

Hvordan behandle psykiske problemer hos gravide ruspasienter?

Når rusavhengige gravide pasienter blir lagt inn til behandling, er prioritert nummer én å skjerme fosteret for nye rusmiddelinntak. Barnet blir da en svært viktig motivasjonsfaktor for å ta tak i egne problemer.

AV MAY BRIT LEIRTRØ RØSTAD, KOMPETANSESENTER RUS - MIDT-NORGE

EN REGNVÅT MANDAG i september møter Rusfag til intervju ved Lade Behandlingscenters Avdeling for gravide og småbarnsfamilier i Trondheim. Det røde huset ligger litt for seg selv, like ved Ladestien, omgitt av trær og med et skilt som sier «Velkommen» ved døren. Inne i byggets første etasje er en familie i ferd med å runde av en terapitime. En liten baby sitter på et fang, holder i en finger og ser seg storøyd omkring.

Familien er ferdig med dagens time, og rommet blir ledig for vårt intervju med psykolog Hilde Moan Ingebrigtsen og avdelingsleder Einar Hajum.

– Det å skulle bli foreldre er en viktig endringsfaktor for mange av dem som kommer hit, forteller Ingebrigtsen.

Hun sier at de fleste som har et rusproblem har lyst til å komme ut av det, men at ambivalensen er stor. For det er skummelt å slutte med rusen som blant annet har hatt en viktig funksjon med hensyn til å dempe ubehagelige følelser.

De gravide har kanskje aldri hatt en trygg base selv, og jobber mye med tanker om hvordan de skal bli gode nok foreldre med den ballasten de har.

– Men når man skal ha barn, så blir gjerne det den avgjørende faktoren for at man bestemmer seg for å gjøre noe med problemene sine, legger hun til.

Mer motiverte for endring

– *Hvordan skiller behandling av gravide ROP-pasienter seg fra øvrig rusbehandling?*

– Man blir mer behandlingstilgjengelig for overliggende eller underliggende problematikk som ulike former for psykiske lidelser, sier Hajum.

Han opplever at gravide pasienter er enda mer motiverte for endring. Ingebrigtsen sier seg helt enig.

– Behandlingsforløpet er hardt, så dette må man ha lyst til. Ellers blir det altfor tungt. For det er jo strevsomt i seg selv. Men går man inn i dette fordi man har lyst på endring, så har man kjempemuligheter, sier hun.

Men hun forteller at det jo er begrenset hva man rekker i løpet av et svangerskap, og at det varierer når de gravide kommer inn.

– Vi kan få inn dem som nettopp er blitt gravide og ha masse tid fram til fødselen, og så er det noen som kommer inn kort tid før barnet skal komme. Dette vil jo spille litt inn i forhold til hvor man legger behandlingsfokus.



De fleste er innlagt i seks-syv måneder med cirka to års poliklinisk oppfølging - eller mer hvis det er ønskelig og man ser behov for det.

Bruker «funksjonssirkelen»

Under svangerskapet er en mer emosjonelt åpen og tilgjengelig. Det gjør svangerskapet til en god tid for forandring og behandling. Felles for gravide så vel som ikke-gravide ruspasienter med psykiske problemer, er at de har en veldig sammensatt problematikk. Det er ikke bare å ta bort rusen eller de psykiske problemene, og så er alt i orden. Det er veldig mye å jobbe med.

– Derfor har vi utviklet en funksjonssirkel her på avdelingen, sier Ingebrigtsen, og viser til en grafikk som er montert på en tavle i et hjørne av rommet (se illustrasjon).



Den viser forskjellige livsområder som det er viktig å jobbe med under innleggelsen. Psykisk helse er én bit av det. Videre kommer eksempelvis dette med bo- og hverdagsfungering, eller samspill mellom foreldre og barn. I begynnelsen av oppholdet går man gjennom denne funksjonssirkelen, og gjør en vurdering av hva man skal starte med. Hvis pasienten sliter med å komme seg opp om morgenen, så er det kanskje nødvendig å starte med å jobbe med struktur. Eller hvis man ikke spiser noe særlig, så må man kanskje ha mer fokus på det.

Tanker om egen oppvekst

Når det gjelder behandling av psykiske problemer hos gravide ruspasienter, er «balanse» et sentralt stikkord.

