



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for Helse- og Idrettsfag

Mariann Løvås

Hvordan forstå utvikling av rusproblematikk i lys av omsorgssvikt i barndom?

Videreutdanning i rus, avhengighet og psykiske lidelser

4RU505V

2014

Antall ord: 7270

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Sammendrag

Bakgrunn: Den nye Nasjonale retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, legger nå vekt på samspillet mellom rusmidler og mindre alvorlige psykiske lidelser. Omsorgssvikt i barndom kan føre til vansker og mange utvikler rusmiddelproblematikk. På bakgrunn av dette kom jeg frem til følgende problemstilling:

”Hvordan forstå utvikling av rusproblematikk i lys av omsorgssvikt i barndom?”

Hensikt: I denne fordypningsoppgaven vil jeg beskrive og erverve kunnskap om hvordan rusmiddelproblematikk kan forstås hos personer utsatt for omsorgssvikt i barndom. Jeg ønsker økt forståelsen for bedre å være i stand til å forstå pasientene i behandlingen av rusmiddelproblematikk.

Metode: Oppgaven er et litteraturstudium hvor grunnlaget for å svare på problemstilling blir dannet gjennom bruk av teori, forskning og egne erfaringer.

Konklusjon: Jeg fant at det er en sannsynlig sammenheng mellom rusmiddelproblematikk og omsorgssvikt i barndom. Rusmidler blir brukt som selvmedisinering for å lindre psykisk smerte.

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært en svært spennende og lærerik prosess. Kunnskapen jeg har tilegnet meg i dette arbeidet vil komme til å bety mye for meg i mitt videre arbeid for personer med rusmiddelproblematikk ved at jeg har øket forståelsen av rusproblematikk først og fremst hos personer som har vært utsatt for omsorgssvikt, men også andre som sliter med rusmiddelproblemer.

Jeg ønsker å takke Frid Hansen ved Borgestadklinikken , Ragnhild Kjørnes ved Oslo universitetssykehus og Kamilla Spangsberg Kristensen ved Sanderud Sykehus for litteraturtips og gode anbefalinger til kilder. Til slutt vil jeg takke min veileder Berit Lilleengen for støtten hun har gitt meg i dette arbeidet og for god veiledning gjennom skriveprosessen.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema	5
1.2	Presentasjon av problemstilling	6
1.3	Oppgavens disposisjon	6
1.4	Avgrensning og begrepsavklaringer	7
2.0	Metode	7
2.1	Litteraturstudie.....	8
2.2	Kvalitativ metode	8
2.3	Litteratursøk.....	8
2.4	Kildekritikk.....	9
2.5	Metodisk refleksjon	10
3.0	Teorigrunnlag	10
3.1	Omsorgssvikt	10
3.2	Konsekvenser av omsorgssvikt i et utviklingsmessig perspektiv	12
3.3	Tilknytning	12
3.4	Selvregulering.....	13
3.5	Psykiske vansker.....	14
3.6	Rusmiddelmisbruk.....	15
3.7	Rusens funksjon.....	16
4.0	Diskusjon.....	17
4.1	Risiko- og beskyttelsesfaktorer	17
4.2	Tilknytning	19
4.3	Selvregulering.....	20
4.4	Rusmidler som psykisk lindring	23
5.0	Sammenfatning.....	25
	Referanseliste.....	27

1.0 Innledning

Ruslidelser og psykiske lidelser (ROP- lidelser) påvirker hverandre gjensidig og dette krever spesiell oppmerksomhet. Personer med ROP- lidelser bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte og mange har dårlig livskvalitet. Muligheten til bedring både av livskvaliteten og symptomer hos disse er i stor grad til stede dersom man koordinerer utredningen og behandlingen av begge lidelsene. Det er i mange sammenhenger viktig å inneha kunnskap om de spesielle problemene personer kan slite med og som kan bidra til å gjøre avvikende atferd forståelig og dermed lettere å akseptere. Det har de siste årene vært rettet stor oppmerksomhet mot pasienter med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. Med den nye Nasjonale retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, legges det nå i økende grad også vekt på samspillet mellom rusmidler og mindre alvorlige psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2012).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I forbindelse med avsluttende fordypningsoppgave i videreutdanning i rus, avhengighet og psykiske lidelser ved Høgskolen i Hedmark, fikk jeg anledning til å se nærmere på temaet omsorgssvikt og utvikling av rusmiddelproblematikk. Temaet er foretatt på bakgrunn av et ønske om å bedre kunne forstå pasienter som har vært utsatt for omsorgssvikt og senere har utviklet et rusmiddelproblem. Gjennom min utdanning og min jobb møter jeg mennesker med rusmiddelproblematikk og psykiske lidelser, og jeg har ofte erfart at omsorgssvikt i barndommen har satt sine spor og kan ha vært med på å påvirke deres valg gjennom livet. Rusen som gav dem ro for en stakkert stund tok overhånd og ble til et dobbelt problem. Mange av pasientene som kommer til behandling for sitt rusproblem har ofte mange års behandlingserfaring bak seg. Likevel møter jeg mange av de samme pasientene som igjen og igjen søker hjelp for sitt rusmiddelproblem og for å få orden på livet sitt. Jeg har etter hvert erfart at problemene disse pasientene sliter med ofte er sammensatte og at det ikke alltid er tilstrekkelig å behandle rusmiddelmisbruket alene. Det er viktig å være oppmerksom på at

årsakene til at noen begynner å bruke rusmidler er høyst forskjellig og at omsorgssvikt kan være én årsak.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Med denne oppgaven ønsker jeg som behandler å bedre kunne sette meg inn i forståelsen av omsorgssvikt, hva dette har å si for senere utvikling og hvordan rusmiddelproblematikk kan forstås hos disse pasientene. Jeg ønsker å bli kjent med hvilke konsekvenser omsorgssvikt kan føre til og hva som gjør at noen bruker denne uhensiktsmessige strategien som rusmiddelmisbruk for å takle sin livssituasjon.

Strukturen og problemstillingen i oppgaven har blitt til underveis i arbeidsprosessen, og på bakgrunn av temavalget har jeg formulert følgende problemstilling:

”Hvordan forstå utvikling av rusproblematikk i lys av omsorgssvikt i barndom?”

1.3 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven består av et metodekapittel der jeg gjør rede for hvordan jeg har gått frem for å finne relevant litteratur, hvordan jeg har søkt, valgt ut og vurdert litteraturen jeg har brukt. Videre følger oppgavens teorigrunnlag der sentral teori med fokus på oppgavens tema og problemstilling presenteres. Jeg har valgt teori som omhandler omsorgssvikt, ulike konsekvenser av omsorgssvikt og rusmiddelmisbruk. Dette fordi jeg mener disse temaene belyser problemstillingen på en god måte. I oppgavens drøftingskapittel presenteres funnene fra teorien samt egne erfaringer som videre diskuteres gjennom fire momenter som jeg mener er vesentlige i forhold til problemstillingen. Momentene jeg har valgt ut er omsorgssvikt, tilknytning, selvregulering og rus som lindring av psykisk smerte. Til slutt i oppgaven kommer en sammenfatning der de viktigste funnene fra diskusjonen presenteres.

