



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Rusavhengighet og
tilbakefallsforebygging

Drug addiction and relapse prevention

305 Torbjørn Johan Knudsen

Sosialt arbeid

BSV5-300

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for velferd
og deltaking

20/05/2020

Antall ord: 10917 (Alternativ A)

Sammendrag

Tittel: Rusavhengighet og tilbakefallsforebygging

Bakgrunn: Jeg skal i fremtiden arbeide med å hjelpe avhengige mennesker. Dette motiverte meg til å skrive om temaene jeg valgte, ettersom oppgaven vil gi meg et bredt perspektiv på utfordringer som oppstår i dette arbeidsområdet.

Problemstilling: Hva er rusavhengighet, og hvordan kan jeg som sosialarbeider bidra til å forebygge tilbakefall?

Fremgangsmåte: Denne oppgaven er en litteraturstudie. Jeg tar for meg pensumlitteratur, annen faglitteratur og fagartikler. Videre drøfter jeg funn fra 3 forskjellige forskningsartikler i lys av den nevnte litteraturen.

Konklusjon: Rusavhengighet er en vane som er utfordrende å endre. Dermed er tilbakefall oftere regelen enn unntaket. Som sosialarbeider kan jeg bidra tilbakefallsforebyggende ved å bevisstgjøre brukere for risikofaktorer, informere dem om nevrobiologiske prosesser, forberede dem på glipper og intensivere ettervern.

Abstract

Title: Drug addiction and relapse prevention

Background: One day in the future, I want to work with helping people that struggles with addiction. This is my main motivation for writing this thesis. The assignment will give me a greater perspective of the challenges that occur in this field of work.

Topic: What is drug addiction and how can I, as a social worker, contribute to relapse prevention?

Approach: This thesis is a literature study, which means I will be studying the syllabus from my current bachelor's degree, other literature, and other articles. In addition to this I will discuss the results from three research articles considering the literature I have presented.

Conclusion: Drug addiction is a challenging habit to change. This means that relapse is closer to the rule than the exception. This thesis concludes that I can contribute to a relapse preventing approach by enlightening the patients about possible risk factors, inform them on the neurobiological changes, prepare them for mistakes and intensify aftercare.

Innholdsliste

1.0 Innledning	5
1.1 Valg av tema	5
1.2 Avgrensning av tema	6
1.3 Presentasjon av problemstilling	6
1.4 Sosialfaglig relevans	7
2.0 Metode	7
2.1 Valg av metode	8
2.1.1 Litteraturstudie	8
2.1.2 Kvantitativ metode	8
2.1.3 Meta-analyse	8
2.2 Valg av teori	9
2.3 Søkemetode	9
2.4 Kildekritikk	10
3.0 Teori	12
3.1 Hva er rusavhengighet?	12
3.1.1 Valg	12
3.1.2 Selvmedisinering	13
3.1.3 Sykdom	13
3.2 De nevrobiologiske prosessene	14
3.2.1 Dopamin	15
3.2.2 Endringer i hjernen ved rusavhengighet	16
3.3 Læringsmodellen	18
3.4 Tilbakefall	21
4.0 Artikler	22
4.1 Relapse patterns among patients with substance abuse disorder	22

4.1.1 Resultater	22
4.1.2 Relevans.....	23
4.2 Relapse prevention for alcohol and drug-problems	23
4.2.1 Resultater	24
4.2.2 Relevans.....	24
4.3 When Low Self-Efficacy is efficacious: Towards an Addicted-self Model of Cessation of Alcohol- and Drug-dependent behavior	24
4.3.1 Resultat	26
4.3.2 Relevans.....	26
5.0 Diskusjon.....	27
5.1 Sykdom vs. Vane	27
5.2 Hvordan kan jeg bidra som sosialarbeider?.....	29
5.2.1 Bevisstgjøring av risikofaktorer	30
5.2.2 Informere om begrepet «craving»	32
5.2.3. Forberedelse og reaksjoner på «glipper»	34
5.2.4 Ettervern	35
6.0 Konklusjon.....	37
7.0 Litteraturliste	38

1.0 Innledning

Velferdsstaten Norge blir årlig rangert som et av verdens beste land å bo i. Kåringen baseres på forhold som forventet levealder, inntekt, frihet, generøsitet, tillit og sosial omsorg (World Happiness Report, 2020). Likevel er Norge blant landene i Europa med flest overdosedødsfall per innbygger (Helsedirektoratet, 2019). Rusavhengighet er dermed et av landets mest omfattende samfunnsproblem.

Forskning sier at mange av disse overdosedødsfallene oppstår 2-4 uker etter endt behandling (Amundsen & Ravndal, 2010, s. 65) som vil si at mange av dødsfallene er et direkte resultat av et tilbakefall (Nordfjærn, 2011, s. 322). I denne oppgaven vil jeg dermed fokusere på hvordan tilbakefall oppstår og hvordan jeg kan bidra til å forebygge det.

1.1 Valg av tema

Jeg har valgt å skrive om temaene avhengighet og tilbakefall. Avhengighetsbegrepet er et fenomen som i mange år interessert meg. Som del av min forforståelse har jeg tidligere i livet både røykt og snust. Jeg hadde lyst på røyk eller snus hver dag og følte det var noe som manglet når jeg ikke hadde tobakkmidlene tilgjengelig.

I mine år som ungdom hadde jeg også hatt mange venner som eksperimenterte med ulike rusmidler. Midlene som ble eksperimentert med var for det meste alkohol og cannabis, men for enkelte av medelevene var eksperimenteringen bare begynnelsen. Noen av medelevene endte senere opp på avrusningsklinikker og en av dem våknet i en sykehusseng etter en overdose.

Som en del av min forforståelse vil jeg også legge til at jeg de siste årene har observert at avhengighet, av mange, blir sett på som en sykdom. I min tekst vil jeg utforske teoretiske modeller som utfordrer sykdomsmodellen, ettersom jeg selv ikke er overbevist om at avhengighet er en sykdom.

Jeg har planer om å en dag jobbe med å hjelpe rusavhengige mennesker. På denne måten håper jeg at denne bacheloroppgaven kan gi meg større innsikt og forståelse for hva avhengighet faktisk er, og hva det gjør med et menneske. Slik vil jeg utforske hva som driver rusavhengige mennesker mot et tilbakefall før jeg fordypet meg i hvordan jeg, som sosialarbeider, kan bidra til å forebygge tilbakefall og jeg vil beholde denne kunnskapen i bakhodet ved gjeldene anledning.

1.2 Avgrensning av tema

For å avgrense temaet avhengighet velger jeg i denne oppgaven å fokusere på avhengighet av rusmidler. Jeg vil fordype meg i hva rusmidler gjør med hjernen og utforske de ulike modellene som blir brukt i forskning på rusavhengighet. For å avgrense temaet tilbakefall vil jeg plassere sosialarbeideren på en rusinstitusjon. På denne måten vil hjelpepersonell ha tilgang til bruker 24 timer i døgnet. Jeg er klar over at mye av jobben foregår utenfor institusjonens vegger og vil dermed fokusere på den individuelle oppfølgingen. Jeg vil ta for meg denne rollen når jeg skal presentere hvordan jeg som sosialarbeider kan bidra tilbakefallsforebyggende.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Jeg velger dermed følgende problemstilling:

Hva er rusavhengighet, og hvordan kan jeg som sosialarbeider bidra til å forebygge tilbakefall?

