

SELFCHANGE



Forandring uden behandling – et spørgsmål om *recovery capital*?

Hvordan kan det være, at nogle mennesker formår at komme ud af et problematisk forbrug af rusmidler ved egen hjælp?

AF ANNE-SOFIE CHRISTENSEN & KAREN ELMELAND

Forandring uden behandling betegner det fænomen, at mennesker på egen hånd finder en vej ud af et for højt forbrug af rusmidler – det vil sige uden at modtage hjælp fra fagpersoner, institutioner, selvhjælpsgrupper eller lignende. Internationale studier har vist, at forandring uden behandling er den oftest forekommende måde at komme ud af et for højt alkoholforbrug på. Men hvordan ser det ud i Danmark? Hvem er disse mennesker? Og har de som gruppe bestemte kendetegn, som adskiller dem fra mennesker, der har fundet vej ud af et højt forbrug via behandling, eller fra dem, der stadig drikker for meget? Det er blevet undersøgt ved Center for Rusmiddelforskning.

Internationale undersøgelser gennem de sidste tre årtier har påvist, at det er mere almindeligt at overkomme et problematisk forbrug af rusmidler på egen hånd end gennem behandling (Klingemann, Sobell og Sobell 2009). De amerikanske forskere Cloud og Granfield har på baggrund af denne viden udviklet det teoretiske begreb *recovery capital* med henblik på at forklare og forstå, hvorfor nogle mennesker overvinder et storforbrug af alkohol på egen hånd, mens

andre har brug for professionel hjælp. Ved Center for Rusmiddelforskning har vi siden 2008 arbejdet med projektet: 'Forandring uden behandling' med fokus på den gruppe af mennesker, der stopper et overforbrug af alkohol uden behandlingsmæssig intervention. I dette projekt-regi er teorien om *recovery capital* blevet afprøvet for at se, om teorien, der er udviklet på baggrund af amerikanske data, også kunne bidrage til en større forståelse af forandring uden behandling i en dansk kontekst.

Om projektet 'Forandring uden behandling'

Projekt 'Forandring uden behandling' har gennemløbet flere faser. Det startede i 2008 med en kvalitativ pilotundersøgelse, som tidligere er blevet beskrevet i STOF (Elmeland og Hecksher 2009). I denne undersøgelse blev 31 mennesker (medierekrutterede) interviewet med henblik på at få et kvalitativt indblik i fænomenet og dets forskellige udtryk. Vi kunne slå fast, at forandring uden behandling også finder sted i Danmark, og vi kunne endvidere se, at den aktuelle gruppe mennesker var heterogen i såvel deres baggrund som i deres forløb og proces. Vi fandt efterfølgende, at fænomenet burde yderligere belyses

på baggrund af mere repræsentative data, og vi ville endvidere gerne afprøve teorien om recovery capital i en dansk sammenhæng for at se, om teorien kunne bidrage med svar på spørgsmålene om, hvad der ligger til grund for, at nogle mennesker overkommer et problematisk forbrug uden behandlingsmæssig intervention.

Cloud og Granfields teori om recovery capital blev derfor analyseret i relation til data fra en dansk spørgeskemaundersøgelse (Bloomfield *et al* 2013). Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført ved Center for Rusmiddelforskning i efteråret i 2011 blandt et repræsentativt udsnit af den danske befolkning, hvor respondenterne blev stillet en række spørgsmål om deres rusmiddelforbrug, holdninger til rusmiddelpolitiske spørgsmål og livsstil i øvrigt. I alt 5.133 respondenter deltog aktivt i undersøgelsen, hvilket gav en svarprocent på 64 %.

