





Av: Marianne Stallvik,
KoRus-Midt- Norge

I dag snakker vi gjerne om at vi har et biopsykososialt perspektiv på rusavhengighet. Rusbehandling Midt-Norge har dette nedfelt i sine strategier og det kommer til uttrykk i det daglige virke med ruspasientene. Men hva betyr det egentlig? Denne artikkelen søker å belyse hva det vil si å ha et biopsykososialt perspektiv og hvilke konsekvenser det får for behandling og rehabilitering av rusavhengige pasienter og også for arbeidet med forebygging av rusproblemer.

Biopsykososial tilnærming til rusavhengighet

Rusmisbruk gjennom 200 år

Historisk sett er ikke rusmisbruk og dets skadevirkninger noe nytt fenomen. På midten av 1800-tallet vokste avholdsbevegelsen fram som en reaksjon på konsekvenser av et høyt alkoholforbruk i arbeiderklassen. Før 1930 var synet på rusmisbrukere preget av den såkalte moralmodellen, hvor rusmisbrukerne ble sett på som umoralske og kriminelle, og fordømt og straffet. Troen på at en mer disiplinert behandling av disse og en bedring av deres moral ville føre til at rusbruken avtok, står sterkt i denne modellen (Hamran 2007). Men et skifte i 1930-årene gjorde at rusmisbrukerne i større grad ble betraktet som mennesker med en reell sykdom. Fokuset skiftet fra moralmodellen til en sykdomsmodell, og

det ble enighet rundt at rusmisbrukerne hadde behov for behandling og hjelp for å kunne bli kvitt sykdommen. Historien sier også at alkoholen ble betraktet som gift, og rusmisbruk og avhengighet var en konsekvens av tilgjengeligheten til denne giften. Også ved Ørje kursted brukte man denne tilnærmingen (Hamran 2007), og mente at det å avruse pasientene og holde de unna alkoholen førte til en umiddelbar bedring. Skiftet gikk fra å betrakte alkoholen som gift, til å se en arvelig komponent i individet som førte til misbruk, og videre til de samfunnsmessige konsekvensene av alkoholmisbruk. Man forsøkte å regulere det første med å redusere tilgjengelighet og forbud, så ved stigmatisering, medisiner og behandling av rusmisbrukere. Men moralmodellen

var fortsatt til stede i 1930-årene, og man adopterte et behavioristisk syn som ved hjelp av stimulus og respons ville få rusmisbrukere til å ønske kontroll over sitt alkoholinntak. Man tvang også folk inn til behandling, og på den måten kunne de beskytte samfunnet mot disse individene, kontrollere alkoholinntak og korrigere deres negative atferd. Samfunnets behov for å holde de unna «oss andre» gikk på bekostning av rusmisbrukernes rettigheter.

Da alkoholforbudet ble opphevet ble moralismeperspektivet igjen rådende, og de rusavhengige skulle få straff for å bedre sin moral slik at de kunne bli friske. Behandlingstilbudet økte, men bar preg av dette perspektivet gjennom f.eks. tvangsarbeid for tunge alkoholikere. Etter 2. verdenskrig fikk vi et nytt skifte tilbake til sykdomsperspektivet, og fagfolk begynte å studere forbruk og skadevirkninger. Man fikk så et større mangfold i behandlingstilbudet med polikliniske tilbud og døgnplasser. Familien ble også knyttet tettere til behandlingen, da deres viktighet ble tydeligere. Tverrfagligheten fikk sin plass i feltet, noe det bærer preg av i dag.

Fra rusmiddelbruk til avhengighet

De fleste har vel en eller annen gang opplevd forelskelsens magi; en intens lykkefølelse som gjør at andre primærbehov som å spise og sove blir mindre viktig. Forelskelsens filter gjør oss fjollete i andres øyne, men det evner vi sjelden å se selv. I kroppen vår skjer det mye når vi forelsker oss. Hormoner sendes ut og gir signaler til hjernen som gjør at vi føler velbehag. Området i hjernen som har med belønning å gjøre blir svært aktivt, omtrent som når vi spiser god mat eller inntar rusmidler.

