholist måske muliggøres pga. det, som kaldes følelsesmæssige *spejlinger* (her mellem de ældre og de nye AA-medlemmer).

I artiklen fokuseres der på det nye AA-medlem, som i AA kaldes en *nykommer*, og på *nykommermødet*, fordi dette første møde for mange nykommere menes at være af stor betydning for, at de kan skabe sig et ædrueligt liv. De beskriver således ofte, hvordan de har *oplevet* de første hændelser i AA som en af de grundlæggende årsager til deres kvalitative udviklingsproces fra aktiv til ædru alkoholist. At se på nykommerens *mentale tilstand* (hvordan han/hun har det følelses- og tankemæssigt), er derfor også metoden i artiklen.

I AA's litteratur og i mange AA-medlemmers personlige narrativer fremstilles *identifikationen* og *fællesskabsfølelsen* med andre AA-medlemmer som ret afgørende for, hvordan de gennemfører det foreslåede tolv-trins-program bedst muligt, og artiklen her vil derfor undersøge, hvordan de specielle hjerneceller, kaldet spejlneuroner, kan have en betydning for, at der opstår denne **følelsesmæssige binding** mellem AA-medlemmerne.

'Disse ord (*en lang proces*) min-

SPEJLNEURONER 'Neurale systemer udvikler sig gennem stimulering, som består af resonans og synkronicitetsfænomener. Resonans betyder, at nerveceller, der aktiveres, igangsætter medsvingninger i andre nerveceller, som forstærker aktiviteten, mens synkronicitet betyder, at aktiviteten i grupper af nerveceller aktiveres samtidig.'⁴

Italienske hjerneforskere har vha. abeforsøg lokaliseret nogle hjerneceller som de kalder spejlneuroner (mirror neurons), og det helt specielle ved disse hjerneceller er, at de ikke kun bliver aktiveret ved egen handling, men også ved at betragte andre udføre de samme handlinger. Når et udtryksfuldt ansigt bliver set af en anden, vil denne anden være i stand til at mærke den samme følelse, og de automatiske neurologiske processer gør det altså muligt, rent kropsligt, følelsesmæssigt og tankemæssigt, at kunne indgå i et umiddelbart samspil med hinanden. Sproget er endvidere en del af dette resonanssystem og indeholder derfor et handlingspotentiale, der betyder, at det både kan erstatte handlinger og udveksle forestillinger om handlinger og derved også kan bevæge og pirre, uden reelle handlinger er foregået.

Er dette mon den enkle forklaring på, at når AA-medlemmer *deler* om deres livserfaringer på AA-møderne, så kan det have en meget betydningsfuld effekt på tilhørerne?

der mig om, at jeg har andre problemer end alkohol, at alkohol kun er et symptom på en mere omfattende sygdom. Da jeg holdt op med at drikke, begyndte jeg på en livslang opgave med at blive kureret for uregelmæssige følelser, smertefulde forhold til andre og uheldige situationer. Uden hjælp fra en Højere Magt og vore venner i Fællesskabet er denne opgave for stor for de fleste af os. Da jeg begyndte at praktisere Trinene i AA's program, blev mange af disse indfildrede tråde rettet ud, og lidt efter lidt blev der rettet op på de mest ødelagte dele af mit liv. Næsten umærkeligt heledes jeg én dag ad gangen. Som en termostat, der bliver skruet ned, blev min frygt mindre. Jeg begyndte at opleve øjeblikke, hvor jeg var tilfreds. Mine følelser blev mindre flygtige. Jeg er igen en del af den menneskelige familie.'¹

Alkoholikeren

Den aktive alkoholist kan – ifølge litteraturen, og hvis man lytter med på de åbne AA-møder – ikke forlige sig med ro. Det følgende signalement gælder både for mænd og kvinder, men for at lette teksten omtaler jeg alkoholikeren som 'han':

Han er plaget af rastløshed og intellektuel utålmodighed og er altid

på jagt efter al muligt. Han skal ikke have mere end to meter snor, og så er han væk (i misbrug). Han skal billedlig talt altid lige prøve, om en tændt kogeplade nu også er varm, om man brænder sig på sådan en, og når han således vedvarende gentager de samme handlinger, med håb om at det kan afstedkomme forskellige resultater (at nu kan han drikke normalt), så er det jo, at han til sidst oplever det moralske sammenbrud. Ved samværet med andre alkoholistere under AA-møderne opstår den *altafgørende benægtelsesbryder* for denne urealistiske tankegang, og det bl.a., fordi han *hører sig selv blive fortalt i de andres historier*. Han begynder at turde se realiteterne i øjnene, for han er ikke mere alene med sin galskab, og han går fra en udegrupperfølelse til en indegrupperfølelse. Ligegyldigt hvor kugleskør han er i indegruppen, er det i en indegruppe, og han er ikke mere alene.

'Den identifikation, som en alkoholist har med en anden, er mytisk, åndelig – næsten uforståelig. Men den er der. Jeg kan *mærke* den. I dag føler jeg, at jeg kan hjælpe mennesker, og at de kan hjælpe mig. Det er en ny og spændende følelse for mig at bekymre mig om nogen; at bekymre mig om, hvad de føler, hvad de håber på, hvad de beder om;



at kende deres bedrøvelse, glæde, skræk, smerte, sorg; at ønske at dele disse følelser, så en eller anden kan finde lindring. Jeg havde aldrig anet, hvordan man bar sig ad med dette – eller hvordan jeg kunne forsøge. Det interesserede mig ikke engang. AA's fællesskab – og Gud – lærer mig at bekymre mig om andre.¹

Sindsrobønnen

Gud, giv mig sindsro til at acceptere de ting, jeg ikke kan ændre, mod til at ændre de ting, jeg kan, og visdom til at se forskellen.

Ved at anvende sindsrobønnen dagligt lærer AA-medlemmet at være meget opmærksom på visse specifikke sociale situationer pågæl-

dende bør indgå i på en anden måde end tidligere, da de tidligere måder, alkoholikeren indgik i disse på, ofte førte til, at vedkommende begyndte at drikke. Sindsrobønnen har også en *præventiv* effekt, da den generelt minimerer alkoholikerens *oplevelse* af stressfaktorer som overhovedet værende stressfaktorer. Alkoholikeren affektregulerer sig selv (følelsesmæssigt) ved at anvende sindsrobønnen, og der er mange udsagn om, at sindsrobønnen, som de siger det i AA, *virker* på mange planer.

'Sindsro er en yderst eftertragtet tilstand for mig som ædru alkoholiker.. Det er for mig blevet afgørende for min ædruelighed og dermed også min livskvalitet at have denne indre ro så stor en del af tiden som muligt.¹

AA's program er altså fokuseret på at **reducere** og **imødegå** de stressfremkaldende faktorer hos AA-medlemmet, som den enkelte har erfaring for kan være truende for den psykiske sundhed. Ved *ikke at tage den første*, at tænke *24 timer ad gangen*, anvende sindsrobønnen jævnligt samt efterleve AA-slogans som fx: *det vigtigste først, lev - og lad leve, en ting ad gangen og tag det roligt* udtrykkes AA's opfattelse af, at hvis alkoholikeren holder sig til disse enkle forslag, opnås en optimal *følelsesmæssig* balance (benævnt *sindsro*) som igen øger sandsynligheden for at alkoholikeren kan bevare sin mentale ædruelighed. I AA skelnes der således i høj grad mellem det at være **tørslagt** alkoholiker og **ædru** alkoholiker: *Er du tørslagt, eller har du sindsro?* For har du ikke sindsro, **opfører du dig** som en aktiv alkoholiker, da du stadig er opfarende, kritisk, kontrollerende, dominerende og selvoptaget. *Den samme vil altid drikke igen.*

AA går altså ikke i små sko, og overalt i litteraturen beskrives det, at gennemgår alkoholikeren ikke den **totale forvandling** (udstukket efter de tolv trin) vil personen, før eller siden drikke igen. Sloganet:

'Har du lyst til at gå til et møde, så gå, har du ikke lyst - så løb!' udtrykker præcis dette, at alkoholikerens mentale tilstand nu er i fare, da vedkommende ikke har den rette sindsro, men føler *ulyst*, og efter et tilbagefald er udsagnet oftest: 'Jeg troede igen, at jeg selv var Gud, at jeg ikke behøvede andre, og at jeg kunne styre alt og alle. Jeg ikke fik, men *tog* et tilbagefald.'

Affektregulering og mentalisering i AA

Affektregulering er betegnelsen for menneskets evne til selv at kunne regulere dets indre fysiologiske processer, mens mentalisering er betegnelsen for den tankemæssige bearbejdelse af de heraf bevidst oplevede følelser. Da kvaliteten af både affektregulering og mentalisering kræver **optimale tilknytningsrelationer**, betragter mentaliseringspsykologien derfor også **relationen** i klinisk, terapeutisk arbejde som værende den centrale metode.⁵

Mentaliseringspsykologiens basale metode bygger kort fortalt på at udvikle klientens mentaliseringskompetence, så denne bliver bedre til at forstå både **egne** synspunkter, mål, følelser og hensigter som grundlag for **egne** handlinger - og **andres** synspunkter, mål, følelser og hensigter som grundlaget for **deres** handlinger. Derved bibringes klienten en ny erkendelse af, at pågældendes version af virkeligheden kun er en ud af mange mulige måder at tænke og føle begrundede for handlinger på. Begrebet mentalisering handler altså om **sammenhængen** mellem adfærd og mentale tilstande i selvet og i andre, men også om selvregulering, om social tilpasningsevne og om at kunne tilpasse sig de fælles normer for adfærd og forestillinger herom, hvilket er, hvad der lignende kan tolkes til at foregå ved nykommerens udviklingsproces fra at være en **følelsesforstyrret aktiv alkoholiker** til at blive en **mental ædru alkoholiker**.

Spejlneuroner i AA

Følgende er nogle bud på, hvad der måske binder AA-medlemmer sammen som mennesker: Medlemmernes **følelsesmæssige interaktioner videreudvikler deres hjernemæssige netværk**, for hjernen er skabt således, at stimuleres den, udvikler den sig, og jo mere **spejlende** og **accepterende** de sociale stimuli samtidig er, jo mere vil nykommeren også føle sig knyttet til det Martin Bauer kalder det *mellemmenneskelige betydningsrum*. AA's specielle sociale kontekst (fx den enkeltes hjemmegruppe) kan således tolkes som at **skabe rum** for videreudvikling af visse gensidigt påvirkende hjerneprocesser hos AA-medlemmerne, da hjernen formes i et tæt samspil mellem den

de oplever den, ja, selv en *forventning* om en skuffelse/smerte og/eller sejr/glæde i fortællingens kommende forløb vil aktivere en tilsvarende følelse hos tilhøreren. Efter et afholdt speak (narrativ) er kommentarerne fra andre AA-medlemmer således ofte noget om, hvor **godt** det var igen at **huske**, *hvordan det var, hvad der skete, og hvordan det er nu*, samt at mange nu også er blevet bedre til at sætte de rette ord på om, hvordan også dette AA-medlems narrativ relaterer sig til eget levet liv.