Recovery capital

Recovery capital blev introduceret af Cloud og Granfield i 2004 og videreudviklet i de følgende år (Cloud & Granfield 2004, Cloud & Granfield 2008). Forfatterne tager udgangspunkt i Bourdieus klassiske kapital-begreb, som de udvikler til den teoretiske konstruktion *recovery capital*. Cloud og Granfield argumenterer for, at det enkelte individs evne til selv at stoppe et længevarende misbrug eller afhængighed af rusmidler kan ses som et resultat af personens evner og ressourcer udviklet igennem det samlede livsforløb. Antagelsen er, at en person med høj recovery capital har større chance for selv at overkomme et problematisk storforbrug af alkohol end en person med lav recovery capital. Recovery capital-begrebet består af fire typer af kapitaler:

Social kapital angår personernes sociale netværk: Hvis personerne befinder sig i et stærkt socialt netværk, bliver de støttet i forandringsprocessen, og ikke mindst bliver der formuleret forventninger til dem fra deres venner og familie.

Fysisk kapital henviser primært til personens økonomiske forhold (indkomst, opsparing, investeringer etc.). Har man høj fysisk kapital, er man bedre i stand til at imødekomme udfordringerne i forbindelse med forandringen. – Man nyder højst sandsynligt stadig respekt og anerkendelse i sit lokalområde, og f.eks.

vil man måske have mulighed for at tage orlov fra arbejde.

Menneskelig kapital indbefatter en række menneskelige kundskaber og egenskaber såsom uddannelse, viden, helbred (fysisk såvel som mentalt) og lignende.

Kulturel kapital henviser til det enkelte menneskes evne til at leve op til eller internalisere de kulturelle normer, der eksisterer i deres aktuelle samfund. En høj kulturel kapital menes således at kunne hjælpe mennesker til forandring uden behandling, da de mennesker, som accepterer og respekterer de aktuelt gældende konventionelle, kulturelle normer og regler, har et grundlag og et ambitionsniveau at forholde sig til i deres forandringsproces.

Recovery capital i det danske spørgeskema

I spørgeskemaundersøgelsen blev respondenterne spurgt om, hvorvidt de havde haft en periode på to år eller mere i deres liv med et for højt/problematisk forbrug af alkohol, samt hvad de havde gjort i den forbindelse. 9 % (473 respondenter) svarede, at de havde haft en sådan længere periode med et for højt forbrug af alkohol. Af disse angav 78 % (368 respondenter), at de radikalt havde reduceret eller helt stoppet forbruget uden at indgå i en behandlingsmæssig sammenhæng. 12 % havde valgt at gå i behandling, mens resten ikke havde gjort noget. Disse data peger på, at også i Danmark er forandring uden behandling tilsyneladende den mest almindelige måde at overkomme et storforbrug af alkohol på.

I datasættet findes endvidere spørgsmål, der samlet giver nogle gode indikatorer på respondenternes recovery capital.

I relation til *social kapital* er der i undersøgelsen fem spørgsmål, der belyser dette. Spørgsmålene angår respondenternes samliv med andre, respondenternes brug af tid i sociale relationer (familie og venner/bekendte), og om respondenterne indgår i andre sociale netværk (sport, frivilligt arbejde, klubber mv.).

Kulturel kapital har i analysen fokus på, hvad respondenterne angiver at have brugt tid på i hverdagen inden for det seneste år. Herunder aktiviteter uden for hjemmet (teater/biograf/koncerter/café/natur) og aktiviteter i hjemmet (bøger/PC/TV/hobbies/havearbejde). I Cloud og Granfields teori er kirken og tilknytningen hertil en vigtig del af den kulturelle

kapital. I Danmark spiller kirken derimod en anden rolle end i USA, og det er derfor valgt ikke at inddrage en evt. tilknytning til kirken i denne analyse.

Menneskelig kapital er undersøgt ved hjælp af to spørgsmål: tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsesniveau. Med hensyn til *fysisk kapital* er der inddraget to spørgsmål i analysen: 1) Hvorvidt respondenterne ejer, lejer eller andels-ejer eget hjem – og 2) Respondenternes indkomst det seneste år.