– Vi jobber parallelt med psykisk helse og rus, og forberedelse til å bli foreldre – med fokus på tilknytning i graviditet, sier Hajum.

– Vi jobber individuelt tilpasset med det som er mest aktuelt for den enkelte. For noen er det angstproblematikk, mens for andre er det personlighetsproblematikk. For noen er det kanskje traumer som er det viktigste. Vi har det ikke slik at alle skal gå gjennom den samme løypa, understreker Ingebrigtsen.

Allikevel er det dette å skulle bli foreldre selv som gjør at behandlingen av denne gruppen skiller seg ut fra andre pasienter i rusbehandling.

– Det å skulle få et barn vekker ofte tanker rundt egen oppvekst. Det gir en god tilgjengelighet i forhold til å jobbe med egen historie, for der ligger det gjerne mye. De som kommer til oss har gjerne hatt en vanskelig oppvekst. Det er mye forskjellig, som vold, å ikke ha bli sett eller bekreftet, eller å ha fått altfor mye ansvar. Vi ser ofte at man vekker «den lille» i seg selv via den lille i magen, sier Ingebrigtsen.

Lærer å bli en trygg havn

Behandlingsinstitusjonen legger stor vekt på tilbudet om samspillsterapi. Her jobber man med utgangspunkt i barnet og opplevelsen av det å skulle bli foreldre.

De vordende foreldrene har kanskje aldri hatt en trygg base selv, og jobber mye med tanker om hvordan de skal bli gode nok foreldre med den ballasten de har. De skal være en trygg havn for barnet, hvor det kan utforske følelser og få hjelp, støtte og trøst.

– Jeg tenker ofte at vi blir en slags trygg base for de voksne, slik at de kan jobbe med å bli trygge på egne følelser, reflekterer Ingebrigtsen.

Mange bruker rusmidler for å dempe følelser. Det kan være en kjempeutfordring å skulle leve uten rus, og måtte håndtere de følelser som dukker opp. Men for å møte barnet sitt på best mulig måte, må man bli god på emosjonell regulering. Og ikke minst skjønne sine egne følelser, slik at man forstår barnets signaler.

– Noen har enormt god trening i å legge lokk på følelsene sine. De klarer rett og slett ikke å kjenne etter. Andre som har brukt rusmidler for



Einar Hajum og Hilde Ingebrigtsen mener barnet i magen ofte blir en avgjørende faktor for at man bestemmer seg for å gjøre noe med problemene sine.

å legge lokk på dem, kan bli overveldet av alle følelsene som kommer. Så det er viktig å kunne regulere det til et passende nivå, poengterer Ingebrigtsen.

Hajum tilføyer at denne prosessen er kjempeviktig.

– De må være i stand til å se ungen sin, ellers vil de ikke klare omsorgssituasjonen, sier han.

Samme om det er tvang eller frivillig

Er det noen andre utfordringer med dem som er tvangsinnlagte med større psykiske vansker enn de som er frivillig innlagt?

– De aller fleste kommer frivillig. Det er færre og færre på tvang, understreker Ingebrigtsen.

Hajum nikker samtykkende til det.

– De kan takke nei til behandling, men vi

ser at pasienter etter kort tid, bare timer eller få dager, uttrykker at det var bra at de ble tatt med tvang. Fordi de egentlig ikke vil skade fosteret sitt. Men de er av og til i en livssituasjon hvor de ikke greier å la være, sier han.

Det er alltid slik at frivillighet skal prøves først. I tilnærmingen til pasienten bryr egentlig ikke behandlerne seg så mye om hvilken paragraf de er lagt inn under, om det er tvang eller frivillig.

– Det er atferden, det de gjør, vi forholder oss til. Det er til sist det som regulerer utgang og behandlingstilgjengelighet, sier Hajum.

Så egentlig kan man si at det er foranledningen til innleggelsen som er forskjellig i forhold til frivillig og tvang.

– Vi opplever ofte at skuldrene senkes, og at pasientene er glade for at noen tok affære selv om de i utgangspunktet kom inn uten eget samtykke, sier Ingebrigtsen.

Forsiktige med traumebehandling før fødsel

– Hvordan jobber man med traumeproblematikk hos gravide ruspasienter?

