

# ALKOHOL

---

## Misbrug og mestring



Om tilbagefaldsforebyggelse som metode  
i døgnbehandling af alkoholmisbrugere

---



# **ALKOHOL**

## **Misbrug og mestring**

Om tilbagefaldsforebyggelse som metode  
i døgnbehandling af alkoholmisbrugere



Af Anne Samuelson, Per Nielsen og Steffen Røjskjær

Udgiver:

Behandlingshjemmet Ringgården  
Afdeling for forskning og formidling

Sats, repro og tryk:

Myrens Grafiske Hus A/S

Rapporten kan rekvireres hos:

Ringgården  
Strandvejen 1  
5500 Middelfart  
Telefon 6441 2505  
Fax 6441 5981

© Forfatterne

1. Oplag, 2. Udgave - September 2002.  
ISBN 87-980119-3-6

Anden gengivelse af mindre afsnit fra rapporten  
er tilladt med tydelig kildeangivelse.



# Indhold

- Forord
- Forfatterens forord

## 1.0 Introduktion

1.1	Hvad er Ringgården .....	11
1.2	Ringgårdens klienter .....	11
1.3	Forskning og formidling - en vigtig del af Ringgårdens arbejde .....	13

## 2.0 Ringgårdens syn på afhængighed og tilbagefald

2.1	Den misbrugspsykologiske referenceramme .....	14
2.1.1	Ringgårdens opfattelse af afhængighed .....	14
2.1.2	Afhængighedsbegrebet historisk set .....	16
2.1.3	En kognitiv model for tilbagefaldsforebyggelse .....	17

## 3.0 Ringgårdens behandlingsmetode

3.1	Behandlingsmål og succeskriterier .....	22
3.2	Ringgårdens behandlingsstruktur .....	22
3.3	Tilbagefaldsforebyggelse .....	26
3.3.1	Kortlægning, motivationsbearbejdning og indsigt i egen situation .....	26
3.3.2	Udvikling af mestringsstrategier og stopmetoder .....	29
3.3.3	Social handleplan .....	30

## 4.0 Undersøgelsens tilrettelæggelse

4.1	Formålet med undersøgelsen .....	32
4.2	Materiale, design og metode .....	32
4.3	Repræsentativitet .....	34

## 5.0 Undersøgelsgruppen ved indskrivning

	Sammenfatning .....	35
5.1	Demografisk karakteristik .....	35
5.1.1	Demografiske forhold .....	35
5.2	Misbruget før behandlingen .....	38
5.2.1	Centrale forhold omkring misbrug .....	38
5.2.2	Drikkemønster .....	40
5.2.3	Medicin og narkotika .....	40
5.3	Karakteristik af de psykologiske mestringsstrategier .....	41

5.3.1	Højriskosituationer .....	41
5.3.2	Strategier mod drikketrang .....	42
5.3.3	Stopmetoder .....	43
5.3.4	Drikkemålsætning .....	43
5.4	Diskussion .....	44
<b>6.0</b>	<b>Undersøgesgruppen ved indskrivning</b>	
	Sammenfatning .....	46
6.1	Psykologiske mestringsstrategier og stopmetoder fra ind- til udskrivning .....	47
6.2	Udbyttevurderinger af behandlingen .....	50
6.3	Planlagt efterbehandling .....	51
6.4	Frafald under behandlingen .....	52
6.5	Diskussion .....	52
<b>7.0</b>	<b>Undersøgesgruppen i efterundersøgelsen</b>	
	Sammenfatning .....	54
7.1	Baggrundsoplysninger om efterundersøgelsen .....	55
7.2	Demografiske forhold før og efter behandlingen .....	56
7.3	Misbruget før og efter behandlingen .....	59
7.3.1	Drikkemønsteret før og efter behandlingen .....	59
7.3.2	Maksimalt indtag af alkohol .....	60
7.3.3	Moderat indtag af alkohol .....	61
7.3.4	Medicinforbrug .....	61
7.4	Misbrugsforhold i efterundersøgelsen .....	62
7.4.1	Tilbagefald .....	62
7.4.2	Vurdering af drikkemønster .....	63
7.4.3	Kontrol over alkoholforbruget .....	64
7.4.4	Hukommelsessvigt og reparationsadfærd .....	64
7.5	Oplevelse af gruppeterapien .....	65
7.6	Oplevelse af behandlingsindholdet .....	67
7.7	Behandlingsudbytte .....	68
7.8	Diskussion .....	69
<b>8.0</b>	<b>Dødelighed i efterundersøgelsen</b>	
	Sammenfatning .....	71
8.1	Dødelighed, alder og dødsårsager .....	71
8.2	Diskussion .....	72

<b>9.0 Hovedpointer i forhold til formålet med undersøgelsen</b>	
9.1 Formål 1. Virkningen af en veldefineret døgnbehandlingsstrategi	
Sammenfatning .....	74
9.1.1 Psykologiske mestringsstrategiers	
betydning for udbyttet af behandlingen .....	75
9.1.2 Gruppeterapiens betydning for udbyttet af behandlingen .....	76
9.2 Formål 2. Virkningen af behandlingen for særlige grupper	
Sammenfatning .....	80
9.2.1 Demografiske forhold og udbytte af behandlingen .....	81
9.2.2 Forhold omkring misbrug .....	81
9.3 Formål 3. Klientadfærden efter behandlingen	
Sammenfatning .....	83
9.3.1 Tilbagefaldsforebyggende strategier og tilbagefald .....	84
9.3.2 Efterbehandlingen .....	85
<b>10.0 Diskussion og perspektiver</b>	
10.1 Før behandling .....	87
10.2 Ved behandlingens afslutning .....	87
10.3 Forløbet efter behandlingen .....	88
10.4 Hvad er de virksomme elementer .....	89
10.5 Konklusion .....	91
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>92</b>



*Carsten Koch*  
Carsten Koch

*København, den 2. november 1998*

Langt de fleste danskere har et moderat og uproblematisk forbrug af alkohol. Men en lille gruppe af befolkningen, ca. 15 %, drikker mere end halvdelen af al den alkohol, der drikkes i Danmark, og nogle af personerne i denne gruppe er så hårdt belastede af deres misbrug, at gængs ambulantly behandling ikke er mulig.

Der er et stort og påtrængende behov for ny viden i alkoholbehandlingssektoren, fordi erfaringen har vist, hvor vanskeligt det er at hjælpe de mest afhængige alkoholikere. De enkelte behandlingssteders refleksion over egen praksis er én af vejene til at komme videre med faglig metodeudvikling.

Ikke mindst for de mest belastede alkoholmisbrugere er det af afgørende betydning, at behandlingstilbudene er hensigtsmæssige og tilstrækkelige, da gentagne mislykkede behandlingsforsøg i sig selv kan være årsag til, at den enkelte misbruger langt hurtigere bliver udstødt af det sociale liv.

Ringgårdens undersøgelse er et argument for at fastholde døgnbehandlingspladser i rimeligt omfang til brug for de tungere alkoholmisbrugere, som på den måde kan gøres klar til videre ambulantly vedligeholdelsesbehandling.

Undersøgelsen belyser de middelsvært til svært belastede alkoholmisbrugeres udbytte af døgninstitutionsbetaling efter metoden: struktureret tilbagefaldsforebyggelse. For de fleste af de personer, som indgår i undersøgelsen, har alkoholmisbruget haft massive negative konsekvenser for deres livsduelighed, trivsel og psykosociale situation - og ikke mindst for deres ægtefælle, børn og øvrige familie.

Undersøgelsen viser, at der trods gruppens generelt set dystre prognose, er tale om et relativt godt udbytte - vel og mærke hos de personer, der var så langt ude i et misbrug og social udstødning, at gængs ambulantly behandling ikke ville være mulig. De støttende og fastholdende ele-



menter i døgnbehandlingen er en afgørende faktor for at kunne iværksætte tilbagefaldsforebyggende tiltag overfor personerne i den undersøgte gruppe.

Der er tale om lovende resultater i forhold til den relativt tunge del af gruppen af alkoholmisbrugere. Undersøgelsen kan derfor tages til indtægt for, at der er behov for et fleksibelt behandlingssystem, hvor der sættes ind med såvel intensiv døgnbehandling som ekstensiv ambulant behandling, alt efter hvor belastet den enkelte alkoholmisbruger er af misbruget, hvilke sociale og psykiske ressourcer den pågældende har, og hvor motiveret den pågældende er for at indgå i behandlingen.

# Forfatternes forord

Denne rapport beskriver et forskningsprojekt om behandling af alkoholmisbrugere gennem struktureret tilbagefaldsforebyggelse – en metode som indførtes på Behandlingshjemmet Ringgården i Middelfart i 1991. Undersøgelsen har drejet sig om at beskrive virkningerne af denne behandlingsmetode i døgnbehandling af alkoholikere med svære alkoholproblemer og store psykosociale problemer. Undersøgelsen strækker sig tidsmæssigt over perioden 1992-96, hvor alle data er indsamlet, og den er bygget op som et "før, efter og follow-up studie" af en klientgruppe indskrevet på Ringgården.

## Projektet er forestået af:

- forskningsmedarbejder, cand.psych Anne Samuelson, der har gennemført undersøgelsen, data-analyserne og rapporteringen
- afdelingsleder, lic.psych. Per Nielsen, der har lavet det oprindelige design til undersøgelsen og været projektleder
- amanuensis, cand.phil. Steffen Røjskjær, der har deltaget i redigering og layout af rapporten.

## Endvidere skal nævnes, at:

- forstander Ingolf Larsen har været projektansvarlig
- KFUM's Sociale Arbejdes hovedkontor har lavet regnskab
- medarbejdere ved Ringgården har medvirket i dataindsamlingen og ydet engageret modspil

## Forfatterne ønsker at takke:

- Alkoholpolitisk Kontaktudvalg/Sundhedsstyrelsen for finansiering af projektet
- Ringgårdens bestyrelse for interesse og tillid til projektet
- Chefpsykolog Nicole Rosenberg, Psykiatrisk Hospital, Risskov, for supervision
- Cand.psych. Gorm Hetmar for statistisk konsulentbistand
- Overlæge, ph.d. Bent Nielsen og forskningsassistent, cand.phil. Annette Søgaard-Nielsen for inspirerende samarbejde undervejs
- Sekretær Lone Detlef for veloplagt bistand

Endelig – og vigtigst – takker vi de tidligere beboere på Ringgården, som har deltaget i undersøgelsen med seriøsitet og åbenhed.

## Læservejledning

Rapporten indledes med en generel introduktion til Ringgården i kapitel 1, hvorefter synet på afhængighed og behandlingsmetoden gennemgås i kapitlerne 2 og 3. I kapitel 4 beskrives undersøgelsesdesign og -metode samt materialet, der indgår i selve undersøgelsesdelen. Herefter præsenteres og diskuteres resultaterne fra undersøgelsen i kapitlerne 5-9, der alle indledes med en kort sammenfatning. I det afsluttende kapitel 10 diskuteres perspektiverne i resultaterne.

# 1. Introduktion

## 1.1 Hvad er Ringgården?

Ringgården er en selvejende institution oprettet af KFUM's Sociale Arbejde i Danmark i 1972, og er et godkendt behandlingshjem under sygehuslovens §16. I denne § omtales alkoholmisbrugerens ret til døgnbehandling på et godkendt, specialiseret behandlingshjem.

Ringgården tilbyder døgnbehandling til mennesker med alkoholproblemer i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen og især den ambulante alkoholbehandling.

Institutionen har 32 pladser til behandling af mennesker med alkoholproblemer og 8 pladser til behandling af ludomane – fordelt på to separate afdelinger\*. Betaling for behandling sker – med få undtagelser – over sygesikringen.

Der er en fast behandlingsaftale med Fyns amt, hvor de fleste klienter kommer fra. Desuden er der aftale med Frederiksborg, Vestsjælland, Storstrøm, Ringkøbing og Viborg amter om særlige indlæggelsesordninger. Principielt kan alle amter dog benytte Ringgården, ligesom egenbetaling for enkelte klienters vedkommende forekommer.

Behandlingen har ikke noget ideologisk præg, men er vidensbaseret og bygget op omkring faglige principper og metoder.

## 1.2 Ringgårdens klienter

Målgruppen – og herefter beskæftiger vi os alene med personer med alkoholproblemer – er fortrinsvis personer med middelsvær til svær afhængighed samt begyndende eller fremskreden social deroute. Den faktiske varighed af misbruget varierer fra et par år til mere end tyve år; gennemsnitsvarigheden er 14 år. Klienternes alder varierer fra cirka 22 til 62 år med et gennemsnit på 39 år. Der indlægges omkring 350 klienter per år, og heraf udgør kvinderne cirka 30%.

Mellem 20 og 30% af klienterne har eller har haft blandingsmisbrug af alkohol og hash eller benzodiazepiner. Narkotikamisbrug af nyere dato er på forhånd udelukkelsesgrund.

En del klienter udviser – udover alkoholafhængighed – psykiske symptomer som depressioner eller angsttilstande samt karakterologiske problemer som personlighedsforstyrrelser af forskellig art og grad. Ligeledes er en del af klienterne fysisk belastet af deres langvarige og voldsomme alkoholmisbrug.

Set i forhold til populationen af alkoholmisbrugere som helhed behandles på Ringgården den mere belastede del af klientellet. Sammenlignet med ambulatorieklientel er Ringgårdens klienter således socialt noget dårligere stillet og har lidt flere psykiske symptomer – enten som

\* På tidspunktet for udgivelsen af 1. oplag, 2. udgave (september 2002) er Ringgårdens afdeling for ludomani adskilt som selvstændig, selvejende institution med navnet Center for ludomani.

direkte følge af deres misbrug eller i form af psykiatrisk/karakterologiske problematikker. Egentlige sindssygdomme er dog ret sjældne og optræder da i form af skizofreni, psykoser eller paranoide tilstande.

En forudsætning for indledning af en behandling på Ringgården er, at der kan identificeres et udviklingspotentiale, en motivation for ændring og et vist minimum af sociale og netværksmæssige ressourcer. Klienter som skønnes alene at have et omsorgsrettet behov ligger derfor udenfor målgruppen, og henvises til §-105 regi eller andre steder. Ligeledes henvises personer med lettere alkoholproblemer, intakt relationsnetværk og god social funktion og stabilitet til at forsøge sig med behandling i ambulant regi.

I tilknytning til behandlingen findes et børnehus, som muliggør indlæggelse af forældre sammen med deres børn. Udover pasning i dagtimerne, giver børnehushets medarbejder og en specialtrænet børne/familiekonsulent også råd og vejledning om problemer mellem børn og forældre. Børnene er mellem 3 måneder og 14 år.

Personalenormeringen på Ringgården omfatter 25 medarbejdere med forskellig faglig baggrund. Staben tæller psykologer, socialpædagoger, socialrådgivere og værkstedspersoner, som alle har relevante kurser eller efteruddannelser indenfor misbrugsbehandling. Hertil er der knyttet en speciallæge i psykiatri som lægekonsulent samt sekretærer. Endelig er der i 1998 blevet oprettet en Forsknings- og Formidlingsafdeling med tre ansatte.

### **1.3 Forskning og formidling en vigtig del af Ringgårdens arbejde**

Ringgården har gennem en årrække i stigende grad engageret sig i behandlingsforskning og projektarbejde som én af institutionens aktiviteter. Forsknings- og evalueringsprojekterne udgør en væsentlig del af institutionens bestræbelser på refleksion over egen praksis, og er dermed et af fundamentene for personalekvalificering og metodeudvikling. Dertil kommer, at der gennem forskning og evaluering kan ske en dokumentation af behandlingens virkninger overfor forskellige målgrupper – en viden som stadig oftere efterspørges fra myndigheders og offentlighedens side.

I 1991 introduceredes den kognitiv orienterede tilbagefaldsforebyggelse<sup>1)</sup> på Ringgården som det bærende element i behandlingen. Efter en periode med personaletræning var de grundlæggende elementer i tilbagefaldsforebyggelse så meget på plads, at det gav mening at etablere en dataindsamling med henblik på senere evaluering af den nye behandlingsmetode. Derfor blev der oprettet en database til registrering af de klienter, der modtog den nye behandling, og det er denne registrering, som er grundlag for nærværende evalueringsundersøgelse.

Vi har ikke til hensigt med undersøgelsen og denne rapport at give et forenklet "ja/nej"-svar på spørgsmålet om den undersøgte behandlingseffekt. Spørgsmålet om, hvilken effekt, som kan måles ved denne eller hin behandling af alkoholproblemer, er under alle omstændigheder

vanskeligt at besvare. For selvom det ofte er en god ting at kunne stille enkle spørgsmål, fordi det giver håb om enkle svar, så er risikoen ved de forenklede spørgsmål om behandlingseffekt, at man får for enkle svar – som i realiteten er mere vildledende end nyttige<sup>2)</sup>.

Flere metodekritiske gennemgange af de senere årtiers effektstudier har da også vist en klar tendens til, at der i mange undersøgelser forefindes betydelige svagheder af metode-, materialemæssig og analytisk art<sup>3)</sup>.

Man kan altså konstatere, at den optimale behandlingsmetode eller måske snarere kombinationer af behandlingsmetoder ikke er fundet til dato. At arbejde med alkoholafhængighed og behandling er stadig at arbejde med tilbagefald hos en meget heterogen klientgruppe.

Det har derfor ikke været denne undersøgelses overordnede formål at finde "den endegyldige metode", men derimod at evaluere hvilken konkret betydning kognitiv tilbagefaldsforebyggelse har på klienternes mestringsstrategier og tilbagefald.

### Referencer

- 1) Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1982a) & (1982b) & (1995)
- 2) Johnsen, (1995)
- 3) Rönnerberg, S. (1991); Nathan, P.E. & Lansky, D. (1978); Nathan, P.E. & Skinstad, (1987); Lindström, L. (1986)

## 2. Ringgårdens syn på afhængighed og tilbagefald

### 2.1 Den misbrugspsykologiske referenceramme

*Jeg vægtede grundene til at holde op: Jeg kunne gå til ballet og i teateret. Jeg kunne tage på ferie i udlandet, købe nyt tøj og få en ny frisur. Nederst på listen, som om at det ikke betød så meget som det øvrige, stod der et enkelt udsagn: Lav dit liv om. Det sprang i øjnene, det var sagens kerne. En ny frisur kunne ikke modvirke hungren efter stoffer. Ordren om at lave om syntes latterligt alvorlig og ganske umulig at udføre. Ikke desto mindre fortsatte jeg i behandlingen, i det store og hele kun motiveret af pengemangel! Jeg ventede utålmodigt på det øjeblik, hvor jeg atter kunne "falde i". Tam Stewart, misbruger<sup>1)</sup>.*

Behandlingsprogrammet på Ringgården er overordnet tilrettelagt med det formål at hjælpe alkoholmisbrugererne til at mestre sine højrisikosituationer, trangen til at drikke og forskellige uhensigtsmæssige tanker og handlemåder på en sådan måde, at han/hun bliver i stand til at mindske alkoholforbruget og undgå tilbagefald.

Kort formuleret er grundsynspunktet:

*Alkoholmisbrug bør betragtes som én lang kæde af tilbagefald, styret af personspecifikke højrisikosituationer, betinget af den enkeltes sårbarhed og personlighedstræk.*

De senere årtiers psykologisk orienterede forsøg på at gøre rede for afhængighedens væsen er i stor udstrækning forankret i forskellige kognitivt orienterede tankegange som f.eks. social indlærings teori<sup>2)</sup> og forventningsteori<sup>3)</sup>. Herudfra anskues al drikning - lige fra lejlighedsvis social eller "normal" drikning til misbrug - som styret af de samme former for processer vedrørende indlærning, kognition og forstærkning.

Alkoholproblemer opfattes som betinget af en række forudgående faktorer, der har rødder i den enkeltes situation, baggrund og personlighedsudvikling. Hverken udviklingspsykologiske påvirkninger eller genetiske determinanter kan fraskrives betydning, ligesom almene sociokulturelle og konkrete aktuelle livsbetingelser må formodes at spille ind.

#### 2.1.1 Ringgårdens opfattelse af afhængighed

Behandlingen på Ringgården har gennem de senere år haft sit udgangspunkt i den kognitivt orienterede misbrugspsykologi. I denne synsmåde anskues en række forskellige former for misbrug/afhængighed ud fra nogle basale fællestræk ved den misbrugende persons tænkning og adfærd. Det gælder så forskellige fænomener som alkoholmisbrug, rygning, stofmisbrug, spiseforstyrrelser (overvægt, anorexi, bulimi), ludomani og en række andre tvangsprægede livsytringer.

Det er kendetegnende for afhængighedsadfærd, at der er tale om:

- et stærkt begær med tvingende karakter efter at gøre bestemte ting
- afsvækket kontrol med denne adfærd
- ubehag, rastløshed eller humørtab, når man hindres i at fortsætte adfærden
- fortsættelse af adfærden uanset de problemer, den skaber

Hvornår en persons forhold til et stof, en aktivitet eller en tilstand har udviklet sig til en patologisk grad af afhængighed er vanskeligt at definere præcist. Afhængigheden må opfattes som en variabel egenskab, som rangerer fra "lidt" til "meget", snarere end som et alt eller intet fænomen, hvor afhængighed enten er tilstede eller fraværende.

At være afhængig drejer sig om at hengive sig til noget, som er mere og mere skadeligt for individet og ofte også for de nærmeste. Det være sig skadeligt i fysisk, psykisk og social henseende – men også i den eksistentielle betydning, som Koski-Jännes formulerer således: *Enhver afhængighed må ses som en trussel mod idealet om at være et selv-determineret individ med friheden til at vælge<sup>9</sup>.*

Et centralt kendetegn ved den afhængige persons tankegang er ambivalensen i forhold til rusen. Dvs. den pinagtige klemme, det er at være fanget mellem rusens omgående, effektive – men kortsigtede – lindring på den ene side; og på den anden side bevidstheden om misbrugets negative langsigtede følger. Følger der påvirker

såvel personens fysik, psyke og sociale funktionsevne som evnen til at (gen-)erhverve en aktiv/offensiv strategi til mestring af højrisikosituationer.

Afhængigheden, som alle – inklusive den misbrugende selv "inderst inde" – jo er enige om at opfatte som et **problem**, må med andre ord i misbrugspsykologisk forstand først og fremmest opfattes som en **løsning**; *den-bedst-mulige-løsning* på en grundlæggende, personlighedsrelateret sårbarhed, som manifesterer sig i bestemte høj risikosituationer. Se figur 2.1.

Set på denne måde kan man som udenforstående begynde at ane den enorme kraft, der gør sig gældende i den enkeltes afhængighed. Via alkoholrusen har personen "fundet" en vej til en mental tilstand, der – kortsigtet, men effektivt – kan danne modvægt mod den trussel, som højrisikosituationen og den specifikke sårbarhed udgør. I den enkeltes mentale system bliver alkoholrusen således billedligt talt en form for "termostatventil", der medvirker til at opretholde et bestemt "mentalt klima". Et klima, som personen ikke længere kan finde frem til ad mere naturlig og hensigtsmæssig vej.

Afhængighedens "mål" er derfor *ikke* indtagelse af visse psykoaktive stoffer som alkohol, tobak, narkotika, medicin eller visse adfærdsformer som hasardspil, spisevægring, bulimi m.v. Målet for afhængigheden er derimod en bestemt *indre tilstand*, som den afhængige person stræber efter ved hjælp af disse stoffer eller adfærdsformer.



Figur 2.1. Ringgårdens misbrugspsykologiske grundmodel iflg. Nielsen & Samuelsen.

Konsekvensen af dette er, at også *andre* stoffer eller adfærdsformer, end dem som personen normalt bruger, vil kunne anvendes til at opnå samme mentale tilstand. Negativt set betyder dette, at f.eks. en alkohlmisbruger har en potentiel risiko for at blive eksempelvis benzodiazepin- eller hashmisbruger, hvis vejen til alkohol er blokeret.

Positivt set betyder dette, at der er mulighed for ophør med den destruktive afhængighed via overgang til en mere konstruktiv og hensigtsmæssig kompensatorisk adfærd. Det være sig f.eks. fysisk træning, åndelig optagethed af idéer eller religion, socialt engagement, kæledyr, arbejde, parforhold eller andet.

### 2.1.2 Afhængighedsbegrebet historisk set

Ordet "addiction" (forfaldenhed, afhængighed) stammer fra det latinske ord *addico* – som enten betyder hengivelse, eller at opgive sig selv i forhold til nogen eller noget – enten godt eller ondt. Koski-

Jännes<sup>5)</sup> giver et kort rids af forståelsen af afhængighedsbegrebet gennem tiden. Hun påpeger, at begrebet addiction ved sidste århundredes antiopiiums bevægelse mistede sin værdifulde betydning og senere blev tæt forbundet med overforbrug af alkohol og stoffer – hvilket gav begrebet en betydningsændring hen imod det skadelige.

Fysisk afhængighed har indtil 1960'erne været hovedkriteriet for at tale om afhængighed, hvilket ændrede sig, da det viste sig, at nogle mennesker kunne blive alvorligt forfaldne til brugen af mildere stoffer som marihuana, mens andre kunne bruge såkaldte svært afhængighedsskabende stoffer som feks. heroin på en kontrolleret måde.

I 1970'erne blev fysisk afhængighed udvidet til ligeledes at indbefatte overforbrug af tobak og mad, hvilket gjorde det nærmest umuligt at adskille fra et andet begreb nemlig psykologisk afhængighed. Lettere er det ikke blevet i nyere tid, hvor



der drages paralleller mellem stofmisbrug og misbrug der ikke involverer noget stof, såsom f.eks. patologisk spillelidenskab, fjernsyns- eller medienarkomani, arbejdsnarkomani eller overdreven dyrkning af jogging/fitness.

Det faktum, at afhængighed både kan ses i forhold til et stof eller i forhold til en aktivitet, og iagttagelsesmæssigt kan give samme psykologiske reaktioner, udfordrer det traditionelle medicinske og biologiske afhængighedssyn. At både biologiske og genetiske faktorer kan have en indflydelse på den afhængighedsskabende adfærd. afvises på ingen måde, dog anses afhængighed som udgangspunkt som et fejltilpasset forsøg på at mestre interne eller eksterne livsvanskeligheder.

### 2.1.3 En kognitiv model for tilbagefaldsforebyggelse

Siden Ringgården startede i 1972 har det behandlingsmæssige metode- og teorifundament ændret sig betydeligt. På alkoholområdet i almindelighed er denne skiften velkendt – som et udtryk for en søgen efter holdepunkter i et meget vanskeligt arbejde. Hvad det videnskabsteoretiske og vidensmæssige stade angår, befinder alkoholfeltet sig i en “præparadigmatisk fase” med få alment accepterede læresætninger; men til gengæld med et væld af mere eller mindre løst funderede “trossystemer” og behandlingsforeskrifter<sup>6)</sup>.

Sådan tegner fremtiden sig ikke nødvendigvis. Over de seneste 20 år har der blandt andet gennem udviklingen af den moderne afhængighedspsykologi,

*Addictive Behaviors skolen*, bredt sig en vis begrebsmæssig og metodisk stabilitet på en række institutioner rundt om i den vestlige verden<sup>7)</sup>. Med rødder i social lærings-teori<sup>8)</sup> og kognitiv terapi<sup>9)</sup> er der udviklet og afprøvet teoretiske modeller, som direkte eller indirekte har bidraget til forståelse af *afhængighed*<sup>10)</sup>.

Herudfra er udviklet forskellige behandlingsmetoder, hvoraf *tilbagefaldsforebyggelse* (relapse prevention) har vundet særdeles stor udbredelse, og i dag fremstår som et af de første, stabile paradigmer indenfor såvel forskning som behandling. Tilbagefaldsforebyggelse er en kognitiv behandlingsmetode, som fokuserer på de psykologiske processer, der ligger bag tilbagefald, i håbet om at påvirke disse, så fremtidige tilbagefald forebygges.

I de godt 20 år, hvor “relapse prevention-paradigmet” har været på banen i alkoholbehandlingen, er der gjort adskillige effektstudier<sup>11)</sup>, som bl.a. viser, at behandling på baggrund af tilbagefaldsforebyggelsesmetoden generelt er bedre end ingen behandling. Effektstudierne finder også tegn på, at tilbagefaldsforebyggelse har indflydelse på tilbagefaldenes alvorlighed. Det vil sige, at det at “forberede” klienten på et tilbagefald ser ud til at reducere tilbagefaldets *intensitet* – snarere end at reducere *hyppigheden* af tilbagefald i første omgang<sup>12)</sup>.

I en klassisk litteraturgennemgang<sup>13)</sup> bliver beskrevet, hvordan heroinmisbrugere, storrygere og alkoholmisbrugere kan sammenlignes ved, at de alle har et nogen-

lunde ens højt antal tilbagefald efter afvæning, og ved at deres mønstre for tilbagefald er næsten ens. Disse undersøgelser viser, at to tredjedele af de klienter, der fik tilbagefald, faldt i indenfor de første tre måneder efter behandlingen.

Forskning i tilbagefaldsforebyggelse retter sig mod at prøve at forstå disse tilbagefald ud fra en opfattelse af, at der ved et tilbagefald er tale om aktivering af bagvedliggende psykologiske processer, som det er muligt at identificere og derefter påvirke, så tilbagefald forebygges.

