

# Behandling af unge fra familier med alkoholproblemer

## Centrale problemstillinger når pårørende tilbydes hjælp.

AF THOMAS MACKRILL

Den helt overordnede problemstilling i forhold til behandling af unge fra familier med alkoholproblemer er: Hvad er pårørendebehandling?

For at komme denne problemstilling nærmere vil jeg beskrive tre rammer for psykologisk behandling, som pårørende typisk inddrages i. Rammerne er lidt firkantet opstillede, men det passer til mit formål, som er at skære feltet ud i pap.

### Traditionel misbrugsbehandling

Den første behandlingsramme er traditionel misbrugsbehandling. Her er fokus på behandling af personen med misbruget. Rammen kendetegnes ved, at den har til formål at forandre den misbrugendes adfærd i familien. En succesfyldt behandling er kendetegnet ved, at personen, der misbrugte rusmidler, ikke længere misbruger rusmidler. Dette illustreres her:

<b>Før</b>		<b>Efter</b>
A	⇒	A1
Misbrugende		Ikke misbrugende

Tanken i forhold til pårørendes deltagelse i denne ramme er, at inddragelse af de pårørende øger effekten. Når de pårørende er med, er der evidens for, at personen med misbruget med større sandsynlighed ændrer adfærd. De pårørende betragtes således som et element eller en brik i behandlingen af personen, der misbruger. Set fra de pårørendes side, er denne slags behandlingstilbud vigtige. De fleste pårørende synes, at det er godt, at der findes professionelle, der tager sig af behandlingen af personen i deres familie med et misbrug. Nogle gange kan det også være rigtig godt for den pårørende at bidrage i en sådan behandling for at hjælpe misbrugeren ud af sit misbrug.

Denne behandlingsramme er ikke en decideret behandling af den pårørende. Den pårørende kan måske få gavn af det, da en ende på misbruget ofte kan gøre den pårørendes liv betydelig mindre belastet. Hvis behandlingen ikke lykkes, kan dette måske også indirekte hjælpe den pårørende, for 'hvis de professionelle ikke kan hjælpe, hvordan skulle jeg som pårørende så

kunne gøre noget?’ Den pårørende kan således måske bruge en mislykket behandling til at slippe båndet til den misbrugende i et vist omfang. Denne behandlingsramme risikerer dog samtidigt at vedligeholde problemerne for de pårørende. Lad mig forklare, hvordan dette er tilfældet:

Familiestrukturen i familier med alvorlige alkoholproblemer er kendetegnet ved, at alkohol er det ’organiserende princip’ (se for eksempel Brown). Med dette menes der, at misbruget er centralt for måden, hvorpå familielivet tilrettelægges. Lad os tage et eksempel: En fars misbrug går ud over vigtige opgaver i familien. På grund af faderens misbrug forventer man *ikke* i familien, at faderen er nærværende om eftermiddagen og aftenen, at venner kan inviteres hjem, at der er ro, når man skal sove, at far dukker op til forældremøder osv. Familien skjuler faderens adfærd, så ikke-familiemedlemmer ikke får øje på det. De mange hensyn, der tages til familiemedlemmet med misbruget, betyder, at der samtidigt tages betydelig færre hensyn til de andre familiemedlemmer. Familien organiserer sig primært omkring misbrugeren. Den første behandlingsramme vedligeholder denne familiestruktur, da behandlingens formål primært fokuserer på familiemedlemmet med misbruget. At fokusere primært på familiemedlemmet med misbruget er præcis det, som familien plejer at gøre. Fra et familiodynamisk perspektiv er denne ensidige fokus på personen med misbruget således en del af familiens problem, og derfor kan en sådan behandlingsramme medvirke til at fastholde eller endda cementere de pårørendes problemer.

### **Familiebehandling**

Den næste behandlingsramme er familiebehandling, hvor misbrugeren er med. Denne ramme er kendetegnet ved at have et formål om øget trivsel for alle familiemedlemmer. Dette illustreres her:

#### **Før**

A

⇒

#### **Efter**

A1

Familiemedlemmerne mistrives

Øget trivsel blandt familiemedlemmerne

Her er det således alle familiemedlemmernes trivsel og ikke misbrugeren, der er det centrale. Denne ramme bryder med misbruget som det organiserende princip. Her er der tale om en form for pårørendebehandling. Denne slags pårørendebehandling er en form for skadesreduktion. Man søger at mindske de skader, som misbruget skaber. Denne behandlingsramme bryder med ’alkohol som det organiserende princip’ ved at sætte alle familiemedlemmernes interesser på dagsordenen.

