



*Et psykologisk perspektiv på*  
**rusavhengighet**

■ ELINE BORGER ROGNLI

*psykolog og stipendiat, Senter for Rus- og  
avhengighetssforskning, Universitetet i Oslo*

**Hvordan snakker man om rusproblemer på en måte som oppleves «ok» for pasienten? Og hvordan hjelper man pasienten til å slutte å ruse seg? Denne artikkelen beskriver en psykologisk forståelse av rusavhengighet, med vekt på relasjonsutfordringer, rus som emosjonsregulering, automatisert atferd og tilbakefallsforebygging. Mange av mekanismene som beskrives gjelder også for andre tilstander der pasienten må endre atferd for å bli frisk.**

Rusproblemer kan og bør adresseres hos fastlegen. Her finnes en unik mulighet til å snu en uheldig utvikling og hindre at avhengigheten virkelig blir alvorlig. Fastlegen er også en selsagt samarbeidspartner med spesialisthelsetjenesten i behandlingen av alvorlig rusavhengighet. Noen ganger er rusproblemer åpne, andre ganger er de skjult bak søvnmangler, «nerver», nedstemthet eller stress. Uansett fordres ekstra innsats fra fastlegen, hva angår både kunnskap om rus og tillitskapsende kommunikasjon.

**Hva er rusavhengighet?**

Fra et klinisk ståsted kan det være nyttig å se på avhengighet som en selvpåført livsstilssykdom som pasienten har ervervet seg gjennom en rekke valg. Valgene kan godt ha vært lite gjennomtenkte eller gode valgalternativer lite tilgjengelige. Like fullt er det personen selv som har tatt dem. Når avhengigheten først er etablert, begynner den å leve sitt eget liv, blant annet med en rekke sterke fysiologiske og opprettholdende mekanismer. Veien ut er brolagt med en rekke nye og annerledes valg. Valg som må tas hver dag, mange ganger om dagen, i måneder og år. Dette kalles atferdsendring. Innenfor en slik forståelsesramme er det psykologiske perspektivet på avhengighet relevant.

For å forstå hvorfor sårbare personer søker lindring gjennom rus, kan det være nyttig å hente kunnskap fra utviklingspsykologi og kognitiv psykologi.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

**Utvikling og vedlikehold av rusavhengighet**

De fleste bruker rusmidler på en lystbetont og kontrollert måte. Problematisk bruk av rusmidler kjennetegnes derimot av mangel på kontroll og mer ubehag enn glede. For noen går veien til rusavhengighet via eksperimentering i ung alder. For andre startet rusingen som målrettet lindring av psykiske vansker. Jo tidligere debut og jo tyngre rusmidler, jo vanligere er det med en vanskelig fortid forut for start på rusingen. Dette kan dreie seg om sosiale eller læremessige vansker, eller problemer i hjemmet så som vold, overgrep eller omsorgssvikt. Jo mer vansker som ligger forut for rusingen eller som har vært til stede parallelt med rusingen, jo mer må slike temaer også adresseres i behandlingen av ruslidelsen. Disse pasientene vil ofte ha dobbeltdiagnoser, altså ruslidelse samtidig med psykisk lidelse. Pasientene beskriver i disse tilfellene ofte at de ruser seg for å dempe symptomene på psykisk lidelse.

De aller fleste som har ruset seg en stund og forsøkt å slutte uten å ha fått det til, bruker ikke lenger rusmidler for å bli «ruset», «høy» eller «gira». De bruker rusmidler for å «komme på plass», «bli seg selv», «slappe av» og «få en time-out». Disse hevder at de bruker rusmidler mer som medisin enn for å bli ruset.

Simen begynte i behandling hos meg kort tid etter han ble innlemmet i Legemiddellassistert Rehabilitering, LAR. Han hadde et sterkt ønske om å bli helt rusfri, eller «helt normal», som han beskrev det. Imidlertid brukte han benzodiazepiner kjøpt illegalt bortimot daglig, ofte i ganske høye doser. Verken han eller legene i LAR var tilfredse med situasjonen, men Simen kunne ikke se hvordan han skulle klare seg uten.

