
**ATT SLÄPPA TAGET OM DEN ANDRE
OCH
ATT GREPPA TAG OM SIG SJÄLV**

Utvärdering av Upplands Väsby kommuns anhörigprogram

Maria Wiberg
2006

Författaren kan nås på
Addictusmottagningen, Vallentuna 08-587 856 91
Maria.Wiberg@vallentuna.se

Handledare:
Katarina Piuva
Inst. för socialt arbete
Stockholms Universitet
katarina@socarb.su.se

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	3
Bakgrund	4
Del 1	
BESKRIVNING AV VERKSAMHETEN	5
Beroendemottagningen	5
Behandlingsprogrammet för kemiskt beroende	5
Anhörigprogrammet	6
- Historik	6
- Vilka bjuds in?	6
- När är det inte lämpligt att gå ett anhörigprogram	6
- De yttre ramarna	7
- Mötesstruktur	7
- Gruppledarnas roll	8
- Innehåll	8
- Beroendelära	8
- Sjukdomens påverkan i familjen, medberoende/möjliggörande	9
- En inbjuden anhörig berättar om sitt liv	11
- Familjens olika roller	11
- Sorgeprocessen	13
- Att sätta gränser	14
- Al-Anon	15
- Mina egna mål	16
- Avslutning	17
ANHÖRIGPROGRAM I ÖVRIGA LANDET	17
Del 2	
UTVÄRDERINGEN	18
Frågeställningar	18
Utvärderingsmodell	18
Modellens för/nackdelar	18
Deltagargruppen	19
Resultat	20
Slutdiskussion	29
Referenser	31
Bilagor	

SAMMANFATTNING

Upplands Väsby kommun tillhör en av de få kommuner i landet som bedriver ett strukturerat anhörigprogram. Trots att det funnits någon form av anhörigarbete i ca 15 år, de senaste 5 åren med tydligare struktur, har verksamheten hittills inte dokumenterats.

Syftet med denna rapport är att ge en utförlig beskrivning av anhörigprogrammets innehåll, struktur och förutsättningar. Rapporten vill också skapa en förståelse för den anhöriges livssituation och behov av egen hjälp. ”Vad familjen behöver är undervisning om drogen alkohol, vilka problem det kroniska missbruket ger upphov till samt sjukdomen alkoholism. Familjen behöver dessutom lära sig hur sjukdomssymtomen påverkar familjen. Familjen behöver även hjälp med att kartlägga det egna beteendet för att förstå hur det kan överensstämja med, eller till och med befrämja alkoholistens drickande. De måste också komma till insikt om sina egna känslor för att realistiskt kunna förstå problemets dimensioner och vad som krävs av dem. Till följd av detta måste de undersöka vilka alternativ de har att välja mellan för att lösa problemet. Framför allt behöver familjemedlemmarna stöd och uppmuntran för att kunna leva sina egna liv *trots alkoholismen*. Genom att göra det ökar, paradoxalt nog, chanserna att avbryta den alkoholistiska processen” (Kinney o Leaton 1997).

Ytterligare ett syfte med rapporten är att mäta om programmet ökar den anhöriges psykiska välbefinnande, och om programmet påverkar den anhörige beteendemönster och känslor i relation till den beroende.

Metoden jag använt för att hitta svaren på den första frågan har varit att sammanställa det material som finns runt de olika temana.

För att få svar på de två andra frågeställningarna har jag använt en självskattningsenkät. Dvs. deltagarna har själva uppskattat sitt mående utifrån en enkät med 4 svarsalternativ. Mätningen har skett vid tre tillfällen, före programmet, vid programmets slut och en månad efter programmets slut. Antal deltagare i utvärderingen är 15 personer, uppdelat på tre olika anhörigprogram.

En svaghet med denna metod är att utvärderingen sträcker sig under en relativt kort tid. Från första till sista mättillfället är det ca 12 veckor. Förändringsprocesser tar lång tid och för att få en mer rättvis bild av programmets påverkan skulle en mätning efter ytterligare ett år behövas.

En ytterligare svaghet är att deltagarantalet i utvärderingen är litet. Det går därför inte att dra några stora slutsatser av resultatet, utan snarare tendenser. Det är dock en god ansats till ett fortsatt arbete med utvärdering av programmet. Självskattningsenkät har visat sig vara ett fungerande kvalitetsmätningssinstrument.

Dispositionen på rapporten är följande: Del 1 innehåller den beskrivande delen av anhörigprogrammet med en historisk tillbakablick. Del 2 är den utvärderande delen av rapporten, där undersökningsmetoden och sammanställningen av enkätundersökningarna redovisas.

Resultaten visar att det psykiska välbefinnandet tydligt ökar för alla tre grupper över tid. Takten för ökningen ser olika ut och det kan härledas till deltagarnas olika livssituationer under programmet. Där deltagarna fortfarande lever med partner i ett aktivt missbruk är den anhöriges förändring långsammare. Resultatet visar också att deltagarna upplever en förändring i huruvida de påverkats av sin anhöriges missbruk i såväl känslor som beteendemönster. Denna förändring är mindre samstämmig och visar ganska stora variationer i de olika grupperna.

Bakgrund

Alkoholism tillhör ett av vårt lands största folkhälsoproblem. Alkoholmissbruk är en av topp-tre bidragande dödsorsaker tillsammans med hjärtsjukdomar, cancer och hjärnblödning (Cremer L). Den humanitära och ekonomiska samhällskostnaden är enorm. I många fall är detta missbruk dolt för arbetsgivare, sjukvård och socialtjänst. Men för de anhöriga är inte missbruket dolt. Deras problem och förtvivlan förblir ofta en hemlighet under alltför lång tid, och under denna tid växer problemen och blir för många ohanterliga (Nordqvist, 2004).

Upplands Väsby kommun är en av få kommuner i landet som erbjuder ett strukturerat anhörigprogram. Anhörigarbetet har funnits på beroendemottagningen i ca 15 år, i strukturerad form de senaste 5 åren. Det ingår som en del av öppenvårdsbehandlingen för kemiskt beroende, men är också öppen för alla vuxna i Upplands Väsby kommun som har en relation till en person med kemiskt beroende. Under dessa år har det aldrig genomförts någon utvärdering på anhörigprogrammet. I dessa tider är insatser, metoder och behandlingsmodeller inom det sociala arbetet föremål för diskussioner. Inom den offentliga debatten har man ifrågasatt om de insatser som socialtjänsten erbjuder verkligen har några positiva effekter för den enskilde. Idag när vi ska gå mot en mer kunskapsbaserad socialtjänst fyller en utvärdering av anhörigprogrammet ett tomrum inom vår förvaltning, och förhoppningsvis också utanför vår kommun.

Under vårterminen 2004 genomförde jag en 5 poängskurs i utvärdering och utvecklingsarbete på magisternivå genom CKP Stockholm. Centrum för kunskapsutveckling i praktiken i Stockholm, inrättades sommaren 2002 i samarbete mellan Institutionen för Socialt arbete vid Stockholms universitet och åtta kommuner i nordvästra Stockholmsregionen; Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Upplands Väsby och Upplands Bro. Verksamheten syftar till en långsiktig kunskapsutveckling på basis av en tät samverkan mellan socialtjänstens praktiskt verksamma personal samt forskare och lärare i socialt arbetet. Denna kurs syfte var att arbeta fram en utvärderingsplan för en tilltänkt utvärdering som kommunen hade för avsikt att genomföra. Jag arbetade under våren fram denna utvärderingsplan som legat till grund för utvärdering.

Beroendemottagningen

Beroendemottagningen är ett samarbete mellan kommunen och Beroendecentrum, Landstinget. Här arbetar från landstinget: 1 läkare (80%), 2 sjuksköterskor (200%), 1 case manager (100%) från kommunen: 3 alkohol/drogterapeuter (275%), 1 socionom (100%), 1 receptionist (100%)

Beroendemottagningen arbetar med

- medicinsk bedömning
- avgiftning
- nedtrappning av läkemedel
- motivationssamtal
- återfallsprevention
- stödsamtal
- öppenvårdsbehandling för kemiskt beroende enligt Minnesotamodellen
- anhörigprogram i grupp
- enskilda anhörigsamtal

Verksamheten på beroendemottagningen är både generell – öppen för alla utan behovsbedömning, och biståndsprovad – behandlingsprogrammet.

Personalen har ett gemensamt synsätt vad gäller kemiskt beroende. Det är en behandlingsbar sjukdom, och inte ett symptom på andra bakomliggande orsaker.

Behandlingsprogrammet för kemiskt beroende

Behandlingen är för vuxna människor, från 20 år, med ett beroende av alkohol/narkotika eller tabletter. Kommunen bedriver också en öppenvårdsbehandling för ungdomar, 18-25 år. Om personen är 20-25 år görs en bedömning vilken behandling som passar klienten bäst.

Behandlingstiden är 1 år och består av två delar, grundbehandling i minst 6 veckor, och därefter fortsatt behandling.

Grundbehandlingen är måndag, onsdag, fredag 9.00-12.00, tisdag, torsdag 9.00-14.30. Den fortsatta behandlingen är 1 kväll i veckan 1,5 timme.

Behandlingen är en Minnesotabehandling som lägger tonvikt på det egna alkohol/droganvändandet. Den ger kunskap och insikt om sjukdomen, och hur klienten kan förhålla sig till den på ett sunt sätt. Det är en behandling som kräver aktivt medverkande. Målet är att uppnå nykterhet och drogfrihet.

Minnesotamodellen bygger på AA´s 12 steg och ser tillfrisknandet från beroendesjukdomen som en livslång process. Nykterhet är inte endast att sluta dricka/droga utan kräver en beteende- och livsstilsförändring. För att klara av sin fortsatta nykterhet och tillfrisknande finns självhjälsgrupper, AA/NA.

I en Minnesotabehandling ingår alltid ett familjeprogram som en del. Detta är en förutsättning för att få kallas en Minnesotabehandling.

Under första delen av behandlingsprogrammet får deltagarna bjuda in sina anhöriga till mottagningen, för att de ska få kunskap om vilket stöd och hjälp de kan få. Den anhörige inbjuds då till ett eftermiddagsseminarium där information ges om beroendesjukdomen och anhörigproblematiken. Under seminariet ges också information om anhörigprogrammet och självhjälsgrupperna för anhöriga. Seminariet sker ca var 5:e vecka och riktar sig även till professionella som kommer i kontakt med beroendesjukdomen.

I behandlingsprogrammet ingår 2 föreläsningar om alkoholens/drogens påverkan på familjen.

ANHÖRIGPROGRAMMET

Historik

1989 togs ett beslut i Upplands Väsby kommun att starta en egen öppenvårdsbehandling för kemiskt beroende. Anledningen var dels att dra ned på placeringskostnaderna, och dels en tro att behandling på hemmaplan var till gagn för klienten. Ledningen anlät en konsult, för att bygga upp det som kom att heta ”Kursen”. Behandlingsmetoden på ”Kursen”, var influerat av Minnesotamodellen, men ingen renodlad 12-stegs behandling. Alkoholism/narkomani sågs som ett tillstånd i sig och inte ett symptom på andra bakomliggande orsaker. Grundtanken i ”Kursen” var att familjen också påverkas av detta tillstånd, och behövde hjälp för egen del.

Efter att ”Kursen” pågått ett knappt år startade man upp ett anhörigprogram. De som gick ”Kursen” fick bjuda in sina anhöriga som ett led i sin behandling. De anhöriga träffades under en helg, som innehöll både kunskapsinläring och samtal i grupp. Detta mynnade ut i ett ”möte” tillsammans med sin anhörige i behandlingen ”Kursen”.