Marlatt og hans kollegaer<sup>14</sup> har givet et væsentligt bidrag til afhængighedslitteraturen med deres kognitive model for tilbagefaldsforebyggelse. Ifølge Marlatt og Gordon's model<sup>15</sup> er individets oplevelse af egen evne til at *mestre* højrisikosituationen et vigtigt omdrejningspunkt. Når individet bliver konfronteret med en højrisikosituation bliver denne oplevelse truet. Højrisikosituationer for den alkoholafhængige kan f.eks. være negative eller positive emotionelle eller fysiske tilstande, interpersonelle konflikter, socialt pres eller det at blive udsat for fristelser til at drikke.

Individer, som er konfronteret med højrisikosituationer, reagerer med et forsøg på at mestre situationen. De der effektivt kan mestre situationen udvikler iflg. Marlatt og Gordon<sup>16</sup> en *øget selvkompetence*, hvilket resulterer i en mindsket sandsynlighed for tilbagefald.

De individer, der ikke mestrer situationen, kan opleve en svækket selvkompetence og

øgede positive forventninger til alkoholens virkning. Herpå følger et "fejltrin" eller et begyndende forbrug af alkohol. Dette begyndende forbrug kan resultere i det Marlatt kalder en "*Abstinence Violation Effect*" dvs. en oplevet mangel på kontrol og en deraf følgende sandsynlighed for tilbagefald.

Marlatt påpeger, ud fra egne og andres empiriske undersøgelser, at stort set alle misbrugere efter behandling konfronteres med specifikke højrisikosituationer, som kan udløse tidligere indlærte forventnings- og reaktionsmønstre, der kan lede til tilbagefald, hvis personen ikke har øget sin oplevelse af selvkompetence og sit mestringsrepertoire:

"I en stress-betonet højrisikosituation vil en person med lav grad af oplevet selvkompetence, inadækvate eller manglende coping-strategier og høje forventninger til alkoholvirkningen, have større sandsynlighed for at påbegynde drikningen end en person med adækvate og tilgængelige mestringsstrategier, højere selvkompetence og lavere forventning til alkohol"<sup>17</sup>.

Ud fra denne reference vil det i en behandlingsplanlægning være relevant at inddrage analyse og bearbejdning af: Højrisikosituationer, mestringsrepertoire, rusforventninger og oplevet selvkompetence, da disse synes at være væsentlige psykologiske faktorer ved tilbagefald. Se figur 2.2.

En pointe i denne forbindelse er, at det er de samme typer af højrisikosituationer,

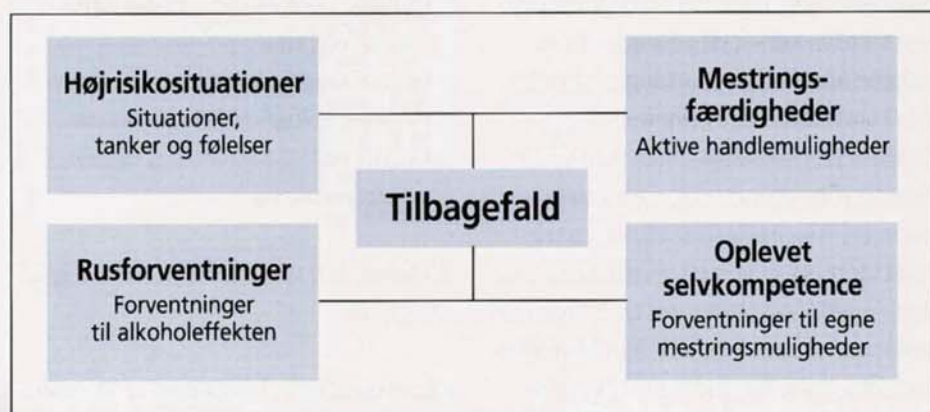


Figur 2.2. Model over Tilbagefaldsprocessen iflg. Marlatt og Gordon. (1)

som gør sig gældende for den enkelte før såvel som efter behandlingen<sup>18)</sup>. Det vil sige, at der alene gennem en nøje kortlægning af højrisikosituationerne forud for behandlingen er etableret et væsentligt brohoved for klientens fremtidige generhvervelse af sin kontrol over alkoholafhængigheden. Figur 2.3 viser de vigtigste psykologiske faktorer ved tilbagefald.

#### Oplevet selvkompetence

Refererer til personens bedømmelse af sin egen evne til at handle kompetent i forhold til udfordringer eller højrisikosituationer. Eksempler på oplevet høj selvkompetence er f.eks.: "Jeg kan effektivt undlade at falde for fristelsen til alkohol". "Jeg kan sige nej til alkohol". Eksempel på lav selvkompetence kan være: "Jeg er en slave af alkohol". "Jeg kan ikke komme igennem dagen uden alkohol". "Jeg kan ikke få, hvad jeg vil have, derfor kan jeg lige så godt drikke".



Figur 2.3. Psykologiske faktorer ved tilbagefald.

(1) I Marlatt & Gordon's oprindelige model anvendes begrebet "coping" frem for "mestring". I nærværende rapport bruges begrebet "mestring". (Marlatt & Gordon, 1985 s. 38)

Marlatt<sup>19)</sup> antager, at en lav grad af selvkompetence er associeret med tilbagefald, og en høj grad af selvkompetence er associeret med afholdenhed. Han mener ligeledes, at selvkompetencen øges som et resultat af succes.

### *Rusforventninger*

Refererer til personens forventning til den virkning, som alkoholen har. Eksempler på positive forventninger kan være:

*“Det bliver fedt at feste i aften” eller “Jeg kommer ikke til at føle mig så anspændt, hvis jeg lige drikker lidt først”.*

### *Mestringsfærdigheder*

Refererer til de handlemuligheder som personen oplever at være i besiddelse af i forhold til de bestemte risikosituationer.

### *Modellens betydning for behandling*

Sammenfattende kan man ud fra denne model – noget simplificeret – beskrive en misbruger som en person med en specifik sårbarhed, der oftest viser sig i en højrisikosituation. Hvordan højrisikosituationen vil blive taklet, vil afhænge af den enkelte misbrugers mestringsrepertoire, selvkompetence og rusforventninger. Opleves højrisikosituationen som uoverskuelig eller uhåndterlig, og mestringsrepertoiret som inadækvat eller mangelfuldt i forhold til at mestre situationen, vil dette medføre et ønske om en “alternativ” løsning af situationen, som kan blive alkoholindtagelse eller andet misbrug. En sådan “løsning” indeholder en positiv forventning til rusens virkning, som ikke modsvares af virkelighedens krav om aktiv problemløsning. Følgen bliver en

oplevelse af ikke selv at være aktivt styrende i forhold til ens egne livsproblemer/højrisikosituationer. Dette resulterer i en forringet selvkompetence – en oplevelse af kontroltab.

Ifølge Marlatt & Gordon resulterer en god behandling i, at klienten oplever en forøget selvkompetence i de situationer, hvor han har svært ved at afholde sig fra at drikke. Dette mener forfatterne kan opnås ved at arbejde med 10 principielle teknikker, som er designet til at modvirke tilbagefald. Målet med teknikkerne er at lære klienten at mestre mere hensigtsmæssig:

- identifikation af højrisikosituationer
- at mestre negative følelsesmæssige tilstande
- at mestre interpersonelle konflikter
- at mestre socialt pres
- fysisk træning, afspænding, stress management.
- forberede klienten til mødet med højrisikosituationer
- indøve stopmetoder – til den situation hvor man falder i
- livsstilsintervention
- øvelser i tilbagefaldsforebyggelse
- undervisning i alkoholens virkning/psykoedukation

### *10 principielle teknikker til modvirkning af tilbagefald*

Den væsentligste komponent er identifikation af højrisikosituationer. Terapeuten skal ifølge forfatterne vide, hvilke faktorer der kan føre til et tilbagefald, og skærpe klientens opmærksomhed på disse faktorer.

## Referencer

- 1) Saunders, B. & Houghton, M. (1996)
- 2) Bandura, A. (1977)
- 3) Goldman, M.S. & Christensen, B.A. (1987)
- 4) Koski-Jännes, A. (1997)
- 5) Koski-Jännes, A. (1992)
- 6) Nesvåg, S. (1994); Rönnerberg, S. (1991)
- 7) Løberg, T. et al (1989); Saunders, B. & Houghton, M. (1996)
- 8) Bandura, A. (1977) & (1982); Rotter, J.B. (1954), (1966) & (1975)
- 9) Beck A.T. (1976); Freeman, A. (ed) (1983)
- 10) Marlatt G.A. (1978), Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1982); Oie, T.P.S. & Jones, R. (1986); Koski-Jännes, A. (1977)
- 11) Saunders, B. & Houghton, M. (1996)
- 12) Saunders, B. & Houghton, M. (1996)
- 13) Hunt, W.A., Barnett, L.W. & Branch, L.G. (1971)
- 14) Brownell, K.D. et al. (1986); Marlatt, G.A. (1978); Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1982) & (1985)
- 15) Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985)
- 16) Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985)
- 17) Nielsen, P. (1992)
- 18) Nielsen, P. (1992)
- 19) Marlatt, G.A. (1978), Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1982) & (1985)

## 3.0 Ringgårdens behandlingsmetode\*

### 3.1 Behandlingsmål og succeskriterier

Nogle alkoholbehandlingsmodeller som f.eks. AA/Minnesota ser total afholdenhed som det eneste acceptable behandlingsmål. Fortalere for en sådan model ser afhængighed som et alt-eller-intet fænomen, hvor alkoholforbrug ses som patologisk og afholdenhed som "værende i bedring" dog uden at være helbredt. Argumentationen er i det væsentlige baseret på et ideologisk og emotionelt ræsonnement. Der er ikke noget videnskabeligt belæg for at hævde total afholdenhed som eneste relevante målsætning. Man må endda påpege, at det for nogle misbrugere ser ud til at give dårligere prognose at søge total afholdenhed end reduktion af alkoholforbruget<sup>1</sup>.

På Ringgården – og i øvrigt indenfor den kognitivt orienterede afhængighedspsykologi og -terapi – ser vi udomatisk på dette punkt. Vi forholder os differentieret til de enkelte klienters behov og ønsker – det være sig livslang afholdenhed, periodevis drikning på mere moderat facon, lavere konstant forbrug eller andet.

Fremfor ideologisk at fremføre idealmål, som kun et lille mindretal af klienterne vil kunne opnå i praksis, er synsvinklen nærmere "harm reduction", hvori ligger en opfattelse af, at alle klienter kan få det bedre, at alle kan lære at drikke mindre og

mindre skadeligt med den rette form for motivationsbearbejdning, støtte og behandling.

Ringgårdens behandlingsmål er:

- at lære beboeren at genkende og reagere på højrisikosituationer
- at styrke selvkompetencen og mestringsrepertoiret i en højrisikosituation
- at kunne forholde sig konstruktivt til et "fejltrin" eller et tilbagefald

Ringgårdens succeskriterier i forhold til den tilbagefaldsforebyggende behandlingsmetode er, at klienten:

- tilegner sig nye og mere adækvate mestringsformer
- styrker sin oplevede selvkompetence (øget tro på egne mestringsmuligheder)
- tilegner sig relevante tilbagefaldsforebyggende teknikker

i forhold til behandlingen som helhed:

- reducerer alkoholforbruget
- reducerer sandsynligheden for tilbagefald
- forbedrer sine sociale og økonomiske forhold
- trives under sit ophold og oplever de miljøterapeutiske rammer som meningsfulde og derfor gennemfører behandlingen som planlagt

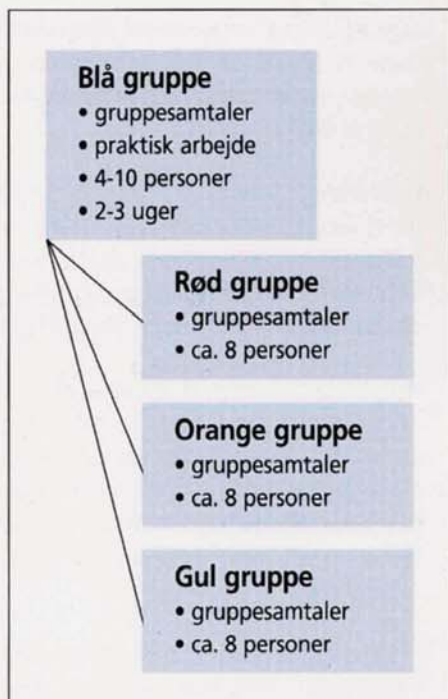
\* Ringgårdens behandlingsstruktur, -indhold og -metode er ændret væsentligt siden nuværende rapport blev skrevet. Ajourførte oplysninger kan rekvireres på institutionen.

### 3.2 Ringgårdens behandlingsstruktur

Det typiske behandlingsophold på Ringgården vil, efter en forsamtale og behandlingsaftale, indledes med et ophold i indslusningsgruppen (Blå gruppe), som typisk varer to til tre uger, hvorefter man flyttes til en af tre modulgrupper (Gul, Orange eller Rød). Hele behandlingens varighed spænder fra 2 til 12 uger, afhængigt af hvilken type ophold der er aftalt.

Blå gruppens hovedopgave er at tage godt mod de nye, hvis fysiske og psykiske tilstand kan være mærket af et langvarigt drikkeri. Utryghed, usikkerhed og abstinenser er for de fleste udpræget den første tid på Ringgården. De ressourcemæssige og kognitive forringelser forbundet med afrusning og abstinenssymptomer aftager sædvanligvis efter nogle dage. For at sikre, at så lidt som muligt af denne tilstand forstyrrer behandlingen, er programmet struktureret således, at det gradvist bliver mere komplekst og krævende, når man flytter fra Blå gruppe til én af modulgrupperne.

Blå gruppe har således ansvaret for forbedrings- og socialisering af den nye klient til Ringgårdens behandlingsprogram. Arbejdsopgaverne i gruppen er todelte, og består af praktisk arbejde og gruppesamtaler, hvor den enkelte klient afruses, stabiliseres og forberedes til Ringgårdens behandlingsprogram.



Figur 3.1. Gruppestructuren på Ringgården.

Arbejdet i modulgrupperne – Rød, Orange og Gul – baseres primært på en kortlægning af den enkeltes psykologisk forankrede afhængighedsmønster. På denne baggrund udvikles den enkeltes personlige strategier mod tilbagefald, og disse gennemarbejdes og nedskrives, således at de er tilgængelige efter udskrivningen. Ved planlagt udskrivning udfærdiges en behandlingsrapport, der indeholder klientens opfattelse af forløbet og fremtiden, samt behandlerens vurdering og anbefalinger.

#### Hans – en case

Hans på 55 år arbejder med administrative opgaver i det offentlige. Han er gift med sin anden kone og har to børn. Den familiemæssige baggrund er god, da han har et godt forhold til både konen og børnene. Hans grundlægger et alkoholmisbrug, da han er under

arbejdspres med mange møder, arbejdsfrokoster og mærkedage med alkohol. Gradvist starter et overforbrug, som også strækker sig ind i privatlivet. Hans får brug for et vist kvantum hver dag, som han drikker udenfor arbejdstiden. Denne adfærd accelererer i 15 år, for at ende i regulært misbrug.

Hans drikker, når han har fri. Både på hverdage og på fridage. Han står op om morgenen, går til købmanden og køber 2-3 "brikker" vin, som han drikker, indtil han falder om. Ved festlige lejligheder er det vanskeligt for ham at holde måde. Uanset hvor meget han drikker, evner han dog altid at stoppe dagen efter, og han tager sig ikke en "reparationsbajer" den følgende morgen. Han har kun haft ganske få sygedage på grund af alkohol.

Hans bruger alkoholen til at føle sig aktiv, social og sjov. Han er "ham som påtager sig en masse og kan klare det hele". I starten af misbruget er et par glas vin midlet til at få en masse fra hånden. Han føler sig velformuleret og aktiv indtil det tidspunkt, hvor han kan mærke, at han burde stoppe – men ikke gør det! Til sidst ser Hans kun frem til fritiden, hvor han skal have noget at drikke. Han ved samtidig, at han vil få ballade, og at han ikke får lavet noget, men "alkoholen har fat i ham, så der er ikke noget at gøre", som han udtrykker det.

I 1991 begynder Hans et behandlingsforløb på ambulatorium, hvor han har samtaler ca. hvert kvartal. I 1995 enes man om en henvisning til Ringgårdens 14-dages kursus. Hans bliver henvist med et ønske om at opnå et normalt forhold til alkohol uden brug af antabus. Hans er meget motiveret ved behandlingsstart og har eksplicit formuleret sin beslutning om, at "nu skal det være slut".

I behandlingsforløbet på Ringgården definerer Hans nogle regler for indtagelse af alkohol:

- aldrig at indtage spiritus før klokken 18.00 på hverdage
- at drikke højst 4-5 genstande en enkelt aften i friweekenden hver 14. dag
- at drikke vand efter maden til fester og sammenkomster

Efter kursusforløbet er Hans meget opsat på at indføre ændringer i sit liv og holder sig meget strengt til de leveregler, han har besluttet sig for at følge efter behandlingsopholdet.

Det er nu ca. 3 år siden Hans afsluttede sin behandling på Ringgården. I denne periode har han ikke haft tilbagefald til sit tidligere misbrugsmønster, men der har været enkelte "smuttere" i særlige højrisikosituationer, som han selv har formået at overvinde.

Hans oplever i dag, at han har god kontrol med alkoholen, men erkender også, at han til stadighed må forholde sig til sine højrisikosituationer, hvilket han gennem årene har følt sig mere og mere kompetent til. Han har opnået at få et uskadeligt forhold til alkohol, uden brug af antabus, men med en skærpet opmærksomhed på sine egne alkoholvaner: "Jeg tror ikke at jeg kommer af med den (afhængigheden). Den er kommet mere på afstand – men helt slippe den, det gør jeg åbenbart ikke. Hvis ikke jeg har den klokken 18.00 regel, så kan jeg ikke klare det – ikke endnu".



Hans mestrer sine højrisikosituationer ved at undgå dem. Han sætter sig simpelthen ikke i en praktisk situation, som han ikke magter. Han delagtiggør alle i sit problem i håb om at finde forståelse og støtte, hvilket viser sig at være en anvendelig strategi.

De situationer, hvor Hans har oplevet "smuttere", har været til fester og i sociale sammenhænge hvor alkohol indgår:

"1. gang det gik galt var, da en kollega skulle "gå af" og havde reception. Jeg tænkte: Nu er der gået et halvt år, du går sgu ind og tager et glas rødvin og en pindemad. Det skulle jeg aldrig havde gjort, dér gik det galt. Det ene glas rødvin blev til mere, og det blev til noget på vejen hjem. Det resulterede i, at jeg lå og sov da min kone kom hjem. Det var ikke så godt. For hende var det i hvert fald gået i stykker alt sammen – nu kunne jeg begynde forfra. Det havde jeg en anden opfattelse af, jeg gik ind og slog op i et kompendium, som jeg havde lavet på Ringgården. Jeg sad og læste på det og startede så forfra igen".

Hans' kone er bange for, at det gamle misbrugsmønster er brudt op igen, og at de nu kan begynde kampen mod alkoholen forfra. Hans derimod har en anden opfattelse. Han søger aktivt hjælp i det kompendium, han har udarbejdet på Ringgården. Han forholder sig aktivt til sin første "smutter" og undgår at falde i den fælde der hedder "så kan det hele også være lige meget".

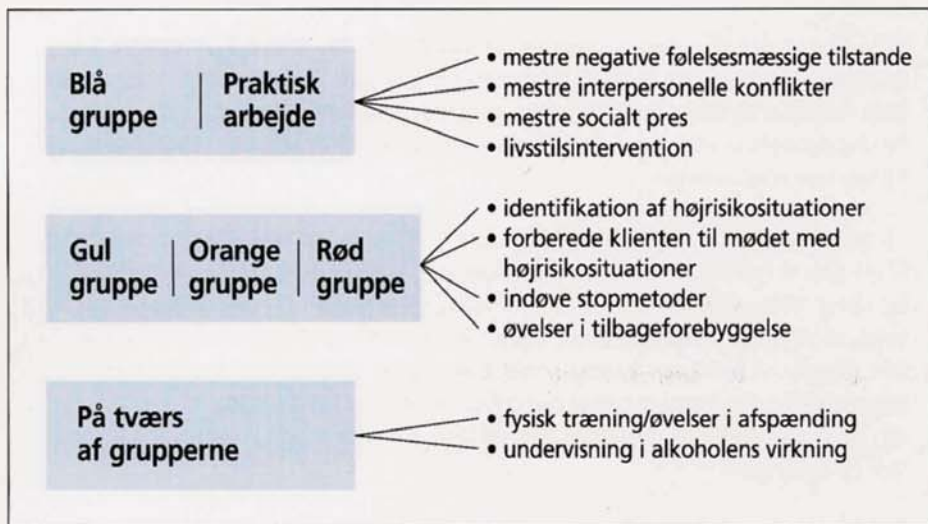
En anden risikosituation for Hans er, når der kommer håndværkere i huset. Én gang er han faldet i druk sammen med en af dem og er blevet fuld. Hans har således brudt sin regel om ikke at drikke før klokken 18, fordi håndværkeren "overtaler" ham. Som tiden er gået, har Hans dog fået mere og mere styr på disse situationer. En strategi, som Hans har brugt, er at delagtiggøre håndværkeren i sit alkoholproblem og bede ham respektere, at han ikke drikker mere. Hans fortæller:

"Ham (håndværkeren) skal jeg have ud igen – samt en smed. Ham kender jeg, da jeg har brugt ham i flere år. Han vil godt have øl. Det er faktisk ham, der på et tidspunkt fik mig til at drikke. Ham har jeg fortalt, at jeg ikke drikker mere. Det accepterer han".

Hans' historie er et eksempel på, hvor svært det er og hvor lang tid det tager at ændre sine misbrugsvaner. I de tre år, der er gået siden indlæggelsen, har han formået at forholde sig konstruktivt til sine "smuttere" og har formået at mindske antallet af disse, således at han til stadighed har haft oplevelsen af, at "det går fremad" og at selvkompetencen øges i takt med succesoplevelserne. Efter tre års hårdt arbejde med ikke at lade alkoholen ødelægge sine fridage og forholdet til familien, siger han:

"Jeg har ingen drikketrang i dag. Jeg kan gå en måned uden at drikke noget. Tit spørger min kone, om vi skal have et glas vin, men jeg siger: Jeg gider ikke i aften, du må gerne tage. Det hænder ofte. Jeg kunne tænke mig at komme til at drikke normalt igen... at lære at styre alkoholforbruget. Jeg har sat næsen op efter, at det kan lade sig gøre. Dog har jeg den indstilling, at hvis det ikke kan lade sig gøre, så holder jeg helt op!"

På nuværende tidspunkt ser målsætningen ud til at være lykkedes for Hans.



Figur 3.2. 10 principielle teknikkers integration i behandlingen.

### 3.3 Tilbagefaldsforebyggelse

Ringgårdens behandlingsmål er således at forebygge tilbagefald ved at udvide den enkeltes mestringsfærdigheder i forhold til dennes højriskosituationer, således at selvkompetencen højnes. Det vil sige, at personen efter behandlingen ikke blot har udvalgt og indøvet et sæt relevante adfærdsmæssige og kognitive mestringsstrategier, men at han også har fået oparbejdet en tro på, at det kan nytte at gøre et forsøg på at overkomme højriskosituationen uden brug af alkohol. Med andre ord: En kombination af en styrket tro på, at man godt kan og en viden om hvordan.

I Ringgårdens behandling indgår de på side 20 nævnte 10 principielle teknikker til modvirkning af tilbagefald som elementer af hele behandlingsforløbet, således at beboeren på forskellige tidspunkter i forløbet og i forskelligt regi konfronteres med de enkelte emner. (Se figur 3.2).

I det følgende vil vi koncentrere os om den del af behandlingen, som er henlagt til modulgrupperne "gul", "orange" og "rød", og som primært fokuserer på tilbagefaldsforebyggelsen.

Den overordnede struktur i den tilbagefaldsforebyggende del af behandlingen i grupperne kan inddeles i tre delområder:

- Kortlægning, motivationsbearbejdning og opnåelse af indsigt i egen situation
- Udvikling af personlige mestringsstrategier og stopmetoder
- Iværksættelsen af en social handleplan til perioden umiddelbart efter behandlingen.

#### 3.3.1 Kortlægning, motivationsbearbejdning og indsigt i egen situation

##### *Kortlægning af højriskosituationer*

Kortlægning af højriskosituationer gøres ved, at klienten udfylder et skema, som giver en højriskoprofil fordelt på otte situa-

tioner, som de er beskrevet og kategoriseret af Marlatt & Gordon. Skemaet er en oversat udgave af IDS-100<sup>2)</sup>, – på dansk kaldet Højrisk 100<sup>3)</sup>.

For hver identificeret højrisikosituation beskrives den enkelte klients S-F-T-A-K (Situation, Følelse, Tanke, Adfærd og Konsekvens), som et redskab til at analysere i hvilke situationer, det er vanskeligst ikke at drikke, hvilke tanker og følelser der knytter sig til situationen, og hvilken adfærd der typisk følger situationen med de dertil hørende konsekvenser.

#### *Kortlægning og bearbejdning af rusforventninger og rusfunktion*

Her arbejdes med emner som *alkoholrelaterede forventninger* under drikketrang og

forholdet mellem forventninger og erfaringer. *Rusfunktioner* relateret til alkoholens symbolværdi; "alkoholistisk ønsketænkning"; yndlingsfantasier om alkoholvirkninger.

#### *Kortlægning og bearbejdning af mestringsstrategier*

Her arbejdes med definition af overordnede *drikkemålsætninger* i forhold til den fremtidige brug af alkohol, dvs. om klienten ønsker totalafholdenhed eller kontrolleret forbrug, samt de *alkoholregler* som den enkelte i fremtiden ønsker at overholde; derudover arbejdes der med *strategier mod drikketrang* i højrisikosituationer og *stopmetoder* til brug ved påbegyndt drikning.

### **Flemming – en case**

Flemming er i slutningen af halvtredserne og fraskilt på grund af drikkeri. Han har to børn, som bor hos moderen. Han bor alene, men har gode venner. Han arbejder p.t. med lidt forefaldende arbejde, men har ingen fast stilling inden for sit fag som håndværker.

Flemmings misbrug starter i det små med et overforbrug i forbindelse med håndværkerjobbet, hvor der både på byggepladser og ved private kundeforhold altid er lettilgængelig alkohol. På en arbejdsdag konsumerer han nemt 10-15 øl. Efter separationen i midten af 70'erne drager Flemming til udlandet for at komme væk fra det hele. Her arbejder han på lufthavn, hvor der også er tradition for at drikke øl gennem hele arbejdsdagen, en tradition som han flittigt deltager i.

Flemmings forbrug er en umådeholden hverdagsbegivenhed med et minimumsforbrug på 10-15 genstande om dagen. Alkoholen virker dulmende på Flemmings kedsomhed og ulyst i forbindelse med arbejdet. Han føler ikke, han kan fungere, før han har fået en 4-5 øl om morgenen:

"Jeg skulle lige have lidt til morgenmad, hvorefter jeg skulle have én til at starte på, før jeg smuttede på arbejde. Ude på byggepladsen, der havde vi en kasse øl til at stå i skuret. Vi skulle lige have et par stykker inden vi gik i gang..."

En dag bringer Flemmings læge alkoholforbruget på banen ved direkte at spørge, om han ikke har tænkt sig at gøre noget ved det. Det har han! Der laves aftale om et 3 måneders behandlingsophold på Ringgården.

Flemming er ved behandlingsstart meget motiveret for at stoppe sit misbrug. Han mener ikke, at han kan lære at styre sit alkoholforbrug og vil derfor være total afholdende den første tid efter behandlingen for derefter at revurdere situationen. Flemming har meget tydelig formuleret for sig selv, at "nu holder jeg op" allerede inden den første dag på Ringgården.

Efter udskrivningen er Flemming nervøs for at komme til at drikke på et værtshusbesøg eller for at mødes med nogle af de gamle venner. Derfor går han til lægen og får en recept på antabuspiller, som han giver til en veninde med beskeden: "Jeg kommer en gang om ugen, og skal have en tablet her". Han har sat sig for, at de penge, som er betalt for ham på Ringgården, ikke skal være spildt.

De første tre år efter udskrivningen er Flemming totalt afholdende med hjælp fra antabus. Han bryder sig dog efterhånden ikke længere om at tage antabus, idet han ikke mener, at han kan være på stoffet resten af sit liv. Han tager derfor en ny beslutning om at stoppe med antabus og give sig selv lov til at slå "en ordentlig skævert" en gang imellem:

"Beslutningen er, at hvis jeg pludselig kommer i tanke om, at nu skal vi have det skide skægt i otte dage – så er det o.k. Så stopper jeg igen. Gutterne jeg kommer sammen med kan ikke forstå det, når jeg kommer på værtshuset og siger "jeg skal have en grapetonic". Så kigger de og spørger "er du på antabus?" Nej gu' er jeg ej. Det er da mig der bestemmer og ikke omvendt".

Efter en druktur tager Flemming en "kold tyrker" på et par dage. Proppen bliver sat i – ikke noget med to reparationsbajere – hvorefter han fortsætter sin dagligdag uden alkohol. I 1997 har han været på druktur tre gange. I hverdagen rører han ikke alkohol, heller ikke ved festlige lejligheder. Der står den på grapetonic.