1.4 Sosialfaglig relevans

Problemstillingens sosialfaglige relevans kommer til syne gjennom at problemstillingen er praksisorientert. Det vil si at oppgaven fokuserer på hvordan kunnskapen kan hjelpe meg i arbeid med fremtidige rusmisbrukere. Jeg føler det er viktig for en sosialarbeider å vite hva som ligger i begrepet rusavhengighet for å både kunne forstå hvorfor mennesker ruser seg, samt også være klar over hvilke endringer som oppstår i en menneskehjerne ved gjentatt jevnlig bruk av rusmidler. Barth, Prescott og Børtveit skriver at tilbakefall er nærmere regelen enn unntaket i et endringsforsøk (Barth, Prescott & Børtveit, 2013, s. 97). Ved å fordype meg i tilbakefallsforebygging og risikofaktorer for at tilbakefall oppstår vil min rolle som hjelper forsterkes. På denne måten kan jeg som sosialarbeider lettere forstå brukernes smerte og kunnskapen vil gi meg et godt utgangspunkt før igangsettingen av en endringsprosess. Dette vil styrke sosialarbeiderens rolle i forsøket på å hjelpe mennesker i vanskelige situasjoner.

2.0 Metode

Det å være metodisk blir av Dalland beskrevet som å bruke og overholde intellektuelle standarder i en argumentasjon. Metoden forteller oss hvordan vi skal gå frem for å fremskaffe eller etterprøve ny kunnskap (Dalland, 2019, s. 51). Dermed hjelper metoden meg med innsamling av ny data. Metodeformen jeg har valgt i denne oppgaven er en litteraturstudie.

2.1 Valg av metode

2.1.1 Litteraturstudie

Ved å bruke litteraturstudie som metode, vil jeg studere litteratur, hvor empirien allerede er undersøkt av andre (Støren, 2019, s. 16). Sekundærdataen er hentet fra den virkelige verden og fremstilt gjennom artikler og fagbøker. Gjennom denne formen for metode vil jeg ta for meg forskningsartikler og videre i oppgaven drøfte artiklenes funn i lys av teori fra fagbøker. Dette vil gi meg en bredere faglig forståelse for temaene jeg har valgt, ettersom jeg fordypet meg i perspektiv og resultater fra publisert forskning. Dermed følte jeg at en litteraturstudie var metoden som egnet seg best for å kunne besvare min problemstilling.

2.1.2 Kvantitativ metode

To av artiklene jeg skal analysere inneholder bruk av kvantitative metoder. Dette er metoder som gir oss data i form av målbare enheter (Dalland, 2013, s. 116). Hvor man i en kvalitativ metode vil fordype seg i enkelthendelser eller enkelte fenomen, vil en kvantitativ metode operasjonalisere hendelser, som for eksempel risikofaktorer for tilbakefall oppstår. En slik operasjonalisering vil resultere i målbare variabler. Dette skjer ved å få pasienter til å registrere svar på hva de føler var grunnen til at det tilbakefallet oppsto. Dette gjøres ofte gjennom et spørreskjema og tallene som oppstår gjennom en kvantitativ undersøkelse, gir oss dermed mulighet til å foreta regneoperasjoner (Dalland, 2013, s. 116).

2.1.3 Meta-analyse

I en av artiklene jeg har fordypet meg foretar forskerne seg en meta-analyse. Dette er en metode som sammenslår ulike studier som tidligere er gjennomført (Norsk helseinstitutt, 2018). Metoden blir mye brukt i forskning omhandlet behandling ettersom det gir muligheter for å konkludere med høy sikkerhet hvor god behandlingen er (Norsk helseinstitutt, 2018).

2.2 Valg av teori

Den første boken jeg har valgt å fordype meg i er boken «The Biology of desire» av Marc Lewis. Videre i begrepsfordypelsen vil jeg søke kunnskap fra kapitlet «Rusmiddelproblemer i et biopsykososialt perspektiv» fra boken «Rus og avhengighet». Boken er skrevet av Jørg Mørland og Helge Waal og kapitlet forklarer de biologiske prosessene som oppstår i hjernen til mennesker som møter problemer med avhengighet. Gjennom dette kapitlet formidler Mørland og Waal grundige og konkrete beskrivelser av et fagområde som inneholder kompliserte utviklingsmønstre.

Ettersom oppgaven min videre setter søkelys på tilbakefall vil jeg ta i bruk boken «Endringsfokusert rådgivning», skrevet av Tom Barth, Tore Børtveit og Peter Prescott. Jeg vil spesielt fordype meg i kapittel 6, «Tilbakefall» og kapittel 13 «Praktisk arbeid med tilbakefall». Fagfeltet rundt tilbakefall er området jeg retter hovedfokuset på i drøftedelen av oppgaven. Jeg vil derfor fordype meg i forskningsartikler som tar for seg dette fagområdet. Dette vil hjelpe meg i å forstå hvordan jeg som sosialarbeider kan bidra til å forebygge tilbakefall.

2.3 Søkemetode

Den første artikkelen fant jeg gjennom www.oria.no. Da brukte jeg søkeordene «Marc Lewis» og artikkelen ble vist som nummer 3. Artikkelnavnet er «Brain change in addiction as learning, not disease» (Lewis, 2018) og i denne artikkelen fokuserer Lewis på læringsmodellen, hvor han begrunner påstanden om at avhengighet er en vane, ikke en sykdom (Lewis, 2018). Denne artikkelen vil bli brukt i teoridelen i denne oppgaven.

Ved å sette søkelys på tilbakefallsforebygging spisses artikkelsøket mitt. Jeg fant den andre forskningsartikkelen ved å bruke søkeordene «relapse pattern» og «substance use» gjennom et avansert søk hos søkemotoren til www.oria.no. Deretter begrenset jeg søket mitt til artikler som er fagfelleurdert. Som nummer fire på listen kom jeg over artikkelnavnet «Relapse pattern among patients with substance use disorder» (Nordfjærn, 2011). Artikkelen omfatter en undersøkelse begått av Trond Nordfjærn. Han har besøkt 16 forskjellige rusinstitusjoner, i fire forskjellige fylker i Norge, med et mål om å undersøke pasientenes tilbakefallsmønstre (Nordfjærn, 2011).

Den tredje artikkelen fant jeg ved å bruke søkeordene «relapse prevention or preventing relapse or avoiding relapse» + «drug abuse or drug addiction or substance abuse» gjennom søkemotoren til Academic Search Elite. Etter å ha ekskludert alle artikler som ikke er fagfelleurdert (peer reviewed) fant jeg en artikkel som umiddelbart kan tilknyttes min problemstilling. Som nummer 22 på listen fant jeg artikkelen «Relapse Prevention for alcohol and drug problems: That was zen, This is Tao» (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Den siste forskningsartikkelen fant jeg ved å bruke søkeordene «self-efficacy or self efficacy or confidence or self esteem» + «relapse prevention or preventing relapse or avoiding relapse» + «substance abuse or substance use or drug abuse or drug addiction or drug use». Jeg begrenset deretter søket til artikler som er fagfelleurdert. Artikkelsøket ble gjort gjennom databasen Academic Search Elite hvor jeg fant artikkelen «When low efficacy is efficacious» (Fiorentine & Hillhouse, 2003) som nummer åtte på listen. Den er skrevet av Robert Fiorentine og Maureen Hillhouse og de fremmer teorien om at lav mestringstro kan være en nødvendig del av en vellykket rehabiliteringsbehandling (Fiorentine, 2003).

2.4 Kildekritikk

I denne oppgaven vil jeg bruke litteraturen fra Marc Lewis som grunnlag i min fordypning av begrepet avhengighet. Lewis er en anerkjent mann innenfor avhengighetsforskning og har publisert over 50 tidsskriftartikler. Han har doktorgrad i psykologi og er tidligere rusmisbruker (Lewis, 2015, s.14). Gjennom litteraturen deler Lewis egne erfaringer, både i sitt personlige møte med rusavhengighet og gjennom sine møter med rusavhengige brukere. Han har også holdt foredrag på høgskolen og hans publikasjoner er pensum for videreutdanningen innenfor «Rusproblematikk». Dermed anser jeg Lewis som en pålitelig kilde.