Den första anhörighelgen hölls inte av ordinarie personal utan av en man som arbetade som etisk rådgivare på ett 12-stegs behandlingshem. Den personal som senare jobbade vidare med anhörigprogrammet fick själva gå igenom en anhörigvecka på ett behandlingshem för att på så sätt skaffa sig egen erfarenhet och kunskap. Annan specifik utbildning för att driva programmet gavs inte.

Med tiden anhörigarbetet fortsatte, spred det sig också till andra anhöriga som inte hade någon deltagare i ”Kursen”. Det fanns ett behov och en önskan att få delta i anhörigprogrammet även från deras sida. Personalen utvidgade gruppen till att även innefatta anhöriga utan någon anknytning till ”Kursen”. De fick delta i helgen, men inte i förberedelserna inför ”mötet”.

Under de följande åren var anhörigprogrammet i ständig förändring. Personalen prövade olika former, man gick bl a över till att arbeta med kvällsgrupp. Anhörigprogrammet saknade en tydlighet och struktur och man prövade sig fram för att nå detta. Anledningen till denna brist på tydlighet och struktur kan förklaras både i att programmet aldrig fått några tydliga riktlinjer ifrån ledningen. Personal har inte heller fått adekvat utbildning för att klara av gruppledarrollen.

Utvecklingen av anhörigprogrammet har de senaste åren gått mot en mer tydlig struktur både vad gäller ramar och innehåll. Personalen som idag arbetar i programmet har gått Ersta Vändpunktens gruppledarutbildning, del 1. Denna del omfattar 2 veckors heltidsstudier. Del 2 som innebär 1 termins praktik har personalen inte erbjudits p.g.a det ekonomiska läget i kommunen.

Vilka bjuds in till anhörigprogrammet?

- Anhöriga till dem som går behandlingsprogrammet
- Anhöriga till dem som går Stegen (behandlingen för unga vuxna)
- Anhöriga som själva sökt hjälp på mottagningen.
- Anhöriga som motiverats att söka hjälp av personal på mottagningen eller av andra

Gruppsammansättning i anhörigprogrammen ser generellt ut så att 60% har själva sökt hjälp och 40% är inbjudna från något av behandlingsprogrammet.

När är det inte bra att gå ett anhörigprogram

- Om det föreligger ett eget beroende.

Detta är inte alltid lätt att bedöma på ett eller ett par enskilda samtal. Tidigare erfarenhet av att anhöriga med eget beroende gått i anhörigprogram har resulterat i att de ej fullföljt programmet. Vid ett tillfälle valde personen att efter avslutning gå en egen behandling.

- Om personen är för psykiskt skör.

Att gå igenom ett anhörigprogram sätter igång processer i deltagarna, även om det inte är en behandlingsgrupp. Då gruppen bara träffas en gång i veckan kräver det en viss psykisk balans att hantera det som kommer upp vid grupptillfällena.

I kontakt med dessa personer erbjuds istället fortsatta enskilda samtal eller annan psykiatrisk hjälp om så behövs.

- Om praktiska omständigheter gör det svårt att fullfölja programmet.

När det redan innan programmet finns tveksamheter om att kunna vara med vid alla tillfällen, t ex svårt att få barnvakt, väntan på operation, inplanerad semester, råds personen att invänta nästa gruppstart. På detta sätt vill personalen markera att det är viktigt att den anhörige medvetet skapar sig ett personligt utrymme och inte genomför programmet om det "blir tid över".

- Om flera personer från samma familj vill gå programmet är det viktigt att stämma av om det är bra att gå i samma program eller om de olika familjemedlemmarna känner sig mer fria om de går vid olika tidpunkter.

De yttre ramarna

Anhörigprogrammet startar två gånger per termin. De inleds med två heldagar, måndag och tisdag 9.00-15.00. Därefter är det 7 torsdagkvällar mellan 17.30-19.30.

Tanken bakom att starta upp med två hela dagar är att snabbare få igång grupprocessen och skapa en gruppkänsla. Erfarenheten har visat att deltagarna med detta upplägg, snabbare känner ett behov av gruppen och i och med det ökar sannolikheten att fullfölja programmet. Det har också visat sig att när väl deltagarna kommit fram till beslutet att satsa två vardagar, vilket ofta innebär att behöva ta ledigt från arbetet, lägger det en extra tyngd på programmet. Det blir en extra satsning och en stor förväntan att "få något".

Erfarenheten har också visat att programmet behöver pågå under lite längre tid. De insikter deltagarna får under de första dagarna behöver tid att bearbetas. De beteendemönster den anhörige fastnat i tar lång tid att förändra och de behöver då stöd från gruppen.

Mötesstruktur

Tydlig struktur och ramar är en viktig del av arbetet med anhöriga. Varje gruppsittning inramas av en ritual som ser likadan ut varje gång.

Ett ljus tänds i mitten av ringen, en stunds tystnad för att ge alla möjlighet att samla sig själva och sina tankar och kunna "landa" i rummet. Deltagarna får en i taget berätta om sin känsla här och nu, och om tankar under veckan. Därefter följer en föreläsning om dagens tema. Till varje tema är knutet en arbetsuppgift var och en arbetar enskilt med. Efter fiket där deltagarna fikar för sig själva, får var och en dela med sig av sin uppgift, så mycket man själv vill säga. Om tid finns så lämnas där utrymme för reflektioner.

Gruppen avslutas med att en text läses ur en bok med dagliga reflektioner och därefter läses sinnesrobönen. Denna text kommer från AA och avslutar alla självhjälpsgruppsmöten..

De gruppregler som finns är

- tystnadsplikt
- rätten att stå över
- var och en får tala till punkt
- relationerna i gruppen stannar i gruppen

En del av anhörigproblematiken är svårigheten att sätta gränser både för sig själv och för andra. I anhöriggruppen yttrar det sig i att vilja tänja på gränserna för grupptiden, boka upp sig på fler saker samtidigt, vilja vara nåbar på mobilen, lämna återbud i sista minuten, oroa sig för och vilja ta ansvar för deltagare som är frånvarande.

Gruppledarnas roll är att stå för strukturen och de tydliga ramarna, som en trygghet för deltagarna. De gör det på följande sätt:

- förmedla kunskap
- hålla strukturen
- sätta gränser när deltagarna vill gå in och ta ansvar för varandra
- skapa en trygg och tillåtande atmosfär
- tydlig ansvarsuppdelning gruppledarna emellan inför dagens/kvällens program
- vara noga förberedd med de praktiska arrangemangen, lokaler/fika/tekniska hjälpmedel
- arbeta mycket med bekräftelse av deltagarna

Innehåll

I följande kapitel redogör jag för de teman som utgör stommen i anhörigprogrammet. Jag beskriver också kort om innehållet i varje tema. De två första temana ägnas en hel dag vardera. Resterande teman går igenom under kvällstiderna á 2 timmar.

Beroendelära

Anhörigprogrammet inleds med en dag om kemiskt beroende. Kunskap om beroendesjukdomen är en förutsättning för att kunna hitta ett fungerande och konstruktivt förhållningssätt som anhörig. För även om de anhöriga levtt nära sjukdomen under kortare eller längre tid så är det ett fåtal som har kunskap om sjukdomen alkoholism/narkomani.

- Sjukdomen är primär, d v s inte ett symptom på något annat.
- Sjukdomen är kronisk, d v s har man en gång utvecklat ett alkoholberoende kan man aldrig läras sig dricka ”normalt” igen.
- Sjukdomen är progressiv, d v s den förvärras ständigt om man inte upphör med användandet. Är en alkoholist nykter under många år och sedan tar ett återfall börjar han inte om från början utan är snart tillbaka i samma situation, eller värre.
- Sjukdomen är dödlig. Detta kan ske antingen genom att kroppens organ har tagit alltför mycket skada, eller dödsfall i samband med berusning, olycka, våldshandling, självmord.
- Sjukdomen är obotlig, men behandlingsbar.
- Den beroende bär inte skuld för sin sjukdom men har ett eget ansvar för tillfriskandet.

Beroendesjukdomen har både en fysisk och psykisk del som kan liknas vid en fysisk allergi, i kombination med en mental besatthet. Den fysiska delen visar sig genom att alkoholisten inte kan stoppa sitt drickande efter första glaset utan känner ett starkt merbegär. Han har förlorat kontrollen över sitt drickande. Den mentala besattheten visar sig genom en tankemässig fixering och förvanskning av sanningen för sig själv, att ”den här gången kommer jag klara av att dricka”. För att förstå beroendesjukdomen är det viktigt att se förnekelsen i sjukdomen. Beroendesjukdomen kallas även ”förnekelsens sjukdom”. Det är svårt för en anhörig att se en nära vän brytas ner av alkoholismen mer och mer och ständigt mötas av en stark förnekelse från personen. Men sanningen är den att den beroende inte kan och inte vill se sanningen om sitt eget drickande. Han gör allt för att skydda relationen till alkohol som kan liknas vid en stark kärleksrelation.

”En kemiskt beroende person har en patologisk kärleks- och tillitsrelation med en sinnesförändrande upplevelse och förväntar sig alltid en belönande effekt”

En amerikansk alkoholläkare, dr Jellinek har med hjälp av sitt undersökningsmaterial utarbetat en utvecklingskurva vad gäller beroendesjukdomens olika steg, den s k Jellinekkurvan. Genom att gå igenom den kan de anhöriga känna igen de olika stegen och få en vidare förståelse för sjukdomens utveckling.

Till denna dag bjuds en nykter alkoholist/narkoman in för att berätta om sitt missbruk och tillfrisknande.

Sjukdomens påverkan i familjen

Att vara anhörig till en missbrukare av alkohol eller andra droger kan ha olika effekter beroende på olika och många gånger samverkande faktorer, till exempel hur långt alkoholismen fortskridit, hur man hanterar livet i en missbrukarmiljö, det egna nätverkets styrka och sammanhållningen i familjen. Det som i många fall karakteriserar vardagen i denna miljö är känslomässig stress, osäkerhet, rädsla och ilska (Runqvist 1997).

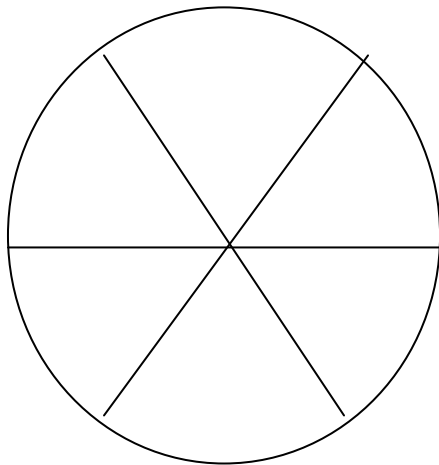
De kriterier som gäller för anhöriga till missbrukare är även överförbara till andra dysfunktionella familjer, ex där en familj lider av en psykisk sjukdom eller en familj som präglas av trångsynt religiositet, arbetsnarkomani, våld eller någon annan stark företeelse.

Man brukar säga att en familj som lider av alkoholism – eller en motsvarande företeelse – lever i ett hus med en flodhäst i vardagsrummet. Och inte nog med det, flodhästens existens måste dessutom förnekas. Trots att den i högsta grad är närvarande och tvingar familjemedlemmarna att anpassa sig till den (Hellsten 1993).

Denna anpassning sker smygande och i takt med att beroendesjukdomen fortskrider så ökar också den anhöriges anpassning. De som lever i familjer med missbruk bär sin svåra familjehemlig utan att våga dela den med någon, inte heller inom familjen.