Med henblik på at foretage en sammenlignende analyse af forskellige populationer med hensyn til forbrug og behandling i Danmark inddelte vi de aktuelle respondenter i tre grupper:

- 1) Forandring uden behandling-populationen (FuB): Respondenter, der har angivet at have reduceret/stoppet et overforbrug af alkohol uden behandlingsmæssig intervention, og som på undersøgelsestidspunktet havde et forbrug under Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (14/21).
- 2) Behandlingspopulationen (Behandling): De respondenter, der havde valgt behandling som løsning på deres overforbrug, og som på undersø-

gelsestidspunktet havde et forbrug under Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (14/21).

- 3) Storforbrugerne (Storforbrugere): De respondenter, der på undersøgelsestidspunktet havde et forbrug, der lå markant højere end Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser – dvs. 25 genstande eller mere egentlig for kvinder og 35 genstande eller mere egentlig for mænd.

Disse tre grupper har vi sammenholdt med den samlede undersøgelsespopulation (DK). Da der i behandlingspopulationen ikke var personer på under 37 år, valgte vi at sætte en nedre aldersgrænse for alle 4 populationer på 37 år.

Resultater

Resultaterne af analysen er præsenteret i tabel 1 (social og kulturel kapital) og tabel 2 (menneskelig kapital og fysisk kapital).

Når man laver statistiske analyser, er de forbundet med en vis usikkerhed grundet diverse forhold (antallet af respondenter, systematiske og ikke-systematiske tilfældigheder). – Derfor er to tal, der er forskellige i en

TABEL 1.

	Spørgsmål	FuB N=146	Behandling N=22	Storforbrugere N=48	DK N=3519
Social kapital	Bor du sammen med nogen?				
	Sociale relationer (indeks): De sidste spørgsmål handler om, hvad du har brugt tid på i din hverdag i det seneste år: Jeg har brugt tid sammen med min familie Jeg har brugt tid sammen med venner og/eller bekendte				
	Sociale netværk (indeks): ... hvad du har brugt tid på i din hverdag i det seneste år: Jeg har brugt tid på at dyrke sport og motion Jeg har brugt tid på frivilligt arbejde Jeg har brugt tid på politiske aktiviteter og møder				
Kulturel kapital	... hvad du har brugt tid på i din hverdag i det seneste år: Jeg har brugt tid på aktiviteter uden for hjemmet (teater/biograf/koncerter/café/natur)				
	... hvad du har brugt tid på i din hverdag i det seneste år: Jeg har brugt tid på aktiviteter i hjemmet (bøger/PC/TV/hobbies/havearbejde)				

Tabel 1 viser kulturel og social kapital i spørgeskemaet. FuB-populationen danner udgangspunkt for sammenligningen.

Farvekoder:

Udgangspunkt for sammenligning
Samme niveau
Lavere, men ikke signifikant
Signifikant lavere (0,05) det vil sige lavere kapital

TABEL 2.

	Spørgsmål	Svarmuligheder	FuB N=146	Behandling N=22	Storforbrugere N=48	DK N=3519
Menneskelig kapital	Ansættelsesforhold	I arbejde/studie		Lavere	Lavere	
		Pensioneret/på efterløn		Lavere	Lavere	
		Uden for arbejdsmarkedet		Højere	Højere	
	Højest uddannelse	Folkeskole		Højere	Højere	Højere
		Ungdomsuddannelse		Lavere	Lavere	Lavere
		Videregående uddannelse		Lavere	Lavere	Lavere
Fysisk kapital	Boligforhold	Ejer eget hjem		Lavere	Lavere	
		Lejer hjem		Højere	Højere	
		Ejer gennem andelsforening		Lavere	Lavere	
	Indkomst	< 199,999 dkr		Højere	Højere	Højere
		200,000-499,999 dkr		Lavere	Lavere	
		499,999 dkr<		Lavere	Lavere	Lavere

Tabel 2 viser menneskelig og fysisk kapital i spørgeskemaet. FuB-populationen danner udgangspunkt for sammenligningen.

