

## **Gruppeprogrammet – intensiv poliklinisk behandling for personer med alkoholproblemer**

Gry Kvamme , Hanne Reichelt , Eva Amundsen ,  
Hallgeir Brumoen , Ragnhild Bugge og Halvard Odden

### **Gruppeprogrammet – intensiv poliklinisk behandling for personer med alkoholproblemer**

Mennesker med store og sammensatte livsproblemer kan trenge intensiv oppfølging. Artikkelen beskriver et korttidsterapeutisk, integrativt gruppeprogram utviklet i Norge.

Innleggelse i institusjon har tradisjonelt vært sett på som det beste alternativet i behandling av personer med alkoholproblemer. Man har sett det som nødvendig å sørge for rusfrihet over lengre perioder, kombinert med ulike terapeutiske innslag, for å komme ut av avhengigheten. Oppsummeringer av de siste årenes effektforskning konkluderer med at innleggelse ikke bør være standardtilbudet ved alkoholproblemer, men bør reserveres for personer som i tillegg har omfattende psykiske og medisinske lidelser, og for avrusning. Polikliniske tilbud er langt mindre kostbare, og har vist seg å være like effektive (Mattick & Jarvis 1994). I poliklinisk behandling kan folk arbeide konkret med utfordringene de møter underveis i forhold til omsorgs- og arbeidsoppgaver, relasjoner og livshendelser generelt. Det gir gode rammer for generalisering av læring i behandling til det naturlige miljø. Felles for de psykososiale behandlingsmetodene i rusfeltet som gir best resultater, er nettopp at de rettes mot å hjelpe klientene til å mestre dagliglivets oppgaver (Finney & Moos 1998).

*Grundig forarbeid lønner seg både for å redusere frafall, sikre jevnlig fremmøte og få til en god arbeidsatmosfære i gruppene*

Hvordan bør polikliniske tilbud utformes for å være til best mulig hjelp? I Norge er poliklinisk behandling i hovedsak en konsultasjon i uka, individuelt eller i gruppe. Forskningsresultater tyder på at slike tilbud er for lite støttende for personer med alvorlige alkoholrelaterte problemer. De trenger mer intensiv oppfølging for å klare å endre drikkevaner, og for å arbeide med de komplikasjonene som har oppstått i forhold til familie, venner, jobb, psykisk og fysisk helse (Finney, Hahn & Moos, 1996). I USA har utprøving av Intensive Outpatient Programs (IOP) fått mye oppmerksomhet de siste tiårene, og virker klinisk lovende (Gottheil & Stimmel, 1997). McLelland, Hagan, Meyers, Randall og Durell (1997) definerer intensiv poliklinisk behandling som programmer som er rettet mot rusfrihet, er lokalisert utenfor sykehus, har minst tre sesjoner i uka med varighet av minst tre timer per gang, og går over minst 30 dager. Videre skal man ha fokus på minst to andre problemområder; medisinske, familiære, jobberelaterte, psykiske, boligmessige eller lovmessige. IOP-programmene er for det meste organisert som gruppebehandling.

Den generelle terapeutiske effekten av gruppebehandling er godt understøttet av forskning. Det terapeutiske miljøet i grupper, tilhørighet, aksept, forståelse og støtte er en potent kilde til endring hos gruppedeltakere. Resultatene av gruppebehandling for rusavhengige synes å være bedre enn

for standardbehandling uten grupper (Burlingame, MacKenzie & Strauss, 2005). Ifølge Flores (1997) har de fleste med rusproblemer vansker med å etablere og vedlikeholde gode relasjoner til andre. Dette bidrar til utviklingen av rusproblemer og vansker med å opprettholde rusfrihet over tid. Gruppebehandling blir derfor vurdert som den primære psykososiale behandlingsmetoden av mange forskere og behandlere i rusfeltet, fordi man i grupper kan arbeide direkte med relasjonell fungering (Brook & Spitz, 2002).

Sosialmedisinsk Klinikk for Asker og Bærum ligger under divisjon psykisk helse ved Sykehuset Asker og Bærum HF. Inntakskriteriet ved vår poliklinikk er egne eller pårørendes rusproblemer eller spilleavhengighet. Personer i alderen 40 til 60 år med alkoholproblemer utgjør flertallet av henvendelsene. Vi har utviklet et intensivt korttidsterapeutisk gruppebasert tilbud, Gruppeprogrammet, for menn og kvinner med alvorlige alkoholproblemer. Elleve lukkede grupper, eller kull, har gjennomgått programmet. I denne artikkelen vil vi beskrive behandlingsprogrammet og oppsummere våre erfaringer med utvikling av tilbudet over ni år.

### **Gruppeprogrammet**

Gruppeprogrammet har fått sin form ut fra inspirasjon fra daghospitalprogram innen psykisk helsevern i Norge (Karterud, Urnes & Pedersen, 2001), intensive polikliniske behandlingsprogrammer i USA (Gottheil & Stimmel, 1997), polikliniske korttidsgrupper for personer med alkoholproblemer i Sverige (Sandahl, Rönnerberg, Herlitz & Ahlin, 1996) og tilbakefallsbehandling generelt (Marlatt & Gordon, 1985). Behandlergruppas kompetanseområder og interesser har også vært utslagsgivende for utformingen. Programmet er basert på ulike terapeutiske tilnærminger: uttrykksterapigruppe, interaktiv gruppeterapi (samtalegruppe), kognitiv atferdsterapi (mestringstillitsgruppe), og psykoedukativ gruppe (temagruppe), og er i den forstand et integrativt behandlingsprogram.

Vi arbeider med en lukket gruppe med maksimum ni kvinner og menn. Programmet går over 12 uker med to gruppemøter om dagen, to dager i uka. Alle deltakere er med i alle gruppene. De lager lunsj og spiser sammen. Vår erfaring er at fellesskapet rundt måltidet er viktig for utvikling av samhold i gruppa. Seks behandlere er fast tilknyttet programmet som gruppeledere, i hovedsak to i hver gruppe. Behandlerteamet er tverrfaglig sammensatt: sosionomer, psykiatriske sykepleiere og psykologer. I tillegg er flere av klinikkens ansatte involvert i temagruppene. Under presenteres de terapeutiske tilnærmingene i de fire ulike gruppene.