### **Behandling af pårørende**

Den tredje og sidste behandlingsramme er behandling af pårørende som et selvstændigt tilbud, hvor personen med misbruget ikke deltager. Dette er kendetegnet ved et formål om et mere tilfredsstillende liv for den pårørende. Dette illustreres her:

**Før**

A

⇒

**Efter**

A1

Et utilfredsstillende liv som pårørende

Et mere tilfredsstillende liv som pårørende

Denne behandlingsramme er også en form for skadesreduktion. Der er en række grunde til, at denne behandlingsramme er vigtig for pårørende. For det første, benægter mange misbrugere deres problemer, eller de kommer måske aldrig i behandling. Hvis pårørende kun har adgang til hjælp, hvis misbrugeren erkender sit problem og er villig til at gøre noget ved det, så er der relativt få pårørende, der får et behandlingstilbud. For det andet står pårørende ofte tilbage med problemer, selv hvis den, der misbruger, er holdt op med at misbruge. At løse misbrugsproblemet er ikke nødvendigvis lig med at løse de pårørendes problemer. Nogle pårørende opdager en række egne problemer, når deres misbrugende pårørende er holdt op med at misbruge. At tage sig af en misbrugende person kan betyde, at man undgår af tage sig af sit eget liv. Når den misbrugende holder op med at misbruge, står en del pårørende tilbage med at skulle finde en ny måde at tage vare på deres eget liv på. En tredje grund til, at det er vigtigt, at denne ramme findes, er, at en del pårørende på næsten alle måder er lige så psykisk belastede som den, der misbruger. Dette viser en ny dansk undersøgelse af alkoholmisbrugere og deres pårørende i behandling (Lindgaard, 2008b). En fjerde berettigelse for denne ramme er, at en del pårørende har brug for en behandlingsramme, hvor personen med misbruget ikke er til stede, hvis de i det hele taget skal begynde at fokusere på deres egne interesser og behov og derved medvirke til at bryde alkohol som det organiserende princip i deres liv. Misbrugerens blotte tilstedeværelse kan virke særdeles forstyrrende ind på nogle unge, der for første gang udtrykker deres personlige holdninger og ønsker med stor angst for at blive hørt og forstået rigtigt af andre.

Hvis vi så spørger: Hvilke behandlingsrammer er ønskelige fra et pårørendeperspektiv? - så er svaret klart, at alle tre behandlingsrammer er vigtige for pårørende. Såvel traditionel misbrugsbehandling, familiebehandling, hvor misbrugeren er med, og behandling af pårørende som et selvstændigt tilbud bidrager til at mindske lidelse i forbindelse med misbrug.

Man fristes til at spørge: Hvad bør misbrugsbehandling være? Er det A) at få misbrugerne til at mindske eller stoppe deres misbrug, eller B) at mindske den samlede mængde lidelse, som misbrug forårsager? Fra et pårørendeperspektiv er svar B klart det mest ønskelige.

**Behandlingsstedet – hvem tilhører det, de pårørende eller personen med misbruget?**

Nogle vil måske tænke, at dette spørgsmål er overflødigt. Hvorfor kan behandlingsstedet ikke både være til personer, der misbruger, og deres pårørende? Erfaringen i TUBA viser, at en skelnen mellem, om et behandlingssted er de pårørendes sted, hvor man ikke behøver bekymre sig, om der kommer misbrugere (selv om disse ikke aktuelt er påvirkede), er afgørende for, om unge fra alkoholfamilier har lyst til at gøre brug af et behandlingstilbud. De unge ønsker typisk ikke at blive sat i bås med deres misbrugende forældre. Hvordan man er forskellig fra sine misbrugende forældre er ofte et centralt tema i de unges identitetsdannelse og derved også i deres behandling. Det er derfor problematisk, når de unge henvises til samme sted som deres misbrugende forældre, fordi det

