



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Guri Solvang og Trine Dyrhaug

Hvorfor er det viktig å ha fokus på hele familien når den rusavhengige kommer inn til behandling? Og på hvilken måte kan familien bli en ressurs i behandlingen, og hvordan kan vi få til dette?

Videreutdanning i rus, avhengighet og psykiske lidelser

Fordypningsoppgave

2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

 JA NEI

Forord

Toxic Shame (utdrag av)

By Leo Booth/ John Bradshaw

I was there at your conception
In the epinephrine of your mother's shame
You felt me in the fluid of your mother's womb
I came upon you before you could speak
Before you understood
Before you had any way of knowing
I came upon you when you were learning to walk
When you were unprotected and exposed
When you were vulnerable and needy
Before you had any boundaries

My name is toxic shame

I come from "shameless" caretakers, abandonment, ridicule abuse, neglect – perfectionistic systems
I am empowered by the shocking intensity of a parent's rage
The cruel remarks of siblings
The jeering humiliation of other children
The awkward reflection in the mirrors
The touch that feels icky and frightening
The slap, the pinch, the jerk that ruptures trust
I am intensified by
A racist, sexist culture
The righteous condemnation of religious bigots
The fears and pressures of schooling
The hypocrisy of politicians

The multigenerational shame of dysfunctional family systems

My name is toxic shame

My pain is so unbearable that you must pass me on to others

Through control, perfectionism, contempt, criticism, blame, envy, judgement, power, and rage

My pain is so intense

You must cover me up with addictions, rigid roles, reenactment, and unconscious ego defenses

My pain is so intense

That you must numb out and no longer feel me.

I convinced you that I am gone – that I do not exist – you experience absence and emptiness.

My name is toxic shame

I am the core of co-dependency

I am spiritual bankruptcy

The logic of absurdity

The repetition compulsion

I am crime, violence, incest, rape

I am the voracious hole that fuels all addictions

I am instability and lust

I am Ahab the Wandering Jew, Wagner's Flying Dutchman,

Dostoyevski's underground man, Kierkegaard's seducer,

Goethe's Faust

I twist *who you are* into what you do and have

I murder your soul and you pass me on for generations

My name is toxic shame

Sammendrag

Rundt hver eneste rusavhengige person er det mange berørte. Vi ønsket å se på hvordan avhengighet og familie henger sammen, og hvordan avhengighet kan læres i familien. I oppgaven fokuserer vi på rusavhengighet, problematikk vi jobber med til daglig på en rusbehandlingsklinikk. Vi har en oppfatning av at det er for lite fokus på familie innen rusbehandling, og vi ønsket derfor å rette fokuset mot dette, samt se på noen alternativer for hvordan det kan gjøres. Oppgaven er en litteraturstudie som vi også knytter opp mot egne erfaringer. Vi har hovedfokus på hvordan avhengighet kan læres i familien, og hvorfor det er viktig å inkludere familieperspektivet i rusbehandling. Vi konkluderte med at det fortsatt er viktig å se mennesket i sammenheng. Videre hevder vi at måten vi forstår avhengighet og familie på innvirker hvordan vi forholder oss til pasienter, deres problemer og veien mot tilfriskning.

Innholdsfortegnelse

1.	INNLEDNING.....	7
1.1.	BAKGRUNN FOR TEMA.....	8
1.2.	PROBLEMSTILLING.....	8
2.	METODE.....	9
2.2	FORFORSTÅELSE.....	9
2.2	VALG AV LITTERATUR/ KILDEKRITIKK.....	9
3.	TEORI.....	11
3.1.	DOBBELTDIAGNOSE.....	11
3.2.	FAMILIESAMARBEID SOM EN DEL AV DEN INTEGRERTE BEHANDLINGEN.....	12
3.3.	FRA INDIVID TIL FAMILIEFORSTÅELSE.....	12
3.4.	RUSPROBLEMER I ET FAMILIEPERSPEKTIV.....	13
3.5.	HVA KJENNETEGNER FAMILIER MED MISBRUKSPROBLEMER?.....	14
3.6.	FAMILIE OG AVHENGIGHET.....	15
3.7.	HVORDAN AVHENGIGHET LÆRES.....	16
3.8 .	FAMILIER ER FORSKJELLIGE.....	18
3.9.	DEN SKAMFYLTE FAMILIEN.....	19
3.10.	DEN INKONSEKVENTE FAMILIEN.....	20
3.11.	HVORDAN INKLUDERE FAMILIEN I RUSBEHANDLINGEN.....	20
3.12.	ETISKE REFLEKSJONER.....	21
4.	DISKUSJON.....	21
4.1.	HVORFOR ER DET VIKTIG Å HA FOKUS PÅ HELE FAMILIEN NÅR DEN RUSAVHENGIGE KOMMER INN TIL BEHANDLING?.....	21
4.2.	FAMILIEN I BEHANDLING.....	22
4.3.	SE MENNESKET I KONTEKST.....	23
4.4.	AVHENGIGHET – MEDAVHENGIGHET.....	24

4.5.	AVHENGIGHETSMØNSTER I BEHANDLING.....	26
4.6.	BARN AV RUSAVHENGIGE.....	27
4.7.	Å NÆRME SEG FAMILIEN.....	28
4.8.	PÅ HVILKEN MÅTE KAN FAMILIEN BLI EN RESSURS I BEHANDLINGEN, OG HVORDAN KAN VI FÅ TIL DETTE?.....	30
4.9.	FAMILIEN – EN RESSURS.....	31
4.10.	EN DEL AV BEHANDLING.....	32
5.	KONKLUSJON.....	33
6.	REFERANSER.....	34

1. Innledning

Tusenvis av mennesker i Norge misbruker eller er avhengige av rusmidler. Ingen vet eksakt hvor mange. Selv om det er vanskelig å anslå, viser grove anslag at antall alkoholmisbrukere er betydelig høyere enn narkotikamisbrukere. Dette innebærer at det er langt flere familier som berøres av alkoholmisbruk enn av narkotikamisbruk (Statens institutt for rusmiddelforskning 2011). Beregninger gjort i Norge viser at 50.000 -150.000 barn og 50.000 - 100.000 ektefeller/partnere bor sammen med personer med risikopreget alkoholkonsum. Det finnes ingen tilsvarende beregninger gjort i forhold til narkotiske stoffer (Bramness 2011).

I Norge kommer Statens institutt for rusmiddelforskning (2011) ut med statistikk og beregninger over hvor mye alkohol, legemidler og narkotika vi konsumerer i dette landet. Slik statistikk gir oss et bilde av utviklingen av bruk og misbruk av ulike rusmidler. Den sier også noe om hvilken kriminalitet og samfunnsøkonomiske virkninger dette får (ibid). Statistikken sier imidlertid lite om hvilken belastning dette har for de tusenvis av mennesker som lever med misbrukeren eller den avhengige hver dag. Familieterapeut Frid Hansen (2012) påpeker at vi allikevel vet svært mye, gjennom klinisk praksis og forskning, om hvordan et rusmiddelproblem hos ett familiemedlem påvirker relasjonene mellom familiemedlemmene. Videre påpeker hun at det på mange måter er innlysende at man må forholde seg til det rusrelaterte problem som hele familiens problem. Rusproblemer i familien er fortsatt et tabubelagt tema, personer med rusproblemer får ofte leve et skjult liv i familien. Rusproblemer er knyttet til skam, skyldfølelse og mindreverdigfølelse, og blir derfor ofte hemmeligholdt (Andresen 2011).

Oppgaven er delt i fire deler. Innledningen tar for seg bakgrunnen for valg av tema, samt hvem vi er og hvilken bakgrunn vi har. Problemstilling blir deretter presentert. Metod delen beskriver hvordan vi har gått frem for å finne relevant litteratur for å belyse problemstillingen samt en vurdering av denne. Hoveddelen består i en drøfting av problemstillingen opp mot teorien og vår egen erfaring. Vi avslutter med en konklusjon av hva vi har sett på i oppgaven, samt hva vi tenker det er viktig å ha fokus på fremover i forhold til dette temaet.

1.1. Bakgrunn for tema

Vi er begge utdannet sosionomer og har i ulike settinger jobbet med rusavhengige og personer med dobbeltdiagnose over flere år. I dag jobber vi ved samme klinikk i spesialisthelsetjenesten, da ved to ulike polikliniske avdelinger. Hovedmålsetningen for behandlingen er rusfrihet. Gjennom arbeidet ved klinikken, opplever vi jevnlig at behandlingen ikke fører frem. Noe som går igjen hos mange av de menneskene vi jobber med er at de kommer fra familier med avhengighetsproblematikk og psykiske lidelser. De forteller historier om rus, svik, tap, krenkelser, overgrep og vold i familien. Videre opplever vi at menneskene vi jobber med selv etablerer familier og tar med seg egne ubearbeidede erfaringer, handlingsmønster og atferd inn i eget familieliv.

Vi opplever også at utviklingen i rusfeltet går mot kortere behandlingstid samt et økt fokus på individet. Videre er utviklingen at sosialfaglig kompetanse må vike for den medisinskfaglige, også i spesialisthelsetjenesten. Dette er noe som utfordrer og opptar oss i vår kliniske hverdag.