Då förnekelsen i dessa familjer är så stark, försvårar det också den anhöriges möjlighet att se verkligheten som den är. Om inte familjen får hjälp att bryta denna anpassning kommer de så småningom påverkas i livets alla delar av det kemiska beroendet.

Hela människan hjulet



Socialt

Den anhörige isolerar sig mer och mer. Orkar inte träffa vänner och bekanta, då det är jobbigt att ”hålla masken” eller behöva ljuga om sitt mående. Ser sig kanske tvungen att istället vara hemma för att ”kolla” läget hemma. Barnen kanske inte längre vill ta hem kompisar. Den anhöriges egna intressen avtar. Det blir svårt att planera sin tid, då missbruket gör hela tillvaron oförutsägbar. Den anhöriges ekonomi påverkas också av missbruket.

Fysiskt

”När jag undertrycker mina känslor, håller min mage reda på det...” (Beattie 1990).

Den psykiska stress det innebär för den anhörige leder inte sällan till fysiska symtom i form av ex spänningshuvudvärk, magont, ryggont, högt blodtryck. Det kan också leda till att man slutar att bry sig om sitt utseende.

Känslomässigt

Den anhöriges känslor styrs mer och mer av vad den beroende känner. ”Jag mår bra, om du mår bra.” Man går som på ”äggskal” och lär sig mer och mer att hålla inne med sina egna känslor. Istället blir man mer och mer fokuserad på den andres känslor. ”Jag vet inte vad jag känner, men jag vet vad du känner.” Den anhörige försöker styra den andres känslor och tar också på sig ansvaret för den andres känslor. Skam och skuld-känslorna blir starkare och starkare.

Intellektuellt/mentalt

Den anhörige får svårt att koncentrera sig och fatta beslut. Man blir tankemässigt fixerad vid alkoholists beteenden och handlingar.

Etiskt/andligt

Den anhörige ser sig tvungen att ljuga för att skydda alkoholisten. Bryter mot sina egna grundläggande värderingar. Förlorar egna drömmar och visioner.

Viljemässigt

Den anhörige tappar bort den egna viljan och fattar beslut för att tillfredsställa den beroende. Att alltid mötas av den starka förnekelsen gör att den anhörige börjar tvivla på sitt eget omdöme. Förlorar den egna självkänslan och sitt självförtroende.

Medberoende är ett begrepp som dök upp inom behandlingen av missbrukare i USA i början av sjuttioalet. Den engelska termen var co-alcoholic eller co-dependence. Begreppet fanns på flera behandlingscenter i Minnesota vid denna tid. Man hade uppmärksammat att det i alkoholists närhet alltid fanns flera andra människor, anhöriga eller vänner som påverkades starkt av personens missbruk och då uppvisade ett dysfunktionellt beteende (Beattie 1990).

Det finns idag flera olika definitioner på detta begrepp:

”En medberoende människa är en människa som har låtit en annan människas beteende påverka sig, och som är helt upptagen av att kontrollera denna människas beteende”

”Medberoende är från början en kärleksfull handling men p.g.a. okunskap om problemet man ska förhålla sig till går det över styr. Kärleken spårar ur och övergår sakta i kritik, kontroll och möjliggörande”

”Medberoendet är en sjukdom eller ett sjukdomsliknande tillstånd som uppkommer då en människa lever nära en mycket stark företeelse och inte förmår bearbeta denna företeelse så att hon kan integrera den i sin personlighet utan anpassar sig till den”(Hellsten, 1990).

”Ett medberoende barn som inte kan förklara en fars förvandling till alkoholist, utan lägger skulden på sig själv, har en hemlighet som gör ont. Den är traumatisk och smärtsam och on måste behålla den för sig själv. Hon måste tåga, hon måste klä in den, hon måste eufemisera det som hände i sitt inre och yttre språk, hon måste kapsla in, hon måste förtränga. ”Skammen ligger därinne i henne som ett sandkorn i en mussla, i bästa fall växer en pärla fram, i normala fall gör det bara ont” (Per-Olov Enquist ur Selma Lagerlöf och kärleken).

Dessa beteendemönster kan känneteckna medberoende

- Vi tar ansvar för andras känslor och beteende
- Vi har svårt att känna igen våra egna känslor.
- Vi har en benägenhet att frukta och oroas för hur andra kanske reagerar på våra känslor
- Vi har svårigheter att skapa och upprätthålla nära relationer
- Vi är rädda för att bli sårade eller avvisade av andra
- Vi är perfektionistiska och har överdrivet höga förväntningar på oss själv
- Vi har svårigheter att fatta beslut
- Vi har en benägenhet att förminska, ändra eller till och med förneka sanningen om hur vi mår
- Andras handlingar och attityder får bestämma hur vi ska reagera

Genom att ta ett stort ansvar för och på olika sätt skydda och ställa saker till rätta för den beroende vill den anhörige hjälpa. Det som händer är att detta istället "möjliggör" fortsatt drickande. Den beroende behöver själv få ta ansvar för de negativa konsekvenserna som drickandet ger.

"Möjliggörare"

det är vilken människa som helst som reagerar på alkoholisten/narkomanen på ett sånt sätt att det skyddar den beroende från att uppleva hela den effekt som konsekvenserna av hans beteende medför.

Exempel på "möjliggörande":

- kommer med undanflykter för den beroendes beteende till familj, vänner, arbete
- räddar den beroende ur knipa, skulder osv.
- ser problemet som resultat av något annat, stress på arbete, relationsproblem etc.
- undviker den beroende för att behålla friden
- försöker kontrollera den beroende genom att planera aktiviteter, välja vänner etc.
- kommer med hotelser som man inte fullföljer
- tar över ansvar från den beroende

Det är viktigt för anhöriga att bli medvetna om sina beteendemönster som i många fall "stjälper" mer än de hjälper. Medvetenhet är en förutsättning för att kunna förändra ett beteende. Möjliggörande kan se ut på många olika sätt och det gäller i lika hög grad för professionella hjälpare att vara medvetna om detta.

En inbjuden anhörig berättar om sitt liv och tillfrisknande

Till detta gruppstillfälle är en anhörig inbjuden för att dela med sig om sitt liv tillsammans med den som är kemiskt beroende och hur hennes/hans process sett ut till ett eget tillfrisknande. Personen som bjuds in behöver ha arbetat med sin anhörigproblematik under lite längre tid för att vara lämplig i denna roll. För gruppen kan detta möte innebära en identifikation och framför allt inge ett hopp om att förändring är möjlig. Det är möjligt att hitta tillbaka till ett fungerande liv, men det innebär att aktivt jobba för det.

Familjeroller

När en person är sjuk påverkas hela familjen och ett försvarssystem byggs omedvetet upp. Detta mönster finns mer eller mindre i alla familjer, där någon har ett avvikande beteende, men det blir betydligt starkare och mer framträdande då ett kemiskt beroende finns med i bilden. Alla i familjen börjar inta olika roller för att fungera och orka med. Det omedvetna "valet" av roll påverkas av familjesituationen just då och vad situationen "beställer" för roll. Rollerna finns för att hålla familjen i balans. Tvärtom vad familjemedlemmarna tror underlättar detta "rollspel" för personen att fortsätta dricka eller droga.

Rollerna fungerar som livsnödvändiga överlevnadsstrategier i barndomen men kan i vuxenlivet bli ett hinder för fortsatt utveckling. De olika rollerna som förekommer kan beskrivas så här: (Hellsten, 1990).

Hjälten

Ett mycket duktigt och högpresterande barn som känner sig värdefull och älskad för det hon gör och inte för den hon är. Hjälten är ett barn att vara stolt över, ofta även högpresterande i skola, idrott mm. Inriktad på att förverkliga föräldrarnas egna ambitioner. Barnet har svårt att visa känslor och visa svaghet. Hjälten är som vuxen en högpresterande person som satsar mycket på karriären på bekostnad av relationer. Hjälten känner en stor press på sig att lyckas eftersom det är i prestationen människovärdet mäts.

Räddaren

Detta barn tar ett stort ansvar för föräldrarna, både praktiskt och känslomässigt. Praktiskt genom att ha ett stort ansvar för hushållet eller syskon. Känslomässigt genom att fungera som en samtalspartner, avledare och tröstare. Barnet har en stor känslighet för föräldrarnas mående och anpassar sig omedvetet efter det. Räddaren har svårt att känna sina egna känslor och behov. I det vuxna livet fortsätter Räddaren att finnas till för andra. Hon väljer ofta ett människovårdande yrke och väljer inte sällan en partner som hon kan "rädda".

Syndabocken eller rebellen

Rebellen agerar ut sitt dåliga mående på olika sätt och gör sig omöjlig både hemma och i skolan. Rebellen är ett barn som inte drar sig för att säga "sanningen" i familjen, vilket föräldrarna värjer sig mot. Detta barn pekats ofta ut som skyldig till familjens problem. Genom sitt uppförande avleder det omgivningens intresse från familjens verkliga problem. Den omedvetna tanken hos rebellen är att det är bättre med negativ uppmärksamhet än ingen uppmärksamhet alls. Rebellen känner ett utanförskap i hemmet och skolan och söker sig ofta till andra i samma situation. Den vuxna rebellen lever fortfarande ett utanförskaps liv, t ex i missbruk.

Osynliga barnet eller tapetblomman

Detta barn är tyst och tillbakadragen, och vill inte skapa ytterligare problem i familjen. Gör sig osynlig, men ser och hör allt. Barnet känner sig oviktig i familjen. Barnet lever i sin egen värld med ett rikt fantasiliv. Det är ofta omtyckt för sin passivitet och tröstar sig kanske med att äta för mycket, se för mycket på TV. Att visa ilska är svårt, så att vara snäll är ett sätt för det bortglömda barnet att överleva. Den vuxna tapetblomman har svårt att ta plats och "visa sig", utan står vid sidan om.

Clownen eller kelgrisen

Familjens kelgris är ofta det yngsta barnet, drabbas i regel av mycket stor inre rädsla och förvirring. Det anses vara för ungt för att förstå något men påverkas av stämningen. För att distrahera spänningarna i familjen och märkas säger clownen något roligt, byter samtalsämne, spelar clown. När det inte kan stå i centrum känner det panik och blir många gånger hyperaktivt eller mycket nervöst. Den vuxna clownen kan bli den kroniska skämtaren som inte kan vara allvarlig och som har svårt att släppa någon nära sig. En omtyckt person som har många bekanta men få eller inga nära vänner.

Sorgeprocessen

Sorg och förlust är en del av det mänskliga livet. Som anhörig till en kemiskt beroende kan du drabba av en rad olika förluster. Det kan vara förlust av ekonomisk trygghet, tillit, förtroende, vänner, kärlek, stöd, brutna drömmar mm. ”Det var inte den här framtiden jag såg när jag fick barn”, ”mitt äktenskap blev inte som jag tänkt mig”. Den otrygga vardagen fylld av förluster blir en naturlig tillvaro. Oavsett hur stor eller liten förlusten är så genomgår vi alla en process, kallad sorgprocessen, i fem olika stadier. Den kan ta olika lång tid, allt ifrån minuter till år beroende på hur betydelsefull förlusten är för oss. Vi kan befinna oss på flera stadier i sorgprocessen samtidigt. Det är en nödvändig process, varje stadium är viktigt.