Flemming er tilfreds med sin tilværelse i dag og måden han styrer sit alkoholforbrug på. Han har, nu 6 år efter, ikke nogen klar fornemmelse af hvad han egentligt lærte af sit ophold på Ringgården, men er dog af den opfattelse, at det ikke er nok kun at tage beslutningen om at holde op. Der skal professionel hjælp til, og den har han fået via sit behandlingsophold: "Jeg har taget det med mig, som jeg kunne få og som jeg mente jeg kunne bruge. Det har jeg kørt videre med. Jeg bestemmer selv – så mener jeg, at jeg er nået et langt stykke. Før i tiden var det omvendt!"

Flemmings reviderede målsætning om kun at tage et par enkelte heftige drukture en gang imellem er lykkedes for ham. Flemming har formået at vende 25 års konstant misbrug til en situation, hvor han er ædru og fungerer i dagligdagen mod indimellem at kunne "slå et hul i jorden".

Hans stopmetode synes effektiv. Efter en 6-8 dages duktur beslutter han sig simpelt hen for at stoppe. Derefter sørger han for at pleje sig selv mens tømmermænd og abstinenser klinger af. Han udviser stor viljestyrke og evne til selvomsorg under denne tørlægning. Han finder ingen forståelse for sit forbrug af grape tonic i hverdagen og heller ingen tillid til, at han vitterligt kan stoppe en duktur, som han gør det. På trods af dette holder Flemming fast ved sin beslutning om kun at drikke i ca. otte dage ad gangen.

Flemming har formået at slå bro over to forskellige verdener, som han ønsker at færdes i. På den ene side ønsker han den tilstand, hvor han er ædru, aktiv og føler, at han fungerer, og på den anden side ønsker han tillige at kunne afreagere i et festligt lag med gamle drukkammerater. Flemming synes at have fundet et kompromis i sit liv, som han er ganske godt tilfreds med.

### 3.3.2 *Udvikling af mestringsstrategier og stopmetoder*

#### *Drikkemålsætning*

Klientens drikkemålsætning vurderes i lyset af empiriske studier af forskellige klienttyper, som har forskellig prognose alt efter, om de har valgt totalafholdenhed eller moderation af forbruget som målsætning<sup>9</sup>. Disse data stilles i bearbejdet form til rådighed for klienterne i gruppesituationen, hvor hver enkelt ønsker og mål med alkohol i fremtiden herefter drøftes igennem.

#### *Den fremtidige drikkemålsætning indeholder overvejelser over:*

- hvilken overordnet målsætning for alkoholbrug indikerer den enkeltes misbrugsprofil
- hvor lang skal den alkoholfrie periode være efter udskrivningen
- Skal der være støtte fra antabus
- Skal der være støtte fra et ambulatorium
- Skal målsætningen evt. revideres, hvornår og med hjælp fra hvem

#### *Fremtidige alkoholregler*

I forbindelse med drikkemålsætningen opstilles nogle alkoholregler, som skal gøre det lettere for den enkelte at overholde sin målsætning. Alkoholreglerne skal typisk indeholde overvejelser og beskrivelser af:

- hvordan må jeg drikke/vil jeg overhovedet drikke
- hvor meget og hvor længe ad gangen
- hvad og hvem skal jeg holde mig fra

#### *Strategier ved drikketrang*

For hver identificeret højrisikosituation laves et sæt strategier for at modvirke drikke-trangen i den specifikke situation. Instruksen til opgaven lyder:

“Forestil dig, at du er udskrevet. Du har mødt en af dine særlige højrisikosituationer men er endnu ikke bukket under for trangen til at drikke. Det er dit valg, om du vil drikke, eller om du vil forsøge at klare din højrisikosituation på anden vis. Opstil nogle strategier, der kan

hjælpe dig til at undgå at bukke under for din trang til at drikke”.

Strategierne skal indeholde noget du kan:

- sige til dig selv (selvinstruktioner, “gode ord/sætninger” – mindst tre)
- gøre (handlinger/aktiviteter; kontakt med andre personer - hvem)
- tænke (forestillinger, indre billeder, positive tanker)

### *Fremtidige stopmetoder*

En anden opgave består i, at den enkelte klient skal forholde sig til en situation, hvor han/hun er begyndt at drikke efter behandlingen. Her drejer det sig om at udvikle stopmetoder, der kan bringe misbruget til ophør hurtigst muligt.

Instruktionen til denne øvelse lyder som følger:

#### **“Brandøvelse”**

Har du nogensinde hørt, at faren ved ildebrand i et højhus forøges, fordi der hænger opslag på trappeopgangen, der fortæller, hvad man gør i tilfælde af brand? Nej, vel...

Forestil dig nu, at du er udskrevet. Du har mødt en af dine særlige højrisikosituationer, og er bukket under for trangten til at drikke. Det er dit valg, om du vil fortsætte med at drikke, eller forsøge at stoppe så hurtigt som muligt. Opstil nogle instrukser “i tilfælde af druk”, som vil forøge dine muligheder for at stoppe igen.

Stopmetoderne skal indeholde noget du kan:

- sige til dig selv (selvinstruktioner, “gode ord/sætninger” – mindst tre)
- gøre (handlinger/aktiviteter; kontakt med andre personer – hvem)
- tænke (forestillinger, indre billeder, positive tanker)

### *Rusforventninger og rusens funktion*

Den enkelte klients realistiske og mere ønsketænkende forventninger til alkohol drøftes, således som disse erindres at trænge sig på i en højrisikosituation. Der arbejdes på at få sat ord på, hvad der foregår på forestillingsplanet og det konkrete ydre handlingsplan med hensyn til de mest karakteristiske forskelle på klientens tænkning, emotionalitet og adfærd i ædru og beruset tilstand. Der forsøges formuleret en “rød tråd” i den enkeltes mentale og adfærdsmæssige relation til alkohol, og dette søges formuleret således, at klienten kan bruge formuleringen som en slags “destillat” af den indsigt han/hun har fået.

### *3.3.3 Social handleplan*

Den kortlæggende og strategiske del af behandlingen følges op af klientens formulering af sine personlige handlingsanvisninger til brug i perioden efter behandlingen. Der tages her stilling til spørgsmål vedrørende: Familie, netværk, beskæftigelse, økonomi, fritid, efterbehandling – herunder intervention i tilfælde af fejltrin/tilbagefald. Mod slutningen af behandlingen formuleres en rapport om klientens behandlingsforløb. Rapporten er struktureret efter ovenstående tematiske disposition. Heri vil

klienten blandt andet kunne repetere sine formuleringer af egne højriskosituationer, sine forskellige tilbagefaldsforebyggende strategier samt sin konkrete handlingsplan.

## Referencer

- 1) Polich, J.M., Armor, D.J. & Braiker, H.B. (1981)
- 2) Annis, H.M. (1982)
- 3) Nielsen, P. (1997)
- 4) Polich, J.M. Armor, D.J. & Braiker, H.B. (1981)

# 4.0 Undersøgelsens tilrettelæggelse

Den kognitivt orienterede tilbagefaldsforebyggende behandling blev indført på Ringgården i 1991. Med udgangspunkt i de behandlingsmål (se evt. Ringgårdens behandlingsmål kap. 3.1 side 22), som logisk hænger sammen med den nye behandlingsmetode, ønskede vi at undersøge klienternes udbytte af arbejdet med højrisikosituationerne og arbejdet med de tilbagefaldsforebyggende strategier, herunder stopmetoderne. Derudover ønskede vi at vurdere, om selvkompetencen og mestringsrepertoiret havde ændret sig, idet man havde den antagelse, at en bedring i disse forhold ville medføre en nedsættelse af misbruget.

## 4.1 Formålet med undersøgelsen

Formålet med evalueringen er overordnet at kunne vurdere virkningen af Ringgårdens behandling efter indførelsen af den nye misbrugsfokuserede tilbagefaldsforebyggelse. Ifølge projektbeskrivelsen fremgår følgende af formålsbeskrivelsen:

1. At undersøge virkningen af en veldefineret døgnbehandlingsstrategi efter indførelsen af en tilbagefaldsforebyggende metode
2. At undersøge virkningen af behandlingen for særlige grupper af klienter: Eks. kvinder/mænd, yngre alkoholmisbrugere (under 30 år)
3. At belyse klientadfærden efter behandlingen – herunder især tilbagefaldsadfærd

## 4.2 Materiale, design og metode

### *Materiale*

Undersøgelsen omfatter førstegangsyndlagte fynboer, der har været i behandling op til 3 måneder på Ringgården, indenfor en fireårig periode fra 1992 til 1995.

Det drejer sig om 327 klienter, som er registreret i både indskrivnings- og udskrivningssituationen, og som alle har fået tilsendt et follow-up spørgeskema, som er blevet returneret af 178 klienter, der indgår i efterundersøgelsen (se senere om baggrund for bortfald i efterundersøgelsen).

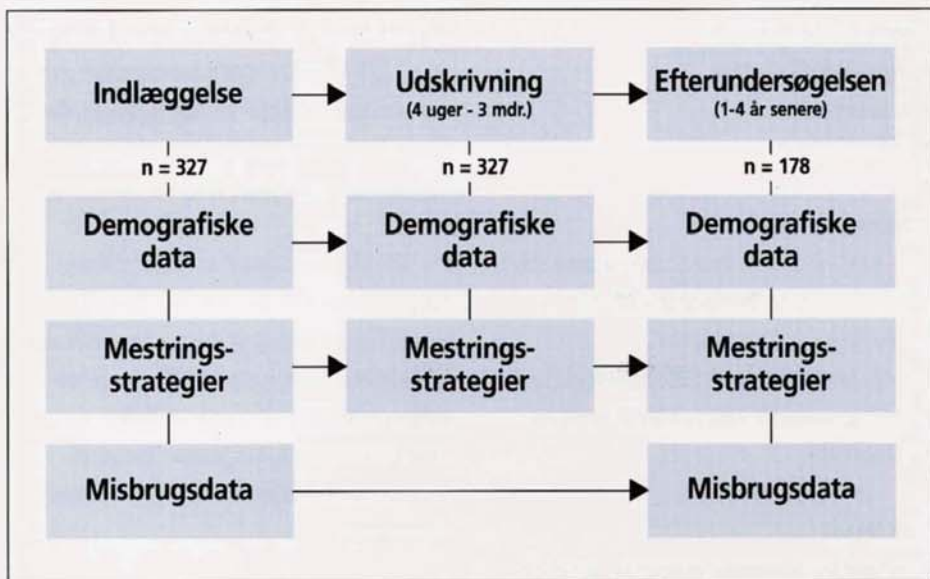
De 327 klienter fordeler sig på henholdsvis 82 kvinder og 245 mænd, det vil sige 25% kvinder og 75% mænd. I efterundersøgelsen er procentfordelingen på henholdsvis 26% kvinder og 74% mænd. De 178 personer som indgår i efterundersøgelsen er repræsentative for basismaterialet på 327 personer (se afsnit 4.3).

### *Design og Metode*

Der er tale om en forløbsundersøgelse af en gruppe klienter, der fungerer som egen kontrolgruppe.

Undersøgelsens datagrundlag er monitoringsskemaer, der rutinemæssigt er blevet udfyldt af behandlerne på baggrund af strukturerede interviews ved indskrivning og udskrivning fra 1992-1995, samt et spørgeskema udsendt til den enkelte klient 1-4 år efter udskrivningen i oktober 1996.





Figur 4.1. Evalueringsdesign.

De klienter, der har besvaret spørgeskemaet, kan således have været udskrevet i henholdsvis 1 til 4 år. Se opgørelsen over klientfordelingen på de forskellige årgange side 55.

I figur 4.1 ses evalueringens design.

Den statistiske databearbejdning er foretaget med SPSS Windows. Til krydsninger og korrelationer mellem de vigtigste ordinale variable er primært anvendt Gamma test, Sign test og Spearman Rank Order Correlation Coefficient, samt t-test til tal- og interval variable.

#### *Variabler til vurdering af udviklingen fra ind- til udskrivningen*

De vigtigste variable til vurdering af forløbet fra ind- til udskrivningen er følgende:

#### *Demografiske variable*

- ægteskabelig status
- indtægtskilde
- boligsituation

#### *Psykologiske variable*

- stopmetoder
- mestringsstrategier

#### *Udbytte variable*

- behandlerens vurdering af udbytte
- beboerens vurdering af udbytte

#### *Variabler til vurdering af udviklingen fra udskrivningen til efterundersøgelsen*

Det andet trin i evalueringen beskriver behandlingsudbyttet ét til fire år efter behandlingsafslutning. De vigtigste variable for vurdering af udbyttet i efterundersøgelsen er følgende:

### *Demografiske variabler*

- ægteskabelig status
- indtægtskilde
- boligsituation

### *Effektmål*

er et mål for reduktionen i misbruget efter behandlingen og bedømmes efter:

- ændring i drikkemønster
- antal genstande ved maximalt forbrug
- antal genstande ved moderat forbrug
- tilbagefald

### *Udbyttemål*

er et mål for klientens oplevelse af sit udbytte af gruppeterapien:

- oplevelse af udbyttet af de tilbagefaldsforebyggende strategier
- oplevelse af opfyldelsen af den personlige målsætning
- oplevelse af reduktion af afhængighed
- oplevelse af kontrol over alkoholindtagelsen

Begrebet effektmål dækker over "hårde" oplysninger, der kan måles og kvantificeres, mens begrebet udbyttemål relaterer sig til "bløde" oplysninger af holdningsmæssig karakter, der udtrykker subjektive oplevelser. I de følgende analyser er begreberne samlet under fællesbetegnelsen udbyttemål.

## **4.3 Repræsentativitet**

Ved sammenligning af udvalgte variabler

er det fundet, at undersøgelsens basisgruppe på 327 klienter inden for rimelige grænser er repræsentativ for alle indlagte, hvad angår kønssammensætning, alderssammensætning, indtægtsforhold samt misbrug.

De 327 klienter repræsenterer således Ringgårdens typiske klientel. Det er væsentligt at kunne vurdere, hvorvidt de 178 klienter som indgår i efterundersøgelsen ligeledes er repræsentative, da man kunne formode, at det ville være de "stærkeste" klienter der ville besvare skemaerne.

Ved at sammenholde de 178 klienter med hele gruppen på 327 på centrale variabeltyper fra udskrivningstidspunktet findes følgende: De 178 der deltog i efterundersøgelsen er karakteriseret ved at være signifikant bedre stillet på følgende forhold: De er "mere samboende", med flere "aktive stopmetoder" og et "mere tilfredsstillende behandlingsresultat" bedømt både ud fra egne udsagn og behandlerens vurdering af udbytte.

På andre variabler er der dog ingen signifikant forskel på de 327 og de 178 klienter, og derfor betragter vi i det væsentlige, med de forbehold som måtte være rimelige på baggrund af ovenstående, de 178 klientbesvarelser som et repræsentativt datagrundlag.

# 5.0 Undersøgellesgruppen ved indskrivningen

## Kapitlets opbygning

- Sammenfatning
- Demografiske forhold før behandlingen
- Misbrugsforhold før behandlingen
- Psykologiske mestringsstrategier og stopmetoder før behandlingen
- Diskussion

## Sammenfatning

### Demografiske data

Undersøgelsen viser, at undersøgelsesgruppen adskiller sig markant fra normalbefolkningen, idet undersøgelsesgruppen:

- har en ringere uddannelsesmæssig baggrund
- er væsentlig mindre integreret på arbejdsmarkedet
- har væsentlig større andel af overførselsindkomster i form af kontanthjælp, arbejdsløshedsdagpenge og førtidspension
- i højere grad er boligløs
- for kvindernes vedkommende er dårligere stillet med hensyn til arbejdsmarkeds-tilknytning og uddannelsesmæssige forudsætninger.

### Misbrugsforhold før behandlingen

Undersøgelsen viser, at der er tale om et særdeles tungt belastet klientel, som typisk har længerevarende misbrugsvarighed og et stærkt afhængighedspræget drikkemønster med et massivt alkoholindtag. Dette viser sig ved følgende:

- en gennemsnitlig misbrugsvarighed på 14 år

- et gennemsnitligt alkoholindtag på 29 genstande pr. døgn ved maksimal drikning
- et gennemsnitligt alkoholindtag på 8 genstande pr. døgn ved moderat drikning
- et overvejende konstant drikkemønster

### Psykologiske mestringsstrategier og stopmetoder før behandlingen

Undersøgelsen viser, at undersøgelsesgruppen benytter følgende psykologiske styringsmekanismer:

- overvejende passive stopmetoder
- en ligelig anvendelse af ensidige og blandede mestringsstrategier ved drikke-trang

## 5.1 Demografisk karakteristik

I det følgende er undersøgelsens demografiske data sammenholdt med oplysninger fra Danmarks Statistik, således at undersøgelsesgruppen kan sammenlignes med almenbefolkningen. Der skal dog tages det forbehold, at informationerne visse steder ikke kan jævnføres direkte. Resultaterne i dette afsnit giver således et vejledende snarere end et eksakt sammenligningsgrundlag.

### 5.1.1 Demografiske forhold

Undersøgelsesgruppen (n= 327) består af 82 kvinder (25%) og 245 mænd (75%) som har en gennemsnitsalder på 40 år med en spændvidde fra 22 til 69 år (kvinderne 24-60 år, mændene 22-69 år).

	Alle		Kvinder		Mænd	
	%	n=327	%	n=82	%	n=245
<b>Civilstand</b>						
Gift/samlevende	30	(99)	35	(29)	29	(70)
Separeret/skilt/lever alene	70	(228)	65	(53)	71	(175)
<b>Skolegang</b>						
≤ 7 år	20	(66)	21	(17)	20	(49)
8-10 år	64	(210)	66	(54)	64	(156)
>10 år	14	(46)	10	(8)	16	(38)
Uoplyst eller andet	2	(5)	4	(3)	1	(2)
<b>Uddannelse</b>						
Ingen uddannelse	38	(123)	48	(39)	34	(84)
Faglært	42	(136)	32	(26)	45	(110)
Mellemuddannelse	16	(51)	20	(16)	14	(35)
Højere uddannelse	3	(11)	1	(1)	4	(10)
Uoplyst eller andet	2	(5)	0	(0)	2	(5)
<b>Indtægtsforhold</b>						
Lønindtægt	20	(64)	11	(9)	22	(55)
Overførselsindkomst	78	(254)	83	(68)	76	(186)
Uoplyst eller andet	2	(9)	6	(5)	2	(4)
<b>Økonomi, subjektiv oplevet</b>						
Dårlig	49	(160)	48	(39)	49	(121)
Nogenlunde	34	(111)	32	(26)	35	(85)
God	16	(51)	18	(15)	15	(36)
Uoplyst eller andet	2	(5)	2	(2)	1	(3)

Tabel 5.1. Demografiske data.

I tabel 5.1 viser de blå kolonner den procentvise fordeling af kvinder, mænd og alle på variabler som: civilstand, skolegang, uddannelse og indtægtsforhold.

Den anden kolonne (n) angiver det faktiske antal besvarelser.

### Civilstand

Knap 30% af undersøgelsesgruppen er gift/samlevende. Dette tal er noget lavere end hos normalbefolkningen i samme aldersinterval, idet andelen af samlevende her er på 41%<sup>1)</sup>.

I undersøgelsesgruppen er der en mindre forskel i den procentvise fordeling af mænd og kvinder, som er gift/samlevende, henholdsvis 35% for kvinder og 29% for mænd. Der er således en tendens til, at kvinder i dette materiale i højere grad er i parforhold på trods af alkoholproblemer.

### Skolegang

Det ses i tabellen, at 20% af undersøgelsesgruppen har 7 års skolegang eller mindre som højeste grunduddannelse – uden forskel mellem mænd og kvinder. Dette skal

ses i forhold til, at kun halvt så mange (10%) af normalbefolkningen, som har passeret den skolepligtige alder, står uden afgangseksamen fra folkeskolen<sup>2</sup>.

Personer i undersøgelsen, som har mere end 10 års skolegang bag sig udgør 14% (10% af kvinderne; 16% af mændene). I normalbefolkningen er det omvendt kvinderne, der hyppigere har læst videre på gymnasieskolen efter afsluttet folkeskole<sup>3</sup>. Kvinder med skolegang over 10 år er således lavt repræsenteret i forhold til normalbefolkningen.

#### *Uddannelse*

Otteogtredive procent af undersøgelsesgruppen har ingen kompetencegivende uddannelse. Også her står kvinderne dårligst (48% kvinder mod 34% mænd). Disse tal er svære at sammenligne med normalbefolkningen, idet der ikke findes dækkende undersøgelser.

I undersøgelsesgruppen er kvinderne generelt dårligere uddannet end mændene, hvilket står i modsætning til den almindelige befolkning, hvor flere kvinder end mænd har kort videregående- og mellemlang videregående uddannelse<sup>4</sup>.

Som helhed adskiller undersøgelsesgruppen sig ikke dramatisk fra normalbefolkningen med hensyn til uddannelsesmæssig status, men kvinderne i undersøgelsesgruppen er dårligere uddannelsesmæssigt stillet.

#### *Indtægtsforhold*

Knap 3 mill. danskere er i arbejde, hvilket svarer til 68% i den aktuelle aldersgruppe<sup>5</sup>.

I undersøgelsesgruppen har blot hver femte en lønindkomst, hvilket er meget få i forhold til normalbefolkningen. Dette understreger alkoholmisbrugets alvorlighed, især i betragtning af, at den uddannelsesmæssige baggrund ikke er væsentlig forskellig. Også her er undersøgelsesgruppens kvinder endnu ringere stillet, idet kun halvdelen (11% mod mændenes 22%) har lønindkomst.

Normalbefolkningens andel af overførselsindkomster i form af kontanthjælp, dagpenge og førtidspension udgør 24% af aldersgruppen som helhed<sup>6</sup>, hvorimod dette tal i undersøgelsesgruppen udgør 78%. I undersøgelsesgruppen er der ikke den store forskel mellem mænd og kvinder.

#### *Klientens oplevelse af egen økonomi*

Knap halvdelen af de undersøgte klienter (49%) oplever egen økonomi som direkte dårlig, hvilket både gælder for mænd og kvinder. Dette kunne bl.a. hænge sammen med, at størsteparten af undersøgelsesgruppen er på overførselsindkomst. Af de resterende oplever 34% deres økonomi som "nogenlunde" og 16% "god".

#### *Boligforhold*

Der er indhentet oplysninger om reelle og oplevede forhold omkring egen boligsituation, hvilket fremgår af tabel 5.2 på næste side.

I undersøgelsesgruppen angiver 15%, at de er boligløse (11% kvinder mod 16% mænd). I Danmark generelt er kun meget få personer boligløse (0,7%)<sup>7</sup>.

	Alle % n=327	Kvinder % n=82	Mænd % n=245
<b>Boligforhold</b>			
Fast bolig	81 (265)	88 (72)	79 (193)
Boligløs	15 (49)	11 (9)	16 (40)
Uoplyst	4 (13)	1 (1)	5 (12)
<b>Boligtfredshed</b>			
Tilfreds	59 (194)	65 (53)	58 (141)
Utilfreds	39 (128)	35 (29)	40 (99)
Uoplyst	2 (5)	0 (0)	2 (5)

Tabel 5.2. Boligforhold.

Knap 60% af gruppen er godt tilfreds med deres boligforhold. Kvinderne er noget mere tilfredse end mændene (65% mod mændenes 58%).

## 5.2 Misbruget før behandlingen

### 5.2.1 Centrale forhold omkring misbrug

Tabel 5.3 viser centrale gennemsnitstal for variable: Debutalder, misbrugsvarighed, maksimalt- og moderat antal genstande indtaget per døgn.

#### Debutalder

Debutalderen defineres som den alder klienten har, når han oplever at miste kontrollen med sit alkoholindtag. Det bemærkes, at der er tale om en betydelig spredning i debuttidspunkterne – fra 10 års alderen og helt op til 67 år. Den typiske debutalder ligger dog i intervallet mellem 17 og 35 år med et gennemsnit på 26 år.

Undersøgelsen rummer således personer, som begynder at drikke relativt sent i deres voksenliv – ofte udløst af ændrede livsomstændigheder, der af personen opleves som eksistentielt vanskelige. Undersøgelsen rummer ligeledes perso-

ner, som er startet med drikkeriet i puberteten eller umiddelbart før.

#### Misbrugsvarighed

Misbrugsvarigheden er det antal år, klienten har oplevet afhængighed af alkohol. I gennemsnit har de undersøgte personer været afhængige af alkohol i 14 år, med en bred variation fra 1 til 44 års varighed.

Hos personer med en, set med døgninstitutionens målestok, kort misbrugsvarighed (mindre end 6 år) er der oftest tale om et voldsomt og ustyret drikkeri, hvorimod personer med relativt lang misbrugsvarighed (22 år) som hovedregel har et mindre voldsomt drikkeri – men jo altså til gengæld vedvarende og stærkt indgroet i personens liv og vaner.

Den gennemsnitlige misbrugsvarighed på 14 år er lang tid. Det dokumenterer, at de undersøgte personers alkoholproblemer er i den alvorlige ende af spektret.

#### Maksimalt indtag af alkohol

Det maksimale forbrug af alkohol er her defineret som tæt drikning med beruselse

	Alle n=327	Kvinder n=82	Mænd n=245
<b>Debutalder</b>	26 år	29 år	25 år
Standardafvigelse (SD)	+/-9	+/-9	+/-9
Range	10-67 år	12-53 år	10-67 år
<b>Misbrugsvarighed</b>	14 år	12 år	15 år
Standardafvigelse (SD)	+/-8	+/-7	+/-9
Range	1-44 år	1-34 år	1-44 år
<b>Genstande per døgn/maksimalt</b>	29	22	32
Standardafvigelse (SD)	+/-15	+/-9	+/-15
Range	25-100	5-45	6-100
<b>Genstande per døgn/moderat</b>	8	5	8
Standardafvigelse (SD)	+/-7	+/-5	+/-7
Range	0-40	0-21	0-40

Tabel 5.3. Gennemsnitstal for centrale misbrugsvariable.

som formål/resultat. Ved forsamtalen er klienten bedt om at angive, hvor mange genstande hun/han maksimalt har drukket under de mest intensive faser af sit misbrug gennem det sidste halve år før behandlingen. Det maksimale antal genstande er således et udtryk for, hvor meget klienterne angiver at drikke per døgn, når de drikker mest intensivt.

For undersøgellesgruppen som helhed er det gennemsnitlige antal genstande ved intensiv drikning 29 genstande, med en markant spredning fra 5 til 100 genstande.

Kvinderne drikker noget mindre end mændene, hvilket eventuelt kunne hænge sammen med kønsspecifikke fysiologiske forhold, som bevirker, at mænd generelt kan drikke større mængder alkohol end kvinder uden nødvendigvis at opnå større grad af beruselse<sup>®</sup>. Forskelle i kønsspecifik drikkekultur spiller muligvis også ind.

Selve drikkemønsteret – om man drikker episodisk eller konstant – hænger i de fleste tilfælde sammen med det maksimale genstandsindtag under maksimal drikning. Et døgnindtag på 80-100 genstande er for eksempel en kortvarig foreteelse, der kræver regeneration, før man kan gentage et så voldsomt drikkeri. Det vil derfor typisk afspejle et episodisk drikkemønster. Mens et maksimalt indtag på f.eks. 5 genstande dagligt tyder på et stereotypet gentaget vanedrikkeri hos personer med konstant drikkemønster.

#### *Moderat indtag af alkohol*

Det moderate alkoholforbrug er defineret som drikning, der ikke har til formål/resultat at føre til beruselse, og alkoholmængden er lavere end ved det maksimale forbrug. Ved forsamtalen spørges også om, hvor mange genstande der drikkes moderat, det vil sige når der ikke drikkes for at blive beruset.

	Alle		Kvinder		Mænd	
	%	n=327	%	n=82	%	n=245
Konstant drikkemønster	57	(185)	50	(41)	59	(144)
Episodisk drikkemønster	41	(135)	45	(37)	40	(98)
Uoplyst	2	(7)	5	(4)	1	(3)

Tabel 5.4. Drikkemønster.

Af tabel 5.3 fremgår, at undersøgelsesgruppen gennemsnitlig drikker 8 genstande per døgn under moderate drikkeforhold, med en spredning fra 0-40 genstande (opdelingen i maksimalt og moderat drikning beror på den enkelte klients egen skelnen mellem forskellige drikkeformer). Kvinderne drikker også her gennemsnitligt noget mindre end mændene (5 genstande mod mændenes 8 genstande).

### 5.2.2 Drikkemønster

I tabel 5.4 ses en procentvis opgørelse over to forskellige former for drikkemønster. Disse er opdelt i "konstant drikkemønster" og "episodisk drikkemønster". Det konstante drikkemønster er defineret som et jævnt fortløbende misbrug uden markante pauser i drikningen. Det episodiske drikkemønster er defineret ved, at der er veldefinerede pauser, hvor der ikke forekommer alkoholmisbrug.<sup>(1)</sup> Det kan dog i praksis være svært at skelne mellem et konstant drikkemønster, og et hyppigt optrædende episodisk mønster med relativt langvarige drikketure og relativt korte misbrugsfrie intervaller.

Af tabellen fremgår, at over halvdelen af den samlede undersøgelsesgruppe, 57%, har et konstant misbrugsmønster. Ligeledes fremgår det, at lidt flere mænd end kvinder er konstant drikkende (59% mod kvindernes 50%)

### 5.2.3 Medicin og narkotika

En del af klienterne har sideløbende med alkoholmisbruget et forbrug af andre rusmidler og/eller medicin – f.eks. sove-/nervemedicin, smertestillende medicin, hash eller egentlig narkotika.