Som sosialarbeidere faller det oss naturlig å tenke system, nettverk og familie som en naturlig del av behandlingen. Gjennom våre erfaringer, videreutdanning og vårt engasjement rundt rusavhengighet som et familieproblem ønsker vi å skrive en oppgave med det som et særskilt fokus. Dette er en problematikk vi er overbeviste om at rusbehandling generelt må adressere bedre dersom flere skal få leve et liv fri fra avhengighet.

Dette gjorde at vi kom frem til en problemstilling som omhandlet fokus på familien i rusbehandling. Vi ønsker å undersøke om fokus på familien i rusbehandling kan gi, ikke bare pasientene, men også deres familier økt sjanse for å komme seg ut av rusavhengigheten.

1.2. Problemstilling: Hvorfor er det viktig å ha fokus på hele familien når den rusavhengige kommer inn til behandling? Og på hvilken måte kan familien bli en ressurs i behandlingen, og hvordan kan vi få til dette?

2. Metode

Oppgaven er et litteraturstudie og har valgt å også bruke eksempler fra egen praksis. Litteraturstudie er en gjennomgang av teori valgt for å belyse problemstillingen. Vi vil her si noe om hva som utgjorde vårt valg av litteratur, altså vår forforståelse. Hvordan vi har søkt etter den og hvorfor vi har valgt den litteraturen vi gjorde (Dalland 2007).

2.1 Forforståelse

Vi er begge utdannet sosialarbeidere, og har jobbet innen rusfeltet i ulike stillinger over flere år. Vi opplever at vår sosialfaglige bakgrunn påvirker vårt syn på pasienten, på hva avhengighet er og hvordan og hva som skal til for å bli fri fra avhengigheten. Vår bakgrunn preger valg av problemstilling og litteratur. Vi er opptatt av å se på rusavhengighet som et familierelatert problem, og har derfor valgt litteratur deretter. Dette kan medføre at oppgaven og valg av litteratur får et litt ensidig perspektiv, samtidig som vi mener at det er et viktig perspektiv som fortjener å bli løftet frem.

2.2 Valg av litteratur/ kildekritikk

Vi søkte etter litteratur som omhandlet familie og avhengighet. I pensum fant vi noe relevant litteratur. Videre søkte vi på internettet på søkemotorer som; google, bibsys ask, med følgende søkeord; familie, avhengighet, behandling, forskning, familieorientert behandling, og ulike kombinasjoner av disse. På den måten fant vi blant annet en av bøkene til selvvalgt litteratur som vi beskriver under, skrevet av Frid Hansen. De fleste treff omhandlet hvordan ulike norske tiltak innenfor helsetjenestene integrerer familieperspektivet i behandlingen, samt til internettsider der rusavhengighet/pårørende blir omtalt, både offentlige sider, men også en del frivillige organisasjoner og interesseorganisasjoner.

Her beskriver vi hvordan vi har vurdert de to mest brukte bøkene i besvarelsen. Vi har ønsket å se på hvordan familiesystemet kan føre til utvikling av avhengighet og vi valgte derfor å se på litteratur som tok for seg dette. Vi er klar over at dette kun er ett perspektiv. Vi mener allikevel at dette er et viktig perspektiv som det er for lite fokus på

i rusbehandling, og som vi ønsker å rette oppmerksomheten mot. Som Nakken (1996) skriver; alle avhengigheter har noe til felles og de følger de samme utviklingsstadier. Han påpeker også at avhengighet tidligere ble sett i forhold til avhengighet av alkohol og narkotika, men at man nå ser at avhengighet tar mange former. Vi har allikevel i vår oppgave fokusert på avhengighet av rusmidler. Vi har valgt å bruke Nakken (1996) i stor grad i teoridelen, da vi opplever at han beskriver utviklingen av avhengighetslidelsen på en lettfattelig og konkret måte. Forfatteren er en anerkjent forfatter, foreleser, veileder og familieterapeut med spesialkompetanse innen behandling av avhengighet. Bøkene hans har solgt flere hundre tusen eksemplarer. Familieorientert rusbehandling, skrevet av Frid Hansen (2012), er en av de nyeste utgivelsene innen familieorientert rusbehandling i Norge. Hansen er en foregangsperson i Norge for å løfte frem familie og generasjonsperspektivet i rusbehandling. Vi opplever at hun på en god måte beskriver hvordan vi kan i praksis kan jobbe med familieperspektivet i rusbehandling. Vi anser hennes litteratur som en naturlig kilde å benytte i vår oppgave. Hun blir også referert til i en del av vår pensumlitteratur og føler det derfor naturlig å gå til primærkilden.

Vi ser at en svakhet ved oppgaven er at vi i liten grad har omtalt pasienter med rus og psykiske lidelser. Vi mener allikevel at problematikken vi har beskrevet er relevant også for denne gruppen pasienter og deres familier. Pasienter med rus og psykiske lidelser kan møte likeså store problemer, om ikke større, i samhandling med familien og behandlingsapparatet. Vi har i oppgaven valgt å ikke gå inn på spesifikke diagnoser, men ser at dette også kunne vært av interesse å studert nærmere. Samtidig har vi ønsket å få frem hovedtrekkene rundt tenkningen og avhengighet og familieperspektivet i rusbehandling, som også i aller høyeste grad berører denne gruppen. I oppgaven bruker vi begrepene misbruk og avhengighet om hverandre. Likedan begrepene misbrukeren, den avhengige og den rusavhengige. Vi har gjort dette fordi teorien benytter de forskjellige begrepene, og vi har ikke sett grunn til å forandre på dette da vi mener at begrepene ikke påvirker vårt hovedbudskap.

3. Teori

3.1. Dobbeltdiagnose

Kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse blir ofte omtalt med begreper som komorbiditet og dobbeltdiagnose. Komorbiditet er en generell betegnelse på samtidig tilstedeværelse av to eller flere lidelser, mens dobbeltdiagnose ofte blir brukt om en kombinasjon alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse (Helsedirektoratet 2012). Ved rusbehandlingsklinikken hvor vi jobber brukes begrepet dobbeltdiagnose, og pasientgruppen representeres oftest av pasienter med bare ruslidelser, eller ruslidelser i kombinasjon med symptomer av angst, depresjon, hyperkinetiske lidelser og personlighetsproblematikk.

Evjen, Kielland og Øiern (2007) beskriver psykiatriens dobbeltdiagnosepasienter, disse har en alvorlig psykisk symptomlidelse, ofte en psykose, en del alvorlige angstlidelser og depresjon. Rusfeltets dobbeltdiagnosepasienter der de færreste har psykoselidelser, men flere har personlighetsforstyrrelse, ofte med utagerende atferd preget av kriminalitet og i noen tilfeller vold (ibid). Selve begrepet dobbeltdiagnose og hva man legger i det har tradisjonelt sett vært svært forskjellig alt etter hvem du spør og hvor de jobber i hjelpeapparatet. For å møte utfordringene knyttet til både begrepsbruk og hvor og når pasienter med dobbeltdiagnose skal behandles er det i år gitt ute en nasjonal faglig retningslinje fra Helsedirektoratet *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser ROP-lidelser*. Retningslinjen sier at personer med rus-og psykiske lidelser har mulighet til bedring av både symptomer og livskvalitet dersom begge lidelsene utredes og behandles på en koordinert måte (Helsedirektoratet 2012).

Mueser, Noordsy, Douglas, Drake, Fox (2006) skriver i sin bok *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser* at familien spiller en viktig rolle for alle mennesker med psykiske lidelser, spesielt for personer med dobbeltdiagnose. Familien kan lindre noe av stresset fra disse personene, mens manglende støtte fra familien kan ha svært negativ innvirkning på livet og sykdomsutviklingen. Familien kan også uten viten og vilje bidra til eller opprettholde rusmisbruket. Det er av svært stor betydning å jobbe med familien. Videre beskriver han at er stor del av pasienter med dobbeltdiagnose bor hjemme hos familie, og enda flere er jevnlig sammen med sin familie. Familien hjelper

ofte til for å dekke en lang rekke av behov som grunnleggende omsorg og ernæring, krisehåndtering og kontakt med det offentlige hjelpeapparatet. Likeledes kan stress i familien, i form av anspent familieatmosfære, hyppige krangler og dårlig kommunikasjon være svært negativt både for den psykiske lidelsen og rusmisbruket. Familiestress kan også bidra til økt rusmisbruk (ibid).

3.2. Familiesamarbeid som en del av den integrerte behandlingen

Integrert behandling av pasienter med dobbeltdiagnose innebærer at man får samtidig behandling både for ruslidelsen og den psykiske lidelsen, av de samme behandlerne i en organisasjon. En sentral verdi i integrert behandling er at det skal være en felles beslutningstaking av alle berørte parter, samarbeid med pasienten er av stor betydning. En annen viktig komponent i tilnærmingen er at man ikke bare skal gi behandling som kun rettes mot rusmisbruket og den psykiske lidelsen, men også et bredt spekter av andre intervensjoner. Det kan omhandle å se på boligsituasjonen, evnen til å fungere i jobb, familie og nettverksarbeid. Tanken er at manglende oppmerksomhet rundt ett element kan undergrave behandlingen. Behandlingen skal være motivasjonsbasert, altså rette seg inn mot pasienten sitt ønske om å endre egen adferd. Behandlingen skal også ha et langsiktig perspektiv (Mueser et.al 2006). Evjen et.al (2007) påpeker at for å oppnå virkninger på pasienter med sammensatte problemer som dobbeltdiagnoseproblematikk, må man blant annet gjøre omfattende psykososial innsats som opplæring av pårørende, ferdighetstrening og "case management".