AA-medlemmernes narrativer omkring, *hvordan det var* (da de drak), *hvad der skete* (da de mødte AA), og *hvordan det er nu* (som ædru alkoholiker) bliver således igen og igen **følelsesmæssigt spejlet** hos det enkelte AA-medlem, og samme

'HVORFOR KAN MAN DÅRLIGT LADE VÆRE AT GENGÆLDE ET CHARMERENDE SMIL? HVORFOR SMITTER ET GAB? OG HVORFOR ÅBNER MAN SPONTANT MUNDEN, NÅR MAN MADER SIT LILLE BARN?

DREJER RESONANS OG INTUITION SIG OM INDBILDNING, OM UVIDENSKABELIGE FÆNOMENER?

NEJ, NU HAR OPDAGELSEN AF SPEJLNEURONER GJORT DET MULIGT AT FORSTÅ DISSE FÆNOMENER NEUROBIOLOGISK. UDEN SPEJLNEURONER FANDTES DER INGEN INTUITION OG INGEN EMPATI....'

Bodil Claesson, privatpraktiserende psykolog, Formand for Dansk Psykologisk Selskab for Kropspsykoterapi, i PSYKOLOG NYT, Nr. 15. 2007.

genetiske arvemasse og den miljømæssige stimulering og **pga. nervesystemets formbarhed muliggøres denne udvikling hele livet igennem**. Nervesystemets vigtigste opgave er altså gennem hele livet at kunne indgå i stadigt bredere, mere nuancerede og tættere **samhørighedsbånd** med andre mennesker, eller - som Susan Hart siger det - så kan følelser være som lim, der holder sociale forbindelser sammen.

Ud fra målinger af spejlneuronerne aktivitet i hjernen kan den følelsesmæssige og tankemæssige *effekt*, som AA-medlemmernes narrativer indbyrdes har på hinanden, således forklares med, at de ikke bare hver især hører fortællingen,

følelsesmæssige effekt opstår endog bare ved ordenes lyde, afstedkommende en 'som om' oplevelse hos tilhøreren. Altså en medfølelse genklang, der, i kraft af AA's mange spejlende praksisser (AA-møder, trinarbejde med erfarne AA-medlemmer, fællesarrangementer og konventer) til stadighed forstærker kvaliteten ved det **udviklingsfremmende** i at tilhøre et mellemmenneskeligt betydningsrum.

Ved et tilbagefald i aktiv misbrug oplever AA-medlemmet sig selv som værende rodløs, ensom og angst, og først når alkoholikeren igen har fundet vej til et AA-møde, falder hvilen på. Den dyrebare *sindsro* breder sig igen i nervesystemet, alkoholikeren



bliver igen i stand til at sanse andre og kan, så at sige, igen være til stede i andres nervesystem, ja, i symbolsk forstand, deltage i det fælles neurale netværk. Spejling og medfølelse sikrer igen alkoholikerens grundlæggende biologiske behov for tilknytning og socialt tilhørsforhold samt indfrier (igen) forudsætningen for at kunne genoptage de følelsesmæssige- og sociale udviklingsprocesser, væk fra ensomhedens socialt isolerende og selvcentrerende misbrugsproblematikker. Spejlingsprocesserne muliggør gamle som nye relationer i AA, og de sociale omgivelser (AA) stiller de signaler til rådighed, som spejlsystemerne i hjernen næres af. De aktiveres spontant, de gør de sociale situationer forudsigelige og beregnelige, og de sikrer hermed også grundlaget for den nødvendige anonyme **fortrolighed** inden for AA.

'Beretningerne og møder med speakes gav mig noget at spejle mig i og sammenligne mig med.'¹

Sociale møder former os psykologisk

Det centrale i tilknytningsteoriene handler om tilknytningssystemets biologiske drift mod social interaktion og tilsvarende iboende evne til, alt efter den sociale situations beskaffenhed, at kunne selvregulere den fysiologiske tilstand herefter. For at mennesket kan indfri sit grundlæggende behov for at kunne blive som andre og føle sig knyttet til andre, samarbejder det således målsøgende fra begyndelsen, og ligeledes, målsøgende, kommer nykommeren ind til gentagende interaktioner/oplevelser. I form af strukturerede, genkendelige AA-møder lærer nykommeren her om, hvordan han/hun kan leve med følelsesmæssige smerter; at alkoholikerer ikke skal reddes fra de følelsesmæssige smerter (som da vedkommende tidligere flygtede ud i akut, lindrende alkoholmisbrug), og det bl.a. fordi tilknytningens sikre base (AA) nu fremover altid vil være der:

'AA er et fællesskab af mænd og kvinder, der står sammen imod en fælles, dødelig sygdom. Den enkeltes liv er knyttet til de andres, næsten ligesom de overlevende på en redningsflåde på havet. Hvis vi alle arbejder sammen, kommer vi velbeholdent i land.'¹

Allerede i 1935 påviste socialpsykologien⁷, at når et individ anbringes i en social situation, afstedkommer det

- 1) en informationssøgende proces,
- 2) en inddragelse af andres afgørelser,
- 3) en forhandling herom og
- 4) en integrering af den opnåede fælles norm - og AA's levevis, normer og moralbegreber kan tolkes til også på den måde at præge nykommerens udvikling i AA. Fælles oplevelser med andre AA-medlemmer opleves i stigende grad som nye muligheder for nykommerens måde at opleve verden på, og gradvis, som *forhandlingerne* undervejs foregår, integreres organisationens fælles sociale referenceramme i dennes personlighedsstruktur.

Social struktur handler således om **social sammenhængskraft** og social sammenhængskraft handler om **social udveksling**. En social struktur som AA-gruppen bygger på disse elementære grundlæggende enheder, da den sociale udveksling foregår i form af gaven **ædruelighed**, som til stadighed forpligtiger til gengældelse om at give denne (ædrueligheden) videre. Et gensidighedens princip om at få og gengælde, og som man siger i AA: *Her giver vi det videre, vi har fået gratis.*

Eller, for fem kroner til kaffen. ■

REFERENCER

- 1 Anonyme Alkoholikere. Til daglig eftertanke. En bog med tanker fra AA-medlemmer til AA-medlemmer. Servicekontoret. København. 2002. Anonyme Alkoholikere. Tolv trin og tolv traditioner. Hvordan medlemmer af Anonyme Alkoholikere bliver helbredt, og hvordan fællesskabet fungerer. Servicekontoret. København. 2002. Anonyme Alkoholikere. BOX 334. Mødet mellem møderne (AA's danske medlemsblad). Servicekontoret. København. 2006-2010.
- 2 Hecksher, Dorte: Tidligere misbrugeres fortællinger. Identitet, forandring og strategier. Aarhus Universitetsforlag. Århus. 2006.
- 3 Ex: Vaillant, George E.: Alcoholics Anonymous: Cult or Cure? In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39, 431-436. 2005.
- 4 Hart, Susan: Hjerne, samhörighed, personlighed. Introduktion til neuroaffektiv udvikling. Hans Reitzels Forlag. København. 2006. Bauer, Joachim: Hvorfor jeg føler det, du føler? Borgens Forlag. København. 2006. Rizzolatti, Giacomo & Sinigaglia, Corrado. Mirrors in the Brain. How our minds share actions and emotions. Oxford University Press. UK. 2008.
- 5 Allen, Jon G, Bateman, Anthony & Fonagy, Peter: Mentalizing in Clinical Practice. American Psychiatric Publishing, Inc. Arlington. 2008. Fonagy, Peter, Gergely, György, Jurist, Elliot L. & Target, Mary: Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling. Akademisk Forlag. København. 2007.
- 6 Allan, Jon G.: Mentalizing as Common Ground for Psychotherapy. Papers given by Jon G. Allan from the Conference: Early development, Attachment, and Psychotherapy. Copenhagen University, Nov. 20-22, 2008.
- 7 Asch, Solomon: Group forces in the modification and distortion of judgements. In: Social Psychology. (pp. 450-501). Prentice-Hall, Inc. New York. 1952.

MINNESOTATEMAET FORTSÆTTES...



Bruce K. Alexander og 'Rat Park'

'Når jeg taler med afhængige mennesker – uanset om de er afhængige af alkohol, stoffer, spil, internettet, sex eller noget andet – møder jeg mennesker, som ikke har et levedygtigt socialt eller kulturelt liv, og som bruger deres afhængigheder til at håndtere deres 'dislokation': som flugt, som smertelindring eller som en erstatning for et fuldt liv.'

AF LIESE RECKE

I slutningen af 1970'erne var Bruce K. Alexander ansat ved Simon Fraser University, British Columbia, Canada. Også på den tid var det inden for den eksperimentelle psykologi almindelig praksis at udforske stoffers afhængighedspotentiale ved at lave rotteforsøg, hvor rotter placeret i små bure afskåret fra kontakt med artsfæller havde mulighed for at indtage stoffer ved at trykke på en stang, suge fra en pipette eller lignende. Forsøgene viste alle, at stofferne var uimodståelige for gnavere, og det samme blev antaget at gælde for mennesker. De alarmende resultater af disse rotteforsøg fik stor omtale i medierne. Sådanne forsøg med dyr i små bure udgør en væsentlig del af grundlaget for forskning i afhængighed, og data fra den slags forsøg har dengang som nu bidraget til den biologisering af addiktionsbegrebet, som eksporteres i en lind strøm fra USA til resten af verden.

Som psykolog følte Bruce K. Alexander sig imidlertid af flere grunde stærkt udfordret af disse angiveligt videnskabelige forsøg. For det første er rotter af natur meget sociale, seksuelt aktive og foretagsomme dyr. At isolere og depravere sådanne dyr i netbure uden kontakt med artsfæller svarer til at isolationsfængsle

mennesker. Afskåret fra alt bliver mennesker skøre, og får de chancen for at indtage sløvende stoffer, gør de det. Kunne det samme ikke være gældende for rotter? For det andet er rotter, jo rotter. Er mennesker ikke mere komplekse og besjælede end rotter? At blive sat i en situation helt uden andre valgmuligheder har ikke meget med menneskelig afhængighed at gøre. Hvordan kan vi drage konklusioner om menneskelig afhængighed ved at studere rotter i bure uden andet at lave end at tage stoffer?

