

Familjeterapi vid opiatmissbruk – en pilotstudie

Harry Korman

Martin Söderquist

Följande artikel redovisar resultatet av ett försök att genomföra strukturell/strategisk familjeterapi med kroniska intravenösa heroinmissbrukare. Resultatet blev uppmuntrande. De som erbjöds terapimöjligheten genomförde den. I anslutning till behandlingen syntes också missbruket minska och den sociala anpassningen förbättras.

Artikeln redovisar översiktligt för förfarings-sättet vid familjeterapierna.

Undersökningen har genomförts av Harry Korman, läkare vid psykiatriska kliniken, Malmö allmänna sjukhus och psykologen Martin Söderquist, Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen, Trelleborgs lasarett.

Sedan mitten av 1960-talet har ett flertal undersökningar visat att narkotikamissbrukare i mycket stor utsträckning bor kvar hemma hos sina föräldrar upp i vuxen ålder eller bibehåller påfallande täta kontakter med sina ursprungsfamiljer (1, 4, 6, 11, 14, 16, 19, 25). Självklart påverkas hela familjens beteende av att en familjemedlem missbrukar och lika självklart är att missbrukarens beteende påverkas av de andra familjemedlemmarna (9, 13, 17, 18, 22). I fem kontrollerade studier har behandling av drogmissbrukare med familjeterapi jämförts med olika former av konventionell behandling (20). Familjeterapi gav signifikant bättre resultat i fyra av dessa studier. I en tidigare artikel har en av författarna mer utförligt diskuterat den teoretiska bakgrunden till denna pilotstudie (24).

Syftet

Syftet med föreliggande undersökning har varit att försöka besvara följande frågeställningar.

- 1) Har heroinmissbrukare påfallande tät kontakt med sina ursprungsfamiljer?
- 2) Är det möjligt att förmå missbrukarna och deras familjer att delta i familjeterapi?
- 3) Är det möjligt att behandla heroinmissbrukare med familjeterapi under pågående missbruk?

Material

En av de fem socialbyråerna i Malmö kommun informerades hösten 1983 om att vi, med familjeterapi i missbrukarens ursprungsfamilj, önskade försöka behandla kroniska heroinmissbrukare som antingen misslyckats ett flertal gånger på behandlingsinstitutioner, eller som över huvud taget ej kunnat motiveras till behandling. Från denna socialbyrå erhöles på någon vecka förfrågningar angående behandling av 3 missbrukare (samtliga som man då hade kontakt med) och samtliga togs i behandling. Ryktesvägen spreds sedan information om vårt behandlingsförsök till andra instanser inom socialvården, och förfrågningar från dels två andra socialbyråer, dels från narkomanvården, erhöles sedermera gällande ytterligare 5 heroinmissbrukare. En av dessa initierades av modern till en patient som bad socialsekreteraren undersöka det rykte hon hört om en behandling där familjen deltog.

Vi planerade i denna pilotstudie endast behandling av 3–5 missbrukare, och missbrukaren fick därför ej tillfrågas innan socialsekreteraren förvisat sig om att vi hade utrymme för behandling. Såvitt vi vet tackade ingen missbrukare nej, men vi uteslöt två (ett par) innan de tillfrågats av socialsekreterare då föräldrarna bodde så långt borta att vi ansåg familjesamtal ogörliga.

Figur 1. Missbruksanamnes

Ålder:	Kön:	Missbrukat antal år:	Heroin sedan:	Försörjnings- källa:
1: 20 år	kvinn	8 år	2,5 år	Prostitution
2: 21 år	kvinn	7 år	4 år	Prostitution
3: 25 år	man	8 år	5 år	?
4: 29 år	man	9 år	9 år	Småstöld
5: 32 år	man	12 år	7 år	Langning, tidigare arbete
6: 33 år	kvinn	17 år*	1,5 år	Maken (5), Sjukpenning

* (Osäker uppgift). "5" och "6" sammanboende och behandlade tillsammans i "5"'s familj.

