

# BACHELOROPPGAVE

## Hva er rusavhengighet?

En biologisk prosess eller sosialkulturelt fenomen? – Og hvordan fungerer  
LAR's behandlingssideologi?

av

Silje Charlotte Bakken

Sosialt arbeid  
SOS530  
April 2008

**Bachelor oppgave i sosialt arbeid våren 2008**

**”Hva er rusavhengighet? En biologisk prosess eller sosialkulturelt fenomen?  
- Og hvordan fungerer LAR’s behandlings ideologi?”**

**Av Silje Charlotte Bakken**

## Innholdsfortegnelse

1.0 Problemstilling og begrunnelse, avgrensning og begrep.....	s. 4
2.0 Metode.....	s. 5
3.0 Oversikt over narkotiske hovedstoffer, virkninger og abstinenssymptomer.....	s.6
3.1 Cannabis.....	s.6
3.2 Opiater.....	s. 7
3.3 Sentralstimulerende stoff.....	s.8
3.4 Hallusinogener.....	s.8
3.5 Legemidler.....	s. 9
4.0 Avhengighet .....	s.10
4.1 Diagnose systemene ICD-10 og DSM IV.....	s. 11
4.2 En sykdom? .....	s.12
4.3 Perspektiver på avhengighet.....	s. 12
4.4 Fysisk avhengighet .....	s 15
4.5 Biologisk synspunkt .....	s. 16
4.5.1 Dopamin.....	s 16
4.5.2 Serotonin.....	s 17
4.6 Hva skjer i hjernen?.....	s.18
4.7 Kulturell og sosial tilhørighet.....	s.19
4.8 Opplevelse av redusert kontroll over egen atferd- lærings psykologisk perspektiv.....	s 22

## **5.0 LAR – legemiddelassistert rehabilitering**

<b>5.1 Hva er LAR? .....</b>	<b>s. 23</b>
<b>5.2 Metadon og subutex .....</b>	<b>s.25</b>
<b>5.3 Hensikt og kritikk.....</b>	<b>s.26</b>
<b>5.4 Avhengighetssyn.....</b>	<b>s.28</b>
<b>6.0 Avslutning .....</b>	<b>s.28</b>
<b>7.0 Litteraturliste.....</b>	<b>s.29</b>

## 1.0 Innledning

Problemstilling:

**”Hva er rusavhengighet? En biologisk prosess eller sosialkulturelt fenomen?  
- Og hvordan fungerer LAR’s behandlings ideologi?”**

I denne oppgaven skal jeg se på rusavhengighet. Begrepet ”addictive” kommer fra det latinske ordet addico, som betyr ”gi seg over til” eller ”være bundet til”. (Barth m. fl 2006). Denne avhengigheten har jeg begrenset til å gjelde narkotiske stoffer, og utelater derfor blant annet alkohol. Som narkotika regnes alle stoffer som står oppført i narkotikalista satt av Statens legemiddelverk. (<http://www.lovddata.no/for/sf/ho/to-19780630-0008-0.html> ). Innledningsvis vil jeg gjøre rede for metoden denne oppgaven baserer seg på, hvor jeg vil nevne mine hovedkilder.

For å få et innblikk i hva rusavhengighet innebærer vil jeg vise til ulike stoffer og virkningene av disse, og noen av abstinens symptomene disse har. For å prøve å finne ut om fenomenet avhengighet har jeg benyttet meg av WHO’s ICD-10 og drøftet om avhengighet er en sykdom. Videre vil jeg diskutere avhengighet utifra et biologisk perspektiv, og deretter se på det sosialkulturelle aspektet. Jeg vil også bringe inn læringspsykologisk perspektiv i mine diskusjoner, diskusjonen vil foregå mellom det vi kan kalle ytterpunktene, altså det biologiske versus det sosialkulturelle. Jeg vil ikke diskutere andre perspektiver enn disse, da jeg anser det biologiske og det sosiokulturelle for de mest relevante ytterpunktene, for deretter å kunne koble de begge opp mot en behandling slik som LAR.

Med bakgrunnsinformasjon om avhengighet og ulike avhengighetsperspektiver vil jeg diskutere LAR som behandling og om ideologien som ble satt, er noe som blir etterlevd i praksis. Innenfor dette vil jeg også se nærmere på metadon og subutex, men hovedsakelig vil jeg fokusere på metadon. Dette fordi metadon er det som foreløpig er mest utbredt.

Ved å se på dette fenomenet fra ulike ståsteder vil jeg øke forståelsen både for selve fenomenet avhengighet og for brukerne. Jeg anser dette for relevant for det sosialfaglige felt, da dette i vesentlig grad vil være en del av en sosialarbeiders yrkesmessige utfordringer.

Grunnen til at jeg har valgt dette temaet er nettopp fordi dette omfatter en god del mennesker i vårt samfunn, og jeg mener derfor at det er viktig å ha kunnskap om deres situasjon på ulike

felt. Jeg arbeider også som miljøarbeider ved en avrusningsinstitusjon av rusavhengige, og finner det på den måten interessant å se hva litteraturen har på emnet i tillegg til min egen bakgrunns erfaring.

## 2.0 Metode

Metode defineres i følge Halvorsen (1993) som ”den håndtverksmessige siden av vitenskapelig visksomhet, eller mer presist læren om de verktøy som kan benyttes for å innsamle informasjon. Metode er en systematisk måte å undersøke virkeligheten på. Vi ønsker å gjøre oppdagelser i den menneskeskapte verden, og gjennom bruk av ulike metoder kan vi forbedre og skjerpe vår oppdagelsesevne slik at vi kan se årsakene bak hendelser, meninger bak handlinger og samhandling og kollektivs/sosiale-materielle strukturers betydning for individer og gruppers meninger og handlinger.” Metode er derfor et viktig redskap, ikke et mål i seg selv, for å finne frem til måter å se avhengighet på. (Halvorsen 1993).

Forskeren kan enten samle inn nye data (primærdata) eller benytte seg av tilgjengelig data (sekundærdata). I denne oppgaven vil man hovedsakelig finne sekundærdata.

Jeg har valgt å skrive en ren litteratur oppgave. Litteraturkildene har jeg funnet frem til ved å oppsøke biblioteket, og videre ved å gjøre et utvalgt av bøkene som var mest relevante i forhold til problemstillingen min om avhengighet. Kildene jeg har valgt ser jeg på som valide. Validitet handler om gyldighet og relevans (Halvorsen, 1993). Noe jeg vil påstå er gjeldene her, da dette er pensumbøker på flere sosialfaglige utdannelse. Forfatterne er også anerkjente innenfor sitt fagområde, og det har vist seg at det er flere som viser et likt syn på området. Jeg har i hovedsak holdt meg til Hans Olav Fekjær i denne oppgaven og hans bok ”Rus”(2005) da han har gitt ut flere bøker innenfor rusfeltet og avhengighet, og blitt tildelt ulike priser for sitt arbeid. H. O Fekjær er psykiater og psykoterapiveileder, og er nå overlege ved Blå Kors i Oslo. Samtidig vil jeg nevne Barth m.fl. 2006 som hovedkilde. Tom Barth som er en av forfatterne av ”Endringsfokusert rådgiving” er spesialist i klinisk psykologi, og har siden 1980 arbeidet med rusmiddelbrukere.

Jeg har også forholdt meg til internettkilder underveis i oppgaven. Dette har jeg gjort for å få liv i teksten, samt belyse aktualiteten av temaet. Disse har også blitt brukt aktivt i forhold til diskusjon av problemstillingen. Som offentlig dokument er WHO’s klassifiseringssystem, ICD-10 blitt brukt. Jeg har også benyttet meg av ulike opplysningshefter om narkotiske stoffer og virkninger. Litteraturen er videre brukt for å belyse ulike måter å se avhengighet på,

til å gi definisjoner og til å forklare begrep, og for videre å koble dette til Legemiddel assistert rehabilitering, hvor det blir utprøvd en kritisk innfallsvinkel fra min side.

I en slik litteratur studie så er det viktig å huske på at dataene kan være farget av forskeren, og videre farget av personlige meninger og feiltolkninger når det blir benyttet i sekundær litteratur.

Jeg vil nå presentere ulike narkotiske stoffer og hovedgrupper av disse, hvor jeg skal vise til abstinenssymptomer og virkninger. Dette for å komme inn på avhengighet og videre en diskusjon om temaet.