3.3. Fra individ til familieforståelse

Rundt hver eneste rusavhengige person er det mange berørte (Stoltenbergutvalget 2010). Rusavhengighet har en innvirkning på familien som er meget stor, den er inngripende på fysisk og psykisk helse, arbeid, økonomi, relasjoner og sosialt liv. Det er en stor belastning både for barna, foreldre, søsken, partner og andre som står den avhengige nær. Belastningene kan føre til sykdom, isolasjon og konfliktfylte forhold innad i familien. Generelt viser forskningslitteraturen at det kan være hensiktsmessig å fokusere mer på relasjons- og familieorienterte metoder i behandling av rusproblemer

(Andresen 2011). Journalist Ladegaard (2012) skriver i en artikkel om familierapi at de beste resultatene for å hjelpe ungdom ut av rusavhengighet får man ved tidlig oppfangning og familierapi. Videre at rusavhengighet har ofte en sammenheng med problemer i familien. Anspent familieatmosfære, hyppige krangler og dårlig kommunikasjon er svært uheldig for utviklingen av en rusavhengighet og uheldig dersom man forsøker å komme seg ut av den. Det er svært viktig å avdekke adferd i familien som kan bidra til å muliggjøre rusavhengigheten og opprettholdelse av den (Mueser et. al 2006). Rapporten *Tidlig intervensjon på rusområdet* (Helsedirektoratet 2007) viser til at forhold i familien til den enkelte som for eksempel; foreldrenes egen problematikk og fungering, oppdragelsespraksis, manglende sensitivitet i foreldre- barn samspillet og/eller uforutsigbarhet i forhold til barnet, bare er noen faktorer som man vet er belastende for barn og kan utgjøre en betydelig risiko for skjevutvikling. Videre beskrives det at man kan bygge tidlig intervensjon på rusområdet rundt begrepene "risiko" og "beskyttelse". I familien beskrives risikofaktorer for å utvikle et rusproblem blant barna/ungdom som manglende tilsyn, manglende interesse for den unge, tilknytningsproblemer, alvorlige konflikter, rusmiddelmisbruk, seksuelle og fysiske overgrep og stor fattigdom. Videre beskrives beskyttelsesfaktorene som; kommunikasjon og samspill, struktur og regler, minst en resilient voksen, sterke slektsbånd og høyere sosial status (ibid). Familien er hovedarena for barns utvikling (Andresen 2011). Alle barn knytter seg til sine betydningsfulle andre uavhengig av hvordan de blir møtt og behandlet. Barnet er totalt avhengig av hvordan det blir møtt, sett og forstått (Hansen 2012). Barn i familier med rusavhengighet står i fare for å både bli utsatt for en rekke uheldige og smertefulle opplevelser (Hansen 2012). Ikke sjelden ser man barn som får emosjonelle skader og atferdsforstyrrelser av å vokse opp med foreldre med alvorlige rusproblemer (Andresen 2011)

3.4. Rusproblemer i et familieperspektiv

Rusproblematikk kan defineres ut fra ulike forståelsesrammer. I et familieperspektiv innebærer forståelsen at en også fokuserer på personene som står rundt den som er rusavhengig (Andresen 2011). Frid Hansen (2012) beskriver hvordan man kan forstå dette i et familieperspektiv:

- når bruk av rusmidler virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien
- og/eller når de følelsemessige bånd mellom mennesker forstyrres av en annens inntak av rusmidler.

Rusmiddelavhengighet hos et familiemedlem påvirker altså relasjonene mellom familiemedlemmene på ulike måter, og kan representere en belastning for dem, både på kort og lang sikt (ibid). I møte med familier kan det være at den rusavhengige har opplevd sine problemer i to år, mens den edru ektefellen har vært plaget og forstyrret av dette i ti år. I alle disse årene har samlivspartneren utviklet ulike løsningsstrategier. Både for å tilpasse seg det vanskelige, men også på en måte som gjør at løsningsstrategiene blir en del av selve problemet. Denne måten å forstå hva et rusmiddelproblem er, beveger seg utover kriteriene for avhengighetsdiagnoser; konsekvenser av inntaket blir viktigere enn mengde (ibid).

3.5. Hva kjennetegner familier med misbruksproblemer?

Problematisk bruk av rusmidler er fremdeles knyttet til stigma i samfunnet (Andresen 2011). Tabubelagte tema i familien knyttet til skam, mindreverdigfølelse og skyldfølelse har en tendens til å bli holdt hemmelig. Andre forhold som ofte kommer som følger av rusmisbruket kan også holdes hemmelig av familien, som blant annet arbeidsløshet, utroskap, vold/overgrep, kriminalitet og selvmord. Familielivet vil kunne preges av taushet, benektelse av problemene og isolasjon. Familien vil kunne håndtere situasjonen gjennom å beskytte, kontrollere, bebreide eller å overta ansvaret for den rusavhengige. Inkonsekvent og uforutsigbar atferd, samt tidvis høyt konfliktnivå preger familien. Familiens sosiale liv påvirkes. Det gjør også rollene og ritualene i familien. Den rusavhengige øker sin toleranse for rusmidler, og de pårørende øker sin toleranse for den rusavhengiges rusmiddelbruk og atferd. Kriser og bekymringer blir normalen, i tillegg til følelsen av avmakt og utilstrekkelighet (ibid). Ifølge systemteorien kan en familie betegnes som «alkoholisk» når familiens interaksjon er organisert rundt alkoholismen (Lindgaard 2006). Det innebærer at familiens verdier og aktiviteter defineres av misbrukeren og misbruket. Alkoholismen blir det sentrale organiserende prinsipp, ved at man organiserer dagliglivet på en måte som gjør at man tar hensyn til

misbrukerens behov. I familier med alkoholproblemer vil misbruket og dets konsekvenser ofte benektes. Benektelsen kan spre seg til den generelle kommunikasjonen i familien, slik at hele interaksjonsformen i familien blir preget av løgner, forvrengninger, tvetydigheter og taushet. Benektelsen er en forsvarsmekanisme, og en erkjennelse av alkoholproblemene og dets konsekvenser, vil være smertefull og føre med seg skam og skyld for både misbrukeren og familien. Det som benektes er skjult og eksisterer ikke, og det kan derfor ikke diskuteres og heller ikke reageres og handles på. Dette innebærer en forvrenging og taushet rundt følelser i familien, hvor følelsene enten må fortrenkes, transformeres til andre uttryksformer eller andre problemområder (ibid). Fekjær (2004) viser til at psykologien, psykiatrien og samfunnsvitenskapen i løpet av 1900- tallet viste at risikoen for å få problemer påvirkes sterkt av forholdene i barndom og oppvekst. Da dette kunne oppfattes som å legge skylden på foreldrene, ble det satt fokus på at også foreldrene har sine problemer. Noen sliter med problemer fra egen oppvekst, andre er nervøse, slitne, syke eller har andre problemer. Fekjær (2004) hevder at de som representerer rusavhengiges foreldre, gjerne ønsker å nedtone problemene de fleste rusavhengige har hatt i oppveksten, og legger istedenfor stor vekt på stoffenes slavebindende evne. Den svenske psykologen og addiktologen Torbjörn Fjellström skriver i sin bok om *Addiktologi, lären om bindingar* (2010), at det siden Freud har vært tabu å anklage eller kritisere foreldrene. Det samme hevder Fjellström. Det er ikke foreldrenes feil, uansett hvordan de oppfører seg, det er systemet det er feil på. Det samme gjelder de som er oppvokst i et dysfunksjonelt familiesystem. Systemet er betraktelig eldre og sterkere enn medlemmene i systemet.

3.6. Familie og avhengighet

Lever man i et område med ekstremt høy luftforurensning og har, av genetiske eller andre årsaker pusteproblemer, vil man ha større sjanse for å utvikle luftveislidelser. Jo lengre man lever i området med forurensning, jo mer øker risikoen (Nakken 1996). Familier fungerer på samme måte, hevder Nakken (1996). Ved å bidra med forurensende holdninger, verdier, overbevisninger og atferd skyves medlemmene mot avhengighet eller medavhengighet. Avhengig av nivået til disse forurensende holdningene, verdiene, overbevisningene og atferden vil familiemedlemmene ha større eller mindre sjanse for å utvikle avhengighet. Har man vokst opp i en familie der en av

foreldrene var avhengige, vil det være en viss risiko for selv å bli avhengig eller å bli involvert med noen som er det (ibid). Risikoen øker radikalt dersom begge foreldrene var avhengige. Avhengige familier får ofte barn som ender som rake motsetninger. Ofte er det slik at barn av alkoholikere enten misbruker alkohol selv eller ikke drikker i det hele tatt. Avhengighetslidelsen påvirker familien og splitter individene, og disse utvikler forskjellige måter å håndtere avhengigheten på. Noen familiemedlemmer blir avhengige, mens andre vil utvikle usunne måter å forholde seg til den avhengige på. Måten de forholder seg er basert på den avhengighetslogikken de har lært å benytte i hjemmet, og disse medavhengige har lett for å utvikle relasjoner til andre avhengige. Dermed opprettholdes denne formen for usunne familierelasjoner. Ved begge måter å håndtere situasjonen på blir familiemedlemmene avhengig av en illusjon. Avhengige lever med den illusjonen at de kan flykte unna smerten i familien via et objekt eller en opplevelse. Andre familiemedlemmer lever i den illusjonen at de kan få smerten til å opphøre hvis de får en avhengig til å slutte med å utagere. Begge sider blir til slutt avhengig av den andre (ibid). Når barn fra avhengige familier selv stifter familie, finner de ofte sitt motstykke. En medavhengig gifter seg med en avhengig eller en avhengig gifter seg med en medavhengig. På denne måten skapes en generasjonssirkel av avhengighet. Familiemedlemmene har lært seg avhengighetens språk. Nakken (1996) hevder at denne selektive søken ikke finner sted på noe bevisst nivå, men på et dypere, emosjonelt nivå.