Samtidig blir det imidlertid lite aktivitet i områdene som styrer vurderingen av andre menneskers sosiale oppførsel. Det samme gjelder for stedene i hjernen som styrer negative følelser som sinne og frykt. Hele systemet som skal gjøre oss i stand til å bedømme både oppførsel og troverdighet hos motparten er rett og slett satt litt ute av funksjon. Inntak av ulike rusmidler kan sees som en heftig forelskelse. En euforisk lykkefølelse oppstår de første gangene, lik den man kan oppleve under en forelskelse, samtidig som fornuften får mindre spillerom.

Rusmiddelbruk og rusmiddelavhengighet er likevel ikke det samme, og det er viktig å skille mellom disse når man vurderer pasienter inn til behandling.

Rusmiddelbruk er ikke langvarig og personen kan bli diagnostisert for bruk av rusmidler innfor samme kategori på ulike tidspunkt i løpet av sitt liv.

Rusmiddelavhengighet er en langvarig (permanent) diagnose for alle rusmidler innenfor samme kategori (f.eks. i AA: "En gang alkoholiker, alltid alkoholiker").

Rusavhengighet kan sies å være en kronisk sykdom i hjernen med stort tilbakefallspotensiale, men som det er mulig å behandle (Cami & Farre, 2003). Som tidligere nevnt skaper rusmidlene en euforisk effekt i starten og letter ubehag. Denne euforiske lykkefølelsen skapes av at dopamin utløses i kroppen, og kroppen blir vant til denne ekstreme utskillelsen. Fortsatt bruk fører til endringer i det sentrale nervesystemet som leder til økt toleranse, fysisk avhengighet, sensitivisering, rus-sug, og tilbakefall. Etter en stund vil de få mindre utskillelse av

dopamin, og lykkefølelsen vil etter hvert bli fysisk umulig å oppleve grunnet kroppens tilpasning til den økte dopaminutskillelsen. Hjernen til rusmisbrukere modifiseres slik at de får signaler lik de vi får når vi sulter når de ikke får nytt inntak av stoffet. Nytt inntak blir oppfattet av hjernen som like viktig som mat er for å overleve. Det er når dette forklares at folk skjønner at det ikke bare er å kutte ut rusmiddelet og så blir man frisk.

Men det er også viktig å påpeke at psykologiske og sosiale faktorer bidrar til utvikling og opprettholdelse av avhengighet, eller at disse kan ha en dempende effekt. Rusavhengighet vokser over tid, og dens progresjon kan måles med mengde, frekvens, og konteksten disse rusmidlene inntas i. Etter hvert har man behov for enda mer av stoffet, og bruker de på steder som ville vært utenkbare i starten. Det kan være på jobb, skole, eller når de har ansvaret for sine egne barn. Sykdommen blir enda vanskeligere å behandle, og tilleggsykdommer vil komme som følge av rusmisbruket og andre faktorer assosiert med misbruket.

Biologiske faktorer for rusavhengighet

Genenes rolle når man snakker om rusavhengighet er fortsatt uavklart (Buckland 2008). Man har funnet assosiasjoner til dopaminreseptorer på selvadministrert kokaininntak på Rhesus-aper, og man ser sammenhenger mellom andre gener på utvikling av alkoholavhengighet. Sårbarheten for å utvikle alkoholisme inkluderer alkoholspesifikke gener som virker på farmakokinetiske og farmakodynamiske nivå, så vel som nevraltier som belønning, atferdskontroll, og motstandsdyktighet for stress (Ducci & Goldman 2008). De skriver i sin artikkel at genetiske fak-

torer står for mer enn 50 % av variansen for tilbøyeligheten til å utvikle alkoholisme ut i fra tvilling/familie/adopsjonsstudier. Problemet er metodiske utfordringer i studiene som krever større utvalg for å kunne se etter reelle effekter. Det er vanskelig å lokalisere gener ved komplekse sykdommer som har mange faktorer som spiller inn, men at rusavhengighet påvirkes av biologiske faktorer er ufravikelig. Så hvorfor er det viktig å lokalisere gener som kan ha en sammenheng med rusavhengighet? Det har i seg selv lite for seg med tanke på å advare de som er i faresonen, og avhengighet til ethvert rusmiddel er en kompleks fenotype som påvirkes av miljøet og mer enn ett gen. Ducci og Goldman (2008) hevder imidlertid at genes rolle er viktig for å karakterisere et individs risiko, og for å kunne utvikle effektive forebyggings- og behandlingsstrategier. I tillegg er mer kunnskap om genene viktig å få en større forståelse av miljøet og genes interaksjon med hverandre.