For lægemidlernes vedkommende er der ikke skelnet mellem lægeordineret regulær brug, og egentlig overforbrug/misbrug. Blandt de 327 personer angiver 55% (181 personer) at have et forbrug, og fordelingen af mænd og kvinder svarer nogenlunde til hinanden. Tabel 5.5 angiver de medikamenttyper som hyppigst forbruges i undersøgelsesgruppen.

Forbruget af medicin og stimulantia er angivet i forhold til antal besvarelser, men

(1) Konstant drikkemønster: jævnt fortløbende evt. med fluktuationer men uden markerede og voluntært fremkaldte pauser. Episodisk drikkemønster: Turevist forløb med markerede pauser i alkoholmisbruget. Disse definitioner ligger i tråd med DSM-III's skelnen mellem drikkemønstre af "episodic" og "continuous" type (APA 1980) og indgår ligeledes i ICD-10 diagnosekriterier F10.25 "kontinuerligt brug" og F10.26 "episodisk brug".



	Alle		Kvinder		Mænd	
	%	n=327	%	n=82	%	n=245
Bruger ingen medicin	45	(146)	41	(34)	46	(112)
Beroligende medicin	37	(12)	41	(34)	36	(87)
Smertestillende	8	(25)	9	(7)	7	(18)
Sovemedicin	12	(38)	15	(12)	11	(26)
Stimulantia	1	(2)	1	(1)	0	(1)
Hash	8	(25)	6	(5)	8	(20)
Hård narkotika	0	(1)	0	(0)	0	(1)
Andet	12	(38)	9	(7)	13	(31)

Tabel 5.5. Forbrug af medicin og narkotika.

derimod ikke i forhold til enkeltpersoners forbrug, da undersøgelsespersonerne har givet mere end et svar.

Tabellen viser, at beroligende medicin samt sovemedicin er de to typer medikamenter, som anvendes mest af undersøgelsesgruppen. Hård narkotika er ikke noget problem, medens 8% har angivet et forbrug af hash.

### 5.3 Karakteristik af de psykologiske mestringsstrategier

#### 5.3.1 Højriskosituationer

Arbejdet med "højriskosituationer" er et

centralt værktøj i Ringgårdens behandling. Højriskosituationerne kan inddeles i to hovedkategorier: Interpersonlige højriskosituationer, det vil sige risikosituationer, der opstår i sociale sammenhænge, og intrapersonlige højriskosituationer, som er risikosituationer skabt af indre konflikter. Den anvendte inddeling bygger på en kategorisering, som oprindeligt er foretaget af Marlatt og Gordon (1980)<sup>9)</sup>.

Ved indskrivningen bliver klienten bedt om at angive, under hvilke omstændigheder han oplever det som vanskeligst ikke at drikke, og bliver således kategoriseret

	Alle		Kvinder		Mænd	
	%	n=327	%	n=82	%	n=245
<b>Intrapersonlige determinanter</b>						
Negative emotionelle tilstande	76	(247)	83	(68)	73	(179)
Negative fysiske tilstande	5	(15)	4	(3)	5	(12)
Positive emotionelle tilstande	6	(19)	1	(1)	7	(18)
Afprøv. af personlig kontrol	2	(8)	2	(2)	2	(6)
Fald for fristelser	16	(52)	7	(6)	19	(46)
<b>Interpersonlige determinanter</b>						
Interpersonlige konflikter	33	(109)	43	(35)	30	(74)
Socialt pres	15	(48)	12	(10)	16	(38)

Tabel 5.6. Fordeling af højriskosituationer.

indenfor de angivne højrisikosituationer. Da hver klient kan angive fra én til to højrisikosituationer, er tabel 5.6 en oversigt over samtlige besvarelser, hvilket giver en oversigt over hvilke højrisikosituationer, der synes at være de mest almindelige.

“Negative emotionelle tilstande” er den hyppigst forekommende højrisikosituation for undersøgelgruppen. Dernæst kommer “interpersonlige konflikter” og på en delt tredjeplads kommer “fald for fristelser” og “socialt pres”. Denne graduering er ens for både mænd og kvinder. Dog ses, at kvinder i højere grad end mændene anser “negative emotionelle tilstande” og “interpersonlige konflikter” som højrisikosituationer. Mændene derimod har større tilbøjelighed til at falde for fristelser end kvinderne.

Fordelingen af højrisikosituationerne i denne undersøgelse svarer godt til tidligere fund i andre undersøgelser<sup>10</sup>.

### 5.3.2 Strategier mod drikketrang

Det er erfaringsmæssigt almindeligt, at personer med alkoholafhængighed oplever

en tilbagevendende drikketrang, når de befinder sig i en af deres respektive risikosituationer. Ved indskrivningen vurderes, hvilken type mestringsstrategi den enkelte klient bruger for at modvirke en ny drikkeepisode.

Strategierne er opdelt i:

*Adfærdsmæssig mestringsstrategi:* Overvejende handleprægede tiltag med det formål at aflede opmærksomheden fra drikke-trangen eventuelt ved at stille hindringer i vejen for drikningen.

*Kognitiv mestringsstrategi:* En mestringsform som overvejende er præget af modforestillinger og selvinstruktioner til imødegåelse af drikke-trangen.

*Blandet mestringsstrategi:* Personen benytter stort set lige dele af de to ovenfor nævnte metoder.

Vi anser det for et succeskriterium, at klienten bevæger sig fra enkelte eller ensidige mestringsstrategier til blandede mestringsformer, da det er dokumenteret, at flere og mere alsidige mestringsredskaber reducerer den enkelte klients risiko for tilbagefald<sup>11</sup>. En opgørelse over fordelin-

	Alle % n=327	Kvinder % n=82	Mænd % n=245
Overvejende adfærdsmæssige	22 (71)	17 (14)	23 (57)
Overvejende kognitive	22 (71)	27 (22)	20 (49)
Blandede	59 (194)	65 (53)	58 (141)
Uoplyst	2 (5)	0 (0)	2 (5)

Tabel 5.7. Mestringsstrategier.

	Alle % n=327		Kvinder % n=82		Mænd % n=245	
Aktive metoder	28	(92)	37	(30)	25	(62)
Passive metoder	69	(224)	61	(50)	71	(174)
Uoplyst	3	(11)	2	(2)	4	(9)

Tabel 5.8. Stopmetoder.

gen af de enkelte mestringsstrategier ses i tabel 5.7.

I undersøgellesgruppen benytter 44% sig af "blandede mestringsstrategier". Lidt flere kvinder end mænd synes at anvende "blandede strategier". Derudover synes kvinderne mindre handlingsorienterede og mere kognitivt prægede end mændene.

### 5.3.3 Stopmetoder

"Stopmetoder" er et udtryk for klientens måde at få stoppet et fejltrin eller tilbagefald på. "Aktive" stopmetoder indebærer, at klienten formår at stoppe en drikkeepisode ved egen hjælp. "Passive" stopmetoder, er når klienten ønsker at stoppe drikkeepisoden, men ikke formår dette ved egen hjælp.

Personer, der har aktive stopmetoder står stærkere rustet i forhold til håndtering af misbruget, end personer med passive stopmetoder<sup>12)</sup>. Et succeskriterium er således, at klienten bevæger sig fra passive til aktive stopmetoder under behandlingen. En oversigt over de anvendte stopmetoder ved behandlingsstart ses i tabel 5.8.

Betragter man undersøgellesgruppen som helhed, har i alt 28% forsøgt sig med aktive

stopmetoder, her er kvinderne overrepræsenteret (37% mod 25%) i forhold til mændene. En mulig forklaring kunne være, at det i vores kultur er mindre velset, at kvinder drikker, hvilket i højere grad kan tænkes at ansøre kvinderne til at forsøge at stoppe drikkeriet.

### 5.3.4 Drikkemålsætning

Ved behandlingsstart bedes klienten om at beskrive sine nuværende tanker om sit fremtidige forhold til alkohol, dvs. hvilken målsætning han vil forfølge gennem behandlingen.

Klienten bevidstgøres om mål og retning på indsatsen, og det løbende arbejde med realistiske målsætninger afføder forventninger, som er med til at fastholde klienten i et behandlingsforløb.

Ved indskrivningen ser fordelingen af målsætninger ud som vist i tabel 5.9.

Af tabellen fremgår, at 46% vælger "afholdenhed i en periode", 25% vælger "total afholdenhed" og 18% vælger "kontrolleret drikning".

Afholdenhed i en periode på 3 måneder efter behandlingen er en forsigtig sat mål-

	Alle % n=327		Kvinder % n=82		Mænd % n=245	
Total afholdenhed	25	(80)	21	(17)	26	(63)
Afholdenhed i en periode (3 mdr.)	46	(149)	51	(42)	44	(107)
Kontrolleret drikning	18	(59)	13	(11)	20	(48)
Ingen målsætning	6	(21)	5	(4)	7	(17)
Andet	3	(11)	5	(4)	3	(7)
Uoplyst	2	(7)	5	(4)	1	(3)

Tabel 5.9. Drikkemålsætning.

sætning, idet den er mindre gennemgribende i forhold til livsstilsændringer end "total afholdenhed" og "kontrolleret drikning". Kvinderne vælger denne målsætning en anelse hyppigere end mændene.

#### 5.4 Diskussion

Opsummeret har vi således et billede af undersøgelsesgruppen som værende socialt dårligere stillet end almenbefolkningen, idet vi ser en ringere grad af familiemæssig tilknytning, en ringere grad af afsluttede folkeskoleforløb samt en betydelig lavere grad af arbejdsmarkedstilknytning. Derudover tyder undersøgelsen på, at kvinderne i gruppen er dårligere stillet end mændene med hensyn til arbejdsmarkedstilknytning og uddannelsesmæssige forudsætninger. Ikke alene er kvinderne dårligere stillet end mændene i undersøgelsesgruppen. Forholdet gør sig ligeledes gældende i sammenligningen med almenbefolkningens kvinder. Dog ses, at kvindernes forhold til hjem og familie synes at være mere stabilt end mændenes, da flere kvinder er i parforhold med faste boligfor-

hold, hvor mændene i højere grad er separerede og boligløse. Kvinderne synes således at befinde sig i en mere afhængig position i forhold til en økonomisk arbejdsmæssig situation, mens mændene synes mere socialt isolerede.

Det kan fastslås, at den undersøgte gruppe er stærkt belastet i misbrugsmæssig henseende. Således har personerne gennemsnitligt haft alkoholproblemer i op mod 3/4 af deres voksenliv, og for godt halvdelen af personerne har der været tale om et stort set dagligt problem – det vil sige at problemet har øvet indflydelse på alle tænkelige sider af personens livsudfoldelse – ikke mindst relationerne til de pårørende. I behandlingsmæssig henseende er der med andre ord tale om at skulle arbejde med at skabe forandringer i en adfærd, som er dybt forankret i personernes hele tilgang til tilværelsen – og vel at mærke personer som – jævnfør afsnit 5.1.3 – for en stor dels vedkommende socialt set er i en sårbar og ressourcefattig position. Hos denne gennemgående svært misbrugende og socialt derouterede gruppe viser oven-

stående, at afhængigheden af alkohol er kædet sammen med centrale sårbarhedsfelter – udtrykt i højrisikosituationerne – hos den enkelte.

Samtidig er evnen til at mestre de afhængighedsstyrende situationelle og personlige faktorer særdeles svag. Til gengæld omsættes dette hos flertallet i en beslutning om at afholde sig fra alkohol – i det mindste i en periode af sammenlagt et halvt års varighed ved fulgt behandlingsforløb. Der er med andre ord tegn til at en del af de undersøgte har en vis erkendelse af de alvorlige afhængighedsproblemer, de nu skal i behandling med.

## Referencer

- 1) Statistisk Årbog, 1997 tabel 75
- 2) Statistisk Årbog, 1997 tabel 45 og tabel 106
- 3) Statistisk Årbog, 1997 tabel 106
- 4) Statistisk Årbog, 1997 tabel 106
- 5) Statistisk Årbog, 1997 tabel 352 og tabel 45
- 6) Statistisk Årbog, 1997 tabel 148
- 7) Statistisk Årbog, 1997 tabel 87
- 8) Nielsen, P. (1992)
- 9) Marlatt, G.A. & Gordon J.R. (1980)
- 10) Nielsen, P. (1992); Annis, H.M. et al. (1996)
- 11) Nielsen, P. (1992); Annis, H.M. et al. (1996)
- 12) Nielsen, P. (1992)

# 6.0 Undersøgellesgruppen ved udskrivningen

## Kapitlets opbygning

- Sammenfatning
- Psykologiske mestringsstrategier og stopmetoder fra ind- til udskrivningen
- Udbyttevurderinger af behandlingen
- Frafald under behandlingen
- Diskussion

## Sammenfatning

### Demografiske data

Undersøgelsen viser, at der ikke er markante ændringer fra ind- til udskrivningen på de demografiske forhold. Dette var heller ikke at forvente, idet ændringer i så fundamentale sociale forhold først antages at kunne slå igennem et tidsrum efter behandlingens afslutning. I kapitel 7 gennemgås de demografiske forhold fra indskrivningen til efterundersøgelsen.

### Psykologiske mestringsstrategier og stopmetoder fra ind- til udskrivning

Undersøgelsen viser, at samtlige succeskriterier i forhold til de psykologiske sty-

ringsmekanismer er mødt, idet vi ser en signifikant ændring til det bedre med hensyn til:

- en positiv udvikling i stopmetoderne, hvilket vil sige, at vi ser signifikant flere med aktive stopmetoder ved udskrivningen end ved indskrivningen
- en positiv udvikling i mestringsstrategierne overfor drikketrang i form af signifikant flere med blandede strategier ved udskrivningen i forhold til indskrivningen
- at størsteparten af klientellet responderer positivt på behandlingen ved aktivt at have tilegnet sig enten stopmetoderne eller strategierne mod drikketrang eller begge dele.

### Udbyttevurdering af behandlingen

Undersøgelsen viser, at hovedparten af beboerne vurderer behandlingsopholdet som tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende. Disse vurderinger peger i samme retning som behandlernes vurderinger.

	Indskriv % n=327	Udskriv % n=327
Overvejende adfærdsmæssige	22 (71)	17 (55)
Overvejende kognitive	22 (71)	13 (42)
Blandede	44 (145)	66 (217)
Uoplyst	12 (40)	4 (13)

Tabel 6.1. Ændring i mestringsstrategier fra ind- og udskrivningen.

### *Frafald under behandlingen*

Undersøgelsen viser, at 23% forlader behandlingen før tid. Baggrunden herfor kan findes i forskellige forhold, som dels relaterer sig til direkte udeblivelser fra behandlingen, hvilket dog er de færreste og til udskrivninger på grund af psykiske, fysiske problemer eller misbrug.

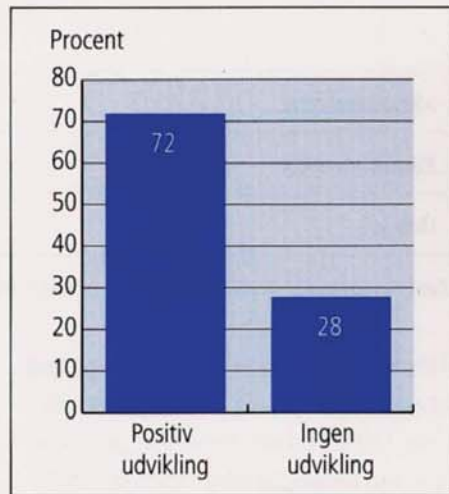
I det følgende beskrives den udvikling, klienterne har gennemgået i løbet af behandlingsopholdet på Ringgården. Altså hvordan profilen er på udskrivningstidspunktet i forhold til profilen ved indskrivningen. Varigheden af behandlingen er forskellig fra klient til klient, nogle har gennemgået 4 ugers behandling, andre har været indskrevet i 3 måneder. Denne variation skyldes dels forskelle i klientellets skønnede behov for behandling, og dels begrænsninger i henvisende instansers økonomi.

### **6.1 Psykologiske mestringsstrategier og stopmetoder fra ind- til udskrivningen**

#### *Udvikling i strategier mod drikketrang fra ind- til udskrivningen*

Succeskriteriet i forhold til mestringsstrategier mod drikketrang er, at klienten bevæger sig fra en enkelt eller ensidig mestringsstrategi til en mere alsidig anvendelse af disse. Således er udviklingen fra henholdsvis kognitive strategier til blandede strategier og adfærdsmæssige til blandede strategier den ønskede udvikling. Udviklingstendensen i undersøgelsesgruppen ses i tabel 6.1.

Betragter man frekvensen af blandede strategier, ser man en stigning fra indskriv-



Figur 6.1. Udvikling i strategier ved drikketrang fra ind- til udskrivningen. Sign test;  $n=276$ , uoplyst 51.

ning- til udskrivningssituationen på 22%. Tilsvarende ser man et fald i de adfærdsmæssige og kognitive strategier. For at få et billede af enkeltpersoners bevægelse har vi fulgt udviklingen fra de enstrengede mestringsstrategier til de blandede strategier. Se figur 6.1.

Det fremgår af figur 6.1, at 72% af undersøgelsesgruppen har haft en positiv udvikling, det vil sige, har ændret strategi til et blandet repertoire, eller er forblevet på dette udgangspunkt. En negativ udvikling eller forbliven i enstrengede strategier ses i 28% af tilfældene. Sammenlignet med succeskriterierne er der tale om en positiv reaktion på behandlingen  $p \leq 0,01$ .

#### *Udvikling i stopmetoder fra ind- til udskrivningen*

Succeskriteriet i forhold til ændringer i stopmetoder er, at klienten bevæger sig fra passive stopmetoder til aktive stopmetoder. I tabel 6.2 ses udviklingstendensen.

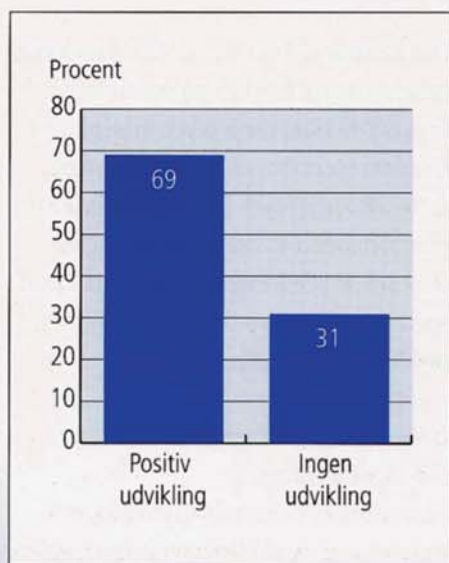
	Indskriv		Udskriv	
	%	n=327	%	n=327
Aktive metoder	28	(92)	68	(223)
Passive metoder	69	(224)	13	(98)
Uoplyst	3	(11)	66	(6)

Tabel 6.2. Ændring i stopmetoderne fra ind- til udskrivning.

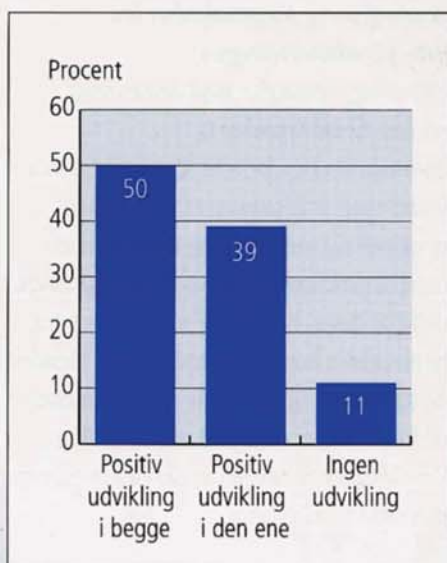
Tabellen afslører, at 40% af undersøgelsesgruppen bevæger sig i den ønskede retning. Dertil skal medregnes de personer, som ved udgangspunktet allerede havde aktive metoder, og som blot har udvidet eller forfinet disse. Figur 6.2 viser de enkelte klienters bevægelse i undersøgelsen, hvor "positiv udvikling" defineres som en bevægelse fra passive til aktive metoder eller som en tilegnelse af flere aktive stopmetoder, mens "ingen udvikling" er defineret som en forbliven ved de passive stopmetoder.

Denne opgørelse viser, at 69% bevæger sig i en positiv retning fra passive til aktive stopmetoder, eller forbliver i en aktiv anvendelse af stopmetoder. Derimod har 31% ingen udvikling i stopmetoderne. Den positive udvikling er signifikant  $p \leq 0,01$ .

Vi må således konkludere, at knap 70% af Ringgårdens klienter gennemgår en ønsket udvikling under behandlingen, som antages at have positive konsekvenser for muligheden af aktivt at kunne gribe ind ved et eventuelt fejltrin efter behandlingen.



Figur 6.2. Udviklingen i de enkelte klienters stopmetoder fra ind- til udskrivningen. Sign test;  $n=310$ , uoplyst 17.



Figur 6.3. Udvikling i både stopmetoder og strategier mod drikketrang,  $n=314$ , uoplyst 13.



	Indskriv		Udskriv	
	%	n=327	%	n=327
Total afholdenhed	25	(80)	17	(55)
Afholdenhed i en periode	46	(149)	55	(180)
Kontrolleret drikning	18	(59)	17	(54)
Ingen målsætning	6	(21)	7	(23)
Andet	3	(11)	0	(1)
Uoplyst	2	(7)	4	(14)

Tabel 6.3. Ændring i drikkemålsætning fra ind- til udskrivningen.

### Udviklingen i både stopmetoder og strategier mod drikketrang

Da succeskriterierne relaterer sig til udviklingen i de psykologiske styringsmuligheder, er det relevant at undersøge, hvor mange personer der både har en positiv udvikling i stopmetoder og i mestringsstrategier, idet en positiv udvikling i begge de psykologiske styringsmekanismer er det optimale udbytte af den tilbagefaldsforebyggende behandling. Udviklingen fra ind- til udskrivningen i begge strategier kan ses af figur 6.3.

Det fremgår af figur 6.3, at halvdelen af Ringgårdens klientel er vurderet til at have tilegnet sig begge de psykologiske styringsmekanismer, mens knap 40% tilegner sig enten stopmetoderne eller strategierne mod drikketrang. De resterende 11% vurderes til ikke at have tilegnet sig nogen af strategierne. Det vil sige, at 50% opnår maksimalt udbytte, 39% delvist udbytte og 11% ingen udbytte af styringsmekanismerne.

Således må det vurderes, at ca. 9 ud af 10 klienter på Ringgården reagerer positivt på

behandlingen set i lyset af de opstillede succeskriterier.

### Ændringer i drikkemålsætning fra ind- til udskrivningen

Arbejdet med den enkeltes målsætning for brug af alkohol efter behandlingen resulterer i en ændring af målsætningen, som vist i tabel 6.3.

Oversigten viser en stigning i frekvensen af "Afholdenhed i en periode" efter behandlingens afslutning på 9%, underforstået, at perioden drejer sig om 3 måneder. Det ser ud til, at målsætningen "total afholdenhed" mister tilsvarende procentandel, hvilket tyder på en bevægelse i materialet mod "Afholdenhed i en periode".

Det synes som om, at valget af målsætning ændres hen imod at medføre den mindst gennemgribende ændring i personens livsstil og forhold til alkohol, idet der ligger et tre måneders forbrugsperspektiv modsat en total ændring i livsstil og forbrugsstil ved "total afholdende" eller "kontrolleret drikning".

Dette forhold kunne afspejle en realistisk holdning til, hvor svært det er gennemgribende at ændre livsførelse og ønsket om derfor ikke at sætte forventninger højere end, at de kan opfyldes. Det vil sige, at der behandlingsmæssigt lægges op til, at de klienter som ikke vil stræbe efter total afholdenhed resten af livet, i det mindste "et kvartal ad gangen" ikke drikker og derpå vurderer drikkemålsætningen på ny.

## 6.2 Udbyttevurderinger af behandlingen

### *Behandlerens og beboerens vurdering af behandlingsudbytte*

Udgangspunkt for vurdering af klientens behandlingsudbytte er behandlerens oplevelse af det samlede forløb på Ringgården. Vurderingerne er oprindeligt angivet på en 9-punktsskala, hvor 1 er den laveste, og 9 er den højeste vurdering. Til statistisk brug er skalaen inddelt i tredjedele, således at vurderinger fra 1-3 defineres som "utilfredsstillende udbytte", 4-6 defineres som "tilfredsstillende udbytte" og 7-9 defi-

neres som "meget tilfredsstillende udbytte". Fordelingen ses i tabel 6.4, hvor beboerens egen angivelse af behandlingsudbyttet, ligeledes fremgår.

Det fremgår, at beboerne har en mere positiv vurdering end behandlerne af udbyttet (70% mod 51% for "meget tilfredsstillende"). Ved at krydse behandler- og beboervurderingerne med hinanden finder vi i vores undersøgelse en positiv overensstemmelse mellem vurderingerne ( $p \leq 0,01$ ). Det vil sige, at der i høj grad er enighed om udfaldet af den enkelte klients behandling.

### *De bedste behandlingselementer*

Ved udskrivningen angiver beboeren, hvilke behandlingselementer han oplever at have fået bedst udbytte af. Der kan vælges mellem de i tabel 6.5 angivne muligheder, og der kan vælges op til tre forskellige behandlingselementer. Dette betyder, at den samlede procent af udbyttevurderingen bliver mere end 100%, da hver enkelt klient kan vælge mere end én mulighed.

	Udskriv % n=327	
<b>Behandlerens vurdering af udbytte</b>		
Utilfredsstillende udbytte	10	(32)
Tilfredsstillende udbytte	31	(102)
Meget tilfredsstillende udbytte	51	(168)
Uoplyst	8	(25)
<b>Beboerens vurdering af udbytte</b>		
Utilfredsstillende udbytte	3	(10)
Tilfredsstillende udbytte	7	(24)
Meget tilfredsstillende udbytte	70	(228)
Uoplyst	20	(65)

Tabel 6.4. Vurdering af behandlingsudbytte.

	Udskriv % n=327	
Gruppesamtalerapi	78	(256)
Kammeratligt samvær	62	(202)
Praktisk arbejde	18	(59)
Omsorg	16	(52)
Familieterapi/samtaler	15	(48)
Undervisning	13	(41)
Socialrådgivning	12	(38)
Antabus	11	(36)
God mad	6	(18)
Enesamtaler	5	(15)
Andet	2	(7)

Tabel 6.5. Bedste behandlingselementer.

“Gruppesamtalerne” er det forum, hvor den kognitivt baserede tilbagefaldsforebyggende terapi foregår. Sammen med “kammeratligt samvær” befinder gruppesamtalerne sig klart i toppen af beboernes

udbyttevurdering, hvilket kan skyldes døgnbehandlingens særlige kvalitet, nemlig at man i et støttende og omsorgsfuldt miljø med ligesindede kan arbejde terapeutisk målrettet med sine kerneproblemer – alkoholafhængigheden – også selv om man hører til i den relativt svært belastede klientkategori.

### 6.3 Planlagt efterbehandling

Ved udskrivningen angiver behandleren, hvilken type efterbehandling der er aftalt med den enkelte klient efter opholdet på Ringgården. Der kan vælges mellem de i tabel 6.6 angivne muligheder, og der kan vælges op til fem forskellige efterbehandlingselementer. Dette betyder, at den samlede procent er mere end 100%, da hver enkelt klient kan vælge mere end én mulighed.

	Udskriv % n=327	
<b>Indgået aftale om efterbehandling</b>	86	(282)
<b>Ej indgået aftale om efterbehandling</b>	14	(45)
Støtte på ambulatorium	43	(139)
I gang med job/uddannelse under afklaring	31	(102)
Antabus administreret	24	(78)
I gang med job/uddannelse afklaret	19	(61)
Støtte fra venner og familie	18	(58)
Socialrådgivning i hjemmekommune	16	(53)
Individuelle samtaler på Ringgården	15	(49)
Støttesamtaler med egen læge	13	(43)
Kontaktaftale med med-beboer	10	(33)
Parsamtaler på Ringgården	9	(28)
Andet	8	(26)
Antabus selvadministreret	6	(18)
Anden socialpædagogisk institution	5	(15)
Behandling hos psykiater/psykolog	2	(7)
“Hjemme-hos” person	2	(8)

Tabel 6.6. Efterbehandlingsmuligheder.

Tabellen viser, 86% af undersøgelsesgruppen har indgået en aftale om en eller anden form for efterbehandling. De mest anvendte efterbehandlingsmuligheder ses derefter i prioriteret rækkefølge og er "støtte på ambulatorium", 43%, "i gang med job eller uddannelse", 31% og "antabus administreret", 24%.

#### 6.4 Frafald under behandlingen

I det følgende behandles frafald under selve behandlingsperioden. Udgangspunktet for behandlingen er en gensidig aftale om behandlingens indhold og varighed. Frafald betyder derfor en afvigelse fra den oprindelige aftale om behandlingens varighed, hvilket kan ske både på klientens og behandlerens foranledning. Årsagerne til frafald kan være mange.

*På klientens foranledning kan der f.eks. være tale om, at klienten:*

- får tilbudt arbejde, som han vælger frem for behandlingen
- får problemer med børn eller familie, som tvinger pågældende til at rejse hjem
- begynder at drikke igen og udebliver fra behandlingen
- oplever behandlingen som utilfredsstillende, for svær eller på anden vis upassende.

	Frafald	
	%	n=76
Klientens eget initiativ	34	(26)
Behandlerens initiativ	16	(12)
Misbrug	39	(30)
Andet/uoplyst	11	(8)

Tabel 6.7. Baggrund for afbrydelse af behandlingen.