Boken «Rus og avhengighet» er også pensum for den nevnte videreutdanningen, mens boken «Endringsfokusert rådgivning» var en del av vårt pensum på studiet «Sosialt arbeid». Jeg vil derfor se på den nevnte litteraturen som pålitelige kilder. Databasene jeg brukte for å søke etter forskningsartiklene er alle anbefalt av «Høgskulen på Vestlandet».

Artikkelen “Relapse pattern among patients with substance use disorder” er en forskningsartikkel skrevet av Trond Nordfjærn. Han er professor på institutt for psykologi ved NTNU. Nordfjærn har to doktorgrader i psykologi og er en velpublisert forfatter. Han er valgt frem som livsmedlem av «Det kongelige norske videnskabers selskab» og har vunnet flere priser knyttet publikasjonene sine. I 2011 vant han den vitenskapelige prisen fra Helse Midt-Norge HRF etter å ha publisert artikkelen jeg tar for meg (NTNU, u.å.). Artikkelen er publisert i 2011 og jeg vil regne informasjonen som er fremstilt som oppdatert i forhold til dagens dato. Jeg betrakter dermed Nordfjærns forskningsartikkel som en troverdig kilde.

Undersøkelsene i artikkelen «Relapse Prevention for alcohol and drug problems: That was zen, This is Tao» er publisert av Katie Witkiewitz og Alan Marlatt. Førstnevnte er professor i psykologi og tok doktorgrad ved University of Washington i 2005. Hun har senere gjort en rekke forskning hovedsakelig sentrert avhengiges tilbakefall og empirisk støttede behandlingsformer av avhengighet (CASAA, u.å.). Alan Marlatt er et velkjent navn innenfor tilbakefallsforskning. Han var professor ved det samme fakultetet som Witkiewitz hvor han blant annet grunnla avdelingen for Behavioral Alcohol Research (NCBI, u.å.). Artikkelen er skrevet i 2004 og vil dermed stille svakere i forhold til normen om aktualitet. Jeg velger fremdeles å omfatte innholdet i artikkelen på bakgrunn av at analysene gir meg et bredere perspektiv på tidligere forskning.

Forskningsartikkelen «When low efficacy is efficacious» er skrevet av Robert Fiorentine og Maureen Hillhouse. Fiorentine har doktorgrad i sosiologi og har gjennomført en rekke studier ved UCLA Drug Abuse Research. Ved det samme fakultetet har også Hillhouse foretatt seg forskning på rusavhengighet. Hun tok også doktorgrad i psykologi ved det nevnte universitetet i California (Marron Institute, u.å.). Jeg ser dermed på forskningen som er fremstilt gjennom denne artikkelen som troverdig. Artikkelen er publisert i 2004, som gjør at forskningens aktualitet svekkes. Jeg velger likevel å inkludere funnene i artikkelen, ettersom jeg anser de fremstilte poengene som aktuelle for min problemstilling.

3.0 Teori

3.1 Hva er rusavhengighet?

For å besvare første del av min problemstilling skal jeg fordype meg i begrepet rusavhengighet. Det finnes mange ulike måter å besvare spørsmålet om hva fenomenet betyr. Dette er et område som er mye forsket på og jeg er deretter klar over at det finnes flere sider som belyser ulike definisjoner av begrepet. Jeg velger likevel å støtte meg til Marc Lewis sine tolkninger. Min fordypning i begrepet vil føre meg til Lewis sin læringsmodell, men jeg vil først trekke frem de vanligste formene som blir brukt i forsøk på å definere avhengighet.

3.1.1 Valg

Den første modellen baserer seg på at avhengighet er et valg. Denne ideen har et kognitivt grunnlag, og nedprioriterer dermed biologien. Lewis skriver at forskere i sosioøkonomi, som allierer sosial psykologi med økonomisk tenkning, prøver å forstå hvorfor mennesker tar de valgene de tar. Dette inkluderer valget om å ta rusmidler. Få personer vil argumentere for at inntak av rusmidler er et godt valg, men i mange tilfeller kan valget fremstå som et rasjonelt valg. Et rasjonelt valg med kortsiktige formål. Tanken på lettelsen en oppnår, ved å stimulere avhengigheten, prioriteres fremfor de andre mulighetene. Personen velger rusen. (Lewis, 2016, s. 2).

Valgmodellen setter rusavhengige mennesker i et dårlig lys. Her fremstår de som egoistiske mennesker som med vilje påfører seg selv, og de rundt dem, smerte. Men samtidig gjør denne modellen en bedre jobb når man skal forklare hvordan enkelte rusavhengige mennesker slutter å ruse seg. Når forholdene rundt et individ forandrer seg, forandres valgene også. De velger å slutte. De velger de andre mulighetene. Denne modellen støttes også av faktumet at majoriteten av heroin-avhengige veteraner stoppet å bruke stoffet etter hjemkomst til USA fra Vietnam på 70-tallet (Lewis, 2016, s.3).

3.1.2 Selvmedisinerings

Den andre måten avhengighet kan forstås på er gjennom selvmedisineringsmodellen. Lewis skriver at denne modellen har røtter i psykologi, medisin og sosiologi, men bunner i utviklingsteori. Et hvert menneskes velvære kan nedslites av emosjonelle problemer og alle mennesker har forskjellige strategier på hvordan man skal håndtere disse problemene.

Traumer, både sosiale, psykologiske og seksuelle, og PTSD (Post-Traumatic-Stress-Disorder) er ofte knyttet til angst og depresjon (Lewis, 2016, s. 3). Rusmisbruk blant dem med PTSD er så høyt som 60-80%, og mengden mennesker med PTSD blant rusbrukere er 40-60%. Dette er grunn nok til å tro at mennesker ruser seg for å lindre stress (Lewis, 2015, s. 3).

Selvmedisineringsen får brukeren til å føle seg bedre. Helt til det, selvsagt, ikke hjelper mer.

Den uhyggelige baksiden med avhengighetsskapende rusmidler er at avhengigheten i seg selv blir et stressmoment. Dette kan ofte være den sterkeste stressfaktoren, og individene befinner seg dermed i en vond sirkel (Lewis, 2016, s. 3).

3.1.3 Sykdom

Den siste modellen representerer den mest velkjente definisjonen av avhengighet. Nemlig sykdomsmodellen. Den definerer avhengighet som en hjernesykdom. Modellen tilsier at hjernen til mennesker med avhengighetssykdom er annerledes, spesielt den delen som prosesserer belønning eller utfall (Lewis, 2016, s. 1). Denne delen av hjernen forutser utfall, motiverer oss mot målet og evaluerer, samt re-evaluerer, utfallets verdi. Forskere har også funnet ytterligere endringer i systemene som prosesserer kognitiv kontroll, tilfredsstillelse og abstrakte ferdigheter, som å sammenligne utfall og evnen til å ta gode valg. Den medisinske sykdomsmodellen antyder at alle disse endringene blir forårsaket av rusmisbruk og er vanskelig, nærmest umulig å reversere (Lewis, 2016, s. 2).

Ved å ta utgangspunkt i genetiske faktorer, gjør sykdomsmodellen en god jobb når det kommer til å forklare hvorfor noen mennesker er mer utsatt for å bli avhengig enn andre. Noen individer innehar gener som gjør det lettere å bli avhengig. Men hva er kuren? Det er nettopp der modellen ikke strekker til. Sykdomsmodellen gjør at vi kan sammenligne avhengighet med hjertesykdommer, diabetes og noen former for kreft. Det finnes ingen kur, det finnes kun behandling. Avhengighet blir gjennom denne modellen definert som en kronisk sykdom (Lewis, 2016, s. 2).