Miljøstimuli assosiert med rusmiddelet/bruken kan i seg selv utløse en betinget respons og utløse rus-sug og abstinenssymptomer. Dissosiasjonen mellom rusmidlets incentiver som gjør at man må ha det og den gode følelsen man opplever, skyldes at hjernens belønningssystem blir hypersensitivisert som følge av inntak over tid. Den blir sensitivisert til både rusmiddelets direkte effekt og assosiert stimuli som ikke er direkte tilknyttet rusmiddelet. Dette skaper et rus-sug, uavhengig av abstinenssymptomer, og leder til at man oppsøker rus og atferd knyttet til dette. I tillegg blir denne oppsøkingen og rusatferden påvirket av vansker med beslutningstaking og evnen til å bedømme konsekvenser av ens handlinger.

ger. Denne mangelen på kontroll er et resultat av alkohol eller andre illegale stoffers endringer på hjernen. Og det er disse endringene som gjør at atferden endres. I senter for bruken av nesten alle stoffer som ofte misbrukes for å oppnå eufori er nucleus accumbens, hjernens «nytelssenter». Nevroner i nucleus accumbens benytter neurotransmitteren dopamin, så selv om de spesifikke mekanismene er ulike, vil nær sagt ethvert misbruksstoff enten stimulere dopaminsekresjon eller forhøye dets aktivitet, direkte eller indirekte. Langvarig bruk av stoffet fører til stadig dårligere stimulering av nucleus accumbens inntil den til slutt fullstendig opphører å skape eufori. Avbrudd i bruken av stoffet vil da føre til abstinenssymptomer kjennetegnet av dysfori, som er det motsatte av eufori, etter hvert som aktiviteten i nucleus accumbens synker under normale nivåer.

Abstinenssymptomer kan variere betydelig fra individ til individ, men enkelte gjennomgående trekk finnes. Unormal aktivitet i nucleus accumbens er ofte kjennetegnet av depresjon, angst og abstinensbegjær og kan medføre at de vil oppsøke rusmidler for å dempe disse symptomene, og unngå ubehag. Abstinenssymptomer kan variere fra individ til individ, men påvirkes av hvor lenge man har inntatt rusmiddelet, metode for inntak av rusmiddelet, dose man tar, og type rusmiddel. Enkelte som cannabis har mildere symptomer som hjerteklapp, økt svetting, uro, søvnproblemer og økt irritasjon. Mens opiatet som heroin og morfin kan ha betydelige symptomer som oppkast, feber og diarè. Pasienter jeg har snakket med sier at det kjennes ut som man har fått en skikkelig influensa ganger 10. Ved brå alkoholkutt

kan man få delirium tremens. Typisk for disse personene er at de opplever akutte sinnsforstyrrelser, kraftige skjelvinger og angst. Felles for alle symptomene er at de er tegn på en ubalanse i kroppen som er kjemisk skapt av de rusmidlene man har inntatt, og kroppens tilpasning til denne kjemiske effekten gjør at den vil ha mer når effekten går ut av kroppen. Disse symptomene viser kroppens fysiske avhengighet til stoffet, men man har også en psykologisk avhengighet til rusmiddelet som bidrar til å opprettholde rusinntak og rusatferd.

Psykologiske faktorer som påvirker utviklingen av rusavhengighet

Personlighetstrekk og mentale lidelser kan være viktige innvirkende faktorer på rusavhengighet. Spenningsøkende og risikotakende personlighetstrekk kan for eksempel forårsake at rusavhengighetsskapende midler blir mer attraktive (Cami & Farre 2003). Mentale lidelser som schizofreni, bipolar lidelse, depresjon og ADHD er assosiert med en større risiko for rusmisbruk og for å utvikle avhengighet. Tidligere norske undersøkelser har vist at en overveiende andel av rusmisbrukere har sammensatte lidelser. Kompetansesenter rus – region Øst gjennomførte i 1997 og 1998 et større forskningsprosjekt; Rus- og psykiatriprosjektet (ROP-1). De fant at komorbiditet, det at flere lidelser opptrer samtidig, vanskeliggjør behandling og kan ha negativ innvirkning på behandlingsutfall. Psykiske lidelser i tillegg til rusavhengighet kan både være en årsak til rusmisbruk og rusavhengighet og/eller en konsekvens av det.