Rat Park

Bruce K. Alexander gjorde sig overvejelser over, i hvilket omfang omgivelserne havde betydning for de producerede resultater? Hvad ville der ske, hvis man i stedet for de gængse forsøg med rotter i laboratoriemiljøets trange metalbure installerede rotterne i behagelige og stimulerende omgivelser? På baggrund af disse overvejelser etablerede han sammen med kolleger et klassisk eksperiment kaldet 'Rat Park', som med rette er blevet berømt.

'Rat Park' bestod af et ikke mindre end 19 m² stort, veltempereret og rent miljø – 200 gange større end et standardbur – hvor 16-20 rotter af begge køn havde rigelig adgang til mad, aktiviteter og udfordringer, heriblandt mulighed for at grave

gange, bygge reder og parre sig – og hvad et godt rotteliv ellers måtte bestå i. Alexander gik så vidt, at han udsmykkede væggene med naturscenerier i form af påmalede træer, søer, bjerge, skyer m.m. Derudover installeredes to væskeautomater – den ene indeholdende morfinopløsning, den anden vand.

Nu var det blot at afvente, om – og hvor hurtigt – rotter under disse forholdsvis optimale forhold ville udvikle afhængighed af morfin. Det gjorde rotterne bare ikke sådan frivilligt! Herefter gik Alexander over til mere direkte metoder og begyndte at tvangsfodre rotterne med morfin, men selv efter 2 måneder valgte rotterne det friske vand, når de fik mulighed for det. Dog udviste der tegn på abstinenssymptomer, men i relativt mild form. Alexander gav ikke op, han blandede sukker i morfinopløsningen, hvilket stort set blev ignoreret, selvom rotter har en sød tand. Først da han miksede Naloxone (der ophæver opiaternes virkning) i den sukkersødede morfinopløsning, drak de det. Uanset hvad Alexander afprøvede, viste det sig gang på gang, at rotterne foretrak almindeligt postevand. I et sideløbende kontrolstudie under 'normale' laboratoriebursforhold valgte rotterne imidlertid konsekvent morfinhanen frem for vandhanen, og de mængder, de indtog, var op mod 20 gange større, end



'Standard rotteindkvartering'



'Luftfoto af Rotteparkens nordfløj'



'Powernap og frikvarter'



'Nogle foretrækker rotteræset'



'Nogle hænger bare ud...'



'Bag tremmer'

Addiction: The view from 'Rat Park'

hvad rotterne i det stimulerende naturindrettede miljø havde indtaget.

Resultater ingen ville høre

At understimulerede rotter vil søge trøst i opiater, mens tilfredse og velstimulerede rotter helst undgår dem, modsiger på ret så markant vis de veletablerede og dominerende forståelser af, hvordan afhængighed udvikles. Alexanders forsøgsresultater blev dog ikke hilst velkommen hverken i forskerkredse eller andre steder. De to store videnskabelige tidsskrifter 'Science' og 'Nature' af-

viste at publicere Alexanders banebrydende forskning, hvorefter et i videnskabelige kredse lavere rangeret tidsskrift, 'Psychopharmacology', accepterede og publicerede den første artikel om 'Rat Park'. Senere studier som f.eks. det, der blev publiceret i *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* i 1989 af forskerne Bozarth, Murray and Wise har gentaget 'Rat Park'-eksperimentet og bekræftet de resultater, som Alexander havde fundet i sine første eksperimenter.

Alexander og hans kolleger hav-

de håbet på, at deres forskning ville igangsætte seriøse genovervejelser af gængse antagelser om årsager til afhængighed og føre til debat om forståelsen af afhængighed blandt mennesker. Men i de luftlag hvor teorier om afhængighed udforskes og diskuteres, sank resultaterne til jorden som en sten. Uden for lokalområdet og selve det universitetsmiljø, hvor forskningen havde fundet sted, gav de opsigtsvækkende resultater til forskernes store fortrydelse ingen anledning til videnskabelig debat.



Naturlige eksperimenter

Efter eksperimenterne med 'Rat Park' havde Alexander et ønske om at afprøve sine teorier med mennesker i stedet for gnavere, hvilket dog ikke syntes umiddelbart ladsiggør- ligt. Men han kom så i tanker om, at civilisationen allerede havde bi- draget med en række naturlige eks- perimenter. Han begyndte derfor at interessere sig for eftervirkninger af koloniseringen af en række oprinde- lige folkeslag, og han opdagede, at afhængighedsbegrebet var så godt som ukendt hos de fleste uforstyr- rede oprindelige folkeslag. Til gen- gæld manifesterede afhængigheds- problemerne sig i massivt omfang i kølvandet på den fragmentering og opsplitning, som koloniseringen af de oprindelige kulturer medførte. Erkendelsen heraf førte ham til at formulere en hypotese om en års- sagsrelation mellem udviklingen af afhængighed og manglende social sammenhængskraft, tab af mening og kulturel diskontinuitet.

Ny bog om afhængighed og kontekst

Bruce Alexander har siden 'Rat Park' viet hovedparten af sin pro- fessionelle karriere til studiet af, hvordan konteksten påvirker men- neskers adfærd i relation til fænome- net afhængighed. I 2008 udkom en bog, der må betegnes som Alexan- ders hovedværk, *'The Globalisation of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit'*. Heri udkaster Alexander en samlet teori om afhængighed som et fænomen, der hænger tæt sammen med socioøkonomiske og kulturelle samfundsforhold.

Alexander påpeger i bogen, at manglende professionel konsen- sus og ringe differentiering mel- lem kvalitativt forskellige former for afhængighed - som det ses i de forskelligartede kriterier, afhæn- ghighed diagnosticeres ud fra i de to mest anvendte diagnostiske syste- mer DSM-4 og ICD-10 - medfører forvirring og frustration og gør det vanskeligt at føre en saglig debat

om, hvordan afhængighed kan for- stås og håndteres. På baggrund af en historisk analyse argumenterer han for nødvendigheden af en ny og grundig begrebsafklaring og vier et helt kapitel her til, hvori han frem- kommer med forslag til ikke mindre end fem nye addiktionsbegreber, karakteriseret ved historiske og gen- standsbestemte kategorier.

Det er af særlig interesse, at Ale- xander udskiller begrebet *'depend- ens'* fra afhængighedsdefinitionen med den begrundelse, at *'dependens'* betegner en type afhængighed, som ikke genererer det, som Alexan- der benævner en *'addiktiv'* livsstil, men som tværtimod kan være - el- ler opleves som en forudsætning for - en normal og socialt upåfaldende livsførelse. Som eksempler herpå nævner Alexander tobaksrygning og afhængighed af smertemedicin. Den type af afhængighed, som Ale- xander er optaget af, er ikke afhæn- ghighed af rusmidler som sådan, men det han benævner *'addiction 3'*, som omfatter alle typer adfærd, der ken- detegnes ved at være besættende og altopslugende, og som medfører ne- gative konsekvenser for det enkelte menneske eller omgivelserne. Han går endda så vidt som til at inddrage *'afhængighed'* af fundamentalisti- ske ideologier med destruktive mål- sætninger, som det for eksempel ses i tilfældet med fanatiske selvmords- bombere.

Dislokation

Den vigtigste pointe i bogen er, at *'addiktion'* bedst forstås som en- kelte menneskers håndtering af en særlig livssituation, som af Alexan- der benævnes *'dislocation'*. Ordet *'dislocation'* kan omtrent oversæt- tes som fremmedgørelse, men hos Alexander får begrebet *'dislocation'* en særlig betydning, idet det kob- les med en omfattende kritik af den sociale fragmentering, der sættes i forbindelse med udbredelsen af ver- densmarkedet og senkapitalismens menneskelige omkostninger. Vor

tids bølge af afhængighed indfinder sig, i følge Alexander, fordi vores hy- perindividualistiske, hyperkonkur- renceprægede, hektiske, kriseladede samfund får mange mennesker til at føle sig socialt og kulturelt isolerede.

'Dislocation' ses hos Alexander som det modsatte af psykosocial inte- gration. Alexander hævder i bogen, at afhængighed bør ses som en effektiv håndteringsstrategi over for den smer- tefulde psykiske tilstand, der følger af individets afkobling fra slægtsfælles- skab og samfundsmæssig mening og sammenhæng. Samtidig peger Alexan- der på, at bestemte aspekter af globa- liseringen medfører fremmedgørelse (*'dislocation'*) hos flere og flere men- nesker. Derfor ser vi på globalt plan flere og flere mennesker, som udviser adfærd, der i en eller anden forstand kan defineres som addiktiv, og han spår en stigning i afhængighedsrelate- rede problemer i fremtiden i takt med globaliseringens udbredelse. ■

Denne artikel bygger i flere passager på Helle Dahl: 'Sammenhæng mellem laboratorieforsøg og international narkotikapolitik?' Nyhedsbrev nr. 2 fra CRF. 2005. www.crf.au.dk

Mere om Bruce K. Alexander:

www.globalizationofaddiction.com
<http://www.fead.org.uk/event.php?contributorid=27>

Bruce Alexander besøgte Danmark i september 2010, hvor der vil blive af- holdt enkelte workshops. Følg med på STOF's kalender www.stofbladet.dk

Hjemmedyrket Cannabis – dyrkernes egne erfaringer og perspektiver

I 2008 påbegyndte CRF et forskningsprojekt om, hvad der får folk til at trods forbuddet mod cannabisdyrkning. For første gang får (anonyme) dyrkere mulighed for at bringe deres motiver og erfaringer frem i debatten.



AF HELLE VIBEKE DAHL,
VIBEKE ASMUSSEN FRANK
& SUSANNE VILLUMSEN

Cannabis har i årevis indtaget førstepladsen som det mest anvendte illegale rusmiddel herhjemme og i den øvrige verden. I Europa har udbud og efterspørgsel primært omfattet cannabis i form af udenlandsk produceret hash, især fra Marokko og Mellemøsten. Inden for det seneste årti har nye og mere intensive dyrkningsformer betydet, at denne import i stigende grad er blevet erstattet med udbuddet af lokalt og i vidt omfang indendørs dyrket cannabis eller skunk, som er betegnelsen for nye, forædlede typer. Således

har nylige undersøgelser anslået, at den hjemlige produktion i bl.a. Holland og England efterhånden overstiger 50 % af den cannabis, der er på markedet.

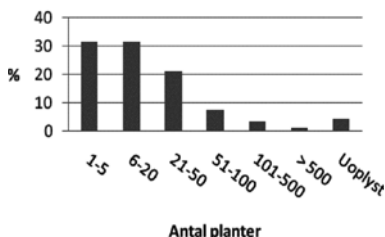
Af gode grunde findes der ingen opgørelser over omfanget og udbredelsen af cannabis dyrket med henblik på selvforsyning. Ligeledes er omfanget af den kommercielt betingede hampe-/skunk-produktion i Danmark ukendt. Importeret hash synes dog fortsat at være det stof, der udgør størsteparten af den cannabis, der er i omløb på det hjemlige sorte marked.