Farvekoder:

Udgangspunkt for sammenligning
Samme niveau
Lavere eller højere, men ikke signifikant det vil sige lavere kapital
Signifikant lavere eller signifikant højere (0,05)det vil sige lavere kapital

tabel, ikke nødvendigvis forskellige statistisk set, fordi der skal tages højde for denne usikkerhed. Når der er taget højde for denne usikkerhed, og der stadig er forskel, kalder vi det signifikant forskellige. I tabellerne har vi taget udgangspunkt i FuB-populationen og har undersøgt, om de andre to grupper er forskellige eller signifikant forskellige fra FuB-respondenterne. Vi har endvidere sammenlignet FuB-populationen med alle spørgeskemaets respondenter. De samlede respondenter i spørgeskemaet repræsenterer den samlede danske befolkning.

Tabel 1 viser sammenligningen mellem respondentgrupperne udtrykt i farver med udgangspunkt i FuB-populationen. De røde felter angiver, at den positive kapital for den relevante respondentgruppe er signifikant *lavere* end i FuB-populationen. Det springer naturligvis i øjnene, at storforbrugerne har signifikant lavere social og kulturel kapital, uanset hvilket spørgsmål man kigger på. Behandlingspopulationens svar er mere brogede: De bruger signifikant mindre tid på at indgå i sociale relationer, og de har signifikant færre aktiviteter i hjemmet. Og så er det tæt på, at behandlingspopulationen sjældnere bor sammen med andre. Respondenterne i behandlingspopulationen

angiver dog, at de bruger tid sammen med familie og venner samt på uden-for-hjemmet-aktiviteter på lige fod med FuB-populationen. Kigger man i kolonnen længst til højre i tabel 1, ses gennemsnittet blandt alle respondenter i undersøgelsen. Det bemærkelsesværdige er her, at kolonnen er grøn og dermed ligner sammensætningen af FuB-populationen og sammensætningen af den generelle danske befolkning med hensyn til social og kulturel kapital.

Igen i **tabel 2** angiver den røde farve, at den relevante gruppe af respondenter har signifikant lavere kapital end FuB-populationen. Igen er det den røde kolonne under storforbrugerne, der først springer i øjnene: De er oftere uden for arbejdsmarkedet end FuB-populationen, de har oftere afsluttet uddannelsen i løbet af eller efter folkeskolen, de lejer deres hjem oftere, og så har de oftest den laveste indkomst. Alle disse resultater er signifikante. Behandlingspopulationens kolonne er også næsten rød – det vil sige, at gruppens profil minder om den allerede skitserede for storforbrugerne. Kun med hensyn til uddannelse er resultatet ikke signifikant. Sammenligner man FuB-populationen med den generelle danske befolkning, så ligner de to hinanden, og der er ingen



signifikante forskelle. Dog er FuB-populationen lidt bedre uddannet generelt, og der er flere i FuB-populationen, der ligger i den højeste indkomstgruppe og færre i den laveste indkomstgruppe i forhold til den generelle danske befolkning.

Diskussion

Den tidligere nævnte pilotundersøgelses interviews blev kvalitativt sammenlignet med et sæt interviews fra en behandlingspopulation (Elmeland og Hecksher 2009). Denne sammenligning viste, at de, der havde gennemgået forandring uden behandling, havde højere recovery capital på det tidspunkt, de ændrede forbruget. De var oftere tilknyttet arbejdsmarkedet, de havde intakte familie og sociale relationer, de var bedre stillet økonomisk osv. Fælles for gruppen af mennesker, der var kommet ud af alkoholmisbruget på egen hånd, var også, at de var meget determinerede i forhold til etablering af en ny livsstil.

Billedet i spørgeskema-undersøgelsen er ikke helt så klart. Storforbrugerne har klart den laveste recovery capital, mens FuB-populationen og behandlingspopulation mere ligner hinanden; dog havde FuB-populationen generelt højere recovery capital. Mest signifikant var det dog, at FuB-populationen ligner den danske befolkning generelt med hensyn til recovery capital.