## Uttrykksterapi

I uttrykksterapien har vi som mål å øke klientenes kontakt med egen kropp, følelser og tanker (Kørclin, Nybäck & Goldberg, 2000). Gjennom forskjellige aktiviteter og oppgaver veksler vi mellom å ha fokus på inntrykk og uttrykk; det å sanse eller vende seg innover, og det å gi tanker, følelser og opplevelser en konkret form eller uttrykk gjennom for eksempel bevegelse eller maling. Det å regulere kroppen og psyken med rusmidler har tatt mye plass i livet til våre klienter, og mange har hatt lite overskudd til kreative aktiviteter og samvær med andre. Høyt alkoholkonsum over tid fører til skader på nervesystemet, for eksempel rapporterer mange om følelsesflatet og fjernhet (Mørland, 2003). I tillegg er mange personer med rusproblemer traumatiserte, og mange har vokst opp i familier preget av rus. Voksne barn av rusavhengige er ofte preget av å ha hatt lite støtte og rom til å gi uttrykk for egne opplevelser, følelser og behov. Det å stenge av deler av sansene og følelsene er en vanlig reaksjon på traumer (van der Kolk, 1996). Å jobbe med sansing og uttrykk kan sees på som en måte å trene opp et svekket nervesystem på. Gjennom å henlede oppmerksomheten på andre sider av livet enn det som har med rus å gjøre, søker vi å utvide opplevelsen av en selv og få frem ressurser og interesser som man kanskje har glemt at man hadde.

Vi har i utgangspunktet planlagt et fast program med ulike kunst- og uttrykksterapeutiske aktiviteter for de 12 ukene. Ved oppstart har vi øvelser som bidrar til gruppedannelse ved blant annet å utforske likheter og forskjeller mellom medlemmene. De neste gangene gis det mer individuelt orienterte oppgaver som gir muligheter for selvpresentasjon, for eksempel: «Tenk deg at du er et tre som du så maler.» Etter hvert som gruppa blir mer sammensveiset, kan vi gi oppgaver som fremmer gruppesamhold, for eksempel gjennom bevegelse. Ved behov blir selve gruppa og gruppeprosessen gjort til et tema. Etter hvert som Gruppeprogrammet nærmer seg avslutning, retter vi oppmerksomheten mot fremtid, håp og individ.

## Samtalegruppe

Gode mellommenneskelige relasjoner er viktige for psykisk helse. Lite hensiktsmessige relasjonelle mønstre kan bidra til utvikling av psykiske plager. For noen er slike mønstre sentrale faktorer i utviklingen av rusproblemer. Rusproblemer vil også over tid som oftest skade ens relasjoner til andre. Forskning viser at forbedring av relasjonene til de nærmeste øker muligheten for å opprettholde positive endringer i alkoholbruk etter gjennomgått behandling (Billings & Moos, 1983).

Samtalegruppa kan sees på som et laboratorium for å arbeide med relasjoner til andre, både direkte og indirekte. Arbeidet i gruppa er basert på interaktiv gruppeterapi (Flores, 1997; Muscovitch

& Dalan, 1999; Yalom, 1995), som vektlegger samspillet mellom gruppedeltakerne her og nå, og refleksjon rundt dette samspillet. Det viktigste er å skape et miljø der det blir trygt for deltakerne å dele erfaringer, følelser og tanker med hverandre, gi og ta imot ulike former for tilbakemeldinger, og eksperimentere med nye måter å forholde seg til andre på. For å oppnå dette er terapeutene aktive med hensyn til å lære opp deltakerne i her-og-nå-arbeid, å skape terapeutiske normer og å modulere angstnivået i gruppa. Eksempel på normer for samspill i gruppa er åpenhet, ærlighet og ikke-fordømmende holdning.

I samtalegruppa kan deltakerne få mulighet til snakke om tabuiserte områder av livet, slik at skam og skyldfølelse kan bli bearbeidet. Samtalegruppa er ikke temastyrt. Det er imidlertid visse temaer gruppelederne tar ansvar for å ta opp, dersom det ikke kommer spontant opp i gruppa. Vi snakker om bruk av rusmidler, og hvordan rusbruken påvirker nære relasjoner og omsorg for barn. I denne gruppa drøfter vi også målsettingene deltakerne har satt seg i forkant av programmet.

### **Mestringstillitgruppe**

Manglende opplevelse av kontroll over egen atferd er et sentralt problem for vår klientgruppe. De opplever å være satt under en form for administrasjon av et rusmiddel som styrer tanker, følelser, motivasjon og atferd. Klientene har som regel en lang læringshistorie med å oppleve at det å ruse seg har umiddelbar og treffsikker effekt. Rusen gir gode opplevelser og tar bort uro, ubehag eller vonde følelser. Mestringstillitsgruppa er en form for kognitiv atferdsterapi spesielt tilrettelagt for arbeid med mestring av rusrelatert atferd. Mestringstillit («self-efficacy») er menneskers tro på egen evne til å mestre problemer og utfordringer (Bandura, 1977). Tenkning og metodeverktøy som brukes i gruppa er utviklet av Brumoen (2000).

I mestringstillitgruppa forsøker vi å gi deltakerne verktøy og korrigerende erfaringer som gir dem mulighet til å ta tilbake kontrollen over eget liv. Det viktigste verktøyet er FAK-skjemaet (Brumoen, 2000). Dette brukes til å analysere mestringssituasjoner der personen har klart å la være å ruse seg, på tross av at rusing hadde vært mest «naturlig» i den gitte situasjonen. Vi går konkret og detaljert inn i beskrivelsen av et unntak (Berg & Miller, 1998), og forsøker å identifisere valgøyeblikk: «Hva gjorde at du akkurat da klarte å velge en annen vei og bryte automatisert atferd?».