### **3.0 Oversikt over narkotiske hovedstoffer, virkninger og abstinenssymptomer**

Vi deler vanligvis de narkotiske stoffene inn i fem hovedgrupper:

- Cannabis (Hasj, marihuana)
- Opiater (opium, heroin, morfin)
- Sentralstimulerende midler (Kokain, amfetamin)
- Hallusinogener (LSD, Ketamin, Ecstasy)
- Legemidler

#### **3.1 Cannabis**

Cannabis utvinnes av hamp planten og røykes vanligvis i form av marihuana eller hasj. Det virksomme stoffet i cannabis heter THC (tetrahydrocannabinol), og mengden av dette stoffet bestemmer rusen. THC er et fettløselig stoff. Dette betyr at det brytes langsomt ned i kroppen. Rester av THC kan spores i kroppen inntil 30 dager etter bruk. Opplevelsen av cannabisrus varierer fra person til person og avhenger av omgivelsene, forventningene og styrken på stoffet. Vanligvis gir rusen en følelse av oppstemthet, selvtillit og pratsomhet. Den fører også til svekket vurderingsevne, nedsatt hukommelse og koordinasjonsproblemer. Under sterk rus kan man oppleve at syns- og hørselsinntrykk forvrenges og virkelighetsoppfatningen forstyrres. Det kan forkomme uro, angst og paranoia. Hasjrus kan dessuten virke utløsende på både akutte og kroniske psykoser. Ved langtidsbruk ser vi forstyrrelser som sløvhets, manglende interesse for omverdenen, dårlig hygiene, logiske brister og gjennomgripende personlighetsforandringer.

### 3.2 Opiater

Til opiatene hører stoffer som utvinnes av opiumvalmuen: opium, morfin og heroin. I tillegg har vi syntetiske stoffer som metadon.

- Råopium utvinnes fra saften av opiumsvalmuen og inneholder de aktive stoffene morfin og kodein. Morfin brukes ofte i sykehusbehandling mot sterke smerter. Heroin fremstilles av morfin gjennom en kjemisk prosess. Rusvirkningen avhenger av bruker, dose og bruksmåte, men vanligvis gir den en sterk følelse av velbehag, oppstemthet og fred. Brukeren kjenner seg beskyttet og usårbar. Virkningen kan imidlertid også være rastløshet, tretthet og kvalme. Den alvorligste faren ved opiatmisbruk er overdoser. Opiumrus gir langsommere motorikk og svekkede kroppsfunksjoner, deriblant nedsatt åndedrett. Overdoser fører til at brukeren glir inn i bevisstløshet og gradvis slutter å puste. Døden kan inntreffe alt etter 5-10 minutter.
- Heroin er sterkt avhengighetsdannende. Bare en eller to injeksjoner kan være nok til å fremkalle avhengighet. I tillegg til den følelsesmessige tilknytningen til heroin (den psykiske avhengigheten), som sies å være svært sterk, utvikler brukerne økt toleranse og fysisk avhengighet til stoffet. De trenger høyere doser for å få virkningen. Når kroppen ikke lenger får tilført heroin får brukeren abstinensreaksjoner i form av sterke smerter og ubehag. Abstinens symptomene holder seg på det verste 24-48 timer etter brå seponering, og går gradvis over i løpet av 10-20 dager.
- Metadon er et legemiddel som fremstilles syntetisk. Metadon brukes i dag til behandling av langt fremskreden rusavhengighet. Dette vil jeg komme nærmere inn på i avsnittet om LAR, (legemiddel assistert rehabilitering). Slik behandling reduserer suget etter stoff og demper rusfølelsen ved ny tilførsel av heroin. På den måten håper man å gi misbrukerne bedre levekår, selv om de ikke blir rusfri. Metadon blir tilskrevet pasienter som er under behandling i LAR. Bivirkningene av metadon er i hovedsak de samme som ved annen opiatbehandling. Kvalme, oppkast, svimmelhet, svetting, hudkløe, munntørrehet, forstoppelse, urinretensjon, pupill konstriksjon, visuelle forstyrrelser, eufori, sedasjon, forvirring, hodepine, søvnforstyrrelser, ødemtendens, nedsatt libido, vektøkning. Ved høyere doser: blodtrykksfall og respirasjonsdepresjon. Ved langvarig bruk oppstår avhengighet. Bivirkningene er vanligvis moderate hos pasienter i langvarig behandling. Avvenningsperioden er mer



langvarig for metadon enn for heroin p.g.a. den lange eliminasjonshalveringstiden.

(<http://www.bymisjon.no/upload/Miksturmetadon.doc>)

### 3.3 Sentralstimulerende stoff

Til denne gruppen regnes først og fremst kokain og amfetamin. Avvenning etter misbruk av sentralstimulerende midler utløser ofte depresjoner, som kan være svært alvorlige, og det er fare for selvmord i denne fasen.

- Kokain fremstilles av kokaplanten. Kokainrusen preges av oppstemthet, overdreven selvtillit og følelse av kraft. Kokain kan gi livstruende fysiske problemer, som pustevansker, hjertebesvær og hjerneskadener. Av psykiske skadevirkninger forekommer angst, paranoia, hallusinasjoner, aggressivitet, selvmordstanker og manglende interesse for sex.
- Amfetamin er et av de mest utbredte stoffene her til lands. Og brukes blant annet i behandling av ADHD. Amfetamin fører til minsket søvnbehov, redusert appetitt, oppspilthet, pratsomhet og rastløshet. Pulsen øker, forbrenningen stiger og vurderingsevnen svekkes, og brukeren kan innbille seg å være overlegen og mektig. Mange blir aggressive og fiendtlige. Rusen gir en sterk lykkefølelse som gjør at det er lett å bli avhengig. Misbruk av amfetamin fører til avmagring, aggressivitet, følelsesmessig ubalanse, forvirring og paranoia. I noen tilfeller kan det dessuten resultere i hjerteinfarkt og blødninger i hjernen. Rusen utsetter kroppen for store påkjenninger, som i verste fall kan føre til døden. Psykose og sansebedrag kan forekomme. Vanligvis oppstår ikke sterke fysiske abstinenssymptomer etter bruken. Men plager som verking i muskler og ledd, urolig søvn og drømmer er vanlige ettervirkninger. Den psykiske tilvenningen er tyngre vektlagt. Personer som injiserer amfetamin beskriver en enorm lykkefølelse, allerede etter den første sprøyta.

### 3.4 Hallusinogener

Hallusinogener er en gruppe stoffer som forstyrrer virkelighetsoppfatningen og forårsaker hallusinasjoner, altså sanseforstyrrelser. Effektene kan minne om opplevelsene under sinnssykdommer og kan i akutte faser være vanskelig å skille fra psykoser. Blant de mest kjente hallusinogenene i dag er LSD, MDMA (ecstasy) og ketamin.

- Opplevelsen av en LSD trip er umulig å forutse. Rusen kan svinge fra velbehag og lystfølelse til angst, panikk og depresjoner. Synsinntrykk virker skarpere og mer intense, og rene åpenbaringer kan forkomme. Man kan føle at en er utenfor sin egen kropp og betrakter den på avstand. Rusen kan også føre til marerittaktige hallusinasjoner, som i verste fall kan utvikle seg til en permanent psykose. Langtids bruk kan dessuten gi såkalte "flashbacks," dvs. gjenopplevelse av LSD rus selv lenge etter at brukeren har sluttet med stoffet.
- Ketamin er et narkosemiddel som fremdeles benyttes til medisinske formål. Rusen gir seg til kjenne ved stivt blikk, høy puls, stive muskler og koordinasjonsproblemer. Epileptiske anfall, kramper og bevisstløshet kan også forekomme. Brukerne kan oppleve sinnsforvirring, passivitet, hukommelsestap, paranoia og forvirring. I noen tilfeller inntreffer en schizofren lignende psykose. Et annet kjennetegn ved ketamin rus er at man blir uimottagelig for smerte. I kombinasjon med aggressivitet og psykose gjør dette at ketamin misbrukere kan være farlige for seg selv og sine omgivelser.
- Ecstasy har en kraftig stimulerende virkning som minner om amfetamin. Ved større doser framkalles hallusinasjoner som kan minne om LSD rus. Ecstasyrusen gir ofte en følelse av oppstemthet, energi, åpenhet og forståelse. Følelse av lykke og forelskelse er også vanlig. Større doser kan føre til forvirring og psykoselignende tilstander. Stoffet fører til raskere puls, høyere blodtrykk og økt kroppstemperatur. I kombinasjon med fysisk aktivitet kan dette føre til livstruende belastning på kroppen. Andre kjennetegn er store pupiller, hyperaktivitet, følelsesmessig åpenhet og seksuell interesse. Stoffet kan dessuten føre til akutt forgiftning, nyresvikt, psykose, angst, panikk og hallusinasjoner. Langtids bruk innebærer risiko for depresjoner, angst og tankeforstyrrelser. Avhengigheten er muligens først og fremst psykisk.

### 3.5 Legemidler

Sovemidler og beroligende midler virker dempende på sentralnervesystemet og kan ha angstdempende effekt. En rekke legemidler er klassifisert som narkotika. Ukontrollert bruk og foreskrivning kan føre til avhengighet. Misbruk kan også forekomme ved at man introduseres for stoffene av etablerte misbrukere. Barbiturater og benzodiazepiner er de to hovedgruppene av legemidler som misbrukes mest.

