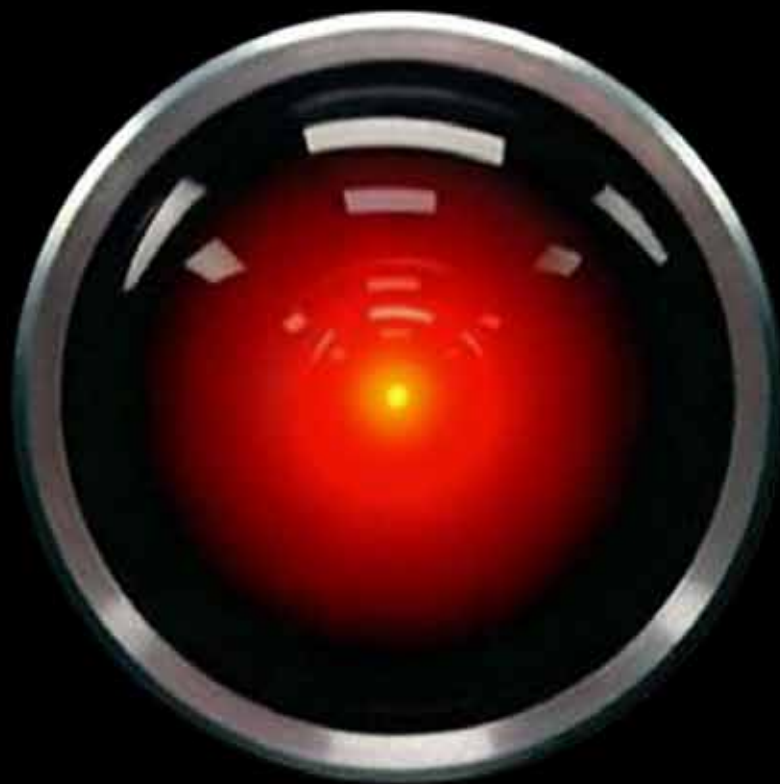


STOF

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET



NR.18. VINTER 2011/12

In your face...

Første gang, jeg oplevede Stanton Peele, var til en konference i Los Angeles i 1994. Til debat var spørgsmålet, om behandling for afhængighed virker? For de fleste danskere er det et selvindlysende rigtigt synspunkt, at behandling er nødvendig og uomgængelig. I USA ses narkotikaafhængighed af mange primært som et *kriminelt* problem frem for et socialt, psykologisk og/eller et sundhedsmæssigt problem. Derfor sender USA flere mennesker bag tremmer end noget andet land i verdenshistorien.

Til at forsvare behandling havde arrangørerne allieret sig med ingen ringere end prof. dr. med. Robert Newman, der som leder af det største metadonprogram i verden havde årtiers erfaring, alverdens statistikker og 2-300.000 cases at støtte sig til. I netop denne forsamling, hvor alle tilstedeværende havde indset, at kriminaliseringen er u hensigtsmæssig, trådte Stanton Peele til som en villig djævelens advokat. Ganske uforfærdet af den pondus, hans klinisk erfarne debatmodstander besad, og helt og aldeles politisk ukorrekt påtog han sig opgaven at påpege svage punkter i den behandlingsoptimistiske forestillingsverden.

Hvordan bar han sig så ad? Indledningsvis bad han forsamlingen om at udpege det mest vanedannende stof blandt rusmidlerne. Svaret var klart og utvetydigt fra salens informerede publikum: Nikotin lå på førstepladsen, og heroin på andenpladsen. Så spurgte Peele: *'Hvor mange er holdt op med at ryge?'* I det store auditorium var der blandt tilhørerne flere hundrede, der havde kvittet tobakken. Så spurgte han eksrygerne: *'Hvor mange af jer er gået i behandling, har modtaget rådgivning eller benyttet jer af nikotintyggegummi og deslige?'* Kun omkring fem rejste sig op. Det overvældende flertal havde vristet sig fri af deres afhængighed på anden vis. Touché!

Kunne denne pointe underbygges yderligere? Ja, Peele fremdrog en række befolkningsundersøgelser, som viser, at afhængighedsproblemer af eksempelvis alkohol eller heroin er noget, mange mennesker kender til i perioder af deres liv, men at de for det meste

– på en eller anden måde, som det er vores opgave at forstå – klarer problemet selv uden at involvere professionelle. Tilmed går det *dem*, der klarer det selv, bedre end dem, som går i behandling! Overraskende nok viser det sig også, at afhængighed ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at moderat eller lejlighedsvis brug ikke kan lade sig gøre på et senere tidspunkt for *nogle* tidligere afhængige – hvilket er en stor udfordring for biologisk orienterede forklaringsmodeller, der generelt betragter afhængighed som en sygdom af kronisk karakter med garanteret tilbagefald for alle, som igen rører den last, de tidligere har kvittet.

Handsken var kastet. For undertegnede indledtes en langvarig optagethed af Stanton Peeles tænkning.

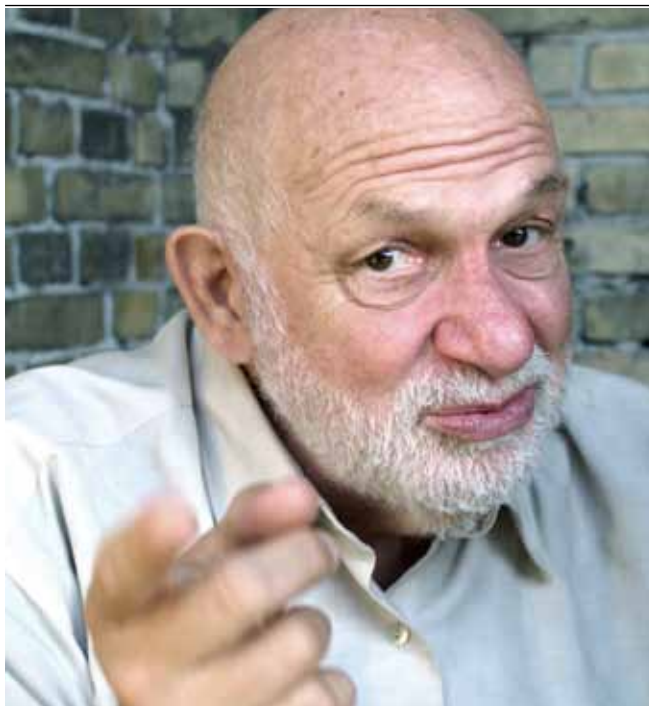
Uanset om man er enig med Peele eller ej, er der næppe nogen tænker på feltet, som bedre end han formår at gøre op med overforenklinger og udfordre dogmer om afhængighed. Det er langt fra altid behageligt eller mageligt at være i hans intellektuelle selskab. Faktisk kan det gøre ondt at få påpeget hullerne i egen viden, at blive foreholdt uklarheder og manglende sammenhæng i egne forestillinger, at få sammenholdt og sammentænkt forhold, som man vanligtvis holder adskilt, og at blive realitetstestet af en, der aldrig holder sig tilbage fra at udpege svaghederne ved alle yndlingsforklaringerne direkte *'in your face'*.

Ikke desto mindre skal vi værdsætte villigheden til ikke at behage, til ikke kun at søge konsensus og til ikke kun at være den gode budbringer. Ud over at bringe Peele på dansk for første gang, indeholder dette nummer af STOF andre udfordrende artikler: om dilemmaer forbundet med heroinunderstøttet behandling, om et mangefacetteret opgør med politikker på substitutionsområdet, om muligheden for at samtænke diagnostik og eksistentiel terapi og tilmed føre behandlingssamtaler med påvirkede, om narkotikatestningens mange faldgruber og endeligt en påpegning af, at få rigtige ord kan have en større effekt, end man måske umiddelbart skulle tro. Udfordringerne står i kø – ligesom i virkeligheden.

M.J.

STOF 18

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET • NR 18 • VINTER 2011– 2012



heroin

DILEMMAER I HEROINBEHANDLING – PERSONALETS ERFARINGER

Nogle af de områder og dilemmaer, hvor heroinbehandlingen bliver svær.

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN & KIRSTINE BIRK

SOCIAL BEHANDLING OG HEROIN

Alle fokuserer på stoffet heroin, men den sociale behandling rummer også både udfordringer og muligheder.

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN & KIRSTINE BIRK

behandling

AFHÆNGIGHEDSOPLEVELSEN

En af misbrugsfeltets allerstørste navne gør op med en lang række dogmer og myter om afhængighed.

AF STANTON PEELE



HVORNÅR REAGERER DE?

Interview med den svenske læge, forsker og forfatter Johan Kakko.

AF ANDERS HOCHHEIM

30

EKSISTENTIEL PSYKOTERAPI OG DIAGNOSER

Hvordan kan man arbejde med klientens livsverdener og derved bygge bro mellem tilsyneladende modsætninger?

AF CHARLOTTE SILAS HOULBERG

36

'RO PÅ'

Kan et kort, struktureret og billigt behandlingstilbud gøre en forskel for klienter med antisocial personlighedsforstyrrelse?

AF BIRGITTE THYLSTRUP & MORTEN HESSE

43

fest

FEST I TRYGGE RAMMER

Hvordan gør man nattelivet sikrere at færdes i?

AF SÉBASTIEN TUTENGES

46

INTET NYT UNDER HANGAREN?

Etnologen er til teknofest i silende regnvejr langt ude på landet. En beretning fra felten.

AF ASTRID FONTAINE

50



test

LABORATORIEANALYSER

Misbrugsanalyser er et vigtigt redskab i diagnose og behandling – men rekvirenter bør være bevidste om både kvalitet og fejlkilder.

AF TORBEN BREINDAHL

54

ALKOHOL-FOREBYGGELSE ANNO 1556 OG 2011

Hvordan så et forebyggelsesinitiativ ud i renæssancen? Og hvilke tanker ligger der bag nutidens forebyggelseskampagner?

AF CASPAR SCHLIEWE

60

hjælp

MICRO-HJÆLP

Undertiden er det hverken mange ord eller kloge ord, der skal til for at ændre en situation, men de rigtige ord.

AF ERIC ALLOUCHE

66

BOGANMELDELSE

Det værste er at stå udenfor

AF KAREN ELLEN SPANNOV

70

– personalets erfaringer

Dilemmaer i heroinbehandling

En beskrivelse af nogle af de områder og dilemmaer, hvor heroinbehandlingen bliver svær.

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN
& KIRSTINE BIRK

Da Folketinget i 2008 vedtog, at behandling med lægeordineret heroin også skulle være en behandlingsmulighed for danske stofbrugere, var det ikke kun brugerne, der stod over for en ny behandling. Også det personale, der blev ansat på klinikkerne, stod over for en ny slags behandling. Heroinbehandlingen introducerede dels nogle nye problemer, og dels satte den nogle gamle, kendte dilemmaer inden for misbrugsbehandling på spidsen, såsom rusvirkning af substitutionsmedicin, injektion, når venerne ikke kan mere, om sygeplejersker altid skal afstå fra at føre sprøjten, og hvad behandling egentlig er for en størrelse.

At kokse

En stor del af de brugere, som søger behandling med lægeordineret heroin, gør det bl.a., fordi de ønsker at få en rus – de ønsker at blive påvirkede. En del af dem har taget illegale opioider (og andre stoffer) ved siden af deres metadonbehandling netop for at opleve rusen, som de ikke syntes, de fik med metadon. Som en bruger forklarer: *'Nu er jeg jo ikke sådan et menneske, der går rundt i verden bare for at være rask. Jeg vil også gerne være skæv – bare engang imellem.'* En anden bruger siger: *'Det er jo rusen, som vi gerne vil have – ellers er der jo ingen grund til at tage det.'*

På grund af heroinens hurtigvirkende farmakologiske effekt kombineret med, at stoffet injiceres, vil

de fleste brugere efter indtagelsen af stoffet opleve at blive påvirkede af heroinen i en kort periode. For nogle vil denne påvirkethed også kunne strække sig ud over den første fase, bl.a. hvis de har taget noget andet (f.eks. benzodiazepiner eller hash), eller hvis de i forvejen er trætte. Denne effekt er anderledes end ved metadon, som er et mere langsomt virkende præparat, der oftest ikke indtages ved injektion i behandlingssammenhænge, og hvor forhandlinger af dosis sker med henblik på, at når denne er korrekt justeret, burde brugerne ikke fremstå påvirkede. Introduktionen af lægeordineret heroin har dermed introduceret et nyt dilemma for det behandlingsansvarlige personale: Hvordan skal man håndtere, at brugerne selv ønsker og oftest vil blive påvirket af den substitutionsbehandling, som de modtager i heroinklinikkerne?

Princippet for substitutionsbehandling har fra udgangspunktet været, at man ved at give stofbrugere et præparat, der substituerede eller erstattede deres misbrugsstof, kunne forebygge, at de fik abstinenser, og at abstinenserne ville lede til fornyet stofindtag. Oprindeligt var substitutionsmedicinen for heroinafhængighed udelukkende metadon. Senere er dette stof blevet suppleret med buprenorphin. Det har dog aldrig været meningen, at substitutionsmedicinen også skulle erstatte den rus, som var en del af stofbrugerens oprindelige rationale for at tage stoffet. Substitutionsbe-

handling blev givet med henblik på at fjerne abstinenser – ikke at give misbrugerne den attråværdige effekt.

I behandlingsinstitutionerne er denne tilgang til rusen i det store hele blevet praktiseret ved, at brugere, der fremtræder påvirkede, er blevet sendt hjem, og ved gentagelsestilfælde er substitutionsmedicindosis og evt. sidemisbrug blevet drøftet med brugeren. Hjemsendel-



DATA TIL DENNE ARTIKEL er indsamlet gennem et feltarbejde udført af den ene af artiklens forfattere (KSJ) i forbindelse med opstarten og det første godt halvandet års drift af behandlingen med lægeordineret heroin i Danmark, samt ved interview udført af begge forfattere. De behandlere, der har deltaget i undersøgelsen, er alle ansat på heroinklinikkerne i Danmark (Århus, Esbjerg, Odense, Hvidovre og København) og fordeler sig på følgende faggrupper: socialrådgivere, pædagoger, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og læger.

se er også blevet begrundet med en henvisning til, at andre brugere i behandling ville blive misundelige på den rus, som den påvirkede bruger oplevede, og at denne misundelse kunne lede til et fornyet misbrug hos andre brugere. At opnå påvirkethed har ikke tidligere været acceptabelt i forbindelse med substitutionsbehandling.

Fordi heroin er mere hurtigvirkende end metadonen, har introduktionen af heroin udfordret denne tilgang til substitutionsbehandling: Nu bliver brugerne for det meste synligt påvirkede (skæve) af den substitutionsmedicin, som man giver dem - i hvert fald i noget tid efter injektionen. Denne udfordring har også betydet, at personalet ikke i samme omfang kan trække på erfaringer og beskrivelser samt sanktio-

ner fra metadonbehandlingen. Og nogle af disse principper har derfor skullet omdefineres i praksis, så de er kommet mere i tråd med heroinbehandlingens praktiske udførsel.

Rent konkret har det betydet, at man i alle klinikkerne har indrettet faciliteter, hvor man kan observere brugerne efter indtagelsen. I klinikkerne i Århus, Esbjerg, Odense og Hvidovre, hvor heroinklinikken er etableret i forbindelse med eksisterende metadonudleveringstilbud, har man indrettet et observationsrum, hvor brugerne opholder sig efter injektionen, indtil en sygeplejerske vurderer, at de nu ikke er meget påvirkede længere. I København foregår denne observation i en sofa placeret lige uden for injektionsrummet for de meget påvirkede brugere eller i cafeen for de mindre

påvirkede. Heroinbehandlingen har også medført mere systematiske overvågninger af brugerne, mens de er påvirkede, og en øget brug af forskellige tekniske hjælpemidler - f.eks. en saturationsmåler, som kan sættes på brugerens finger, og som måler iltmætning i blodet og derigennem fortæller, hvorvidt brugeren trækker vejret godt nok.

På trods af disse konkrete foranstaltninger står personalet stadig med det mere grundlæggende spørgsmål, om hvor stor en grad af påvirkethed, der er acceptabel i en behandlingsmæssig sammenhæng, samt hvornår denne påvirkethed bliver så stor, at den bliver livstruende for brugerne. I en evaluering af et injektionsrum i Oslo peger evaluatorene på, at noget af det, som personalet fandt belastende ved arbejdet, var, at brugerne potentielt kunne dø af de aktiviteter, som injektionsrummet var etableret til at kunne rumme.

På tilsvarende vis beskriver noget af personalet på heroinklinikkerne, at de brugere, der bliver meget påvirkede, aktiverer en bekymring hos personalet. Selv om erfaringen og litteraturen tilsiger, at frygten er ganske ubegrundet, og selv om man - om uheldet skulle være ude - har såvel modgift, faglighed, lægeassistance og diverse genoplivningsmetoder at ty til, så er der bestandigt brug for skærpet opmærksomhed og stor agtpågivenhed for, at det ikke netop denne gang ender med en overdosis. I den forstand er bekymringen nærmest et nødvendigt arbejdsredskab.

Bekymringen for, om det *denne gang* er for meget, kommer også, fordi personalet ved, at ingen dage er ganske ens for brugerne, og fordi samarbejdet mellem personale og bruger ikke altid fungerer lige optimalt. Personalet spørger til brugerens tilstand inden udleveringen af heroinen, men det er ikke altid, at brugerne fortæller om, hvad de



evt. har taget, inden de mødte på klinikken. Personalet er klar over, at en del af brugerne har sidemisbrug, som det er svært at gøre noget ved. Den ene dag tåler brugerne bedre den udleverede heroin end den anden dag, hvor de ikke gør det – det afhænger af, hvor meget den enkelte bruger tager ved siden af, og hvordan den enkelte brugers dag ser ud. Som en sygeplejerske sagde: *'På den dårlige dag, så kan det jo være mig, der udleverer den dosis, de rent faktisk går hen og dør af.'* Denne bekymring findes også, fordi brugerne trods alt ikke er til stede i klinikken hele tiden. Mange af brugerne har kun få sociale relationer ud over andre stofbrugere, som vil være dem, de opsøger efter lukketid, og hvor der måske lægges yderligere stoffer til det kvantum, der er indtaget i klinikken.

Set i det lys er det måske ikke så underligt, at personalet kan opleve rusen som noget, der er i modsætning til behandling; at rusen har potentialet til at lede mod død, hvor behandling gerne skulle lede mod (et bedre) liv. Så et grundlæggende dilemma, som personalet oplever ved heroinbehandlingen, er på den ene side brugernes ønske om at koke og på den anden side en professionel bekymring for, hvorvidt brugerne overdoserer i forbindelse med den behandling, som de modtager i klinikkerne.

Injektion i lysken

Noget af det, som har været kendetegnende ved etableringen af heroin-klinikkerne, er de mange regler og procedurer, der er for behandlingen. Brugerne skal f.eks. observeres inden indtagelse, under indtagelsen og efterfølgende; heroinen må ikke tages med hjem, den kan kun indtages som injektion, og det skal aftales med lægen, hvor der injiceres henne. De mange regler til trods er der dog en række spørgsmål, som diskuteres og forhandles – både internt blandt personalet og i relationen mellem personale og brugere. Et af disse er

spørgsmålet om, hvorvidt brugerne må injicere sig i lysken. På klinikkerne i Århus, Odense og Esbjerg er det ikke tilladt brugerne at injicere sig i lysken. På klinikkerne i København og Hvidovre får brugerne lov til det, men opfordres til at finde andre steder.

På de klinikker, hvor det er forbudt, er denne beslutning truffet med henvisning til, at injektion i lysken er mere risikofyldt end injektioner andre steder. Dels fordi vene, arterie og nerve ligger meget tæt på hinanden i lysken, og man derfor risikerer at injicere i f.eks. arterien med en pulsblødning som resultat. Dels fordi mange brugere, der injicerer i lysken, gør det via en fistel – en slags kanal eller hul ind til venen – som det er meget vanskeligt at desinficere, og dermed udgør lyskeinjektioner en større risiko for infektioner. For en del brugere er venen i lysken den eneste mulighed, de har for at injicere i en vene, da de øvrige tilgængelige vener er ødelagt efter mange års injektionsmisbrug. Forbuddet mod injektion i lysken kan dermed også tjene til at skubbe brugerne over mod injektion i muskulaturen, som opfattes som min-

dre skadelig – og måske også mere stabiliserende, da man dels mindsker den umiddelbare effekt – *'susset'* – fra den intravenøse injektion og dels fjerner den lystfølelse, der for nogle brugere er forbundet med selve penetrationen af årerne.

De steder, hvor lyskeinjektion er tilladt, er dette besluttet med henvisning til, at en del brugere har tilkendegivet, at det umiddelbare *'sus'*, som de får ved injektion i en vene, er en af de primære attraktioner ved heroinen. Kan de ikke få lov til at injicere i lysken, så ønsker de slet ikke heroinbehandling. Alternativet til at tillade lyskeinjektion i klinikkerne er i denne optik, at brugerne i stedet vil fortsætte med at injicere (illegale) stoffer i lysken uden for klinikken, og så er det bedre, at de gør det under overvågning af personale, der kan hjælpe, hvis injektionen går galt.

Det dilemma, som spørgsmålet om injektion i lysken rejser, handler til dels om, hvilke sundheds-risikable praksisser, der kan godtages i en behandlingsmæssig sammenhæng? Og hvor langt brugernes selvbestemmelsesret rækker i en sådan sammenhæng? Det rejser også spørgsmålet om, i hvilket omfang man som



behandlingspersonale er ansvarlig for de handlinger, som brugerne formentlig vil foretage sig uden for behandlingsinstitutionen som resultat af begrænsninger sat i behandlingsinstitutionen?

Hvem skal føre sprøjten?

En anden grænse, som for nogle brugere virker mærkelig, er beslutningen om, at personalet på klinikkerne ikke må hjælpe med at gennemføre selve injektionen: Brugerne skal være i stand til at injicere selv. Hovedparten af brugerne klarer også dette uden de store problemer, men nogle af de brugere, som injicerer i venerne, oplever på et tidspunkt problemer med at finde en vene, der kan modtage injektionen. Personalet kan hjælpe brugerne med at finde egnede vener, hvordan sprøjten bedst placeres, samt løsne evt. staseslange. Men den egentlige injektion skal brugerne selv kunne gennemføre.

Hos brugerne leder dette nogle gange til en undren over, hvorfor grænsen er trukket netop der. De kan ikke forstå, hvorfor de ikke kan få hjælp til at gennemføre hele behandlingen, når der nu er sygepleje-

fagligt personale tilstede. De siger, at det vel også ville være mærkeligt, hvis man på et hospital bad patienterne om selv at injicere sig med den medicin, som en læge havde ordineret, og en sygeplejerske havde gjort klar. De undrer sig over, hvorfor injektionen skal gennemføres af nogle, der ikke er så gode til det (dem selv), når der er uddannet personale (sygeplejerskerne) til stede. Hos personalet afføder dette emne forskellige reaktioner. Nogle sygeplejersker undrer sig ligesom brugerne over, hvorfor grænsen er trukket netop der, og går meget langt i deres forsøg på at hjælpe brugerne med at gennemføre injektionen. Det kan skabe en frustration hos sygeplejerskerne, når brugerne i deres forsøg på at ramme en rigtig vene i stedet rammer ved siden af og derfor går fra injektionsrummet med store buler og med en frustration over ikke at have ramt rigtigt. Hos andre sygeplejersker – formentlig flertallet – er det helt centralt, at det er brugerne selv, der fører sprøjten.

Det dilemma, som personalet står med her, handler om, at personalet besidder nogle tekniske kompetencer, der kan gøre behandlingen lettere og bedre (færre mislykkede injektioner), men som de ikke kan bruge fuldt ud. Det er et dilemma, som kan skabe en del frustration hos brugere, der oplever grænsen som arbitrær og vilkårlig, og som også fastholder brugeren i rollen som stik-narkoman frem for at være en egentlig patient, der modtager behandling.

Hvad er behandling?

De ovenstående temaer peger hen på mere grundlæggende spørgsmål: Hvad er behandling? Hvad er formålet med behandling? Og dermed aktiveres det komplekse begreb omkring skadesreduktion også, da der ved substitutionsbehandling snarere end stoffrihed oftest vil være tale om graduerede og sammensatte behandlingsmål.

I et perspektiv er det vel god be-

handling, at brugerne tilbringer en stor del af deres dag med at sidde fredeligt i et hjørne af klinikken og nyde deres rus eller falde i søvn. De foretager sig hverken ting, der belaster deres helbred eller kriminalitetsstatistikken ved dette fravær af aktivitet. En af grundene til, at det dog kan være svært at se påvirket-hed som en integreret del i behandling, er, at man generelt er vant til, at behandling kræver en indsats. Forbedringerne kan ikke bare komme snigende ind på brugerne – de skal være engagerede i det. Et personalemedlem sagde på et tidspunkt til et møde: *'Ja, ja – det er fint nok, at de er her og har det godt, men de må også gerne gøre noget for at få det bedre.'* Skal man stille spørgsmålet på en provokerende måde, så kan man spørge, om behandling er noget, man kan komme let til, noget som tilmed kan inkludere nydelse, eller skal det helst koste blod, sved og tårer?

De ovenfor skitserede dilemmaer rejser også spørgsmålet om, hvor langt man kan sammenligne substitutionsmedicin med andre slags medicinsk behandling? For nogle stofbrugere og behandlere har det været en strategi at forskubbe opfattelsen af stofbrug og behandling over imod en mere medicinsk forståelse frem for en mere psykosocial tilgang. Det har givet mulighed for at tale om patientrettigheder, behandlingsgaranti og medicin (frem for stof), idet man benytter den medicinske betegnelse for heroin, diacetylmorfin. Behandling med lægeordineret heroin kan på mange måder ses som en meget tydelig repræsentant for denne medikaliserende tendens – f.eks. omtales stofbrugere som patienter i Sundhedsstyrelsens vejledning.

Ovenstående dilemmaer peger på, at selv om man kan tale om medikalisering af stofmisbrugsbehandling i forbindelse med heroinbehandling, så er der også grænser for, hvor langt denne forståelse giver mening for personalet. Der er fort-



sat en ambivalens hos personalet om, hvor langt man kan gå for at hjælpe brugerne med at gennemføre deres behandling. Heroin er ikke bare en medicin, som er ordineret, og som patienterne skal have. Heroin er fortsat også et stof, som er bærer af en lang række betydninger, der ikke har så meget med behandling at gøre, og som derfor er omfattet af mange regler og kontrolelementer.

En sidste udfordring, som også har optaget personalet i klinikkerne, har været relationen mellem heroinen på den ene side og den sociale behandling på den anden side. Denne udfordring behandles i den følgende artikel i dette nummer af STOF og er derfor ikke medtaget i ovenstående diskussion.

At arbejdet med heroinbehandling er dilemmafyldt er formentlig ikke overraskende – der er trods alt tale om et nyt præparat og et nyt 'setup' for substitutionsbehandling. Når man beskæftiger sig med en ny behandling, der både har potentiale til at redde liv og til at patienter kan overdosere, hvis man ikke udviser stor agtpågivenhed, er det ikke underligt, at der foregår diskussioner og refleksioner om de praksisser, som man udfører. ■

LITTERATUR

Johansen, Katrine Schepele: Organiseringen af heroinbehandling i Danmark. I: STOF nr. 16, s. 24-29. 2010A.

Johansen, Katrine Schepele: Brugerperspektiver på heroinbehandling – de første resultater. I: STOF nr. 16, s. 30-35. 2010B.

Olsen, Hilgun og Astrid Skretting: Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom. Statens Institutt for Rusmiddelforskning. Rapport nr. 7/2007. Oslo. 2007.

Sundhedsstyrelsen: Vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed. Sundhedsstyrelsen. København. 2009.

ALLE ILLUSTRATIONER I DENNE ARTIKEL: L7

UDFØRT EFTER ORIGINALFOTOS AF ULRIK HOLMSTRUP

Social behandling og heroin

Myndigheder, brugere, behandlere og presse har det med at fokusere på stoffet heroin. Den ledsagende sociale behandling ser imidlertid ud til at rumme såvel udfordringer som muligheder.

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN
& KIRSTINE BIRK

I forbindelse med beslutningen om at tilbyde misbrugsbehandling med lægeordineret heroin til en udvalgt gruppe af danske stofbrugere foretog Statens Institut for Folkesundhed en litteraturgennemgang af de udenlandske undersøgelser på området. Et af de spørgsmål, som denne gennemgang ikke besvarer særligt klart, er spørgsmålet: Hvilken relation er der mellem heroinen (medicinen) og den sociale behandling?

Litteraturgennemgangen viser, at stofbrugere i heroinbehandling får det bedre end stofbrugere i metadonbehandling, men svarer ikke på, om det skyldes heroinen i sig selv, den sociale behandling, som brugerne modtager, når de møder op for at få deres heroin, eller om heroinbehandling er så krævende, at brugerne ikke har mulighed for meget andet end at passe behandlingen?

I forbindelse med afrapporteringen af de hollandske og tyske heroinforsøg antydes der et svar, idet der peges på, at 'den bedre effekt af heroinbehandling ikke entydigt [kan] tilskrives heroinens farmakologiske effekter.' Der er dog ikke nogen steder blevet kontrolleret for den sociale behandling – dvs. man har ikke haft grupper, hvor man kun tilbød heroin uden social behandling.

Situationen i Danmark

I Sundhedsstyrelsens vejledning om behandlingen med lægeordineret heroin er det et krav, at der i tilknytning til behandlingen med heroin også tilbydes social misbrugsbehandling. I vejledningen henvises der til, at kommunerne har ansva-



stof

ret for den sociale behandling med henvisning til servicelovens § 101. Det specificeres ikke yderligere, hvad indholdet i denne behandling skal være. Serviceloven skriver, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde behandling af stofmisbrugere. Af botilbudsvejledningen fremgår det bl.a., at denne behandling skal være rettet mod den nedsatte fysiske – og især psykiske – funktionsevne og de sociale problemer, der måtte være sideløbende med misbruget, samt at behandlingen skal være individuelt tilrettelagt på baggrund af brugerens ønsker og en faglig vurdering. Dette gælder dog for misbrugsbehandling generelt, og det er således ikke muligt at finde konkrete danske anbefalinger af, hvordan den sociale behandling i forbindelse med heroin skal udformes.

Denne artikel diskuterer nogle af de erfaringer, som man på nuværende tidspunkt har gjort sig med relationen mellem socialbehandling og heroin, som den udspiller sig i praksis, og nogle af de dilemmaer, udfordringer og muligheder, som behandlingspersonalet står med. Der er således ikke tale om konkrete anbefalinger af, hvilke typer af socialbehandling, der er relevante i forhold til mennesker i heroinbehandling, men en empirisk beskrivelse af relationen mellem socialbehandling og heroin. Nogle af de temaer, der peges på i denne artikel, er ikke unikke i forhold til heroinbehandling – det er temaer, som mere generelt handler om relationen mellem socialbehandling og substitutionsbehandling – uanset om der behandles med metadon,

buprenorfin eller heroin.

Data til denne artikel er indsamlet gennem et feltarbejde udført af den ene af artiklens forfattere (KSJ) i forbindelse med opstarten og det første godt halvandet års drift af behandlingen med lægeordineret heroin i DK samt ved interview udført af begge forfattere med en række forskellige behandlere og brugere i heroinklinikkerne i Danmark.

De internationale og nationale erfaringer

I de udenlandske forsøg har heroinbehandling været givet sammen med socialbehandling. I det tyske forsøg, hvor behandlingen er mest fyldestgørende beskrevet, var der tale om enten individuel case management, der integrerede elementer af motivationsinterview, og som gennemførte samtale hver uge eller psykoedukation og rådgivning i gruppe bestående af 12 sessioner over 3 måneder (også en gang om ugen). I de britiske RIOTT-forsøg fik brugerne tildelt en nøglemedarbejder, der forestod ugentlige møder i de første 3 måneder. Herefter sattes mødefrekvensen ned til hver 14. dag. Alle deltagere havde et månedligt møde med en læge og havde herudover adgang til en psykolog, der kunne give individuel kognitiv terapi. Deltagerne havde også adgang til andre supplerende ydelser, f.eks. rådgivning og gruppebaserede programmer. Deltagelse i disse supplerende ydelser var dog frivillig.

Selv om heroinbehandling nok kan hævdes også at have en direkte effekt på det sociale område (ved f.eks. at begrænse behovet for penge til et illegalt sidemisbrug af heroin) er der næppe heller tvivl om, at de fleste brugere kan have behov for, at det sociale område adresseres mere direkte. Det er en generel erfaring i forbindelse med stofmisbrug, at en række psykosociale problemer spiller sammen med stofmisbruget og ofte er med til at fastholde brugerne i misbruget og i nogle tilfælde har



været årsag til, at misbruget oprindeligt er blevet etableret. Dette peger på et behov for også at adressere det psykosociale område.

Den sociale behandling i forbindelse med heroin

Det behandlingsmæssige setup, som man har brugt i de udenlandske undersøgelser, og som man har lagt sig tæt op af i den danske vejledning, inkluderer som nævnt socialbehandling sammen med heroinbehandling. Det er med andre ord i kombination med socialbehandling, at man har fundet, at heroinbehandling kan være metadonbehandling overlegen. Et andet forhold, der formentlig har spillet ind på myndighedernes udformning af tilbuddet, har været et behov for at tydeliggøre, at der er tale om heroinbehandling - ikke 'fri heroin'. En måde at tydeliggøre dette på har været at stille krav om, at der også skulle foregå socialbehandling i forbindelse med heroinbehandling.

Lokalt i de enkelte misbrugscentre, der i praksis står for implementeringen af heroinbehandling, har man i vid udstrækning valgt en model, der kan betegnes med ordene: 'Heroinbehandling er kun et skift i substitutionsmedicin'. Det vil sige, at man – med enkelte undtagelser – har valgt at bruge det koncept for socialbehandling i forbindelse med substitutionsbehandling, som man har udviklet i forbindelse med metadonbehandling. Det vil typisk sige tilknytning af en kontaktperson med henblik på udredning og samtale og i nogle tilfælde egentlige terapeutiske forløb, tilbud om forskellige aktiviteter og motion/sport, tilbud om mere uformel kontakt i et væresteds- eller cafelignende tilbud. Disse tilbud er i nogle af klinikkerne blevet suppleret med et gruppetilbud for brugere i heroinbehandling, hvis indhold har været aktiviteter, stof-edukation og problemløsning i forhold til konkrete problemer. De fleste steder vil brugeren også

have tilknyttet en sundhedsfaglig kontaktperson, som fokuserer på helbredsorienterede problemstillinger. Ifølge personalet kan der i det sundhedsfaglige arbejde dog også ligge en del socialt arbejde – f.eks. relationsarbejde, afdækning af andre problemer end rent sundhedsrelaterede, adfærdskorrigering m.m. Et sted har man valgt, at det er det sundhedsfaglige personale, der er primært ansvarlig for både den sundhedsmæssige og sociale behandling.

Kontaktpersonen vil ofte søge at kortlægge brugerens konkrete situation for derigennem at afdække, hvilke konkrete problemer og behov brugeren har her og nu. Den sociale behandling har dermed ofte et meget nutidigt perspektiv og handler sjældent om afdækning af bagvedliggende, psykologiske problemstillinger. Blandt personalet beskriver nogle deres rolle som en, der afdækker og opklarer og søger at skubbe brugeren i den retning, som brugeren giver udtryk for at ville. En, som hjælper brugeren med at navigere rundt i verdenen – som den ser ud set med brugerens øjne.

Personalet oplever i den forbindelse ofte at blive til en slags rolle-model for brugerne, især fordi mange brugere har problemer med at afkode deres ikke-stof-relaterede omverden og har mange oplevelser med at blive afvist. Sådanne episoder kan brugerne selv have svært ved at forstå eller at håndtere. I praksis bliver den sociale behandling dog typisk forstået som alt det, der ikke har med heroinen at gøre, hvilket peger på, at den sociale behandling ofte i praksis ikke er særlig præcist defineret.

Forskelle i behovet for social behandling

Kigger man på gruppen af brugere, der er blevet indskrevet i heroinbehandling det første halvandet års tid, kan man for at skabe et overblik groft opdele dem i tre grupper i forhold til deres behov for yderligere

behandling ud over heroinen (der vil selvfølgelig være en del brugere, der ikke kan passes ind i en sådan opdeling, brugere som har karakteristika fra flere eller alle tre grupper, samt brugere der flytter sig mellem de forskellige grupper).

En (mindre) gruppe, som ser heroinen som en mulighed for at trappe ud af deres afhængighed, og som har planer om (at genoptage) arbejde. Disse brugere har ofte et ønske om en (gen)etablering af noget, der ligner en normal hverdag, med normale aktiviteter såsom arbejde, uddannelse, aktivering, revalidering. De kan dog opleve, at heroinbehandling med dens krav om 2 x dagligt fremmøde stiller sig hindrende i vejen for dette. Disse brugere efterlyser hjælp til at etablere kontakt med et arbejdsmarked, hvor de samtidig kan passe deres behandling. De vil også ofte efterlyse hjælp eller støtte til den konkrete nedtrapning.

En anden gruppe er dem, som inden heroinbehandling har levet et relativt stabilt liv med deres misbrug, og hvor heroinbehandling primært fungerer som en substitution af et illegalt heroinmisbrug med et legalt. Disse brugere, der typisk vil være ældre, har ofte en rytme eller aktiviteter i deres liv. Man kan beskrive dem således, at de i det store hele har valgt at være tilfredse med det liv, der er blevet deres, og hvor heroinbehandling betyder, at de nu slipper for kriminalitet til at finansiere deres misbrug. For dem er der ikke umiddelbart ønske eller planer om at trappe ud af deres heroinmisbrug. Disse brugere vil ofte – pga. deres alder og mange år i misbrug – have en del helbreds-mæssige problemer, som de kan have behov for hjælp til. En del af brugerne oplever også en vis ensomhed, men sjældent i en grad, som de synes, at de har brug for hjælp til at løse.

