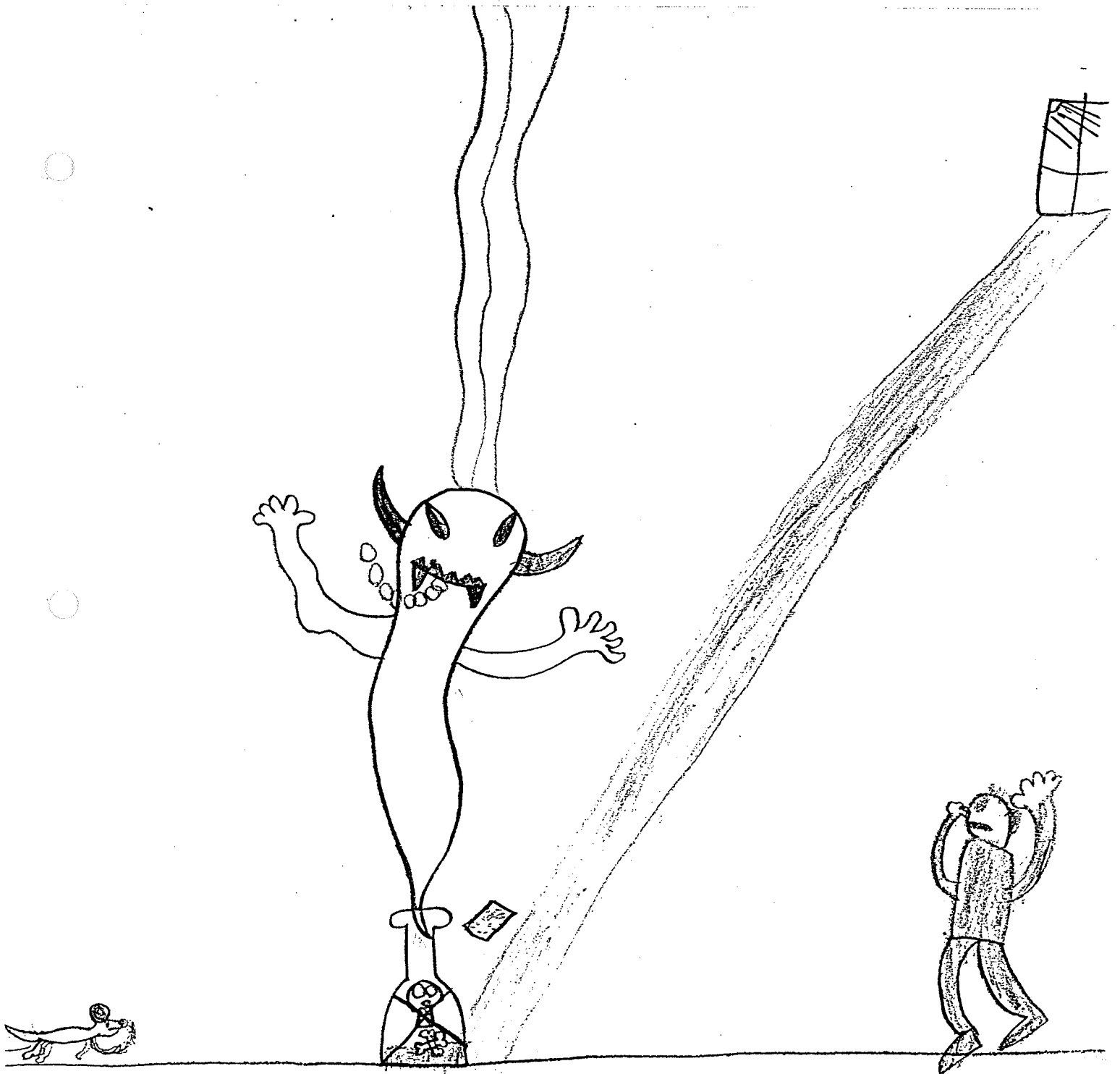


BØRNE-DIOPOLLON

EN ALKOHOL-FAMILIEBEHANDLING



1996

1. Projekt Børne-Diopollon er støttet via bevillinger fra Sundhedsstyrelsens Alkopulje, J-nr. 1408/8-98-1996 og fra Socialministeriets SIBU-pulje, J-nr 871721-0079.

2. & 3. Projektperiode. Fra 1.1.1997 til 31.12.1998

4. Projektets formål var at udvikle teori og metode med henblik på at:

- etablere børne- og ungegrupper samt et familierapeutisk tiltag, hvor hele familien blev inddraget.
- etablere et korttidsorienteret familierapeutisk forløb
- beskrive og almengøre samtalemetoder med børn.

5. Projektets målgruppe (bilag 1) var familier med alkoholproblemer, som havde børn i alderen 8-14 år. Indfaldsvinklen til familierne var personen, der søgte hjælp for sit alkoholproblem på en af de fem alkoholenheder, der findes på fem Københavnske hospitaler i H:S regi.

En statistisk opgørelse, foretaget på Amager Hospitals Alkoholenhed i 1998, viste, at ca. en tredjedel af klienterne levede i en familie eller havde samkvem med børn. Med cirka 2200 tilmeldte patienter på Alkoholenhederne, vil der anslået være 730 klienter, som lever i en familie eller har samkvem med børn/unge.

Målgruppen blev udvidet til også at omfatte unge samt familiemedlemmer, hvor den med alkoholproblemet ikke ønskede behandling.