I mestringstillitgruppa blir det registrert alkoholforbruk for siste uke. Forbruket, i antall standard alkoholenheter, blir registrert på et overheadark for hver enkelt deltaker. Dette gir mulighet til å fortelle om seire og nederlag i gruppa, og utviklingen av alkoholforbruket over tid blir gjort tydelig.

## Temagruppe

Psykoedukative grupper er et vanlig innslag i rusbehandling. Målsettingen med temagruppa er gjennom undervisning og refleksjon å gi gruppedeltakerne økt kunnskap om og forståelse for de terapeutiske metodene vi bruker, generelle psykologiske mekanismer og rusrelaterte fenomener spesielt (Rivers, 1994). Eksempler på temaer er: Hvordan jobber vi i gruppe, følgeskader av alkohol, abstinens, rus i et familieperspektiv, om kommunikasjon, om følelser, om vold, om håp og endring, og om psykiske forsvarsmekanismer. Oftest vil gruppemøtet starte med undervisning om et tema. Visning av video blir av og til brukt som innledning, for eksempel ved temaet «Rus i et familieperspektiv». Etter innledningen er det åpent for refleksjoner, eksempler, spørsmål og motargumenter. Temagruppa skifter gruppeleder fra gang til gang, og mange av klinikkens ansatte er involvert i denne undervisningen.

## Inntaksrutiner og kartlegging

Inntaksrutiner og kartlegging av deltakerne til Gruppeprogrammet har gjennomgått store forandringer siden oppstarten i 1996. Endringene har gått i retning av stadig mer grundig forarbeid i form av flere samtaler med aktuelle deltakere og færre kartleggingsinstrumenter. Vår erfaring er at grundig forarbeid lønner seg både for å redusere frafall, sikre jevnlig fremmøte og få til en god arbeidsatmosfære i gruppene. I minimum tre til fire forberedende samtaler kartlegger vi alkoholproblemene, fysisk og psykisk helse og livssituasjonen generelt. Videre vurderer vi egnethet for korttids-gruppeterapi (McKenzie, 1993), hvor klar klienten er for å gjøre endringer, og villighet og evne til å forplikte seg til regelmessig oppmøte.

Det er et krav at deltakerne er rusfrie på kursdagene. Vi anbefaler og arbeider aktivt for at aktuelle klienter skal redusere alkoholforbruket vesentlig eller avruse seg før oppstart. Dette gjøres ved å utarbeide nedtrappingsplan, oppfordre til bruk av antabus eller innleggelse ved avrusningsinstitusjon. Dette har slått positivt ut både med hensyn til oppmøte og frafall. Det er vanskelig å kartlegge klientens mer grunnleggende psykiske status når de ruser seg aktivt. Reduksjon av alkoholforbruket eller avrusning i kartleggingsfasen er således viktig også i dette henseende.

I de forberedende samtalene legger vi vekt på å gi aktuelle deltakere en grundig innføring i gruppebehandling og informasjon om programmet, slik at de har et klart bilde av hva de skal igjennom på forhånd. Det blir utarbeidet en skriftlig søknad som inneholder bakgrunnsinformasjon,

en beskrivelse av psykisk fungering og problemer knyttet til rusmidler, samt individuelle, konkrete mål for behandlingen. Målsettingene omfatter hva søkeren ønsker å oppnå i løpet av behandlingen når det gjelder forhold til andre mennesker, bruk av rusmidler, praktisk livssituasjon og fysisk og psykisk helse. Deltakerne har ulike målsettinger for alkoholbruk. Noen har totalavhold som mål, mens andre ønsker å mestre kontrollert drikking. Det er viktig å drøfte med aktuelle deltakere om det er i orden å delta i en gruppe der målene i forhold til alkoholbruk er forskjellige. Vi går igjennom en kontrakt med hver enkelt, der grupperegler som taushetsplikt og oppmøteforpliktelse blir diskutert.

I utvelgelses- og forberedelsesfasen har vi brukt ulike kartleggingsinstrumenter. Det vi bruker nå, er Alkoholvaneinventoriet (Berglund, Bergman & Swenelius, 1988), Quality of Life Scale (Chibnall & Tait, 1990) og Symptom Checklist 90 – Revised (Derogatis, 1977). Alkoholvaneinventoriet (AVI) er et selvutfyllingsskjema som beskriver alvorlighetsgrad av alkoholproblemer, måter en bruker alkohol på, psykiske gevinster, negative konsekvenser, og grad av bekymring personen selv har med hensyn til konsekvensene. Quality of Life Scale (QOLS) er et selvrapporteringskjema for tilfredshet på ulike livsområder. Ved hjelp av Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90) får vi et bilde av i hvilken grad klientene er belastet av ulike psykiske og kroppslige symptomer. Ved avslutning blir SCL-90 og QOLS utfylt på nytt. Deltakerne får fortløpende tilbakemelding på kartleggingen.

I løpet av programmet registrerer vi ukentlig rusbruk og vurdering av endring på ulike livsområder (Duncan & Miller, 2000). Disse registreringene blir brukt til oppsummeringer av prosessen ved midtevaluering og avslutning, i tillegg til at klientene også evaluerer hvor de står i forhold til å nå sine målsettinger. Ukesregistreringene gir et bilde på endringer i alkoholkonsum og opplevd livskvalitet underveis, noe deltakerne opplever som svært nyttig.

### **Oppfølgingsundersøkelse**

Elleve kull har gjennomført Gruppeprogrammet siden oppstart. Dette utgjør 89 deltakere, 49 kvinner og 40 menn. Høsten 2002 systematiserte vi dataene fra de fire siste kullene på det tidspunktet, for å se på effekten av behandlingsprogrammet. Vi ønsket også å få et inntrykk av om behandlingen var nyttig for deltakerne over tid, og gjennomførte derfor intervjuer med deltakerne fra disse fire kullene i april/mai 2003. Intervjuene ble i hovedsak gjort per telefon, men noen valgte å møte opp. I intervjuet ble deltakerne blant annet spurt om opplevde endringer i livet, alkoholbruk, og hva de tenkte om

Gruppeprogrammet i ettertid (hva de var fornøyd med, hva som kunne ha vært bedre, hva programmet hadde betydd for dem). De ble også spurt om tilfredshet med livet ut fra spørsmålene på QOLS. Vi fikk ved oppfølgingstidspunktet gjennomført intervju med 26 av 33 deltakere. To av deltakerne var døde, og fem fant vi ikke adressen til. Ved oppfølgingsintervjuet hadde det gått fra 1 til 4,5 år siden deltakerne hadde avsluttet Gruppeprogrammet.