Sosiale forhold og deres innvirkning på rusmisbruk og avhengighet

Selv om et individ gjennom arv og gener kan være sårbar for å utvikle avhengighet ved inntak av rusmidler, behøver ikke dette å skje. Mange vokser opp i et sunt og trygt miljø, med en støttende familie med klare rammer og regler, og blir ikke utsatt for rusmidler i nærmiljøet. Men har man en slik sårbarhetsfaktor er det enda større fare for å utvikle rusavhengighet hvis man vokser opp i familier preget av konflikter, dårlige foreldre-barn-forhold, rusmisbruk blant foreldre/søsken, skilsmisser, og fysisk og psykisk misbruk. Blant voksne alkoholikere har man funnet ut at mange har blitt utsatt for barnemishandling og seksuelle overgrep (Stewart 1996). Ungdom fra hjem preget av mye konflikter, mishandling og lite ressurser er i en risikogruppe for å utvikle avhengighet. Dette er ikke ensbetydende med at barn fra ressursrike hjem med god støtte fra foreldre ikke kan havne i en slik situasjon, men da kan det være andre faktorer som påvirker.

Clark m.fl. (1997) fant i sin studie at ungdom med alkoholmisbruk eller avhengighet hadde 6 til 12 ganger større sjanse for å ha vært utsatt for fysisk mishandling, og hele 18-21 ganger større sjanse for å ha vært utsatt for seksuelt misbruk. Disse barna vil oppleve traumer som kan gi angst og depresjon, samt at de søker seg unna til andre ting som kan dempe angsten. Møter med rusmidler i ungdomsårene kan eskalere, og hvis miljøet rundt ungdommen ikke er oppmerksomme kan denne avhengigheten få rom til å utvikle seg. For å kunne utvikle avhengighet til et rusmiddel, må man ha tilgang til det, og muligheten for å bruke det. Og ungdom fra familier med særskil-

te utfordringer, søker seg ofte til et miljø hvor man kan skape seg en identitet, føle samvær, og trygghet. Her møtes flere med samme bakgrunn og sårbarhet, og de finner en felles plattform som de føler gir de en tilhørighet og identiteten de så sårt søker. Det er noe de ofte ikke har blitt møtt med hjemme, og det gir de en større støtte til å komme seg unna vanskelige forhold i hjemmesituasjonen. De blir også avhengig av dette rusmiljøet etter hvert som de utvikler avhengighet til ulike rusmidler, og må opprettholde forbindelsene, uavhengige om de er gode eller trygge lenger, for å kunne få tak i stoff. De havner til slutt i en dårlig sirkel som opprettholder og eskalerer rusavhengigheten og rusatferden. Innefor dette miljøet skaper man seg en identitet over tid som ikke er i samsvar med samfunnets normer og regler, og dette øker avstanden de allerede har til resten av omverden. I tillegg stagnerer de i normal utvikling i forhold til utdanning og jobbsammenheng, noe som ytterligere øker deres mindreverdi i forhold til andre som klarer disse utfordringene som livet byr på.

Man faller ut av skole og jobbsammenheng, og økonomi og boligsituasjon blir et evig problem. Mange års rusmisbruk skaper i seg selv problem i og med at atferden ikke er forenelig med samfunnet for øvrig. Man har behov for betydelige pengebeløp for å finansiere sitt rusmisbruk, og dette kan være starten på en kriminell bane med tyveri, ran, salg av rusmidler, prostitusjon og andre virkemidler for å skaffe penger. Behovet for pengene overgår gjerne ens egen moral over hva som er rett og galt, da kroppen er syk og har behov for nye inntak. Dette kan gå utover familie og venner, som igjen kan føre til skuffelser, skam, sinne,