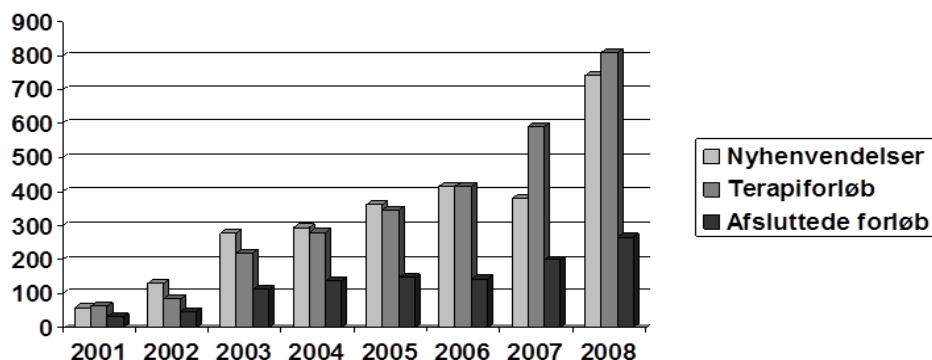
sender et klart signal til de unge om, at de hører til samme sted som deres misbrugende forældre. Det er præcis det, som mange unge af gode grunde kæmper imod. Unge, der henvender sig i TUBA, er i en proces, hvor de er ved at frigøre sig fra en familie, hvor misbrug har domineret deres liv. De er optaget af at finde andre måder at leve på, andre måder at have relationer til sig selv og andre på. De ønsker at komme til et sted, hvor det ikke er misbrugskultur, der dominerer stedet, men en kultur, der handler om, hvordan jeg og andre ligesom mig kan få et godt liv, selv med vores tunge bagage.

Mange unge er samtidigt særdeles følsomme over for, om der er mennesker, der misbruger, hvor de færdes. Enten har de unge, der starter i TUBA, en tendens til, at deres registrering af sig selv, af deres egne interesser, lyster, behov, kvaliteter og muligheder nedtones og forsvinder, når der er personer, der misbruger, til stede. Eller også får de bare lyst til at bevæge sig væk, når de registrerer, at der er personer, der misbruger, til stede. Mange unge begynder nærmest automatisk at flytte sig eller at flytte deres fokus væk fra sig selv, når der er misbrugere til stede. Det er det, som de typisk har været vant til igennem mange år. Tilstedeværelsen af personer, der misbruger, er således ofte en aktiv hindring for behandlingen af unge, der er ved at lære at fokusere på deres egne interesser, lyster, behov, kvaliteter og muligheder. Det, at TUBA er de unges sted, der er beregnet til deres personlige udvikling, bidrager til, at de unge begynder at fokusere på sig selv. Dette er ofte noget nyt for de unge, der gennem hele opvæksten er kommet i anden række.

For en god ordens skyld er det vigtigt at påpege her, at unge i TUBA kan medbringe forældre, der har et aktivt misbrug, til samtaler i TUBAs lokaler, så længe de ikke er påvirket under samtalen. Samtaler, hvor forælderen og terapeuten er til stede, gør det nemmere for parterne at høre hinanden og tale med hinanden, eller måske bruges terapeuten til at bevidne og bekræfte den unge i vurderingen af, hvad der er muligt. Det er en ganske anden fornemmelse, de unge får, når deres forældre inviteres af dem til deres sted, TUBA, til en samtale, hvor udgangspunktet er deres personlige udvikling, frem for når de unge inviteres til at deltage i deres forældres misbrugsbehandling.

Nogle unge fra familier med alkoholproblemer ved, at deres aktuelle problemer kan have forbindelse med deres forældres alkoholmisbrug, men gør ikke noget ved disse problemer, da alkoholmisbruget stadig er et tabu. Nogle unge fra familier med alkoholproblemer knytter ikke en forbindelse mellem deres problemer og deres opvækstvilkår. Rigtige mange unge henvender sig til TUBA, og tallet er stærkt stigende (se figur 1.)

Figur 1.



Det store antal henvendelser til TUBA tyder på, at mange unge finder TUBAs tilbud relevante, og at TUBAs tilbud er tilrettelagt på en sådan måde, at de unge får lyst til at gøre brug af dem. Det er afgørende, at indsatsen for de pårørende organiseres på en sådan måde, at de pårørende både får lyst til at henvende sig, og at de får gavn af tilbuddet.