- Barbituratene er søvngivende og beroligende. På grunn av forgiftningsrisiko og vanedannende effekt foreskrives disse stoffene mindre nå enn tidligere. Barbiturater inngår gjerne i et blandingsmisbruk blant narkomane når det er vanskelig å få tak i andre stoffer. Rusen ligner alkoholrus, med innslag av oppstemthet, reduserte hemninger, overdreven selvtillit, økt energi og aggressivitet. Kroppen utvikler snart toleranse for disse stoffene, og den rusfremkallende dosen må økes. Den dødelige dosen øker ikke tilsvarende, og dermed stiger faren for overdose.
- Benzodiazepiner er svakere beroligende midler enn barbituratene. I små doser virker de avslappende og gir velvære. Større doser påvirker hjernens funksjoner og koordinasjonsevnen. Hos enkelte fører bruken til oppstemthet og aggresjon. Effekten av benzodiazepiner forsterkes i kombinasjon med barbiturater og alkohol, og resultatet kan bli dødelig forgiftning. Benzodiazepiner inngår ofte i et blandingsmisbruk eller i kombinasjon med andre stoffer, f.eks. heroin.  
Benzodiazepiner benyttes i medisinsk sammenheng og er nødvendig for mange pasienter. Risikoen for avhengighet er imidlertid stor, og toleransen øker raskt. Bruk av disse stoffene i behandling er derfor underlagt restriksjoner.

#### **4.0 Avhengighet**

Forenklet kan man si at avhengighet innebærer at man bare ”må ha”, og ikke klarer å fungere uten. Det er flere måter å se avhengighets problematikk på, og disse synsvinklene gir videre grunnlag for valg av behandling, noe jeg skal komme litt nærmere inn på. Jeg har tidligere nevnt noe om rusmiddelgruppene og ulike abstinens symptomer, slik at man har et lite innblikk for å kunne se hva som ligger i det å ha abstinenser, og hva slags langtidsvirkninger som kan oppstå. Det er i midlertidig viktig å påpeke at alle ikke opplever dette på nevnte måter.

Når vi tar for oss det som blant fagfolk kalles ”kjemisk avhengighet”, tar vi fatt i et fenomen som må forstås som noe mer enn den rene kjemiske virkningen av stoffene. Vi må altså se på mer enn rusfølelsen og de fysiske ettervirkningene som disse gir. Det er viktig å være klar over dette, slik at man ikke reduserer problemet til selve bruken, og glemmer å se på det sosiale, kulturelle og individuelle psykologiske dimensjoner.

#### 4.1 Diagnose systemene ICD-10 og DSM IV

Jeg vil nevne ICD-10 (international classification of diseases, WHO) og DSM IV (offisielle diagnostiske kriterier for psykiske lidelser i USA som i Norge brukes som supplement til ICD) diagnosesystemene på det grunnlag at det er på bakgrunn av disse at man får en begrepsdefinisjon som er gjeldene av WHO og for å, så langt det lar seg gjøre, få kjennskap til hva kriteriene for rusavhengighet er.

Utifra ICD-10 defineres avhengighetssyndrom som:

”En rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. Vanligvis har brukeren sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken av den, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser, økt toleranse og noen ganger en fysisk abstinensstilstand. Avhengighetssyndromet kan dreie seg om et spesifikt psykoaktivt stoff (f. eks tobakk, alkohol eller diazepam), om en gruppe stoffer (f eks opiater) eller et bredere spekter av farmakologisk forskjellige psykoaktive stoffer. Inkl: dipsomani, kronisk alkoholisme, stoffavhengighet.” (<http://www.kith.no/sokeverktøy/icd10/icd10.htm>)

Diagnosesystemene nevner 6-7 mulige symptomer som kan klassifiseres i tre grupper:

- toleranseøkning *og/eller* abstinens plager
- tegn på kontrollsvikt (sterk lyst/ tvangspreg eller drukket mer enn en planla *eller* ikke klart å kutte ned)
- skadevirkninger (sosialt *eller* helsemessig *eller* yrkesmessig)

For tiden er ingen «symptomer» obligatoriske.

Avhengighets- diagnosen krever at en må ha hatt minst 3 av 6 symptomer i løpet av siste år (ICD-10) eller 4 av 7 en gang i livet (DSM- IV). En behøver ikke ha symptomer fra alle tre grupper, for eksempel trenger en ikke nå ha mangel på kontroll over bruken. Sammenliknet med vanlige medisinske diagnoser, er det påfallende at det viktige skillet mellom syk og frisk går ved et vilkårlig valgt antall symptomer (3 av 6 eller 4 av 7).

Det følger av diagnose kriteriene at avhengighetsbetegnelsen beskriver et farlig og/eller skadelig livsmønster. ( <http://www.rus.no/filestore/30-32.pdf> ). Noe som jeg vil komme mer inn på under kapitlet som omhandler biologien og hva som skjer med hjernen vår, og

hvordan dette leder til en livsførsel som er risikofylt. Dette vil også vise seg under kapitelet som handler om det kulturelle.

#### **4.2 En sykdom?**

Tilstander som står oppført i de offisielle diagnoselistene, slik som ICD-10 er formelt sykdommer. Rusavhengighet står oppført med betegnelsen ”syndrom”, som betyr en samling tegn eller symptomer som ofte opptrer sammen.

(<http://www.caplex.no/Web/ArticleView.aspx?id=9334928> ). Rusavhengighet gir ikke uten videre fundament for sykmelding og trygd, og frigir ikke for straff i rettslig forstand, opplyser Fekjær. Det er både positive og negative konsekvenser for en rusavhengig at tilstanden kan betegnes som en sykdom. På den positive siden så kan det nevnes at den rusavhengige kan forsones seg med sin egen tilstand og sin fortid. Som videre gir sosiale ytelser, økt selvfølelse og respekt ovenfor seg selv og fra andre, og ikke minst rett til behandling. På den negative siden kan det være at den rusavhengige bruker begrepet sykdom som en unnskyldning til at ”det er sånn det er”. (<http://www.helsenytt.no/artikler/rus.htm> ). Man kan tolke ut fra det biologiske synspunktet at den som er avhengig ikke er fullt ut klanderverdig for de av sine handlinger som er et resultat av avhengigheten, siden det er en sykdom. Dette vil jeg også komme litt mer inn på under avsnittet om biologi. Ved å si at rusavhengighet er en kronisk sykdom, vil man også si at dette er noe som kan behandles med medisiner. Dette er det altså stor uenighet om. Selv om det kanskje er lettere å akseptere en mellomting, altså en kombinasjon av legemidler og psykososial oppfølging. Dette vil jeg komme nærmere inn på i LAR kapitelet.

#### **4.3 Perspektiver på avhengighet**

I et læringspsykologisk perspektiv har misbrukeren innlært et mønster av signalavhengige reaksjoner som tolkes innen et kognitivt perspektiv med innlært hjelpeløshet for mestring av lyst på medikamentet som resultat. I denne sammenheng vil jeg nevne det Fekjær (2005) kaller for forventningseffekter, at virkningen av et stoff kan inntre uten noen merkbar kjemisk påvirkning. Man kjenner dette kanskje best som placebo effekt. ”Mange forsøk med alkohol og cannabis viser at placeboeffekter er en viktig faktor for rusmidler, slik det også er for medisiner.” (Fekjær, 2005, s.141.) Placebo forskningen viser at mennesket er et påvirkelig

vesen. Slik at når man forventer at et kjemisk stoff forandrer sinnsstemningen, vil det ofte skje. Dette viser seg også at ”der rusmidlet betraktes som årsak til (og dermed unnskyldning for) hemningsløshet, inntreffer slike atferdsendinger. De samfunn og grupper som ikke venter slike effekter, ser dem heller ikke” (Fekjær, 2005 s.143) Dette er noe som tyder på forventede effekter (lærte effekter) spiller en betydelig rolle av subjektive virkninger av narkotikainntak.

Et annet begrep som kan være med å forklare rusmiddelavhengighet er forsterkere. I følge Brumoen (2003) gir en forsterker en forklaring på hvorfor vi gjør det vi gjør, og hvorfor vi gjentar spesielle handlinger ofte. Noe som kan gi en forståelse på rusmiddelavhengighet. Det er 2 hovedtyper forsterkere. Den første er at atferden gir en indre og ytre tilstand som vi liker. Atferden skaper en helt ny opplevelse, som ikke ville vært der hvis atferden ikke hadde vært fremført. Vi har altså positive forsterkere som gjør at vi gjentar atferden oftere. Man vil f. eks ta en dose amfetamin fordi man husker den lykkfølelsen det gav. Den andre forsterkertypen er den som fjerner en tilstand som vi ikke liker. Å fjerne ubehag er en annen måte å få tilfredsstillende på. Dette kalles for negative forsterkere. Det er opphøret av opplevelsen som gjør at vi gjentar atferden oftere. Man tar f. eks Rohypnol (benzodiazepin) for å få hjelp til å sove, for å slippe ubehagelige tanker og drømmer.