En tredje gruppe er dem, hvor stofmisbruget og påvirkethed er deres primære mål og fokus, og som

oplever et behov for at være påvirket. Hos denne gruppe kan der nok være drømme om et andet liv, men disse drømme har i høj grad karakter af utopi og bliver løbende tilsidesat af behovet for at blive påvirket. En del af disse brugere vil, ud over heroinmisbruget, også have et misbrug af andre stoffer: Kokain, benzodiazepiner og hash. Disse brugere efterlyser typisk hjælp til at slippe ud af deres misbrug, og mange vil gerne i døgnbehandling med henblik på dette. En del af dem har betydelige sociale problemer i forhold til bolig, økonomi, familie m.m.

Denne gennemgang tegner et billede af en differentieret brugergruppe, og hvor behovet for socialbehandling vil være ret forskelligt fra gruppe til gruppe. Der er derfor behov for, at de forskellige heroinklinikker finder frem til en model, hvor der er plads til en sådan nødvendig bredde og taget højde for disse individuelle forskelligheder.

Muligheder for socialbehandling – personalets perspektiver

Det meste personale, der er tilknyttet heroinbehandlingen i Danmark, har erfaringer fra andre misbrugsbehandlingsinstitutioner. Personalet på de fire klinikker i Hvidovre, Odense, Esbjerg og Århus har tilmed fortsat også kontakt til en del brugere, der er i metadonbehandling. Personalet har derfor betydelige muligheder for at lave en sammenligning mellem brugere i metadonbehandling og brugere i heroinbehandling.

Det personalet fremhæver som den centrale forskel mellem brugere i heroinbehandling og brugere i metadonbehandling er, at heroinbrugere opholder sig meget længere og meget oftere på behandlingsinstitutionerne end brugere i metadonbehandling typisk gør. Deres fremmøde er som regel også mere stabilt. Det betyder, at det er nemmere for personalet at få talt med disse brugere, at få lavet aftaler med

dem og at minde dem om aftaler. Personalet har også større mulighed for at få talt med brugerne på dage, hvor det passer brugerne, og hvor brugerne har lyst til det – der er simpelthen et større antal dage at vælge imellem. Personalet fortæller desuden, at tempoet i behandlingen bliver hurtigere – fordi brugerne kommer hver dag. Så behøver man ikke vente en uge med at give en besked eller informere om en beslutning – det kan gøres næsten med det samme.

Nogle af de ansatte fortæller også, at de oplever brugerne i heroinbehandling som mere nærværende og mindre påvirkede end metadonbrugere – hvis man ser bort fra de første 15-20 minutter efter injektionen. Et personalemedlem beskriver dem således: *'De er mere klare i hovederne, end vi normalt ser metadonbrugere'.* En del af forklaringen herpå er, ifølge personalet, at brugerne har mindre behov for sidemisbrug, når



de har mulighed for at indtage deres foretrukne stof, heroin.

Personalet beskriver, at brugerne ofte har brug for de første to til tre måneder til at vænne sig til den nye behandling, til at få justeret dosis og vænne sig til det daglige fremmøde, også i weekenderne. Efter denne tilvænningsfase begynder en del af brugerne dog at udtrykke, at de har brug for eller plads til noget andet i deres liv. Dette andet vil – som beskrevet ovenfor – være forskelligt fra bruger til bruger, men kan f.eks. handle om arbejde eller samtaler hos en psykolog.

Indimellem kan man opleve, at skellet mellem på den ene side heroin og på den anden side den sociale behandling også kommer til udtryk som et skel mellem forskellige personalegrupper. At sundhedspersonalet er dem, der tager sig af heroinen (og evt. helbreds-mæssige problemer), og at det sociale personale (primært pædagoger og socialrådgivere) tager sig af den sociale behandling. Dette kan på den ene side give god mening, da de forskellige faggrupper har forskellige kompetencer. Men det risikerer også at give et skel i den helbredsorienterede behandling, som det meste personale hævder er den optimale behandling. Når behandlingen bliver delt op, risikerer man også, at der kommer til at opstå en prioritering mellem de to; en diskussion om, hvilken behandling der er den vigtigste. I praksis er det en diskussion, som den medicinske behandling ofte vinder – fordi den skal brugerne have for ikke at blive syge af abstinenser. En prioritering – som vi skal se nedenfor – brugerne i øvrigt selv er helt enige i.

Der er generel enighed blandt personalet om, at heroinbehandlingen markerer en mulighed, der skal gribes – men som nogle gange kan være svær at gribe i andre behandlingssammenhænge, fordi man der ikke har den tid og de ressourcer, som skal til. Så spørgsmålet bliver, om der bare er tale om et skift i substitu-

tionsbehandling? Når man oplever, at brugerne forandrer sig markant med heroinbehandlingen, rejser det spørgsmålet, om den sociale behandling i andre sammenhænge på tilsvarende vis burde ændre om ikke indhold – så måske intensitet? Eller om muligheden herfor netop tilvejebringes af kombinationen af heroin og social behandling?

Brugernes perspektiver på den sociale behandling

Når brugerne starter i heroinbehandling, er der ikke nogen tvivl om, at deres primære fokus og interesse er på heroinen – og ikke på de andre tilbud, som man har på behandlingsinstitutionerne. For en del brugeres vedkommende vil de da også kende til disse andre tilbud i forvejen, hvorfor disse ikke på samme måde har nyhedens interesse. Tværtimod kan disse tilbud i brugernes optik ofte være forbundet med oplevelsen af mislykket behandling.

I interview med brugerne omkring den behandling, der ikke lige er heroin, giver mange af dem dog udtryk for, at de også er glade for andre ting. For den kontakt med personalet, som de oplever at have fået, for hjælp til løsning af konkrete problemer, for mad og en snak engang imellem. De vender dog stort set alle sammen også tilbage til heroinen som den primære forudsætning for, at disse ting har kunnet etableres, og for at de har haft tid til at deltage i det.

Nogle brugere er dog også kede af de krav til fremmøde, som der er i forbindelse med heroinbehandlingen. De har et ønske om at komme i gang med et egentligt arbejde, men det er rigtig vanskeligt for dem at forene dette med kravet om 2 gange dagligt fremmøde i heroinklinikerne. Den struktur og stabilisering, som den internationale litteratur pegede på som formentlig den primære årsag til behandlingens effekt, bliver altså af de fleste brugere set





som besværlig og som stående i vejen for deres mulighed for at realisere deres behandlingsmål – ikke som en del af behandlingen. Andre giver dog udtryk for, at den struktur på hverdagen, som de to injektioner giver, også gør det nemmere at passe et arbejde.

Nogle brugere giver udtryk for, at de synes, at de bruger så rigelig tid på selve heroinbehandlingen, at der altså også må være grænser for, hvor meget yderligere af deres tid behandlingssystemet kan lægge beslag på. *'Vi er her jo i forvejen fire timer om dagen – hvis vi så også skal være med i en gruppe, så er der jo slet ikke noget tilbage'*, er et udsagn fra en bruger, der illustrerer dette.

Andre har mange års oplevelser med et behandlingssystem, der nok giver udtryk for gerne at ville hjælpe, men som i realiteten har snævre grænser for, hvilke muligheder der er for hjælp. *'Jeg har brug for et rigtigt arbejde, hvor jeg kan tjene nogle ordentlige penge og komme af med min gæld – ikke perlearbejde på et værksted'*, sagde en bruger i et interview. Et andet sted havde man spurgt brugerne om, hvad de gerne ville foretage sig i tiden mellem injektionerne, og en bruger sagde: *'Hver gang vi kommer med et forslag, får vi at vide, at det er der ikke tid eller råd til – hvorfor skulle det være anderledes denne gang?'*

Nogle brugere har haft meget store forhåbninger i forbindelse med heroinbehandlingen. De har hængt deres ønske om stoffrihed eller et bedre liv op på denne behandling. Nogle kan beskrive, at de har gået og ventet i rigtig mange år på, at denne behandling blev en mulighed. Nogle af disse brugere oplever en stor skuffelse over, at heroinbehandlingen ikke kan indfri disse forventninger. De får det nok bedre og skal ikke være bekymrede for, hvorfra deres næste fix skal komme. Men heroinbehandlingen ændrer ikke nødvendigvis de grundlæggende præmisser og problemer i deres liv. For nogle brugere bliver den

bristede forhåbning til heroin på recept endnu en skuffelse i en lang række og en bekræftelse på, at behandlingssystemet ikke kan hjælpe dem. For andre betyder erfaringen dog også en åbning i forhold til, at der nok skal andre ting til end bare adgang til heroin.

Konklusion

I SFIs store undersøgelse af den sociale behandling i forbindelse med substitutionsbehandling, der udkom i 2009, er et af de markante fund, at brugere i metadonbehandling efterlyser mere – og til en vis grad anden – behandling end den, som de modtager. Forskerne bag undersøgelsen peger på, at substitutionsbehandling har en tendens til at fokusere på substitutionsmedicinen og nedtone eller ligefrem undlade anden behandling. Man kan sige, at den risiko potentielt også er til stede ved heroinbehandlingen, fordi selve substitutionsbehandlingen er så krævende, og fordi det er om heroinen, at interessen i vid udstrækning har samlet sig – både fra myndighedernes, brugernes, behandlernes og offentlighedens side.

På den anden side er der også andre mekanismer i heroinbehandlingen, der trækker den anden vej: Brugernes massive tilstedeværelse i behandlingsinstitutionerne samt muligvis, at de er mindre skæve eller påvirkede, end brugere i metadonbehandling er. Heroinbehandling betyder dermed en mulighed for socialbehandling, som for nogle brugere vil være central i forhold til de massive problemer, som de oplever i deres hverdag.

Et kritisk perspektiv, der dog skal nævnes afslutningsvis, er, at heroinbehandlingen og de potentialer, som den formentlig har medført, er introduceret i det danske misbrugsbehandlingssystem på et tidspunkt, hvor dette er under økonomisk pres. At tilbyde en mere intensiv, målrettet og tilpasset behandling til brugerne i heroinbehandling kan være

svært i en tid, hvor man flere steder oplever besparelser på den kommunale misbrugsbehandling. ■

LITTERATUR

- Benjaminsen, Lars, Ditte Andersen & Maren Sørensen: Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. København: SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd. 2009.
- Hansen, Anders Blædel Gottlieb & Morten Grøn-bæk: Litteraturgennemgang til redegørelse om heroinordination. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet. København. 2007.
- Servicestyrelsen: Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv. Servicestyrelsen. Odense. 2010.
- Sundhedsstyrelsen: Vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed. Sundhedsstyrelsen. København. 2009.

ALLE ILLUSTRATIONER I DENNE ARTIKEL: L7

UDFØRT EFTER ORIGINALFOTOS AF ULRICH HOLMSTRUP

"Det vi er afhængige af er ikke stoffet, men den oplevelse et stof skaber for os"

"At være fri af afhængighed betyder at være i stand til vælge, hvordan man reagerer på bestemte påvirkninger"

"Faktum er, at en afhængighed ikke giver glæde, men udfylder væsentlige tomrum i en persons liv"

"Afhængighed er hverken forårsaget af et stof eller dets kemiske egenskaber"



Valget var svært!

Blandt Stanton Peeles mere end 250 publikationer – heraf 18 bøger og hæfter og 67 peer review artikler og bogkapitler, samt hans mange internetpublikationer og blog-bidrag – har STOF-redaktionen fået mulighed for at bringe en artikel i dette nummer.

Vi har valgt 'The Addiction Experience' fra 1977 fordi denne artikel indeholder lovende ansatser til Peeles senere produktion og løfterige eksempler på den indsigtfulde kritik Stanton retter mod at opfatte afhængighed som en medicinsk sygdom snarere end et livsproblem. Peele var så meget forud for sin tid, at hans pointer – så som at afhængighed kan angå andet end stoffer, at moderation er mulig, at selvforandring er reglen og at skadereduktion er en vigtig tilgang til afhængighed – selv

i dag har meget at sige os. Manden var og er visionær – ikke til at komme uden om uanset om man er enig med ham eller ej.

En enkelt artikel yder således ikke på nogen måde denne polyhistoriske stridsmand retfærdighed. STOF's oversættelse er indtil videre, det eneste som findes på dansk. Hvis du vil vide mere, læse mere eller se mere, kan det anbefales at gå ind på 'The Stanton Peele Addiction Web Site': www.peele.net

Her finder du stort set hele Stanton Peeles produktion, som gavmildt stilles til rådighed – samt hans blogs, læserbreve, anmeldelser, powerpoints og videooptagelser af foredrag, interviews og TV-programmer, hvori han medvirker.

EN KLASSIKER

AFHÆNGIGHEDSOPLEVELSEN

I denne klassiker gør en af misbrugsfeltets allerstørste navne, den amerikanske socialpsykolog Stanton Peele, op med en lang række dogmer og myter om afhængighed.

AF STANTON PEELE

Det er forståeligt, at vi kan føle os fristet til at forklare vore problemer og sygdomme med kræfter, der kommer udefra, og som vi derfor ikke har magt over. På den måde kan vi fralægge os ansvaret for vores problemer og eliminere den angst, der kommer af at være ansvarlig for både vanskelighedernes årsager og deres løsninger. Den type urovækkende angst, vi helst vil være fri for, er den smertefulde selvrefleksion over, hvorfor vi er, som vi er, og hvor langt fra perfekt livet er.

Afhængighed af alkohol og andre stoffer (og som jeg skal vise: afhængighed af andre ting end stoffer) er et område, hvor sandsynligheden for den slags *'flugt fra friheden'* er særligt stor. Fordi de med afhængighed forbundne dårligdomme har indflydelse på næsten alle systemer i kroppen, fysiske såvel som psykologiske, har vi været tilbøjelig til at misfortolke de måder, afhængighed slår rod i os på som et svar på vores livsomstændigheder.

Al forskning peger på, at afhængighed er en livsstil, en måde at mestre verden og håndtere os selv på, en måde at fortolke vores oplevelser på – herunder de oplevelser, der fremkommer ved indtag af psykoaktive stoffer. Ganske vist indvirker heroin og alkohol stærkt på såvel en persons krop og følelser, men disse virkninger medfører ikke i sig selv afhængighed. Det er derimod den måde, personen fortolker og reagerer på påvirkningen af et stof, der udgør kernen i en afhængighed. Dette er bestemt af den enkeltes følelser for sig selv og for livet, og disse følelser er igen bestemt af barndomsoplevelser, personlighed og aktuelt socialt miljø.

Hvis man undlader at indse og vedkende sig dette, kan vi som samfund aldrig få greb om menneskers afhængighed, og problemerne forbundet hermed vil fortsætte ukontrollabelt. Der er ikke brug for at påpege mere om utilstrækkeligheder og stædig fastholdelse af

fejlagtige forestillinger end følgende: Samtidig med, at vi bruger flere penge på kure og forebyggelse af afhængighed, vokser vores problemer med afhængighed af narkotika, alkohol og en hel række andre stoffer ubønhørligt.

Oplevelsen af afhængighed

Afhængighed er hverken forårsaget af et stof eller dets kemiske egenskaber. Afhængighed har derimod at gøre med den effekt, et stof har for en given person under givne omstændigheder – eksempelvis en ønsket effekt om at mindske angst, som (paradoksalt nok) samtidigt nedsætter personens generelle duellighed, så de ting i livet, som forårsager angst, vokser sig større. *Det, vi er afhængige af, er med andre ord den oplevelse, et stof skaber for os.*

De mest afhængighedsskabende stoffer, vi har i vores samfund, er ud over de narkotiske stoffer barbituraterne og andre beroligende stoffer og lægemidler samt alkohol. Hvad disse stoffer har til fælles er ikke deres kemiske struktur, som er vidt forskellige, men deres forholdsvis ens farmakologiske kapacitet til at dæmpe aktivitet i nervesystemet. Ved deres virkning formår disse stoffer at mindske en persons følelse af smerte og oplevelse af vanskeligheder i livet. Samtidigt er de skyld i, at personen bliver dårligere i stand til at klare sådanne vanskeligheder.

Sådan begynder afhængighedens onde cirkel. For samtidigt med, at personen tyr til stofbrug for at undgå at forholde sig til vanskeligheder, så bliver de ting, som han/hun skal kunne håndtere, sværere at klare og mere skræmmende at tænke på. Så potentielt afhængige vender sig altså i stigende grad mod stoffet for at få de belønninger, som de ikke længere er i stand til at få i livet, indtil vi på et eller andet tidspunkt kan sige, at de vigtigste belønninger i personens liv kommer fra stoffet selv.

På dette vilkårlige tidspunkt kan folk siges at være afhængige. De betragter udelukkende de øvrige aspekter

"Overspiseren og alkoholikeren bliver begge drevet frem af accelererende følelser af selvforagt og skyld til at gå forbi det punkt i madorgiet eller drukturen, hvor der er tale om nydelse eller tilfredsstillelse"



af deres liv - som de er holdt op med at beskæftige sig seriøst med, og som de ikke længere får tilfredsstillelse fra - i forhold til, hvordan de spiller sammen med deres afhængighed. Mennesker, job og andre aktiviteter er alle enten hindringer for eller hjælpemidler til at opnå den ene ting, de stræber efter: rus og tab af selvbevidsthed ved hjælp af det foretrukne vanedannende stof.

En vigtig del af overgivelsen til stoffet er følelsen af ikke at være stærk nok eller værdig til at modstå det. I en vis forstand ser de afhængige afhængighed som noget, der ikke kan være anderledes. Denne negative selvopfattelse - og det lave selvværd, som er forudsætningen herfor - er centrale punkter i den cykliske nedstigning i en afhængighed. For den afhængige er et menneske, som ikke har det godt med sig selv, og som ikke bryder sig om den person, han/hun er. Afhængighed forudsætter en frygt for verden, som hovedsageligt består i tvivlen på egne evner til at klare livet. Uanset hvordan det ligger med hans eller hendes faktiske evner, mener den afhængige, at han/hun er inkompetent på nogle væsentlige måder eller områder i livet.

En afhængig tager med glæde imod muligheden for at kunne bortvejre tvivl og uro ved at være beskyttet af en stærkere kraft - en større magt. Et stærkt virkende stof vil naturligvis udfylde denne rolle. Men der er mange andre omgivende ydre forhold, strukturer og mekanismer, et menneske kan overgive sig til end et stof.

Afhængighedsmønstre

Forskere som Charles Winick, Isidor Chein, Louis Lasagna og Richard Blum, der har studeret afhængige mennesker og mennesker med ekstreme reaktioner på narkotiske stoffer, har fundet uhyre stærke afhængighedsmønstre ikke kun i forhold til stoffer, men også i forhold til institutioner, grupper, hospitaler, fængsler og familier. Et måske overraskende fund af Blum er for eksempel, at stofbrugere og brugere af andre illegale stoffer er mere tilbøjelige end de fleste mennesker til at have haft et overforbrug af legal receptmedicin i fortiden. Winick har opdaget, at mange afhængige kun er i stand til at opgive deres stofvaner, når de opholder sig i et totalt institutionaliseret miljø såsom et fængsel eller et døgnbehandlingssted.

Chein's forskning fremhæver en tilsyneladende selvmodsigelse: Samtidig med, at misbrugere er stærkt afhængige af både mennesker og institutioner, er deres tilgang til grupper og mennesker meget manipulerende. Misbrugerens tidlige erfaringer har lært dem, at de ikke skal gøre sig forhåbninger om at opnå noget særligt tilfredsstillende i almindelige menneskelige og sociale relationer, men at de kan opnå det, de gerne vil have fra andre, ved at bruge bestemte mellem menneskelige kneb, såsom at spille offer og at fremtræde hjælpeløs. Til trods for, at mangelfulde almindelige relationer er

et væsentligt aspekt ved afhængighedskonstellationen, er resultatet, at afhængige er tilbøjelige til at opfatte mennesker, de kender, som en forlængelse af deres vane. På den måde bruger de mennesker til at vinde sympati, til at afpresse penge, til at hjælpe med at sikre deres stofforsyning, selv om de egentlig ikke kan opnå en følelse af sikkerhed og fællesskab med mennesker i deres omgivelser.

Sikkerheden ved afhængighed

Ligesom en misbruger per definition er afhængig (ikke som følge af at have taget selve stoffet, men fordi vedkommende har haft impulsen til afhængighed fra begyndelsen), er det et helt centralt kendetegn ved afhængighed, at den misbrugende er passiv. Det er i en vigtig forstand passivt at tage noget ind udefra med henblik på at styre sit liv. Denne passivitet hænger sammen med den afhængiges orientering mod livet. Afhængige tvivler på egne evner til at opnå de resultater, de ønsker. For eksempel betvivler de deres egen selvhjulpethed. Eftersom de ikke tror på, at deres anstrengelser vil blive belønnet, undlader de at prøve eller ophører med at prøve. For den afhængige er stofvirkningen den belønning, han/hun sætter i stedet for den virkelige verdens belønninger, som han/hun ikke føler sig sikker nok eller struktureret nok til at opnå.

Der er to virkningsmåder, som den afhængige værdsetter ved stofvirkningen. For det første, at stoffet virker øjeblikkeligt, uden det angstprovokerende forarbejde og den tid det kræver at opnå karrieremål eller at opretholde langvarige relationer. For det andet er afhængigheden sikrere og mere forudsigelig i den forstand, at har man en tilstrækkelig dosis af stoffet, så får man, hvad man forventer. Fordi den afhængige frygter den usikkerhed, der er forbundet med at have et arbejde

"Der er ikke noget ved fænomenet tvangsmæssig brug af narkotika, som ikke har en parallel indenfor andre områder af menneskelige adfærd"

og med at omgås mennesker, bliver han/hun tiltrukket af det mere 'sikre' i at involvere sig i en afhængighed.

På hvilken måde er afhængighed sikker? En vigtig dimension ved den frygt, der motiverer en afhængig, er frygten for fiasko. En person, som frygter fiasko, er optaget af de mulige negative konsekvenser af enhver ny eller ukendt påvirkning. I stedet for at acceptere disse nye stimuli som muligheder for nydelse eller tilfredsstillende eller blot som ting, man må tage sig af i det almindelige liv, foretrækker han eller hun at undgå ukendte

"Et højkontroversielt spørgsmål er om afhængige kan vende tilbage til det stof, som de tidligere var afhængige af? Svaret er nej, hvis de stadig er afhængige. Men hvor få de end er, og hvor brydsom processen end måtte være, findes der mennesker, som ikke er afhængige længere. De kan, hvis de vil, men hvorfor risikere det?"

omstændigheder og udfordringer. Når dette ikke er muligt (fx i et forsknings-eksperiment), reagerer en sådan person på en udfordring ved enten at vælge den nemmeste vej eller den mest risikofyldte vej. I begge tilfælde kan personen undslippe byrden ved den forventede fiasko ved enten at begrænse sig til en opgave, der umuligt kan mislykkes, eller ved at forsøge noget, som er så svært, at man ikke kan bebrejdes, at det ikke lykkedes.

For eksempel viste et eksperiment, hvor børn skulle kaste en bold op i en kurv fra en afstand, de selv valgte, at nogle af børnene udviklede deres egen personlige udgave af spillet ved at rykke lidt længere væk fra målet, hver gang de havde ramt kurven. Andre børn, som var mere bange for at fejle, blev enten stående lige ved siden af målet uanset hvad, eller de flyttede sig straks alt for langt væk til at kunne ramme kurven, medmindre de var usandsynligt heldige. Dermed var alibi for fiasko på plads.

Selvfølger ville det værre dumt at sige, at et barn eller nogen anden, der udviser stor frygt for fiasko, er forudbestemt til at blive afhængig. Alt for mange andre forhold indgår i ligningen. Men parallellen mellem en adfærd præget af stor frygt for fiasko og afhængighed er rammende, når en person af angst vælger den sikreste vej for at undgå fiasko. Af frygt for udfordringer eller det ukendte vælger den afhængige enten at gøre tingene så konstante og forudsigelige som muligt, eller at tage så mange risici, at han eller hun ikke har nogen chance for at gennemføre noget med succes eller gennemføre i det hele taget. Det kan lyde mærkeligt, at det er sikkerheden i det forudsigelige, der får en afhængig til vanemæssigt at vende tilbage til et stof. Når alt kommer til alt er stofbrug en risikabel affære, der kan have katastrofale følger.

Alligevel er det den forudsigelige følelse - forsikringen om, at han/hun altid vil opnå den samme virkning, som den afhængige opsøger ved at indtage heroin eller alkohol. Samtidigt leverer det at være afhængig en undskyldning for fejl og for ikke engang at forsøge en anden form for indsats for at forholde sig til den øvrige del af hans eller hendes liv.

Tolerance og abstinenser

Hvordan forklarer denne forståelsesmodel af afhængighed fænomener som opbygningen af tolerance (man skal have mere og mere for at opnå samme virkning) og abstinenser? Lad os gøre et forsøg: Afhængige har

det ikke godt med sig selv og deres verden. De mangler den form for komplet liv, som normalt giver mennesker med et tilstrækkelig antal af interesser, involveringer og relationer og nok tilfredsstillelse fra disse til at gøre afhængighed utiltrækkende. Fraværet af disse ting tillader en afhængighed at antage større og større proportioner i et menneskes liv,

fordi der ikke er noget andet, der kan opveje behovet for stoffer. Der er ikke så meget at miste. Der forekommer ikke at være gangbare alternativer, som kan udrette det samme. Det er på dette grundlag, at udviklingen af stadig større tolerance sker i en eksistentiel forstand. Her er nøglen til at forstå forholdet mellem tolerance og en afhængig livsstil.

Hvad angår abstinenser gælder det, at når en person kunstigt har opretholdt selvbevarelsesfølelsen og skabt en mindre truende verden at leve i ved hjælp af stoffer, så kan det at blive frataget denne beskyttelse og blive tvunget til at nyorientere sig, så en længe undgået, barskere virkelighed indgår i livet, udgøre et kursskifte, som kan være overordentlig smertefuldt. Mon ikke dette rent psykologisk er grunden til, at nogle mennesker - nemlig de, der nu engang er sårbare over for afhængighed og dens konsekvenser - reagerer særlig voldsomt på fraværet af et stof med en altomsluttende oplevelse af abstinenser? Mens andre - mere helstøbte og ressourcerstærke - mennesker ikke ser ud til at opleve abstinenser i nær same grad?

Afhængighed er en logisk udvidelse af en livsstil og dens samspil med en stofoplevelse snarere end kemien i et eller andet stof. Afhængighed er ikke et fysiologisk mysterium, men snarere noget organisk, der vokser ud af en persons forhold til verden. For at forstå ethvert individuelt tilfælde af afhængighed må vi spørge: *'Hvad opnår netop denne person ved at tage stoffet og herefter at opleve dets virkning?'* En del af vores svar vil være, at det udfylder tiden, strukturerer livet, leverer et beroligende ritual og tilbyder en identitet. Derefter må vi gå dybere ned i misbrugerens egne oplevelser af stoffet og finde ud af, hvordan og hvorfor det beroliger, og hvad det giver lindring for. Kun ved at forstå disse problemer, og hvordan netop dette stof muliggør en flugt for den pågældende, kan vi nå frem til den sande beskaffenhed af netop dette menneskes afhængighed.

Magt, præstation, skyld og afhængighed af beroligende midler

Magt og præstation er afgørende temaer for oplevelsen af sløvende stoffer som narkotika og alkohol. I vores

kultur værdsættes det at kunne kontrollere sine omgivelser. En grundlæggende del af den vestlige selvforståelse er, at man kan opnå det, man ønsker, hvis man er tilstrækkeligt dedikeret. Heraf følger, at når der er nogle, det ikke lykkes for, antages det, at personlig svaghed ligger til grund.

Interessant bliver det, at den afhængiges adfærd på en gang svækker og styrker holdbarheden af denne antagelse, idet en afhængig ikke er i stand til at forfølge andre mål end det at opnå beruselse, men alligevel er vedkommende fanget i ovennævnte forståelsesgreb. Afhængige er dermed mennesker, der er så utilfredse med egne manglende evner til at opnå det, de ønsker, at de bruger et stof til at glemme de nederlag, der plager dem. Den deraf følgende yderligere forværring af evnen til at gennemføre det, de ønsker, driver dem tilbage til stoffet igen og igen. Derudover har de stærke skyldfølelser, fordi de ikke får gjort, hvad de mener, de burde, eller hvad andre mennesker forventer af dem, og disse følelser får dem til at blive mere afhængige af stoffet.

Det er på grund af den i vores kultur stærke orientering mod individuelle bedrifter, selvrealisering og ansvar for egen skæbne, at så mange mennesker er fanget i en følelse af utilstrækkelighed. Samtidigt - i et stadigt mere institutionaliseret samfund, hvor det er sværere og sværere at kontrollere ens eget liv - vokser disse utilstrækkelighedsfølelser. Det er af disse grunde, at afhængighed er så udbredt et problem i vores kultur, og et problem som er støt voksende, efterhånden som flere og flere unge mennesker ikke ser ud til at være rustet til at håndtere kompleksiteten i den verden, de står over for.

Narkotiske stoffer passer ind i dette mønster ved at give brugerne en beroligende fornemmelse af, at det ikke er nødvendigt at gøre mere for at forbedre sit liv. Alt er fint, og derfor behøver de ikke at bruge flere kræfter på eller bekymringer over de problemer eller udfordringer, som de konfronteres med. Al smerte og angst er væk, og for en tid kan de føle sig forvissede om, at de har kontrol over deres egen verden.

Alkohols macho-dimensioner

Alkohol tilføjer endnu en dimension til denne oplevelse. I vores kultur er druk og alkoholpåvirkethed forbundet med maskulinitet og magt. Når Ed McMahon og Dean Martin gør sig lystige over, hvor meget de drikker, deltager de i en udbredt mande-humor kultur, som ser dette som et symbol på deres potens. Det er grunden til, at unge drenge er så optaget af at fortælle om, hvor meget de har drukket og kan drikke.

De former for anti-sociale aktiviteter, som i vores kultur er forbundet med at drikke, er åbenlyst associeret til styrke. For eksempel er slagsmål (med andre mænd eller med ens kone eller kæreste) og hensynsløs kørsel begge den berusedes udtryk for vedkommendes

destruktive kontrol over andre.

Tænk på den utiltalende opførsel, en person udviser i beruset tilstand, når vedkommende ikke lytter til andre, men insisterer på at give udtryk for sine egne meninger højt og længe: det typiske billede af en kedelig, fortrukken fyr. Det personen gør er, at han fjerner de hæmninger og bekymringer, han normalt føler i forhold til værdien af det, han har at sige, hans ret til at sige det og andres lyst til at høre det. Nu, hvor han er beskyttet af alkohol, kan han få uhindret afløb for sine idéer, holdninger, irritationer og vrede. Det er derfor, virkningerne af en mands alkoholisme så ofte mærkes i hans familie af hans kone og børn. Disse mennesker er de eneste, han føler sig i stand til at dominere, de eneste, han kan tvinge til at underkaste sig sin vilje.

Personaliseret og socialiseret magt

Et af de centrale aspekter af alkoholoplevelsen er derfor den illusion om magt, der fremkommer – en følelse af, at personen er magtfuld og kan beherske andre. Men det er en forbigående kontrol, for når den drikkende kommer ud af sin rus, er han eller hun endnu mere usikker på, hvordan andre mennesker opfatter vedkommende, og hvad de mener om det han eller hun siger, hvorefter den eneste udvej bliver mere alkohol.

Den bedste undersøgelse af forholdet mellem alkohol og magtfølelse er David McClellands 'The Drinking Man'. McClelland fandt, at folk er mere tilbøjelige til at have magtfantasier, når de har drukket alkohol. Han fandt også frem til, at alkoholikere normalt har større behov for det, McClelland kalder 'personaliseret magt'. I McClellands forståelse er 'socialiseret magt' muligheden for at påvirke folk i retning af fælles planlagte eller på anden måde konstruktive aktiviteter. Dette er i vores kultur en succesfuld måde for en person at håndtere et behov for magt. På den anden side indebærer 'personaliseret magt' direkte individuel dominans over andre - den mest rå og mindst succesfulde accepterede måde at udtrykke magtbehov på.

McClelland bruger sine data til at forklare, hvorfor der er flest mandlige alkoholikere i vores samfund. Men teorien passer også på kvinder. Ved hjælp af alkohol kan en kvinde hengive sig til fantasier om større kontrol over sine relationer til mænd eller mandsdominerede institutioner, end hun faktisk føler, at hun har. Under alle omstændigheder er det ikke overraskende for vores tid - hvor flere kvinder stræber efter magtpositioner og er mindre tilbøjelige til at acceptere, at andre har kontrol over deres liv - at alkoholmisbrug blandt kvinder vokser hurtigere end blandt mænd.

Jeg har andetsteds forsøgt at beskrive, hvilke skridt samfundet kan tage for at bekæmpe dette problem (se *Addiction is a Social Disease*). Mit bud er, at der ikke er nogen lette løsninger. Som også denne fremstilling indikerer, må samfundet imødegå problemet ved enten



at skabe institutioner, som er mere åbne over for enkelt-personers påvirkning, så der ikke rester et stort umættet behov for kontrol og magt, eller der må arbejdes på at øge kompetencen i at udøve kontrol over eget liv hos de enkelte samfundsmedlemmer.

Disse problemstillinger er forbundne, og naturligvis er det nødvendigt at gøre en indsats på begge områder. Hvis skolen for eksempel giver børn mulighed for at udvikle og udvise ansvarlighed inden for institutionen, så vil de bedre kunne lære, hvordan man udvikler og udøver kontrol i sit eget liv. Desuden skal man gøre sig klart, at løsningerne på et socialt problem som afhængighed er lige så vanskelige og komplicerede som årsagerne til dette samfundsproblem.

Selv om det at forstå afhængighed som noget, der vokser ud af en oplevelse snarere end ud af et stof, gør os bedre i stand til at forstå, hvorfor folk tager stoffer, og hvordan man kan komme ud i et misbrug, så er der ikke noget i denne bestemmelse, som begrænser afhængighed til stoffer alene. Denne kendsgerning har forårsaget megen forvirring blandt teoretikere, for eksempel de mange, som nu fokuserer på 'psykisk afhængighed' som det centrale element i stofmisbrug. Hvad disse undersøgere af narkotika forbigår er, at der ikke er noget

"Afhængighed er ikke et fysiologisk mysterium. For at forstå ethvert individuelt tilfælde af afhængighed må vi spørge: 'Hvad opnår netop denne person ved at tage stoffet og herefter at opleve dets virkning?'"

ved fænomenet tvangsmæssig brug af narkotika, som ikke har en parallel inden for andre områder af menneskelig adfærd.

Dermed ikke sagt, at psykoaktive stoffer ikke har en klar indvirkning på dem, der indtager stofferne. Det er jo derfor, narkotika og alkohol så ofte er forbundet med afhængighed: De virkninger, stofferne har på bevidsthed og følelser, er øjeblikkelige. Men der er mange andre involveringer og aktiviteter, som for nogle mennesker indeholder den slags oplevelser, der kan føre til afhængighed. Dette er ved at blive almindeligt anerkendt i praksis (om ikke teoretisk) i form af en række aktiviteter – fx spil, overspisning, tv-kigning, 'arbejdsnarkomani' – som er på vej til at blive betragtet og behandlet som afhængigheder.

Muligheden for at blive opslugt og forsvinde

Hvad er det ved disse aktiviteter, der skaber afhængighed for nogle mennesker – faktisk rigtig mange mennesker? Disse aktiviteter muliggør en beroligende opslugt-hed i en altomfattende følelse, der fjerner bevidstheden om livets problemer. Men det, der gør en hvilken som helst aktivitet potentielt afhængighedsskabende, er ikke aktiviteten i sig selv, men oplevelsen for den person, som foretager den: Her spiller personlighed, situation og motiver igen ind. Hvis en person giver sig i kast med aktiviteten for at flygte fra smerte (fysisk eller på anden måde) og vender tilbage til den oftere og oftere, fordi lindring er forbundet med at foretage netop denne handling, og angst og skyldfølelse melder sig med stor styrke, når handlingen ikke foretages, så bliver den person afhængig, uanset hvad aktiviteten består i.

Tænk på ludomaner, som sidder fastnaglet foran adskillige spillemaskiner. De er fuldstændigt optaget af bevægelsen med at trække i håndtaget på den rigtige måde og den øjeblikkelige tilfredsstillelse ved at se resultaterne dukke op præcist som et urværk foran deres øjne. De kan ikke tænke på noget andet, som for eksempel de ting, de ikke får gjort, mens de spiller, eller de penge de taber. Når de stopper spillet, vender de tilbage til virkeligheden og fyldes med afsky over at indse, hvor mange penge, de har kastet i grams. Svaret for dem er:

Vend tilbage til den altid flygtige løsning om at gå efter den store gevinst.

Eller tænk på barnet, som sidder klistret til fjernsynsskærmen. Hans eller hendes sind er sløvet ind i total passivitet af billederne på skærmen. Der har været en række udmeldinger fra forskere og fra tv-seere selv om de drastiske konsekvenser, der følger af at miste tv-apparatet: Børnene står tilbage uden at have noget at tage sig til, og forældrene er tvunget til at beskæftige sig med hinanden og deres børn uden den konstante beroligende summen fra tv'et.

Et udfoldet begreb

Jeg skrev bogen *'Love and Addiction'* sammen med Archie Brodsky for her at udvide afhængighedsbegrebet til også at kunne omfatte afhængighedsprægede kærlighedsforhold. Men en afhængighed kan også fremkomme i tilknytning til mennesker eller institutioner.