3.2 De neurobiologiske prosessene

Som sykdomsmodellen tilsier, endrer hjernen seg hos mennesker som er avhengige. Dette er et faktum som er fremstilt gjennom utallige mengder grundig forskning, deriblant også nevnt av både Lewis, Mørland og Waal. Men hva er det egentlig som endres, og er endringene endelig? For å forklare hva som skjer i hjernen ved jevnlig inntak av rusmidler fordypet jeg meg videre i kapitlet «Rusmiddelproblemer i et biopsykososialt perspektiv» (Mørland & Waal, 2016, s. 25).

En menneskehjerne er en av de mest kompliserte strukturene vi kjenner til i dag. Bak alle våre følelser, kognisjon, atferd og bevissthet finner vi neurobiologisk aktivitet som oppstår mellom ulike deler av hjernen (Mørland & Waal, 2016, s. 26). Hjernen består i sin helhet av to typer celler. Nevroner og gliaceller. Førstnevnte ansees som den viktigste cellen, men alle hjernens funksjoner avhenger av tett samspill mellom dem begge. De to byggesteinene er organisert i et komplisert nettverk og det er nettopp dette samspillet som gjør hjernen vår så unik (Mørland & Waal, 2016, s. 26)

Grunnlaget for all hjernefunksjon er at nevronene kommuniserer med hverandre. Denne kommunikasjonen pågår hele tiden. En nevron vil i gjennomsnitt kommunisere med 1000 andre nevroner, og det finnes 100 milliarder av dem. Denne signaloverføringen skjer ved at det frigjøres neurotransmittere som bærer nevronene dit de skal og nevronene blir ofte oppkalt etter den viktigste neurotransmitter de benytter. Et eksempel på dette er dopaminerge nevroner som bruker dopamin til signaloverføring (Mørland & Waal, 2016, s. 26).

Biologisk forskning deler hjernen inn i tre systemer. Mottakersystemet, som mottar signaler fra alle våre sansorganer, et kontrollsystem som vurderer og styrer hvordan en responderer på disse signalene, og et responssystem, som utøver endret motorikk og atferd. Alle disse tre systemene kan bli påvirket, i ulik grad, ved inntak av forskjellige rusmidler. Hallusinogene stoffer forvrenger sanseinntrykk som deretter påvirker mottakersystemet, kontrollsystemene for atferd blir stort sett påvirket av alle typer rusmidler mens responssystemet for motorikk kan påvirkes av alkohol og benzodiazepiner (Mørland og Waal, 2016, s. 28).

De tre systemene samarbeider for at individet skal kunne utøve hensiktsmessig atferd. Hjernen har mange ulike kontroll- og styringssystemer for å fremme slik atferd. Det vil si atferd som er hensiktsmessig for individet i relasjon til omgivelsene rundt. Blant disse systemene finner vi nevroner som bruker serotonin, noradrenalin og dopamin til signaloverføring. Dette kan oppstå ved fysiologiske behov som inntak av mat og drikke, samt også ytterligere behov som forplanting, sosial interaksjon og omsorg. Det omfatter også opplevelsen av glede, belønning og motivasjon. I de sistnevnte tilfellene er det dopaminerge nevroner som dominerer (Mørland & Waal, 2016, s. 28).

3.2.1 Dopamin

Endringer i dopaminerge nevronenes aktivitetsmønstre er en viktig faktor i forståelsen av rusmidlers påvirkning på hjernen. Nevronene kan deles inn i to kategorier. Den ene hovedtypen er en del av reguleringen av atferd knyttet positive opplevelser og belønning, og negative opplevelser og ubehag (Mørland & Waal, 2016, s. 30). Nevronene aktiveres av positive opplevelser og dempes av negative. Slik er dopaminerge nevronene utslagsgjørende i evalueringen av verdi. Når slike opplevelser gjentas, vil hjernen lære seg dette mønsteret og dopaminerge nevronene vil påvirke individets vurderinger av kommende hendelser og vurdere hendelsen i forhold til forventningene. Mer eksakt, om opplevelsen er positiv eller negativ i forhold til forventningene. Disse signalene utgjør hendelsens predikasjonsverdi, slik at atferden blir hensiktsmessig i forhold til handlingens verdi (Mørland & Waal, 2016, s. 30).

Den andre typen dopaminerge nevroner bidrar også i atferdsregulering, men på en annen måte. De aktiveres både av positive og negative opplevelser, samt også om slike hendelser vil oppstå. Dette knytter Mørland og Waal mot det individet anser som viktig eller betydningsfullt (Mørland & Waal, 2016, s. 31). Hvor den første hovedtypen får signaler fra andre deler av hjernen, får den andre hovedtypen signaler fra Amygdala, altså hjernens alarmsystem. En pågående prosess hvor signaler og hendelser konstant sammenlignes og veies opp med hverandre, vil etablere betydningen av signalene for den enkelte (Mørland & Waal, 2016, s. 31).

Rusmiddelinntak trapper opp dopaminfrigjøringen fra begge disse nevrontypene. Dopaminerge aktiviteten øker uten at det foreligger naturlige signaler om belønning eller betydning. Dette skjer ikke på bakgrunn av at følelsen fra rusmidlene representerer en belønning, men heller at de forestiller en. På denne måten kan rusfølelsen bli mistolket som en belønning og dermed skape motivasjon for ytterligere rusbruk (Mørland og Waal, 2016, s. 32).

3.2.2 Endringer i hjernen ved rusavhengighet

Gjentatt jevnlig rusbruk vil dermed kunne sette i gang prosesser i nevroner som leder til langvarige endringer i hjernen. Disse endringene kan vedvare flere år etter at rusmiddelet har forlatt kroppen (Mørland og Waal, 2016, s. 34). De mest sentrale endringsprosessene tar jeg for meg nedenfor.

Jevnlig rusmiddelbruk vil altså påføre endringer i dopaminerge nevroner som gjør bruken mer attraktiv, men samtidig justere dopaminerge nevroner som reduserer belønningen. Slik vil rusbruken bli mer betydningsfull for individet mens belønningen, i form av rusfølelsen, vil bli svekket. Mørland og Waal refererer her til Robinson og Berridges begrep «Drug Wanting» og «Drug Liking», hvor førstnevnte øker, mens sistnevnte dempes (Mørland og Waal, 2016, s. 36).

Hverdagen kan gi personen rusrelaterte «cues» som hjernen assosierer med rusbruk. Som følge av dette vil hjernen produsere en bølge av dopamin som forteller brukeren at rusmidler er tilgjengelig, og at det nærmer seg inntakelse. Følelsen inntreffer om en flaske blir åpnet eller en sprøyte blir gjort klar. Viktigheten av rusfølelsen blir forsterket, «drug wanting» stiger og rusmidlene fremstår uimotståelig (Mørland & Waal, 2016, s. 35). Opptrappingen av den såkalte «drug wanting» regnes som å være en av rusavhengiges største utfordringer og ansees som den mest sentrale faktoren til opprettholdelse av rusavhengighet (Mørland & Waal, 2016, s. 36), samt også tilbakefall.