sorg og andre følelser som gjør det vanskelig for de involverte å ha kontakt med hverandre. Den rusavhengiges nettverk er ofte forvitret og lite støttende når de (gjerne etter mange års rusmisbruk) enter et behandlingsforløp. Og denne enorme ensomheten kan igjen gjøre det vanskelig å bli frisk (Persson & Stallvik 2007). Det blir vanskelig for dem å ta opp kontakten igjen, og følelsen av at de ikke fortjener noe stikker dypt. Flere har heller ingen fritidsaktiviteter og andre interesser som kan ta fokus vekk fra tanken om å ruse seg. Man har i lang tid hatt rusrelaterte interesser som eneste hovedgeskjeft, og det er da vanskelig å fylle det tomrommet med sunne interesser. Flere sliter også med sosial angst som vanskeliggjør prosessen med å komme seg ut. Flere pasienter jeg har møtt i intervjusammenheng sier at det ofte er på dagene hvor kjedsomheten og ensomheten er som størst at rusmisbruket blir overveldende.

Biopsykososialt perspektiv i kartlegging av rusavhengige

Kartlegging av rusavhengige før behandling er viktig for å kunne velge riktig behandlingstiltak for hver enkelt pasient. Rusavhengige evner ofte ikke selv å se om de har et problem. Vi snakker ofte om hvilken fase personen er i sin forståelse av sitt problem basert på Prochaska og DiClementes stadieteori (1992). I den såkalte føroverveiellesfasen er de selv ikke i stand til å se at deres rusmisbruk er et reelt problem, og ønsker ikke behandling for sitt problem. Ofte er det press fra an-

En biopsykososial tilnærming krever at man kartlegger bredt når man skal utrede pasienter. Siden sykdommen er biopsykososial i etiologi og uttrykk, må også kartleggingen være det.

dre; familie, venner, kolleger, skolesystem, og helsestasjon/fastlege, som gjør at de har sitt første møte med behandlingsapparatet. Også gjennom sosialkontoret kan et rusproblem oppdages, når bru-

kere søker om økonomisk hjelp eller bolig. Sosialkontoret kan, i likhet med fastlege, henvise til rusbehandling på bakgrunn av mistanke om et rusproblem. Henvisningen som sendes til spesialisert rusbehandling må gi en tydelig beskrivelse av problemet,

historikk, andre lidelser av betydning, individuell plan, og forslag til eller ønske om behandlingstiltak. Noen bruker måleinstrumenter for å måle rusproblemet med spørreskjema, eller et ustrukturert intervju, for eksempel Europ-ASI (McLelland 1980). Da ser de på rusmidler som benyttes, inntaksmåte, konsum, antall år med rus, familieforhold, og andre sosiale forhold.

En biopsykososial tilnærming krever at man kartlegger bredt når man skal utrede pasienter. Siden sykdommen er biopsykososial i etiologi og uttrykk, må også kartleggingen være det (Gastfriend 2003). ASAM PPC-2R (American Society of Addiction Medicine Patient Placement Criteria) er et verktøy som kartlegger den rusavhengiges problemer med bakgrunn i en biopsykososial forståelse. Det måler seks områder ved en pasient som er av betydning:

ASAM PPC-2R har seks måledimensjoner:

1. Akutt avrusning/ abstinens komplikasjoner.

2. Biomedisinske forhold og komplikasjoner.
3. Emosjonelle, atferdsmessige, eller kognitive forhold og komplikasjoner.
4. Endringspotensialet/endringsvillighet.
5. Tilbakefall, fortsatt bruk eller fortsatt problem potentialet.
6. Tilfriskningsmiljø, andre miljømessige forhold og ytre omstendigheter.

Verktøyet generer en rapport med pasientens problemområder og anbefaler hvilket nivå av omsorg som vil gi pasienten det beste tilbud ut i fra sine behov. Det foregår et doktorgradsarbeid ved Rusbehandling Midt-Norge for å oversette og prøve ut dette verktøyet under norske forhold. (Mer om prosjektet på www.rus-midt.no).