6. Teori, behandlingsforløb og metoder: Diopollons **teoretiske grundlag** har integreret forskellige retninger (strukturelle/strategiske og konstruktivistiske) indenfor **systemisk familierapi** (Bateson G. (1972), Simon R. (1985) Minuchin S. (1981, 1990, 1993, 1996), Haley J. (1987), Berg I.K. (1991), Stanton (1979), White M. (1988, 1991), Tomm K. (1987) m.fl.). I forbindelse med dette projekt er dette grundlag blevet suppleret med **en teori om børns udvikling** samt **en teori om ændring** (Di Clemente og Prochaska, 1990 og Miller W. & Rollnick S. 1991). Med udgangspunkt i teorierne er der anvendt metoder, som specifikt er orienteret mod hhv. den samlede familie, personen med alkoholproblemet og barnet/den unge.

Forsøget på at integrere teorierne har taget udgangspunkt i, at alle teorierne har samme forståelse af årsagssammenhænge og menneske-omverdenrelation m.m. Ligeså har alle teorierne et konstruktivt og ressourcerorienteret menneskesyn til fælles. (vedrørende "integration" se f.eks. Lebow J. 1998). Den foreløbige integration er sket uden at der er opstået indre modsigelser i forståelsen og behandlingen.

Med udgangspunkt i den fælles basis har der været mulighed for at drage nytte af teoriernes forskellige foki: Den systemiske terapi fokuserer på familien. Ændringsteorien ser primært på ændring af misbrugsproblemer. Udviklingspsykologien fokuserer på barnet. De tre teorier komplementerer, på glimrende vis, hinanden overfor familier med alkoholproblemer.

Systemisk tænkt er et alkoholproblem multifaktorielt, hvor mange forskellige årsager, sammen med konsekvenserne, er vævet ind i hinanden. Således kan der være både biologiske, genetiske, psykologiske, sociokulturelle og familiære årsager til et alkoholproblem.

I integreret systemisk familierapi ses primært på, hvordan et alkoholproblem kan opstå og vedligeholdes i relationen mellem mennesker. Der kan være tale om dysfunktionelle strukturer i familien og begrænsninger i familiemedlemmernes måde at tænke på sig selv på. Familien fastlåses. Ændringsfokus vil derfor være at få brudt fastlåstheden i systemet ved for eksempel at inspirere til strukturændringer samt nye forholdemåder. Familierapien inddrager relevante mennesker fra familie og netværk i familierapeutiske forløb.

Ændringsteorien er et eksempel på en teori, der beskriver intrapsykeiske forhold sat i relation til klient-behandler forholdet. Teorien er uvurderlig i forhold til at sikre, at behandlerne bevarer en åben, respektfuld ikke-fordømmende og ikke-moraliserende relation til klienten/familiemedlemmerne. Metoderne er endvidere præcise og meget brugbare i arbejdet indenfor rusmiddelbehandling.

Ændringsteorien med tilhørende metoder gør det lettere dels at afgøre, hvor en klient/familie er i ændringsprocessen, og dels at foretage en intervention, der er tilpasset klientens/familiens proces.

Inddragelsen af en udviklingspsykologisk teori om barnets indre univers set i relation til omverdenen er også et eksempel på en teori, der tager udgangspunkt i individet, men sætter denne forståelse i sammenhæng med en omverden. At medtænke en udviklingspsykologi i en integreret systemisk referenceramme har været udfordrende og befordrende. Teorien har været til stor nytte i forståelsen og behandlingen af arbejdet med børnene og de unge.

Teorien er anvendelig i forhold til at få afklaret, i hvilken periode, barnet har været udsat for belastninger i den psykiske udvikling. Det kan ellers være svært at afgøre, hvornår, for eksempel mors alkoholproblem, er startet, og om der har været kompenserende voksne, som har kunnet være empatiske og give barnet den nødvendige tryghed og udfordring. D.Sterns teori kan bruges som et orienteringskort i forståelsen af barnet. Et kort, der kan hjælpe terapeuten til at afgøre, dels hvornår barnets udvikling er blevet forstyrret og derfor også hvilket "sprog" og hvilke metoder, der vil være bedst at bruge for at støtte barnet til et konstruktivt udviklingsforløb.

Teorien er også blevet anvendt i forståelsen af de unge og voksne, flere af de, som selv har været udsat for svære betingelser i barndommen.

