

PERSONLIGE FAKTORER I MISBRUGSBEHANDLINGEN

I det terapeutiske forløb spiller graden af forbundethed (alliance) og indvilligelse (compliance) afgørende roller. Derfor er det vigtigt at se på de personlige indsigter og realiteter hos både patient og behandler

AF ANETTE SØGAARD NIELSEN

Det store problem i behandlingen af misbrug er ikke behandlingsmetoderne som sådan, men snarere at compliance i behandlingen er ringe - eller rettere: at patienten vælger ikke at følge behandlingen og i stedet 'dropper ud'. Faktorer, der påvirker compliance i misbrugsbehandlingen, har imidlertid kun i relativt ringe grad været genstand for forskning - og da oftest været koncentreret om patientens individuelle beslutning om at ændre misbrugsvaner.

I mit oplæg på konferencen gennemgik jeg tre kvalitative studier af egen-oplevelsen af behandling for alkoholmisbrug. Studierne baserede sig på fortællinger, som henholdsvis patienter og behandlere havde fortalt i forbindelse med, at de beskrev den ambulante behandling for alkoholmisbrug, som de deltog i 'på hver sin side af bordet'. Disse fortællinger viste sig langt fra altid at have samme pointe, selvom både patient og behandler havde været fælles om oplevelserne i selve behandlingen. Studierne gav information om faktorer, der spiller ind på den alliance, der er mellem behandler og patient, ligesom studierne gav information om, hvordan såvel behandleren som patienter overhovedet skaber sig billeder af den anden og af behandling som sådan.

Undersøgelsen af *patienternes* fortællinger viste desuden, hvordan misbrug ikke er en entydig størrelse, men tværtimod bliver konstrueret ud fra patientens dagligliv og ved reference til en 'folkelig' opfattelse af alkoholisme. Denne personlige

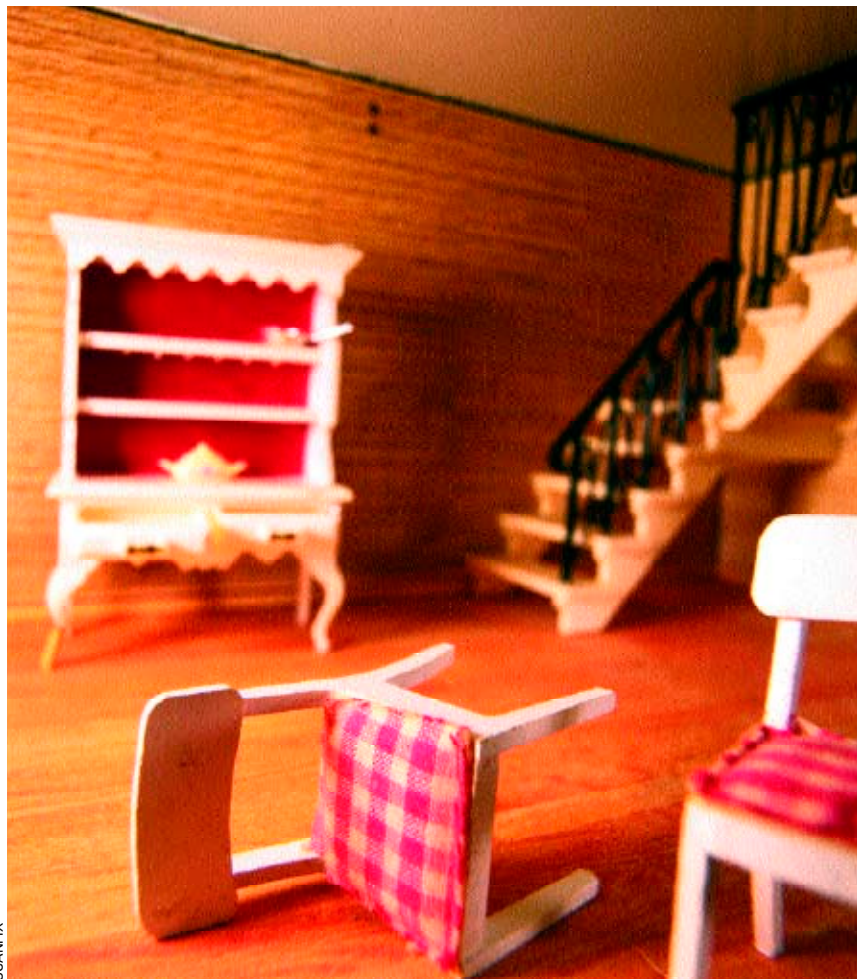
oplevelse af, hvad alkoholmisbrug er, og i hvilken forstand man selv er alkoholmisbruger, er samtidig snævert knyttet sammen med patientens forventninger til behandlingen.

Subjektive og objektive data

Analyserne af behandlernes og patienternes egen-oplevelser af behandling står i modsætning til den overvejende del af forskningen i behandling for alkoholmisbrug, som gennem mange år har koncentreret

sig om objektive patientkarakteristika som drikkemønster, varighed af overforbruget og demografiske data med henblik på at finde den bedste måde at matche patienter og behandlingsformer. Antagelsen i den overvejende del af forskningen har været, at der er en korrespondance mellem sådanne karakteristika og behandling. De kvalitative studier antyder imidlertid, at dette måske er en for simpel antagelse.