Förnekandet

Detta är ett chocktillstånd som innehåller mycket ångest och rädsla. Vi vägrar tro på verkligheten. Vi bagatelliserar förlustens betydelse, ”det spelar inte så stor roll”, ”han är så snäll när han är nykter”. Vi förnekar våra känslor inför förlusten, ”jag bryr mig inte om det”. Vi är psykiskt undvikande ex genom sömn, manier, tvångsmässigt beteende. Förnekelsestadiet kan innebära att vi känner oss avskärmade oss själva. Vi skrattar när vi vill gråta och vice versa. Förnekande är ett medvetet eller omedvetet försvar som vi alla använder för att undvika, minska eller förhindra ångest när vi är hotade”. Förnekandet är själens stötdämpare. Det skyddar oss. Det avvärjer de slag som livet ger oss tills vi hinner samla de resurser vi behöver för att orka med.

Vrede

När vi slutat förneka kommer vreden, i olika form och i olika styrka. Vi kan rikta ilska mot den beroende, mot myndigheter som inte gjort tillräckligt, mot oss själva, mot Gud. Beroende på förlustens betydelse kan vi vara något irriterade, lite förargade, riktigt förbannade eller gripna av ett raseri.

Köpsläende

När vi lugnat ner oss försöker vi köpslå med oss själva, livet, Gud. Ibland är de avtal vi försöker förhandla fram rimliga ”om jag och min man går till en terapeut...”, ibland är det orimligt ”om jag bara städar mer så dricker han inte”. Det är en pendling mellan att ge upp och acceptera verkligheten som den är och att vägra inse verkligheten.

Depression

När vi ser att köpsläendet inte lönar sig, när vi inte längre orkar hålla verkligheten ifrån oss, blir vi ledsna och ibland fruktansvärt nedstämda. Detta är sorgens innersta väsen. Det gör ont, vi gråter. Sorgen försvinner först när processen blivit genomarbetad.

Accepterande

När vi blundat, sparkat, skrikit, förhandlat, gråtit och känt smärtan kommer vi till ett tillstånd av accepterande. Acceptera betyder inte anpassning. Det betyder inte att vi resignerar. Det betyder att vi just nu ser och accepterar vår situation, inklusive oss själva som vi är. Det är bara från den punkten vi kan gå vidare. **I detta tillstånd får jag kraft att förändra det jag kan förändra.**

” Om jag kan acceptera att jag är den jag är, att jag känner det jag känner, att jag har gjort det jag har gjort – om jag kan acceptera det oavsett om jag tycker om det eller inte – då kan jag acceptera mig själv. Jag kan acceptera mina brister, mitt tvivel på mig själv, min låga självuppskattning. Och när jag kan acceptera allt detta, har jag placerat mig själv på verklighetens sida, istället för att försöka bekämpa verkligheten. Jag håller inte längre på med att slå knut på mitt medvetande föra att behålla mina illusioner om min aktuella situation. På så sätt banar jag väg för de första stegen mot att stärka min självuppskattning.” (Beattie, 1990).

Att sätta gränser

Vi behöver våra gränser runt oss själva som ett skydd, ett sort filter för både vad som kommer in och vad som kommer ut. De är livsnödvändiga. Vi har med oss vår förmåga hur man sätter gränser ifrån barndomen. Respekteras våra mänskliga gränser som barn har vi lättare att ha ett fungerande gränssystem runt om oss som vuxna. Våra gränser påverkar vilka relationer vi väljer att etablera och hur vi förhåller oss i våra relationer.

Att leva nära någon med ett kemiskt beroende innebär att på olika sätt bli kränkt i sina mänskliga gränser. Vi känner oss tvingade att handla på ett sätt vi annars inte skulle göra, eller låta någon bete sig på ett sätt vi annars inte skulle acceptera. Då förändringen ofta kommer smygande tjejer vi sakta på de gränser vi har. Kränkning av de mänskliga gränserna kan se ut som följande:

- **Fysiska gränser**
 - att själv bli slagen
 - att bevittna våld i hemmet
 - att inte få de basala behoven tillgodosedda, sömn, mat, hygien
- **Sexuella**
 - att som barn bli utsatt för vuxensexualitet
 - incest
 - bevittna vuxensex
 - ”sliskiga blickar”
 - ha sex mot sin egen vilja
- **Andliga**
 - skambeläggande
 - skuldbeläggande
 - att inte vara accepterad för den jag är
 - att bli skrattad åt
- **Känslomässiga**
 - att få sina känslor ifrågasatta
 - att få ta hand om vuxenproblem
 - ständigt bli avbruten
 - att ständigt bli jämförd med syskon och andra människor
- **Intellektuella**
 - att ständigt bli utsatt för kritik
 - att någon tar över vad jag tänker och tycker
 - utsatt för klander ”du kan aldrig göra något rätt”
 - att ens egen uppfattning alltid blir ifrågasatt

Funktionella gränser

Jag kan ta emot vad andra säger till/om mig, både positiv och negativ. Jag väljer själv vad jag vill ta till mig eller förkasta. Jag har egna åsikter. Jag kan berätta vad som känns bra att berätta om mig själv utan känsla av att "lämna ut mig". Jag vet när jag inte vill berätta om mig själv. Jag kan säga ifrån om jag har en motsatt uppfattning. Jag klarar av nära relationer.

Trasiga gränser

Jag kan inte ta emot komplimanger men suger åt mig av negativ kritik. Kan inte sälla vad som faktiskt inte har med mig att göra. Jag har svårt att dela med mig av bra saker utan "läcker" istället ut förolämpningar eller sarkasm. Jag har många bekanta men få vänner.

Gränslös

Jag berättar vad som helst för vem som helst. Jag gör vad som helst med/mot vem som helst. Dåliga "saker" och uttalanden går rakt in. Jag far ofta illa då jag saknar skyddet runt mig själv. Känner många men har inga riktiga vänner.

Mur

Andra människor kan inte nå mig bakom min mur. Muren kan vara en mur av tystnad, ilska, ord. Jag kan inte heller nå andra, men förstår inte varför. Jag blir ensam i min isolering.

När vi börjar sätta gränser för oss själva börjar vi ta ett nytt ansvar för våra egna liv, samtidigt som vi lämnar över ansvaret till den andra för hans liv. Vi hjälper oss själva samtidigt som vi gör det möjligt för den beroende att börja ta ett eget ansvar.

Exempel på gränssättning

- jag tänker inte tillåta någon att trakassera mig fysiskt eller psykiskt
- jag tänker inte tro på och stödja någons lögn
- jag tänker inte tillåta missbruk i mitt hem
- jag tänker inte tillåta kriminellt beteende i mitt hem
- jag tänker inte skydda någon från konsekvenserna av missbruk
- jag tänker inte ljuga för att skydda dig på grund av din alkoholism
- jag tänker inte använda mitt hem för tillnyktring
- jag tänker inte tillåta att du förstör min tillvaro, min dag eller mitt liv

Att börja bygga upp/stärka sitt gränssystem är en långsam process där vi ofta behöver stöd av andra för att se och uppmuntra våra framgångar. Att börja våga säga nej, där det alltid varit ja är som att lära sig en ny färdighet. Det är dock tydligt att det ger resultat för både mig själv och omgivningen.

Besök på Al-Anon

Al-Anon är en självhjälsgrupp och en gemenskap av anhöriga och vänner till alkoholister, som delar sina erfarenheter med varandra för att på så sätt lösa sina gemensamma problem. De anser att alkoholism är en familjesjukdom och att en förändrad inställning till problematiken kan underlätta ett tillfrisknande. Al-Anon är en världsomspännande organisation och finns på de flesta större eller mindre orter i Sverige. Den har ingen anknytning till någon sekt, religion eller politisk rörelse. Al-Anon deltar inte i någon debatt, det är inga medlemsavgifter, utan man försörjer sig på frivilliga bidrag. Al-Anon har ett enda syfte, att erbjuda ett program med de tolv stegen för ett tillfrisknande med hjälp till självhjälp för familjer och vänner till alkoholister, vare sig alkoholisten söker hjälp eller inte. Medlemmar ger och får tröst och förståelse genom ömsesidigt utbyte av erfarenheter, styrka och hopp.

Al-Anon kan ses som den första rörelsen som tillämpade AA:s tolv steg på andra problem än alkoholism. Al-Anon grupper finns över hela landet och i Stockholm finns ca 20 stycken grupper.

Mina egna mål

*”Tro att livet är värt att levas och att din tro kommer att skapa faktum.
Var inte rädd för att leva”*

William James (Beattie 1990)

De viktiga frågeställningarna för detta grupptillfälle är;

- vad är viktigt för mig?
- vad vill jag med mitt liv?
- vad får mig att må bra?
- vad ger mig sinnesro?
- vad ger mig energi och livslust?

”Jag tillbringade många år av mitt liv med att inte ens bry mig om att tänka på vad jag önskade mig och behövde, vart jag ville gå och vad jag vill göra. Livet var till för att uthärdas. Jag trodde inte att jag förtjänade något gott. Jag trodde inte att det mesta av livets goda fanns inom räckhåll för mig. Jag var inte intresserad av mitt liv, utom som ett bihang till andra människor. Jag tänkte inte på att leva mitt eget liv, jag var alltför fokuserad på andra. Jag var alltför upptagen med att reagera, snarare än att agera” (Beattie 1990).

Till hjälp att fokusera på detta tema använder gruppledarna ordet **”livskvalité”**. Ordet skrivs på en whiteboard och deltagarna får ge sina associationer till ordet. Ur detta ord kommer en mängd energigivande ord fram som ex ”skogspromenad, musik, umgås med vänner, ljus, kaffe på bryggan, lyckad golfrunda., en öppen eld. Dagen föreläsning handlar om min relation till mig själv och vilket ansvar jag tar för mitt eget mående. Genom att tänka positiva tankar påverkar jag både min kropps olika funktioner och mina känslor. För anhöriga har omtanken om sig själv och sitt eget liv blivit lagt åt sidan under kortare eller längre tid. Genom att fokusera på det som är positivt och ger kraft väcks den inneboende energi och glöden till liv. Alla bär någonstans inom sig drömmar och visioner om hur livet skulle kunna vara och vad jag längtar efter. För vissa är det inte svårt att hitta dem, för andra ligger de djupt inne, slumrande.

Nästa viktiga steg är sedan att konkretisera och formulera för sig själv hur mina mål ser ut, både långsiktigt och framförallt kortsiktigt. Vad vill jag göra denna vecka för att må bra. Deltagarna får skriva ner minst 5 mål. Mål som består i saker de ska göra, inte vad de **inte** ska göra. De ska vara så specifika som möjligt, ex jag ska gå en promenad på söndag förmiddag. Målen ska vara realistiska att genomföra. Det är viktigt att utelägna ”borde” utan att fokusera på ”vill”.

”Det ligger en förtrollning i att sätta upp och skriva ner mål. Det sätter en mäktig psykologisk, andlig och känslomässig kraft i rörelse. Vi blir medvetna om och gör det vi behöver göra för att uppnå och genomföra saker. Saker kommer till oss. Saker börjar hända! (Beattie 1990).

Avslutning

Sista grupptillfället ägnas endast till att avsluta och summera hela anhörigprogrammet. Då tydliga ramar och struktur är a och o i detta program är det viktigt att separationen och avslutningen blir på ett så tydligt och bra sätt som möjligt. Att separerar från människor som berört och kommit nära kan vara svårt och smärtsamt. En del av anhörigproblematiken är svårigheten att ta ansvar för sina egna känslor och stå ut med dem utan att ”smita ut” en sidoväg. Detta kan t ex innebära att lämna återbud sista gången.