Det vil også forekomme endringer i andre nervesystemer i hjernen. Gjentatt jevnlig rusbruk viser tegn til å påvirke forholdet mellom stressmestring og alarmsignaler, spesielt ved avbrytelse av gjentatt rusbruk. Ved langvarig rusmiddelinntak vil stressmestringshormoner dempes. Dette er hormoner som fremkaller økt hjerterytme, gåsehud, økt kroppstemperatur og svette. Disse følelsene er helt normalt å få ved enkeltinntak, men etter hvert som brukeren jevnlig tyr til rusmiddelet vil reaksjonene dempes. Denne hemmingen forekommer av at noradrenalin som oppreguleres og balanserer ut reaksjonene (Mørland & Waal, 2016, s. 40). Opptrappingen av noradrenalin vil pågå en stund etter at individet har sluttet å ruse seg. Det vil si at når rusinntaket forsvinner vil også hemningen forsvinne, og på denne måten vil de autonome nervesystemene fremstå oppregulert. Dette kan videre føre til økt stresseffekt og høyere angstnivå, som ofte er reaksjoner tilknyttet fysiske abstinenser. Personen begynner å svette, hjerterytmen og kroppstemperaturen øker, og det samme gjør blodtrykket (Mørland og Waal, 2016, s. 40).

Som sykdomsmodellen antyder, vil gjentatt jevnlig rusmiddelbruk påvirke hjernen. De mest omfattende endringsprosessene knyttes mot dopaminerge aktiviteten og det autonome nervesystemet. Mange av disse endringsprosessene forblir i hjernen lenge etter at individet har sluttet å bruke rusmiddelet. Likevel er det mangel på forskning som tilsier at endringene er endelige. De er ikke fraværende, og det vil bli utfordrende for individet å endre dem, men ikke umulig.

Kunnskapen om de nevrobiologiske endringsprosessene gir meg dybde i forståelsen av begrepet avhengighet. Det er ikke selve rusmiddelet de er avhengig av, men dopaminen som blir frigjort i hjernen. Dopaminfrigjøringen er belønningen som motiverer dem til å utøve problematferden.. Slike dopaminfrigjøringer er også det som motiverer oss til å lage god mat, til å trene og til å elske. Motiverer oss til å utøve atferd får oss til å føle oss bra. Hjernen tilpasser seg atferden vi utøver. Dette setter Marc Lewis et søkelys på.

3.3 Læringsmodellen

Etter mange år med et kritisk blikk rettet mot sykdomsmodellen har Lewis utfordret modellen med sin egen fremstilling av avhengighet. Hvor sykdomsmodellens hovedfokus ligger i de biologiske endringene, har modellens motparter ofte rettet fokuset mot de sosiale påvirkningene og de eksterne faktorene som bidrar til at mennesker opplever problemer med avhengighet. Lewis presenterer deretter Læringsmodellen og forklarer flere lag som påvirker den menneskelige eksistens. Dette gjelder faktorer som er samfunnsbaserte, sosiale, psykologiske og biologiske (Lewis, 2018). Han skiver at hjernen konstant er i utvikling og at den endrer seg hele livet. På denne måten tilsvarer ikke endringer i hjernen at man har en hjernesykdom. Ifølge Lewis er avhengighet noe man lærer seg, og han mener det er bedre å forklare begrepet som en vane. En urasjonell uvane som hjernen tilpasser seg etter. Om ikke hjernen hadde tilpasset seg vaner hadde den vært ubrukelig (Lewis, 2016, s. 31).

Menneskehjerner trenger endringer for å ha en optimal funksjon. Desto mer attraktiv en type oppførsel er, desto større sannsynlighet er det for at handlingen gjentas og at hjernen tilpasser seg endringene. Slik skapes vaner. I tilfellet med rusmiddelbruk er det en stygg og nådeløs vane (Lewis, 2016, s. 33). Så hva gjør denne vanen så annerledes fra andre vaner? Hvorfor er den så vanskelig å endre?

Lewis skriver tre hovedgrunner. Først og fremst er det en mental vane. Det er en vane som knyttes mot tanker og følelser, og ikke bare en atferdsvane. Han skriver videre at det er lettere å avvende seg å synge i dusjen enn det er å avvende seg det å se på verden som urettferdig og voldelig (Lewis, 2018). Den andre grunnen overlapper den første. Han trekker frem en spesiell følelse. Nemlig følelsen av «desire», som jeg velger å oversette til «et sterkt ønske». Denne følelsen kan knyttes mot det jeg tidligere nevnte om «drug wanting» og «cues». Den siste hovedgrunnen nevner Lewis som en direkte konsekvens av dette sterke ønsket. Han beskriver ønsket som tvingende, og det er dette som skiller avhengighet fra andre vaner. Det sterke ønsket henger over individet og nærmest tvinger brukeren til å utøve atferden (Lewis, 2016, s. 33).

Denne lidenskapen og det sterke ønske, vil i begynnelsen være drevet av gevinsten individet oppnår av å ruse seg. Rusfølelsen vil forsterke brukerens motivasjon. Noen vil kategorisere denne oppførselen som impulsiv. Handlingen er som regel spontan, ettersom brukeren ofte fokuserer på de kortsiktige konsekvensene av rusmiddelinntak. Belønningen vil være høy og rusfølelsen vil føles bra. Hjernen vil rette fokuset mot denne belønningen, og sende signaler om at rusfølelsen er målet. Deretter vil det aktiveres signaler i hjernen som forteller hvilken atferd som må utøves for å oppnå dette målet (Lewis, 2018). Etter hvert som rusbruken pågår over lengre tid, vil atferden bevege seg inn i en annen kategori. Som tidligere nevnt vil belønningen bli svakere, mens den tiltrekkende følelsen vil bli sterkere. Av natur vil gjentatte impulsive handlinger omgjøres til kompulsiv atferd. Det vil si handlinger som styres av tvangsfølelser. Dette gjør at det aktiveres signaler i den delen av hjernen som utøver automatisk respons. Denne transformasjonen blir sett på som en bidragsyter til å dempe viljestyrke hos individet, ettersom det ikke lenger er bevisste valg som styrer personens atferd, men automatikk (Lewis, 2018). Valget om å ruse seg kan fremstå som et valg, tatt av ubevisstheden.

Ifølge sykdomsmodellen blir endringsprosessene som oppstår i hjernen ved rusavhengighet sett på som unike og unaturlige. Til denne påstanden, svarer Lewis med å si at endringene verken er det ene eller det andre. At gjentatt atferd går fra å være impulsiv til kompulsiv er noe vi ser overalt. Vi ser det i alle våre hverdagslige vaner. At hjernen tilpasser seg disse vanene er grunnen til at man kan kjøre, spise og snakke på samme tid (Lewis, 2018). Han skriver videre at hjernen er skapt for avhengighetsproblemer. Det å utvikle vaner som hjernen tilpasser seg etter, er en naturlig del av biologien og det samme er impulsive handlingers overgang til kompulsiv atferd (Lewis, 2018).

Endringsmønstrene som skjer, er heller ikke unike. Lewis beskriver videre at de nevrobiologiske endringene vi ser i hjernen på rusavhengige mennesker er veldig like de endringene vi ser på mennesker som har andre vaner (Lewis, 2018). Om for eksempel en person som gjennom hele livet har spilt fotball, en dag bestemmer seg for å legge opp idrettskarrieren vil personen deretter kjenne og et sterkt ønske om å spille fotball. Om personen tar seg en joggetur, vil suget etter å spille fotball opptrappes, ettersom det oppstår signaloverføringer i hjernen som assosierer jogging med det å spille fotball. Det er slik hjernen vår utvikler seg. Den tilpasser seg handlingsmønstrene vi, som personer, utøver (Lewis, 2018).

