

I hvilken hånd skal skjeen være?



Fagartikkel fra 1990

Denne teksten ble først publisert i TnPF nr. 9, 1990, og omfattes ikke av åpen tilgang-lisens.

Tekst: Sissel Reichelt og Bernadette Christensen

On expertise and responsibility. Experiences from a project on drug abusers and their families.

Abstract. - This article describes a project on family therapy as an approach to families with a drug addicted member. Field workers (Uteeksjonen i Oslo) and therapists from the Institute of Psychology, University of Oslo constituted a team on the following purposes: 1. To develop and investigate a model of recruitment to family therapy through a close cooperation between therapists and field workers. 2. To gain experience in how different ways of conceptualizing and working with family problems could influence the cooperation with the families. The article describes and reflects upon the existing body of research and theory relevant to family therapy with drug abusers. The recruitment process is evaluated, new perspectives on theoretical issues are discussed, and results are presented and discussed.

Familieterapi med stoffmisbrukere og deres barn har vært lavt prioritert innenfor behandlingsapparatet i Norge. Med enkelte unntak (se f.eks. Vaglum, 1979) har oppmerksomheten i første rekke vært rettet mot ungdommens individuelle problemer, deres tilhørighet til jevnaldergruppen og betydningen av å utvikle institusjonelle tilbud som kollektiver. Hjort (1988) drøfter mulige årsaker til dette, som at epidemiologiske undersøkelser viser overrepresentasjon av ressurssvakhet hos misbrukeres familier og at fagfolk har hatt en ideologi der synspunkter som at foreldrene har skadet barna sine på et tidlig tidspunkt har stått sentralt.

Familieterapi er en terapeutisk tilnærming som har fått stor utbredelse både nasjonalt og internasjonalt de siste 20 årene, spesielt innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og på familierådgivningskontorene. Fra begge instanser rapporteres det imidlertid at det er vanskelig å hjelpe misbrukerfamiliene. Dersom de i det hele tatt møter, dropper de raskt ut.

I midten av 1980-årene støttet Sentralrådet for narkotikaproblemer tre prosjekter der målsetningen var å prøve ut familieterapeutiske metoder i forhold til stoffmisbrukere. I tillegg til det som beskrives i denne artikkelen (samarbeidsprosjektet) ble ett gjennomført på Holmlia i Oslo (Toverud, 1988), og ett i Bergen (som også ble støttet av NAVF). Samtlige prosjekter var, ut fra ulike innfallsvinkler, opptatt av å utforske anvendelsesmulighetene for disse metodene i forhold til stoffmisbrukere i Norge.

Samarbeidsprosjektet hadde to hovedsiktemål: Det første var å utvikle og utprøve en rekrutteringsform der oppsøkende instans (Uteseksjonen i Oslo) arbeidet i nær kontakt med familieterapeutene. Det andre var å samle erfaring om hvordan det er mest hensiktsmessig å konseptualisere familieproblemer for å etablere et best mulig samarbeid med familiene. Vi visste f.eks. at misbrukerforeldre i USA hadde dannet en forening mot familieterapi, fordi den innebar en problemsforståelse der foreldrene følte at de ble gitt skylden for misbruket.

I denne artikkelen vil vi først beskrive og reflektere over det feltet vi kom inn i (i hovedsak forskning og teoretisering fra U.S.A.), før vi går inn på prosjektets rammer og erfaringene fra rekrutteringen. Vi vil også gi en summarisk beskrivelse av vårt teoretiske utgangspunkt og utviklingen

vår på dette området, som er utdypet i en annen sammenheng (Reichelt & Christensen, 1990). Avslutningsvis vil vi gi en oversikt over de resultatene vi oppnådde, og forsøksvise konklusjoner i forhold til familierapi som tilnærming overfor stoffmisbrukere.



Typiske sider ved oppfatninger av familier innenfor familierapifeltet

Interessen for å se stoffmisbruk i sammenheng med familievariabler og familierelasjoner begynte i U.S.A. i slutten av 1960-årene. Det er nedlagt mye arbeid i å finne ut hva som karakteriserer familier med misbrukere (se f.eks. oversiktsartikler av Stanton, 1979; Kaufman, 1985; Søderquist, 1985). Oppmerksomheten har både vært rettet mot ytre kjennetegn ved og hendelser i familiene (som overrepresentasjon av misbruk hos for eldre og overraskende tidlige dødsfall i familiene), og mot psykiske variabler og/eller samspillsvariabler (som overinvolverthet hos mødre og konflikter mellom foreldrene der misbrukeren er trukket inn).

Det prosjektet som har vakt mest oppsikt, og som vel er det mest omfangsrike og grundige, er utført av Stanton & Todd og medarbeidere i Philadelphia (Stanton & Todd, 1982). Det fremheves som et av de mest solide studiene innenfor familierapi (Gurman, Kniskern, Pinsof, 1986). Stanton og Todd (op.cit) har utviklet en modell som de betegner som strukturell/strategisk, der det er et sentralt poeng at terapeuten skal gå inn i en uttalt ekspertrolle i forhold til familien for bl.a. å styrke foreldrenes posisjon som ansvarlige og samarbeidende voksne i forhold til misbrukeren. Modellen har i første rekke hentet inspirasjon fra Haley (1980). Dette prosjektet, og dermed denne modellen, har hatt stor innflytelse på feltet.

Det er interessant å se hvordan utviklingen innenfor familierapi generelt gjenspeiles i konklusjonene fra de ulike undersøkelsene (Reichelt, 1988). I begynnelsen av 70-årene ble det demonstrert hvordan mødrene var overinvolverte og overbeskyttende, mens fedrene var uengasjerte, fjerne eller fraværende. Det var dyaden, spesielt mellom mor og sønn, som ble trukket fram som sentral i forsøkene på å beskrive årsaks sammenhenger. Etter hvert ble triaden mor/far/barn beskrevet som vesentlig for misbruket, og misbruk ble typisk oppfattet som et ledd i å stabilisere forholdet mellom to foreldre med konflikter seg imellom. I løpet av de siste årene er systemperspektivet utvidet til både å omfatte hele familien og systemer utenom familien, som hjelpesystemet.

Kritiske kommentarer til synspunkter på misbrukeres familier som er utviklet gjennom behandlingsstudier

Innenfor denne grenen av behandlingsforskning, så vel som innenfor behandlingsforskning generelt, har det å finne fram til årsakssammenhenger stått sentralt. Dette står i motsetning til vesentlige prinsipper innenfor systemisk tenkning. En viktig distinksjon innenfor systemteori har vært lineær vs. sirkulær tenkning (Hofman, 1981). Lineær tenkning er en betegnelse for å lete etter årsak-virkning sammenhenger, mens sirkulær tenkning betegner det å rette fokus mot gjensidigheten (rekursiviteten) i utviklingen innenfor et system. Gjensidighetsprinsippet innebærer at årsaken til hendelser ikke lokaliseres til noe bestemt punkt i systemet; enhver punktuering som utsier noe om årsak vs. virkning anses som valgt av observatøren.

Innenfor familierapi med stoffmisbrukere har Stanton & Todd (1982) pekt på hvordan mange av konseptualiseringene av sammenhenger mellom misbruk og familiemønstre er lineære, i det at de beskriver familievariabler som årsak til misbruk. De har selv utviklet en konseptualisering som de

betegner som ikke-lineær eller rekursiv. Misbrukersyklusen blir sett som en del av en familiesyklus i et komplisert homeostatisk system, med feedbackmekanismer som opprettholder misbruket og dermed familiens stabilitet. Misbruket bidrar til å holde familien sammen.