**Tillitsfulle relasjoner – relasjonsskadede mennesker**

For å forstå hvorfor sårbare individer velger å søke lindring gjennom rus, kan det være nyttig å hente noe kunnskap fra utviklingspsykologi og kognitiv psykologi. Individet utvikler seg gjennom samspill med miljøet, særlig med nære omsorgspersoner. Etter gjentatte samspill over samme tema utvikles forståelse og forventninger om en selv, andre, og om verden generelt.

Det lille barnet som er vant til å bli plukket opp og trøstet når det gråter, forventer at verden er trygg og forutsigbar, og at andre mennesker vil det vel. Barnet som noen ganger blir møtt med trøst, men som andre ganger blir avvist, oversett eller til og med skadet, lærer at verden er uforutsigbar og utrygg, og at andre mennesker ikke er til å stole på. Disse ofte uttalte ideene om en selv, andre, og ver-

den, kalles kognitive grunnantagelser eller grunnskjema. De ligger til grunn for hvordan vi fortolker verden, og påvirker dermed atferden vår. Grunnantagelser kan modifiseres og endres gjennom livsløpet, særlig i perioder hvor noe blir markant annerledes. Naturlige livshendelser som det å flytte, begynne å jobbe eller å få barn, kan påvirke våre grunnskjema. De fleste typer psykologisk behandling tar sikte på å gjøre det samme.

Hos den gruppen pasienter som er avhengige av tyngre rusmidler, finnes mange mennesker med negative grunnantagelser. Disse grunnantagelsene har ofte blitt til som en psykologisk rasjonell og hensiktsmessig tilpassning til et dysfunksjonelt miljø. Problemet er bare at når miljøbetingelsene endrer seg, for eksempel ved at man kommer i behandling, henger ofte grunnantagelsene igjen. Dette vil påvirke vedkommendes fortolkning av andre mennesker, inkludert helsepersonell. Det vi kan oppleve som likegyldighet og fiendtlighet kan altså handle om et individ som beskytter seg mot en (nå urealistisk) risiko for å bli skadet. Ikke overraskende vil dette fortolkningsgrunnlaget ofte skape konflikter og støy rundt personen, noe som igjen kan virke bekreftende på grunnantagelsene. Altså: Jeg blir ofte avvist. Ergo stemmer det at jeg er verdiløs og at andre mennesker ikke er til å stole på.

Simens grunnantagelser var som følger: «Jeg er en dritt. Verden kan når som helst rase sammen, det har den gjort mange ganger før. Og andre mennesker er stort sett ute etter å dolke meg i ryggen, så det er best å ha 'guarden' høyt hevet». Disse antagelsene var erfaringsbaserte og grunnleggende for hele hans fortolkningmønster.

En vanlig emosjonell følgetilstand til slike grunnantagelser, er skamfølelse. I mange tilfeller kan det være hjelpsomt å forstå irritabilitet, frustrasjon og sinne som pasientens forsvar mot å kjenne på egen skam. Ofte har ruspasienter – som følge av vanskelige oppvekstkår og brutale rusmiljøer – et aktivert og kraftig forsvar. Dette kan vekke negative følelser hos hjelperne, som kan bli oppgitte og slitne. Ofte betegner vi disse pasientene som «vanskelige» og «relasjonsskadede».

Simen ble lett irritert de første timene hos meg. Det skulle så lite til før han tokte meg i verste mening, ofte som «moraliserende». En gang forlot han kontoret mitt midt i en terapitime, med avskjedsordene «Det her tror jeg ikke jeg gidder i dag, altså!»

Nøkkelen til å håndtere dette på en faglig klok og menneskelig varm måte, er å forsøke å forstå hva pasientenes atferd handler om. Ved å utvise en varm og empatisk holdning, og en eksplisitt kommunikasjon om at «jeg vil deg vel og jeg ønsker å hjelpe deg», vil

sinne ofte dempes. Vi må være profesjonelle relasjonsbyggere, som tåler og forstår og som samtidig har grenser og rammer. Jo mer emosjonelt aktivert (altså sint, irritert, oppgitt) jeg blir over en pasient, jo viktigere er det at jeg holder fagligheten min høyt, til å veilede meg i måten jeg er opptret i relasjonen på. Vår oppgave som hjelpere er å formidle nye relasjonelle erfaringer, som rokker ved de dysfunksjonelle grunnantagelsene.

