



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

Anne Therese Vanem og Heidi Øien

Møte mellom mennesker med samtidig rus- og
psykisk lidelse (ROP-lidelser) og
tjenesteytere

Videreutdanning i rus, avhengighet og psykiatri 2010-2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

SAMMENDRAG.

Bakgrunnen for oppgaven er at vi begge i vårt arbeid har opplevd utfordrende møter med mennesker med ROP-lidelser. Vi undret oss på om det var mulig å forstå bedre hva det var som skjedde når møtene ble vanskelige. Hensikten med oppgaven er å søke å finne ut hva som kan bidra til et bedre møte/samarbeid med mennesker med ROP-lidelser. Vi har brukt litteraturstudium, anbefalt og selvvalgt litteratur, og vært på ekskursionsjoner. Vi beveger oss gjennom en rekke teoribiter vi tror kan belyse problemstillingen. I drøftingen forsøker vi å lage et «bilde» av atferden til mennesker med ROP-lidelser som noe forståelig. Videre drøfter vi mulige mer virksomme måter tjenesteytere kan forholde seg på i møte/samarbeid med disse menneskene. Vi mener å stadfeste at det finnes mange bakenforliggende forklaringer, og flere hensiktsmessige tilnæringsmåter i møter med mennesker med ROP-lidelser.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Problemstilling	5
1.2 Definisjoner	5
1.3 Avgrensning	6
2.0 METODE	6
2.1 Fremgangsmåte	6
2.2 Litteraturgrunnlaget og kildevurdering	7
3.0 TEORI	7
3.1 Avhengighet forstått som noe grunnleggende livsnødvendig	7
3.2 Tilknytningsteori	8
3.3 Mentalisering	9
3.4 ROP-lidelser	10
3.5 Nasjonal faglig retningslinje	10
3.6 Avhengighet	10
3.7 Selvhjelpsgrupper og 12-trinns filosofi	11
3.8 Addiktologi	13
3.9 Medavhengighet	14
3.10 Traumer og skam	15
3.11 Vane, vilje og valg	16
3.12 Motiverende intervju	17

4.0	DRØFTING	18
4.1	Forsøk på å lage et "bilde" av atferden til mennesker med ROP-lidelser som noe forståelig	18
4.1.1	Tilknytning som går skeis	18
4.1.2	Skader i mentaliseringsevnen	20
4.1.3	Relasjonsskader	20
4.1.4	Dysfunksjonelle familier, traumer og skam	21
4.1.5	Utvikling av personlighetsendring / skyggepersonlighet / "Diffe"	23
4.1.6	Drivkreftene	23
4.1.7	Avhengighet	24
4.1.8	ROP-lidelser	26
4.1.9	Vaner	26
4.2	Mulige mer virksomme måter tjenesteytere kan forholde seg på i samarbeid med mennesker med ROP-lidelser	27
5.0	OPPSUMMERING	35
	Referanseliste	37

1.0 INNLEDNING:

Vi er begge sykepleiere og jobber i kommunal rus/psykiatritjeneste. I vårt daglige virke møter vi ofte med mennesker med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelse). Dette oppleves ofte utfordrende fordi deres atferd kan skremme, provosere, de bryter avtaler, de er ambivalente, oppfører seg plutselig rasende og grovt urimelige, er ustrukturerte, uforutsigbare og sjelden takknemlige. For oss blir det derfor vanskelig å stille krav, sette grenser, holde kontinuitet i samarbeidet, nå de planlagte mål, bevare egen ro, oversikt og kommunikasjonsferdigheter. Vi opplever at de detter utenfor normer og regler for normal oppførsel.

Hva er det som gjør at det brister? Er det oss eller dem det er noe galt med? Er vi mer til skade enn gagn? Når det ryker, føles det ikke godt. Vi opplever at det noen ganger går på yrkesetikken løs. Hvorfor kan de ikke skjerpe seg litt? Hvorfor kan de ikke bare endre kurs? Hvorfor kan de ikke bare gjøre det de sier de skal? Hvor blir det av den ekte dialogen mellom oss? Hvordan forstå slik atferd? Hvordan møte dem mer hensiktsmessig når det blir slike utfordrende møter? Dette leder oss til følgende problemstilling:

1.1 Problemstilling

Hva kan bidra til å gjøre møte mellom tjenesteytere og mennesker med ROP-lidelser mindre utfordrende?

1.2 Definisjoner

Vi definerer ord i problemstillingen slik:

Møte = avtalt sammenkomst

Tjenesteytere = personer som yter tjenester til mennesker med samtidig rus og psykisk lidelse

ROP-lidelser = mennesker med samtidig rus- og psykisk lidelse

1.3 Avgrensning

Vår intensjon/mål med oppgaven er å søke å finne ut hva som kan bidra til et bedre møte/samarbeid med mennesker med ROP-lidelser. Med utgangspunkt i våre egne erfaringer lurer vi på om det finnes bakenforliggende årsaker til deres så ofte utfordrende atferd.

I teoridelen presenterer vi noen mulige innfallsvinkler som kanskje kan være nyttige for å skape større og bedre forståelse for atferden til disse menneskene.

I drøftingens første del prøver vi å synliggjøre et bilde av mennesker med ROP-lidelsers atferd som noe som vi kan forstå. I drøftingens andre del beskriver vi mulige mer hensiktsmessige måter å forholde oss på i møte med dem.

Vi kommer ikke inn på utredning, behandling eller oppfølging i nevneverdig grad. Heller ikke mye om psykiske lidelser.

2.0 METODE

I følge Tranøy (Dalland, 2001), er det å være vitenskapelig, det samme som å være metodisk. Aubert (Dalland, 2001) definerer metode blant annet som et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Vi forstår dette slik at det handler om å følge visse regler som er bestemt på forhånd. For eksempel kravet om å oppgi kilder som kan etterprøves.

2.1 Fremgangsmåte

Metoden har vært litteraturstudium. Informasjon er i tillegg innhentet via ekskursjoner på temaet avhengighet. Til Addictologi Akademiet i Oslo (Espen Andresen), og Gimmestad Psykoterapi i Moss (Leiv Birger Gimmestad), som begge er addiktologer. De jobber med personer med avhengighetsproblemer via 12-trinns behandling. Vi har snakket med John-Kåre Vederhus (Sørlandet Sykehus HF, avdeling for rus- og avhengighetsbehandling) om 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper. Vi har googlet på søkeordene avhengighet (42600), addiktologi (4200), medavhengighet (4200 treff) og sett på Senter for rus- og avhengighetsforskning ved UiO (SERAF) og Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

2.2 Litteraturgrunnet og kildevurdering

Vi har lest pensumlitteratur, og selvvalgt litteratur. Det har vært lett å finne litteratur. Men det overrasker oss at vi finner lite om medavhengighet i pensumlitteraturen (søkt på stikkord hos, Fekjær, Evjen, Lossius og Mueser). Litteratur vi har brukt om medavhengighet stammer fra enkeltstående rus/avhengighetsbehandlere (blant annet addiktoletter) og rus/avhengighetsinstitusjon (Vangseter). Det var mye engelsk litteratur, og vi valgte to bøker som var oversatt til norsk (Nakken, Hellsten). Vi har brukt en artikkel av en sykepleier/doktorgradsstipendiat ved Det medisinske fakultet ved UiO.

Filosofidelen og begrepsapparatet i addiktologien er blant annet hentet fra originalspråket svensk, og oppleves ikke lett tilgjengelig. Vi opplever filosofien som dyp, og påberoper oss ikke å ha oversikt over denne.

Litteraturen vi har brukt er hovedsakelig ikke eldre enn 5 år, og må regnes som oppdatert og relevant. Det er et tankekors at den eldste boka vi benytter (AA's 12-trinn og 12-tradisjoner) stadig er høyaktuell ute i den vide verden.

3.0 TEORI

3.1 Avhengighet forstått som noe grunnleggende livsnødvendig

I det daglige blir avhengighet oftest oppfattet som noe negativt. Avhengighet betyr i dagligtale ofte en alkoholiker eller en narkoman. Men avhengighet kan forstås som noe positivt.

Mennesket er grunnleggende avhengig av andre. Dette kommer tydeligst til syne hos spedbarnet som er fullstendig avhengig av en omsorgsgiver. Når spedbarnet gråter, avkrever og utløser dette handling fra omsorgsgiver gjennom trøst, stell, amming og beskyttelse (Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stånicke, E., 2010). Barnet er i en modningsprosess og dermed avhengig (Bradshaw, 1990).

Det finnes fire naturlige relasjonsområder som mennesket kan ty til for støtte, næring, veiledning, kjærlighet, samt emosjonell og åndelig vekst. Disse er familie og venner, en høyere åndelig makt (defineres av den enkelte, for eksempel religiøs gud eller vennegjeng), jeget (lære å gi oss selv næring) og andre fellesskap i samfunnet. Mennesker må altså vende seg mot seg selv, men også mot andre. Naturlige relasjoner er basert på emosjonelle bånd til andre - det handler om å gi og ta (Nakken, 1996).

3.2 Tilknytningsteori

Bowlby utviklet teorien om tilknytning, og hevder at det eksisterer et universelt, grunnleggende menneskelig behov for å knytte nære emosjonelle bånd - avhengighet (Lossius et al., 2011). Spedbarnet er programmert for interpersonlig samspill. Det foretrekker ansikter fremfor andre stimuli (Schibbye, 2002). Det første spedbarnet blir utsatt for, er omsorgspersonens ansikt, stemme, kropp og hender. Slik får spedbarnet den første opplevelse av hva det vil si å kommunisere og være forbundet). Tilknytningen fører til dannelsen av indre mentale strukturer som er grunnlaget for barnets personlighetsdannelse og senere samspill med omverdenen. Mennesket er disponert for, og utvikles i avhengighet til omsorgspersonen (Hart og Schwartz, 2009). Tilknytning er et biologisk, medfødt instinkt for å sikre overlevelse og beskyttelse via nærhet til omsorgsgiver – en trygg base (Skårderud et al., 2010). Det relasjonelle selv skaper relasjonelle prosesser i to retninger: innover i selvet, og utover i relasjonen (Schibbye, 2002).

Barnets følelsesuttrykk, for eksempel gråt, utløser omsorgsreaksjoner, slik at kontakt oppstår med omsorgsgivers. Likeledes utløser omsorgsgivers væremåter responser hos barnet. De inngår i en relasjonell utveksling der de veksler på å uttrykke følelser i forhold til den andre (Schibbye, 2002, Kringlen, 2009, Hart og Schwartz, 2009). Denne tidlige foreldre-spedbarn relasjonen er essensiell for nevrologisk utvikling av hjernestrukturer (Hart og Schwartz, 2009), og utviklingen av sosiale kompetanser, mentalisering og affektregulering (Hart og Schwartz, 2009, Skårderud et al., 2010).