I første del af denne artikel nævnte jeg Charles Winnick's forskning, der viste, at nogle heroinmisbrugere kan 'modnes' ud af et heroinmisbrug ved i stedet at blive fuldstændigt afhængige af en institution som fx et fængsel eller et hospital. En sådan total optagethed og opslugthed i en organisation fungerer også som en afhængighed.

For nylig er der blevet rettet stor opmærksomhed mod tilfælde af såkaldt hjernevask, hvor unge voksne eller teenagere er blevet shanghajat af en gruppe (som regel religiøs) og forvandlet til robot-agtige væsener: smilende, lyksalige tjenere af ordenen, der vil gøre alt, hvad de bliver befalede. For de unge mennesker i disse grupper (hvoraf mange unge i øvrigt førhen har brugt stoffer på problematisk vis), etablerer den religiøse orden et totalt kontrolleret miljø, hvor alle praktiske ting bliver klaret, og al tankevirksomhed er sørget for. Gennem tilbedelse af en leder og en fælles forståelse med de andre i gruppen slipper de unge mennesker af med deres usikkerhed og angst, og for at bibeholde denne tilstand opgiver de beredvilligt alle andre forpligtelser og interesser uden for sekten. En interessant bitering ved denne form for afhængighed er, at når og hvis de unge forlader bevægelsen, har de en tilbøjelighed til at blive lige så negative over for organisationen, som de førhen var positive, og de kan finde på at angribe den lige så fanatisk, som de førhen forsvarede den.

Den personlige betydning af afhængighed

At spise er en form for aktivitet, som klart eksemplificerer, at afhængighed altid har en personlig mening. Alle mennesker har brug for at spise, men nogle mennesker spiser så meget, at de i alvorlig grad begrænser sig selv eller ligefrem forkorter deres liv. Den livssmerte, der kommer af en tilværelse som overvægtig, de ødelæggende konsekvenser, det har i forhold til fysisk aktivitet,

det sociale liv og ens professionelle fremtoning, samt forbindelsen mellem overvægt og hjertekarsygdomme og risikoen for slagtilfælde gør det klart, at der er mennesker, som er ganske klar over, hvor meget de skader sig selv gennem overspisning, og alligevel kan de ikke kontrollere det eller gøre noget ved det.

For at forstå dynamikken i denne afhængighed kan vi tage eksemplet med et barn, som af sine forældre har lært at betragte mad som en belønning. Dette kan udvikle sig til et mønster, hvor det at spise bliver et middel til tilfredsstillelse, at falde til ro og at dulme angst. Efterhånden som barnet bliver ældre oplever det mere og mere, at overvægt er noget, der gør det mindre attraktivt for andre, og dette bliver det pinligt bevidst om. Det bliver en del af barnets negative selvbillede, en altid tilstedeværende og pinefuld påmindelse til det om, at det ikke er et 'godt' menneske. Men når barnet bliver mærket af at være overvægtig, fx ved ikke at være i stand til at deltage i sport eller ved at blive afvist af kammerater, har det kun et fristed at søge hen til – at spise.

Når vi ser en fuldt udviklet afhængighed af mad, er det åbenbart, hvor svært det er at bryde ud af en hvilken som helst afhængighed. Når en overspiser kaster sig ud i et madorgie, er det det samme, som når en alkoholiker, der er i gang med en duktur, bliver drevet frem af accelererende følelser af selvforagt og skyld til at gå planken ud – forbi det punkt, hvor der er tale om tilfredsstillelse. Når madafhængige står over for problemer eller har bekymringer, hælder de til, at mad er svaret, hvilket igen forværrer deres problemer og bekymringer – en illustration af afhængighedens onde cirkel.

Skulle det ske, at overspisere opfører sig kontrolleret en dag eller flere dage eller uger, er det stadig galt fat – på en måde værre, end hvis en alkoholiker eller en stofmisbruger holder sig fra det, de er afhængige af i en periode. For den fede vil stadig være fed og alene af den grund være mere fristet til at falde tilbage i madmisbruket. For at lægge afhængigheden bag sig er overspisere på en eller anden måde nødt til at bryde helt med tidligere mønstre, ofte før nye vaner fører til belønning og har chance for at blive rodfæstede. Af disse grunde er mange af de metoder, der er udviklet til at arbejde med overspisere, nyttige i arbejdet med at udtænke programmer til at bryde andre former for afhængighed. Til sidst i denne artikel vil jeg beskrive nogle af disse metoder.

Kendetegn ved ikke-afhængighed

Hvis vi anerkender, at afhængighed kan forekomme i enhver involvering med noget, er vi også nødt til at indse, at ingen aktivitet – herunder det at tage stoffer – nødvendigvis er afhængighedsskabende. *Det, der gør en aktivitet ikke-afhængighedsskabende, er, at man er i stand til at kontrollere den og få den til at passe sammen med de øvrige ting i ens liv.* Det vil sige, at man ved, hvornår man

skal holde op med at gøre noget, der er begyndt at blive skadeligt. Hvilket igen fører os frem til, hvad man kunne kalde kendetegnene ved ikke-afhængighed.

Mennesker kan modstå afhængighed, når de får nok tilfredsstillelse i deres liv til at sikre, at de ikke behøver at ty til én ting som ene og alene skal bibringe dem tilfredshed. *Hvis mennesker indgår i sammenhænge, der betyder noget for dem, er der mindre chance for, at en destruktiv aktivitet vil komme til at*

tage magten fra dem, fordi der vil være andre aktiviteter, de ikke vil undvære, og relationer til mennesker de ikke vil ofre. Mennesker har brug for at have det godt med sig selv, så de vil ikke bevidst gå efter at skade sig selv; de har brug for stolthed, så både for deres egen og for andres skyld ønsker de ikke at miste kontrollen. De har brug for selvaccept for at kunne komme ud over al den skyld og uro, som befinder sig i centrum af afhængighedens onde cirkel. Endelig har de brug for at kunne vedkende sig deres problemer for at kunne gøre noget ved dem, inden de vokser til livs-knægtende proportioner.

Hvornår er der tale om afhængighed?

Hvis afhængighed kan forekomme i forbindelse med enhver form for aktivitet, så er vi nødt til at have metoder til at afgøre, hvornår der er tale om afhængighed.

Den model for afhængighed, jeg har præsenteret, er leveringsdygtig i et antal kendetegn, der kan tjene dette formål.

1. *Afhængighed er et kontinuum.*

Eftersom der ikke er en særskilt fysiologisk mekanisme, der 'starter' en afhængighed, kan vi ikke anskue afhængighed som et alt-eller-intet fænomen. Det faktum, at afhængighed er et kontinuum, er grundlæggende for alle de øvrige indkredsnings af afhængighed, forstået på den måde, at der overalt er tale om noget relativt – at noget i forbindelse med dette eller hint kendetegn er mere eller mindre tilfældet, alt efter om der mere eller mindre måtte være tale om afhængighed. Denne ubestemthed i klassificeringen bør ikke forurolige os; for det samme gør sig gældende i al anden adfærd. Der, hvor vi er gået galt i byen angående afhængighed, er, når vi antager, at der er noget mere-eller-mindre i afhængighed end i alt andet, et menneske kan foretage sig.

Indtil videre har jeg skildret totale afhængighedsproblemer eksemplificeret ved både involveringer med stoffer og ved ikke stofflige aktiviteter. Disse 'ideelle' cases er toppen af isbjerget - ekstremer i den ene ende af et spektrum. Faktisk er det sjældent, at et menneskes hele liv er dedikeret fuldstændigt til en afhængighed på den måde, jeg har beskrevet. For eksempel repræsenterer

“Det kan lyde mærkeligt, at det er sikkerheden i det forudsigelige, der får en afhængig til vanemæssigt at vende tilbage til et stof. Når alt kommer til alt er stofbrug en risikabel affære, der kan have katastrofale følger. Alligevel er det den forudsigelige følelse - forsikringen om at han/hun altid vil opnå den samme virkning, som den afhængige opsøger”

alkoholikeren på bænken kun en lille del af alkoholproblemet, ligesom der er mange mennesker i Vægtvogtergrupperne, der ikke er ekstremt overvægtige. I den forstand er total afhængighed blot en sygelig version af en vane, og en person kan være mere eller mindre afhængig, alt efter i hvilket omfang vedkommendes vane styrer hans eller hendes liv.

Som jeg anførte, kan en person være disponeret for at blive afhængig på et område i sit liv – dér, hvor han eller hun føler sig særligt svag eller ude af stand til at håndtere udfordringerne. For eksempel støder vi jævnligt på mennesker, der i visse situationer ikke bruger stoffer, men drages til det i andre situationer. En mand fortalte mig om sit alkoholproblem, der kun kom frem, når han om aftenen kom hjem til sin kone og familie. På sit arbejde, hvor han var medejer, var han totalt engageret og følte sig aldrig det mindste fristet til at drikke. At få denne mand til at forholde sig til afhængighed efter at have undgået det hele sit liv – at begynde at tænke over, hvorfor han ikke befandt sig godt hjemme hos sin familie – ville være en kolossalt vanskelig opgave. Denne situation minder om arbejdsnarkomanen, som føler sig så fortabt i forhold til at beskæftige sig med nære, personlige relationer, at vedkommende hengiver sig helt til sit arbejde og dermed forsømmer det, som pågældende i forvejen har problemer med at håndtere.

2. *En afhængighed bortleder en person fra alle andre involveringer.*

Når man skal afgøre om en aktivitet er udtryk for afhængighed, er det nødvendigt at afgøre, hvorvidt den er skadelig – i den forstand, at aktiviteten indskrænker en som person, gør en mindre formående og undergraver ens liv. Dette er åbenlyst tilfældet, når noget som over-spisning, rygning, druk eller stofbrug skader personens helbred eller endog dræber. Men skaden er ikke altid så direkte eller åbenbar. Centralt i begrebet om afhængighed er idéen om et stadig mindre virkefelt i livet, indtil der for den afhængige kun er ét fokus tilbage – genstanden for afhængigheden.

Dette fører os til det primære kendetegn ved en afhængighed: I det omfang en involvering afleder fra de øvrige områder af en persons liv, så evnen til og interes-

sen for at beskæftige sig med andet mindskes - i det omfang er aktiviteten ensbetydende med afhængighed for den pågældende. Når personen ikke kan beskæftige sig med andet eller ikke kan få tilfredsstillelse fra noget andet end denne ene involvering eller hele tiden refererer til denne aktivitet, så taler vi om afhængighed for fuld udblæsning. Det er indlysende, at det på en måde kun er den enkelte, der kan afgøre, hvor meget noget skader han, eller hendes verden, hvilket er grunden til, at afhængighed i sidste instans kun kan vurderes og håndteres af den enkelte.

3. Afhængighed er ikke (længere) så nydelsesfuld.

Afhængighed fjerner smerte. Misbrugere tyr til afhængighed ud fra negative motiver – frygt, angst, skyld, ubehag – hvilket stoffet eller aktiviteten tjener til at mindske for en tid. Selvom de engang kan have haft en behagelig reaktion på genstanden for afhængighed, er det positive gledet i baggrunden på det tidspunkt, hvor de er blevet afhængige. Den eufori, stoffer som alkohol, heroin eller bedøvende medicin kan give, er euforien af en momenten frisættelse fra alle bekymringer. Af denne grund interesserer afhængige sig ikke voldsomt for kvaliteten eller arten af det stof, de kan få fat i (fx alkoholens smag); de hilser blot den berusende virkning velkommen.

For så vidt som en afhængig bruger noget til at sløve sin bevidsthed for smerte, er alle afhængigheder ret så vilkårlige. De er ikke valgt for deres positive kvaliteter. Hvilket antyder et andet vigtigt kendetegn for, om noget er en afhængighed – nemlig om en person glædes ved en aktivitet, eller om vedkommende gør det som et udslag af smerte, frygt, vane eller for at undgå et eller andet.

4. Afhængighed er ikke at formå at vælge ikke at gøre noget. Ud fra de kendetegn, der allerede er listet op for afhængighed, ser vi, at afhængige ikke er i stand til at tage en beslutning om at stoppe med at gøre noget, når det begynder gøre ondt, eller når det ikke længere er behageligt. I stedet drives de af diverse motiver hinsides deres kontrol til at fortsætte deres involvering, indtil de fysisk er ude af stand til at fortsætte, eller indtil en ydre kraft kommer på tværs.

Et andet kendetegn ved afhængighed kan oparbejdes ud fra dette aspekt af definitionen – hvorvidt personen er i stand til at foretage et valg i forhold til en involvering. Kan han/hun oprigtigt sige, at under visse omstændigheder ville han/hun kunne undlade at indtage stoffet eller at deltage i aktiviteten? Er andre aktiviteter så værdsatte, at disse kan forhindre, at involveringen kommer i betragtning? Kan personen nogle gange afholde sig fra involveringen i en situation, der ellers normalt lægger op til det? Kan vedkommende sige: 'Det her er ikke godt for mig. Jeg har tænkt mig at skære ned'? Det negative svar på alle disse spørgsmål er,

at hvis en person udsættes for nogle bestemte, tilbagevendende stimuli, så vil vedkommende altid handle på samme måde og foretage det samme valg. Det vil sige, at der ikke er noget valg. Dette er afhængighed.

Behandlingsafhængighed

Et spændende aspekt ved de to ting: teorien om afhængighed som en erfaring og det faktum, at et menneske kan udvikle afhængighedsprægede relationer til institutioner, er muligheden for, at behandling for afhængighed i sig selv kan blive en afhængighed. Hvad kan gøre behandling eller en terapigruppe afhængighedsskabende? Hvis nu behandlingsens erklærede mål er at omforme individer fuldstændigt i behandlingsens eget billede, begyndende med opgivelse af alle dele af vedkommendes tidligere identitet, så kan afhængigheden fremkomme ved simpelthen at kræve, at den afhængige nu helt og aldeles definerer sig selv i betydninger og vendinger, der hidrører fra en ny ekstern magt – terapigruppen.

For et menneske, der er afhængig på denne måde, vil alle oplevelser skulle filtreres gennem terapiens perspektiv, alle aktiviteter – herunder samspil med andre mennesker – vil være en kernebestanddel af terapien, og den personlige identitet vil være fuldstændigt bundet op på at deltage i behandlingen eller i terapigruppen. At bryde en sådan total behandlingsafhængighed er nærmest umulig og kan kun ske med betydelig risiko for, at den enkelte med det samme vender tilbage til sin stofafhængighed.

Mennesker, der er afhængige på denne måde, kan bruge al deres tid på at snakke om den *tidligere* afhængighed, hvilket begrænser dem til kun at have samvær med mennesker, der også har haft sådanne afhængigheder, hvilket oftest simpelthen er de andre medlemmer i gruppen. De kan føle sig draget til hele tiden at deltage i terapi-sessioner eller gruppemøder, da disse nu leverer strukturen og indholdet i deres liv. Hvis de er afhængige af behandlingen eller af gruppen, vil de formodentlig nægte at acceptere muligheden af, at andre fremgangsmåder kunne have værdi i behandlingen af afhængighed. I bund og grund kommer de ikke til at gøre op med sig selv og egne vaner på en sådan måde, at det ændrer grundlaget for afhængighed i deres liv. Idet de skal vende sig helt bort fra deres tidligere liv, tager de afsæt i frygt, negativitet, passivitet og afhængighed, og en ny magt overtager styringen i deres liv.

Da terapigrupper adskiller sig betydeligt fra hverandre, og da det også er forskelligt, hvordan hver enkelt relaterer sig til dem, er det umuligt at sige, at en bestemt terapeutisk tilgang er afhængighedsskabende, mens andre ikke er det, lige så vel som det er umuligt at sige, at et bestemt stof nødvendigvis er afhængighedsskabende, mens andre ikke er det. Det er dog indlysende klart,



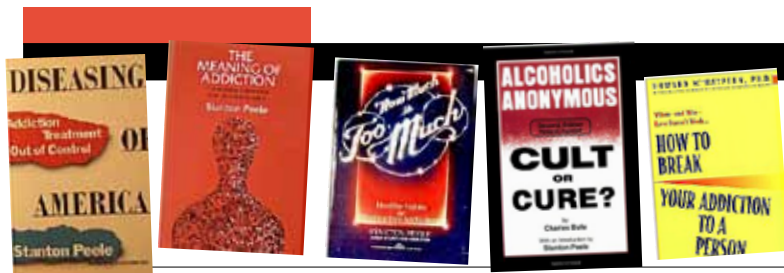
at visse grupper passer til min beskrivelse. Mange af disse grupper er ekstremt succesfulde, når det drejer sig om at holde deltagerne væk fra deres tidligere afhængigheder. Set i lyset af vanskeligheden ved at komme enhver afhængighed til livs kan disse grupper faktisk være blandt de få, som har held til at bekæmpe deltagerens stofbrug med bare nogenlunde regelmæssighed. Men i det lange løb er disse organisationer ikke succesfulde i forhold til at reducere afhængighed *i samfundet som helhed*, fordi de i mange tilfælde slet ikke har fokus på afhængighed, men udelukkende på at afskaffe brugen af et eller andet stof.

Nødvendigheden af personlig reorientering

Her genfinder vi et højkontroversielt spørgsmål: Kan afhængige vende tilbage til det stof, som de tidligere var afhængige af? Svaret er nej, hvis de stadig er afhængige. Men at afhængighed er en vedvarende størrelse, når først den er opstået, er ikke en på forhånd given sag. Hvor få de end er, og hvor brydsom processen end måtte være, findes der mennesker, som bliver kureret for afhængighed.

“Det, der gør en hvilken som helst aktivitet potentielt afhængighedsskabende, er ikke aktiviteten i sig selv, men oplevelsen for den person, som foretager den. Disse involveringer muliggør en beroligende opslugthed i en altomfattende følelse, der fjerner bevidstheden om livets problemer”

Hvis der ikke findes en egentlig kur for afhængighed, vil afhængighedsproblemet i vores samfund samlet set ikke aftage. Emnet er dog kompliceret af mange andre overvejelser. Pragmatisk set kan man hævde, at det er bedre for mennesker i vores samfund at være afhængige af en gruppe end af et stof – især et ulovligt stof. De er sikret mere social accept, der er større sandsynlighed for, at de kan klare et job, og de gør mindre skade på deres krop. Desuden kunne fuldstændig afhængighed af terapigruppen være en fase, som mennesker gennemgår på deres vej til større selvtillid – en slags afgiftningsmekanisme, som efterfølgende giver dem mulighed for at arbejde med deres livsindhold, deres problemer med sig selv, med andre mennesker, med arbejdet, eller hvad



det nu drejer sig om. Hvis dette er tilfældet, kunne afhængighed af behandling siges være en nødvendig del af en omfattende personlig genopdukken.

Hvad angår afgørelsen af, hvorvidt en person på et tidspunkt skulle forsøge sig med at involvere sig med det, som var den tidligere afhængighed, bør svaret simpelthen være: 'Hvorfor risikere det?' Alkohol, cigaretter og heroin er ikke nødvendige komponenter i et helt og fuldt liv, så hvis der er fare for at blive afhængig igen, er det ret så fornuftigt ikke at forsøge sig med at have nogen omgang med stoffet – særligt i lyset af alle de ubehagelige konsekvenser, som knytter sig til et ulovligt stof som heroin. Men afholdenhed er ikke i sig selv en kur for afhængighed. At det forholder sig sådan fremstår tydeligere i forhold til fx overspisning. Afholdenhed er selvfølgelig ikke en kur, fordi det er umuligt at praktisere total afholdenhed. Vi skal have mad, ellers dør vi af sult. Så lad mig gentage, at afholdenhed uden personlig reorientering i verden ikke er en kur for hverken den ene eller anden afhængighed.

Når terapi begrænser

Hvornår er en afhængighed af terapi faktisk skadelig ud fra de centrale kendetegn for en afhængighed? Når terapi indskrænker folks liv, så de kun kan omgås andre afhængige – når afhængige kun omgås andre afhængige – bliver de begrænset på en skadelig måde. Når de, af frygt for igen at ende i afhængighed, afholder sig fra aktiviteter, der ikke er direkte relateret til behandlingen. Når behandlingen går i stå på ét stadi, der bliver en mere eller mindre permanentgørelse, som ikke tillader, at man rykker mere. Det, der kan retfærdiggøre en kraftig afhængighed af terapien, er, hvis den baner vej for en nyorientering mod et mere helt liv. Når dette ikke er tilfældet, når gruppemedlemmer efter flere år stadig fylder deres tid med terapi-sessioner og møder, er afhængigheden af terapi blevet til en begrænsende afhængighed.

Det vel nok største problem med terapier, som er anlagt til at omfatte alle dele af en persons liv – også selv om det kun er midlertidigt – er, at de kun passer til visse mennesker. Faktisk fremgår det af min beskrivelse af de mennesker, som bliver afhængige, at en totalitært indstillet gruppe vil finde mest appel heri. De har mindst imod og finder det mest beroligende, at det kræves, at man ofrer sig selv for at blive absorberet af institutionen eller gruppen. Og det er måske sådanne sårbare mennesker, som har mest brug for denne drastiske løsning.

Men, som vi har set, er problemet med afhængighed ikke begrænset til åbenlyst afhængige. Der findes alle mulige slags afhængighed selv af stærke stoffer. Derfor er der både brug for grupper til at tage sig af tvangspræget stofbrug, og grupper der er mere åbne, brogede, afvekslende og fleksible, passende til et klientel, som er

sværere at komme på formel, og som har mindre behov for og mindre villighed til at ofre alt for at gå i behandling.

Sådanne behandlingsformer findes for alkohol (dog mindre hyppigt for andre stoffer), og de er populære for overspisning, rygning, spil og andre afhængigheder, som samfundet er mere tolerant over for. Sådanne behandlingsformer tillader en person at opretholde tidligere tilknytninger, mens de arbejder med deres afhængighed. Målet med den type behandling er at få klienterne til at opføre sig anderledes i disse sammenhænge med disse mennesker og måske endda med de samme afhængighedsskabende involveringer. Måske kan de ikke blot holde fast i familie, venner og arbejde, mens de er i behandling, men formår som en del af det at håndtere afhængigheden måske ligefrem at trække disse andre områder af livet med ind i terapien med henblik på at forbedre relationerne til dem. De kan måske i tilfælde af alkoholafhængighed have som mål at kunne fortsætte med et modereret forbrug af alkohol. Igen skal man dog være klar over, at heller ikke denne mere åbne tilgang til behandlingen vil virke i alle tilfælde. Men det er muligvis et alternativ for mennesker, som ikke er så langt ude på afhængighedsskalaen, eller for dem, som reagerer mod en total nedsænkning i et terapimiljø. Vigtigt er i denne forbindelse at fastslå, at intet i afhængighedens natur udelukker en sådan fremgangsmåde.

Ubrugelig tilgang

Der findes dog tilgange til afhængighedsproblemet som ud fra denne artikels forståelse af afhængighed på forhånd kan bestemmes som umulige og ubrugelige. Det indbefatter desværre den kurs, regeringer synes mest interesserede i at følge. Lad mig give et eksempel herpå: Dr. Peter Bourne, præsident Carters særlige rådgiver vedrørende stofmisbrug, meddelte, at den amerikanske regering ikke ville sætte fokus på tobak og alkohol. Det ville der ellers have været gode befolkningssundhedsmæssige grunde til. I stedet ville man forsøge at dæmme op for de internationale forsyningskilder til heroin og kokain.

Hvad er der galt med denne fremgangsmåde? For det første har en række af regeringens undersøgelser vist, at den slags politik tidligere har fejlet katastrofalt. Det er umuligt at afskære vejen for selv en mindre del af den heroin, der bliver smuglet ind i Nordamerika fra en række asiatiske og latinamerikanske kilder. Da den amerikanske regering havde held til at gøre det i et afgrænset område (Detroit), var det det mest i øjenfaldende resultat, at kriminaliteten steg kraftigt, fordi priserne på narkotika skød i vejret.

Men måske er den seneste undersøgelse fra National Institute of Drug Abuse den mest sigende. Undersøgelsen viser, at mønstrene for stofbrug hele tiden er eks-

tremt elastiske. Sagen er, at brugerne gennem hele deres karriere gennemgår kortere eller længere perioder med frivillig eller ufrivillig afholdenhed, hvilket blandt andet afspejler tilgængeligheden af heroin. Det betyder, at de hurtigt finder alternative stoffer, hvis heroinen er knap.

Der er absolut intet overraskende i dette ud fra det, vi ved er tilfældet. Historisk har det altid været sådan, at hvis der var mangel på et populært misbrugsstof, så voksede brugen af et andet. Det var tilfældet i starten af dette århundrede, da det blev gjort sværere for middelklassens brugere at skaffe sig opiater (mange brugere blev herefter alkoholikere), da heroin-forsyningerne fra Europa aftog under 2. Verdenskrig (mange gik over til barbiturater) og så videre i det uendelige. At det altid har været sådan, og altid vil fortsætte med at være sådan, skyldes det faktum, at afhængighed er et *meneske-*

Alt, vi behøver gøre for at overbevise os selv om dette, er at undersøge det udbredte alkoholmisbrug blandt amerikanske teenagere i forbindelse med deres tilsyneladende mangel på mening og manglende tro på fremtiden. I nationen, der altid har angrebet heroin og heroinleverancer mere ihærdigt end nogen anden nation, fortsætter USA med at have et af de største afhængighedsproblemer.

Faktisk har de lande, der enten har kopieret vores tilgang, eller hvor vi har blandet os i deres indre anliggender (heriblandt Canada, Frankrig og Italien), alle oplevet, at omfanget af stofmisbrug er steget markant. Når vi til narkotika tillægger vrimmelen af stoffer, der misbruges i USA, kan vi konstatere, hvor alarmerende stabilt afhængighed er vokset i landet siden begyndelsen af århundredet, til et punkt hvor det måske nu kan

anses for at være vores største social- og helbredsmæssige problem.

Ved at holde fast i vores misforståelse af, hvad afhængighed er, formår vi at fremskynde de allerede stærke tendenser i retning af øget afhængighed af alle mulige stoffer. Tænk på alkoholreklamer, både de kommercielle og dem, der benytter eksemplets magt i form af kendisser. Eller tænk på, at på et tidspunkt, hvor flere og flere mennesker har problemer med at kontrollere deres trang til at spille (der er 6 – 9 millioner ludomaner), er flere og flere

delstatsregeringer i færd med at legalisere kasinoer og promovere forskellige former for spil. Dette er bare nogle af eksemplerne på, hvordan afhængighed kommer fra samfundets eget kildevæld. I en artikel, jeg skrev sammen med Archie Brodsky - 'Addiction is a Social Disease' (*Addictions*, Winter '76) – gør os vi til talsmænd for, at samfundet selv er den største afhængighedsgenerator.

Myten om metadon

Inden jeg tager fat i nogle af de hjælpeforanstaltninger, der kan have en vis betydning for det afhængige menneske, vil jeg gerne se på endnu et modsvar på afhængighed, som kunne siges at udgøre en *reductio ad absurdum*, hvad angår vores vildfarelser om meningen af afhængighed. Det er blevet klart, at den amerikanske regerings største investering i narkotikabehandling, \$ 50 millioner-metadonprogrammet, ikke har indfriet forventningerne. Det medicinske team, som var pionererne bag metadonvedligeholdelse, lægerne Vincent Dole og Marie Nyswander, indrømmer, at behandlingsresultatet i bedste fald har været 'lille'. De tilfælde, hvor metadonvedligeholdelse har fungeret, har været i behandlings-

"Behandling eller en terapigruppe kan være afhængighedsskabende ved at kræve, at den afhængige helt og aldeles definerer sig selv i betydninger og vendinger, der hidrører fra en ny ekstern magt – terapigruppen. Herefter kan al tid bruges på at snakke om den tidligere afhængighed på den tillærte måde i et samvær, der begrænser sig til mennesker, der også har haft denne afhængighed"

ligt problem, ikke et stofproblem. Og mennesker, der er afhængige af ét stof, vil altid kunne finde et alternativt stof at bygge deres liv op omkring.

Samfundet – den store afhængighedsgenerator

Mens vi er travlt optaget af at fjerne kilderne til ulovlige forsyninger af narkotika og med at bebude farerne ved hver ny æras stoffer (limsnifning, Quaaludes (sovepiller, red.), PCP) glider det, vi faktisk må gøre for at mindske afhængighed, os af syne.

Måske er det derfor, vi så let bliver fastlåst i at diskutere kemiske forskelle og diverse sygdomstegn ved brug af et stof kontra et andet. Hvis regeringsinitiativer eller andre hjælpeforanstaltninger ikke skriver sig bag øret, at afhængighed er et problem, der har sit udspring i det enkelte menneske og i samfundet, og at vi for at kunne gøre noget ved den udbredte afhængighed har brug for løsninger, der tager hånd om de grundlæggende problemer i den måde, børn lærer at håndtere deres omgivelser på, og at afhængighed ikke forsvinder, fordi et eller andet stof bliver gjort sværere at få fat i, så kommer vi aldrig til at slå så meget som en bule i afhængighedsproblemet.

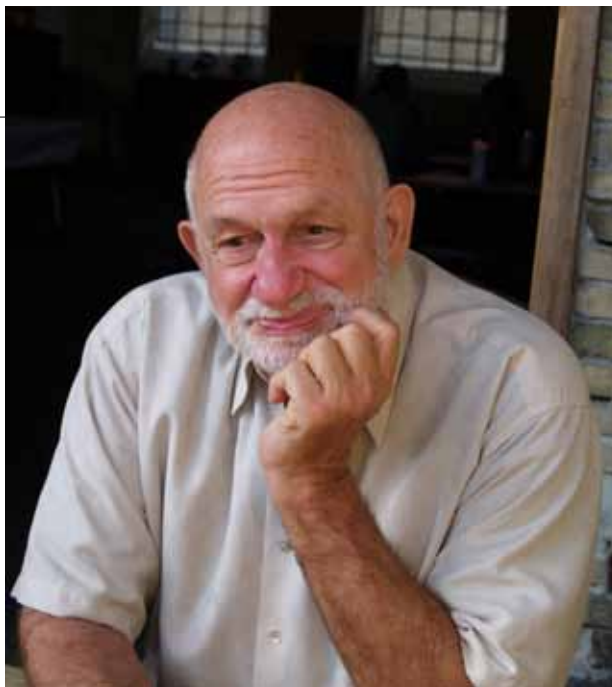
tilbud befolkningen med dedikerede behandlere og samarbejdsvillige patienter samt med omfattende understøttende programmer for personlig udvikling og færdighedstræning, under hvilke omstændigheder enhver behandling, herunder vedligeholdelsesbehandling med heroin eller dets modsætning, total afholdenhed, ville have bedre chancer for at lykkes.

Metadonbehandling repræsenterer det seneste i en lang række bestræbelser på at løse problemet med afhængighed ved at udvikle et nyt stof – et kurerende lægemiddel. Betraget som endnu et forsøg på at løse et kompliceret problem med en simpel udefrakommende løsning udtrykker det en vanedannende tilbøjelighed i vores samfund, som støttes af dem, der er ansvarlige for behandling af afhængighed. Jagten på et stærkt smertestillende stof, som kunne erstatte morfin uden at have dets vanedannende potentiale, har været et konstant og tilbagevendende tema i det 20. århundredes farmakologi. Heroin blev oprindeligt markedsført med den anprisning. Det samme blev de syntetiske beroligende midler (barbiturater) og de syntetiske narkotika (Demerol). Fra 1929 til 1941 var U.S. National Research Council's udvalg vedrørende narkotikamisbrug optaget af denne umulige opgave. Og endelig har vi metadon, som vi har gjort et stort antal mennesker afhængige af, og som er blevet et populært stof på det illegale marked blandt de mange afhængige, for hvem dette nu er det foretrukne stof.

Hvis vi havde været i stand til at lære af historien, ville vi aldrig have forestillet os, at metadon kunne 'kurere' afhængighed, eller troet på, at det ikke var vanedannende. Det, historien fortæller os, er, at ethvert lægemiddel med stærkt smertestillende virkning, der dulmer en persons følelser, vil blive brugt på afhængighedsskabende vis. Årsagen er, at smertelindringen er selve den erfaring al afhængighed bygger på.

Ingen magiske kur

Det er ikke muligt her at gøre mere end at udstikke de retninger, en kur mod afhængighed kunne tage, og omtale nogle teknikker, der vil kunne anvendes. En ting ligger fast: at kurere afhængighed er svært. Det at søge efter en genvej – såsom den 'magiske' kur mod narkoti-



"Afhængighed er en drejen væk fra livet, en begrænsning af en selv, som ikke blot er unødvendig, men i sidste ende nedbrydende"

kamisbrug – svarer ganske til længslen efter en forenkling af livet, som påfaldende nok er udtryk for præcis samme tankesæt, som fører til afhængighed: en let løsning på noget, der er svært.

For en person, som er totalt afhængig, vil kun det at ændre den pågældendes tilpassede orienteringsevne i livet kunne fjerne kilderne til vedkommendes afhængighed. Afhængighed er et livsproblem, som baserer sig på en grundlæggende følelse af utilstrækkelighed, og ingen lappeløsninger kan gøre sig håb om at kunne stå sig over for et problem i denne størrelsesorden. Det er grunden til, at gennemført terapeutiske samfund er vokset frem som nogle af de få systematiske

behandlingsmetoder for alvorligt afhængige mennesker. Sådanne fællesskaber kan arbejde med en person på grundlæggende spørgsmål som selvopfattelse, tryk og evne til at indgå i relationer til andre, arbejds-kvalifikationer og det at tage ansvar for sit eget liv og egne handlinger.

Men opgaven med at genopbygge en personlighed er en farefuld færd. Det afgørende spørgsmål er, om folk bliver gjort til nye versioner af sig selv – eller til det udtrykte billede af deres gruppe? Omdrejningspunktet i den sag er, om klienten forberedes på at håndtere verden udenfor eller på at forblive i den verden, det terapeutiske samfund har skabt. Forskellige grupper og organisationer har forskellig forståelse af disse spørgsmål og varierende succes med at reintegrere klienten i verden uden for terapigruppen.

Heroinafhængighed og alkoholisme er dog kun en lille del af afhængighedsfænomenet. Kun at have fokus på disse livs-dominerende afhængigheder, er uretfærdigt over for de pågældende, samtidigt med at det fjerner opmærksomheden fra andre vigtige individuelle og sociale problemer. At tage sig af mindre iøjnefaldende afhængigheder – enten fordi de er mindre alvorlige, eller måske bare fordi de vækker mindre anstød – indebærer sine egne vanskeligheder. Fordi disse afhængigheder tiltrækker sig mindre opmærksomhed, er de i mange tilfælde mere bekvemme at anvende som undskyldning

for voldsom og destruktiv adfærd. Det hedder sig, at alkoholikere og stofafhængige på nogle måder er heldige. De er blevet tvunget til at beskæftige sig med noget i sig selv og andre omkring sig, som andre har mulighed for at forbigå hele deres liv – ofte med svækkende følger.

Da Kenneth Cooper startede sin forskning om det fysiologiske udbytte ved såkaldte 'aerobe' øvelser - primært løb – opdagede han, at de soldater, han brugte som forsøgspersoner, så ud til at opnå uventede gevinster som følge af programmet. De fleste af disse mænd havde udviklet en stillesiddende livsstil i militæret, og mange af dem var overvægtige, drak for meget og røg som skorstene. Idet de blev aktive motionister, begyndte de som regel også at regulere andre områder af deres fysiske adfærd. For eksempel ændrede de kosten og skar ned på eller holdt op med at tage stoffer. Ud fra et psykologisk synspunkt var det, der skete, dels at de begyndte at få det godt med sig selv, dels at de kunne se, at deres afhængighedsadfærd var i modstrid med deres sundhedsindsats.

Et barn er i stand til at modstå afhængigheder, når han/hun har en selvfølelse, som udelukker selvdestruktive vaner. En person, som ikke har udviklet denne indstilling i barndommen, må foranstalte en samordnet og vedvarende bestræbelse på som voksen at fremkalde en tilsvarende selvfølelse. Et løbeprogram er en måde at opnå dette på. Dette er et eksempel på en aktivitetsform, hvis umiddelbare, kortrækkende indvirkning bekvemt breder sig ind i større selvpfattelses- og selvreguleringsområder.

Springet ud i det uvisse

Et menneske, der giver sig i kast med en planlagt forandringsstrategi, må vedvarende veksle mellem store og små forandringpunkter. Afhængige, som begynder at erstatte afhængigheden med et nyt forhold til verden, tager nogle små skridt, som i første omgang ikke er nok til at garantere, at den nye identitet er selv bærende. De foretager et spring ud i det uvisse og påbegynder en rejse, hvis endepunkt de kun kan forestille sig i en fjern og dunkel fremtid.

For at kunne holde sig i det spor, de har lagt, må de bestandigt vende tilbage til forestillingen om den person, de i sidste ende ønsker at blive. Samtidig må de afvente de belønninger, som det nye selv vil kaste af sig ved at søge anerkendelse for de gradvise fremskridt, de for øjeblikket gør. Måske kan en terapeut eller andre afhængige, der har givet sig i kast med tilsvarende bryderier, yde støtte og anerkendelse i denne proces. Men den enkelte skal gerne være den første til at bemærke, hvor godt det går.

Bestræbelsen på at forandre sig indebærer altid øjeblikke af svaghed og foruroligelse over ikke at have gjort de fremskridt, man havde håbet på. Dette er afgørende

øjeblikke i kampen mod afhængighed. Man må være forberedt på at imødegå tilbagefald med tilstrækkelig sindsro til at forhindre fortvivlelse og opgiveness.

I behandlingen af overspisere betones det, at skulle diæten smutte, så skal de ikke overgive sig til den form for skyldsfornemmelse, der kunne føre til et ukontrolleret madorgie. En fejltagelse er én fejltagelse, hverken mere eller mindre, og personen skal selv være den første til at bære over med den slags, for det muliggør, at den generelle plan kan fastholdes.