3.7. Hvordan avhengighet læres

I familien lærer vi mens vi omgås og observerer andre familiemedlemmer. Blir vi oppdratt i en avhengig familie, vil vi først og fremst observere og lære avhengige trossetninger og logikk. Det er det "språket" man lærer. Er foreldrene avhengige, vil de gi oss avhengige verdier og logikk når vi omgås dem. Avhengige lærer bort avhengighet via sine handlinger (Nakken 1996). Avhengige foreldre endrer konstant posisjon innenfor familien. De kan skifte fra å være kjærlige og omsorgsfulle foreldre til å oppføre seg som uansvarlige barn. Barn i en avhengig familie vil endre seg parallelt med forelderen i et forsøk på å opprettholde forholdet til denne. Dermed vil barnet oppføre seg som barn i det ene øyeblikket, mens det samme barnet i det neste kan opptre som en ansvarlig voksen. Å vokse opp i et avhengighetssystem skaper mye psykisk og

emosjonell smerte på grunn av disse store omveltningene, og det lærer dessverre barnet å adoptere avhengig logikk både i sitt eget liv og i forhold til andre mennesker (ibid). Det emosjonelle nivået i en avhengig familie vil endre seg daglig. Den konstante ustabiliteten, enten det gjelder atferd eller det emosjonelle, gjør at familiemedlemmer føler seg fortløst eller usikre på seg selv. Barn i avhengige familier vil ofte lure på hvor de står sammenlignet med andre på utsiden av familien. De vet ikke hvordan en «normal» familie fungerer. De føler seg annerledes overfor vennene sine, begynne å tvile på seg selv og føle seg forvirret, samt ha en lengsel etter å vite hva som er normalt. Nakken (1996) hevder at det er denne tvilen på seg selv, forvirringen og mangel på sammenheng som får barn av avhengige foreldre til selv å utvikle avhengige relasjoner. Barna kan bli avhengig av andre objekter eller opplevelser enn de avhengige foreldrene som et forsøk på å unngå å bli som dem. For eksempel kan barnet til en alkoholiker utvikle spiseforstyrrelser i stedet for å begynne å drikke. Ustabiliteten gjør at familiemedlemmene føler seg utrygge og usikre på seg selv. Spesielt barn vil kjenne på dette da de ikke vet når den kjærligheten og omsorgen man føler i det ene øyeblikket, vil erstattes av nedturen og fornærmelser. Dette skaper angst og redsel, og voksne som har vokst opp i avhengige familier snakker om en dommedagsfølelse de alltid bærer med seg. Denne følelsen blir ofte verre når ting går bra, da de er sikre på at noe forferdelig kommer til å skje. Dommedagsfølelsen kommer fra det å leve i en krisefokusert familie, slik avhengige familier er. Følelsen stammer fra en periode da dette var en reell trussel. Man kan ikke stole på at gode perioder varer, og man klarer derfor ikke glede seg over de. Gode perioder blir fulgt av kriser og personlig fare på et emosjonelt nivå (ibid).

Medlemmer i avhengige familier vil lete etter avledning og måter å bli likegyldig overfor problemene på. De forsøker å utslette seg selv, og det er her de selv kan utvikle avhengighet (Nakken 1996). Nakken eksemplifiserer dette ved at når foreldrene krangler ønsker barnet at de kan stoppe kranglingen, men det er ikke mulig. Barnet kan i stedet slå på fjernsynet og forsøke å konsentrere seg om et program. Eller kan barnet gå til rommet sitt og fantasere om å være et annet sted der ingen kan skade ham. Gjennom dette har barnet begynt å delta i foreldrenes atferd for å dempe smerten og jakte på en fantasi for å få smerten til å opphøre. Barn i en avhengig familie lærer avhengig logikk, og barnet lytter mens familiemedlemmer bortforklarer sin atferd som om den ikke betyr noe. Man vil stille seg selv og andre spørsmål rundt den irrasjonelle atferden til den avhengige og andre familiemedlemmer, men blir møtt med det som tilsynelatende er

rasjonelle svar, men som i virkeligheten er løgn. Barn i avhengige familier blir lært opp, i likhet med andre familier, til ikke å forråde familien ved å avsløre dens hemmeligheter. Men i avhengige familier blir medlemmene lært opp til å lyve, og dette er en del av avhengigheten. På denne måten settes familiemedlemmer opp mot hverandre. Deres rasjonelle side vet at familiens atferd ikke er normal, men forsøker å fortelle andre og seg selv at det ikke er så galt. Dette som et tegn på familiemedlemskap og lojalitet. For å overleve i et avhengighetssystem lærer barn å fornekte sunn respons som forteller dem at de er i faresonen. Barna opprettholder disse usunne strategiene for å mestre fordi de samtidig er i ferd med å utvikle psykiske lidelser (ibid).

Å vokse opp i et avhengighetssystem innebærer at man også vokser opp i et system av misbruk (Nakken 1996). Barnets behov blir satt til siden for å dekke den avhengiges behov, og dette går ut over barnets behov for utvikling. På denne måten lærer barnet at det kun er et objekt som kan brukes for å fylle andres behov. Den objektifiseringen man her lærer, er den man finner i avhengighet. Avhengige behandler andre som objekter, og det er dette som skjer med barn i misbrakerhjem enten de er direkte utsatt for eller vitne til misbruk (ibid). Hvis et barn lever i en familie der den ene forelderen misbruker den andre, observerer barnet at personer behandler hverandre som objekter og ikke som mennesker. På denne måten lærer barnet at mennesker er objekter som kan kontrolleres og manipuleres til egen vinning (ibid). Ved å observere foreldrenes måter å håndtere sine emosjonelle svakheter, lærer barnet å bli udisiplinert når det gjelder egne emosjonelle impulser. Barnet lærer å vente passivt på at ting skal skje i stedet for selv å ta initiativ. Å vokse opp i en avhengig familie påvirker også barnets evne til å ha tillit til andre, da familien er der vi først utvikler tillit. Dersom foreldrene er misbrukere og upålitelige, er det vanskelig for et barn å vite hvem man kan stole på. Barnet lærer på denne måten å mistro andre mennesker (ibid).

3.8. Familier er forskjellige

Barn trenger stimulering, næring og samhandling for å utvikle seg (Nakken 1996). I forsømmende familier får ikke barn del i dette. De ser ofte ikke på seg selv som misbrukt, men å vokse opp i en slik familie har en tendens til å skape emosjonelt mangelfullt utviklede personer (ibid). Nakken hevder at barn som vokser opp i en

forsømmende familie vil være mer utsatt for det forførende aspektet ved avhengighetsprosessen, på grunn av at de ikke har utviklet enn sunn selvaktelse og et godt utviklet jeg. De kan være på jakt etter personer, objekter og opplevelser som kan fylle et tomrom og få de til å føle seg levende, siden de føler seg døde innvendig. Nakken (1996) hevder at avhengighet handler om relasjoner, og at det gjør også forsømmelse. Han hevder videre at å vokse opp i en forsømmende familie medfører større risiko for oppsøke og følge personer som forteller dem hva de skal gjøre. Avhengigheten medfører endring i sinnsstemning, og denne fører til en følelse av spenning og selvhevdelse. Denne falske følelsen av selvtillit og spenning vil være svært forførende for personer vokst opp i slike familier. Etter utageringen vil de bli deprimerte når den passive følelsen vender tilbake (ibid).

3.9. Den skamfylte familien

I disse familiene, hevder Nakken (1996), lærer ikke medlemmene å ta ansvar. De gjør sine medlemmer til ofre på en rutinemessig og systematisk måte, og de lærer å enten bli ofre eller overgripere. Disse familiene produserer et stort antall avhengige fordi barna lærer avhengighetsprosessen (ibid). Medlemmene blir fulle av både raseri og tristhet. Sårbarhet er uakseptabelt, da dette gjør dem åpne for angrep. Spenningen i familiesystemet overføres til generell mistro mot andre mennesker. Nakken (1996) hevder at alle avhengige har en generell mistro til andre mennesker, samt at de har en hemmelig side av seg selv. Å påføre andre skam er å misbruke, men ettersom det er mindre konkret enn andre former for misbruk, kan det ses på som akseptabelt. Personen som påfører skam vil ofte ikke ta ansvar for dette, da handlingen ofte er forkledd som hjelpsomhet eller ærlighet (ibid). Barn som vokser opp i slike familier har stor risiko for å utvikle avhengighet. De føler ofte at de er dårlige mennesker, og kan utvikle en livsstil for å bekrefte dette. De føler sinne og smerte som krever lindring, men stoler ikke på andre mennesker og finner derfor trøst i relasjoner til objekter. De har heller ikke lært å ta ansvar for sine handlinger (ibid).