Vi oppfatter denne beskrivelsen som rekursiv, i den forstand at den innebærer gjensidig påvirkning uten at beskrivelsen punktueres i forhold til årsak-virkning. Den etterfølges imidlertid av følgende kvalifiserende ring: «Drug taking usually starts at adolescence. It is related to an intense fear of separation experienced by the family in response to the addict's attempts at individuation. The family becomes stuck at this developmental stage. The drug provides a solution at several levels to the dilemma of whether or not to allow him independence» (s. 30).

Vi ser på denne kvalifiseringen som en klar punktuering. Rekursiv forståelse brytes, og årsaken til misbruket tilskrives en familie (les foreldre) som ikke klarer å slippe barnet ut av redet. I utdypingen av denne kvalifiseringen kommer det også tydelig fram at det antas at foreldrene har konflikter seg imellom som aksentueres når ungdom men begynner å forlate hjemmet, og trenger et uansvarlig barn for å holde ekteskapet sammen.

Vi var opptatt av denne problemstillingen da vi begynte å arbeide med misbrukerfamilier. Hvis systemorientert terapi skal representere noe nytt i forhold til andre tradisjoner, må det nettopp være at ansvar og skyld konstrueres på en ny måte. Vi ser dette som særlig viktig i forhold til misbrukerfamilier, som har vært utsatt for massive anklager fra et behandlingsvesen som i hovedsak har fokusert på misbrukeren og forsøkt finne feilen i oppvekstvilkår. Det er allmenn observasjon at misbrukeres familier «viser motstand», dvs. at de vegrer seg mot å gå inn i det behandlere kaller et konstruktivt samarbeid. Det er mange måter å forstå dette på. Vi foretrekker å forstå det som at de nøler med å gå inn i et samarbeid med behandlere som de forventer skal anklage dem, heller enn som en konsekvens av at de på en eller annen måte «trenger» misbrukeren. Det er slående hvordan flere i de siste årenes behandlingsstudier av misbrukerfamilier (som Levine, 1983; Reilly, 1984; Weidmann 1985) understreker den terapeutiske betydningen av å la være å anklage familiene samtidig som det arbeides ut fra hypotese; som nettopp plasserer skyld og ansvar der.

Det er for øvrig interessant å notere seg at flere studier (Eldred & Washington, 1976) viser at misbrukeren selv plasserer familien høyt oppe på listen over dem de mener best kan hjelpe dem. En studie (Levy, 1972) viser også at de som klarte seg uten stoff i en 5-årig oppfølgingsperiode som oftest hadde støtte fra familien. I Norge har Vaglum (1979) påvist bedre prognose for misbrukere som gjenoppretter relasjonen til oppvekstfamilien.

Vi har funnet støtte for innvendingene våre i teoretiske synspunkter som har blitt fremmet fra flere hold innenfor familierapi de siste årene. Det blir i økende grad stilt spørsmål ved terapeutens rolle som ekspert, som en som har som oppgave å forstå systemets feil og korrigere dem på basis av denne forståelsen (Hoffman, 1985; Anderson & Goolishian, 1988). Det har vært ført en vitenskapsteoretisk diskusjon om dette som spesielt har vært knyttet til begrepet annen ordens kybernetikk (von Foerster, 1981), der det tvilsomme ved terapeutens posisjon som objektiv observatør har vært trukket fram. I Norge har denne diskusjonen i hovedsak vært ført i tidsskriftet Fokus på familien (se spesielt Hølmersen (1988), Sundet (1988) og Reichborn-Kjennerud, (1988).

Rammer for prosjektet

Uteseksjonen i Oslo driver oppsøkende virksomhet i Oslo sentrum. Medarbeiderne der har bl.a. som oppgave å formidle misbrukerungdom de treffer ute til behandlingsapparatet. De ser lojalitet i forhold til ungdommene som et sentralt premiss i forhold til å etablere kontakt med dem, og ønsker ikke å

knytte kontakt mellom foreldre og ungdom uten at ungdommen aksepterer det. samtidig får de ofte kontakt med fortvilte foreldre, både gjennom oppringninger og gjennom å treffe dem på gata der de leter etter ungdommene sine.



Forsøk på videreformidling av foreldre og ungdommer til det polikliniske behandlingsapparatet ble opplevd som lite vellykket, både fordi ungdommene raskt droppet ut og fordi familiene ikke fikk noe tilbud når ungdommene ikke var motivert for hjelp. Uteseksjonen ble i økende grad opptatt av at forholdet mellom ungdommene og familiene deres ikke ble tilstrekkelig ivaretatt, og ønsket et familierapeutisk tilbud. Ideen var å utvikle et tilbud der det var muligheter for et nært samarbeid mellom Uteseksjonen og behandlende instans både når det gjaldt rekruttering og oppfølging av ungdommer.

Psykologisk Institutt i Oslo ble kontaktet, og det ble etablert et team med prosjektleder (ansatt ved universitetet), psykolog i full stilling og to klientarbeidere fra Uteseksjonen (psykolog og barnevernspedagog).

Prosjektets praktiske utforming

Teamet møttes ukentlig og arbeidet med familier. Det ble brukt en modell med enveisspeil, der en av terapeutene snakket med familien mens den andre terapeuten satt sammen med medarbeiderne fra uteseksjonen bak speilet. I resten av uken hadde prosjektet løpende kontakt med uteseksjonen. Dersom det oppsto kritiske situasjoner for klientene, hadde klientarbeiderne tilbud om å drøfte disse med familierapiteamet. Dersom klientene hadde vanskelig heter med å komme til timene, kunne de hentes og følges av klientarbeiderne. Klientarbeiderne møtte til intervjuer om aktuelle klienter, de møtte sammen med ungdommer som ville høre om tilbudet, og ungdommer møtte alene til rekrutteringssamtaler. Rammene ble gjort så fleksible som vi klarte, i håp om at dette skulle fremme rekrutteringen og hindre frafall.

Utvalgskriterier

I prosjekter med misbrukere har det vært vanlig å legge stor vekt på utvalgskriterier. Stanton & Todd (1982) setter f.eks. opp en liste på 12 punkter. Blant disse er minst to års heroinmisbruk, å ha forsøkt avrusning minst to ganger før, å ha regelmessig kontakt med to foreldre eller foreldrefigurer (minst en gangs samvær i uken med i hvert fall en av dem), og å ha foreldre/foreldrefigurer som bor sammen. Det siste punktet ble tilføyd et stykke ut i prosjektet, ut fra erfaringer med at det var vanskelig å komme noen vei når det bare var en foreldrefigur.

Før vi bestemte oss for utvalgskriterier gikk vi gjennom alle de klientene (25) som Uteseksjonen på dette tidspunktet kunne tenke seg å henvise til oss. Det viste seg å være en ytterst heterogen gruppe, og bare få av dem ville passe inn i denne type utvalgskriterier. De aller fleste var blandingsmisbrukere, hyppighet av kontakt med familien var typisk ustabil og svært mange hadde bare en foreldrefigur som bodde hjemme. Vi fant det lite hensiktsmessig å sette opp kriterier som ville utelukke mange av de aktuelle klientene. Vårt eneste utvalgskriterium ble derfor at ungdommene skulle ønske å trekke familien inn i behandlingen. Etter hvert tok vi også imot foreldre som ønsket hjelp selv om ungdommen for tiden ikke ønsket å involveres. Vi åpnet også for rekruttering fra andre enn uteseksjonen, som prostitusjonsprosjektet, barnevernet, feltarbeidere psykiatriske ungdomsteam, etc. Dette var først og fremst fordi rekrutteringen fra uteseksjonen ble mindre enn forventet (se neste punkt).