### **Metodiske begrensninger**

Resultatene som presenteres er basert på kartlegging av de fire kullene ved oppstart av Gruppeprogrammet (T1), avslutning (T2) og oppfølgingsundersøkelse (T3). Kartleggingsverktøyene varierte noe fra kull til kull, og i forhold til noen av målene eller kartleggingstidspunktene mangler vi registreringer fra enkelte deltakere. N vil derfor variere noe i fremstillingen av resultatene. Det følgende er ingen fullstendig presentasjon av resultater, metode og mulige feilkilder. Vårt ønske er å gi et bilde av klientgruppa og illustrere noen tendenser fra et omfattende materiale. Utgangspunktet var ikke å gjennomføre en effektstudie. Formålet var dels å kartlegge deltakere for å vurdere inntak, dels til klinisk bruk som grunnlag for tilbakemeldinger og drøftinger med klientene underveis. Informasjonen vi har er utelukkende basert på selvrapporing, noe som innebærer muligheter for at klientene fremstiller situasjonen annerledes enn den er. Telefonintervjuet ble gjort av en gruppeleder som deltakerne kjente. Dette kan på den ene siden ha gjort det enklere, på den andre siden vanskeligere for dem å være åpne om sin situasjon. Vi har sett på effekten av behandlingsprogrammet som helhet. Hvordan og i hvilken grad de ulike terapeutiske innslagene har bidratt til klientenes rapporterte endringer, er ikke analysert. Vi har også i liten grad sett på hvordan pasientvariabler slår ut i forhold til resultat. Det har videre vært vanskelig å sammenligne resultatene med resultater fra andre studier, da for eksempel mål på endring av alkoholbruk og tidspunkt for oppfølging er forskjellig. Det er gjort få effektstudier her til lands, og i utenlandske studier er ofte de psykososiale behandlingsintervensjonene kombinert med medikamentell behandling av alkoholproblemene.

*Syv hadde totalavhold og 17 kontrollert drikking som målsetting*

### **Klientgruppen**

De fire kullene bestod alle av syv til ni personer med alkoholproblemer. Totalt var det 33 deltakere, 16 menn og 17 kvinner, mellom 26 og 54 år, med gjennomsnittsalder på 42 år. Elleve sluttet i løpet av behandlingsprogrammet. Syv av disse gjennomførte halvparten av programmet eller mer, mens



fire avbrøt tidlig i behandlingsforløpet. I resultatene har vi inkludert data fra de syv som gjennomførte halvparten eller mer av programmet.

### **Alvorlighetsgrad av alkoholbruk**

Ved hjelp av AVI fikk vi et bilde av deltakernes forbruk av alkohol i en typisk drikkeuke før de begynte i behandling. Anbefalt grense for alkoholkonsum per uke er ni standardenheter alkohol (ae) for kvinner og 18 ae for menn. Med forbruk over dette nivået risikerer man fysiske og psykiske helseproblemer. Deltakerne i de fire kullene rapporterte et ukekonsum på gjennomsnittlig 69 ae, med variasjon mellom 12 til 152 ae. Kvinnene hadde et lavere alkoholkonsum enn mennene. Gjennomsnittet var 53 ae per uke for kvinner og 85 ae for menn. Dette tilsvarer ca. 1,3 flaske vin per dag for kvinnene og ca. 2 flasker vin per dag for menn. Det mest vanlige drikkemønsteret var høyt daglig konsum over flere år. Så godt som alle deltakerne hadde store alkoholproblemer. Alkoholforbruket gikk i alvorlig grad ut over deres relasjoner til andre mennesker, arbeidssituasjon, økonomi, og psykiske og fysiske helse. Når det gjelder deltakernes målsetting for behandlingen med hensyn til alkoholbruk, hadde syv totalavhold og 17 kontrollert drikking som målsetting. To var usikre på målsettingen.

### **Sosial situasjon, psykisk helse og livskvalitet**

Rundt halvparten av deltakerne hadde jobb ved oppstart, de fleste av disse var langtidssykemeldt. Ti av 33 var uføretrygdet. Seksten av deltakere bodde sammen med partner, og 14 levde sammen med eller hadde regelmessig samvær med barn under 18 år.

Ut fra de skriftlige søknadene ser vi at nesten alle deltakerne hadde tidligere behandlingserfaring, enten fra rusfeltet eller psykisk helsevern. Seksten hadde tidligere kun vært i rusrelatert behandling, poliklinisk eller innleggelse. Tidligere institusjonsbehandling varierte fra korte avrusingsopphold til behandling over flere måneder i ulike typer offentlige og private institusjoner. Femten hadde vært i behandling innen psykisk helsevern, poliklinisk eller i sengeavdeling, eller hos privat psykolog/psykiater. Fjorten hadde vært i behandling både innen rus og psykisk helsevern. Dette viser at mange av deltakerne over tid hadde slitt og fortsatt slet med betydelige psykiske vansker.

Quality of Life Scale (QOLS) ble brukt på tre av de fire kullene. Her skåres opplevd trivsel i forhold til «det sosiale liv», «familie og samliv», «hobby og fritid», «utdanning og skole», «jobb og dagligliv», «romantikk og kjærlighet», og «fremtidshåp». Deltakerne hadde før oppstart en gjennomsnittlig skåre på tre på en skala fra en til syv, der en er lavest og syv er høyeste skåre. Sammenligner vi med resultatene fra en undersøkelse av en gruppe kroniske smertepasienter,

rapporterte vår klientgruppe ved oppstart av behandling lavere livskvalitet enn disse (Chibnall & Tait, 1990).