Dette kan sees i sammenheng med det biologiske, som jeg har nevnt tidligere. Hvor man knytter dette til hjernen hvor forsterkning finner sted. Å ruse seg blir lønnsomt fordi det aktiverer de riktige signalstoffene som treffer de riktige områdene i hjernen. Selv om disse områdene kan stimuleres av annen atferd, f. eks seksuell atferd, kan det være at denne atferden er mindre treffsikkert og effektivt som kjemiske rusmidler. Når forsterkningsmekanismer finner sted i hjernens belønningssentre, lærer kroppen hva den må innta for å bli fornøyd. Nytelsen kan bare oppnås ved tilføre stoffet som hjernen husker som opphavskilden til nytelsen.

Forsterkningen innebærer at atferden med å innta rusmidlet belønnes med lystskapende stimuli, som innenfor den biologiske forklaringsmodell vil si frigjøring av dopamin og serotonin i hjernen.

Men det finnes også en annen vinkling enn de biologiske forsterkningene som skjer i hjernen, som Brumoen (2003) kaller primære. Vi har også sekundære forsterkningsmekanismer som går på sosiale stimuli og hendelser i situasjonen hvor rusmiddelet inntas og dets virkninger. Den som har rusproblemer vil dermed få lyst til å ruse seg, ikke bare ved det biologiske suget, men også når han er i situasjoner hvor han tidligere ruset seg. Det skal sies at det ikke går automatisk i atferden med engang, men at det er en innlærings periode hvor man verken kan

atferden eller forbinder situasjoner med den spesifikke atferden. Uten at jeg skal gå nærmere inn på dette vil jeg bare nevnte at Brumoen snakker om at vi blir først lærer bruken ved hjelp av instruksjoner fra andre, deretter kommer en fase hvor man instruerer seg selv, deretter kommer den automatiserte bruken.

Barth m. fl (2006) snakker om at atferden er underlagt vår intensjonelle kontroll: vi tenker på å gjøre atferden, bestemmer oss for det, planlegger og gjør det. Vi tar også beslutninger for når og hvordan vi skal holde opp å utgjøre gitt atferd. Når en atferd defineres som problematisk, har det gjerne sammenheng med at personens intensjonelle kontroll er svekket. Atferden får en tiltrekningskraft som gjør det problematisk for personen å ha kontroll over egen atferd. Personen kan altså tenke i ettertid ”jeg viste jeg ikke burde, men så gjorde jeg det likevel. Det som også er et kjennetegn på at situasjonen er ute av kontroll, er som nevnt tidligere, at de negative konsekvensene en atferd kan ha, har mistet sin regulerende virkning. For selv om en atferd utvikler seg til å bli problematisk for en person, blir ikke de gode sidene ved atferden borte av den grunn. Det virker som om Barth m. fl og Brumoen har noenlunde samme syn på automatiserte handlinger. Mens Brumoen er mer forklarende på det biologiske ligger Barth m. fl synspunkt mer på det sosiale perspektiv. Men det ene synes ikke å utelate det andre.

I et neurobiologisk perspektiv har de nervecellene som påvirkes av rusmidlene gjennomgått en tilpasningsprosess (neuroadaptasjon) som gjør at de ikke reagerer eller reagerer overdrevent mye på nervesignaler. Dette gir på kort sikt ofte en motsatt effekt av rusmidlets virkninger og oppleves som abstinensreaksjoner. På betydelig lengre sikt gir det en labil funksjon som viser seg ved dårlig stresstoleranse, tendenser til sterk rusmiddeltrang og til dysfori og angstreaksjoner. Behovet er å dempe abstinensreaksjonene og eventuelt å nøytralisere de mer langsiktige virkningene ved en egnet medikasjon. Noe jeg vil gå nærmere inn på senere.

Vi har noen tradisjoner som preger for avrusningsbehandling i Norge. Den ene vil jeg mene har bakgrunn i medisinsk forståelse av misbruk og derfor vekt på biologiske faktorer. I denne tradisjonen brukes nedtrappingsbehandling og symptomlindrende behandling. Dette kan også kobles til legemiddelassistert rehabilitering, hvor medikamenter er en del av behandlingsplanen til den rusavhengige.

Men også de fysiske abstinensplagene har psykologiske elementer. Derav det motsatte tankesettet om at misbruk og avhengighet blir sett på som sosiale og følelsesmessige vansker. Et sentralt mål er å legge behandlingen opp slik at misbrukeren skal ha så mye ansvar for egen

skjebne som mulig samtidig som han eller hun får maksimal støtte, opplæring og hjelp for ulike vansker.

Det er dessuten enkelte som har vært så vidt dårlige ved innkomst av infeksjonssykdommer, skader eller andre sykdommer at det er funnet uforsvarlig å la dem gjennomgå slitsomme abstinensreaksjoner. Avrusingsinstitusjonene er derfor, om enn i sterkt varierende grad, begynt å bruke nedtrappingsbehandling. Derfor kan det virke som om biologiske faktorer mer spiller en rolle, i ulike grader, i behandlingen av rusavhengighet.

#### **4.4 Fysisk avhengighet**

Fysisk avhengighet er definert som ”en tilpasningstilstand som manifesterer seg ved intense fysiske og psykiske forstyrrelser når stoffet ikke lenger tilføres”. (Engelstad Snoek og Engedal, 2005 s. 138) Disse forstyrrelsene kalles også avvennings- eller abstinenssyndromer og er forskjellige og karakteristiske for hver enkel stoffgruppe, som nevnt tidligere. (Engelstad Snoek og Engedal, 2005). Når man har en fysisk avhengighet utviser også kroppen tegn til toleranse, slik at økte doser er nødvendig. En vanlig dose for rusmiddelbrukere, kunne ha vært dødelig for andre ikke- brukere. Fysisk avhengighet viser seg i abstinenser ved brå seponering eller nedtrapping av bruken av rusmidler. Avhengighetsplagene har generelt sett influensa lignende symptomer slik som svette, frysninger, kvalme, diaré, magekramper, hodepine, søvnevansker, muskelsmerter og rennende nese og øyne. (Fekjær, 2005). Dersom man ser på den fysiske abstinensen som en sterk influensa, slik som Fekjær, er dette da egentlig så ille? Kan de dagene eller ukene hvor de kroppslige abstinensene er fremtredende være verre enn tiden etter hvor rusmiddelbrukeren er i dagliglivet uten å skulle ty til rusmidler? Dette vil jeg komme tilbake til under kapitelet om kulturell og sosial tilhørighet.

Hovedproblemet vil altså ikke være å stanse rusbruken, men å ikke starte opp igjen når den fysiske avhengigheten ikke lenger er tilstede. Vil dette derfor tilsi at avhengighet, i generell forstand, er en mental tilstand hos den rusavhengige? Alle rusmiddelavhengige har gjennomgått rusfrie perioder på et eller annet tidspunkt. Enten ved innleggelse på institusjon eller fengsel, når man ikke har tilgang på rusmiddel, eller kanskje fordi man ikke har følt behovet på enkelte tidspunkt. Ergo fysisk avhengighet kan ikke, ifølge Fekjær, forklare at man ruser seg på ny. Men en slik fysisk avhengighet kan være årsak til å fortsette å ruse seg, og utsette avrusningen (Smith-Solbakken og Tunglund, 1997). Ved å se på det biologiske aspektet, ved hva som skjer i hjernen ved bruk av rusmidler, kan man få en forståelse på hvorfor man fortsetter sin ruskarriere og utvikler en avhengighets tilstand.



Det er denne fysiske avhengigheten som begrunner bruk av medikamenter under avrusningsprosessen og i behandling. Man tar altså sikte på å lindre ubehaget i abstinensfasen, slik at flere orker tanken på å gjennomføre en avrusningsprosess.

Avhengighetssyndromet er karakterisert ved en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt rusmiddelbruk. Vi skiller mellom psykisk og fysisk avhengighet (biologisk). Man kan også legge til kategoriene sosial og kulturell.

#### **4.5 Biologisk synspunkt**

Alle rusmidler har én ting felles, og det er at de ved inntak av rusmidler vil endre aktiviteten i de deler av hjernen som regulerer følelse av velvære, belønning, glede, motivasjon og innlæring. Dette er områder i hjernen som er knyttet til opplevelsene av naturlige stimuli, som å spise når man er sulten, drikke når man er tørst, seksuelle stimuli og omsorg ovenfor barn. Når aktiviteten i hjernen forandres av eksterne midler, vil hjernen arbeide for å gjenskape balanse. Man vil derfor uten rusmidler ikke få den samme følelsen som man gjorde før denne tilstanden tiltrådte. Man får derfor et sug etter den følelsen som rusmiddelet gav. Dette suget vil være biologisk forankret i og med at det er substanser i hjernen som vekker lysten etter rus, og ut i fra dette vil den tillærte tankegangen til den avhengige koble dette til rusrelaterte opplevelser. (Barth m.fl., 2006) Dette vil jeg snakke mer om i det sosiale og kulturelle delen. Dette kan være med på å forklare hvorfor man etter en avgiftning, dvs. fått rusmiddelene ut av kroppen, gjenopptar rusbruket. For å kaste lys over dette, nevner jeg dopamin og serotonin, to signalsubstanser, som kan vise hvordan rusmiddel avhengighet kan forstås.