En række europæiske lande har inden for de senere år lempet på hidtidigt restriktive fortolkninger

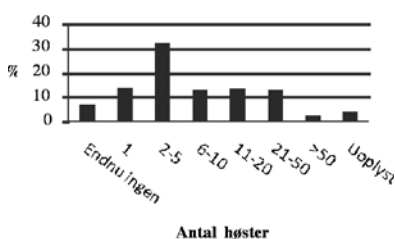
af FN's narkotikakonventioner ved at tillade dyrkning og besiddelse af begrænsede mængder cannabis til eget brug. I modsætning hertil har Danmark – med henvisning til FN's narkotikakonventioner – valgt at indskærpe nul-tolerance, kriminalisering og bødestraf for besiddelse af selv minimale kvanta, herunder for dyrkning, hvad enten det er en eller flere planter.

Da Center for Rusmiddelforskning i 2008 som første led i et forskningsprojekt om cannabisdyrkning i Danmark iværksatte en internetbaseret spørgeskemaundersøgelse, var det ikke med forventningen om at kunne afdække udbredelsen og omfanget heraf, ligesom vi på forhånd var klar over, at vi næppe ville få besvarelser fra stordyrkere, der udelukkende dyrkede med henblik på at afsætte høsten til forhandlere på det illegale marked. Formålet med undersøgelsen var således snarere at søge viden om, hvad der får folk til at trods det gældende forbud mod selv at dyrke cannabis ved at spørge ind til dyrkeres egne erfaringer med og perspektiver på dyrkning, dyrkningsmetoder, anvendelse og distribution, herunder hvor længe, hvor og hvor mange planter de dyrker, hvad de bruger det til – og hvordan, fordele og ulemper ved selv at dyrke, hvilke indsatser og udgifter der er forbundet med dyrkning, hvordan de vurderer risikoen for at blive afsløret m.m.

FIGUR 1. PROCENTVIS FORDELING AF ANTAL PLANTER, SOM RESPONDENTERNE DYRKER FOR TIDEN.



FIGUR 2. PROCENTVIS FORDELING AF RESPONDENTERNES ANTAL HØSTER.



Internetbaseret spørgeskemaundersøgelse

Selve spørgeskemaet kunne besvares via et link på CRF's hjemmeside. Information om undersøgelsen blev formidlet via forskellige internetsider, hvor cannabis debatteres, ved omdeling af flyers bl.a. på uddannelsesinstitutioner og musikspillesteder samt gennem omtale i både radio og skrevne medier. Spørgeskemaet var til anonym besvarelse, og anonymiteten opretholdtes ved, at IP-adresser ikke kunne spores. Kun komplet udfyldte spørgeskemaer indgår i det endelige datamateriale, som dermed består af besvarelser fra i alt 565 respondenter fra alle dele af landet. Heraf var 164 tidligere og 401 nuværende cannabisdyrkere. Velvidende, at der på den omtalte baggrund ikke er tale om repræsentative eller generaliserbare resultater, vil vi i det følgende præsentere, hvad der karakteriserer den gruppe personer, som valgte at deltage i spørgeskemaundersøgelsen, og deres formål med at dyrke - med fokus på de aktuelle dyrkere.

Hvem er respondenterne?

Langt hovedparten, dvs. 365 af de 401 respondenter, er mænd. Aldersspredningen fordeler sig mellem 14 - 75 år, heraf er 4,7 % under 18 år, 51,1 % er over 35 år. Gennemsnitsalderen er 37,2 år. Omkring 2/3 er enten gift eller samboende med en partner, mens 1/3 bor alene. Knap halvdelen har hjemmeboende eller udeboende børn. De fleste er i beskæftigelse, størsteparten (59,2 %) som lønmodtagere ansat på det private eller offentlige arbejdsmarked, mens 13,1 % oplyser, at de er selvstændige. 18,0 % er studerende, og 8,5 % pensionister og førtidspensionister, hvortil kommer et mindre antal arbejdsløse (5,7 %). Uddannelsesniveauet for de færdiguddannede er relativt højt, idet 42,6 % har en lang eller mellemlang videregående uddannelse, mens 18,0 % (endnu) ikke har nogen uddannelse.

Respondenterne repræsenterer - i hvert fald alders- og beskæftigelsesmæssigt - en ganske differentieret gruppe, omend med en stærk mandlig overrepræsentation. På den anden side er det tilsyneladende en veluddannet og i samfundet og på arbejdsmarkedet velintegreret gruppe mennesker, der har besvaret spørgeskemaet.

Dyrkning og brug - forskellige karakteristika

Respondenterne dyrker ikke bare cannabis, langt de fleste (92,3 %) er også cannabisbrugere. Kun 1 % havde aldrig selv brugt cannabis. På spørgsmålet, om de havde brugt cannabis, før de selv begyndte at dyrke, svarede 5,3 %, at de ikke havde brugt cannabis før. 41,9 % begyndte at dyrke cannabis, da de var mellem 18 - 25 år, 23,7 % da de var under 18 år.

Respondenterne blev bedt om at angive, hvor mange cannabisplanter de dyrker for tiden, og det fremgår, at de fleste dyrker 1 - 5 planter eller 6 - 20 planter (figur 1). 2,5 % oplyser, at de dyrker mere end 100 plan-

ter, hvilket understreger, at det langt overvejende er såkaldte små-dyrkere, der har bidraget til undersøgelsen.

Nogle dyrker i fællesskab med andre, men størsteparten (64,3 %) dyrker alene, ligesom de fleste dyrker både inden døre og udenfor (52,7 %). 35,1 % dyrker udelukkende under åben himmel, dvs. i egen (bag)have, i pletter på altan og terrasse eller i mindre omfang på offentlige steder/i naturen o.a. Udendørs dyrkning resulterer almindeligvis i en enkelt høst pr. år. 12,2 % dyrker udelukkende inden døre typisk med brug af lamper og evt. andet teknisk udstyr, hvorved der kan høstes flere gange årligt.

Som udendørsvækst er Cannabisplanten relativt nem at dyrke, også under danske klimabetingelser, og kræver i princippet ikke særlig viden. Såfremt den dyrkes for sine psykoaktive egenskaber, indebærer det dog visse procedurer og hensyn for at opnå et tilfredsstillende resultat eller i det hele taget at optimere udbyttet. Ikke mindst stiller indendørsdyrkning særlige krav. Undersøgelsen viste da også, at respondenterne aktivt opsøger viden og råd primært fra andre dyrkere (65,4 %), især via internettet (62,5 %), speciallitteratur (53,6 %) og venner (52,9 %).

Både erfarne og mindre erfarne dyrkere har deltaget i undersøgelsen. Som det illustreres i figur 2 har 53,1 % af respondenterne høstet fra 'endnu ingen høst' til 5 gange. 2,7 % har høstet mere end 50 gange.

Begrundelser for at dyrke

I to adskilte spørgsmål blev der spurgt om deltagernes motiver til at dyrke i forhold til en række prioriterede svarmuligheder. Det ene spørgsmål gav mulighed for at prioritere i forhold til en række væsentligheds-kriterier (tabel 1). Det andet var specifikt fokuseret på en prioritering af formål med dyrkningen (tabel 2).

Af tabel 1 fremgår det, at dyrkning for de flestes vedkommende er begrundet med henvisning til eget

brug, fornøjelsen ved at dyrke, for at undgå at opsøge forhandlere på det kriminelle marked, fordi det er billigere selv at dyrke end at købe det, og fordi hjemmedyrket cannabis betragtes som sundere samt for at dele med venner. Kun 3,9 % dyrker med salg for øje. Den angivne procent er udtryk for respondenterne angivelse af væsentlige samt meget væsentlige motivationer for at dyrke cannabis selv. Samtlige 13 motiver kunne besvares.

Tabel 1 viser, at dyrkning til eget brug er den primære motivation for langt de fleste, mens videresalg fremstår som ret uvæsentligt. I tabel 2, som baserer sig på spørgsmålet om formål med og dermed til hvilken brug, der dyrkes, ses visse forskydninger i besvarelsenerne. Således er der her lidt flere – om end det stadig er langt de færreste – der angiver, at salg spiller en rolle for deres dyrkning. Mens det ikke er nogen overraskelse, at dyrkning i særdeleshed begrundes med 'for fornøjelsens skyld' og 'dele ud til venner', er det til gengæld en smule overraskende, at 23,7 % angav medicinsk brug af cannabis som en vægtig begrundelse for at dyrke, og at 12 % svarede, at de blandt andet dyrkede for at forære cannabis til andre til medicinsk brug. Respondenterne havde mulighed for at angive flere svar.

Salg af cannabis – eller?

Af de 401 besvarelser fremgår, at 84,8 % aldrig havde tjent penge på salg af deres afgrøde. Af de resterende 15,2 % (n= 61), som oplyste nogensinde at have videresolgt af deres høst, var det for 88,5 %'s (n= 54) vedkommende udelukkende til venner og bekendte. 6,6 % (n=4) oplyste, at de udelukkende solgte til medicinsk brug. Det er altså kun enkelte, der primært har dyrket med salg for øje og har solgt til andre end bekendte, dvs. 'alle, der spørger'.

Blandt de 15,2 % (n=61), der oplyser nogensinde at have solgt hjemmedyrket cannabis angiver 37,7 %

(n=23), at de højst har tjent 500 kr. sidste gang de solgte. 18,0 % (n=11) angiver mellem 500-1.000 kr. Dvs., at mere end halvdelen af respondenterne tjente maksimalt 1.000 kr. At den pågældende gruppe af hjemmedyrkere ikke er motiveret af indtjening, men at der i høj grad er tale om selvforsyning, herunder som led i sociale relationer, understøttes af, at lidt over halvdelen (52,9 %) oplyser, at de også dyrker for at kunne dele udbyttet af høsten med andre, henholdsvis at deling med andre er prioriteret som en væsentlig grund til at dyrke (44,6 %).

Risikovurderinger

Som tidligere nævnt er deltagerne i undersøgelsen klar over, at cannabisdyrkning er ulovlig i Danmark. Over halvdelen af deltagerne i undersøgelsen (60,1 %) angiver dette forbud, herunder risikoen for at blive anmeldt til/taget af politiet, som en 'væsentlig' eller 'meget væsentlig' ulempe ved at dyrke. På spørgsmålet om risikovurdering ses på den anden side, at 75,1 % samtidig anser risikoen for at blive opdaget for 'lille' eller 'meget lille' (tabel 3).