3.10. Den inkonsekvante familien

Nakken (1996) beskriver den inkonsekvante familien som en familie hvor regler, atferd og verdensbilde endres fra dag til dag. Dette vil påvirke barnets utvikling, da de trenger konsekvens i livet. I emosjonelt inkonsekvante familier vil det ikke kunne dannes dypere relasjoner, og dette fører til usikkerhet rundt sosiale og relasjonsbyggende ferdigheter. Nakken skriver at mennesker som kommer fra slike familier har en tendens til å bli veldig avhengige, og at det kan virke som de er på desperat jakt etter den forelderen de aldri har hatt. Han hevder at de på denne måten blir tiltrukket av avhengighetens konsekvens og den selvsikkerheten som følger av å utagere. Krisene forbundet med avhengighet kan for en person som er oppvokst i en inkonsekvent familie fremstå som tryggere og mer forutsigbare. Inkonsekvante foreldre forteller ofte at deres egen atferd er normal, mens det er «de andre» som er gale. Barna lærer dermed å ikke stole på egne følelser og intuisjon. Barna må på denne måten velge mellom foreldrene og seg selv, og små barn er ofte lojale mot foreldrene da de er avhengige av de (ibid).

3.11. Hvordan inkludere familien i rusbehandlingen

Vi lever alle våre liv i relasjoner. Hjelp til å bearbeide det vanskelige som har oppstått kan være en viktig drivkraft for å legge eget rusmiddelproblem bak seg, og være et grunnlag for det videre liv. Alle familier er forskjellige og vil på ulike måter både oppleve situasjonen forskjellig og i ulik grad bli belastet av det rusrelaterte samspillet. Kunnskap om dette får man gjennom samtale og kartlegging (Hansen 2012). Resultatet av dialog, refleksjon og kartlegging sammen med familien gir føringer for ulike videre behandlingsprosesser (ibid). Det finnes mange familieorienterte behandlingsmetoder i forhold til rusavhengige, og de har ulike overordnede mål med behandlingen. Mueser et. al (2006) sier at ulike intervensjoner ovenfor familien kan ha flere målsetninger. Målene kan oppnås gjennom arbeid med enkeltfamilier, gjennom flerfamiliegrupper eller en kombinasjon. Videre mener Mueser et. al (2006) at det primære målet med arbeidet bør være å bedre familiens kunnskaper, redusere stress, bedre pasientens oppfølging av behandlingsopplegget, redusere misbruket og dets negative innvirkning på familien. Videre påpeker han at dårlig kommunikasjon mellom behandlerteam og familien, i verste fall kan føre til at familien, som ofte har svært mye kontakt med pasienten,

motarbeider den behandlingen da man ikke har fått forklaring og eller opplæring i behandlingsprinsippene. Det gjelder å koordinere familiens og behandlingens arbeid, det vil si at man har en felles forståelse for den jobben som skal gjøres og hvordan man sammen kan komme dit (ibid).

3.12. Ethiske refleksjoner

Relasjonsetikk er en tilnærming til etiske spørsmål og moralsk praksis som setter forholdet mennesker imellom i sentrum. Denne formen for etikk tar utgangspunkt i relasjonene (Eide og Skorstad 2005). Slik vi ser det krever også familieorienterte behandlingstilnærminger etiske betraktninger, som i alt annet arbeid med mennesker. Relasjonsetikken er interessant å ha som et utgangspunkt da den ser på relasjonen og samspillet som svært viktig. Knud E. Løgstrup har vært med på å forme relasjonsetikken. Han sier blant annet at vi ikke kan møte hverandre uten at vi holder noe av den andre liv i vår hånd. Det at den andres liv vi holder i hånden, kan ivaretas eller forspilles. Situasjonen er ladet, det ligger et etisk krav, en etisk fordring i den –i møte med den andre. (ibid). I familieorientert behandling kreves det at man skal ta hensyn til hele familien, og at man ikke sette i gang behandling som setter familien eller den enkelte familiemedlem i fare. Særdeles viktig er det å undersøke om det forekommer vold eller andre overgrep i familien (Andresen 2011).

Av særlige utfordringer i familieorientert behandling ser vi at det er en prosess som tar tid, man må ha kunnskap om de reaksjoner som kan komme som et resultat av ulike intervensjoner. Like viktig er refleksjonen rundt hvilke konsekvenser det vil ha å ikke gripe inn.

4. Diskusjon

4.1. Hvorfor er det viktig å ha fokus på hele familien når den rusavhengige kommer inn til behandling?

Vi har erfaring med at ulike behandlingssteder har forskjellige behandlingsmodeller og i forhold til familiefokus i behandlingen. Felles for alle vi har møtt i løpet av årene vi har

jobbet innen rusfeltet, er at alle på den ene eller andre måten er opptatt av sin egen familie og hvor de kommer fra. Vi tror ikke at dette er spesielt for rusavhengige sådan, men at vi alle har en tilknytning til våre røtter, uansett hvordan relasjonene har artet seg. Forhold til familien interesserer oss både personlig og faglig, og vi ønsker derfor å se nærmere på familiens betydning i rusbehandling.

4.2. Familien i behandling

I behandling av pasienter med dobbeltdiagnoser er integrert behandling en anbefalt tilnærming (Mueser et.al. 2006, Helsedirektoratet 2012). Dette innebærer at man også har fokus på familie og nettverk. Mueser et.al (2006) går langt i å uttrykke at dersom man unnlater å jobbe med familien, vil pasienten i liten grad på sikt oppleve bedring. Vår mening og vår erfaring støtter dette, da vi ser i praksis at pasientene med dobbeltdiagnoser ofte strever og trenger hjelp i forhold til egen familie. Samtidig ser vi at familien også trenger hjelp og støtte i forhold til hvordan de skal forholde seg til sitt familiemedlem som har sammensatt problematikk. Hansen (2012) er også en forkjemper for fokus på familiebehandling og mener vi fra forskning og klinisk praksis vet mer enn nok til at dette bør være en naturlig del av rusbehandlingen. Vi opplever selv i vår jobbhverdag at det er et behov for et økt familiefokus i behandlingen. På tross av dette, ser vi at behovet ikke blir tatt på alvor. Vi opplever at behandlingstiden blir stadig kortere, og dette innebærer at arbeid med familien ofte havner lang bak i prioriteringsrekken. Vi mener at dersom behandlingstiden i spesialisthelsetjenesten skal ned, må oppgaven med å jobbe med hele familien også tillegges andre instanser, som også følger familien i tiden under innleggelse i spesialisthelsetjenesten. I tillegg tenker vi at det også må opplyses om at det finnes tilbud og hjelp utenfor det offentlige, slik at det blir presentert flere alternativ for familiene som trenger hjelp. Vi ser at det er store individuelle forskjeller i forhold til holdninger, kunnskap og fokus blant oss som jobber innen rusbehandling. Vi tenker at dette kan ha positive og mer uheldige sider ved seg. På den ene siden kan pasienter velge behandlingsplass ut fra hvilken behandlingsmodell stedet har, samtidig som det er usikkert hvor bevisst og hvilken kunnskap de har om dette når de søker seg inn til behandling. Vi opplever ofte at familieforhold i liten grad er beskrevet i henvisningen, og dermed ikke tatt med i vurderingen av hvor pasienten blir tilbudt behandling. Samtidig er det familier hvor det kanskje ikke kan være

hensiktsmessig å involvere familien på det gitte tidspunktet. Det vil kreve etisk sensitivitet i forhold til denne vurderingen. Vi tenker at det å påstarte et familiearbeid ofte vil kunne sette i gang indre prosesser, både hos pasienten og familien. Vi tror at dette er noe som kan ta tid, og at ikke alt nødvendigvis gjøres i løpet av et behandlingsopphold. Vi vil allikevel argumentere for at selv om man kan vurdere at det ikke vil være riktig å involvere familien direkte i behandlingen, kan man gi kunnskap om familiesystemet og dets betydning. På denne måten kan man kanskje bidra til at det settes i gang en prosess og refleksjon som gjør at man på et senere tidspunkt ser sammenhenger som bidrar til at både pasienten og familien hjelpes i sin tilfriskning.

4.3. Se mennesket i kontekst

Vi er alle en del av en større kontekst og vi har forskjellige roller. Vi er en del av samfunnet, en arbeidsplass, en familie og andre type miljøer som vi i større eller mindre grad har valgt oss inn i. Vi mener at enhver ny pasient som kommer til behandling skal møtes som en mann eller kvinne som også er og kan være sønn, datter, kjæreste, far, mor. Det kan høres enkelt ut, men vår erfaring er at for å forstå en pasient i kontekst som strekker seg ut over den klinisk hverdagen kreves et bevisst fokus på dette. Det kan være lett å se bare misbrukeren, og ha fokus på symptomene adskilt fra den kontekst de kommer fra og skal leve i også etter endt behandling. Som behandlere ser vi pasientene i en behandlingssammenheng, i samspill med andre pasienter som de har noe til felles med. Vi antar og tror at de også der går inn i mer eller mindre tillærte roller. Samtidig tror vi at pasientene kan opptre forskjellig ut fra forskjellige kontekster, og der hvor vi møter dem kun er en liten del av en større sammenheng. Ofte opplever vi fra egen praksis at utfordringene ikke er knyttet til å innhente informasjon om sivil status, barn, oppvekst, og familieforhold, men hva man velger å gjøre med de opplysningene man innhenter og hva de brukes til. Vi mener at man må velge fokus, og rette oppmerksomheten også mot de som står rundt pasienten og hvilke refleksjoner pasienten selv gjør om sin egen familie. Det ligger mange utfordringer og krav til høy grad av etisk tenkning i dette arbeidet. En pasient skal føle seg trygg på relasjonen med behandler før man i tilstrekkelig grad forteller om vanskelige ting, som også kan omhandle andre mennesker og deres liv. Det er allikevel viktig at behandler tar ansvar for å bringe tema familien på banen og signalisere at det er viktig å snakke om for å kunne forstå hvorfor man har blitt

som man er. Resultatet av dialog, refleksjon og kartlegging gir føringer for ulike videre behandlingsprosesser (Hansen 2012). Vi mener at først når vi som fagfolk definerer familien som en mulig ressurs og lager plass for de i behandlingen, kan de bli det.