##### **4.5.1 Dopamin**

Stoffet dopamin er en signalsubstans (et stoff som overfører kjemiske signaler fra en nervecelle til en annen) som dannes naturlig i hjernen. Stoffet er viktig for hjernens belønnings- og motivasjonssystem, og spiller en rolle i forhold til avhengighet. Høyt dopaminnivå gir økt følelse av glede og velvære. Dopamin utskilles i hjernen og er knyttet til følelsen av behag og tilfredshet, i kraft av at det forsterker intensiteten av nerveimpulsene. Den generelle oppfatningen er at dopamin forbedrer handlinger med bakgrunn i sanseintrykk eller avgjørelser som har utgangspunkt i vurderinger. Ved rusopplevelser er det dopaminet som er det viktigste signalstoffet.

Hvis den mest sentrale effekten av stoffene var en behagelig dopamin økning, skulle også nye brukere sette pris på virkningen. Men de fleste nye brukere av tobakk, alkohol, opiater og cannabis misliker virkningene. Å sette pris på virkningen må læres gjennom tilvenning, på samme måte som smaken på for eksempel kaffe og øl. Bare sentralstimulerende stoffer synes å være et unntak. ( <http://www.rus.no/filestore/30-32.pdf> ). Derfor kan heller ikke det biologiske perspektivet fullt og helt forklare hvorfor man utvikler en avhengighet. I begynnelsen kan det derfor være mer de psykiske og sosiale forholdene som spiller inn. En avhengighet på bakgrunn av dopamin og biologi forklaringer vil derfor kun muligens utspille seg når man allerede har en psykisk avhengighet til stoffet.

#### **4.5.2 Serotonin**

Serotonin er et vevshormon som også fungerer som signalsubstans i mange nervebaner, blant annet de som har å gjøre med sinnstemning, velbefinnende, uro/angst, søvn/våkenhet, metthet og sult fornemmelse, smerteopplevelse, impuls kontroll og enkelte indresekretoriske (endokrine) funksjoner i nervesystemet. Serotonin har evne til å stimulere humøret i positiv retning. Stoffet er involvert i hjernens humørskiftninger og frigjøres ved glede, lidenskap og muligens også ved seksuell lyst. Stoffet har også et visst avhengighets potensial. Det antas at for eksempel bruk av rusgiften ecstasy frigjør serotonin, som bidrar til at rus oppstår, men at mange tidligere ecstasy- brukere over tid mister noe av evnen til å produsere serotonin, og derfor blir depressive og nedfor. Serotonin frigjøring gjennom normale, lystbetonte aktiviteter, uten inntak av ekstra kjemiske stoffer, vil imidlertid kunne bidra til en naturlig rus, uten fare for å skade serotonin produksjonen i hjernen.

( <http://www.forskning.no/Artikler/2007/mai/1180008477.05> ). Men man vil sannsynligvis ikke av f. eks ecstasy utvikle en avhengighet av middelet på grunn påvirkningen av serotonin ved et en gangs bruk. Det vil heller gjerne vise seg etter gjentatte episoder, avhengig av stoff type, person m. m.

Rusfølelsen og velværefølelsen man får når man bruker rusmiddelet er størst den første tiden. Når velbehaget svekkes ønsker man muligens å slutte å bruke stoffet. Men da har hjernen allerede «lært» at den vil ha rusmiddelet, og derfor fortsetter trangen etter stoff. Selv om suget blekner etter hvert, kan det komme tilbake senere i livet. Rusmiddelavhengigheten kan derfor

også sees på som en kronisk sykdom. Men det kan jo diskuteres om rusavhengighet kan sees på som en sykdom på lik linje med f. eks leddgikt.

Det er også andre somatiske sykdommer som kan fremkomme ved rusmiddelavhengighet. Ved denne livsførselen som brukerne ofte lever, så vil det kunne være tilbøyelig å nevne om faren ved somatiske lidelser som f. eks hepatitt og aids, uten at jeg skal gå nærmere inn på dette.

Når psykoaktive stoffer inntas regelmessig over tid, påvirkes kroppens evne til å bryte ned stoffet, og det utvikles toleranse. Toleranse defineres som behov for økende mengder av stoffet eller nedsatt effekt av samme mengde stoff. Men økt toleranse utvikles også en økende bruk av det psykoaktive stoffet i et mønster som gir helseskade. Skaden kan være somatisk, og etter hvert alvorlig, som leversvikt, eller psykisk, f. eks depressiv lidelse.

Personer som utvikler en skadelig bruk av ulike stoffer, blir ofte ukritiske med hensyn til virkningen av stoffet. Det kan føre til farlige situasjoner, slik som kjøring av bil i påvirket tilstand. (Engelstad Snoek og Engedal, 2005)

#### **4.6 Hva skjer i hjernen?**

Alle nerveimpulser formidles via signalstoffer som frigjøres i synapsespalten mellom hver nervecelle/nerveende. Rusmidlene virker via reseptorer som er spesialiserte steder på cellemembranen. Disse spesialiserte stedene påvirkes av molekyler med spesiell struktur. Virkningen kan være frigjøring av spesialiserte proteiner som påvirker enzymatiske prosesser i cellen via budbringer RNA (en del av arvestoffet) eller en direkte påvirkning på cellemembranens ionekanaler. Resultatet blir at nervecellen enten blir mer eller mindre ”antennelig”. Nerveimpulsene blir altså lettere eller vanskeligere formidlet. Betydningen av dette varierer med den funksjonen nevronene har. Endret nerveaktivitet i baner som har betydning for velvære, vil f. eks kunne gi lyst til å bruke, eller motvilje mot å bruke, stoffet. Når områdene har betydning for stressregulering, vil virkningen være enten avslapning og ro, eller det motsatte som uro/angst.

Det er viktig å skille mellom midlenes akutte eller umiddelbare virkninger og de som kan henføres til langvarig bruk. Når bruken fortsetter og særlig når bruken er intens, vil cellen gjennomgå en adaptasjonsprosess. Dette vil si at den forsøker å gjenskape et vanlig nivå av

eksitabilitet (antennelighet) ved intracellulære endringer og omstillinger. Denne endrende funksjonen avdekkes dersom påvirkningen av cellen minsker. Resultatet er vanligvis motsatt rettet den effekten som opprinnelig var til stede. Det oppstår på denne måten ubehag i stedet for velvære, angst i stedet for ro, søvnevansker i stedet for søvntendens, og smerteømfintlighet i stedet for smertedemping. Dette er grunnlaget for de såkalte abstinensreaksjonene. Vi har lenge regnet med at slike reaksjoner er kortvarige. Det ser i midlertidig ut til at noen av virkningene kan være svært langvarige. Dette gjelder særlig funksjoner knyttet til motivasjon og velvære, og funksjoner som har betydning for stressregulering. I lang tid kan derfor individet være preget av uro, nedstemthet, dysfori og lett få en sterk trang til å bruke rusmidler igjen. Psykologiske og sosiale forhold har selvsagt en sterk innvirkning på dette. En måte å formulere det på, er at de biologiske forstyrrelsene gjør individet mer sårbart for slike forhold. (Berg, 2001)

#### **4.7 Kulturell og sosial tilhørighet**

Den psykiske avhengigheten er definert som ”en tilstand der et rusmiddel forårsaker en følelse av tilfredsstillelse og en psykisk trang som nødvendiggjør periodisk eller kontinuerlig tilførsel av rusmiddelet for å gi behag eller for å unngå ubehag”. (Engelstad Snoek og Engedal, 2005 s.137) Vanligvis har brukeren et sterkt ønske om å bruke stoffet og vansker med å kontrollere bruken av det. Han eller hun lar fortsatt bruk gå foran andre aktiviteter og forpliktelser, til tross for at vedkommende innerst inne er klar over de skadelige konsekvensene både for seg selv og familien. (Engelstad Snoek og Engedal, 2005). Denne psykiske avhengigheten er noe som kan settes i forbindelse med den kulturelle og sosiale tilhørigheten mennesker lever i, når vi har en viss forståelse om hvordan rusmiddelene påvirker vår fysiske kropp. For menneskets fysiske kropp lever parallelt med dens psykiske tilstand, f. eks slik som når man blir flau, så rødmer man og man kan skjelve når man blir nervøs.

Mennesker lever sine liv som medlemmer i et samfunn. Kultur er en forutsetning for et samfunns eksistens. Alle samfunn har en kultur som er særegen og i større eller mindre grad forskjellig fra kulturen i andre samfunn. Mennesket er kunnskapsmessige arveløse, så for å overleve er vi avhengige av læring og tilhørighet i et organisert samfunn. De kulturelle omgivelsene vi vokser opp i, er avgjørende for hva slags kunnskap og ferdigheter vi tilegner oss, hva vi legger vekt på, hvordan vi ser på verden og livet, og hva slags holdninger og verdier vi blir bærere av. Kulturen vi føres inn i er altså avgjørende for hva slags mennesker vi blir. For individet representerer kulturen et sett av intellektuelle ferdigheter som er

nødvendige for å kunne tilpasse seg og leve i et samfunn. Kulturen gjør det mulig for enkelt individet å orientere seg i sin sosiale kontekst og opptre på en hensiktsmessig og godtakbar måte i forhold til andre mennesker. Negative reaksjoner fungerer som retningslinjer som vi bruker til å regulere vår atferd. Elementer ved kulturen er dermed svært viktige, nærmest obligatoriske å tilegne seg, ellers vil man ikke godkjennes som et medlem av fellesskapet. (Scheifloe, 2003). Derfor er det ofte slik at det er enklere å bli i den kulturen du allerede er en del av, f. eks "ruskulturen", enn å integrere seg og kjempe for en akseptert plass i det rusfrie samfunnet. Det er også mulig at det er lettere å få innpass i et rusmiljø, enn det er å få innpass i det rusfrie samfunnet hvor kanskje kravene til individet selv oppleves som veldig høye.