Rekrutteringsarbeidet



Samarbeid med klientarbeiderne og rekruttering

Vi visste fra andres erfaring (Stanton & Todd, 1982; Korman, 1985; Sivertsen, 1985) at rekruttering var vanskelig, og at det var viktig at klientformidlerne hadde kunnskap om familiebehandling og ikke hadde en motstridende behandlingsideologi. Vi inngikk derfor i et nært samarbeid med dem som skulle formidle klienter til oss. Dette omfattet deltakelse på personalmøter for å redegjøre for prosjektet og for utviklingen i det, og stående tilbud om konsultasjon til alle som var usikre på om det var relevant å henvise en gitt klient. Team-medarbeiderne fra uteseksjonen hadde som oppgave å «minne om» prosjektet i aktuelle situasjoner. Det ble også satt i gang et hovedoppgaveprosjekt (Bengtson & Jensen, 1986) der klientarbeidernes tanker om formidling og behandling ble utforsket.

Allikevel erfarte vi at vi fikk henvist færre klienter enn både vi og uteseksjonen hadde forventet ut fra den første kartleggingen av behovet. Dette førte til at vi ble enda mer oppmerksomme på klientarbeidernes arbeidssituasjon og hva som hindret dem i å formidle til oss. I samtaler med klientarbeiderne tok vi utgangspunkt i vanskeligheter i forbindelse med å henvise klienter til oss, og i eventuelle motforestillinger de hadde mot å henvise. Ofte var vanskelighetene forbundet med at de syntes de visste for lite om oss til å ville foreslå det. På tross av jevnlig samarbeid var utskiftingene blant klientarbeidere store, så dette var et kontinuerlig problem. I slike tilfeller kunne informasjon være tilstrekkelig. Andre ganger var det vanskelig å henvise fordi type kontakt (på gata) ikke aktualiserte samtaler der familien ble trukket inn, og fordi ungdommene sjelden sier selv at de ønsker å involvere familien i et behandlingsopplegg. Vi møtte dette i den første perioden med å diskutere spørsmål som kunne stilles for at familie og familierelasjoner skulle bli en naturlig del av samtalen. Klientarbeidernes forsøk på å stille slike spørsmål førte ofte til at ungdommene avviste tilbudet. Vi antok at dette skyldtes at kontakten ikke var egnet til å bringe familien inn som en positiv del av et tilbud. Vi endte derfor med å foreslå at klientarbeiderne bare skulle si at det dreide seg om et prosjekt som prøvde ut polikliniske tilbud, og at ungdommen selv kunne snakke med oss og ta stilling til om tilbudet var noe for dem.

Vi så på samtalene våre med klientarbeiderne som en viktig del av prosjektet. De ga oss informasjon om deres arbeidsforhold og relasjoner til ungdommene, og vi håpet at det skulle bidra til å aktualisere oss som en mulighet når klientarbeiderne traff ungdom som ønsket å gjøre noe med sin situasjon. Ofte førte samtalene til at det ble tydeligere for klientarbeiderne hvor de sto i sitt eget arbeid med ungdommene, spesielt i forhold til ung. dommenes motivasjon for å endre noe.

Rekrutteringssamtaler med ungdommene

Dersom det ikke var foreldrene som var mest interessert i kontakt med oss, innkalte vi ungdommene til samtaler først. Vi ønsket å understreke at dette først og fremst var et tilbud til dem, som et ledd i å ansvarliggjøre dem. Ungdommen ønsket sjelden å komme alene, og vanligvis var klientens særkontakt fra uteseksjonen med første gang de møtte. De fikk velge om særkontakten skulle være med på samtalen, eller følge den bak speilet.

I første samtale konsentrerte vi oss for det første om misbruket og deres forhold til det. Vi drøftet fordeler og ulemper ved det livet de levde, og hvilke konsekvenser endring innebar. Vanligvis kom det fram blandete følelser i forhold til misbruk, og en del motforestillinger i forhold til å slutte. Dersom de ble stående i en «vippeposisjon» ga vi tilbud om nye samtaler, og formidlet så tydelig vi kunne at dette var en avgjørelse de måtte ta selv. Vi så det som vesentlig å unngå å komme inn i en overtalelsesposisjon, og ønsket så langt vi kunne å mobilisere deres egen kraft i forhold til å slutte.

For det andre konsentrerte vi oss om å skape en kontekst der familien ble aktualisert. Vi snakket om familiens reaksjoner på misbruket, og om hva familien hadde gjort for å hjelpe dem. Vi var opptatt av å få fram positive sider ved familien og deres forhold til den, for å mobilisere en del av livshistorien som vanligvis blir overskygget av de konfliktene som uvegerlig må dominere samspillet mellom misbruker og familie. Både vi og klientarbeiderne ble overrasket over hvor mye positivt de fleste av ungdommene kunne si om familiene sine i løpet av en slik samtale.

Det var få av ungdommene som ikke ville involvere familiene dersom de tok imot tilbudet, og når de avsto det var det vanligvis av andre grunner enn at familien skulle involveres. Når ungdommene var interessert i tilbudet, snakket vi med dem om hvordan det var mest hensiktsmessig å kontakte familien. Det anbefales gjerne at behandlerne tar direkte kontakt med familiene (Stanton & fodd, 1982), for at det ikke skal oppstå misforståelser eller for å hindre ungdommen i å trekke seg. Ungdommene i prosjektet ønsket stort sett å snakke med familien selv, og vi fulgte ønsket om det uten at det førte til negative erfaringer.

Rekrutteringssamtaler med familiene

Når familiene kom til oss, hadde de som oftest ikke bedt om samtalene selv. Mange av dem var i utgangspunktet engstelige for å møte bebreidelser over ungdommens situasjon, og ellers i villrede om hva vi ønsket med dem. Vi tok utgangspunkt i det ungdommen hadde fortalt oss om forskjellige måter familien hadde forsøkt å hjelpe på, og i at ungdommen selv mente det kunne være nyttig å trekke familien inn. Vi viste til at forskning hadde vist at ungdom som hadde familiens støtte oftest hadde bedre muligheter for å klare seg enn de som ikke hadde denne støtten. Det budskapet vi formidlet, spesielt i den første prosjektperioden, var at vi skulle hjelpe dem til å hjelpe ungdommene sine bedre. Vi så det også som viktig å formidle betydningen av at familien tok opp spørsmål som den selv mente var av betydning. Vi var opptatt av at ansvaret for innholdet i timene ikke måtte bli vårt.

Den gruppen vi arbeidet med

I løpet av prosjektiden på tre år hadde vi rekrutteringssamtaler med 25 ungdommer. I tillegg henvendte 17 familier seg direkte. Av de 25 ungdommene var det bare tre som ikke ville involvere familiene i samtaler, og bare to familier avsto å komme til samtaler selv om ungdommen ønsket det. 26 av ungdommene/familiene ønsket andre tilbud eller droppet ut etter første samtale. Vi arbeidet over tid med 18 familier.

Begrunnelsene for ikke å ta imot tilbudet var forskjellige. Noen ønsket institusjonsbehandling og ikke poliklinisk hjelp, noen ønsket primært et individualopplegg, og noen ville bare ha en attest for å slippe soning.

De aller fleste av dem som droppet ut etter første samtale var ungdom med langvarig stoffmisbruk og langvarig kontakt med uteseksjonen, som ikke klarte å forplikte seg til noe behandlingsopplegg. De fleste ungdommene droppet etter hvert ut fra familiesamtalene, men familiene fortsatte allikevel. I noen få saker fikk ungdommen et individualtilbud i tillegg til familiesamtalene.

Ungdommene og familiene deres presenterte ulike problemstillinger, i og med at både alder, omfang av misbruk og livssituasjon er forskjellig. De fleste er i alderen 16 - 21 år. Tre av ungdommene har ikke rusproblemer, men har vært i faresonen pga. miljøtilhørighet. En har hatt rusproblemer i to år, og resten har brukt rusmidler i mer enn fire år. De fleste begynte å ruse seg i 13 - 14 års-alderen. Tre er prostituerte og en er HIV-smittet. 11 familier består av mor og far som bor sammen, og i syv familier har mor omsorgen enten alene eller sammen med en ny mann.



