

Avhengighet



KNUT OG SIV: AVHENGIGHET I BRUKERPERSPEKTIV

FOTO: ANNIKEN MÅLAND

AVHENGIGHET I BEHANDLERPERSPEKTIV, BRUKERPERSPEKTIV
BIOLOGISK -, PSYKOLOGISK - OG SOSIOLOGISK PERSPEKTIV

Avhengighet

KNUT T. REINÅS, LEDER I FORBUNDET MOT RUSGIFT



Det nye fagfeltet i helseforetakene kalles ofte "tverrfaglig, spesialisert rusbehandling". FMR, utgiver av dette tidsskriftet, er enig i at rus- og avhengighetsfeltet skiller ut fra psykiatrien som et eget fagfelt. FMR har også krevd etablering av en egen spesialitet både for leger og psykologer, utdanning av spesialister som skal ha høy kompetanse på behandling av mennesker med avhengighetsproblemer. Men er det "rusbehandling" disse skal drive med?

I dette nummeret av Mot Rusgift gjentas det flere steder at problemet ikke er å behandle den akutte påvirkningen, rusen, men den avhengighetstilstanden som har utviklet seg over år hos den enkelte. Oppgaven er altså ikke "rusbehandling", men avhengighetsbehandling.

Avhengighet kan dessuten være så mangt. Hans Olav Fekjær sa på FMRs fagdag om avhengighetsproblematikken, at folk fra rusgiftfeltet var særlig egnet til å ta seg av behandlingen av spilleavhengige, fordi det var beslektede tilstander. Det finnes også andre områder, hvor avhengighet utvikler seg, og hvor mye ekspertise både kan hentes fra avhengighetsfeltet og fra psykiatri. Spiseforstyrrelser, sex-avhengighet, kleptomani, chatteavhengighet, spilleavhengighet og rusgiftavhengighet er alle beslektede fenomener. De som ikke er direkte relatert til rusgifter, kalles nå med et samlebegrep for "behavioural addictions" eller "atferdsavhengighet". Det vises i dette nummeret av Mot Rusgift at hjernen vår er utstyrt med et belønningssystem, og både de kjemiske og ikke-kjemiske avhengighetstilstandene synes å springe ut av samme type dopaminutløste reaksjoner i dette systemet, reaksjoner vi i dagligspråket kaller "rus".

Peter Whybrow, leder for The Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior ved UCLA, sier: "Vi har skapt fantastiske nye omgivelser med mengder av vidunderlige muligheter, men helt forskjellige fra den knapphet som vårt belønningssystem ble utviklet innenfor". Under forhold med ekstrem overflod overbelaster vi dette systemet. Det eneste som kan stoppe oss, er selvbeherskelse, sier han.

Psykiater Per Føyn ved Aker Universitetssykehus, mener at vi alle er avhengige. Bare dersom avhengigheten skaper lidelse, bør den behandles. Og mange er kronisk avhengige av for eksempel alkohol. Føyn gir AA rett: "En gang alkoholiker – alltid alkoholiker". Men det er forskjell på en tørrlagt alkoholiker og en alkoholiker på fylla. Spørsmålet er: Skal en alkoholavhengig, som er på fylla til tross for 3 behandlingsforsøk, ha rett til ett fjerde forsøk, eller et femte? Skal spesialisthelsetjenesten avvise rusgiftavhengige pasienter fordi prognosen er for dårlig? Her gjenstår ennå mye avklaring.

*Knut T. Reinås
redaktør*

INNHOOLD

- 4 HVA ER AVHENGIGHET I ET BIOLOGISK PERSPEKTIV? *Referat fra foredrag på FMRs fagdag 2006*
Overlege, spesialist i klinisk farmakologi Liliana Bachs, Statens institutt for folkehelse
- 6 HJERNENS BELØNNINGSSYSTEM, CANNABIS PÅVIRKNING PÅ DETTE OG CANNABIS SOM GATEWAY DRUG
Referat fra foredrag på FMRs fagdag 2006
Doktorand Maria Ellgren, Karolinska Institutet
- 8 PSYKOLOGISK PERSPEKTIV PÅ AVHENGIGHET *Referat fra foredrag på FMRs fagdag 2006*
Direktør Halvor Kjølstad, AKAN
- 12 HVA ER SPILLEAVHENGIGHET? *Referat fra foredrag på FMRs fagdag 2006*
Overlege Hans Olav Fekjær
- 17 FMRS FAGDAG. EN BEGIVENHET OG EN TRADISJON
- 20 HVEM BLIR AVHENGIG? – ET SOSIOLOGISK PERSPEKTIV *Referat fra foredrag på FMRs fagdag 2006*
Magister i sosiologi og leder Knut Reinås, Forbundet Mot Rusgift
- 24 FINNES DET KRONISK AVHENGIGE? *Referat fra foredrag på FMRs fagdag 2006*
Avdelingsoverlege ARA, Per Føyn
- 28 AVHENGIGHET I ET BEHANDLERPERSPEKTIV *Referat fra foredrag på FMRs fagdag 2006*
Reidun Skjønberg Hansen, naturterapeut og en av Solliakollektivets ledere
- 30 ALCOHOLICUS CRONICUS – EGNE ERFARINGER *Referat fra foredrag på FMRs fagdag 2006*
Filmen Veien videre, Finn O. Karlsen, Anonyme Alkoholikere
- 31 MARGRETHES VEI UT AV AVHENGIGHETEN
- 32 AVHENGIGHET SETT FRA ET BRUKERSPEKTIV *Referat fra foredrag på FMRs fagdag 2006*
Knut Løvli fra TV serien En kjærlighetshistorie, Knut og Siv
- 34 WHO's AVHENGIGHETSBEGREP - (ICD-10) *Referat fra foredrag på FMRs fagdag 2006*
Psykiater Kjell Hultman, spesialitet avhengighet

MOT RUSGIFT

UTGITT AV Forbundet Mot Rusgift
Utgave nr 81

REDAKSJON

Forbundet Mot Rusgift
Torggata 1, 0181 Oslo
Tel: 23 21 45 26
Faks 23 21 45 01
E-post: post@fmr.no
Nettsted: www.fmr.no
REDAKTØR

Knut T. Reinås, tel 97 59 55 48

PRODUKSJON

Lynx Porter Novelli, turid@lynx.no
DESIGN
Axentum kommunikasjon

Redaksjonen er avsluttet 15. desember 2006

Forbundet Mot Rusgift arbeider for å beskrive både rusgiftproblemet, årsakene og mulighetene til å bekjempe det. Bladet Mot Rusgift formidler kunnskap om dette fagområdet i fire utgivelser i året.

REDAKSJONSRÅD

Anders S. Slaatsveen, rektor, Revyskolen Solbakken
Olaf Aasland, forsker, Den Norske Lægeforening
Eivind Jaren, tidl. redaktør, avisa Folket
Geir Riise, overlege, HMS-direktør, Posten Norge

ABONNEMENT Kr 200/år:

post@fmr.no - tel 23 21 45 26 - www.fmr.no

ANNONSER

Turid Viker Bråthen, tel 23 13 14 80



Avhengighet i et nevrobiologisk perspektiv

Det har vært en sterk økning i nevrobiologisk forskning rundt avhengighetsproblematikken de siste årene, sa Liliana Bachs på FMRs fagdag om avhengighetsproblematikk. Hun er overlege ved Folkehelseinstituttet, Divisjon for rettsstoksikologi og rusmiddelforskning. Grunnen til den økte interessen er ikke bare at vi ønsker å forstå de prosessene i hjernen som er det biologiske grunnlaget for avhengighetsutvikling.

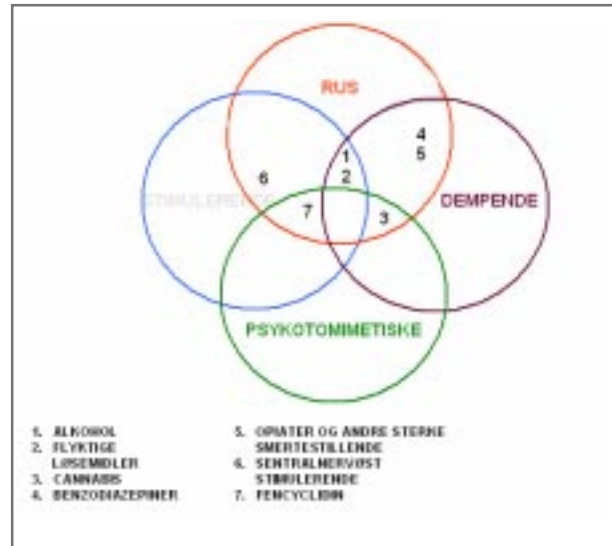
Men legemiddelindustrien har i de siste årene også vært svært opptatt av å unngå markedsføring av nye, avhengighetsskapende stoffer. Industrien ber ofte offentlige laboratorier om å teste ut nye medikamenter før de markedsføres. Men å teste avhengighetspotensialet i nye stoffer er ofte lettere sagt enn gjort. Det er derfor lagt ned mye forskningsinnsats for å forstå de nevrobiologiske avhengighetsprosessene i hjernen.

Hva er en rusgift?

En oversikt over de ulike rusgiftene som er vanlige i vårt samfunn kan se ut som listen nedenfor:

- Alkohol
- Flyktige stoffer/løsemidler (sniffestoffer)
- Benzodiazepiner (beroligende midler, sovemedisiner)
- Andre illegale rusgifter (GHB)
- Andre legemidler (Somadril...)
- Opioider (heroin, morfin, kodein, metadon, buprenorfin, oksykodon)
- Cannabis (hasj/sj/marihuana)
- Stimulerende stoffer (amfetamin, kokain, ecstasy)
- Hallusinogene stoffer (LSD)

En rusgift kan være både en lovlig handelsvare, et legemiddel eller et illegalt narkotisk stoff.



Figur 1:
Rusgiftenes felles og ulike virkningsområder

Vanligvis deler vi rusgiftene inn i tre forskjellige hovedvirkninger, ettersom de virker sentralstimulerende, dempende eller psykotomimetisk (hallusinogent). Stimulerende rusgifter som gjør brukeren veldig aktiv, virker svært annerledes enn dempende stoffer som for eksempel heroin, hvor brukeren blir dempet og sløv.

Alle rusgiftenes ulike virkninger formidles gjennom signalsubstanser i hjernen, som også er forskjellige. Og det er mange signalsubstanser som kan være involvert ved hver enkelt rusgift, så heller ikke der finnes det åpenbare fellestrekk mellom alle rusgifter. Det som imidlertid er felles for alle disse stoffene er at de framkaller en tilstand som man kaller "rus".

Hva er rus?

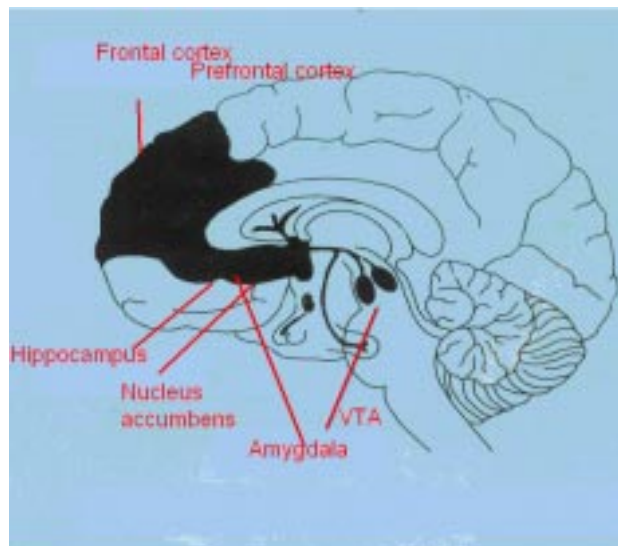
Det er noen fellestrekk som alltid synes å være tilstede ved påvirkning av rusgifter:

1. Konsentrasjonssvekkelse
2. Endret stemningsleie
3. Hukommelses- og innlæringssvikt
4. Kritikkløshet
5. Svekket feilkontroll

Feilkontroll er en hjernefunksjon som sørger for at det er samsvar mellom det man har tenkt å gjøre og det kroppen utfører.

Rusgiftenes fellesvirkninger i hjernen kan framstilles som påvirkning av signalstubsstanser i blant annet det mesolimbiske området i hjernen (som håndterer emosjoner og motivasjon – skravert område – figur 2). Man har sett at alle rusgifter virker i dette området.

Neurobiologisk perspektiv?



Figur 2:
Oversikt over hjernen og det mesolimbiske området.

Det er nå utviklet nye metoder for bildediagnostikk, dvs. at man kan ta bilder av hjernen hos mennesker mens de inntar rusgifter. For eksempel kan man ta bilder av hjernen til personer som aldri har prøvd rusgifter før, når de inntar en dose morfin. En ser da at aktiviteten i hjernebarken og frontallappen er dempet. Dersom en ser på de samme områdene etter inntak av kokain, vil man se at aktiviteten i disse områdene er økt. Det har sammenheng med at kokain er et stimulerende stoff. Dersom man derimot ser på den delen av det mesolimbiske system som kalles nucleus accumbens, en del som både regulerer belønning og motivasjon, så ser man at det skjer en aktivitetsøkning både ved morfin og kokain.

Teorier om avhengighet

Biogene har ikke vært så sterkt interessert i avhengighetsproblematikken før i de siste 15 årene. Og til å begynne med var det en positiv forsterkningsteori som var rådende, en teori som kort sagt gikk ut på at inntak av rusgifter hadde en virkning som ga en god opplevelse, og dersom noe er godt, øker også lysten til å gjenta opplevelsen. Men dette kan naturligvis ikke forklare at folk kan bli i stand til å forlate sine barn og gå fra jobben og miste alt for å kunne fortsette å innta en rusgift. Man så altså at det var behov for flere forklaringer. En tilleggsforklaring er at nytt inntak av rusgifter kan dempe abstinens- eller avvenningsubehag. Folk har oppdaget at å innta for eksempel alkohol på nytt kan være med på å dempe "bakrusen", altså en negativ forsterkningsteori.

Men heller ikke dette kan forklare at folk er villige til å erfare de store negative konsekvensene som avhengighet kan føre til. Det er derfor utviklet enda noen biologiske teorier som kan forklare deler av avhengighetsutviklingen. Den ene er sensitiseringsteorien. Det mesolimbiske systemet har til oppgave å ta seg av noen primære funksjoner, som emosjoner, aggressivitet, hukommelse og belønning. Her er det minst to strukturer som er viktige. Den ene heter nucleus accumbens, og den andre heter det ventraltegmentale området (VTA). Disse utgjør belønningssystemet. De gir en umiddelbar belønning når man opplever noe godt – (eng: liking). Men samtidig skapes det også en motivasjon til å gjenta handlingen (eng. wanting), dvs. at man ønsker seg mer av det man nettopp har fått, og det tror man er det mest sentrale her. En sentral del i sensitiseringsteorien er at disse to fenomenene (liking og wanting) kan skilles fra hverandre, dvs. at du trenger ikke å like det du får, men at ønsket om å få mer av det samme likevel kan stimuleres.

Belønningssystemets funksjon

Spørsmålet er hvorfor vi har dette belønningssystemet i hjernen. En forklaring kan finnes ved å se på spebarn, som blir født uten noen som helst forståelse av hva de trenger for å overleve.

Men barn begynner å få stimuli utenfra, det er berøring, det er lys, det er varme. Plutselig kommer barnet borti en pupp, og begynner å suge. Og det er jo langt viktigere enn at barnet også spreller med beina. Men hvem skal fortelle barnet at det er viktigere å suge enn å sprelle? Det er det som er belønningssystemets oppgave. Systemet skal fyre av naturlige stimuli som kan forsterke motivasjonen til å utføre handlinger som er viktige for barnets og artens overlevelse. Slike handlinger er Mat, Drikke, Sosial interaksjon, Sex og Omsorg for avkom. Og slike motiverende stimuli eller signaler som babyen får i retning av for eksempel å gjenta sugingen, må være svært kraftige, for å sikre at den livsbevarende atferden blir opprettholdt. Man må både huske veldig godt og være motivert til å gjenta alle de handlinger som førte til den tilfredsstillende atferden. Som en del av motivasjonsprosessen er det noe viktig her som engelskmennene kaller "incentive salience", stemping av betydning, det motivasjonselementet som er mest framtrædende, som stempler en handling som mest betydningsfull sammenlignet med andre handlinger.

Fortsetter

Avhengighet i et neurobiologisk perspektiv?

Fortsatt

Etter hvert som hjernen modnes, vokser det fram andre hjerneområder som bidrar til å dempe og regulere de mer umodne delene av hjernen, de som først ble utviklet. Prefrontal cortex (pannelappen) har bl.a. som oppgave å passe på at vi ikke tar helt av. Den kan bl.a. si at "Sex er godt, og det er veldig nødvendig, men nå må du faktisk gjøre noe annet".

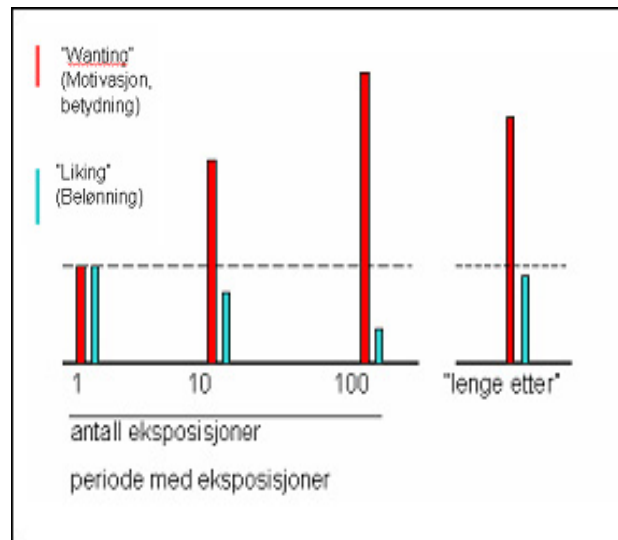
Hvordan utvikles rusgiftavhengighet?

Hva skjer så med en ungdom som i 15-16-årsalderen begynner å eksperimentere med rusgifter? Jo, tenåringsen får et signal til den delen av hjernen som helt fra fødselen av skal skille ut hva som lønner seg for individet. Og mens de tidligste stimuliene ble erfart og filtrert gjennom sansene – og som oftest signaliserer til hjernen på en mer dempet måte, går den kjemiske rusgiftpåvirkningen ufiltrert rett inn i hjernen, utløser kraftige overføringer av signalsubstanser mellom hjernecellene og oppleves kraftigere enn mange av de opprinnelige belønnende stimuliene. Årsaken til denne kraftige reaksjonen er at i det mesolimbiske området finnes det på nevronene (hjernecellene) mottakerstasjoner for de fleste kjente rusgifter, som morfin, alkohol, ecstasy og kokain, og de har en mer eller mindre direkte innflytelse på neurotransmisjonen (overføringen av signalsubstanser) i området. Dette fører igjen til to fenomener som foregår samtidig, men uavhengig av hverandre, nemlig liking – at individet opplever påvirkningen som en belønning, at det er godt, en rus, - og wanting – en forsterkning av motivasjon, og den siste er ut fra et avhengighetssynspunkt den viktigste.

Økningen av motivasjon ser ut til å skje uavhengig av om individet synes at den enkelte rusgiftpåvirkning er god eller ikke.

Og hva skjer med prefrontal cortex, da? Man har jo lenge visst at påvirkede personer er impulsive, dvs. at de snarere ønsker en her og nå-belønning framfor å utsette behovstilfredsstillelse til senere. Det man har sett i de siste årene, er at når man gir for eksempel morfin til rotter, så blir de mer impulsive, de foretrekker også umiddelbar belønning framfor å utsette tilfredsstillelsen for å få en større belønning senere. Dyreforsøk har altså vist at den bremse som ligger i frontal cortex blir mindre under rusgiftpåvirkning.

Sensitiserings teorien hevder at de biologiske prosessene som påvirker wanting (motivasjon, betydning) og liking (belønning) utvikler seg motsatt av hverandre, som i Figur 3.



Figur 3: Utvikling av motivasjon og belønning ved gjentatt rusgiftpåvirkning.

Vi ser av Figur 3 at liking, dvs. den rusopplevelse man får ved rusgiftbruk, blir mindre ved gjentatt bruk. Dette fenomenet er kjent som toleranseutvikling, dvs. at samme mengde av en substans ikke virker like rusframkallende etter noen gangers bruk som i starten. Jo mer man bruker det, jo mindre glede får man av den opprinnelige stoffmengden. Mindre kjent er det at det motsatte fenomenet også skjer samtidig. Det motsatte av toleranse kaller vi sensitisering. Dette kan være vanskeligere å se ved noen typer rusgifter enn ved andre, men generelt kan man altså påvise en sensitiseringseffekt. Dvs. jo oftere og flere ganger bruken pågår - fra og med gang 1, jo sterkere blir motivasjonen til å fortsette. Men mens toleranse svekkes ganske fort, svekkes sensitisering veldig sakte. Det betyr at om noen har vært rusgiftfri kanskje i mange måneder eller år, så vil ett enkelt inntak av for eksempel alkohol kunne føre til en veldig sterk trang til å gjenoppta bruken. Dette kan være med på å forklare tilbakefall som for mange utenforstående - og også for den alkoholavhengige selv- kan virke helt uforklarlige.

Rusgiftenes felleseffekter: Impulsivitet

Det har vært hevdet at mennesker som i utgangspunktet er impulsive av natur også lettere utvikler rusgiftavhengighet. Men dette står ikke i motsetning til at mennesker som utvikler avhengighetsproblemer også blir enda mer impulsive. Rusgiftbruk i seg selv påvirker impulsivitet. Avgjørelsene der fordeler veies mot risiko og valg blir gjort, tas i stor grad i frontale deler av hjernen. Gjentatt bruk av rusgifter fører til varige neurobiologiske endringer i dette området. Bruken fører til at vår kontering av belønning og straff, av lyst og ulyst endres.

Det er utviklet tester for å avdekke skader i frontallappen hos personer man tror har hjerneskader. Dersom man bruker de samme testene på personer med avhengighetsproblemer, ser man at de likner



pasienter med skader i prefrontal cortex. Hoveddelen av rusgiftavhengige gjør i slike tester dårlige valg, selv i edru tilstand, ved å velge høy gevinst umiddelbart uten å ta hensyn til framtidige tap. En stor undergruppe av disse er hypersensitive for umiddelbar belønning, men tar ikke konsekvenser av straff/tap. Dette kan ha implikasjoner for våre behandlingstilnærminger.