Efterhånden som personens livsstil skifter, vokser han/hun langsomt ind i sin nye identitet. Nye, mere konstruktive adfærdsformer bryder frem, mens gamle mere tvangsprægede adfærdsformer falder væk; ægte belønninger tilflyder den enkelte for den nye person, han/hun er i færd med at blive. Som tidligere afhængig skal man passe på, at gamle mønstre ikke vender tilbage. Der er visse sammenhænge, som tidligere afhængige måske aldrig kommer til at føle sig stærke nok til at være i uden at risikere et tilbagefald. Ofte involverer disse at være sammen mennesker, som en partner eller forælder, hvis opførsel enten generelt eller i forhold til den specifikke afhængighed har potentialet til at igangsætte afhængighedens onde cirkel.

I denne fase af behandlingen skal der foretages nogle alvorlige beslutninger angående relationer – om nogle skal nedtones eller måske helt afbrydes? Eks-afhængige kan også være nødsaget til at holde sig fra visse aktiviteter eller stoffer, som de – uanset hvad grunden måtte være – reagerer overmådeligt meget på. For overvægtige kan det eksempelvis handle om madvarer med højt sukkerindhold, der for dem giver en ustyrlig dobbelt dosis af skyld og 'sukkersus'.

At kurere afhængighed er både ligetil og utroligt svært på samme tid. Det kræver hverken hemmelige trylledrikke eller gedulgte metoder ud over at bearbejde hele områder af sit liv og at få styr på dele af livet i alle dets afskygninger. Afhængighed er livets hjerteblod, samtidigt med at det står i modsætningsforhold til livet. Afhængighed er en drejen væk fra livet, en begrænsning af en selv, som ikke blot er unødvendig, men i sidste ende nedbrydende. Derfor dyster alt, der forbedrer livet, med afhængigheden. En tilværelse, der er righoldig og frugtbar, tilbyder den bedste sikkerhed mod, at afhængighed opstår eller genopstår. Og sidst, men ikke mindst er livtag med afhængighed en aldrig afsluttet proces. Ingen når nogensinde endemålet helt, ligesom ingen er helt fri for afhængighed på alle områder af hans eller hendes liv.

En vanehandling

Enhver, der oplever afhængighed inden for nogle sider af sin tilværelse, kan have brug for at reorientere sig drastisk på disse områder. Dette gælder i lige høj grad den,

som tager på gentagne drukture, eller den, som misbruger slanke- eller nervepiller, eller den, som tager del i tvangsprægede spiseseancer, lige såvel som det gælder den, der er indlagt for alkoholisme, eller som arresteres for heroinbrug.

Alligevel kan der i disse tilfælde være mindre grund til – eller mulighed for – at undergive sig et omfattende terapiprogram. Som jeg tidligere har påpeget, er sådanne programmer ikke nødvendigvis acceptable eller anvendelige for alle mennesker.

Hvad vi endnu ikke har gjort er at tage de centrale elementer, der findes i enhver succesrig behandling af afhængighed, og afmystificere disse for at gøre dem tilgængelige for alle i en hvilken som helst form, de måtte være brugbare.

For at frigøre os fra afhængighed må vi dels lære at holde af og respektere os selv, dels kunne håndtere og vinde vores omgivers respekt. Ved at tale om selvopfattelse og tiltro til at kunne komme overens med verden og samtidigt opnå påskønnelse og kærlighed fra andre tilnærmer vi os fænomenet afhængighed på en global måde.

Vi er også nødt til at se på afhængighed gennem den modsatte ende af teleskopet – fra det standpunkt, at vi har at gøre med en vane, der er gået helt skævt, og som har vokset sig større, end vanens ejer magter at tackle. Arbejder man ud fra denne vinkel, kan vi sammensætte et skræddersyet 'adfærdsterapi'-program ud fra vores

overvægtige mennesker uden undtagelse at begrænse sig til kun at spise på faste tidspunkter, hvor de rent faktisk sidder ned og indtager et reelt måltid.

Sådanne første skridt i retning af at bryde vanedannende mønstre har nødvendigvis et kunstigt præg, som mennesker, der kun lige er begyndt at kontrollere deres adfærd, må sætte deres lid til. For at komme videre må de, ud over at gøre sundere spisevaner til en selvfølge, reflektere over mere grundlæggende spørgsmål, såsom hvorfor de tyr til den vanedannende adfærd som en måde at håndtere problemer på, og af hvad deres uro udspringer.

Rum og tid til at vælge

At være fri af afhængighed betyder at være i stand til vælge, hvordan man reagerer på bestemte påvirkninger. Hvordan det så ellers går til, så må man undslippe den direkte forbundethed mellem at blive præsenteret for en bestemt situation og derefter automatisk vende sig mod sin afhængighed.

En metode til at give rum og tid til at vælge er blevet benyttet af ryge-stop grupper. De beder den afhængige ryger om at udfylde et lille bedømmelsesark, hver gang han/hun overvejer at ryge en cigaret. Hvis den forventede nydelse ikke ligger over et vilkårligt fastsat punkt – fx 3 på en 10-punkts skala – skal rygeren lægge cigaretten væk, indtil scoren er blevet højere. Rygeren bliver så gradvist bedt om at hæve grænsen for, hvornår han/hun tillader sig at ryge en cigaret, indtil vedkommende når et punkt, hvor han/hun kan holde helt op. Denne metode gør brug af flere af de særlige kendetegn ved afhængighed, især det faktum, at en afhængighed ikke er noget, der giver glæde. Det gør det muligt for misbrugerens at indse dette og at holde igen i det valgmoment, hvor den afhængige er tilbøjelig til at begå sine fejltrin.

Mere end lappeløsninger på afbud

Afhængighed udfylder væsentlige tomrum i en persons liv – ikke mindst det at få tiden til at gå. Det er klart, at hvis en vigtig måde at fordrive tiden på består i at spise, ryge, drikke eller indtage andre stoffer og at opholde sig steder, hvor disse aktiviteter foregår, så må der findes andre aktiviteter, som kan erstatte dette fokus på afhængighed.

Hobbyer, andre interesser og arbejdsrelaterede færdigheder kan udnyttes til at undertrykke længslen efter den afhængighedsskabende involvering. Men for at denne erstatning kan blive en holdbar foreteelse – og her vender vi igen tilbage til det globale niveau begreb om selvforståelse og tilfredsstillende forhold til verden – så må aktiviteten være mere end en lappeløsning i mangel af bedre, der efterlader personen konstant kiggende på sit ur for at se, om en tilstrækkelig mængde tid er blevet investeret i opgaven.

"Det historien fortæller os er, at ethvert lægemiddel med stærkt smertestillende virkning, der dulmer en persons følelser, vil blive brugt på afhængighedsskabende vis. Årsagen er, at smertelindringen er selve den erfaring al afhængighed bygger på"

kendskab til, hvorfor vi vender os mod vore afhængigheder, og hvad der udløser denne reaktion. Denne analyse fordrer, at vi undersøger vores liv for at opspore de punkter, hvor vi oplever vanskeligheder med at handle på hensigtsmæssig vis. Det indebærer nødvendigheden af at være ubønhørligt ærlig i afdækningen af de situationer, der skræmmer os.

Væbnet med en sådan selvanalyse kan man begynde at ændre på de mønstre, der udgør ens liv, og som resulterer i afhængighedsadfærd. For eksempel opdagede Henry Jordan fra University of Pennsylvania, at overvægtige mennesker havde en tilbøjelighed til at spise i alle rum i huset snarere end at begrænse spisning til spisestuen og spisebordet. Således er et første skridt for

Afhængighed er en stærk om end illusorisk kilde til tilfredsstillelse, og erstatningen herfor må ligeledes være leveringsdygtig i vægtige tilfredsstillelser. Kendetegnene ved de involveringer, der lever op til denne fordring er, at de får os til at have det godt med os selv, og at de udfolder vores evner på en måde, som andre mennesker kan forholde sig til. Således udvikler vi følelser af selv-værd, der forstærkes af den respekt og beundring, andre giver os. Aktiviteter, der har denne kombinerede indflydelse, bliver bærende i vores eksistens og opbygger evnen til selv i svage øjeblikke at modstå afhængighedens tiltrækningskraft, der ellers ikke er let at overvinde. ■

Oversat af Birgitte Jensen og Michael Jourdan.

Redaktionen takker Stanton Peele for tilladelse til at oversætte artiklen og bringe den i STOF. Også stor tak til Liese Recke for at have organiseret Stanton Peeles første danmarksbesøg og diverse foredrag i perioden 23.-27. september 2011.

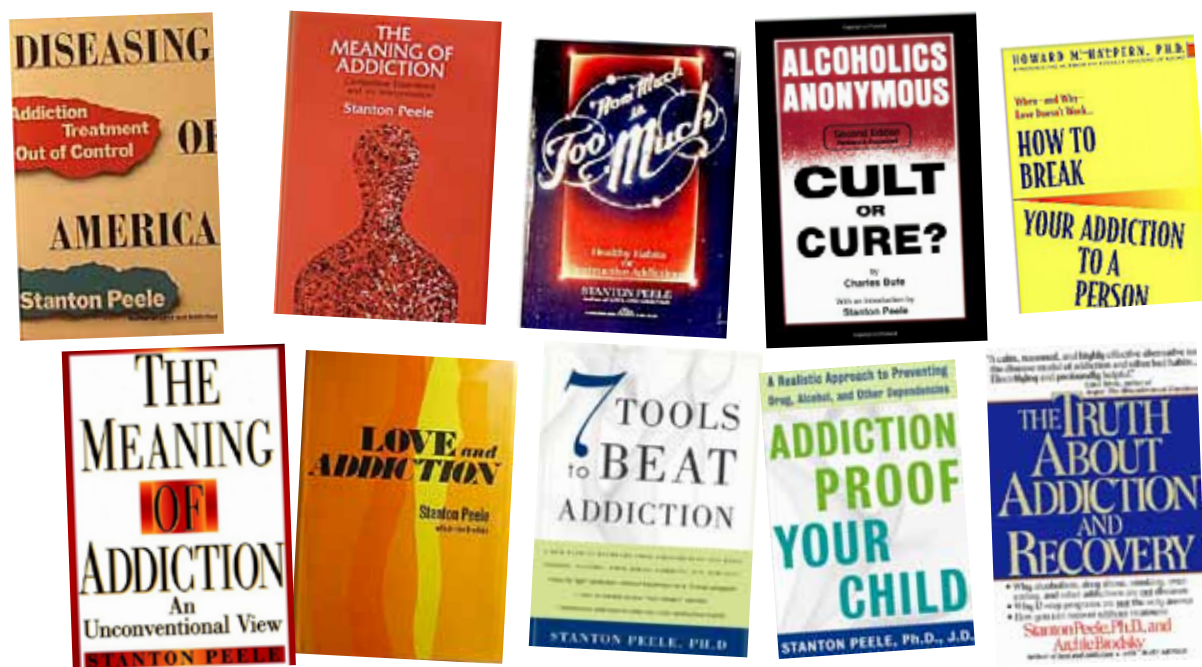
ALLE FOTOS I DENNE ARTIKEL: MICHAEL JOURDAN

Artiklens forhistorie

Denne artikel er en oversættelse af en pjeces ved navn 'The Addiction Experience'. Pjecen blev udgivet første gang af Hazelden (Center City, MN) i juli 1980 som en bearbejdet version af en artikel oprindeligt publiceret i Addictions (Ontario Addiction Research Foundation), Summerfall, 1977, pp. 21-41 og 36-57. Skønt Stanton Peele tilpassede teksten i pjecen for at opfylde Hazelden-redaktionens ønsker, og skønt chefredaktøren fortalte ham, at denne artikel var umådelig værdifuld, stoppede Hazelden udgivelsen af pjecen i 1988 efter otte år med konstant høje salgstal. Den nye chefredaktør skrev til Stanton Peele, at hun tog dette skridt med følgende begrundelse: 'Vi har desværre fået megen kritik fra vores kunder, som ikke er enige med dine synspunkter med hensyn til sygdomsmodellen.'

(Hazelden er en non-profit organisation, som siden 1949 har drevet misbrugsbehandling baseret på Anonyme Alkoholikere og 12-trins-modellen, uddannet misbrugsbehandlere og udgivet litteratur om emnet m.m. red.)

Læs mere på www.hazelden.org



"Livtag med afhængighed er en aldrig afsluttet proces. Ingen når nogensinde endemålet helt, ligesom ingen er helt fri for afhængighed på alle områder af hans eller hendes liv"

Johan Kakko:

Hvornår reagerer de?

Afhængighed er forbundet med ændringer i hjernen.

Burde politikere, læger og behandlere ikke i højere grad agere på denne viden?

Interview med den svenske læge, forsker og forfatter Johan Kakko.

AF ANDERS HOCHHEIM

'Hvorfor forsker vi egentlig i stofmisbrug og afhængighed? Det spørger jeg ofte mig selv om.'

Johan Kakko lader spørgsmålet hænge i luften, inden han stille, men indtrængende og en lille smule inkvisitorisk stiller det nok en gang:

'Ja, hvorfor forsker vi egentlig i området, når politikerne tilsyneladende ikke reagerer på den viden og de anbefalinger, vi kommer frem med som resultat af vores forskning, og der samtidig er indflydelsesrige eksperter, der ikke alene negligerer nye og veldokumenterede resultater, men ligefrem fornægter dem for at bevare egne positioner?'

For en kort stund virker den svenske læge og forsker Johan Kakko nærmest opgivende. Hvis han fokuserer på noget, er det et punkt, der ligger langt uden for hotellets lille og lukkede gårdhave. Som en maratonløber, der har ramt muren. Han vender blikket og ser direkte og intenst på mig og fortsætter:

'Det handler om magt. Viden - især adgangen til at bestemme, hvilken viden, der er rigtig eller forkert - er magt. Men jeg vil ikke acceptere, at man anvender den magt til at undertrykke forskning og viden, der kan redde stofmisbrugeres liv og bidrage til at give dem et bedre og tryggere liv uden kriminalitet, vold og fornægtelse.'

Johan Kakko udgav i 2010 bogen 'Heroinberoende', hvilket er svensk for heroinafhængighed. Bogen er baseret på Johan Kakkos forskning og hans erfaringer fra det daglige arbejde med afvænnning og behandling

"Det grænser til det tåbelige, når vi i Sverige stempler patienter, der fortsætter med et sideforbrug, som behandlingsresistente og smider dem ud af behandlingen. Ikke blot øger vi deres risiko for at dø, vi mister også muligheden for at hjælpe dem og lære af dem."

af stofmisbrugere i Stockholm.

Ud over at give en grundig introduktion til de medicinske, psykiske og menneskelige konsekvenser af et langvarigt stofmisbrug er bogen også et stærkt personligt opråb til politikere og meningsdannere om, at misbrugsbehandling skal tænkes anderledes: For både samfundet og den enkelte stofmisbruger er der en meget stor gevinst i, at vi tænker og handler anderledes som konsekvens af vores viden om stofmisbrug og behandling.

Samtidig giver Johan Kakko udtryk for, at man som forsker må tage konsekvensen af sine erkendelser og ændre holdning til grundlæggende opfattelser i takt med, at forskningen dokumenterer, at verden ser anderledes ud.

Man må agere på evidens

Da Johan Kakko for godt en halv snes år siden begyndte arbejdet på sin afhandling, læste han også den amerikanske National Institute of Health rapport, som konkluderer, at:

'Opiatafhængighed er en hjernerelateret forstyrrelse, som kan behandles effektivt med bemærkelsesværdige fordele for patienten og samfundet, og samfundet må forpligte sig til at tilbyde effektiv behandling for opiatatafhængighed til alle, der behøver det.'¹

Johan Kakko forklarer:

'Dette er blevet en ledetråd i mit arbejde, en slags "mission statement", som jeg hele tiden pejer efter. Jeg har læst den sætning igen og igen. Dissekeret den ord for ord for at forstå den fulde mening af konklusionen og erkende rækkevidden af den.'

Ordene finder han indlysende, men også provokerende. Han er som læge med speciale i misbrug uddannet og rundet af det svenske sundhedssystem. Her har målet med misbrugsbehandling altid været rehabilitering - altså en genindtræden i og fortsættelse af den sociale livsbane, stofmisbrugeren befandt sig i, inden det gik galt.

I den tankegang er afgiftning og absolut stoffrihed værktøjer, der skal støtte målet om social rehabilitering. Et mål, der blev formuleret, dengang størstedelen af de opiatatafhængige blev rekrutteret blandt læger og sundhedspersonale med let adgang til opiater. I dag er virkeligheden en anden. I dag er den



typiske stofmisbruger, som ender i afhængighed, ikke én med et stort menneskeligt overskud i form af en god uddannelse og et stærkt, velfungerende socialt netværk.

'I begyndelsen af min karriere som læge for stofmisbrugere betragtede jeg misbrugsbehandling, som noget der sigtede mod absolut stoffrihed, og jeg

havde svært ved at se mig selv som den, der skulle udskrive recepter på metadon og buprenorfin. Det handlede jo om at frigøre misbrugerne fra afhængigheden og få dem tilbage på rette spor.

I dag ser jeg det som et langt større problem, når vi udskrifter patienter fra behandling, fordi de ikke magter at blive stoffri. Når vi udskrifter dem, der ikke

'Det handler om magt. Viden - især adgangen til at bestemme, hvilken viden, der er rigtig eller forkert - er magt. Men jeg vil ikke acceptere, at man anvender den magt til at undertrykke forskning og viden, der kan redde stofmisbrugeres liv og bidrage til at give dem et bedre og tryggere liv uden kriminalitet, vold og fornedrelse.'

kan holde sig stoffri og de falder tilbage i misbrug, så gør vi det uden hensyn til, at de dermed er i lige så stor risiko for at dø, som hvis de aldrig havde været i behandling. Derfor er min holdning i dag, at vi tilbyder alt for få heroinafhængige vedligeholdelsesbehandling med buprenorfin eller metadon.'

På samme måde accepterer vi også, at mange af patienterne dør, mens de venter på at komme i behandling.'

Misbrug er en forstyrrelse

Som konsekvens af erkendelsen af, at afhængighed er relateret til skader i hjernen og derfor er en sygdom, gør man det muligt at se og møde den afhængige misbruger som patient og ikke som et socialt tilfælde med et misbrugsproblem.

'Dette indebærer, at man i et vel-færdssamfund som det svenske - og for så vidt i de øvrige nordiske lande - må møde patienterne dér, hvor de er, bruge det som udgangspunkt og hjælpe individet med at komme videre, så langt han/hun magter,' siger Johan Kakko og kaster sig ud i en kort og effektiv udlægning af teksten i ovennævnte passage:



“Jeg drømmer om, at vi som forskere og behandlere for en gangs skyld ville lade alle succeshistorierne blive hjemme, når vi drager ud for at møde hinanden på konferencer. Lad os tale om problemerne og sætte fokus på områder, hvor vi kommer til kort, og i den sammenhæng se stort på national stolthed og tradition”

1. Heroinafhængighed er en hjerne-relateret forstyrrelse: 'I min afhandling og senere også i bogen har jeg beskrevet og forklaret, hvad det indebærer i relation til den viden, vi har i dag. Det betyder, at opiat-afhængighed forstyrrer hjernens funktionsmåde, og hvordan den afhængige håndterer stress.'
2. Det er en lidelse, som kan behandles effektivt: 'Man kan nå langt i retning af normalisering af

tilstanden ved hjælp af substitu-tionsbehandling med buprenorfin eller metadon.'

3. Fordelene er betragtelige for patienten og samfundet: I sin forskning er Johan Kakko nået frem til, hvordan man kan optimere behandlingen. Gevinsten for den enkelte misbruger er et bedre, tryggere - og ikke mindst et mere værdigt liv. Samfundsøkonomisk er der også meget at hente. En svensk rapport viser, at for hver

krone, der investeres i vedligeholdelsesbehandling, er besparelsen for samfundet 18 svenske kroner.

4. Samfundet må forpligte sig til at tilbyde effektiv behandling for heroinafhængighed til alle, der behøver det: 'I Sverige tilbyder man ikke behandling til den store gruppe af afhængige, der har størst behov og mest gavn af behandlingen. I stedet bliver de stempet som behandlingsresistente, og man udskriver dem med katastrofale konsekvenser til følge.'

3G studiet

Gennem sin forskning er Johan Kakko blevet opmærksom på forskellen mellem de enkelte landes tilgang til behandling af stofafhængige.

I Sverige har man meget høje og strenge krav til, om man kan komme i behandling. Kvaliteten af behandlingen er velstruktureret og generelt meget høj, ligesom man giver så

tilstrækkelig høje doser, at der ikke er risiko for abstinenser og dermed mindre risiko for tilbagefald. Til gengæld bliver patienterne smidt ud af behandlingen, hvis de bliver testet positive for brug af andre psykoaktive stoffer. Hertil kommer, at i Sverige er ventetiden på behandling meget lang sammenlignet med Danmark. De fleste venter et års tid, hvilket er medvirkende til, at Sverige har så høje heroin-relaterede dødstal.

'I Danmark, hvor ventetiden er meget kort, kan man stort set komme ind fra gaden og begynde i behandling. Der er mindre kontrol, og rammerne er efter min opfattelse ikke så rigide som i Sverige. Samtidig giver man lavere doser, hvilket øger risikoen for, at patienterne søger ud på gaden og tilbage til gamle miljøer for at supplere med andre stoffer.'

Det sidste kan efter Johan Kakkos opfattelse være forklaringen på, at man i Danmark har så mange metadon-relaterede dødsfald.

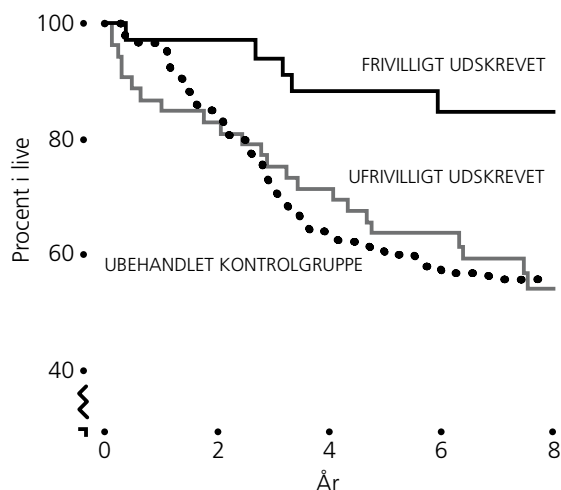
I 3G forsøgsprogrammet har Johan Kakko forsøgt at kombinere det bedste fra det danske system - den ekstremt hurtige og betingelsesløse mulighed for at komme i behandling og forblive i behandling, selv om man har et sidemisbrug - med de bedste elementer fra Sverige: selvregulering, højere doser og massive tilbud om psykoterapi og social støtte.

'Vi har valgt at møde patienterne dér, hvor de er. Vi stiller ikke krav om, at de skal være clean, men accepterer, at de ikke er stoffri, når de begynder. Når behandlingen er i gang, smider vi dem heller ikke ud, selv om de samtidigt bruger andre stoffer eller måske ligefrem har et regelmæssigt sidemisbrug.'

I modsætning til tidligere, hvor jeg ikke kunne acceptere et samtidigt sidemisbrug - det var jo mit og samfundets succeskriterium, at patienterne skulle blive stoffri - så accepterer vi i dag, at det for den svageste gruppe kan være en succes, at de ikke længere har den stærke "craving" for heroin, så de slipper for at bruge en stor del af deres tid på at skaffe sig heroin.'

Dødelighed i forbindelse med udskrivning

AFHÆNGIGE PATIENTER, SOM UDSKRIVES MOD EGEN VILJE, HAR NÆSTEN SAMME DØDSRATE SOM UBEHANDLEDE MISBRUGERE.



Kilde: Grünbladh et al:

Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. Acta Psychiatr. scand 1990. p 223-227.

"Det er først, når vi taler om problemerne og fiaskoerne, at vi bliver i stand til at se mulighederne og dermed løsningerne"

Johan Kakkos erfaringer fra 3G er, at omkring 20 procent af patienterne bliver så stabile, at de kan tage en uddannelse eller få sig et arbejde og stort set klare sig selv. Yderligere 40 procent bliver stabile og stoffrie, men har psykiske og sociale problemer, der gør, at de reelt ikke kan klare uddannelse eller fuldtidsarbejde. En del af disse kan klare et deltidsarbejde med supplerende økonomisk hjælp fra samfundet.

De sidste 40 procent kommer ifølge Johan Kakko ikke ud af deres afhængighed. Men misbruget skifter karakter, og den overvejende del af gruppen siger farvel til heroin.

'De formår ikke at kvitte misbru-

get, men de er lykkelige for at kunne slippe af med heroin-afhængigheden. Det betyder alt for dem, fordi de slipper for den evige jagt på heroin. Som heroinafhængig er man fornedret, og man befinder sig på det allerlaveste niveau i misbrugshierarkiet,' forklarer Johan Kakko.

'For den gruppe giver det ro, og de får på trods af deres fortsatte misbrug af andre stoffer som for eksempel cannabis et langt mindre stresset liv.'

Fortsat misbrug var utænkeligt

For ti år siden ville tanken om at kalde det en succes, når en patient på substitutionsmedicin fortsatte sit sideforbrug, have været fuldstændig utænkelig for Johan Kakko. Og det er tanken fortsat for mange svenske misbrugsleger.

Vendepunktet bestod for Johan Kakko dels i at indse, at opiatafhængighed er relateret til forandringer i hjernen og derfor er en forstyrrelse, dels i personlige møder med misbrugere og ikke mindst deres pårørende.

'Når man bliver direkte konfronteret med konsekvensen af de lange ventelister på behandling, de høje krav for at kunne deltage i behandlingen og især

FORSKNINGSPROGRAMMET

3G

Johan Kakko har fra efteråret 2004 til foråret 2006 gennemført forskningsstudiet 3 G, hvor afhængige stofmisbrugere er blevet tilbudt vedligeholdelsesbehandling. Formålet var at sammenligne metadon med buprenorfin i kombination med naloxone. I undersøgelsen deltog 96 patienter, der blev tilbudt et behandlingsforløb, hvor substitutionsmedicinen blev givet i kombination med gruppeterapi og omfattende hjælp og støtte fra de sociale myndigheder. I modsætning til de øvrige svenske behandlingstilbud var der ikke krav om, at patienterne var afgiftede, når de begyndte i behandlingen, ligesom de heller ikke blev ekskluderet fra behandlingen, hvis de fortsatte med at bruge stoffer ved siden af.

konsekvensen af, at vi smider patienter ud af behandlingen, hvis de ikke opfylder kravet om stoffrihed, så bliver man tvunget til at overveje både de etiske og faglige begrundelser for at fastholde de metoder, vi hidtil har anvendt i Sverige.

Johan Kakko har selv oplevet, hvordan moderen til en af hans tidligere patienter konfronterede ham med sønnens død. Han havde været i vedligeholdelsesbehandling, men havde ikke kunnet overholde kravet om ikke at misbruge andre euforiserende stoffer og var derfor blevet udskrevet af behandlingen.

'Oplevelsen fik mig til at genoverveje mine egne ideer. Som læge skal jeg jo hjælpe mennesker, der har brug for min hjælp, men vi udskrev jo rask væk patienter fra behandlingen, når de blev besværlige og ikke indordnede sig vores behandlingspraksis. Vi havde endda udviklet en betegnelse for det. De var behandlingsresistente.

Med det stempel, at de var resistente over for vores behandling, at de ikke ville eller kunne tage imod den, var vores alibi for at udskrive dem af

behandlingen på plads, velvidende at deres risiko for at dø af deres fortsatte heroinmisbrug nu igen var lige så stor, som hvis de aldrig havde været i behandling.

På papiret og i de videnskabelige artikler ser det jo flot ud. Vi får på den måde indsnævret patientmassen til en kerne af velfungerende patienter. Derfor ser det ud, som om vores behandling er særligt vellykket og effektiv. Det er den ikke. Vi har bare skilt os af med de patienter, der ville have påvirket statistikkerne negativt.'

Lær af de besværlige patienter

Rustet med den viden er Johan Kakko i dag meget opmærksom på, at hans personlige succeskriterier for en behandling ikke må stå i vejen for at hjælpe en opiatatafhængig misbruger med at opnå et bedre liv.

'Jeg skal som læge anvende al den faglige viden og alle de erfaringer, jeg har fået gennem årene, til at hjælpe patienten. Men jeg må også acceptere, at patienters udgangspunkter er forskellige, og at de ikke alle sammen har det samme mål med at opsøge mig og behandlingstilbuddet.

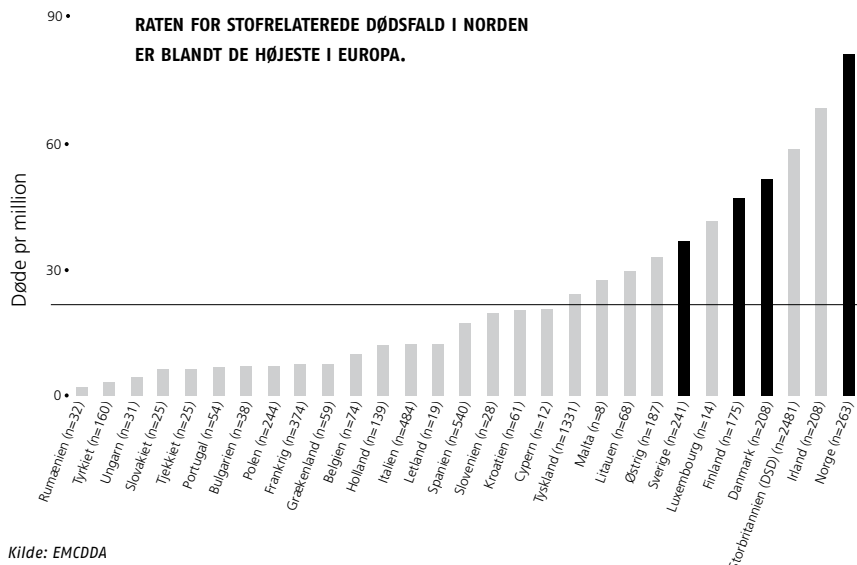
Mit udgangspunkt er i dag dét, jeg vil kalde kundskabsbaseret behandling, og den består af tre dele: lægens faglige viden, erfaringerne med behandling af misbrugere samt brugerens perspektiv. Behandlingen skal inddrage alle tre elementer, ellers er risikoen for, at den ikke lykkes, meget stor,' mener Johan Kakko.

'Det grænser til det tåbelige, når vi i Sverige stempler patienter, der fortsætter med et sideforbrug, som behandlingsresistente og smider dem ud af behandlingen. Ikke blot øger vi deres risiko for at dø, vi mister også muligheden for at hjælpe dem og lære af dem.'

Misbrugere bliver oftest omtalt som besværlige patienter. De fleste læger er helst fri for at arbejde med dem. De ikke er som andre patientgrupper. Deres liv er kaotisk, deres tankegang og handlingsmåde virker irrationelle og uforudsigelige, og de kommer med et komplekst sæt

DØDE PR MILLION VOKSNE (15-64 ÅR), HVOR DØDSÅRSAGEN ER STOFRELATERET.

EUROPÆISK GENNEMSNIT:
21 STOFRELATEREDE DØDSFALD PR MILLION VOKSNE



Kilde: EMCDDA

af problemer, hvor det medicinske måske kun er toppen af isbjerget.

Men det er ifølge Johan Kakko kun, fordi vi ikke kender dem tilstrækkeligt. At vi ikke har sat os ind i deres måde at tænke og se på verden.

'Hvis man tager sig den nødvendige tid og lærer at forstå stofbrugerne, så er det ikke svært at have dem som patienter. De kan være en udfordring, men når du ved, hvad der gør dem angst og utrygge og lærer deres reaktionsmønstre at kende, er de ikke vanskeligere end andre.'

Derfor skal man gøre en ekstra indsats for at holde dem i behandlingen. Man skal ikke smide dem ud. Har du først sluppet en stofbruger, mister du muligheden for at holde dialogen kørende og måske nå frem til dét, der får behandlingen til at virke.

Johan Kakko mener, at man skal være ekstra opmærksom på de såkaldt besværlige misbrugspatienter. Dialog med dem gør lægerne klogere og udvikler erfaringsbasen.

'Tal med dem: Spørg dem, hvad der skal til, for at de kan komme videre i behandlingen, for de fleste vil gerne videre. På den måde kan du som læge lære mere og finde ud af, hvad der efterfølgende ville gøre det lidt nemmere at arbejde med andre såkaldte besværlige patienter.'

De nordiske lande kan gøre det bedre

Indledningsvis spurgte Johan Kakko om, hvorfor han og andre forskere bliver ved med at forske i afhængighed og behandling af afhængighed, når nu politikerne ikke gør brug af den viden, som kunne forbedre behandlingstilbuddet for misbrugerne og hjælpe dem ud af den dødsensfarlige afhængighed.

På samme måde undrer han sig over, at man i de nordiske lande tilsyneladende ikke kan få sig selv til at lære mere af hinanden.

'I Sverige har vi succes på en række områder. I Norge gør de det godt på andre områder, og i Danmark har man den lynhurtige adgang til at komme

i behandling, mens man i Island har et unikt system med standardiserede behandlingsprocedurer. Hvorfor kan vi så ikke finde ud at kombinere det bedste fra hvert land? Kunne vi det, stod vi formentligt med den optimale behandling af afhængighed,' siger Johan Kakko.

'Jeg drømmer om, at vi som forskere og behandlere for en gangs skyld ville lade alle succeshistorierne blive hjemme, når vi drager ud for at møde hinanden på konferencer. Lad os tale om problemerne og sætte fokus på områder, hvor vi kommer til kort, og i den sammenhæng se stort på national stolthed og tradition,' opfordrer Johan Kakko.

'Det er først, når vi taler om problemerne og fiaskoerne, at vi bliver i stand til at se mulighederne og dermed løsningerne. Og hvis vi i de nordiske lande kunne finde sammen om at tage udfordringerne op, kunne vi måske også finde løsninger sammen.' ■

Denne artikel har tidligere været offentliggjort i magasinet 'Why? Quality Patient Care in a Nordic Perspective', der udgives af Reckitt Benckiser Pharmaceuticals Nordic.

Artiklen er publiceret i august 2011 og bringes med tilladelse fra Reckitt Benckiser Pharmaceuticals Nordic, som sammen med STOF redaktionen har stået for oversættelsen til dansk.

NOTE

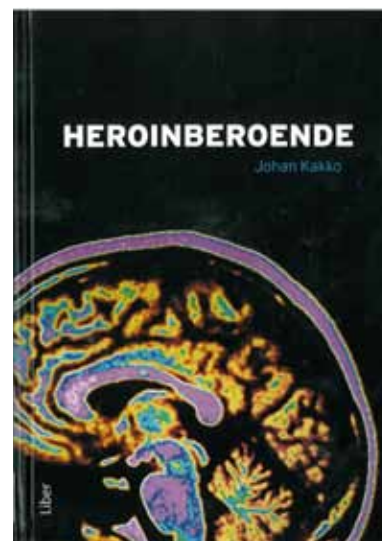
- 1) NIH: Effective medical treatment of opiate addiction. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. JAMA 280: p.1936-1943, 1998.

LITTERATUR

Kakko, J.: Heroinberoende. Liber. 2011.

Kakko, J.: Improving Maintenance Treatment of Heroin Addiction: The Role of Buprenorphine, Karolinska Institutet. Stockholm. 2009.

Kakko, J. og Wadeskog, A.: Varje drogfri dag en framgång. SocioEkoniskt Bokslut för Metadonprogrammet i Stockholm. 2008.



'Heroinberoende'

Af Johan Kakko.

143 sider.

Forlaget Liber, Stockholm. 2011.

www.liber.se

I bogen forklarer Kakko mekanismerne bag heroinafhængighed, og hvordan en hjælpsom behandling kan se ud.

Det neurovidenskabelige grundlag og vedligeholdelsesbehandling gennemgås, og problemstillingerne belyses fra såvel et bruger- som et pårørendeperspektiv

Bogen giver en udførlig oversigt over den internationale forskning på området og viser, hvad de virksomme behandlingskomponenter består i samt hvilke gevinster, der er at hente.

Bogen henvender sig til såvel medarbejdere med specialtidskender som til medarbejdere i misbrugsbehandling og socialomsorg samt til studerende.

Anmeldelse efterlyses:

STOF redaktionen har Kakkos bog liggende klar til anmeldelse. Henvend dig til redaktionen på bj@crf.au.dk hvis du er interesseret i at anmelde den i næste nummer af STOF med deadline 1.3.2012

Eksistentiel psykoterapi og diagnoser

Hvordan kan man arbejde med klientens livsverdener og derved bygge bro mellem tilsyneladende modsætninger?

AF CHARLOTTE SILAS HOULBERG

De sidste mange år er det blevet mere og mere almindeligt at arbejde med diagnoser. Men både blandt psykologer og inden for andre fagområder er det fortsat ikke ualmindeligt at diskutere, om man er for eller imod diagnoser. Argumenterne imod betoner eksempelvis, at diagnoser er stemplende, at diagnostik kan være unuancerende og sygeliggørende, og at den person, der giver diagnosen, måske ligefrem har en foretrukken diagnose, der uddeles lige lovlig gavmildt.

Der kan være hold i en eller flere af disse kritiske indvendinger, særligt hvis der ikke i forbindelse med diagnoserne er lavet en grundig udredning, og/eller hvis diagnosen sættes før individet, så det bliver one size fits all. Så diagnosen eksempelvis munder ud i, at alle ADHD-unge skal behandles sådan og sådan - trods individuelle forskelligheder. Eller tilsvarende generaliseringer gående ud på, at alle unge med en misbrugsdiagnose skal behandles på en bestemt måde... Sådan skal det naturligvis ikke være.