### **Evidens og behandling af pårørende – hvad stiller man op?**

Den traditionelle evidens-tænkning kobler bestemte diagnoser med manualiserede behandlingsformer i randomiserede, kontrollerede forsøg i et forsøg på finde ud af, hvad der virker bedst for hvem. Umiddelbart er det svært at koble denne tænkning op på behandling af de unge, som er en gruppe, der har meget til fælles, men som samtidigt er heterogen. Det at vokse op i en familie med alkoholproblemer er ikke en diagnostisk kategori. Den blev afvist som en særlig diagnose i 1980'erne. De unge falder i stedet typisk ind under en række forskellige diagnostiske kategorier, såsom angst, depression, selvmords-adfærd, spiseforstyrrelser, misbrug, posttraumatisk stressforstyrrelse (Lindgaard 2008a, 2008b). I TUBA er vi generelt varsomme med brugen af diagnostiske begreber som f.eks. depression, da unge i TUBA med symptomer på depression derudover typisk har en række personlige og sociale problemer, der relaterer sig til deres opvækst og omstillingen til voksenlivet. Selv om de unge indfrier kriterierne for en depressionsdiagnose, så skal deres problemer forstås som meget mere og andet en depression. De forskellige manualiserede behandlingsformer for de forskellige diagnoser viser ingen udviklet forståelse af, hvad en opvækst i en familie med misbrugsproblemer betyder for unge. Vores erfaring i TUBA er, at en forståelse for forbindelsen mellem de unges lidelser og deres livsvilkår som unge fra familier med misbrugsproblemer er afgørende for de unges behandling. De unge har brug for et specialiseret tilbud, der tager højde for deres særlige vilkår.

Hvad gør vi så med det stigende krav om evidens? I TUBA har vi valgt at følge noget, der hedder *practice based evidence* i stedet for *evidence based practice*. Kort fortalt går det ud på at generere evidens for det faktiske arbejde, der laves i praksis, ved et omfattende dokumentations- og evalueringsarbejde. Terapeuterne og de unge monitorerer løbende praksis til at forbedre praksis. Vi måler forandring ved standardiserede metoder. Konkret har vi for eksempel iværksat en undersøgelse af, hvordan vores behandling virker på de unge, som har symptomer på depression. Vi er ved at udvikle en 'baseline' af aktuel viden, færdigheder og holdninger i forhold til arbejdet. Vi gør os løbende refleksioner over aktuelle styrker og god praksis. Vi bestræber os på at have et tillidsforhold til vores terapeuter. Dette betyder dog ikke, at psykoterapeuter i TUBA ser bort fra den viden, der findes om behandling af specifikke lidelser som depression, angst, traumer osv. For eksempel vil unge i TUBA med depressive træk typisk blive udfordret på deres negative kognitive vurderinger og adfærd.

Psykoterafilfeltet er præget af en række indbyrdes konkurrerende retninger. Disse retninger praktiseres på meget forskellige måder af deres tilhængere. Retningerne er efterhånden alle udviklet i adskillige udgaver. Forskning i behandlingseffekt har vist (med visse undtagelser), at forskelle i effekt i ringe grad kan tilskrives den retning, terapeuten bekender sig til. Dette har ført til det, der kaldes *antagelsen om nonspecificitet* (se f.eks. Hougaard; Hubble, Miller & Duncan; Asay & Lambert & Lambert & Barley). Antagelsen er, at det i høj grad er fælles faktorer på tværs af retningerne, som er årsag til psykoterapiens effekt. I TUBA læner vi os derfor ikke op ad en bestemt

retning inden for psykoterapi. Dette betyder dog ikke, at vi undlader at forholde os til centrale debatter i terapifeltet.