En langtidseffekt av gjentatt rusgiftbruk og avhengighetsutvikling er at individet utvikler toleranse mot belønningseffekter generelt. Dette innebærer at belønningen ved å bruke rusgiften blir mindre, hvilket kanskje ikke er noe stort problem. Men opplevelsen av belønning fra naturlige stimuli blir også mindre. Hverdagslivets gleder blir mindre verd.

Og stemningsleiet hos en regelmessig rusgiftbruker vil i edru tilstand ligge under normalt, dvs. tilstanden vil være preget av anhedoni. At belønningen fra både rusgifter og fra naturlige stimuli er lavere, og at stemningsleiet i edru tilstand er under normalt, vil øke ønsket om å innta rusgifter på nytt, i den hensikt å heve stemningsleiet, og dette vil forsterke avhengighetsutviklingen.

Men det finnes også egne langtidseffekter knyttet til sensitisering av motivasjonen for den avhengighetsskapende atferden. Dette innebærer at bruk av rusgifter får en økt subjektiv betydning, mens naturlige stimuli får en lavere betydning. I tillegg får man "craving", en plutselig og sterk trang til å gjenta

eller gjenoppta rusgiftbruken, som kan oppstå selv etter langvarig avhold. En slik "craving" kan utløses ved at man for eksempel inntar en liten dose av en rusgift ("jeg skal bare ta et glass lettøl"), men den kan også utløses av stressende situasjoner (hvor man før brukte rusgifter for å mestre stress). Også "cues", dvs. eksponering for situasjoner hvor personen tidligere brukte rusgifter, eller situasjoner eller følelsesmessige tilstander som minner om tidligere tiders rusgiftbruk, kan utløse slik "craving". Disse langtidseffektene innebærer at også rusgiftavhengighet er en langvarig eller varig tilstand.

Konklusjon

Rusgiftbruk påvirker flere deler av hjernen. Det er snakk om langvarige funksjonelle og strukturelle forandringer. På frontalsiden påvirkes tap og gevinstvurdering. Feilkontrollen svekkes og impulsiviteten øker. Motivasjonen forsterkes, mens tilfredsstillelsen ved det enkelte rusgiftinntak reduseres. Det utvikles en tendens til å velge umiddelbar belønning framfor framtidige belønninger, noe som kan være svært viktig i en rehabiliteringssammenheng. Gjentatt bruk skaper langvarige endringer - motivasjonen for bruk øker og motforestillinger mot ytterligere bruk hemmes.

Så rusgiftavhengighet kan defineres som en rusgiftframkalt feil-læring, knyttet til strukturelle og funksjonelle endringer i hjernen.



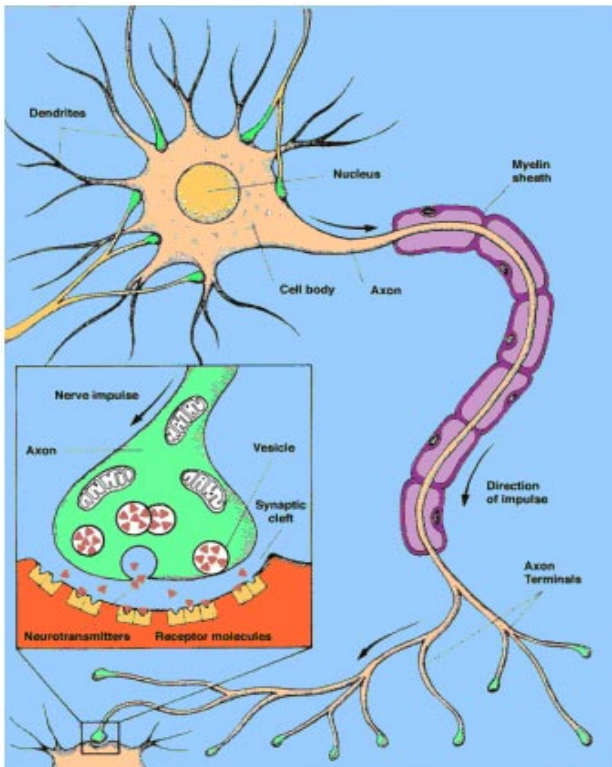
Cannabis som g

Hjernens belønningssystem og c

Maria Ellgren er Doktorand ved Institutionen för Klinisk Neurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm, og har forsket på cannabisstoffenes virkning på hjernen. Hun framla under sitt innlegg på Forbundet Mot Rusgifts fagdag om avhengighetsproblematikken noen resultater fra egen og andres forskning, og viste på hvilken måte cannabisbruk i seg selv både kan skape avhengighet og samtidig kan skape økt sårbarhet for virkningen av andre rusgifter, spesielt opiater.

Hvordan foregår sigaloverføringene i hjernen?

Ellgren tok for seg hvordan signaloverføringene foregår i hjernens over 700 milliarder hjerneceller ved hjelp av små utløpere, axoner fra hver celle.



Figur 1: Hjernecelle med utløper og mottakere for signalsubstanser

Figur 1 viser en nervecelle som består av en kjerne og en lang utløper. I enden av utløperen finnes det en synapse, som figuren også inneholder et innfelt, forstørret bilde av. Når et signal kommer og tas imot oppe ved cellekroppen, videresendes det gjennom utløperen som sender signalet videre gjennom å utskille signalsubstanser fra små blærer (vesikler) i nerveenden (synapsen). Når signalet kommer, slipper cellens vesikler ut små mengder av signalsubstanser, som så i neste omgang kan bindes til små mottakere (reseptorer) på neste nervecelle som skal motta signalet. På hver celle finnes det spesifikke sigalsubstanser som binder seg til spesifikke reseptorer. På den måten kan man få ulike effekter av et signal, avhengig av hvilken signalsubstans som slippes ut og hvilken reseptor den binder seg til på neste celle. Eksempel på signalsubstanser som vi har i hjernen er

Glutamat

– som er en generell stimulator, en "gasspedal"

GABA (gamma-aminobutyric acid)

– som har en generell bremseeffekt

Dopamin

– som påvirker bevegelser og belønning (sentralt i belønningssystemet)

Noradrenalin

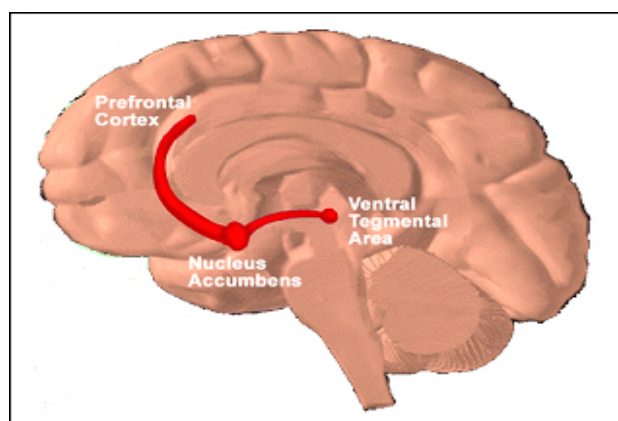
– som gir respons på stress og fluktbehov

Serotonin

– som regulerer følelser, som aggressivitet og depresjon

gateway drug

cannabisstoffenes virkning på dette



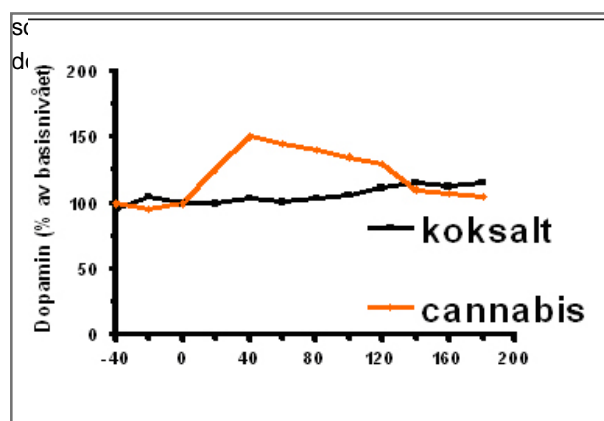
Figur 2: Hjernen med det mesokortikolimbiske systemet inntegret

Det mesokortikolimbiske dopaminsystemet - hjernens belønningssystem

Hjernens belønningssystem - det mesokortikolimbiske dopaminsystemet (se også artikkelen "Hva er avhengighet i et nevrobiologisk perspektiv?" Red.) består av nerveceller som har sin cellekropp i det Ventraltegmentale området (VTA) i hjernestammen, og har dopaminholdige utløpere til Nucleus Accumbens – der de slipper ut dopamin dersom de blir aktivisert. Man har sett at alle avhengighetsskapende rusgifter aktiviserer belønningssystemet. Det de har felles, er at de øker dopamininnholdet i Nucleus Accumbens.

Økt dopamin-aktivitet i nucleus accumbens etter inntak av cannabis.

I figur 3 ser vi gjengitt resultatene av et eksperiment hvor man har målt dopamin i Nucleus Accumbens hos rotter etter inntak av henholdsvis koksalt og cannabis.. Den svarte linjen viser hvordan dopamininnholdet forandrer seg når dyret får en injeksjon koksalt. Som man ser, skjer det da ingen ting, dopamininnholdet fortsetter å være som det var i utgangspunktet. Men når dyret istedet fikk en injeksjon med cannabis, steg dopamininnholdet med 50 prosent, sammenlignet med utgangspunktet. Dette kan man korrelere til en belønningseffekt. Denne belønningseffekten er felles for alle rusgifter, men også de naturlige stimuliene,



Figur 3: Sammenlignende effekt på dopamininnhold i nucleus accumbens hos rotte etter inntak av koksalt og cannabis.

Når det gjelder begrepet "cannabis" i denne sammenheng, så betyr det

D-9-tetrahydrocannabinol (THC), det mest psykoaktive stoffet i cannabisplanten. Men hjernen er også utstyrt med sine kroppsegne (endogene) cannabinoider. Vi har altså allerede cannabis i hjernen, noe man ble klar over i løpet av 90-tallet. De to viktigste er Anandamid og

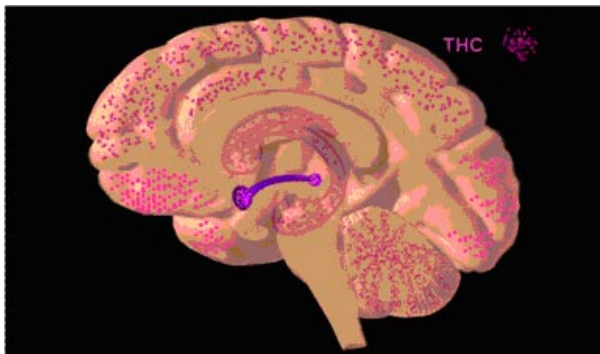
2-arachidonyl glycerol (2-ag). Det er ennå ikke helt klart hvilke effekter disse har, men de spiller en rolle i reguleringen av ulike signaler, har man kommet fram til. De er bl.a. innblandet i hukommelsesfunksjonen og påvirker appetitten.

Da man oppdaget at mennesker har cannabinoider i hjernen, oppdaget man også at hjernecellene har egne mottakerstasjoner som cannabinoidene kan binde seg til og derigjennom ha en effekt. Det finnes to ulike typer reseptorer. Den ene heter CB1, og det er den som finnes i hjernen i et stort antall. Den andre heter CB2 og finnes ute i resten av kroppen, framfor alt i immunsystemet. Disse to reseptorene er inhibitoriske (dempende). Når cannabis binder seg til CB1-reseptoren, dempes aktiviteten i nervecellen.

Fortsetter

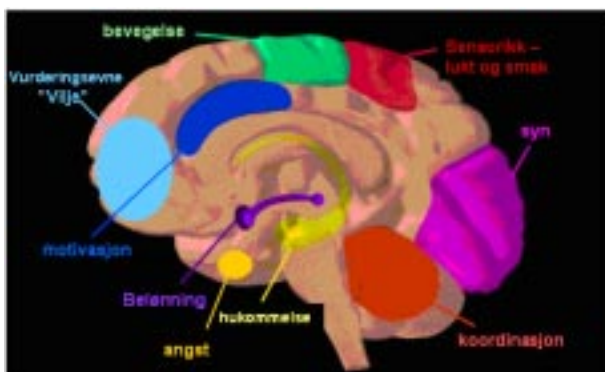
Cannabis som gateway drug

Fortsatt



Figur 4: Forekomsten av cannabisreseptorer i hjernen

I Figur 4 viser de rosalia prikkene hvor i hjernen cannabisreseptorene er mest utbredt, men som man ser er de sterkt spredd ut over hele hjernen.

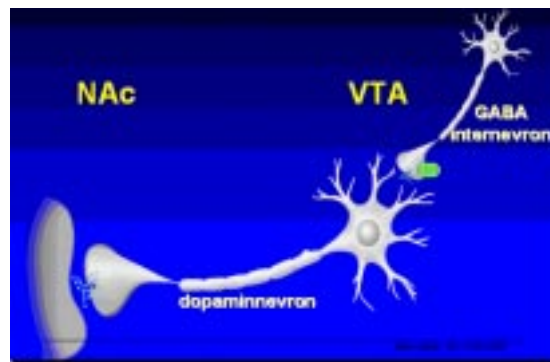


Figur 5: Hjernefunksjoner

Man ser av figur 4 og 5 at det er svært mange cannabisreseptorer i frontal cortex der vurderingsevne og vilje har sin basis. Man ser også at det er cannabisreseptorer i hjernebarken i det hele tatt, og når man ser hvilke funksjoner som finnes der, så kjenner man igjen mange av effektene av cannabis. Stoffet påvirker vurderingsevne og vilje, bevegelsesmønsteret blir annerledes, finmotorikken endrer seg, sensorikken endrer seg, man får andre typer sanseopplevelser, synsevnen og koordinasjonen i lillehjernen påvirkes. Hukommelsen påvirkes svært mye. Man kan få angstanfall. Motivasjon og innlæring svekkes når belønningssystemet påvirkes.

Cannabis og belønningssystemet

Dersom man gjør et dypdykk i belønningssystemet, kan man illustrere en nervecelle som går fra VTA til Nucleus accumbens (figur 6).



Figur 6: Skisse av nervecelle i VTA med utløp til nucleus accumbens.

Man ser av figur 6 en skisse av en nervecelle i VTA med en dopaminneuron eller utløper som går til nucleus accumbens. I VTA finnes det også GABA-interneuron, små nevroner som sender signaler innenfor VTA-området. Og på de nervecellene sitter det cannabisreseptorer, markert med grønt i figur 6. Når så cannabis kommer inn i kroppen, og binder seg til CB1-reseptoren, får denne nervecellen en dempet effekt. Dersom cannabis binder seg til CB1-reseptoren, slipper cellen ut mindre GABA, og GABA var, som vi husker, den signalsubstansen som har en bremsende effekt på hjernen. I VTA finnes det altså nerveceller som slipper ut bremseeffekt (GABA) hele tiden. Når cannabis kommer inn og binder seg til mottakerstasjonene på disse cellene, så dempes deres aktivitet, da slipper de ut mindre GABA, og de dopaminneuronene som var bremset i sin aktivitet av GABA, de blir nå friere i sin aktivitet og kan begynne å signalisere mer ved å slippe ut mer dopamin, og det resulterer i en dopaminøkning i nucleus accumbens-som altså var senteret for belønning og innlæring.

Men det er ikke bare dopamin som er viktig i belønningssystemet. Særsilt når det gjelder cannabis så er også kroppens egne opioider, endorfinene viktige. De har i seg selv en funksjon når det gjelder å framkalle eufori (velværefølelse, rus), og også glutamat er innblandet i belønningsopplevelsen. Framfor alt har man sett at glutamat har en viktig funksjon i forbindelse med rusgiftsuet, noe som er svært sentralt i selve avhengighetsproblemet. GABA og serotonin er også innblandet. Men når det gjelder cannabis så er det først og fremst de kroppsegne (endogene) endorfinene som spiller en svært stor rolle. Man har sett at når man inntar cannabis, frigjøres det opioider i belønningssystemet., og man får en euforisk følelse, en rus.

Cannabis som gateway drug.

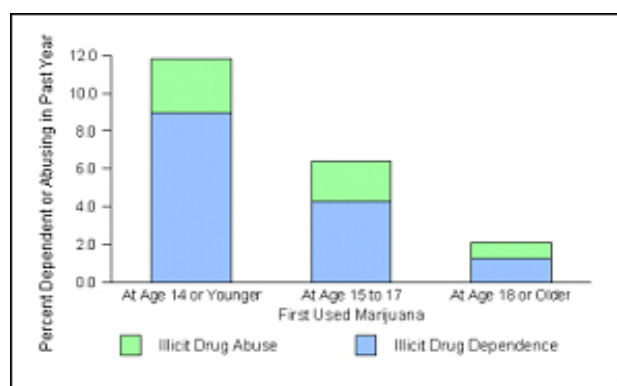
Cannabisbruk er vanligst blant ungdom. En undersøkelse viste at 21 prosent av europeiske ungdommer i videregående skolealder har prøvd cannabis. I Norge og Sverige er disse tallene heldigvis litt lavere, henholdsvis 9 og 7 prosent. Det er

ekstra urovekkende at cannabis er utbredt nettopp i tenåringsalderen, fordi i løpet av denne tiden skjer det en stor utviklingsprosess i hjernen, det oppstår nye signalbaner, mens gamle faller bort, og det er svært mye som skjer. Dersom det er så mye som skal finjusteres fram og tilbake, og man tilsetter noe utenfra, er det uheldig fordi man i det tidsrommet er ekstra sårbar.

Det man har sett hos ungdom som bruker cannabis i tenåringsalderen, er en økt risiko for kognitive forstyrrelser, man har sett en kobling til utvikling av schizofreni og også at et sykdomsforløp kan forverres på grunn av cannabis. Alt som gjelder cannabis' virkninger blir ofte gjenstand for diskusjon, men for kort tid siden kom det en bunke nye studier som dokumenterte at cannabis virkelig var årsaken til en forhøyet risiko, og at det ikke bare tilfeldigvis var personer som hadde hatt psykiske vanskeligheter tidligere som brukte cannabis som selvmedisinering, eller lignende forklaringer. Det er cannabis i seg selv som forårsaker at sykdommen bryter ut. Men selvsagt kan mange ha en bakenforliggende sårbarhet i utgangspunktet. Sist men ikke minst har man også sett en økt risiko for avhengighetsutvikling av andre rusgifter i forlengelsen av cannabisbruk. Risikoen for å pådra seg andre rusgiftproblemer senere øker dersom man bruker cannabis.

Oppsummeringsvis kan man si at cannabisbruk fører til:

- Økt risiko for kognitive forstyrrelser (Eherenreich et al 1999, Pope et al 2003)
- Økt risiko for utvikling av schizofreni samt dårligere sykdomsforløp (Arseneault et al 2002, Fergusson et al 2003, van Os et al 2002, Green et al 2004, Veen et al 2004)
- Økt risiko for avhengighetsutvikling av andre rusgifter (Yamaguchi and Kandel 1984, Fergusson and Horwood 2000, Lynskey et al 2003, Agrawal et al 2004)



Figur 7: Prosentandel som foregående år var stoffavhengige blant voksne som begynte å røyke marihuana på ulike alderstrinn. (NHSDA 2001)

Figur 7 viser tall fra en amerikansk helseundersøkelse som kartla hvor stor prosentandel

blant voksne som siste år hadde rusgiftproblemer, og som fortsatt var avhengige av ett eller annet stoff, etter hvor tidlig de hadde begynt å røyke marihuana. Man så på dette i forhold til om de hadde begynt før/mens de var fjorten år, om de hadde begynt i 15-17 årsalderen, eller om de hadde begynt når de var 18 år eller eldre. Av disse tallene kan vi se at de som begynte tidligst, hadde den høyeste risikoen for fortsatt å være i en avhengighetssituasjon i voksen alder. Men en innvending som kan gjøres er jo at det kan være andre bakenforliggende årsaker til at man begynner å røyke marihuana tidlig, slik at observerte sammenhenger mellom tidlig marihuanabruk og senere rusgiftavhengighet kunne bero på årsaker, som genetisk sårbarhet, tilgang på stoff og risikotakende atferd og dårlig impuls kontroll. Noen studier har kontrollert for andre bakenforliggende faktorer, som sosial status og mener å kunne dokumentere en årsakssammenheng mellom tidlig cannabisdebut og økt risiko for senere avhengighetsproblemer.

Cannabisforskning ved Karolinska Institutet

Ved Karolinska Institutet har man også stilt seg spørsmålet om de klare sammenhengene også kunne bero på at cannabiseksponering påvirker neurobiologien i belønningssystemet og således øker sårbarheten for andre rusgifter, at det skjer en sensitisering som øker motivasjonen for å ta en rusgift. Dette gjelder, som vi vet, i hvert fall overfor den samme rusgiften som man brukte fra begynnelsen. Men kan det tenkes at det også skjer en sensitisering på tvers av de ulike rusgifttypene, at man begynner med cannabis, og deretter begynner på trappetrinn 3 når det gjelder neste stoff? Ellgren og hennes team besluttet å bruke en dyremodell for å se på dette, for å fjerne innflytelsen fra alle slags sosiale faktorer og andre forstyrrende bakenforliggende komponenter som gjør det vanskelig å tolke resultatene av humanstudier. På den måten ville de bli i stand til å se bare på biologien i hjernen, på hvordan cannabis påvirker hjernens belønningssystem. De ga rotter cannabis på det alderstrinn som tilsvarer tenåringsperioden hos mennesker, da de var et par uker gamle, for å se hvor sårbare de var for en heroinavhengighet. Man valgte heroin, fordi cannabis og opiat er mange fellestrekk. Opiater aktiviserer opiatreseptorer i hjernen (My, Delta og Kappa) som er inhibitoriske reseptorer som minsker nervecellens aktivitet, og gir en følelse av eufori, rus (My og Delta) eller dysfori, ulystfølelse (Kappa). På samme måte som cannabis frigjør endorfiner, så skjer det samme også med opiatene. Disse endorfinene (enkefalin, beta-endorfin, dynorfin) har en viktig funksjon i reguleringen av stemningsleiet, og man kan se endringer i endorfinnivået i hjernen bl.a. ved depresjon og rusgiftavhengighet. I dyrestudier har man sett sterke koblinger mellom de to signalsystemene for henholdsvis opiat og cannabis.