### **Utbytte av behandlingen**

Allerede ved oppstart hadde mange av deltakerne vesentlig redusert alkoholforbruket i forhold til en typisk drikkeuke før oppstart. De rapporterte i snitt noe høyere forbruk ved avslutning enn ved oppstart. Ved oppfølging er gjennomsnittlig rapportert alkoholinntak 13 ae per uke (0–63 ae), noe lavere enn ved oppstart, 14 ae (0–90 ae), og vesentlig lavere enn før de begynte i behandling, 69 ae (12–152 ae).

Ut fra deltakernes beskrivelser ved oppfølgingen kategoriserte vi dem i forhold til avhold/grad av kontroll over alkoholforbruket: 17 av 26 mente at de ikke hadde problemer med alkohol lenger. Ni av disse var totalavholdende, mens åtte beskrev forbruket sitt som minimalt (i gjennomsnitt fire ae siste uke). Ni av 26 opplevde fortsatt å ha alkoholproblemer (gjennomsnitt på 32 ae sist uke). Fem av disse drakk i perioder mer enn de ønsket, men opplevde mer kontroll enn før. Fire hadde fremdeles store alkoholrelaterte problemer, og opplevde mangel på kontroll.

### **Endringer i alkoholkonsum sett i forhold til målsetting**

Nesten ingen (en av syv) som i utgangspunktet hadde totalavhold som målsetting, rapporterte om problemer med alkohol ved oppfølging. Åtte av 17 som hadde kontrollert drikking som målsetting, hadde problemer ved oppfølging. De to som var usikre på målsetting ved oppstart, rapporterte ikke problemer med alkohol ved oppfølging. De som ønsket totalavhold hadde som gruppe i større grad nådd sin målsetting enn de som ønsket kontrollert forbruk.

### **Endringer i rapportert livskvalitet**

Kun ti av deltakerne besvarte Quality of Life Scale både før oppstart, ved avslutning og ved oppfølging (Tabell 1). Deltakerne rapporterer en tydelig økning av livskvalitet på alle områder ved behandlingsslutt, og fortsatt økning i etterkant. Gjennomsnittlig økning fra T1 til T3 var 1 poeng, fra 3 til 4. Den største endringen var i forhold til framtidshåp, gjennomsnittlig 1,6 poeng. Som gruppe opplevde de å fungere bedre sosialt, i familielivet, på jobben og i fritiden, og de rapporterte mer håp for fremtiden.

**Tabell 1. Gjennomsnittlig skåringer for trivsel på ulike livsområder, skala 1 - 7 (n = 10).**

	Det sosiale liv	Familie og samliv	Hobby og fritid	Utdannelse og skole	Jobb og dagligliv	Romantikk kjærlighet	Framtidshåp	Total
T1	2,5	3,7	2,6	3,1	3	2,8	3	3,0
T2	3,3	4,3	3,6	3	3,5	3,4	4,5	3,7
T3	3,7	4,2	4,2	3,7	4	3,8	4,6	4,0

### Hva betydde Gruppeprogrammet for klientene?

På oppfølgingsintervjuet spurte vi: «Hva har Gruppeprogrammet betydd for deg?», og: «Hva burde ha vært annerledes?». De aller fleste beskrev gode opplevelser, for eksempel: «Da jeg skjønnte at andre strir like mye som meg, ble det ikke så skammelig.» «Det at vi etter hvert ble åpne, har gjort det mer mulig for meg å være åpen for vennskap.» «Jeg lærte meg å lytte til andre.» «Det viktigste var at jeg ble behandlet som et normalt menneske, og fikk opplevelse av selvrespekt, stolthet og menneskeverd. Og det at noen mennesker engasjerte seg så inderlig i at vi skulle få det bedre.» «God atmosfære, ingen pekefinger.» Mange sa noe om opplevd læring og bevisstgjøring: «Det ga meg verktøy til å komme i kontakt med følelsene mine, og verktøy til å komme tilbake til livet.» «Bra med øyeblikksgreier (mestringstillitsgruppa). Av og til er det der fremdeles, da tar jeg bedre valg.» «Jeg ble mer bevisstgjort ting.» «Jeg har fått større erkjennelse av omfanget av problemet.»

Noen få hadde negative erfaringer. Enkelte var negative fordi vi tillot målsetting om kontrollert alkoholforbruk: «Det var et drikkekurs. Jeg tillot meg å tro at jeg ikke var alkoholiker. Nå har jeg skjönt at det ikke går, går regelmessig i AA.» «Jeg så hvor farlig det er å prøve å drikke.» Andre beskrev negative erfaringer med det å avbryte behandlingen, for eksempel: «Vondt å avbryte. Bra så lenge det varte, det var sterkt å delta, jeg kom langt innpå de andre. Tomrom etterpå.» «Det var vanskelig å bli beskyldt for å ha drukket i gruppa. Det gikk ut over stoltheten min.»

### Oppsummering

I alt 17 av 26 deltakere fra de fire kullene rapporterte ikke å ha alkoholproblemer ved oppfølgingstidspunktet. Ni var totalavholdende, og åtte rapporterte et gjennomsnittlig forbruk på 13 ae alkohol. En annen norsk studie viste at klienter med alvorlige alkoholproblemer innlagt ved en alkoholinstusjon rapporterte et ukentlig forbruk på 10 ae ett år etter innleggelsen (Eriksen, Bjørnstad

& Göttestam, 1986). Behandlingen bestod i variabel lengde på innleggelse kombinert med ukentlig trening på sosiale ferdigheter i grupper over åtte uker.

Den største endringen i alkoholforbruket skjedde i tiden mellom innsøking og oppstart i Gruppeprogrammet. Dette gjenspeiler at mange allerede i forbindelse med innsøking hadde iverksatt endringer, samt vårt arbeid med å motivere klientene for å redusere alkoholforbruket vesentlig eller avruse seg før oppstart. Denne endringen ble for de fleste opprettholdt mens de deltok på Gruppeprogrammet. Finney, Hahn og Moos (1996) understreker at avrusing i forkant av deltakelse i polikliniske behandlingsprogrammer er viktig for at gode resultater skal oppnås. gode resultater skal oppnås.