I de næste afsnit rettes blikket mod nogle centrale spørgsmål eller dogmer inden for behandlingspraksis, og disse relateres til behandling af de unge. Jeg forestiller mig ikke, at behandlere i Danmark i dag praktiserer psykoterapi med et entydigt udgangspunkt i de anførte dogmer. Jeg benytter bare dogmerne som afsæt for en diskussion af behandlingspraksis:

### **1. Skal behandling være problemfokuseret?**

Mange unge pårørende har brug for hjælp til at blive bedre til at løse de problemer, som de står over for. Ofte er de uvidende om vigtige muligheder. Da mange af de unges forældre har løst deres problemer ved at drikke, så har mange af de unge brug for at finde andre rollemodeller og hente inspiration fra dygtige problemløsere. Mange unge har brug for hjælp til at evaluere deres problemløsning. Når man har prøvet at hjælpe sine drikkende forældre ud af misbruget i årevis uden succes, så er det vigtigt at få hjælp til at reflektere over, om hjælpen faktisk hjælper. Dette gælder ikke kun i forhold til forældres misbrug. En del unge fastholder problemsløsningsstrategier i deres liv, der ikke virker for dem, uden at reflektere over dette. Mange unge har brug for hjælp til at skelne mellem de problemer, der kan løses, og de problemer, som de skal leve med, og som hører et almindeligt menneskeliv til. Der er således en række gode grunde til at have et problemfokus i behandlingen af de unge.

Samtidigt er et entydigt problemfokus i behandling af pårørende problematisk. At fokusere entydigt på problemer er noget, som mange pårørende har gjort i årevis. De har været på vagt, været årvågne, holdt øjnene åbne for nuværende og kommende problemer. Livet i en alkoholfamilie er typisk kendetegnet ved, at det er delt i to faser (se Christensen). Der er tørre og våde perioder, hvor misbrugerens ædru eller drikker. Under de våde perioder er børnene typisk optaget af at håndtere, at deres forældre er berusede, og i de tørre perioder er de optaget af at forudsige eller evt. forsøge at modvirke en kommende våd periode. En del unge får problemer, når de flytter hjemmefra, fordi der ikke løbende kommer misbrugsproblemer, og det finder de meget utrygt eller mærkeligt. Det er jo det, de har været vant til. Nogle knytter sig så til andre mennesker, der løbende skaber problemer. Nogle bliver kroniske hjælpere for dem, de møder, og nogle få skaber så løbende selv problemer. Derigennem genskaber de et miljø, som de kender hjemmefra. Godt nok var misbruget problematisk i familien, men de vænnede sig til det, og det blev det trygge for dem. Hvis en behandling er ensidigt problemfokuseret, så risikerer man, at man ikke udfordrer de unge på deres problemsøgende adfærd, og derved er der en fare for, at man bidrager til at vedligeholde den unges problemer.

Hvad er så alternativet til et problemfokus? Der er sikkert mange bud, men her er et par stykker. Man kan f.eks. fokusere på de unges gode oplevelser og få dem til at beskrive og dele dem. En del unge har meget svært ved dette og oplever angst, når de prøver dette. En anden mulighed er at bede den unge beskrive et godt liv, gerne i detaljer, sådan at den unge deler og lever sig ind i en alternativ måde at leve på og samtidigt hører andres tanker om et sådant liv. En tredje mulighed er at sætte fokus på den unges selvbillede eller identitet uden at have hensigter om, at det skal ændres. Dette handler om at vise interesse for, hvad den unge er for et menneske. Hvad kendetegner de unge som mennesker? Hvad kan de lide eller ikke lide? Hvad optager dem? Hvad

tillægger de værdi? På hvilke måde ligner de bestemte andre eller er forskellige fra andre? Alle disse tre eksempler er måder at træne og anerkende noget, der ikke er et problemfokus, noget som jeg kalder et 'jeg-fokus'.