Metod

Vid motivationssamtalet användes en halvstrukturerad intervju utvecklad och beskriven av Stanton et al (21, 26), syftande till att få missbrukarens tillstånd att kontakta föräldrarna. Under samtalet kartlades missbrukarens tidigare och aktuella kontakter med sin ursprungsfamilj, den nuvarande sociala situationen samt tidigare rehabiliteringsförsök. Som ett led i den terapeutiska strategin efterfrågades specifikt på vilket sätt familjen deltagit i tidigare rehabiliteringsförsök. Syftet var att understryka att familjen aldrig deltagit och att rehabiliteringsförsöken därför misslyckats. Avslutningsvis frågade terapeuten om han fick ta kontakt med familjen "För att få deras hjälp den här gången". Omedelbart efter jakande svar kontaktades familjemedlemmarna per telefon och inbjöds till ett samtal någon dag senare med motiveringen att vi behövde deras synpunkter på hur vi skulle behandla missbrukaren.

Samtliga familjesamtal videoinspelades. Behandlingsmodellen var strukturell/strategisk familjeterapi (8, 15, 23) och behandlingsarbetet utfördes av ett team med varierande sammansättning. En terapeut befann sig med familjen i rummet, de övriga följde samtalen med hjälp av envägsspegel. Tillstånd till användning av video och envägsspegel hade dessförinnan inhämtats.

Under de första familjesamtalen inriktade vi oss på de tidigare fruktlösa försök som familjen och dess medlemmar gjort för att få slut på missbruket. Vi koncentrerade oss huvudsakligen på familjemedlemmarnas tidigare ansträngningar och på det här stadiet deltog missbrukaren nästan inte alls i samta-

len. Vi tillämpade en direktiv och ibland provokativ metod. Missbrukarens problem kallades aldrig för beroende eller sjukdom utan vi betonade att han hemma hos föräldrarna var lat och bortskämd, att han utnyttjade föräldrarnas skuldkänslor och att han rent allmänt betedde sig väldigt illa. Vi visade på tidigare frånvaro av gemensamma planeringar och pekade på att familjen egentligen aldrig fått delta i de behandlingsförsök som gjorts. Genom att bli hänvisa till missbrukarens eget beteende i rummet underströk vi hans barnsliga beroende av sin familj. Vi försökte få familjen att acceptera att han egentligen var ett barn som stannat upp i sin utveckling och att han nu behövde hjälp att växa upp och så småningom flytta hemifrån. Vi förklarade att det var hans familj som var bäst lämpad att hjälpa honom med detta och erbjöd dem att tillsammans med oss göra ett försök. Först när familjen accepterat att delta i rehabiliteringsprocessen började vi ifrågasätta föräldrars och andra anhörigas sätt att bete sig mot missbrukaren och mot varandra. Föräldrar som kontinuerligt och systematiskt motarbetat varandras ansträngningar att få kontroll över missbrukaren är ett vanligt problem. Samtalen syftade till att få familjerna att fungera på ett annorlunda sätt; att få dem att samarbeta i syfte att ge missbrukaren ett positivt stöd, samtidigt som alla medlemmar i familjen bli lärde sig att sätta likartade gränser för missbrukaren. Efter 1–3 familjesamtal riktade vi uppmärksamheten på framtiden. Om patienten numera inte missbrukade diskuterade vi hur familjen skulle bemöta honom den dag han åter kom hem i påverkat tillstånd. Om patienten fortfarande missbrukade diskuterade vi hur familjen skulle bete sig den dag han upphörde med sitt missbruk. Det var ju just i den situationen som tillvaron blev outhärdlig för missbrukaren. Vi försökte alltså under alla förhållanden att rikta uppmärksamheten framåt i tiden, och tillsammans med familjen planera för framtiden, vilket alla tycktes uppleva som meningsfullt och också tycktes inge hopp om att framtiden skulle kunna komma att gestalta sig annorlunda.

En förutsättning för terapierna var ett gott och mycket nära samarbete med de sociala myndigheterna, som icke fick fatta beslut utan att vi var

informerade och givits möjlighet att påverka beslutet. Vår erfarenhet idag är att det krävs ett närmast perfekt samarbete mellan myndigheter för att lyckas rehabilitera en missbrukare.