4.4. Avhengighet- medavhengighet

Nakken (1996) beskriver hvordan avhengighetsmønsteret læres i familien. Vår erfaring er at mange pasienter kommer fra familier med rusproblematikk og ofte går denne i "arv" gjennom generasjoner. Hansen (2012) påpeker at generasjonsperspektivet er viktig i arbeid i nåtid med pasienter, både for at pasienten skal forstå hvor han/ hun kommer fra, og like viktig som et forebyggende perspektiv for barn som skal vokse opp. Vi har også erfart at ikke alle familier har kjent rusproblematikk, men at det kan være andre former for dysfunksjonalitet i familien. Dette kan være alt fra vold, krenkelser og psykisk sykdom. Felles for alle synes å være en familie som kommuniserer dårlig og hvor skam og skyldfølelse ofte er dominerende følelser. Familien synes ofte å ha skyldfølelse for at pasienten ruser seg. Vi opplever at dette ofte ikke er en uttalt skyldfølelse, men at det kommer frem i andre former, for eksempel gjennom å være oppofrende for den med rusproblemer. Dette innebærer at familien uten viten og vilje bidrar til å opprettholde avhengigheten. Familien gjør dette gjennom å dekke over misbruket og konsekvensene av det. På den måten følger familien den avhengiges svingninger, og unngår å ta hensyn til egne behov og grenser. Dette kan i ytterste konsekvens føre til egen sykdom, og til at den avhengige ikke stoppes i sin destruktive atferd. Foreldrene slutter å være hovedpersoner i egne liv og hvordan de har det avhenger hvor den som ruser seg er i sine opp og nedturer. Erfaring fra egen praksis er at vi ofte ser foreldre som påtar seg rollen som advokat, sosialarbeider, sykepleier, hjemmehjelp, hybelvert, lånekasse og dopdealer. Ofte er foreldrene utslitte på grunn av at de har fulltidsjobb med å følge opp den avhengige. Vi opplever også at foreldre kan uttrykke frustrasjon over at det blir gjort for lite for å hjelpe den avhengige og de ønsker noen som kan ta ansvar og "rydde opp". Vi har både egen erfaring, og sett andre hjelpere i offentlige systemer videreføre denne medavhengigheten. For vår egen del har dette handlet om et ønske om å kunne hjelpe og da gjerne gjennom å kunne bidra med noe konkret. Vi tror også at dette er noe av det samme som foreldre kjenner på. Gjennom erfaring ved å jobbe med avhengige og gjennom økt kunnskap om avhengighet, har vi

fått kunnskap om at vi ikke kan få en avhengig til å slutte å ruse seg ved å overta ansvaret for vedkommendes liv. I en artikkel om Fossumkollektivets familiearbeid står følgende:

Den rusmiddelavhengige må lære seg:	Den medavhengige må lære seg:
Ta ansvar for seg selv	Ta ansvar for seg selv
Ta ansvar for egne følelser	Ta ansvar for egne følelser
Lære å kjede seg	Lære å kjede seg
Respektere seg selv	Respektere seg selv
Selvdisiplin i forhold til følelser. Ikke "klynge" seg til rusen	Selvdisiplin i forhold til følelser. Ikke "klynge" seg til en annen

(Bakken 2011, s.28)

Figur 1.

Dersom man ikke har fokus på samsillet i familien, og bidrar til bevissthet rundt dette, opprettholdes mønstrene i familien. Selv om pasienten får behandling skal vedkommende tilbake til sin familie som har samme handlingsmønster, også i forhold til den avhengige som da denne dro inn i behandling. Dette kan i ytterste konsekvens føre til at familien opprettholder sitt dysfunksjonelle mønster mot den avhengige, som igjen lett faller tilbake til sitt mønster i forhold til familien. Medavhengige kan motvirke behandlingsprosesser dersom de ikke har kunnskap om den behandlingen pasienten mottar og hvilken rolle de selv har (Mueser m.fl. 2006). Vi tenker at det er viktig at familien får en mulighet til å møtes i en trygg atmosfære hvor de får anledning til å fortelle sin historie. Vår holdning er at alle har rett til sin versjon av "sannheten" og at et viktig tema i møte med pasienten og dennes familie blir erkjennelsen rundt at man ikke kan forandre andre enn seg selv. På denne måten ser vi avhengighet som en familiesykdom som ikke bare rammer den avhengige, men hele familien.

4.5. Avhengighetsmønster i behandling

I familien formes vi som individer. Som barn er vi helt prisgitt våre foreldre (Hansen 2012). Familien er en viktig arena for læring, også i forhold til avhengighet. Nakken (1996) beskriver hvordan dysfunksjonalitet læres og går i arv gjennom generasjoner. Videre sier Nakken (1996) at dysfunksjonalitet i familiesystemet ikke nødvendigvis handler om rusmisbruk, men at det gir seg uttrykk i andre former for dysfunksjonalitet. Dette gjør medlemmene i familien sårbare for utvikling av avhengighet fordi de lærer avhengighetsmønsteret. Eksempler på familier som er sårbare i forhold til utvikling av avhengighet kjennetegnes ofte av dårlig kommunikasjon og samspill, lite struktur og regler og alvorlige konflikter (Helsedirektoratet 2007). Vår erfaring er at pasientene ofte beskriver problemer i familien, ikke bare i forhold til rus, men også relasjonelle problemer. I behandlingssammenheng vil man ofte være på en avdeling sammen med andre som er der til behandling, samt personer man har et autoritetsforhold til. Vi kan på den måten tenke oss at atferden/handlingsmønsteret til pasienten gjenspeiler det han/hun er vant med i en familiesammenheng. Man bruker samme logikk og måter å handle på som man er vant til. Som vi ser av Nakken (1996) sine beskrivelser behandler misbrukere andre mennesker som objekter, dette kan gi seg uttrykk på en avdeling ved at de er nedlatende og krenkende mot andre. Enkelte pasienter synes naturlig å bli dratt inn og delta i kriser, også kriser som ikke direkte angår de selv. Dette kan igjen føre til at ansatte forsøker å løse krisen, istedenfor å påpeke adferden og bevisstgjøre handlingsmønster og det det egentlig handler om. Når inntak av rusmidler opphører ser vi at pasientene finner andre måter å håndtere følelseslivet sitt på, ofte basert på innlært mønster i familiesystemet. Som Nakken (1996) beskriver med barnet som forsøker å avlede vonde følelser knyttet til foreldrenes krangling ved å avlede oppmerksomheten fra smerten gjennom fantasi. På samme måten kan vi anta at pasienten forsøker å avlede sin smerte ved for eksempel å innlede relasjoner til medpasienter, bli oppslukt av dataspill og krangle på "detaljer" ovenfor ansatte/autoriteter. Vi tenker at faren med at ansatte innen rusbehandling ikke har kunnskap om avhengighet og hvordan denne ofte er lært i familien, i verste fall fører til at forholdene legges til rette for den avhengige å flytte avhengigheten sin til andre objekter og opplevelser. På den måten tror ikke vi at den avhengige vil få adressert problemet sitt tilstrekkelig til at det kan gi grobunn for endring. Vi tror også at dersom den avhengige ikke får kunnskap om denne prosessen, vil denne fortsette ubevisst og tilbakefall til rus vil etter hvert komme. Som behandlere

ser vi daglig avhengige som "flytter" avhengigheten sin til mat, sex, relasjoner, dataspill, shopping, trening og andre aktiviteter. Vi ser også at denne type atferd ofte blir belønnet av personalet, så lenge pasientene avstår fra rusmidler. På denne måten kan vi tenke oss at avhengighetsprosessen opprettholdes, både gjennom at den avhengige fortsetter å fjerne fokuset fra seg selv og sine følelser og de ansatte bidrar til dette gjennom å oppmuntre atferden. Vi ser at disse aktivitetene ofte blir altoppslukende for pasientene, og de unnlater å ta ansvar for andre deler av livet sitt. Som Nakken (1996) beskriver, lærer ofte ikke barn som vokser opp i avhengige familier å ta ansvar for seg selv og sine handlinger. Vi mener det derfor er viktig at ansatte har kunnskap og trygghet til å kunne forklare hvorfor pasienter blir bedt om å avstå fra for eksempel å spille dataspill en periode. På den måten vil pasienten kunne få en sjanse til å få bedre innsikt i sin egen avhengighet og også øke bevisstheten om dette på andre områder i livet. På samme måten som beskrevet i forhold til medavhengige familiemedlemmer, sørger ofte heller ikke ansatte for å sette en stopper for den avhengige i dennes destruktive atferd. Vi tenker derfor det er viktig at ansatte har kunnskap om det å vokse opp i en avhengig familie og hvordan bevisstgjøring kan føre til endring. Vi mener at bevisstgjøring og innsikt i egne og familiens mønster kan føre til at man opplever å ha et valg, for da å kunne endre uheldige mønster eller ikke. Samtidig tenker vi at innsikt ikke nødvendigvis fører til endring, men at man da øker muligheten for å kunne ta et valg på ett eller annet tidspunkt.