## **2. Skal behandlingen fokusere på opvæksten (eller livet i misbrugsfamilien)?**

Der er gode grunde til at fokusere på opvæksten i misbrugsfamilien, når vi har at gøre med behandling af unge, der er opvokset i familier med alkoholproblemer. Mange har brug for at fortælle om, hvad de har oplevet. De unge har ofte brug for hjælp til at få barndommen eller livet i misbrugsfamilien til at give mening, eller for at dele hvor meningsløst det føltes. Mange har brug for hjælp til at bearbejde sorg og traumer fra opvæksten. En forståelse for dynamikken i opvækstfamilien bidrager til, at nogle finder andre måder at tilrettelægge deres voksenliv på. Men dette fokus er langt fra tilstrækkeligt. Unge pårørende står også med problemer om, hvordan de skal leve et anderledes liv end det, de oplevede under deres opvækst. Mange kommer ikke videre, medmindre der også fokuseres på deres liv væk fra forældrene/misbrugeren. Der er brug for et fokus på, hvordan man lever livet på en anden måde. Mange unge har brug for inspiration, ideer, gode råd, hjælp til at få øje på det, deres opvækst har gjort dem blinde for (f.eks. at huske sig selv). Mange unge har brug for, at behandlingsstedet repræsenterer en anden måde at leve på, hvor behandlerne tør være rollemodeller; repræsentanter for andre måder at have relationer på, være på og leve på. Hvis behandleren ikke tør være rollemodel, så overlades den unge til at finde sin vej med kun de erfaringer, han eller hun har med sig, som ikke altid er lige brugbare. Nogle behandlere har den holdning, at terapeuter ikke skal give råd. Selvfølgelig skal behandlere ikke fortælle de unge, hvad de skal gøre, men behandlere må gerne oplyse om alternative handlemuligheder. Mange unge fra familier med misbrug er sultne efter den slags konstruktive oplysninger.

En ensidig fokus på opvæksten skal derfor undgås. Med en sådan fokus risikerer man utilsigtet at fastholde den unge i en identitet som barn af en misbruger frem for at støtte den unge i at udvikle en egen voksenidentitet.

## **3. Må behandleren 'self-disclose'?**

I det foregående afsnit har jeg orienteret om betydningen af, at behandleren tør være rollemodel og repræsentant for en anden kultur end misbrugskulturen. I dette afsnit berører jeg et andet aspekt af dette. Mange unge pårørende er som tidligere nævnt typisk vant til, at deres forældre med et misbrug opfører sig på forskellige måder, afhængigt af om de er ædru eller berusede. Med den erfaring udvikler en del unge en frygt for, at andre mennesker vil skifte adfærd på en tilsvarende måde, og de kan have svært ved at stole på voksne. Hvis behandleren for eksempel af den unge opleves som tålmodig, sød og varm, så går den unge måske og frygter, at dette er en facade, og afventer, at behandleren skifter adfærd.

Som modstykke til den typisk omskiftelige måde misbrugere opfører sig på, vægter vi i TUBA, at vores terapeuter handler på en sammenhængende måde, og at der er en høj grad af overensstemmelse mellem deres værdier og deres handlinger, og at dette er synligt for den unge. Frem for at have en ideel forestilling om, hvordan man burde fremtræde som behandler, så har vi TUBA valgt at vægte, at behandleren skal bestræbe sig på at være autentisk. Vi anser autentiske og

respektfulde møder mellem den unge og terapeuten som et centralt modstykke til de benægtende og grænseløse relationer, som ofte råder i misbrugsfamilier.

#### **4. Hvad er forskellen mellem behandling af pårørende børn og voksne børn?**

Den store forskel mellem behandling af pårørende børn under 18 og voksne børn over 18 drejer sig om graden af afhængighed af forælderen med misbruget. For at forstå dette, er det vigtigt først at skelne mellem praktisk og psykisk afhængighed. Barnet under 18, der har en forældremyndighedsindhavere med et alkoholproblem, eller barnet, der skal være boende eller besøgende hos en forælder, der har et alkoholproblem, har en praktisk afhængighed af forælderen med misbruget. De er ikke frie til at bevæge sig væk fra deres misbrugende forælder eller til at lade være med at forholde sig til deres misbrugende forælder medmindre en anden person eller myndighed griber ind og ændrer deres livsvilkår. Den misbrugende person har en praktisk magt over deres liv. Denne gruppe er karakteriseret ved, at de pårørende børn ikke kan løsrive sig rent praktisk. Den psykiske afhængighed er noget ganske andet. Selv efter at ens forældre med et alkoholproblem er døde, så kan man stadig være psykisk afhængig af dem. Dette sker for eksempel, hvis man opfører sig, som om forælderen stadig havde en praktisk magt over ens liv, selv om dette ikke længere er tilfældet. Dette kan vise sig ved, at man for eksempel undgår at gøre ting, som den misbrugende forælder ikke havde ønsket. Selv om man har flyttet sig fra sin misbrugende forælder rent fysisk, så har man billedligt talt stadig forælderen siddende på nakken.