1.4 Avgrensning og begrepsavklaringer

I oppgaven benytter jeg begrepet rusmiddel om alle former for rusmidler inkludert alkohol. Begrepet innbefatter i denne oppgaven alle midler som blir brukt i den hensikt å endre sinnsstemning eller for å oppnå en «rus». Jeg har valgt å ikke skille mellom misbruk, skadelig bruk og avhengighet av rusmidler, men heller bruke rusmiddelproblematikk som en samlebetegnelse der rus har ført til problemer for den enkelte. Andre begrep vil bli forklart under det kapittelet det blir beskrevet.

Norske forskere med ulik bakgrunn har i definisjoner av avhengighet åpnet for at årsakene til at en person utvikler avhengighet kan ha sammenheng med både biologiske, psykologiske eller sosiale forhold. Alle rusmidler har den egenskapen at de øker dopaminfrigjøring i de deler av hjernen som kalles belønningsområdene (Evjen, Øiern & Kielland, 2004). Nevrobiologiske prosesser i hjernen er altså en sentral del i forståelsen av rusmiddelmisbruk, men grunnet oppgavens omfang har jeg valgt å ikke ha fokus på de nevrobiologiske prosessene i denne fordypningsoppgaven.

2.0 Metode

Dalland (2006) definerer metode slik: ”Metoden forteller oss hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe og etterprøve kunnskap. Begrunnelse for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte” (s. 71). Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder. Det er problemstillingen vi skal søke å få besvart, som bestemmer hvilken metode man skal benytte (Dalland 2006).

2.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie der jeg søker å få mest mulig kunnskap om og på best mulig måte belyse problemstillingen gjennom bøker, artikler og sentrale offentlige publikasjoner. Målet med litteraturstudie er å få et bilde av hva som allerede er skrevet om det problemområdet man ønsker å arbeide med (Dalland, 2006). Jeg har brukt litteraturstudie som metode på grunnlag av oppgavens retningslinjer som sier at det er denne metoden skal benyttes. Jeg har i tillegg brukt egne erfaringer fra arbeid i rusfeltet. Ved å bruke litteraturstudie anvender jeg andres studier og forskning, noe som gir leseren mulighet til å kontrollere kildene og litteraturens relevans for problemstillingen.

2.2 Kvalitativ metode

Oppgaven er en kvalitativ metode som tar sikte på å bedre forståelsen av temaet og problemstillingen i oppgaven gjennom andres studier og forskning. Jeg forsøker å belyse flere sider vedrørende problemstillingen gjennom litteraturen. Kvalitativ metode tar i stor grad sikte på å fange opplevelse og mening som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2006).

2.3 Litteratursøk

Litteraturen som er benyttet er for det meste pensumlitteratur av nyere dato, det vil si ikke eldre enn åtte år. En av bøkene som står på listen, *Behandlingsplanering ved missbruk*, er eldre enn åtte år, denne har jeg allikevel valgt å forholde meg til fordi utdrag av den i dag blir brukt som kartleggingsverktøy på flere behandlingssteder jeg kjenner til for å kartlegge hvilken funksjon rusen har for pasientene. Jeg også har benyttet annen anerkjent litteratur innen fagfeltet rus og psykisk helse. Jeg har valgt å benytte meg av en kombinasjon av bøker og internettlitteratur, i et forsøk på å få med det siste oppdaterte innenfor det jeg fordype meg i.

Jeg startet søket etter litteratur ved å bruke søkeord som *barndomstraumer*, *omsorgssvikt*, *rusmiddelmissbruk* og *selvskadende atferd*. Dette resulterte i mange treff, men ved å kombinere ordene begrenset antall treff seg. Tabellen nedenfor viser antall treff i de ulike søkemotorene:

Søkeord	Treff i Google	Treff i Google Scholar	Treff i BIBSYS Ask
Barndomstraumer og rusmiddelmisbruk	238	5	
Omsorgssvikt og selvskadende atferd	461	17	
Rus som psykisk lindring	2560	17	
Rusens funksjon etter omsorgssvikt	808	19	
Rusmiddelmisbruk			1424
Omsorgssvikt			616
Selvskadende atferd			16

Med bakgrunn i treff fra Google og Google Scholar, gikk jeg i hovedsak videre til BIBSYS Ask. Her brukte jeg søkeord som *rusmiddelmisbruk*, *omsorgssvikt* og *selvskadende atferd*. Jeg erfarte at ved å bruke *rus* i kombinasjon med andre relevante søkeord som *omsorgssvikt*, *barndomstraumer* og *lindring av psykisk smerte* begrenset funnene seg, men ved å erstatte *rus* med *selvdestruktiv adferd*, ble det lettere å finne relevant litteratur. Jeg fortok et skjønnsmessig utvalg blant de titlene som gav treff på søkene. Videre har jeg brukt pensumlitteratur og referanselister i bøker og artikler i søket etter interessant litteratur. Etter tips fra veileder og arbeidskolleger har jeg også vært i kontakt med flere kompetansepersoner som er relevante innenfor temaet i oppgaven for å få tips til litteratur. En av kompetansepersonene er Frid Hansen ved Borgestadklinikken som er spisskompetansesenter på området.

2.4 Kildekritikk

Svakheten ved litteraturstudie som metode er at litteraturen velges ut ifra subjektive preferanser og at den valgte litteraturen støtter under egne synspunkter og hypoteser (Dalland, 2006). Jeg har forsøkt og ikke la min forforståelse prege oppgavens innhold. Jeg har etter beste evne vært mest mulig objektiv og har forsøkt å legge min forforståelse til side. Jeg har i denne oppgaven i hovedsak søkt etter primærkilder, dette fordi man ved sekundærkilder finner andres tolkning av primærkilden. Dette betyr at teksten er bearbeidet og presentert av

en annen enn den opprinnelige forfatteren, og teksten er kanskje allerede oversatt og fortolket (Dalland, 2006).

2.5 Metodisk refleksjon

I søk etter relevant litteratur forsøkte jeg å være kritisk i vurderingen. Jeg fant mye interessant men måtte vurdere om det hadde direkte relevans til oppgaven. I vurderingen av litteratur satte jeg bøker og artikler opp mot hverandre og fant mange fellestrekk på området hos ulike forfattere, noe som gjorde at jeg følte troverdighet til den utvalgte litteraturen. Jeg forsøkte å finne primærkilder, men opplevde at det i noen tilfeller ikke lot seg gjøre. Jeg kontaktet flere kompetansepersoner innen feltet og fikk anbefalinger og råd til god litteratur på området. Den utvalgte litteraturen tenker jeg gjennomgår sentrale temaer for å belyse denne oppgaven.