Uppföljning skedde sex månader efter avslutad terapi eller sex månader efter det tionde familjesamtalet. Den utfördes av samma personer som utfört behandlingen, en metod som ofta leder till alltför positiva resultat men i denna pilotstudie fanns tyvärr inte resurser till annat förfaringssätt. För att åtminstone i viss mån söka motverka dessa effekter strävade vi efter att beträffande varje patient få uppgifter från samtliga myndigheter som haft kontakt med patienten, vilket patienterna gett tillstånd

till. Tillförlitligheten hos enskilda uppgiftslämnare kan naturligtvis variera, men samstämmigheten mellan de olika uppgiftslämnarna var påtaglig.

Följande uppgiftslämnare kontaktades vid uppföljningen:

- 1: Patienten, tre anhöriga och fem myndigheter, varav en gjorde en avvikande bedömning.
- 2: Patienten, fyra anhöriga och sex myndigheter.
- 3: Två anhöriga och tre myndigheter.
- 4: Patienten, två anhöriga och två myndigheter.
- 5: Patienten, fyra anhöriga och tre myndigheter.
- 6: Patienten, tre anhöriga till maken (nr "5"), arbetsgivare och tre myndigheter.

Resultat

Missbruk och social situation före behandling

1: 20-årig kvinna med kontinuerligt heroinmissbruk. Tabletter och alkohol vid brist på heroin. Prostituerar sig och väntar på fängelsestraff och vräkning.

2: 21-årig kvinna. Upphörde med heroin 14 dagar före behandlingens början. Prostituerar sig. Egen lägenhet.

3: 25-årig man. Kontinuerligt heroinmissbruk i små doser. Bor i egen lägenhet. Socialbidrag.

4: 29-årig man. Kontinuerligt heroinmissbruk. Har egen lägenhet men bor mest hos föräldrarna. Uppbär socialbidrag. Är hotfull mot tjänstemän på socialbyrån.

5: 32-årig man. Kontinuerligt heroinmissbruk. Bor med hustru (som också missbrukar) och barn. Langar. Har arbetat tidigare, men slutat därmed. Svårt samarbeta med socialtjänstemännen.

6: 33-årig kvinna. Gift med barn. Kontinuerligt heroinmissbruk. Arbetat, omväxlande med långa och många sjukskrivningar.

Missbruk och social situation efter behandling

Tablettberusar sig ca 1 gång i veckan. Prostituerar sig inte längre. Bor med man som enligt hennes egen uppgift inte är missbrukare. Inga kontakter med sociala myndigheter.

Sporadiskt intravenöst missbruk av amfetamin. (Ca 1 gång/vecka). Bor hos förälder sedan kort tid. Prostituerar sig inte längre. Inga kontakter med myndigheter.

Ökat missbruk och kriminalitet. Häktad.

Har slutat helt med intravenöst missbruk. Kontinuerligt tablettmissbruk. Misslyckats i skolan, men vill göra ett nytt försök. Bor oförändrat mest hos föräldrarna. Lugn i kontakten på socialbyrån.

Inget missbruk. Barnen på väg hem igen efter placering utanför hemmet. Inget arbete. Fortsatta svårigheter i samarbetet med socialtjänstemännen.

Inget missbruk. Barnen på väg hem igen efter placering utanför hemmet. Inget arbete och har liksom maken fortsatta svårigheter att samarbeta med socialbyrån.

4 av de 6 missbrukarna synes således ha slutat med intravenöst missbruk. 1 av dessa hade gått över till ett avancerat, och 1 till ett sporadiskt tablettmissbruk. 1 flicka hade gått över till att missbruka amfetamin och har sedermera helt slutat missbruka.

De två flickor som prostituerat sig synes ha slutat med detta efter endast något samtal och hade ännu 2 år senare veterligen ej börjat prostituera sig igen.

Som bifynd noterade vi att de två fäder som regelbundet missbrukat alkohol och som av sina familjer uppfattats som alkoholberoende, tycktes ha förändrat sin alkoholkonsumtion. Den ene hade helt slutat med alkohol. Den andre hävdade att han fortfarande drack lika mycket medan hans anhöriga sade att han dragit ned avsevärt på sin alkoholkonsumtion.

Av totalt 21 familjemedlemmar i 5 familjer uppgav 19 att samtalen varit givande och gett positiva effekter.