Under opvæksten er der typisk en glidende overgang, hvor den praktiske afhængighed aftager. Det hænger typisk sammen med det at flytte hjemmefra. At flytte hjemmefra indebærer en lang periode inden flytningen, hvor unge forestiller sig og forbereder sig på et liv væk fra deres misbrugende forældre. Samtidig indebærer det en lang periode, efter at den unge er flyttet, hvor betydningen af den tidligere praktiske afhængighed i stigende grad går op for den unge, og hvor den unge bliver opmærksom på sin psykiske afhængighed og måske begynder at gøre noget ved den.

Barnets benægtelse af problemerne i misbrugsfamilien og fortrængningen af negative følelser og tanker er barnets beskyttelse. Disse er barnets måde at holde situationen ud på. Behandlere skal være særdeles varsomme med at udfordre barnets beskyttelse, når barnet er praktisk afhængig af en misbrugende person. Hvis dette gøres, er det afgørende, at barnet har nogen i sit netværk, som han eller hun har tillid til og kan tale om misbruget med. Hvis vi fratager eller modarbejder barnets beskyttelse og efterlader barnet alene uden nogen at tale med, så medvirker vi til, at barnet oplever øget angst og endnu et svigt.

Mange unge kommer i TUBA, fordi deres benægtelse af problemerne er ved at forsvinde. Deres tidligere måde at beskytte sig på (dvs. benægtelsen og fortrængningen) er krakeleret eller er ved det. Beskyttelsen er ikke længere funktionel, da de unge ikke længere er praktisk afhængige af deres misbrugende forældre, og den psykiske afhængighed er måske også ved at smuldre. De unge er ofte angste og skal til at finde en ny måde at klare livet på. Krigsflygtninge oplever noget tilsvarende. Når de er kommet væk fra krigen og begynder at opleve tryghed, så bliver de ofte overvældet af følelser, som de længe har kunnet holde på afstand. Unge fra familier med alkoholproblemer oplever ofte noget tilsvarende. Når ting er ved at blive bedre, så kommer følelserne væltende. Dette er et tegn på, at de unge er på rette spor. De unge har her særlig brug for



hjælp til at forstå, hvad der sker med dem. Mange unge, der henvender sig i TUBA, oplever dette og tolker de mange følelser som et tegn på, at noget er alvorligt galt med dem. Dette er forståeligt, da oplevelsen kan være meget voldsom for de unge. De unge har brug for støtte til at klare overgangen fra et liv i en misbrugsfamilie til et liv væk fra misbrugsfamilien. Denne hjælp kan være af kortere eller længere varighed afhængigt af den unges konkrete behov.

Når vi behandler børn, der er praktisk afhængige af deres misbrugende forældre, så skal vi tage hensyn til denne afhængighed. Når vi behandler unge voksne fra familier med alkoholproblemer, så skal vi gøre det med en viden om de udviklingsprocesser, disse unge typisk gennemgår. Det kræver, at behandleren har speciel viden.

### **5. Hvad er tidlig indsats, når det gælder arbejde med pårørende?**

Er tidlig indsats det at give familiebehandling til familier, hvor der misbruges? Eller er det at arbejde med unge fra familier med misbrugsproblemer, inden de selv får børn, og inden deres problemer vokser dem over hovedet, og så de selv undgår at udvikle et misbrug? Begge er vigtige former for forebyggelse.

### **Hvad siger vores erfaring?**

Behandling af pårørende handler om at støtte pårørende i at få et mere tilfredsstillende eget liv.

Behandling af pårørende handler ofte om, at de pårørende skal finde en tilfredsstillende måde at tilrettelægge og organisere deres relationer til sig selv og andre på.

Behandling af pårørende handler ofte om, at den pårørende skal tilrettelægge og organisere sit liv, sådan at den pårørendes egne interesser bliver varetaget. Behandling af pårørende handler ofte om at støtte pårørende i at skabe - og leve med udgangspunkt i - en anden kultur end en misbrugskultur.

Ofte handler behandling af pårørende om at finde en måde at leve med at have en misbrugskultur som nabo. Det vil sige at kunne håndtere at have familiemedlemmer, der stadig misbruger.