Hvordan barnet opplever dette første avhengighetsforholdet til moren, vil være avgjørende for individets senere reaksjon i avhengighetsreaksjoner. ”Jeg er hva jeg får” (Kringlen, 2009).

Har vi opplevd kjærlighet og nærhet er det lagt grunnlag for tillit, og ærlighet fører til oppriktighet (Skårderud et al., 2010). Bowlby hevder at formålet med tilknytningssystemet er å etablere en indre trygghet, samt utvikle evnen til å regulere følelser. Grunnlaget for sunn personlighetsutforming (Lossius et al., 2011).

Personlighetstrekk er enkeltstående måter å tenke, føle og handle på - personligheten vår (Torgersen, 2008). Barn er født med forskjellig temperament, og de opprinnelige temperamentstrekkene er temmelig stabile (Kringlen, 2009). Det er sammenheng mellom den atferd og personlighet vi har i 3-5 års alder, og som voksne (Torgersen, 2008). Personlighet kan endres – men oftest gradvis og umerkelig (Skårderud, 2010). Genetiske faktorer (arv) skaper variasjoner i funksjon og mengde av ulike signalstoffer i hjernen. Slik påvirkes utviklingen av personlighetstrekk (Torgersen, 2008). Miljøet spiller også en rolle, og da særlig de unike/individuelle erfaringene i familiemiljøet. For eksempel om et søsken dominerte eller foreldre favoriserte noen. Genetiske faktorer skaper også visse miljøforhold, for eksempel påvirker et skrikende og urolig spedbarn sine foreldres atferd overfor det (Torgersen, 2008).

Relasjonserfaringene med foreldre overføres til å gjelde relasjoner generelt (Lossius et al., 2011). Slike tilknytningmønstre er kontinuerlige, slik at både heldig og forstyrret psykisk utvikling overføres til nye generasjoner (Schibbye, 2002).

3.3 Mentalisering

Mentalisering viser til våre evner til å forstå oss selv og andre - og hvordan vi misforstår. Evnen utvikles i barndommen gjennom trygg tilknytning, og er avgjørende for etablering av nære relasjoner (Bateman og Fonagy, 2007).

Spedbarnet trenger omsorgsgiveren for å lære å regulere sine affekter (= følelser). Omsorgspersonen hjelper barnet med å hanske med de vonde affektene (sinne, tristhet, frykt) og styrke de positive (våken nysgjerrighet, begeistring, rolig tilfredshet). Dette kalles speilingsprosessen. Omsorgsgiver legger merke til spedbarnets affektsvingninger, og speiler disse ved å bekrefte de positive, og trøste de negative (Skårderud et al., 2010).

Fonagy (Skårderud, 2010) kaller mentalisering for en kapasitet til "to hold mind in mind". Det dreier seg om en følsomhet for egne og andres indre psykologiske liv. Mentalisering er fenomener som angår absolutt oss alle (Skårderud, 2010). Vi bruker fantasi til å fortolke og

oppfatte atferd, vi slutter oss til hvordan andre har det og hva de tenker i gitte situasjoner. Vi gjør dette mer eller mindre bra eller dårlig hele tiden i vårt samspill med andre (Bateman og Fonagy, 2007).

3.4 ROP-lidelser

ROP- lidelser omhandler personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. Disse har tradisjonelt falt mellom alle stoler. Mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse når hver av de to typer lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt, er også inkludert. Rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser opptrer ofte sammen, og det gir uheldige samspill mellom to problemområder, noe som krever spesiell oppmerksomhet. Personer med ROP-lidelser har mulighet til bedring av både symptomer og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2012).

3.5 Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.

Erkjennelsen om at rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser opptrer sammen har økt de siste 25 år. I mars 2012 kom en faglig retningslinje for målgruppen personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. Retningslinjen inneholder anbefalinger til alle tjenesteytere som kommer i kontakt med gruppen. Den er i første rekke utarbeidet for helsepersonell/ansatte i kommunehelsetjenesten, NAV, tverrfaglig spesialisert behandling/TSB, psykisk helsevern og fengslene/kriminalomsorgen. Den er et resultat av relevant kunnskap fra forskning, god praksis, erfaringer og råd fra brukere og fagmiljøer i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning, behandling og oppfølging for denne gruppa.

Retningslinjen beskriver at det ikke er nok å vite, man må også bruke kunnskapen. Det er ikke nok å ville, man må også gjennomføre (Helsedirektoratet, 2012).

3.6 Avhengighet

Avhengighet er en av de mest utbredte og kostnadskrevenne lidelser som vi har i dag (Nakken, 2007). Fagfeltet strever fortsatt med å definere avhengighet fullgodt i

diagnosesystemene. Fordi avhengighetsbegrepet er relativt, i forhold til kultur, liv, rusmiddel, person og situasjon (Evjen, Kielland og Øiern, 2007). Våre valgte definisjoner og teori, viser at avhengighetsbegrepet er mange fasettert.

Avhengighet er å ha tilførselen av et rusmiddel som et så sterkt motiv i hverdagen at det forstyrrer andre motiver (Evjen et al., 2007). ICD-10 skiller mellom skadelig bruk og avhengighet. Skadelig bruk er et bruksmønster der inntak av rusmidler gir alvorlige fysiske og/eller psykologiske skader. Avhengighet er et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener. En substans eller substansklasse får en høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av verdi (Evjen et al., 2007, Skårderud et al., 2010). Det kalles avhengighetssyndrom når en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener utvikler seg etter gjentatt stoffbruk (Helsedirektoratet, 2012).

DSM- IV skiller mellom misbruk og avhengighet (Helsedirektoratet, 2012). Misbruk preges av et dysfunksjonelt mønster med bruk av psykoaktive substanser, som fører til betydelig klinisk svekkelse eller uro og vansker. Avhengighet ved, et mistilpasset mønster av stoffbruk, som leder til klinisk signifikant funksjonsnedsettelse eller ubehag (Evjen et al., 2007). I AA-terminologi anses rusavhengighet som en kronisk sykdom som den rusavhengige står maktesløs og hjelpesløs ovenfor (Lossius et al., 2011). Det kalles biologisk avhengighet når rusmidler øker dopaminfrigjøring i de delene av hjernen som kalles belønningsområdene (Evjen et al., 2007). I hjernen skapes det en belønningsreaksjon når man opplever noe godt – ”liking”. Enkelte slike opplevelser kan tillegges en særskilt betydning, og det oppstår et ønske om å gjenta handlingen - ”wanting”. Mekanismen regnes for å være sentral for menneskers overlevelsessevne og for utvikling av avhengighet (Folkehelseinstituttet, 2008). Avhengighet forklares og som en forstyrrelse av det normale/sunne avhengighetssystemet forårsaket av traumatiske opplevelser i tidlig barndom (Fjällström, 2010).

3.7 Selvhjelpsgrupper og 12-trinnsfilosofi

Selvhjelpsgruppene er til for personer med ulike livsutfordringer – fra angst, til mestring av avhengighetslidelser, til psykiske lidelser og til pårørende. Mange kan takke gruppene for at de har sluttet å ruse seg og fått kontroll over livene sine (Mueser, Noordsy, Drake og Fox,

2006). Rusmiddelavhengighet oppfattes som en kronisk lidelse. Man er ikke nødvendigvis ”frisk” selv om man har gjennomført et behandlingsopplegg, og har maktet å holde seg avholdende i en periode (Vederhus, Hjerkin, og Kristensen, 2011).

Anonyme Alkoholikere (AA) startet i 1935 og er den mest kjente formen for selvhjelpsgrupper. Anonyme narkomane (NA) sprang ut fra AA-bevegelsen 20 år senere. Minnesota-modellen eller tolvtrinns behandling, omhandler profesjonelle behandlingstiltak. Filosofien i gruppene blir uttrykt gjennom 12 trinn (Vederhus, Hjemdahl og Kristensen, 2010) Uavhengig om det er alkohol eller stoffavhengighet. Trinnenes essens består i å innrømme at man har et rusproblem, søke hjelp, foreta en selvransakelse, gjøre opp for seg der man ser at man har påført andre skade, og arbeide med andre rusavhengige som ønsker å bli friske. Sentralt i trinnene er en åndelig oppvåkning (Kristensen og Vederhus, 2005).

Man gjennomgår en personlighetsforandring i det man skaffer seg innsikt i hvert trinn. Gjennom denne innsikten, får man kunnskap om hvordan man best kan ivareta seg selv, på en sunn og frisk måte (Andresen, 2008). Sentralt i de 12 trinn er aksepten av at man er maktesløs overfor rusmiddelet. AA er lite opptatt av motiver, men sier at rusbruken skyldes mangel på kontroll. Å tro at måtehold er mulig, karakteriseres som benektelse. Tankegangen er en gang alkoholiker/narkoman, alltid alkoholiker/narkoman. Uansett hvor lenge en er rusfri, anses en aldri som helbredet, bare som i bedring (Fekjær, 2008).

AA og 12-trinnsprogrammet henter sin kunnskap fra annet ståsted enn tradisjonell medisin og psykologi. Selvhjelpsgruppen er uten leder, det koster ingenting å delta (Lossius et al., 2011). Subjektiv erfaring er det viktigste verktøyet som hjelper medlemmene til rusfrihet. AA beskrives som et likeverdig fellesskap mellom rusmiddelavhengige, hvor medlemmene deler ønsket om å leve et rusfritt liv. De 12 tradisjoner (fellesskapets liv) skisserer de måtene som AA holdes sammen og forholder seg til omgivelsene på, samt hvordan AA lever og vokser (Anonyme alkoholikere, 1969).

Uten forhåndskunnskap, vil en oppfatte de 12-trinn som et religiøst program. På grunn av begrepene Gud, høyere makt, bønn og meditasjon. Det stemmer ikke med AA's egen

oppfatning. Individets egen tolkning av gudsbegrepet vektlegges. I praksis kan det bety alt fra å søke støtte i mellommenneskelige relasjoner (hjelp fra gruppen/fellesskapet), til en livssynsmessig forståelsesramme. Således inkluderes både religiøse og ikke-religiøse oppfatninger. Prinsippet er at deltakeren utfordres til å stole på noe/noen utover seg selv, bli en del av et fellesskap og ta i mot råd fra andre (Vederhus et al., 2010).