Refleksjoner over rekrutteringsprosedyren



Et gjennomgående problem var at vi hadde få henvisninger, på tross av at dette var et punkt vi kontinuerlig var opptatt av og forsøkte å gjøre noe med. Vi har tidligere vært inne på at vi på mange måter var et fremmedelement i et system med fokus på ungdommen og fjernhet til familiene deres, der det å komme bort fra stoffmiljø og søke kollektiv/institusjon er det tradisjonelle og foretrukne alternativ både for formidlere og ungdommer.

Vi har også vært opptatt av hvordan typiske synspunkter på personlighetsvariabler hos misbrukere også kan ha hemmet rekruttering. I forbindelse med en hovedoppgave (Bengtson & Jensen, 1985) ble klientarbeidere ved uteseksjonen intervjuet om sine synspunkter på misbrukere, på behandling og på sin egen rolle i handlingsarbeidet. Misbrukere ble oppfattet som personer med dype og tidlige skader i sin personlighetsutvikling. Det var en vanlig antagelse at en forutsetning for endring var langvarig kontakt med en person som kunne etablere et tillitsforhold. Selv om klientarbeiderne ikke så på seg selv som behandlere, opplevde de at de mer enn de fleste behandlingsinstanser var i en posisjon der de etablerte et tillitsforhold. En vanlig erfaring var at ungdommene kom tilbake til dem etter mislykte behandlingsforsøk, og at de var de eneste som var der for dem. Det var et konstant dilemma å måtte bryte en kontakt de så på som vesentlig for ungdommen for å henvise til en instans som kunne bety en ny skuffelse. Begrepet kvalitativ formidling var sentralt for klientarbeiderne. Det innebærer å formidle ungdommen til det best egnede behandlingssted for den enkelte, og forutsetter godt kjennskap både til behandlingssted og ungdom. Ut fra et slikt perspektiv er det forståelig at de nølte med å formidle til oss. Som poliklinisk behandlingsinstans ville de ha dårlige muligheter for å etablere den nødvendige tillit, fordi vi ikke kunne oppsøke ungdommer i krisesituasjoner, men var avhengig av at de møtte. Som familieorientert behandlingsinstans representerte vi en annen behandlingsideologi, som var korttidsorientert og rettet mot å bryte uheldige mønstre, ikke mot å hjelpe ungdommene til å etablere dype relasjoner. Hva et slikt tilbud innebar ble de ikke tilstrekkelig fortrolig med til at det tilfredsstilte kravene om kvalitativ formidling.

Avstanden i ideologi gjorde at tilbudet ikke fikk tilstrekkelig troverdighet. Vi tror også at vi ble for ivrige etter at tilbudet vårt skulle bli mottatt, og at vår iver virket bremsende på egenmotivasjonen til de andre impliserte. Dette gjaldt i forhold til klientarbeidere såvel som til klienter, og var både bestemt av behovet for å gjennomføre det prosjektet vi hadde fått penger til og ønsket om å vise at vi hadde noe å bidra med. For å øke rekruttering, kunne vi f.eks. prøve å aktivere de av klientarbeiderne vi hadde best kontakt med til å henvise. De kunne føle seg presset til å henvise klienter som var ganske ambivalente i forhold til å gjøre noe med livene sine. Vi kunne være så ivrige etter å beholde klienten at vi overså noe av ambivalensen, og tok på oss ansvaret for at det skulle skje noe. Når familiene kom inn ble det viktig å få dem til å tro at de kunne gjøre noe, spesielt fordi de var innkalt av oss. De hadde ikke bedt om hjelp med vansken sine, det var vi som var ansvarlige for å skape et meningsfylt samvær som førte til at situasjonen endret seg.

Til dels kan nok vår overtakelse av ansvar tilskrives prosjektrammene, men disse var vi tross alt klar over og forsøkte å befri oss fra. Det vi etter hvert er blitt mer opptatt av, er hvordan faglige holdninger bidro til å forsterke denne ansvarsposisjonen. Når vi f.eks. formidlet til familiene at vi skulle «hjelpe dem til å hjelpe», var ikke dette bare ut fra en iver i forhold til å få dem til å bli med i prosjektet. Det var også ut fra et faglig perspektiv der terapeuten er ekspert på hva andre kan og bør gjøre; et perspektiv som er innebygget i mye av familie terapitenkningen. Det problematiske i dette ble aktualisert for oss en rekke ganger i løpet av prosjektet, og vil bli drøftet seinere i artikkelen.

Utprøving av behandlingsmetoder



Familieterapi har vært i rask utvikling de siste 15 årene, og ulike modeller har vært utformet og utprøvd. De modellene vi i utgangspunktet hadde erfaring med, retter fokus mot ulike sider ved familiens samspill. Disse modellene har vært de mest sentrale innenfor det som vanligvis omtales som systemisk familieterapi, og ulike teoretikere har vært opptatt av integrasjons/kombinasjonsmuligheter (Sluzki, 1983; MacKinnon et al., 1984). I Norge har kombinasjon av modellene i forbindelse med misbrukere- handling vært beskrevet av Gundersen (1987).

Innenfor den strukturelle modellen (Minuchin, 1974) kartlegges i første rekke dysfunksjonelle strukturer i familiemedlemmenes relasjon til hverandre som forstyrrelser i hierarki, grenser mellom familiemedlemmene og mellom familien og omverdenen, koalisjoner mellom familiemedlemmer. Det antas at slike strukturer er problemoppretholdende. Intervensjonene er rettet å endre dem, og de utfordres på direkte og indirekte måter både i terapitimene og ved hjelp av hjemmeoppgaver.

Innenfor den strategiske modellen (Watzlawick et al. 1974; Madanes, 1981) fokuseres det i hovedsak på prosesser i familiesamspillet, på negative sirkler eller sekvenser som gjentar seg og som en antar bidrar til å opprettholde problemet. Intervensjonene har som mål å bryte disse sirklene/sekvensene, og kjennetegnes særlig ved redefinering av atferd og paradoksale oppfordringer.

Innenfor det som gjerne betegnes som Milano-modellen (Selvini-Palazzoli et al., 1978), blir kognitive strukturer eller familiens «verdensbilde» (Sluzki, 1983) forsøkt endret gjennom utfordring av familiemedlemmenes tenkning om hendelser og hverandre. I de første årenes utvikling av modellen ble positive tilbakemeldinger til familien (positive konnotasjoner) og paradoksale preskripsjoner vektlagt, mens utvikling av spørremetoder har stått sentralt de siste årene (Selvini-Palazzoli et al., 1980; Cecchin, 1988).

Det er karakteristisk for strukturell og strategisk terapi at endring av atferd vektlegges mer enn endring av tenkning, og at terapeutens forståelse av dysfunksjonelle mønstre er bestemmende for valg av intervensjoner. Innenfor feltet har det imidlertid oppstått en økende interesse for det fastlåsende ved de tankestrukturene som utvikles i et system, og en problematisering av et fokus som overveiende er på atferdsendring (Efron, 1986). Det er derfor Milano-modellen og videreutviklingen av denne (se f.eks. Tømm, 1987) som har vært mest sentral i familieterapifeltet de aller siste årene.