Oppsummering

Faktorene som bidrar til og påvirker utvikling, opprettholdelse og behandling av rusavhengighet er komplekse og krever en bred tilnærming, ikke minst for å kunne tilpasse behandlingstilbudene ytterligere slik at pasientenes behov blir møtt. En biopsykososial tilnærming muliggjør et mer individuelt tilpasset behandlingsforløp ut i fra pasientens behov og egne ressurser, inkludert en bevissthet omkring hvilken intensitet av omsorg som er nødvendig for å imøtekomme behovene. En slik tilnærming viser et nytt skifte innen rusfeltet. Før var det bare hvor lang tid man var i behandling som skilte omsorgsnivåene fra hverandre. Nå går vi mer mot å definere omsorgsnivå ut i fra tilbudets intensitet og ressurser. Med intensitet tenker vi på ulike personalressurser og terapiformer som er tilgjengelig, og ulike medisinske behandlinger vi har til rådighet. Behandlingsoppleggene gir i dag mer oppmerksomhet til de tilleggs lidelser pasientene kan ha som kre-

ver psykiatriske og medisinske program for å møte pasientenes behov (Evjen m.fl. 2003).

Det er nå konsensus i feltet på at det er den komplekse interaksjonen mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som bidrar til utvikling og opprettholdelse av rusavhengighet. Modellen sammenslutter teorier som har vært rådende innenfor feltet, og gir et rammeverk for forståelsen av årsaker til at noen utvikler avhengighet, og hvorfor denne avhengigheten opprettholdes på tross av negative konsekvenser. Og modellen gir klinikere og fagfolk et rammeverk for hvordan behandlingen de gir skal utvikles, og for hvordan gode forebyggingsstrategier skal utvikles. Det unike og særegne med hvert enkelt individ ivaretas med en slik tilnærming til rusavhengighet som sykdom.

Om forfatteren:

Marianne Stallvik (32) er Cand. polit. i psykologi fra NTNU med spesialisering i personlighetspsykologi og arbeidsrelatert psykologi. Hun er i ferd med å gjennomføre en doktoravhandling som skal være ferdig i 2012. I dette arbeidet validerer hun et nytt kartleggings- og plasseringsverktøy fra USA (ASAM PPC-2RN) som søker å plassere pasienter til rusbehandling til et optimal behandlingsnivå ut i fra deres behov. Hun startet i Rusbehandling Midt-Norge i oktober 2005 som foretakets første FoU-koordinator. Hennes oppgaver er blant annet rådgivning, veiledning og foredrag/kursvirksomhet.

Litteratur:

Cami, J. & Farre, M. (2003). Drug Addiction. The New England Journal of Medicine, 349(10), 975-986.

Clark, B.D.;Lesnick, L.; Hegedus, M.A.(1997). Traumas and Other Adverse Life Events in Adolescents With Alcohol Abuse and Dependence. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36(12),1744-1751.

Ducci, F. & Goldman, D. (2008). Genetic approaches to addiction: genes and alcohol. Addiction, 103(9), 1414-1428.

Evjen, R.;Øiern, T.;Kielland, B.K.(2003). Dobbelt OPP- om psykiske lidelser og rusmisbruk. Universitetsforlaget. 1-240.

Gastfriend,R.D.(2003). Addiction Treatment Matching: Research Foundations of the American Society of Addiction Medicine Criteria, Hayworth Press, 1-170.

ROP-1; Østnorsk Kompetansesenter, Sanderus Sykehus 1997.

McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP(1980). An improved diagnostic evaluation instrument of substance abuse patients: the Addiction Severity Index. J Nerv Ment Dis, 168, 26-33.

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. and Kleber, H. D. (2000) Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation.. Journal of the American Medical Association 284(13), s. 1689.

Mee-Lee, D. (2001). ASAM PPC-2R. ASAM Patient Placement Criteria for the treatment of Substance-Related Disorders. American Society of Addiction Medicine, Inc. Chevy Chase, Maryland, s.1-380.

Persson, T. & Stallvik, M. (2007) Bekjempe ensomheten. Fagartikkel fontene nr. 6, side 35-40.

Prochaska, J.O., and DiClemente, C.C. (1992) Stages of change in the modification of problem behaviour. Prog. Behav. Modif. 28, 183-218

Stewart, S.H.(1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: a critical review. Psychological Bulletin, 120, 83-112.