Lewis skriver at de dopaminoverføringene som blir sett på som «cues» innenfor avhengighetsforskning kan sammenlignes med de dopaminoverføringene som oppstår i forhold til hverdagens naturlige belønninger. Han skriver videre at begjæret som oppstår etter å ha blitt romantisk avvist, på mange måter kan parallelliseres med «cravingen» folk opplever mot rusmiddelet kokain (Lewis, 2018). I mange andre, både naturlige og unaturlige, vaner som oppstår i hverdagen kan vi også oppdage endringer i dopaminoverføringene. Dette sprer seg fra aktiviteter som shopping og spising, til kjærlighet og religionspraksis (Lewis 2018).

Selv om avhengighet påvirker aktiviteten av dopaminerge nevroner i hjernen, betyr det ikke at disse hjerneendringene er en sykdom. Fattigdom, traumer og svak sosial status vil også medføre endringer i dopaminerge nevronenes aktivitetsmønstre (Lewis, 2018). Traumer og tidlig motgang i livet, knyttes ofte som direkte faktorer til at mennesker begynner med rusmidler (Lewis, 2018). Videre kan kontinuerlig bruk av rusmidler også fremkalle en sosial motgang hvor rusavhengige mennesker møter stigma fra resten av samfunnet. Samfunnets reaksjoner på bruk av illegale rusmidler vil ofte være ekskludering og straff (Lewis, 2018). Dette bunner i tradisjoner, normer og lover om at bruk av slike rusmidler er feil. Denne stigmatiseringen vil kunne påvirke brukerens relasjoner til andre og brukerens egen selvtillit negativt. Slike forhold vil igjen påvirke dopaminaktiviteten i hjernen og kan dermed skape motivasjon for å utøve problematferden (Lewis, 2018).

Uavhengig om rusavhengighet er en sykdom eller en vane, bidrar de neurobiologiske endringene i hjernen ved gjentatt jevnlig rusbruk til at individene opplever en stor tilknytning til rusmidlene. Atferdsendringer knyttet rusavhengighet vil dermed bli krevende å utøve. Jeg vil derfor utforske endringsarbeid av problematferden ved å fordype meg i tilbakefall.

3.4 Tilbakefall

Innenfor rusbehandling har de utviklet et begrep de kaller «svingdørbehandling». Dette begrepet omhandler at brukere kommer til behandling, endrer atferd, avslutter behandling, gjenopptar uønsket atferd og deretter søker ny behandling (Barth, et al., 2013, s. 97). Dette sier noe om hvor vanlig tilbakefall er i dagens rusbehandling. Barth et al. sier videre at ved brukernes endringsforsøk er tilbakefall nærmere en regel enn et unntak, uansett hvilken atferd man prøver å endre. Enten om det er å slutte å røyke, slutte å gamble eller slutte med rusmidler. Tilbakefall vil som regel oppstå (Barth, et al., 2013, s. 97).

Så hva definerer et tilbakefall? Ifølge Barth, Børtveit og Prescott kan et tilbakefall kun oppstå om personen har passert et skille og bestemt seg for å endre en atferd. Ellers vil svingningene i oppførselen bare sees på som variasjoner, korrigeringer eller pauser i et individs problematferd (Barth, et.al., 2016, s. 98). Tilbakefall defineres ofte på bakgrunn av vedlikehold av den endrede atferden og i en tilbakefallsperiode klarer ikke brukeren lenger å vedlikeholde atferdsendringene som er igangsatt. Et tilbakefall blir sett på som et skritt tilbake på veien mot det endelige målet. Denne definisjonen av tilbakefall brukes bare i arbeid med enten-eller atferd, som ofte oppstår i arbeid med rusavhengige mennesker. Innenfor fagfeltet jeg skriver oppgaven om vil det endelige målet ofte være absolutt avhold fra rusmidler. Om målet er redusert bruk, vil ikke tilbakefallsbegrepet kunne brukes på samme måte (Barth, et al., 2013, s. 98).

For å forklare begrepet er det viktig å skille mellom tilbakefall og glipp. Hvor mye av den problematiske atferden må utøves for at det skal regnes som et tilbakefall? Barth et al. referer til Alan Marlatt, når de skriver at en avgrenset episode som ikke leder til store negative konsekvenser eller resulterer i en ny langvarig problemperiode, kan regnes som en glipp (Barth, et al., 2013, s. 105). Dette skjer ofte ved spesielle anledninger og denne glippen vil ikke nødvendigvis føre til omfattende problemer for personen. Det er hvordan personen reagerer på glippen, som kan bli viktig. Glipper kan nemlig spille en hovedrolle i en eventuell opptrapping til et tilbakefall. Et tilbakefall skjer gradvis og vil ofte bestå av flere glipper over lengre tid (Barth, et al., 2013, s. 105). Dette kan være eksperimentering med atferden som tidligere har vært problematisk. Personen vil kanskje teste seg selv. Teste om man har kontroll over atferden og se om man reagerer på samme måte som før.

Definisjonen av tilbakefall vil variere i forhold til hvilke type atferd som skal endres og hvor omfattende endringsprosessen er. Men overordnet kan vi definere begrepet på følgende måte. En bruker tar en gjennomtenkt beslutning om å endre en problematisk atferd og etter en periode med avhold fra atferden, tar personen opp igjen de gamle vanene. Dette leder til at den problematiske atferden igjen er en del av personens hverdag og brukeren har dermed begått et tilbakefall til de gamle vanene.

4.0 Artikler

4.1 Relapse patterns among patients with substance abuse disorder

I denne artikkelen har Nordfjærn begått en kvantitativ undersøkelse ved 16 ulike rusinstitusjoner i Norge. Undersøkelsen strekker seg over 4 forskjellige fylker og studiets hensikt var å undersøke tidsintervallene mellom endt behandling og tilbakefall, og de ulike risikofaktorene for at et slikt tilbakefall kunne oppstå (Nordfjærn, 2011, s. 315).

Undersøkelsen ble begått fra mars 2008 til august 2009 og det endelige utvalget ble til slutt representert av 352 pasienter. Blant disse finner vi pasienter som var i de to første månedene av behandlingen, de to siste månedene av behandlingen, pasienter som var på ventelister og pasienter som hadde endt sin behandling de siste 3-12 månedene (Nordfjærn, 2011, s. 315).

4.1.1 Resultater

Nordfjærns resultater sier at mediantidsperioden mellom endt behandling og tilbakefall var 21 dager og at risikoen for et tilbakefall falt drastisk om det ikke har oppstått innen 16 måneder etter endt behandling. Undersøkelsen sier videre at ungdommer har omtrent dobbelt så stor risiko for å oppleve et tilbakefall enn voksne pasienter (Nordfjærn, 2011, s. 320) og at tilbakefallsrisikoen også er høyere for arbeidsløse pasienter (Nordfjærn, 2011, s. 322).

Resultatene sier også at pasienter som ikke har vært i korttidsbehandling hadde høyere risiko for et tilbakefall enn dem som hadde hatt slik behandling. Samtidig skriver han at risikoen øker om pasientene har hatt flere behandlingsprogrammer, ettersom risikoen for tilbakefall er høyere for pasienter som har hatt fire ulike behandlingsprogrammer enn personer som har hatt færre (Nordfjærn, 2011, s. 321).

Nordfjærn konkluderer med at intensivering av ettervernsbehandlingen for pasienter som er utskrevet fra rehabiliteringsinstitusjoner kan bidra til å minimere tilbakefallsrisikoen. Han begrunner dette med at majoriteten av tilbakefall forekommer innen 1 måned etter endt behandling (Nordfjærn, 2011, 322).

I tillegg til å påpeke at yngre mennesker hadde relativt mye større sannsynlighet for å gjennomgå et tilbakefall, skriver han videre at pasienter som hadde gjennomgått døgnbehandling hadde en lengre tidsperiode mellom endt behandling og tilbakefall (Nordfjærn, 2011, s. 323). Majoriteten av disse pasientene var ungdommer, som antyder at det er lettere for den yngre generasjonen å skrive seg inn på slike institusjoner. Derfor konkluderer han med at separate institusjoner for ungdommer vil ha en større forebyggende effekt for den gitte pasientgruppen (Nordfjærn, 2011, s. 323).