Sista gången innehåller tre viktiga punkter

- ge positiv respons till de övriga gruppdeltagarna
- egen reflektion över vad anhöriggruppen gett

- avslutningsceremoni

ANHÖRIGPROGRAM I ÖVRIGA LANDET

Fram till 1986 fanns inget strukturerat arbete i Sverige för anhöriga till missbrukare. Ersta Vändpunkten i Stockholm var först med att starta verksamhet för vuxna anhöriga. I mitten av 1980-talet inleddes Erstas kontakter med företrädare för Minnesotamodellen och AA. Detta resulterade i ett studiebesök på Hazelden som gav en sådan inspiration att det fanns långt framskridna planer på att grunda ett svenskt Hazelden på Erstas område. Av ekonomiska skäl skrinlades dessa planer och istället bestämde man sig för att enbart satsa på utveckling av ett anhörigprogram. I april 1986 kunde Ersta Vändpunkten starta med hjälp av bidrag från Socialstyrelsen. (Nordqvist 2004). Sedan 1990 har Ersta Vändpunkten gett utbildningar i konsten att leda grupp för anhöriga till personer med ett alkohol-/drogberoende.

Fortfarande idag är strukturerade anhörigprogram en ganska ovanlig företeelse i kommunal/landstings regi. Av ca 90 kommuner som ingår i RAM's (riksförbundet för alkoholtvättning) nätverk, bedriver ca 15 kommuner strukturerade anhörigprogram. Ett stort antal kommuner tar emot anhöriga för enstaka enskilda samtal. Däremot är det en tendens att anhörigarbetet ses som mer och mer viktigt. RAM's årliga konferens 2003 hade "familjen" som tema. Det massmediala intresset för anhörigproblematiken bör också visa sig i en ökad efterfrågan om stöd och hjälp för anhöriga.

DEL 2 - UTVÄRDERINGEN

Inledning

I detta kapitel kommer jag inledningsvis beskriva utvärderingsmodellen och hur den är bearbetad. Jag beskriver sedan resultatet i diagramform med förklaring och viss analys i textform.

Frageställningar

- Har anhörigprogrammet påverkat den anhöriges psykiska välbefinnande?
- Har anhörigprogrammet påverkat den anhöriges beteendemönster och känslor?

Utvärderingsmodell

Utvärderingsmodellen bygger på en före/efter mätning, samt ytterligare ett mättillfälle 1 månad senare. Deltagarna får vid tre tillfällen göra en självskattning, dvs uppskatta sitt eget mående utifrån en enkät med 4 svarsalternativ. (Bilaga 1-3) Enkäten består av 22 frågor som fokuserar på hur missbruket påverkar relationen och hur den anhörige bedömer sitt eget välbefinnande, avseende stress och psykisk hälsa.

<u>m1</u>	<u>m2</u>	<u>m3</u>
x	x	x

m1= självskattning vid programmets start

m2= självskattning vid programmets avslutning (8 veckor senare)

m3 = självskattning en månad efter avslutat program (ca 12 veckor efter start)

De 12 första frågorna är mätinstrumentet GHQ -12 (general health Questionnaire). Detta instrument är en av de bäst prövade skalorna för att mäta psykiskt välbefinnande. Formuläret presenterades första gången 1972 som ett instrument för att mäta psykiatrisk störning men har senare visat sig användbar även vid mätning av psykiskt välbefinnande i andra syften. Ursprungsversionen bestod av 60 frågor men det finns idag en rad kortare versioner, GHQ-30, GHQ-20 och GHQ-12 (Sconfienza, Arbetslivsinstitutet 1998). De resterande 10 frågorna i enkäten är konstruerade utifrån anhörigprogrammets syften.

Bearbetning av enkätmaterial

General Health Questionnaire består till hälften av positiva och till hälften av negativa påståenden. Varje fråga besvaras med fyra svarsalternativ. Den skalningsmetod som använts är Likert-metoden. Den innebär att respondenten får värden från noll till tre på sina skattningar. Svaren på frågorna görs om till poäng. Hög poäng innebär lågt psykiskt välbefinnande och ett lågt poäng innebär högt psykiskt välbefinnande. De resterande 10 frågorna som handlar om i hur hög grad missbruket påverkat den anhöriga är uppbyggda på liknande sätt. De besvaras också med fyra svarsalternativ och ger värden från noll till tre. Hög poäng innebär hög grad av påverkan och låg poäng innebär liten påverkan. För att kunna göra en jämförelse grupperna emellan har ett medelpoäng tagits ut vid varje enskild frågeställning.

Modellens svagheter och styrka

En svaghet med denna utvärdering är den sträcker sig under en kort period, vilket ger en liten urvalsgrupp. Med en så pass liten grupp är det inte möjligt att dra några egentliga slutsatser, utan bara se tendenser. Det är också en svaghet att det inte ges möjlighet i denna utvärdering till ännu ett mättillfälle, ca 1 år senare. Förändringsprocessen tar tid och mycket av det som bearbetas i programmet behöver tid att ”verka” hos varje individ. I tillfrisknandeprocessen är det också så att måendet tidvis kan försämrats då medvetenheten ökar hos individen om vilken verklighet man lev/lever i. Resultatet kan då bli missvisande då man saknar ett mättillfälle efter längre tid.

En styrka med utvärderingsmodellen är att den bygger på ett självskattningsinstrument. Den är inte beroende på de människor som idag jobbar i programmet utan kan "leva vidare" med ny personal.

Det faktum att utvärdering görs av en personal som själv varit med och byggt upp och arbetar i programmet kan både ses som en svaghet och styrka.

Deltagargrupp

Deltagare i utvärderingen är alla de som gick igenom anhörigprogrammen under september 2004--januari 2005, samt hösten 2005, totalt antal 15 personer, uppdelat på tre program.

Tabell 1 – relation till den beroende

	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3
Maka, Ex maka	4	3	3
Förälder	1	1	1
Barn	1		1

Övervägande delen av deltagarna är partner eller f.d. partner till den beroende. Alla deltagare i dessa tre grupper är kvinnor. I grupp 1 har 3 av 4 kvinnor valt att lämna sina män pga. missbruket. I grupp 2 lever 3 kvinnor med män som är aktiva i missbruk. I grupp 3 har 1 kvinna valt att lämna sin man pga. missbruk, 1 lever med en nykter man och 1 lever med en man aktiv i missbruk.

Det finns en förälder i varje grupp, samt två vuxna barn till föräldrar med beroende.

Tabell 2 – hur lång vetskap om missbruket

	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3
< 1 år	1		
1-4 år	1	1	3
5-9 år	1	2	0
> 10 år	3	1	2

Av de 15 deltagarna 9 känt till missbruket mer än 5 år. Det är en deltagare som inom det sista året förstått att den anhörige missbrukar.

Tabell 3 – huvudskäl att gå anhörigprogrammet

	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3
Eget behov av hjälp	5	3	5
Önskan att hjälpa missbrukaren	1		
Rekommendationer		1	

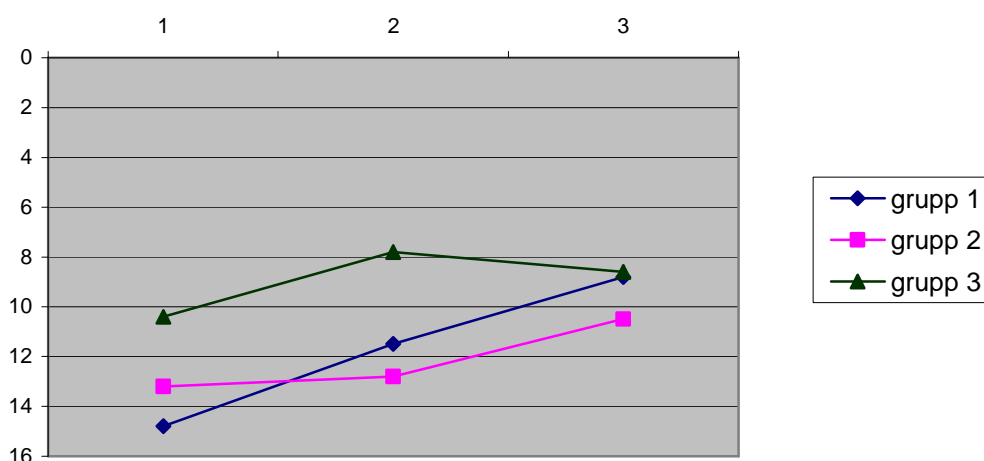
Det dominerande skälet att gå anhörigprogrammet är ett eget behov av hjälp. Den deltagare som angivett skälet ”önskan att hjälpa missbrukaren” hade känt till missbruket endast 1 år. Av de 15 deltagarna är det 3 stycken som fått en inbjudan av någon från öppenvårdsbehandlingen. Det är 9 personer vars anhöriga haft kontakt med beroendemottagningen och 3 personer som själva sökt kontakt med anhörigprogrammet.

Resultat

Under detta avsnitt kommer jag att redovisa om och på vilket sätt anhörigprogrammet har påverkat den anhöriges psykiska välbefinnande och beteende. Diagrammen är sammanställningar av de 22 frågor deltagarna svarat på i självskattningsenkäten. Det första diagrammet visar det psykiska välbefinnandet och redovisar de 12 första frågorna i enkäten. (bilaga 1) Då låg poäng på denna skala betyder gott psykiskt välbefinnande och hög poäng lågt psykiskt välbefinnande har jag valt att vända på skalan. Detta för att ögat uppfattar uppåtgående kurva som positiv utveckling. Jag redovisar grupperna tillsammans för att se eventuella avvikelser.

Fig 1

Diagram: Psykiskt välbefinnande – grupp 1, 2 och 3



1= vid programmets start, 2 = vid programmets slut, efter 8 v, 3= efter ytterligare 1 månad.
16 – 0 representerar värden av välbefinnande. Låg poäng = högt psykiskt välbefinnande.

För både grupp 1 och 2 visar det sig att det psykiska välbefinnandet ökar vid varje mättillfälle. I grupp 3 sker en ökning från mättillfälle 1 till 2, som sedan går ned en aning. Nedgången i grupp 3 går delvis att härleda till återfall hos partner samt dödsfall i familjen. Förändringen i grupp 2 är till en början liten. Utmärkande för den gruppen är att 75% av deltagarna fortfarande levde med partner som var aktiva i sitt missbruk. Förändringen i denna grupp tog längre tid. Deltagarna ger

inte sällan uttryck för att de inledningsvis mår sämre än tidigare då det är en smärtsam process att ta fram i ljuset det som man burit i sin rygsäck så länge.

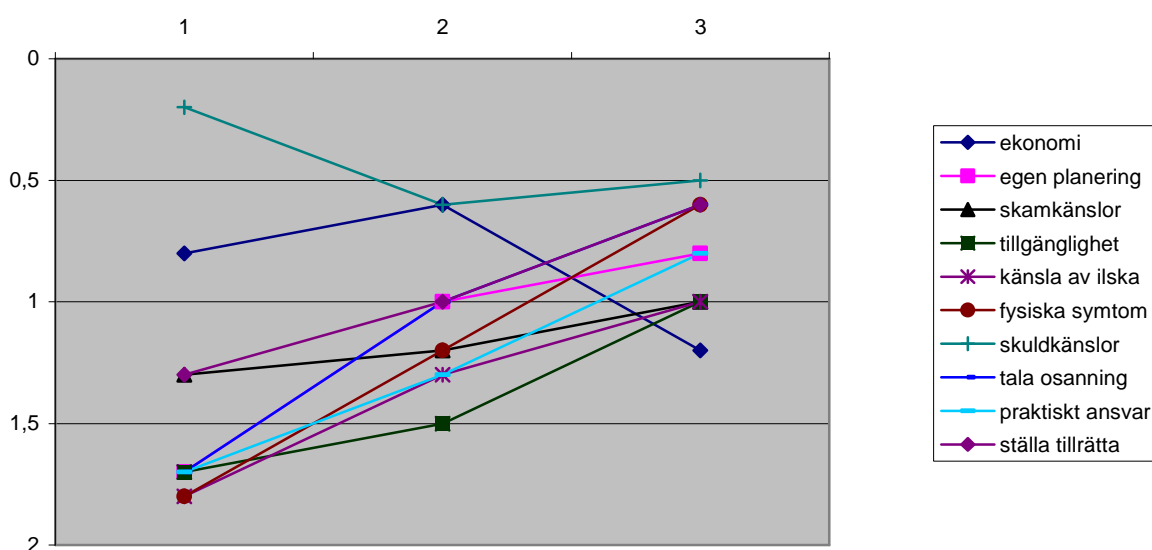
Den tydligaste förändringen ses i grupp 1. Där hade 3 av 4 partner valt att lämna relationen i nära anslutning till anhörigprogrammet.