3.0 Teorigrunnlag

I dette kapittelet presenterer jeg oppgavens teorigrunnlag som består av sentral litteratur som belyser problemstillingen. Denne litteraturen omhandler temaene omsorgssvikt, konsekvenser av omsorgssvikt i forhold til utvikling av tilknytning og selvregulering og rusmiddelmisbruk. Temaet rusmiddelmisbruk konsentreres om rusmidlenes funksjon og hvordan det kan forstås at noen velger en slik strategi som løsning til tross for de negative konsekvensene ved rusmiddelmisbruk. Jeg har også valgt å trekke inn noe om forekomst av psykiske vansker og hvilke vansker som er mest utbredt hos personer med ruslidelse og samtidig psykisk lidelse. Dette fordi jeg har erfart i min jobb i feltet at psykiske vansker og lidelser ofte er et resultat av de utviklingsmessige følgene som kan oppstå etter en vanskelig barndom, og fordi rusmidler i sin tur ofte blir brukt for å dempe nettopp disse psykiske vanskene.

3.1 Omsorgssvikt

Omsorg for barn kan graderes fra nær optimal omsorg til omfattende omsorgssvikt og mishandling. Kvello (2007) hevder det hersker tydelig usikkerhet blant fagfolk rundt hvor grensen mellom god nok omsorg versus utilstrekkelig omsorg skal trekkes. Begrepet ”god omsorg” er avledet fra Winnicotts begrep ”god nok mor” som betegnelse på at selv om omsorgen ikke var god var den god nok til at barnet kunne utvikle seg normalt (referert i Kvello, 2007). Vurderinger av omsorg for barn må derfor gjøres i forhold til det enkelte barns forutsetninger og behov (Kvello, 2007).

Kempe hevder at ”Med omsorgssvikt forstår vi at foreldre eller de som har omsorgen for barnet påfører det fysisk eller psykisk skade eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare” (sitert i Killèn, 2009 s.14).

Omsorgssvikt handler om barn som utsettes for ulike grader av vanskjøtsel og/eller psykiske, fysiske og seksuelle overgrep. Graden og varigheten av omsorgssvikten varierer og den kan være situasjonsbetinget eller kronisk. I enkelte familier kan omsorgssviktens hovedtyngde hvile på en enkelt dimensjon, mens barnet i andre familier kan utsettes for flere eller samtidige former for omsorgssvikt (Killèn, 2009).

Killèn (2009) skiller mellom vanskjøtsel og misbruk, i tillegg til å skille mellom fysisk, psykisk og seksuelt misbruk. Vanskjøtsel er mangelfull dekning av barnets kognitive, emosjonelle eller sosiale behov samt mangel på fysisk omsorg. Barn trenger å oppleve at foreldrene engasjerer seg følelsesmessig positivt i barnet, noe som uteblir når barn utsettes for vanskjøtsel. Barnet opplever å være en belastning for sine foreldre i stedet for en verdi og jobber hardt for å kompensere for dette. Misbruk dreier seg om atferd rettet mot barnet og inkluderer fysiske, psykiske og seksuelle overgrep. Det kan være lett å tenke på fysiske overgrep som avgrensede handlinger, men barnet vil i tillegg til de fysiske skadene også bli påvirket både kognitivt og følelsesmessig. De fysiske skadene heles, men angsten for nye overgrep, mistillit til omverden, følelsesmessig atmosfære i hjemmet og holdninger hos de som utførte overgrepene er der. Etter hvert vil barnet oppleve seg som et «dårlig menneske» som ikke fortjener å få kjærlighet og omsorg og som forventer å bli avvist (ibid).

Killèn (2009) definerer psykiske overgrep som ”...en kronisk holdning eller handling hos foreldre eller annen omsorgsgiver, som er ødeleggende for, eller forhindrer utviklingen av, et

positivt selvbilde hos barnet” (s. 41). Barn som oppleves negativt av foreldrene vil bli tillagt negative egenskaper, og blir stadig utsatt for avvising, undertrykkelse og latterliggjøring. Barn som blir truet med straff eller med å bli forlatt, skaper angst og aggresjon hos barnet. Ved seksuelle overgrep blir barn av voksne omsorgspersoner engasjert i seksuelle aktiviteter som de verken er følelsesmessig, seksuelt eller utviklingsmessig modne for. De seksuelle aktivitetene innbefatter et bredt spekter av aktiviteter fra berøring til samleie der den voksne bruker barnet til å dekke sine egne seksuelle behov. Barn som utsettes for seksuelle overgrep kan trekke seg tilbake fra jevnaldrende i frykt for at noen skal merke det på dem, de isolerer seg og kan etter hvert oppleve seg selv som annerledes enn andre barn. Vanlige tegn kan være konsentrasjonsvansker, søvnforstyrrelser fobier og mareritt. I tenårene kan selvmordstanker og selvmordforsøk vise seg. Ulike former for selvdestruktiv atferd kan vise seg, for eksempel kan rusmisbruk lindre smerten fra tidlig i tenårene (Killèn, 2009).

3.2 Konsekvenser av omsorgssvikt i et utviklingsmessig perspektiv

Innvirkninger av omsorgssvikt varierer fra person til person og er avhengig av mange forskjellige faktorer som blant annet ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer hos barnet og i omgivelsene. Det er derfor ingen enkelt profil som karakteriserer barn som er utsatt for omsorgssvikt. Generelt kan det likevel sies at konsekvensene av å bli utsatt for en eller flere typer omsorgssvikt ofte har vist seg å være omfattende og varige (Killèn, 2009). Det blir i det følgende presentert teori omhandlende områder som er viktige for barns utvikling og som kan bli skjevutviklet hos et barn som har vært utsatt for omsorgssvikt.

3.3 Tilknytning

Bowlby hevder at tilknytning er det emosjonelle båndet mellom spedbarn og omsorgsgiver. Dette båndet utvikles fra fødselen av (referert i Braarud, 2011). Barn har ut fra relasjonelle erfaringer i løpet av det første leveåret utviklet forventninger til omsorgsgivers tilgjengelighet og til hvordan det vil reagere på visse typer situasjoner, atferd og følelsesuttrykk (Braarud, 2011). Siegel hevder at barn som utvikler trygg tilknytning erfarer at omsorgspersonen er tilgjengelig, oppmerksom og handlende i forhold til sine behov (referert i Braarud, 2011).

Barnet utvikler i følge Bretherton indre arbeidsmodeller på bakgrunn av sine samspillserfaringer. Disse arbeidsmodellene er mentale representasjoner av seg selv slik som ”jeg er elsket” eller ”ingen elsker meg”. Videre representerer arbeidsmodellene omsorgspersonen ved at ”mor er der når jeg trenger henne” eller ”ingen kommer når jeg søker trøst”. Disse indre arbeidsmodellene blir etter hvert til ubevisste og automatiserte forventninger til andre og til oppfattelser av seg selv og av hvordan de mestrer sosiale relasjoner (referert i Braarud, 2011).