Diagnoser som vilkår

Som psykolog har jeg arbejdet med mennesker med afhængighedsproblematikker i 14 år. I mit daglige arbejde konstaterer jeg, at diagnoserne er der. En stor del af den målgruppe af unge med overforbrug af

stoffer, som jeg primært beskæftiger mig med, kan tilmed beskrives som havende en dobbeltdiagnose. Selv er jeg hverken for eller imod diagnoser. Faktisk mener jeg, at diagnoser kan være både hjælpsomme og meningsfulde for de unge, når blot de unge selv mødes som de unikke mennesker, de er.

Mit ærinde i denne artikel er at give et eksempel på, at eksistentiel psykoterapi kan forene det diagnostiske og det terapeutiske, hvilket jeg oplever som nødvendigt og hensigtsmæssigt. Jeg ønsker at gøre opmærksom på, at den eksistentielle tilgang har rigtig meget at byde på, og at tilgangens respekt for det enkelte menneske er ganske unik og en hjælp til som psykolog at bevare sin ydmyghed og nysgerrighed i det unikke møde med hvert eneste menneske.

Men også inden for feltet eksistentiel psykoterapi findes der en del skeptikere i forhold til at arbejde med diagnoser. I sin grundtanke er denne metode beskrevet som alternativ til diagnoser. Af den grund kan det være svært at finde litteratur, der beskriver, hvordan man kan arbejde med et eksistentielt grundsyn og diagnoser. Ikke desto mindre er det min erfaring, at det kan lade sig gøre. Ideen til denne artikel er at illustrere dette med en case, der tager afsæt i Emmy Van Deurzen-Smith, der er en af de store på feltet, og hen-



des begreb om livsverdener, samt hvordan man arbejder med disse.

Afhængighed som diagnose

I mit arbejde møder jeg unge, der er afhængige af forskellige stoffer - i langt de fleste tilfælde af hash. Nogle unge har en diagnose, når de starter i behandling, andre udredes og får en misbrugs/afhængighedsdiagnose i forløbet. Der er naturligvis også unge, hvor der ikke er behov for denne diagnosticering.

Hvad betyder diagnosen terapeutisk? Hvordan kan den bruges i behandlingen? Lad os starte med at se nærmere på de omstridte diagnoser. I moderne diagnostik beskrives afhængigheden som et syndrom. Om man er afhængig eller ej bindes ikke op på et enkelt kriterium, men på en samling kendetegn. Langt de



fleste, som har et liv, hvori indgår et problematisk brug af stoffer, kan udstyres med en misbrugsdiagnose i forhold til et af flere sæt af kriterier.

'En misbruger' defineres af WHO som en, der indtager et givent rusmiddel i et sådant omfang, at vedkommendes afhængighed fører til:

- ▶ mærkbare psykiske forstyrrelser
- ▶ nedsat fysisk sundhed
- ▶ ødelagte menneskelige relationer
- ▶ manglende evne til at fungere socialt og økonomisk

Personen kan også diagnosticeres med et afhængighedssyndrom, når vedkommende i sin adfærd opfylder de kriterier, som fremgår af diagnosesystemet ICD-10 ('International Classification of Diseases'), der også er udarbejdet af Verdens Sundheds

Organisationen, WHO. En person lider af et afhængighedssyndrom, når 3 eller flere af følgende kriterier har været til stede inden for et år:

1. Trang
2. Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen
3. Abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse
4. Toleranceudvikling
5. Dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug
6. Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning

Diagnosernes parløb

For helt at gribe om de psykiske problemers rod og vurdere selvmedicineringens funktion er det vigtigt at afklare, om der ud over afhængighed er tale om endnu en diagnose. Med henblik på at afklare dette

samarbejder jeg med mine kollegaer, socialrådgivere og pædagoger om at samle bl.a. adfærdsobservationer, og jeg laver psykologiske test. Med psykiateren drøftes den endelige diagnose, som gives af hende/ham. Det kan være ADHD, ADD, depression, mental retardering, autisme, skizofreni, bipolar affektiv sindslidelse o.s.v. Der kan naturligvis også være tale om komorbiditet f.eks. ADHD, mental retardering og misbrug.

Dobbeltdiagnose skal her forstås som en *'samtidig forekomst hos den samme person af forstyrrelser forårsaget af brug af et psykoaktivt stof og andre psykiske forstyrrelser'*, således som det defineres af WHO. Andelen af patienter i misbrugsbehandling, som samtidig har en psykisk lidelse, menes at udgøre 30-40 %.

Det hjælpsomme i at have en diagnose er, at der (når der er behov herfor), kan gives medicin, og at den unge kan få en forklaring af/forståelse for, hvorfor han/hun f.eks. altid har svært ved at koncentrere sig, styre sin hidsighed, reflektere, forstå de andre, komme i gang om morgenen, møde til tiden, huske o.s.v. Den unges pårørende, kæreste, arbejdsgiver, lærer kan også hjælpes til at forstå og støtte den unge bedre. Såvel den unge som aktørerne i den unges netværk kan i høj grad profitere af psykoedukation.

Relevant medicin og psykoedukation kan give mulighed for at den unge, ikke behøver dæmpe sine symptomer med hash eller andre stoffer og har bedre forudsætninger for at tage uddannelse, få job, fungere socialt, være i egen bolig o.s.v. - hvilket er eksistentielle forudsætninger for at skabe mening i livet. At der er noget at stå op for, at man kan klare sig selv, at man har et sted at bo, at man har nære relationer, at man føler sig noget værd som menneske. Diagnosen er sat, medicinen er givet, er arbejdet så gjort? Nej langt fra - i nogle tilfælde er vi lige begyndt.

Den eksistentielle vinkel på afhængighed

Inden for den eksistentielle psykologi har man en særlig tilgang til afhængighed. For det første almen-gøres afhængighed. Det er noget, vi i grunden alle kender til. Afhængighed lader sig ikke udrydde eller placere som noget, der kun hører den anden til. Her kan man ikke slippe af sted med kun at se tornen i den andens øje. Dette afhængighedsfællesskab giver os alle mulighed for i nogen grad at leve os ind i det tilsyneladende uforståelige og indimellem destruktive livsvalg.

Det andet vigtige kendetegn ved en eksistentiel tilgang er, at man til-deler valget en central betydning. Den enkelte vælger afhængigheden som et svar på tilværelsens byrder og udfordringer. Ikke at vælge er også at vælge. Der er naturligvis vilkår, man ikke kan vælge. Det er sådanne vilkår Heidegger beskriver med ud-sagnet: *'Mennesket er kastet ind i kon-krete fysiske omgivelser'*. Men hvor-dan man reagerer på de vilkår, og hvilken mening man tilskriver dem - det er et valg. Det centrale bliver så at indfange, hvad meningen er eller var i forbindelse med reaktioner på begivenheder og tolkninger af livs-situationer. Ligeledes at udforske, hvilke årsager vi vælger som betyd-ningsgivende. Som terapeut opret-holder man et beskrivende fokus for gennem det at 'åbne' eller afklare en given erfaring. Der arbejdes med in-dre og ydre relationer. Der er fokus på valg og mening og på en indsigt om, at fortiden ikke er en fastlagt-hed, der har cementeret, hvem man er, og hvad der er muligt og ikke muligt.

Det tredje kendetegn ved den ek-sistentielle tilgang er, at afhængig-hed kan angå andet end stoffer. *'Den afhængige er en, der selvmedicinerer. Afhængigheden kan angå et rusmid-del eller en oplevelse: Indkøb, spil eller spisning'*, fastslår psykologen Simon Du Plock. At forbruget af stoffer, alkohol eller oplevelser bruges til at

dulme psykisk ubehag af forskellig beskaffenhed giver mening inden for min erfaringsramme.

Sluttelig er der det med diagno-serne. Hvad er fællestrækket eller -trækkene ved afhængighed for en eksistentiel psykolog? Du Plock er glad for Walters beskrivelse af af-hængighed som *'Den vedvarende og gentagende gennemlevelse af et hand-lingsmønster'*, der inkluderer disse fire ingredienser:

1. Fremadskridende (eller stigende alvorlighed)
2. Optagethed af aktiviteten.
3. Opfattet tab af kontrol
4. Vedholdenhed trods negative konsekvenser på langt sigt.

Der er tale om endnu et defini-tionsforsøg, men efter min mening ses en høj grad af overensstem-melse imellem Walters definition af afhængighed og WHO's ditto, så min pointe er, at der er et betyde-ligt overlap i de forskellige måder at beskrive afhængighed på, som sup-plerer hinanden godt!

Afhængighed og livsverdener

Her er det på tide at stifte bekendt-skab med livsverdens-tænkningen, der oprindeligt er skabt som et modstykke til diagnosticering. Mit ærinde her er: at eksemplificere, hvordan det kan være 'et medstyk-ke'. Emmy van Deurzen-Smith har beskrevet livsverdens-begrebet i sin bog *'Eksistentiel samtale og terapi'*, hvor hun blandt andet skriver:

'I stedet for at anvende en diagno-stisk begrebsramme, som kategoriserer og sætter etiketter på personlige karak-teristika, foreslår eksistentiel terapi en begrebsramme, som i stedet beskriver den menneskelige eksistens' grundlæ-gende dimensioner'.

Livsverdens-begrebet har jeg selv fundet rammende for mit arbejde, hvilket jeg senere vil eksemplificere. Traditionelt er der tre eksistentielle dimensioner, som efter Binswanger (1946) tit omtales ved deres tyske navne. Emmy van Deurzen-Smith har tilføjet endnu en, således at der

arbejdes med fire eksistentielle di-mensioner:

Fysisk = Umwelt

Personlig = Eigenwelt

Social = Mitwelt

Åndelig = Überwelt

At arbejde sig igennem livsverde-nerne sammen med den unge sikrer et helhedsbillede - det bliver muligt at arbejde med det hele menneske. Formålet er at rejse ind i de forskel-lige rum samt at tilskynde til udvi-delse af territoriet.

Ved at arbejde med diagnose-kriterierne for afhængighed viser der sig en oplagt sammenhæng med livsverdens-begreber og med Walters definition af afhængighed, som Simon Du Plock fremhæver. Så diagnose-verden og livs-verden kan for mig at se godt forbindes... De to fremgangsmåder står ikke i et modsætningsforhold til hinanden, men kan understøtte hinanden og give mening sammen. Hver af oven-nævnte diagnostiske beskrivelser har faktisk en pendant i en livsver-den- orienteret forståelse. Forsøgs-vis vil jeg mene, man kunne ophæve skellet mellem diagnoseverden og livsverden ved at lokalisere hvert diagnostisk udsagn i de forskellige livsverdener.

- De mærkbare psykiske forstyrrel-ser kan lokaliseres i den 'person-lige verden'.
- Nedsat fysisk sundhed er et udtryk for 'naturverdenen'
- Ødelagte menneskelige relationer er en anden måde at sige 'den sociale og personlige verden'. En mang-lende evne til at fungere socialt og økonomisk fører os ind i 'den sociale verden'.

I det følgende giver jeg en beskri-velse af, hvordan man i praksis kan forene den diagnostiske forståelse med en mere eksistentiel livsver-dens-forståelse

Case: At arbejde med livsverdener

Denne case beskriver en 17-årig ung mand, der for nogle år siden miste-



de sin far, der døde p.g.a. stofmisbrug. A - som han kaldes her - har været involveret i kriminalitet, ryger 2-4 gram hash dagligt. Han har fået diagnosen ADHD. Han ønsker som udgangspunkt ikke at stoppe med at ryge hash, men vil være med til at tale om reducering. Både i forhold til hashmisbrug og kriminalitet er han ambivalent.

Vi starter rejsen i den fysiske/biologiske dimension -naturverdenen - og får talt om, hvordan den unge mand bor, altså en beskrivelse af de fysiske rammer, hvordan hans forhold er til kroppen, om han sørger for at få mad nok, søvn nok. Kroppen i verden og hans fysiske opfattelse af den. Hvilke fysiske ting, der betyder noget i hans liv, hans guitar, knallert, cykel o.s.v.

Da A. jo har diagnosen misbrug, taler vi om, hvad stofferne gør ved kroppen, hvad der føles rart (grunden til at tage stofferne) og om ulem-

perne (grunden til at stoppe med at tage stoffer). Vi kan også tale om ADHD-medicinen, hvordan den virker, hvad den gør ved kroppen. Generelt handler det om evnen til at være i harmoni med naturverden i en selv og med ens ydre relationer.

Næste destination er den sociale verden, forhold til race, socialklasse, land, sprog, familie og arbejde. Aktuelt i forbindelse hermed er polariteter såsom: dominans/ underkastelse, accept og afvisning, kærlighed /had, lighed og forskel. Hvordan har A det med autoriteter? Med at begå sig socialt? Hvordan er hans position i vennekredsen? Har han venner? Hvordan håndterer han polerne egoisme og altruisme?

Hvis A har ADHD, kan det være, at han har svært ved at sætte sig ind i, hvordan andre har det, føler og tænker. Han kan være meget retfærdighedssøgende og være tilbøjelig til at opponere i forhold til f.eks. poli-

tiet, lærere og andre autoriteter. A kan også være meget impulsstyret og derfor reagere voldsomt, hidsigt og til tider voldeligt. Han kan p.g.a. sit misbrug og/ eller sin ADHD have problemer med at fungere socialt. I den sociale verden mener og tænker de andre også noget om, at man har en diagnose, hvilket kan være rigtig vigtigt også at snakke om.

Vi går videre over i den personlige verden, der beskriver ens forhold til sig selv og de mennesker, man oplever som en del af sig selv. Alle forhold hører til i den sociale verden, mens kun få hører til i den personlige verden. Fokus er her at udvikle indre opmærksomhed og privat forståelse af sig selv ud fra et indre referencepunkt. At kunne være alene med sig selv og se kendsgerninger om liv og død i øjnene. Kun ud fra tryghed i egen indre virkelighed kan man nærme sig andre og smelte sammen privat og intimt.

I terapien med A viser det sig, at han har svært ved at invitere andre ind i det personlige rum, da hans liv har været præget af en del følelsesmæssige svigt. Hans private forståelse af sig selv er præget af disse erfaringer og med til at gøre opfattelsen af sig selv til noget fortrinsvis negativt. Hvorfor skulle man opgive kriminalitet og stoffer, når man hader sig selv, og det væsen man føler sig mest knyttet til er ens hund? Hvor i sig selv, om noget sted overhovedet, føler A sig hjemme? Udforskning afslører nye aspekter ved de kvaliteter, som A allerede har gjort til sine personlige evner. F.eks. er A god til at tænke strategisk, han er god til at overleve, han er en loyal ven i nærmest ridderlig forstand - *'en for alle og alle for en'*.

Der arbejdes med A's selvopfattelse ud fra tesen om, at selvopfattelsen både udvider og begrænser den enkeltes væren-i-verden. Når det er blevet gennemskueligt for A, at han aktivt kan konstruere sin væren-i-verden, er det muligt, at A ønsker at lave ændringer. Disse ændringer kan f.eks. rette sig mod hans misbrug. I forhold til A er der god grund til at fokusere på den personlige verden. Her kan nyt land vindes.

Næste stop er den åndelige verden/ideologiverdenen. Her opfordres A til at afdække åndelige værdier for selv at kende dem og kunne skabe sit liv efter sine idealer. Det tydeliggør A's eksisterende syn på verden og afdækker, hvad der udgør en motiverende kraft og dermed giver mening med livet. Det man lever for og vil dø for. At slå rod i den private verden gøres gennem forbindelse hertil. Her skabes forbindelse med tilværelsens absolutte og abstrakte aspekter.

For A og andre unge er den motiverende kraft og det, de ideologisk ser op til, fællesskabet på Christiaania. Her har nogle af de unge oplevet noget, som de føler både er værd at leve og dø for. Andre unge fortæller om tro, religiøse oplevelser

eller ønsket om at kunne tro! Uden fornemmelse af indre sikkerhed og tillid til egen evne til at klare ansvar og at foretage egne moralske vurderinger og beslutninger er man ikke tryk ved at søge vejledning i sig selv. Et mere afklaret forhold til ideologiverdenen kan få betydning i såvel socialverdenen og naturverdenen.

Metodemæssigt udspringes ikke om bestemte livsverdens-emner, men når klienten bringer et emne op, kan terapeuten stimulere til yderligere udforskning og klarlæggelse. Tilsyneladende uvæsentlige emner kan vise sig, at indeholde væsentlige oplysninger om livsverdenen. Målet, når klientens livsverden skal undersøges, er ikke enighed eller udfordring, men ansporing til yderligere udforskning og klarlæggelse. Samt refleksion på områder, hvor opfattelsen er forvrænget/ uklar.

En af fordelene ved at arbejde med livsverdener er, at det for den unge kan blive den første oplevelse af en rimelig tryk interrelation med en anden, hvor hans/ hendes aktuelle verdensbillede ikke kritiseres skjult eller åbenlyst og derfor ikke behøver at beskyttes eller forsvares. Dette kan medføre, at han/hun får en oplevelse af indbyrdes forbundethed, hvilket vil styrke positionen i bl.a. den sociale verden.

En af Birgitte Thylstrups konklusioner i Ph.D.-afhandlingen *'Dual diagnosis and treatment relations'* er, at:

'Man kunne overveje, hvilken betydning det har for behandlingsrelationen og behandlingsprocessen, at behandleren prioriterer at indgå i et gensidigt samarbejde med patienten, hvor patientens perspektiv inddrages'.

Dette bygger hun på sin undersøgelse, der viser, at der oftere fokuseres på mennesket som behandlings-trængende og behandlingskrævende i stedet for som deltagende forandringsagent.

Dette passer som fod i hose til den eksistentielle tilgang, hvor den unge ikke skal passe ind i en bestemt

model eller et skema, men kan skabe sig selv. Terapeuten er ikke eksperter på den unges liv, men nærmere en rejseledsager.

Hvem kan hjælpes af eksistentiel psykoterapi?

Relationsarbejdet og arbejdet med livsverdener giver god mening både med og uden en misbrugsproblematik og/eller med og uden en psykiatrisk diagnose. Det støtter den unge i at kunne bære sig selv, hvilket nok bedst beskrives med en af de unges egne ord:

'Vi kunne for alvor arbejde sammen den dag, jeg blev træt af at undskyldte for mig selv. Træt af, at jeg altid begrundede mine handlinger, så jeg ikke selv behøver tage ansvar for dem. Der var ingen, der sagde, jeg skulle holde op den og den dag, men at det var op til mig selv, 'hvordan mit liv med hashen skulle se ud, om den var inde eller ude. Jeg var længe om at slippe hashen, men fik tiden, og det var lige præcis det, jeg havde brug for, for aldrig at skulle vende tilbage til den igen'.

Citatet stammer fra en ung med ADHD og hashmisbrug - altså en dobbeltdiagnoseproblematik. I samtalerne var den foretrukne metode eksistentiel psykoterapi, hvilket leder os hen til det mere generelle spørgsmål: Hvem kan profitere af eksistentiel psykoterapi? Det kan de fleste unge, jeg møder!

Undtagelsen kan være unge, der har en svær sindslidelse (f.eks. er psykotiske), eller unge, der ikke føler, det giver mening at komme til samtaler. (Ofte kan disse unge i stedet have gavn af misbrugsbehandling af udgående socialpædagoger).

Der er dog ikke krav om et bestemt refleksionsniveau, men i en del tilfælde vil unge, der begavelsesmæssigt ligger lavt, let kede sig ved samtaleforløb og finde mere mening i forløb med f.eks. fysisk aktivitet. Der stilles i eksistentiel terapi ikke krav om stoffrihed (er de påvirket, når de kommer, snakker vi om det, og hvordan det kan undgås næste gang). De



behøver ej heller at have stoffrihed som mål. De må gerne være ambivalente. De behøver som udgangspunkt bare at ville tale med mig. ■

LITTERATUR

Cooper, Mick: 'Eksistential Therapies', 2003.
Van Deurzen -Smith, Emmy: 'Eksistential samtale og terapi', 1995.
Van Deurzen -Smith, Emmy & Baker, Claire Arnold: 'Existential perspectives on human issues', 2009.
WHO ICD-10
Spinelli, Ernesto: 'Eksistential psykoterapi i praksis', 2007.
Christensen, Ivan & Hagensen, Paulina: 'Hvad sker der nu? En forundersøgelse af indsatsen for mennesker med en dobbelt diagnose', 2009.
Du Plock, Simon: 'Afhængigheden af afhængighed', Stof nr. 3, 2004
Brinkmann, Svend: 'Det diagnosticerede liv', 2010.
Thylstrup, Birgitte PhD.-afhandling: 'Dual diagnosis and treatment relations', 2009.
SUS, Socialt udviklingscenter, Vidensbasen: 'Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug', 2011.

EFTERSKRIFT

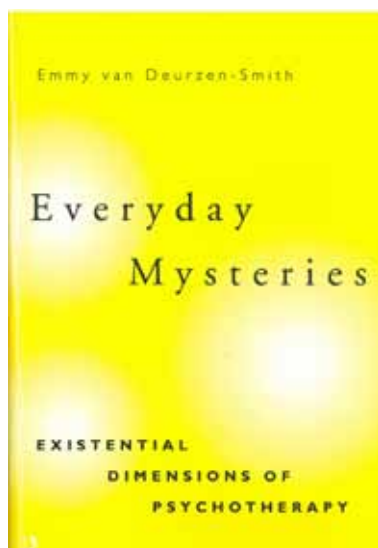
For nylig var jeg på international dobbeltdiagnose-konference i Barcelona, hvor jeg sammen med to kollegaer afholdt en workshop om behandling af unge med dobbeltdiagnose. I den forbindelse fik jeg lejlighed til at fortælle om eksistential psykoterapi, hvilket vakte interesse, bl.a. fordi der er så lidt viden, forskning og anerkendte arbejdsmetoder på området.

Der findes endnu ikke undersøgelser vedrørende effekten af eksistential psykoterapi i dobbeltdiagnosebehandling. Jeg arbejder dog sammen med en kollega på at få mulighed for udarbejde og foretage en sådan undersøgelse i fremtiden.



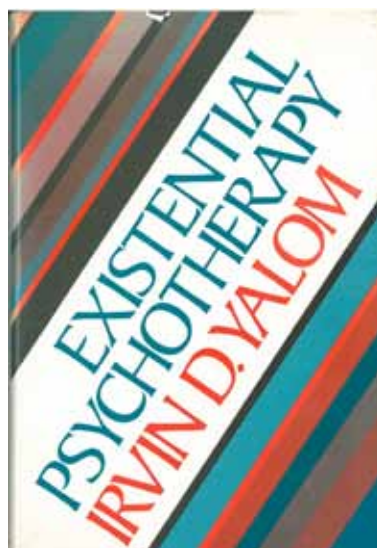
Hvis du vil vide mere:

Min artikel henter inspiration i den eksistentielistiske-fænomenologiske tilgang – en terapeutisk tradition, hvor det er værd at fremhæve psykologen Simon Du Plock (se 'Afhængigheden af Afhængighed' i STOF nr.3, s. 36-41), samt navne som Emmy van Deurzen Smith, Ernesto Spinelli og Irvin D. Yalom. De har alle publiceret flittigt, men kun lidt er oversat til dansk.



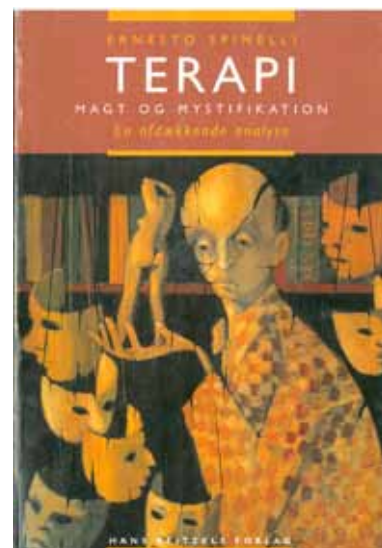
Emmy Van Deurzen –Smith

Hun hjælper mig med at sætte ord på det arbejde, jeg laver i praksis. Rejsen gennem livsverdenerne har været en stor hjælp for mig og har udviklet mit terapeutiske arbejde. Hun beskriver den terapeutiske proces og hvordan forandring sker. Hun er også god til at komme med konkrete eksempler, så det er direkte anvendeligt. Hende kan jeg lære meget mere af...rejsen er lige begyndt.



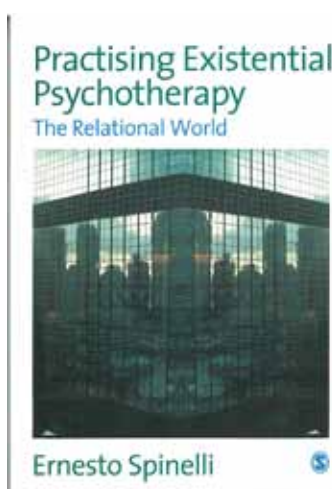
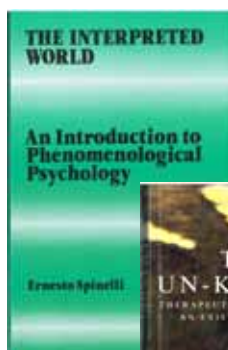
Irvin D. Yalom

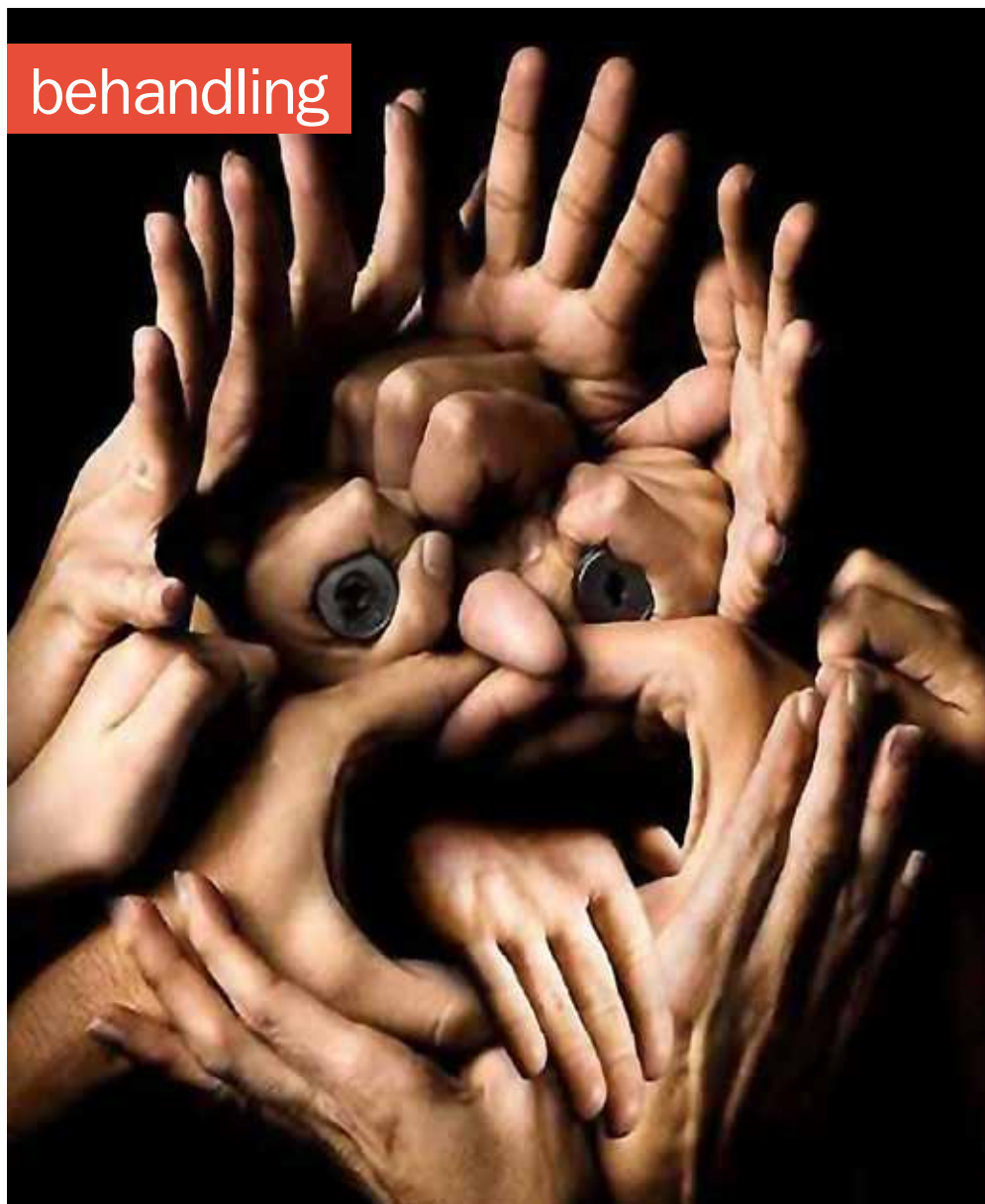
For mig udmærker han sig bl.a. ved at være en dygtig historiefortæller, han har vigtige budskaber men også god humor og selvironi. Han er ikke bange for at vise sig som menneske med alt hvad det indeholder af eksistentielle temaer så som frihed, meningsløshed, isolation, ambivalens, livsglæde og dødsangst. Jeg keder mig aldrig i hans selskab!



Ernesto Spinelli

Hvis man gerne vil lære eksistentiel psykoterapi til brug i praksis, er han en guldgrube af viden. Det kan både være svært og let at læse ham, men får man fat i grundlaget er man nået et godt stykke. I sin bog 'Terapi – Magt og mystifikation' (oversat til dansk) viser Spinelli ved hjælp af case-materiale, hvordan man som terapeut bør forholde sig til og lytte til sine klienter for at være dem til hjælp, samt at psykoterapeuten i forsøget på at fremme psykisk sundhed kan komme til at sætte sig opgaver og mål, som i virkeligheden står i vejen for den terapeutiske proces.





Ny undersøgelse på crf 'RO PÅ'

Forhåbningerne til 'Ro på' er, at man i højere grad kan inkludere klienter med sammenfaldende misbrug og antisocial adfærd i ambulant misbrugsbehandling på en ressourcefornuftig måde og på den måde skabe et tilbud til klienter, som ellers ofte kun har mulighed for at modtage en (langt dyrere) behandling i fængslet.

AF BIRGITTE THYLSTRUP & MORTEN HESSE

En af de tre hyppigste patientgrupper blandt misbrugere i behandling både nationalt og internationalt er misbrugere med antisocial eller dys-social¹ personlighedsforstyrrelse. De to forskellige betegnelser benyttes, alt efter om man arbejder med det amerikanske diagnosesystem

DSM eller med det europæiske system ICD-10. Flere undersøgelser viser, at mellem 1% og 3 % af normalbefolkningen lider af antisocial personlighedsforstyrrelse, mens tallet i stofmisbrugsbehandling udgør ca. 40%, og tallet i den vestlige verdens fængsler udgør ca. 75%. Der er altså tale om ganske høje tal. Ud

over de problemer, som mennesker med antisocial adfærd selv oplever - for eksempel lav livskvalitet, misbrugsproblemer, arbejdsløshed og hjemløshed - står stofbrugere med antisocial personlighedsforstyrrelse for en stor del af den kriminalitet og vold, der udøves i Danmark. De høje tal koster altså både det enkelte individ, deres nære omgivelser og samfundet som helhed meget.

Udfordringer

Ud over at udgøre en stor gruppe inden for misbrugsbehandling udfordrer denne målgruppe også behandlingssystemet: De er for det meste svære at engagere og motivere, og deres behandlingsforløb er ofte ustabile og kendetegnet ved en høj drop-ud rate. Men den antisociale adfærd udfordrer ikke kun stofbrugerens engagement og motivation i forhold til behandling. Ofte oplever de unge eller voksne stofbrugere også, at deres aggressive og impulsive adfærd bevirker, at de afvises i behandlingen: De betegnes som svære at rumme i behandlingen og opleves som usamarbejdsvillige og umotiverede, de opfattes som aggressive, glatte og manipulerende og i hvert fald krævende. Man kan altså med en vis ret tale

om, at klienternes adfærd resulterer i et lavt behandlingsengagement på begge sider - både fra klient og fra behandler.

Så hvad kan man gøre for at forbedre behandlingsprognosen for denne store gruppe? En måde er at opkvalificere behandlingspersonalet til at arbejde med klienterne ved at

undervise dem i relevante behandlingsmetoder. Der findes allerede relevante behandlingsmetoder - fx foregår der, ikke overraskende, en del misbrugsbehandling af mennesker med antisocial adfærd i fængslerne, og nogle få steder i Danmark udbydes også dag- og døgnbehandling, som retter sig specifikt mod klienter med antisocial adfærd. Men der mangler ambulante tilbud, som retter sig mod både misbruget og den antisociale adfærd, og som bygger på effektstudier, altså hvor det er undersøgt, om behandlingen også har den positive effekt, som den forventes at have. Søger man efter studier inden for området, er det ikke muligt at finde egentlige randomiserede undersøgelser af integrerede behandlinger for antisocial personlighedsforstyrrelse og misbrug. Det vil sige undersøgelser, hvor man sammenligner effekten af den behandling, man afprøver i en eksperimentgruppe, med en kontrolgruppe, som modtager den behandling, der er til rådighed i forvejen.

Ambulant korttidsbehandling

For bedre at kunne undersøge potentialet i kortvarige, ambulante tilbud til mennesker, der har sammenfaldende misbrug og antisocial adfærd, har vi udviklet et program, som vi kalder 'Ro på', baseret på 'Lifestyle Issues'-programmet² udviklet af Glenn Walters. Walters' program foregår i fængselsregi, og det har vist sig at kunne ændre de indsattes holdning til kriminalitet samt mindske risikoen for tilbagefald til ny kriminalitet. Tilgangen i 'Lifestyle Issues' er, at kriminel adfærd og tankegang udgør en del af en større livsstil, som man kan arbejde på at ændre.

Tilpasningen fra 'Lifestyle Issues' til et kort, ambulant behandlingstilbud inden for misbrugsbehandling har blandt andet bevirket, at vi ændrede det oprindelige fokus på den kriminelle livsstil til et fokus, som vi mente ville ramme den ambulante

målgruppe bedre, nemlig behandling af impulsive problemer. Hvor 'Lifestyle Issues' tager udgangspunkt i, at klienten sidder i fængsel, er 'Ro på' bredere rettet mod den impulsive livsstil, som er associeret med misbrug og antisocial adfærd uden for murene, snarere end den kriminelle livsstil isoleret set. Et andet centralt område, som vi ændrede på, var at omdanne det oprindelige, langvarige gruppeformat til et kortere, individuelt format. Ændringen til et individuelt format var baseret på tanken om, at tilbuddet skulle være fleksibelt i forhold til, at man i den ambulante behandling kunne starte klienter op i samtaleforløb med det samme. Desuden indgik der også overvejelser om de ressourcer, det kunne kræve at arbejde med denne målgruppe i gruppeformat, og om, at behandlerne som udgangspunkt ikke skulle holde sig til de gruppedynamikker, som kunne opstå i gruppebehandling, og som kunne modarbejde behandlingen – noget, som er velkendt i arbejdet med denne målgruppe.

'Ro på' er ligesom 'Lifestyle Issues' manualbaseret, og hele forløbet er bygget over en manual, som den enkelte behandler skal følge. Der er altså tale om et stærkt struktureret behandlingsforløb, som indeholder 6 sessioner á 1 time, helst en session om ugen, og en opfølgende samtale otte uger efter. Kort skitseret er fokus i 'Ro på', at klienten reflekterer over, at det er muligt at ændre adfærd og vaner, samt at motivere klienten til at arbejde med forandringer af hans eller hendes impulsive livsstil. Forudsætningen for at starte i behandlingen er, at klienten opfylder kriterierne for en impulsiv livsstil (en antisocial/dyssocial personlighedsforstyrrelse), og at klienten oplever en krise i den nuværende livsstil, som gør, at det virker meningsfyldt at arbejde med at ændre den negative livsstil.³

Nogle af de centrale arbejds-punkter i 'Ro på' er:

1. Problemer forbundet med impulsiv livsstil og formulering af positive livsmål for klienten.
2. Forståelse og problemhåndtering af sammenhæng mellem tankegang, adfærdsmønstre og klientens problemer.
3. Stolthed og selvtilid, som bygger på impulsiv livsstil.
4. Prosociale og antisociale værdier.
5. Betydningen af sociale netværk.
6. Tilbageblik og opfølgning.

Tanken bag 'Ro på' er, at behandlingen ikke skal kræve for mange ressourcer og være rimelig tilgængelig som behandlingsmetode for behandlere i ambulante behandlingstilbud. Manualen henvender sig derfor til alle faggrupper, kræver ikke ekstra personale, og den udredning, der skal foretages, så man ved, om klienten har en impulsiv livsstil (en antisocial/dyssocial personlighedsforstyrrelse), kan også udføres af de ansatte på det enkelte behandlingssted. Derfor er behandlingen – ud over undervisningsudgifter til et undervisningsforløb på 2 dage og løbende faglig supervision – stort set udgiftsneutral.

Resultater fra pilotundersøgelsen af 'Ro på'

I foråret og efteråret 2010 lavede vi i samarbejde med 6 ambulante behandlingssteder fordelt på Sjælland og Jylland en randomiseret forundersøgelse af 'Ro på'. Formålet var at undersøge, om behandlingsmetoden kunne fungere i ambulant regi, og om den havde noget at tilbyde stofbrugere med antisocial personlighedsforstyrrelse.