Vid tredje mättillfället visade alla grupperna ett bättre psykiskt välbefinnande än vid starten.

De följande 3 figurerna är redovisningar för en grupp i taget vad gäller deras upplevda påverkan på beteendemönster i relation till den beroende.

Fig.2

Diagram: Påverkan på beteendemönster och känslor – grupp 1



1= vid programmets start, 2 = vid programmets slut, efter 8 v, 3= efter ytterligare 1 månad.

0 - 2 representerar värden av välbefinnande där 0 står för ett högt välbefinnande. Högsta möjliga värde är 3 poäng.

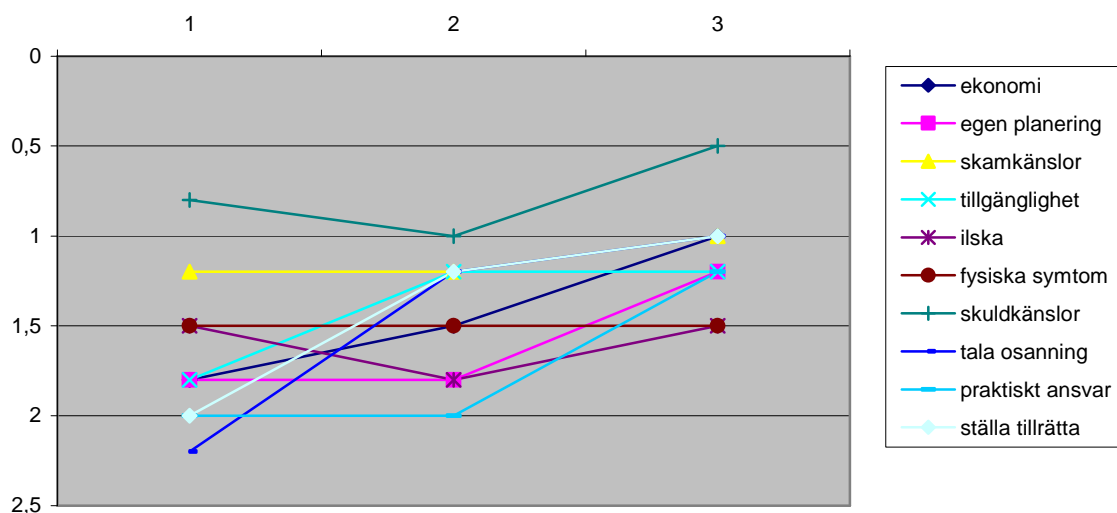
Diagrammet visar en sammanställning av grupp 1 av frågeställningarna i enkäten som handlar om i vilket grad de upplever att missbruket påverkat deras eget beteende, känslor och fysiska hälsa. De 10 frågorna (bilaga 1) har samband med anhörigprogrammets syfte och innehåll.

Vid en översiktsbild som denna är det tydligt att deltagarna påverkas av programmet vad gäller beteende och känslor i alla dessa variabler. Inom de flesta variablerna upplever deltagarna en minskad påverkan från den beroende. Det finns dock undantag där variationen är större.

Längre ner följer en presentation av varje variabel för sig.

Fig.3

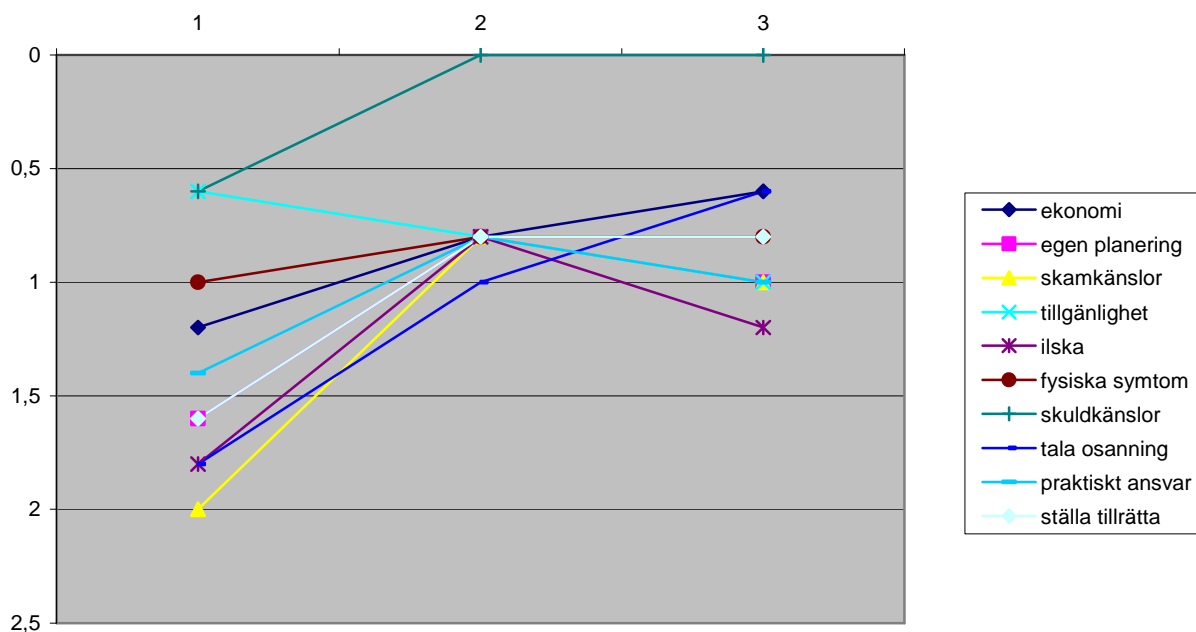
Diagram – Påverkan på beteendemönster och känslor – grupp 2



1= vid programmets start, 2 = vid programmets slut, efter 8 v, 3= efter ytterligare 1 månad. 0 – 2,5 representerar värden av välbefinnande där 0 står för ett högt välbefinnande. Högsta möjliga värde är 3 poäng.

Fig.4

Diagram: Påverkan på beteendemönster och känslor – grupp 3

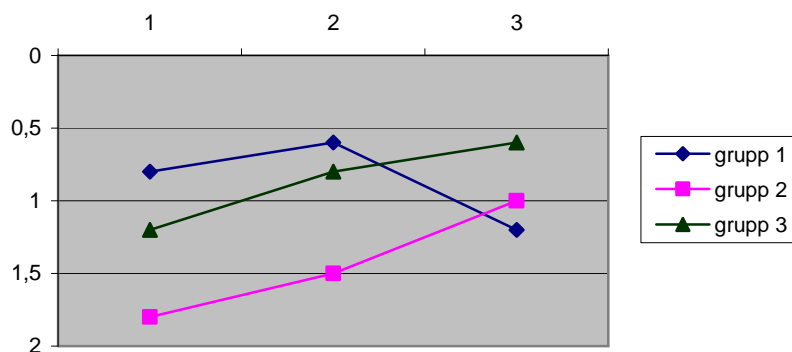


1= vid programmets start, 2 = vid programmets slut, efter 8 v, 3= efter ytterligare 1 månad. 0 – 2,5 representerar värden av välbefinnande där 0 står för ett högt välbefinnande. Högsta möjliga värde är 3 poäng och motsvarar lågt välbefinnande.

Nedan följer en presentation av de olika 10 variablerna var och en för sig. I diagramrubriken framgår hur frågeställningen lyder.

Fig 5

Diagram – ”Min ekonomi har påverkats av min anhöriges missbruk”(bilaga 1, fråga 13)

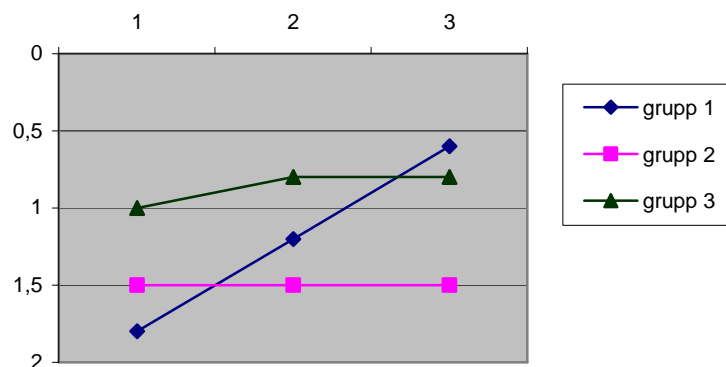


1= vid programmets start, 2 = vid programmets slut, efter 8 v, 3= efter ytterligare 1 månad.
0 – 2 representerar värden av välbefinnande där 0 står för ett högt välbefinnande. Högsta möjliga värde är 3 poäng och motsvarar lågt välbefinnande.

I vilken utsträckning ens ekonomi påverkas av en anhörigs missbruk styrs till viss del av hur nära man lever, men naturligtvis också av ens socioekonomiska situation. Alla deltagare i dessa tre grupper är kvinnor och generellt sätt är det mannen som är huvudförsörjaren i familjen. I grupp 2 med den högsta påverkansgraden är 75% kvinnor som lever med män som är aktiva i sitt missbruk. Trots detta upplever de sig mindre påverkade vid sista mätillfället vilket kan tyda på en ökad förmåga till någon form av gränssättning. Grupp 1 visar på en ökning vad gäller påverkansgraden. Två av deltagarna i denna grupp separerade under programmet ifrån partner som stått som huvudförsörjare.

Fig. 6

Diagram: – ”Jag lider av huvudvärk, magont, spänningsvärk” (bilaga 1, fråga 18)

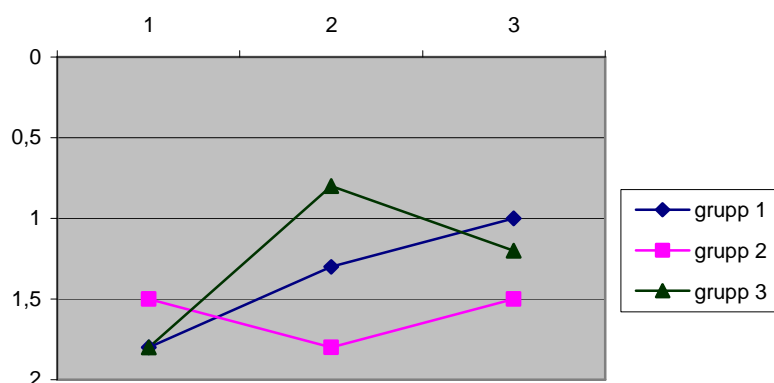


1= vid programmets start, 2 = vid programmets slut, efter 8 v, 3= efter ytterligare 1 månad.
0 – 2 representerar värden av välbefinnande där 0 står för ett högt välbefinnande. Högsta möjliga värde är 3 poäng och motsvarar lågt välbefinnande.