Tilknytningstiler handler altså om trygghet til andre mennesker og baseres i høy grad på hvordan samspillet med barnet og omsorgspersonene har vært de første leveårene og hvor nær disse har vært til barnet. Personer med en trygg tilknytningsstil relaterer seg ofte mer langvarig og dypere til andre mennesker enn de med utrygg tilknytningsstil. Liten tillit til andre mennesker fører ofte til depresjon og mistroiskhet som igjen fører til tilbaketrekking fra andre (Kvello, 2006). Videre hevder Kvello (2006) at man i tråd med dette finner at personer med utrygg tilknytningsstil har økt risiko for å utvikle rusmiddelmisbruk enn personer med trygg tilknytningsstil. Selvtillit handler om i hvilken grad vi verdsetter oss selv. Selvtillit skapes mest i samspill med omgivelsene og dermed hvorvidt barnet er har fått tilbakemeldinger om å være god nok. Lav selvtillit er sentralt i flere psykiske lidelser fordi mennesker har et sterkt behov for å godta seg selv. Personer med lav selvtillit har også en forhøyet risiko for utvikling av rusmiddelmisbruk som et forsøk på å lindre følelsen av å være misfornøyd med seg selv (ibid).

3.4 Selvregulering

Calkins og Fox hevder at utvikling av selvregulering er en sentral utviklingsoppgave for barn. Selvregulering omfatter kontroll over emosjonelle og kognitive prosesser og oppmerksomhets-, fysiologiske, og relasjonelle prosesser, som blir integrert i aktivitet som er målrettet (referert i Braarud, 2011). Barnet lærer å kjenne igjen kroppslige signaler, skille mellom følelser og å skjønne hva følelsene betyr gjennom positivt samspill med omsorgsgiver, erfaringer med aktivering av tilknytningssystemer og gjennom opplevelsen av

omsorgspersonen som en trygg havn for trøst og beskyttelse. På denne måten læres også et repertoar av måter å regulere ned intense følelser på (Hofer referert, i Braarud, 2011).

Lyons-Ruth og Jacovitz hevder at der en omsorgsperson både er årsaken til løsning på ens frykt medfører dette kollaps i oppmerksomhets- og atferdsstrategiene hos barnet. Dette viser seg som motsetningsfylt arbeid, atferd uten retning og raske endringer i følelser (referert i Braarud, 2001). Det å leve med vedvarende frykt og å være overlatt til seg selv i forhold til å regulere egen atferd og egne relasjonelle tilstander (Robinson et al., 2009, i Braarud, 2001) kan ofte føre til svekkede selvreguleringsferdigheter (Shipman, Schneider & Sims, referert i Braarud, 2001).

3.5 Psykiske vansker

I flere år er det mange som har ment at omsorgssvikt og psykologiske faktorer i oppveksten kun har innvirkning på lettere psykiske lidelser, mens når det gjelder mer omfattende tilstander som psykoser, bipolare lidelser, og alvorlig depresjon handler det mer om genetiske faktorer. Nå er det imidlertid flere studier som viser klare sammenhenger mellom traumatiserende hendelser i oppveksten og også alvorlige psykiske lidelser i tillegg til lettere psykiske lidelser. En studie av 130 inneliggende psykiatriske pasienter med ulike psykiatriske diagnoser, viste at 76,8 % av mennene, og 54,1 % av kvinnene hadde opplevd fysisk vold i oppveksten, mens 40,6 % av mennene og 62,3 % av kvinnene hadde opplevd seksuelt misbruk i oppveksten (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2012).

I tverrfaglig spesialisert (TSB) behandling er det høy forekomst av psykiske lidelser, da særlig personlighetsforstyrrelser, angst og depresjon. Det er i Norge gjennomført få studier innen TSB der rusbehandling har kartlagt symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser, men de få studiene som finnes viser høy forekomst og samsvarer med det man finner i studier fra Europa og USA (Helsedirektoratet, 2012).

3.6 Rusmiddelmissbruk

Kvello (2006) hevder i sin artikkel at utvikling av rusmiddelmissbruk handler om kombinasjoner av risiko- og beskyttelsesfaktorer, der risikofaktorer øker sannsynligheten mens beskyttelsesfaktorer reduserer risikoen for utvikling av rusmiddelmissbruk. Noen risiko- og beskyttelsesfaktorer er medfødt, andre blir etablert ut fra samspill med andre og noen er tilknyttet det miljøet vi vokser opp med og lever i. Barn som har vært utsatt for omsorgssvikt i en eller annen grad har høyere risiko for å utvikle rusmiddelmissbruk som en uttrykksform for å lide slik overlast (Kvello, 2006). Klonsky (2007) påpeker hvordan rusmiddelmissbruk er en form for selvskade, ved at man helt eller delvis skader sin egen kropp med vilje, og det er lignende psykologiske prosesser som underbygger denne typen selvskading som ved direkte selvskadende atferd (Klonsky, 2007).

Brumoen (2006) Stiller spørsmål ved hva det er med rusmidler som gjør dem viktigere enn alt annet for en person som bruker dem. Han hevder at det må være en nytte eller en lønnsomhet som gjør at alle ulempene som straffereaksjoner fra ens egen kropp, nærmiljøet og samfunnet ellers kommer i skyggen av virkning til rusmiddelet. For å forsøke å forstå dette beskriver Brumoen (2006) noen grunnantakelser som forklarer hva rusmidler gjør:

- Å ruse seg er en lønnsom atferd som gir fordeler ingen annen atferd kan måle seg med.
- Lønnsomheten ved å ruse seg inntreffer med en gang etter at rusmiddelet er tatt, og ulempene inntreffer senere og knyttes derfor i mindre grad til rusmiddelet enn til fordelene.
- Å ruse seg når man har gjort det en stund blir like naturlig som å spise når men er sulten.
- De som ruser seg for mye føler at de ikke har noe valg, og rusatferden har «satt seg fast».
- På samme måte som rusavhengigheten er etablert gjennom læring over tid må også uavhengigheten læres gjennom tid for å etableres (ibid).

3.7 Rusens funksjon

Bruk og misbruk av rusmidler kan ha mange ulike funksjoner både for enkeltindivider og for grupper av mennesker. Alle rusmidler har egenskaper som kan forandre vår psykiske tilstand. Selv om rusmiddelmisbruk ofte kan synes irrasjonell, er den med hensyn til personens indre dynamikk ofte logisk. Det er viktig å huske på at rusmiddelmisbruket kan være en måte å håndtere en livssituasjon eller et vanskelig indre liv på (Melin og Nâsholm, 1998). Fekjær (2004) hevder at de bevisste motivene for bruk av rusmidler i hovedsak er de gode psykiske virkningene som rusmidlene blir tilskrevet (Fekjær, 2004).