Det siste han konkluderer med er viktigheten av å oppholde pasientene med aktiviteter. Han mener rehabiliteringsinstitusjoner bør streve etter å etablere yrkesaktiviteter for pasientene. Ettersom arbeidsledighet er en sterk risikofaktor for tilbakefall vil dette bidra til at de rusavhengige pasientene ikke oppsøker de gamle vanene (Nordfjærn, 2011, s. 324)

4.1.2 Relevans

Denne forskningsartikkelen er relevant for min oppgave ettersom den tar for seg tidsintervallene mellom endt behandling og tilbakefall, samt også hvilke egenskaper hos et individ som kan tilsi at risikoen for tilbakefall øker. Ved å være observant på denne informasjonen ser jeg viktigheten av å utøve ettervern like etter behandling, samt være klar over sider ved pasientens hverdag som kan knyttes mot tilbakefallsrisiko.

4.2 Relapse prevention for alcohol and drug-problems

I denne forskningsartikkelen foretar Witkievitz og Marlatt seg en meta-analyse av tilbakefallsforebygging. De tar dermed for seg forebyggingens effektivitet, empiriske støtte og vender til slutt et kritisk overblikk mot de eksisterende forebyggingsmodellene. Som en respons til denne kritikken, presenterer de en rekonstruert modell hvor de setter søkelys på de dynamiske forholdene som kan oppstå mellom de ulike risikofaktorene (Witkievitz & Marlatt, 2004, s. 229).

4.2.1 Resultater

Forskingsartikkelens resultater beskriver hva tilbakefallsforebygging er i dag. Analyseringen av de empiriske studiene fremstiller viktige faktorer i behandling av rusavhengighet. Dette er faktorer som «craving», mestring av risikosituasjoner, emosjonelle tilstander og mellommenneskelige relasjoner. De beskriver deretter de dynamiske forholdene som oppstår mellom de ulike faktorene før de empiriske funnene fører dem til en rekonstruert tilbakefallsmodell (Witkiewitz & Marlatt, 2004, s. 230).

De to forskerne konkluderer med en rekonstruert tilbakefallsmodell som setter søkelys på situasjonsdynamikk. De skriver videre at empirisk forskning på den nye modellen vil kunne gi en større forståelse for begrepet tilbakefall (Witkiewitz & Marlatt, 2004, s. 231).

4.2.2 Relevans

Artikkelen er relevant for min oppgave ettersom Witkiewitz og Marlatt tar for seg viktige deler av avhengighetsbehandling og rekonstruerer en nyskapende tilbakefallsmodell. Denne informasjonen belyser min problemstilling og vil gi meg større innsikt i tilbakefallsforebyggende arbeid. Dette gir meg nye perspektiver på hvordan jeg kan utøve sosialt arbeid i møte med fremtidige brukere.

4.3 When Low Self-Efficacy is efficacious: Towards an Addicted-self Model of Cessation of Alcohol- and Drug-dependent behavior

Fiorentine og Hillhouse har gjennom dette studiet foretatt seg en kvantitativ undersøkelse i et forsøk på å besvare fire ulike hypoteser om forholdet mellom mestringstro og tilbakefall. Undersøkelsen strakk seg fra juli til september 1994 og det endelige utvalget besto av 356 klienter fra 25 forskjellige rehabiliteringssentre for rusavhengighet (Fiorentine, 2003, s. 348).

De 4 ulike hypotesene er følgende.

1. Lav mestringstro på egen evne til å utøve kontrollert bruk av rusmidler vil forutsi et høyere nivå av avholdenhetsaksept, uavhengig av brukshistorikk og behandlingshistorie.
2. En reduksjon i tro på egen mestringsevne vil over tid assosieres med en økning av aksept for edruskap.

3. Avholdenhetsaksept vil over tid resultere i et liv uten rus.
4. Brukerens egen tro på kontrollert bruk av rusmidler vil ikke forutsi alvorlighetsgraden om et tilbakefall oppstår.

Besvarelsene skal hjelpe dem i forsøket på å bevise at majoriteten av tidligere tilbakefallsforskning ikke har fremstilt forholdet mellom mestringsevne og tilbakefall grundig nok. De mener at anerkjennelse av kontrolltap bidrar til en aksept av avholdenhet fra alkohol og andre rusmidler (Fiorentine & Hillhouse, 2003, s. 358).

4.3.1 Resultat

Den kvantitative undersøkelsen gir resultater som støtter de fire hypotesene. Dette bekrefter antagelsen om en bruker med lav mestringstro på egen evne til å kontrollere rusbruken, vil ha lettere for å oppnå et liv uten rus. Resultatene spesifiserer dermed sammenhengen mellom mestringstro, avholdenhetsaksept og en avslutning på problematferd knyttet rusavhengighet (Fiorentine & Hillhouse, 2003, s. 348).

Fiorentine og Hillhouse konkluderer med at rusavhengiges gjenopptakelse av kontrollert bruk er veldig usannsynlig. Denne manglende evnen til å kontrollere rusbruken er ikke et resultat av manglende motivasjonsfaktorer, men ligger i avhengighetens natur (Fiorentine & Hillhouse, 2003, s. 356). De skriver videre at rusavhengighet er en langvarig lidelse og at all bruk av rusmidler ofte vil eskalere til hyppig bruk, uavhengig om personen har vært edru i flere år eller ikke. Studiene sier at de pasientene som aksepterer å endre livet sitt til et liv uten rusmidler, oftere vil gjennomføre en avbrytelse av problematferden (Fiorentine & Hillhouse, 2003, s. 358).

4.3.2 Relevans

Jeg velger å inkludere denne artikkelen på grunnlag av at den fremstiller forholdet mellom mestringstro og tilbakefall på en annen måte. Dette bidrar til drøftingen av min problemstilling, ettersom den presenterer ytterligere perspektiver på hva jeg som sosialarbeider må være observant på i møte med fremtidige brukere. Artikkelen lener seg på sykdomsmodellen av avhengighet, noe som jeg også ønsker å drøfte videre under.

5.0 Diskusjon

5.1 Sykdom vs. Vane

Tidligere i oppgaven har jeg tatt for de nevrobiologiske prosessene som sykdomsmodellen baserer seg på. Videre har jeg fordypet meg i Marc Lewis' læringsmodell som utfordrer sykdomsmodellen. Til tross for at Lewis er motstander av å se på avhengighet som en sykdom, er han ikke i tvil om at sykdomsmodellen har hatt mye å si for avhengighetsforskning. Sykdomsdefinisjonen har åpnet dører for at enorme summer er blitt investert i forskningsprogram om avhengighet. For eksempel har dette gitt oss en mye større forståelse av hvilke endringer som oppstår i hjernen ved avhengighet (Lewis, 2016, s. 5). Han skriver videre at sykdomsmodellen kombinerer valg og selvmedisineringsmodellen på en måte som forsvarer dem begge som forklaring på hva avhengighet faktisk er. Fiorentine og Hillhouse støtter seg mot denne modellen.

De to forskerne påpeker at avhengighet er en sykdom og at brukerne har bedre av å se på seg selv om syk (Fiorentine & Hillhouse, 2003, s. 357). Gjennom deres undersøkelser har de konkludert med at denne selvdagnostiseringen resulterer i en lavere mestringsstro på å kunne gjenoppta kontrollert bruk av rusmidlene. Slik vil brukerne ha større sannsynlighet for å oppnå absolutt avholdenhet, og risikoen for tilbakefall vil dermed reduseres (Fiorentine & Hillhouse, 2003, s. 351).