Fellesskapet er et viktig uttrykk innfor tilhørighet. Et fellesskap er en gruppe med individer som utvikler en intim solidaritet med hverandre. I henhold til rus og fellesskap, så vil rusen være med på å danne denne intime solidaritetsfølelsen. Men det kan jo diskuteres hvorvidt solidaritet er gjeldene i et rusmiljø.

Likhetsidealet er en gjennomgående forestilling i vår kulturkrets, sier Gullestad (1989), i følge Henriksen og Sande (1995). Individet strever etter å oppnå likeverd i forhold til andre. Man ønsker å være mest mulig lik hverandre når det kommer til sosiale goder og status. Derfor er det muligens ikke lett for en rusfri narkoman å skulle prøve å gli inn i den rusfrie kulturen. Kanskje innehar dem ikke tilgangen til de samme godene, eller muligheten til oppnåelse av høy status fordi deres fortid henger over dem konstant. Når det her blir nevnt høy sosial status, så kan det være uenighet om hvorvidt dette er et realistisk mål og en litt for høy ambisjon å sette seg dersom man er på vei ut av en rusavhengighet, noe jeg ikke vil diskutere videre her.

Mennesket har utviklet måter å holde fremmede og de som er ulike seg selv utenfor, og samtidig å ha dørene åpne for mennesker de kan identifisere seg med. Vi går f. eks ikke bort og snakker med mennesker uten at vi har en legitim årsak for det. Dette er symbolske stengsler som faller bort når vi oppfatter hverandre som like. For å skjule ulikhetene møtes man ofte privat hjemme eller i lukkede selskaper. Dette gjør at vi kan opprettholde troen på at vi er likeverdige, selv om det blir større forskjeller i samfunnet. Det kan tyde på at det er sjeldent at mennesker som nyter narkotika og de som er nyktre, avholdne mennesker er å finne i samme sosiale lag. Da også fordi de rusavhengige kan få paranoia av å ha rusfrie rundt seg under rusing.

Økt spesialisering og arbeidsdeling i samfunnet fører til større sosial ulikhet. Forskjellen på mennesker i hverdagslivet blir mer synlig. For å kamuflere disse forskjellene kommer behovet for økt privathet. Et eksempel kan være de som ikke greier å skaffe seg lønnet arbeid og får

status som arbeidsledig eller uføretrygdet. Dette kan føles nedverdiggende for et individ og gjøre individet til en avviker i forhold til de som har lønnet arbeid. Når personen eventuelt mister sin inntekt så mister personen også sin selvstendighet og mest sannsynlig sine alternativer for handling. Dette styrer alle hverdagslige gjøremål, og knytter personligheten til noe sosialt uverdigg. Denne personen er muligens da mer tilbøyelig for å entre et rusmiljø, og kan her få en bekreftelse på at han er verdsatt i fellesskapet som oppstår i rusen. Over tid kan da personen altså bli avhengig av rusmidlet på grunn av et ønske om å opprettholde det dannede fellesskapet. (Henriksen og Sande, 1995) Her mener jeg at det er mer tilbøyelig at en tidligere rusmisbruker faller tilbake til rusmiljøet ved tap av inntekt og sosial status, enn at en som aldri har vært i et rusmiljø går inn i miljøet ved tap av inntekt. Dette fordi denne personen da muligens har lært å håndtere nederlag og miljøforandring på en annen måte enn en som har vært rusmiddelbruker over lengre tid.

Hvis man har å gjøre med svært markante variasjoner innenfor en hovedkultur, knyttet til en identifiserbar gruppe i befolkningen, betegnes dette som en subkultur. Uttrykket subkultur brukes som en betegnelse på en gruppe som i levemåte, atferd og verdier skiller seg tydelig ut fra det omliggende samfunnet. En negativ subkultur oppfattes av det omliggende samfunnet som skadelig, som feilaktig eller som en trussel. Dette kan man tenke seg gjeldene for de rusavhengige. Noe som er typisk for en subkultur er at deltakerne primært omgås hverandre, og at de setter sine standarder for hva som er riktig og ønskelig. De rusavhengige omgås ofte kun hverandre, da det trolig er de letteste å forholde seg til, de som er i samme situasjon som en selv. (Schiefløe, 2003)

Å bli innlemmet i et fellesskap som man selv oppfatter som meningsfylt skaper en følelse av tilhørighet og ære hos personen. Mennesket er et sosialt vesen, og den som ikke føler seg hjemme i miljøer som er basert på arbeid, skole, familie eller nærmiljø trenger å være del av et annet fellesskap. Grunnen til at slike miljøer samler seg om rus er kanskje fordi at kjemisk rus rettferdiggjør at man melder seg ut av samfunnets livsstil med de overnevnte miljøene. En kjemisk rus legitimerer på en måte nederlaget ved å ikke greie å forholde seg til dette. Ved å ruse seg så manipulerer man både sine egne og andres forventninger til atferd. Man beskytter sitt eget selvbilde. Narkomane kan f. eks snøvle demonstrativt for å vise at de er skranten og må bedømmes deretter.

Noen ungdom eksperimenterer for eksempel med rus når de forsøker å bli med i et ungdomsfellesskap. Felles handlinger skaper følelse av fellesskap. Valget av rusmiddel har symbolsk betydning; hvilket rusmiddel man benytter hører sammen med gruppas identitet og image. Ungdom innvier og lærer hverandre opp i rusens symbolske betydning og virkning.

Man imiterer eldre ungdom og voksnes rusbruk og tilegner seg de kulturelle assosiasjonene som er knyttet til bruken. (Henriksen og Sande, 1995)

Rusbruk har med livsstil å gjøre. En stoffmisbruker som vil leve et rusfritt liv, må komme seg inn i et rusfritt miljø med sosialt nettverk og meningsfylte aktiviteter. Vennene deres er andre rusmisbrukere, det er en livsstil de er vant til og mange mangler ferdigheter til å leve annerledes.

Livet som hardbarket narkoman gir ikke bare deltakelse i et fellesskap, men gir også et aktivt liv. Man blir sysselsatt til å skaffe penger til stoff, planlegge og gjerne gjennomføre vinningsforbrytelser og kjøpe og selge stoff. Dette vil det nok være vanskeligheter med å måtte velge bort. Man velger bort en livsstil man er kjent med, man forstår og hvor man blir stolt på, tilbytte for en tilværelse man ikke behersker, blir misforstått og sannsynligvis blir møtt med et skeptisk blikk.

#### **4.8 Opplevelse av redusert kontroll over egen atferd- lærings psykologisk perspektiv**

Selv om personen ønsker å endre atferd, sitter han fast i sine mønstre, i vanens makt. Vi har alle hørt ordtaket om at vaner er vonde å vende. De umiddelbare og ”positive” effektene rusmidler har på ens mentale tilstand, er en viktig grunn til at noen utvikler rusmiddelproblemer. Man finner en utvei på situasjonen man er i, en løsning på et problem man har og rusmiddelet ”redder” deg, noe som man vil huske og se på som noe positivt. Konsekvensene av rusmiddelbruken blir ofte så store at det er vanskelig for andre å forstå hvorfor personen fortsetter atferden. Nettopp det at negative konsekvenser mister sin regulerende virkning, kan være et kjennetegn på at atferden har kommet ut av kontroll. Når vi mennesker opplever negative konsekvenser ved en atferd regulerer vi oss selv i forhold til omgivelsens respons. Når vi får positiv respons er vi mer tilbøyelige til å gjenta atferden. Selv om atferd utvikler seg til å bli problematisk for en person, blir ikke de gode sidene ved atferden borte av den grunn. Atferden virker fremdeles fristende. Forventninger om de positive effektene av en atferd dannes blant annet gjennom personlige erfaringer. Man lærer fort hva som er godt med å f. eks røyke hasj. Man slipper kanskje å sitte å være trist og lei, men føler seg i stedet oppstemt bryr seg der og da ikke om å tenke på det som gjorde en trist å lei i utgangspunktet. Gjentakelser fører til at man blir fortrolig med atferdens positive effekter, og at man samtidig venner seg til dem.

En atferd som blir gjentatt mange ganger, kan få vanepreg, det vil si at den utføres regelmessig i bestemte situasjoner eller til faste tider, uten at vi tenker særlig over hva vi gjør.