3.8 Addiktologi

Addiktologi er skapt av Torbjørn Fjällström i Sverige. Han har arbeidet som psykolog/terapeut med ulike former for misbruk siden 1967, og har personlig erfaring med avhengighet. Addiktologi betyr det man blir kraftig tiltrukket av eller bundet til ("Addict" → "ad dictus" = tiltrukket av). Det er læren om bindinger eller besatthet. Grunntanken innen addiktologien er at det ikke kan skje en rusfrihet eller harmonisk tilfriskning uten kapitulasjon overfor de åndelige prinsipper bak alt som skjer. Addiktologien forstår avhengighet som noe grunnleggende naturlig, for eksempel av oppmerksomhet, sex og bekreftelse. Tiltrekkelse er noe menneskelig. Et barn er naturlig tiltrukket av livet¹. Addiktologien integrerer fordypning av 12-trinns filosofien med kinesisk filosofi, indisk filosofi/psykologi og vestlig psykologi. Læren lanserer begreper og grunnprinsipper som utvikler gamle sannheter om avhengighet (Fjällström, 2010).

Mennesket består av tre ulike kategorier av energier. Det bevisste prinsippet "Juvelen", eller individet (betyr helhet), er et uttrykk for skjønnheten og formen hos den åndelige og uforgjengelige gnist opprinnelighet som finnes i hvert vesen Dette er den åndelige dimensjonen i addiktologien, et bilde på den guddommelige delen i mennesket (Fjällström, 2010). Kalles også "Diamanten" (Andresen, 2008, Bu, 2009). Fra dette skapes kroppen og psyken/sinnet. Psyken/sinnet er igjen bolig for tanker, følelser, forestillinger og drivkrefter (Fjällström, 2010).

Forstyrrelsen «dysberoende» (avhengighet) er en hjerneskade, en intimitet/nærhetsforstyrrelse, en skambasert sykdom, en familiesykdom og et identifiserbart

¹ Espen Andresen, 2012. Forelesning på Høgskolen i Elverum, videreutdanning i rus, avhengighet og psykiatri.

syndrom via diagnosesystemet DSM-IV eller ICD-10. Sykdommen «dysberoende» (avhengighet) rammer den normale evnen til naturlig intimitet til andre (derav intimitet/nærhetsforstyrrelse). Det dannes svakheter eller brister/defekter i det naturlige avhengighetssystemet ("dys" = svak). Dette fører ofte til dannelse av vanskelige følelser som skam (derav en skambasert sykdom). «Dysberoende» (avhengighet) beskriver en indre ubehags- eller urotilstand koblet til mer eller mindre eiendommelige og ubevisste forestillinger om andre mennesker og tilværelsen, en selv og evigheten. Dette fører til ubalansert og destruktiv avhengighet/binding til ting, hendelser og fenomener. Addiktologien skiller seg ut ved å hevde at avhengighet kan skje til annet enn kjemiske stoffer (alkohol, narkotika eller legemidler). Bindingen kan oppstå til arbeid, mat, trening, sex, shopping, kjærlighetsforhold, makt og spill (Fjällström (2010)).

«Codysberoende» (medavhengighet) dreier seg om mer eller mindre uheldig innviklede mellommenneskelige relasjoner til en eller flere personer ("co" = med). Vi gjenkjenner dette i det klassiske eksemplet der kona fjerner alle spor etter mannens drikking. Addiktologien hevder at «codysberoende» (medavhengighet) kommer før utvikling av «dysberoende» (avhengighet), og etter hvert til utviklingen av en avhengighetspersonlighet (se 4.1.5)(Fjällström (2010)). Vi tenker for eksempel når et barn vokser opp med rusmisbrukende foreldre som ikke evner å ta vare på det, og dermed blir medavhengige i forhold til sine foreldre. Addiktologien hevder at avhengighet er en åndelig sykdom (Andresen, 2008, Bu, 2009).

3.9 Medavhengighet

Begrepet oppstod i USA på 70-tallet, da tilstanden ble observert på behandlingsinstitusjoner for rusavhengighet. Pårørende/nærmeste familie til den rusavhengige, hadde klare symptomer. Et helt familiesystem var dysfunksjonelt. Dette ble definert som egen lidelse – codependence. I Norge er begrepet lite kjent, (Gimmestad, 2012). Vi oppfatter at medavhengighet kalles en sykdom/lidelse, men eksisterer ikke som diagnose innen ICD-10/DSM-IV. Gimmestad (2012) hevder definisjon/avgrensning er vanskelig, fordi symptomer viser seg ved andre psykiske lidelser også.

Medavhengighet er en tilstand hvor mennesket er psykologisk avhengig i et annet menneskes destruktive livsførsel, for eksempel rusmisbruk (Gimmestad, 2012). Det betegner en sjelelig tilstand hvor individet fokuserer overdrevet og tvangsmessig sin energi utover mot andre mennesker, ting og situasjoner utenfor seg selv. Den rusavhengige innvaderer hele tilværelsen (Holandsli, 2012). Medavhengighet forstås som innviklede og usunne relasjoner til en eller flere personer (Fjällström, 2010). En sykdom/sykdomslignende tilstand som kommer fram når et menneske lever nær et svært sterkt fenomen og ikke har evnen til å bearbeide dette fenomenet slik at det kan integreres i personligheten, men tilpasser seg det i stedet (Hellsten, 1992). Vi forstår «sterkt fenomen» som for eksempel alkoholisme. Og at denne manglende bearbeidingen og integreringen medfører en medavhengig personlighet. Medavhengighet dukker opp i familier som er skadet av incest, psykisk/fysisk lidelse/sykdom, trangsynt religiøsitet, arbeidsnarkomani og mishandling (Hellsten, 1999). Medavhengighet oppstår ved at man har et forhold, personlig eller profesjonelt, til en forstyrret eller avhengig person. For eksempel voksne barn av alkoholikere, mennesker med forhold til personer med psykiske lidelser, mennesker med forhold til kronisk syke personer, foreldre av barn med atferdsproblemer, sykepleiere, sosialarbeidere og andre i typiske omsorgsykker. Dette er svært utbredt (Vangseter, 2012). 90% av «dysberoende» (avhengige) og «codysberoende» (medavhengige) personer, kommer fra det som kalles dysfunksjonelle familiesystemer (se 4.1.4) og er derav en familiesykdom (Fjällström, 2010).

Bare de som er pårørende til en alkoholiker/narkoman vil få hjelp fra det offentlige. Hjelpen er ofte kortvarig, tilfeldig og sekundær. Rusavhengigheten og den rusavhengige er det primære (Gimmestad, 2012). Vangseter har en familieuke (Vangseter, 2012). Sentrale fenomener i medavhengighet er traumer og skam. (Hellsten, 1992).

3.10 Traumer og skam

Traumer forstås som svar på fysisk og psykisk belastning. De er reaksjoner med ulik varighet og intensitet, som samsvarer med en faktisk belastning (Skårderud et al., 2010). For mye traumer overskygger den naturlige evnen til lykkefølelse (Bu, 2009). Traume betyr skade og forstås som frarøvelse/deprivasjon av essensielle tidlige behov (Fjällström, 2010).

Forskning avdekker at det ikke skal så mye til før det gjør skade. Vold kan forstås som enhver handling som gjennom at den skremmer, skader, smerter og/eller krenker får noen til å oppgi

sin vilje. Det er sammenheng mellom vold i familier og senere utvikling av psykisk lidelse og rus².

Skam er en felles menneskelig grunnopplevelse, som stammer fra alle opplevelser en har som barn. Alt en har følt, tenkt, sagt eller gjort som ikke er godt nok eller verdt noe. Den gode skammen er respekten for andre og for seg selv, diskresjon, takt og tone. Den forteller om hva som er og ikke er akseptabelt blant mennesker. Utviklingspsykologisk oppfattes skam som beskyttelse, en tilbaketrekning som regulerer intimiteten med de andre. En grense for det private. Skammen demper selvfølelsen så vi ikke taper oss selv i storhetsfantasier (Skårderud et al., 2010). Skam er altså noe positivt, og en menneskelig egenskap som beskytter mennesket mot dets overmot. Den minner oss om at vi er begrensede skapninger, og tar oss tilbake til våre egne proporsjoner. Et uforskammet og skamløst menneske er en person som overskrider sine grenser, og aksepteres ikke i vår kultur (Hellsten, 1992).

3.11 Vane, vilje, valg.

Brumoen (2007) forsøker å forene vanen og valget, og hevder at begrepene står sammen, men som motsetninger. Enten velger man, eller så følger man vanen. Dersom en har tro på at det er mulig å avdekke situasjonskrefter som styrer vaner, og at det etterpå er mulig å slippe til med viljeshandlinger for å bryte dem, er målet nådd.

Vanen indikerer at uønsket atferd ikke behøver å være resultat av et fritt og rasjonelt valg. Det kan tenkes at det er snakk om at vaner etablerer seg i folks kropper, fordi vanene utgjør atferd som har hensiktsmessige virkninger i egen kropp og i omgivelsene (Brumoen, 2007).

Vilje er en motivasjon til å følge en retning, sin lære eller til og med sitt kall. En sterk vilje er å holde fast i sin motivasjon på tross, eller tvers, av vanene. Spørsmålet blir hvor sterk vilje har vi når vanemønstrene aktiveres? Misforholdet mellom vår kulturs normkrav om valgfrihet og egen vanestyring er neppe enkelt å bære. Uoverenstemmelse skaper ubehag for personen

² Per Isdal, psykolog fra organisasjonen Alternativ til vold. Forelesning ved Høgskolen på Elverum, videreutdanning i rus, avhengighet og psykiatri.

som må leve med en inkongruens mellom hva han egentlig ønsker, og hva som faktisk skjer i vedkommendes liv (Brumoen, 2007).

Utgangspunktet for å kunne foreta valg er betinget av tre forhold. 1) Kunnskap og forståelse om hva som kan sette i gang atferd (følelser, tanker og den ytre situasjonen). 2) Oppøve evnen til å finne riktig valg øyeblikk (definere et punkt hvor tiden stoppes, hvor man har funnet grunner til å handle annerledes). 3) Hvor stor tro en person har på egen evne til å stoppe en automatisert vane, og presse frem alternative handlinger. Atferd kontrolleres av det folk er vant med (gode eller dårlig vaner). Med dette utgangspunktet består arbeidet i og forsiktig nærme seg folks valgmuligheter (Brumoen, 2007).