Vi begynte arbeidet med misbrukere like etter at Stanton & Todd (1982) hadde rapportert positive erfaringer med en strukturell/strategisk modell i forhold til terapeutisk arbeid med misbrukere og deres familier. I planleggingen av prosjektet kom vi fram til at dette var erfaringer som det var viktig å ta i betraktning, men som ikke kunne utgjøre basis for prosjektet vårt. For det første hadde prosjektene svært ulike rammebetingelser, som f.eks. at metadon ble administrert av terapeutene i S & T prosjektet. Selv om deltakelse i prosjektet ikke var en nødvendig betingelse for å få metadon antok vi at dette ville gjøre motivasjonsbetingelsene ulike spesielt m.h.t. oppfølging av strukturelle tiltak. For det andre oppfattet vi ikke resultatene som overbevisende. Det var påvist en klar nedgang i bruk av illegale rusmidler hos de behandlede som gruppe, men sosialt/yrkesmessig var det ingen bedring i forhold til kontrollgruppe. For det tredje var vi påvirket av de ovennevnte kognitive strømningene innenfor familieterapi, og ønsket å vektlegge dem i høyere grad enn det en strukturell/strategisk ramme gir rom for. Denne påvirkningen innebar også en begynnende skepsis i forhold til terapeutens ekspertrolle. For det fjerde var vi opptatt av metodeutvikling, og ønsket et åpent utgangspunkt med rom for endring i tråd med erfaringer.

Vi bestemte oss for å begynne med å se på de tre modellene som ulike innfallsvinkler til familiearbeid, som forskjellige «briller», og behandle hver enkelt familie ut fra hvilken tilnærming/

kombinasjon av tilnærminger vi mente ville være best egnet. Grunnlaget for denne vurderingen skulle være hvorvidt strukturelle dysfunksjoner, repeterende sekvenser eller fastlåsende tankemønstre var mest slående/virket mest tilgjengelige ut fra en første analyse og underveis i behandlingen.



Møtenes form varierte ut fra hvilken innfallsvinkel vi valgte, men et generelt prinsipp var at samme person intervjuet den enkelte familie, mens de andre teammedarbeiderne satt bak speilet/videoskjermen og bidro med kommentarer, forslag og refleksjoner til terapeut og/eller familie. Ulike modeller innenfor familierapi har beskrevet ulike måter å benytte teammedarbeidernes avstand til systemet på, og vi benyttet de fleste av dem.

Eksempel på kombinasjon av modeller

Kari, en heroinmisbruker på 20 år, kom sammen med moren. De to bodde alene sammen, og misbruket hadde utviklet seg i løpet av de siste fire årene. Det umiddelbart mest slående var hvordan mor og datter var kommet inn i en sirkel der moren kontinuerlig demonstrerte bekymring hver gang Kari var hjemme, mens Kari med raserianfall og utagering i forhold til morens mas ga moren enda større grunn til bekymring. Vi arbeidet en periode strategisk for å bryte denne sirkelen, og situasjonen begynte å stabilisere seg i retning av en mer avslappet relasjon, mindre misbruk og jobb for Kari. Etter noen måneder brøt det hele sammen, i forbindelse med at Karis misbrukende kjæreste kom ut av fengsel. Nå var det mest slående hvordan moren fullstendig unnlot å forsøke å sette grenser for Karis atferd. Hun lot henne komme og gå som hun ville, stilte alltid opp med mat og rene klær, ga henne penger hun visste ville bli brukt til stoff, og lot seg til og med utsette for vold av misbrukende venner av Kari som hun slapp inn i huset. Ut fra en strukturell vurdering så vi klare forstyrrelser både i hierarki og i grenser mellom mor/datter, og begynte å arbeide i retning av å styrke morens kontroll over situasjonen. Vi kom imidlertid ingen vei, og begynte å utforske morens kognitive strukturer (Kari var på dette tidspunktet uinteressert i å komme til timene). Vi oppdaget at moren var overbevist om at det var hun som var skyld i Karis misbruk, og at hun hadde klare forestillinger om at Kari ville prostituere seg eller ta livet av seg hvis hun ikke stilte opp til enhver tid og tilfredsstilte alle de krav som var mulige for henne å tilfredsstille. Hun måtte gjøre det hun kunne for å forhindre Karis selvødeleggelse, ellers mente hun at skyldfølelsen ikke ville være til å bære. Ut fra denne tenkningen var morens atferd helt logisk, og atferdsendring ville være utenkelig uten endring av tenkning.

Samtalene med Kari og moren, og spesielt med moren alene, setter i relieff noen av de problemstillingene som ble tydeliggjort for oss i løpet av arbeidet med prosjektet. De er utdypet i en annen sammenheng (Reichelt & Christensen, 1990), og skal bare kort belys her som et ledd i vår metodiske utvikling. For det første begynte vi å reflektere over hvordan vår forståelse av problemet ikkebare utgjorde briller som gjorde at ulike sider ved realiteten ble fokusert, men faktisk også bidro til å skape realitetskonstruksjoner. Når vi f.eks. valgte å se på mors og Karis situasjon med «strukturelle briller» bidro vi til å skape en realitetskonstruksjon der mors hjelpeløshet ble sentral, og der det ble konstruert en «løsning» som at mor måtte sette strengere grenser og ta mer kontroll. Vi begynte å spørre oss selv om hensiktmessigheten ved å skape konstruksjoner der klienters opplevelse av skyld og inkompetanse ble forsterket. Vi begynte å tenke på andre konstruksjoner som kunne vært skapt som f.eks. at «slike prøvelser får bare de som mestrer dem» (i tråd med mors religiøse innstilling).

Samme type spørsmål begynte å oppstå i forhold til kognitiv utforskning og utfordring. Vi oppdaget f.eks. at Karis mor tenkte på en måte som gjorde det logisk å handle som hun gjorde. Gjennom våre «kognitive briller» lokaliserte vi et problem i dette, og begynte raskt å fundere på hvordan vi best kunne endre mors tenkning. I dag er vi opptatt av hva som ville skjedd dersom vi

hadde tatt logikken på alvor og oppriktig undret oss over om hun kanskje gjorde det eneste mulige i situasjonen. Sannsynligvis ville det oppstått en annen type terapeut-klient-relasjon, en annen type realitetskonstruksjon og muligens en annen problemutvikling-.



Brillene begynte å oppleves som skylapper og som stengsler i forhold til fruktbare virkelighetskonstruksjoner. De ble et legitimert grunnlag for terapeutiske meninger om hva som var galt. Samtidig begrunnet de vår tilstedeværelse som terapeuter.

For det andre erfarte vi hvordan ekspert rollen gjorde oss tafatte som terapeuter, i kraft av den ansvarligheten den medførte. Dette er et problem i all terapi, men aksentueres i forhold til misbrukere. Misbrukere er omgitt av ansvarlige voksne, og har ofte gitt fra seg alt ansvar for sin egen skjebne. Familiene deres har på et eller annet tidspunkt forsøkt å ta ansvar, men har gitt opp og håper at andre skal ta ansvaret. I omtrent hverhenvisningssituasjon var vi foreløpig siste ledd i en kortere eller lengre kjede av ansvarspersoner der alle de tidligere leddene hadde sviktet. En enkel introduksjon som at «dere er de som kjenner misbrukeren best og vi skal hjelpe dere til å hjelpe» (forenklet versjon) var tilstrekkelig til å skape en reaksjon som «hva er det dere tror dere kan finne på som vi og andre ikke har klart».

På dette punktet hadde vi spesielt store problemer med den strukturelle modellen, der det forutsettes at noen må være sterke nok til å ta kontroll over misbruket. Når misbrukeren ikke klarer det selv må andre klare det, og i familierapi er «andre» foreldre. Hierarkiet må gjenopprettes ved at foreldrene styrkes, og det bør skje ved at de setter regler og grenser for misbruk som kan overholdes. Når foreldrene ikke klarer å oppnå kontroll, er det terapeutens ansvar å få dem til å klare det. På samme måte som foreldre bærer en tung byrde av ansvar for et misbruk de ikke kan ha kontroll over, får terapeuten en tilsvarende ansvarsbyrde i forhold til å kontrollere foreldres atferd. I forhold til Karis mor var konsekvensene av analyse ut fra strukturelle briller at vi burde ta ansvar for at hun skulle sette mer grenser for Kari. Et mislykket forsøk på dette ville brakt oss i samme posisjon i forhold til Karis mor som hun selv var i i forhold til Kari - en maktesløs ansvarsperson.