Rusmidler og avhengighets skapende legemidler kan innta en sentral plass i livet. De kan dempe angst, depresjon og smerter, fjerne bekymringsfulle tanker, gi søvn eller opplevelse av bedre sosial funksjon, eufori og tilhørighet. Man kan også koble inn status og økonomisk suksess. Utviklingen der en atferd stadig får flere og viktige funksjoner kan man kalle for tilknytning. Tilknytningen kan bli så sterk at personen kan oppleve livet som tomt, meningsløst og mangelfullt uten atferden. (Barth m. fl 2006)

## **5.0 LAR – legemiddelassistert rehabilitering**

### **5.1 Hva er LAR?**

LAR, legemiddelassistert rehabilitering, er betegnelsen på den norske ordningen for substitusjonsbehandling av opiatavhengige rusmisbrukere. Legemidlene det her er snakk om er metadon eller buprenorfin (subutex). Ved å erstatte illegal og uregelmessig bruk av opiater (vanligst heroin) med regelmessig administrasjon av langtidsvirkende legeforskrevne opioider, oppnås mer stabil binding til opioid reseptorene i sentralnervesystemet. Opiatavhengige opplever dermed ikke lenger abstinens, og trangen til å bruke opiater blir betydelig mindre. Det er verd å merke seg at pasientene likevel får opprettholdt sin opioid avhengighet.

Til tross for en del motstand mot å gi metadon til narkomane, startet et prøveprosjekt i Oslo i 1994. I 1998 etableres metadonbehandling som et permanent, landsomfattende tiltak. Det blir da kalt Metadon assistert rehabilitering, MAR. Etter at man også startet med Subutex (buprenorfin) som et alternativ til metadon, forandres navnet til legemiddel assistert rehabilitering, LAR. (Fekjær 2005, s 53.)

Lar er bygget opp som et tverrfaglig samarbeid. Det er sosialtjenesten som er søknadsinstans, mens helsepersonell deltar både på kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Dette tilbudet er altså for rusmisbrukere som har hatt et langvarig og klart opiums misbruk. Det må ha blitt prøvd medikamentsfri behandling før man kan starte med behandling i LAR, og man skal ha fylt 25år. Målet med LAR er et rehabiliterings tilbud med hjelp fra legemidler. (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2008/utreder-mulig-forskrift-og-faglige-retni.html?id=501413> ). Aldersgrensen og kravet om å ha prøvd medikamentsfri behandling kan insinuere at LAR ikke bør være noe førstevalg når den rusavhengige søker behandling. En rekke heroinavhengige er blitt og forblitt stoff-frie, noe som peker mot at



stoff-frihet må være et primærmål for all behandling. Et valg av metadon som behandlingsform vil i utgangspunktet blokkere for stoff-frihet, selv om det finnes unntak. I praksis og for de aller fleste er LAR et livslangt valg.

Som LAR pasient har du etter LAR's retningslinjer krav på individuell plan, og herav følger gjerne ansvarsgrupper. Dette innbefatter sosialkontoret, fastlegen, eventuelle andre relevante samarbeidspartnere og klienten selv.

Opprinnelig ble LAR tilbudet i Norge planlagt med en kapasitet på 600 pasienter, ut fra en antagelse at vi hadde 5-8000 misbrukere med tunge rusproblemer. Det ble imidlertid antatt at mange av disse hadde et blandingsmisbruk uten tydelig opioid dominans, eller at de av andre grunner ikke ville være aktuelle for LAR. Siden har det anslåtte antallet personer med tungt sprøyte-dominert rusbruk økt til 10 000-15 000. I dette bruksmønsteret er heroinbruken blitt stadig mer dominerende. Utifra dette ser vi at omfanget ble betydelig undervurdert, og kapasiteten til å gi fullstendig behandling i LAR kan være vanskelig.

([http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks\\_\\_\\_6069.aspx](http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks___6069.aspx) )

Det kan være viktig for en bredere forståelse finne ut hva som ligger i ordet rehabilitering, når man snakker om at behandlingen i utgangspunktet er livsvarig, og hva som er forventningen i henhold til begrepet:

”Målet med rehabilitering er å føre pasienten frem til størst mulig grad av selvstendighet (selvhjulpen). Oppgavene vil i praksis bli å kartlegge og beskrive rehabiliteringspotensialet gjennom opptrening (optimal utnyttelse) av restfunksjoner, tilpasning av varig funksjonshemming og tilpasning av hjelpemidler. I en mer billedlig språkbruk er rehabilitering å restaurere en pasient til en person. Begrepet omfatter derfor mer enn en somatisk restaurasjon, nemlig det psykososiale og livskvalitet.”

(<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-20/9/10/2.html?id=346463> )

Rehabilitering under LAR er noe som vil bli diskutert senere i teksten.

## 5.2 Metadon og subutex

Metadon er sterkt avhengighets skapende. Det kan være mer fysisk avhengighets skapende enn heroin, fordi man av metadon får i seg jevnere doser og virkningen varer lengre. Man regner i utgangspunktet med at metadon behandling varer livet ut.

Subutex er et alternativ til metadon. Hovedfordelen med subutex fremfor metadon, er den mindre giftigheten, som gjør faren for overdose mindre.

”Helsetilsynet er bekymret for den sterke økningen i metadonrelaterte dødsfall som er rapportert fra Folkehelseinstituttet. Ifølge Folkehelseinstituttet ser det ut til at bare et mindretall av de døde har vært med i LAR. Det er sannsynlig at noen av de som går på metadon, selger videre til andre. Dette er svært alvorlig med tanke på at en enkeltdose metadon kan være dødelig for en som ikke er tilvendt, særlig hvis det tas i tillegg til andre stoffer. Helsetilsynet er bekymret for at økningen i metadon-relaterte dødsfall indikerer svakheter i kontrollopplegg rundt forskrivning og pasientenes inntak av legemidlet; noe som igjen kan være en indikasjon på manglende kapasitet og ressurser i LAR-tiltakene.

([http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks\\_\\_\\_6069.aspx](http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks___6069.aspx) ). En bekymring for de vedvarende mangler i behandlingsskapasiteten for LAR, er at dette kan føre til lange ventelister og ventetider, noe som kan være svært alvorlig for rusmisbrukeren og omgivelsene til han/henne.

Det er mindre abstinensreaksjoner på subutex, enn på metadon, dersom man skal slutte å ta legemiddelet. Men det blir også sagt at metadon virker noe bedre på langtidsbrukere av heroin. (Fekjær, 2005)

Bruk av metadon og subutex kan sees på som en nødløsning der enn har gitt opp håpet på at misbrukeren vil bli rusfri. (Fekjær, 2005)

Fordelen ved metadon fremfor heroin er at metadon har lang virkningstid, så en dose i døgnet er tilstrekkelig. Det absorberes saktere, og gir ikke det kicket som en sprøyte heroin ville gjort.

Når man har fått en tilpasset dose metadon, vil ikke vedkommende ha abstinensplager eller få glede av annet inntak av heroin eller andre opiater. Men derimot kan man bruke andre rusmidler, som f. eks cannabis og sentralstimulerende stoffer.

Metadon bivirkningene, som er de samme som for andre opiater kan være grunnen til at enkelte velger å avslutte behandlingen. Den mest alvorligste kan være metadon- overdosering. Gjerne i kombinasjon med andre opiater.

Til forskjell fra andre medisiner, tar ikke metadon sikte på å gjenopprette den normale fysiologiske funksjon, men å vedlikeholde en unormal fysiologisk tilstand. (Fekjær, 2005)

### **5.3 Hensikt og kritikk**

I LAR får man rusmidler utskrevet for å behandle et annet rusproblem, dette kan sees på som en forflyttelse av problemet. At man flytter rusmiddelbruk inn i mer legitime linjer. Man kan se det som om at LAR fjerner problemet for samfunnet. Det er gjort undersøkelser på at det blir en nedgang i kriminalitet. Tiggings, helseplager (hiv), brukte sprøyter og mennesker som trasker gatelangs, blir også muligens mindre synelig for samfunnet, men annen rusmiddelbruk reduseres lite. (Fekjær, 2005)

Så hvem tjener egentlig mest på LAR ordningen? Samfunnet eller den som er innlemmet? Er dette en grunn til at sidemisbruk ikke blir sett på med et så strengt øye, og ikke fører direkte til utkastelse fra ordningen? Fordi det tjener samfunnet generelt. Eller er det faktisk slik at LAR aksepterer at tilbakefall er en forventet del av prosessen. I følge Barth m.fl (2006) sier Prochaska og DiClemente at tilbakefall i forbindelse med endring er så vanlig at det faktisk er forventet og man ser på det som normalt. Men behandlingsteknikker som tar sikte på å redusere faren for tilbakefall er selvsagt bare aktuelle der klienten har en beslutning om å legge om rusvanene. (Fekjær, 2005) Så det vil være et vurderings spørsmål i individuelle saker om hvorvidt det er hensiktsmessig at misbrukeren fortsetter sin behandling av sin avhengighet i LAR. Sidemisbruk, og fremdeles det å være en del av LAR ordningen, kan også muligens sette legitimiteten til LAR i fare. Ved at LAR kanskje kan bli sett på som kun en langer som gir ut rusmidler på regningen til staten.