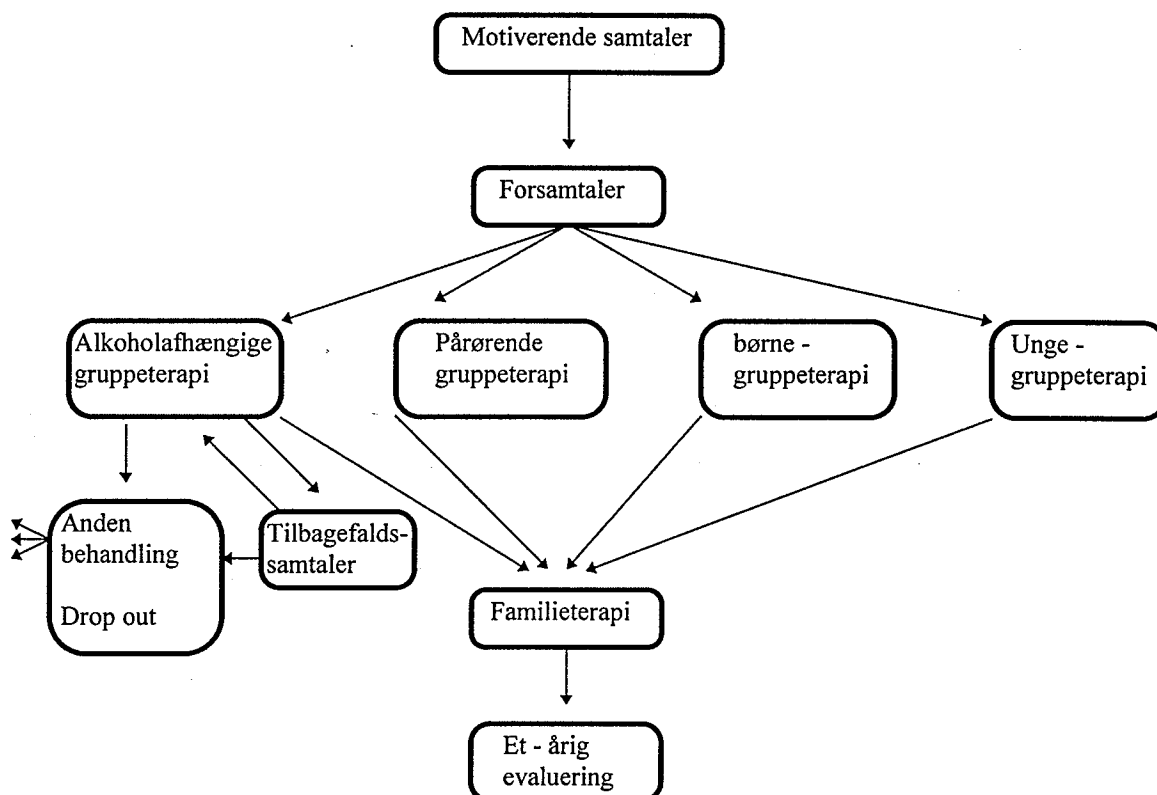
Behandlingsforløbet varer et år, og har overordnet set tre faser. Første fase er forberedende (at styrke motivation for ændring) og visiterende. Anden fase er intensive gruppeterapeutiske forløb. Tredje fase er en efterbehandlingsfase, hvor også de familierapeutiske samtaler foregår.

En vigtig grundantagelse i Diopollonbehandlingen er, at det enkelte menneske/den enkelte familie er unik, men at der også kan ses visse fælles tendenser hos den enkelte/i familier med alkoholproblemer - og at det er vigtigt, at terapeuten både kan forholde sig til det særlige og det fælles.

Typisk for et behandlingsforløb er, at behandlingen først samler familien i en eller flere samtaler. Dernæst adskilles familiemedlemmerne, som går i hver sit gruppeforløb. Til sidst samles alle i familierapeutiske forløb. Familiemedlemmerne får således både hjælp hver for sig og som en samlet familie. Denne stramme, men også cirkulære behandlingsstruktur, er

etableret bl.a. ud fra antagelsen om, at familier med alkoholproblemer er overinvolverede i hinanden, og for eksempel kan have brug for en eller anden grad af "adskillelse".

Nedenstående er en oversigt over den et-årige behandling, som den ideelt set er tænkt.



De motiverende samtaler. Behandlingen starter med motiverende samtaler ofte først med den alkoholafhængige. Dernæst med inddragelse af familien. Disse samtaler kan strække sig over uger, måneder, ja et helt år. Formålet med samtalerne er for eksempel at arbejde med klientens/familiens ambivalens: "På den ene side kunne det være godt at holde op med at drikke, så bliver min familie glad og der bliver råd til ferie, men på den anden side... hvordan skal jeg så kunne slappe af og få mig et tiltrængt pusterum?" Eller terapeuten skal hjælpe med at rydde bekymring for ændring af vejen: "Far leger kun med os, når han har drukket". Eller: "Jeg tror ikke på, at det kan lykkes, så jeg må hellere lade være med at forsøge ændring".

Forsamtalen. Til den visiterende forsamtale tilstræbes det, at familien deltager. Forsamtalens formål er dels at afgøre, om inklusionskriterierne (bilag 1) kan opfyldes, og dels at berede vejen for et godt behandlingsforløb for alle i familien.

En forsamtale tager 1 til 1½ time, og der anvendes et semistruktureret interviewskema. Forsamtalens proces består af forskellige stadier, hvor det første er et socialt stadie, hvor man får familien til at føle sig velkommen. Dernæst følger en problemafklarung (forhold til rusmiddelbrug samt psykosociale- og familiære faktorer). Klientens/familiens parathed til ændring afdækkes, og der udføres en intervention, afhængig af klientens/familiens ændringsstadie.

Hvis Diopollonbehandlingen ikke er den rette for klienten/familien, bliver der altid iværksat et andet behandlingstilbud, hvis dette ønskes.

Gruppeterapi for de alkoholafhængige. Behandlingen består af to moduler. Det første modul er et intensivt 4 ugers forløb: Tre dage om ugen fra kl. 9 til 15.30. En dag består af 4 timers gruppeterapi, ½ times undervisning og 1 times selvhjælpsgruppe. (lukket gruppe) Andet modul (efterbehandlingsfasen) er et 11 måneders gruppeterapeutisk forløb, med 2 timers terapi pr. uge. En gruppe består af 7 til 9 mennesker, der starter samtidig, men bliver "slået sammen" med endnu en gruppe i efterbehandlingsforløbet (halvlukket gruppe). I forbindelse med tilbagefald skal klienten til én eller flere tilbagefaldssamtaler.