Vi ser imidlertid ikke noen prinsipiell forskjell mellom denne modellen og de andre. Så lenge terapeuten kommer i en ekspertposisjon blir det hennes ansvar at det skal skje noe, og familien får overført tunge byrder til noen utenfor. Karis mor satt trygt forskanset med sine meninger så lenge vi tok ansvaret for å finne ut om de var riktige eller gale.

I den perioden vi arbeidet med Kari og moren hennes, ble mange av de faglige spørsmålene som er skissert i det foregående tydeligere for oss. Vi bestemte oss derfor på et relativt tidlig tidspunkt for at terapeuten skulle følge Karis mor tett. Hun skulle holde seg innenfor hennes kognitive rammer, og forsiktig lete etter muligheter for åpninger og utvidelser. Teamet skulle avbryte med sine refleksjoner, og føle seg fri til å komme med de alternative synspunktene det måtte ønske (Andersen, 1987).

Familiens situasjon ble tiltakende dramatisk. Karis stoffbruk økte, leiligheten var ofte fylt av rusete ungdommer, og moren fortsatte å være tålmodig utholdende. Terapeuten utforsket morens tenkning og implikasjoner av den, en utforskning som alltid endte med at trusselen om overdose og prostitusjon gjorde atferdsendring umulig. Terapeuten utfordret ikke denne posisjonen, men teamet kom inn og luftet alternative synspunkter. Disse ble alltid avvist. Når samtalen sjelden beveget seg bort fra kontrolldimensjonen, dvs. spørsmålet om hvorvidt Karis mor skulle sette noen flere grenser, skyldtes nok dette både at moren var opptatt av tanken på hvor vidt hun gjorde noe galt og at terapeut og team fortsatt var opptatt av at det burde skje en endring på dette området. Dette kan sees som et eksempel på en atferdsendring hos terapeuten (verbal akseptering av morens premisser) uten tilsvarende kognitiv endring (terapeuten syntes fortsatt det var viktig at moren endret atferd i en bestemt retning).

Dersom terapeut og team hadde følt mindre ansvar for endringens retning, ville det kan hende ha vært mulig å komme inn på områder der det var større muligheter for utvidelse av tenkning.



Terapien ble avsluttet etter ca. ett år, uten at det hadde skjedd noen endring i positiv retning. Vi avtalte at moren kunne henvende seg etter sommerferien dersom hun trodde at vi kunne være til hjelp på noen måte. Før påske året etter ringte hun, for å dele sin glede med oss. En måned etter avslutningen ringte Kari desperat hjem, for at moren skulle hjelpe henne til å komme unna miljøet. Moren trådte til, og etter opphold hos slektninger, på kristent kollektiv og etter hvert på bibelskole, har Kari vært rusfri i 8 måneder. På spørsmål om hva moren trodde om hva hun selv hadde gjort for å hjelpe henne, svarte hun at Kari hadde sagt at morens uendelige tålmodighet, det at hun aldri hadde stengt døren for henne, hadde vært med henne hele tiden og bidratt til at det snudde seg. På spørsmål om hun noen gang hadde følt at vi hadde forsøkt å dytte henne i andre retninger enn de hun selv trodde på, svarte hun at når det gjaldt det, var vi jo splittet. Det hadde gjort at hun ikke hadde følt seg presset. Hun hadde skjønnet at det ikke var en riktig måte, og det hadde hjulpet på skyldfølelsen.

For oss ble dette et veldig tydelig eksempel på at det kan oppstå løsninger som det er helt umulig for oss å predikere ut fra våre familieteoretiske modeller, og det ga oss ytterligere stoff til refleksjon i forhold til hvordan våre modeller kan virke fastlåsende heller enn åpnende.

I den siste perioden av prosjektarbeidet var vi i hovedsak opptatt av å utvikle arbeidsmetoder som kunne virke frigjørende i forhold til terapeutens ansvarsovertakelse og fastlåsende meninger. Inspirasjon til dette hentet vi først og fremst fra to kilder.

Den ene fant vi i modellutviklingen innenfor Galveston Family Institute, hos Harry Goolishian og hans medarbeidere (Goolishian et al., 1987; Anderson & Goolishian, 1988). De har avvist ideen om at problemet skyldes dysfunksjoner i familier og andre systemer, og har utviklet begrepet «det problemorganiserende system». Det problemorganiserende system består av alle som involverer seg i et problem og forsøker å løse det, og går typisk på tvers av formaliserte systemer som familie, skole etc. Systemmedlemmene får sine ulike roller i forhold til problemopprettholdelsen; roller som er bestemt av hvordan de oppfatter problemet og hvilken posisjon de har i forhold til det. Når et problemorganiserende system, eller deler av det, søker hjelp utenfor systemet, er det karakteristisk at medlemmene oppfatter problemet på en måte som gjør det uløselig for dem, og at posisjonen er preget av en følelse av ansvar for å løse det. For at det skal kunne dannes et «problemløsende» (problem-dissolving) system, er det vesentlig at den nye hjelperen bidrar til å utvikle informasjon i systemet som gjør at problemet oppfattes som løselig. Det er også vesentlig at dette gjøres på en måte der den nye hjelperen unngår å komme inn i en ekspertposisjon dvs. at hun unngår å bli nok et systemmedlem som føler seg ansvarlig for å forstå problemet på en måte som gjør det mulig å løse det. En slik posisjon forutsetter at hjelperen stiller spørsmål ved alt som oppfattes som selvsagt av systemmedlemmene, slik at alternative perspektiver får en sjanse til å utvikles, uten selv å ha spesielle oppfatninger om hva som bør skje. Enkelt sagt handler det om å lage en ny historie, en historie ingen kan forutsi innhold og retning av før samtalen er avsluttet.

Den andre inspirasjonskilden fant vi ved Brief Therapy Institute i Milwaukee, hos Steve deShazer og hans medarbeidere (de Shazer, 1985, 1988). De har utviklet ideer om å fokusere på løsningsstrukturer heller enn på problemstrukturer, ut fra antakelsen om at mennesker selv har i seg de ressursene de trenger for å overvinne problemene sine. De fokuserer på unntak fra problemsekvenser og mønstrene rundt disse, heller enn på problemsekvensmønstrene. I forhold til misbrukere betyr dette f.eks. å rette oppmerksomheten mot de gangene de kontrollerer misbruket heller enn når de «sprekker». For oss betydde dette en mulighet for å inspirere til håp og optimisme, samtidig som ansvaret for løsninger overføres fra hjelpere til klient.

Vi har ikke muligheter for å dokumentere at vi endret tenkning i en retning som var fruktbar for klientene våre. En kvalitativ analyse av materialet vårt tyder imidlertid på en positiv sammenheng mellom fravær av «meninger» hos terapeuten og mer tilfredsstillende løsninger for klient/klientsystem (Reichelt og Christensen, 1990). Vi opplevde dessuten at vi ble tryggere som terapeuter og at samarbeidet med klientene ble bedre.



Resultater

Vurderingen av resultatene er basert på oppfølgningsintervjuer fra ½ til 2½ år etter behandlingens avslutning, vanligvis med foreldrene. Intervjuene er supplert med spørreskjemaer der familiene blir bedt om å krysse av på utsagn om hva om har betydd for dem i samarbeidet med oss, og på utsagn som beskriver eventuelle negative sider ved kontakten med oss (en bearbeidelse av evalueringsskjemaer fra Reichelt, 1983). Uavhengig av behandlingsresultatet var svarene overveiende positive. Betydningen av å møte noen som forsto dem og ikke anklaget dem ble særlig understreket. Vi møtte så godt som bare positive reaksjoner på «uortodokse» sider ved behandlingen som videoopptak, enveisspeil, kommentarer og refleksjoner fra de bak speilet, etc.