Kontakt med ursprungsfamiljerna

De tre manliga missbrukarna hade tät och kontinuerlig kontakt med sina ursprungsfamiljer. De tre kvinnliga missbrukarna hade en mera rörlig och dramatisk typ "allt eller inget" kontakt med sina familjer. I samtalen var den starka känslomässiga laddningen i relationerna mycket tydlig både för männen och för kvinnorna och det tycktes oss inte svårare att behandla endera könet.

(6 missbrukares familjeförhållanden tillåter inga generella slutsatser, men fyndet stämmer entydigt med Runes undersökning 1983 av heroinistpopulationen i Malmö (16), enligt vilken männen har tät kontakt med sina familjer, men ej kvinnorna.)

Det är möjligt att motivera och rekrytera heroinmissbrukare och deras familjer till familjeterapi

Motivationssamtal hölls vid 5 tillfällen med 6 patienter och ledde till 5 familjeterapier. Ett par intervjuades tillsammans och behandlades sedan tillsammans i makens ursprungsfamilj. Ingen missbrukare som erbjöds motivationssamtal tackade nej. Två fick erbjudas förnyade tider då de inte infann sig till överenskomna möten. En av dessa hämtades av socialsekreterare efter två uteblivanden.

I samband med 4 av de 5 familjeterapierna gav missbrukarna oss tillstånd att kontakta familjen vid det första motivationssamtalet beskrivet ovan. En-

dast 1 missbrukare var tveksam till att ge oss tillstånd att kontakta familjen. Sedan vi klargjort att den ansvariga socialsekreteraren såg positivt på behandlingsförsöket och att möjligheterna att få hjälp från socialbyrån sannolikt skulle öka, accepterade han erbjudandet. Bortsett från denne missbrukare fick ingen av de behandlade några särskilda förmåner och erhöll ej heller andra behandlingsförslag som de kunde uppfatta som obehagligare än familjeterapi.

Ingen av de familjemedlemmar vi kontaktade gjorde några som helst svårigheter eller visade någon som helst tveksamhet beträffande sin egen medverkan. Svårigheterna var således ytterligt små, och fränsett det fall där kontakten indirekt initierades av modern, tyder ingenting på att gruppen selekterats på grunder som skulle underlätta denna del av arbetet.

Det är möjligt att behandla heroinmissbrukare med familjeterapi under pågående missbruk

Vi frågar oss idag om det är möjligt att använda familjeterapi om inte missbrukaren fortsätter sitt missbruk åtminstone under initialfasen av terapin. Under "lugna perioder" tycker vi oss ha haft större svårigheter då familjerna hade en tendens att vara problemförnekande. Det är som om dramatiken kring allvarliga symptom behövs för att mobilisera familjerna till förändringsarbete.

Diskussion

Det är påtagligt lätt att motivera och rekrytera både missbrukarna och familjemedlemmarna. Våra erfarenheter är väl överensstämmande med de erfarenheter som gjorts i Köpenhamn (3) och Paris (2), trots att de står i bjärt kontrast till de ibland oöverstigliga svårigheter som beskrivits från USA (1, 11, 12, 20, 21). Vi har ingen förklaring till dessa kliniskt observerade skillnader mellan USA och Europa.

I samband med den initiala telefonförfrågan till familjen om de kunde deltaga tackade alla omedelbart ja. Flera familjemedlemmar uttalade dock spontant tveksamhet vad gällde om andra familjemedlemmar skulle vilja eller orka ställa upp. Mamman kunde tex säga: "Ja, för mig är det inga problem, men min man vill/kan nog inte ta ledigt från jobbet." Pappan kunde säga "Ja för mig är det inga

problem, men min fru orkar nog inte''. Detta förhållningssätt har i tidigare arbeten (5, 8, 12, 21) tolkats som beskyddande och hanterades genom att vi personligen talade med i stort sett samtliga familjemedlemmar som vi önskade skulle delta.

Under initialskedet av terapierna förvånade det oss att både missbrukarna själva och familjemedlemmarna utan motstånd accepterade att missbrukarna under samtalen behandlades och beskrevs som yngre tonåringar. Vi vände oss så småningom vid att alla de facto upplevde missbrukaren som sådan.