En tendens i oppfølgingsmaterialet var at jo lengre tid som var gått siden deltakelse i programmet, desto mindre drakk de. Endringer i alkoholvaner som ble satt i gang i forbindelse med dette korttids-programmet ble for de aller fleste opprettholdt og forsterket med tiden. Det er videre en tendens til at de som hadde totalavhold som målsetting, klarte seg bedre enn de som ønsket kontrollert forbruk, men også halvparten av de med kontrollert forbruk som målsetting rapporterte ikke å ha alkoholproblemer ved oppfølgingstidspunktet. På alle livsområder rapporterte de aller fleste deltakerne en klar økning i tilfredshet med livet i behandlingsperioden, og en fortsatt økning i etterkant av behandlingen.

De ulike terapeutiske innslagene har trolig hver for seg bidratt til positiv endring og gitt deltakerne konkrete verktøy de bruker i fortsettelsen; «...verktøy til å komme i kontakt med følelsene mine», «...øyeblikksgreia er der av og til fremdeles, da tar jeg bedre valg», og «Det at vi etter hvert ble åpne, har gjort det mer mulig for meg å være åpen for vennskap». De kvalitative dataene tyder også på at mer kontekstuelle variabler og spesifikke gruppevariabler har vært viktige for deltakerne på den måten at de har opplevd en god arbeidsallianse og et støttende fellesskap. Det synes således at vi har klart å etablere den viktige endringsfaktoren gruppesamhold. For de fleste var deltakelsen en god erfaring, men for enkelte var den også vond. Dette gjelder spesielt for de som falt ut av programmet.

Vi skal som nevnt være forsiktige med å trekke konklusjoner ut fra undersøkelsen på grunn av åpenbare metodeproblemer. Det er interessant at deltakerne både rapporterer større tilfredshet med livet og mindre alkoholforbruk ved oppfølgingstidspunktet. Det ser det ut til at tidligere deltakerne i Gruppeprogrammet opprettholder endringene de har begynt på. Dette kan forklares av andre forhold; mange av deltakerne hadde for eksempel fått mye behandling tidligere, og mange fortsatte i behandling etterpå. Andre faktorer som er viktige for bedring i etterkant av behandling, er grad

av belastende livshendelser og grad av samhold i familien eller med nære andre (Moos, Finney & Cronkite, 1990). Likevel er det noe ved deltakernes beskrivelser av det de har opplevd og det de husker fra Gruppeprogrammet, som gjør det nærliggende for oss å tenke at dette korttidstilbudet har betydd noe vesentlig for dem i forhold til egenverd, relasjoner til andre, forhold til bruk av rusmidler og opplevd livskvalitet.

*Det er lettere å predikere hvem som faller ut, enn hvem som vil lykkes og ha utbytte  
av gruppeterapi*

### **Refleksjoner rundt våre erfaringer**

I det følgende drøfter vi noen punkter som er viktige med hensyn til praktisk gjennomføring av et slikt behandlingsprogram, og valg vi har gjort i oppbyggingen av behandlingsmodellen og utvelgelse av klientgruppa.

#### **Rekruttering og forberedelse**

Å rekruttere deltakere til polikliniske grupper generelt, krever optimisme, vedvarende innsats og god tilgang på aktuelle klienter. Vi utviklet dette programmet fordi vi vurderte at det ville passe for en stor gruppe av våre klienter. Det mener vi fortsatt, men vi er blitt realitetsorienterte med hensyn til at det tar tid å innarbeide et slikt tilbud og en slik tenkning «på markedet», og at det kreves mange potensielle deltakere for å få full gruppe. For å ha god tid til rekrutteringsprosessen arrangerer vi nå tilbudet kun en gang i året, mot to tidligere. Vi ser at et slikt intensivt poliklinisk program er avhengig av et relativt stort befolkningsgrunnlag, og egner seg kanskje best i byer og bynære områder.

Tilpasning av pasienter til ulike behandlingstiltak er en kompleks prosess, og forskning omkring «matching» har uklare konklusjoner (Burlingame et al., 2005). Vi har blitt mindre opptatt av å finne «den perfekte deltaker». Vi luker ut de som ikke passer eller som vi tenker ikke kan nyttiggjøre seg tilbudet, og prøver å forberede de resterende best mulig. Ofte er vi blitt overrasket over hvilke deltakere som tilsynelatende har fått mest ut av gruppene. Ut fra litteratur vedrørende gruppeterapi ser vi at dette er generelle erfaringer. Det er lettere å predikere hvem som faller ut, enn hvem som vil lykkes og ha utbytte av gruppeterapi (Flores, 1997).

Ut fra vanlige egnethetskriterier for korttids-gruppeterapi, var vi i utgangspunktet opptatt av at alvorlig psykisk lidelse var eksklusjonskriterium for deltakelse, og at de som skulle delta måtte ha et visst sosialt nettverk (jfr. Finney, Hahn & Moos, 1996). Vår erfaring er imidlertid for det første

at det er meget vanskelig å stille diagnoser i forkant, fordi folk som er i en aktiv rusfase ofte er sterkt symptombelastet. Vi blir stadig slått av hvor fort og hvor mye klienters psykiske og fysiske tilstand bedrer seg når alkoholbruken reduseres eller stoppes. For det andre, på tross av våre tanker i utgangspunktet, har flere deltakere slitt med betydelige psykiske vansker: personlighetsforstyrrelse, angst og depresjon, og kan betegnes som dobbeltbelastede alkoholmisbrukere (Nielsen & Røyskjær, 2002). Unntaksvis har deltakerne hatt alvorlige psykiske lidelser. Vi tenker nå at Gruppeprogrammet er et godt poliklinisk tilbud til personer som i tillegg til å slite med et alvorlig rusproblem, har psykiske tilleggsbelastninger og/eller har lite nettverk. Disse faller ofte ut av vanlig poliklinisk behandling. I vårt intensive program klarer vi å tilby disse klientene hjelp til å holde kontinuitet i endringsarbeidet på tross av labilitet, og hjelp til å holde håpet oppe selv om støtte i nærmiljøet mangler. Med et intensivt poliklinisk tilbud på menyen, trenger man ikke automatisk å tenke innleggelse for denne gruppa.