Fortsetter

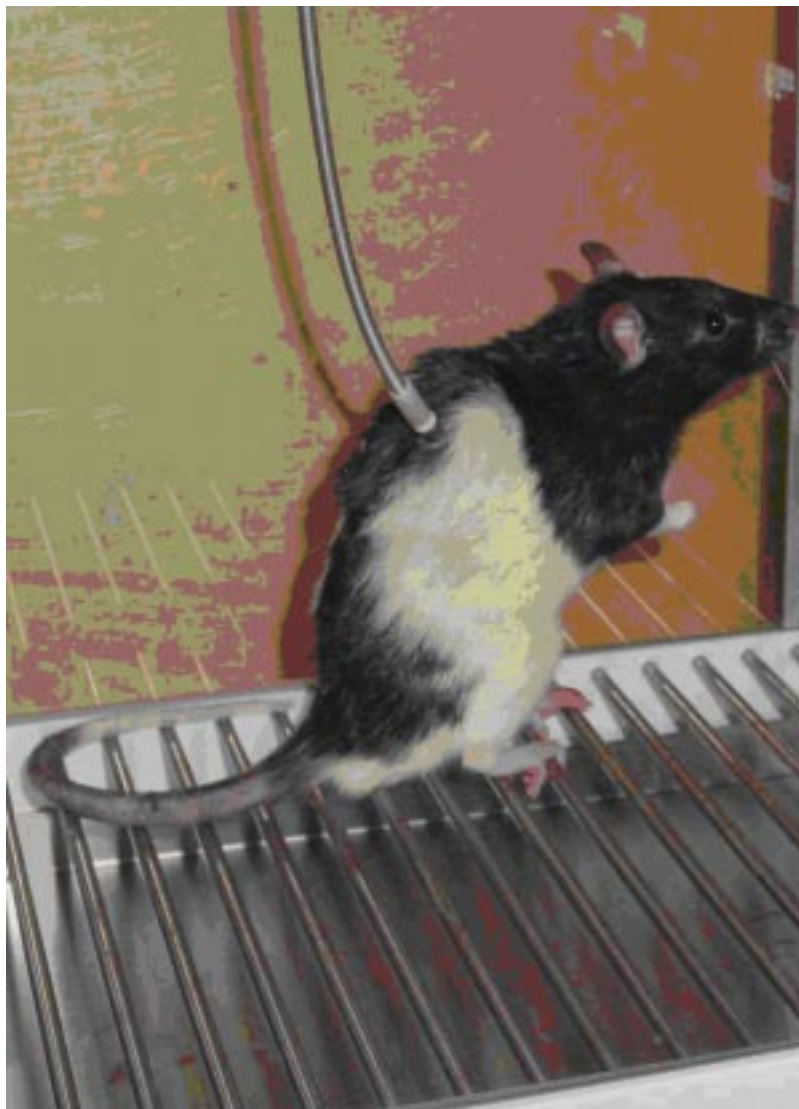
Cannabis som gateway drug

Hjernens belønningssystem og cannabisstoffenes virkning på dette

Fortsatt

For eksempel dersom man studerer mus som man har avlet fram på en slik måte at de mangler cannabisreseptorer, og lar disse få fri tilgang til morfin, så vil de ikke ha det, mens normale mus raskt utvikler en opioidavhengighet. Derimot vil musene uten cannabisreseptorer fortsatt ha nikotin og kokain. Man har også sett at både rotter og aper som har utviklet en avhengighet av heroin i en selvadministreringsmodell, og som får blokkert sine cannabisreseptorer, ikke lenger vil ha heroin. På samme vis finner en at cannabisavhengige dyr som får blokkert sine opiatreseptorer, ikke lenger vil ha cannabis. Man blokkerer reseptorer ved å tilføre antagonist, dvs. stoffer som binder seg til henholdsvis opiat- og cannabisreseptorene, slik at opiater og cannabis ikke lenger slipper til og kan utøve noen virkning. (Antagonister for opiater er kjent, bl.a. naltrexon, mens tilsvarende for blokkering av cannabisreseptorer ikke er så kjent. Det finnes imidlertid et stoff, Acomplia (rimonabant), som har tilsvarende virkning på cannabisreseptorene, og som for mennesker foreløpig er tatt i bruk i en del land som et fedmereduserende legemiddel – cannabis påvirker som vi så appetitten. Red.).

Man så altså på hva som skjedde i hjernen når man ga rotter cannabis i løpet av "tenårsperioden," for å se om de lettere falt inn i en heroinavhengighet. Man ga dyrene en relativt liten dose cannabis i løpet av tre uker i pubertetsalderen, en injeksjon hver tredje dag, slik at bruken skulle være sporadisk, slik den er i starten for mange tenåringer. En gruppe kontrolldyr fikk koksaltoppløsning istedenfor cannabis. En uke senere tok man ut hjernene på noen av dyrene og brukte dem til molekylære studier, for å se hva som hadde skjedd i belønningssystemet. Resten fikk deretter tilgang til heroin. Figur 8 viser en av rottene som fikk adgang til å tilføre seg selv heroin.



Rotter som hadde fått cannabis i "tenårsperioden" tok mer heroin.

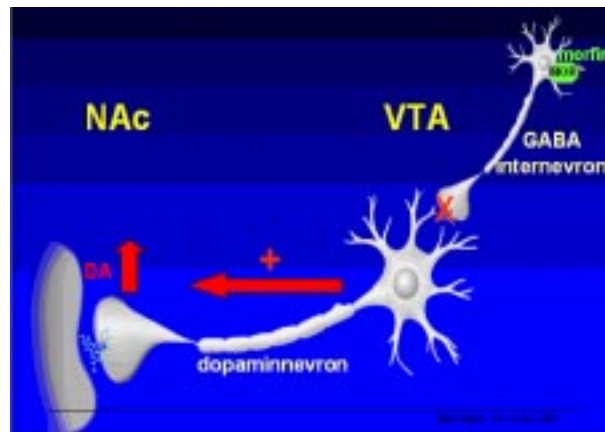
Figur 8: Rotte med påkoblet utstyr for selvadministrering av heroin.

Tre timer daglig fikk rottene tilbringe i dette buret (figur 8), hvor det var to pedaler som rottene kunne trykke på. Dersom de trykte på den ene pedalen, fikk de en injeksjon av heroin. Trykte de på den andre, hendte ingen ting. Dette er en svært viktig modell i rusgiftavhengighetsforskning. Dyrene får jo velge selv om de vil ta stoffet eller ikke. Med en slik modell har man sett at alle rusgifter som skaper avhengighet hos mennesker, også gjør det samme hos dyr. Dette gjelder også cannabis. Det har vært hevdet i legaliseringsdebatten at cannabis ikke er avhengighetsskapende fordi stoffet ikke selvadministreres av dyr. Dette stemmer ikke. I noen eldre studier hadde man ikke lyktes i å løse



problemene rundt selvadministrasjonsteknikkene for cannabis godt nok, men Ellgren hevdet at det nå er allminnelig erkjent at også cannabis skaper avhengighet ved selvadministrasjon hos forsøksdyr. Det man så i studien ved Karolinska Institutet var at rotter som hadde fått cannabis i "tenåringsperioden", også tok mer heroin, sammenlignet med forsøksdyr som bare hadde fått koksaltoppløsning istedenfor cannabis i løpet av pubertetsperioden.

Når man tok ut hjernene og så på hva som hadde skjedd i belønningssystemet, kunne man se at i nucleus accumbens hadde de et økt uttrykk av enkefalin mRNA, dvs. en økt endorfinsignalisering. Også i VTA, der dopamincellekroppene har sitt sentrum, kunne man se at de hadde en økt funksjon i My-reseptoren, den opiatreseptoren som gir eufori.



Figur 9: Heroin og belønningssystemet

Som vi ser av figur 9, sitter det på samme sted på de små internevronene i VTA også My-reseptorer, som opiatere binder seg til. Og på samme måte som cannabis virket på CB1-reseptoren, virker også opiatere gjennom My-reseptoren, og opphever dennes bremseeffekt, slik at dopaminnevronene slippes fri, og det skjer en dopaminøkning i nucleus accumbens. De rottene som hadde fått cannabis i løpet av "tenårsperioden" hadde langt flere My-reseptorer i VTA. Den bremseopphevende virkningen som inntreffer når opiatere binder seg til My-reseptorene blir altså større for de cannabiserfarne rottene. Når det finnes flere My-reseptorer, blir sluttresultatet mer dopamin i nucleus accumbens. Det tyder på en økt heroineffekt som følger av tidlig eksponering for cannabis.

Oppsummering av effekten av cannabiseksponering under tenårsperioden.

- Humanstudier har vist en økt risiko for kognitive svekkelser, schizofreni og annen rusgiftavhengighet (gateway-effekt)
- Rotteforsøk har vist at økt heroininntak og opioidrelaterte forandringer i belønningssystemet hos voksne rotter støtter gateway-hypotesen. (Ellgren et al 2006 Neuropsychopharmacology, Epub July 5)

Oppsummering av cannabis' avhengighetsskapende potensiale generelt

- I hjernen finnes det spesifikke cannabisreseptorer og kroppsegne cannabinoider (anandamid og 2-AG).
- Cannabis, som alle avhengighetsskapende rusgifter, øker dopaminaktiviteten i belønningssystemet, og gir dermed opphav til en rus.
- Cannabis selvadministreres av forsøksdyr.



Psykologisk persp

- Den fysiske avhengigheten går heldigvis fort over, den psykiske avhengigheten er det imidlertid verre med, sa Halvor Kjølstad i sitt innlegg på Forbundet Mot Rusgifts fagdag om avhengighetsproblematikk i november. Kjølstad er psykologspesialist og direktør i AKAN, Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk.

Det er få mennesker som går rundt med en langvarig fysisk avhengighet dersom de har sluttet med en rusgift, sa Kjølstad. Men selv om kroppen ikke lenger har en trang til rusgifter, finnes det et begrep som heter "tenning". Dette fenomenet har tradisjonelt hatt en sterk posisjon innenfor rusgiftfeltet, særlig når vi tenker alkohol. Det hører jo med til god gammeldags - eller kanskje vi heller skulle si dårlig gammeldags - alkoholismelære, at har du først blitt alkoholiker, så har du utviklet tenningsmekanisme. Det vil si at når du begynner å drikke, så kommer du til tenningsterskelen din, og så må du drikke ukontrollert. Det er imidlertid massevis av studier som har vist at dette er veldig relativt. Om du får tenning avhenger mye av den aktuelle dagsformen, den sosiale situasjonen, hvem du drikker sammen med og hva som blir konsekvensene.

Det er på samme måte med det berømte begrepet "kontrolltap". Det er også relativt. Personer med avhengighetsproblemer har mye mer kontroll enn det folk rundt dem vanligvis tror. Det viser seg at selv de mest slitne og forkomne mennesker ofte har en utrolig grad av kontroll over hva de faktisk gjør.

Likeså med det tradisjonelle og ofte misbrukete begrepet "sprekk". "Sprekk" betegner noe som rammer deg utenfra, nedenfra, innenfra, og som slår deg ut, det er sykdommen, alkoholismen eller stoffavhengigheten som plutselig slår til og spenner bein på folk og som gjør at de ramler om kull. Sprekk-begrepet burde man egentlig gå helt bort fra å bruke, blant annet. fordi det blir en ansvarsfraskrivende forklaring på hva som egentlig skjer når folk begynner å bruke en rusgift igjen.

Tørste kropp eller tørste sjeler?

Kjølstad problematiserte bruken av de tre begrepene "kontrolltap", "tenning" og "sprekk" med noen eksempler fra virkeligheten. Og understreket at han var mer opptatt av det psykologiske behovet for å innta rusgifter (igjen) enn av kroppslige behov.

Ett eksempel var en tørrlagt alkoholavhengig, som hadde holdt seg edru i omtrent 10 år, og som reiste på pakketur til Israel med sin kone. En varm og god dag

skulle de ha noe å spise og drikke. Kona ville ha noe med alkohol, mens vår mann selvsagt skulle ha noe alkoholfritt. Men dårlig språkkunnskap hos kelneren førte til at også mannen fikk et stort glass med til og med ganske sterkt alkoholholdig drikke. På grunn av varmen og tørsten drakk han mesteparten av dette på styrten. Etter en stund følte han seg uvel. Så ble det undersøkt hva han egentlig hadde drukket, og det ble konstatert at det hadde vært alkohol i glasset. Resultatet ble at vår venn gikk tilbake til hotellrommet og la seg, for dette syntes han var ubehagelig.

Et annet eksempel gjaldt en aldrende alkoholavhengig tidlig på 80-tallet. Han var noen og seksti år, og hjernen hans var sikkert medtatt av alkohol. Han hadde levd et svært alkoholpreget liv, og hadde vært uføretrygdet i mange år og var svekket på mange vis, ganske surrete og rørete, men var en varm og god mann, som hadde bodd lenge på institusjon. Han ble etter hvert innlagt på en avdeling hvor han skulle betale en bitteliten egenandel for å få være der. Men når han fikk sin kvarte G (G=grunnbeløp i folketrygden), var han og handlet bort pengene med en gang, så når han skulle betale for seg på institusjonen, hadde han aldri penger. Tilslutt ble han innkalt og fikk beskjed om at dersom han ikke begynte å gjøre opp for seg innen en bestemt dato, ville han bli utskrevet. Datoen nærmet seg, og ingen penger kom. Men like før, vant en av kompisene hans 25 000 kroner i tipping, en ganske høy sum den gangen. De to kompisene dro av gårde på et heidundrende kalas med fyll og spetakkel. Alle tenkte at nå er denne kroniske alkoholikeren fortapt, nå ser vi ikke mer til ham, han har jo kontrolltap og tenning og det som verre er. Det hører med til historien at en av reglene på institusjonen var at dersom man var ureglementert borte mer enn tre dager, så ble man automatisk utskrevet. Hva skjer? Klokket fem på tolv den tredje dag kommer en drosje til Maridalsveien 31 B, og ut velter vår venn, full som en alke, smeller de fornødne 200 kronene i bordet og segner om. Så en viss grad av kontroll må man si at han også hadde. Det hører også med til historien at Kjølstad som ansatt på institusjonen hadde møtt

ektiv på avhengighet



denne fyllesyke mannen dagen etterpå. Da gløttet han opp og sa: "Dette hadde du ikke regna med, Kjølstad".

Alle har vel hørt om Tikkanen, og hvordan han ble like forbauset hver gang han ramlet på fylla, mens fru Tikkanen nesten kunne forutse det på minuttet når neste fyllekule skulle begynne.

En annen klassiker er den gamle, gode alkoholikeren som kunne fortelle om et ryddig og godt liv inntil han plutselig en dag fant seg selv gående nedover gata, ".. og plutselig oppdaga jeg at jeg var på vei ut fra Vinmonopolet, og jaggu hadde jeg ei halv

femogfjor på innerlomma, og den var nesten tom allerede". Da har alkoholismen plutselig slått ut.

Eller vi hører de gamle historiene om folk som har holdt seg edrue i 20 år, og så har de fått altervin, og så raser de utfor. Kjølstads uærbødige påstand er at når folk "sprekker" på altervin, så har de nok vært ganske tørste i utgangspunktet. "Sjuk" er gjerne den betegnelsen man bruker i deler av "bransjen". Kjølstad spør: "Sjuk etter hva?"

Et annet eksempel som heller ikke er uvanlig: To staute, noenogfjortti år gamle menn, som hadde vært sterkt alkoholisererte, men som begynte å få beina på bakken igjen, som hadde holdt seg edru i en god del måneder, begynte nå å orientere seg i retning av arbeid, og var velordnet og på plass. Så forsvant de en helg, og kom tilbake til institusjonen litt ut i neste uke, slukøret og skamfulle, og fortalte at de hadde fått en sprekk. Og alle var lei seg for at de hadde fått en sprekk. Og så gikk man litt inn i dette her, og da kom det fram hva som hadde skjedd. Disse to kjekke karene hadde lyst til å komme seg en tur ut på byen for å se om de kunne treffe noen damer, et relativt naturlig ønske. De hadde pyntet seg litt, men hadde ikke vært i nærheten av damer på lang tid. Og de siste 20 årene før de ble innlagt, hadde de jo ikke vært i kontakt med damer i edru tilstand. De gikk etter hvert på en bar, for de tenkte at der var det damer, og der var det hyggelig, det visste de fra før. Enden på visa ble at de satt på denne baren og drakk kaffe i noen timer, men det skjedde ikke noe når det gjaldt damer. Og så tenkte de at dersom de tok en halvliter øl eller to, så ble det kanskje litt lettere. Og så ble naturligvis resultatet at det ble mange halvliter og ingen damer.

Av og til snakker man om "kronikere" – hva nå det måtte være. En av Kjølstads morsomste opplevelser i så måte var en mann han hadde møtt noen ganger på slutten av 60-tallet. Den gangen bodde han på et kursted for alkoholavhengige, hvor faren var overlege. Denne mannen brukte å være veldig kranglete i fylla, så det endte ofte med slåsskamper og spetakkel når han kom tilbake fra permisjon. Kjølstads far skrev derfor vedkommende ut med diagnosen "kurusykket", en ikke uvanlig diagnose den gangen. Underdiagnosen var "holdningsløs psykopat" som også var en vanlig diagnose. Denne "kurusykkete" og "holdningsløse psykopaten" hadde Kjølstad gleden av å møte igjen noen år senere. Da var Kjølstad selv nyutdannet psykolog og var på tjenestereise til en meget kristen institusjon, så kristen at den neppe hadde sluppet

Fortsetter

gjennom godkjenningssløyen i Helse Øst i dag. Og på trappa står denne mannen som var ansatt der og hadde holdt seg edru i flere år. Så slår han ut med armene og sier: "Hei, Kjølstad. Hils far din og si at det han ikke greide på 5 år, det greide Vårherre på ei uke. Halleluja".

Psykologisk avhengighet går kanskje aldri over.

Men til tross for alle disse eksemplene, som i alle fall for noens vedkommende kan være morsomme å fortelle i etterkant, så er jo avhengighet en alvorlig sak. Psykologisk avhengighet går kanskje aldri over. Når vi først har vent oss til noe og blitt avhengige av noe, enten det er mødre og fedre, kjærester eller rusgifter, så sitter det lenge i. Problemet er ikke å slutte å bruke rusgifter, men å la være å begynne igjen. Og den virkelige jobben begynner når man er blitt edru. Og da snakker vi ikke bare om å bli edru i kroppen som mange sier, men det å bli edru i hodet, det tar mye lenger tid. Det å begynne å orientere seg på en annen måte igjen, det å ta tilbake ansvaret for eget liv, det å begynne å stå ansikt til ansikt med alle utfordringene som ligger der når du skal mestre livet ditt, det er en mye større kamp og større prosess enn det å overkomme abstinensen og stå oppreist, rent fysisk sett.

Motivasjon

Og da kommer vi til spørsmålet om motivasjon, hvordan ser vi på det? Det kreves mye mot og innsats for virkelig å begynne å ta tak, når det ansiktet du ser i speilet er pløsete og medtatt etter lang og kraftig rusgiftbruk, når resten av kroppen ser ut som ei kjøttkake, viktige relasjoner er skadet eller ødelagte, når avtaler er brutt over lang tid, når man ikke har sett ungene sine på årevis, så skal det noe til å begynne å sy sammen dette livet igjen. Og når arbeidsevnen er svekket, når du er blakk og vel så det, og ingen - deg selv inkludert - tror på deg lenger, da sier det seg selv at det er sterke krefter som trekker i motsatt retning av fortsatt edruskap, og det er ikke så lett å være motivert. De som driver behandling har alt for lett for å kategorisere behandlingstrengende som enten motiverte eller umotiverte, som om det skulle være et enten/eller-spørsmål. I denne forbindelse kom Kjølstad inn på de behandlingsskåte behandlerne, som ofte blir veldig ivrige når noen begynner å endre seg litt, og står og heier og roper at dette er fantastisk, at pasienten er så flink, og forsikrer ham eller henne om at dette greier de. Men det behandlerne representerer, er så fjernt fra det den rusgiftavhengige selv opplever som sin egen kompetanse og mestringsevne, at det blir nesten bedre å falle tilbake der pasienten var i utgangspunktet. Kjølstad mente selvsagt at man skal stille krav til folk, og ha forventninger til pasienter i

behandling, men det gjelder å justere forventningene i forhold til pasientens ståsted der og da, og ikke stille urealistiske krav når pasienten kanskje har vært edru i en uke eller to. Når det gjelder de to førtiåringene i eksemplet ovenfor, ville det for eksempel være helt feil å råde disse til å gå på dans for å komme i kontakt med det motsatte kjønn, når de ikke har danset edru noen gang i sitt liv. Da får man i tilfelle starte en danseopplæring i avdelingen, og bygge det opp fra grunnen av.

Ambivalens

Ambivalens er et fyord i bransjen. Når pasientene er ambivalente, blir det oppfattet som om det er noe galt med dem. Kjølstad mente tvert imot at ambivalens er en del av hele avhengighetsproblematikken. For det er jo slik at rusen gir noe, folk bruker jo ikke rusgifter for å få det ille, men for å få det godt på ett eller annet vis. På kort sikt kan rusen gi en følelse av fred, oversikt, trygghet, fellesskap, sex, selvtillit, nærhet til følelser, velvære, fest osv. osv. Og da sier det seg selv at når du skal inn i et voldsomt endringsarbeid og begynne å ta tak i livet ditt, så vil du være ambivalent. Motstand mot endring, motstand mot å gi slipp på det du har holdt på med, og som har gitt en slags trygghet, motstand mot å gi slipp på den måten man har vært vant til å oppfatte seg selv på, det er en slags menneskerett. - Alle er ambivalente når det gjelder forandring, sa Kjølstad. Han henviste til de mange blant kursdeltakerne på fagdagen som har sluttet å røyke, og minnet om at det for mange ikke har vært så enkelt. Så ambivalens må man regne med, det er en del av avhengighetskomplekset.