Ved at jeg tålte ham, og var den som tok initiativ til å reparere når noe gikk galt mellom oss, kunne Simen også åpne seg litt etter litt for meg. Men jeg måtte virkelig vise meg tilliten verdig. Det gjorde inntrykk da Simen fortalte at han sjelden så seg i speilet, fordi han mislikte det han så. Det ble veldig tydelig hvor tett forbundet det tøffe og sårbare var, hvordan hans selvforakt hang sammen med irritasjonen og anklagene mot meg.

### Rus som emosjonsregulering

Emosjonsregulering er en livslang oppgave, og er noe av det viktigste ved menneskelig psykologisk fungering. Dette handler om hvordan vi roer oss når vi er sinte, trøster oss når vi er triste, og slapper av når vi er redde eller nervøse. Hvordan vi samler oss, og kommer tilbake til «baseline». Gjennom et utviklingsløp lærer man ulike strategier for å få dette til. Man kan oppsøke noen man har tillit til, ta en joggetur, snakke seg selv til fornuft eller høre på musikk. Noen røyker sigaretter når de er stressede, eller går på fylla når de har kjærlighetssorg. Dette er rusindusert emosjonsregulering som må sies å være innenfor normalen. Men når rusmidler er den primære kilden til emosjonsreguleringen, og har vært det siden man var ung, blir repertoaret for tynt.

En del rusavhengige med tidlig debut har frarøvet seg selv mye normalutvikling, med alt det innebærer av kunnskap om seg selv og verden. Inntak av piller, alkohol eller heroin er den eneste metoden enkelte kjenner til for å dempe angst, falle i søvn eller lindre triste tanker. Vi er her inne på det som kan kalles «rusens funksjon», altså hvilken rolle rusen spiller, hvorfor pasienten trenger rusmidlene. Ved overgang til rusfrihet opplever mange at den eneste krykken de har for å tåle livets utfordringer, blir tatt fra dem. Når rusen går ut og tankene klarer, kan vonde minner og tøffe erkjennelser bli krevende å håndtere.

Følelser var skumle greier, ifølge Simen. «De bare kommer og slår deg over ende. Jeg vet jeg sikkert burde forholde meg til det, men det er så sinnssykt slitsomt. Det er liksom greiere å ruse det bort. Det er liksom det jeg alltid har gjort». Innsikten var upåklagelig. Ideene om hva han kunne gjøre når ubehagelige følelser dukket opp, var det verre med. «Det er som om jeg står med ryggen til et skap fullt med

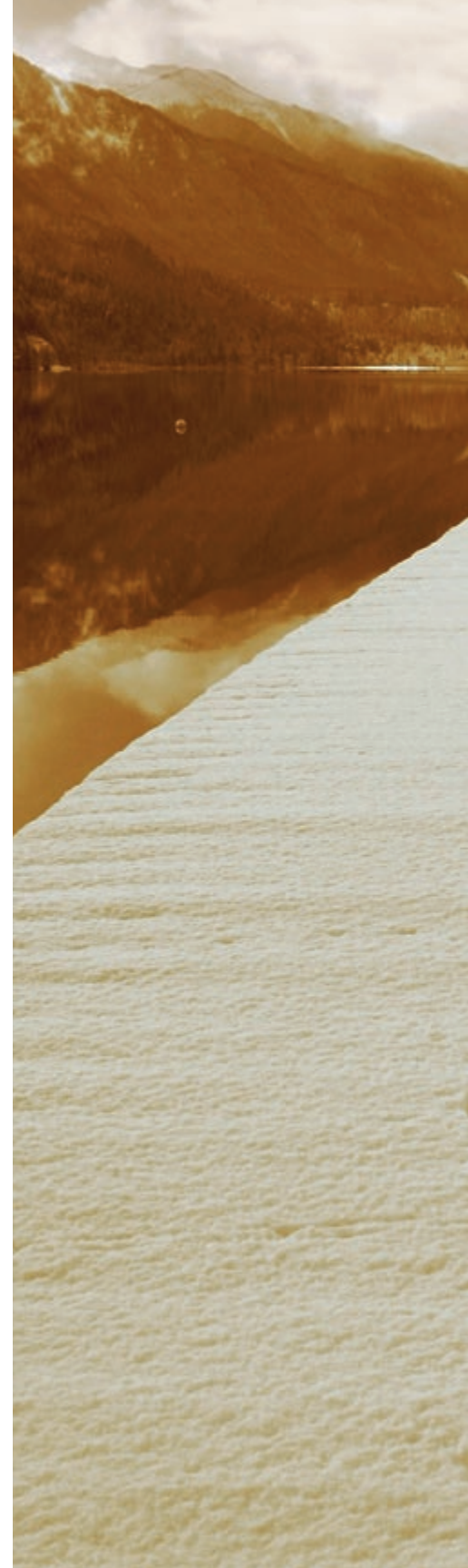
dritt jeg har gjort. Og når som helst kan det rase ut over meg. Så det gjelder å bite tenna sammen – og ikke kjenne etter».