Gruppeterapi for de pårørende. Behandlingen består af 2 moduler. Modul 1 er et 2-dages kursus fra kl. 9 til 15, hvor vægten er lagt på oplevelsesorienteret undervisning. Deltagerantallet er mellem 6 og 18 personer. Efter 2-dages kurset vælger de pårørende, om de vil fortsætte i modul 2, som er et gruppeterapeutisk forløb. Gruppen mødes 2 timer hver fjortende dag i op til et år. To grupper fusioneres i modul 2 (halvlukket gruppe).

Gruppeterapi for børnene. Børnenes gruppebehandling består af et forløb, der strækker sig over 9 måneder. Gruppen mødes 1½ time hver fjortende dag. Der har været 4 til 12 børn i alderen 6 til 13 år i en gruppe. Nogle børn forlader gruppen efter få gange. Andre gennemfører hele forløbet. Nye børn kan tilslutte sig gruppen undervejs (åben gruppe).

Gruppeterapi for de unge. De unges gruppebehandling strækker sig over 9 måneder med møder hver fjortende dag i 2 timer. De unge har været i alderen 14 til 23 år. Gruppestørrelsen har været mellem 3 og 10 deltagere. Ungegrupperne var åbne som børnegrupperne.

Familieterapi. De familieterapeutiske forløb skulle udelukkende ske i tilknytning til de gruppeterapeutiske forløb og igangsættes, når familien syntes, der var behov for samtaler. Der har dog også været etableret familieterapeutiske forløb, hvor den alkoholafhængige ikke har deltaget i gruppe.

En familiesamtale varer en time. Et forløb kan bestå af fra 1 til 15 samtaler med fra 1 uge til 1 måneds intervaller. Ved slutningen af et terapiforløb kan man aftale 2 til 3 opfølgende samtaler med 2 til 3 måneders intervaller. Et forløb varer typisk fra 3 måneder til 1 år.

Evaluering. Ved afslutningen af det et-årige behandlingsforløb, tilstræbes det at invitere alle familier til en evaluerende samtale. Her er fokus på de ændringer, der er sket både i forhold til den enkelte og familien. Har der været tilbagefald, tales der også om, hvordan familien og den enkelte har tacklet disse.

Ideelt set skulle alle, der har været i Diopollonbehandling, deltage i den evaluerende samtale. Dette har der dog ikke været økonomiske ressourcer til inden for dette projekts rammer. Derfor er der kun blevet foretaget evaluerende samtaler med de familier, der opfyldte alle de oprindelige kriterier.

Der er blevet foretaget basalregistrering på alle deltagere og i forhold til den alkoholafhængige, bruges DSM III's diagnosesystem. Dette vil kunne give mulighed for videre forskning på et senere tidspunkt. Dette projekt har dog ikke kunnet bruge disse data, idet databasen er under dekryptografisering med hensyn til personnumre.

DEFINITIONER OG KRITERIER

Definition af alkoholafhængighed

I Diopollons definition af alkoholafhængighed anvendes WHO's diagnose (WHO, Geneve, 1992, s. 75-76), hvor man skal have tre af følgende seks symptomer for at være afhængig:

1. Craving (fysisk eller psykisk oplevet trang til alkohol)
2. Tolerans (stigende forbrug set over en årrække)
3. Abstinenser ved nedsættelse/ophør af alkoholindtag (uro, rastløshed, hjertebanken, sveden m.m.)
4. Drikker videre trods viden om negative konsekvenser ved fortsat brug
5. Mindsket interesse i den sociale omverden (fokus er primært på alkohol)
6. Kontroltab (at fortsætte med at drikke trods beslutning om at stoppe/begrænse forbruget).

Vi gennemgår ovennævnte symptomer med klienten (og familien, når denne er med). Det er klienten/familien, der afgør om problemet er af en sådan beskaffenhed, at man kan tale om en alkoholafhængighed jf. ovennævnte definition.

Inclusionskriterier

For de, der oplever at være afhængige af alkohol og ønsker at deltage i Børne-Diopollonbehandlingen skal følgende kriterier være opfyldt:

1. Man skal være parat til ændring af sit alkoholproblem og have opgivet at kunne drikke kontrolleret. Det vil sige, man skal ønske målsætningen "drikkeophør med tilbagefaldsmestring". Det er valgfrit, om man vil støtte sig til antabus.*
2. Man skal være parat til at inddrage sin familie/relevante personer fra netværket i behandlingen. Familier med børn op til 14 år har første prioritet.
3. Man må ikke have alvorligere psykiatriske lidelser såsom psykoser og mani-depressivitet. Dog er angst- og depressive tilstande, som med overvejende sandsynlighed er alkoholbetingede ikke et udelukkelseskriterium.
4. Man skal ikke være uden bolig eller i anden akut krisetilstand (dødsfald, selvmordsforsøg etc.), som kræver øjeblikkelig handling på det sociale og/eller psykologiske område.

For pårørende og børn/unge er kriterium 3 og 4 inclusionskriterier.

* Antabus eliminerer kun drikkeriet, hvis den alkoholafhængige er besluttet på ikke at ville eliminere antabus! Tvungen antabus er kun med til at etablere snyde/gemmelege mellem klient- behandler og klient-familie.

OPGØRELSER

I første fase, den motiverende og visiterende før-behandlingsfase, havde vi, udover de klienter, der fortsatte i behandlingsforløb, kontakt med 25 klienter. Disse ønskede ikke behandling eller opfyldte ikke kriterierne "ønske om totalafholdenhed" og/eller "at inddrage familie i behandlingen". Med disse 25 klienter havde vi i alt 39 samtaler.