3.12 Motiverende intervju (MI)

Dette er en metode som synes mer effektiv og mer tilfredsstillende for både rådgiver og pasient, enn tradisjonell rådgivning. Metoden kan brukes ved risikofylt alkoholforbruk, bruk av narkotika, tobakk, usunt kosthold, overvekt, fysisk inaktivitet, spilleavhengighet og seksuell risikoadferd. Opphavsmannen til MI er den amerikanske psykologen William R. Miller i senere samarbeide med psykolog og metodeutvikler Steven Rollnick. MI er et samarbeid mellom klient og tjenesteyter som stimulerer til positiv endring gjennom å lokke frem og forsterke personens egen motivasjon.

Motiverende samtale er å veilede pasienten, snarere enn å styre vedkommende. Lytte mer enn å fortelle, lokke frem pasientens egne tanker og ideer om problematferden og endringer av denne. Samt vise respekt for pasientens autonomi/selvbestemmelse (Ivarsson, 2010). Evjen et al., (2007) eksemplifiserer at et langsiktig ønske om å komme bort fra rusavhengigheten kan stå i konflikt med et umiddelbart ønske om å få den glede rusen gir.

For å hjelpe en annen, må man først finne ut hvor han er, og møte han der. Dette er det første bud i all sann hjelpkunst, skriver Søren Kirkegaard (Ivarsson, 2010).

4.0 DRØFTING

4.1 Forsøk på å lage et «bilde» av atferden til mennesker med ROP-lidelser som noe forståelig.

Det vesensbestemmende ved vår menneskelighet er vår evne til samspill i relasjon, til å forholde oss til hverandre og regulere nærhet og avstand (Skårderud et al., 2010). Hva skjer når grunnleggende, god og livsnødvendig avhengighet blir omdannet til mennesker med ROP-lidelser – til svært alvorlig sykdom?

4.1.1 Tilknytning som går skeis

Tilknytningen danner grunnlaget for hvordan vi senere i livet forholder oss til andre (Hart og Schwartz, 2009, Skårderud et al., 2010, Kringlen, 2009, Torgersen, 2008, Lossius et al., 2011, Schibbye, 2002). Denne livsnødvendige første avhengigheten er spedbarnets aller største sårbarhet (Bradshaw, 1990). Vi tror at mye kan gå galt her, fordi det er umulig å være de helt ideelle foreldre.

Det menneskelige sinnets utgangspunkt er gener, biologi og kjemi. Sinnet og den fysiske hjernens utvikling, er derfra avhengige av hvem vi møter og kvaliteten på disse møtene. Det er ikke selvfølgelig at vi får det vi trenger (Bateman og Fonagy, 2007). Den perfekte tilknytning finnes nok ikke, vi møter alle vanskelige situasjoner opp gjennom livet, som gjør at vi utvikler beskyttelse. For eksempel reservasjon, vaktksomhet og skepsis (Skårderud et al., 2010). Alle barn knytter seg til sine foreldre, det må de for å overleve. Barn kan utvikle utrygg tilknytning ved invaderende, avvisende, passive eller uforutsigbare foreldre. Omsorgsgiver kan ha redusert evne til å forstå barnets indre opplevelser og sine egne følelser knyttet til foreldreskap. Noe har gått skeis i gjensidigheten i det tidlige samspillet mellom omsorgsperson og barnet (Lossius et al., 2011). Hvis barnets behov ikke blir tilfredsstillt når omsorgsperson er inkonsistent og upålitelig, vil barnet kunne utvikle en basal mistillit, skepsis og pessimisme (Kringlen, 2009).

Uheldig behandling av barn i de første leveårene kan ha skadelige virkninger på kort og lang sikt. For eksempel vil tidlige relasjonsbrudd forstyrre utviklingen av følelsesreguleringen i

hjernen. Dette kan komme til syne hos voksne ved at evnen til å berolige seg selv ved tankenes hjelp blir mindre, og til vansker med å regulere selvfølelsen (Skårderud et al., 2010, Kringlen, 2009). Streng oppdragelse, avvisning, overbeskyttelse, uvanlig ettergivenhet, ekstremt inkonsekvent oppdragelse og kronisk disharmoni mellom foreldrene, er eksempler på uheldig oppvekst (Kringlen, 2009). Er vi tidlig blitt behandlet med avvisning, risikerer vi å bli mistroiske og forsiktige (Skårderud et al., 2010). Hvis et barn blir hindret i sin utvikling, når følelser blir undertrykt, særlig sinne og sårhet, vokser man opp med et sint, såret barn inni seg. Dette indre barnet vil uvilkårlig forkludre en voksens atferd (Bradshaw, 1990). Vi tror at dette indre barnet er lett å glemme i møtet med det voksne mennesket med ROP-lidelse. Han/hun som brølende kaster raseri og urimelighetene sine til oss. Følelser helt ute av proporsjoner.

Speilingsprosessen i tilknytningen handler om å utvikle evnen til selv å regulere sine affekter. Det å mestre frykt og sinne på hensiktsmessige måter og trøste seg selv i stedet for å bli værende i tristheten. Går det skeis her fordi omsorgsgiver er hemmet av egne psykososiale problemer, kan barnet utvikle varige beskyttelsesmekanismer som vanskeliggjør nær kontakt med andre seinere (Skårderud et al., 2010, Lossius et al., 2011).

Sikre og usikre tilknytningsmønstre er en indikator for god og dårlig psykisk helse. Endringer i hjernen kan utløse psykiske symptomer. Dessuten kan negative erfaringer ute i verden påvirke vår kropp og vår hjerne (Skårderud et al., 2010). Personlighetstrekk kan bli så ekstreme at de skaper problemer for en selv eller andre (Kringlen, 2009). Mennesker har ulike grader av uhensiktsmessige personlighetstrekk, og overgangen er flytende før vi kaller det for psykisk lidelse (Lossius et al., 2011). Lossius (Skårderud et al., 2010) mener det er en gjensidig interaksjon, der ruslidelser og psykiske problemer utløser, forsterker og vedlikeholder hverandre. Vi opplever at det ofte blir så «mye» rundt mennesker med ROP-lidelser - så ekstremt.

Forholdet mellom barndomsopplevelser og psykopatologi er nok komplekst (Lossius et al., 2011). Kanskje stemmer det mer med kaosteorien, der tilsynelatende harmløse begivenheter kan få markante effekter på personlighetsutviklingen nettopp fordi vi er ulikt utstyrt genetisk. Kun i etterkant vil en kunne si at det og det fikk betydning, så da må en kanskje være

beskjedne og akseptere at tilfeldighetene spiller en større rolle enn de mest tvangspregede av oss liker (Torgersen, 2008).

Vi tror at hvem vi blir, og hvordan vi klarer å forholde oss til andre, har å gjøre med arv, miljø/kultur og hvordan kvaliteten har vært på de tidligste møtene. Uheldige tilknytningsstiler fører til uheldige former for mestringsstrategier som kompensasjon for å ikke mestre relasjon til seg selv og/eller andre.

4.1.2 Skader i mentaliseringsevnen

Mennesker med psykiske lidelser (ergo ROP-lidelser) har generelt dårlige evner til mentalisering. Det handler om vansker med å regulere våre følelsers bremsemekanismer. For eksempel evnen til å tåle motgang uten å falle helt til bunns, evne til å holde begeistring i sjakk eller evne til å bli krenket uten å rammes av skamfølelsens destruktivitet. Dessuten å fremme behov og håndtere sinne på hensiktsmessige måter. Vår evne til mentalisering, å forstå andre innenfra og oss selv utenfra, svekkes av sterke affekter. For eksempel vanskelige følelser som aggresjon eller frykt, men også forelskelse. Dette gjør oss mentalt blindere og dummere (Bateman og Fonagy, 2007, Skårderud et al., 2010). Fra praksis erfarer vi at også gode følelser oppgis som utløsende årsak til rusatferd/"sprekk". Når P. fikk vite at han fikk igjen nesten 30.000,- på skatten, bar det umiddelbart på polet og ny drikkerunde.

4.1.3 Relasjonsskader

Bowlby sammenlignet tilknytning med immunforsvaret. Utrygg tilknytning bidrar til sårbarhet for psykopatologi, selv om det er komplekse sammenhenger (Schibbye, 2002). Feilskjær i tilknytningsprosessen kan føre til psykiske lidelser. Som igjen kommer til uttrykk som relasjonsvansker. Det er noe som bidrar til å forstyrre relasjoner. Vi kan kalle det relasjonsskader – skader i evnen til å forholde seg til andre (Skårderud et al., 2010). Det å kunne regulere for eksempel nærhet og avstand (Schibbye, 2002), intimitet og evnen til å regulere følelser. Vi kan si at relasjonskompetansen er midlertidig eller varig redusert/svekket/skadet (Skårderud et al., 2010).

4.1.4 Dysfunksjonelle familier, traumer og skam

Foreldrenes omsorgsstil og barnas tilknytningsmønstre kan preges av at foreldre kan streve med egen patologi, og ikke klare å etablere en trygg forutsigbar familiekultur. De evner ikke å beskytte barna mot traumer, eller medvirker selv til dem. Dette refereres til som familiær dysfunksjon (Skårderud et al., 2010). Vi spør hva slags fokus blir igjen til barnet, når far er besatt av amfetamin?

Traumer kommer tilsyne i menneskers livs/barndomshistorier. For eksempel som fysisk mishandling, seksuelt og emosjonelt misbruk, vanskjøtsel og uhensiktsmessig oppdragelse, negativ foreldrestil, harde straffemetoder, mobbing og trusler. Dette er traumatiske erfaringer som har påvirket tilknytning, og som igjen kan ha medvirket til psykiske lidelser. Tidlige traumer kan føre til en kontinuerlig stresstilstand der kroppen pumper ut stresshormoner (kortisol, adrenalin). Dette kan føre til forandringer i bevissthet og hjerne, og føre til vansker med følelsesregulering, impuls kontroll, aggressiv atferd og/eller tilbaketrekking fra og mistillit til andre mennesker (Lossius et al., 2011). Vi vet at flere av våre klienter har slike erfaringer. Vi erfarer at mange av disse menneskene ofte havner i konflikter/bråk med sine omgivelser - privat og til tjenesteytere.