Så hvem stopper/reducerer et problematisk alkoholforbrug i Danmark? Til dette spørgsmål er der to svar: På den ene side er det hr. og fru Danmark. Sammenligningen mellem FuB-respondenterne og alle respondenterne er gennemgående grøn – det vil sige, at der ikke er nogen signifikante forskelle i deres profil med hensyn til de fire forskellige kapitaler. Så set i forhold til recovery capital kunne – i princippet – hvem som helst selv stoppe/reducere et problematisk forbrug. På den anden side er det dem med højest recovery capital blandt de respondenter, der har haft et for højt forbrug gennem en længere periode, der har klaret forandring uden behandling.

Vi finder det dog tankevækkende, at gruppen af storforbrugere i spørgeskema-undersøgelsen har så markant lavere recovery capital end både forandring-uden-behandlings-populationen og behandlingspopulationen. I denne gruppe af storforbrugere findes de personer, der engang i fremtiden vil stoppe eller

reducere forbruget – uanset om det er med eller uden behandling. Og recovery capital er jo tænkt som – mere eller mindre iboende/oparbejdede – egenskaber hos den enkelte. Når egenskaberne så kun er svagt til stede hos dem, der i fremtiden skal nedsætte deres forbrug, så åbner det nogle spørgsmål, først og fremmest: Hvor kommer recovery capital fra? Et svar på dette spørgsmål kunne være, at de respondenter med høj recovery capital, der drikker for meget, i spørgeskemaundersøgelsen har underrapporteret deres forbrug og dermed skjuler sig i tallene. Underrapportering i forbindelse med indtagelse af alkohol er ikke et ukendt fænomen – og det er vanskeligt at sætte tal på, og det er umuligt at indkalkulere i analyser. Et andet svar kan være, at recovery capital ikke er så fast iboende i mennesker, som Cloud og Granfield antager. Det vil sige: Hvis man i en kortere eller længere periode har andre problemer (fysiske, psykiske eller sociale) end et for højt alkoholforbrug, så påvirker det personens aktuelle recovery capital, men ikke nødvendigvis for livstid. I spørgeskemaundersøgelsen er det jo respondenternes aktuelle livssituation, der tages udgangspunkt i – mens det i det kvalitative pilot-studie var livssituationen på ændringstidspunktet, der var i fokus.

Endvidere skal man i sådanne projekter som dette huske på, at når en person besvarer et spørgeskema eller deltager i et interview, afgives informationer, der ud over at afspejle verden, som den er, også afspejler verden, som man oplever den i situationen. Dermed bliver det i forskningsmæssig sammenhæng vigtigt at have for øje, at vores – og de fleste andre – studier af forandring uden behandling er retrospektive studier, der er betinget af, at informanternes/respondenternes nuværende situation påvirker, hvordan de ser på og fremstiller fortiden. ■

LITTERATUR

- Bloomfield K., Elmeland K. og Villumsen S.: Rusmidler i Danmark - forbrug, holdninger og livsstil. CRF, Aarhus Universitet. 2013.
- Cloud W., Granfield R.: A life course perspective on existing addiction: The relevance of recovery capital in treatment. In: Rosenqvist P., Blomqvist J., Koski-Jannes A., Öjesjö L. (Eds.) *Addiction and life course*. Helsinki: NAD publication 44. 2004.
- Cloud W., Granfield R.: Conceptualizing recovery capital: expansion of a theoretical construct. *Substance Use and Misuse*. 43; 1971-1986. 2008.
- Elmeland K., Hecksher D.: Forandring uden behandling. *STOF* 14; 17-20. 2009.
- Klingemann H., Sobell M.B. & Sobell L.C.: Continuities and changes in self-change research. *Addiction* 105; 1510-1518. 2009.