De objektive data giver nemlig





ikke et reelt billede af, hvordan sociale hændelser og udvikling sker. Analysen af patienternes fortællinger viser derimod, at selvom flere patienter synes at have været udsat for de samme hændelser og have relativt ensartede drikkemønstre - voldsomt alkoholforbrug, abstinenssymptomer, morgendrikkeri, udvikling af tolerance, skilsmisse etc. - er disse faktorer ikke blot objektive symptomer eller patient-karakteristika, men meget forskellige oplevelser for de enkelte patienter. Og netop fordi *den mening*, patienterne uddrager af faktorerne eller hændelserne, er forskellig, så drager patienterne forskellige konklusioner i forhold til behandling. Disse meget forskellige konklusioner på trods af de tilsyneladende udbredte lighedspunkter, hvad angår de såkaldt objektive patientkarakteristika, kan være noget af forklaringen på, at behandlingsforskningen ikke synes at komme så meget videre. Det kan tænkes, at behandlingsforskningen i for høj grad bygger på et udsnit af vedtagne, objektive variable, som måske ikke er så velvalgte endda, når netop disse fortolkes så forskelligt af patienterne.

Patientens oplevelse bør imidlertid ikke blot tages i betragtning som den subjektive version af de 'objektive' data, men også fordi det er denne subjektive oplevelse, der udgør patientens realitet og hverdagsliv. Det er fra denne platform, patienten beslutter, hvorvidt han eller hun skal fortsætte behandlingen eller ej.

Forbedringer af behandlingen

Ved i højere grad at studere denne platform for patientens beslutningstagning vil man formentlig kunne få bedre indsigt i mekanismer, der i dag spiller ind på manglende compliance, heriblandt forbedrede kriterier til matchning mellem patient og behandlingstilbud. Man kan imidlertid få den tanke, at fordi misbrugere i folkemunde gennem årtier er blevet beskrevet som utroværdige

og benægtende i forhold til deres misbrug, så har forskningsmiljøerne vejet udenom at tillægge misbrugernes egen-oplevelse betydning. Herved har man formentlig overset megen information om, hvorledes misbrug og behandling fortolkes af dem, der vælger ændring af misbrugsvanerne til og fra - og vælger behandlingstilbuddene til og fra.

Effekt af behandling

Ligesom faktorer, der påvirker compliance, relaterer sig til patientens individuelle platform, vil begrebet 'god effekt af behandling' formentlig også være et relativt begreb. På alkoholområdet vil de fleste misbrugere i behandling stræbe efter et alkoholforbrug, de ikke oplever tager magten fra dem. Det vil sige, at det kun er de færreste, der vil vælge afholdenhed som behandlingsmål, med mindre de efter megen møje og besvær er nået frem til, at et relativt kontrolleret forbrug ikke er muligt.

Når det gælder rygeophør, accepterer samfundet en varieret opfattelse af effekt. Nogle holder helt op med at ryge første gang, andre prøver mange gange, atter andre er på substitutionsbehandling i årevis, atter andre går fra at være dagligrygere til at være selskabsrygere, fra at være indendørsrygere til at være udendørsrygere, aftenrygere, stress-rygere eller rygere i andre variationer. På alkohol- og narkobehandlingsområdet savnes en tilsvarende mere nuanceret opfattelse af ændrede vaner.

Ikke alle kan opnå et enten kontrolleret forbrug eller afholdenhed efter endt behandling, om end mange kan, imens behandling står på. Skal vi dermed konkludere, at behandling bør være et livstidsprojekt? Eller skal vi se behandling som faser, hvori patienten kan indgå i perioder, vekslende med perioder på egen hånd, hvor pågældende kan undersøge, hvorvidt de tillærte strategier er tilstrækkelig hjælp? Er strategierne ikke tilstrækkelige, kan ved-

kommende vende tilbage til en ny fase i behandlingsforløbet, hvorefter patienten kan forsøge at stå på egne ben igen, evt. atter kun i en periode, indtil vedkommende en dag enten er tilfreds med resultatet eller resignerer på det stadie, han eller hun nu engang er kommet til.

Samspillet mellem forskning og praksis

Forskningen bør som nævnt ovenfor ikke blot studere de objektive faktorer, men også behandlerens og patientens egen-oplevelser, hvis compliance i behandlingen - og måske dermed effekt af behandling - skal forbedres. Men både compliance i og effekt af behandling kan formentlig forbedres gennem den professionalisering af behandlingen, som inddragelse af forskningsarbejdet kan bidrage med. Med forskningsarbejdet menes her, at selve dataindsamlingerne alt for ofte og praksisområdet opfattes som rent og skært ekstraarbejde 'for forskningens skyld'. Dataindsamlinger vedr. patienten og dennes udvikling i behandlingen etc. er imidlertid ofte data, som behandleren med udbytte kan inddrage direkte i samspejlet med patienten og bruge som platform for en dialog med patienten om, hvorledes denne har ændret misbrugsvaner, hvor langt patienten er i processen, og hvad der bør arbejdes med i behandlingen frem til næste måling af udviklingen. Struktureret dataindsamling er således ikke blot et fundament under og materiale i forskningsprocessen (hvortil den kvalitative forskning er et ikke uvæsentligt element); struktureret dataindsamling er samtidig et centralt element i selve behandlingen og et vigtigt redskab til at holde fokus i behandling og dermed bedre compliance, simpelthen fordi behandler og patient sammen sætter ord på, hvad arbejdet i behandlingen går ud på, og hvor tæt på målet man er på et givet tidspunkt.