4.6. Barn av rusavhengige

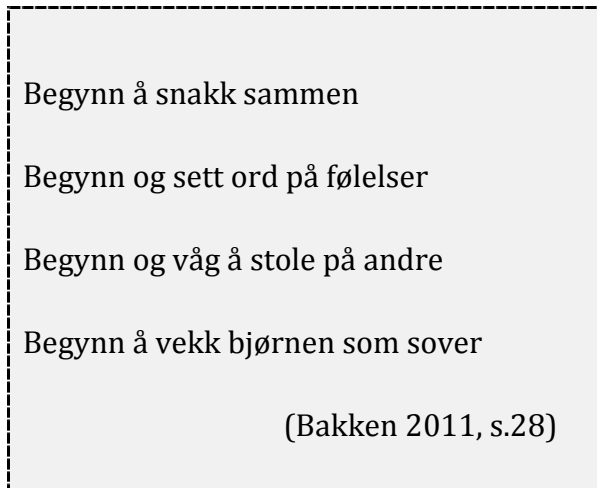
Vi har en overbevisning om at ved å hjelpe voksne hjelper man også barna. Mange av de pasientene vi har møtt i egen praksis kommer fra familier med misbruk og avhengighet. Mange har også selv barn som de har mer eller mindre kontakt med. Mange av våre pasienter uttrykker bekymring for sin egen påvirkning på barna sine og mange ønsker å gjenoppta kontakten raskt for å være en god foreldre når de er rusfri. Ved å ha kunnskap om egne mønster og utvikling av egen avhengighet samt kunnskap om hva barn i ulike aldre har behov for, mener vi at dette er med på å gi barn bedre vilkår for en trygg og god oppvekst. Vi har også opplevd at en del foreldre selv ikke ser at de har utfordringer i forhold til egen atferd ovenfor barn når foreldrene har sluttet å ruse seg. Vi ser at de kan ha problemer med å sette grenser, vise omsorg, forstå barnets situasjon og hva

deres rusmisbruk har gjort med barna. Nakken (1996) beskriver hvordan barn i familier med avhengighet er både voksne og barn i ulike situasjoner. Vi kan derfor tenke oss at dette vil påvirke hvordan den voksne misbrukeren agerer ovenfor egne barn. Vi tror at det krever innsikt og bearbeiding av egen historie for å kunne ta ansvar for barn. Vi tenker derfor at det i en behandlingssetting vil være viktig med støtte, kunnskap og å få muligheten til økt innsikt i forhold til barns behov og hva som kan bidra til barns beste i en slik situasjon. Dette fordrer også at ansatte har kunnskap om barns utvikling og hvilke konsekvenser det kan ha for et barn å vokse opp i en avhengig familie. Vi mener at kunnskap om familiemønster, egen avhengighet og barns behov har en forebyggende effekt man ikke kan overse som fagpersoner i spesialisthelsetjenesten, og er alene en svært viktig grunn til å tilegne seg kunnskap og ha fokus på familien til pasienten i behandlingen.

4.7. Å nærme seg familien

Vår erfaring er at svært få pasienter ikke ønsker å involvere familie i egen behandling. Videre er vår erfaring at enda færre ikke ønsker dette dersom man har det som et gjentakende tema. Vi ser at mange av våre pasienter har et anstrengt forhold til sin egen familie. Ikke sjelden er mor utslitt, far fortvilt, søsken skuffet, venner og andre i familien har trukket seg unna pasienten i takt med økning av misbruket. Mange har egne barn, som de har mistet kontakt med. Vi tenker at det er avgjørende at vi som fagfolk tar initiativ til å involvere familien i behandlingen. Vi må kunne forklare hvorfor vi tenker at dette er viktig, samtidig som vi lytter til hva som er pasientens og familiens egne ønsker. Vi må skaffe oss kunnskap om familien og pasienten for å kunne formidle rett kunnskap tilbake. Kunnskap om hvordan avhengighet utvikles og hvordan man kan komme seg ut av den. Det er viktig at vi ikke legger skyld på noen i familien, men bidrar til å bedre kommunikasjonen og evnen til endring i positiv retning. Dette fordrer en trygghet hos oss som skal jobbe med de ulike familiene, og en bevissthet rundt at man ved å inkludere familien i behandlingen har et stort ansvar. Er vi ikke bevisst dette står vi i fare for å påføre familien mer skam, og enda et nederlag over noe de som familie ikke har fått til sammen. Målet må være at alle i familien skal få et bedre liv. For å komme i posisjon til å få hele familien til å tro at vi vil de vel, må man bruke tid på å bygge relasjon ikke bare til pasienten men til hele familien. Som Nakken (1996) sier i sin beskrivelse av den

avhengige familien, er misstillit til andre noe som er lært, og vi tror at det derfor vil ta tid og bygge tillitsforhold til andre.



Figur 2.

Man må respektere den unike kunnskapen familien har om hverandre. En behandler kan aldri være ekspert på familien, men være en som bidrar til undring og løsningsorientering. Selv kan vi bidra med informasjon om utvikling av avhengighet og si noe om de mønster man er en del av og som man kanskje har skapt sammen som familie over år. Behandler må være en som bidrar til å finne nye handlingsmønstre og nye løsninger. Som Fjellström (2010) hevder, det er viktig og ikke legge skyld på foreldrene da det aldri er deres feil. Gjennom å hjelpe til med å identifisere "systemfeilen", kan man bidra til økt innsikt og forståelse for hvordan ting har blitt som de har blitt. På denne måten tror vi at man på en omsorgsfull og respektfull måte kan hjelpe familien. Dette bryter med en tidligere oppfatning av at foreldrene har skylden, samtidig som det er med på å ansvarliggjøre hele familien. Fekjær (2004) hevder at foreldrene ofte bagatelliserer egne problemer og problemer i oppvekst. Dette opplever vi kan være en utfordring i forhold til å få tak i pasientenes historie. Vi opplever at det for mange foreldre er enklere å legge skyld for familiens problemer på den rusavhengige og rusbruken. Som Nakken (1996) skriver, er både den avhengige og de rundt avhengige av en illusjon. Den avhengige er avhengig av illusjonen at de kan flykte fra smerten via et objekt eller en opplevelse, mens familien er avhengig av illusjonen at de får smerten til å opphøre hvis den avhengige slutter å utagere. Vi tenker at det i

denne sammenhengen derfor er viktig å gi familien muligheten til å lære om mindre sunne familiemønster, avhengighet og medavhengighet, rusavhengighet og skyld og skam. Gjennom å få økt kunnskap om dette, og kanskje høre andre som deler om de samme opplevelsene, kan man forhåpentligvis skape et tillitsfullt terapeutisk miljø hvor det er trygt å åpne seg. Å se familien og involvere de i behandlingen på ulike måter betyr også at man begynner en prosess som har som siktemål å bidra til at pasienten og familien får mulighet til å oppleve bedring. Vår erfaring er at en slik prosess kan ta tid, en slik prosess kan stå i kontrast til den retning rusbehandling i dag synes å ta, at behandlingstiden skal være mindre og mer av behandlingen skal skje poliklinisk og i kommunene. Dette betyr for oss flere ting. Først må ikke dette bli et argument for ikke å involvere familien i behandlingen. Videre betyr det at flere deler av behandlingsapparatet må være tilgjengelig både for den rusavhengige, men også for familien. Noen må representere en kontinuitet og ta ansvar for å koordinere og representere en rød tråd i kontakten og behandlingen. Ved å tidlig vurdere hele familiens behov kan man lettere koble på andre eksterne hjelpetjenester som kan være til nytte for familiemedlemmene.