### Automatisert atferd

Atferd man har gjort mange ganger blir automatisert og ubevisst. Et godt eksempel er bilkjøring. I starten når man skal lære det, er all oppmerksomhet rettet mot samspillet mellom clutch, gass og gir. Etter hvert går dette av seg selv og oppmerksomheten kan brukes på andre ting, så som trafikkbildet eller samtalen med medpassasjerer. Gir og pedaler går av seg selv, atferden har blitt automatisert. Slik er det med en rekke ting vi gjør i vår hverdag. Vi opplever ikke at vi velger bevisst, vi «bare gjør det». Slik er det også i mange situasjoner som fører til rus. En situasjon eller tilstand fungerer som et stimulus, og utløser en atferdskjede som ender med rusinntak. Slike stimuli er «risikosituasjoner», og de kan være emosjonelle/tankemessige/interne eller situasjonsbestemte/eksterne. Ved å kartlegge risikosituasjoner (for eksempel «Når jeg blir lei meg» eller «Å gå gjennom parken om sommeren og kjenne lukten av grill»), får man tak i situasjoner hvor risikoen for rusinntak er ekstra høy. Dette er situasjoner den avhengige har vært i mange ganger tidligere, og hvor et automatisert atferdsmønster lett aktiveres («Se etter kjente – kjøpe stoff – ruse meg»). Her må nye løsninger på banen, gammel atferd må avlæres og nye strategier implementeres.

Å kjenne seg selv og sine egne sårbarheter, altså risikosituasjoner, er essensielt for å lykkes i å bli rusfri. Man må planlegge dagen slik at man ikke plutselig finner seg selv i en risikosituasjon. Og man må ha øvet i teorien på hva man skal gjøre hvis man allikevel havner i en slik situasjon. Kanskje må man på sårbare dager gå rundt parken, selv om det er en omvei. Hvis man møter en bekjent som man vet selger stoff, har man øvet på forhånd på hva man skal gjøre («Hei – smile – se en annen vei – gå videre, ikke stoppe!»). Dette er en veksling mellom teori og praksis. Øve og oppleve. Evaluere, revurdere strategi og forsøke igjen. Mange som skal bli rusfrie jobber knallhardt med å overstyre sine egne impulser. Hver dag, i uker og måneder. Etter hvert er det den nye atferden som har blitt automatisert. Man må anstrenge seg mindre for å gjøre det riktige, de sunne valgene bare skjer «av seg selv».

Vi jobbet lenge med Simens risikosituasjoner. Særlig var skyldfølelse knyttet til sønnen vanskelig. De hadde ikke sett hverandre på lang tid, og Simen hadde vært langt fra den faren han ønsket å være. I tillegg dukket det opp en ny utfordring da Simen etter en stund begynte med arbeidstrening, og på reisen til jobb måtte bytte kollektivtransportmiddel i sentrum. Han beskrev at han enkelte dager ble klam i hendene



og kjente sug i magen mange holdeplasser før han skulle bytte. De fleste dager gikk det bra. Noen dager ble han sittende på bussen videre, han turte ikke gå av i frykt for å ruse seg. Enkelte ganger gikk det galt. Vi fant etter hvert ut at denne turen innom sentrum kostet Simen for mye, og innebar for stor risiko. Sammen gikk vi inn på reiseplanlegger på nett og fant en alternativ rute. Den var 20 minutter lengre, men på alle måter tryggere og mer behagelig for Simen. Kanskje kan han reise den kortere sentrumsruten når han har vært rusfri enda lenger.