Tapet av "jeg er", å ikke bli elsket som egen person/den man egentlig er, er det største traume et barn kan oppleve, og beskrives som en åndelig skade. Alle barn i dårlig fungerende familier skades i større eller mindre grad, fordi foreldrene er oppslukt av egne følelsesmessige problemer. For eksempel er den alkoholisererte mor opptatt av drikkingen, og den medavhengige far er opptatt av alkoholikeren. De makter ikke å se barnet fordi de har altfor store udekkede behov selv. Det åndelige såret får oss til å bli medavhengige skamfulle voksne barn (Bradshaw, 1992). Mengder av uløst energi eller spenninger, ulystminner og andre ubearbeidede sorger og tap ligger bundet i avhengighet, fordi de grunnleggende traumene ikke er oss bevisste eller bearbeidet (Fjällström, 2010, Bu, 2009). Traumer fører til nedtrykthet som oppleves som skam – det er noe i veien med selve meg. Dette kan føre til beskyttelsesmekanismer som tilbaketrekning, fryktsomhet, undertrykt og innestengt sinne. Eller sinne uttrykt som irritabilitet og en kampberedt vaktksomhet overfor omgivelsene. Væremåter som er uttrykk for lav selvfølelse (Skårderud et al., 2010). Vi kjenner igjen dette som «oppblåste» væremåter. De oppfører seg som om de er verdensmestre, når det er åpenbart at de trenger hjelp.

Skam brukes synonymt med lav selvfølelse. Skamfølelse er aktive, negative selvevalueringer/beskrivelser. Rusmisbruk kan inngå i skambaserte syndromer. Den vonde skammen kan dreie seg om å bli blottstilt, en frykt for å bli avslørt som en annen en den man ønsker å være (Skårderud et al., 2010). Vi gjenkjenner dette som for eksempel hårdnakket benekting av helt åpenbare problemer. Eller det som kalles inkongruens, at de sier en ting men gjør noe helt annet. Vi tror at mennesker med ROP-lidelser fort kan krasje med det som er allment godtatt oppførsel. Da er veien fort til å fordømme. Skårderud et al. (2010) mener skam oppfattes som noe negativt, men det skamløse som noe enda verre. Den ødeleggende, sykelige skammen handler om selvforakt, handlingslammelse og selvødeleggelse – sentrale affekter knyttet til ruslidelser. Vi har sett det selvdestruktive i form av stadig verre og verre ”sprekker”.

Hellsten (1992) sier at skammen gjør at vi forsøker å bli større på bekostning av andre mennesker. Ydmykheten mangler, fordi vi ikke nedlater oss til å dele en plass på lik linje med andre mennesker. Vi tenker at når mennesket ser seg større enn andre, av mer verdi, kan det «gå over lik». Fordi den andre oppfattes som mindreverdige. Vi kan gjenkjenne dette som en streben og en panisk oppførsel som vi oppfatter/tolker som et forsøk på å skjule den innvendige skammen.

Hellsten (1999) hevder at når et menneske skjemmes, skjuler det sitt ansikt fordi det har overskredet sine grenser. Jo flere misgjerninger som hemmeligholdes, jo større er skammen. Dersom jeg ikke erkjenner de feil jeg har gjort, må jeg leve med skammen. Å leve med skam handler om å oppleve seg selv som verdiløs. Denne følelsen er uutholdelig å leve med, og må derfor fjernes fra bevisstheten. Løsningen blir å lyve. Først for seg selv, så til andre om at man er uskyldig. For eksempel når R. ringer og forklarer at han er syk (på 3.uka), og jeg skjønner at det er rus som er årsaker til at avtalene ikke holdes. Hvis jeg prøver å ymte frampå om det, blir han rasende fordi jeg antyder at han ljuger. Hellsten (1999) kaller dette et organisert selvbedrag eller psykologiske forsvarsmekanismer. Løgnene kan lignes med å gjemme seg for andres blikk.

4.1.5 Utvikling av personlighetsendring/skyggepersonlighet/”Diffe”

Flere beskriver at den avhengige utvikler en personlighetsendring til det verre. Resultatet av å vokse opp i dysfunksjonelle familiesystemer er utviklingen av en avhengighetspersonlighet. Addiktologien kaller den for ”beroendeframkallende drivkraft”, som benevnes til ”Diffe”/skyggepersonligheten/misbrukspersonligheten (Fjällström, 2010, Andresen, 2008). Andre kaller den avhengig personlighetsdel (Nakken, 1996).

I stedet for en normal utviklingsprosess i familien, gjennomgår familiemedlemmene en tilpassningsprosess der de respektive personlighetene bygges om rundt tre destruktive hovedregler: du skal ikke snakke, du skal ikke føle og du skal ikke stole på noen. Fordi problemet er belagt med skam og derfor må skjules. Dette fører til utviklingen av et falskt ”jeg”, som er en psykisk sum av et menneskes overlevelsesstrategier (Hellsten, 1992).

”Diffe” har ingen moralske skrupler, og eksemplene er mange på hva denne delpersonligheten kan få personen til å gjøre (Andresen, 2008). Vi gjenkjenner det fra praksis som for eksempel å ljuge, begå kriminelle handlinger, bryte avtaler, ansvarsfraskrivelse, hoppe av behandlinger, skyld på andre for egne feil, gå inn og ut av relasjoner, inntar rollen som offer, ambivalens og forsømmelse av egne barn. «Diffe» er sykdomsbegrepets utside, dets manifeste, ytre uttrykk (Fjällström, 2010). Som for eksempel når E. velger å kjøpe amfetamin i stedet for mat til seg og hunden. «Diffe» er samtidig en indre, destruktiv og livsfiendtlig kraft som livnærer seg på avhengighetsproblemet i skinn av å frelse fra ensomhet, uro, rastløshet og smerte (Fjällström, 2010). Som når E. bruker amfetamin for å bedøve/dope/fjerne seg fra disse følelsene. Addiktologien hevder at dette er uttrykk for sykdom i åndeligheten. Den gjør noe destruktivt med menneskets moral (Andresen, 2008, og ³).

4.1.6 Drivkrefter

Det er viktig å inneha kunnskap om kriminelle tankemønstre og drivkreftene som ligger bak et rusmisbruk. Drivkrefter som makt og kontroll, sinne og hat, lyst og nytelse, habegjær og latskap. Makt og kontroll er egentlig uttrykk for usikkerhet og utrygghet. Sinne og hat er et uttrykk for erfaring med vold og overgrep. Fra dette oppstår tankemønstre som rettferdiggjøring som en forklaringsmodell. Og avskjerming som en måte og holde fokus.

³ Espen Andresen, 2012. Forelesning på Høgskolen i Elverum, videreutdanning i rus, avhengighet og psykiatri

Spenning og lyst kan se ut til å være av stor betydning. Ut av drivkreftene habegjær og latskap springer kriminelle tankemønstre som intellektuell latskap og usammenhengende tanker. Det innebærer å ville ha mest mulig, uten å måtte jobbe for det (Andresen, 2008). Fra praksis opplever vi at lettvinne løsninger er attraktivt. Uttrykk for dette kan være å ikke ville anstrenge seg til en utdanning og jobb, men i stedet skaffe lettvinne penger via dopsalg, eller å «NAV'e»? Blir det lettere for oss å forstå disse destruktive handlingsmønstrene hvis vi tenker på dem som gamle, overlevelsesprogrammer/mestringsstrategier som kommer til syne som uheldig atferd?

4.1.7 Avhengighet

Hvis personer ikke evner å utvikle sunne relasjoner til seg selv og andre, tyr de til andre typer forhold. Det er her avhengighet kommer inn i bildet. Avhengighet er en unormal tilknytning til et objekt, i stedet for til en person. Avhengighet baserer seg på emosjonell isolasjon (Nakken, 1996). Vi erfarer det slik at mennesker kun har verdi i den grad den avhengige har nytte av vedkommende. Rusmisbrukere ser mennesker kun som objekter. Ingen egenomsorg, og ikke omsorg for andre⁴. Kanskje det er derfor de kan få seg til å stjele smykkene fra sin gamle mor?

Forstyrrelsen dysberoende (avhengighet) fører til påfølgende overlevelses/mestrings strategier, forsvar, roller og spill – «Diffe» (Fjällström (2010). En klient får ros for å ha gjort noe bra i livet. Dette fører til at hun slutter å gjøre det som ble påpekt/rost som bra. Klienten selv lurer på hvorfor hun ikke takler ros, men i stedet må sabotere. Er «Diffe» i aksjon her? Er dette et uttrykk for den utryggheten/forsvar det skaper når man beveger seg ut av sin egen komfortsone? For oss fortoner hennes komfortsone seg som «et lite helvete» og langt fra noe trygt/komfortabelt.

Andresen hevder at alle er født med en "indre diamant" – en naturlig kilde til kjærlighet og lykke (Bu, 2009). Alle skaper vi mer eller mindre lykkefølelse ved å bruke mennesker eller objekter utenfor oss selv (Andresen, 2008, Bu, 2009). Rent fysisk oppstår vår indre

⁴ Gimmestad Psykoterapi, ekskursjon/forelesning ved Leiv Birger Gimmestad og Pia Arvidsson, i Moss, mars 2012.

lykkefølelse ved frigjøring av signalstoffer i sentralnervesystemet (dopamin, adrenalin, serotonin og noradrenalin) (Andresen, 2008). Ulike aktiviteter utløser ”lykkeskapende” stoffer. For eksempel mat øker lykkefølelsen med 50%, sex, spill og shopping med 100%, nikotin og arbeid 150%, alkohol 250%, kokain 300% og amfetamin 1000% (Andresen, 2008: 178-179). Dersom dette stemmer, er det kanskje ikke så vanskelig å forstå at man kan bli hekta på ting?

Andresen (2008) forklarer hvorfor noen blir sykkelig avhengige, med en arvelig genfeil (derav hjerneskade (Fjällström, 2010)) som gjør at utskillelsen av de ”lykkeskapende” stoffene i hjernen er lavere enn hos friske mennesker. Dette gjør at de i sterkere grad søker kortsiktig lykkefølelse utenfor seg selv. Det som addiktologien kaller ”STERB”, en forkortelse for ”Short-Term-Energy-Reliving-Behaviors”. For eksempel med alkohol, shopping, makt, arbeid, mat, spill, sex også videre. Tanken deres er at mennesker blir avhengige fordi deres egentlige bakenforliggende behov aldri blir tilfredsstilt, og fordi de har tankemønstre som forbyr dem å lete etter lykken et annet sted (Andresen, 2008).