I løbet af projektets to - årige periode har der været i alt 4 gruppeforløb for mennesker, der var afhængige af alkohol. 28 alkoholafhængige startede i gruppebehandling (anden fase). 25 af disse gennemførte det intensive behandlingsforløb. 13 klienter gennemførte fase tre.

Der har været 4 pårørendekurser med i alt 45 deltagere. Disse kurser er efterfulgt af to efterbehandlingsgrupper, hvor nogle familiemedlemmer har deltaget i alle 12 måneder. Andre er stoppet undervejs i forløbet. En enkelt person har deltaget i begge efterbehandlingsgrupper.

Der har været 2 børnegrupper med i alt 18 børn og 2 ungegrupper med i alt 11 unge.

Foruden ovennævnte gruppeterapeutiske forløb har der været familiterapeutiske-, parterapeutiske-individuel terapeutiske forløb.

I det følgende præsenteres opgørelser over hvilke behandlingstiltag, ud over de gruppeterapeutiske, der har været iværksat og hvor mange klienter, der har været i de forskellige former for familiebehandling.

A. Antal personer fordelt på de forskellige behandlingstiltag i 1997 og i 1998

B. Arten og antallet af samtaler fordelt på de forskellige behandlingstiltag i 1997 og 1998.

Materialet er opdelt i 4 hovedgrupper:

Gruppe 1 er børne/ungefamilier, hvor alle gik i hvert sit gruppeforløb og familien fik familierapi.

Gruppe 2 er børne/ungefamilier, der fik forskellige slags behandlingstilbud.

Gruppe 3 er børne/ungefamilier, der fik forskellige behandlingstiltag, men hvor den alkoholafhængige ikke ønskede behandling.

Gruppe 4 er familier uden børn/unge.

Antal personer fordelt på de forskellige behandlingstiltag i 1997 og 1998

Gruppe 1. Børne/ungefamilier, hvor alle går i gruppeterapi og familien går i familieterapi

Behandlingstiltag	Alkoholafh. mænd	Alkoholafh. kvinder	Børn	Unge	Pårørende
Alkoholafh. gruppeterapi					
Pårørende gruppeterapi	4	4	9	3	9
Børn/ungegruppe					
Familieterapi					

Fig 4

Gruppe 2. Børne/ungefamilier, der fik forskellige kombinationer af behandlingstiltag

Behandlingstiltag	Alkoholafh. mænd	Alkoholafh. kvinder	Børn	Unge	Pårørende
Alkoholafh. gruppeterapi	0	1	1		1
Familieterapi					
Alkoholafh. gruppeterapi					
Unge/pårørende i pårørendegruppe	10	3		5	15
Alkoholafh. gruppeterapi		2			
Familieterapi +/- Børne/ungegruppe	15	8	16	21	16
Parterapi	5	1	9*	2*	6
I alt	30	15	26	28	38

Fig 5

Gruppe 3. Børne/ungefamilier, der fik forskellige kombinationer af behandlingstiltag, men hvor den alkoholafhængige ikke ønskede behandling

Behandlingstiltag	Alkoholafh. mænd	Alkoholafh. kvinder	Børn	Unge	Pårørende
Pårørendegruppe					
Børnegruppe	0	0	3		1
Familieterapi					
Børnegruppe	0	0	1	1	1
Familieterapi					
Unge: Individuel terapi	0	0	0	6	0
Ungegruppe					
Familieterapi	0	0	5	2	3
Pårørendegruppe	0	0	0	0	3
Pårørende; indiv. terapi	0	0	3*	0	2
I alt	0	0	12	9	10

Fig 6

*Børnene blev ikke inddraget i terapien

Gruppe 4. Familier uden børn. Forskellige behandlingstiltag

Behandlingstiltag	Alkoholafh. mænd	Alkoholafh. kvinder	Voksne børn	Pårørende
Familiesamtaler inklusive voksne børn		2	1	2
Familiesamtaler inklusive forældre	3			5
I alt	3	2	1	7

Fig 7

Samlet antal personer i behandling fra 1997 - 1998

	Alkoholafh. mænd	Alkoholafh. kvinder	Børn	Unge	Pårørende
Gruppe 1	4	4	9	3	9
Gruppe 2	30	15	26	28	38
Gruppe 3	0	0	12	9	10
Gruppe 4	3	2	1 (v.b)		7
I alt	37	21	47	1(v.b) 40	64

Fig 8

Sammenfatning.

210 personer har fået forskellige former for familiebehandling. Heraf var der:

58 alkoholafhængige

87 børn/unge og

64 pårørende

Af disse klienter har kun 8 alkoholafhængige opfyldt de oprindelige inklusionskriterier (gruppe 1). Disse 8 personer inddrog 9 pårørende, 9 børn og 3 unge. Man skal her tænke på, at de 8 personer er fra 4 grupper fordelt over to år. Således blev vi nødt til at udvide vores målgruppe, hvis vi ville etablere grupper af passende størrelser.

Flest klienter kommer fra gruppe 2. I alt 45 alkoholafhængige, 54 børn/unge og 38 pårørende har modtaget forskellige former for familiebehandling.

Fra gruppe 3, hvor pårørende og børn/unge gik i behandling, men hvor den alkoholafhængige ikke ønskede behandling, har der deltaget 10 pårørende og 21 børn/unge.