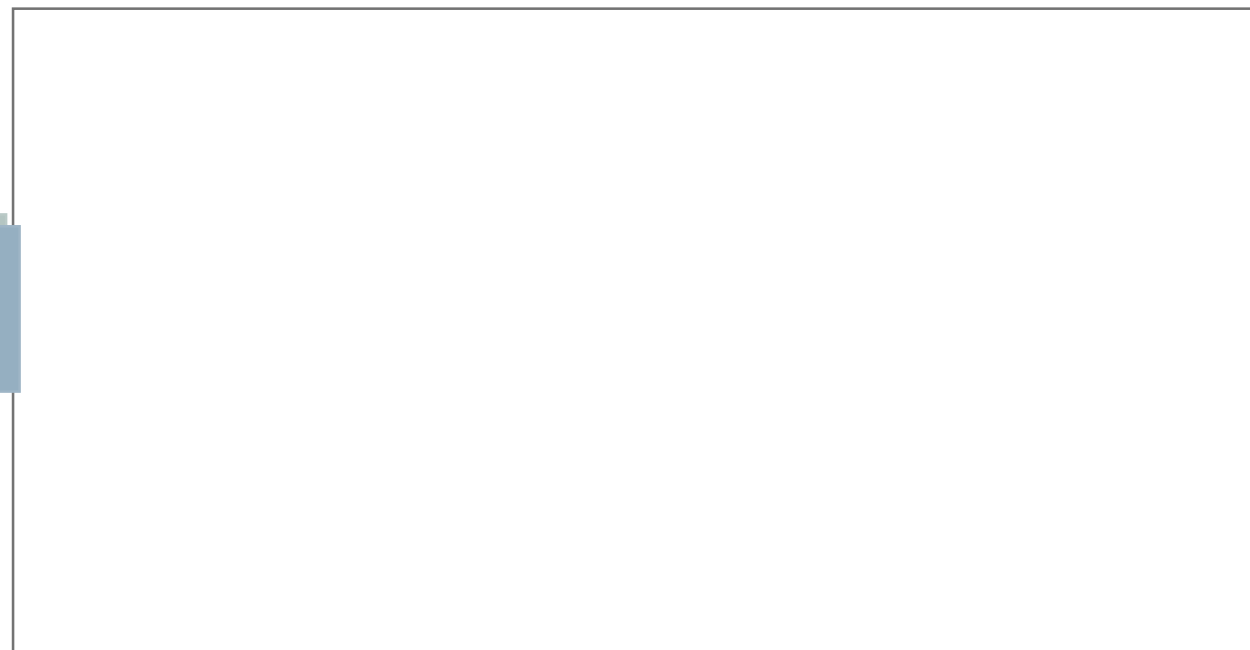
Skam, skyld og innsikt.

I vår kultur, og i de fleste andre kulturer er det skambelagt å ha et rusgiftproblem, man er ikke noen førsteklasses borger da, og folk skammer seg. Den tunge ryggsekken av skyldfølelse som et rusgiftpreget liv fører med seg, er ofte så tung og krevende at den kan ta knekken på noen og hver. Vi hører ofte at folk som har et rusgiftproblem, de har ingen innsikt, de fornekte og bortforklarer osv. Men etter Kjølstads mening har folk svært mye innsikt. På grunn av skyld og skam på grunn av de skadevirkninger og elendighet som rusgiftbruken har ført med seg, gjør man det man kan for å late som det ikke er så ille. Men det er ikke det samme som at man ikke har innsikt. Det er nettopp innsikten om hvor ille jeg har det og hvor ille jeg har fart med mitt eget og kanskje også andre menneskers liv, som er så tung å bære.

Psykologisk avhengighet av rusgifter gir en veldig tung bær å bære, så Kjølstads lille avslutningspoeng var derfor: - Er det rart at folk velger å ruse seg (igjen)?

FMRs fagdag

– en begivenhet og en tradisjon



Siden FMR fylte hundre år i 2004 har forbundet årlig arrangert en sentral konferanse for rusgiftfeltet. Folk innen behandling, forebygging, administrasjon, forskning og ikke minst rusgiftpolitiske organisasjonene har fått ta del i temaer som "Alkohol og narkotika – den skjulte agenda", "Kvinner og alkohol" og ikke minst Avhengighetsproblematikk - som foreliggende nummer av Mot Rusgift er en dokumentasjon av.

Dokumentasjon fra tidligere konferanser finner du ved å gå til Mot Rusgift nr. 74/75 og Mot Rusgift nr. 78. Dersom du ikke har disse, kan du finne dem på www.fmr.no/mr «kjempefornøyde deltakere på konferansedagen om avhengighet 2006».

De 150 deltakerne ble bedt om å evaluere konferansen og de enkelte innslagene, ved å gradere dem på en skala fra 1-5 hvor 1 var lite godt og 5 var særdeles godt. Ingen innslag ble vurdert lavere enn 3,4. Vi tar med her evalueringen av selve konferansen.

Hva mener du om det faglige innholdet av fagdagen? 4.2

Hvordan var seminaret i forhold til dine forventninger? 4.1

Hva syns du om fagdagen som helhet? 4.1

Vi ser altså at arbeidet med å skaffe toppinnledere til temaet betalte seg i vurderingene. 81.25% svarte at de kunne tenke seg å anbefale seminaret til venner/kolleger, 18,5 % krysset ikke av. Bare en svarte nei.

Medlemmer og registrerte sympatisører får avslag i prisen.

Som det er vanlig i organisasjoner, får egne medlemmer og registrerte sympatisører som har betalt årsavgift til Forbundet Mot Rusgift, redusert deltakeravgiften på fagdagen med kr 300.

Medlemskapet/sympatisøravgift i FMR koster kr 50 pr år, så det er mye å vinne på å melde seg inn i FMR. I tillegg får du tilsendt fire nummer av tidsskriftet Mot Rusgift, som én av medlemsfordelene. Hvordan du blir medlem/registrert sympatisør? Les på baksida av dette bladet. Eller gå til www.fmr.no og klikk på "Bli med" i menyen.

Forbundet Mot Rusgift er allerede i gang med planlegging av neste fagdag. Det arbeides med nye, spennende temaer. Følg med på www.fmr.no. Vel møtt til Fagdagen 2007.

**FMRs fagdag 2007 blir fredag
9. november – kryss av på kalenderen!**



Magister i sosiologi og leder Knut Reinås, Forbundet Mot Rusgift

Referat fra foredrag på FMRs fagdag 2006

Hvem blir avhengig

Er noen av oss genetisk predisponerte til å bli avhengige dersom vi begynner å bruke rusgifter, spurte magister i sosiologi, og leder i FMR, Knut T. Reinås, på Forbundet Mot Rusgifts fagdag om avhengighetsproblematikk. Eller er det slik at vi lærer avhengighet gjennom bruken av disse stoffene?

Kan avhengighet være kulturbestemt, eller er det bakenforliggende sosiale, psykiske eller økonomiske problemer som skaper grunnlag for å ruse seg vekk fra virkeligheten, og dermed for avhengighet? Eller kan det tenkes at noen av oss har en sterkere tilbøyelighet enn andre til å oppsøke spenning og sterke inntrykk, og kan legge grunnlag for avhengighet den veien?

Kan det også tenkes at avhengighet er noe som blir påført enkelte av oss av samfunnet, for eksempel gjennom stigmatisering av atferd? Eller er det slik, som enkelte forfattere har tatt til orde for, at mange av de karakteristiske trekkene ved avhengighet er innbilte effekter, eller effekter som blir sterkt overvurdert i den offentlige diskusjonen?



Uansett hvordan man definerer avhengighetsproblemet, om man definerer det som en betinget, innlært atferd, eller som en nevrobiologisk adaptasjon eller et stigma, så er det i alle fall noen personer som har et avhengighetsproblem, som har betydelige skader, lidelser og tap av livskvalitet som følge av dette, og som også utgjør et problem for sine pårørende, venner og omgivelser for øvrig, og som samfunnet i siste instans må stille opp med noen tiltak i forhold til for å forsøke å bearbeide og begrense.

Dersom vi holder oss til rusgiftproblematikk, som er den mest utbredte avhengighetslidelsen i vårt samfunn, så er det gjort mange forsøk på å beskrive typer problematikk som samfunnet må forholde seg til.

Forskjellige former for rusgiftbruk (Forslag fra en WHO-ekspertgruppe 1981)

- Ikke-akseptert bruk (Unsanctioned use): Når (lokal)samfunnet ikke aksepterer bruken av en bestemt rusgift
- Risikofylt bruk (Hazardous use): Når bruken av en rusgift sannsynligvis vil påføre brukeren skade eller psykososiale problemer
- Dysfunksjonell bruk (Dysfunctional use) Når bruken av en rusgift fører til psykiske eller sosiale problemer
- Skadelig bruk (Harmful use): Når det kan påvises at bruken av en bestemt rusgift har ført til organisk skade eller psykisk sykdom

Figur 1: Typer av rusgiftbruk.

Det sier seg selv at dersom en person bruker stoffer som ikke er akseptert i et samfunn, som for eksempel illegal stoffbruk blant ungdom på midten av 60-tallet, så kan dette medføre at brukeren blir påført ulemper og skader som har med samfunnets reaksjon å gjøre, og ikke bare med virkningen av de stoffene som brukes. Ofte må man på ett eller annet tidspunkt på samfunnsplan gjøre en kalkulasjon her: Er disse stoffene så farlige at de berettiger en slik reaksjon? Samfunnsreaksjonen, både den lovmessige og den sosiale, bidrar til å forebygge og holde bruken av stoffet nede, men skaper i seg selv problemer for den som likevel bryter med regelen. Derfor kan man også over tid se glidninger i samfunnsreaksjonene overfor bruken av enkelte stoffer, og også i forhold til alkohol, sa Reinås.

Men stoffene har også virkninger i seg selv som kan

påføre brukeren skader eller psykososiale problemer. Tenk bare på alkoholen, hvor enkelte av brukerne har en slik omgang med denne substansen, at de utsetter seg for nedsatt mestringsevne og økt risiko for skader og ulykker. Denne virkningen kan enten være akutt, dvs. at økt risiko og redusert mestring er knyttet til den enkelte påvirkningssituasjon, eller det kan også skje at denne påvirkningen gjentas så ofte at faren for alkoholrelaterte kroppslige og psykiske skader øker. Disse formene for bruk karakteriseres av WHO som "risikofylt".

Men WHO snakker også om en "dysfunksjonell bruk", hvor man ut fra generell kunnskap kan si at bruken med sikkerhet fører til, eller vil føre til psykiske eller sosiale problemer.

Man snakker i tillegg om en "skadelig bruk" hvor det kan konstateres at bruken allerede har ført til og stadig fører til skade eller psykisk sykdom.

Det sies her intet om hvilken mengde av for eksempel alkohol som skal til, eller i hvilke brukssituasjoner bruken er dysfunksjonell eller skadelig, eller om det er glidende overganger mellom de ulike nivåene, men oversikten er en god illustrasjon av alle de nivåer av problematisk rusgiftbruk som kan finnes i et samfunn. Undersøkelser har vist at det ikke finnes skarpe grenser mellom de forskjellige bruksmåtene, men at det er glidende grenseoverganger mellom ulike grader av bruk. Noen skiller mellom "bruk" og "misbruk". Men for eksempel i forhold til alkohol er det vist at dette skillet er svært subjektivt. Er det "misbruk" å drikke to flasker øl? De fleste vil svare nei. Men hva om de to flaskene konsumeres før en skal kjøre bil? Eller hva om de to flaskene blir konsumert av et barn? SIRUS gjorde en undersøkelse av folks oppfatning om hva "alkoholmisbruk" var for noen år siden, og fant at folk hadde en tendens til å karakterisere som "misbruk" et alkoholforbruk som var høyere og annerledes enn det de selv hadde. Som vitenskapelig begrep er derfor "misbruk" helt uhenksom, sa Reinås.

Er det en tilfeldighet hvem som får problem?

På 60-tallet skrev visedikteren, Phil Ochs sangen "There but for fortune..." som bl.a. inneholdt følgende tekst:

"Show me the whiskey stains on the floor,
Show me the drunkard as he stumbles to the door,
And I'll show you a young man
with so many reasons why.
There but for fortune, go you or I — you or I."

fortsetter

Hvem blir avhengige

Fortsatt

Teksten uttrykker et tankeinnhold og en forklaringsmodell som har vært vanlig, og som også er utbredt i dag, nemlig at det er tilfeldig hvem som får et avhengighetsproblem: Det kan bli deg, det kan bli meg (men forhåpentligvis blir det ingen av oss). Vi kan se at



en del av forebyggingstankegangen og de rusgiftforebyggende tiltakene tar utgangspunkt i denne modellen. Når man skal ha forebyggende undervisning i en skoleklasse med 30 elever, og gir alle elevene den samme undervisningen, forestiller man seg at alle de 30 står overfor en risiko for å pådra seg en rusgiftskade eller et rusgiftproblem. Da er intensjonen at man skal forebygge i forhold til alle elevene. Spørsmålet er om alle elevene har like stort behov for denne typen undervisning, eventuelt om behovet for forebyggingstiltak kan være forskjellig for grupper av elever i samme klasse.

Også enkelte pårørende grupper har understreket at "stoffproblem rammer tilfeldig". Dette kan ha som hensikt å mane til aktpågivenhet hos alle foreldre og pårørende, noe det er grunn til å støtte. Men påstanden kan også bidra til å redusere skyldfølelse og skam hos de familier som blir rammet, og det er kanskje også en grunn til at den framsettes.

Selv om undersøkelser og statistikk ikke støtter tilfeldighetstankegangen fullt ut, finnes det her likevel en forbindelse mellom det

individuelle og det kollektive nivået, som vi kan se litt nærmere på. Det er nemlig slik at den kollektive, samfunnsmessige organiseringen og det risikonivå vi som samfunn utsetter de enkelte samfunnsmedlemmer for, vil ha stor innflytelse på hvem og hvor mange som pådrar seg problemer med rusgifter.

Symptomteorien

På 70-tallet var den s.k. "Symptomteorien" utbredt i mange kretser. Teorien går ut på at alkohol- og narkotikaavhengighet er et symptom på andre bakenforliggende, sosiale, psykologiske og økonomiske forhold. I et stortingsdokument om narkotikapolitikken fra midten av 70-tallet het det bl.a.

«Det er departementets oppfatning at misbruk av avhengighetsskapende stoffer, såvel i yngre som i eldre aldersgrupper, hovedsaklig må sees som symptom på personlige, familiemessige, og sosiale problemer, med derav følgende mistriivsel og mistilpasning»

Samme sted heter det:

«Misbruk av avhengighetsskapende stoffer er et symptom, og ikke noen klart avgrensbar sykdomsenhet. Dette symptom kan opptre ved en rekke forskjellige sykdoms- og avvikelstilstander" (Stortingsmelding. nr. 66 (1975-76) «Om narkotikapolitikken»)

Den gang sa man det motsatte av det man sier i dag. Mens man nå forsøker å definere avhengighet som en avgrensbar tilstand som trenger en særlig tilnærming, og avhengighetsbehandling som et eget fagfelt, så man på den tiden offisielt på avhengighetsproblemet som en følgetilstand av andre bakenforliggende faktorer.

I radikale politiske miljøer har man også svært lenge hatt en tilsvarende analyse. Dersom man bare fikk rettet opp de økonomiske skjevhetene og

urettferdighetene i samfunnet, så skulle rusgiftproblemene forsvinne. Carl Jeppesen, som bl.a. var redaktør i "Socialdemokraten" (Nåv. Dagsavisen) på slutten av 1800-tallet, skrev følgende:

«De berusende drikker er ikke aarsagen til den trang mange mennesker har til at bedøve sine sandser



(beruse sig), de berusende drikke er midlet, hvorved trangen for tilfældet tilfredsstilles. Jeppe drak sig selv til skam og skade. Hvorfor drak Jeppe? Var det fordi han var tørstig og brændevinet smakte ham saa godt? Nei, Jeppe drak fordi brændevinet hjalp ham til aa glemme skammen over Nille og smerterne av ridefogdens pisk. Tag brændevinet fra Jeppe, og den sorg han før dempede i rusen vil gjøre ham til gal eller til selvmorder. Tag derimot fra ham Nille og ridefogdens pisk, med andre ord: giv ham en snill kone og en bra arbeidsherre, og Jeppe skal være en ordensmand. Hvorfor drikker nutidens mennesker? Av samme grund som Jeppe: For at dulme sine lidelser, for at oppkvikke sit overanstrengte legeme eller for at glemme sine sorger.” (Carl Jeppesen, Socialdemokraten 1898).

Denne analysen av årsakene til rusgiftproblemet stod fortsatt sterkt på 70-tallet, og er også en underliggende strømning i dagens rusgiftdebatt.

Er det de beste som rammes?

Men det finnes andre, konkurrerende tankeganger. For eksempel Jack London, som selv hadde et problematisk forhold til alkohol, skrev i 1913:

”Ut fra dette syn retter jeg fordømmelsen mot Kong Alkohol. For det er nettopp alle de gode kameratene, som er noe verdt, de som lider av den svakhet å ha for meget styrke, for meget humør, for meget ild og varme og flott fandenskap i seg – det er dem han forfører og ødelegger. ... Min påstand er jo tvert i mot at det nettopp er de beste i hver generasjon som Kong Alkohol ødelegger... Hvis Kong Alkohol ble ryddet vekk, ville disse kjække, fandenivoldske fyrene bli født til verden som før, men de ville utrette noe istedenfor å gå til grunne” (Jack London: ”Kong Alkohol” Norsk Utgave 1965).

Jack London hevder altså at det er de beste blant oss som blir rammet av alkoholproblemer. Har Jack London rett i det? Hvem er det som drikker mest? Er det de isolerte, tilbaketrukne, forsiktige, eller er det de utadvendte, selskapelige, populære typene? Det er fristende å se dette i sammenheng med dagens forskning på ”sensation seeking behaviour”, hvor det hevdes at ca. 10 prosent av oss har en genetisk tilbøyelighet til å oppsøke spenning og farefylte situasjoner, og at bruk av alkohol og narkotika kan være en av disse risikofylte situasjonene som blir oppsøkt, både på grunn av spenningen ved påvirkningen, og det farefylte ved bruken.

Fører kriminalitet til avhengighet?

Mange undersøkelser viser en sterk sammenheng mellom kriminalitet og avhengighet. Et flertall av de innsatte i norske fengsler har avhengighetsproblemer. En dominerende ideologi har da også vært at stoffbruk

fører til kriminalitet. En vekselvirkning mellom alkohol- og stoffbruk og kriminalitet er mer sannsynlig. Mye av den voldskriminalitet som begås i Norge har utvilsomt sammenheng med alkoholpåvirkning. Det er også gjort en del undersøkelser hvor man har sett på tidsrekkefølgen mellom for eksempel bruk av heroin og arrestasjon. En engelsk undersøkelse viser for eksempel at kriminalitet ofte går forut for tung stoffbruk og avhengighet. Av 100 engelske fengselsinnsatte hadde 67 vært i fengsel før de prøvde heroin. 8 tok heroin for første gang i fengsel (Dalrymple 2006). En tilsvarende norsk undersøkelse av innsatte sprøytebrukere, viste at ¾ oppga andre grunner enn narkotika som årsak til at de ble arrestert første gang, mens ¼ oppga narkotika som grunn. Her var det imidlertid kjønnsforskjeller, ved at ca. halvparten av kvinnene oppga narkotika som grunn til første gangs arrestasjon, mot 1/5 av mennene. (Skretting 1995).

Ingen av disse undersøkelsene ser på cannabis i forhold til kriminalitet. Men Skretting antyder at regulær bruk av cannabis i stor grad er knyttet til avvikende miljøer som også kan være involvert i kriminalitet. På den annen side kan bruk av cannabis bidra til stigmatisering og utstøting fra ”normal-gruppen”, og være med på å knytte ungdom til slike avvikende kulturer.

Det er altså en sannsynlig vekselvirkning mellom rusgiftbruk og kriminalitet. En reduksjon av det generelle forbruksnivået for alkohol, og en mer vellykket strategi for å forebygge illegal stoffbruk vil sannsynligvis redusere kriminaliteten. Men – og i denne sammenhengen det viktigste – gode kriminalitetsforebyggende tiltak vil sannsynligvis også redusere rusgiftbruken og dermed også avhengighetsproblematikken.



fortsetter

Hvem blir avhengige?

Fortsatt

Psykisk sykkelighet og avhengighet.

Det er gjort utallige undersøkelser som påviser en sterk sammenheng mellom psykisk sykkelighet og avhengighet. I kommunehelsetjenesten, i barne- og ungdomspsykiatrien, i de psykiatriske institusjonene, i institusjoner og tiltak innenfor avhengighetsbehandling og i fengslene finner man en kombinasjon av psykiske lidelser og avhengighet hos et stort antall av klientellet. Vi finner at ca. halvparten av alle pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien og 75 prosent av barnevernsklientene har tilleggsproblematikk med avhengighet.

I mange tilfeller er det grunn til å tro at de psykiske lidelsene har lagt et grunnlag for selvmedisinering med for eksempel alkohol, beroligende medikamenter eller illegale stoffer, mens i andre tilfeller har kanskje rusgiftbruken vært med på å framkalle de psykiske lidelsene. En slik sammenheng er for eksempel utvetydig fastslått mellom schizofreni og cannabisbruk. I atter andre tilfeller kan rusgiftbruken være med på å forsterke allerede eksisterende psykiske lidelser, og gjøre behandling av sykdommen vanskeligere.

Risikofaktorenes betydning for avhengighetsutviklingen i samfunnet.

Vi har altså slått fast at vekselvirkningen mellom risikofaktorer og avhengighet kan gå begge veier. Kriminalitet og psykisk sykkelighet fører til avhengighet. Avhengighetsutvikling fører til psykisk sykdom og/eller kriminalitet. Sensation seeking kan føre til avhengighet. Men hverken kriminalitet, psykisk sykkelighet eller sensation seeking er tilstrekkelige betingelser for å skape avhengighet.

I diskusjonen om for eksempel alkoholpolitikken i samfunnet, blir det av og til framstilt som om det er noen få, et mer eller mindre stabilt antall personer, som er forutbestemt til å få avhengighetsproblemer. Disse vil få tak i sine rusgifter og utvikle sine avhengighetsproblemer uansett, så vi kan ikke legge opp for eksempel alkoholpolitikken etter disse. Dette resonnementet bygger imidlertid på den feiloppfatning at avhengighetsrisikoen bare skulle gjelde en liten gruppe i befolkningen. Statistikk og undersøkelser kan imidlertid påvise at en svært stor andel av befolkningen har en sårbarhet i forhold til disse problemene.

For eksempel kan det påvises at av alle barn og unge i Norge opplever ca 15 - 20 prosent psykiske vansker, blant 15-16 åringene ca 17 prosent. Blant 15-16 åringene i Oslo er tallet 24 prosent

. Av alle barn og unge i Norge har ca. 8 prosent psykiske lidelser. Tallet for Oslo er trolig ca 10 prosent (Folkehelseinstituttet).

Ullevål Sykehus har i sin "Handlingsplan for psykisk



helsevern for barn og unge i Oslo-området 2004-2005" slått fast at tilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge i Oslo-området bør omfatte minimum 5,5 prosent av barne- og ungdomspopulasjonen. På landsbasis er tallet 5 prosent. Disse skal ha et tilbud innen spesialisthelsetjenesten. Det er altså ingen liten andel av barne- og ungdomsbefolkningen som befinner seg i en sårbar posisjon i forhold til avhengighetsproblemer.