Ved overgang til rusfrihet opplever mange at den eneste krykken de har for å tåle livets utfordringer, blir tatt fra dem. Når rusen går ut og tankene klarer, kan vonde minner og tøffe erkjennelser bli krevende å håndtere.

ILLUSTRASJONSFOTO B. DOMBROWSKI (SXC)

### Hvordan håndtere tilbakefall

Krevende endringsprosjekter innebærer vanligvis tilbakefall. Mange vil kjenne dette igjen fra endringsarbeid i eget liv, knyttet til for eksempel røykeslutt, endring av kosthold eller treningsvaner. Ved atferdsendring knyttet til rus kan tilbakefall bli svært skadelig. Det er derfor viktig å forebygge det så godt det lar seg gjøre, samt ha en plan for hvordan å agere dersom skaden likevel skjer. Fortolkning av

tilbakefallet er av stor viktighet. Den viktigste oppgaven som helseperson ved tilbakefall er:

- 1) å ha laget en så trygg allianse i forkant, at vedkommende våger å være ærlig om hva som har skjedd
  - 2) redusere skamfølelse (normalisere: «sånt kan skje», «så fint du kom og fortalte det»)
  - 3) redefinere tilbakefallet på en måte som gir håp
- Endring skjer i små steg, og det meste kan defineres relativt opp mot noe annet. «Førige

tilbakefall du hadde varte i tre dager, og du brukte både heroin, piller og alkohol. Nå har du bare brukt heroin. Det er veldig bra. Dessuten klarte du å avbryte tilbakefallet etter bare én dag denne gangen.» I et slikt perspektiv kan faktisk tilbakefall, så lenge det er mindre skadelig enn det forrige tilbakefallet, defineres som et fremskritt. Poenget er ikke å være en naiv og dumsnill medhjelper, men å påpeke mestring der det er mulig. Dette vil ofte øke pasientens motivasjon og mestringstiltro til neste gang en liknende situasjon dukker opp. Vedkommende besitter også da allerede utprøvde og anerkjente strategier som kan anvendes igjen, i større omfang og på et tidligere tidspunkt enn ved forrige tilbakefall.

Gradvis vil tiden mellom tilbakefallene bli lengre, og tilbakefallene vil bli kortere og inneholde færre skadelige elementer. Når man skal kalle seg «frisk» eller «rusfri», er et definisjons spørsmål det kan være meningsfullt å diskutere med pasienten. Mange vil ha et ønske eller en drøm om å kunne bruke litt rusmidler, av og til, uten alle de skadelige konsekvensene. En del har behov for å forsøke dette. Noen får det til, de fleste innser at å ruse seg litt er for risikofylt.

Etter hvert gikk det lengre og lengre tid mellom rusinntakene til Simen. Benzodiazepinbruk ble definert som tilbakefall, ikke som en daglig affære. Han fikk god hjelp av sin fastlege til å lage et nedtrappingsregime, og fikk styre tempo og dose etter hva han selv mente han tålte. Følelser og situasjoner som før satte ham helt ut og førte til rusing, kunne han håndtere på egenhånd uten rus, og snakke med meg om i terapi noen dager senere.

### Avslutning

Å jobbe med rusavhengige oppleves til tider som intenst meningsfullt og som et stort privilegium. Det inngir følelser av ydmykhet og respekt å få lov til å gå et stykke på veien sammen med voksne mennesker som forsøker å endre noe fundamentalt i eget liv. Noen blir helt friske. Mange får liv som er mer verdige og mindre stressvonne, med blant annet bedre fysisk og psykisk helse, bedre økonomi og bedre forhold til sine nærmeste.

Jeg vil avslutte med Simens ord da jeg spurte ham hvordan han så annerledes på seg selv etter han hadde vært rusfri en stund, sammenliknet med begynnelsen av behandlingen. Han var vant til å bruke skalaer fra ulike ting vi hadde arbeidet med i terapien.

«Jo, for eksempel, når det gjelder å være narroman, så var jeg før en sjuer, nå er jeg en toer. Og før var jeg en toer på det å være pappa, nå er jeg en femmer.»

e.b.rognli@medisin.uio.no