Avhengighet speiler indre psykologiske og følelsesmessige tilstander, selv om tanker, fantasier og følelser kretser rundt ytre personer og ytre ting, hendelser og fenomener. Det handler om indre problemer som gir følelse av dårlig selvfølelse, utenforskap, meningsløshet, tomhet, uro og angst. Styrken på denne indre uroen kan variere fra panikkangst til lettere uro, som gjør at det for eksempel blir vanskelig å sove. Rusmisbruket blir sykdommens utside. Et ytre tiltak mot de indre problemer. En form for selvdestruksjon (Fjällström, 2010).

”Diffes” oppgave er å forlede personen til å reparere disse indre brister, defekter og vanskelige følelser med ytre tiltak og atferd – STERB. Diffe kan sammenlignes med et overlevelsesprogram i sinnet som praktiserer STERB, i stedet for å søke en hensiktsmessig og varig løsning på det indre avhengighetsproblemet (Fjällström, 2010). For eksempel ved å bearbeide traumene som har skapt tanke- og handlemønstrene (Bu, 2009).

Vi forstår addiktologien slik at ubevisste og ubearbeidede traumer danner grunnlag for følelser som skam, som skaper tankemønstre og drivkrefter som muliggjør en amoralsk delpersonlighet = «Diffe». «Diffe» er preget av tiltrukkethet, (på nivå av besatthet), av å bruke ulike ”verktøy” for lykkefølelse. For eksempel rusmidler, sex, trening, arbeid, forhold, forelskelse, internett, mat også videre. Det addiktologien kaller STERB. STERB er et sett av

strategier for å unngå følelsesmessig smerte, som når gjentatt rutinemessig over tid, på et tidspunkt overtar kommandoen og fratår individet sin frie vilje.

4.1.8 Mennesker med ROP-lidelser

Personer med ROP-lidelser bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte, og da faller de lett utenfor behandlingstiltak. Noen forblir uoppdaget fordi vi ikke har sett den psykiske lidelsen bak rusproblemet, eller rusmiddelmissbruket bak den psykiske lidelsen. Noen har problemer med å klare seg selvstendig i samfunnet, noen har marginal økonomi og tilhører våre fattigste. Personer med stofflidelse har en høyere forekomst av psykiske lidelser enn med alkohollidelse (Helsedirektoratet, 2012). Vi oppfatter dette slik at mennesker med ROP-lidelser er svært forskjellige. Fellesnevneren er at de har mye smerte/lidelse i sine liv. Blandingsforholdet mellom grad av rus og grad av psykisk lidelse avgjør hvor utfordrende det kan bli for dem og oss.

4.1.9 Vaner

Vi har opplevd at andre tjenesteytere gir uttrykk for at M. burde ”skjerpe seg”. Det vil si velge å oppføre seg annerledes. Ja, kan de det? Brumoen (2007) spør om mennesker fritt og uavhengig kan treffe egne valg? Hvis vi kan, hvorfor gjør vi ikke det ustanselig? Vi tror at hvis det var så enkelt, var det vel ingen som strevde med verken vekta, avhengighet eller relasjoner? Mennesker handler ut fra grunner, og repeterer atferd fordi det virker så godt. Vi erfarer at hvis man urolig, kan man ta en beroligende pille. Men hvorfor fortsetter de med uhensiktsmessig atferd som kun er kortsiktig løsning?

Fordi mennesket er styrt av krefter det er vanskelig å skjønne (Brumoen, 2007). Det handler kanskje også rett og slett om vaner? Ingen velger sine vaner, de bare sniker seg inn. Vaner liknes med automatisert atferd som er satt på autopilot, altså den dukker opp uavhengig av viljen. Den kommer lett uten at personen trenger å tenke den fram. Folk med tung vanestyring beskriver noe som ligger utenfor deres vilje, en kraft som de blir drevet av (Brumoen, 2007). Vi synes dette ligner mistenkelig på ”Diffe”.

4.2 Mulige virksomme måter som tjenesteytere kan forholde seg på i møte med mennesker med ROP-lidelser.

Her drøfter vi mulige verktøy og forståelser vi undres om er lurt å ha i kunnskapssekken i møte med mennesker med ROP-lidelser for å oppnå bedre samarbeid.

Begrepet ”iatrogene skader” betyr skader påført av legen (Skårderud et al., 2010). Vi erfarer at mennesker med ROP-lidelser er krevende. Det er absolutt en risiko for at vi av tidligere skisserte ulike grunner mister tålmodigheten og forståelsen av hva den andre trenger og egentlig har behov for. Da påfører vi i verste fall personer nye krenkelser og retraumatisering, noe som fører til forverring av deres vansker.

En av våre klienter har ustabil personlighetsforstyrrelse og rusmisbruk. Hun har et voldsomt kontrollbehov overfor samboer. Hun opplever det som et stort problem, og henvender seg til fastlege for å få hjelp. Fastlegen devaluerer det hun forteller og ler av henne. Klienten føler seg svært krenket, og skamfølelsen øker. Vi lurar på om dette hadde skjedd dersom legen hadde kunnskap om ROP-lidelser og medavhengighet? Evjen et al., (2007) skriver at forholdet til egen kompetanse er av betydning ut i fra et etisk ståsted.

Skammen er knyttet til menneskets eksistens, dets vesen og verdi (Hellsten, 1992). Skam er vår eneste medfødte moralske følelse. Den handler om en selviakttakelse, å kunne se seg selv i et utvidet perspektiv, gjerne knyttet til de andres blikk – virkelige eller fantaserte. Vi vurderer og dømmer oss selv (Skårderud et al., 2010). Mennesker med ROP-lidelser er lette å dømme utfra atferden. Den er ofte så ekstrem, og langt over streken. Hvordan forholder vi oss til dette i praksis? Vi mener det bør føre til at det er vi tjenesteytere som til syvende og sist må bære ansvaret for relasjonen.

Tjenesteutøveres ulike yrkesetikk avkrever oss kanskje i det minste en viss ydmykhet og respekt? Kanskje kan etikken hjelpe på annen måte også? Løgstrup snakker om de spontane livsytringer: tillit, barmhjertighet, medfølelse, talens åpenhet (snakke sant) og håp. Dette er grunnleggende fenomener som kan fornye livet vårt. I den forstand at vi kan leve i relasjon og åpenhet (Christoffersen, 1999). Vi tror at ved å holde dem i hevd, kan de kanskje fungere som en livsfornyende kraft.

Skammen oppfordrer mennesket til å innrømme sin skyld og gjennom det frigjøre seg fra skammens grep (Hellsten, 1992). Når M. delte sin skam, og ikke ble dømt, kunne hun etter hvert løfte blikket sitt igjen.

Vangseter (2012) fremholder at medavhengighet blant annet oppstår hos sykepleiere, sosialarbeidere og andre i typiske omsorgsykker. Vi har erfart at en klient ble lagt inn i institusjon for videre nedtrapping av benzodiazepiner, og ble utskrevet med økt dose. En annen klient med alkoholisme ble innlagt i institusjon uten benzodiazepiner, og ble utskrevet med full pakke. Tåler vi ikke å se hvor dårlige de faktisk er? Gjør for eksempel deres søvnløshet og økt angst at vi må være med på å opprettholde/flytte avhengighet i/til en annen form? Andresen (2008) stiller kritiske spørsmål til om de som jobber i rusfeltet har relevant utdanning og forutsetninger for jobbe med avhengighetsproblematikk. Han spør om leger og psykiatere er de rette til å jobbe med avhengighet eller om deres utdanning er grobunn for å skape avhengighet.

Andresen (Bu, 2009) hevder at mange behandlere søker selvbekreftelse gjennom å være snille. De projiserer sine behov over på klientene. En av våre klienter har vært med på å avtale regelmessige møter med NAV for forutsetning for deltakelse i kvalifiseringsprogrammet. Når han bryter avtalen, som han oftest gjør, får det ingen konsekvenser.

Erfaring fra veiledning synliggjør at det er de samme ting vi tjenesteytere strever med i møter med mennesker med ROP-lidelser. Vi har vanskelig for å sette grenser, stille fornuftige krav og vi blir for snille. Vi blir de gode hjelperne som tåler alt, tar på oss urimelig ansvar og gjør oss selv uunnværlige. Vi tror det er hensiktsmessig å være oss begrepet bevisst og ha det friskt i bakhodet, samt ha regelmessig veiledning. Den nasjonale retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012) mener det er viktig å ha mulighet til å diskutere relasjoner med kollegaer eller via veiledning.

Det å arbeide med mennesker med rus- og psykiske lidelser, med alvorlig mentaliseringsvikt, vil utfordre våre egne evner til mentalisering. Vi strever med den terapeutiske alliansen. Fordi det kan være så følelsesaktiverende å bevitne personen som er utagerende, som er

selvskadende til det livstruende gang på gang. Som tjenesteytere har vi med oss vår egen bagasje i møtet med andre. Det er ikke noe vi kan legge fra oss når vi går på jobb. Vi har med oss vår relasjonshistorie, traumer og eventuelle pågående livsutfordringer som setter vår egen evne til mentalisering på prøve (Skårderud et al., 2010). Hvis vi har kranglet med samboeren, kan dette påvirke et møte med et menneske med ROP-lidelser. Det gjelder å være obs på dette.

I Norge er det flere som arbeider med å tilpasse en mentaliseringsfremmende praksis til pasientgrupper som for eksempel personlighetsforstyrrelser og rus. Mentaliseringsbasert tilnærming handler først og fremst om en terapeutisk holdning som kan handle om å være ikke-vitende nysgjerrig, leken og aktiv i dialog med pasienten. Tjenesteyter/behandler oppfordres til å ha rollen som profesjonell person, sette skråsikkerheten i parentes, som modell i evnen til å undre seg, kunne innrømme at en kan ta feil og kunne ha flere synsvinkler på en sak (Skårderud et al., 2010).

Når man føler seg sett, hørt, forstått og akseptert av noen som er interessert og har positive forventninger, skjer det noe viktig (Ivarsson, 2010). Forskning viser at pasienter som eksponeres for motiverende intervju har større sannsynlighet for å starte, bli værende i og fullføre behandlingen. Samt å følge opp egne målsetninger og å redusere problematferd. Indre motivasjon strømmer til, snarere enn fra ytre kilder (som overtalelse eller overbevisning). Når jeg hører meg selv snakke, lærer jeg hva jeg tror på (Lossius et al., 2011). Det er viktig å ha kunnskap om at vi kan minske brukerens motivasjon. Ved å argumentere, innta ekspertrollen, kritisere, påføre skam og skyld, sette merkelapper på brukeren, opptre som travel hjelper og å kreve forrang⁵.