I rusmiddelbegrepet ligger budskapet om at stoffet er et middel for å oppnå rus, og fordelene ved å bruke stoffet finnes ikke i selve middelet, men i virkningene som oppstår når en bruker det. Slik oppstår det en avhengighet av virkningene (Brumoen, 2006). Brumoen (2006) hevder at *russtoffet* er middelet og *virkingen* av det er målet. For å beskrive virkningene rusmiddelet gir i kroppen blir ofte formuleringer som at rusmiddelet ”åpner for gleden”, ”skaper ro” og ”pakker inn i bomull” brukt (ibid).

For å øke forståelsen av rusmidlenes betydningsfulle rolle i interaksjonen mellom misbrukeren, misbrukerens indre og omgivelsene har Melin og Nâsholm (1998) beskrevet rusens funksjoner. Rusmidler blir blant annet brukt for å:

- lindre fysisk smerte eller for å holde seg frisk og unngå abstinenser
- oppnå eufori, et begrep som rommer ulike grader og former for forhøyet sinnstemning
- dempe psykiske plager som angst, depresjon og uro (selvmedisinering)
- kontrollere følelseslivet, ved å la rusmidler styre sinnstemningen skapes det en falsk opplevelse av kontroll
- avmaskere følelser ved at man våger å slippe frem og uttrykke følelser
- endre sanseinntrykk og sinnstilstand

- distansere seg fra omverdenen og oppnåelse av ikke- eksistens
- fjerne opplevelsen av et indre kaos som ofte er fylt av selvdestruktive tanker, fantasier, følelser og minner
- regulere og styrke selvfølelsen og selvbylde
- skape identitet
- føle seg normal
- slippe å kjenne på følelser og tenke tanker som er vanskelige å håndtere
- redusere redsel for andre mennesker og å lettere etablere relasjoner med andre (Melin og Nâsholm, 1998).

4.0 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres oppgavens teori og egne erfaringer som omhandler sentrale temaer. Jeg har valgt å ha fokus på fire momenter som ser ut til å spille viktige roller i forståelsen av rusproblematikk hos personer som har vært utsatt for omsorgssvikt i barndom. Disse momentene er risiko- og beskyttelsesfaktorer, tilknytning, selvregulering og rus som psykisk lindring.

4.1 Risiko- og beskyttelsesfaktorer

Å forstå personers utvikling av rusmiddelproblematikk handler i følge Kvello (2006) om kombinasjoner av risiko- og beskyttelsesfaktorer. Risiko- og beskyttelsesfaktorer etablerer seg ut fra samspill med andre der de mest sårbare utvikler vansker ved få risikofaktorer (Kvello, 2006). Det å leve i en omsorgssviktssituasjon er en risikofaktor for utvikling av blant annet tilknytning og selvregulering og dermed også utvikling av uhensiktsmessige strategier, som rusmiddelproblematikk. På den ene siden forstår jeg at det ikke er ensbetydende at et barn som har vært utsatt for omsorgssvikt utvikler slike uhensiktsmessige strategier, men på den

andre siden hevder Killèn (2009) at det likevel generelt kan sies at konsekvensene av å bli utsatt av en eller flere typer omsorgssvikt ofte har vist seg å være omfattende og varige (Killèn, 2009).

På bakgrunn av det Killèn (2009) og Kvello (2006) hevder, tenker jeg det er viktig i denne diskusjonen og også fokusere på at ikke alle utvikler uhensiktsmessige strategier som følge av vonde opplevelser av ulik art. Man hører stadig om de såkalte «løvetannbarna» som til tross for mange risikofaktorer klarer seg bra og utvikler seg normalt. I diskusjonen rundt forståelsen av rusmiddelproblematikk hos personer som har vært utsatt for omsorgssvikt i barndom kan det være viktig å belyse de barna som faktisk klarer seg bra. Disse barna takler flere risikofaktorer uten å utvikle vansker, de er motstandsdyktige og kalles for resiliente (Kvello, 2006). Naglieri og LaBuffe hevder at de fleste av dagens forskere innen feltet definerer resiliens som "...positive utfall, tilpasninger eller at man når utviklingsmessige milepæler til tross for at man har opplevd betydelige risikofaktorer, motgang eller stress" (sitert i Kvello 2007 s. 24). Man kan på bakgrunn av dette undre seg over hvordan noen på den ene siden takler å bli utsatt for omsorgssvikt mens andre på motsatt side får livet sitt nærmest ødelagt.

Borge (2008) hevder at ordet "løvetannbarn" blir brukt som en illustrasjon på resiliens. Begrepet beskriver motstandsdyktige barn som er utsatt for risiko i sin oppvekst, men som tar i bruk spesielle egenskaper, som mestring, motsandskraft og overlevelsesstrategier for å overleve i sitt miljø. Barn som har en sunn utvikling til tross for vanskelige betingelser i oppveksten kan utvikle resiliens, men for å utvikle resiliens er risiko en forutsetning (Borge, 2008). På bakgrunn av dette reflekterer jeg rundt at man kan se på barn som har vært utsatt for omsorgssvikt som sårbare, og at hvordan barnet opplever denne sårbarheten og møte med risikoen er avgjørende for om barnet vokser på erfaringen eller om det utvikler vansker. De egenskapene Borge (2008) beskriver som barnet tar i bruk under vanskelige forhold, kan slik jeg forstår det for barnet utvikle seg i negativ eller positiv retning. Dersom disse egenskapene utvikler seg som positivt forstår jeg at barnet er resilient. Siden fokus i denne oppgaven ligger hos de personene som utvikler vansker etter omsorgssvikt går jeg ikke nærmere inn på dette,

men synes det er viktig å huske på at de negative følgene etter omsorgssvikt ikke rammer alle. Min erfaring er at jeg har møtt mange personer med rusmiddelproblematikk som hevder de har hatt en god barndom og allikevel har utviklet rusmiddelmisbruk, samtidig vet jeg på bakgrunn av egne erfaringer og litteratur på området at ikke alle som har vært utsatt for omsorgssvikt utvikler rusmiddelmisbruk. Ut fra dette kan det se ut som om det er store individuelle forskjeller både når det gjelder hva som oppleves som risiko for den enkelte og i forståelsen av rusmiddelmisbruk.

4.2 Tilknytning

Bowlby hevder at tilknytning utvikles allerede fra fødsel av, og at de tilknytningserfaringene barnet får i samspill med omsorgspersoner i spedbarnsalder er utslagsgivende for hvilke forventninger barnet vil ha til omsorgspersonen videre (referert i Braarud, 2011). Barn som utsettes for omsorgssvikt i barndom opplever ikke den omsorgen de har behov for og utvikler disse forventningene som ubevisste, automatiske arbeidsmodeller som Bretherton beskriver (referert i Braarud, 2011). Med dette forstår jeg at personer med en slik oppfatning av seg selv og andre, og med slike innarbeidede arbeidsmodeller, ikke vil forvente å bli møtt med kjærighet og omsorg, ei heller ha tillit til andre mennesker. Fra praksisfeltet møter jeg ofte personer som har svært liten selvtillitt og vansker med å etablere tillitt til andre, noe som er viktig i spillet mellom behandler og pasient. Min opplevelse er at det tar tid å vinne tillitt hos disse pasientene, men ser samtidig at det er mulig.