De fysiska symtom som kommer av en psykiskt påfrestande situation kommer ofta smygande och tilltar i styrka i långsam takt. På samma sätt är det med återhämtning av kroppsliga stressrelaterade symtom. Det tar lång tid för kroppen att släppa på spänningar och inte sällan blir det först sämre innan det blir bättre. Tidsaxeln som gäller här, dvs. 3 månader är antagligen för kort tid för att mäta fysiska förändringar. Den grupp som utmärker sig här är grupp 1 som visar på en klar fysisk förbättring. Trolig förklaring till detta är de 3 personer som precis valt att separera och i detta stadium av stor beslutsamhet och lättnad också upplever en fysisk förändring till det bättre.

Fig. 7

Diagram: – ”Jag känner mig ofta arg” (bilaga 1, fråga 17)

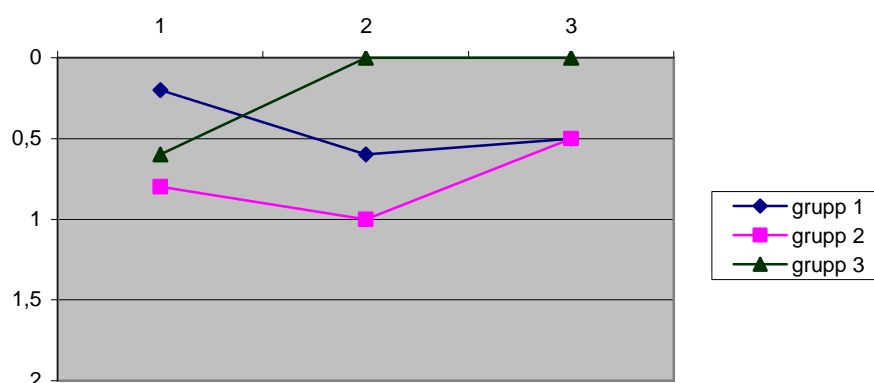


1= vid programmets start, 2 = vid programmets slut, efter 8 v, 3= efter ytterligare 1 månad.
 0 – 2 representerar värden av välbefinnande där 0 står för ett högt välbefinnande. Högsta möjliga värde är 3 poäng och motsvarar lågt välbefinnande.

Känslan av ilska är en av de variabler som har hög poäng i alla grupper, både vid första och sista mättillfället. Grupperna skiljer sig sen åt i hur den utvecklas från de olika mättillfällena. Ilska är en dominerande känsla för många anhöriga. Liksom variabel fysiska symtom och skamkänslor är ilskan något som bearbetas under lång tid och tenderar att variera i styrka under hela processen. I grupp 2 är det en ökad känsla av ilska. Detta är förståeligt utifrån att dessa kvinnor fortfarande lever med aktiva missbrukare och i programmet fått möjlighet att se dels vad de själva utsätts för och dels vad de själva i sina beteende ”möjliggör”.

Fig. 8

Diagram: – ”Jag tycker jag har skuld till min anhöriges missbruk” (bilaga 1, fråga 19)

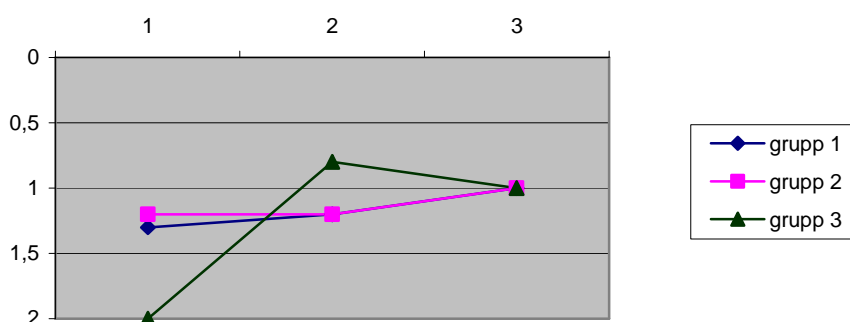


1= vid programmets start, 2 = vid programmets slut, efter 8 v, 3= efter ytterligare 1 månad.
0 – 2 representerar värden av välbefinnande där 0 står för ett högt välbefinnande. Högsta möjliga värde är 3 poäng och motsvarar lågt välbefinnande.

I fråga om skuldkänslor är det i grupp 1 och 2 en upplevelse av ökad skuld efter anhörigprogrammet, som sedan tonar ned en månad senare. Den ökade känslan av skuld kan förklaras med de insikter programmet ger av att anhöriga i sin vilja att hjälpa istället blir ”möjliggörare” till fortsatt drickande. Högsta grad av skuldkänslor upplever grupp 2 där 75% levde med aktiva alkoholister. Grupp 3 avviker genom att efter anhörigprogrammet slut känna sig helt befriade från skuldkänslor. Vid tidpunkten för den gruppen hade innehållet i anhörigprogrammet förändrats genom att en av grupp tillfällena ha ett eget tema ”skuld och skam”. Vid tidigare grupper bakades detta in i övriga grupp tillfällen.

Fig. 9

Diagram:– ”Jag skäms inför andra över min anhöriges missbruk” (bilaga 1, fråga 15)



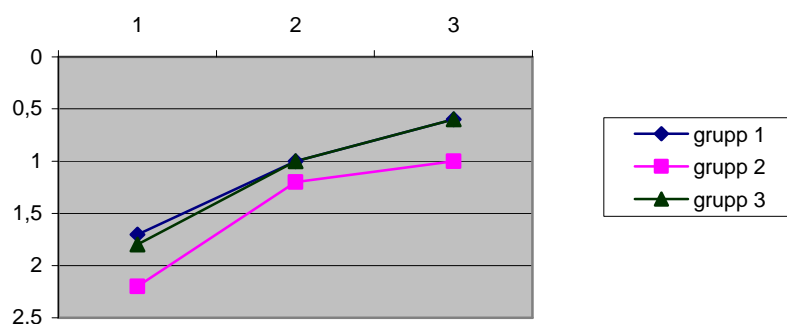
1= vid programmets start, 2 = vid programmets slut, efter 8 v, 3= efter ytterligare 1 månad.
0 – 2 representerar värden av välbefinnande där 0 står för ett högt välbefinnande. Högsta möjliga värde är 3 poäng och motsvarar lågt välbefinnande.

Både skamkänslor och känslan av skuld är något som sitter djupt och kan påverka ens individs hela livsinställning. Skamkänslorna är dock ofta ännu djupare förankrad i individen. ”Jag är fel”-

känslan tar längre tid att förändra. För grupp 1 och 2 följer den nästan samma kurva som variabel "fysiska symtom". Grupp 3 avviker här på samma sätt som skuldvariabeln. Detta kan påverkats av den ökade betoningen av skuld och skamproblematiken under denna grupp.

Fig. 10

Diagram – "Jag har känt mig tvingad att tala osanning på grund av min anhöriges missbruk" (bilaga 1,fråga 20)

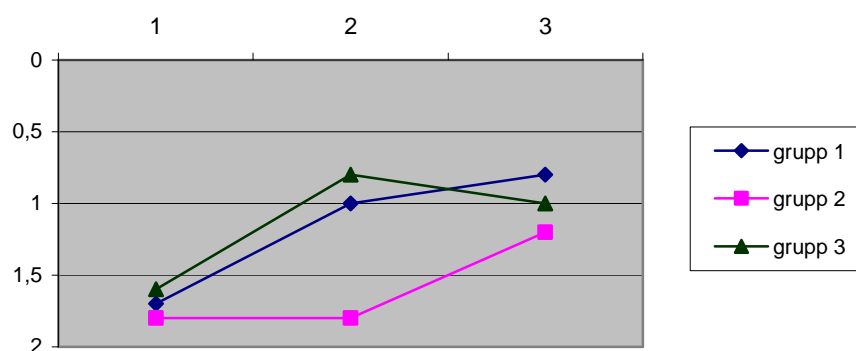


1= vid programmets start, 2 = vid programmets slut, efter 8 v, 3= efter ytterligare 1 månad.
0 – 2,5 representerar värden av välbefinnande där 0 står för ett högt välbefinnande. Högsta möjliga värde är 3 poäng och motsvarar lågt välbefinnande.

På denna fråga har alla deltagare svarat att det stämmer i större eller mindre utsträckning. Alla har känts sig tvingade att tala osanning. Denna fråga är också den enda variabel som går stadigt ned för alla grupper. Betoningen av sjukdomsbegreppet i anhörigprogrammet kan vara en förklaring till att deltagarna ser sig mindre benägna av att tala osanning.

Fig. 11

Diagram – "Min egen planering styrs av min anhöriges liv" (bilaga 1,fråga 14)



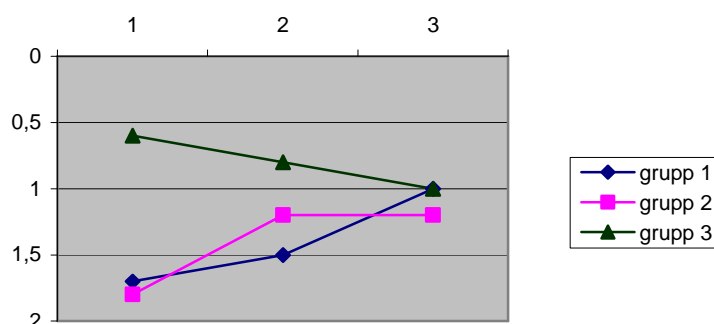
1= vid programmets start, 2 = vid programmets slut, efter 8 v, 3= efter ytterligare 1 månad.
0 – 2 representerar värden av välbefinnande där 0 står för ett högt välbefinnande. Högsta möjliga värde är 3 poäng och motsvarar lågt välbefinnande.

Denna frågeställning är tillsammans med fråga 15 och 17 den fråga där deltagarna enhälligt visar sig vara mycket påverkade. Mest påverkade är grupp 2, där det också tar längst tid att se en förändring. Till sista mättillfället har det för alla grupper blivit en tydlig minskning av påverkan.

Grupp 3 visar en liten ökning av påverkan vid sista mättillfället. Detta kan förklaras av att en av deltagarna haft ett dödsbud i familjen, samt återfall för en annan anhörig.

Fig. 12

Diagram – ”Jag ser alltid till att vara nåbar” (bilaga 1, fråga 16)

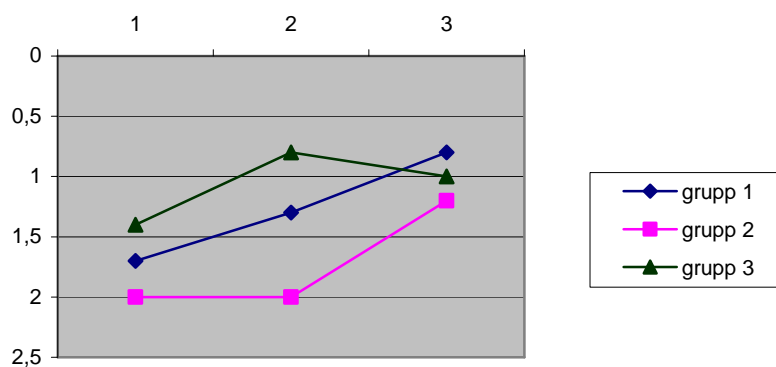


1= vid programmets start, 2 = vid programmets slut, efter 8 v, 3= efter ytterligare 1 månad.
0 – 2 representerar värden av välbefinnande där 0 står för ett högt välbefinnande. Högsta möjliga värde är 3 poäng och motsvarar lågt välbefinnande.