Det er vesentlig å hjelpe pasienten til å bli bevisst på, og utforske ambivalensen rundt livsstil (Ivarsson, 2010). Vi har erfart at det er viktig å stå sammen med klienten i ambivalensen. En utfordring som kan være ubehagelig for oss tjenesteytere, fordi klienten har mange motstridende tanke og følelser.

Lossius et al. (2011) mener det er noen grunnleggende prinsipper i motiverende samtale. Disse er å uttrykke empati gjennom spørsmål, utvikle diskrepans (fokus på ulemper ved

⁵ Morten Hammer, psykolog, forelesning på Høgskolen i Elverum, 7.mars 2012, videreutdanning i rus, avhengighet og psykiatri.

nåværende situasjon), rulle med motstand (for å få motstand til å legge seg), unngå argumentering og støtte mestringskompetanse (ha tro på pasienten). Ivarsson (2010) fremhever grunnleggende kommunikasjonsferdigheter hos rådgiveren som bekreftelse, åpne spørsmål, reflektere over hva pasienten sier og å oppsummere.

Ånden/spiriten dreier seg om å danse med pasienten heller enn å ha brytekamp (Lossius et al., 2011). Vi tror dette handler om at tjenesteytere bør holde mere munn, og ikke fortelle andre mennesker hva de bør gjøre. Ivarsson (2010) fremhever betydningen av å be om tillatelse, at informasjon tilbys i dialog, å utforske hva som vites fra før og overlate til pasienten å trekke slutningene.

Vi tror at mennesker med ROP-lidelser i mange tilfeller vil kunne ha nytte av psykoedukasjon i form av undervisning om hvordan leve med sykdommen, og dens mange sider. Videre bli bevisst sine tankemønstre som fører til destruktive handlinger, slik at de unngår å innta offerrollen. Den kan virke som en hvilepute, som fører til ansvarsfraskrivelse. Når kunnskap om dette er ervervet, er det da mulig å sette viljen og valget lettere ut i livet?

Brumoen (2007) har tro på at folk kan kjempe frem egne grunner, som kan konkurrere med årsakene til vanene. Videre få innsikt i mekanistiske årsaker til egen atferd, ved å analysere hendelser i eget liv. Slik innsikt gjør folk i stand til å handle bevisst fra egne grunner, og dermed makte å stoppe seg selv fra automatisk vanestyring.

Vi husker klienten med sykkelig kontrollbehov overfor samboer. De kan ikke spasere forbi butikkvindu med fjernsynsbilde av ei dame, for da går hun amok, og krangelen er i gang. Via psykoedukasjon ble hun bevisstgjort den automatiserte vanestyringen i hennes svake øyeblikk. Det ga henne mulighet til å fryse situasjonen, og reflektere over hvordan hun heller kunne/ville reagere. Brumoen (2007) beskriver dette som å være styrt mot egentlig vilje. Atferd som kroppen kan så godt at bevisstheten tilsynelatende er overflødig. Bevisstheten over svake øyeblikk (hvor vanen styrer) og sterke øyeblikk (analyse av valg) er avgjørende dersom en skal bryte vanene sine. Uten bevisstheten vil kroppen ture fram med sine vaner, selv om vanene kanskje sakte, men sikkert dreper kroppen og personene som huser dem.

Brumoen, (2007) retter fokus mot hvorvidt en avhengig person kan stilles til ansvar/aktør i eget liv, eller om vedkommende skal innta offerrollen. Er vedkommende et rent produkt av oppvekstmiljø, og har derfor ikke vilje eller valgfrihet i det hele tatt? Dersom utgangspunktet er at personen er offer, er poenget å finne ut hva han er offer for. Plukke ut en vane og analysere, for å finne ut hva det er som opprettholder den, og hva som frarøver handlegfriheten. En persons mestringstillit er en variabel som bestemmer om han kan gjøre de endringer i livet sitt som han måtte ønske. Brukermedvirkning gir gevinster fordi mennesket blir oppmuntret til aktivitet og å ta ansvar. Tjenesteyteren ligger i etterkant og beskriver, istedenfor å ligge foran med råd og anbefalinger. Empowerment er et begrep som viser til individuell bevisstgjøringsprosess, som bidrar til selvoppheving og mobilisering av egne krefter.

Den voksende forskningslitteraturen viser nytten av å delta i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper. Den peker på mekanismer som bidrar til en positiv endring (Vederhus et al., 2010). Man vil ikke finne styrke før en innrømmer fullstendig nederlag. Derfor pukkes det så sterkt på at hvert AA-medlem må nå bunnen først. Få mennesker vil prøve å praktisere AA-programmet hvis de ikke har nådd bunnen (AA, 1969). Halvorsen (Lossius et al., 2011) skriver at direkte kontakt med egen hjelpeløshet er forutsetningen for å komme ut av alvorlige traumetilstander.

Risikoen for tilbakefall vil være tilstede i mange år, og det er behov for tiltak som gir støtte over tid (Vederhus et al., 2011, Mueser et al., 2006). Vi tror at selv om man har kommet langt inn i tilfriskningsprosessen, er det viktig og ikke bli hovmodig og tro at man har lagt "Diffe" bak seg.

En må stadig titte innover i seg selv, og kjenne etter hvordan man har det, samt å gjøre sine vedlikeholdsøvelser (Andresen, 2008). Erfaring fra AA-møter minner oss på det, for eksempel når medlemmene minner seg selv på/kaller seg alkoholiker/narkoman selv om de kanskje har holdt seg rusfri i årevis. Det vitner for oss om ydmykhet for at tilbakefall er mulig hver dag, og at dette er et livslangt vedlikeholdsarbeid. Samtidig som at medlemmene opptrer støttende overfor de som er i aktiv rusing. AA-filosofien hevder at risikoen for tilbakefall er livslang, andre mener det dreier seg kun om mange år. Her er det et gap.

Lydhørheten overfor hverandre i AA er merkbar, det er ikke lov med avbrytning. Dette er respektabelt, og nødvendig for å skape refleksjon etter vårt skjønn. Vi forbinder dette med ekthet og likeverd. Denne lydhørheten er nødvendigvis ikke helt i tråd med det vi tjenesteytere gjør, for vi er da opplærte til å vite hva som er best?

I vår region har vi en oppegående AA- gruppe, hvor det er åpne møter en gang i måneden. Tjenesteytere er verdsatt i møtene, men det er sjeldent å oppleve stabilt oppmøte. Bare å droppe innom, gir ikke kontinuitet. Man får ikke forståelsen av 12-trinnsarbeidet innunder huden av å droppe innom, erfarer vi. Derfor blir det vanskelig og ”selge” dette programmet som noe virkningsfullt, som et mål til rusfrihet. Vederhus et al. (2010) skriver at gruppene anbefales i liten grad i Norge, og at kunnskapen om dem blant behandlere er begrenset. 12-trinnsinstitusjoner derimot, er aktive med å anbefale 12-trinnsgruppedeltakelse. De er det få av i Norge.

I henhold til Bowlbys tilknytningsteori gir AA-gruppen en mulighet til en ny tilknytning. Stephanie Browns studie (Lossius et al.2011) bekrefter tilfriskningsprosessen som skjer i en AA-gruppe. Rusavhengige lærer nye væremåter innenfor de trygge rammene gruppen gir. De går så ut i verden og tester dem ut, kommer tilbake og deler sine erfaringer og lærer av hverandre. Når en faller utenfor, står fellesskapet fortsatt der med åpne armer, klare til å invitere på nytt. Vi oppfatter dette slik at rusavhengige i AA får en ”ny familie” med mulighet til å reparere noe av det som gikk feil i opprinnelsesfamilien.

Vi har aldri opplevd av moralske pekefinger ved russprekker innen AA. Lossius et al. (2011) sier at mennesker med ROP-lidelser blir heller ikke kastet ut av AA ved sprekk, men de får støtte. Forskjellen er at støtten kommer fra folk som kan alle triks om alkoholisme, som ikke lar seg lure av svada og tomme ord. Ruser man seg igjen og blir borte, er man velkommen tilbake.

Vi tror det er viktig å ikke ekskludere mennesker i aktiv rusing fra behandling. Vi mener at dette dreier seg om å ikke være fordomsfull,- fordommer som bygger på sterke meninger, vaner og følelser fremfor kunnskap. Mulig kan deltakelse i AA og kunnskap om filosofien

hjelpe oss tjenesteytere til å tenke mer som et menneske med ROP-lidelse? Således kan vi forstå mer, bli mer tydelig og dermed skape mer trygghet.

Vi erfarer at det kan være nyttig å tilby følge til det første møte. Eller at tjenesteyter som anbefaler/oppfordrer til deltakelse, er klar over og meddeler at programmet kan oppfattes som religiøst. For eksempel det nye medlemmet som kom til AA-møte og ønsker avklaring på de religiøse begrepene, for han er ikke særlig religiøs. Han er åpen på hva rusen skaper av problemer for han. Etter refleksjon rundt bordet, har han ikke lenger problemer med de religiøse begrepene. Vår tanke er at han er nærmere en erkjennelse enn benektelse.

Både Andresen (Bu, 2009) og Lossius et al. (2011) beskriver 12-trinnsmodellen som tøff kjærlighet. Dette handler om å gjenkjenne misbrukspersoneheten «Diffe» og dens strategier, sette grenser for denne personeheten, samtidig som man møter mennesket bak, med kjærlighet.

Vi tror at for mange vil det være nyttig å ta del i 12-trinnsprogrammets fellesskap. Vi erkjenner at ikke alle personer med ROP-lidelser er der, at de erkjenner en rusavhengighet/rusmisbruk. Noen vil for eksempel kjenne på rusens virkning til å være for positiv til å gjøre endring. Andre er for slitne til å ta oppgjør med rusen.

Vi forstår at AA ikke er noe religiøst, men vi oppfatter 12-trinns filosofien absolutt som noe åndelig. Hva er det åndelige? Nakken (1996) mener at «åndelig» betyr å være knyttet til den øvrige verden på en meningsfull måte. Dette går tapt ved avhengighet. Derfor er avhengighet en åndelig lidelse. Andresen (Bu, 2009) mener det motsatte av misbrukspersoneheten/»Diffe» er åndelige prinsipper. Hva sitter vi igjen med da? Er det dette «åndelige» som er det virksomme? Kan det ha noe å gjøre med prinsipper som: tilgjengelighet, ingen hovmodighet, ikke ekskludering, personlig erfaring, gratis, livslang møteplass, sant fellesskap/ekthet, møtes som likeverdige, ingen tidsbegrensede vedtak, ingen avbrytelser og fravær av fordommer?