På den ene siden kan jeg forstå at personer som har negative forventninger til seg selv og andre møter omverdenen med skepsis på bakgrunn av sine automatiske arbeidsmodeller. På den andre siden tenker jeg at dersom man opplever å få tillit til noen, og får én, og kanskje etter hvert flere gode erfaringer på tilknytning, vil de automatiske arbeidsmodellene etter hvert virke motsatt slik at det gradvis utvikles positive forventninger til seg selv og omverdenen. Jeg stiller meg tvilende til at de automatiske ubevisste arbeidsmodellene ikke lar seg endre ved at jeg ofte møter pasienter som har dette som utgangspunkt når de kommer til behandling, men som etter hvert får andre forventninger til seg selv og andre. Det er viktig å understreke at dette er en svært tidkrevende og vanskelig prosess der mange kanskje må prøve å feile noen ganger, og at alle faktisk ikke greier det.

Personer med utrygg tilknytning relaterer seg ikke så langvarig og dypt til andre mennesker men møter andre med lite tillit, noe som ofte leder til depresjon som dermed kan føre til enda mer tilbaketrekking fra andre (Kvello, 2006). På bakgrunn av dette og i forståelsen av rusmiddelproblematikk hos personer som har vært utsatt for omsorgssvikt i barndom, kan man tenke at rusen blir en lettvinnt strategi, en god venn som ikke svikter, og man utvikler en form for tilknytning til rusen.

Noen av rusens funksjoner er nettopp som Melin & Nâsholm (1998) beskriver, å fjerne seg fra omverdenen og gi en opplevelse av ikke-eksistens. Med dette forstår jeg at man opplever en flukt inn i rusen og man føler man ikke er tilstede i omverdenen som er preget av mistillit og psykiske vansker. Ved bruk av rusmidler sier mange av de personene jeg har møtt at de flykter inn i sin egen verden der det ikke finnes problemer, bare løsninger. Man slipper å være tilstede i seg selv. Uttrykket ”en himmel i rus, et helvete uten rus” er blitt brukt av pasienter jeg har møtt, noe jeg synes er en god beskrivelse som for meg gir mening og forståelse av rusmidlenes effekter og sterke krefter. Rusen styrker også selvfølelsen og troen på seg selv, samt at den gir en følelse av glede i en hverdag som ellers er preget av negativitet (Melin & Nâsholm, 1998).

De positive opplevelsene som er tilskrevet rusmidlene tenker jeg må være så betydningsfulle og positive for en person at de overstyrer de negative konsekvensene rusmidler også gir. Brumoen (2006) understøtter dette ved å hevde at rusmiddelmisbruk må være av en nytte eller en lønnsomhet som gjør at alle ulempene som straffereaksjoner fra ens egen kropp, nærmiljøet og samfunnet ellers kommer i skyggen av virkning til rusmiddelet (Brumoen, 2006). Av erfaring vet jeg at personer som har utviklet rusproblematikk er fullstendig klar over alle negative konsekvenser av rusmidler og bruken av dem, men det kan se ut som om dette kommer i andre rekke og at rusingen blir en naturlig del av en person slik som Brumoen (2006) sier at det å ruse seg når man har gjort det en stund blir like naturlig som å spise når man er sulten (Brumoen, 2006).

4.3 Selvregulering

Som Hofer hevder blir selvregulering utviklet gjennom aktivering av tilknytningssystemer og positive samspillserfaringer med omsorgspersoner, noe som er viktig for å lære å kjenne igjen kroppslige signaler og skille mellom og forstå følelser (referert i Braarud, 2011). Personer som er utsatt for omsorgssvikt får ikke alltid utviklet denne selvreguleringen tilstrekkelig på bakgrunn av manglende tilknytning og samspillserfaringer. Man kan på den ene siden tenke at barn som blir utsatt for omsorgssvikt også utvikler selvregulering på en utilstrekkelig måte. På den andre siden har jeg møtt pasienter som har vært utsatt for omsorgssvikt, og har på grunn av dette ikke utviklet god selvregulering, men begynte først å misbruke rusmidler i 25- 30 års alder. Noen av disse har levd et helt normalt liv før debut med rusmidler og noen hevder også at deres møte med rusmidler startet av helt andre årsaker enn ved regulering av tanker og følelser. Jeg undrer meg over om dersom man senere i livet opplever gode erfaringer kan rette opp noen av de negative konsekvensene omsorgssvikten førte til før, man begynner med andre uhensiktsmessige strategier. Erfaringen min tilsier at det er mulig da noen pasienter har utviklet gode relasjoner til andre personer senere i oppveksten og som sier de hadde vansker med å regulere tanker og følelser tidligere. For meg kan det dermed se ut som at dersom man får snudd denne negative utviklingen før man introduseres for rusmidler kan man unngå at de uhensiktsmessige strategiene utvikles til store problemer for personen.

Personer som blir utsatt for omsorgssvikt er som tidligere beskrevet ikke så godt rustet til å takle følelser og tanker fordi de ikke har utviklet et tilstrekkelig føleleseregister og fordi de ikke evner å kjenne igjen eller sette ord på følelser som kommer. Dermed vil de heller ikke handle rasjonelt når følelser og tanker blir overveldende. Min erfaring fra arbeid med personer som misbruker rusmidler er at dette ofte kommer til syne når pasientene har gått rusfri en periode, slik de ofte har når de legges inn til behandling på mitt arbeidssted. De har håndtert følelser ved å regulere de med rusmidler, og vet dermed ikke hvordan dette skal håndteres uten bruk av rusmidler fordi de ikke kjenner igjen eller vet hvilke følelser som er til stede i ulike situasjoner. På bakgrunn av dette tenker jeg at rusmiddelproblematikken kan forstås som en form for kjemisk selvregulering av følelser og tanker ved at de bruker rusmidler for å forsterke gode følelser og ved å dempe eller fjerne ubehagelige og vonde tanker og følelser. Dette samsvarer med det Melin & Nâsholm, (1998) sier om at rusen døyver kompliserte og intense følelser som en erfarer, og som en ikke håndterer tilstrekkelig godt på andre måter (Melin & Nâsholm, 1998).