4.8. På hvilken måte kan familien bli en ressurs i behandlingen, og hvordan kan vi få til dette?

Hansen (2012) skriver at det er viktig å ha en generell kunnskap om hvordan rusmiddelbruk kan belaste en familie, samtidig må man være lydhør for hvordan akkurat denne familien har møtt og taklet det som har skapt så mye vansker og belastinger for hele familien. Som Nakken (1996) beskriver er familier forskjellige. Vi mener derfor at det trengs en grunnleggende kunnskap blant ansatte i rusbehandling om familier og hvordan avhengighet kan utvikles i et familiesystem. Og hvordan avhengighet påvirker familien. Like viktig vil det være å kunne formidle kunnskapen til pasientene og familiene på en måte som er ivaretagende og trygg. Vi tenker at trygghet i forhold til å jobbe med familier i rusbehandling ikke nødvendigvis kjennes naturlig for alle. Det vil derfor ta tid å bygge opp kompetanse og trygghet blant personalet for å jobbe med denne type problematikk. Vi tenker at det derfor er viktig at personalet får veiledning og at de også kanskje må gå sine egne prosesser for å kunne føle seg kompetente nok til å håndtere dette. Vi mener at først når personalet er trygge på å

kunne mestre oppgaven ved å invitere familien inn i behandlingen at den kan bli vellykket. Med dette mener vi å tåle å lytte til, ta imot følelser og den skyld og skam familien kan sitte med. Det finnes ulike måter å tilnærme seg et familiefokus på (Andresen 2011). Vi tenker at for noen pasienter vil det bety at familien involveres i stor grad, mens for andre blir det viktig å sette i gang parallelle prosesser der pasienten får individuell behandling, mens familien kan trenge behandling for egen del andre plasser i hjelpeapparatet. Det er viktig å ha en tilnærming til pasienten og familien som også gir rom for at det er greit å være forskjellig, og at alle får sagt noe om hvilke behov de har. Vi ser at flere privateide rusbehandlingsklinikker har stor tradisjon for familieorientert behandling, og hvor dette er en del av deres behandlingstilbud. Vi tenker at offentlig rusbehandling har mye å lære av disse behandlingsstedene og deres filosofi.

4.9. Familien - en ressurs

Vi har en holdning som tilsier at familien i utgangspunktet er en ressurs, da vi er overbevist om at alle foreldre ønsker det beste for sitt barn selv om de ikke alltid vet hva dette er eller greier å uttrykke eller handle deretter. Vi tror at problemet ofte oppstår i familien, og at det derfor også må løses der. Gjennom å være åpne mot familien om at vårt ønske er å hjelpe, gir vi de en mulighet til å bli sett og ta imot hjelp som de kanskje ikke har greid å be om tidligere. Vi er også klar over at det finnes familier hvor det ikke er forsvarlig å jobbe på denne måten. Vi har allikevel her valgt å ha fokus på det vi opplever gjelder for de fleste familiene, at det er muligheter for tilfriskning. Vi mener også at kunnskap om sin egen familie, i tilfeller hvor det ikke er hensiktsmessig å ha kontakt med den, kan bidra til i større grad å akseptere at det er slik det er nå og hvorfor. På den måten kan den avhengige kanskje i større grad bli i stand til å sette grenser for seg selv ovenfor sin egen familie, noe vi også har sett i egen praksis at noen trenger å gjøre. Dette utelukker ikke at familien på ett eller annet tidspunkt kan bli en ressurs i den avhengiges liv. Vi tror at en viktig del av tilfriskningen, både for den avhengige og dennes familie, er å akseptere ting og følelser slik de er her og nå. Å invitere familien med inn i behandlingen signaliserer også en holdning om at vi som behandlere anerkjenner at det er der pasienten kommer fra og det er dit han/ hun skal tilbake til. Vi som behandlere må anerkjenne at vi ikke har kontroll over familien, men la

de gå sine egne prosesser. Det vi kan gjøre noe med er å fokusere på det som er her og nå, og bidra med kunnskap og refleksjoner som forhåpentligvis kan bidra til noe positivt.

4.10. En del av behandlingen

Vi mener at familien bør være en naturlig del av behandlingen av rusavhengighet. Det betyr at det må være en definert del av et behandlingsopplegg, noe som igjen innebærer at familieperspektivet integreres i behandlingen. Dette kan eksempelvis gjøres ved at man har familiegrupper hvor familiemedlemmene får møtes sammen med en terapeut, og hvor alle får mulighet til å si hvordan de har det. Undervisningsopplegg rettet mot familien ser vi også kan være hensiktsmessig i forhold til å bidra med kunnskap i forhold til avhengighet, familiesystem og hvordan man kan møte den avhengige på en mer hensiktsmessig måte og i tillegg ivareta seg selv og egne behov. Vi mener at en slik undervisningsform kan foregå i en behandlingssetting uavhengig av om man aktivt går inn i familien eller ikke. Vi tror at undervisning kan være en ufarlig måte å nærme seg temaet på. På denne måten får man fokus på der vi alle kommer fra, uavhengig av hva slags forhold man måtte ha til denne. Samtidig tenker vi at behandling skal være en trygg arena hvor man kan nærme seg det som er ubehagelig og ofte skamfullt. Vi mener at vi som behandlere må tåle andres ubehag og at vi ikke går inn i deres tillærte mønster ved å hjelpe de med å fortsette å flykte fra ubehaget. Vi tror at man må gå inn og gjennom problemene, og ikke bruke tid på å gå rundt problemet., da avhengige og medavhengige har forsøkt dette tidligere. For pasienter med barn vil det også være viktig med et tilbud tilrettelagt for barna. Dette krever kompetanse, trygghet og trening i å samtale med barna. Vi tenker at barna er viktige å se, fordi vi som behandlere kan anerkjenne deres opplevelse av å ha en rusavhengig forelder. Like viktig vil det være å vurdere hvilke andre oppfølgingstiltak barna kan ha behov for og bistå familien med kontakt til andre deler av hjelpeapparatet. Dette kan være barnegrupper, helsesøster og barnevern. Vi opplever at alle foreldrene ønsker at barna sine skal ha det bra, men at det kan være utfordrende å se barnas behov. Bevisstgjøring rundt dette vil derfor ha betydning for at foreldrene skal bli i stand til å bli gode foreldre. Dette krever at vi som behandlere går inn i arbeidet med en ikke- moraliserende holdning ovenfor foreldrene, men heller jobber ut fra en overbevisning om at de ønsker det beste for sine barn.

5. Konklusjon

I oppgaven har vi hatt et ønske om å se på en del av det vi mener bør være en naturlig del av rusbehandling, men som vi opplever det er for lite fokus på. Vi har derfor sett på teori som tar for seg hvordan avhengighet kan læres i en familie. På denne måten erfarer vi selv at avhengighet som en familiesykdom blir mer forståelig. Vi tror at for å kunne tilby en helhetlig og integrert rusbehandling, må vi se mennesket i sin hele sammenheng. Dette gjør vi ved å blant annet integrere familien i behandlingen. Ut fra kunnskap om avhengighet og hva dette gjør med en familie, tror vi at vi som behandlere må våge å bryte tausheten som ofte preger familien. Som vist i drøftingen, mener vi at dette kan gjøres på forskjellige måter. Det hadde vært interessant å få mer kunnskap om hvordan dette kan gjøres i praksis. Vår forståelse for avhengighet har stor innvirkning på hvordan vi møter og forholder oss til våre pasienter og deres problematikk. Vi mener vår forståelse kan ha innvirkning på pasienten og familien i forhold til å bidra med kunnskap og innsikt i mønster og sammenhenger som omhandler familie og avhengighet. I dette ser vi håp og muligheter for tilfriskning både for pasienten og familien.

6. Referanser

- Andresen , N.E. (2011). Pårørende. I Lossius, K (red), *Håndbok i rusbehandling, til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet.* (s.164- 191)Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Bakken, M-L. (2011). Fossumkollektivets familiearbeid. *Fossekalen*, 13(2), 26-30.
- Bramness, J.G. (2011). I Lossius, K (red), *Håndbok i rusbehandling, til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet.* (s. 5-7)Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskrivning for studenter.* 4.utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forslag 2007.
- Eide, S.B, Skorstad, B.(2005). *Etikk: utfordring til ettertanke i sosialt arbeid.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evjen, R., Kielland, K.B, Øiern, T. (2007). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Fekjær, H.O. (2004). *RUS: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie.* Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Fjellström, T. (2010). *Addiktologi: läran om bindingar.* Corax Förlag.
- Hansen, F.A. (2012). *Familieorientert rusmiddelbehandling, Hvordan inkludere familien i behandlingen. Hvordan kartlegge og vurdere barnas situasjon og hjelpebehov.* Skien: Borgestadklinikken Blå Kors Forlag.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser – ROP-Lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling.* Oslo: Helsedirektoratet. Lokalisert 20.04.2012 Tilgjengelig fra <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside>
- Helsedirektoratet .(2007). *Tidlig intervensjon på rusområdet, sentrale perspektiver, aktuelle målgrupper og arenaer.* Lokalisert 06.05.2012. Tilgjengelig fra

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/tidlig-intervensjon-pa-rusområdet/Sider/default.aspx>

Ladegaard, I. (2012). *Familieterapi virker mot ungt misbruk*. Lokalisert 06.05.2012.

Tilgjengelig fra <http://www.forskning.no/artikler/2012/januar/311863>

Lindgaard, H. (2006). *Familieorienteret alkoholbehandling, et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter*. (Center for rusmiddelforskning, Aarhus Universitet) København: Sundhedsstyrelsen.

Mueser, K.T, Noordsy, D.L, Drake, R.E, Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nakken, C. (1996). *Avhengighet, årsaker, utviklingsstadier, konsekvenser*. Hamar: Noras Ark as.

Statens institutt for rusmiddelforskning. (2011). *Rusmidler i Norge 2011* ISBN 978-82-7171-365-2 (pdf) , lokalisert 01.mai 2012 Tilgjengelig fra http://www.sirus.no/filestore/Import_bilder/Rapporter_og_diverse/RusmidleriNorge2011.pdf

Stoltenbergutvalget.(2010). *Rapport om narkotika*. Oslo:Helse og omsorgsdepartementet. Lokalisert 01.mai 2012. Tilgjengelig fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2010/Stoltenberg-utvalget-Rapport-om-narkotika.html?id=608661