Hos 12 (av 18) ungdommer ser vi en klar endring av det mønsteret de var inne i da familien ble henvist til/henvendte seg til oss. Vi oppfattet misbruk som et helt sentralt problem hos fem av disse ungdommene. Det hadde vart lenge (fra tre til syv år), og dominerte tilværelsen deres slik at de ikke mestret noe av det de forsøkte i forhold til skole/ jobb. Tre av disse søkte seg inn og ble tatt imot på kollektiver (for første gang), der de ble i minst ett år. Den fjerde var innom kollektiv en stund før hun begynte på skole som hun mestret godt. Den femte gikk poliklinisk hos oss i to måneder, reiste fra Oslo og stoffmiljøet, og har vært rusfri det siste året.

Hos fem av ungdommene oppfattet vi misbruket som mindre alvorlig. Selv om de alle hadde ruset seg i minst to år, var det på lettere stoffer (alkohol, hasj og barbiturater). De ønsket kontakt med oss p.g.a. problemer i familien og/eller i forhold til arbeid/skole heller enn direkte i forhold til misbruket. Hos alle disse er de problemene de ba om hjelp med betydelig bedret, og de har også redusert misbruket betraktelig. De to siste ungdommene hadde ikke klare misbrukerproblemer, men var glidd ut av sine sammenhenger og befant seg i utpregete risikomiljøer som de nå er kommet ut av.

Hos seks ungdommer kan vi ikke se at det har skjedd noen positiv endring. Fem av dem oppfattet vi som alvorlige misbrukere, med mangeårig, invalidiserende misbruk. Fire av dem har fortsatt sin misbrukerkarriere, og en er død av overdose. Den siste hadde ikke klare misbrukerproblemer. Det var en 14-årig jente som befant seg i et halvkriminelt, halvprostituert pengemiljø, og som alle voksne hadde mistet styringen over.

Konklusjoner

1. Det er viktig å trekke inn familien i arbeid med misbrukere

I alle de familiene der mønsteret ble brutt, ser vi det som en betydningsfull faktor at familien ble trukket inn.

I fire av disse familiene var mor alene, og følte seg helt hjelpeløs og utilstrekkelig. Positive sider ved forholdet var kommet helt i bakgrunnen i iallfall tre av familiene, og samværet dreide seg om en endeløs serie av konflikter.

Eksempel: Grete på 19 år hadde bodd på hospits ett år, og var nå kommet tilbake til mor. Mor så en sjanse til å få henne på rett kjø, og forsøkte å sette grenser og etablere regler. Grete følte seg

konstant overvåket og lite akseptert, og strevde for å etablere rom rundt seg. Mor oppfattet dette som en ustopkelig serie provoserende og bekymringsfulle handlinger, og konfliktmønsteret ble tiltakende stereotypet og fastlåst. I løpet av samtaler så de mer av den andres situasjon, de begynte å la hverandre være mer i fred, og gradvis så de flere positive sider hos hverandre.



I de familiene der foreldrene bodde sammen, var det typisk at de var blitt splittet i forhold til hvordan de skulle takle de vanskelige situasjonene med ungdommene. De presset hverandre inn i engasjerte og distanserte posisjoner, og oppførte seg anklagende mot hverandre.

Eksempel: Ellen, en misbruker på 18 år, bodde i perioder på hospitser o.l. Hun ringte ofte hjem og fortalte mor forferdelige historier, som hun påla henne å holde hemmelig for far. Mor var fortvilet i mange dager etter en slik samtale, men røpet ikke noe for far fordi hun var redd for Ellens avvisning. Far ble lei seg fordi hun ikke viste ham tillit, og trakk seg unna. Mor ble sint fordi far forholdt seg så fjernt. Når Ellen kom hjem, var mor vekselvis omsorgsfull og anklagende. Far forsøkte å være hyggelig og nøytral, til stor irritasjon fra mor som oppfattet det som om han ikke tok problemene på alvor. Etter hvert kom de fram til at Ellen burde stoppes i å fortelle mor noe far ikke skulle få vite, og situasjonen begynte å roe seg. Ellen flyttet hjem igjen, sluttet med misbruk og begynte å arbeide.

2. Familieterapi er ikke tilstrekkelig, spesielt ikke for te tunge misbrukerne

Som nevnt er vi karakterisert 10 av ungdommene som tunge misbrukere. Bare en av disse brøt misbrukerkarrieren uten hjelp av opphold på institusjon. Hos de fire andre der karrieren ble brutt, skjedde det ved at de i løpet av eller etter familiesamtaler bestemte seg for å forsøke et kollektiv. Hvilke roller familiesamtaler bar hatt for denne avgjørelsen er det selvsagt umulig å si, men vår oppfatning er at foreldrene og/eller andre medlemmer av problemsystemet fikk hjelp til å forholde seg annerledes til misbrukerne.

Eksempel: Familien Evensen hadde to jenter som begge hadde misbrukt heroin i flere år. De uttrykte ikke noe ønske om å gjøre noe med sin situasjon, og foreldrene kom vanligvis alene til samtaler. I utgangspunktet var de primært opptatt av å gi jentene omsorg, dvs. at de fikk komme og gå på egne premisser. Gradvis begynte de å skape litt mer rom for seg selv og sin egen tilværelse. De begynte å gjøre ting de ønsket uten å stoppes av tanken på at en av jentene kanskje kunne trenge dem, og de begynte å sette enkelte grenser. Alltid like overrasket over at jentene faktisk respekterte grensene, kunne det komme utsagn som «vi tror de begynner å få litt mer respekt for oss». Et annet typisk utsagn: «Det er vel ikke at det er så veldig annerledes, men det er akkurat som om vi har fått litt mer kontroll over situasjonen.»

På ulike punkter i denne prosessen bestemte hver av jentene seg for å søke kollektiv, noe som ble vellykket for dem begge (etter 1½ år er de der fortsatt begge to). Når et gjel er de fem tunge misbrukerne der det ikke skjedde noen positiv endring, er det vanskelig å trekke noen slutninger. Alle hadde familie som var innstilt på å gjøre de kunne for å hjelpe, og familien møtte trofast selv om misbrukeren uteble. Det mest slående var kanskje at tre av jentene hadde langvarige forhold til kjærester som var enda tyngre misbrukere enn dem selv (mens bare en av de som brøt mønsteret var i en tilsvarende situasjon). Eksempel: Anne, en heroinmisbruker på 23 år, kom til oss i september etter å ha vært bortreist en periode for å avruse seg. Hun sa at hun var fast bestemt på å slutte, og at hun gjerne ville ha hjelp av familien. Familien (foreldre og to søsken) stilte opp, og en periode gikk det ganske bra. Hun var i jobb, en jobb hun hadde mestret og til og med avansert innenfor i tunge misbrukerperioder. Mot juletid begynte misbruket å tilta igjen og det ble stadig mer snakk om

kjæresten som snart kom ut av fengsel. Da han kom ut forsøkte hun en periode å skape avstand til ham, men det varte ikke lenge før de to sammen var langt inne i misbruk igjen.