Utbredelsen av rusgiftproblemer og psykiske lidelser (etter DSM-IV-kriterier) kan illustreres ved en undersøkelse som ble gjennomført blant et representativt utvalg av Oslo-borgere i alderen 18-65 år. Undersøkelsen viste en livstidsforekomst av psykiske lidelser, inklusive rusgiftproblemer på 52,4 prosent, hvorav rusgiftproblemene utgjorde den største gruppen, med 22,7 prosent (alkohol) og 3,4 prosent (narkotika).

Andelen i undersøkelsen som hadde opplevd ett eller flere psykisk problemer det siste året var på 32,8 prosent, hvorav rusgiftproblemene også her utgjorde



den største gruppen med 10,6 prosent (alkohol) og 0,9 prosent (narkotika) (Kringlen og medarbeidere 2001).

Barn i familier med rusgiftproblemer

Vi vet ikke hvor mange barn som lever i familier hvor en eller begge foreldrene har alvorlige avhengighets- og/eller fylleproblemer, men må gå ut fra at både den sosiale arven og traumatiske opplevelser på grunn av foreldrenes fyll i oppveksten kan øke sårbarheten for barns egne avhengighetsproblemer. Et forsøk på å anslå antallet slike barn ble gjort i 1985. Hansen fant at 60 prosent av alle rusgiftproblematikere var eller hadde vært gift i 1977. Dette tilsa da at 125-180.000 mennesker hadde avhengighetsproblemer og levde/hadde levd i parforhold. Dersom 75 prosent av denne gruppen hadde barn og et gjennomsnittlig barnetall på 1,7, levde mellom 160.000 og 230.000 barn til enhver tid sammen med en mor eller far med et høyt inntak av alkohol. Dette skulle innebære at ca. hvert femte barn lever under oppvekstforhold hvor alkohol er et problem i

familien (Hansen, 1985). I hvor stor grad dette innebærer påkjenninger for alle barn i en slik situasjon, eller i hvor stor grad dette påvirker barnas sårbarhet for avhengighetsproblemer, vites ikke. Men størstedelen av barnevernets arbeid handler om saker der alkohol- eller narkotikaproblemer går ut over barna. Voldsbruk eller alvorlig omsorgssvikt er gjerne utløsende årsak til at sakene kommer opp. Men for hver slik sak er det antakelig 15 andre familier hvor mor, far eller begge bruker alkohol eller stoff på en slik måte at det går ut over barna (Follerås 1992).

Risikosøking

Den amerikanske forskeren Zuckerman fant ut at visse mennesker systematisk søker stimuli utover det som er optimalt. Han fant ut at kanskje så mye som 10 prosent av befolkningen er høy-stimuli-søkere. Han fant også ut at HS-personer er mer villige enn andre til å prøve nye - også forbudte stimuli. Nå er det ikke slik at alle høystimulisøkere blir alkohol- eller narkotikaavhengige. Det er mange valgmuligheter. Fallskjermhopping, alpinsport og risikosport er noen av valgmulighetene, men alkohol, narkotika og kanskje spilleautomater og nettpoker er også med blant den mer lett-tilgjengelige delen av utvalget. Her kan det også ligge en klassesdimensjon. Det er kanskje ikke en tilfeldig sammenheng mellom hvilken klassemessig og økonomisk status man har, og hvilke høystimulativiteter man har mulighet til å velge. Det er vel heller ikke slik at den ene typen sensation seeking utelukker en annen, men kanskje heller slik at man kombinerer. Siden alkohol er så lett tilgjengelig, vil den ofte være med i assortimentet også blant folk i en gunstig økonomisk og sosial posisjon. Sett under ett, dersom sensation-søkerne har en økt sårbarhet for avhengighetsutvikling, så utgjør ikke disse noen liten andel av befolkningen. 10 prosent av Norges befolkning tilsvarer om lag 460 000 mennesker.

Resiliens

Enkelte fagfolk sier de kan se det allerede i barnehagen hvilke barn som kommer til å få problemer når de vokser til. Og i alle fall ser de det dersom de også har kontakt med problemfamiliene. Men noe som har slått en rekke forskere, er at det slett ikke er alle disse barna det går dårlig med. I mange undersøkelser er det blitt påvist at det tilsynelatende går bra med mange av disse personene. En del av forskningsinnsatsen i dag rettes derfor også mot å forske på hvilke faktorer det er som fører til at personer man i utgangspunktet skulle tro hadde høy sårbarhet, likevel greier seg. En slik motstandsdyktighet kalles resiliens.

fortsetter

Hvem blir avhengige?

Fortsatt



En undersøkelse som ble gjort på Hawaii hadde plukket ut følgende sårbarhetsfaktorer hos barn:

- Perinatalt stress
- Kronisk fattigdom
- Foreldre med lav formell utdanning
- Disorganisert familiemiljø
- Liten stabilitet i familien
- Alkoholiserede foreldre
- Vold i hjemmet
- tenåringsmor
- Omsorgssvikt

I denne undersøkelsen ble det påvist at det - mot alle odds - gikk bra for ca. en tredjedel av barna. Forfatterne nevner at genetiske forhold kan spille en rolle. Andre faktorer som det pekes på er at de resiliente barna hadde normal intelligens, var sjarmerende og tiltrakk seg positive reaksjoner fra foreldre, søsken, besteforeldre og andre. Videre knyttet de følelsesmessige bånd til besteforeldre og søsken i tillegg til foreldrene. Forfatterne nevner også et ytre støtteapparat, som skole, kirke og ungdomsgrupper som belønnet kompetanse og tilbød samarbeid. (Kauai-undersøkelsen – etter Helmen Borge 2003)

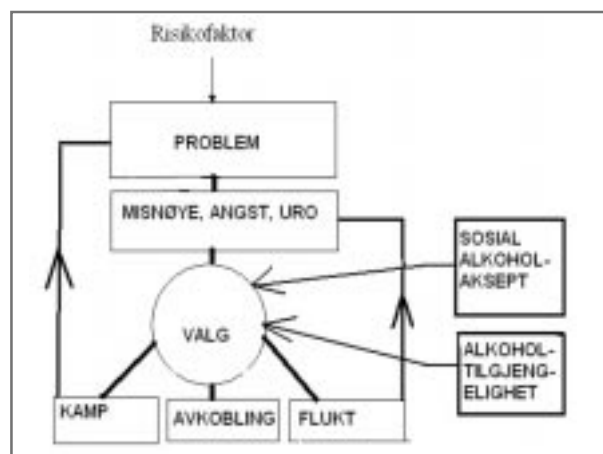
Disse faktorene viser betydningen av sosiale relasjoner for en resilient utvikling, og kan kanskje også si noe om betydningen av relasjoner i et behandlings- og rehabiliteringsarbeid. Men fortsatt er det ikke forklart hvorfor det går bra med mange barn som egentlig skulle ha greid seg dårlig.

Ikke et individuelt, men et kollektivt problem

Når vi nå har sett på enkelte risikogrupper, som for eksempel personer med kriminalitetsproblemer, barnevernsklinter, pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien, barn i familier med rusgiftproblemer, og høystimulisøkerne, så står det klart for oss at disse til sammen utgjør store andeler av befolkningen med en forhøyet sårbarhet. Det er ikke realistisk å tro at personer i disse gruppene skal forebygge og løse sine avhengighetsproblemer selv. Rusgiftproblematikken er ikke et individuelt problem, men et kollektivt problem. Disse problemene må bearbejdes og løses på samfunnsnivå. Ved hjelp av behandling kan vi nok redusere eller kontrollere problemene for enkelte, og mange rusgiftavhengige kan også greie å ta kontrollen selv, med eller uten hjelp, men så lenge de problemproduserende faktorene er tilstede, vil det stadig komme nye behandlingstrengende til.

Og hva med oss selv? Er vi utenfor enhver fare? Faren for å bli påvirket av andres avhengighets- og fylleproblematikk er absolutt tilstede. Intet menneskeliv er problemfritt. Svært mange av oss vil i en eller annen livsfase være sårbare selv. Risiko for utvikling av avhengighet vil bero på hvor mange og hvor sterke risikofaktorer vi utsettes for, i tillegg til vår grunnleggende eller ervervede sårbarhet, sa Reinås.

Avhengighetsrisikoen
= sårbarhet x eksponering for risikofaktor.



Figur 2: Hva skjer i en problemsituasjon?

Figur 2 illustrerer skissemessig hva som skjer når man opplever en eller flere risikofaktorer, et økonomisk problem, et familieproblem, et overgrepssproblem, et psykisk problem. Problemet gir seg utslag i en følelse av misnøye, angst, uro, og man befinner seg objektivt sett i en valgsituasjon. Selv om man ikke opplever at man har et valg, og selv om ikke alle valgmuligheter er like

åpenbare, så kan man likevel si at man i grove trekk har tre muligheter. 1. Man kan velge å flykte fra problemet, gjennom for eksempel å døyve det med alkohol. Da vil man påvirke den følelsen av misnøye, angst og uro som problemet skaper. Men problemet vil sannsynligvis ikke bli påvirket av dette, og vil gjøre seg gjeldende igjen når alkoholen forsvinner. Dersom man gjør samme valget flere ganger, får man en sirkelbevegelse som innebærer passivitet i forhold til selve problemårsaken.

2. Man kan også velge å koble av fra problemet, i den hensikt å ta fatt på det senere. Ideelt bør en avkobling føre til at man vender sterkere tilbake for å ta fatt på problemet. Men da bør man også velge avkoblingsmetoder som gjør at man blir sterkere eller bedre rustet. Fysisk sett er ikke alkoholbruk en avkoblingsmetode som da bør velges.

3. Man kan i valgsituasjonen også velge å bearbeide og bekjempe problemet, hvilket forhåpentligvis fører til at problemet på kort eller lang sikt blir mindre eller forsvinner, eller blir håndterbart. En slik problemløsning kan man ikke alltid gjøre alene. Men man kan søke sammen med andre som opplever samme problem, med sikte på felles løsning. Man kan søke hjelp, dersom det er et for stort problem. Når problemet blir mindre, vil også misnøyesfølelsen og uroen bli mindre, og behovet for å døyve, flykte fra eller koble av fra problemet vil bli mindre eller forsvinne.

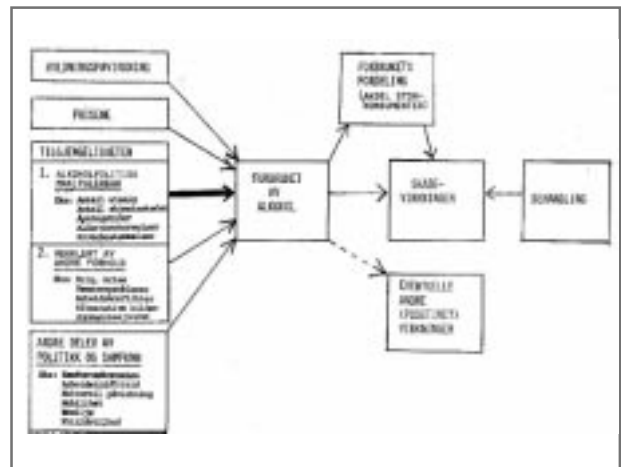
Hva er det så som påvirker om vi skal velge flukt eller avkobling med for eksempel alkohol når vi opplever problemer? Grovt sett kan vi si at vi blir påvirket av to faktorer. Den første er den sosiale og kulturelle akseptering av alkohol i samfunnet, i omgangskretsen, i familien, samt de alkoholvaner vi har lagt oss til, det er de tradisjoner og kulturinnslag som forteller oss når, hvor, hvorfor og hvordan vi skal bruke alkohol. Denne alkoholaksepten i samfunnet er blitt sterkere i årene etter krigen, og antallet personer som ikke bruker alkohol er blitt langt færre.

Den andre faktoren er tilgjengeligheten av alkohol. Tilgjengeligheten består naturligvis av salgs- og skjenkesteder for alkohol, men også av åpningstider, aldersgrenser og andre reguleringer. Et utvidet tilgjengelighetsbegrep vil også inkludere priser og økonomi, dvs. hvor store økonomiske utlegg vi må yte for en viss mengde alkohol. Vi kan fort slå fast at både fysisk og prismessig er alkohol blitt mer tilgjengelig enn tidligere.

Alkoholaksept og alkoholtilgjengelighet vil også påvirke hverandre gjensidig, slik at økende alkoholaksept fører til sterkere krav om for eksempel nye vinmonopolutsalg, til at alkohol blir tilgjengelig i flere situasjoner, for eksempel i arbeidslivs- sports- og

fritidssammenhenger, til at alkohol blir servert i flere familie- og hjemmesituasjoner.

Det bør kanskje tillegges at markedskrefter og økonomiske interesser søker å påvirke begge disse faktorene, gjennom for eksempel reklame, ny produktlansering, og nye etableringer av omsetningssteder. Skissemessig kan alle de faktorer som påvirker vårt alkoholforbruk skisseres som i figur 3.



Figur 3: Hva påvirker totalforbruket av alkohol?

Den forskningsmessig anerkjente indikatoren på at alkoholavhengighetsproblematikken øker, er at det gjennomsnittlige alkoholforbruket øker i befolkningen. Dersom gjennomsnittsfbruket øker til det dobbelte, øker antallet storkonsumenter til det firedobbelte. Antallet forbrukssituasjoner, hvor moderate alkoholkonsumenter blir utsatt for økt risiko, øker også. Gjennomsnittsfbruket av alkohol i Norge er nå høyere enn det har vært siden midt på 1870-tallet, og øker fortsatt. Risikofaktoren alkohol får stadig større betydning, noe som igjen gjør at andre risikofaktorer ikke trenger å være så sterkt tilstede for at en avhengighetsutvikling skal settes i gang.

I alkoholpolitikken er det også vanlig å skille mellom påvirkbare og mindre påvirkbare faktorer. Ser vi på figur 3, ser vi fort hvilke faktorer som er påvirkbare, og hvilke som ikke er det. Men å påvirke disse faktorene i en forbruksreducerende retning krever politisk mot og lederskap. Det blir et verdivalg: Hvor store avhengighetsproblemer eller andre rusgiftproblemer er vi villige til å akseptere i samfunnet? Hvilke innskrenkninger i vår egen frihet som forbrukere er vi villige til å akseptere for å forebygge og redusere avhengighetsproblemene blant oss, og hvilke politikere er det som tør si oss sannheten om dette?



Overlege Hans Olav Fekjær

Referat fra foredrag på FMRs fagdag 2006

Hva er spilleavhengighet

"Ikke prøve litt!", advarte psykiater og overlege Hans Olav Fekjær, da han innledet på Forbundet Mot Rusgifts fagdag om avhengighetsproblematikk. Fekjær har vært en av pionerene bak opprettelsen av behandlingstilbud til spilleavhengige her i landet. Det som slår ham og andre som nærmer seg spilleavhengige, er for det første at de er veldig "normale, dvs. lik deg og meg. For det andre er konsekvensene svært dramatiske, og for det tredje har spillingen en sterk karakter av tvangshandling.

Det reelle problemet ved avhengighet er at folk begynner igjen, etter å ha sluttet med det de var avhengige av. Folk synes kanskje det er merkelig at man i diagnoselistene har sykdomsdefinert overdrevent pengespill. Man finner jo ikke her den fysiske komponenten, den fysiske tilvenningen, som mange forbinder med avhengighet, med dertil hørende abstinensplager ved avvenning.

I utgangspunktet er det et uttrykk i det norske språk som heter "Å spille seg fra gård og grunn", med kort eller terning. Det var en ulykke fra gammelt av, fordi man spilte seg fra både bosted og jobb. Man tenker kanskje at det må ha vært noen uansvarlige idioter som kunne gjøre noe så dumt, sa Fekjær. Men etter at spilleproblemer nærmest har eksplodert i Norge fra slutten av 90-tallet av, har mange flere fått et møte med dem vi kaller spilleavhengige, og blitt sjokkert over hva de da møter.

Spilleren er som deg og meg

For det første virker de som påfallende vanlige mennesker. Dersom de skulle være "uansvarlige idioter", så har de fleste av dem i alle fall ikke vist det på andre livsområder, men tvert i mot hatt en utmerket styring på livet inntil spilleproblemet kom.

For det andre er problemene veldig dramatiske. Fekjær har jobbet med psykiatri og rusgiftproblemer siden slutten av 60-tallet, men har ikke møtt noen tilstand som til de grader medfører et knust selv bilde som spilleavhengighet gjør. Relasjonene ødelegges. En spilleavhengig som deler bolig og økonomi med en partner, havner i 99 prosent av tilfellene i konflikt. Unntaket er de som har en partner som spiller selv. Selvfølgelig bryter økonomien sammen, og arbeidsevnen svekkes eller forsvinner.

Spilleavhengighet har hos de fleste en sterk karakter av tvangshandling, sterkere enn hos de fleste

rusgiftavhengige, sa Fekjær. Han fortalte om en mann i Vestfold som hadde forbannet seg på at han aldri mer skulle putte en mynt på en spilleautomat. Det gikk greit så lenge han var blakk, men så kom neste lønning, og han ble desperat, svettende, skjelvende og svært urolig. For å løse problemet tok han ut pengene i sedler og brant dem opp. Folk som ikke har møtt spilleavhengige vil synes at dette er komisk, men folk som selv lider av spilleavhengighet, skjønner det godt.

Fekjær hadde også hatt en mann på kontoret som hadde spilt bort rundt 2 millioner kroner, bolig, en hustru og tre barn, og selvfølgelig jobben. Han hadde overveid om han ikke skulle få amputert hendene sine, slik at han ikke kunne spille. Han gjorde det ikke, men fantasiene om det er et sterkt vitnemål om den subjektive opplevelsen av tvangshandling.

De med dårligst råd bidrar mest

Pengespill er i utgangspunktet en omfordeling av penger, styrt helt eller delvis av tilfeldigheter, sa Fekjær. Og for alle lovlige spill, tar arrangørene en stor provisjon for å foreta denne omfordelingen. For hundre år siden var alle pengespill forbudt, men i 1913 vedtok Stortinget et begrenset pengelotteri til inntekt for gode saker, og så kom gradvis flere spill.

Bondepartiet kjørte igjennom travspill i Stortinget på 20-tallet. Femøringsautomater kom i 1937.

Fotballtipping kom etter krigen, men man måtte levere kupongen på onsdag, og hadde god nedkjølingstid, slik at man ble ikke hektet på det. Så begynte det å ta av på 80-tallet, og tok helt av på 90-tallet. Så går det noen år før problemene akkumuleres til en størrelse, uten den helt store oppmerksomhet, fordi dette er et problem man ikke forteller til noen, dersom man ikke er helt nødt. Derfor gikk det enda litt tid innen hjelpeapparatet oppdaget problemet.

Formålet med pengespill har alltid vært å loppe

gighet



spillerne for penger til ett eller annet godt formål. Pengespill er altså en metode for å få folk til å gi ufrivillige gaver til gode formål, gitt i den falske tro at de skal tjene på det selv. Det reklameres mer for pengespill enn for noen andre varer og tjenester. Det ville våre oldeforeldre nektet å tro, sa Fekjær, og særlig at det var staten som sto bak det.

Hvor store er vannersjansene?

Reklamen dreier seg jo bare om toppgevinster, men over 99 prosent taper. Det er blitt et uttrykk at det og det skal jeg kjøpe og dit og dit skal jeg reise når jeg vinner i Lotto. Men å vinne i Lotto er: 82-83 prosent av gevinstene er like store som gjennomsnittsinnsatsen, ca. 50 kroner. Hver uke sender Norsk Tipping dette beløpet ut til over 100 000 nordmenn. Det er sikkert bra for sysselsettingen i Hamar-området, men ingen særlig samfunnsgagnlig innsats ellers. Over 99 prosent av gevinstene er på under 300 kroner, ikke stort å forandre livet dramatisk med. Hvis man fyller ut en full Lotto-kupong hver uke, kan man forvente å få en førstegevinst med ca. 9800 års mellomrom. Likevel har reklamen fått oss til å tro at det er spennende med

Lotto-trekning. Men dersom gleden ved å vinne 1000 kroner er så stor at den er verdt 1500 kroner, så velbekomme, sa Fekjær. Av Lotto og tilsvarende spill, beholder Norsk Tipping ca. halvparten av inntektene selv.

En av Fekjærs pasienter skrev et dikt i Dagbladet:

"Til min kjære spilleautomat

Takk for søvnløshet og svimmelhet.

Takk for mage- og tarmproblemer.

Takk for skam og skyldfølelse.

Depresjon, selvmordstanker og sosial isolasjon har du også gitt meg.

Takket være deg har jeg begynt å lyve og bedra.

Mine opptjente penger gir jeg deg.

Du har vært en trofast venn, alltid der når jeg har trengt deg.

Uten deg hadde jeg hatt kone og barn, med alle de problemene det innebærer.

Penger på kontoen som jeg ikke hadde visst hva jeg skulle brukt til.

Du er en samfunnsstøtte.

Det har det norske Storting bestemt.

«Spilleavhengig»

Fortsetter neste side

Han var 39 år, en solid arbeidskar, hadde flyttet hjem til mor og far på grunn av økonomien. Onkel hadde tatt ham med på travbanen da han var guttunge, og han hadde i sitt voksne liv spilt bestandig. Til tross for at alle oppfattet ham som en kjekk mann, hadde han aldri nærmet seg det motsatte kjønn, fordi han oppfattet seg selv som en taper, og hans eneste utenlandsreise var en gåtur over en bru til Russland da han var i Finnmark i militæret. På kursdagen, den 10. november, hadde denne mannen vært spillefri i ett år og fire dager, fortalte Fekjær. Livet hans er nå blitt helt annerledes.

Hvilke spill er farligst?

Det er først og fremst de hurtige spillene som skaper problemer. Automater skaper uten sammenligning flest, selv om nettpoker nå er kommet opp på annenplass. Også hvis vi sammenligner omsetningen på de enkelte spill med hyppigheten av problemer, så er automater i særklasse verst. En del, først og fremst menn, spiller seg bort på sportstipping, trav, oddsen, og nå også nettpoker. 80 prosent av de spilleavhengige begynner med en pen gevinst når de begynner å spille. Det gjør noe rart med hodet ditt, sa Fekjær. Man tolker tapene etterpå som midlertidig uflaks, for man har jo vist at man er god.

Hvor avhengighetsskapende er ulike typer spill?

	Andel av spilleomsetn.	Problem hos andel spilleavh.
Spilleautomater	38%	85%
Hestespill	12%	20%
Oddsene	5%	15%
Tipping	4%	10%
Bingo	7%	8%
Lotto	24%	2%
Skrapelodd	6%	Få
Lotterier	3%	-
Internett	1%	5%

Tall fra ca. 2001.

På ett eller annet tidspunkt kommer man til en situasjon hvor man har spilt bort pengene til husleien eller andre vitale ting, og tenker at ens eneste håp er å vinne tilbake det man har tapt. Og da er hundreoggett ute. For på for eksempel trav og poker kan du øke og øke og øke innsatsen slik at gjelda øker raskt.