*På behandlerens foranledning vil afbrydelse af behandlingen i utide ofte ske på baggrund af f.eks:*

- misbrug af alkohol, hash eller medicin under behandlingsforløbet
- somatisk sygdom uforenelig med behandlingen
- psykisk sygdom, som kræver anden behandling end Ringgården
- umoden, antisocial adfærd med gentagne aftalebrud

I tabel 6.7 ses frafald fordelt på klientens initiativ, behandlerens initiativ og frafald grundet misbrug. I alt har 76 personer stoppet behandlingen før tid, hvilket giver en frafaldsprocent på 23%.

Tidspunktet for frafaldet er meget varierende. Fra kort efter indskrivningen til kort før den aftalte behandlingsperiodes afslutning. I sidstnævnte tilfælde må formodes, at klienten på trods af frafaldet har "fået noget med hjem".

Af tabellen ses, at godt 1/3 (39%) af det samlede frafald skyldes misbrug. Dette fordeles sig hovedsageligt på alkohol og hash under behandlingsforløbet.

#### 6.5 Diskussion

Hovedparten af de klienter, som gennemfører behandlingen, har været tilfredse med behandlingen, og har haft et positivt udbytte – både efter deres egen og efter behandlernes generelle opfattelse. Men også efter en mere specifik vurdering af de kvalitative aspekter af klientens mestringsrepertoire i forhold til højrisikosituationer med alkohol kan der konstateres en signifi-

kant bevægelse i den intenderede retning i form af, at et flertal af klienterne har tilegnet sig mere aktive og nuancerede strategier mod tilbagefald.

Sammenlignet med en tidligere undersøgelse af en tilsvarende døgninstitutions<sup>(1)</sup> behandling uden brug af tilbagefaldsforebyggende principper er der tale om en klar forskel, idet man her konkluderede, at *"...tegn på øget mestrings-kompetence i forhold til personernes hidtil alvorlige og dominerende misbrug kun forekom sporadisk..."* (Nielsen 1992, p. 301). Det vil sige, at klienterne i den pågældende behandling ikke i nævneværdig grad ændrede deres strategier mod tilbagefald – øvrige behandlingsresultater ufortalt.

Selvom der i behandlingen på Ringgården ikke indtages en ideologisk stilling til f.eks. total livslang afholdenhed som målsætning efter behandlingen, er dette alligevel et udtrykt mål for en fjerdedel af klienterne ved udskrivningen. Og for godt halvdelen af klienterne er målet at efterfølge behandlingen med i det mindste en periode med afholdenhed. Disse målsætninger har uden tvivl flere betydninger, men her vil vi fremhæve dem som afspejlinger af, at behandlingen formår at fastholde et realitetsorienteret perspektiv hos klienterne – også uden brug af dogmatik.

Blandt de oprindelige klienter i undersøgelsesgruppen faldt op mod en fjerdedel fra, inden det aftalte afslutningstidspunkt

for behandlingsforløbet var nået. For 39% af disse personer var fejltrin med alkohol eller hash under opholdet på Ringgården anledningen til afbrydelsen. Selvom frafaldet i denne undersøgelse på ingen måde er usædvanligt for klientellet, giver det alligevel anledning til overvejelser om muligheder for at begrænse det, det vil sige øge klienternes "compliance" til behandlingen. Den aktuelle undersøgelse har i den henseende allerede givet anledning til forskningsmæssige overvejelser om at undersøge, hvorvidt et særligt mønster gør sig gældende (adfærdsmæssigt, psykologisk og fysiologisk) hos de hashrygende alkoholmisbrugere, for hvem det tilsyneladende ofte går galt under behandlingen (Nielsen & Samuelson 1998 upubl.).

Samlet vurderet er der ved behandlingens afslutning konstateret en specifik effekt, som er overensstemmende med det erklærede formål i den anvendte behandlingsmetode: at styrke klienternes mestring af højrisikosituationer, øge deres indsigt og bevidsthed, samt etablere en ramme af psykosocial støtte (i.e. de planlagte efterbehandlingstiltag), der forstærker dette.

(1) Behandlingshjemmet Ringgården-Vrå – nu en integreret del af Foldbjergcentret i Nordjyllands amt.

# 7.0 Undersøgellesgruppen i efterundersøgelsen

## Kapitlets opbygning

- Sammenfatning
- Baggrundsoplysninger
- Demografiske forhold før og efter behandlingen
- Misbruget før og efter behandlingen
- Centrale misbrugsforhold i efterundersøgelsen
- Oplevelsen af gruppeterapien
- Oplevelsen af behandlingsopholdet
- Behandlingsudbyttet
- Diskussion

Efterundersøgelsen blev gennemført oktober-december 1996 og bestod af et udførligt follow-up spørgeskema, der blev sendt til alle klienter der indgik i undersøgelsens første del. Spørgeskemaet bestod af 43 spørgsmål omhandlende bl.a. personlige forhold, forhold omkring alkohol og antabus, efterfølgende behandling og vurdering af behandlingen samt udbyttet af den.

Enkelte spørgsmål er direkte sammenlignelige med forhold ved indskrivningssituationen og udskrivningssituationen, som f.eks. demografiske forhold og misbrugsforhold. Derudover er der på follow-up tidspunktet, det vil sige i efterundersøgelsen, spurgt direkte til klientens oplevelse af gruppeterapien, de enkelte tilbagemeldelsesforebyggende strategier samt andre relevante emner til belysning af behandlingens indflydelse på efterforløbet.

## Sammenfatning

### Demografiske data

Undersøgelsen viser, at samtlige succeskriterier på det demografiske område er mødt, idet vi ser en signifikant forøgelse af:

- antallet af samboende frem for aleneboende
- antallet af lønindtægter frem for overførselsindkomster
- antallet af klienter der har en fast boligtilknytning frem for at være boligløse

### Svarprocent i efterundersøgelsen:

	personer	%
Korrekt udfyldte og returnerede spørgeskemaer	178	54
Døde i opfølgingsperioden	20	6
Adresseløse	13	4
Mangelfuldt udfyldte skemaer	12	4
Ønskede ej at deltage i undersøgelsen	11	3
Ikke returnerede skemaer	93	28
<b>Ialt</b>	<b>327</b>	<b>100</b>

Derudover ses en betydelig ændring af klientellets subjektive oplevelse af den økonomiske situation, idet denne i høj grad opleves som forbedret. Dette gør sig ligeledes gældende i forhold til oplevelsen af boligforhold. Vi må således konkludere, at Ringgården gennem konkret socialrådgivning og gennem indirekte frigørelse af sociale og personlige ressourcer, har medvirket til at flytte en socialt dårligere stillet gruppe hen imod bedre livsvilkår, som i højere grad nærmer sig almenbefolkningens levevilkår.

### Misbrug efter behandlingen

Undersøgelsen viser en signifikant ændring i misbruget til det bedre, det vil sige:

- at misbrugsmønstret overvejende er ændret fra konstant til episodisk eller til afholdenhed, eller fra episodisk til afholdenhed
- at antallet af genstande pr. døgn ved maksimalt forbrug er reduceret betydeligt
- at antallet af genstande pr. døgn ved moderat forbrug er reduceret betydeligt
- at frekvensen af tilbagefald er relativt lav

### Oplevet udbytte af gruppeterapien

Undersøgelsen viser, at hovedparten af klientellet angiver at have haft et tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende behandlingsudbytte. Dette viser sig, udover ved den direkte forespørgsel, ved flere forskellige emner:

- oplevelsen af kontrol med alkoholindtagelsen er højnet
- oplevelsen af at målsætningen med behandlingen er nået
- oplevelsen af at afhængigheden er mindsket

- oplevelsen af gavn af de tilbagefaldsforebyggende teknikker
- oplevelsen af gavn af samværet med de øvrige medklienter

### Oplevet udbytte af Ringgårdens behandling som helhed

Undersøgelsen viser, at hovedparten af klientellet angiver at have haft et tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende udbytte af opholdet i sin helhed. Dette viser sig på flere forskellige andre måder end ved den direkte meningstilkendegivelse, f.eks. ved:

- oplevelsen af, at behandlingen har givet effekt på alkoholproblemerne
- oplevelsen af medklienternes betydning for behandlingsopholdet

## 7.1 Baggrundsplysninger om efterundersøgelsen

Gruppen i efterundersøgelsen består af 178 personer som har besvaret og udfyldt follow-up-spørgeskemaet korrekt. Det vil sige, at 54% af den oprindelige gruppe er repræsenteret i efterundersøgelsergruppen.

Sammenligningerne fra indskrivningen til efterundersøgelsen baserer sig på klientmateriale, fra 1992 til 1995, som har været førstegangsindskrevet på Ringgården. En mere detaljeret oversigt ses i tabel 7.1.

Undersøgelsesår	Indskriv % n=327	Follow-up % n=178
1992	24 (78)	23 (41)
1993	28 (93)	29 (51)
1994	26 (84)	28 (49)
1995	22 (72)	21 (37)

Tabel 7.1. Fordelingen af basis- og efterundersøgelsergruppen på de fire undersøgelsesår.

Tabel 7.1 viser fordelingen af undersøgelsesgruppen på de fire registreringsår. Besvarelsene i efterundersøgelsen fordeles sig pænt i forhold til antallet af indskrevne i de pågældende år.

## 7.2 Demografiske forhold før og efter behandlingen

Succeskriteriet i forhold til de demografiske forhold er at:

- øge antallet af samboende klienter frem for aleneboende
- øge antallet af klienter med lønindtægter frem for overførselsindkomster
- øge antallet af klienter der har fast boligtilknytning frem for at være boligløse

### Demografisk udvikling

I det følgende beskrives udviklingen i de demografiske forhold fra indskrivningssitu-

ationen til efterundersøgelses tidspunktet. Opgørelsen over ændringer i civilstand, indtægtsforhold og boligsituation ses i tabel 7.2.

### Civilstand

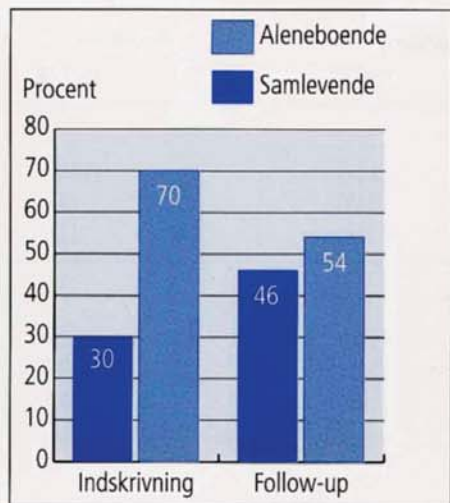
Tabel 7.2 viser en fremgang på 16% i kategorien "samlevende", mens der ses et tilsvarende fald i kategorien "lever alene". Udviklingen i retning af flere samlevende kan ligeledes følges i figur 7.1.

Figur 7.1 viser, at sammenlagt 46% af klientellet har bevæget sig imod – eller er forblevet i en fast samlivssituation. Tendensen, som går i retning af flere samboende, er statistisk signifikant ( $p \leq 0,01$ ) og et udtryk for, at succeskriteriet er nået.

Demografiske forhold	Indskriv		Follow-up	
	%	n=327	%	n=178
<b>Civilstand</b>				
Samlevende (Gift/samlevende)	30	(99)	46	(82)
Lever alene (Separeret/Skilt)	70	(228)	52	(92)
Uoplyst	0	(0)	2	(4)
<b>Indtægtsforhold</b>				
Lønindtægt	20	(64)	32	(56)
Overførselsindkomst	78	(254)	64	(113)
Uoplyst eller andet	3	(9)	5	(9)
<b>Økonomi, subjektiv oplevet</b>				
Dårlig	49	(160)	23	(41)
Nogenlunde	34	(111)	42	(75)
God	13	(51)	34	(60)
Uoplyst eller andet	2	(5)	1	(2)

Tabel 7.2. Demografiske data fra indskrivningen til efterundersøgelsen.

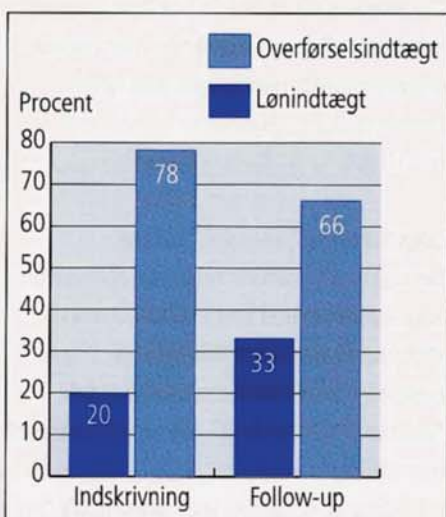




Figur 7.1. Udviklingen i den ægteskabelige status.  $n=174$ , 4 uoplyst,  $p \leq 0,01$  (Sign test).

### Indtægtsforhold

Ved at betragte ændringer i indtægtsforhold i tabel 7.2 ses en stigning på 12% i kategorien "løn-indtægt" mod et tilsvarende fald i "overførselsindkomster".

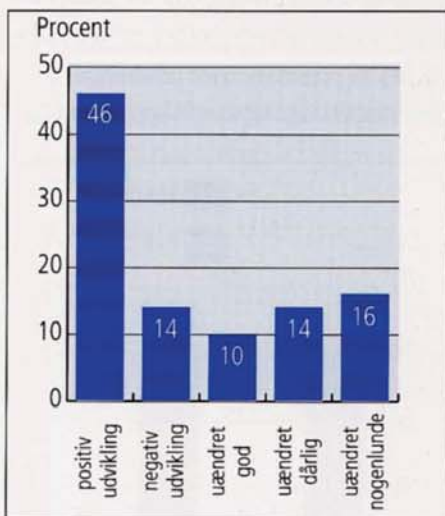


Figur 7.2. Udviklingen i indtægtsforhold.  $n=166$ , 12 uoplyst,  $p=0,03$  (Sign test).

Opgørelsen viser, at 33% er flyttet fra overførselsindkomst til lønindtægt eller er forblevet på en lønindtægt. Denne positive tendens er signifikant ( $p \leq 0,03$ ) og indfrier dermed succeskriteriet.

### Den økonomiske situation, subjektivt oplevet

Det fremgår af tabel 7.2, at den økonomiske situation opleves bedre i efterundersøgelsen end ved indskrivningen, idet 18% flere angiver at have en god økonomi, mens oplevelsen af at have en dårlig økonomi er reduceret med 26%. En nærmere analyse af bevægelserne i udviklingen vises i figur 7.3, hvor en negativ udvikling er defineret som gående fra: "God" til "nogenlunde" eller "dårlig" eller fra "nogenlunde" til "dårlig". En positiv udvikling er defineret som gående fra: "Dårlig" til "nogenlunde" eller til "god".



Figur 7.3. Den økonomiske situation, subjektivt oplevet.  $n=174$ , uoplyst 4,  $p \leq 0,01$  (Sign test).

Tendensen i materialet går i en signifikant positiv retning idet 56% (46% + 10%) har ændret deres oplevelse i positiv retning

Udviklingen i boligforhold	Indskriv		Follow-up	
	%	n=327	%	n=178
<b>Boligforhold</b>				
Fast bolig	81	(265)	96	(171)
Boligløs	15	(49)	3	(5)
Uoplyst	4	(13)	1	(2)
<b>Boligtfredshed</b>				
Tilfreds	59	(194)	82	(145)
Utilfreds	39	(128)	18	(32)
Uoplyst	2	(5)	1	(1)

Tabel 7.3. Udviklingen i boligforhold.

eller er forblevet i en opfattelse af deres økonomiske situation som værende god.

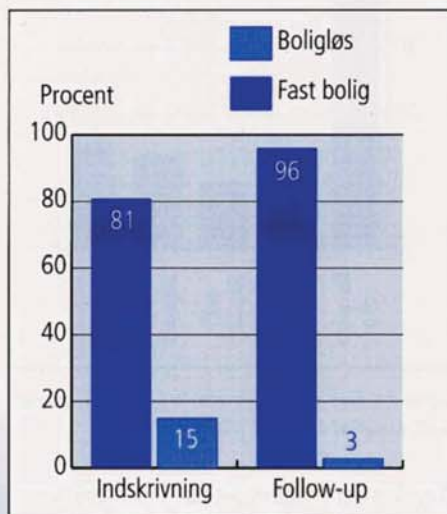
### Boligforhold

I forlængelse af de demografiske informationer i tabel 7.2 følger oplysninger om de reelle og subjektivt oplevede forhold omkring den nuværende boligsituation. I tabel 7.3 ses en opgørelse over udviklingen i undersøgelsesgruppens boligsituation og

opfattelsen af tilfredshed omkring situationen.

Betragtes ændringerne i forhold til fast boligtilknytning ses, at 15% flere i dag lever i fast bolig, mens man ser et tilsvarende fald i andelen af boligløse og uoplyste. En grafisk fremstilling ses i figur 7.4.

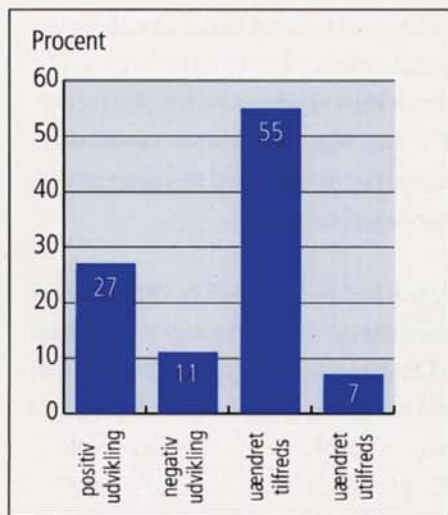
Opgørelsen viser, at 96% har haft en positiv udvikling eller er forblevet på det bedste udgangspunkt, nemlig i en fast bolig. Denne positive tendens er signifikant ( $p \leq 0,01$ ).



Figur 7.4. Udviklingen i boligsituationen.  $n=172$ , uoplyst 6,  $p \leq 0,01$  (Sign test).

### Boligtfredshed, subjektivt oplevet

Betragtes forholdene omkring oplevelsen af boligtfredshed kan i tabel 7.3 ses en stigning i kategorien "tilfreds" på 23 procentpoint, hvilket modsvares af et fald i "utilfreds" og "uoplyst". En mere detaljeret fremstilling ses i figur 7.5, hvor en positiv udvikling er defineret som gående fra "utilfreds" til "tilfreds", mens en negativ udvikling er defineret ved det modsatte, nemlig en udvikling fra "tilfreds" til "utilfreds".



Figur 7.5. Udviklingen i boligtilfredsheden.  $n=175$ , uoplyst,  $p \leq 0,01$  (Sign test).

Opgørelsen viser, at 82% (27% + 55%) af klientellet enten har ændret oplevelse i en positiv retning eller er forblevet tilfredse med deres boligsituation. Den positive tendens er signifikant  $p \leq 0,01$ .

### 7.3 Misbruget før og efter behandlingen

Alkoholforbruget i efterundersøgelsen sammenlignes med forhold, som er sammenlignelige med indskrivningssituationen på tre områder, nemlig:

- ændring i drikkemønster
- antal genstande ved maximalt forbrug
- antal genstande ved moderat forbrug

Succeskriteriet i forhold til disse er en signifikant reduktion i misbruget, hvilket betyder

- signifikant ændring i drikkemønsteret fra konstant til episodisk – eller fra konstant episodisk til afholdende
- Signifikant færre antal genstande ved maximalt forbrug
- Signifikant færre antal genstande ved moderat forbrug

#### 7.3.1 Drikkemønsteret før og efter behandlingen

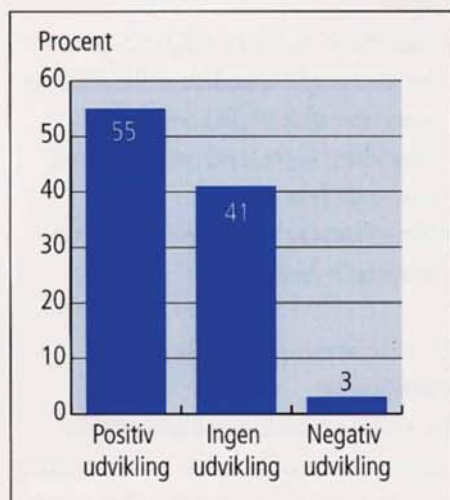
En positiv udvikling i en klients drikkemønster kan vise sig enten ved en ændring fra et konstant drikkemønster til et episodisk drikkemønster eller ved en ændring i et drikkemønster fra konstant eller episodisk til "afholdende". En negativ udvikling går i modsat retning fra et episodisk drikkemønster ved indskrivningen til et konstant drikkemønster ved efterundersøgelsestidspunktet.

Tabel 7.4 viser en betydelig reduktion i antallet af konstant drikkende, samt en øgning i antallet af episodisk drikkende. Derudover har 21% i efterundersøgelsen ikke drukket inden for det sidste halve år. De konkrete bevægelser i drikkemønsteret hos den enkelte person fra indskrivning-

Drikkemønster	Indskriv		Follow-up	
	%	n=327	%	n=178
Konstant drikkemønster	57	(185)	16	(29)
Episodisk drikkemønster	41	(135)	51	(91)
Ikke drukket	0	(0)	21	(37)
Uoplyst	2	(7)	12	(21)

Tabel 7.4. Ændringer i drikkemønsteret.

en til efterundersøgelsen ses grafisk fremstillet i figur 7.6.



Figur 7.6. Udviklingen i drikkemønstret fra indskrivningen til efterundersøgelsen.  $n=155$ , uoplyst 23,  $p \leq 0,01$  (Sign test).

Figur 7.6 viser, at 55% af klientellet ændrer drikkemønster i positiv retning. Denne positive ændring af drikkemønster er signifikant ( $p \leq 0,01$ ).

### 7.3.2 Maksimale indtag af alkohol

En positiv udvikling vedrørende maksimalt alkoholforbrug viser sig ved en reduktion i forbruget.

Af tabel 7.5 fremgår, at der på efterundersøgelsestidspunktet er en tendens til, at der drikkes mindre, idet den procentvise fordeling stiger ved de lavere genstandsangivelser og falder ved de højere genstandsangivelser.

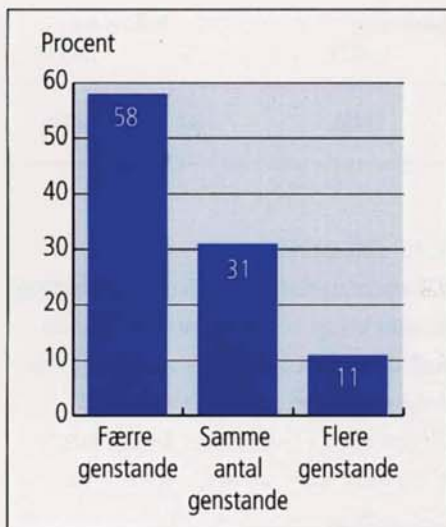
Af tabel 7.5 fremgår, at 63% (30% + 33%) af klientellet på efterundersøgelsestidspunktet drak mellem 1-20 genstande, mod 35% ved indskrivningstidspunktet. På indskrivningstidspunktet var der derudover betydelig flere der drak mellem 21-40 genstande, nemlig 48% mod 20% ved efterundersøgelsen.

En grafisk fremstilling ses i figur 7.7, hvor fordelingen af klienter, som har forandret deres maksimale indtag pr. døgn til henholdsvis det mere eller mindre, er angivet.

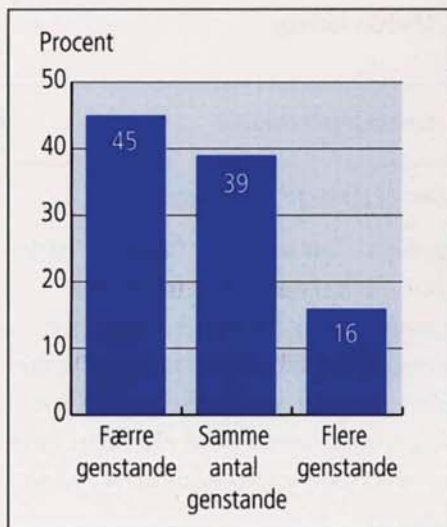
Ifølge figur 7.7 drikker 58% af klientellet færre genstande efter behandlingen. Denne ændring i retning af et nedsat forbrug i de intensive drikkeperioder er stærkt signifikant ( $p \leq 0,01$ ) og svarer til, at det gennemsnitlige maksimalforbrug er reduceret fra 28,0 genstande per døgn før til 16,9 genstande efter behandlingen.

Det maksimale forbrug pr. døgn	Indskrivning		Follow-up	
	%	n=327	%	n=178
1-10 genstande	4	(14)	30	(53)
11-20 genstande	31	(101)	33	(58)
21-30 genstande	35	(114)	17	(30)
31-40 genstande	13	(41)	3	(5)
41-50 genstande	9	(30)	4	(7)
> 50 genstande	5	(16)	1	(3)
Uoplyst	3	(11)	12	(22)

Tabel 7.5 Ændringer i det maksimale forbrug pr. døgn.



Figur 7.7. Reduktion i det maksimale forbrug.  $n=153$ , besvarelser, uoplyst 25,  $p \leq 0,01$  (Sign test).



Figur 7.8. Reduktion i det moderate forbrug.  $n=128$ , besvarelser, uoplyst 50,  $p \leq 0,01$  (Sign test).

### 7.3.3 Moderat indtag af alkohol

En positiv udvikling i en klients moderate forbrug er defineret som en reduktion i forbruget. Skemaet nedenfor viser, at der på efterundersøgelsestidspunktet drikkes mindre.

Det fremgår således, at 62% af klientellet på efterundersøgelsestidspunktet drikker mellem 0-5 genstande, mod 37% ved indskrivningen.

I figur 7.8 vises fordelingen af klienter, som

har forandret deres moderate indtag pr. døgn til henholdsvis det bedre eller det værre. Tendensen, der går i retning af et faldende forbrug ved moderat drikning er ligeledes stærkt signifikant. Gennemsnittet var før behandling på cirka 8 genstande pr. døgn, efter behandling på cirka 5 genstande pr. døgn - en signifikant reduktion ( $p \leq 0,01$  t-test).

### 7.3.4 Medicinforbrug

Forbruget af medicin er oprindelig inddelt i "beroligende medicin", "smertestillende

Det moderate forbrug pr. døgn	Indskrivning		Follow-up	
	%	n=327	%	n=178
0-5 genstande	37	(122)	62	(110)
6-10 genstande	23	(75)	15	(26)
11-20 genstande	16	(53)	11	(19)
21 genstande og derover	2	(9)	0	(0)
Uoplyst	21	(68)	13	(23)

Tabel 7.6 Ændringer i det moderate forbrug pr. døgn.

Medicin forbrug	Indskrivning		Follow-up	
	%	n=327	%	n=178
Bruger ingen medicin	45	(146)	47	(84)

Tabel 7.7 Ændringer i medicinforbruget.

medicin”, “sovemedicin”, “hash” og “narkotika”. På grund af en forholdsvis stor spredning på et lille antal besvarelser er kategorierne slået sammen, således at der alene fokuseres på, om klienten ved henholdsvis indskrivnings- og efterundersøgelsestidspunktet indtog medicin eller ej. Se tabel 7.7.

Det fremgår at stort set samme andel af klientellet på efterundersøgelsestidspunktet anvender medicin som ved indskrivningssituationen. På gruppeniveau er der således ikke tegn på, at behandlingen har en generel indvirkning på andelen af klientellet, som indtager medicin.

Dette resultat skal ses i lyset af, at registrering af medicinbrugen ikke giver information om art og mængde. Derfor kan der ikke siges noget om, hvor mange af de medicinbrugende klienter, der tager medicinen i lægeordnede doser på relevant indikation, og hvor mange som eventuelt har et misbrug af medicin.

## 7.4 Misbrugsforhold i efterundersøgelsen

Udover at sammenligne forholdet til alkohol før og efter vil følgende emner blive belyst:

- Tilbagefald
- Vurdering af drikkemønster
- Kontrol med alkoholforbruget
- Hukommelsessvigt

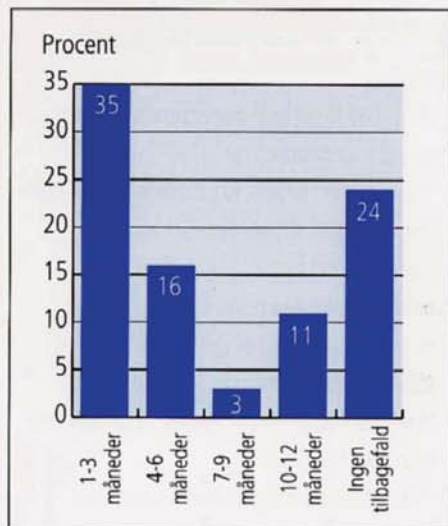
### 7.4.1 Tilbagefald

Tilbagefald efter behandlingens afslutning er søgt belyst ved spørgsmålet: “*Har du haft tilbagefald, det vil sige en egentlig misbrugsperiode efter dit første ophold på Ringgården?*” Tidspunktet for det første tilbagefald indenfor det første år efter behandlingen ses i tabel 7.8.

Tidspunkt for tilbagefald	Follow-up	
	%	n=178
≤14 dage	12	(21)
1-3 måneder	23	(41)
4-6 måneder	16	(28)
7-9 måneder	3	(6)
10-12 måneder	11	(19)
Ingen tilbagefald	24	(78)
Uoplyst	12	(21)

Tabel 7.8. Tidspunkt for første tilbagefald indenfor det første år efter behandlingen.