– Jeg tenker at det kommer an på hvor i svangerskapet de er, og hvor tilgjengelige de er. Vi jobber vanligvis ikke intensivt med traumer når det bare er noen uker igjen til fødselen, svarer Ingebrigtsen.

Dog er dette ingen regel uten unntak. Er man så traumatisert at det påvirker funksjonsnivået og virker begrensende på tilværelsen, styrer man ikke unna. Men siden man ikke kan sette i gang med dette rett før en fødsel, vil man prøve å finne en annen måte å kompensere og stabilisere for traumebesvær.

– Vi har høy bevissthet rundt hva som skal komme først, sier Hajum.

Han synes det er viktig å få frem at det alltid er en faglig vurdering som ligger til grunn.

– Det er mye som spiller inn. Kanskje er det en veldig stabil partner til stede, slik at man kanskje kan gå lenger inn i traumeproblematikken der og da.

Far får også behandling

Det er ikke bare den gravide selv som får tilbud og oppfølging under graviditet og etter fødsel.





– De kan takke nei til behandling, men vi ser at pasienter etter kort tid, bare timer eller få dager, uttrykker at det var bra at de ble tatt med tvang.

En rusmiddelavhengig far får også det samme tilbudet, og er en likeverdig pasient.

– Far deltar på akkurat samme måte som mor. Han er ikke bare med, han er absolutt her for sin egen del. Og fedrene trenger det akkurat like mye som mor, har Ingebrigtsen erfart.

– Vi ønsker også fedre velkommen hit, så lenge de gravide ønsker det. Det er bedre at de er her tett sammen med den gravide, enn at de ligger der ute som en løs kanon på dekk og ruser seg, eksemplifiserer Hajum.

Det spiller ingen rolle om foreldrene fortsatt er sammen eller ikke. Parsamtaler er viktige, både for å avklare rollene etter fødselen og med hensyn til barnet.



Sjelden fødselsdepresjoner

– Hvordan jobber dere med depresjon i svangerskap og etterpå?

– Vi er veldig oppmerksomme på den problematikken. Hvis det er en klinisk diagnose, jobber vi med psykolog, svarer Hajum.

– Vi ser imidlertid i liten grad slike ting som fødselsdepresjon, opplyser Ingebrigtsen.

Behandlerne har ikke noe fasitsvar på hvorfor det er slik, men tror det faktum at pasientene får være her etter fødselen kan gi en trygghet og stabilitet som fjerner noen av risikofaktorene.

Hajum forteller at man ikke opplever ensomhet når man har et sted å dra til etter fødselen, og at dette nok også er en viktig faktor.

– Man får ventilert og snakket om ting, sier Ingebrigtsen.

Når familien kommer hjem fra sykehuset, får de besøk i leiligheten to ganger om dagen,

med tilbud om samspillveiledning og tilbud om individuelle samtaler. Som ute i «den virkelige verden» er det seks ukers barselstid for mor, og to uker for far. Da er de fritatt fra daglige oppgaver på huset, slik som rengjøring, matlaging og så videre. Da er det fullt fokus på tilknytning og det å bli kjent med barnet.

– Det er viktig og riktig at vi har en slik periode. Samtidig er de her fordi de har et rusproblem med tilhørende psykisk problematikk, og det kan man ikke ta permisjon fra. Derfor er det viktig at man ikke har for lang ensrettet barselstid. Man må finne en balanse, for det er en grunn til at de er her, understreker Hajum.

Trapper ned på medisiner

– Hva med medikamentbruk for psykiske vansker under graviditet?

– For det første så er det legene som bestemmer det her. Vi tenker som et generelt prinsipp at det er lurt å trappe ned mest mulig, men innenfor en medisinsk forsvarlig grense, sier Hajum.

– Vi er ikke motstandere av medisin, men vi er motstandere av unødvendig medisin, understreker han.

– For noen pasienter kan det være riktig med antidepressiva eller angstdempende en periode, men da er det viktig å velge hva man tar og ha en plan for det, sier Ingebrigtsen.

Mot slutten av intervjuet, like før vi tar farvel, sier Hajum at det særlig er én ting som er viktig å få fram når man skriver om denne gruppen:

– Det er mange flere det går bra med enn motsatt, sier han med et smil. ☒