Undersøgelsen viste positive resultater på flere områder. For det første rapporterede klienter, der havde deltaget i 'Ro på', at have fået hjælp for deres antisociale adfærd – og dette i højere grad end klienter i kontrolgruppen, der ikke havde deltaget i programmet. For det andet rapporterede 'Ro på'-deltagerne også større tilfredshed med behandlingen generelt end

BIRGITTE THYLSTRUP
PSYKOLOG, PH.D., ADJUNKT
MORTEN HESSE
PSYKOLOG, PH.D., LEKTOR
BEGGE CRF



'Ro på' viser god effekt, både mens behandlingen foregår og i tiden efter. Det vil sige, om dette behandlingsprogram kan hjælpe mennesker i misbrugsbehandling med at reducere eller stoppe deres misbrug og med at ændre deres antisociale adfærd. Vi har med glæde noteret os, at behandlingsstedernes interesse for at deltage i undersøgelsen har været stor, og vi samarbejder p.t. med over 10 steder. Undersøgelsen begynder i december 2011 og skal løbe over 3 år. Forhåbentlig kan vi i et af de kommende numre af STOF fortælle om de spændende resultater! ■

Indtil videre finansieres projektet af Center for Rusmiddelforskning og Reckitt-Benkeisser.

NOTER

- 1 Antisocial/dyssocial forstyrrelse: kendetegnet ved impulsivitet, aggression og manipulerende adfærd, ofte manglende anger og accept af sociale normer, manglende evne til at se mening med eller mulighed for at planlægge og en sårbarhed, der ofte er skjult. Kriterierne er at finde i DSM-IV og ICD-10, men begge diagnosesystemer er dog ved at udvikle en ny og revideret version.
- 2 'Lifestyle Issues': Som nævnt i artiklen er 'Lifestyle Issues' udviklet af G.D. Walters i samarbejde med blandt andet W.N. Elliott og M-D. Geyer. Kriminel adfærd og tankegang ses som en del af en større livsstil, som man kan arbejde på at ændre. Behandlingen foregår i fængselsregi og har vist sig at kunne ændre de indsatte holdning til kriminalitet og mindske risikoen for tilbagefald til ny kriminalitet. Læs evt. Walters, G. D.: Changes in positive and negative crime expectancies in inmates exposed to a brief psychoeducational intervention: further data. *Personality and Individual Differences*, 37(505-512). 2004.
- 3 'The Criminal Lifestyle Theory': I 'Criminal Lifestyle Theory' præsenteres behandling som en måde at arbejde med ændringer på. Nøglen er en oplevelse af krise i ens nuværende livsstil, som gør, at man ser meningen i at påtage sig ansvaret for at ændre den. Læs evt. Walters, G. D.: The criminal lifestyle: Patterns of serious criminal conduct. Thousand Oaks, CA: Sage. 1990.

kontrolgruppen. Desuden viste de målinger, som blev foretaget under selve behandlingsforløbet, et fald i klienternes antisociale adfærd og misbrug samlet set og en høj grad af tilfredshed og oplevelse af udbytte af de enkelte behandlingssessioner. Fra behandlerside var der også positive tilbagemeldinger fra de behandlere, der deltog i pilotundersøgelsen. For eksempel beskrev alle, at det var en ny og god oplevelse at

arbejde så struktureret med denne klientgruppe.

Næste skridt

De positive resultater fra pilotprojektet har betydet, at vi nu er i gang med at igangsætte en større undersøgelse af 'Ro på', hvor der deltager langt flere klienter i både eksperiment- og kontrolgrupperne. Med denne større undersøgelse håber vi at kunne få svar på, om programmet

Ny undersøgelse på crf

FEST I TRYGGE RAMMER

Hvordan gør man nattelivet sikrere at færdes i? Et nyt projekt tager udfordringen op.

AF SÉBASTIEN TUTENGES
PÅ VEGNE AF PROJEKTGRUPPEN

Nattelivet er en intensitetsmaskine. Her mødes mennesker. Bånd knyttes. Fantasier udledes. I de seneste årtier har nattelivet desuden været en vigtig drivkraft i genopbygningen af fallerede byområder. Barer og natklubber giver omsætning og liv. Tænk blot på Jomfru Ane Gade i Aalborg eller Vestergade i København: Om natten i weekenden vrimer disse områder med glade, købelystne mennesker.

Nattelivet fører imidlertid også til en del skader, hvoraf mange er alkoholrelaterede. Et studie foretaget af Elmeland og Villumsen på to danske sygehuse viser, at det især er unge, der pådrager sig alkoholrelaterede skader. Disse skader indtræffer primært i weekenden i tidsrummet 24:00-06:00, og omtrent hver fjerde af skaderne sker på et udskækningssted.

Der er i de seneste år kommet mere fokus på sikkerheden på udskækningssteder. Især i Nordamerika er der blevet gjort en stor indsats for at udforske og forbedre sikkerheden på udskækningssteder, og også i dele af Europa er man begyndt at arbejde med problematikken. Konklusionen fra de eksisterende studier på området er kort sagt, at forebyggende indsatser på udskækningssteder er en effektiv måde at reducere alkoholrelaterede skader både blandt unge og ældre. Alligevel mangler der endnu i mange lande og heriblandt Danmark en samlet indsats på området, og helt basale sikkerhedshensyn bliver fortsat negligeret i nattelivet verden over.



Projekt 'Fest i trygge rammer'

Den 1. juni 2011 indledte Center for Rusmiddelforskning et treårigt forskningsprojekt om sikkerhedsforholdene på barer og diskoteker i Danmark. Projektet har følgende overordnede målsætninger:

- Kortlægge de største risikofaktorer på danske udskækningssteder.
- Udvikle metoder til at mindske skader på og omkring udskækningssteder.

- Styrke samarbejdet mellem udskækningssteder, myndigheder og forskere med henblik på at implementere forebyggende tiltag på udskækningssteder i hele Danmark.

Projektet bygger på kærlighed til nattelivet. Målet er ikke at gøre det danske natteliv tamt og uden kant, men at rette op på grundlæggende sikkerhedsproblemer, så festlighederne kan optimeres. Sagen er nemlig, at

der i nattelivet forekommer mange uheld, som kunne være undgået, hvis man havde taget nogle simple forholdsregler. Lad os se på et eksempel fra den bulgarske ferieby, Sunny Beach, der er berygtet for sit usikre natteliv.

Fra 2007 til 2010 foretog Center for Rusmiddelforskning en undersøgelse af danske unge i Sunny Beach. Som led i denne undersøgelse blev der foretaget en evaluering af sikkerhedsforholdene på 12 af feriebyens barer og natklubber (Tuten-ges 2009). Her er nogle feltnoter fra et 'Pool Party', der fandt sted på en af de mest populære natklubber i Sunny Beach:

'Folk springer i poolen med tøj, sko og det hele, der drikkes store mængder alkohol i og omkring poolen, opsynet er minimalt (man må slås og løbe i området), og man må tage de stejle vandru-tsjebaner med hovedet først, stående og flere af gangen. Der er frit slag, og de unge elsker det!! Guiderne fører an. Flere af de mandlige guider er oppe i den stejleste rutsjebane med deres bade-dyr. Tager man turen ned på oppusteligt gummiunderlag, kan man få rigtig meget fart på og glide et godt stykke hen over vandoverfladen, før man bremses. Flere når faktisk tværs over poolen, lige til kanten. Det ser drabeligt ud. Især dem, der kommer drønende med hovedet forrest. Og så går det galt. Det er guiden, Kasper. Han har så meget fart på, at han nærmest flyver hele vejen hen over poolen, ind i kanten og videre op på land og ind i et hegn.'

Den omtalte Kasper fik en rygs-kade af rutsjeturen, men uheldet førte ikke til skærpet opsyn med rutsjebanen. Der kom heller ikke barrierer eller synlig skiltning op omkring et område af poolen med særlig lav vandstand, hvor folk igen og igen slog sig til blods under udførelse af hovedspring og saltomortaler.

Sunny Beach har over de seneste årtier oparbejdet stor ekspertise i at beværte 'konventionelle turister' såsom pensionister og børnefamilier, men feriebyen er endnu ikke

gearret til at håndtere de tusindvis af unge danske 'festturister', der i de seneste år er begyndt at besøge feriebyen. De unge danske turister drikker ganske enkelt på en måde og i et omfang, som de lokale bulgarere har meget svært ved at forstå og administrere. For hvordan er det lige, at man som lokal politibetjent skal gribe ind, når en pub crawl med 400 deltagere pludselig bevæger sig ud på en befærdet vej for at blokere trafikken? Hvad gør barejeren, når han ser fem sanseløst berusede fyre kravle op på et faldefærdigt tag for at danse? Hvad gør man med kvinden, der insisterer på at sove henover bardisken? Bulgarske unge drikker relativt behersket. Danske 'festturister' drikker massivt. Det er derfor ikke så mærkeligt, at der i det bulgarske natteliv er alvorlige problemer med at håndtere danskerne.

Fem grundlæggende sikkerhedsproblemer er særlig udbredt på barerne og natklubberne i Sunny Beach:

- For det første har de bulgarske udsmidere hang til vold. Det hænder for eksempel, at de griber ind i konflikter og slagsmål ved at slå og sparke på de involverede samt nærtstående personer.
 - For det andet lukker udskænk-ningsstederne ofte for mange gæster ind, hvilket blandt andet umuliggør effektiv håndtering af konflikter og destruktiv adfærd.
 - For det tredje finder man ofte glasskår strøet omkring på barer og diskoteker, hvilket kan være til fare for de mange, der er usikre til bens og iført let fodtøj såsom klipklapper.
 - For det fjerde tillader eller tolererer mange udskænkingssteder, at gæster danser på mere eller mindre ustabile borde, stole og bardiske.
 - Sidst, men ikke mindst udskænker barerne og diskotekerne rask væk alkohol til mindreårige og stærkt berusede personer på trods af, at det er lovstridigt i både Bulgarien og Danmark.
- Projekt 'Fest i trygge rammer'

bygger videre på erfaringerne fra Sunny Beach. Lignende undersø-gelsesmetoder vil blive taget i brug, dog vil dataindsamlingen blive langt mere omfattende og systematisk, end det var tilfældet i den forholdsvis lille sikkerhedsevaluering i det bulgarske. I Bulgarien blev evalueringen foretaget af én person, mens der i skrivende stund er ti personer, som indsamler data til projekt 'Fest i trygge rammer'.

Projekt 'Fest i trygge rammer' anvender blandt andet følgende me-toder: 1) interviews med udvalgte nøglepersoner, der har særligt kend-skab til det danske natteliv (såsom repræsentanter fra det lokale politi og brancheorganisationen for hotel-, restaurant- & tursisterhvervet, HORESTA); 2) observationer på og omkring barer og natklubber, 3) spørgeskemaundersøgelser blandt unge i nattelivet, og 4) dybdegående interviews med bartendere, dør-mænd og unge festdeltagere. Data-indsamlingen vil primært finde sted på tyve forskellige barer og natklub-ber i byerne København, Aalborg, Sønderborg og Nykøbing Falster. Til juni 2012 skulle alle data gerne være i hus, hvorefter analyse og skrivearbejde for alvor vil gå i gang.

Der foreligger med andre ord endnu ingen resultater fra projek-tet, men lad os i det følgende se lidt på den tidligere forskning i barer og natklubber for at give et bedre bil-lede af det felt, som projekt 'Fest i trygge rammer' skriver sig ind i.

Tidligere forskning på området

En række studier har vist, at ud-skænkingssteder og deres umid-delbare omgivelser er risikozoner, hvor der forekommer et relativt stort antal slagsmål, tyverier, sek-suelle overgreb, faldulykker og tra-fikuheld. Problemerne har det med at koncentrere sig på og omkring visse udskænkingssteder, mens andre steder er relativt problemfri. Det tyder således på, at der er visse faktorer, der er med til at gøre nogle

udskænkingssteder farlige.

Forskere har i de seneste årtier arbejdet på at udvikle måleredskaber, der kan afsløre risikofaktorer på udskænkingssteder og dermed bane vejen for målrettede, forebyggende interventioner. Denne type forskningsbaseret intervention har allerede ført til positive resultater for eksempel i forbindelse med det svenske projekt STAD, Stockholm Prevents Alcohol and Drug Problems (se www.stad.org).

Rusmiddelforskeren Karen Hughes og hendes kolleger fra John Moores University i Liverpool fremhæver tre typer af risikofaktorer på udskænkingssteder: For det første er der en række 'fysiske faktorer', der kan føre til skader, såsom dårlig ventilation, dårlig hygiejne, glaskår på gulvet, områder med dårlig belysning og skjulte nødudgange. For det andet er der diverse 'sociale faktorer', der kan producere skader, såsom salg af ulovlige stoffer, løssluppen stemning, adgang til billig alkohol og aggressiv markedsføring

af alkohol. For det tredje er der 'medarbejderfaktorer', der blandt andet vedrører udskænkning af alkohol til mindreårige og meget berusede kunder, for få bartendere og dørmænd på arbejde, dårligt oplært personale, voldelige dørmænd samt brug af rusmidler blandt medarbejderne på udskænkingssteder.

Det skal her understreges, at der er stor variation i festkultur verden over. Derfor er der også stor forskel på, hvad der udgør en risikofaktor på udskænkingssteder i forskellige lande. For eksempel viser den internationale forskning, at salg af ulovlige stoffer på diskoteker er knyttet til øget vold og flere andre problematikker. Enkelte britiske studier indikerer imidlertid, at narkotikasalg og narkotikabrug kan være med til at reducere slagsmål blandt briterne. Denne undtagelse kan hænge sammen med, at stoffet Ecstasy i en periode har haft stor udbredelse blandt briter, og at Ecstasy 'The Love Drug' af briterne associeres med kærlighed, mens kokain og store mængder al-

kohol associeres med aggression og slagsmål. Derfor kan man argumentere for, at den forebyggende indsats i det voldshærgede britiske natteliv i første omgang bør koncentrere sig om kokain og stordruk.

Et andet eksempel er den udbredte og i vid udstrækning korrekte antagelse om, at dørmænd reducerer vold på større barer og diskoteker. Enkelte studier viser imidlertid, at nogle byer og lande har store problemer med dørmænd, der eskalere konflikter, påbegynder slagsmål og sælger narkotika. Som nævnt viser studiet foretaget i Sunny Beach, at stedets dørmænd har tendens til at gribe ind i skændier og tumult ved at slå på uromagerne. Denne type konflikthåndtering har ført til dødsfald og alvorlige skader blandt unge turister. Vil man foretage effektiv forebyggelse i Sunny Beach, er det således afgørende at forbedre procedurerne for ansættelse og uddannelse af dørmænd. De to ovennævnte eksempler illustrerer vigtigheden af at kombinere forskning og



FOTO: LEA TRIER KRÖLL



forebyggelse. Man kan ikke lave detaljerede universelle standarder for, hvordan udskænkingssteder gøres sikre. Det er vigtigt at basere forebyggelsen på en grundig udforskning af udskænkingsstederne og af den alkohol- og narkotikakultur, der gør sig gældende blandt stedernes klientel og medarbejdere.

Eksempler på forebyggende arbejde i nattelivet

Lad os kort skitsere nogle præventive indgreb på barer og diskoteker, som har haft gavnlig virkning rundt omkring i verden. Der har i flere lande været positive erfaringer med at erstatte almindelige glas med splintfri plastikglas. Plastikglassene efterlader ikke skår på gulv og siddeflader, og de kan ikke bruges som stikvåben. I Danmark er brugen af plastikglas endnu stærkt begrænset selv på udskænkingssteder med høj forekomst af slagsmål. I Glasgow, Skotland, har man haft succes med ved lov at begrænse brugen af almindelige glas og flasker; loven

førte til et betydeligt fald i skaderne i nattelivet. En anden type af forebyggelse vedrører reduktionen af 'irritationsmomenter' på udskænkingssteder. Der har blandt andet været gode erfaringer med at sørge for, at udskænkingssteder er rene, har behagelig belysning, komfortable stole, et passende antal gæster, venligt personale og god udluftning. Det er blevet fremført, at sådanne ordnede forhold sender et signal om, at dårlig opførsel ikke tolereres. Samtidig kan ordnede forhold være med til at sikre klientellets velvære og reducere gæsternes trang til at udøve vold og hærværk. Sidst, men ikke mindst, bør det nævnes, at de eksisterende erfaringer fra både Danmark og udlandet viser, at de mest effektive forebyggende tiltag bygger på et bredt samarbejde mellem nattelivets forskellige interessenter såsom myndigheder, udskænkingssteder, uddannelsesinstitutioner, de festende og forskere. At skabe et trygt natteliv er en stor og vedvarende opgave, der kræver et koordineret samarbejde. ■

LITTERATUR

- Elmeland, K. & S. Villumsen: Alkoholindtagelse og skadestilfælde indbragt på skadestuen. En undersøgelse ved to danske skadestuer. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 2003.
- Hughes K., Quigg Z., Eckley L., Bellis M., Jones L., Calafat A., Kosir M., van Hasselt N.: Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: the evidence base for European intervention. *Addiction* 106 (1):37-46. 2011.
- Graham K. & Homel R.: Raising the bar: preventing aggression in and around bars, pubs and clubs. Cullompton: Willan Publishing. 2008.
- Heinskou, M.B.: Natten som intensitetsmaskine, i Karsholm & Heinskou (red.), *Natteliv. En antologi om nattens kulturer*. Tiderne Skifter. København. 2002.
- Tutenges, S.: Safety problems among heavy-drinking youth at a Bulgarian nightlife resort. *International Journal of Drug Policy* 20(5): 444-46. 2009.

'Fest i trygge rammer' har fået økonomisk støtte fra blandt andet TrygFonden og projektet udføres af Sébastien Tutenges, Lars Nørr Mikkelsen, Merete Poulsen, Kim Bloomfield, Karen Elmeland, Vibeke Asmussen Frank og Morten Hesse. Vi modtager meget gerne kommentarer til projektet eller til denne artikel! Skriv til Sébastien på: stu@crf.au.dk.



FOTO: LEA TRIER KRØLL



Intet nyt under hangaren?

En beretning fra felten. Etnologen Astrid Fontaine er til teknofest i silende regnvejr langt ude på landet. Musikken drøner, der danses i mudder og stofferne flyder.

AF ASTRID FONTAINE

En rektangulær mark, måske en kilometer lang. To traktorer, en hangar. Hundredvis af biler, en snes lydanlæg, tusindvis af mennesker – og silende regn. Jeg er udsendt af en humanitær organisation, som er finansieret af en offentlig interessegruppe, for at udføre etnografisk forskning af en ny type fester. Så snart jeg er ankommet ryger jeg lidt 'kiutl', et euforiserende stof, et 'telepatisk narkotikum fra det høje nord', som er særdeles nyttigt ved

denne slags opgaver. Jeg slentrer af sted og følger mængdens bevægelser frem og tilbage i mudderet. Fra tid til anden finder jeg en planke at danse på for ikke at miste mit fodtøj. Det regner uden ophold, og jeg går over mod hangaren for at komme i tørvejr. Jeg stiller mig nede i bunden af bygningen i nærheden af en pige på omkring de tyve, som er i forbindelse med det 'Store Alt' for første gang. Jeg venter på, at hendes indre stemme fortæller mig sin historie:

'Efter timers infernalsk rejse er vi nu kommet til en uhyggelig hangar, tu-

sind mil fra alting. For mig ser hangaren ud som en enorm, vibrerende æske af lærred, hvorfra der strømmer lys og lyd. Midt i den ventende kø, omgivet af fremmede mennesker, som ser ud til at være fuldstændig på det rene med, hvorfor de er her, bliver jeg pludselig bange for ikke at kunne finde dem, jeg kom med, og som jeg nærmest ikke kender. Jeg er også bange for at blive mast af alle disse mennesker. Jeg venter. Det regner. Jeg følger generet de andre, indtil vi kommer ned til bunden af hangaren. En af dem giver mig højtideligt en pille og en flaske vand. Jeg sluger pillen

'Kiutl er et bevidsthedsudvidende stof, et telepatisk narkotikum fra det høje nord, som 'voors'erne' indsmuglede i syden. Det var meget eftertragtet i fællesskabet 'Massebôth', men for regeringen var telepati synonymt med anarki, og planten blev forbudt'.
A.A. Attanasio¹

uden at bede om yderligere forklaring og sender vandflasken videre. De ler og giver sig til at danse midt blandt alle de andre. Jeg bliver stående med hænderne i lommerne. Jeg er genert over ikke at danse, men ingen ser ud til at tage notits af det. Klokken er 2.30, og jeg forsøger at finde mig i det uundgåelige, for vi skal ikke afsted herfra før kl. 6.

Han, som har givet mig pillen, kigger på mig og spørger, om jeg er ok. Faktisk er jeg ved at have det lidt varmt. Jeg prøver at gå, og mine ben føles lette og samtidig vattede. Jeg venter lidt, jeg observerer menneskene. Faktisk er det slet ikke så galt, og musikken er heller ikke så aggressiv. Ja, musikken altså. Jeg har mere og mere lyst til at tage jakken af. Mine skridt er endnu lettere, og musikken trækker mig til sig og får mine arme til at løsne sig fra kroppen. Jeg finder mine tre kammerater igen. Vi har alle fire det samme smil om munden, en ny energi har bortvejret min trang til at sove. Uden egentlig at have det i sinde begynder jeg at danse, uden at tænke, blot ved at lade mig føre af musikken. Det er en ny verden, en ny dimension, en anden skala. Hoppe og springe, bevæge sig, hele kroppen i bevægelse, følge først én så en anden rytme, løbe, og først og fremmest trække vejret, trække det ind i fulde drag. Midt i den dansende mængde har jeg følelsen af at have et uendeligt dansegulv til rådighed.

Indimellem mærker jeg tydeligt effekten af rusmidlet, som trækker mig ind i musikken, ind i sine spiraler, mod sine højder og dybder. Det forekommer mig, at jeg aldrig har lyttet til noget andet, at jeg aldrig har været så nær ved Lyden. Mine ben er blot en manifestation af denne rytme, som kommer fra Jorden. Jeg er ét med Altet og Alle, og det er vidunderligt at se de andre danse. Lysene. Tøjet understreger deres vilde bevægelser, robotagtige eller frigjorte. Jeg hører fløjten, jubelråb, jeg ser arme løfte sig, anspændte kroppe, der springer. Blikkenes dybde og intensitet giver mig en svimlende fornemmelse, et vældigt pust af velvære, som hindrer mig i at tale og får mig til at kommunikere min glæde over at de er i live gen-

nem dansen. En kæmpe rengøring har fundet sted i mit hoved, der ikke lader andet tilbage end lysten til at være her i dette øjeblik snarere end noget som helst andet sted, fordi Her sker der noget, Her sker det egentlige. Der sker en masse små udvekslinger med fremmede, som alligevel ikke er fremmede. Og pludselig er der næsten ikke nogen tilbage, en dør er åben, det er allerede dag. Jeg fryser lidt, jeg danser stadig, og det kan slet ikke komme på tale at musikken skal standse. En eller anden siger, at klokken er 9 om morgenen, men det kan jeg ikke tro.²

'Det er som en åbning i hovedet, som lader alt sive ud', sagde en ravearrangør til mig for nylig. En automaton helt ind til marven, samfundskritiker og humanist; nu forstår jeg bedre, hvad det handler om. Men nok om det. Nær indgangen mener jeg at have set tre unge mænd, som var en smule mere 'nede på jorden'. De har en hund og ser gnavne ud. Jeg stiller mig i nærheden af ham, som ser mest rolig ud. Velkæmmet hår, Lacoste skovmandsjakke, hvide jeans smurt ind i mudder, uidentificerbare sko. Med hænderne i lommen ser han på de teknofikserede unge med et bedrøvet udtryk, mens hans to venner diskuterer livligt.

'Vi har solgt ecstasy i et godt stykke tid. Det sælger næsten lige så godt som hash. Jeg havde lyttet til tekno, men aldrig været til 'teknovaal', som de kalder det. Her kan man i hvert fald sælge og måske ligefrem få fat i et par damer, vi får se. Da vi kom, var her aldeles rædselsfuldt. Vi var nødt til at gå langt, før vi kom frem, og til hvad? Til tonsvis af mudder, hvor en masse lastbiler sad fast. Og det regner og ser ikke ud til at ville stoppe, man kan ikke se noget, det her er langt ude på bøhlandet. De her folk er klædt som fattigrøve, selvom de har masser af penge. Men hvad er det for mennesker? Her kommer de og bliver totalt høje på et sted, der simpelthen bare er klamt, med pansere over det hele og pølsesælgere, som virkelig må score kassen. Og selvfølgelig vælger jeg lige netop den dag til at købe nye bukser

og nye støvler. Og selvfølgelig skulle de være hvide. Fandens. Det lykkedes os at nappe nogle smøger og noget mad i en bil, som vi ikke engang kunne få til at starte. Og de to andre, som nu har en skyder, hvordan skal jeg holde dem i skak? Nå, det skider jeg på, de kan bare rende rundt i skoven og overfalde folk, hvis de vil; jeg bliver ikke sammen med dem, hvis det går over gevind... For mig er tekno forbundet med ecstasy. Det, der er godt ved tekno, er, at man kan komme anstigende ti fyre, man behøver ikke at følges med nogen, man kan komme i joggingsko uden at blive smidt ud, og så er det rigtigt, at man oven i købet kan få lov til at beruse sig sanseløst. For mig er teknoen trods alt bare musik, der tilskynder til at gå totalt amok. Til raves har jeg svært ved at kommunikere med folk, først og fremmest fordi musikken er for høj, og fordi den slags musik stresser mig. Og så kan jeg ikke lide at danse sjusket; de danser alle sammen rodet og tilfældigt, de hengiver sig til musikken, det er uskønt. Og så kan jeg ikke lide den dystre stemning. Jeg finder det dystert og usundt. Det er rigtigt, at masser af folk fester og hygger sig; det er rigtigt, at de tager masser af risici ved at organisere en teknovaal. De gør det gratis, men når alt kommer til alt, er det så af kærlighed til musikken? Det er vist især af kærlighed til at smide alle hæmninger. Hvad vil de folk, hvad søger de? Det forstår jeg ikke. Selv om de har positive ideer, så tror jeg, at den slags fester fører de unge i fortabelse. Fordi de mere end noget andet lukker sig inde, de gemmer noget, tror jeg. Og så fører det ikke til noget... I hvert fald så tror jeg, at vi virkelig udgør en generation, som går planken ud, og jeg spørger mig selv, hvad det så fører til? Det er rigtigt, at man lærer af at gå ud til det yderste overdrev, du lærer noget om mennesker, om dig selv, og det er også vigtigt, men...³

Jeg går mod udgangen for at se på en stand tilhørende Læger Uden Grænser, som selv på lang afstand ser ud til at være overfyldt. Jeg varmer mig ved et bål. En pige, som ser ud til at være trådt direkte ud af



en Mad Max film, vasker sin hunds poter. En ung fyr, helt klædt i kasketøj, ruller i ro og mag en joint ved siden af dem. Hans frisure ligner mongolernes i filmen 'Freaks' af Tod Browning: barberet hoved med en hestehale forankret øverst på isen. En anden teknofreak siger i forbifarten til ham: 'Virkelig cool, din frisure', og han svarer i en sarkastisk tone: 'Ja, den har jeg, fordi jeg søger arbejde'. Så går han tilbage til sin indre monolog:

'Så snart jeg har fået udbetalt bi-standspenge køber jeg et folkevognsbrød, så er det slut med at spille nar i det her forpulede samfund; vi bygger et lydanlæg og tager afsted på landevejene. Det er min personlige vej, og jeg er ikke alene. Man kan kæmpe imod, man kan forsvare sig mod dette system. Organisere FESTER, det er den bedste måde at fortælle det til folk på, at bevise over for dem, at Alt Kan Lade Sig Gøre, at man kan forblive uhåndgribelig og levende... Sådan kan vi også overleve'.⁴

Jeg bevæger mig over mod de forskellige stande med skadesreduktions-tilbud. Der er lang kø ved test-standen. En af de festende, der er godt stiv i blikket, leder efter metronen, en anden klager over, at vandet er ved at gå, og endnu én er helt grøn i ansigtet og hævder, at han har taget GHB uden at vide det. En eller anden forklarer ham, at nej, det kan ikke passe, selvom en tv-kanal netop har udsendt en dokumentarisk beretning om 'voldtægtsstoffet' og hævdet, at det franske marked er oversvømmet. De professionelle på området har indtil videre ikke fundet noget som helst spor af GHB til raves.

Grupper af folk har samlet sig omkring et bål, drikker te og diskuterer stilfærdigt. En læge og en aktiv bruger, begge omkring de fyrrer, betragter hurlumhejet, mens de spiser morgenmad siddende komfortabelt på et bord, der står op mod en lastbil. Jeg anbringer mig tæt på dem efter at have røget endnu en smule

'kiutl' for bedre at opfange deres tanker, deres version af historien:

'Ecstasy blev i begyndelsen (dvs. i slutfirserne) opfattet som det 'sikre' stof, der gjorde folk udadvendte og gav sansindtryk, som man aldrig før havde oplevet. Og det var helt ufarligt. Dets image var dengang meget langt fra det billede, man havde af en narkotikabrunder som afhængig, syg eller kriminel. Raves blev hurtigt udbredt i Europa og i Frankrig. I 1995 gik priserne ned som følge af nye produktionsformer, som også medførte en kraftig forringelse af stoffets kvalitet. Mens kemikerne, for at omgå lovgivningen, begyndte at fabricere molekyler, som ikke stod opført på listen over narkotika, begyndte dealerne at sælge tvivlsomme medikamenter under navnet ecstasy.

Hollænderne var de første til at kvalitets teste ecstasy. I Frankrig kom der i midt-90'erne fokus på den nærmest totale mangel på lægefaglig information om de syntetiske stoffer, i 1997 blev Mission Rave oprettet inden for Læger i Verden, og man begyndte at teste ecstasy piller:

'Vores mål er at udsprede så objektiv en information som muligt om disse stoffers beskaffenhed, deres virkning, samt den risiko, som overdreven brug medfører (ift fysik og psyke). Nogle mener, at det at informere er det samme som at banalisere. Vi mener, at det at informere er at opdrage og give folk mulighed for at træffe et ansvarligt valg. Fornægtelsen af et fænomen eller tilsløringen af det er ikke en holdbar tilgang, når man taler om forebyggelse'.⁵

Jeg går væk fra standen for at tænke i fred og sætter mig på en lille bakke med udsyn over hele festen. Bakken giver ly til et par neo-punkere, der sover sødt. Langt borte kan jeg se søndag-morgen cyklisterne, som stopper op for at se på optrinet, aldeles lamslåede.

Teknofolket har en fuldstændig afslappet holdning til brugen af stimulerende stoffer – de værdsætter rusen og er helt åbne om det. Den mere og mere mediedækkede teknoscene er således endt med at

blive den 'åbne scene' for forbrug – den synlige del af isbjerget, med alle disse nye 'afhængigheder' i form af doping og overforbrug af en vrimmel af medikamenter, både euforiserende og det modsatte; alt sammen med henblik på at optimere ydeevnen på det seksuelle, fysiske, professionelle, følelsesmæssige og/eller sociale område. Jeg forsøger at få et indblik i de offentlige myndigheders holdning til alt dette. Desværre hjælper 'kiutl'en' mig ikke her.

Foruroliget af disse tanker får jeg øje på et tårn, som dominerer området. Opslugt af min egen færden havde jeg endnu ikke løftet hovedet for at integrere denne bygning i sceneriet. Inde fra dets kabine har observatøren et panoramisk udsyn over hele festivalen. Observatører på jorden, udstyret med notesbøger, mikrofoner og kameraer giver manden i vagttårnet besked minut for minut om hvad der sker. Men hvad er hans opfattelse? Hvad viser deres kursændringer, denne uigen-nemsigtighed? Angst for afvigelser? Økonomiske bekymringer? En vildfaren demagogi? Simpel forlegenhed eller ligegyldighed? ■

Denne artikel kan læses i original version: Rien de nouveau sous le hangar?

Revue Vacarme n°28, 2004.

Oversættelse og redigering: Sébastien Tutenges.

Læs mere om og af Astrid Fontaine i Tutenges artikel i STOF nr. 7 på www.stofbladet.dk og på www.editions-eres.com/auteurs/12202-astrid-fontaine.htm

REFERENCER

- 1 Attanasio, A.A.: Radix, ed. Laffont, R. 1983.
- 2 Skriftlig meddelelse fra anonym 19-årig. 1993.
- 3 Mundtlig meddelelse fra anonym 22-årig. 1997.
- 4 Mundtlig meddelelse fra anonym 25-årig. 1998.
- 5 Citat fra Médecins Du Monde. 1997.



Fakta om tekno

CASPAR SCHLIEWE & SÉBASTIEN TUTENGES

Teknomusikken opstod i 1980'ernes Detroit i USA. Den er karakteriseret ved sine elektroniske lyde og kraftige basgang: monoton og foruroligende for nogle, opløftende og fortryllende for andre. Teknomusikken og dens tilhængere har mødt stor modstand i mange lande. Musikforskeren Graham St. John argumenterer således for, at teknobevægelsen har været udsat for en grad af kriminalisering og repression, der ikke tidligere har været overgået nogen ungdoms- og dansekultur. Det er formentlig gået mest voldsomt for sig i USA, hvor ordensmagten har anvendt peberspray, knipler og andre voldsmidler til at lukke og slukke mangan en teknofest.

I Frankrig begyndte teknokulturen at vinde udbredelse i 1989. Det startede med mindre fester, der især tiltrak unge fra homomiljøet. Folk mødtes i kældre, på flodpramme og på andre lignende ikke-kommercielle lokaliteter. I de tidlige 90'ere voksede teknokulturens popularitet, og der blev afholdt fester med flere tusinde deltagere. Som det tidligere havde været tilfældet i bl.a. USA og England, så fattede de franske medier stor interesse for fænomenet. Der gik forlydender om, at teknofolket proppede sig med Ecstasy. Historierne om ekstatiske unge solgte godt – også dengang – og en mediestorm drev hen over landet. Bekymringen bredte sig til politiske kredse. Hemmelige teknofester blev forbudt. Ordensmagten blev sat ind.

I Danmark eksisterer der ikke nogen lovgivning, der forbyder hemmelige teknofester. I de tilfælde, hvor myndighederne opdager en hemmelig fest, lukkes de ofte ned uden retslige konsekvenser. Der har dog været én retssag i Danmark. Den fandt sted i 2003 i forbindelse med et teknoarrangement, der blev

afholdt på Amager Fælled i et fredet fuglereservat. Tre personer blev tiltalt. Sagen var principiel, og den er os bekendt den eneste danske retssag af sin art.

En politimester rejste tiltalen mod arrangørerne, da en skovfoged mente, at teknofesten havde en uheldig indvirkning på fuglenes ynglesucces. Politimesteren anså sagen for at være så vigtig, at han valgte selv at føre den. Målet var at få de anklagede dømt for brud mod naturbeskyttelsesloven, hvilket indebærer at miljøministeren fastsætter bødestraffen. Det skal nævnes, at Amager Fælled i en længere periode havde lagt grund til uanmeldte teknofester, og politimesteren ønskede at sætte en effektiv stopper for dette. Udfaldet på sagen blev, at de anklagede måtte betale en mindre bøde samt nogle af sagsomkostningerne i henhold til en bestemmelse i bekendtgørelsen om offentlighedens adgang til at færdes og opholde sig i naturen. I bekendtgørelsen fastslås det, at man skal bede om ejerens tilladelse til at organisere aktiviteter, hvis deltagerantallet overstiger 30 personer. Deltagerantallet til selve festen blev anslået til at være omkring 100–200 personer.

De tiltalte måtte således betale et vist beløb, men blev i øvrigt frikendt, da dommeren mente, at anklageren ikke havde bevist, at musikken fra festen skulle have mindsket fuglenes yngleevne. Vil man læse mere om teknokultur, kan vi anbefale Graham St. Johns *Technomad: Global raving countercultures*, der er udgivet i 2009 på forlaget Equinox.

KILDER

Udskrift af dombogen, S 547/2003, Tårnby ret.

Udskrift af retsbogen, S 483/2003, Tårnby ret.

Naturbeskyttelsesloven §89; jf. § 27 samt bekendtgørelse nr. 842 af 4. september 2000 om offentlighedens adgang til at færdes og opholde sig i naturen § 31; jf. § 20, stk. 1 og § 29, nr. 9.



LABORATORIEANALYSER

Testning er en krævende disciplin med store tolkningsproblemer
- rekvirenter bør være bevidste om både kvalitet og fejlkilder.

AF TORBEN BREINDAHL

Brugen af misbrugsanalyser til påvisning af stofmisbrug og som kontrol under behandlingen af misbrugere er en kontroversiel sag. Området forvaltes uden særlig lovgivning eller anbefalinger for analysekvalitet og metodik, både når analyserne udføres i og uden for det danske sundhedsvæsen. I stor udstrækning benyttes hurtigtests, som kan være upålidelige og have mange begrænsninger, når analyseresultatet skal fortolkes. Desuden er flere vidt forskellige faggrupper involveret, og kommunikationen

mellem disse kan være problematisk. I sundhedsvæsenet, nærmere betegnet hos de klinisk biokemiske afdelinger, som har ansvaret for laboratorieanalyser til sygehuse og store dele af praksissektoren, er der ikke konsensus vedr. udførelsen af narkotikaanalyser. Hele området viser behov for en fokusering på bedre viden om analyserne og øget kvalitetsbevidsthed.

I det følgende gennemgås den faglige baggrund og hovedprincipperne for analysernes udførelse samt vigtige fejlkilder, og hvordan de skal undgås. Der gives også eksempler på de områder, hvor mis-

brugstestning er fordelagtigt, samt områder, hvor det er problematisk eller ligefrem nyttesløst.