Det fremgår af tabel 7.8, at 24% ikke har haft tilbagefald indenfor det første år efter udskrivningen. Derudover ses, at det mest kritiske tidspunkt for tilbagefald ligger indenfor de første tre måneder, idet 35% (12% + 23%) har haft et tilbagefald indenfor dette tidsrum. Betragter man de samlede tilbagefald over det første år ser man, at 65% (115 personer) har haft første tilbagefaldsepisode efter behandlingen indenfor det første år. En grafisk fremstilling ses i figur 7.9.



Figur 7.9. Tidspunkt for første tilbagefald efter udskrivningen. n=157, uoplyst 21.

#### 7.4.2 Vurdering af drikkemønster

I denne undersøgelse refererer drikkemønster generelt til begreberne "episodisk" og "konstant" drikning, idet man her ved overordnet kan skelne mellem forskellige typer forbrug (jf. definitionen i afsnit 5.2.2 side 25). Et mere specificeret billede fås ved direkte at spørge til forskellige former for forbrug. Se tabel 7.9.

Under selve behandlingsforløbet anvendes begreberne, "episodisk" og "konstant" drikkemønster som en del af en fællesterminologi med en fælles indholdsmæssig

Drikkemønster	Follow-up % n=178	
Har drukket hver dag	17	(30)
Har drukket i weekender/helligdage	16	(29)
Har været på drukture	8	(14)
Har lejlighedsvis drukket én dag	13	(24)
Har været fuldstændig ædru	21	(37)
Uoplyst	1	(1)

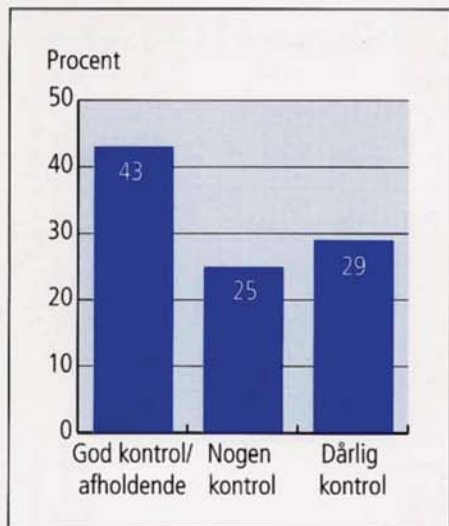
Tabel 7.9. Drikkemønster indenfor de sidste 6 måneder.

forståelse. Derfor forudsættes der, at klienterne i spørgeskemaet er i stand til at kategorisere eget drikkemønster. Denne forudsætning kan efterprøves ved at sammenholde svarene fra de "konstant" drikende, de "episodisk" drikende og de "afholdende" fra tabel 7.4 med svarene fra tabel 7.9. Se tabel 7.10.

Tabellen viser en tydelig tendens, som går i retning af, at man som "konstant" drikende svarer, at man vitterlig drikker hver dag; at man som "episodisk" drikende svarer, at man drikker henholdsvis i weekender, på drukture, nogle dage eller én

Overensstemmelse i drikkemønster	Konstant	episodisk	Ikke drukket
	n	n	n
"Hver dag"	26	2	0
"Weekender og helligdage"	0	24	0
"På drukture"	1	13	0
"Nogle dage"	2	39	0
"Én enkelt dag"	0	12	1
"Fuldstændig ædru"	0	0	37

Tabel 7.10 Overensstemmelse i vurdering af drikkemønster. n=157, uoplyst 21.



Figur 7.10. Oplevet kontrol over alkoholen  
n=172, uoplyst 6.

Tabellen viser, at ca. hver tiende og i alt op mod halvdelen har oplevet hukommelsessvigt i forbindelse med alkoholindtag.

Ved spørgsmål om, hvorvidt der drikkes om morgenen, ser fordelingen ud som vist i tabel 7.13. "Har du indenfor de sidste 6 måneder drukket om morgenen - har du f.eks. drukket en øl, når du vågner dagen efter, du har drukket?"

Hukommelsessvigt	Follow-up %	n=178
Nej	53	71
Ja, lejlighedsvis	36	49
Ja, adskillige gange	11	15

Tabel 7.12. Hukommelsessvigt i forbindelse med alkoholmisbrug.

Det er bemærkelsesværdigt, at 9% angiver altid at drikke en genstand om morgenen og yderligere 9% angiver at tage en genstand adskillige gange, hvilket tyder på et alvorligt misbrug. Der er her sammenfald med de i tabel 7.12 nævnte personer, som oplever total kontroltab.

"Morgendriking"	Follow-up %	n=178
Ja, altid	9	(16)
Ja, adskillige gange	9	(16)
Ja, nogle gange	12	(21)
Ja, få gange	20	(35)
Ja, adskillige gange	9	(16)
Nej, ikke på noget tidspunkt	28	(50)
Nej, slet ikke drukket	17	(30)
Uoplyst	6	(10)

Tabel 7.13. Spørgsmål vedrørende "Morgendriking".

## 7.5 Oplevelse af gruppeterapien

### Udbytte af de tilbagefaldsforebyggende strategier i gruppeterapien

Da Ringgårdens behandlingsprogram centrerer sig om den gruppebaserede kognitive tilbagefaldsforebyggende metode, har vi ønsket at belyse klienternes oplevelse af denne metode.

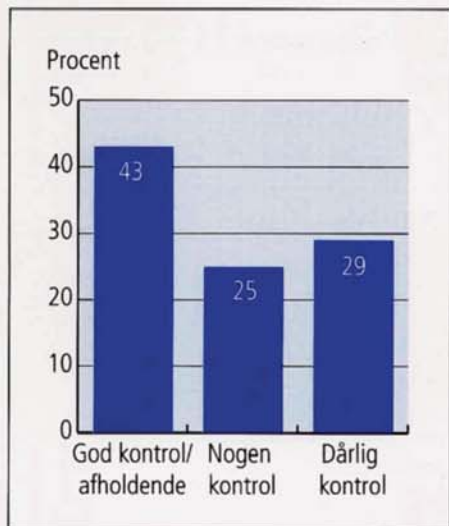
Oplevelsen af tilbagefaldsforebyggelsesmetoden bliver belyst ved følgende spørgsmål: "I gruppeterapien bruger vi følgende teknikker. I hvor høj grad mener du disse har været til gavn for dig efter behandlingen?" Svarmulighederne samt besvarelserne ses i tabel 7.14.

Det fremgår af tabellen, at 80% af beboerne angiver at have haft "meget udbytte" eller "noget udbytte" af de tilbagefaldsforebyggende strategier i gruppeterapien, mens gennemsnitlig hver femte angiver, at de "intet udbytte" har haft.

### Udbytte af samværet med andre i gruppeterapien

Da gruppeterapien er andet og mere end arbejdet med de tilbagefaldsforebyggende





Figur 7.10. Oplevet kontrol over alkoholen  
n=172, uoplyst 6.

Tabellen viser, at ca. hver tiende og i alt op mod halvdelen har oplevet hukommelsessvigt i forbindelse med alkoholindtag.

Ved spørgsmål om, hvorvidt der drikkes om morgenen, ser fordelingen ud som vist i tabel 7.13. "Har du indenfor de sidste 6 måneder drukket om morgenen - har du f.eks. drukket en øl, når du vågner dagen efter, du har drukket?"

Hukommelsessvigt	Follow-up %	n=178
Nej	53	71
Ja, lejlighedsvis	36	49
Ja, adskillige gange	11	15

Tabel 7.12. Hukommelsessvigt i forbindelse med alkoholmisbrug.

Det er bemærkelsesværdigt, at 9% angiver altid at drikke en genstand om morgenen og yderligere 9% angiver at tage en genstand adskillige gange, hvilket tyder på et alvorligt misbrug. Der er her sammenfald med de i tabel 7.12 nævnte personer, som oplever total kontroltab.

"Morgendriking"	Follow-up %	n=178
Ja, altid	9	(16)
Ja, adskillige gange	9	(16)
Ja, nogle gange	12	(21)
Ja, få gange	20	(35)
Ja, adskillige gange	9	(16)
Nej, ikke på noget tidspunkt	28	(50)
Nej, slet ikke drukket	17	(30)
Uoplyst	6	(10)

Tabel 7.13. Spørgsmål vedrørende "Morgendriking".

## 7.5 Oplevelse af gruppeterapien

### Udbytte af de tilbagefaldsforebyggende strategier i gruppeterapien

Da Ringgårdens behandlingsprogram centrerer sig om den gruppebaserede kognitive tilbagefaldsforebyggende metode, har vi ønsket at belyse klienternes oplevelse af denne metode.

Oplevelsen af tilbagefaldsforebyggelsesmetoden bliver belyst ved følgende spørgsmål: "I gruppeterapien bruger vi følgende teknikker. I hvor høj grad mener du disse har været til gavn for dig efter behandlingen?" Svarmulighederne samt besvarelserne ses i tabel 7.14.

Det fremgår af tabellen, at 80% af beboerne angiver at have haft "meget udbytte" eller "noget udbytte" af de tilbagefaldsforebyggende strategier i gruppeterapien, mens gennemsnitlig hver femte angiver, at de "intet udbytte" har haft.

### Udbytte af samværet med andre i gruppeterapien

Da gruppeterapien er andet og mere end arbejdet med de tilbagefaldsforebyggende

Tilbagefaldsforebyggelse	intet udbytte		noget udbytte		meget udbytte	
	%	n=327	%	n=82	%	n=245
Kortlægning af højriskosituationer	15	(26)	37	(64)	47	(81)
Målsætning for brug af alkohol efter opholdet	17	(28)	36	(61)	48	(81)
Dine alkoholregler	20	(34)	42	(70)	38	(63)
Strategier mod drikketrang	19	(32)	48	(82)	33	(56)
Stopmetoder	25	(43)	39	(66)	36	(60)
Gennemsnitlig % fordeling	19		40		40	

Tabel 7.14. Klienternes vurdering af udbyttet af teknikkerne i gruppeterapien.

strategier søger næste spørgsmål at indfange disse elementer. Se tabel 7.15. Det fremgår af tabellen, at klienterne generelt oplever et udbytte af samvær med andre i gruppen. Sammenfatter man kategorierne "noget udbytte" og "meget udbytte" svarer næsten 9 af 10 personer at samværet er af betydning for behandlingen. Udbyttet af "at møde andre i samme situation" er topscoren med 67%.

#### Generel vurdering af gruppeterapien

Spørgsmålet til vurdering af oplevelsen af gruppeterapien som helhed lyder:

"Hvordan er du i dag tilfreds med dit udbytte af gruppeterapien", på en skala fra 1-9, hvor 1 er det mindste udbytte og 9 det største udbytte. Til statistisk brug er skalaen inddeelt i tredjedele, således at vurderinger fra 1-3 defineres som "utilfredsstillende udbytte", 4-6 defineres som "tilfredsstillende

Samværet med andre i gruppen	intet udbytte		noget udbytte		meget udbytte	
	%	n	%	n	%	n
At møde andre i samme situation	6	(10)	27	(47)	67	(117)
At lære at tale åbent i en gruppe	11	(19)	28	(49)	61	(107)
At lære af andres erfaringer	12	(21)	45	(79)	43	(74)
At blive forskrækket over andres misbrug	25	(44)	35	(61)	39	(68)
At få mulighed for at handle på nye måder	25	(43)	39	(66)	36	(60)
At få mulighed for at tænke på nye måder	6	(11)	37	(64)	56	(97)
Gennemsnitlig % fordeling	12		36		52	

Tabel 7.15. Oplevelsen af udbyttet af medboere i gruppeterapien.

Udbytte af forskellige behandlingselementer	intet udbytte		noget udbytte		meget udbytte	
	%	n	%	n	%	n
Var forsamtalen nyttig forud for indlæggelsen	18	(32)	38	(66)	44	(78)
Følte du dig godt modtaget da du startede	3	(6)	9	(16)	88	(155)
Har du haft gavn af det praktiske arbejde	17	(28)	34	(56)	49	(81)
Har du haft gavn af undervisningen	27	(40)	46	(68)	28	(41)
Var du tilfreds med kontakten til lægen	36	(62)	42	(72)	22	(38)
Har du haft gavn af antabusbehandlingen	32	(55)	22	(37)	47	(80)
Var du tilfreds med socialrådgivningen	24	(39)	25	(40)	51	(83)
Har "Krop og bevægelse" været noget for dig	21	(31)	35	(52)	44	(64)
Har "Sport i hallen" været noget for dig	14	(24)	27	(46)	44	(64)
Har du haft udbytte af det kammeratlige samvær med øvrige beboere	6	(10)	20	(35)	74	(131)
Gennemsnitlig % fordeling	20		29		51	

Tabel 7.17. De mest populære behandlingselementer.

udbytte" og 7-9 defineres som "meget tilfredsstillende udbytte". Fordelingen ses i tabel 7.16.

I den generelle vurdering af udbyttet af

Udbytte af gruppeterapien	Follow-up % n=178
Utilfredsstillende udbytte	11 (20)
Tilfredsstillende udbytte	28 (50)
Meget tilfredsstillende udbytte	53 (95)
Uoplyst	8 (12)

Tabel 7.16. Oplevet tilfredshed med udbytte af gruppeterapien.

gruppeterapien angiver 81% at have haft et tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende udbytte.

## 7.6 Oplevelse af behandlingsindholdet

For at få et indtryk af klienternes oplevelse af opholdet på Ringgården bliver der i det følgende nævnt forskellige elementer fra dagligdagen på stedet. Spørgsmålet lyder: "Hvordan vil du vurdere udbytte af følgende emner fra dit ophold?" Se tabel 7.17.

Overordnet ses, at det samlede udbytte af opholdet på Ringgården fordeler sig såle-

des, at mere end halvdelen af klienterne angiver at have haft "meget udbytte" af opholdet, mens lidt mindre end hver tredje angiver at have haft "noget udbytte" af opholdet, og kun hver femte angiver ikke at have haft noget udbytte af opholdet. Det er bemærkelsesværdigt, at forholdet til andre beboere vurderes meget højt. Det at føle sig godt modtaget, 88%, og have et udbytte af det kammeratlige samvær, 74%, scorerer højest på "meget udbytte" kategorien og lavest på "intet udbytte".

## 7.7 Behandlingsudbytte

### Den personlige målsætning

Der er spurgt til den personlige målsæt-

Personlig målsætning	Follow-up %	n=178
Hvilepause fra drikkeriet	10	(17)
Reducere alkoholforbruget	25	(45)
Stoppe for en periode, mindre end 6 måneder	3	(5)
Stoppe for en periode, mere end 6 måneder	32	(57)
Ved ikke	1	(2)
Andet	16	(29)
Uoplyst	4	(7)

Table 7.18. Valg af personlig målsætning.

Personlig vurdering af succes	Follow-up %	n=178
Målsætning lykkedes	58	(104)
Målsætning nærmest lykkedes	29	(52)
Målsætning ikke lykkedes	8	(15)
Uoplyst	4	(7)

Table 7.19. Opfyldelse af den personlige målsætning.

(1) Da svar antallet i "forværret afhængighed" er meget lavt (3 personer) har vi til statistisk brug indlemmet dem i kategorien "uændret afhængighed". Det vil sige: Uændret 21% og bedret 79%.

ning i spørgeskemaet. Her spørges: "Hvad ønskede du at opnå med behandlingen". Svarmuligheder og procentfordelinger ses i tabel 7.18.

Til dette spørgsmål hører et tillægsspørgsmål, som går på hvorvidt målsætningen er opfyldt eller lykkedes. Se tabel 7.19.

Af besvarelsen fremgår, at 58% af klienterne mener, at det er lykkedes for dem at nå deres målsætning, 29% svarer, at de har nærmet sig deres målsætning, og 8% mener ikke det er lykkedes for dem at nå det ønskede mål med behandlingen.

### Oplevelsen af afhængighed

Der spørges til klientens vurdering af sin afhængighed i dag i forhold til før behandlingsopholdet: "Hvordan opleves din grad af afhængighed i dag i forhold til før du gik i behandling?" Der kan svares: "forværret", "uændret" og "bedret"<sup>(1)</sup>.

Afhængighedsoplevelsen	Follow-up %	n=178
Afhængighed uændret/forværret	21	(35)+(3)
Afhængighed bedret	79	(140)

Table 7.20. Oplevet afhængighed.

Det fremgår at 79% af klienterne mener, at deres afhængighedsforhold til alkohol er bedret efter behandlingen, ca. hver femte mener, at der ikke er sket nogen væsentlig ændring. Det er interessant, at kun 3 personer oplever, at deres afhængighed er forværret.

Klientens vurdering af behandlingsens effekt på alkoholproblemerne	Follow-up % n=178
Ingen	8 (14)
Lille	13 (23)
Nogen	25 (44)
Stor	28 (50)
Særdeles stor	23 (41)
Uoplyst	3 (6)

Tabel 7.21. Graden af oplevet hjælp fra Ringgården.

### Hvad har hjulpet?

For at få et indtryk af hvad klienten oplever som væsentlig hjælp til at tackle alkoholproblemerne med, har vi spurgt om følgende: "I hvor høj grad har opholdet på Ringgården hjulpet på dine problemer med alkohol?"

Tabel 7.21 viser, at 51% (23% + 28%) af klienterne vurderer at opholdet på Ringgården har haft stor eller meget stor effekt på deres alkoholproblemer, 38% (25% + 13%) mener at opholdet har haft nogen eller lille effekt, mens 8% oplever, at opholdet på Ringgården har været uden effekt på deres alkoholproblemer. Overordnet har 89% af klientellet (51% + 38%) vurderet at opholdet på Ringgården har haft fra lille til særdeles stor effekt på deres misbrug.

## 7.8 Diskussion

På efterundersøgelsestidspunktet kan det konstateres, at de generelle sociale levevilkår for den undersøgte gruppe (af gennemgående tungt belastede klienter) er signifikant bedre end forud for behandlingen. På nogle punkter er gruppen nu sidestillet med almenbefolkningen, men på andre punkter stadig væsentligt dårligere stillet.

Hvad angår forholdet til alkohol efter behandlingen ses en signifikant ændring til det bedre i gruppens drikkemønstre, hvor kun 16% fortsat har konstant drikkemønster mod 57% ved indskrivningen.

Der er med andre ord flere klienter, som drikker sjældnere, og når de drikker, drikker de betydeligt mindre mængder.

Døgndosis af alkohol på en hård drikkedag er således næsten halveret (fra 28 til 16,9 genstande). Et lignende billede ses ved de moderate drikkeepisoder, hvor reduktionen er lidt mindre, men også signifikant.

Tidspunktet for den første tilbagefaldsepisode ligger for 1/3 af gruppen indenfor de første 3 måneder efter udskrivningen.

Denne periode er den "farligste" med hensyn til tilbagefald, hvilket ikke er ukendt i andre undersøgelser. Således fandt Marlatt & Gordon (1980) i en efterundersøgelse, at 2/3 af de konstaterede tilbagefald fandt sted indenfor de første 90 dage efter behandlingens afslutning. Gregson & Taylor (1977) fandt, at 43% af 90 relativt tungt belastede alkoholmisbrugere drak allerede indenfor den første uge efter udskrivning fra behandling på hospitalsafdeling. Noget mere moderate fund gjorde Pickens et al. (1985), idet 44% af en gruppe alkoholmisbrugere havde tilbagefald i løbet af et år fra udskrivningen – med toppunkt omkring 6 måneder fra udskrivningen.

Indenfor det første år efter behandlingen har 65% af Ringgårdens klienter oplevet tilbagefald af vekslende omfang og varighed. Selvom der sker forbedringer psykosocialt og misbrugsmæssigt, så er der med andre ord mange af klienterne, som efter

behandlingen oplever problemdrikning igen.

Er dette foreneligt med en behandlingsmodel, hvor der sættes på at forebygge tilbagefald?

Tilsyneladende ja! - set i lyset af det stadium, denne behandling aktuelt befinder sig på. Uafhængige litteraturstudier konkluderer således samstemmende, at tilbagefaldsforebyggelse som behandlingsmetode ikke giver signifikant færre tilbagefaldsepisoder over et givet tidsrum efter behandlingsophør end andre former for (kvalificeret) alkoholbehandling. Men tilbagefaldsforebyggelse reducerer intensiteten af tilbagefaldene, når de sker (Carroll 1996; Saunders & Houghton 1996).

Polich et al. (1980) fulgte 758 mandlige alkoholmisbrugere i 4 år efter behandling, og fandt at 90% oplevede tilbagefaldsepisoder - de fleste i form af vekslende perioder med remission og tilbagefald. Trods den høje - næsten totale - forekomst af tilbagefaldsepisoder fandt Polich et al. dog hos 2/3 af de undersøgte personer tegn på et noget bedre forhold til alkohol efter, end før behandlingen i form af remission i betydelige perioder. Remissionen sås i to udgaver: a. langtidssafholdenhed og b. kontrolleret (non-problem) drikning. Der var for gruppe a og b ingen forskel i social tilpasningsgrad, psykisk og fysisk sundhedstilstand. Men derimod var begge remissionsgrupperne a og b langt mindre præget af alkoholrelateret sygelighed og ringe social tilpasning end personer, der drak som hidtil - det vil sige overvejende konstant.

# 8.0 Dødelighed i efterundersøgelsen

## Sammenfatning

Undersøgelsen viser, at 80% af dødsfaldene i efterundersøgelsen relaterer sig til alkoholmisbrug eller selvmord.

Aldersfordelingen blandt de døde klienter er markant lavere end i normalbefolkningen og antyder en overdødelighed blandt alkoholmisbrugere, som er dokumenteret i flere andre undersøgelser. De hyppigste dødsårsager er leversvigt, kronisk alkoholisme og selvmord.

## 8.1 Dødelighed, alder og dødsårsager

Det er generelt accepteret, at der blandt alkoholmisbrugere kan påvises en overdødelighed, som især skyldes alkoholrelaterede sygdomme, ulykkestilfælde og selvmord<sup>1)</sup>.

I efterundersøgelsen blev der derfor fokuseret på hvem og hvor mange, der døde i efterundersøgelsestidsrummet fra 1992 - 1995. Gennem oplysninger fra folkeregistret identificeredes en gruppe på 20 personer (6%) 17 mænd og 3 kvinder. Ved at

sammenligne denne gruppes udgangsposition før behandlingen med resten af undersøgelsesgruppen på 327 personer fandt vi følgende forskelle:

- en overrepræsentation af mænd
- et ringere socialt netværk
- ringere tilknytning til arbejdsmarkedet
- ringere boligforhold
- sværere alkoholproblemer

Det viser sig således, at gruppen af døde allerede inden behandlingsstarten var væsentligt ringere stillet end resten af undersøgelsesgruppen.

For at perspektivere dødelighedens årsag rekvireredes kopier af dødsattester fra Sundhedsstyrelsens statistiske afdeling, således at vi kunne sammenligne vores materiale med totalbefolkningens tilsvarende forhold.

Den første bemærkelsesværdige forskel ses i forhold til dødsfald fordelt på forskelli-

Dødsfald efter aldersgrupper	Døde i totalbefolkningen %	Døde i efterundersøgelsen %
0 - 24 år	2	0
25 - 49 år	6	55
50 - 64 år	13	40
65 år +	80	5
Ialt	100	100

Tabel 8.1. Dødsfald i forhold til aldersgrupper. (Kilde: Sundhedsstatistikken, Dødsårsagerne 1993 s.12.).

ge aldersgrupper, idet de døde i efterundersøgelsen dør tidligere, end man kunne forvente sammenlignet med totalbefolkningen, se tabel 8. 1.

Ifølge sundhedsstatistikken er 80% af alle døde personer over 65 år. I Ringgårdens undersøgelse udgør antallet af dødsfald blandt de 25 - 64 årige 95%. Det vil sige at 95% af de personer, der er døde i efterundersøgelsen, dør før 65 års alderen, og således langt tidligere end man kunne forvente.

### Dødsårsager

Ifølge Sundhedsstatistikken er den hyppigste dødsårsag i Danmark kredsløbssygdomme, idet 43% af alle dødsfald skyldes kredsløbsforstyrrelser. Den næst hyppigste dødsårsag er kræftsygdomme, som tegner sig for 25% af alle dødsfald. Det vil sige, at kredsløbsforstyrrelser samt kræfttilfælde udgør 68% af alle dødsfald<sup>2)</sup>. Tredje hyppigst er sygdomme i åndedrætsorganerne med 8%, derefter ulykker med 4,2% og sluttelig som den femte hyppigste dødsårsag nævnes selvmord, som udgør 1,9%.

Hvis vi sammenholder disse fakta med dødsårsagerne i efterundersøgelsen ser vi, at leversvigt/ skrumpelever eller dødsårsager som direkte relateret til kronisk alkoholisme udgør 65%. Næst hyppigst er selvmord med 15%.

Sammenholdes disse tal med dødsårsagerne for totalbefolkningen ses, at den her omtalte gruppe i overvejende grad dør af alkoholrelaterede fysiske og psykiske skader.

Tabel 8.2 viser, at dødsårsagerne i efterundersøgelsen i høj grad relaterer sig til alkoholmisbrug. Ligeledes ses, at selvmord er langt hyppigere end i totalbefolkningen.

### 8.2 Diskussion

Aldersfordelingen blandt undersøgelsens døde tyder - sammenlignet med totalbefolkningens tilsvarende fordeling - klart på en overdødelighed blandt de undersøgte. Dødelighedsundersøgelser på tværs af landegrænser viser da også, at alkoholmisbrugere generelt dør ca. 20 år før, man kunne forvente i sammenligning med normalbefolkningen<sup>3)</sup>.

Dødsårsager i totalbefolkningen		Dødsårsager i efterundersøgelsen	
1. Kredsløbsforstyrrelser	43%	40%	1. Leversvigt
2. Kræft	25%	25%	2. Kronisk alkoholisme
3. Sygdomme i åndedrætsorganer	8%	15%	3. Selvmord
4. Ulykker	4%	10%	4. Lungekræft
5. Selvmord	2%	10%	5. Ukendt
6. Øvrige	18%	0%	6. Øvrige
I alt	100%	100%	I alt

Tabel 8.2. Dødsårsager i normal befolkningen og gruppen af døde i efterundersøgelsen.



Dødelighedsraten i nærværende undersøgelse på 6% adskiller sig ikke fra dødelighedsrater i andre undersøgelser, hvor den f.eks. ligger på 5%<sup>9</sup> og 7%<sup>9</sup>.

Der synes at være konsensus i litteraturen om overdødelighed blandt alkoholmisbrugere, men det aldersmæssige toppunkt varierer i de forskellige undersøgelser. F.eks. finder Feuerlein (1994) den mest markante overdødelighed blandt 50 årige og ældre, mens den i nærværende undersøgelse findes blandt 25-49 årige, og hos Fruensgaard et al. (1980) i alderskategorien 30-39 årige.

Disse forskelle kan skyldes, at undersøgelserne baserer sig på et uensartet klientel med forskellige prognoser og sværhedsgrader i misbruget. Dødsårsagerne varierer således i forhold til misbrugets omfang og styrke. I overensstemmelse med denne undersøgelse finder Yoshimo og Kato (1996) en nøje sammenhæng mellem den højeste dødelighedsrate og det mest afhængighedsprægede, konstante og langvarige alkoholmisbrug.

## Referencer

- 1) Feuerlein, W. et al (1994); Poldrugo, F. et al (1993)
- 2) Sundhedsstatistikken (1995;6), Dødsårsagerne (1993 s. 19)
- 3) Poldrugo, et al (1993); Yoshimo, A. og Kato, M. (1996)
- 4) Fruensgaard, K. et al (1980)
- 5) Feuerlein, W. et al (1994)

# 9.0 Hovedpointer i forhold til formålet med undersøgelsen

Formålet med undersøgelsen var blandt andet at undersøge: (se side 32)

- Virkningen af en veldefineret døgnbehandlingsstrategi efter indførelsen af en tilbagefaldsforebyggende metode
- Virkningen af behandlingen for særlige grupper
- Klientadfærden efter behandlingen

## 9.1 Formål 1.

### **Virksomheden af en veldefineret døgnbehandlingsstrategi**

#### **Sammenfatning**

*Psykologiske mestringsstrategier og stopmetoder*

Undersøgelsen viser, at undersøgelsesgruppen reagerer positivt på Ringgårdens behandling, idet størsteparten (89%) af klientellet ved udskrivningen har tilegnet sig både "strategier mod drikketrang" og "stopmetoderne" eller én af delene.

Hovedparten forlader således Ringgården med et positivt behandlingsudbytte, som formodes at øge selvkompencen og dermed muligheden for at mestre højrisikosituationer.

Efterundersøgelsen viser, at de personer, der har en positiv udvikling i strategier mod drikketrang og stopmetoderne, efterfølgende reducerede deres alkoholforbrug på samtlige målte forhold. Dette resultat indikerer i høj grad, at behandlingen har haft effekt. Vi må formode, at kontrollen med alkoholindtagelsen samt selvkomp-

tencen er øget gennem behandlingen, og at dette forhold har gjort en reduktion i misbruget muligt.