Der har kun været 13 personer (5 familier) uden børn/unge

I forhold til projektets målsætning, som var at behandle i alt ca. 90 personer. Heraf 28 - 32 alkoholafhængige, ca. 30 pårørende og 10 børn, kan det påpeges, at der er blevet behandlet dobbelt så mange alkoholafhængige, knap 9 gange så mange børn/unge og dobbelt så mange pårørende end oprindelig planlagt.

Ad B. Art og antal samtaler ifm de forskellige behandlingstiltag i 1997 og 1998.

Gruppe 1. Børne/ungefamilier, hvor alle går i gruppeterapi og familien går i familieterapi

Behandlingstiltag	Motiverende samtaler	Familieterapi samtaler	Parterapi	Individuel terapi
Alkoholafh. gruppeterapi				
Pårørende gruppeterapi	13	41	4	0
Børn/ungegruppe				
Familieterapi				
I alt	13	41	4	0

Fig 9

Gruppe 2. Børne/ungefamilier, der fik forskellige kombinationer af behandlingstiltag

Behandlingstiltag	Motiverende samtaler	Familieterapi samtaler	Parterapi	Individuel terapi
Alkoholafh. gruppeterapi	1	4	0	0
Familieterapi				
Alkoholafh. gruppeterapi				
Unge/pårørende i pårørendegruppe	22	2	5	1
Alkoholafh. gruppeterapi	2	0	0	0
Familieterapi +/- Børne/ungegruppe	6	78	9	6
Parterapi	0	0	19	0
I alt	31	84	33	7

Fig 10

Gruppe 3. Børne/ungefamilier, der fik forskellige kombinationer af behandlingstiltag, men hvor den alkoholafhængige ikke ønskede behandling

Behandlingstiltag	Motiverende samtaler	Familieterapi samtaler	Parterapi	Individuel terapi
Pårørendegruppe				
Børnegruppe	0	13	0	0
Familieterapi				
Børnegruppe	0	11	0	0
Familieterapi				
Unge: Individuel terapi	0	0	0	21
Ungegruppe				
Familieterapi	0	0	0	0
Pårørendegruppe	0	9	0	3
Pårørende; indiv. terapi	0	0	0	14
I alt	0	33	0	38

Fig 11

Gruppe 4. Familier uden børn. Forskellige behandlingstiltag

Behandlingstiltag	Motiverende samtaler	Familieterapi samtaler	Parterapi	Individuel terapi
Familiesamtaler inklusive voksne børn	0	2	6	0
Familiesamtaler inklusive forældre	0	8	0	0
I alt	0	10	6	0

Fig 12

Samlet antal forskellige behandlingstiltag fordelt på grupper.

	Motiverende samtaler	Familieterapi-samtaler	Parterapi	Individuel terapi
Gruppe 1	13	41	4	0
Gruppe 2	31	84	33	7
Gruppe 3	0	33	0	38
Gruppe 4	0	10	6	0
I alt	44	168	43	45

Fig 13

Sammenfatning

I projektperioden er der, foruden de gruppeterapeutiske forløb, blevet foretaget i alt 300 samtaler.

Heraf var der:

44 motiverende samtaler

168 familiesamtaler

43 parsamtaler

45 individuelle samtaler med unge/pårørende

I forhold til projektets målsætning,, som var at tilbyde fra 1 - 5 familiesamtaler med 10 børns familier, det vil sige 50 familiesamtaler, kan det påpeges, at projektet har haft over tre gange så mange familiesamtaler. Derudover har der været 87 samtaler med par, børn og unge.

Det samlede antal samtaler fordeler sig på følgende vis:

Gruppe 1; 58 samtaler.

Gruppe 2; 155 samtaler

Gruppe 3; 71 samtaler

Gruppe 4; 16 samtaler

Hvis man kigger på hvilken gruppe, der har fået flest samtaler, kommer gruppe 2 ind på en klar førsteplads. Det var denne gruppe, som man tilføjede til den oprindelige målgruppe for at få et tilstrækkeligt antal deltagere til børnegrupperne

Gruppe 3, hvor den alkoholafhængige ikke deltog i behandlingen, tegner sig for 71 af samtalerne, knap 25 %.

Bilag 3

Lise Behrend og Birgit Trembacz, begge psykologer og familieterapeuter, har de sidste 10 år arbejdet med alkoholfamiliebehandling i såvel døgnbehandling i Blå Kors regi, ambulante behandling i PPR- og Socialforvaltningsregi samt i ambulante hospitalsregi.

De har lige afsluttet det to - årige projekt Børne - Diopollon; en alkoholfamiliebehandling, som er foregået i H:S regi. Projektet har været økonomisk støttet af Socialministeriets SIBU-pulje og Sundhedsstyrelsens Alko-pulje.

“Hvordan kan man få lov til at hjælpe børnefamilier med alkoholproblemer?”

Psykolog Birgit Trembacz. Psykolog Lise Behrend

Der findes mange barrierer for at kunne få lov til at hjælpe familier med alkoholproblemer. Nogle af barriererne findes hos familierne, men det er vores påstand, at de fleste barrierer findes i vores kultur, det sociale hjælpesystem og behandlingssystemet.

Man har de seneste år haft megen fokus på, at der findes en genetisk disposition til et alkoholproblem, som i bund og grund er kemiske transmitterfejl. Pillen er lige på trapperne. Juh hu... problemet bliver snart løst. De genetisk disponerede, familierne, lægerne og sidst, men ikke mindst, politikerne kan ånde lettede op.