Historisk baggrund

Misbrugstestning startede i USA i slutningen af 1980'erne, hvor en ny lovgivning gjorde det legalt at teste ansatte ved f.eks. militær og politi, transportvæsenet og sundhedssektoren. En teknologi baseret på antistoffer blev udviklet, således at screeninger af stofgrupper var mulig. Dette princip har senere haft stor betydning inden for den kliniske biokemi. Man kan benytte udtrykket immunkemisk screening

'FALSK POSITIV' = resultatet er positivt, selvom prøven ikke indeholder de stoffer, der testes for.

'FALSK NEGATIV' = resultatet er negativt, selvom prøven indeholder de stoffer, der testes for.

som et fælles begreb for en analyseform, hvor antistoffer 'genkender' et specifikt molekyle eller en gruppe af nært beslægtede kemiske stoffer i prøven.

Immunkemisk screening

Immunkemisk screening kan foregå ved hjælp af såkaldte plade- eller paneltests, hvor grupper af stoffer analyseres ved at påsætte urin fra en pipette, afvente en reaktion og aflæse resultatet i form af streger eller bånd som ved en graviditetstest. Der kan også være tale om neddypning af en 'cup' eller test-strimler i urinprøven (se foto). Disse manuelle tests anvendes til patientnær testning i blandt andet fængsler og behandlingsinstitutioner, men også af hospitalspersonale på skadestuer og intensivafdelinger. I det følgende vil jeg benytte udtrykket 'hurtigtests' for denne teknik.

Det immunkemiske analyseprincip kan også fungere i en automatiseret, instrumentel udgave, som det ses i apparatur ved hospitalslaboratorier. Her er ingen visuel aflæsning, idet et spektrofotometer i instrumentet måler ændringer i lysabsorption i de flydende reagenser, der blandes med prøven. Instrumentel, immunkemisk screening er meget veldokumentet, standardiseret og valideret inden for reglerne for anvendelse af medicinsk udstyr til laboratorieanalyser. Det er en hurtig og relativt billig teknik, og derfor et vigtigt, uundværligt redskab for misbrugslaboratoriet.

Falske positive og negative resultater

Det er ikke nødvendigt at forstå detaljer af de immunkemiske analyser for at benytte dem, men en fornemmelse af fejlkilderne er vigtig. Såvel hurtigtests som instrumentel immunkemisk screening har de samme grundlæggende fejlkilder. Problemet er, at antistofferne 'krydsreagerer' med andre stoffer i prøven og giver anledning til 'falske positive' resultater. Krydsreaktioner

kan foregå med lægemidler og deres nedbrydningsprodukter eller naturligt forekommende komponenter i urinen (som stammer fra kroppen). Ligeledes kan et positivt resultat udeblive, selvom prøven faktisk indeholder de stoffer, der testes for. Sidstnævnte kaldes et 'falsk negativt' resultat (se faktaboks).

Hos behandlingsinstitutioner og i fængsler anvendes hurtigtests af forskelligt fabrikat, sensitivitet og analyseprogram, således at de er svært sammenlignelige. Visse forhandlere af hurtigtests markedsfører produkter, som tester for stoffer, der ikke er tilgængelige i Danmark (f.eks. PCP, phencyclidin). Disse anvendes desværre også i hospitalssektoren til hurtig testning under forgiftninger, hvor hyppigt forekomne 'falske positive' PCP-resultater kan give anledning til utilsigtede hændelser (UTH) med risiko for patientsikkerheden¹.

Verifikation

Fænomenet med krydsreaktioner som fejlkilde er meget velkendt. I USA førte det til, at de involverede myndigheder (SAMHSA, NIDA) allerede i 1989 udformede meget præcise anbefalinger og retningslinier for testningen og afgivelse af analyseresultater². Det indebærer, at alle positive screeningsresultater skal verificeres med en anden analysemetode, der skal være specielt velegnet til entydig stofidentifikation, og som ikke må udvise 'falske negative'. Overordnet accepterede man derfor det faktum, at man efter immunkemisk screening havde et antal 'muligt positive', der fører til verifikationsanalyser (konfirmatorisk testning), som kan finde de 'sande positive'. Krav til høj følsomhed og specificitet for konfirmatorisk testning medførte, at man anbefalede brug af meget dyrt og kompliceret analyseudstyr baseret på kromatografi og massespektrometri (se faktaboks). Her er tale om referenceudstyr inden for en række vigtige områder såsom dopingana-

lyser, retskemiske undersøgelser, miljøundersøgelser og farmaceutisk forskning.

Lovgivning og retningslinier

I EU har man udformet retningslinier, når narkotikatestning udføres i forbindelse med arbejdspladsundersøgelser (*Workplace Drug Testing*), men disse regelsæt er ikke implementeret i Danmark³. Flere lande har udformet egne retningslinier, bl.a. skelner man i Norge mellem rutinemæssig, diagnostisk testning, og testning som kan medføre alvorlige sanktioner over for den testede. Eksempelvis stiller man ikke samme strenge krav til analysekvalitet ved undersøgelse af, hvorvidt patienter i substitutionsbehandling tager de ordinerede lægemidler (metadon, buprenorfin), som til en analyse, hvis udfald kan medføre tab af rettigheder til uddannelse, bolig, forældremyndighed og samkvem med børn. Alle retningslinier, uanset oprindelse, stiller både overordnede og specifikke krav til laboratoriet (kvalitetssikring og uddannelse) og til selve prøvetagningen. Sidstnævnte er helt essentielt, idet det absolut ingen mening giver at teste urinprøver, som ikke er udtaget under kontrol.

I Danmark har Sundhedsstyrelsen advaret mod brugen af hurtigtests, og i vejledningen for den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling findes en række specifikke krav til laboratoriet⁴. Generelt følges disse ikke, hverken i hospitalssektoren eller hos private, kommunale eller regionale institutioner.

Nye anbefalinger på vej

Fremtiden ser dog noget lysere ud, idet Dansk Selskab for Klinisk Biokemi (DSKB) i 2010 nedsatte et udvalg, som er i færd med at udforme et kommissorium til kvalitetsmæssige anbefalinger for misbrugsanalyser. Her kan man forvente opstramninger i forhold til screeninger

uden verifikation, og heldigvis er der tradition for at følge de danske, faglige selskabers retningslinjer inden for laboratoriemedicinske specialer. Som situationen er nu i hospitals-sektoren, tilbydes verifikationsanalyser fire steder i landet (Sygehus Vendsyssel, Århus Universitetshospital, Rigshospitalet og Bispebjerg Hospital).

Fortolkning af svar

Ved daglig kontakt til rekvirenter af misbrugsanalyser oplever vi en forventning om, at analyseresultater er eksakte og kan føre til entydig fortolkning. Spørgsmålene er: *Hvad, hvor meget og hvornår?* For at kunne give et mere kvalificeret bud på dette, vil blodprøver være nødvendige efterfulgt af komplicerede, farmakokinetiske beregninger. Men der findes desværre ikke en entydig sammenhæng mellem koncentrationen af lægemidler og narkotika i urin, og hvorvidt patienten er påvirket eller ej. Der findes heller ikke en simpel måde at estimere dosisstørrelse eller indtagelsestidspunkt ud fra urinanalyser. Analyserne viser kun et øjebliksbillede, og de observerede værdier er ikke til megen hjælp, hvis ikke man kender indtagelsestidspunkt, indtagelsesform, frekvens etc. Endvidere viser nyere forskning store variationer mellem individer, ja, selv inden for samme individ, med hensyn til metabolisme af lægemidler. Dette kan henføres til både genetiske faktorer og til typen af mikroorganismer i tarmen, køn, fysiologi, alder, vægt, sygdom, fysisk aktivitet og kostsammensætning.

'Cut-off' begrebet

Screening og hurtigtests foretages med en tærskelgrænse, der skiller positive fra negative prøver. Man bruger ofte udtrykket 'cut-off', som er en kvantitativ værdi for denne grænse, altid udtrykt i en koncentrationenhed (ng/ml = nanogram pr. milliliter - et nanogram er 10^{-9} gram,

lig med 0,000000001 g). Selvom der findes anbefalinger for faste 'cut-off' grænser, kan der være god grund til, at laboratoriet modificerer disse alt efter formålet. Der findes også 'cut-off' grænser for konfirmatoriske analyser, og der skal være en logisk sammenhæng imellem grænserne for henholdsvis screening og verifikation. I Tabel 1 ses et sammendrag af 'cut-off' værdier for analyser på Sygehus Vendsyssel. Hvis der for et

stof eller stofgruppe ikke er opgivet en 'cut-off' værdi i kolonnen screening, findes der ingen immunkemisk metode. Her må laboratoriet selv angive, hvilken værdi der benyttes, og denne vil i praksis være afhængig af metodevalg og apparatur.

Det er yderst vigtigt at pointere følgende punkter: Ingen analyser måler 'ned til nul'. Derfor er resultatet 'NEGATIV' eller '0' ensbetydende med, at der *ikke* er detekteret

KROMATOGRAFI = generel betegnelse for separationsteknik, hvor forskellige komponenter i prøven adskilles, inden de detekteres og kvantificeres. Kromatografi benyttes også til prøveforberedelse (oprensning, ekstraktion) inden selve analysen.

MASSESPEKTROMETRI = detektionsmetode baseret på måling af molekylers masse, hvilket er et af de mest følsomme og specifikke måleprincipper, der findes. Anvendes til både forskning og rutineanalyser.



Eksempel på hurtigtest som måler på 10 stoffer – anvendt på Sygehus Vendsyssel (Skadestuen). Testen viser positiv reaktion for amfetamin (AMP) og benzodiazepiner (BZD). Foto: Sygehus Vendsyssel efter aftale med Niche Pharma (Herlev).

Tabel 1: 'Cut-off' værdier for screening og verifikation
samt vejledende påvisningstider for en række narkotika og lægemidler

Medikament eller gruppe	Cut-off (ng/ml) Screening	Cut-off (ng/ml) Verifikation	Vejledende påvisningstid
Amfetaminer og ecstasy (MDMA)	300	200	2-3 døg
Kokain	150	Benzoyllecgonin: 50	2-4 døg
Cannabinoler	50	THC-COOH: 15	Fra 2-3 døg op til 4-5 uger
Benzodiazepiner *	300	200 *	Fra 3-4 døg op til 4-6 uger
Barbiturater	200	150	2-3 uger (phenobarbital)
Opiater (inkl. heroin)	300	Kodein: 200 Morfin: 200	2-3 døg
6-monoacetylmorfin	15	10	< 1 døg
Oxycodon	100	Oxycodon: 100 Oxymorphone: 100	2-3 døg
Propoxyphen **	300	250	
Metadon	300	Metadon: 250 EDDP: 250	3-7 døg
Buprenorfin	5	5	1-3 døg
LSD	1	1	2-5 døg
Methaqualon **	300	300	6 døg
Phencyclidin **	25	25	3-8 døg
Ketobemidon	-	500	2-3 døg
Tramadol	-	500	2-3 døg
Ketamin	-	500	2-3 døg
Khat	-	Phenylpropanolamin: 100	1-2 døg
Methylphenidat	-	Methylphenidat: 500 Ritalinsyre: 500	1-2 døg
Fentanyl	-	Fentanyl: 1 Norfentanyl: 1	3 døg
GHB	-	10000	3-6 timer

* afhænger af det enkelte lægemiddel

** disse stoffer misbruges i sjældnere grad og analyseres ikke længere rutinemæssigt.

stoffer i prøven med en koncentration over 'cut-off' værdien. Således er der heller ikke tale om ægte 'falske negative' resultater, hvis stoffet, man tester for, er under analysens 'cut-off' grænse. I screeningsanalyser er 'falske positive' og 'falske negative' altid mulige (intet produkt er fejlfrit). Hvis ikke produkter til misbrugsanalyser markedsføres i samklang med disse facts, er det pseudovidenskabeligt⁵.

Urinprøvens fortyndingsgrad

Ligesom analyse af en urinprøve blot er et øjebliksbillede af indholdet af narkotiske stoffer, muligvis

stammende fra flere forskellige doser/indtagelser, så er resultatet (POS/NEG) stærkt afhængig af urinens fortyndingsgrad. Denne kan bestemmes ved at måle indholdet af stoffet creatinin (nedbrydningsprodukt fra protein), der for hvert individ udskilles med konstant hastighed (= konstant daglig mængde). Urinens indhold af creatinin kan variere med mindst en faktor 15 afhængig af dehydrering eller stor væskeindtagelse. Jo mere koncentreret urinprøven er, des højere vil koncentrationerne være af nedbrydningsprodukter fra lægemidler og narkotika. Deraf følger, at tynde

urinprøver kan give 'falske negative' resultater. På grundlag heraf har man fastlagt acceptkriterier for lave creatinin-værdier. Det vil sige, at en prøve kan afvises som værende 'uegnet til testning'. Da urinen kan variere meget i fortyndingsgrad, er det også sandsynligt, at en prøve ligger tæt på 'cut-off' grænsen og rapporteres skiftevis positiv og negativ i to på hinanden følgende tests.

Sløring af resultater

Prøven kan også være uegnet til testning af andre årsager end lave creatinin-værdier. Der kan være forsøg på snyd fra patientens side

VIL DU VIDE MERE OM MISBRUGSANALYSER?

Fremover vil Torben Breindahl være at finde i STOF' spalter, så hvis du har konkrete spørgsmål eller forslag til emner, der bør uddybes set fra laboratoriets synsvinkel, er du meget velkommen til at skrive til os på bj@crf.au.dk



som vejledende værdier (se Tabel 1). Man kan desuden udtage en prøve for hurtigt, inden stoffet er nået at komme ud i urinen, så der eksisterer også en *minimumstid*, før koncentrationen kan detekteres i urin. Denne tid skønnes normalt til at være 4-8 timer. Dette kan indebære, at en patient kan forekomme stofpåvirket under prøvetagningen, uden at dette vil fremgå af testen. Behandleren kan senere undre sig over det negative resultat. Et stof kan godt nå at have en virkning på personen i et stykke tid, inden det kan påvises i en urinanalyse. Et uventet negativt analyseresultat fra en tydelig påvirket person kan altså skyldes, at ind-

ved mangel på kontrol under prøvetagningen, hvor der kan tilsættes diverse kemikalier. Laboratoriet kan checke for forskellige kendte 'sløringsmidler' (eng: adulterants), men det vil øge omkostningerne væsentligt. En obligatorisk test, som bør udføres for alle prøver, er måling af urinens surhedsgrad eller pH-værdi, der kan afsløre tilsætning af visse almindelige husholdningskemikalier. Her har man også acceptgrænser for pH-værdien, der medfører, at en prøve kan afvises. På internettet tilbydes misbrugerne en række midler til sløring af urinprøver. Nogle af disse virker efter hensigten, hvilket er videnskabeligt bevist ved omhyggelige forsøg, men mange gør heldigvis ikke.

Påvisningstid

Der er mange bud i litteraturen på påvisningstider for de forskellige stofgrupper, og man må konkludere, at det varierer betydeligt, selv inden for samme klasse af misbrugsstoffer. Ofte er man derfor henvist til at søge viden om det enkelte stof og benytte Dansk Lægemiddelinformations hjemmeside (<http://pro.medicin.dk/>), som redigeres af eksperter. En tommelfingerregel er, at lægemidler - efter en enkelt dosis -



er fjernet fra blodet efter 5 gange plasmahalveringstiden for stoffet. Påvisningstider i urin er en smule længere end i blod. Er der tale om kronisk misbrug og er stoffet meget opløseligt i fedtvæv, kan udskillelsen tage længere tid (f.eks. Cannabinoler). Påvisningstider er afhængige af den analysemetode, man benytter ('cut-off'), og kan kun betragtes

tagelsestidspunktet har været for tæt på prøvetagningen.

Nye stoffer og lægemidler

I de senere årtier har man set en række nye, farlige og potente misbrugsstoffer dukke op i handelen, samtidig med at misbruget af legale lægemidler er vokset. Der ses også et skift i, hvilke typer af mis-



brug der verificeres i laboratoriet. For eksempel ses et meget lavt antal prøver positive for kokain, selvom der er rapporteret et stigende misbrug af stimulanter. Udbuddet af nye amfetaminlignende, syntetiske stoffer har været stærkt stigende på markedet, og misbrugere af 'ecstasy' er nu i en situation, hvor de ikke ved, hvad tabletterne indeholder. Retskemikerne rapporterer om et dalende indhold af MDMA ('ecstasy', methylen-dioxymetamfetamin) i de tabletter, som politiet beslaglægger. I stedet er der i de senere år sket et markant skift til en række nye stoffer, herunder piperaziner.⁶ I øjeblikket er en positiv MDMA-prøve næsten en sjældenhed i vores laboratorium. Forbruget af syntetiske opioider (tramadol, oxycodon) er stigende, og en ny trend er misbrug af methylphenidat, det aktive stof i lægemidler til behandling af ADHD (f.eks. Ritalin og Concerta). Indsmugling af khat-blade, der misbruges af visse etniske grupper fra Østafrika og Yemen, ses også. Forgiftninger med GHB ('fantasy', gamma-hydroxybutyrat) er ved at blive en rutinesag for Giftlinien på Bispebjerg Hospital, og flere af disse tilfælde har haft dødelig udgang. GHB kan fremstilles fra en væske (gamma-butyrolakton = GBL), der importeres illegalt i ren kemisk form fra forhandlere på internettet under betegnelsen 'fælgrens'.

Ligeledes er multi-misbrug og eksotiske blandinger af stoffer ofte et problem, og lægerne på landets intensiv afdelinger har store udfordringer under den akutte behandling af de forgiftede patienter. Her er det tvivlsomt, hvorvidt analyser overhovedet har en berettigelse, ud over en senere opklaring af hvad patienten havde indtaget. Hurtigttests er ikke pålidelige i denne sammenhæng, idet høje doser af lægemidler og narkotika medfører øget risiko for krydsreaktioner. Nogle stoffer kan helt overses ved rutineanalyser. Eksempelvis når det drejer sig om

en patient, som indlægges akut for en forgiftning med 'fantasy', hvor der ikke findes en let tilgængelig laboratorietest, som kan bekræfte de høje koncentrationer af GHB i blod eller urin. Det hænder, at forgiftningstilfælde og nye narkotikafund, som omtales i pressen, aldrig er blevet verificeret med laboratorieundersøgelser.

Moderne misbrugstestning står således over for store udfordringer, da man i de ulovlige misbrugslaboratorier har stor ekspertise i at håndtere og fremstille nye stoffer, som sendes til afprøvning blandt brugere. De nye 'syntetiske cannabinoler' er et eksempel herpå. Desuden findes såkaldte 'legale rusmidler' (*legal highs*), der markedsføres under diverse forklædninger (natur- og hel-seprodukter, ernæringstilskud). Det repertoire af analyser, der skal til for at spore nutidens misbrugsstoffer, er derfor meget stort (se Tabel), og der vil altid være en risiko for at overse nye stoffer under testningen.

Visse stofgrupper giver særlige fortolkningsproblemer ved misbrugstestning. Det drejer sig især om Cannabis, opioider og benzodiazepin-gruppen. Det vil være for omfattende at diskutere detaljerne i denne artikel,⁷ men det er vigtigt for misbrugsbehandlere at søge denne viden, hvis de vil skærpe deres kompetence og ekspertise inden for testning og vurdering af analyse-resultater.

Konklusion

Testning for misbrug af lægemidler og narkotika er en krævende disciplin med store tolkningsproblemer, mytedannelser, misforståelser samt mangel på national lovgivning og anbefalinger. Der er også kommer-cielle interesser, idet private aktører er på banen med salg af hurtigttests, som ikke altid egner sig til formålet. Set fra hospitalslaboratoriets synsvinkel er misbrugsanalyser en teknisk kompleks og udfordrende opgave, som ikke bør undervurderes.

Området er i konstant forvandling, da der kommer nye illegale stoffer på markedet, hvorved analyser og procedurer løbende skal tilpasses efter behovet. Der er plads til kvalitetsmæssige forbedringer, som i højere grad sikrer, at man tester for alle relevante stoffer på en forsvarlig måde, og at falske eller mangelfulde resultater ikke får alvorlige konsekvenser for de involverede patienter, klienter og borgere. ■

FOTOS: KIM SLEIBORG

NOTER

- 1 Peter Hindersson og Torben Breindahl: Giver det mening at teste for 'englestøv'? *Ugeskr Læger* 2011; 173(19): 1379
- 2 På hjemmesider fra diverse sundhedsmyndigheder i USA findes et omfattende materiale om misbrugstestning, legale aspekter og guidelines: <http://www.samhsa.gov>
<http://www.nida.nih.gov>
<http://workplace.samhsa.gov/Dtesting.html>
- 3 EU-guidelines for arbejdspladstestning for rusmidler og narkotika er udarbejdet af 'European Workplace Drug Testing Society' (EWDTS) og findes på <http://www.ewdts.org/guidelines.html>
- 4 Sundhedsstyrelsens notat om anvendelse af hurtigttests findes på: <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Narkotika/Hurtigttests.aspx>
Veiledning nr. 42 af 01/07/2008 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet)
- 5 Mange hurtigttests er grundigt undersøgt og valideret under sammenligning med reference-metoder og findes beskrevet i den videnskabelige litteratur. I EU-projektet ROSITA-2 (Roadside Testing Assessment) konkluderede man, at intet apparatur til urin- og spyt-tests kunne overholde alle kravspecifikationer. Se <http://www.rosita.org/>
- 6 Piperazin-gruppen består bl.a. af stofferne BZP (Benzylpiperazin), TFMP (Trifluor-methylphenylpiperazin) og CPP (Chlorphenylpiperazin), der har euforisk og stimulerende virkning, men også en række bivirkninger. Se rapporterne 'Ecstasy i Danmark' og 'Hvad indeholder ecstasy-pillerne?' for perioden 2002 til 2009 fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside: <http://www.sst.dk/Udgivelser.aspx>
- 7 Veiledninger i tolkning af Cannabis- og Opiat-analyser findes på Region Nord's laboratorie-vejledning under U-medicamentpåvisning (misbrug): <http://www.laboratorievejledning.dk>

ANBEFALEDE BØGER

Liu, H.R. & Goldberger, B.A.: Handbook of Workplace Drug Testing. AACC Press. 1995.
Dasgupta, A.: A health educator's guide to understanding drug of abuse testing, Jones and Bartlett Publishers. 2010.
Karch, S.B. (Red): Drug abuse handbook. CRC Press. 1998.

Alkohol-forebyggelse anno 1556 og 2011

Hvordan så et forebyggelsesinitiativ ud i renæssancen?
Og hvilke tanker ligger der bag nutidens forebyggelseskampagner?

AF CASPAR SCHLIEWE

Forebyggelseskampagner er langt fra noget nyt fænomen. Igennem flere årtier er den danske ungdom blevet oplyst om risikofyldt adfærd i forbindelse med rusmiddelbrug. Men de færreste ved, at Danmarks første kampagne stammer fra 1556 i form af bogen 'Årsager hvorfor en Kristen bør sky og fly den forbandede drukkenskab'. Bogen er skrevet af Sjællands første lutherske biskop Peder Palladius og er ifølge sin forfatter den første af sin art i Danmark.

Denne artikel beskriver, hvilke emner den allerførste kampagne berørte med henblik på at kunne sammenligne med nutidens kampagner og dermed iagttagelse, hvor langt kampagnerne egentligt har flyttet sig. For at give et nogenlunde sammenligningsgrundlag vil jeg kort skitsere nyere erfaringer fra ungdomsforskningen, inden kampagnen fra 1556 foldes ud. Ved se på, hvilke tankemæssige rationaler der ligger bag forebyggelseskampagner, både i nutiden og fortiden, kan man se sammenhænge, som strækker sig fra 1556 og op til i dag. Det vil være denne forfatters påstand, at tankerne bag forebyggelseskampagner ikke har flyttet sig i nogen nævneværdig grad, men at kommunikationen omkring budskaberne trods alt har forandret sig. Det er selvfølgelig en provokerende påstand, men den baserer sig på, at Peder Palladius konstaterede en mangel på viden om farerne forbundet med et stort alkoholforbrug samtidig med, at han så almindelige mennesker, der



Peder Palladius (1503 – 3. januar 1560) var luthersk biskop over Sjællands Stift i tiden umiddelbart efter reformationen.

kun brugte dagene på at drikke.

Manglende viden er en typisk begrundelse for forebyggende indsatser, hvor man med den rigtige kommunikation af information søger at nå ud til den uvidende borger. Med en kritisk indgangsvinkel til forebyggelse inden for ungdomsforskningen vil jeg præsentere et par af de væsentligste problemstillinger, som

vedrører forebyggelseskampagner; problemstillinger, der vel at mærke også er at genfinde i Peder Palladius bidrag fra 1556.

Nyere resultater fra ungdomsforskningen

Nyere ungdomsforskning har dokumenteret, hvordan en stor del af forebyggelsen over for unge baserer

sig på sociale overdrivelser. Problemet er, ifølge Flemming Balvig og Lars Holmberg, at man i forebyggelsesindsatsen betoner unges risikoadfærd overdrevent, og at det i værste fald kan have utilsigtede, negative effekter på rusmiddelbruget. Fokus i forebyggelse på mindretallets risikoadfærd påvirker de unge til at tro, at langt flere drikker, ryger og har seksuelle erfaringer, end tilfældet er i virkeligheden. Den sociale overdrivelse af rusmiddelbrug er især problematisk for de unge, der betegner sig selv som populære. Gruppen af populære unge er ikke alene den gruppe af unge, som oftest drikker sig fulde, men også den gruppe, som lader sig presse til at drikke mere, end de har lyst til - set i forhold til andre grupper af unge. Balvig og Holmberg forklarer denne sammenhæng med, at man her finder den mest positive holdning til alkoholens virkning som 'socialt smøremiddel' samtidig med, at de 'populære unge' også har den mest tolerante holdning til øvrige unges drikkeri.

Fremhævelsen af mindretallets risikoadfærd baserer sig på et 'tunnelsyn', hvor man primært fokuserer på en adfærd, som kun gør sig gældende for omkring en tiendedel af de unge. Tankegangen er, at overdreven risikoadfærd skyldes manglende viden, hvor unges uvidenhed i forhold til rusmidlernes virkning og de mulige konsekvenser af brug er problemet. Løsningen bliver dermed at øge informationsniveauet, selvom vidensniveauet ikke er lavt blandt de allerfleste unge, hvis man spørger de unge selv. F.eks. viste en undersøgelse af unges vidensniveau vedrørende stoffer i Aalborg i 2005, at mere end 9 ud af 10 unge mente, at de besad en tilstrækkelig viden om det pågældende stof. Det er selvfølgelig ikke muligt at undersøge objektivt, om de har tilstrækkelig viden, men det er heller ikke det centrale ifølge Balvig og Holmberg. Det væsentlige er, at hovedparten af



"Alkoholikeren bruger størstedelen af de penge, han tjener, på værtshuset. Når de hårdt optjente penge bruges dér, beriger man ølkonen, mens ens fattige kone og arme børn går derhjemme og sultner. Hvis man overlever at tage på værtshus (dvs. hvis man undgår at slå eller blive slået ihjel), så vil man jage konen ud af sengen midt om natten, og hun må søge tilflugt hos naboerne."

unge mener, at de er fuldt oplyste, hvilket formodentlig har betydning for, hvordan de vil opfatte yderligere information. Dette giver ifølge Balvig og Holmberg en proportionalitetsforvrængning, da det kun er mindretallet af unge, som betegner sig selv som værende uvidende.

Proportionalitetsforvrængningen får desværre den utilsigtede effekt, at den forstærker sociale overdrivelser, som igen påvirker de unges adfærd negativt, fordi de tror, at det er almindeligt at drikke mere. Noget helt andet er, at forebyggelsesindsatserne ingen - eller kun moderate - effekter har, medmindre man i kampagnerne fokuserer på at komme de sociale overdrivelser til livs. Intuitivt er dette også ganske logisk: Hvis problemer omkring rusmiddelbrug er baseret

på manglende viden, er der intet forunderligt i, at forebyggelseskampagner ingen effekter har, når informationsniveauet i forvejen af de unge opfattes som højt.

Generelt set er rationalet bag de vidensbaserede forebyggelseskampagner funderet på tanken om det rationelle individ. Ideen er, at information om konsekvenser og risici fører til en ændring i adfærd. Man forestiller sig basalt set, at det rationelle tænkende individ vil foretage en cost-benefit analyse mellem u- og hensigtsmæssig adfærd. Analysen skulle gerne føre til en rationel erkendelse ud fra et nyttemaksimerende perspektiv, hvor der er mest nytte at hente ved at ændre en skadevoldende adfærd til en skadefri eller skadereducerende adfærd. Med

andre ord er forebyggelsens kerne at tilføre manglende viden knyttet til risikoadfærd i rusmiddelbrug, da den øgede information vil føre til ændringer i adfærd. Forestillingen om det rationelle menneske rækker tilbage til reformationen, og det er også denne forestilling Danmarks første forebyggelseskampagne tager udgangspunkt i.

Forebyggelse anno 1556

Oplevelsen af, at problemer med alkohol skyldes manglende viden om alkohol, var den direkte årsag til, at Sjællands første lutherske biskop, Peder Palladius, i 1556 følte sig nødsaget til at forfatte en bog om de u hensigtsmæssige konsekvenser, et overdrevent forbrug af alkohol fører med sig:

'... [H]vad ondt og skade, der kommer af drukkenskab, endog ... står til at opregne, dog finder man i denne bog, nogle besynderlige punkter derom, på det at man vil ... lade sig bevæge til at sky og fly drukkenskaben, Gud give sin nåde dertil Amen.'

(Palladius, 1556, min oversættelse)

Ifølge forfatteren selv er hans bidrag det første danske forsøg på at optegne risici forbundet med et overdrevent forbrug af alkohol, og hans formål er at udbrede viden om mulige konsekvenser først og fremmest i København og på Sjælland, og på længere sigt nationalt. Det er i dette perspektiv, at vi kan tillade os at kalde bogen 'Årsager hvorfor en Kristen bør sky og fly den forbandede drukkenskab', for danmarkshistoriens første forebyggelseskampagne. Bidraget skal dog ikke alene ses som en forebyggelseskampagne. For det første eksisterede begrebet ikke i perioden, og for det andet er bogen en del af arbejdet med at rydde op i den katolske tro og de katolske skikke, som stadig prægede Danmark omkring reformationen. Kirken blev ved reformationen en del af statens projekt, hvor det blev statens opgave at danne gode kristne borgere. Kong Christian III



pålagde Peder Palladius at føre tilsyn med sognekirkerne på Sjælland. Formålet var, ifølge Peder Palladius, at undersøge hvorvidt befolkningen blev oplært 'ret til sjælens salighed, [og] om en sund kirkeskik holdes i ære, og om man i et og alt følger sig efter bestemmelserne.' Med andre ord skulle Palladius undersøge, hvorvidt præsterne havde lagt katolicismen bag sig, og om de var begyndt at forkynde det lutherske evangelium.

Bogen bygger i høj grad på moralske argumenter og sociale overdrivelser, men ikke kun. En stor del er også baseret på et pragmatisk og moderat syn på alkohol, hvor forfatteren giver skadesreducerende råd, som læseren kan følge. F.eks. bliver dagligt, overdrevent brug af alkohol adskilt fra 'hæderlig samdrik'. Rusen tillades, men i et moderat og begrænset omfang, hvor høviske idealer stadig kan efterleves i modsætning til direkte fuldskab, hvor en mindre høvisk adfærd tager over som en art besættelse af en ond dæmon, der forvandler det fornuftige

menneske til en 'gal bidsk hund' eller et 'ulækkert svin', der ligger sølet til i rendestenene.

Hvor stor effekt Peder Palladius' bog har haft på den danske befolkning kommer jeg ikke ind på her, men drukmønstrene ændrede sig fra reformationen og frem til oplysningstiden. Efter reformationen skete der et skift i, hvad der var moderne at drikke blandt de velstillede i samfundet. Dette var især hjulpet frem af, at de europæiske kongehuse gensidigt inspirerede hinanden i modefænomener og ved, at adelen markerede sig socialt og kulturelt med bl.a. drikkevarer. Den kulturelle og sociale markering foregik ved at købe og indtage dyre drikkevarer som vin, kaffe, the og kakao, som for hovedparten af befolkningen var utilgængelige produkter. Nogle historikere har fremhævet, at det var disse modetrends, som forhindrede det danske samfund i at styrte sammen i en rus af alkohol, men helt så dramatisk har forholdene dog næppe været.

Bønder, druk og Gud

Peder Palladius spænder emnemæssigt ret bredt i den lille bog. Der opregnes konsekvenser af 'overdrik' for ens personlige forhold til Gud og syndighed, økonomiske og sundhedsmæssige konsekvenser, tab af social anseelse og ære samt konsekvenser for ens parforhold og familie og risici forbundet med at tage på værtshus. Derudover er der konkrete anvisninger på, hvordan man kan feste og fornøje sig sømmeligt - uden at påkalde sig Guds vrede.

Det er først og fremmest de danske bønder, som trænger til undervisning, lader forfatteren os forstå, for i bogen dedikerer Peder et helt afsnit udelukkende til bønder. Den dedikation til bønderne kan man enten vælge at se som, at bøndernes alkoholforbrug var særligt problematisk, eller man kan vælge at se afsnittet som et eksempel på, hvordan personer i de øvre lag i samfundet så ned på pøblen. En mellemposition ville være at sige, at bønderne sandsynligvis drak ganske meget på daglig basis, men at det snarere var med henblik på at få ernæring frem for at opnå fuldkab, og måske fordi vand i sig selv var livsfarligt at drikke på grund af forurening.

I middelalderen levede bønderne af en temmelig tarvelig kost, og inden bønderne i Mellem- og Nord-europa begyndte at dyrke kartofler, var øl og brød den primære ernæringskilde. Problemet for bønderne er ifølge forfatteren primært baseret på deres ringe økonomiske kår. Bondefamilien er afhængig af en driftig mand, der tager sine penge med hjem til konen og børnene frem for at sidde og drikke dem op på et værtshus. Bonden har et ansvar og en forpligtigelse over for sin familie, som han bør prioritere lige under forholdet til Gud.

Det er forholdet til Gud, der vejer tungest ifølge forfatteren selv. Drukenskab er den mellemliggende variabel, som forplumrer den direkte kommunikation mellem mennesket

og Gud. Konsekvens: evig pinsel i Helvede! Peder Palladius' fremstilling af alkoholens negative effekter i relation til forholdet mellem Gud og menneske var et brud med det gejstlige syn på druk. Mindedrikkeskikken, der stammer fra den hedenske tro blandt vikingerne, havde i nogen grad overlevet katolicismen. Mindedrikkeskikken var dengang ikke kun forbundet med begravelser, men var et fast indslag ved gilder. Ud fra den islandske saga om Skjaldmjøden kan man se, at den danske drukkultur var forbundet med den nordiske mytologi. I vikingetiden var mjøden den lim, som forbandt den jordiske verden med gudernes kosmos. Vikingerne betragtede mjøden som en guddommelig drik, der overgav sine guddommelige kræfter, som. f.eks. kløgt og udødelighed, til den, der indtog den. Efter kristendommens indførelse i Danmark ca. år 965 var det dog i højere grad de to europæiske bølger af kristendom, den romersk katolske og den evangelisk lutherske, som forsøgte at sætte skik på drukkulturen, også selvom mange af de hedenske drikkeskikke og trosforestillinger overlevede den knap tusindårige periode.

Under katolicismen var druk ikke et direkte problem for den enkelte forhold til Gud, eftersom fx mindedrikke-skikken stadig var udbredt: Man drak skåler for de afdøde i form af skåler til helgener, Jesus eller Jomfru Maria. Denne skik var et levn fra vikingetiden, hvor man drak for de afdøde frænder, som i deres efterliv deltog i daglige gæstebud i Valhal.

Palladius' anbefalinger

En af de negative sundhedsmæssige konsekvenser, som præsenteres af Peder Palladius, er, at man forkorter sit liv ved overdrevent alkoholbrug. Da forfatteren sidestiller adfærd, der forkorter livet, med selvmord, er alkoholmisbrug således en kristen synd. Derudover optegnes kroniske og uhelbredelige sygdomme, der i

datiden blev kædet sammen med alkoholforbrug. At mennesket er syndigt er en fast del af den lutherske lære, og her ligger problemet for alkoholmisbrugere: Er man konstant påvirket, kan man ikke angre sine synder og ender derfor i Helvede.

Man kan nemt forestille sig, at Peder Palladius som en kirkens mand ville prædike afholdenhed, da man siden katolicismen har forsøgt at komme fråseri i mad og druk til livs. Men dette er ikke tilfældet. Peder Palladius indtager en moderat position, hvor druk i nogen grad er acceptabel, så længe den holdes inden for de rammer, han mener, kirken kan tillade. De rammer, der opstilles, må ses som skadesreducerende tiltag ud fra forfatterens perspektiv. Af råd gives der f.eks. en tre timers maksimumgrænse for, hvor lang tid det er rimeligt at drikke; at man skal huske på at tage hjem, inden det bliver mørkt, og huske at lade sin kone få en lige så god aften, som man selv har haft. Man bør i hvert fald ikke indlade sig på at irettesætte sin hustru, når man kommer drukken hjem - heller ikke selvom 'hun har behov for undervisning'. Nej, der skal man helst gå i seng og så tage diskussionen op på et ædru og fastende hjerte. Dette er først og fremmest af hensyn til hustruens ære, da et åbent skænderi kunne sætte hende i vanære. I andre af sine skrifter, baseret på tilsyn med de sjællandske sogne, nævner Peder Palladius andre skadereducerende råd, fx at man helst bør drikke i sit eget hjem eller i det mindste inden for en afstand, hvor man kan gå hjem. Det er trods alt ganske risikabelt at køre fuld hjem på hestevogn, man kan jo falde af og brække nakken.