### **Totalavhold og kontrollert drikking**

Mange vil være skeptiske til å blande personer med totalavhold og personer med kontrollert drikking som målsetting i samme behandlingsgruppe. Det er en vanlig oppfatning at «alkoholavhengige» bør gå i behandling med totalavhold som målsetting, mens personer med «alkoholproblemer» kan mestre moderasjonstrening (se for eksempel Duckert, 1991, for diskusjon). Man velger derfor ofte en modell med separate terapigrupper for de to klientgruppene (jfr. Vannicelli, 2002). Det er lett å tenke at i et behandlingsopplegg der det åpnes opp for kontrollert drikking, vil også de med totalavhold som målsetting drikke mer enn de ville ha gjort i totalavholds-behandling. Dette vet vi lite om, men flere studier viser imidlertid at mindre enn 20 % av de som er i totalavholds-behandling, holder seg rusfrie hele tiden (Gottheil & Stimmel, 1997).

Individuelle målsettinger i forhold til alkoholbruk i samme gruppe byr på utfordringer både for deltakere og gruppeledere. Noen få deltakere med totalavhold som målsetting syntes i perioder at dette var et «drikkekurs». Vi har likevel erfart at denne modellen gir gode muligheter for bearbeiding av ambivalens med hensyn til rusbruk. Det blir åpent reflektert rundt fordeler og ulemper ved ulike mål, deltakerne står fritt til å prøve ut ulike målsettinger og får delt erfaringene med disse.

Ut fra oppfølgingsundersøkelsen synes det å gå best med de som hadde totalavhold som mål, mens halvparten av de som hadde kontrollert drikking som mål, fortsatt mestret dette. Kontrollert drikking er en krevende og risikabel strategi, men mulig å mestre (jamfør Fekjær, 2004). Noen klarer det, mens for andre er det kanskje en nødvendig erkjennelsesfase. Mange av de som hadde totalavhold

som mål, hadde tidligere vært igjennom en fase med utprøving av kontrollert drikking uten å mestre dette. Uansett behandlingens rammer og anbefalinger fra oss behandlere er det en prosess å komme ut av alkoholproblemer, en prosess med flere erkjennelsesfaser der ulike målsettinger eller metoder blir prøvd ut. Dette er sentrale prinsipper i endringsfokustert rådgivning og teorier om ulike endringsfaser, der det blir lagt vekt på utforskning av ambivalens og det å bistå klienten med gjentatte beslutninger om endring (Barth, Børtvedt, & Prescott, 2001; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

### **Et poliklinisk, intensivt, integrativt korttidsprogram**

Med en poliklinisk tilnærming får klienten prøvd ut refleksjoner, analyser, råd og nyervervede teknikker og ferdigheter i forhold til hverdagens utfordringer, og kan bringe ferske erfaringer tilbake til terapien. Klienter i poliklinisk behandling kan dessuten opprettholde sin vanlige relasjon til familie, jobb og nettverk.

Tilbudets korte varighet inviterer deltakerne til å jobbe intensivt mot sine mål om endring. Det har et innslag av press i seg som kan være nødvendig for å bryte en inngrodd vane med høyt forbruk av alkohol. Våre gruppeledere er etter hvert kompetente og erfarne med korttidsformatet. De klarer raskt å skape et godt klima i gruppene, og å hjelpe deltakerne til å få til symptombedring tidlig, noe som igjen virker positivt inn på det videre behandlingsforløpet (jfr. Shapiro, Peltz & Bernadett-Shapiro, 1998). I korttidsterapi er målet mer å sette i gang enn å få avsluttet noe. Det er interessant å merke seg at de fleste deltakerne i oppfølgingsundersøkelsen hadde fortsatt endringsprosessen etter behandlingen.

Gruppene blir etter kort tid viktig for mange deltakere, og den første tiden er preget av begeistring. Det tar imidlertid ofte tid å få gruppene inn i en klar arbeidsfase, og rundt midtveis i behandlingen kan de være preget av sterk ambivalens og frustrasjon. Vi behandlere må da forholde oss til frafall, ustabil framme, forsentkomming og tilbakefall. I disse periodene er også vi preget av stemningen, og vi har gjentagende diskusjoner om struktur, regler og behandlingsrammer. Det er først etter midtevalueringen det blir tydelig at deltakerne har satt i gang endringer, at de opplever de terapeutiske tilnærmingene som nyttige, og de fleste bruker resten av behandlingstiden effektivt. Dette er en erfaring vi har gjort med alle kullene, og som det er viktig å minne oss selv på når gruppa er inne i en turbulent fase.

I dette programmet «skyter vi med hagl»; vi utsetter deltakerne for flere parallelle behandlingstilnærminger. De ulike metodene gir deltakerne et større repertoar og mulighet til å finne en eller flere tilnærminger som er nyttige for dem i endringsprosessen. I tilbakemeldingene

fra deltakerne er det tydelig at de fleste har klare favoritter blant gruppene, og at de nyttiggjør seg noen arbeidsmåter bedre enn andre, men det er sjelden noen synes at en tilnærming er helt bortkastet. Vi retter oppmerksomheten mot rusproblemet (mestringstillitgruppa og temagruppa), samtidig som deltakerne får jobbet med å begynne å regulere seg selv på en slik måte at en ikke trenger alkoholen for å takle stress, labil selvfølelse, tanker, affekter eller relasjoner (uttrykksterapi og samtalegruppa). Dette siste er ikke minst viktig i forhold til å vedlikeholde endringer og å forebygge tilbakefall.