Jeg mener det i denne sammenhengen også er viktig å argumentere for at selvregulering kan utvikles senere i livet. Dette fordi min erfaring på området er at flere av pasientene som kommer til behandling for sitt rusmiddelproblem lærer å takle kompliserte tanker, følelser og situasjoner uten rusmidler. På min arbeidsplass bruker vi verktøy for å kartlegge hva rusens funksjon er for den enkelte pasient, og mange sier at «klumpen» i magen forsvinner ved å innta rusmidler. Ut fra dette tenker jeg at denne «klumpen» i mange tilfeller er tanker og følelser som kommer opp og som pasientene ikke kjenner eller vet hvordan de skal håndtere. Vi er også opptatt av at pasientene skal kjenne på følelsene sine og forsøke å beskrive de slik at de etter hvert klarer å kjenne igjen og skille på følelser. Min oppfatning av dette er at det er en tidkrevende og vanskelig prosess for pasientene, og noe av grunnen til det tenker jeg er at dette normalt skulle vært naturlig utviklet i barndommen i samspill og tilknytning med omsorgspersoner. På denne måten tenker jeg også at det kan være mulig å snu den negative utviklingen også før man utvikler rusmiddelproblematikk ved at man erfarer omsorg, gode relasjoner, trygg tilknytning og dermed bedre selvregulering. Dette strider noe i mot det Killèn (2009) hevder, at det generelt kan sies at konsekvensene av å bli utsatt for en eller flere typer omsorgssvikt ofte har vist seg å være omfattende og varige (Killèn, 2009).

Ut fra litteratur og egne erfaringer gjennom arbeid i rusfeltet forstår jeg rusmiddelproblematikk hos personer som har vært utsatt for omsorgssvikt og dermed ikke har utviklet tilstrekkelig selvreguleringsevne, slik at rusmidler blir brukt som selvmedisinering for å dempe eller regulere tanker og følelser. Barn som ikke har utviklet gode erfaringer eller har fått utviklet selvregulering på en tilstrekkelig måte opplever raskt etter debut med rusmidler at rusmidlene enkelt tar over denne reguleringen, og slik blir rusmidler brukt til selvmedisinering. At rusmidler blir brukt som selvmedisinering er i dag et tema som diskuteres i fagfeltet. Overlege ved Sykehuset Asker og Bærum Jon Johnsen er av de som tenker at selvmedisineringshypotesen nå er forlatt og at det finnes annen tekning på området. Han sier på Nordisk konferanse om ruslidelse og psykiske lidelser, 2009, at den høye forekomsten av rusmiddelproblemer sammen med psykiske sykdommer skyldes en spesiell nevrobiologisk sårbarhet, og at denne sårbarheten skyldes dysregulering av belønningscenteret på grunn av sviktende funksjoner i deler av hjernen (Johnsen, 2009). Man kan lett forstå at nevrobiologisk sårbarhet er svært betydningsfullt for utvikling av rusmiddelmisbruk ut fra det Johnsen (2009) hevder. Og det er lett å tenke at man da har kommet et steg videre i forståelsen av rusmiddelproblematikk. Videre kan man stille spørsmål ved

omsorgssviktens negative konsekvenser og utvikling av rusmiddelmisbruk ut fra teorien i denne oppgaven. Man kan ut fra Johnsen's hypotese tenke at omsorgssvikt fører til dysregulering av belønningssenteret i hjernen og at det er denne dysreguleringen man kompenserer for ved å bruke rusmidler. Dette er noe jeg må avgrense meg fra i denne oppgaven, men det er interessant å se at det finnes motstridende hypoteser på dette området noe som jeg tenker vil føre til stadig utvikling av forståelsen av rusmiddelproblematikk.

4.4 Rusmidler som psykisk lindring

Rusmidler har som Melin og Nåsholm (1998) beskriver mange funksjoner. Det er lett å forstå at å leve med negative forventninger om seg selv og omgivelsene, mistillit til omverdenen, depresjon, vonde minner og tanker samt følelser som river og sliter i en, som man ikke vet hvordan man skal håndtere, ikke er enkelt. Det er også enkelt å forstå at dersom man finner en strategi som fjerner alt ubehag og gjør livet enklere, vil man velge dette fremfor å ha det vondt. Det ser for meg ut som om rusen er løsningen på alt dersom man først har funnet denne strategien. Samtidig som mange ønsker seg ut av rusmiddelmisbruket.

Å misbruke rusmidler ser ut til å kunne bidra til å fjerne uønskede tanker om seg selv og på denne måten redusere det følelsesmessige ubehaget som ofte følger. Det kan i tillegg tenkes at personer som har vært utsatt for omsorgssvikt etter hvert vil føre til vonde minner og følelser knyttet til de vonde opplevelsene, noe som kan bidra til et sterkt ønske om å lette eller unnsnippe disse. Dette samsvarer med Evjen, Øiern og Kielland (2004) som hevder at rusmiddelmisbrukere som gruppe har vært mye utsatt for traumer, og da ofte i form av overgrep i barndommen. Noen utvikler som følge av dette tilstanden posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Evjen, Øiern & Kielland 2004). For å stille diagnosen PTSD må man ha vært eksponert for en traumatisk hendelse som har utløst intens frykt eller stress. Symptombildet er delt i tre områder: 1) gjentatte og ikke ønskede gjenopplevelser av den traumatiske hendelsen i form av blant annet drømmer og emosjonelle gjenopplevelser, 2) som søvnforstyrrelse, konsentrasjonsvansker, skvettenhet og økt mistenksomhet, og 3) unngåelsestendenser ved at man forsøker å unngå tanker, følelser som man forbinder med traumat. Unngåelsestendenser viser seg også ved vansker med å kjenne igjen alminnelige følelser (Evjen, Øiern & Kielland 2004). Min erfaring fra rusfeltet i møte med pasienter som har opplevd omsorgssvikt er at det overnevnte er symptomer som også disse

pasientene ofte sliter med, og som de har forsøk å fjerne eller dempe med rusmiddelmisbruk. Jeg tenker at det er mange fellestrekk ved pasienter med diagnosen PTSD og de som har vært utsatt for omsorgssvikt uten at de har fått denne diagnosen. Mange av pasientene har også til felles at de ved å misbruke rusmidler vil kunne dempe den følelsesmessige smerten og hindre tilgang til minnene på kort sikt. Childcoat og Breslau underbygger dette ved å peke på studier der pasienter har blitt fulgt over tid som tyder på at pasienter med PTSD har større risiko for å utvikle rusmiddelmisbruk enn andre (referert i Evjen, Øiern & Kielland, 2004). PTSD er ikke hovedfokus i denne oppgaven, men jeg tenker at personer som har opplevd omsorgssvikt i barndommen og utviklet rusmiddelmisbruk også, på bakgrunn av det Evjen, Øiern og Kielland (2004) sier, kan stå i faresonen for å utvikle PTSD.