I forhold til de mere sociale aspekter, som vedrører alkoholmisbrug, nævnes bl.a. fald i social anseelse og problemer med parforholdet. Social anseelse og parforhold kædes sammen, da Peder Palladius forestiller sig, at alkoholikerens fattige kone og arme børn i stigende grad bliver

afhængige af naboernes gode vilje. Den skitserede logik er som følger: Alkoholikeren bruger størstedelen af de penge, han tjener, på værtshuset. Når de hårdt optjente penge bruges dér, beriger man økonen, mens ens fattige kone og arme børn går derhjemme og sulter. Hvis man overlever at tage på værtshus (dvs. hvis man undgår at slå eller blive slået ihjel), så vil man jage konen ud af sengen midt om natten, og hun må søge tilflugt hos naboerne. Når naboerne gentagne gange oplever dette mønster, vil de begynde at ønske én død. Der levnes derfor ikke mange positive tanker på alkoholikerens eftermæle, snarere vil naboerne beklage sig over, at man ikke døde noget tidligere, og de vil fejre ens død frem for at sørge:

'Mon ikke man hellere ville få at høre efter hans død: Gammel var han nok, det havde været bedre, hvis han været borte for x år siden. Hvilken skarnsmand var han i sit hus, hvor tit måtte hans hustru nøgen op af sin seng og til naboerne, når han kom drukken hjem om natten. Gud være lovet, at han er borte, det er så ilde et liv, når alle beder ham ondt, den [gravsten] bliver snart våd, der hver mand spytter på.'
(Palladius, 1556, min oversættelse).

Man svigter med andre ord sit ansvar og sine forpligtigelser som husbond, når man bliver alkoholiker. Ens valg har ikke alene konsekvenser for en selv, men rammer også de mennesker, som er afhængige af en. Peder Palladius' syn på alkoholikeren er således, at alkoholikeren er et primitivt menneske, der ikke kan styre sine lyster og drifter til skade for sig selv og sine omgivelser.

Ærens betydning

Palladius' syn på bønderne har senere været karakteristisk i megen historieforskning, sandsynligvis på baggrund af samtidige fremstillinger af den primitive bonde. Man har tidligere valgt at se bønderne som primitive, åndsformørkede mennesker, der ikke kunne styre deres

impulser. Nyere dansk forskning af fejder i 1600-tallet peger dog i en ganske anden retning: Vold var i højere grad et udslag af større, bagvedliggende konflikter og slægtsfejder frem for spontane situationer, hvor bønderne ikke kunne styre deres affekter og undertrykke deres drifter. Skal man forstå middelalderens voldsomhed, mener sociolog Gorm Harste, at man bør se nærmere på forsvaret af æren. Ved at iagttage æresbegrebets betydning kan man bedre forstå det besynderlige i, at nogle mennesker i middelalderen foretrak at miste livet frem for æren. Æren var i middelalderen ikke kun individets egen, men en del af et større kollektiv: familien. Æren var slægtens repræsentation i individet, og individet blev derfor ikke bedømt som 'blot og bart menneske', men ud fra den placering og position, individet kunne forventes at indtage i samfundet. Æren var ganske væsentlig for middelaldermennesket. Der var ingen stabil retlig kontrol med individer, og man må derfor forestille sig, at individer konstant måtte søge kollektive alliancer. Ved reformationen var æresbegrebet stadig et væsentligt træk i samfundet, men ved starten af reformationen og frem til oplysningstiden vandt konceptet om det ansvarlige individ stadig større indpas.

Ligheder og forskelle

Her knap 500 år efter Peder Palladius' udgivelse kan man provokere spørge, om forebyggelsesindsatsen overhovedet har flyttet sig? Kernen i Palladius' forebyggelse, som jeg definerede i indledningen, var den manglende information på den ene side og det rationelle, men uvidende, individ på den anden side. Den kerne består som et grundvilkår. Før som nu gør man opmærksom på konsekvenser, der er forbundet med alkoholbrug, både fysiologiske og sociale konsekvenser, og nogle kampagner har et skadesreducerende formål som

fx Uge 40-kampagnerne, der omhandler genstandsgrænser. Religiøse argumenter er dog udeladt i dag, og generelt er den svulstige retorik tonet ned. Men man benytter stadig i nogle tilfælde skræmmescenarier, de alleryderste konsekvenser, som eksempler på, hvor galt det kan gå.

I forhold til de skitserede problemstillinger fra den nyere ungdomsforskning kan man reflektere over, hvorvidt Peder Palladius' bog repræsenterer et 'tunnelsyn' på et mindretals risikoadfærd. Dette er ganske svært at fastslå præcist. De fleste historikere er enige om, at danskerne drak en stor mængde alkohol til hverdag og til fest, og det ville være ganske forkert at påstå, at bønderne udgjorde et mindretal i befolkningen i middelalderen, da hovedparten af danskerne var bønder. Til gengæld kan man spørge, om bønderne udgjorde en særlig risikogruppe, da en del samtidige betretninger og opgørelser af importerede drikkevarer fra adelen viser, at adelen bestemt ikke holdt sig tilbage med at drikke og slå sig løs?

Peder Palladius' betoning af sociale konsekvenser passer dog fint i Flemming Balvig og Lars Holmbergs kategori med sociale overdriivelser. Det er næppe sandsynligt, at det var et generelt problem for pårørende til alkoholikere i middelalderen, at de altid blev jaget nøgne op om natten af deres fordrunkne ægtefæller. Dog har drukkenskaben været forbundet med vanære. Vanære kunne i alleryderste konsekvens betyde eksklusion fra det lokale samfund, hvilket har været ganske alvorligt for de implicerede, ganske enkelt fordi æren havde en så central betydning for livet i middelalderen. Det er også rimeligt at antage, at kvinder med alkoholiske ægtefæller kunne være afhængige af naboernes gode vilje. Uden for hjemmets rammer var jobmulighederne ganske få for kvinderne. De havde ikke mange valgmuligheder, typisk kunne de ernære sig som ølkone eller prostitu-



eret, der begge blev betragtet som skamfulde erhverv.

Alt i alt er det måske lidt fejlagtigt at spørge, hvor langt vi har flyttet os inden for forebyggelse, da en anden vinkel kunne være, at Peder Palladius var en meget visionær mand, som ud fra sin samtids forudsætninger kunne italesætte en række problemstillinger; problemstillinger, der stadig knytter sig til vores alkoholkultur. Også i dag er overdreven brug af alkohol knyttet tæt sammen med sociale, fysiske og økonomiske konsekvenser, der ikke blot belaster den enkelte, men også den enkeltes pårørende. I det perspektiv er der intet forunderligt i, at vores problemstillinger i forhold til overdreven brug af alkohol ikke har ændret sig, hvis vores alkoholkultur heller ikke har ændret sig i større grad. ■

LITTERATUR

- Arnórsdóttir, A.: Dødslejet, sjælemesser og donationskultur i middelalderen. I Werner, Y. (red) Acta Universitatis Stockholmiensis 71 udg. (pp. 65-88). Almqvist. 2004.
- Balvig, F. & Holmberg, L.: Er forebyggelse risikabel? Ungdomsforskning, Nr. 4, 9-16. 2006.
- Balvig, F., Holmberg, L. & Sørensen, A.: Ringsted-forsøget - livsstil og forebyggelse i lokalsamfundet. Jurist- og Økonomiforbundet. København. 2005.
- Blockmans, W. & Hoppenbrouwers, P.: Introduction to Medieval Europe 300-1550. Routledge. 2010.
- Boeson, G.: Arv og Eje - Årborg for Dansk Kulturhistorisk Museumsforening: Drikkeskik og Drikkekar i Danmark. Odense: Dansk Kulturhistorisk Museumsforening. 1968.
- Christiansen, P. O.: Drik og druk. I A. Rathje, B. Storgaard, & L. W. Sørensen, Himmelsk vin og jordisk føde (pp. 9-26). København: Christian Ejlers Forlag. 1997.
- Harste, G.: Når individet gør sig gældende - fra ære til ansvar og tilregnelighed. I J. T. Hansen, & M. Hermansen, Sociologisk udfordring til psykologien (pp. 25-52). Århus: Klim. 2000.
- Kjersgaard, E.: Mad og Øl i Danmarks Middelalder. Odense: Nationalmuseet. 1978.
- Lund, T.: Fødemidler. Bind V. København, Kristiania: Gyldendalske Boghandel Nordisk Forlag. 1903-04.

- Netterstrøm, J. B.: Bønder og vold i Herlufsholm Birk. I Det pryder vel en Ædelmand - Festskrift til Carsten Porskrog Rasmussen i anledning af hans 50-års fødselsdag (pp. 33-62). Hornslet: Dansk Center for Herregårdsforskning. 2010.
- Ph.d. Stud. Mathias Nordvig, symposium ved Århus Universitet, 1. april. 2011
- Palladius, P.: En Visitats Bog. København: Credo. 1957.
- Palladius, P.: Om drukkenskab [Aarsager, huor faare en Christen bør at sky oc fly den formædiede Drukkenskab]. København. 1907 [1556].
- Rasmussen, C. P.: Reformationen. I S. Busck, & H. Poulsen, Danmarkshistorien i grundtræk (pp. 119-128). Århus: Aarhus Universitets Forlag. 2008.
- Riddervold, A.: Drikkeskikker - Nordmenns drikkevaner gjennom 1000 år. 2009.
- Schievelbusch, W.: Paradiset, smagen og fornuften. Viborg: Politisk Revy. 1992
- Schlieve, C.: Fra Himmel til Helvede - Dansk drukkultur gennem 1000 år. Århus Universitet, ved vejleder Agnes Arnórsdóttir. 2011



MICRO-HJÆLP

Undertiden er det hverken mange ord eller kloge ord, der skal til for at ændre en situation, men de rigtige ord.

AF ERIC ALLOUCHE

I efteråret 2004 fik jeg en underlig henvendelse: En unge pige på 13 år kontaktede mig og fortalte, at hun gerne ville have min hjælp til at løse nogle problemer og fortsatte næsten ordret:

'Min far har været alkoholiker i 7 år, og det plager mig meget. Det hele startede, efter at han og min mor skulle skilles. Han begyndte at drikke mere og mere, og på et tidspunkt var det så slemt, at mig og min storebror ikke længere måtte være hos ham for min mor.

Han drikker dobbelt så meget nu, som han gjorde dengang, men min bror og mig besøger ham alligevel og spiser der hver torsdag. Min far passer sit arbejde, men hans hus ligner lort.

Nå, men her kommer spørgsmålene. Både min bror og min mor har sagt til min far hvad de synes om hans drikkeri, og at han burde holde op. Men han vil ikke. Vil det gøre noget forskel, hvis jeg også sagde det til ham?

Jeg har også en kæreste, jeg elsker ham meget højt, men han ved ikke, at min far er alkoholiker. Skal jeg fortælle ham det? Og hvordan tror du, han reagerer?

Mine veninder spiser tit sammen med mig hos min far, og det plejer at være hyggeligt nok, når de er der. Men min far er begyndt at kigge en del på dem. Altså seksuelt. Han har også taget på min ene veninde. Hun blev heldigvis ikke sur på mig, fordi hun godt ved, at jeg skammer mig meget over min far, men hvad skal jeg gøre? Jeg siger jo 'lad være' til min far, når han nærmer sig mine veninder på den måde. Men det virker åbenbart ikke.

Og så tilføjede hun:

'Jeg håber virkelig, du vil hjælpe mig, for jeg har brug for det.'

Jeg tænkte over det et stykke tid, overvejede forskellige muligheder, og så valgte jeg at forholde mig til de spørgsmål, hun havde stillet mig, og besvarede dem punkt for punkt.

Jeg kan ikke helt præcis huske indholdet af mit svar, men det blev sandsynligvis også ret kort og enkelt. Noget som tydeliggjorde det, som var muligt, og det som var umuligt, og det som var meget vigtigt, og det som var knap så vigtigt. Det blev sandsynligvis noget i retning af:

'Hvad angår din kæreste, så synes jeg, at du burde fortælle ham om din far. Jeg kan ikke forestille mig, at han vil synes, at det er et problem, som kan gå ud over dig, at din far drikker, og hvis han synes det, så betyder det, at han er en idiot, og at det bedste er, at du dropper ham.

Hvad angår din fars drikkeri, så tror jeg ikke, at det vil gøre en forskel, at du også siger ham, hvad du mener om det. Du må meget gerne gøre det, men lad være med at tro, at du kan få ham til at holde op med drikke. Du vil bare skabe frustration for dig selv.

Til gengæld, hvad angår din fars seksuelle opførsel i forhold til dine veninder: Det skal absolut stoppes. Hvis han ikke stopper lige med det samme, skal du ikke længere tage dine veninder med hjem til ham igen.'

Jeg tror, at jeg tilføjede et 'held og lykke med det' og en bemærkning som 'du er velkommen til at kontakte mig igen, hvis du får brug for det'... og så var det det.

Måske tænker I så: 'Var det virkelig alt?', og svaret er: 'Ja, det var det', og for at være helt ærlig ville

jeg sandsynligvis have glemt alt om den historie, hvis jeg ikke efterfølgende havde oplevet flere kolleger, som blev/var blevet meget indigneret over min måde at 'hjælpe' den unge pige på, da jeg fortalte dem den historie.

Og hvis det ikke var, fordi der kort tid efter kom et ret overraskende efterspil, ville jeg sandsynligvis selv have gjort alt for at glemme den historie eller i det mindste holdt den hemmelig af frygt af at miste mit omdømme, min autorisation som psykolog og mit selvværd.

Måske kunne man finde en undskyldning for ikke at have gjort mere for at hjælpe den unge pige ved at henvise til den historiske kontekst?

'Gyldne tider'

I 2004 var vi ikke så forfærdeligt fjernt fra misbrugsbehandlingens første dage, hvor det hele ikke var helt sat i rammer, og det heller ikke var så kompliceret som i dag. Dengang kunne en 'forbehandling' ofte nøjes med at være nogenlunde den tid, det tog en minibuss at køre fra Vesterbro til et eller andet behandlingssted langt ud på landet, hvor essensen af behandlingen var at gå rundt i en badekåbe og sige 'Hej, jeg hedder X, jeg er narkoman', og hvor efterbehandling var at blive udnævnt til misbrugsbehandler - og for nogle måske endda at blive kæreste med institutionslederen.

Man skulle lide af en meget særlig form for nostalgi for at savne disse dage eller betragte dem som misbrugsbehandlingens 'gyldne tider', men ikke desto mindre var det en tid, hvor mange mere eller mindre



mærkelige ting blev afprøvet.

De systemiske behandlere har et sødt, omend lidt enfoldigt motto, som passer meget godt til den tid: 'Hvis noget virker, gør mere af det'. I disse år virkede det dog, som om det blev tolket som: '...og hvis noget ikke virker, så er det, fordi du ikke gør nok af det.' Og dermed var tiden præget af folk, som gjorde meget af det, der virkede... og ekstra meget af det, der ikke virkede. Der var således mere af alt: mere kontrol, mere tillid, flere metoder og flere relationer, mere straf og mere belønning.

For mit eget vedkommende kunne man så tænke, at mit lille bidrag til tidens ånd blev: mere letsindig,

overfladisk og risikovillig behandling. Men sådan hængte det ikke helt sammen, og knap to uger efter fik jeg en uventet mail fra den samme unge pige, som skrev:

'Hej igen. Tusind tak for dine svar, Eric.'

Jeg fortalte det til min kæreste. Han sagde, at han var fuldkommen ligeglad med, om min far drak, for det var jo ikke ham, han elskede. Men han var glad for, at jeg fortalte ham det. Så det var fint.

I går tog jeg en snak med min far om det hele. Både hans drikkeri og det med mine veninder. Først benægtede han selvfølgelig, at han tænkte på mine veninder seksuelt, men jeg stod fast og

blev ved med at komme med små eksempler (som fx da han tog på min veninde), så han indrømmede det til sidst. Så sagde jeg også, at hvis han blev ved på den måde, ville det give konsekvenser. Jeg ville ikke komme dernede mere, og jeg vil SLET ikke tage mine veninder med, hvis han blev ved.

Så han lovede mig, at han nok skulle holde op.

Men jeg kan åbenbart ikke gøre det store ved hans drikkeri. Jeg sagde min mening om det, men det hjalp ikke.

Men så længe han holder sig fra mine veninder og opfører sig ordentligt, når jeg er på besøg, så overlever jeg nok.

Så mange tak. Du har virkelig hjulpet mig videre.'

Jeg var målløs, ikke kun over den unge piges mod og modenhed, men også over, at mine 'gode råd' havde været så effektive... og hvis der skulle være den mindste tvivl om det, så vil jeg gerne skynde mig at nævne, at jeg ikke plejer at give råd, og de få gange, hvor jeg gør det, så plejer folk ikke at følge dem...og hvis de tilfældigvis gør det, så virker de som regel ikke... Så jeg havde alle de bedste grunde i verden til at være overrasket over den afslutning.

Tilfældighed, held eller... ?

Hvad kunne være årsagen til det?

Det var indlysende, at det ikke var på grund af en af særlig smart eller effektiv metode og tydeligvis heller ikke på grund af en særlig god eller stærk relation.

'Ren tilfældighed' kunne have været et mere sandsynligt bud, men desværre er jeg blevet udlært i en tid og på et sted, hvor man ikke troede på tilfældighed, skytsengle eller karma... i hvert fald ikke som relevante og frugtbare forklaringer.

Efter lange overvejelser blev jeg nødt til at acceptere den eneste konklusion, som holdt:

Det måtte være, fordi jeg aldrig havde set den pige, og fordi alt var foregået på internettet, på hjemmesiden Netstofs psykolog-brevkasse.

At disse udvekslinger var fore-

gået på en brevkasse på internet-
tet og ikke i et kontor i den fysiske
verden havde åbenbart introduceret
nye elementer, som f.eks. det stærkt
øgede fokus i spørgsmålet og svaret
og den refleksivitet, som er tilknyttet
skriftsproget.

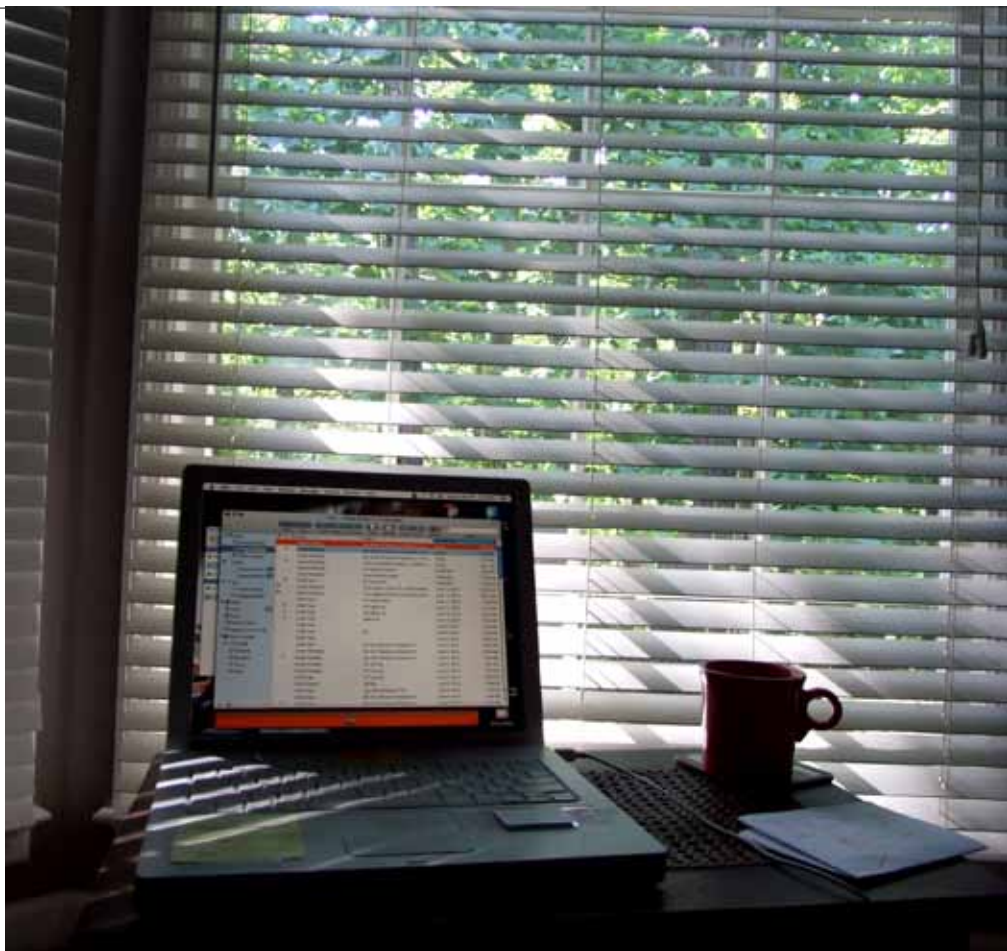
Jeg forestiller mig, at det er en
almindelig oplevelse, at skrift kan
fremhæve andre elementer end tale.
Man kan f.eks. godt skrive alene,
fordybe sig i det og få noget nogen-
lunde fornuftigt ud af det... om-
vendt vil man umiddelbart mene, at
en person, som har en dyb samtale
med sig selv, snarere vil være moden
til et besøg på en psykiatrisk afde-
ling.

Man bliver sikkert også mere fo-
kuseret, reflekterende og mindre fø-
lelsesladet, når man skriver, end når
man taler, og man skal sandsynligvis
gå helt tilbage til Platons Faidros for
at møde en betydelig mand - Sokra-
tes- som mener, at skriftsproget kun
er noget, som gør folk dummere...
Hvilket er en mulighed, som det vil
være upassende at gå videre med nu,
hvor jeg bruger min tid på at skrive,
og I bruger jeres tid på at læse...

For at komme tilbage til den unge
pige, så er det meget usandsynligt,
at hun ville have kunnet formulere
sig så præcist, hvis vi havde talt sam-
men i stedet for at skrive sammen.
Og for mit eget vedkommende ville
mit svar heller ikke have været så
klart og fokuseret, hvis jeg havde
sagt det.

Det fører os til det andet punkt,
som er, at det ikke kræver ret me-
get fantasi at indse, at tingene var
foregået fuldstændig anderledes,
hvis mødet havde fundet sted på
mit kontor. For at gøre det kort, så
ville hendes spørgsmål, mere eller
mindre bevidst, være blevet reformu-
leret i retning af problemer, som
skulle behandles, i stedet for spørgs-
mål, som skulle besvares.

Derudover ville der have været en
del small talk, meget omsorg (som
måske vil have tangeret til infantili-
sering og klientgørelse) og selvføl-



gelig en masse spørgsmål fra min
side. Kort sagt, efter en times sam-
tale ville de ting, hun havde fokuse-
ret på, da hun kom ind, have været
fuldstændig tabt.

Netstof.dk

Netstofs brevkasse kunne skabe
en ramme, som var næsten klinisk
renset for alle disse forstyrrelser, og
som på den anden side udnyttede
de positive elementer, skriftsproget
kunne tilføje: Folk henvendte sig
med et mere eller mindre velfor-
muleret spørgsmål eller problem,
og så skulle jeg bare komme med et
relevant, fokuseret og brugbart svar.
Ikke noget med at stille uddyben-
de spørgsmål eller skrive en masse
mails frem og tilbage. På en mærke-
lig måde opstod der en spontan regel
omkring brevkassen: Det var en 'one
shot'-forestilling, og selv om jeg som
regel altid sluttede mine svar med

'du er velkommen til at skrive igen',
skrev folk stort set aldrig igen.

Og da alle spørgsmål og svar er
åbne for alle på hjemmesiden, var
det ret vigtigt at svare ordentligt, el-
lers kunne man risikere at få mails,
som ville kalde en tilbage på Jorden
som f.eks.: *'Jeg blev jo irriteret, netop
fordi jeg skulle læse dine laaaanggeeee
indlæg for at finde ud af, hvilke gode
råde der gemte sig i dem!!! Sig mig en-
gang, ryger du selv hash??'*

I en tid begyndte jeg at tro, at ne-
trådgivning var en ualmindelig god
mulighed for at have fokuserede og
effektive interventioner, som var
baseret på gode og relevante råd...
men få måneder senere fik jeg en
dag en lige så underlig mail i brev-
kassen, som satte tingene i et helt
nyt perspektiv:

*'Jeg er en 40 årig hashmisbru-
ger med børn, hvor meget værre kan
det blive? Sad og ledte på nettet efter*



hjelptil-selvhjælp, og så dukkede du op. Snublede over dit link til www.can-nabishelp.org.uk og gik så i gang. Det er et rigtigt godt site, hvis motivation og selvkontrollen er bare nogenlunde intakt. Jeg og min mand var selvfølgelig dobbelt paranoide for 'verdens fordømmelse' og anede ikke, hvordan vi skulle gribe vores misbrug an, da vi først havde erkendt, at hash IKKE er et kært, romantisk og ganske ufarligt stof, der 'bare' kan bruges til lidt hygge!!

Sitet er på let læseligt skoleengelsk, nemt at finde rundt i, uden fordømmende undertoner, men med mulighed for konstant at se fremskridt og sejr. Det blev en rar og rolig oplevelse, som vi delte og vandt på. (..)

Jeg vil gerne sige tak for dit gode arbejde, du bruger en god tone og virker tillidsvækkende (...)

Venlig hilsen fra en hashoman med flere penge og et større smil end nogensinde set før.'

Lad mig sige det med det samme: Da jeg fik den mail, oplevede jeg, at det var længe siden, jeg havde følt mig så ydmyget! På trods af de søde ord kunne jeg ikke løbe fra, at det var et computerprogram, og faktisk et ret enkelt et af slagsen, som havde hjulpet dem... Og åbenbart hurtigere end alt det, jeg nogensinde havde præsteret! Der var slet ikke brug for en dygtig og vidende psykolog, som kunne komme med gode råd for at løse deres problem.

Betød det så, at man ligeså godt kunne lukke alle Danmarks misbrugsbehandlingsinstitutioner og erstatte dem med computere, eller - på en mindre dramatisk måde - at man skulle lære behandlerne rundt omkring at opføre sig som et computerprogram?

Hjælp til selvhjælp

Ifølge en del af den litteratur, man kan finde om emnet (bl.a. en stor monografi udgivet af EMCDDA i 2009 www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index78701EN.html), er der en - muligvis stor - gruppe mennesker med misbrugsproblemer,

som er tæt på at mene det, og som ligesom vores 'hashoman', er mere interesseret i at få hjælp til selvhjælp på nettet end at møde en behandler i kød og blod.

Ude i verden var der åbenbart et ukendt antal 'misbrugere', som mente, at de kunne selv, bare de fik lidt hjælp, og for hvem motivation stadig var et selvstændigt ord og ikke nødvendigvis noget, som skulle optræde i behandlingsprægede formler som 'motivationsbehandling', 'motivationsinterview' eller 'motivationscirkel'. En gruppe, som kunne gennemgå betydelige ændringer uden at gennemgå alle de kendte forandringstrin og faser.

Det var noget, som voldsomt udfordrede den almindelige - og meget udbredte - fornemmelse af, at der er proportionel forbindelse mellem et problems omfang og størrelsen af løsningen. Man lærer f.eks. som barn, at man ikke skyder gråspurve med kanoner, og at man heller ikke skal flytte et bjerg med en teske.

Freud selv plejede at svare - når man undrede sig over, hvor lang tid det tog en psykoanalyse at kurere en patient - at man ikke skulle forvente, at problemer, som havde stået på i flere år, kunne løses på få timer. Og når det kommer til misbrugsbehandling, så kunne den intuitive fornemmelse af et logisk forhold mellem problemer og løsninger lige pludselig fremstå som en slags 'magisk matematik', som kunne hævde, at man f.eks. skulle en måned i behandling for hvert år, man havde været i misbrug.

Åbenbart var der så nogle undtagelser... og i nogle tilfælde kunne meget lidt hjælp producere meget store effekter.

Måske var det det meste uventede, man kunne lære af erfaringerne fra nettet... at man kunne være heldig at løse store problemer uden at bruge store løsninger og uden at skulle være klogere end et computerprogram, hvis... ja, hvis hvad?

For få måneder siden fik jeg en

af de sjældne 'nr. 2 mail', som peger hen imod et svar på det spørgsmål, som jeg helt personligt godt kan lide:

'Hej igen Eric!

Jeg ved ikke rigtig, hvor jeg kan skrive et 'takke'-brev til dig, så jeg gør det bare her..

Jeg skrev til dig for et stykke tid siden om, at jeg havde meget svært ved at acceptere min kærestes fortid. Vores forhold var næsten ved at knække pga. det. Han var træt af, at jeg hele tiden brokkede mig over hans fortid, og jeg var bare træt af at være ked af det. Nogle gange kan nogle få ord gøre en stor forskel. Det gjorde dine! I dag tænker jeg ikke mere på hans fortid, men i stedet på vores fremtid sammen :-)

Vi har aldrig haft det bedre, og vi er nu forlovet :D

En gang til, mange tak for din store hjælp og gode råd!

Hvad var spørgsmålet? ... og hvad blev mit svar? Helt ærligt, ingen anelse. Hvis I er nysgerrige, kan I nemt finde dem på Netstof.. Sagen her er, som hun skriver det, at 'få ord kan gøre en stor forskel'... Ikke 'mange ord', heller ikke 'kloge ord', bare de rigtige ord... og hvad kan man ønske sig mere end at finde de ord, som kan åbne op for kærlighed og forbinde de mennesker, som hører sammen - på trods af forhindringer? ■

WWW.NETSTOF.DK

Netstof blev lanceret i 1998 af Flemming Licht og en række andre forebyggelseskonsulenter for at lette arbejdet med at svare på de mange forespørgsler om rusmidler fra skoleelever.

I dag samarbejder 26 kommuner om hjemmesiden, der bl.a. indeholder en brevkasse, hvor Eric Allouche sammen med Søren Holm, Henrik Thiesen, Silas Houlberg, Sigrid-Le, Thomas m.fl. besvarer spørgsmål fra unge. Se også artiklen i STOF nr. 4, hvor Flemming Licht skriver om baggrunden for netstof.dk

- på www.stofbladet.dk

Det værste er at stå udenfor



UDSAT!

Optegnelser om liv og død.

Af Knud Vilby.

127 sider. 175 kr. Socialpolitisk Forlag og Forlaget Per Kofod. 2011.

Der har aldrig kunnet herske tvivl om Knud Vilbys sociale engagement, men i denne bog kan man tydeligt mærke pulsen fra et varmt hjerte, der stadigt og stædigt kæmper for at belyse og forbedre kårene for de ringest stillede, hvad enten de bor

på Afrikas Horn, i tredjeverdens storbyer, i det gamle Østeuropa, i Nordvestkvarteret eller i udkantsdanmark.

I det sidste årti, hvor meget få har talt om social ulighed, og mange har benægtet, at den findes, har Vilby fastholdt sit fokus på social uretfærdighed, bl.a. via sit formandskab for Socialpolitisk Forening. Vilbys erfaringer og tanker er dermed også vigtige for dem, der beskæftiger sig med rusmiddelproblematikken, fordi langt flere berøres i samfund, der præges af ulighed.

Vilbys ambition med udgivelsen er at se på sociale problemer over lang tid og store afstande. Han leder efter et mønster, som kan forklare ligheder og forskelle i verden nu, og dengang han var en håbefuld knægt i Gevinge. Han gør det, fordi han føler sig forpligtet af en god start på livet og en velfungerende familie. Og fordi der er nogle spørgsmål, der nager ham. Hvorfor er der nogle sociale problemer, som vokser med stigende rigdom? Hvordan kan vi på én gang håndtere en fremtid med knappe ressourcer og stigende global konkurrence og samtidig fastholde anstændige levekår?

Provokeret af problematikken om udkantsdanmark og EU's rådne banan vender Vilby tilbage til en af sin ungdoms klassiske bøger om center og periferi. Han ved godt, at Andre Gunder Frank (1929–2005), der var guru på feltet dengang, ikke er i kridthuset mere, men mener alligevel, at der stadig kan hentes gode forklaringer med en mere marxistisk tilgang. Det, som Frank analyserede sig frem til, var, at de rige tager fra de fattige, og at centrene rager til sig på bekostning af periferien. Det gælder fortsat, mener Vilby, hvad enten vi taler England og de frigivne kolonier i 1970 eller København og Lolland i 2011. Centraliseringen, som bygger på en ubekræftet antagelse af, at større administrative enheder er mere økonomiske i drift, vrider Danmark skævt.

Vilbys definition på fattigdom er 'mangel på muligheder'. Selvfølgelig handler det dybest set om økonomi, men i praksis udmøntes det som mangel på uddannelse, job, bolig og sociale relationer. Det gør det alle steder, og det er just derfor, at fattigdom er og må være relativ. Vilby citerer Robert Chambers liste over det, de fattige selv mener kendetegner deres liv. Ud over mangel på penge nævner de social underlegenhed, isolation, sygdom, sårbarhed, svingende indtægter, magtesløshed og ydmygelse. Overordnet ser det ud til, at social sikkerhed er vigtigere for de adspurgte end høj levestandard.

Sådanne brede fattigdomskriterier kan bruges meningsfuldt overalt, mener Vilby og bruger dem selv til at analysere udviklingen af fattigdom i Danmark. Ifølge OECD og Arbejderbevægelsens

Erhvervsråd er antallet af længerevarende fattige (dvs. de, der i mere end tre år tjener under 50 % af gennemsnittet, dog minus studerende) i Danmark øget fra 30.000 til 47.000 fra 2001 til 2007. Samtidig er socialpolitikken stort set blevet forvandlet til beskæftigelsespolitik, og en sygelig optagethed af menneskers nytteværdi har bredt sig.

De gamle er blevet en ældrebyrde, de arbejdsløse hænges ud som nassere, de syge mistænkeliggøres, og selv svært invaliderede presses for deres restarbejdsevne. For egen regning kan jeg tilføje, at en stadig større gruppe af veluddannede til gengæld tjener godt på tvivlsomme kurser til arbejdssøgende og som coaches og selvudviklere. De rige tager stadig fra de fattige.

Til at beskrive den stigende nationale og globale ulighed inddrager Vilby Wilkinson og Pickett's 'Lighed'. Hvorfor lighed i samfundet gavner alle – en af de vigtigste bøger længe. De to forskere påviser med statistik fra 23 særdeles velundersøgte samfund, at stigende økonomisk ulighed medfører, at uddannelsesniveau, social tillid og mobilitet falder, mens mentale sygdomme, dødelighed, fedme, teenagegraviditeter, vold, mord og kriminalitet øges. Større ulighed indebærer, at flere føler sig sat udenfor, og det er det værste.

Det fører frem til, at Vilby anbefaler, at velfærdsstaten får et eftersyn og indrettes således, at der ikke er så mange automatiske ydelser til folk, der godt kan klare sig selv. Til gengæld skal der være nok til den gruppe, der altid vil have behov for støtte, og som vil være der, uanset hvor godt vi styrer et samfund. Det er vigtigt at indrette samfundet, så velfærdsstaten er på de flestes side. Den pågående snak om, at man ikke kan hæve skatterne i Danmark uden at risikere faneflugt, må manes i jorden, fordi det stærkt stigende antal af danske millionærer vidner om det modsatte.

Vilby afslutter med en bredsider mod den hidtil førte politik. Vækst må ikke være det eneste mål, for der findes vækst, som er mere skadelig end gavnlig, fx hele sikkerhedsbranchen: Flere nattevagter og alarmer er ikke udtryk for en positiv vækst, men for en stigende – ofte uberettiget – angst for kriminalitet. Desuden ser det i den rige del af verden ud, som om økonomisk vækst ikke længere har et ubetinget gavnligt potentiale, og det bør bruges som argumentation for at tage fat på de nødvendige ændringer, som en mere klimabevidst verden må påbegynde.

En forandring, som også må inkludere de mange, mange unge mænd uden uddannelse og udsigt til arbejde. De er med Vilbys ord ubrugelige og ofte socialt isolerede, da de ikke har råd til at gifte sig. Deres tilstedeværelse gør det nemmere at rekruttere soldater til krige, der ikke bør føres, og kan føre til bygning af fængsler, som på ingen måde bidrager til en bedre verden. Rettighederne som borger må igen sættes foran rettighederne som forbruger.

For tiden afvikles en trafik kampagne, hvor der på udvalgte steder er skrevet på vejen: Kør ordentligt!

Vilbys bog, som måske snarere er et langt og vidtfavnende essay, minder lidt om den kampagne og kunne sagtens opsummeres med formaningen: Lev ordentligt!

KAREN ELLEN SPANNOV
ETNOGRAF, MAG.ART., PH.D.

**REDAKTION:**

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

GRAFISK TILRETTELÆGGELSE:

Lucky Seven / Info@lucky7.dk
Korrektur: Leif Aidt
Tryk: Zeuner Grafisk as
Oplag: 3.000
ISSN: 1397 – 3385

Redaktionen afsluttet:

14. december 2011
Deadline for næste nummer:
1. marts 2012
STOF nr. 19 udkommer juni 2012
www.stofbladet.dk

ABONNEMENT:

Spørgsmål vedr. abonnement
og indlæg & artikler
sendes til bj@crf.au.dk

POSTADRESSE:

STOF / CRF København
Artillerivej 90, 2.
2300 København S

NYE DEADLINES FOR STOF ...

Fra 2012 udkommer STOF i juni og december

Redaktionen modtager gerne idéer og udkast til artikler hele året, så vi hele tiden har nye temaer og tekster på vej.

Deadline for artikler til STOF 19 er 1. marts 2012.

Skriv til os på bj@crf.au.dk

HUSK at melde adresseændring på bj@crf.au.dk , så du fortsat kan modtage bladet – og vi undgår unødige portoudgifter.



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.

STOF / CRF KØBENHAVN, ARTILLERIVEJ 90, 2, 2300 KØBENHAVN S



 **POST**
PP DANMARK