Oppsummering av skadevirkninger

Personlig

- Skam og skyldfølelse
 - Depresjon, angst selvmord
 - Stress
 - Dårlig helse
- Økonomisk

- Pengeproblemer
 - Gjeld
 - Konkurs
 - Relasjoner
 - Konflikter
 - Samlivsbrudd
 - Sosial isolasjon
 - Vold
 - Arbeid
 - Nedsatt ytelse
 - Fravær
 - Strafferettslig
 - Underslag, annen vinningskriminalitet
 - Vold
 - For samfunnet
 - Økte utgifter (sosial og helse)
 - Redusert produktivitet
- Hentet fra den australske legeföreningens tidsskrift.*

Underslag

Et spesielt tragisk trekk er at dersom spilleavhengige har tilgang til penger som ikke er deres egne, foretar de ofte et hemmelig, "midlertidig" lån, og de mener å låne, de har ikke forbryterske hensikter, og har ikke vært borti andre kriminelle saker enn fartsbøter og parkeringsbøter. Dette blir ikke oppdaget, og "lånet" skal bare vare inntil hellet snur, og det snur jo aldri. En historie fra Drammen Tingrett, en sak mot en administrerende direktør som var knyttet til ledelsen av en stor norsk bedrift. Han var i 60-årene. Firmaet oppdaget plutselig at det manglet rundt en million kroner i kassa. Fekjær ba ham ta med kona til første time, og hun startet med å si noe karakteristisk: "Jeg venter bare på at jeg skal våkne av dette forferdelige marerittet". Hun hadde vært gift med ham i over 40 år, og kunne ikke tro det var sant at denne stø, solide, flinke mannen hadde gjort dette. Han fikk en streng dom.

Vi har ikke bare mange, lett-tilgjengelige automater i Norge, vi har også uvanlig grove automater - også i forhold til penger. Med middels fart på spillet må man regne med å tape ca. 40 kroner i minuttet. Dersom vi betrakter dem som spiller på disse automatene, ser vi at flertallet ikke har råd til å stå der svært lenge. Det forekommer i alle yrkesgrupper og sosiale lag, om lag 3 menn for hver kvinne med problemer, men det er en overhyppighet blant folk med lav inntekt og utdanning. Finansdepartementet kaller det frivillig skattlegging. En ting er hvor frivillig det er. Men denne skatten er ikke progressiv, men regressiv, den rammer dem som har minst hardest.

Hvorfor spiller nordmenn så mye?

Hvorfor spiller nordmenn så mye? De tenker ikke på

samme måte som ved annen pengebruk.

Fordi vi alle er hjernevasket, når det gjelder spill, til å tenke at det kan skje. Og alt kan skje.

Fekjær brukte seg selv som eksempel. Han er 66 år, og det kunne være en sjanse for at han kunne dø på vei ut av forelesningssalen. Det ville i alle fall være mye mer sannsynlig enn at han skulle bli Lotto-millionær, sa han. Men vi er hjernevasket med slagord som "Lett å spille, lett å vinne" og "Spill og vinn" osv. I motivene for å spille inngår et element av urealistisk optimisme, eller "Positiv tenkning" som det heter.

I motivene for å spille svarer i en SIRUS-undersøkelse 72 prosent av problemspillere at "I dag

kommer jeg til å ha mer flaks enn jeg pleier å ha".

Det er en del mekanismer som utløser og opprettholder spilleavhengighet. Den mest obligatoriske er den tidlige gevinsten. Den eneste måten å vinne på, skriver Liza Marklund i en bok, er å vinne med en gang, slutte med en gang og beholde gevinsten. Og det er det ingen som gjør, av dem som vinner med en gang. En dame i førtiårsalderen, alene med en gutt i puberteten, var inne hos Fekjær for første gang. Året før hadde venninnen overtalt henne til å gå på bingo, og til å putte den første mynten på en automat. Ut kom 11 000 kroner. Hvis noen prøver å si at de da ikke ville ha spilt mer i en sånn situasjon, er det lite troverdig. Det er klart intet inspirerer så mye til spill som gevinster.

Kampen for å vinne tilbake det tapte

Men når den tidlige gevinsten er nevnt, er "chasing the losses" den største grunnen til at spillingen fortsetter, kampen for å vinne tilbake det tapte. Det skyldes både de økonomiske problemene og kampen for å redde et ødelagt selvilde. Mennesket er også et overtroisk dyr, og hengir seg ofte til magisk tenkning. Man merker seg omstendighetene da man vant en pen gevinst, og prøver å gjenskape dem, måten man trykket på knappen, klærne man hadde på seg, tiden på døgnet da man vant. The gambler's fallacy – spillerens feilslutning - er troen på at tilfeldigheter jevner seg ut på kort sikt, ikke bare på lang sikt. Men selv om det er femti prosent sjanse for krone eller mynt, er ikke sjansen større for krone, selv om det er blitt mynt fire ganger på rad. Mynten har ingen hukommelse. Ved spill på automat fører denne feilslutningen til tankeganger som: "Nå har jeg spilt og tapt så lenge – nå må det bli gevinst". Og det er jo tåpelig å slutte like før man skal få en gevinst.

"Easy come – easy go" er et ordspråk som beskriver holdningen mange spillere har dersom de har fått en større gevinst. "Bare litt til" er en annen holdning som er utbredt. Når man har kjempegjeld på grunn av oddspill eller lignende, er det vanskelig å slippe drømmen om at man ved hjelp av en større innsats og riktige tips nå kan løse hele problemet, særlig når en ikke ser andre utveier.

Automater i Norge er et tilfeldighetsspill som har en ny trekning med halvannet sekunds mellomrom, 40 ganger i minuttet, og de stjeler spillerens oppmerksomhet mer enn noe annet. En del, særlig eldre og middelaldrende, deprimerte kvinner, benytter automaten til å slippe å tenke på det ellers triste tankeinnholdet de har. Det er så godt å slippe, selv om nedturen er brutal etterpå.

Fortsetter



Fortsatt

Automater er og blir hovedproblemet

Automater er og blir hovedproblemet. Hvordan kan noen spille bort månedslønnen på en automat i løpet av noen timer? Ingen tenker på forhånd at det er det de skal gjøre. De skal bare prøve litt – 50-200 kroner kanskje. Og det er en udramatisk avgjørelse. Det er lov til å tape litt. Unntaksvis vinner de, når de bare skal prøve litt, og det er jo bare idioter som slutter når de for en gangs skyld har en heldig dag. Men det vanlige er selvfølgelig at man taper, og det er smertefullt. Selv om man kanskje har råd til den økonomiske siden av det, er ydmykelsen ved å bli lurt av den dumme kassa for fem tusende gang ikke til å bære, det må gjøres ugjort. Og det kan bare gjøres ugjort på en måte, ved å vinne pengene tilbake. Derfor tas den lille udramatisk avgjørelsen om å bare prøve litt til. Og litt til. Og litt til. De kan ha en positiv magefølelse. De kan føle at nå har de tapt så lenge at nå er det snart deres tur, noen slags rettferdighet må det være her i verden. Og så er det synspunktet at: "Han som kommer etter meg, skal ikke få mine penger". En postmann hadde spilt bort månedslønnen, og bak ham sto det en han kalte for "Ei



gammel kjerring" og spurte hvordan det var å spille. Og så hjalp han henne å putte på en mynt, og ut kom månedslønnen, "mine penger", mannen var jo desperat. Mannen, som var fotballdommer på si, var så hekta at det hadde forekommet at han hadde blåst av en fotballkamp 10 minutter før slutt en gang for å rekke nærbutikkens automat før den stengte. Alle protesterte, men dommeren er suveren.

WHO's diagnosesystem, ICD-10 er veldig vagt når det gjelder spilleavhengighet. Men i det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV, har en vilkårlig satt grensen for spilleavhengighet (pathological gambling) ved positive svar på minst 5 symptomer. Men en rekke forskere har funnet ut at det holder lenge med to positive svar, nemlig på spørsmålene: "Har du noen gang følt behov for å spille for mer og mer penger?" og

"Har du noen gang løyet for mennesker som er viktige for deg, om hvor mye du spiller?" Svarer man ja på disse to, kan man kalles en patologisk spiller.

Behandlingsresultatene er gode

Behandling av spilleavhengige er en takknemlig oppgave. For behandlere som er vant til å arbeide med rusgiftavhengighet, er spilleavhengighetsbehandling et godt middel mot utbrenthet, fordi behandlingsresultatene er mye bedre, og pasientene er langt mindre ambivalente når det gjelder målet. Det er snakk om å modifisere atferd, og det er mange fellestrekk med behandling av rusgiftavhengighet. Derfor er også behandlere og forskere på spilleavhengighet ofte rekruttert fra rusgiftfeltet. Men en må lære seg noe i tillegg. Mange spilleavhengige føler, når purringene og inkassovarslene kommer, at de ikke kan gjøre noe med det. De kan ikke betale likevel, og så lar de det bare ligge, noen ganger slutter de å åpne posten. Da kommer en del straffegebyrer i tillegg til rentene, så det er veldig dyrt. Man kan overleve på en "hvit", lovlig gjeld i dette landet, og i verste fall kan man få gjeldsordning. Men noen har gjeld til norsk, eller russisk eller kosovoalbansk mafia, hvor innkreverne har meget håndfaste metoder, og det kan være et virkelig problem. En av Fekjærs pasienter ikke bare flyttet for å komme unna torpedoene, men han fikk departementets tillatelse til å forandre både for- og etternavn også.

Spilleavhengighet er et veldig utbredt problem. Hele behandlingsapparatet jobber jo egentlig for å overflødiggjøre seg selv, men på spilleavhengighetsfeltet er det større mulighet til å greie det enn på mange andre områder. For spilleavhengighet er i all hovedsak et politikerskapt problem. Problemene med private pengespill er ubetydelige i vår tid. Seddelforbudet som ble innført sist sommer har allerede hjulpet mye. Først er nå allmennhet og politikere blitt klar over at det er et alvorlig problem. Hver dag skjer det familieoppløsninger på grunn av pengespill. Kanskje må problemene bli enda verre før de blir bedre. Men i utgangspunktet er spilleavhengighet lettere å forebygge enn mange andre problemer vi sliter med i samfunnet.

Det nytter

Margrethes vei ut av avhengigheten



Det er nå over fire år siden Margrethe stod fram med sin egen historie som rusgiftavhengig i boka "Vi greide det – 21 historier som viser at det nytter". Boka er blitt godt mottatt, og kommer nå i nytt, oppdatert opplag. Du kan lese mer om boka og Det Nytter-nettverket på Det Nytters eget nettsted, www.detnytter.no.

Av Marius Steen

Margrethe prøvde hasj på ferietur i Danmark 12 år gammel. Hun fortsatte sporadisk før hun i 14-årsalderen begynte å vanke i det tunge stoffmiljøet i Bergen. Hun hadde det ikke for godt hjemme. I stoffmiljøet følte hun seg inkludert, og ville bli junkie. I løpet av to måneder gikk hun fra hasj til heroin. – Den rusen tok vekk smertene fordi livet mitt ellers var helt pyton, sier hun.

Margrethe hadde hatt gode karakterer på skolen, og derfor tok ikke lærerne og andre rundt henne den negative utviklingen hennes særlig alvorlig. Men stoffbruken tok overhånd, og hun sluttet på ungdomsskolen. .

På denne tiden hadde Bergen kommune en avtale med Selbu-kollektivet om å motta unge stoffavhengige. Hit ble Margrethe sendt mer eller mindre motstrebende.

– Hadde jeg ikke dratt til Selbu den gangen ville jeg vært under jorden nå, sier Margrethe. Hun var sliten, men hadde ikke dratt om det ikke hadde vært for dommen som hang over henne samt familien og eldre venner som maste.

– Jeg tenkte at Selbu ville fungere som en pause en liten stund, men at jeg ikke skulle tilbake til stoffmiljøet i Bergen var utenkelig, fortsetter hun.

De små skrittene og de store valgene

Under Selbu-tiden lærte Margrethe seg helt vanlige grunnleggende sosiale ferdigheter. Den sosiale fungering ble bedre. Men de gamle problemene trengte seg på. Smertene fra barneårene ble gradvis tydeligere. Følelsen av ikke å være god nok, ikke høre til og ikke være verdsatt, gjorde seg gjeldende.

- Jeg hadde ennå ikke lært meg gode nok måter å forholde meg til den smerten på, uten om å ruse meg, sier hun og fortsetter:

– Jeg skled tilbake til rusmiljøet og reiste i 1984, etter

kun 2,5 år på Selbukollektivet, tilbake til stoffmiljøet i Bergen. Etter et halvt år i Bergen, prøvde hun igjen å ta tak i livet sitt. Det at hun gikk tilbake til stoffmiljøet var viktig – at hun fikk se miljøet med nytt perspektiv gjorde at hun forstod i hvilken gal retning dette miljøet tok henne. Margrethe utdyper – jeg måtte tilbake til Bergen for å forstå verdien av Selbu, hva personene der og prosessen jeg gikk gjennom der betydde for meg.

Det var de små skrittene som førte Margrethe i riktig retning. Hun returnerte til Selbukollektivet igjen, og leste til ungdomsskoleeksamen. Under denne perioden ruset hun seg bak ryggen på de ansatte, men hun fortsatte å ta fag og gradvis tilegnet hun seg kunnskap og ferdigheter til å leve et normalt liv. På Selbukollektivet fikk hun innsikt i problemene sine, hun fant potensielle løsninger på problemene, og ble verdsatt og inkludert. Dette førte til hennes endelige valg nyttårsaftnen 1986 hvor Margrethe spylte stoff ned i toalettet og tok tak i livet sitt for alvor. I dag lever Margrethe et helt normalt liv, hun er høyskoleutdannet, hun jobber og hun har en snart 15 år gammel datter.

Man har rett til en framtid til tross for sin fortid

- Det er en befrielse å stå frem med mitt gamle liv, sier Margrethe. Skjuler man sin fortid hindrer man seg selv å lage en fremtid. Margrethe føler hun har gjort det mye lettere for seg selv ved å være åpen fra første stund, hun har dermed sluppet unna omskrivninger og halvsannheter. Friheten ligger i å ikke være nødt til å skjule. Margrethe sier det er skammen som rår og får folk til å unngå temaet og familier til hysje ned problemet. Skammen er på begge sider av bordet, skammen ligger hos den stoffavhengige som har skuffet sin familie og såret de rundt seg, men skammen ligger også i de pårørende som føler de har mislykkes som foreldre og omsorgspersoner.

Du kan lese mer om Margrethe i boka "Vi greide det – 21 historier som viser at det nytter".





Finnes det kronisk avhengige?

På bakgrunn av diskusjoner de siste årene om prioritering av pasienter til avhengighetsbehandling i spesialisthelsetjenesten, var det knyttet store forventninger til avdelingsoverlege, Per Føyns innlegg på Forbundet Mot Rusgifts fagdag om avhengighetsproblematikk. Føyn er psykiater, og arbeider til daglig i Avdeling rus og avhengighet (fra nyttår: Klinikk rus og avhengighet) ved Aker Universitetssykehus i Oslo.

Føyn begynte med å si at hver gang han blir bedt om å si noe om dette temaet, holder han et innlegg om holdninger til fenomenet. Kan det for eksempel være noe i selve spørsmålsstillingen som innebærer holdninger til spørsmålet om avhengighet som sådan?

Er avhengighet noe vi i utgangspunktet har en negativ holdning til? For å forklare sitt syn på avhengighet, innledet Føyn med å definere sitt syn på mennesket som Jordens mest avhengige vesen. Når det gjelder "yngelpleie" er det ingen annen art som trenger så mye omsorg som mennesket. Det er avhengig av andre mennesker, grunnleggende fra vugge til grav. Gamle undersøkelser fra barnehjem viste at mennesket trenger mye mer enn mat, det trenger å bli tatt opp og kost med og få en relasjon helt fra fødselen av, ellers stiger dødsprosenten i barnehjemmet. Dersom barnet bare ligger i sengen og kun får bleieskift og mat, så får man mer infeksjoner og høyere dødsprosent. Det er psykologisk sett et gruppevesen – å være inneholder en grunnleggende avhengighet i forhold til andre mennesker. I utgangspunktet er derfor avhengighet et fenomen som er dypt menneskelig, og som vi ikke skal være positive eller negative til. Vi skal bare vite at avhengighet er et fenomen som vi skal ta hensyn til. Og hvordan vi som individer håndterer vår avhengighet, det er spørsmålet. Gjør vi det på en måte som gir oss mye energi, eller gjør vi det på en måte som skaper plager for oss selv eller andre, eller nedsetter funksjonsnivået, det er det

avgjørende også i forhold til hva slags behandling vi trenger og kan gjøre oss nytte av.

Kroniske lidelser

Både biologiske og psykologiske tilnærminger gir svar på spørsmålet om det finnes kroniske lidelser, i alle fall i betydningen lidelser som når de først er der, må regnes som varige, selv om de kan kontrolleres. Men en annen måte å svare på, kan være at rusgiftavhengighet er ikke vesensforskjellig fra andre alvorlige sykdommer som er preget av vekselvis tilbakefall og bedring (relapsing – remitting), karakterisert ved at pasientene har gode perioder og dårlige perioder, og tilbakefall er oftere regelen enn unntaket. Vi skal også vær klar over at ved tilstander som kan betegnes som psykiske lidelser, vil det alltid være noen pasienter som blir kroniske. Selv med all verdens beste behandling, vil statistikken alltid vise at ved alvorlige psykiske lidelser er ca 10 prosent av pasientene behandlingsrefraktære, dvs. de blir ikke bra/bedret nok. Slik er det også med rusgiftavhengighet. Og mange pasienter dør av sin alvorlige, kroniske lidelse. Statistikken viser for eksempel at 10 prosent av personer med bipolar lidelse 1 (tidl. Manisk Depressiv sinnslidelse) klarer å ta sitt eget liv, selv med god behandling og oppfølging.

Fortsetter neste side



Finnes det kr

Regulering av selvfølelse – redusere ubehag

Vi mennesker regulerer vår selvfølelse, vår opplevelse av oss selv og hvordan vi har det, på en slik måte at vi skal føle oss vel, at vi skal ha det bra, og vi forsøker med forskjellige midler å redusere det som måtte være av ubehag. Vi ønsker altså en tilstand hvor vi ikke har mye ubehag og, hvis vi snakker selvpsykologisk, reduserer vi dette ubehaget gjennom tre mekanismer, idealisering, speiling eller mestring. Personer som gjennom en religiøs omvendelse gir Gud æren for at de holder seg rusgiftfrie, driver med idealisering. Føyn hadde en historie om en eldre kar som hadde vært alkoholavhengig i mange år, men som nå hadde fått en kone som speilet ham hele tiden. Han var veldig avhengig av henne, men drakk ikke alkohol lenger, og fungerte veldig bra. Føyn fortalte også om et tilfelle hvor han ble fraløpt inne i skogen av en gammel mann, som hadde vært alkoholavhengig i minst 25 år, men som på sine gamle dager hadde oppdaget at han var god til å løpe. Så hadde han begynt å delta i maratonløp rundt omkring i verden, og kuttet ut alkoholen helt. Dette var altså et eksempel på at mestring var en måte han kunne regulere sin selvfølelse gjennom.

Problemet med rusgifter er imidlertid at de gir kunstig selvfølelse. De fleste bruker rusgifter for kunstig å få en litt bedre selvfølelse. På en nylig avholdt fagkonferanse i rusgiftfeltet foretok helsedirektøren en håndsopprekning vedr. hvor mange som hadde drukket rødvin på lørdagskvelden, og det var de fleste. De fleste av oss regulerer altså vår selvfølelse med rusgifter, eller vi demper ubehag.

Avhengighetssyndrom = biologisk og psykologisk

Dersom man skal kunne svare på spørsmålet om det finnes kronisk avhengige, så må vi først se på hva rusgiftavhengighet egentlig er. I definisjonen av et avhengighetssyndrom inngår både lyst eller tvang til å innta rusgiften, kontrolltap når den inntas, abstinens når man ikke får den, toleranseutvikling – dvs. ikke like sterk effekt av samme dose, likegyldighet overfor andre interesser eller gleder, slik at man erstatter de vanlige metodene for å regulere selvfølelsen med en rusgift. Man erstatter vanlige måter å fungere psykologisk på, og rusgiften har dessverre en svært sterk

motivasjonskraft. Og rusgiftbruken opprettholdes til tross for åpenbare, skadelige konsekvenser.

Rusgiftbruk kan gi irreversible skader i nervesystemet.

Det er ingen grunn til å tvile på at langvarig og hyppig bruk av rusgifter kan gi irreversible skader i nervesystemet. Da må i alle fall disse skadene være kroniske. Men dersom man fastholder at alle mennesker er kronisk avhengige av noe, så blir spørsmålet om det finnes en egen type kronisk avhengighet av rusgifter. En alkoholavhengig person, som ikke har brukt alkohol på lenge, men som har hatt et avhengighetssyndrom, er det en kronisk avhengig? Dersom man sammenligner med en pasient som har en bipolar lidelse, kan vedkommende være frisk og velfungerende, men han kan når som helst få en ny manisk episode. Og vedkommende må bruke medisiner, eller han kan ta sjansen på å greie seg uten. Det er klart at han har en bipolar lidelse, en kronisk stemningslidelse, selv om han i øyeblikket er frisk. Så kronisk rusgiftavhengighet er etter Føyns mening hyppig forekommende hos personer som har hatt et fullt avhengighetssyndrom, selv om noen pasienter i øyeblikket eller i lang tid ikke har rusgiftpreget atferd. Rusgiftavhengighet er etter hans mening en kronisk sykdom. Både de biologiske og de psykologiske fenomenene blir kroniske. De biologiske mekanismene bak aktiv rusgiftavhengighet kan bli aktivert dersom pasienten inntar for eksempel alkohol, men de blir ikke aktivert så lenge vedkommende er avholdende. Så det som er hemmeligheten er at man klarer å regulere sin selvfølelse med nye metoder, i stedet for med rusgifter. Og avhengighetsbehandling tar tid, fordi det tar lang tid å lære seg å regulere selvfølelsen med nye metoder eller få tilbake de gamle metodene man hadde før avhengighetsutviklingen tok overhånd. Hvis man gjennom terapi lærer seg å regulere selvfølelsen sin med helt normale metoder, uten bruk av den rusgiften som man har en tilbøyelighet til å bli avhengig av, så er man blitt frisk.