Denna frågeställning handlar också om hur det praktiska vardagslivet påverkas av missbrukaren. Här visar grupp 2 till skillnad från fråga 10 en tydlig förändring mot en minskning av påverkan redan vid första mättillfället. Grupp 3 anser sig från början vara mindre påverkade men där blir det istället en ökning. Detta kan förklaras delvis av dödsfall samt återfall.

Fig. 13

Diagram – ”Jag tar ett stort praktiskt ansvar för min anhöriges liv” (bilaga 1, fråga 21)

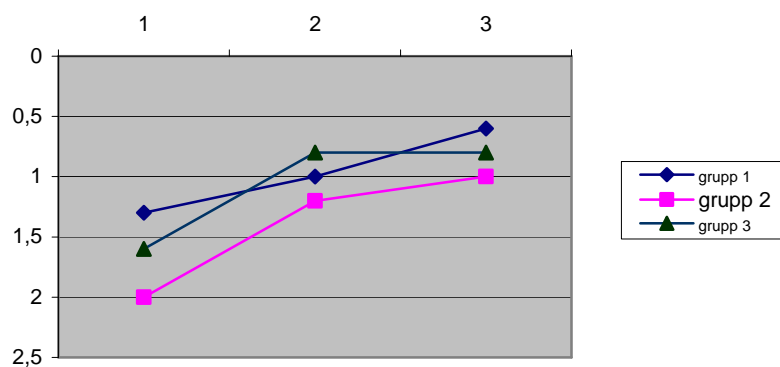


1= vid programmets start, 2 = vid programmets slut, efter 8 v, 3= efter ytterligare 1 månad.
0 – 2,5 representerar värden av välbefinnande där 0 står för ett högt välbefinnande

Detta diagram är i det närmaste jämförbart med diagram 11. Förändringen för respektive grupp är ungefär densamma. Båda frågeställningarna belyser hur det praktiska vardagslivet påverkas av missbruket. Alla grupper upplever en hög påverkansgrad från början, som vid sista mättillfället är betydligt lägre.

Fig.14

Diagram – ”Jag brukar ställa saker till rätta åt min anhörige” (bilaga 1,fråga 22)



1= vid programmets start, 2 = vid programmets slut, efter 8 v, 3= efter ytterligare 1 månad.
0 – 2,5 representerar värden av välbefinnande där 0 står för ett högt välbefinnande. Högsta möjliga värde är 3 poäng. Högsta möjliga värde är 3 poäng och motsvarar lågt välbefinnande.

Denna frågeställning hänger ihop med fråga 21, diagram 13. Att ta ett stort praktiskt ansvar innebär bland annat att ställa saker till rätta åt sin anhörige. I takt med att ansvarstagande minskar är man mindre och mindre benägen att ställa saker till rätta åt sin anhörige. Takten och graden av minskningen skiljer sig något mellan grupperna.

SLUTDISKUSSION

Jag har i denna rapport haft som syfte att göra en utförlig beskrivning av anhörigprogrammets innehåll, struktur och dess förutsättningar. Att på så sätt ge vidare den kunskap som finns om hur och varför anhörigprogrammet finns, till beslutsfattare, ledning och medarbetare. Jag har också velat belysa om programmet påverkar deltagarens psykiska välbefinnande och om, och på vilket sätt den påverkar deltagarens beteendemönster och känslor.

Den första delen av rapporten som består i beskrivningen av programmet hade varit en svår uppgift om jag själv inte varit en av gruppledarna. Det har varit brister i dokumentation och mycket av innehållet för varje tema har funnits i ”gruppledarnas huvud” och egna personliga anteckningar. Detta gör programmet väldigt personavhängigt. Det som skulle varit en rapport skriven under en period av 6 månader har av olika praktiska skäl blivit en process på 2 år. Det har då varit tydligt att programmet är i ständig utveckling, då teman tagits bort och lagts till under resans gång. Under denna period har en stor del av personalgruppens bytts ut och avsnittet om personalbemanning behövs aktualiseras. I detta sammanhang ser jag att den beskrivande delen fyller en mycket viktig funktion, både som ett historiskt dokument men också som en kunskapsbank för att slippa ”uppfinna hjulet” alltför många gånger. Jag har under skrivprocessen fått många kommentarer av kollegor inom förvaltningen som med nyfikenhet vill ta del av ”hur vi egentligen jobbar”. Kunskapen tror jag förbättrar samarbetet inom förvaltningen.

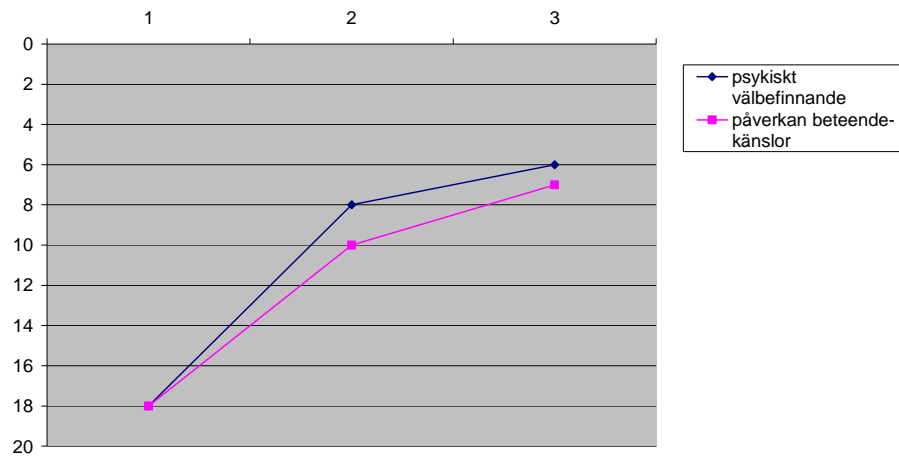
Det andra syftet med rapporten var att mäta om programmet påverkat den anhöriges psykiska välbefinnande. Resultat visar samstämmigt att programmet ökar deltagarens psykiska välbefinnande. Graden och takten av ökningen varierar från grupp till grupp, vilket går att härleda till deltagarnas olika livssituation och förutsättningar.

Mindre samstämmigt är resultaten vad gäller påverkan på beteendemönster och känslor. Påverkan är tydlig i dessa avseenden också men variationerna är mycket större både mellan grupperna och respektive frågeställning. Tre frågeställningar sticker ut lite och visar på större samstämmighet. Fråga 9 ”Jag skäms inför andra över min anhöriges missbruk”, fråga 20 ”Jag har känt mig tvingad att tala osanning på grund av min anhöriges missbruk”, fråga 22 ”Jag brukar ställa saker till rätta åt min anhörige”. Dessa frågeställningar pekar mer tydligt mot en minskad påverkan för varje mätningstillfälle. Minskad skam leder till att jag inte behöver tala osanning i samma utsträckning. Vad gäller både ilska och skuldskänslor visar det en ökning av påverkan till en början för att sedan tona ner sig. Detta stämmer med den bild flera deltagare har av att de i början mår sämre. Insikten om vad man levit i och vad man indirekt möjliggjort ökar både skuldskänslan och ilskan. Frågan som berör hur man ekonomiskt har påverkats av missbruket visar tydligt i en grupp en ökad påverkan. Det faktum att i det fall mannen är den beroende, kvinnan hamnar i en ekonomiskt svår situation vid ev skilsmässa är värd att betona.

Metoden jag valt att arbeta med, dvs. självskattningsenkäten, har fungerat väl. Fördelen med en enkät är att det endast är deltagaren som ger sin syn på sig själv. Det är ingen intervjuare som tolkar. Vissa frågeställningar har deltagarna dock tyckt att det saknats ytterligare svarsalternativ. De har velat kryssa mittemellan rutorna. En annan fördel är att enkäterna kan användas fortsättningsvis, även om personal byts ut. Ytterligare en fördel med enkätundersökningarna är att programmet ger ett mer professionellt intryck. Deltagarna har sett det som positivt att bli tillfrågade och har velat ta del av resultatet.

Det har inledningsvis inte funnit något syfte att använda sig av enkätsvaren i behandlingssyfte. Detta har växt fram under tiden och visat sig vara ett fruktbart och konkret sätt att arbeta och ge respons till deltagaren. I stället för som från början använda sista uppföljningssamtalet till att fylla i enkäten, har enkäten skickats ut en tid innan samtalet med returkuvert. Till sista samtalet har då deltagaren fått tillbaka i diagramform sin egen utvecklingskurva. Detta har förstärkt och förtydligat den egna processen. Ex

L's enkätsvar anhörigprogrammet våren -06



1= vid programmets start, 2 = vid programmets slut, efter 8 v, 3= efter ytterligare 1 månad.

0 – 2,5 representerar värden av välbefinnande där 0 står för ett högt välbefinnande. Högsta möjliga värde är 3 poäng. Högsta möjliga värde är 3 poäng och motsvarar lågt välbefinnande.

Vad gäller framtida forskning för anhörigprogrammet kan jag se behov av ytterligare en uppföljning, ca ett år senare. Dels för att se hur deras process fortsätter att utveckla sig. Håller de positiva förändringen i sig, vilka variabler går tillbaka eller tar längre tid att förändra. Dels som en möjlighet att återknyta kontakt med deltagarna ytterligare en gång. De flesta deltagarna uttrycker en önskan att få fortsätta i anhörigprogrammet, som de tycker är för kort. Jag tror att en förväntad uppföljningstid skulle ha en viss behandlingsmässig effekt, då de vet att de inte glöms bort, de finns kvar i beroendemottagningens hägn. Ett ytterligare mättillfälle skulle ge en bättre slutsats om vilka teman som behöver förstärkas eller läggas till.

Jag ser också en möjlighet att i anhörigprogrammet mer använda sig av de tendenser denna utvärdering visar vad gäller de olika frågeställningarna. Att under de olika temana kunna relatera till tidigare grupperns enkätundersökningar.

Den beskrivande delen av utvärderingen ser jag också behov av att ständigt uppdatera. Bara under denna tid utvärderingen skrivits har många förändringar skett, och det finns inget som tyder på att framtiden kommer se annorlunda ut. Dokumentationen fyller minst två syften som jag ser det. Dels för mottagaren att få kunskap och insikt. Dels för skrivaren att få tillfälle till reflektion och rannsakan om vad och varför det är på ett visst sätt.

Slutligen vill jag säga att det varit ett fantastiskt roligt arbete att få göra denna utvärdering. Då anhörigprogram inom kommunal regi fortfarande är i sin linda har jag insett att en rapport som denna är ett gott bidrag. Min förhoppning är att det kan hjälpa till att öka på kunskapen och motivationen att fortsatt utveckla anhörigprogrammet både inom Upplands Väsby kommun, men även varhelst det finns en mottagare till denna rapport.

REFERENSER

Beattie, Melady (1990) *Bli fri från ditt medberoende*

Enqvist, Per-Olov () *Selma Lagerlöf och kärleken*

Hellsten Tommy (1998) *Flodbästen i vardagsrummet*

Hellsten Tommy (1999) *Flodbästen på arbetsplatsen*

Kinney o Leaton (1997) *Att släppa taget, en handbok för alkoholbehandlare: Studentlitteratur*

Nordqvist Ola (2004) *Ersta Vändpunktens vuxenprogram –en studie av deltagarnas värderingar och upplevelser*. Sköndalsinstitutet

Runqvist, Wedding (1997) *Det börjar med en annons...* Stockholm:Ersta diakonisällskap

Sconfienza Carolina (1998) *Mätning av psykiskt välbefinnande bland ungdomar i Sverige – användning av GHQ-12*. Arbetslivsinstitutet