Møter med personer med ROP-lidelser kan oppleves veldig utfordrende og de kan mislykkes. Vi kan møte det overraskende, uforståelige og utagerende raseriet. Eller den vedvarende livsødeleggende selvskadingen som for eksempel ved rusavhengighet. Det vanskeligste er kanskje den manglende motivasjonen til å ville bli bedre. Det er et paradoks ved psykiske lidelsers vesen at de bidrar til å hemme det som ville føre til bedring. De som kunne trenge mest av de gode dialogene, er også de som strever mest med relasjoner (Skårderud et al., 2010).

Vi mener at både mennesker med ROP-lidelser og tjenesteytere kan være relasjonsskadet i ulike grader. Da er det vesentlig at tjenesteyterne, som jo tross alt er de friskeste, tar ansvar for å skaffe seg relasjonskompetanse. For eksempel kjenne seg selv, være bevisst at det egne livet påvirker våre evner til relasjonelle forhold til enhver tid og kommunikasjonskunst. Evjen et al. (2007) skriver at vi må bestrebe oss på å øke våre kunnskaper for å gjøre en bedre innsats, samtidig som vi må kjenne grensene for kompetansen vår.

I psykisk helsearbeid er samarbeid med pasienten helt grunnleggende for at behandling skal være virksom. Ingen personer kan passivt hengi seg til et behandlingsopplegg i psykisk helsearbeid – bli behandlet. Det må arbeides med å danne en allianse/relasjon - et stabilt fundament. Vår terapeutiske holdning er kjernen i et slikt fundament. Det kan dreie seg om å vise respekt, være interessert i og nysgjerrig på vedkommendes situasjon, vise varme, være anerkjennende og romslig overfor personens behov. Det handler om å kunne være ekte, uttrykke hjelp og omsorg på en måte som faller oss naturlig og med integritet. Det er vesentlig å være ærlig, direkte og jordnær i samspillet. Dette skaper en trygghet og en holdning om at dette kan forstås. Et signal om at vi tåler og er interessert i menneskers som ikke er som alle andre (Skårderud et al., 2010).

Den nye nasjonale retningslinjen er opptatt av dette. En god relasjon er betydningsfull og en nødvendig forutsetning. Det handler om egenskaper som ekthet, ubetinget positiv oppmerksomhet og empati, samt finne balansen mellom aksept og empatisk lytting og tydelighet og utfordring. Godt profesjonelt arbeid for personer med ROP-lidelser krever godt kunnskapsnivå og spesielle ferdigheter. Det viktigste er muligens tid, interesse og holdninger. Det handler om respekt, evne til å se verdighet gjennom mye elendighet og brutte avtaler. Krav til kunnskap vil avhenge av hvilken rolle den enkelte tjenesteyter har. Men alle bør ha grunnleggende kunnskaper om det som særpreger de menneskene de skal yte tjenester til

(Helsedirektoratet, 2012). Vi mener at vi bør ha råd til å gi mennesker med ROP-lidelser tid nok.

5.0 OPPSUMMERING

Vi startet med undringer om det kunne finnes noen bakenforliggende årsakssammenhenger, til hvorfor det ofte ryker i møter med mennesker med ROP-lidelser. Kunne det være noe med/i oss? Eller var det de som bare burde forandre seg?

Vi mener å ha stadfestet at det finnes mange bakenforliggende forklaringer. Om tilknytningen på grunn av traumer har vært trygg eller utrygg, får det innvirkning på deres evne til å makte relasjon. Noe som opprinnelig er naturlig, blir skadet. Helt konkret handler det om at både mennesker med ROP-lidelser og tjenesteytere kan få vanskeligheter med mentalisering i møtet. Avhengighetens mange komplekse sider gjør ikke saken bedre. Fenomenet vaner gjelder oss alle, og krever bevissthet og oppmerksomhet om hvordan vi handler, og de styrer oss. Addiktologien har tilført oss begreper som medavhengighet, dysfunksjonelle familier, drivkrefter og personlighetsendring i form av «Diffe». Tilføringen av disse begrepene gjør at det hele for oss fortøner seg mer konkret, og vi erfarer at de fungerer i samtaler med mennesker med ROP-lidelser. Vi har forstått at fenomenet medavhengighet går langt utover det å være pårørende til en alkoholiker/narkoman. Det kan også gjelde oss tjenesteytere.

Vi opplever at arbeidet med oppgava har gitt oss ny forståelse på flere måter. Det er vanskelig å peke på hva som er viktigst. Vi mener at det er summen av flere verktøy og forståelser som nå gir oss en større fordypning i møte med mennesker med ROP-lidelser. Vi fremhever likevel betydningen av tilknytningsteorien, fordi den prosessen blir så vesentlig for hvordan vi blir som voksen. Dette gjør at vi skjønner hvor alvorlig sykdom dette kan medføre. Og den gjør at vi blir mer oppmerksomme på faren for at vi i kunnskapsløshet gjør mer skade (iatrogene skader).

Vi er fascinert over at et gammelt system som AA's 12-trinn, fortsatt er så virksomt at det sprer seg. Hva er det med disse åndelige prinsippene? Åndeligheten tapes blant annet når skam får for mye plass. Og noe essensielt menneskelig blir borte. Felleskapet synes å gi en ny verdifull mulighet til ny tilknytning via åndelig praksis i form av de 12-trinn. Men vi ser at dette fordrer en reell erkjennelse av å ha et problem.

Derfor passer nok ikke AA's 12-trinn for alle mennesker med ROP-lidelser vi møter i kommunehelsetjenesten. Likevel kan noe av det vi opplever er essensen i AA få virkninger for vår praksis. For eksempel å ikke ekskludere ved rusatferd eller brudd i relasjonen, møtes som likeverdige, empatisk lytting, fravær av fordommer og ekthet. Vi tror at den breddekunnskapen som eksemplifiseres i oppgava, gir en fordypning som er til hjelp i møtet med mennesker med ROP-lidelser.

Vi tror at det vi har lært, kan ha betydning for holdningsendring fordi vi nå vet at den destruktive atferden dreier seg om tidlige lærte mestringsstrategier. De er ikke vanskelige med viten og vilje. Det blir lettere å stå i ubehaget som ved ambivalens. Når vi bedriver «tøff kjærighet», så må vi tåle og ikke bare være populære.

Arbeidet med oppgaven reiser til slutt spørsmålet om hvem som passer til å jobbe med mennesker med ROP-lidelser? Hvilke egenskaper trenger vi? Videre undres vi om addiktologiens filosofi og særlig utvidelsen av medavhengighetsbegrepet, kan gi bedre nyanseringer og forståelser av avhengighetsbegrepet? Dette ville vært spennende å undersøkt nærmere.

Vår endelige konklusjon på problemstillingen må være at å komme sammen er en begynnelse, å holde sammen er framskritt, og å arbeide sammen er suksess.

REFERANSELISTE

Andresen, Espen. (2008). *FRI fra avhengigheten*. Cappelen Damm AS.

Anonyme Alkoholikere i Norge. (1969). *Tolv trinn og tolv tradisjoner*. Trykkservice AS.

Bateman, A.W., Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlghetsforstyrrelse. En praktisk veileder*. Arneberg forl.

Bradshaw, J. (1992). *Som å komme hjem. Frigjør ditt indre barn*. Aventura forl. AS

Brumoen, H. (2007). *Vanen, viljen og valget*. Gyldendal Norsk forl.

Bu, K. (2009). *Diffe og diamanten*. =Oslo, 16-19.

Christoffersen, S.A. (1999). *Etikk, eksistens og modernitet. Innføring i Løgstrups tenkning*. Tano Aschehoug.

Dalland, O. (2001). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (3.utg.).Oslo:
Gyldendal Norsk Forl.

Evjen, R., Kielland, K. B., Øiern, T. (2007). *Dobbelt Opp*. Universitetsforl.

Fekjær, H. O. (2008). *Rus, bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*.
Gyldendal Norsk Forl.

Fjällström, T. (2010). *Addiktologi. Läran om bindingar*. Corax Förlag.

Folkehelseinstituttet (2008). *Avhengighet – faktaark*. [online]. Tilgang:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5799&MainArea_5661... [22.11.10].

Gimmestad, L.B. (2012). *Medavhengighet*. [online]. Tilgang:

<http://www.gimmestad-psykoterapi.no/medavhengighet> [Sisert 21.04.12].

Hart, S. og Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore, og Fonagy*. Oslo: Gyldendal Norsk Forl. AS.

Hellsten, T. (1992). *Flodhesten i dagligstuen – om medavhengighet og møtet med barnet i oss*. Sørumsand. G-perspektiv as.

Helsedirektoratet, (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus - og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte lidelser – Samtidig behandling*. Nasjonale faglige retningslinjer IS-1948.

Holandsli, C. (2012). *Medavhengighet, voksen-barn syndrom og addiktive parforhold*.

[online]. Tilgang: <http://www.chironsenteret.no/frames/top.aspx> [Sisert 21.04.12].

Ivarsson, B.H. (2010). *MI motiverende intervju, praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Gothia Förlag AB.

Kringlen, E. (2009). *Psykatri*. Gyldendal Norsk Forl.

Kristensen Ø., Vederhus J.K. (2005). *Selvhjelpsgrupper i rusbehandling*.

Tidskrift for Den norske legeforening. Nr 20, 125: 2798-2801.

Lossius, K., Haga, W., Løvaas, E.K., Jellestad, F.,K., Arefjord, N., Kronholm,

K,.....Andresen, N.E., (2011). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Gyldendal Norsk Forl.

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

Nakken, Craig. (2007). *Avhengighet. Årsaker, utviklingsstadier, konsekvenser*. Noras Ark forl.

Schibbye, A.L.L, (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Universitetsforl.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E., (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp –*

samfunn. Gyldendal Norsk Forl.

Taule R., (1993). *Escolas ordbok*. Escola forl.

Torgersen, Svenn. (2008). *Personlighetsforstyrrelser*.

Vangseter, (2012). *Medavhengighet – en naturlig følge av rusmisbruk*. [online].

Tilgang:

<http://www.vangseter.no/tema/medavhengighet-en-naturlig-folge-av-rusmisbruk>

[Sisert 22.03.12].

Vederhus, J.K, Hjemdahl, B., Kristensen, Ø. (2010). [online] Tilgang:

[12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper og 12-trinnsbehandling](#). [sisert 26.03.12].

Vederhus, J.K, Hjerkin, B., Kristensen, Ø. (2011). *Selvhjelpsgrupper for*

rusmiddelavhengige. Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr 12, 131: 1204-06.