Det er vigtigt, at indsatsen for de pårørende organiseres på en sådan måde, at de pårørende får lyst til at henvende sig, og at de får gavn af tilbuddet.

FORFATTER

**THOMAS MACKRILL**

PSYKOLOG, PH.D., ARBEJDER I TUBA

Thomas Mackrill, Ph.D, er faglig konsulent, forsker og tidligere fuldtidsbehandler ved TUBA. Artiklen er skrevet på baggrund af et oplæg til en national konference om pårørende til stofmisbrugere arrangeret af KABS VIDEN, Rusmiddelcenter Odense og Silkeborg Kommune i februar 2009.

## FAKTA

TUBA er et landsdækkende terapi- og rådgivningstilbud for unge fra familier med alkoholproblemer og er en del af Blå Kors Danmark. I 2008 havde TUBA ca. 800 unge i behandling på landsplan. Antallet er stigende. Hvis man vil vide mere om TUBA, kan man finde det på [www.tuba.dk](http://www.tuba.dk), som er hjemmesiden til de unge, eller [www.tuba.blaakors.dk](http://www.tuba.blaakors.dk), som er en hjemmeside med baggrundsmateriale om TUBA.

Artiklen her er skrevet til alle, der er optaget af behandling af pårørende til alkohol- og stofbrugere. Mange af de beskrevne problemstillinger gør sig gældende bredt inden for feltet. Titlen er snæver, da min tilgang til feltet stammer fra erfaringer i TUBA, som tilbyder rådgivning og terapi til unge fra familier med alkoholproblemer. En del af mit arbejde i TUBA har været at udvikle en faglig profil for TUBAs arbejde (TUBA, 2008). Denne artikel fremlægger en del af tankegodset for den faglige profil. Artiklen kortlægger en række centrale problemstillinger vedr. behandling af unge fra familier med alkoholproblemer (herefter 'de unge'), og dernæst er der en faglig stillingtagen til problemstillingerne. Artiklen indeholder ingen review af forskningen på feltet. Hvis du ønsker en review, så se Lindgaard (2008a eller 2008b). Artiklen oplyser, hvor TUBA aktuelt står i forhold til problemstillingerne. Metodisk er dette rids over centrale problemstillinger genereret ved fire skridt: Jeg har reflekteret over, hvordan behandling ser ud fra de unges perspektiv. Jeg har forsøgt at koble en forståelse af behandling af de unge med en forståelse af livsvilkårene for unge fra familier med alkoholproblemer. Jeg har prøvet at gennemtænke behandling af de unge i forhold til de stigende krav til evidens på feltet. Og endelig bygger artiklen på nogle af Alex Kastrup Niensens tanker om behandling af unge fra familier med alkoholproblemer. Alex Kastrup Nielsen stiftede TUBA i 1997.

## LITTERATUR

- Asay, T. P. & Lambert, M. J.: The Empirical Case for the Common Factors on Therapy. I: Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (eds.): The Heart and Soul of Change. Washington DC. American Psychological Association. 1999.
- Brown, S.: Treating Adult Children of Alcoholics. A Developmental Perspective. New York: John Wiley & Sons. 1988.
- Christensen, H.B.: Børnefamilier med alkoholproblemer. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2000.
- Hougaard, E.: Psykoterapi - teori og forskning. Dansk Psykologisk Forlag. 2004.
- Hubble, M.A., Miller, S.D. & Duncan, B.L.: The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy. New York: APA. 1999.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. : Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In Psychotherapy Relationships that Works (Norcross, J.C. ed.). Oxford University Press. 2002.
- Lindgaard, H.: Familier med alkoholproblemer og deres børn - en sammenfatning. TUBA. 2008a. Downloades fra [www.tuba.blaakors.dk/Default.aspx?ID=2091](http://www.tuba.blaakors.dk/Default.aspx?ID=2091)
- Lindgaard, H.: Afhængighed og relationer – De pårørendes perspektiv. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2008b.
- TUBA: Den faglige profil. Downloades fra: [www.tuba.blaakors.dk/Default.aspx?ID=2090](http://www.tuba.blaakors.dk/Default.aspx?ID=2090)). TUBA. 2008.