Når klientene møtes til fire forskjellige gruppemøter per uke, samtidig med at det er en tidsbegrensing på 12 uker, skapes det en helt spesiell intensitet som synes å være gunstig i forhold til å bestemme seg for endringer og å effektivere dem. Dette er vanskeligere å få til i vanlige polikliniske grupper med et gruppemøte i uka. Med Gruppeprogrammet klarer vi å skape et støttende miljø der felles terapeutiske holdninger hos terapeutene i de ulike gruppene binder det hele sammen, og gjør at vi kan rendyrke forskjellige terapeutiske tilnærminger uten at dette spriker og forvirrer klientene. Stikkord for felles terapeutiske holdninger er tilgjengelighet, respekt, ingen moralisering og å gi rom for å lære av egne erfaringer. Effektforskning viser at nettopp slike egenskaper ved terapeuter er utslagsgivende for gode behandlingsresultater (Finney & Moos, 1998).

Hanne Reichelt

Sykehuset Asker og Bærum HF

Sosialmedisinsk Poliklinikk

Pb 83

1309 Rud

Tlf 67 57 51 50

E-post [hanne.reichelt@sabhf.no](mailto:hanne.reichelt@sabhf.no)

## Referanser

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall.

Barth T., Børtvedt, T., & Prescott P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal

Akademisk.



- Berg, I. K., & Miller, S. D. (1998). *Rusbe-handling – en løsningsfokusert tilnærming*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Berglund, M., Bergman, H., & Swenelius, T. (1988). The Swedish Alcohol Use Inventory (AVI). A self-report inventory for differentiated diagnosis in alcoholism. *Alcohol & Alcoholism*, 23, 1733–178.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1983). Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: Implication for clinicians and program evaluators. *Addictive Behaviors*, 8, 205–218.
- Brook, D. W., & Spitz, H. I. (Eds.). (2002). *The group therapy of substance abuse*. New York: The Haworth Press.
- Brumoen, H. (2000). *Bygging av mestringstillit. En metodebok om mestring av rusproblemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. I M. J. Lambert (Ed.), *Psychotherapy and behavior change* (5th ed.; ss. 647–696). New York: Wiley & Sons.
- Chibnal, J. T., & Tait, R. C. (1990). The Quality of Life Scale: A preliminary study with chronic pain patients. *Psychology and Health*, 4, 283–292.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual for the revised version*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Duckert, F. (1991). *Balansekunst. En bruksbok for mestring av alkohol*. Oslo: Tiden Norsk Forlag.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). *The heroic client*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Edwards, G., Marshall E. J., & Cook, C. C. (1997). *The treatment of drinking problems. A guide for the helping professions*. New York: Cambridge University Press.
- Eriksen, L., Bjørnstad, S., & Gøtestam, K. G. (1986). Social skills training in groups for alcoholics: One-year treatment outcome for groups and individuals. *Addictive Behaviors*, 11, 309–329.
- Fekjær, H. O. (2004). *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Finney, J. W., Hahn, A. C., & Moos, R. H. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: The need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91, 1773–1796.

- Finney, J. W., & Moos, R. H. (1998). Psycho-social treatments for alcohol use disorder. I P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (ss. 156–166). New York: Oxford University Press.
- Flores, P. J. (1997). *Group psychotherapy with addicted populations*. New York: The Haworth Press.
- Gottheil, E., & Stimmel, B. (Eds.). (1997). *Intensive outpatient treatment for the addictions*. New York: The Haworth Medical Press.
- Karterud, S., Urnes, Ø., & Pedersen, G. (2001). *Personlighetsforstyrrelser. Forståelse, evaluering og kombinert gruppebehandling*. Oslo: Pax forlag.
- Kørllin, D., Nybäck, H., & Goldberg, F. (2000). Creative arts groups in psychiatric care: Development and evaluation of a therapeutic alternative. *Nordic Journal of Psychiatry*, *54*, 333–340.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relaps prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Mattick, R. P., & Jarvis, T. (1994). In-patient setting and long duration for the treatment of alcohol dependence? Out-patient care is as good. *Drug and Alcohol Review*, *13*, 127–135.
- McLellan, A. T., Hagan, A. T., Meyers, K., Randall, M., & Durell, J. (1997). «Intensive» outpatient substance abuse treatment: Comparisons with «traditional» outpatient treatment. I E. Gottheil (Ed.), *Intensive outpatient treatment for the addictions* (ss. 57–84). New York: The Haworth Medical Press.
- McKenzie, K. R. (1993). Time limited group theory and technique. I A. Alonso & H. I. Swiller (Eds.), *Group therapy in clinical practice* (ss. 453–474). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Moos, R., Finney, J., & Cronkite, R. (1990). *Alcoholism treatment: Context, process, and outcome*. New York: Oxford University Press.
- Muscovitch, F. A., & Dalan, K. (1999). *Interventions for dynamic groups*. Video m/veiledningshefte. Nordlandsklinikken.
- Mørland, J. (2003). Biologiske virkningsmekanismer og noen kliniske effekter av alkohol. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *123*, 180–184.
- Nielsen, P., & Røjskjær, S. (2002). Dobbeltbelastede alkoholmisbrugere i døgntilrettelagt behandling. *Nordisk Alkohol- og narkotikatidsskrift*, *19*, 123–137.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, *47*, 1102–1114.

- Rivers, P. C. (1994). *Alcohol and human behavior: Theory, research, and practice*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Sandahl, C., Rönnerberg, S., Herlitz, K., & Ahlin, G. (1996). Korttidsterapi i grupp för alkoholberoende patienter. *Nordisk Alkoholtidskrift*, 13, 89–96.
- Shapiro, J. L., Peltz, L. S., & Bernadett-Shapiro, S. (1998). *Brief group treatment. Practical training for therapists and counselors*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Vannicelli, M. (2002). A dualistic model for group treatment of alcohol problems: Abstinence-based treatment for alcoholics, moderation training for problem drinkers. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52, 189–213.
- Van der Kolk, B. A. (Ed.). (1996). *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.