Men så er det mange som erstatter den psykologiske avhengigheten av rusgiften med en eller annen annen form for avhengighet. Det mente Føyn

Kronisk avhengige? (fortsatt)

måtte sees som et godt resultat av avhengighetsbehandling. Når man kan rope "Halleluja", dvs. at man har erstattet rusgiftavhengighet med avhengighet av religion, så har man det bra, sa han. Han refererte til mange pasienter som av ham selv og andre er blitt oppfattet som "kurusikkert", men som Evangeliesentrene har tatt seg av, med godt resultat. Men da må den nye formen for avhengighet - altså for eksempel religionen - regulere selvfølelsen på en tilfredsstillende måte, slik at ikke rusgifter igjen blir en fristelse. Det vi må være opptatt av, er om pasienten får tilbake funksjon og livskvalitet.

Sunn eller skadelig avhengighet?

Kjærester er - og skal være - avhengige av hverandre. Det er normalt - til en viss grad. Men i vårt samfunn har vi kanskje en tendens til å betone individet og individets uavhengighet for sterkt, den narsissistiske kulturen - jeg, meg og mitt, og vi er for lite opptatt av mennesket som gruppevesen, med tilhørighet og avhengighet. Vi trenger riktignok personer utenfor oss, som kan bekrefte oss og vår selvfølelse - og det trenger vi hele livet. Noen overfører sin selvbekreftelse til penger, men egentlig er det mennesker vi trenger. Og hvis man er så avhengig av en kjæreste at man blir deprimert og mister funksjonen dersom forholdet tar slutt, eller man må være borte fra hverandre, da har man et avhengighetsproblem. Det samme med rusgifter. Det er atferden man utøver i forhold til andre mennesker eller de symptomene man selv har, som er det skadelige. Selve avhengigheten, hvis den ikke gir noe problem, er ikke skadelig.

Det spørsmålet som ofte stilles om en person som har fått betydelig økt livskvalitet og funksjonsnivå ved LAR, er: Har vedkommende en sunn eller usunn avhengighet av metadon?

Føyn mente dette ikke var spørsmålet i det hele tatt. Vedkommende har en avhengighet av metadon som gjør vedkommende i stand til å fungere. Og hvis det er det eneste som får vedkommende til å fungere, så er det ikke snakk om sunn eller usunn avhengighet. Det er som antipsykotisk behandling for schizofreni, og det er som insulin for sukkersyke. Da kunne en like gjerne spørre: En tørrlagt alkoholiker som er avhengig av

kona, er det sunt? En pasient som har bedre funksjon av å bo i en vernet bolig, er den pasientens avhengighet av å bo i den boligen sunn? Svaret er at det kanskje er omtrent det eneste som er sunt hos den pasienten, at han faktisk er avhengig av boligen, og klarer seg når han får det han trenger der.

Konklusjon - kronisk avhengighet

Selvsagt finnes det kroniske avhengige - mennesket er et avhengig vesen.

Det er hva pasienten er avhengig av, og hvor sterk den avhengigheten er som er avgjørende. Er avhengigheten så sterk at den forskyver andre livsmål? Og hvilken atferd får pasienten på grunn av sin avhengighet? Føyn henviste til at en del av tilhørerne i salen kanskje var litt avhengige av rødvin på lørdagskvelden. Det skader etter hans mening ingen, men det blir feil å si at det ikke innebærer et element av avhengighet. Spørsmålet er også hvilken innflytelse et menneskes avhengighet har på helsa og den psykososiale situasjonen. Å forlange absolutt rusgiftfrihet av en som har eller har hatt et avhengighetssyndrom, det blir jo helt absurd når ingen andre i samfunnet er rusgiftfrie. Det finnes praktisk talt ikke noen samfunn som ikke har hatt rusgifter som en selvfølelsesregulerende metode. Det er altså et avgjørende spørsmål: Får pasienten økt livskvalitet sånn som pasienten lever - og i sin avhengighet?

Personer som har avhengighetssyndrom, med aktiv rusing, dem er det synd på. Noen velger å si det sånn: Det finnes mennesker med kronisk avhengighetssyndrom og aktiv rusing fordi vi ennå ikke har funnet metoder til å behandle dem, metoder som gjør at de kan føres tilbake til fellesskapet.

For noen år siden var det en veldig optimisme, at man skulle kunne finne metadonet eller tilsvarende for alle rusgifter. Optimismen når det gjelder å finne erstatninger som er uskadelige, synes å være mye mindre nå.

Føyns konklusjon ble derfor at avhengighet som ikke er skadelig, ikke er plagsom verken for pasienten eller omgivelsene, eller som ikke gir nedsatt funksjon, det er OK.

Avhengighet i et beha



- Erfaring viser at det er fullt mulig å bryte uvaner og etablere nye vaner, sier Reidun Skjønberg .

En av veteranene innenfor norsk avhengighetsbehandling, Reidun Skjønberg Hansen er naturterapeut, og har selv vært stoffavhengig. Hun var med på etableringen av Sollia-kollektivet i 1970, og har siden arbeidet mye med de utfordringene som avhengighet av narkotika kan gi i en behandlingshverdag. Utfordringen blir desto større fordi Sollia også er et levetellesskap. Man kan altså ikke "ta seg fri" fra dem man skal behandle, slik man tross alt kan gjøre i mange andre behandlingssammenhenger.

andlerperspektiv

Skjønberg Hansen driver nå et naturmedisinsk behandlingstilbud til elevene ved Sollia, eller "pasientene", som man sier i dagens terminologi. Det innebærer soneterapi ved hjelp av å stimulere føttene, som da igjen stimulerer forskjellige deler av kroppen og på det psykiske nivået. Hun driver også med aromaterapi, med eteriske oljer, som er ekstrakter av planter og inneholder en rekke stoffer som virker gjennom huden eller som gjennom dufter påvirker luktreseptorer i hjernen. Hun anvender også øre-akupunktur som egner seg spesielt godt i forhold til personer med avhengighetsproblemer og psykiske lidelser. Hun arbeider også med vitamin- og mineralterapi som tar sikte på å bygge opp nivået av næringsstoffer i kroppen, som mange års aktiv rusing har brutt ned. Disse tilbudene får elevene ukentlig i starten, og ellers etter behov. Ved begynnelsen av oppholdet får elevene dette tilbudet ofte hver kveld, for å skape fortrolighet, trygghet og lette abstinenser. I første omgang konsentreres behandlingen om å hjelpe elevene til å slappe av, og de merker fort bedring på søvnen, at de blir roligere og merker at fordøyelsen kommer i balanse. Tilfriskningen blir også påskyndet ved hjelp av vitaminer og mineraler. Naturmedisinen har både en sedativ og en oppkvikkende effekt.

Tilbudet er populært, og alle benytter seg av det.

Individuelle tilnærminger – felles behov

Selv om vi er ulike individer, så har vi mange felles og grunnleggende behov. Vi har forskjellige utgangspunkt, vi har tillærte vaner og uvaner, men erfaring viser at det er fullt mulig å bryte uvaner og etablere nye vaner. Noen klarer endringene på første forsøk, mens andre trenger flere runder før de lykkes. Det som er viktig er at det skapes en kultur og et miljø som legger mulighetene til rette for endring. I et tett og nært fellesskap, som på Sollia, er det umulig å gjemme seg bort, man må vise seg fram, man får tilbakemeldinger, og man lærer noe nytt hver dag. Erfaringene fra Sollia gir all grunn til å føle motivasjon, styrke og optimisme for videre arbeid, sa Skjønberg Hansen.

—Hva er livskvalitet, spurte hun. Hva må til for å ha et godt liv? Når vi ser bort fra tillærte behov, som vi tror vi må ha, så har vi alle noen felles behov som må fylles for at vi skal få et godt liv. Disse behovene har også elevene på Sollia.

Trygghet er en av forutsetningene for endring, en forutsetning for å tørre å legge fra oss tillærte mestringsstrategier. På Sollia gjennomfører man seminarer hvor arbeidsledere og elever deles inn i hver sin gruppe, hvor man diskuterer hver for seg hva man

syns man trenger for å ha et godt liv, og utarbeider en "Ti på topp-liste". Etterpå diskuterer man seg fram til en felles liste for begge grupper, og tar med tilbake til kollektivet. Det bemerkelsesverdige er at listene for de to gruppene ofte ser relativt like ut, på tross av ulike utgangspunkt. Elevene har levd et hardt liv og har måttet tilegne seg mange vaner og uvaner i form av overlevelsesstrategier, mens arbeidslederne kanskje ikke har hatt så store påkjenninger i livet. Det er stor forskjell på å ha begynt med rusgifter som niåring og stå på bar bakke i dag, i forhold til å ha levd et beskyttet liv og være veletablert i dag. Men til tross for disse forskjellene, ser en altså at alle ønsker og trenger det samme. Bevisstheten om dette utjevner forskjeller og skaper likhet i kollektivet og motiverer for endring. Vi ser gang på gang at elever har evnen til å ta opp kampen og slåss for et bedre liv. Og de klarer det når forholdene legges til rette. Samfunnets ansvar er å sørge for dette, for at veien inn i behandling er kort, og for at tilbudene er varierte.

Alle undersøkelser viser at folk trenger lang tid. De fleste er innom flere behandlingstilbud før de klarer det. Det tar lang tid å skape et nytt liv. Alle undersøkelser viser at langtidsbehandling gir gode resultater. Men tilbakefall skjer den dagen du sitter der ensom og alene. Da blir veien tilbake til det gamle miljøet kort. Derfor er det etter Skjønberg Hansens mening et paradoks at utviklingen går i motsatt retning: Mer lavterskel, mer korttidsbehandling. For å skape et nytt liv med nye relasjoner og ny sosial tilhørighet, trengs det mer enn en liten "dært" med behandling her og der. Det trenges støttespillere hele veien, som kjenner deg, som du er trygg på. Ingen kan gjøre den jobben det er å bli og å forbli rusgiftfri alene. Den siste "Ti på topp-lista" som ble laget på Sollia så slik ut:

10 på topp verdiliste for Sollia-kollektivet

- Trygghet
- Være til nytte for meg selv og andre
- Selvtillit
- Familie og venner
- En jobb å trives i
- Romantisk samliv
- Å ha noen leveregler
- At noen bryr seg om meg
- Økonomisk uavhengighet
- Fri adgang til natur og dyr

Sannsynligvis kan de fleste mennesker tilslutte seg disse verdiene. Det handler om motivasjon. Alle trenger vi å få dekket grunnleggende behov for å ha det bra.

Fortsetter

Avhengighet i et behandlerperspektiv

Fortsatt

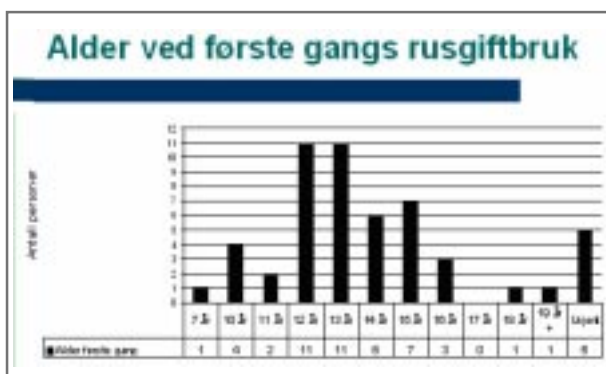
Nærhet, fellesskap, tilhørighet, medbestemmelse, samhold og gode relasjoner til andre. Det å kjenne at vi betyr noe for andre er viktig. Skal vi bli fornøyde, må vi føle oss fortjent til det. Det er viktig å vite at andre regner med deg, du byr på deg selv, og du får noe tilbake. Du tar ansvar, og du blir vist tillit. Det er en menneskerett, det er godt og det er nødvendig, å få lov til å være pasient en stund, men ikke resten av livet.

Tilfredshet på bakgrunn av dagdrømmer, illusjoner eller rusgifter gir ikke trygghet. Det er ikke mange av våre elever som har fått dekket disse behovene i sitt tidligere liv. Men de som har lite, de satser alt, de har ingen ting å miste.

Hva er avhengighet?

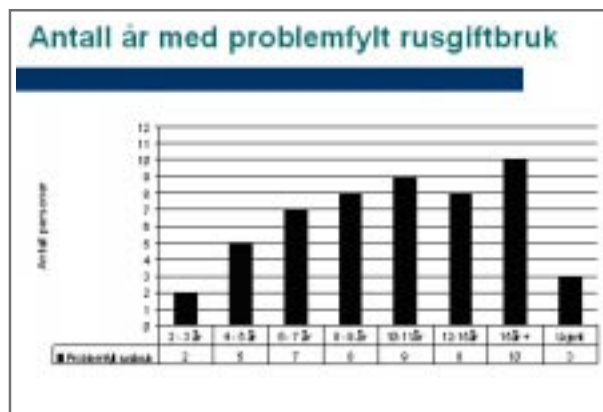
Det er en interessant diskusjon hva avhengighet egentlig er. Det er spennende å fordype seg i hjernen og dens mysterier, men det er skummelt dersom man finner ut at det har oppstått biologiske skader og problemer som alltid skal medisineres. Etter Skjønberg Hansens vurdering handler det om en blanding av biologi, arv og sosial påvirkning. Det er ganske mye av hjernekapasiteten vår som ennå ikke er utforsket, og de lærde strides og finner stadig nye svar. Det kan av og til synes som om biologien og psykologien er blitt så komplisert å forholde seg til, at det virker som om avhengighetstilstander er umulige å endre. Og når vi snakker om hvordan hjernen blir påvirket av stoffer som vi inntar, skal vi heller ikke glemme de stoffene som kroppen allerede har, som er en egen kjemi, og som kan påvirkes på mange forskjellige måter, uten nye kjemiske tilsetninger.

De som kommer til behandling på Sollia, har ofte store forstyrrelser. De har en tidlig rusgiftdebut, en lang karriere som rusgiftbrukere, de har flere alvorlige psykiske plager, de har lærevansker og et lavt utdanningsnivå, de har relasjonsskader, og de har ubearbejdede traumer. Når man ser disse symptomene, kan vel noen og enhver forstå disse elevenes behov for stimuli og flukt. Og stress er vel kanskje den mest utløsende faktoren for avhengighet.



Figur 1:

Figur 1 viser tall fra en etterundersøkelse blant elevene på Sollia, hvor i alt 52 elever har deltatt. Her ser man da alderen ved første gangs rusgiftbruk. Når man begynner å ruse seg som barn, så lærer man jo ikke å leve livet, man lærer ikke å stå i frustrasjoner, man lærer ikke å tåle utfordringer. Dermed forstår vi at det er mye som skal læres, det er mye som skal repareres, og at det må ta tid og rom.



Figur 2:

Figur 2 viser hvor mange år med problemfylt rusgiftbruk de 52 elevene som var med i undersøkelsen hadde bak seg. Tallene snakker for seg selv. Sollia har en historie med å gi tilbud til de mest slitne og forkomne, med mange års problemfylt rusgiftbruk bak seg. Mange i denne gruppen ville i dag ha blitt tilbudt legemiddelassistert rehabilitering, LAR. Man ser nå også en dreining av søkermassen til Sollia. Det kommer flere unge søkere med kortere rusgiftkarriere. Sollia som institusjon kan leve godt med det. Men Skjønberg Hansen syns det er synd at mer langtkomne rusgiftavhengige blir tilbudt metadon eller subutex før de har fått sjansen til å være helt rusgiftfrie i et trygt miljø over tid. Etter det kan de eventuelt foreta et valg. Det er viktig at folk skjønner hva de velger bort dersom de velger å gå på LAR eller andre medikamenter i tiden framover.

Skjønberg Hansen viste også at den psykiske helsetilstanden hos Sollia-elevne i løpet av de siste 4 ukene før inntaket og i løpet av hele livet var preget av mange psykiske problemer. Mange har flere alvorlige psykiske symptomer/problemer på en gang. Sollia-kollektivet har ikke erfart store endringer i bildet når det gjelder psykisk helse hos elevene, fra starten for 36 år siden og fram til i dag. Endringen består i at det er langt fler som har diagnoser.

Er avhengighet et symptom?

Spørsmålet etter dette, er om avhengighet er et symptom. Et symptom er jo noe som viser seg fram,

noe man kan gripe fatt i og gjøre noe med. Og erfaringene man har hatt på Sollia så langt er at det meste er reversibelt. Etter mange års aktiv rusgiftbruk lider man av et enormt stress både fysisk og psykisk. Men erfaringen er at de fleste kan lære seg enten å leve med eller å bli kvitt disse symptomene. For en tid siden var det utenkelig for folk å slutte å røyke. I dag er det mange som har sluttet å røyke og vil slutte å røyke fordi forholdene er blitt lagt til rette for det. På Sollia opplever man også at elevene slutter å røyke. Det er ikke så lenge siden behandlere sa til tunge rusgiftavhengige som kom i behandling at de ikke burde prøve å slutte å røyke, for nå hadde de nok av andre ting å tenke på. Så tilretteleggingen og forholdene rundt er ganske avgjørende for hva det er mulig å få til.

Skjønberg Hansens utgangspunkt blir dermed at avhengighet er en vane, en tillært vane, som det går an å slutte med. Elevene på Sollia er også opptatt av helse. De fører derfor en daglig kamp for å redusere forbruket av sukker, cola, nikotin og usunne produkter.

Andre viktige endringsverktøy på Sollia:

Skjønberg Hansen fikk litt dårlig tid på slutten, men rakk likevel å si noe stikkordsmessig om andre viktige endringsverktøy og –prinsipper på Sollia:

- Trygghet i et tett og nært forpliktende levefelleskap
- En hverdag med meningsfylt innhold
- Arena for utvikling av sosiale ferdigheter
- Arena for utvikling av praktiske ferdigheter
- Arena for personlig utvikling og økt selvinsikt
- Et levende demokrati og ansvarliggjøring i hverdagen
- Gradvis tilbakeføring til deltagelse i samfunnet
- For alle er det en opptur å bli kjent med seg selv og oppleve egenverd
- Oppleve at man kan komme gjennom kriser, uten å gå til grunne
- Det er godt å oppleve sin kropp i balanse fysisk og psykisk
- Det gir trygghet og motivasjon til å komme ut av avhengigheten
- Alle vet hvor vondt det er å ha mye frustrasjoner

Symptombehandling eller helhetlig tilnærming?

Vestlig medisin er opptatt av symptomer og symptombehandling Reidun Skjønberg Hansen Hansen er inspirert av Kinesisk medisin som er mer opptatt av hele mennesket og å hjelpe kroppen til å reparere ubalanser

- Kroppen reparerer seg selv hele tida
- Følelseslivet påvirkes og harmoneres
- Behandlingen hjelper til så prosessen går fortere

Både diagnoser og medisiner er viktige innslag i behandlingen, men det er viktig å ikke introdusere dette på det tidspunktet hvor folk er forvirret og urolige og livredde i utgangspunktet. Da kan det bli mange rare diagnoser og veldig mange ADHD-er.

Erfaringen på Sollia er at når stoffene blir borte, så kommer det flere symptomer fram, og da framtrer avhengighet til forskjellige ting, som avhengighet av sukker, av kaffe, av nikotin, av spilling, av trening. Man kan kanskje også bli avhengig av å være avhengig.

Naturmedisin

Skjønberg Hansen ønsket til slutt å slå et slag for naturmedisin inn i avhengighetsbehandling.

Naturmedisinen har følgende effekter:

- Skaper balanse – reduserer stress og abstinens
- Sedativ effekt (for de som trenger det)
- Oppkvikkende effekt (for de som trenger det)
- Angstdempende
- Letter depressive reaksjoner
- Løser muskelspenninger (muskel – skjellettplager)
- Påvirker søvnmønster
- Påvirker fordøyelsen
- Smertelindrende effekt
- Reduserer behandlingsavbrudd
- Bedrer kontakt med egen kropp
- Gir omsorg og nærhet
- Åpner for samtaler om egne følelser
- Gir velvære uten kjemiske stimuli
- Bevisstgjør i forhold til egen helse og behov
- Hjelper folk til å selv ønske endring

Virksom behandling uten medikamenter

Reidun Skjønberg Hansen la fram følgende:

- 72 % av svarerne på Sollias etterundersøkelse lever et liv uten rusgiftavhengighet Alle slet med tung rusgiftbruk før inntak. N=32.
- 71 % av svarerne lever av eget arbeid eller studielån, kombinert med atfering.
- 2 % levde av eget arbeid før inntak. N=32.
- 75 % av dem som fullfører er rusgiftfrie
- Alle som har hatt oppfølging av kollektivet etter utskrivning er rusgiftfrie.

Alle disse effektene kan leses i rapporten:

"Livet etter behandlingkollektivet."

Halvor Fauske.- 2004.

Forskningsrapport no. 114/ 2004. Høgskolen i Lillehammer.

Finnes på <http://www.sollia.no> og på <http://www.fmr.no/livet-etter-behandling.138772-9430.html>

Alcoholicus cronicus –



egne erfaringer

- Erasmus Montanus/Rasmus Berg og jeg er vel i samme kategori – kroniske alkoholikere, sa Finn O. Karlsen, da han la fram sine egne erfaringer med det å være alkoholavhengig på Forbundet Mot Rusgifts fagdag om avhengighetsproblematikk.

- For meg begynte det med likør på pekefingeren når de voksne hygget seg, sa Karlsen. I ungdommen ble ukepengene på 15 kroner brukt til "5 halve lyse", 3 kroner halvliteren for ølet den gangen.

- Men det holdt ikke, så jeg begynte å jobbe etter skoletid for å få penger til "børst", sa Karlsen. Å møte fyllesyk på skolen var ikke uvanlig. På skolen fikk han pussig nok en historisk særoppgave med tittel "Anonyme Alkoholikere". Hun som hjalp ham å skrive den, traff han igjen på et AA-møte 30 år senere.

Filmen "Dager med vin og roser", den første helaftens spillefilmen om AA i 1961, satte Karlsen på tanken at dette også kunne bli hans skjebne. Innerst inne trodde han imidlertid fullt og fast at han kunne slutte å drikke hvis han virkelig ville. Det var feil.

Studier i utlandet gikk dårlig. Studielånet ble drukket opp på en natt. Ekteskap og barn ble det, og en brukbar jobb i en spennende bransje, merkelig nok.

Plutselig var det slutt; jobb, familie, hus forsvant, og Finn sto tilbake med en plastikkpose. Hva nå, unge mann? Han fikk tilbud om å bli med i AA. Det ble til det, men han hadde ikke noe ærlig ønske om å slutte å drikke. Etter to år i AA skjedde det som måtte skje, han "sprakk", fikk et tilbakefall. En lagerøl (tilsvarende lettøl, red. anm.) var åpningen på 15 nye år med fyll, innleggelsler og nederlag. Besettelseslidelsen var i gang igjen.