I denne forbindelse kan det endvidere nævnes, at 5,7 % (n=23) af undersøgelsesdeltagerne oplyser, at de har været i kontakt med politiet på grund af cannabisdyrkning, heraf har mindre end halvdelen fået en dom (bøde eller i alvorligste tilfælde fængselsstraf).

Konklusion

Ifølge al statistik er der flere mænd end kvinder, der har prøvet cannabis mindst én gang, og mere end dobbelt så mange mænd som kvinder, der har et aktuelt forbrug af hash. Ikke desto mindre bør overvægten af mænd i denne undersøgelse formodentlig ikke tages som udtryk for, at dyrkning i så høj grad, som det fremstår her, er en mandlig aktivitet.

Selvom denne undersøgelse altså ikke giver grundlag for at trække de store generelle konklusioner, kan

TABEL 1: RESPONDENTERNES MOTIVATIONER FOR AT DYRKE CANNABIS. N=401.

	%
Personlig brug	94,0
Fornøjelsen ved at dyrke	87,8
Undgå den illegale kreds	76,6
Billigere	66,5
Planten er smuk	58,6
Det er sundere	57,1
Nysgerrighed	52,1
Dele med venner	44,6
Det er nemmere	37,2
Det er mindre risikabelt	31,9
Det er stærkere	24,0
Det er mildere	11,5
For at sælge	3,9

TABEL 2: RESPONDENTERNES FORMÅL MED AT DYRKE CANNABIS. N=401.

	%
For fornøjelsens skyld	91,5
Dele ud til venner	52,9
Medicinske årsager	23,7
Dele ud til medicinsk brug	12,0
Sælge til venner	5,7
Dele ud til alle, der spørger	3,5
Sælge til alle, der spørger	1,5
Sælge til medicinsk brug	1,0
Dyrker for en anden som afbetaling på gæld	0,2
Andre formål	7,3

TABEL 3. RESPONDENTERNES VURDERING AF RISIKO FOR AT BLIVE TAGET AF POLITIET. N=401.

	%
Meget stor	2,2
Stor	7,7
Lille	34,2
Meget lille	40,9
Ved ikke	14,0
Uoplyst	1,0

det temmelig håndfast konstateres, at den gruppe cannabisdyrkere, der har besvaret spørgeskemaet, for det første repræsenterer et bredt udsnit af den danske befolkning, hvoraf langt størsteparten er på arbejdsmarkedet eller studerende.

For det andet er der tale om personer, som først og fremmest dyrker/har dyrket til eget brug og kun i ganske minimalt omfang været

HELLE VIBEKE DAHL
ETNOGRAF, CAND.MAG., AKAD.MEDARB.
VIBEKE ASMUSSEN FRANK
CENTERLEDER, PH.D., LEKTOR
SUSANNE VILLUMSEN
CAND.JUR., MPH, AKAD. MEDARB.



motiveret af økonomisk fortjeneste.

For det tredje, at de fleste – på trods af det faktum, at de ved at dyrke cannabis har involveret sig i en illegal aktivitet – gør det for at undgå kontakt med kriminelle miljøer/markeder.

For det fjerde, at dyrkning til eget brug langt overvejende sker med henblik på selvforsyning til rekreativt og socialt brug, herunder til at dele ud af.

Selvom det primært er Cannabisplantens egenskaber som rusmiddel, der fremstår som afgørende for dyrkerne, ses det, at dens medicinske egenskaber også indtager en betydelig rolle. Således henviser knap hver fjerde til dyrkning af Cannabis af medicinske årsager. I det hele taget rækker spørgsmålene om motivation for at dyrke, herunder 'selvforsyning' og 'eget brug' ud over den snævre forståelse af 'egen konsumption'. Således spiller glæden ved selv at dyrke i lighed med mere pragmatiske og ideologiske overvejelser en væsentlig rolle for langt de fleste, bl.a. med henvisning til, at man med egen dyrkning har en sikkerhed for, at det, man indtager, er 'sundere', har den ønskede kvalitet og styrke samt har haft ordentlige (økonomiske) opvækstbetingelser.

De konklusioner, der er opridset på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen, skal som sagt tages med forbehold og under hensyntagen til de repræsentative skævheder, som denne undersøgelsestype typisk indebærer. Med dette sagt vil vi dog minde om, at dette datamateriale har en vigtig pointe i og med, at der i så overvejende grad er tale om oplysninger fra respondenter, der på centrale områder er, som 'folk er flest', og som i mange tilfælde har et relativt langvarigt brug af cannabis bag sig, men hvis motiver og erfaringer med at anvende og dyrke cannabis sjældent bliver hørt. Dette skyldes naturligvis det forhold, at de officielt er at betragte som lovbrydere, hvorfor de er tilbøjelige til at

holde lav profil. Yderligere gør den nuværende politiske diskurs det vanskeligt at overdøve de narkotika- og sundhedspolitiske budskabers fokus på potentielle risici- og skadevirkninger ved cannabisbrug og dermed bringe alternative erfaringer og synspunkter frem i lyset.

Perspektivering

Som nævnt var spørgeskemaundersøgelsen blot et indledende skridt i forhold til en undersøgelse af dansk cannabisdyrkning. Deltagerne blev afslutningsvis bedt om at oplyse kontaktinformationer, hvis de var interesserede i at stille op til et personligt interview med henblik på at uddybe de i spørgeskemaet berørte emner. Efterfølgende blev 42 personer i alderen 18 – 75 år interviewet, heraf 7 kvinder.

Yderligere pågår en interviewundersøgelse med politifolk i landets politikredse med henblik på at få indblik i deres viden om, erfaringer med og (prioritering) af indsatsen over for hampedyrkning i Danmark.

Ud over planlægningen af nye artikler og publikationer omhandler de forskellige cannabis(dyknings)relaterede temaer vil vi afslutningsvis henvise til, at der på baggrund af de foreliggende data er indleveret to artikler (se under Litteratur nedenfor), som forventes at udkomme i løbet af efteråret 2010. ■

LITTERATUR

- Hakkarainen, P, Frank, VA, Perälä, J & Dahl, HV: Small-scale Cannabis Growers in Denmark and Finland (under udgivelse).
Dahl, HV & Frank, VA: Medical Marijuana – Exploring the Concept in Relation to Small Scale Cannabis Growers in Denmark. I Decorte, T., Potter, G. & Bouchard, M: World Wide Weed: Global Trends in Cannabis Cultivation and Control, London: Ashgate (under udgivelse).

ARTIKEL PÅ VEJ:

HASH OG KOKAINPROJEKTET

er nu afsluttet som udviklingsprojekt.

Gruppebehandlingen videreføres af Rådgivningscenter København af medarbejdere, der har været under oplæring af projektteamet i det sidste projektår. En af projektmedarbejderne fortsætter som koordinator for gruppebehandlingen og skal som den sidste opgave for projektet kvalitetssikre 'overdragelsen'.

Der er udgivet to publikationer om projektet, som kan rekvireres hos Christian Solholt i Rådgivningscenter København, gs29@sof.kk.dk eller telefon 3317 5732:

– **Arbejdskatalog** – til anvendelse ved gruppebehandling af hash- og/eller kokainmisbrug (udarbejdet af projektteamet). Arbejdskataloget beskriver de anvendte metoder og indeholder konkrete anvisninger og værktøjer til brug i behandlingen.

– **Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug – målgrupper, metode og resultater** (udarbejdet af Dorrit Pedersen). Rapporten beskriver målgruppen og resultaterne, herunder hvordan det er gået brugerne, og hvordan det er lykkedes at forankre behandlingstilbuddet fremadrettet som en del af Københavns Kommunes behandlingstilbud.

I et kommende nummer af STOF vil jeg sætte fokus på implementeringen af projektet, hvordan forankringen har været i fokus fra projektets start, hvordan det at videreføre et projekt i en eksisterende praksis forandrer praksis, og hvordan man undgår, at den hidtidige behandling bliver stedbarn, når der skal gives plads til nye initiativer.

Dorrit Pedersen

Specialkonsulent

Kontoret for Udsatte grupper, Misbrug og Bolig, Københavns Kommune.

På www.stofbladet ligger tre tidligere artikler om projektet, to af Christian Solholt (STOF nr. 11 og 12) og en af Sidsel Thorsen (nr. 13).

Hovedet er kun klogt, når kroppen er med – terapi baseret på kontakt og autenticitet

Vi bestemmer selv, hvad vi vil gøre med følelserne. Vi har et eksistentielt valg om at sige 'ja' til følelser og sansninger – og leve med dem – eller sige 'nej' og prøve at afskære os fra den del af virkeligheden – for eksempel ved at ryge hash.



AF LONE NIELSEN

I rådgivningen i Settlementet på Vesterbro i København har vi siden 2006 tilbudt psykoterapi til personer, hvis hashforbrug er blevet et problem, som de ønsker hjælp til at gøre noget ved. Tilbuddet blev i den første 3-års periode støttet af Socialministeriets Narkopolje med det formål at udvikle nye metoder til behandling af hash- og kokainmisbrug, hvor vi fik accept af vores øn-

ske om at fokusere på hashmisbrug.

I rådgivningen er vi gang på gang stødt på hashrygningsproblematikken hos mennesker, der opsøger os for at få hjælp.

Nogle af de iagttagelser, vi således på forhånd har gjort os, er, at hashrygning typisk starter i de tidlige teenageår, som noget der skal prøves sammen med vennerne. For norges vedkommende fører det til et misbrug, der kommer til at styre deres tilværelse i mange år og bl.a.

udmønter sig i, at de aldrig får stiftet familie – som de ellers ønsker – ikke får realiseret en uddannelse eller opnår et stabilt arbejdsliv. Misbruget får dermed store konsekvenser for den enkeltes livskvalitet følelsesmæssigt, socialt og økonomisk.

Misbrug, selvfordømmelse og opgivelse

Når hashrygning udvikler sig til et misbrug, er der som oftest tale om en slags selvmedicinering beroende på trangen til at flytte sig følelsesmæssigt og mentalt fra en uoverskuelig livssituation. Ved at spørge konkretiserende til den enkelte misbrugs tankes og følelser viser det sig, at disse som regel bunder i en grundlæggende selvfordømmelse om *ikke at være god nok*.

Selvmedicineringen er et forsøg på at stoppe følelser som skam, uro, angst, tomhed, ensomhed, stress og håbløshed. At ryge hash følger imidlertid blot et nyt lag til selvfordømmelsen. Dette skal der så endnu mere hash til at dæmpe – og en ond cirkel er i gang.