#### *Gruppeterapiens betydning for behandlingen*

Klienterne vægter de samværsmæssige eller sociale elementer i gruppeterapien højere end de indholdsmæssige, det vil sige de tilbagefaldsforebyggende strategier. En nærmere analyse afslører dog, at vel har de samværsmæssige elementer betydning for et godt behandlingsudbytte, men reelt er det de tilbagefaldsforebyggende strategier som slår stærkest igennem på udbyttemål. Tydeligst ses dette i forhold til tilbagefald, hvor et godt udbytte af de tilbagefaldsforebyggende strategier viser sig at hænge sammen med en mindsket tendens til tilbagefald, mens et godt udbytte af samværet med andre medklienter ikke hænger sammen med en mindsket tendens til tilbagefald.

#### *Strategier og behandlingsudbytte*

der er en betydelig sammenhæng mellem udbyttet af de tilbagefaldsforebyggende strategier og:

- Opnået målsætning med behandlingen
- Mindsket afhængighedsfølelse
- øget kontrol med alkoholindtagelsen
- mindsket tendens til tilbagefald

Dette indikerer at tilegnelsen af de tilbagefaldsforebyggende strategier har en direkte betydning for udbytte og effekten af behandlingen.

9.1.1 *Psykologiske  
mestringsstrategiers betydning  
for udbyttet af behandlingen*

Forud for behandlingen var det for de fleste personer i undersøgelingsgruppen således, at deres mestring af alkohol var kendetegnet ved passive stopmetoder og enstrengede strategier mod drikketrang. Behandlingsmålet i forhold til de psykologiske mestringsstrategier er at indøve og praktisere strategier mod drikketrang samt stopmetoder, således at selvkompetencen øges og mestringsrepertoiret udvides og øges.

Ser vi på udviklingen fra ind- til udskrivningen bemærkes en signifikant ændring vedrørende de psykologiske mestringsstrategier som helhed, idet 89% af klientellet tilegner sig både strategier mod drikketrang og stopmetoderne eller én af delene. Dette viser, at målgruppen på udskrivningstidspunktet reagerer positivt på Ringgårdens behandling.

Bløde udbyttémål	Strategier	
	Sammenhænge	
Målsætning lykkedes	NEJ	ns
Kontrol højnet	NEJ	ns
Mindsket afhængighed	NEJ	ns

Tabel 9.1. Sammenhænge mellem strategier og oplevede "bløde" udbyttémål i efterundersøgelsen.

I det følgende vil vi, ved at krydse udviklingen i mestringsstrategierne med udbytte- og effektmål i efterundersøgelsen, evaluere om de positive ændringer, der sker i løbet af behandlingen, viser sig at slå igenem efter udskrivningen.

Der findes tilsyneladende ingen sammenhæng mellem det at have en positiv udvikling i mestringsrepertoiret og de holdningsmæssige, subjektive, bløde udbyttémål. Uanset om klienten har flyttet sig eller ikke under behandlingen ses ingen forskel på hans egen vurdering af hvorvidt målsætningen lykkes, kontrollen højnes og afhængigheden mindskes.

Derimod slår betydningen af en udvikling under behandlingsopholdet igennem, når man ser på de kvantificerbare hårde effektmål (se tabel 9.2).

Hårde effektmål	Strategier	
	Sammenhænge	
Mindsket moderat forbrug	JA	P=0,01
Mindsket maksimalt forbrug	JA	P<0,01
Ændret drikkemønster	JA	P<0,01
Tilbagefald	NEJ	ns

Tabel 9.2. Sammenhænge mellem strategier og "hårde" effektmål i efterundersøgelsen.

Det fremgår nemlig, at der er en positiv sammenhæng mellem det at udvikle sit mestringsrepertoire og en reduktion i misbruget ved efterundersøgelsen. Dette gælder for både det maksimale og det moderate forbrug samt for ændring i drikkemønsteret. Der er dog ingen signifikant sammenhæng mellem forbedring af repertoire og risikoen for tilbagefald.

En nærmere analyse viser en forringet sandsynlighed for reduktion af alkoholmisbruget, hvis man ikke udvikler sit mes-

tringsrepertoire. (tabel 9.3.) Tilsvarende ses en signifikant sammenhæng mellem udvikling i strategierne og reduktion i misbruget.

Tabel 9.3 viser en positiv sammenhæng mellem udviklingen af mestringsstrategier (strategier mod drikketrang og stopmetoder) og en senere reduktion af misbruget, der hvor personerne har tilegnet sig enten strategier eller stopmetoder eller begge dele. Hos personer, der ikke har tilegnet sig nogen af strategierne eller stopmetoderne, ses ingen reduktion i misbruget.

### 9.1.2 Gruppeterapiens betydning for udbyttet af behandlingen

Gruppeterapiens betydning for udbyttet af behandlingsopholdet bliver undersøgt ved at spørge til to forhold, nemlig det terapeutiske indhold, som bl.a. består af de tilbagefaldsforebyggende strategier, og selve behandlingsformen, som blandt andet består af samværet i gruppen.

Klienterne har vurderet i hvilket omfang nedenstående tilbagefaldsstrategier har haft praktisk betydning for deres mestring

af alkoholproblemer efter behandlingen:

- kortlægning af højrisikosituationer
- målsætning for brug af alkohol efter opholdet
- alkoholregler efter opholdet
- strategier mod drikketrang
- stopmetoder

Ligeledes har klienterne vurderet i hvilket omfang gruppeterapiens "samværselementer" har haft betydning for deres mestring af alkoholproblemer efter behandlingen:

- at møde andre i samme situation
- at lære af andres erfaring
- at blive forskrækket over andres misbrug
- at få mulighed for at handle på nye måder
- at få mulighed for at tænke på nye måder

### Klienternes vurdering af gruppeterapien

Det første man bemærker i klienternes vurdering af gruppeterapien er, at udbyttet af samværet med medklienterne vurderes højere end udbyttet af de tilbagefaldsforebyggende strategier i gruppeterapien. Se tabel 9.4

Udviklingen i strategier mod drikketrang og stopmetoder (se figur 6.3 s. 48)	Reduktion i max forbrug		Reduktion i moderat forbrug		Positiv ændring i drikkemønster	
	NEJ	ns	NEJ	ns	NEJ	ns
Ingen udvikling (11%)	NEJ	ns	NEJ	ns	NEJ	ns
Positiv udvikling i enten strategier mod drikketrang eller stopmetoder (39%)	JA	p<0,01	JA	p<0,01	JA	p<0,01
Positiv udvikling i både strategier mod drikketrang og stopmetoder (50%)	JA	p<0,01	JA	p<0,01	JA	p<0,01

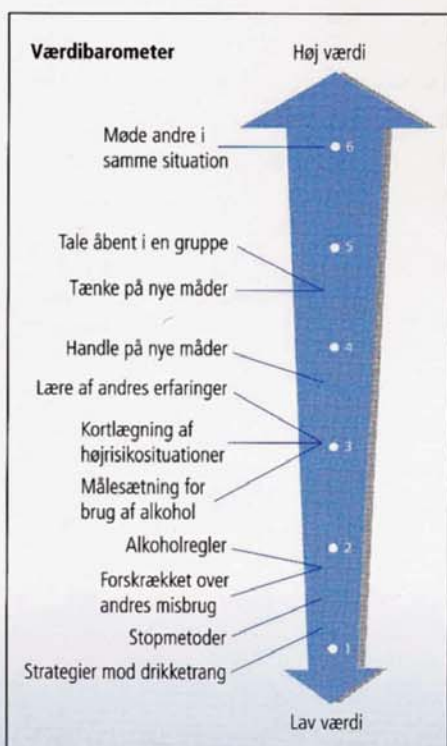
Tabel 9.3. Sammenhænge mellem udbytte og reduktion i misbrug.

Umiddelbart udbytte i gruppeterapien i %			
	Intet udbytte	Noget udbytte	Meget udbytte
Tilbagefaldsforebyggende strategier	19	40	40
Samværet med de øvrige medklienter	14	34	53

Tabel 9.4. Sammenligning af det umiddelbare udbytte af gruppeterapien.

Der ses, at flere klienter vurderer udbyttet af samværet med deres medklienter højere end udbyttet af de tilbagefaldsforebyggende strategier. Samtidigt svarer relativt flere, at de har haft "meget udbytte" af samværet med de øvrige medklienter.

Dette forhold kan præciseres ved at "rangordne" de enkelte spørgsmål, så man ser



Figur 9.1. Tilfredshed med udbyttet af gruppeterapien.

hvilke spørgsmål der har haft størst betydning for oplevelsen af behandlingsudbyttet. Herved kan man danne et "værdibarometer", som vist i figur 9.1.

Værdibarometeret er en skala, der udtrykker den generelle tilfredshed med udbyttet af gruppeterapien, idet samtlige "spørgsmål er holdt op mod hinanden på en sådan måde, at det bliver muligt at se, hvilke spørgsmål der vægtes højest. Det vil sige, at spørgsmålene i barometeret er rangordnet efter, hvilke elementer der af klienterne vurderes som havende haft størst betydning for behandlingsudbyttet.

Barometeret viser, at det er samværselementer i gruppeterapien, der scorer højest, idet de ligger mellem 3 og 6 på nær "forskrækket over andres misbrug" som kun ligger på 2. De tilbagefaldsforebyggende strategier befinder sig under værdien 3.

#### Udbyttet af de tilbagefaldsforebyggende strategier i gruppeterapien

Udbyttet af de tilbagefaldsforebyggende strategier kan formodes at hænge positivt sammen med graden af oplevelsen af at "målsætningen er lykkedes", at "have mindsket sin afhængighed", at "have øget

sin kontrol" over alkoholindtagelsen samt at have "mindre tilbøjelighed til tilbagefald" og "mindsket sit alkoholforbrug".

Tabel 9.5 angiver de fundne sammenhænge, hvor "Ja" angiver en positiv sammenhæng mellem gavnligheden af en given strategi og et udbyttemål. På den lodrette akse ses således de emner, som anses for at være behandlingsindholdets virksomme elementer, og på den vandrette akse ses udbyttemålene.

Betragter man tabellens første vandrette linje ses, at en høj grad af oplevet gevns af kortlægningen af højrisikosituationer hænger positivt sammen med samtlige udbyttemål og manglende tilbagefald. Dette forhold gør sig ligeledes gældende for arbejdet med "målsætning for alkoholforbrug" og arbejdet med "alkoholregler", "strategier mod drikke-trang" samt oplevelsen af at have fået "nye handle-måder"

Ved arbejdet med stopmetoder ses, at der ikke er nogen sammenhæng mellem grad af oplevet gevns og "højnet kontrol" og "tilbagefald". Dette forhold kan skyldes, at stopmetoder først tages i brug det øjeblik, at personen faktisk er begyndt at drikke, hvilket i sig selv indikerer en manglende kontrol og mulighed for tilbagefald.

En høj grad af oplevet gevns af "nye tænke-måder" hænger også positivt sammen med samtlige udbyttemål, undtaget tilbagefald. Her ses ingen sammenhæng mellem et godt udbytte og manglende tilbagefald, hvilket kan skyldes, at nye tænke-måder ikke alene forebygger tilbagefald. Den sidste søjle angiver "antal positive sammenhænge". Her ses 25 positive sammenhænge ud af 28 mulige.

Resultatet viser en tydelig sammenhæng mellem oplevet gevns af de tilbagefaldsforebyggende strategier og behandlingsudbyttet samt en mindsket tilbøjelighed til tilbagefald.

Strategier \ Udbytte	Målsætninger lykkedes		Kontrol højnet		Afhængigh. mindre		Ikke tilbagefald		Antal sammenhænge
Kortlægning af højrisk. situation	JA	P≤0,01	JA	P≤0,04	JA	P≤0,01	JA	P=0,03	4
Målsætninger for alkoholbrug	JA	P≤0,01	JA	P≤0,01	JA	P≤0,01	JA	P≤0,01	4
Alkoholregler	JA	P≤0,01	JA	P≤0,01	JA	P≤0,01	JA	P≤0,01	4
Strategier mod drikke-trang	JA	P≤0,01	JA	P≤0,01	JA	P≤0,01	JA	P≤0,01	4
Stopmetoder	JA	P≤0,01	NEJ	ns	JA	P≤0,01	NEJ	ns	2
Nye handle-måder	JA	P≤0,01	JA	P≤0,01	JA	P≤0,01	JA	P≤0,01	4
Nye tænke-måder	JA	P≤0,01	JA	P≤0,01	JA	P≤0,01	NEJ	ns	3
									25 af 28

Tabel 9.5. Tilbagefaldsforebyggende strategier krydset med udbyttemål.

Den sociale kontekst	Målsætninger lykkedes	Kontrol højnet	Afhængigh. mindre	Ikke tilbagefald	Antal sammenhænge
Møde andre i samme situation	JA P≤0,01	NEJ ns	JA P≤0,01	NEJ ns	2
Tale åbent i en gruppe	JA P≤0,02	NEJ ns	NEJ ns	NEJ ns	1
Høre om andres erfaringer	JA P≤0,01	NEJ ns	JA P≤0,04	NEJ ns	2
Høre om andres misbrug	JA P≤0,01	JA P≤0,04	NEJ ns	NEJ ns	2
					7 af 16

Tabel 9.6. Udbytte af samværet med andre i gruppeterapien.

### Udbyttet af "samværet med andre" i gruppeterapien

Det antages, at den sociale kontekst er væsentlig for et godt behandlingsresultat. De elementer i gruppeterapien, som er knyttet til øvrige klienters tilstedeværelse, indflydelsen fra disses erfaringer samt brugen af eksemplets pædagogiske magt er derfor krydset med udbyttmålene og tilbagefald (Tabel 9.6).

Betragtes tabellens første lodrette søjle "Målsætninger lykkedes" ses en række "JA'er". De indikerer, at samtlige elementer i den sociale kontekst har betydning for, at den personlige målsætning lykkes. I anden og tredje søjle ses et mere blandet billede, mens der i den næstsidste søjle "Ikke tilbagefald" ikke ses nogen sammenhæng mellem udbyttet af den sociale kontekst og tilbøjeligheden til tilbagefald. Den sidste søjle er en opsummering af positive sammenhænge.

Her ses 7 positive sammenhænge ud af 16 mulige.

Udbyttet af samværet med andre i gruppeterapien ser overordnet ud til at have en direkte positiv indflydelse på opfyldelsen af den personlige målsætning, samt nogen indflydelse på oplevelsen af kontrol og afhængigheden. Derimod ses ingen sammenhæng i forhold til forebyggelsen af tilbagefald.

### Opsamling i forhold til undersøgelsens formål 1.

#### Gruppeterapiens betydning, objektivt set.

Undersøgelsen viser, at der på en række områder er en klar effekt af den gennemførte behandlingsmetode. Overordnet ses der således en positiv sammenhæng mellem udviklingen af mestringsstrategier i behandlingssituationen og en senere reduktion i misbruget målt ved efterundersøgelsen.

#### Gruppeterapiens betydning, subjektivt oplevet.

Derudover ses at klienterne tillægger de sociale samværselementer større værdi end de specifikt terapeutiske elementer.

En nærmere analyse afslører dog, at det er de tilbagefaldsforebyggende strategier, der har størst betydning for udfaldet af behandlingen.

Sammenligner vi således resultaterne i dette kapitel, ses en betydelig stærkere sammenhæng mellem udbyttet af de tilbagefaldsforebyggende strategier og behandlingseffekt end udbyttet af samværet med andre og behandlingseffekt:

- i forholdet mellem “de tilbagefaldsforebyggende strategier” og udbytte, ses 25 (ud af 28 mulige) positive sammenhænge dvs. 89%
- i forholdet mellem “samværselementerne” og udbytte, ses 7 (ud af 16 mulige) positive sammenhænge dvs. 44%.

**Med andre ord er det indholdet af behandlingen, som vejer tungest for en god behandlingseffekt, mens det er de sociale og samværsmæssige elementer, der giver oplevelsen af et godt behandlingsudbytte.**

## **9.2 Formål 2.**

### **Virkningen af behandlingen for særlige grupper**

Vi har i undersøgelsen forsøgt at finde sammenhænge mellem forskellige demografiske forhold og virkningen af behandlingen. Ligeledes har vi undersøgt misbrugsgradens betydning for behandlingsudbyttet. De demografiske og misbrugs-mæssige forhold er blevet sammenstillet med følgende succeskriterier: Målsætning lykkes, kontrol højnet, mindsket afhængighed, tilegnelse af tilbage-

faldsforebyggende strategier, mindre tilbagefaldsrisiko, mindsket moderat forbrug, mindsket maksimalt forbrug, ændret drikkemønster.

### *Sammenfatning*

#### *Demografiske data*

Undersøgelsen peger mod forventning på, at personer der “lever alene” er på “overførselsindkomster” og er “boligløse” ikke udgør en specielt sårbar gruppe, da de profiterer af behandlingen i samme grad som personer, der er samlevende med fast boligtilknytning og et arbejde. Der synes ikke at være overordnede forskelle på mænds og kvinders udbytte af behandlingen, dog viser det sig, at kvinderne udtrykker en større tilfredshed med udbyttet af terapien end mændene. Dette forhold har dog ikke målbar indflydelse på det reelle udbytte af terapien.

#### *Misbrugsforhold*

Undersøgelsen viser, at personer med en debutalder efter 30 års alderen har ringere tilbøjelighed til tilbagefald end yngre debutanter. Derudover ses, at jo længere misbrugs-karriere man har haft, desto større sandsynlighed for tilbagefald efter behandlingen. Ser vi på udbyttet af behandlingen i form af tilegnelse af tilbagefaldsforebyggende strategier ser vi, at “konstant” drik-kende personer har et relativt mindre udbytte af stopmetoderne end de “episodisk” drik-kende, idet forholdsvis færre udvikler “aktive stopmetoder”. Derudover ser vi, at personer der ved indlæggelsen var konstant drik-kende har en forøget tendens til tilbagefald, i forhold til personer der er episodisk drik-kende. I forhold til selve alko-



holforbruget ser vi en generel tendens til, at et voldsomt maximalt alkoholforbrug forringer sandsynligheden for, at man tilegner sig de tilbagefaldsforebyggende strategier. Ligeledes ses, at personer der drikker voldsomt ved moderat drikning har en forøget tendens til tilbagefald. Vi kan ud fra disse fund ikke definere afgrænsede risikogrupper - men kun beskrive generelle risikofaktorer.

*Risikofaktorerne er:*

- en debutalder før de 30 år
- en langvarig misbrugskarriere
- at være konstant drikende i forhold til episodisk drikende
- at have et voldsomt maximalt alkoholforbrug
- at have et voldsomt moderat alkoholforbrug

Disse faktorer indikerer dels en forringet sandsynlighed for, at man tilegner sig de tilbagefaldsforebyggende strategier, dels en dermed øget sandsynlighed for tilbagefald.

### *9.2.1 Demografiske forhold og udbytte af behandlingen*

Det er en udbredt holdning, at personer der "lever alene", er på "overførselsindkomster" og "boligløse" har vanskeligere ved at profitere af behandlingen end socialt stærkere klienter. I denne undersøgelse har det ikke været muligt at finde nogen overordnet sammenhæng mellem forskellige demografiske variabler så som køn, civilstand, indtægt samt boligforhold og udfaldet af behandlingen. Det vil sige at også gruppen, der traditionelt betragtes

som tunge og behandlingsvanskelige, profiterer af døgnbehandlingen på Ringgården.

De to eneste steder, vi ser en sammenhæng mellem udbyttet af behandlingen og de demografiske variabler, er i forholdet til "moderat forbrug" og "udbyttet af de tilbagefaldsforebyggende strategier". Kvinderne vurderer udbyttet af de tilbagefaldsforebyggende strategier noget højere end mændene. Der ses ligeledes en kønsforskel ved det moderate forbrug, idet andelen af mænd, der reducerer deres moderate alkoholforbrug, er højere end andelen af kvinder.

I de resterende udbyttekategorier, ses ingen forskel mellem mænd og kvinder. Det ser således ud til, at behandlingen ikke "favoriserer" det ene køn frem for det andet, men at kvinder og mænd i lige grad profiterer af behandlingen på Ringgården.

### *9.2.2 Forhold omkring misbrug.*

#### *Debutalder og misbrugsvarighed i forhold til udbytte af behandlingen*

Vi antager på baggrund af erfaringer fra tidligere behandlingsarbejde, at en tidlig debut giver ringere prognose end en sen debut, og at et længerevarende misbrug ligeledes giver en dårligere prognose end et korterevarende misbrug. En analyse af denne undersøgelses data viser, at personer med en debutalder på 30 år eller derover har mindre tilbøjelighed til tilbagefald end personer med debutalder under 30 år ( $p=0,05$ ).

Desuden findes der en signifikant sammenhæng mellem tilbagefald og mis-

Misbrugsvarighed	Ingen Tilbagefald %	Tilbagefald %
1-3 år	33	67
4-9 år	24	76
10-15 år	19	81
16-21 år	10	90
≥ 22 år	12	88

Tabel 9.7. Misbrugsvarighed og tilbagefald,  $p=0,04$ .

brugsvarighed. Det viser sig, at jo færre misbrugsår man har haft, jo mindre sandsynlighed for tilbagefald er der. Se tabel 9.7.

Der er ingen andre signifikante sammenhænge mellem debutalder, misbrugsgrad og succeskriterier.

Vi må herudfra formode, at personer med en debutalder på 30 år eller derover og en relativ kortvarig misbrugskarriere klarer sig bedre end personer med tidlig debutalder og et længerevarende misbrug, hvad angår tendensen til tilbagefald. Hvad angår reduktionen i misbruget synes der ikke at være nogen bemærkelsesværdig forskel.

*Misbrugsgrad og udbytte af behandlingen*  
Misbrugsgraden, altså hvor meget der drikkes forud for behandlingen, formodes at forudsige noget om klienternes mulighed for udbytte af behandlingen.

Ved at krydse alkoholforbrug og drikkemønster med succeskriterierne for henholdsvis udskrivningen og efterundersøgelsen er denne formodning blevet undersøgt. Vi finder, at der er en positiv sammenhæng mellem drikkemønsteret og udbyttet af stopmetoder ved udskrivning-

en. Dette forhold viser, at episodisk drikkende har en større sandsynlighed for at udvikle aktive stopmetoder end konstant drikkende, idet 76% af de episodisk drikkende udvikler aktive stopmetoder mod 64% af de konstant drikkende ( $p=0,02$ ).

En anden signifikant sammenhæng ses i efterundersøgelsen mellem tilegnelsen af de tilbagefaldsforebyggende strategier og størrelsen af det maksimale forbrug. Det viser sig, at personer med et relativt lavt maksimalt forbrug tilegner sig flere tilbagefaldsforebyggende strategier end personer med et højt maksimalt forbrug.

Der fandtes ingen andre signifikante sammenhænge.

Overordnet viser resultatet af analyserne, at misbrugsgraden ved behandlingsstart ikke er afgørende for et positivt behandlingsforløb. Vi kan således ikke identificere en risikogruppe, blot påpege, at de konstant drikkende formodes at være mere sårbare i deres tilegnelse af stopmetoder end de episodisk drikkende, og at et større maksimalt forbrug giver forringede muligheder for tilegnelse af strategierne.

*Tilbagefald og mulige risikogrupper*  
Hvis man i efterundersøgelsen betragter tidspunktet for tilbagefald, afsløres det tydeligt, at det mest kritiske tidspunkt ligger indenfor de første 6 måneder efter udskrivningen, hvor 51% oplever tilbagefaldshændelser. Dog er tidspunktet lige efter udskrivningen særlig kritisk, idet mere end hver tredje klient falder i indenfor de første 3 måneder (se side 62).

Vi ved ud fra ovenstående, at et længerevarende misbrug og en tidlig debutalder indikerer forhøjet risiko for tilbagefald.

Derimod er der ikke sammenhæng mellem de demografiske forhold og tendensen til tilbagefald i efterundersøgelsen. Det er heller ingen signifikant sammenhæng mellem drikkemønster eller alkoholforbrug og den senere tendens til tilbagefald.

Dette forhold kan undre, idet personer med et konstant forbrug kunne forventes at være mere tilbøjelige til tilbagefald end personer med et episodisk forbrug. En nærmere analyse af materialet viser da også en sådan tendens, da de konstant drikkende har større tilbøjelighed til tilbagefald end de episodisk drikkende, men den er ikke signifikant. ( $p=0,19$ ).

Personer med et højt maksimalt forbrug kunne ligeledes antages at være mere udsat for tilbagefald end personer med et mindre maksimalt forbrug. Dette kan analysen ikke bekræfte entydigt. I forhold til det moderate forbrug ses dog en ikke signifikant tendens, der går i retning af, at personer, der har et "lavt moderat forbrug," er mindre tilbøjelige til tilbagefald end personer med et "højt moderat forbrug". ( $p=0,14$ ).

Det er således ikke muligt tydeligt at identificere en risikogruppe ud fra demografiske eller alkoholforbrugsvariabler, omend noget tyder på, at personer med konstant drikning og personer som drikker "meget" under moderat drikning har en forøget tendens til tilbagefald.

### *Opsamling i forhold til undersøgelsens formål 2.*

I undersøgelsen af sammenhæng mellem udbytte af behandlingen og forskellige misbrugsforhold, der kunne have indflydelse på denne, finder vi:

- at personer med en debutalder før de 30 år har større tilbagefaldstendens end personer med en senere debut
- at tendensen til tilbagefald øges med misbrugsvarigheden
- at personer der har et konstant alkoholforbrug i modsætning til et episodisk forbrug har ringere sandsynlighed for at tilegne sig aktive stopmetoder
- at personer med et højt alkoholforbrug har større tendens til tilbagefald
- at der ikke foreligger nogen sammenhæng mellem udvalgte forhold ved indskrivningen (civilstand, indtægt, bolig, drikkemønster og alkoholforbrug) og tilbagefald

## **9.3 Formål 3**

### **Klientadfærden efter behandlingen**

#### *Sammenfatning*

#### *Tilbagefaldsforebyggende strategier*

Undersøgelsen viser, at der er en betydelig sammenhæng mellem antallet af tilegnede tilbagefaldsforebyggende strategier og tendensen til tilbagefald, idet man reducerer sandsynligheden for tilbagefald ved at tilegne sig flest mulige strategier.

Tilbagefaldsprocenten er således størst hos de personer, der ikke tilegner sig nogen strategier.

#### *Efterbehandling*

Undersøgelsen viser, at de personer, der

har en aftale om efterbehandling, signifikant adskiller sig fra de personer, der ikke har en sådan aftale, idet samtlige personer uden aftale om efterbehandling har haft tilbagefald.

### 9.3.1 Tilbagefaldsforebyggende strategier og tilbagefald

I det foregående er der konstateret en høj grad af sammenhæng mellem tilegnelse af de tilbagefaldsforebyggende strategier og behandlingsudbytte målt på forskellige variabler.

I tabel 9.8 rettes fokus på sammenhængen mellem tilegnelsen af tilbagefaldsforebyggende strategier og det faktiske antal tilbagefald.

Tabellen afslører sammenhængen mellem udbyttet af de enkelte strategier og tilbagefald. De fem tilbagefaldsforebyggende strategier er:

1. kortlægning af højrisikosituationer
2. målsætning for brug af alkohol
3. alkoholregler
4. strategier mod drikketrang
5. stopmetoder

Disse strategier er af klienterne i efterundersøgelsen blevet vurderet som havende givet enten "intet udbytte", "noget udbytte" eller "meget udbytte".

I tabellen angiver:

- "0 strategier", at man ikke vurderer nogen af strategierne til at have givet "meget udbytte";
- "1 strategi", at man vurderer én ud af de fem strategier til at have givet "meget udbytte",
- "2 strategier", at man har vurderet to

strategier til at have givet "meget udbytte";

- "3 strategier", at man har vurderet tre strategier til at have givet "meget udbytte"

– og så fremdeles med 4 og 5 strategier.

Antal tilegnede strategier	Tilbagefald	Tilbagefald
	JA %	NEJ %
0 strategier	92	8
1 strategier	83	17
2 strategier	79	21
3 strategier	67	33
4 strategier	56	44
5 strategier	30	70

Tabel 9.8. Sammenhæng mellem antal af tilegnede strategier og tilbagefald.  $p \leq 0,01$ .

Tabel 9.8 viser, at jo flere af de tilbagefaldsforebyggende strategier, man scorer "meget udbytte" på, desto mindre tilbøjelighed har man til tilbagefald. Ved 0 strategier ses således den største tilbagefaldsprocent på 92% mod 30% ved en score på 5 strategier. Sagt på en anden måde er det således uhyre vigtigt, at klienterne tilegner sig så mange tilbagefaldsforebyggende strategier som overhovedet muligt.

Dette indikerer, at personer, der af den ene eller anden grund ikke tilegner sig de tilbagefaldsforebyggende strategier, har en forøget risiko for tilbagefald og dermed udgør en risikogruppe. De klienter der ikke tilegner sig de tilbagefaldsforebyggende strategier adskiller sig ikke væsentligt fra de klienter der tilegner sig strategierne. Det er derfor ikke muligt i indskrivningssituationen at identificere hvem der vil - og ikke vil - profitere af behandlingen.

Grafisk ses sammenhængen mellem antal tilegnede strategier og tilbagefald i procent på figur 9.2.

Figur 9.2 viser, at kun hver tredje, der har tilegnet sig 5 strategier, har tilbagefald efter behandling, mens tallet er markant større - 9 ud af 10 - hvis klienten ikke har tilegnet sig mestringsstrategier overhovedet.

Tilbagefaldsprocenten er således størst for de personer, der ikke tilegner sig nogen strategier og mindst for dem der tilegner sig alle fem strategier.