Farhågor

Innan vi startade vår pilotstudie var vi oroliga för 3 problem som är vanliga vid polikliniskt arbete med missbrukare. Missbrukare uteblir i hög frekvens från polikliniska kontakter (om man över huvud taget kan få dem att komma). De är extremt manipulativa och med den provokativa form för terapi som vi arbetade med ansåg vi att det fanns en reell risk för aggressiva hot och utspel i samband med familjesamtalen.

Utblivande: Under de första 25 familjesamtalen i projektet (totalt 58 samtal) hade vi inga återbud och endast vid tre tillfällen uteblev någon familjemedlem. I två fall gällde det missbrukaren och i ett en förälder. Detta trots att vi endast vid något enstaka tillfälle utnyttjade de kvällstider vi hade tillgängliga. Familjerna fortsatte i terapi trots, eller kanske på grund av kriser i familjerna, återfall i missbruk, fängelsevistelse för missbrukaren etc. Det lägsta antalet samtal i en familj var 8 och det högsta 18. Vår initiala planering var ca 10 samtal/familj.

Manipulativt beteende: Vi upplevde påtagligt lite av missbrukares vanliga manipulationsmönster. Mycket talar för att detta berodde på att vi dels i princip inte träffade missbrukaren utan att familjen var närvarande, dels på att vi inte ställde några krav på drogfrihet under terapierna. Vår hållning var tvärtom att först efter terapin skulle och kunde missbrukaren vara fri från sitt beroende. Dessutom var vi ytterst restriktiva med medicinförskrivning. Endast vid ett tillfälle föreskrevs 25 Valium 5 mg inför en avgiftning som föräldrar och syskon framgångsrikt genomförde i familjens sommarstuga.

Aggressioner och hot: Vår rädsla var överdriven. Vid ett tillfälle hotade en patient sin fader verbalt och med åtbörder och vid ett tillfälle hotades en av terapeuterna. Terapeuten erhöll ett knytnävslag i bröstet och polis tillkallades för att lugna ner situationen. Med familjens och heroinistens tillstånd fick polismännen övervara resten av samtalet via en vägsspegeln så att detta kunde avslutas i lugn och ro.

Våra resultat är på intet sätt konklusiva. Materialet är mycket litet, vi saknar kontrollgrupp och uppföljning har endast skett i 6 månader.

Gruppen tunga heroinmissbrukare har dock så dålig prognos, hög dödlighet och innebär så stor belastning på sjukvård och socialvård att vi anser att resultaten uppmuntrar till en klinisk prövning. Hösten 1986 startade vi därför en prospektiv randomiserad effekt- och processtudie.

Handledare vid terapierna var psykolog Mogens Holme, Helsingör. En terapi utfördes av socionom Börje Svensson, Stockholm. För utformandet av manuskriptet är vi stor tack skyldiga Harald Mirski, Stockholm.

REFERENSER

9. *Helmersen P*: Family Interaction and Communication in Psychopathology. An Evaluation of Recent Perspectives. Academic Press. 1983.
 14. *Madanes C, Dukes J, Harbin H*: Family Ties of Heroin Addicts. Archives of General Psychiatry. 1980;37:889-894.
 15. *Minuchin S, Fishman C*: Family Therapy Techniques. Cambridge, Mass., Harvard University Press 1981.
 19. *Stanton M D, Todd T C, Heard D B, Kirschner S, Kleiman J I, Mowatt D I, Riley P, Scott S M, van Deusen J M*: Heroin addiction as a family phenomenon: A new conceptual model. Am J Drug Abuse. 1978;5:125-150.
 21. *Stanton M D, Todd T C*: The family Therapy of Drug Abuse and Addiction. Guilford Press. New York 1982.
 22. *Stanton M D, Todd T C, Steier F, van Deusen J M, Marder L R, Rosoff R J, Seaman S F, Skibinski E*: Family Characteristics and Family Therapy of Heroin Addicts: Final Report, 1974-1978. Report to the National Institute of Drug Abuse (Grant No R01 DA 01119) by the Philadelphia Child Guidance Clinic, 1979.
 24. *Söderquist Martin*: Heroinisten, Familjen och Terapeuten. Fokus på Familjen 1985;3:157-173.
- En komplett referenslista kan erhållas från författaren.