Bioeksistentiel psykoterapi

Det forekommer sandsynligt, at det, der skal til for at bryde den onde cirkel, er at fokusere på og konkretisere 'jeg er ikke god nok' – overbevisningen, og her ser vi nogle særlige muligheder i terapiformen bioeksistentiel psykoterapi – en terapiform udviklet

Settlementets rådgivning yder social, juridisk og psykologisk rådgivning samt gældsrådgivning. Rådgivningen er åben, anonym og uafhængig af offentlige myndigheder. I rådgivningen er der ansat en socialrådgiver/leder og en psykolog/projektansat. Derudover er der tilknyttet frivillige med baggrund som socialrådgivere, jurister, bankrådgivere, psykologer og psykoterapeuter. Fra 2007-2009 har rådgivningen via tilskud fra Socialministeriets narkopolje og Helsefonden haft et særligt tilbud til personer, der ønskede, at gøre noget ved deres hashforbrug. Der var 30 kvinder og 55 mænd, som henvendte sig for at få hjælp.

Læs mere på www.settlementet.dk.

af Olav Storm Jensen (se referencer).

Denne terapiforms fortrin er at have fokus på de konflikter i selvforhold, der har sammenhæng med overbevisningen om ikke at være god nok, samt de mange former for selvfordømmelse denne overbevisning afstedkommer.

Nøglebegreberne i bioeksistentiel psykoterapi er *biologi, humanistisk-eksistentiel psykologi, sansning og etik*.

En af grundindsigterne er, at *hovedet kan forvirres*, fordi vi kan tænke hvad som helst, mens *kroppen er i virkeligheden*, hvilket betyder, at vi ikke kan mærke/sanse hvad som helst, men 'kun' mærke/sanse det, der faktisk er. Det betyder, at det er det, personen mærker i kroppen, der er i centrum i den terapeutiske proces.

En anden grundindsigt er, at *vi ikke selv bestemmer vores følelser og sansninger, de er biologisk givne*. Vi bestemmer imidlertid, hvad vi vil gøre med følelserne – *vi har et eksistentielt valg* om at sige 'ja' til følelser og sansninger og leve med dem – eller sige 'nej' og prøve at afskære os fra den del af virkeligheden – for eksempel ved at ryge hash.

Den etiske værdi vedrører *terapeutens menneskelige ægthed, autenticitet i relationen til klienten*, at terapeuten er der som sig selv, med sig selv og for klienten.

Der er i denne terapiform tre lag i den terapeutiske kompetence:

1. Personlig kompetence – færdighed i at *være* der terapeutisk relevant.
2. Teoretisk kompetence – færdighed i at *tænke* terapeutisk relevant.
3. Teknisk kompetence – færdighed i at *handle* terapeutisk relevant.

Forholdet mellem de tre kompetencelag forstås hierarkisk, sådan at den tekniske kompetences værdi forudsætter en tilstrækkelig teoretisk kompetence, og den teoretiske kompetences værdi en tilstrækkelig personlig kompetence.

Den personlige kompetence er altså den bærende og beror på, at terapeuten kan bruge 'hele sig selv' og være nærværende, autentisk og afgrænset

i kontakten med klienten. Derfor er en personlig udviklingsproces, og det vil sige relevant egenterapi, forudsætningen for at kunne praktisere denne terapiform.

Værdien af, at terapeuten er autentisk til stede i relationen til klienten, begrundes i, at personens overbevisning om ikke at være god nok har baggrund i vigtige nøglepersoners, sædvanligvis forældrenes, uautentiske spejling.

Olav Storm Jensen skriver: *'Autenticitetens afgørende terapeutiske betydning begrundes med det synspunkt, at den centrale problemkerne bag samtlige de problematikker, som psykoterapi har relevans over for, er en negativ identitetsdannelse i barndommens socialiseringsproces, forårsaget af voksne nøglepersoners uautentiske identitetsspejling'*. (Storm Jensen, O.: Psykoterapeutens autenticitet – terapiens afgørende led. Om at tage 'at tage klienten alvorligt' alvorligt nok. Psyke og Logos, 19, 271. 1998).

Når forældrene i deres spejling viser ringe forståelse for eller direkte fordømmer og modarbejder barnets følelser¹, opstår der en fatal værdiforvirring i barnets selvforhold. Værdiforvirringen er en forvirring med hensyn til, hvad der er rigtigt/sandt henholdsvis forkert/falsk: Når mor bliver vred på mig, fordi jeg er ked af det lige nu, så må det være, fordi det er forkert, at jeg er ked af det – altså er jeg forkert! – vil typisk være barnets konklusion.

Der etableres en parathed i barnet til at dømme sig selv forkert i de tilfælde, hvor det, barnet mærker inden i sig selv, ikke modsvares af forældrenes reaktioner.

Da udgangspunktet imidlertid er, at følelser er natur (biologisk bestemt) og opstår i forbindelse med barnets oplevelser, giver det ikke mening at tale om, at en følelse er forkert. Enhver given følelse er med andre ord autentisk i sin sammenhæng. Når forældrene forholder sig afvisende og fordømmende over for følelsen, praktiserer de derfor

et autenticitetssvigt i relationen til barnet. Dette fører med tiden til, at barnet lærer at forholde sig uautentisk til sig selv, det vil sige *holder op med at tage sig selv alvorligt – og i stedet dømmer sig selv forkert*.

Sandhedssansen

En tredje grundindsigt er, at vi som mennesker er født med en *'sandhedssans'*.

Når vi mærker efter, kan vi mærke, om noget er sandt eller falsk. Vi holder imidlertid op med at stole på vores sandhedssans, når vi som børn oplever, at det, vi mærker inde i os selv, dømmes forkert af vores forældres reaktioner på os. Når forældrene agerer uautentisk i forhold til barnets følelsesliv, fører det til en krænkelse af barnets sandhedssans med det til følge, at barnet med tiden holder op med at stole på sin sandhedssans.

Personens værdiorientering er afhængig af, at der er forbindelse til sandhedssansen, som igen er en forudsætning for at kunne tage sig selv alvorligt. Det vil sige at kunne sige 'ja' til det, der er, de følelser, der er, og forholde sig relevant og selvrespekterende i forhold til dem.

Det terapeutiske mål

Forbindelsen til og tilliden til sandhedssansen er afgørende for personens livskvalitet og forudsætningen for at kunne træffe kærlige og selvrespekterende valg.

Det terapeutiske mål ses derfor som det at hjælpe personen til en genintegration af tilliden til sandhedssansen.

Terapien

Sandhedssansen er i og mærkes i kroppen. For at facilitere personens kontakt med sig selv og sin sandhedssans støtter terapeuten som udgangspunkt ham eller hende i at komme: *ned i tempo, ned i kroppen og ned i det konkrete*.

Det terapeutiske arbejde med at genintegrere tilliden til sandhedssansen er afhængig af, at klienten er villig til at stoppe op, trække vejret,



flytte opmærksomheden ned i kroppen og mærke sig selv.

Terapeutens vigtigste opgave er at facilitere og støtte klienten i kontakten med sig selv. De fleste er som udgangspunkt 'oppe i hovedet' i en sådan grad, at forvirringen med hensyn til, hvad der er sandt eller falsk, er invaliderende for den enkeltes selvforhold. Der er brug for, at de 'kommer ned i kroppen' – får kontakt med sig selv, og det vil samtidig sige: får kontakt til virkeligheden. Dette gøres konkret ved, at terapeuten løbende, og når det er terapeutisk relevant, spørger klienten, hvad vedkommende mærker lige nu? – Klientens opmærksomhed bliver vendt indad og nedad i kroppen. Ved at fortsætte en konkretiserende proces får klienten mulighed for kontakt med sig selv på et stadig dybere plan, lige indtil personen mærker en klarhed af, hvad han eller hun *faktisk* er både som menneske og humørmæssigt i det givne øjeblik.

Denne proces er naturligvis ikke uden forhindringer. Forhindringerne er udtryk for det negative blik på sig selv, som forældrenes uautentiske spejling har afstedkommet, samt de mange former for selvfordømmelse dette fører til hos den enkelte.

Klienten forhindrer sig selv i at mærke, hvad der er, og holder sig selv tilbage for eksempel ved at stivne og praktisere en tilbageholdt og overfladisk vejtrækning. De måder, den enkelte lukker af på for at mærke sig selv, arbejdes der kropsligt med i terapien med de teknikker, der er relevante i den konkrete sammenhæng. Det kan for eksempel være at slå eller sparke i en sækkpude og lade stemmen få fuld kraft for at mærke og give plads til styrken af følelsen, her vrede, og ikke for at tømme sig for følelsen. Indsigten er, at *følelser skal man ikke af med, men leve med.*

Efterhånden som klienten arbejder sig ned i en stadig dybere kontakt med sig selv, vil der helt naturligt komme et tidspunkt, hvor han

eller hun mærker vrede over at være blevet påduttet en negativ og falsk selvopfattelse. Det er netop følelsen af vrede, og det at mærke styrken af vreden, der åbner forbindelsen til sandhedssansen og dermed til at kunne mærke, hvad der faktisk er sandt. At det for eksempel ikke er sandt, at personen ryger hash, fordi vedkommende er ligeglad med sig selv og andre mennesker, men at det blot er et udslag af en forvirret måde at prøve at håndtere en forvirret og forvirrende livssituation på.

At menneskets selvforhold i sit udgangspunkt er kærligt viser vores erfaringer os, og det at komme ned i sig selv og mærke vrede over at være blevet misdefineret og mærke medfølelse og kærlighed til sig selv er et afgørende vendepunkt i terapien. Det siger næsten sig selv, at det er fra dette sted, den enkelte kan træffe ægte, kærlige valg for sig selv, for eksempel om der fortsat skal være hash i hans eller hendes liv eller ej, til forskel fra at vælge ud fra en overbevisning om at være forkert.

At vælge virkeligheden

At hovedet kun er klogt, når kroppen er med, betyder, at forudsætningen for, at vi kan træffe kloge valg, er, at vi har kontakt med virkeligheden, med os selv, og det vil sige med det, der mærkes i vores krop.

At bruge terapiens muligheder fordrer, at den enkelte til stadighed vælger at stoppe op, trække vejret, gå ned i kroppen og mærke efter, hvad der er – vælger at være i virkeligheden.

Ikke alle personer, der har opsøgt rådgivningens tilbud, har villet gøre dette valg. Nogle oplever det umiddelbart som 'lettere' at fortsætte misbruget, og nogle vælger at erstatte eller supplere hashmisbruget med antidepressiva.