I følge Kvello (2007) har barn som har vært utsatt for omsorgssvikt i en eller annen grad noe høyere risiko for å utvikle rusmiddelmisbruk som en uttrykksform for å lide slik overlast (Kvello, 2006). Med dette som utgangspunkt og gjennom å kjenne til de negative konsekvensene av omsorgssvikt og rusmidlenes funksjon som er beskrevet i teorikapittelet, kan man på den ene siden enkelt tenke seg at det er lett å havne i den onde sirkelen med rusmiddelmisbruk og at det er vanskelig å komme ut av denne runddans. Mens det på den andre siden er uforståelig ut fra det jeg vet om rusmidler og alle de negative konsekvensene rusmidler fører med seg. Som Brumoen (2006) stiller spørsmål ved, hva det er med rusmidler som gjør dem viktigere enn alt annet for en person som bruker dem (Brumoen, 2006), har jeg mange ganger undret meg over det samme. Av erfaring vet jeg at å misbruke rusmidler har mange negative funksjoner på mange områder, samtidig som jeg vet at dersom man først har prøvd rusmidler og opplevd den gode effekten, kan det for meg se ut som man har funnet en løsning som gjør livet lettere, og da ser det ut for at det for mange er en selvfølge å fortsette, fordi de ikke orker eller forstår hvordan de skal klare seg uten rusmidler. Bakdelen er som pasientene jeg har møtt sier, at man blir avhengig av rusmidlene både fysisk og psykisk. Jeg erfarer blant pasienter at den fysiske avhengigheten er lettere å ta et oppgjør med, enn den psykiske avhengigheten. Når man er avruset og abstinensfasen er over er man fysisk frisk, mens den psykiske helsen er langt fra bra. Pasientene sier ofte at de psykiske plagene man forsøkte å «ruse bort» kommer tilbake i enda høyere grad enn før man inntok rusmiddelet. Da blir lysten til raskt å fjerne det psykiske ubehaget så stor og man inntar rusmidler igjen. Dette samsvarer med Brumoen (2006) grunnantakelser som forklarer hva rusmidler gjør ved at lønnsomheten ved å

ruse seg inntreffer med en gang etter at rusmiddelet er tatt, og ulempene inntreffer senere og knyttes derfor i mindre grad til rusmiddelet enn til fordelene. Han beskriver det så enkelt at å ruse seg når man har gjort det en stund blir like naturlig som å spise når man er sulten. Man føler man ikke har noe valg og at rusatferden har satt seg fast (Brumoen, 2006).

5.0 Sammenfatning

Da jeg begynte på denne oppgaven visste jeg at mange av de som sliter med rusmiddelproblematikk også har vært utsatt for omsorgssvikt i barndommen. Jeg mente også gjennom erfaring i feltet at omsorgssvikt kunne sees på som noe av grunnen til at pasientene hadde utviklet rusproblematikk. Jeg ønsket å finne ut hvordan rusmiddelproblematikk kan forstås i lys av omsorgssvikt i barndom, og ser nå ved oppgavens slutt at det er mange faktorer som spiller inn.

I dette arbeidet har jeg funnet at det er store individuelle forskjeller og ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer som avhenger av hvordan barnet i omsorgssviktsituasjonen møter disse. Videre har jeg funnet at indre automatiske arbeidsmodeller som utvikles i barndommen gjennom tilknytning, samspill og omsorg har stor betydning for hvordan personen utvikles senere, i forhold til forventninger man har til omverdenen og seg selv og selvreguleringsevne. Jeg undrer meg over om det er mulig å rette opp igjen denne mangelfulle utviklingen på et senere tidspunkt ved å få nye erfaringer på området, noe jeg synes å se i praksis. Videre har jeg funnet at personer som har utviklet utrygg tilknytning og utilstrekkelig selvreguleringsevne kan, slik jeg ser det stå i fare for å utvikle rusmiddelproblemer, ved at rusmidler blir brukt som selvmedisinering i kraft av de gode opplevelsene rusmidlene gir i forhold til psykisk smerte. Min forståelse av rusproblematikk sees nå ved oppgavens slutt også i et nytt lys, ved Johnsens hypotese om nevrobiologisk sårbarhet, noe jeg er blitt svært nysgjerrig på.

Gjennom denne oppgaven har jeg først og fremst har jeg fått økt forståelse av konsekvenser personer som har vært utsatt for omsorgssvikt står i fare for å utvikle og omfanget av de.

Videre har jeg sett hvor stor del av utvikling av tilknytning og selvregulering har for barn og hvor store skader de kan bli påført grunnet omsorgssvikt i ulike former. Jeg har også lært mer om rusmidlers funksjon og utvikling av et rusmiddelproblem. I min jobb i rusfeltet har jeg tenkt at rusen må gi noe positivt som overskygger alle negative konsekvenser, og dette arbeidet har økt forståelsen av disse positive opplevelsene.

Mine funn fra denne oppgaven kan jeg dra med meg ut i praksisfeltet. Jeg kan bidra til at også mine kollegaer får mer kunnskap om forståelsen av rusmiddelproblematikk i lys av omsorgssvikt i barndom.

Referanseliste

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. (Norges offentlige utredninger [NOU] 2012: 5). Lokalisert 26.04.12 på

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2012/nou-2012-5/19/3.html?id=671719>

* Borge, A.I. (2008). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Braarud, H. C. (2011). *Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse*. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening, vol 48, nr. 10 s. 968- 972).

Lokalisert 24.04.12 på

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=154970&a2

* Brumoen, Hallgeir (2006). *Bygging av mestringstillit. En metodebok om mestring av rusproblemer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Dalland, O. (2006). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Evjen R., Øiern T. & Kielland K. B. (2004). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fekjær, H.O.(2004). *Rus, bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP- lidelser*. Oslo: IS1948

* Johnsen, J. (2009). *Psykiatriske sykdommer og rusmiddelavhengighet. Hva er de kliniske og neuropsykiatriske assosiasjoner?* Nordisk konferanse om ruslidelse og psykiske lidelser (s. 13-15). Lillehammer. Lokalisert 03.05.12 på

<http://www.rus-ost.no/docs/00000617/JOHNSEN%20-%20Psykiatriske%20sykdommer%20og%20rusmiddelavhengighet.%20Hva%20er%20de%20kliniske%20og%20neuropsykiatriske%20assosiasjoner.pdf>

* Karterud S., Wilberg T & Urnes Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Killèn K. (2009). *Sveket1 Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

* Klonsky, E. D. & Muehlenkamp, J. J. (2007). *Self-injury: A research review for the practitioner*. Lokalisert 03.04.12 på <http://web.ebscohost.com/ehost/viewarticle?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjisfk5Ie43eiH9N%2fpRuvX54as2%2baH8eq%2bS62otkewpq9Jnqy4SbWwr0qet8%2b8ujfhvHX4Yzn5eyB4rOwSLWmsFCwqbdJpOLfhuWz44ak2uBV39zmPvLX5VW%2fxKR57LOWT6%2bqtkmwpqR%2b7ejrefKz5I3q4vJ99uoA&hid=15>

* Kvello, Ø. (2006). *Risiko og beskyttelse ved ungdoms rusmiddelmisbruk*. Lokalisert 03.04.12 på http://www.idunn.no/file/ci/2913089/rus_2006_04_risiko_og_beskyttelse_ved_ungdoms_rus_middelmisbruk.pdf

* Kvello, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Melin, A.G. & Nâsholm C. (1998). *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund: Studentlitteratur.

(Selvvalgt litteratur er merket med * i referanselisten.)