Anne var den eneste av de tunge misbrukerne som hadde et stabilt arbeidsforhold. I likhet med resten av denne gruppen hadde heller ikke hun sosiale kontakter utenfor et misbrukermiljø. Selv om den lettere gruppen også sto svakt i forhold til arbeid/skole og miljø, var mulighetene i denne gruppen noe bedre i iallefall på ett av områdene. Det er vanskelig å tenke seg hvordan arbeid innenfor rammen av familien kan være tilstrekkelig i forhold til misbrukere som ikke har alternativer til stoffmiljø. Den ene jenta i den tunge gruppen so brøt mønsteret uten å søke seg inn i kollektiv var glad i å lese. Hun holdt seg hjemme og leste i to måneder, og gikk ikke ut uten å være sammen med moren. Neste skritt var arbeid i barnehage mens hun ellers holdt seg hjemme. Endelig fikk hun seg arbeid på en liten øy der hun var sikker på at det ikke var noe heroin, og etablerte vennskapsforhold der.

Avsluttende kommentarer

I denne artikkelen har vi beskrevet erfaringer fra fire års arbeid med og tenkning om stoffmisbrukere og familiene deres, med vekt på rekrutteringsspørsmål og forståelsesmåter. I forhold til begge våre hovedsiktemål har vi konkludert med betydningen av at ansvaret blir værende hos de som har problemet. «Det er umulig å ta ansvar for noe en ikke har kontroll over» er blitt den enkle kvintessensen av de erfaringene vi har gjort.

Innenfor psykoanalytisk tenkning og praksis er dette en ren banalitet. Iallfall innenfor rammen av psykoanalytisk praksis er klienten ansvar for sitt eget liv et hovedpunkt. Psykoanalytisk praksis har imidlertid et begrenset virkefelt p.g.a. de kravene som stilles til tidsbruk og klientressurser, mens familieterapi og andre tilnærminger som er basert på mer direkte og problemfokuset intervensjoner fra terapeutens side tar sikte på å hjelpe klienter med mindre ressurser i løpet av kortere tid. Dette gjør det mye mer problematisk for terapeuten å forholde seg til ansvarsspørsmål.

Ut fra psykoterapiforskning er det ingen grunn til å tvile på berettigelsen av aktive og korttidsorienterte metoder (se f.eks. Koss & Butcher, 1986). Vi tror imidlertid at den type eksperterrolle som f.eks. Stanton & Todd (1982) er talsmenn for, skaper spesielt store vanskeligheter i fastlåste systemer. Dette kan være systemer der «eksperter» tidligere har kommet til kort, og/eller der den som defineres som problematisk vegrer seg mot å ta ansvar for sitt eget liv. Det er interessant å registrere at det nettopp er familieterapeuter som har vært spesielt opptatt av fastlåste systemer (som f.eks. Goolishian et al., 1987) som i størst grad har bidratt til et utviklingsspor bort fra terapeutens eksperterrolle. Dette er en utvikling som ikke går i retning av komplisert teoretisering over hvorfor systemet er fastlåst, men som først og fremst sikter mot å gjøre klientens ressurser tilgjengelige og hjelpe dem til å «ta skjeen i sin egen hånd».

Referanser

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and metadialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415 - 428.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). A view of human systems as linguistic systems: Some preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process* 27, 371 - 393.
- Bengtson, M. & Jensen, K. (1986). Fra stoffmisbruk til behandling. Hovedoppgave ved Universitetet i Oslo.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity and neutrality revisited. *Family Process* 26, 405 - 414.

- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: W. W. Norton.
- de Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy*. New York: W. W. Norton.
- Efron, D.E. (Ed.), (1986). *Journeys: Expansion of the strategio-systemk therapies*. New York: Brunner/Mazel.
- Eldred, C. A. & Washington, M. N. (1976). Interpersonal relationships in heroin use by men and women and their role for treatment outcome, *International Journal of the Addictions*, 11, 117 - 130.
- Foerster, H. von (1981). *Observing systems*. California: Intersystems.
- Goolishian, H. & Anderson, H. (1987). Human systems: Some evolving ideas about the problems they present and our work with them. I L. Reiter, J. Brunner & S. Reiter-Theil (Eds.), *Von der Familietltrapie zur systemichen Therapie*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Gundersen K. (1986). Erfaringer med en integrert familierapeutisk tilnærming til rusmisbruk bos ungdom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 24, 623 - 630.
- Gurman, A. S. Kniskem D. P. & Pinsof, W. M. (1986). Research on marital and family therapies. I S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Haley, J. (1980). *Leaving home*. New York: McGrawHill.
- Helmersen, P. (1968). Teori - terapi - «virkelighet», fra observerte til observerende systemer. *Fokus på familien*, 16, 19 - 32.
- Hjort, H. (1988). *Det oppsøkende arbeidets psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Hoffman, L. (1985). Beyond power and control: Toward a «second order» family systems therapy. *Family Systems Medicine*, 3, 381.396.
- Kaufman, E. (1985). Family systems and family therapy of substance abuse: An overview of two decades of research and clinical experience. *The International Journal of the Addictions*, 20, 897 - 916.
- Korman, H. (1985). Erfaringer fra pilotstudier i Malmø, Innlegg på dagskonferanse om familierterapi med stoffmisbrukere i Oslo. .
- Koss, M. P. & Butcher, J. N. (1986). Research on brief psychotherapy. I S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Levine, B. L. (1983). Adolescent substance abuse: Toward an integration of family systems and individual adaption theories. *The American Journal of Family Therapy*, 13, 3 - 16.
- Levy, B. (1972). Five years after: A follow up of 50 narcotic addicts. *American Journal of Psychiatry*, 7, 102 - 106.
- MacKinnon, L., Parry, A., Black, R. (1984). Strategies of family therapy: The relationship to styles of family functioning. *Journal of the strategic and systemic therapies*, 3, 6 - 22.
- Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Minuchin, S. (1984). *Families and family therapy*. Boston: Harvard University Press.
- Reichborn-Kjennerud, T. (1988). Heinz von Foerster - en pioner innen kybernetikk og konstruktivisme. *Fokus på familien*, 16, 33 - 42.
- Reichelt, S. (1983). Evaluering av arbeid ved en barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Monografi nr. 8.



- Reichelt, S. (1988). Familiesystemteori - inspirert av eller inspirerende for praksis? I A. von der Lippe & G. Nielsen (Red.), *Klinisk psykologisk forskning. Supplement til Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, nr. 1.
- Reichelt, S. & Christensen, B. (1990). Reflections during a study on family therapy with drug addicts. *Family Process*, i trykk.
- Reilly, D. M. (1984). Family therapy with adolescent drug abusers and their families: defying gravity and achieving escape. *Journal of Drug Issues*, 2, 381 - 391.
- Sluzki, C. (1983). Process, structure and world views: Toward an integrated view of systemic models in family therapy. *Family Process*, 22, 469 - 476.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1978). *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: Guidelines for the conduction of the session. *Family Process*, 19, 3 - 12.
- Sivertsen, T. (1985). Erfaringer fra familieraprosjektet i Bergen. Innlegg på dagskonferanse om familierapi med stoffmisbrukere i Oslo.
- Stanton, M. D. (1979). Family treatment approaches to drug abuse problems: A review. *Family Process*, 18, 251 - 279.
- Stanton, M. D. & Todd, T. C. (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: The Guilford Press.
- Sundet, R. (1988). Objektivitet i parentes. Presentasjon av og betraktninger rundt Humberto Maturanas arbeider. *Fokus på familien*, 16, 6 - 18.
- Søderquist, M. (1985). Heroinisten, familien og terapeuten. En ny syn på opiatmisbruk og behandling. *Fokus på familien*, 13, 157 - 173.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing. Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26, 167 - 184.
- Toverud, R. (1988). Stoffmisbrukeres opprinnelsesfamilier. *Fokus på familien*, 16, 177 - 192.
- Vaglum, P. (1979). *Unge stoffmisbrukere i et terapeutisk samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem solution*. New York: Norton.
- Weidmann, A. A. (1985). Engaging the families of substance abusing adolescents in family therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, 97 - 105.