Hvad den enkelte i sidste ende vælger er vi magtesløse over for. Vi kan imidlertid konstatere, at de af brugerne af tilbuddet, der har truffet valg om at samarbejde med te-

rapeuten om at komme i en bedre kontakt med sig selv, spontant har givet udtryk for at blive meget mere klar over, hvad han eller hun er og vil. Det har virket nærmest som en åbenbaring for de fleste at få den spejling fra terapeuten, at deres følelser ikke er forkerte og ikke skal modarbejdes. Mange har som udgangspunkt været flove over ikke at kunne lade være med at føle det, de føler. Så alene det at slippe af med den umulige opgave ikke at måtte mærke og føle det, han eller hun faktisk mærker og føler, er en stor energifrisættende lettelse, som sætter deres liv med sig selv i et langt bedre perspektiv. Det betyder blandt andet at kunne mærke sine kræfter, sin styrke og se sine muligheder for aktivt at styre sin tilværelse. ■

NOTE

- 1 Når forældre modarbejder barnets følelser, gør de det som regel ikke i en ond mening. De gør det med baggrund i deres egen forvirrede livs- og følelshåndtering.

REFERENCER

- Storm Jensen, O.: Om Bioeksistentiel Psykoterapi. Pjece. Eget tryk, 1. udg. 1994. (Findes på www.sensetik.dk under titlen: Bioeksistentiel Psykoterapi – Introduktion til grundbegreberne.)
- Storm Jensen, O.: EVIDENS OG RELEVANS – Videnskabelighed i psykoterapi: 'Evidensbaseret praksis' eller saglig menneskelighed? Psyke og Logos, 29, 152-176. 2008.
- Storm Jensen, O.: Psykoterapeutens autenticitet – terapiens afgørende led. Om at tage 'at tage klienten alvorligt' alvorligt nok. Psyke og Logos, 19, 271-286. 1998.
- Storm Jensen, O.: Arbejde med sorg- og afskedsprocesser – fra et bioeksistentielt perspektiv. Foretagsresumé, Sensetik Institut, 2000. www.sensetik.dk
- Publikationerne kan læses på www.sensetik.dk/ artikler

OM FORFATTEREN: Lone Nielsen er autoriseret cand. psych. og har desuden gennemført et 4-årigt træningsforløb i bioeksistentiel psykoterapi.

Forfatteren har gennem de sidste 7 år været projektansat i den sociale, juridiske og psykologiske rådgivning i Settlementet på Vesterbro i København.

Mindfulness i stofbehandling

Stofbrugere har gode erfaringer med kurser i mindfulness, som er en særlig meditationsform. Her opøver man større opmærksomhed og bevidsthed i nuet. Man lærer at være mere til stede i det, som man oplever og gør.

AF JOHNNY LINDBLAD REINHARDT
& ØIVIND WEINGAARDE
I SAMARBEJDE MED BIRGITTE THYLSTRUP

MB16P er ikke navnet på et nyt designerdrug, selv om bogstav- og talcombinationer kunne lede tankerne i den retning. Der er i stedet tale om et nyt kursustilbud inden for stofbehandling i Danmark. Kurset hedder 'Mindfulness Baseret på 16 Principper'. Artiklen gennemgår, hvad det vil sige at arbejde med *mindfulness*, hvorfor vi har valgt at bruge de 16 principper så aktivt, og hvad vores og brugernes erfaringer er med at arbejde på denne måde.

Historien bag Mindfulness

De fleste, der beskæftiger sig med misbrugsområdet, er højst sandsynlig stødt på ordet mindfulness eller har selv arbejdet med metoden. Det må i hvert fald siges at være én af de store bølger inden for området i øjeblikket, og det er en arbejdsmetode, som ofte bliver brugt i forbindelse med kognitive behandlingsmetoder. Alligevel vil vi kort ridse lidt historie op: Mindfulness er en 2.500 år gammel filosofi og meditationsform med rødder i buddhismen. Det tibetanske ord for meditation er 'gom', som kan oversættes til *at blive kendt med* og kan tolkes som *at opnå fortløbelighed med sig selv*. Meningen med at arbejde med mindfulness meditationen er at opøve større opmærksomhed og bevidsthed i nuet og på denne måde være mere til stede i det, som man oplever og gør.

'Målet er at lære personen metoder til at bryde automatiske, vanemæssige kæder af reaktioner og gøre det muligt at træde et skridt tilbage og observere

tankeprocesser, mens de foregår, for derved at få et bredere perspektiv på de faktorer, som forværrer eller vedligeholder stressbelastningen i personens liv'.

Citatet stammer fra Jon Kabat-Zinn, professor emeritus, som i 1970'erne startede med at træne mindfulness med kroniske smertepatienter i USA. Fordi patienterne oplevede radikale positive ændringer i forhold til deres smerter og den måde, som de forholdt sig til smertene på, fik resultaterne meget opmærksomhed, og mindfulness blev integreret i andre behandlingsprogrammer rettet mod f.eks. depression og misbrug, alkoholmisbrug og tilbagefald.

De første erfaringer

For ti år siden arbejdede Johnny Lindblad Reinhardt som pædagog inden for misbrugsbehandling, og han blev meget inspireret af de behandlingsforløb, der havde været lavet med mindfulness. Efter selv at have taget flere kursusforløb for behandlere - og efter selv at have mediteret i lang tid - startede han i 2002 sine første mindfulnessgrupper med stoffri brugere i ambulant stofbehandling:

'Jeg planlagde, at den første gruppe skulle mødes én gang om ugen over otte uger, hvilket var den samme længde som de kurser, jeg selv havde taget. Planen blev dog hurtigt ændret, fordi de brugere, der deltog i kurset, syntes, at de havde behov for at mødes på daglig basis. Det var muligt at tilpasse kurset til brugernes behov, selvom det gav nogle udfordringer i forhold til at være kreativ som underviser og samtidig følge det fastlagte program. For eksempel

skulle hjemmeopgaverne tilpasses, og meditationerne gøres kortere, så de ikke blev for overvældende for brugerne.

Virkede kurset? Fik brugerne det bedre, og kom de mere til stede? Generelt var tilbagemeldingerne, at brugerne oplevede, at de var blevet bedre til at være i nuet, og at de overvejende satte pris på det. De fortalte, at de havde fået større opmærksomhed på deres tanker, deres følelser og deres krop, og de oplevede, at det gjorde dem bedre i stand til lidt bedre at kunne rumme det, der skete i deres liv, uden at aktivere den destruktive 'autopilot'.

Seks år senere begyndte jeg at arbejde med mindfulnessgrupper for både stoffri brugere og brugere i substitutionsbehandling. Det eneste krav til deltagerne (i begge grupper) var, at man skulle møde stabilt op og ikke være stofpåvirket. Umiddelbart var der ikke nogen oplevelse af forskel på, hvordan de to grupper fungerede, hvilket jeg synes var en interessant erfaring set i lyset af, at den metode, som var blevet anvendt i den oprindelige behandling, betingede fuldstændig stoffrihed fra deltagerne'.

MB16P i misbrugsbehandling

Efter at have afholdt flere kurser begyndte Johnny Reinhardt i samarbejde med Øivind Weingaarde at bruge dele af de 16 principper fra mindfulness på kurserne:

'Vores inddragelse af de 16 principper var et forsøg på at få mere almenmenneskelige problemstillinger i spil. Vi havde erfaret, at brugerne fandt det positivt, at kurset ikke var direkte relateret til deres misbrug-



sidentitet, altså til deres problemer med stofbrug, misbrug, afhængighed. Derfor ville vi gerne sende et signal om, at man på kurset ville komme til at arbejde med andet end stofproblematikker. Vi syntes også, at det at arbejde med 'gruppebehandling' sendte et signal om at være i behandling i stedet for at være i et forløb der i højere grad tog udgangspunkt i personlig selvudvikling. Det var en oplevelse, som blev forstærket af, at flere brugere havde fortalt, at det kunne føles direkte stigmatiserende at skulle 'gå i gruppe'.

Et mangeårigt misbrug gør ofte, at brugerens opmærksomhed er rettet meget intenst mod misbruget. Men misbruget er som regel forbundet med mange andre problemer: fortidelse og skam eller en følelse af at være anderledes og ikke høre til. Når brugere gennem mange år har levet med et misbrug, bliver det derfor også vigtigt at tale om det, som optager de fleste, nemlig lysten til at kunne indgå i et fredeligt, respektfuldt og gensidigt forhold til andre mennesker. Vores idé var derfor, at arbejdet med de 16 principper i mindfulness kunne give mindfulness-træningen en ny dimension, nemlig fokus på livsværdier, som kunne danne retning for en mere aktiv adfærd. Og vi fandt, at de 16 principper, som tager udgangspunkt i fire filosofiske temaer, udgjorde en enkel ramme for

refleksioner over den måde, vi tænker, taler og handler på. Samtidig er principperne praktiske, fordi de kan omsættes til brug i hverdagen uden de store problemer'.

De 16 principper danner en cirkel, som går fra 'Ydmyghed' til 'Mod' og omhandler:

1. Hvordan vi tænker – Ydmyghed, Tålmodighed, Tilfredshed og Glæde.

2. Hvordan vi handler – Venlighed, Ærlighed, Gæmildhed og Meningsfuld tale.

3. Hvordan vi forholder os til hinanden – Respekt, Tilgivelse, Taknemmelighed og Loyalitet.

4. Hvordan vi finder mening – Inspiration, Principper, Hjælp-somhed og Mod.

Hvert af de 16 principper er trykt på et lille kort, og kortene kan bruges lige så kreativt, som ens evner rækker. På kurserne var idéen, at brugerne skulle forholde sig til de 16 kort ét efter ét i forbindelse med forskellige øvelser. Ved at arbejde med værdierne på den måde udforsker vi dem, lærer dem at kende og giver os tid til at finde ud af, hvad de betyder for os. En af øvelserne er for eksempel, at man i plenum brainstormer på, hvad man tænker om eksempelvis 'Glæde', og derefter to og to skiftes til at fortælle om en situation eller begivenhed, der aktuelt har haft et udfald eller forløb, som

har været utilfredsstillende for én. Efterfølgende re-framer man den fortalte historie med et kort fra dagens hovedtema og ser dermed den fortalte historie i et andet perspektiv, hvilket er meget inspirerende for deltagerne. Pre-framing, tanker om en forestående begivenhed, bliver perspektiveret på samme måde.

MB16P er altså bygget op om to søjler. Den ene søjle er mindfulness, hvor fokus for vores opmærksomhed er os selv, vores sind, tanker, krop og følelser. Her øver vi at iagttage os selv og at blive opmærksomme på 'larmen' fra vores tanke- og følelsesliv. For eksempel anvender vi let yogatræning og 'bodyscanning', som er en guidet gennemgang af kroppen fra top til tå, og som giver én opmærksomhed og mulighed for at kunne forholde sig til sin krop på en mere sund og omsorgsfuld måde. Når vi opnår en vis fortrolighed med den form for opmærksomhed, bliver vi også bedre og bedre i stand til at fokusere på den anden søjle, som er de 16 principper.