Og dog...alkoholbehandlingens historie fortæller noget andet: Antabussen fjernede muligheden for at drikke, men skabte ofte uhensigtsmæssige kontrol- og styringsmekanismer mellem den med alkoholproblemet og familien/behandlerne. Antabussen fjernede ikke den mentale drikketrang, ej heller ændrede den på de familiemæssige og sociokulturelle forhold, der havde gjort det muligt, at problemet kunne opstå og bestå. I stedet udvikledes gemme - snydelege, trodsreaktioner og voldsommere drikkeepisoder.

Stesolid fjernede angsten og utrygheden for en stund, men skabte medicin- og blandingsmisbrugere og forværrede den enkeltes angst og utryghed på længere sigt.

Antidepressiva; også kaldet lykkepiller, fjernede drikketrangen hos nogle, men skabte hos mange andre appetitløshed og... ja, det ved vi ikke helt endnu. Midlet er forholdsvis nyt, og

langtidskonsekvenserne er endnu ikke kendte. Årsagerne er mange og vævet ind i hinanden og der vil aldrig blive fundet én årsag og én eneste behandlingsmetode.

Alkoholproblemet består: 20 % af den voksne befolkning drikker 80 % af Danmarks samlede alkoholkonsum. 15 % af os er storforbrugere, hvilket er et større forbrug end Sundhedsstyrelsens anbefalede ugentlige forbrug (14/21 genstande). Ca. 5 % er afhængige af alkohol. De unge's alkoholdebutalder bliver tidligere og tidligere.

Anslået vokser 100.000 børn op i familier med alkoholproblemer. Problemet er ikke blevet mindre trods tidligere års mirakelopdagelser.

Debatten har også, med socialminister Karen Jespersen i front, handlet om, at nu måtte man til at tvangsfjerne flere børn fra familier med alkoholproblemer.

Helst i god tid før en eventuel tvangsfjernelse må dog opfordres til at give familien en kvalificeret familiebehandling. Også i almindelighed må pårørende til mennesker med alkoholproblemer kunne få hjælp i behandlingssystemet.

Det skal understreges, at i de allerfleste familier fungerer børnene i det daglige og er ikke alvorligt psykisk syge, men kan have trivsels- og koncentrationsproblemer, som, på længere sigt, kan få alvorlige følger.

Selvfølgelig vil der være børn, der har brug for at komme væk fra familien. Og børn, der har alvorligere psykiske lidelser. Disse børn skal også opdaget og have særlig hjælp. Men de har stadig brug for en familie, der fungerer så godt som muligt.

Hvis et menneske med et alkoholproblem skal turde inddrage sin familie i behandlingen, er en vigtig forudsætning, at der er etableret tillid til de professionelle. Børn vil endvidere have svært ved at modtage hjælp, så længe forældrene ikke helhjertet giver deres accept hertil. Derfor er det nødvendigt at få opbygget tilliden til forældrene.

Behandlingen og den sociale indsats bør have fokus på den samlede familie og det netværk (naboer, kollger etc.), som er relevant i forhold til alkoholproblemets opståen, beståen og ændring. Den grundlæggende holdning må være, at enhver familie ønsker det bedste for sig selv og sine børn, og at de allerfleste familier har ressourcer og muligheder for at udvikle sig og mestre alkohol- og familieproblemerne.

Desværre er holdningen til børnefamilier med alkoholproblemer stadig præget af løftede pegefingre, magtesløshed og opgiveness både i social- og behandlingssektoren. En anden barriere bunder i, at de professionelle indenfor alkoholbehandlingen primært har fokus på den voksne med alkoholproblemet og mangler fokus på familien. Professionelle i den primære sektor kan have fokus på familien, men mangler som oftest specialistviden i forhold til alkoholproblemet.

Den moralske holdning og manglen på kvalificerede alkohol- familiebehandlere kan ses som to væsentlige hindringer for at få lov til at hjælpe familien. Men der findes også barrierer i familien, f.eks. en stor skamfuldhed, angst for at børnene skal blive fjernet, samt en tro på, at man selv kan løse familiens alkoholproblem.

Med dette fokus på familien skal man dog være opmærksom på ikke at falde i den modsatte grøft, hvor man tror at familiebehandlingen skal være den eneste og rigtigste behandling. Der vil stadig være brug for en indsats på flere planer med deltagelse af læger, socialrådgivere, sygeplejersker o.s.v.

Børne - Diopollon*, en alkohol - familiebehandling

Børne Diopollon er en familiebehandling for familier med alkoholproblemer. Diopollonbehandlingen blev udviklet af psykolog Birgit Trembacz i begyndelsen af halvfemserne. Dengang som døgnbehandling på Behandlingshjemmet Egåhus, Århus. Diopollon blev bl.a. inspireret af Minesotabehandlingens inddragelse af pårørende i behandlingen. Men tog afstand fra den moralske, sekteriske og "vi ved bedst" holdning. Diopollon bygger på psykologiske teorier og metoder og terapeuterne har ikke selv været afhængige af alkohol til forskel fra Minnesotabehandlere.

I årene 1992 - 1997 blev modellen videreudviklet til ambulante regi i København. Først på det daværende Østerbro Ambulatorium. De sidste tre år på de fem Alkoholenheder, som er ledet af overlæge Finn Hardt og som hører til i H:S' regi.

Fra 1997 - 1999 får Diopollonbehandlingen tilføjet børne - og ungegrupper samt videreudviklet de familierapeutiske forløb. Projektet er finansieret af H:S, Socialministeriets SIBU-pulje og Sundhedsstyrelsens "Alko-pulje".