Det er et spenningsforhold mellom rehabilitering og skadereduksjon. De som ruser seg har det bedre med enn uten metadon. De slutter å injisere, lever mindre kaotisk, får mer stabil økonomi - det kan derfor på den måten være feil å skrive dem ut av programmet.

Men mye rusing blant LAR -brukere gir som sagt tiltaket og brukerne dårlig omdømme hos involverte parter. Liberale krav til noen brukere, kan også svekke andre brukeres motivasjon til å holde seg unna rusing. Så man kan si det sånn at enten får man til et stadig mer kvalitativt tilbud til alle LAR -brukere, eller så blir det slik at alle får LAR, men få får den nødvendige oppfølging, og da blir det statsdop.

Som nevnt er det ikke unormalt med sidemisbruk, enten om man vil kalle det tilbakefall, en glipp eller planlagt handling, hvor det blir brukt andre narkotiske stoffer for å få en ruseffekt. Det kan virke som om terskelen for å bli kastet ut av programmet på grunn av sidemisbruk har blitt høyere enn da man startet opp behandlingen. Antallet personer som har

ønsket å bli med i LAR, har økt betraktelig de siste årene. Og dermed har omfanget blitt mer omfattende enn først forventet. Dette setter et kanskje noe uventet press på alle samarbeidspartnere som LAR pasientene har rett til, og dermed klarer de ikke å innfri sine lovnader. Pasienten(-e) sitter da kun igjen med legemidlet, og får dermed ikke hjelp til rehabiliteringen. Sosialkontoret er pliktig i følge loven (Norges Lov, Sosialtjenesteloven § 3-4) til å skaffe bolig, men må ikke gjøre noe mer. Derfor ligger ansvaret hos LAR, som igjen kanskje ikke greier å følge opp det psykososiale som er en vesentlig del av rehabiliteringen hos pasientene.

Ett aspekt ved integrering er spørsmålet om institusjonsbehandling av LAR-pasienter. På den ene siden er det et åpenbart behov for institusjoner som tar i mot og behandler slike pasienter, og en del av døgnbehandlingsinstitusjonene har også åpnet for dette. På den andre siden er det en del medikamentfrie tilbud, som baserer sin behandlingssidologi på medikamentfrihet, som de fleste terapeutiske samfunn og bo- og arbeidskollektivene. Det ville være et feilgrep å pålegge disse å ta inn LAR-pasienter. Da dette kan gå utover valget om rusfrihet til andre pasienter som har valgt en medikamentsfri behandling, og som muligens har andre behov enn LAR pasientene. Det ville heller vært mer hensiktsmessig å bygge opp noen døgntilbud hvor LAR - pasienter var hovedmålgruppen, hvor de kan få den oppfølgingen som de har bruk for. Det kan nevnes i denne sammenheng at mange rusmisbrukere har store problemer med dagligdagse gjøremål. Dette fordi mange kanskje har blitt rusmisbrukere i tidlig alder og har derfor ikke lært seg hverdagslige gjøremål, som å vaske gulv og koke poteter. Selv om det kan virke som om LAR langt ifra oppfyller alle sine hensikter, så er nok livskvaliteten til LAR pasientene muligens forbedret i å med at de slutter å injisere, har et mindre kaotisk liv og mer stabil økonomi. Livskvalitet er en term som er relativ, dette vil jeg ikke komme nærmere inn på her.

Det grunnleggende målet til LAR er å kompensere for neurobiologiske komplikasjoner som tilbakefallstendens, mistriivsel og motivasjonsproblemer. Det tas altså sikte på å gjenopprette en slags fysiologisk normaltilstand hos individet. Siktemålet er en langsom økning av metadon til et nivå hvor pasienten kan gå minst et døgn uten å få abstinenser.

Som metadon- pioneren Vincent Dole sier i følge Fekjær (2005 s. 261):

”Metadon alene endrer lite i et ellers kaotisk liv. Vi har aldri sagt at metadon gir utdannelse til en mann som falt tidlig ut av skolen. Eller verdighet til en person som ikke har selvrespekt.

Eller et sosialt nettverk til en som har mistet det. Slike problemer må behandles med andre metoder.”

#### **5.4 Avhengighetssyn**

I Norge har det vært mer vanlig med langsiktig planlegging i stedet for raske kurer, og en oppfatning av rusmisbruk som et sammensatt medisinsk, psykologisk og sosialt problem har ført til strenge regler for LAR, slik som f. eks aldersgrensen for innlemmelse i LAR.

Det bærende prinsipp i Norge har muligens vært abstinensorientert (stoff-fri) behandling, som viser seg når man ser på motstanden mot substitusjonsbehandling og hvor sent det kom i gang i Norge i forhold til andre land. (F. eks Sverige har brukt metadon behandling siden 1960-tallet). En grunn til dette kan være at metadon kan bli oppfattet som en oppgivelse av det egentlige behandlingsmålet, rusfrihet. (Fekjær, 2005).

Psykososiale behandlingstiltak er av stor betydning i en rehabiliteringsprosess. Metadon kompenserer bare de biologiske komplikasjonene som har oppstått på grunn av langvarig opiatmisbruk. Pasienten står altså likevel igjen med personlige vansker og uløste problemer som følge av rusatferd eller som utløste rustatferden. Dermed blir dette ikke bare et biologisk synspunkt som blir vektlagt, men også et perspektiv av rehabilitering som retter seg mot det psykososiale i en persons hverdag.

#### **6.0 Avslutning**

I denne oppgaven har jeg tatt for meg ulike rusmidler og deres virkninger og abstinens symptomer. Jeg har prøvd å gjøre rede for hva avhengighet er, hva dette innebærer for de som er avhengige av rusmidler og dermed søkt å øke forståelsen av fenomenet. For videre å gjøre rede for avhengighet til rus, har jeg tatt for meg ulike perspektiver for å belyse dette. Disse tilnærmingene er tydelig et objekt for en faglig diskusjon i dagens samfunn. Hvor hovedvekten ligger mellom biologiske prosesser og læringspsykologisk årsaksforklaringer. For å øke forståelsen om denne problematikken er det viktig med faglige diskusjoner som kan forbedre samarbeidet med involverte parter. Dette er særlig relevant for en sosialarbeider som vil få økt kompetanse om temaet, noe som vil resultere i riktig behandlingstilbud og et godt samarbeid med sine klienter.

Jeg har videre sett på LAR, og satt dette opp imot tidligere diskuterte avhengighetssyn og fortrinnsvis diskutert hvordan LAR's ideologi fungerer, om den fungerer slikt det var tenkt.

## 7.0 Litteraturliste

Barth, Tom, Tore Børtveit og Peter Prescott, 2006. *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Berg, John Erik, 2001. *Rusmiddelmisbruk- behandling og tiltak i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brumoen, Hallgeir, 2003. *Bygging av mestringstillit*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engelstad Snoek, Jannike og Knut Engedal, 2005. *Psykatri – kunnskap, forståelse, utfordringer*. Oslo: Akribe forlag.

Fekjær, Hans Olav, 2005. *Rus – Bruk, motiver, skader, behandling forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Halvorsen, Knut. 1993. *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Bedriftsøkonomens forlag A/S.

Henriksen, Øystein og Allan Sande, 1995. *Rus- fellesskap og regulering*. Oslo: Kommuneforlaget

Norges lover, *sosialtjenesteloven* av 13. desember 1991.

Schiefloe, Per Morten, 2003. *Mennesker og samfunn – innføring i sosiologisk forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Smith-Solbakken Marie og Else M. Tunglund, 1997. *Narkomiljøet. Økonomi, kultur og avhengighet*. Oslo: Ad Notram Gyldendal AS.

## Internettkilder

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/to-19780630-0008-0.html> besøkt 29.02.08 klokken 09.27

<http://www.bymisjon.no/upload/Miksturmetadon.doc> besøkt 15.01.08 klokken 14.33

<http://www.kith.no/sokeverktøy/icd10/icd10.htm> besøkt 23.01.08 klokken 01.45

<http://www.rus.no/filestore/30-32.pdf> besøkt 17.01.08 klokken 13.05

<http://www.caplex.no/Web/ArticleView.aspx?id=9334928> besøkt 04.02.08 klokken 19.30

<http://www.helsenytt.no/artikler/rus.htm> besøkt 14.02.08 klokken 15.10

<http://www.rus.no/filestore/30-32.pdf> besøkt 24.02.08 klokken 19.00

<http://www.forskning.no/Artikler/2007/mai/1180008477.05> besøkt 26.02.08 klokken 08.45

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2008/utreder-mulig-forskrift-og-faglige-retni.html?id=501413> besøkt 29.02.08 klokken 10.30

[http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks\\_6069.aspx](http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks_6069.aspx) besøkt 29.02.08 klokken 11.00.