De 16 principper er øvelse af nærvær og empati i relationen til vores medmennesker. Kendskabet til os selv, som kommer ved at iagttage os selv med opmærksomhed, giver os også mulighed for en øget forståelse af, hvordan vi selv og andre tænker, føler og handler. Ved at give os mulighed for at se igennem de



vaner og mønstre, som ikke altid er hensigtsmæssige eller til gavn for os selv eller andre, bliver de 16 principper en inspiration til, hvordan vi kan udvide vores måde at være kreative i vores tilgang til verden og vores eget liv.

Hvad kan MB16P?

Kurset er ikke som sådan terapeutisk funderet, men fokuserer på at arbejde med alment menneskelige problemstillinger og overvejelser. Det er vores erfaring, at kurset kan hjælpe nuværende eller tidligere stofbrugere med især disse forhold:

Tilbagefaldsforebyggelse: Ved at træne en øget opmærksomhed på egne tanker, følelser og kropslige fornemmelser kan brugeren bedre blive i stand til at tænke på nye strategier og muligheder, for at undgå at lade sig forføre og styre af stoftrang. Her kan en øget bevidsthed om, hvad der er vigtigt for den enkelte bruger, støtte vedkommende i at prøve andre løsninger, inden der tyes til den velkendte løsning, som et tilbagefald ofte er.

Psykoedukation (eller måske rettere 'psykeedukation'): Ved at opnå en øget forståelse af, hvordan brugerens tanker og følelser nogle gange kan 'leve deres eget liv', som ikke er til at styre, kan brugeren få større forståelse af, hvilke tanker, følelser og kropslige fornemmelser, der ikke skal identificeres som ens 'sande og urokkelige jeg'.

Social færdighedstræning: Ved at få større klarhed over, hvad der er brugerens egne værdier, skabes der rum og mulighed for refleksion over, hvordan man møder og ønsker at møde sin omverden.

På den måde øges bevidstheden om, at andre mennesker kan have andre livsværdier, hvilket kan hjælpe brugeren til at indgå i sociale relationer på en mere hensigtsmæssig måde.

Vores erfaringer med MB16P

Generelt er kursisterne meget stabi-

le i deres fremmøde, og de udtrykker stor glæde over kursets indhold og deres oplevelse af, hvordan de kan bruge det i deres eget liv. Vores egen erfaring er, at kurset støtter brugerne i deres egenomsorg og i at indgå i hverdagslivet på godt og ondt. Nøjagtigt på samme betingelser som for alle andre forvirrede og usikre mennesker, der har lyst til at blive klogere på sig selv og sine medmennesker.

Vi foretog en mundtlig evaluering af et kursusforløb efter kursets syvende session. Her beskrev brugerne, at de oplevede at være mere opmærksomme, åbne og 'klare i hovedet', og at de var blevet bedre til at træffe valg. De oplevede også at være mere til stede i forhold til at acceptere den situation, som de var i, mærke mindre stress og se situationer på nye måder og fra andre vinkler. Det havde givet nogle af brugerne en oplevelse af at gribe situationer anderledes an - og for nogle at styre deres temperament og ikke reagere så meget på uro og brok omkring sig.

I forhold til arbejdet med de 16 principper oplever vi, at kursisterne her får mulighed for at tilegne sig praktiske og enkle redskaber, der kan bruges til at bryde med en uhensigtsmæssig 'automatadfærd' i hverdagen. Brugere selv har udtrykt stor glæde og engagement over at arbejde med de 16 principper. De fortæller, at de har følt sig 'frisatte' og oplevede et frirum, hvor dagsordenen var en noget anden end den, de er vant til i behandlingsregi. De føler sig udfordrede og inkluderede med spørgsmål, som de normalt ikke bliver bedt om at tage stilling til.

I forhold til, hvordan kortene bruges i hverdagen, fortalte en mandlig bruger, at han havde haft kortene med i sin bil, en dag da den brød sammen. Han kom i tanke om, at han ville trække et kort og trak kortet med ordet 'Glæde'. Han tænkte over ordets betydning og bestemte

sig for, at den gamle bil ikke skulle forhindre ham i at være glad, så han forlod bilen i godt humør.

En kvinde fra samme hold fortalte, at hun i starten ringede sammen med en anden kvindelig deltager for at fortælle om 'dagens kort', og at de begge havde stor glæde af disse samtaler. Samme kvinde fortalte også, at hun startede sin dag med bodyscanning, og at hun i samme periode havde opnået at reducere sit forbrug af benzodiazepiner til en fjerdedel af, hvad hun havde brugt før kurset.

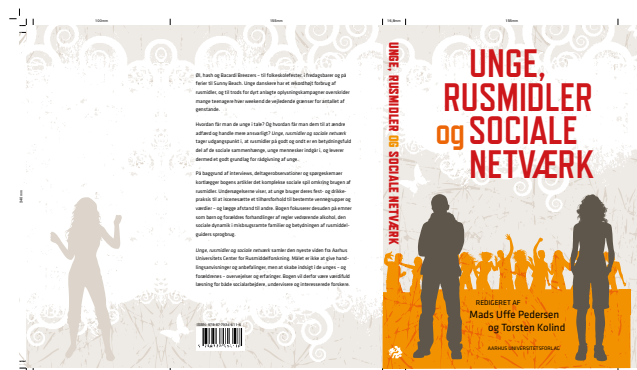
Betydningen af et kursusbevis

Vores erfaring med, at stofbrugere har behov for ikke at blive eller føle sig stigmatiseret, gør, at det er vigtigt at understrege, at MB16P er et KURSUS, hvor man ligesom på andre kurser modtager et kursusbevis bagefter. Den eneste forskel er, at potentielle deltagere tilbydes en forsamtale, inden de, mere eller mindre, forpligter sig til at deltage på kurset. Kursisterne vil også deltage i en 'før-forventning' og en 'efterevaluering' af kurset med henblik på at dokumentere deres udbytte af forløbet. Det kan anbefales at have tilbud om 'åbent kursus', hvor nysgerrige og potentielle kursister kan få en fornemmelse af, hvad det handler om. ■

Man kan læse mere om forfatterne og deres kurser, workshops og uddannelse til MB16P- instruktører på hjemmesiden www.MB16P.dk.

LITTERATUR

- Jon Kabat-Zinn: Full Catastrophe Living. Delta. Random House Inc. New York. 2009.
Zindel Segal, Mark Williams & John Teasdale: Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression. Guilford Press. 2001.
Zindel Segal, Mark Williams, John Teasdale & Jon Kabat-Zinn: Bevidst nærvær. The Guilford Press. 2007.
Alison Murdoch Deyki & Lee Oldershaw: 16 Guidelines for Life. Foundation for Developing Compassion and Wisdom. March. 2008.



NY ANTOLOGI:

UNGE, RUSMIDLER OG SOCIALE NETVÆRK

Redigeret af Mads Uffe Pedersen & Torsten Kolind med bidrag af Jakob Demant, Signe Ravn, Anders Sonne, Morten Hulvej Rod, Karen Elmeland, Susanne Willumsen, Sébastien Tutenges, Morten Hesse, Leif Vind & Dorte Heckscher.

Aarhus Universitetsforlag, 278 s.

248 kr. + moms.

www.unipress.dk

Antologien tager udgangspunkt i, at rusmidler på godt og ondt er en betydningsfuld del af de sociale sammenhænge, unge mennesker indgår i. Målet er ikke at give handlingsanvisninger og anbefalinger, men at skabe indsigt i de unges – og forældrenes – overvejelser og erfaringer. Bogen henvender sig til socialarbejdere, undervisere og forskere.

RAPPORTER I 2010:

Hesse, M., Kjær Pedersen, M. & Nielsen, J.V.: Screening for personlighedsforstyrrelser – en kontrolgruppeundersøgelse.
115,- kr. incl. moms og forsendelse.

Kolind, T., Dahl, H.V., Nielsen, L. & Frank, V.A., Fængselsbetjentes erfaringer med stofbehandling, narkotikakontrol og indsattes brug af rusmidler.
160,- kr. incl. moms.

Pedersen, M.U.: Dokumentation, kvalitets- og effektstyring af socialt arbejde med socialt udsatte – eksemplificeret ved kvinder i stof- og alkoholbehandling.
110,- kr. incl. moms.

Mads Uffe Pedersen: Scoresystem til identificering af risiko-grupper. (Microsoft Excel format 97-2003).

Villumsen, S., Pedersen, M.U., Pedersen, M., DanRIS 2009 – STOF.

Nogle rapporter kan købes, men alle kan downloades fra: www.crf.au.dk, hvor man nu som noget nyt kan søge på alle publikationer udgivet af CRF.



Velkommen til Vibeke

Fra 1. juni hedder centerlederen ved Center for Rusmiddelforskning Vibeke og ikke Mads.

De to har foretaget et bytte, der betyder at Vibeke Asmussen Frank de kommende to år skal være konstitueret leder ved Center for Rusmiddelforskning i stedet for Mads Uffe Pedersen.

Skiftet er sket efter Mads Uffe Pedersens eget ønske, efter at han i snart 10 år har fungeret som leder for centret. Mads Uffe Pedersen forbliver på centret som lektor og deltager fortsat i de følgegrupper og udvalg, hvor han i dag er repræsenteret.

Vibeke Asmussen Frank har været tilknyttet Center for Rusmiddelforskning siden 2000 og har de sidste fire år fungeret som stedfortrædende centerleder.

Hun er uddannet etnograf fra Aarhus Universitet og gennemførte sit ph.d.-studium ved Afdeling for Antropologi og Etnografi i 1999.

I øjeblikket arbejder Vibeke Asmussen Frank på at publicere resultater fra et forskningsprojekt omkring cannabis-dyrkning i Danmark, og hun forsker også i stofmisbrugsbehandling i danske fængsler set fra et brugersperspektiv.

'Jeg regner med at kunne fortsætte som aktiv forsker og dele min tid mellem forskningen og centerlederjobbet,' siger Vibeke Asmussen Frank til Det Samfundsvidenskabelige Fakultets interne nyhedsbrev, Aarhus Universitet, <http://www.samfundsvidenskab.au.dk>.

Vi fra STOF-redaktionen siger tak til Mads Uffe Pedersen for godt samarbejde i de forløbne år og vi ser frem til samarbejdet med Vibeke Asmussen Frank som ny ansvarshavende for bladet.

STOF / CRF KØBENHAVN, ARTILLERIVEJ 90, 2, 2300 KØBENHAVN S



 **POST**
PP DANMARK