### 9.3.2 Efterbehandling

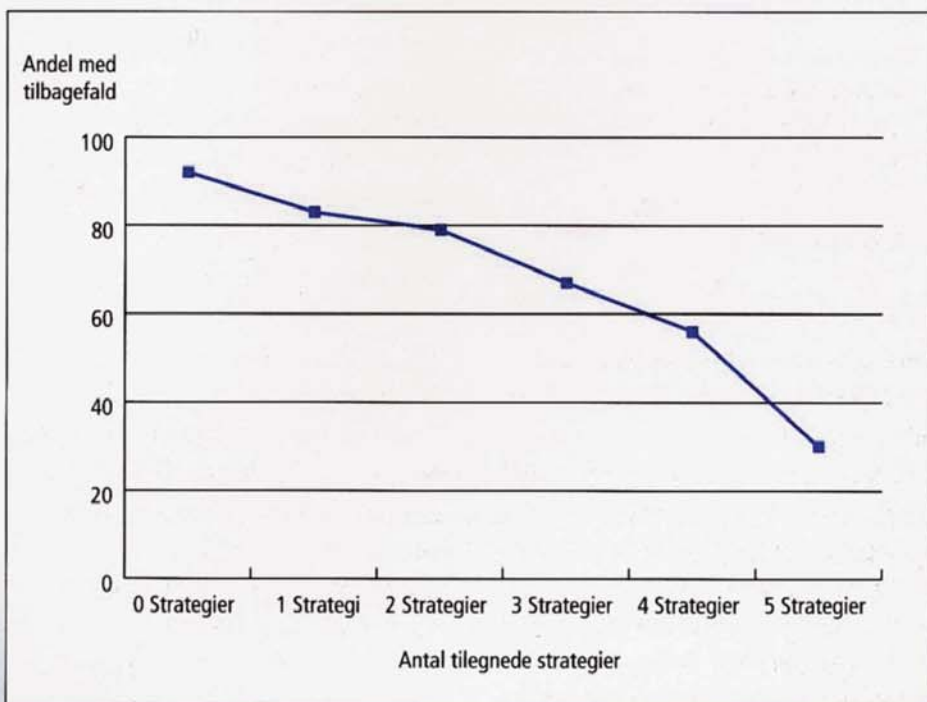
I udskrivningssituationen angiver 86% (se evt. tabel 6.6) at have indgået en aftale om efterbehandling, typisk som støtte på ambulatorium eller som antabusbehand-

ling. I det følgende undersøges, hvorvidt der er forskel på udbyttet af behandlingen for de klienter, der har en aftale om efterbehandling, i modsætning til de klienter, der ikke har en sådan aftale.

Vi har en antagelse om, at en vel gennemført efterbehandling kan have betydning for tilbøjeligheden til tilbagefald, idet vi går ud fra, at efterbehandling er et vigtigt led i forebyggelsen af tilbagefald. Ved at krydse

Efterbehandling	Tilbagefald efter første ophold			
	JA		NEJ	
	%	n	%	n
Efterbehandling	80	135	19	32
Ingen efterbehandling	100	11	0	0

Tabel 9.9. Tilbagefald ved efterbehandling  $p \leq 0,01$ .



Tabel 9.2. Sammenhæng mellem tilegnede strategier og tilbagefald indenfor det første år efter behandlingen.

besvarelsenerne om "indgået aftale om efterbehandling" med frekvensen af "tilbagefald" bekræftes denne antagelse. Se tabel 9.9.

Resultatet viser, at samtlige personer, som ikke har haft en aftale om efterbehandling er faldet i (100%). Af de personer, der til gengæld har haft en aftale om efterbehandling har 19% klaret sig uden tilbagefald.

Ved at krydse "aftale om efterbehandling" med udbyttmål formoder vi at kunne se en sammenhæng mellem efterbehandlingsindsats og behandlingsresultat, idet man kan antage, at fortsat behandling medfører mere tilfredsstillende behandlingsresultat.

Udbyttmål	Sammenhæng med efterbehandling	
Målsætning lykkedes	NEJ	ns
Kontrol højnet	NEJ	ns
Mindsket afhængighed	NEJ	ns
Intet tilbagefald	NEJ	ns
Mindsket moderat forbrug	JA	p≤0,01
Mindsket maksimalt forbrug	JA	p≤0,01
Ændret drikkemønster	JA	p≤0,01

Tabel 9.10. Aftale om efterbehandling sammenstillet med udbyttmål i efterundersøgelsen.

Tabel 9.10 viser, at der er en positiv sammenhæng mellem "aftale om efterbehandling" og reduktion i alkoholforbruget, idet størsteparten af de personer, der har indgået aftale om efterbehandling, drikker mindre i efterundersøgelsen end ved indskrivningstidspunktet. Derudover ses en ændring i drikkemønster til det bedre, for

de personer, der har indgået en "aftale om efterbehandling". De personer der ikke har indgået aftale om efterbehandling drikker tendentielt ligeledes mindre om end ikke på et signifikant niveau.

### Opsamling i forhold til undersøgelsens formål 3.

Resultatet indikerer, at den iværksatte efterbehandling er blevet fulgt og har haft en gunstig indflydelse, da de personer, der har en aftale, signifikant adskiller sig fra personer uden aftale om efterbehandling. Dog ses ingen sammenhæng mellem efterbehandling og de resterende udbyttmål. En mulig forklaring kunne være, at efterbehandling eventuelt overvejende består af antabusadministrering, som nok forhindrer alkoholindtagelsen, men ikke påvirker eller udvikler de psykologiske styringsmekanismer, som i længden er nødvendige for at kunne mestre sit alkoholforbrug.

Døgnbehandling efterfulgt af ambulante efterbehandling synes således at forøge muligheden for, at klienten opnår kontrol.

# 10.0 Diskussion og perspektiver

## 10.1 Før behandlingen

De undersøgte klienter fra Ringgården er ved indskrivningen en gennemgående meget belastet gruppe med ringere social position og habitus end almenbefolkningen. Dette gælder uddannelsesmæssig baggrund, integration på arbejdsmarkedet og aktuel evne til selvforsørgelse.

Også med hensyn til alkoholproblemerne er den undersøgte gruppe tungt belastet, og sammenlignet med klienter ved alkoholambulatorier i samme geografiske område er Ringgårdens klientgruppe også klart tungere. Misbruget har stået på længere, og alkoholforbruget er større og mere afhængighedspræget. Denne forskel svarer til den gængse opfattelse af, hvilke målgrupper der passer til henholdsvis døgnbehandling og ambulante behandling.

Mestringsrepertoiret til at håndtere de respektive højrisikosituationer er desuden præget af passive og énsidige strategier, som i vid udstrækning efterlader klienten hjælpeløs i forhold til sit alkoholproblem.

Alt i alt viser den indledende undersøgelse, at der er tale om en gruppe med en relativt dårlig prognose, fordi:

- de drikker meget og har gjort det så længe, at der er udviklet en integreret afhængighedspræget tilgang til egen tilværelse
- de har mistet (eller aldrig haft) adækvate modtræk mod trangen til alkohol
- og de mangler samtidig social integration og netværksstøtte, hvilket er med til at cementere den underskudsposition,

der fastholder dem i alkoholproblemerne.

For op imod en fjerdedel af klientgruppen er disse odds med til at forhindre dem i at gennemføre behandlingen fuldt ud, og de falder fra undervejs.

En række studier har vist, at klienter med ringe socialt netværk/ringe social stabilitet, og/eller højere grad af alkoholafhængighed og/eller en vis grad af psykiske belastningssymptomer eller psykopatologi klarer sig klart bedre ved døgnbehandling end ved ambulante behandling, hvor de har udtalt tendens til at falde fra efter kort tid eller simpelthen drikke uanfægtet videre sideløbende med den ambulante behandling (McClellan et al. 1983; Miller & Hester 1986; Nace 1990; Orford et al. 1976; Gibbs & Flanagan 1997).

Selve længden af behandlingen – samt at den fuldføres som forudsat – ser i øvrigt også ud til at have indflydelse på behandlingsudbyttet. Generelt er der bedre udbytte af længere (og fuldført) behandling end af kortere (eller ikke-fuldført) behandling. Dette selv efter korrektion for diverse præterapeutiske klientkarakteristika (Moos et al. 1990).

## 10.2 Ved behandlingens afslutning

Hos klienter, som gennemfører behandlingen, ses umiddelbart ved behandlingens afslutning en gennemgående særdeles positiv vurdering af udbyttet af behandlingen. Der ses ligeledes en positiv behandler-

vurdering af udbyttet af de tilbagefaldsforebyggende elementer for et flertal af klienterne.

Flere forskere har peget på, at høj grad af oplevet selvkompetence ved alkoholbehandlings afslutning forudsiger bedre kontrol med alkohol i follow-up perioden (Bandura 1977; Burling, Reilly, Moltzen & Ziff 1989). Den oplevede selvkompetence er den alkoholafhængiges forventninger til egne mestringsfærdigheder, som forståeligvis er styrende for, hvorvidt tilegnede strategier overhovedet tages i anvendelse, når en konkret risikosituation med alkohol er under opsejling.

I nærværende undersøgelse fortolker vi det, at den enkelte klient oplever et udbytte af de indøvede mestringsstrategier, som et indirekte udtryk for, at de har positive forventninger til strategiernes betydning for deres konkrete mestring af alkoholsituationer.

Undersøgelsen underbygger således opfattelsen af, at en succésrig klient både har et mestringsrepertoire og også forventer, at det vil kunne virke – og derfor bruger sine strategier i højrisikosituationerne.

Behandlingens specifikke formål: at tilføre den enkelte klient nye, aktive og nuancerede mestringsstrategier vurderes således som opfyldt i tilfredsstillende omfang.

Hertil kommer en øget indsigt og bevidsthed hos den enkelte fra arbejdet med at kortlægge og bearbejde egne højrisikofaktorer, ligesom der før tiden efter behandlingen i rimelig grad etableres en ramme af psykosocial støtte, der forstærker sand-

synligheden for, at den enkelte implementerer den nye indsigt og de nye færdigheder i forhold til alkohol.

### 10.3 Forløbet efter behandlingen

Ved efterundersøgelsen viser klientellets belastningsgrad sig bl.a. i en dødelighed klart over det normalt forventelige i tilsvarende aldersgrupper i normalbefolkningen. For alle døde har der været tale om fortsat misbrug i forskellige grader, og i de fleste tilfælde er døden direkte relateret til alkoholskader. Dødeligheden er som forventet for et klientel af denne karakter og belastningsgrad efter den anvendte behandlingsform - men ud fra en almindelig betragtning er den selvsagt helt uantagelig.

Derudover ses, at de klienter, der svarer i efterundersøgelsen (og som er repræsentative for den oprindelige gruppe ved behandlingens start), som gruppe betragtet har betydeligt mindre alkoholproblemer end før behandlingen. Dette gælder uden forskel på, om efterundersøgelses tidspunktet har været 1, 2, 3 eller 4 år efter behandlingen.

Misbrugsmønstret er for gruppen som helhed ændret fra overvejende konstant til episodisk eller til total afholdenhed, og ved fejltrin eller tilbagefald med alkohol drikkes gennemsnitligt betydeligt færre genstande per døgn end før behandlingen.

Der ses stadig en del tilbagefaldsepisoder, som især optræder indenfor de første 6 måneder efter behandlingens afslutning, hvorefter tendensen aftager. Men i betragt-



ning af graden af alkoholafhængighed samt mængden af andre problemer ved behandlingens start, er tilbagefaldsfrekvensen relativt lav.

Timing-faktorer kan også have betydning – og måske være en del af forklaringen på, at nogle af de her undersøgte klienter ikke eller kun i ringe grad tilegner sig mestningsstrategier under behandlingen. Dette beror på, at klienters behov for hjælp og støtte varierer over tid, og dette har betydning for på hvilket tidspunkt eller i hvilke faser af deres indsigtudvikling og motivationsopbygning, de befinder sig.

Prochaschka & DiClemente (1992) har udviklet en psykologisk orienteret model til forudsigelse af, om en klient befinder sig i en fase af f.eks. "før-overvejelse, overvejelse eller handleparathed", hvilket kan danne basis for en strategisk tilrettelæggelse af, hvornår diverse interventioner sættes ind, f.eks. i form af motivationsbearbejdning til klienter under "førovervejelse/overvejelse" fremfor en for tidlig behandlingsintervention, der risikerer at løbe ud i sandet uden effekt.

#### **10.4 Hvad er de virksomme elementer**

Behandlingens centrale element, de tilbagefaldsforebyggende strategier er - i varierende grad - tilegnet af 9 ud af 10 af de behandlede klienter, som har gennemført behandlingen. Undersøgelsen viser, at det netop er afgørende i hvor høj grad den enkelte har fået udbytte af strategierne, idet der påvises klar sammenhæng mellem dette og graden af kontrol med alkoholproblemerne efter behandlingen. Jo flere strategier desto bedre kontrol.

For klienterne opleves selve det sociale og miljømæssige samvær under døgninstitutionsoopholdet som det mest betydningsfulde, men ved statistisk analyse er der signifikant større gennemslag i forhold til alkoholproblemerne af de tilbagefaldsforebyggende strategier.

Sagt på anden vis mener klienterne, at samværet med kammerater, har givet dem mest, medens de tillægger de tilbagefaldsforebyggende elementer noget mindre betydning. Men den statistiske sammenhæng er dog langt stærkere mellem tilegnelsen af de tilbagefaldsforebyggende strategier og alkoholkontrol, end den er mellem det sociale samvær og alkoholkontrol.

Hos denne gruppe, som har svære alkoholproblemer og betydelige psykosociale følger deraf, findes behandlingsudbyttet således især på to fronter: klienternes subjektive oplevelse af værdien af "det gode miljø" i døgnbehandlingen samt den påviste specifikke betydning af at tilegne sig konkrete tilbagefaldsforebyggende strategier. Vi har således dokumenteret betydningen af en specifik tilbagefaldsforebyggende behandling, men samtidig vist, at en forudsætning for det gode resultat med en tungt belastet klientgruppe er, at de befinder sig i et døgnmiljø, hvor de både støttes og fastholdes.

Karakteristikken "tungt belastet" for en behandlingspopulation på alkoholområdet betyder – som vist i andre undersøgelser omtalt ovenfor – netop en udtalt tendens til "non-compliance" (dvs dårlig klienttilpasning til behandlingen samt stort frafald).

Derfor er døgnbehandlingens særlige "grundkvalitet", at en i ambulans regi vanskeligt behandlelig klientgruppe, alligevel i væsentligt omfang kan opnå gode behandlingsresultater.

Pointen i denne forbindelse er ikke at sige, at tilbagefaldsforebyggelselementerne til enhver tid og i enhver sammenhæng ville kunne stå alene. En så tungt belastet gruppe, som den her undersøgte, har generelt set en så dårlig prognose, at det må betragtes som bemærkelsesværdigt, at så mange får et så godt udbytte, som de påviseligt gør. En forklaring herpå skal efter forfatterens opfattelse netop søges i klienternes positive trivsel i Ringgårdens døgnmiljø, der tilsyneladende giver det mål af psykosocial støtte og fastholdelse, som gør det muligt at bibringe dette klientel den specifikke del af behandlingsudbyttet: de tilbagefaldsforebyggende strategier.

Yderligere kan tilføjes, at de tungest belastede - af denne i forvejen tungt belastede klientgruppe - ikke har profiteret mindre end de socialt bedre stillede, hvilket understreger værdien af døgnmiljøet som "katalysator" i den terapeutiske proces med alkoholmisbrugere, som er kendt for netop at have særdeles vanskeligt ved at drage nytte af ambulans behandling jo større deres psykosociale og misbrugsmæssige belastningsgrad er ved starten af et behandlingsforløb.

Bekymringer for kvindelige alkoholmisbrugeres eventuelt ringere muligheder for at få udbytte af Ringgårdens behandlingsprogram er ej heller fundet bekræftet, idet

der ikke er påvist forskel i mændenes og kvindernes udbytte.

Derimod er fundet bekræftelse af, at hvis misbruget er opstået tidligt i personens liv og/eller har varet længe, så er tilbagefaldstendensen større end for personer med senere debut og /eller kortere misbrugsvarighed. Denne velkendte tendens kan således ikke ophæves fuldt ud - selv ved intensiv og målrettet døgnbehandling. Ligeledes forringes prognosen af et konstant misbrugsmønster og højt alkoholforbrug under drikkeepisoder.

Med andre ord kan man sige, at jo sværere og mere langvarig alkoholafhængighed desto større sandsynlighed for tilbagefald - og dermed desto større behov for gentagende behandling af den enkelte i fremtiden, hvis kontrollen med alkohol skal etableres i den sidste ende. Der er derfor ikke tale om "dommedagsprofetier" over de mest belastede alkoholmisbrugere, blot peges der på, at de overordnet set gode behandlingsresultater for den undersøgte og som helhed tungt belastede gruppe indikerer at behandling i de fleste tilfælde bør forsøges, hvis motivationen er til stede - vel vidende at der kan blive tale om et behov for gentagne behandlingsforløb.

Den tilbagefaldsforebyggende behandlingsstrategi udmærker sig i øvrigt ved sin anvendelighed i gentagelsestilfælde i og med den indbyggede grundige kortlægning af den enkeltes risikofaktorer, som normalt ikke ændres over tid danner det naturlige omdrejningspunkt for gentagne behandlingsinput.

## 10.5 Konklusion

Hovedparten af klienterne i nærværende undersøgelse forlader Ringgårdens døgn-behandlingsprogram med oplevelsen af positivt udbytte – herunder af selve den miljøterapeutiske ramme og specifikt af de tilbagefaldsforebyggende strategier – hvilket afspejles efter behandlingen i bedre mestring af højrisikosituationer og dermed væsentlig mindre grad af alkoholproblemer for denne tungt belastede gruppe af klienter.

Det er således **undersøgelsens hovedkonklusion,**

*–at behandlingen virker efter hensigten: den reducerer den undersøgte gruppes alkoholproblemer, og den gør det på grundlag af behandlingsinterventioner, som er specifikt rettet mod at øge den enkelte klients selvkontrol gennem tilegnelsen af mestringsstrategier, forventninger om at de vil virke og indsigt i hvorfor. Det skønnes at kombinationen af et støttende og fastholdende behandlingsmiljø på den ene side og en specifik tilbagefaldsforebyggende metode på den anden side er afgørende for resultatet.*

- Annis, H.M. (1982)  
*The Inventory of Drinking Situations (IDS-100)* Toronto, Canada: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H.M. & Davis, C.S. (1989)  
*Relapse Prevention Training. Cognitive-Behavioral Approach Based on Self-Efficacy Theory.* Journal of Chemical Dependency Treatment, Vol. 2. No. 2 (81-103).
- Annis, H.M, Schober R. and Kelly, E. (1996)  
*Matching Addiction Outpatient Counseling to Client Readiness for Change: The Role of Structured Relapse Prevention Counseling.* American Psychological Association Inc. Vol.4. No.1 (37-45).
- Annis, H.M. et al. (1998).  
*Gender in Relation to Relapse Crisis situations coping, and outcome among treated Alcoholics.* Addictive Behaviors, Vol. 23. No. 1 (127-131).
- Annis, H.M (1991)  
*Relapse Prevention.* Alcohol-Health & Research World vol. 15(3) (204-212).
- Bandura, A. (1977)  
*Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change.* Psychological Review 1977, Vol. 84. No. 2 (191-215).
- Beck, A.T. (1976)  
*Cognitive Therapy and the emotional disorders.* New York.
- Brownell, K.D, Marlatt G.A, Lichtenstein E, et al (1986)  
*Understanding and preventing relapse.* Am Psychol 41:765-782.
- Burlin, T.A, Reilly, P.M, Moltzen J.O. & Ziff, D.C. (1989)  
*Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome.* Journal of Studies on Alcohol. Vol. 50 (354-369).
- Caroll, K.M. (1996)  
*Relapse Prevention as a Psychosocial Treatment: A Review of Controlled Clinical Trials.* Experimental and Clinical Psychopharmacology, Vol. 4. No. 1 (46-54).
- Danmarks Statistik:(1997)  
*Uddannelse og kultur: 8.*
- Danmarks Statistik:(1997)  
*Nyt fra Danmarks Statistik nr. 427.*
- Danmarks Statistik:(1997)  
*Befolkning og valg: 7.*
- Danmarks Statistik:(1994)  
*Indkomster og formuer.*
- Feuerlein, W. et al. (1994)  
*Mortality in alcoholic patients given inpatient treatment.* Addiction, 89 (7) (841-849).

- Freeman, A. (ed) (1983)  
*Cognitive Therapy with couples and groups.* New York. Plenum Press.
- Fruensgaard, K., Larsen, I., Schmidt, H. & Vaag, V.H. (1980)  
*Ringgården-undersøgelsen, en undersøgelse af institutionsbehandlede alkoholmisbrugere,*  
 Ringgården Middelfart.
- Gibbs, L. & Flanagan, S. (1977)  
*Prognostic Indicators of Alcoholism Treatment Outcome.* International Journal of  
 Addictions, 12 (8) (1097-1141).
- Goldman, M.S., Brown, S.Å. & Christiansen, B.A. (1987)  
*Expectancy theory - Thinking about drinking.* I: Blane, H.T & Leonard, K.E. (ed):  
 Psychological theories of drinking and alcoholism. New York. Guilford Publications.
- Gregson, R.A.M & Taylor, G.M. (1977)  
*Prediction of Relapse in Men Alcoholics.* Journal of Studies on Alcohol. Vol. 38 (9)  
 (1749-1760).
- Hougaard, E. (1996)  
*Psykoterapi, teori og forskning.* Dansk psykologisk Forlag.
- Hunt, W.A., Barnett, L.W. & Branch, L.G. (1971)  
*Relapse rates in addiction programs.* Journal of Clinical Psychology,  
 Vol. 27 (455-456).
- Johnsen, J. (1995)  
*Behandling av rusmiddelp problemer. En utredning om effekten av ulike behandlings  
 metoder.* I: Johnsen, J. & Nygaard, J. (ed). Effekten av behandling.  
 Rusmiddeldirektoratet, Oslo.
- Koski-Jännes, A. (1992)  
*Alcohol Addiction and Self-Regulation. A Controlled Trial of a Relapse Prevention  
 Program for Finnish Inpatient Alcoholics.* The Finnish Foundation for Alcohol Studies,  
 Vol. 41. Rutgers University Center of Alcohol Studies Publications Division.
- Koski-Jännes, A. (1997)  
 Personlig kommunikation ved Nordisk Psykologkongress i Oslo.
- Lindström, L. (1986)  
*Val av behandling för alkoholism.* Stockholm. Liber Förlag.
- Løberg, T., Miller, W.R., Nathan, P.E. & Marlatt, G.A (ed) (1989)  
*Adictive behaviors - prevention and early intervention.* Amsterdam. Swets & Zeitlinger.
- Marlatt, G.A. (1978)  
*Craving for alcohol, loss of control and relapse: a cognitive-behavioral analysis in  
 Alcoholism:* New Direktions in Behavioral Research and Treatment. (Ed) Nathan P.E,  
 Marlatt G.A, Loberg T. New York, Plenum.
- Marlatt G.A. & Gordort J.R. (1980)  
*Determinants of Relapse: Implications for Behavior Change.* In: Davidson, P.(ed)  
 Behavioral Medicine: hanging Health Life-Styles. New York. Brunner/Mazel.

- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1982)  
*Relapse Prevention. Maintenance in the Treatment of Addictive Behaviors.*  
 The Guilford Press.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1982)  
*Relapse prevention: a self-control program for the treatment of addictive behaviors, in Adherence, Compliance, and Generalization in Behavioral Medicine.* (Ed) Stuart RB.  
 New York, Brunner/ Mazel.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985)  
*Relapse prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors.*  
 New York, Guilford.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1995)  
*Determinants of Relapse: Implications for the Maintenance of Behavior Change.*  
 Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles. (410-453).
- McClellan, A.T., Luborsky, L., Woody, C.E. & Ó'Brien, C.P. (1983)  
*Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: Role of psychiatric severity.*  
 Archives of General Psychiatry, Vol. 40 (620-623).
- McCrary, B.S. (1993).  
*Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual.*  
 Second Edition. \*The Guilford Press. (365-395). \*Barlov, D.H. (Ed)
- Miller, W.R. & Hester, R.K. (1986)  
*Handbook of alcoholism treatment approaches.* New York. Pergamon Press.
- Monti, P.M. et al (1989)  
*Treating Alcohol Dependence. A Coping Skills Training Guide.* The Guilford Press.
- Moos, R.H., Finney, J.W. & Cronkite, R.C. (1990)  
*Alcoholism treatment: Context, process and outcome.* New York:  
 Oxford University Press.
- Nace, E.P (1990)  
*Inpatient treatment of alcoholism: a necessary part of the therapeutic ornamentarium.*  
 The Psychiatric Hospital, Vol. 21 (9-31).
- Nathan, P.E & Lansky D (1978)  
*Common Methodological Problems in Research on the Addictions.* Journal of Consulting  
 and Clinical Psychology. Vol.46. (713-726).
- Nathan, P.E. & Skinstad (1987)  
*Outcomes of Treatment for Alcohol problems: Current methods, problems, and results.*  
 Journal of Consulting and Clinical Psychology 55.
- Nesvåg, S. (1994)  
 Personlig kommunikation, ved Temadag på Ringgården.
- Nielsen, B., Nielsen, A. & Petersen, P. (1996)  
*Myte og virkelighed. Behandling ved alkoholambulatorierne i Odense og Nyborg.*  
 Ugeskrift for Læger 158/22. 27.

- Nielsen, P. (1992).  
*Alkoholmisbrug - Behandling - Tilbagefald*. Alkohol-Narkotika-Forskning. Skrifter fra CANFAU, Vol. 1. No. 3.
- Nielsen, P. (1997)  
*Højrisk100 - Vejledning*. København. Dansk Psykologisk Forlag.
- Oei, T.P.S & Jones R (1986)  
*Alcohol-Related Expectancies: Have They a Role in the Understanding an Treatment of Problem Drinking?* Advances in Alcohol and Substance Abuse, Vol. 6 (89-105).
- Orford, J., Oppenheimer, E. & Edwards, G. (1976)  
*Abstinence or control: the outcome for excessive drinkers two years after consultation*. Behavior Research and Therapy, Vol. 16 (409-418).
- Pickens, R.W., Hatsukami, D. K., Spicer, J.W & Svikis, D.S. (1985)  
*Relapse by alcohol abusers*. Alcoholism: Clinical and experimental research, Vol. 9 (3) (244-247).
- Poldrugo, F., Chick, J. D., Moore, N. & Walburg, J.A. (1993)  
*Mortality studies in the long-term evaluation of treatment of alcoholics*. Alcohol & Alcoholism. Supplement 2 (151-155).
- Polich, J.M., Armor, D.J & Braiker, H.B. (1981)  
*The course of Alcoholism; Four years after treatment*. New York; Wiley.
- Polich, J.M., Armor D.J & Braiker H.B. (1980)  
*Patterns of Alcoholism over four Years*. Journal of Studies on Alcohol, Vol. 41, No.5.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982)  
*Transtheoretical therapy: Toward a more integrated model of change*. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, Vol. 19 (276-288).
- Rotter, J.B. (1954)  
*Social Learning and Clinical Psychology*. New Jersey. Prentice Hall.
- Rotter, J.B (1966)  
*Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. Psychological Monographs: General and Applied, nr. 80.
- Rotter, J.B (1975)  
*Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 45 (1) (56-67).
- Rönnerberg, S. (1991)  
*Hur effektiv är behandling av alkoholproblem?* Nordisk Psykologi, vol. 43 (37-51).
- Saunders, B. & Houghton, M. (1996).  
*Relapse revisited: A Critique of current concepts and Clinical practice in the management of Alcohol problems*. Addictive Behaviors, Vol. 21. No. 6 (843-855).

Schober, R. & Annis, H.M. (1996)

*Barriers to help-seeking for Change in Drinking: A Gender-Focused review of the Literature.* Addictive Behaviors, Vol. 21. No. 1 (81-92).

Statistisk Årbog (1997).

Sundhedsstatistikken (1995;6);

*Dødsårsagerne 1993.*

Yoshino, A. & Kato, M. (1996)

*Prediction of 3-year outcome of treated alcoholics by an empirically derived multivariable typology.* American Journal of Psychiatry, vol. 153 (6) (829-830).





“Folk siger vel her i herredet, at Jeppe drikker, men de siger ikke, hvorfor Jeppe drikker; Thi aldrig fik jeg så mange hug i de ti år jeg var under malicien, som på een dag af den slemme kvinde. Hun slår mig, ridefogeden driver mig til arbejdet som et bæst, og degnen gør mig til han-rej. Må jeg da ikke drikke? Må jeg da ikke bruge de midler, som naturen giver os at bedrive sorg med? Var jeg en tosse, så gik sådant mig ikke så meget til hjertet, så drak jeg heller ikke, men afgjort, at jeg er en vittig (klog; red.) mand, derfor føler jeg sådant mere end en anden, derfor må jeg drikke.”

*Jeppe på Bjerget*

*1. akt, scene 3; Holberg 1722*



**RINGGÅRDEN**

Afdeling for forskning & formidling  
Strandvejen 1 · 5500 Middelfart · Tel. 64 41 25 05 · Fax 64 41 59 81  
e-mail: forskning@ringgaarden.dk

[www.ringgaarden.dk](http://www.ringgaarden.dk)