På slutten av den 15-årsperioden begynte han å føle en slags krig mellom underbevissthet og samvittighet. Stadig hadde han fått høre: "Når har du tenkt å gi deg med dette da, Finn?" Gi seg? Han skulle klare det når han ville! Heldigvis opplevde han et edru gløtt hvor han forsto forskjellen på å gi seg og det å klare det.

Han kapitulerte for alkoholen, han var maktesløs. Han ba om hjelp. Tilbake til AA. Han fikk skaffet seg ny

fadder, som arbeidet med trinnene (de tolv trinnene i AAs program. Red. anm.). Han var villig til å gjøre nøyaktig som det står i Storboka (AAs håndbok – red. anm.). For en gangs skyld ville han følge brukanvisningen. De tolv trinn, de tolv tradisjoner, de tolv begreper.

Å bringe budskapet videre ble det neste. Forklare at gudsbegrepet ikke har noe med religion å gjøre, at AA er anonyme, men ikke usynlige. Dvs. at et AA-medlem ikke skal stå fram i radio, TV, film, presse, for at enkeltmedlemmer ikke skal trekke fordeler av sitt medlemskap i AA på andre områder. Massemedia er som regel meget fortrolige med dette. Men man ønsker nå å gjøre AA tydeligere i samfunnet. I AA lærer man å leve livet en dag av gangen. For Finn er det nå blitt mer enn 14 nye, flotte år.

AA er i dag i 181 land (flere enn det er medlemsland i FN), 106.227 grupper og flere enn 2 millioner medlemmer over hele verden. I Norge: 200 grupper og 2000 medlemmer.

AA-vennen, dr. Oscar Olsen skrev: "Et liv med sterk alkoholavhengighet og skader av personlig, økonomisk og sosial art = kronisk alkoholisme".

Her avsluttet Finn O Karlsen sin beretning, for å vise filmen "Veien til AA".

AA startet i 1935 ved at en aksjemegler, Bill, og en lege, Bob, kom sammen. Begge var alkoholikere. De fant ut at ved å snakke sammen om felles problemer, holdt de seg edrue den dagen. En dag av gangen, dele erfaringer styrke og håp.

Storboka ble kalt det på grunn av størrelsen. Dårlig papirkvalitet og bred marg gjorde boka stor. Senere fikk den navnet "Anonyme Alkoholikere", som igjen gav fellesskapet dets navn; Anonyme Alkoholikere (AA er en bok) og De 12 trinn er et foreslått åndelig handlingsprogram.

Referat fra foredrag på FMRs fagdag 2006

Avhengighet, i et brukerperspektiv

Knut Løvli, kjent fra TV serien "– En kjærlighetshistorie, Knut og Siv", deltok som innleder på FMRs fagdag om avhengighetsproblematikk. Han har selv en fortid som stoffavhengig, men bygger nå en ny tilværelse uten stoffer. Han marte til større forsiktighet med reseptblokk hos legene, og kritiserte legemiddelindustrien. Men først og fremst ga han en beskrivelse av hvordan det oppleves å være avhengig.

Alle kan bli avhengige dersom de får tilført nok avhengighetsskapende medikamenter over tilstrekkelig lang tid, sa han. Noen har lettere for det enn andre, men de fleste kan ende opp som stoffavhengige. Løvli benyttet anledningen til å kommentere legemiddelindustriens aktivitet. De driver etter hans mening et kynisk spill overfor folk. Han brukte som eksempel legemiddelet "Temgesic"(inneholder buprenorfin – som i dag bl.a. brukes i vedlikeholdsbehandling. Red. anm.), som kom på markedet for ca. 20 år siden. En del sykehus tok det i bruk som smertebehandling overfor pasienter som hadde vært utsatt for ulykker eller tilstander som medførte store smerter. Mange av dem som fikk Temgesic på slikt grunnlag, finner man igjen i stoffmiljøet i dag, sa Løvli, eller de går på ulike legeforskrivne morfinpreparater, uten å være synlige på gata.

Etterlyser ny tenkning om smertebehandling

Han etterlyste ny tenkning når det gjelder smertebehandling. Et ungt menneske som kommer inn på et legekontor med brukket arm bør ikke få forskrevet 100 Paralgin Forte for å ta med hjem. Det kan føre til at pasienten ber om mer når boksen er tom. Med Paralgin Forte vil man etter Løvlis vurdering føle at man har like store smerter som før, selv om smerten er i ferd med å avta. I stedet bør vi finne metoder som stimulerer kroppen til å produsere mer av sin egen morfin. Vi må ikke gi unge mennesker tilvenning til morfinpreparater så lettvent som vi gjør i dag. Og leger må begynne å etablere nedtrappingsplaner for pasienter som har gått på morfinpreparater og vanedannende stoffer i lang tid, personer som ikke greier å stå opp om morgenen før de har tatt seg en tablett. Tar vi fra dem resepten, har vi dem fort ute i stoffmiljøet for å kjøpe medikamenter der, slik at de kan

komme seg på jobb. Det finnes også sovemedisiner som ikke er avhengighetsskapende, og som brukes innen psykiatrien, for eksempel Vallergan. Disse er å foretrekke, mener Løvli. Selv om de gir litt "hangover", kan man gå på disse i ukesvis, og likevel stoppe opp uten å ha noe "sug".

Veien inn i avhengighet

Løvli ble selv "hektet" etter en arbeidsulykke for ca. 20 år siden, fikk en brist i ryggvirvelen, prolaps, nesten avrevne senefester, og fikk utskrevet store mengder Paralgin Forte pluss et annet morfinpreparat som i dag er forbudt. Dette stoffet, Nobak, hadde veldig god virkning på muskelsmerter, og ble også skrevet ut for eksempel til folk som hadde poliomyelitt. Etter sykehusoppholdet lå Løvli hjemme og spiste piller en gang på begynnelsen av 90-tallet, da en av behandlerne fra Tyrili, som han kjente, kom på besøk. Han hevdet at Løvli var en av de verste narkomane han hadde sett. Han låste døra og startet en avrusning på et døgn, men hadde ikke tid til mer, så Løvli hadde mer piller, og fortsatte. Men så fikk han et nytt besøk, denne gangen av en kompis som selv var stoffavhengig. Mens Løvli gikk en tur på toalettet, stjal kompisene alle pillene hans og stakk, men lot Nobak-boksen være igjen, for det visste han ikke hva var. Legen ville imidlertid ikke skrive ut mer Paralgin Forte, og dermed begynte runddans med skifter av leger hit og dit for å få mer medikamenter. Han benyttet mye Legevakten, for der var det som oftest unge leger, vikarer og lignende. Han skadet seg selv for å få Paralgin Forte, men etter hvert begynte legene å kjenne ham igjen, og da måtte han begynne å reise til Oslo for å kjøpe.

Ikke morfinpreparater – men kortison.

Under et fengselsopphold fikk han tak i mindre preparater enn ellers, han fikk store smerter og mistet



FOTO: ANNIKEN MÅALAND

førligheten i beina. Han greide verken å ligge eller å stå eller sitte, fordi ryggraden var betent fra nakken og ned til halebeinet, og var hovnet opp til dobbelt størrelse. Så da han kom på sykehuset for å ta røntgenbilde, sa sykepleieren, før han hadde fått av seg T-skjorta: "Her ser vi at du har smerter". Men i fengselet aksepterte de ikke morfinpreparater, så løsningen ble én kortisonsprøyte i ryggvirvelen, og én i senefestene. Dagen etter var smertene som ved et trylleslag redusert med ca. 75 prosent.

Gatetilværelsen – et helvete

Likevel fortsatte han med preparater da han kom ut av fengselet, men greide å trappe seg ned. Det var i det

tidsrommet at han traff og ble sammen med Siv (fra TV-programmet). Hun hadde heroinproblemer, og Løvli greide ikke å finansiere både sitt eget og hennes forbruk av medikamenter, så de havna på gata til slutt. Å være på gata er et helvete, sa Løvli. Når man er så langt nede at man sitter med tiggerkoppen på Karl Johan, dreier alt seg 24 timer i døgnet om å holde seg "frisk", det dreier seg ikke om å ruse seg, for det har man ikke råd til annet enn den dagen trygdeutbetalingen kommer. Gatetilværelsen innebærer risiko for å bli ranet og for å bli tatt av politiet. Når man føler seg så dårlig at man nesten ikke kan si navnet sitt, ljuger man gjerne overfor politiet, for å komme ut igjen og få seg en "friskmelding", sa Løvli.



WHO's diagnose-system

Kjell Hultmann er psykiater, med årelang erfaring innenfor rusgiftfeltet generelt og 12-trinns tankegang spesielt. Han har lang ledererfaring bl.a. som overlege ved Trasopp-klinikken. På Forbundet Mot Rusgifts fagdag om avhengighetsproblematikk hadde han tatt på seg oppgaven å se på avhengighet i forhold til de internasjonale diagnose-systemene, spesielt WHO's ICD-10.

Det er i dag to internasjonale diagnose-systemer som brukes bl.a. i rusgiftfeltet. Disse har blitt utviklet med nye utgaver etter hvert som man fikk ny kunnskap og erfaringer.

ICD- International Classification of Diseases and other related Health Problems. (Utarbeidet av WHO)	
ICD-6	1950
ICD-8	1968
ICD-9	1975
ICD-10	1992

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
(Utarbeidet av American Psychiatric Association)

DSM	1952
DSM-II	1968
DSM-III	1979
DSM-III-R	1986
DSM-IV	1994

Hultmann innledet med å minne om at diagnose-systemenes oppdeling ikke er lik. I ICD-10 er alkoholproblematikken inndelt i "Skadelig bruk" (Kode F10-19.1) og "Avhengighetssyndrom" (Kode F10-19.2). I DSM-IV er diagnosene oppdelt i kategoriene "Misbruk" og "Avhengighet".

ICD-10.

"Avhengighet" – respektive "skadelig bruk" er delt opp i henholdsvis 6 kriterier og ett kriterium. Beskrivelsen av kriteriene nedenfor er forkortet, og beskriver følgende:

Avhengighet:

1. Et sterkt ønske om, eller en følelse av å være tvunget til å bruke rusgifter.
2. Vanskelig å kontrollere bruk, mengde, tidspunkt eller å slutte.
3. Abstinensproblemer.
4. Toleranse.
5. Ofrer andre fornøyelser og interesser på grunn av rusgiftbruk, bruker tid for å få tak i substansen eller på å ta seg inn igjen.
6. Fortsatt bevisst bruk, til tross for gjentatte, åpenbare negative konsekvenser.

Skadelig bruk:

- 1 Fortsatt bruk til tross for åpenbare, negative konsekvenser.

Selv om DSM-IV har andre inndelinger, er de to diagnose-systemene etter Hultmanns oppfatning i praksis ganske like. I begge systemene skal man ha symptomer i minst tre forskjellige kategorier for å være kandidat til avhengighetsdiagnosen. Den kliniske vurderingen er imidlertid viktig for å kunne stille en endelig diagnose. Og det skal stor klinisk erfaring til for å kunne vurdere menneskelige egenskaper som angst, trivsel, mot, motivasjon, selvtillit og for eksempel avhengighet. Selv om begrepene er sprunget ut av erfaringer, er de ofte ikke lette å observere direkte hos en enkelt pasient.

Teoretiske egenskaper og observerbare indikatorer

Når det gjelder avhengighetsområdet, har vi et univers av ikke-observerbare, ikke målbare begreper for egenskaper. Men vi har også et univers av observerbare og målbare indikatorer (symptomer, tegn,

stem – ICD-10 og avhengighetsbegrepet

atferd). Oppgaven blir å operasjonalisere de teoretiske begrepene (for eksempel avhengighet) til observerbare indikatorer. Det er det som er gjort ved "Skadelig bruk"/"Misbruk" og "Avhengighet" i ICD-10 og DSM-IV. De ulike indikatorene dekker ikke det begrepet vi vil operasjonalisere fullt ut, og beskriver kanskje også egenskaper ved pasienten som er irrelevante for det vi vil observere. Av den grunn vil også indikatorene bli definert litt forskjellig, avhengig av hva de som utarbeider diagnosesystemet er mest opptatt av. Det er årsaken til at vi har flere ulike diagnosesystemer. Men fordi man vet at indikatorene, slik de kommer til uttrykk i måleinstrumenter, ikke nødvendigvis dekker fullt ut den lidelsen man ønsker å diagnostisere, blir den kliniske vurderingen svært viktig.

Etter Hultmanns vurdering krever "avhengighet" og "skadelig bruk"/"misbruk" forskjellige behandlingsopplegg. Ved avhengighet har man i tillegg til skadevirkningene noe som i en publikasjon fra WHO blir kalt "Alcohol Dependence Syndrome Disabilities". Ved avhengighet er det ultimate målet rusgiftfrihet. Etablering av rusgiftfrihet er 10 prosent av arbeidet. Resten er arbeid med psyke, dypere bevissthet, energi, relasjoner, skole, jobb etc.

ADDIS-Testen

Hultmann bruker i sitt arbeid den s.k. ADDIS-Testen (ADDIS - Alcohol Drug Diagnos Instrument - et strukturert intervjuformular for diagnostisering av rusgiftproblematikk, som gir støtte for en klinisk vurdering i henhold til ICD-10 og DSM-IV/ diagnosekriterier). I den er kategoriene i ICD-10 og DSM-IV spesifisert. Den egner seg etter hans mening godt til å skille "Avhengighet" fra "Skadelig bruk". Den er også et utmerket pedagogisk hjelpemiddel.

Ved hjelp av dette instrumentet kan man kartlegge når enkelte symptomer viste seg, om disse fortsatt er tilstede, og hvilke nye symptomer som er kommet til senere og på hvilket tidspunkt.

Hultmann snakket også om krisen som forandringsenergi, og om å utnytte krisen til å skape en viss forståelse av avhengighetsyndromet hos pasienten. Krisen som kan skape mulighet for forandring, et "mulighetens vindu", varer kanskje bare ett døgn eller to, hvor forandring er mulig. Derfor kan en ventetid på 1-4 uker etter en krise igjen ha gjort avhengighetstilstanden behandlingsresistent.

Etterlyser paradigmeskifte i avhengighetsbehandlingen

Ny kunnskap kommer nesten daglig, på biologisk, psykologisk eller sosialt nivå, og den kan være med på å øke vår forståelse. Men dagens kunnskap bygger etter Hultmanns mening på "newtonske vitenskaper" som i sin grunnstruktur og tenkning er 3-400 år gamle. Ifølge disse vitenskapene består verden av enkeltdeler som påvirker hverandre, forandring skjer kontinuerlig og kunnskapen er objektiv. Hultmann etterlyste en utvikling på avhengighetsfeltet som også tar hensyn til kunnskap fra kvantefysikk/-mekanikk. Ifølge denne skjer forandring mellom nivåer diskontinuerlig – i sprang. En slik forståelse vil også endre vår oppfatning av helse og sykdom og forandringsprosesser. Også nødvendigheten av krisen for å oppnå diskontinuerlig forandring blir lettere å forstå. Hultmann spådde et paradigmeskifte både terminologisk og metodemessig, hvor denne kunnskapen blir implementert også på rusgiftområdet.

Ordlisten gir en definisjon eller forklaring på noen av de begrepene som er brukt i artiklene i dette nummeret av Mot Rusgift. Vi håper det kan være til litt hjelp for de leserne som ikke så ofte er inne på avhengighetsproblematikken.

AA

Anonyme Alkoholikere – en selvhjelpsorganisasjon av og for personer med alkoholavhengighetsproblemer.

Abstinens

Avvenningsubehag, kroppslige reaksjoner på at alkohol eller stoff går ut av kroppen.

Ambivalens

Vekslende motivasjon, motivasjon til å slutte med stoff kan for eksempel veksle med lyst til å fortsette.

Anhedoni:

Manglende evne til å glede seg over stimuli som vanligvis utløser glede, nedstemt og trist sinnstilstand, lavere stemningsleie enn normalt.

Atferdsavhengighet:

Avhengighet på andre områder enn rusgiftområdet, for eksempel spilleavhengighet, overeating/anorexi, kleptomani, nymfomani og satyriasis (sex-avhengighet), tilstander som på engelsk kalles "behavioural addictions", og som ikke forutsetter inntak av kjemiske stimuli - rusgifter.

Craving

Sterk trang til å gjenta rusopplevelse, til å innta rusgifter, "tenning", "sug"

Cue

En handling, situasjon eller følelse som er relatert til tidligere rusopplevelser, og som kan framkalle craving, for eksempel samvær med noen man tidligere har hatt rusopplevelser sammen med, å se en sprøyte (dersom man selv har injisert heroin tidligere), å gå forbi et skjenkested (dersom man har et alkoholproblem osv.

DSM-IV

Diagnosesystem for psykiske lidelser, utarbeidet av American Psychiatric Association.

ICD-10:

Diagnosesystem for sykdommer, utarbeidet av WHO.

Kontrolltap:

Redusert kontroll over hvor mye eller hvor ofte man inntar for eksempel en rusgift, eller spiller på en automat.

LAR:

Legemiddelassistert rehabilitering – behandling/rehabilitering hvor pasienten samtidig daglig får et morfinerstatningsmiddel (for eksempel metadon eller buprenorfin (Subutex))..

Liking:

Den rusopplevelse, belønning, nytelse man får ved rusgiftbruk

Nevrobiologi:

Læren om nervesystemets biologi, dvs. om signaloverføring i nervesystemet, og hvordan disse prosessene er involvert i psykologiske funksjoner som sansning, motorikk, våkenhet, emosjoner, læring og framkalling av rusopplevelser.

Nevrotransmisjon:

Overføring av signalstoffer mellom nerveceller

Psykotomimetisk:

Hallusinant – som framkaller hallusinasjoner og illusjoner, sanseforvrengninger

Påvirkning:

Ved inntak av rusgifter skjer det også en psykomotorisk svekkelse av kontrollen over kropp, følelser og tankegang. Dette skjer selv om personen ikke føler seg "ruset". Jfr. "dagen derpå-promille". Også søvnmangel og sykdommer kan gi liknende fenomener.

Refraktær:

Upåvirkelig av behandling

Relapse:

Tilbakefall – "sprekk".

Resiliens

Motstandsdyktighet mot en forventet negativ livsutvikling – til tross for mange sårbarhetsfaktorer.

Rus:

Rus kan defineres som en kjemisk prosess i hjernens lystsenter, som fører til en forhøyet sinnstemning, velværefølelse, eufori. Moderne neurobiologisk forskning har vist at alle psykoaktive stoffer har den egenskapen at de i hvert fall påvirker visse deler av vår hjerne ved å frigjøre dopaminer i lystsenteret. Det er sannsynlig at også pengespillautomatene skaper neurobiologiske endringer i hjernen av dette slaget, (jfr. "kicket" når gevinsten utløses og spenningen knyttet til spillet). Både rusgifter og ikke-kjemiske rusmidler skaper gjennom gjentakelser av denne prosessen også avhengighet. Det er altså ikke nødvendig å innta kjemiske stoffer for å framkalle rus. Også andre former for ekstase og hevet sinnstemning er framkalt av tilsvarende kjemiske endringer i hjernens lystsenter, jfr. gledesrus, elskovrus, seiersrus osv.

Rusgift:

En fellesbetegnelse for kjemiske rusmidler, dvs. alkohol, narkotika, rus- og avhengighetsframkallende medikamenter og sniffemidler.

Rusmiddel:

Alle substanser og aktiviteter som er i stand til å skape rus og avhengighet, for eksempel alkohol, sex, spilleautomater, risikosport. Mange bruker rusmiddelbegrepet i innskrenket betydning – kun om de kjemiske rusmidlene - synonymt med rusgift.

Sedativ:

Beroligende

Synapse:

Mellomrommet mellom nerveendene - den ytterste delen av en utløper(axon) fra en nervecelle, hvor man finner vesikler (små blærer) som produserer og sender ut signalstoffer i synapsen, som opptas av reseptorer (mottakerstasjoner) i neste celle.

Toleranseutvikling:

Samme mengde av noen rusgifter virker ikke like rusframkallende som i starten, og derfor øker mengden man inntar for å oppnå samme ruseffekt. Man tåler altså større mengder av stoffet. Etter en tids avhold, går toleransen tilbake, og man kan igjen få ruseffekt av mindre mengder. Dersom man fortsetter å ta samme høye dose som tidligere etter noen tids avhold vil det lett kunne oppstå en forgiftningstilstand, en "overdose", dvs. en lammelse av hjernens pustesenter.

Traume

En erfaring som er følelsesmessig smertefull, trist eller sjokkerende, og som ofte fører til vedvarende mentale og kroppslige effekter

Wanting

Motivasjon til å gjenta den handlingen som førte til rusopplevelsen, sug, trang.

Returadresse:
Forbundet Mot Rusgift
Torggata 1, 0181 Oslo

Ettersendes ikke ved varig adresseendring men returneres til avsenderen med opplysning om den nye adressen

Forbundet Mot Rusgift FMR

FMR arbeider for å redusere utbredelsen av rusgifter i samfunnet.

FMR sprer informasjon om rusgiftenes virkninger på individer og samfunn.

FMR ønsker å skape nettverk mellom personer som er engasjert i arbeidet mot rusgifter.

FMR bygger sitt arbeid på ideen om totalt avhold fra alkohol og andre rusgifter

FMR arbeider spesielt innen universiteter og høyskoler.

FMR utgir tidsskriftet Mot Rusgift.

FMR tilbyr et rikholdig materiale på sitt nettsted www.fmr.no

Nettstedet inneholder blant annet faktaark om de ulike rusgiftene og om aktuelle rusgiftpolitiske temaer.



Forbundet Mot Rusgift Torggata 1, 0181 Oslo
Telefon 23 21 45 26. Faks 23 21 45 01
E-post post@fmr.no. Nettsted: www.fmr.no

Ja! Jeg vil bli med i Forbundet Mot Rusgift

Kontingent for medlemmer og sympatisører er kr 50 pr år.
Alle medlemmer og støttemedlemmer får tilsendt Mot Rusgift.

- Jeg ønsker å bli medlem. Medlemmer må avstå fra bruk av alkohol og narkotika
- Jeg ønsker å bli sympatisør. Alle som er enige i og støtter FMRs politikk og formål kan bli sympatisører.

Ja! Jeg vil abonnere på Mot Rusgift

Årsabonnement kr 200 pr år (4 utgaver).

NAVN _____

ADRESSE _____

POSTNR STED _____

Forbundet Mot Rusgift,

Torggata 1

0181 Oslo

INNMELDING: Post: Forbundet Mot Rusgift, Torggata 1, 0181 Oslo.

Faks 23 21 45 01. Telefon 23 21 45 26. E-post: post@fmr.no. Nett: www.fmr.no/skjema