Behandlingens teoretiske og metodiske grundlag bygger på integreret systemisk familierapi. Her forstås et alkoholproblem som opstået og vedligeholdt i relationen mellem mennesker. Behandlingen forsøger at hjælpe alle familiemedlemmer til ændringer, som kan fremme familiens og den enkeltes trivsel uanset om alkoholproblemet består, mindskes eller forsvinder.

*Navnet "Diopollon" er en syntese af de to græske gudenavne Dionysos (symboliserer beruselse men også destruktion) og Apollon (symboliserer fornuft og logik).

Erfaringerne fra projektperioden viser, at det kan lade sig gøre at få kontakt med børnefamilier med alkoholproblemer. I forhold til projektets målsætning, er der blevet behandlet dobbelt så mange alkoholafhængige, 9 gange så mange børn/unge og dobbelt så mange pårørende end oprindeligt planlagt. I alt 210 personer har fået forskellige former for individuel- gruppe- og familiebehandling. Heraf var 58 alkoholafhængige, 87 børn/unge og 64 pårørende.

Familiebehandlingen blev tilpasset den enkelte families behov. For eksempel har der været børne/ungefamilier, hvor alle gik i hvert sit gruppeforløb, og familien fik familierapi. Eller familier, der kun har fået familierapi. Eller familier, der fik behandling, hvor den alkoholafhængige ikke ønskede at blive inddraget.

Når disse familiemedlemmer går i behandling, kan en sidegevinst være, at den, der har alkoholproblemet, søger behandling tidligere, end han/hun ellers ville have gjort. Men hovedgevinsten er antagelig, at familiemedlemmer får hjælp til at komme fri af et alkoholproblems følgevirkninger og mulighed for at udvikle nye måder at forholde sig til problemet på. "Onde cirkler" såvel sociale som psykologiske kan hermed blive brudt og en eventuel patologisk udvikling hindret. Har man bare en gang under et behandlingsforløb set, hvordan et knuget barn bliver mere glad, åben og tillidsfuld overfor såvel forældre som andre voksne, er man ikke i tvivl om, at behandlingen på den ene eller anden måde nytter.

Hvorfor er det lykkedes Børne - Diopollon at få kontakt med så mange børn og familier ?

Måske fordi det lykkedes familierapeuterne at formidle behandlingens årsagsforståelse og grundholdning til familien og : "I vil det bedste for jeres børn, og det vil vi gerne hjælpe jer til at kunne" og "et alkoholproblem er ingens skyld. Alle er fastlåste og fangede i et samspil, som er svært at få brudt". Måske fordi der blev udført et intensivt forarbejde i forhold til at informere andre professionelle om projektet. Måske fordi Børne - Diopollonprojektet blev præsenteret for offentligheden via dagspressen, og mange familier derfor søgte behandlingen. Måske fordi behandlingen blev tilpasset familiens behov og ikke omvendt.

Der har dog også været dilemmaer og vanskeligheder forbundet med projektet. For eksempel har det været betænkeligt at have børnegruppebehandling og familiesamtaler samme sted, hvor der også kunne komme berusede personer til behandling. Ligeså har H:S' betrængte økonomi og en stadig øget tilgang af patienter til Alkoholhederne betydet, at vi til tider har skullet forsvare projektet overfor holdninger som: "Vi skal ikke have luksusbehandling til en mindre gruppe af vores patienter" og "hvad nytter det at inddrage familien? Det er ikke vores job at være forebyggende overfor børn". Hvis den individ- og sygdomsfokuserede holdning, kendt fra hospitalsverdenen (både psykiatrien og somatikken) er dominerende, kan denne vanskeliggøre systemisk tænkning og resourcesynet.

Dilemmaer findes også i døgnbehandlingsregi samt i PPR- og Socialforvaltningsregi.

I døgnbehandlingsregi er der for eksempel økonomiske betænkeligheder ved at udvide klientmålgruppen til at omfatte familien, idet der kun bevilliges penge til den med alkoholproblemet. I PPR- og Socialforvaltningsregi er erfaringerne blandt andet, at mange familier ikke ønsker behandling af frygt for at blive kendt i systemet. Her kan også være en tendens til ensidig fokus på børnene.

Idet vi håber på en fortsat debat, kan foreslås, at behandling af børnefamilier med alkoholproblemer foregår i selvstændige centre, hvor den familierapeutiske tankegang kan etableres og blomstre.

Familieterapeuterne skal være specialister både i alkohol- og familiebehandling, og behandlingen skal kunne foregå anonymt. Der bør foregå et tæt samarbejde mellem de nye alkohol - familiebehandlingscentre og alkoholambulatorier, døgnbehandlingssteder, PPR kontorer og socialforvaltninger samt børne(psykiatriske) afdelinger og praktiserende læger.

Vigtige opgaver for disse centre vil endvidere være at skærpe alkoholbehandlers opmærksomhed på familier og børn samt at formidle viden om alkohol- og familieproblematikker til professionelle i primærsektoren.

Ligeledes er det vigtigt med en politisk opmærksomhed samt handlekraft overfor, at det er nødvendigt at bruge ressourcer på at uddanne den tværfaglige alkoholbehandlergruppe i Danmark. Alkohol- og familiebehandling kræver specialistuddannelse.

Forslaget til centre, der samarbejder på tværs af nuværende sektorer (social-sundhed) kræver endvidere, at samarbejdet styrkes på tværs af disse sektorer. Derfor er det da også glædeligt at vide, at for eksempel Socialministeriet og Sundhedsstyrelsen er igang med at udvikle et tættere samarbejde om at se på nye muligheder for at hjælpe børnefamilier med alkoholproblemer.