Her er Lewis uenig. Han mener at brukere ikke har godt av å se på seg selv som syk. Han skriver at å kalle avhengighet for en sykdom ikke bare er unøyaktig, men ofte skadelig. Til tross for at personens skam og skyld kan bli svekket av sykdomsmodellen, er det ofte slik at mange rusavhengige ikke ser på seg selv som syk. På denne måten kan modellen ha negativ innvirkning på mange viktige elementer i en persons selvtillit og selvilde (Lewis, 2016, s. 10) som igjen kan påvirke risikoen for tilbakefall.

Sykdomsmodellen kan bli et problem i forholdet mellom sosialarbeider og bruker. Lewis påpeker at de fleste rehabiliterte rusavhengige heller vil se på seg selv som fri, enn kurer. De vil heller forbinde det å overkomme sin avhengighet med utvikling. En utvikling de har oppnådd gjennom hardt arbeid, tapperhet og kapasitet til å gjenopprette deres perspektiver. De har utviklet seg til sterkere personer etter å ha gjenerobret sine liv (Lewis, 2016, s. 10). De vil gjerne søke en avstand til avhengigheten som sykdomsmodellen ikke gir dem. Ifølge den vil de alltid være syk, de vil alltid være avhengig. Selv om tilbakefall og gjenoppretting av avhengighet er et problem for veldig mange, er det ikke tilfellet for alle (Lewis 2018). Mange opplever en realistisk og varende selvtillit om at de har vokst ut av avhengigheten og at det dermed er på tide å komme seg videre. Lewis mener avhengige mennesker fortjener å kunne kjenne på denne følelsen.

På den andre siden kan denne følelsen bidra til at brukers egen mestringstro på egen evne til å kontrollere rusbruken blir høy. Dette kan igjen føre til at brukeren ønsker å eksperimentere med «kontrollert rusbruk» (Fiorentine & Hillhouse, 2003, s. 347). Slik eksperimentering og testing av egen evne, kan slå ut begge veier. Det gode utfallet vil fortelle brukeren viktige ting om sin egen kontroll, som videre kan gi betydelig høyere mestringstro. På en annen side kan slik positiv eksperimentering føre til at brukeren senker beredskapen mot et større tilbakefall. Brukeren kan føle stor tiltro til egen kontroll over atferden, som gjør det lettere å gjenoppta den i håp om å være bedre rustet enn tidligere. Slik informasjon kan være viktig for en sosialarbeider å diskutere med brukeren, om slik eksperimentering skulle oppstå. Hvordan erfaringer som tilsynelatende virker positiv, plutselig kan endre form og snu hele operasjonen på hodet (Barth, et al., 2013, s. 105).

Å opparbeide høy mestringstro hos brukeren blir ofte betegnet som en viktig faktor i all tilbakefallsforebygging. Gjennom kvantitative undersøkelser har Fiorentine og Hillhouse konkludert med at en høy mestringstro på å kunne gjenoppta kontrollert rusbruk ofte representerer en urealistisk vurdering av evnen til å opprettholde avholdenheten (Fiorentine & Hillhouse, 2003, s. 356). De skriver videre at ved å anerkjenne et tap av kontroll over rusmidlene skildrer et mer nøyaktig bilde av forholdet mellom mestringstro og tilbakefallsforebygging (Fiorentine & Hillhouse, 2003, s. 348).

Disse undersøkelsene støtter seg på teoriene bak sykdomsmodellen. De anser scenarioene hvor et rusavhengig individ oppnår et sunt forhold til rusmidler som lite sannsynlig. At rusavhengige mennesker sannsynligvis ikke finner en gylden middelvei mellom rusbruk og rusmisbruk. Om målet for brukeren er absolutt avholdenhet kan modellen fremstå forebyggende.

Sykdomsmodellen kan også gi brukerne ytterligere støtte. Modellen kan redusere skam og skjerme de avhengiges atferd mot stigmatiserende antakelser. Setningen «Jeg er syk» kan for eksempel bidra til at viktige familie- eller venneforhold ikke svekkes. Sykdommen blir en slags unnskyldning for uønsket atferd. Det er selvfølgelig positive og negative sider ved en slik skjerming. Witkiewitz og Marlatt skriver i sin artikkel at mellommenneskelige relasjoner er en viktig del av en persons risiko for tilbakefall. De skriver at funksjonell sosial støtte vises å være svært bidragsytende for langvarig avholdenhet (Witkiewitz & Marlatt, 2004, s. 229). Dette vil inkludere støtten fra sosialarbeider, men angår også andre personer rundt individet. De skriver videre at lav sosial støtte gjennom mange studier har en direkte forbindelse til tilbakefallsrisiko (Marlatt & Witkiewitz, 2004, s. 229). Denne sosiale støtten kan bli negativt påvirket om personen «bare» har en dårlig vane. Læringsmodellen kan bidra til at avhengigheten bagatelliseres, hvor vanen i bunn blir tolket som et valg. Slik kan viktige mennesker rundt personen anse valget som egoistisk som dermed kan svekke den positive relasjonen.

Likevel vil jeg påstå at læringsmodellen egner seg best i en sosialarbeiders tilbakefallsforebyggende arbeid med rusavhengige brukere. Bakgrunnen for dette er at modellen fremmer endring. Mye avhengighetsbehandling omfatter nettopp dette. Endring av atferd og opprettholdelse av endring. På denne måten vil jeg påstå av det er lettere å kunne se fremtidige endringer i en uvane, enn å se fremtidige endringer i en sykdom. Jeg mener læringsmodellen fremmer de individuelle klientenes muligheter for endring og ikke den generelle behandlingen. Den fremmer endring, ikke selve lidelsen.

5.2 Hvordan kan jeg bidra som sosialarbeider?

Jeg tar med meg kunnskapen videre inn i neste steg i drøftingsdelen og siste del av problemstillingen. Hvordan kan jeg, som sosialarbeider bidra til å forebygge tilbakefall?

5.2.1 Bevisstgjøring av risikofaktorer

Det første jeg vil snakke om er faktorer som bidrar til økt risiko for tilbakefall. Når jeg bruker begrepet bevisstgjøring mener jeg først og fremst å bevisstgjøre brukeren på risikofaktorene. For å kunne gjøre dette må jeg først selv bli bevisst på de ulike risikofaktorene som bidrar til at tilbakefall oppstår.

Nordfjærn utforsker ulike faktorer som kan bidra til at tilbakefall oppstår. Gjennom kvantitative undersøkelser registrerer han først og fremst en høyere tilbakefallsfrekvens blant ungdommer fra 18-25 år, enn hva som registreres fra voksne mennesker fra 41-80 år (Nordfjærn, 2011, s. 320). Grunner for dette kan være at de eldre brukerne har mer erfaring og utviklet bedre mestringsstrategier mot rusmidlenes tiltrekningskraft. Det er også sannsynlig at eldre brukere har gjennomgått en grundigere og bredere behandling enn de yngre (Nordfjærn, 2011, s. 320).

Til tross for at tilbakefallsrisikoen er høyere blant de yngre brukerne, påpeker han også at ungdommer har lettere for å be om ekstern hjelp enn de eldre (Nordfjærn, 2011, s. 323). Dette kan bunne i at de yngre ofte har et større nettverk rundt dem, som tilsier at de har flere personer som kan ytre bekymring mot deres problematiske atferd. Det eksterne presset kan for eksempel komme fra foreldre, skoler eller andre autoriteter (Nordfjærn, 2011, s. 323). De eldre pasientene er mer selvstendig, og det eksterne presset som kan motiverer dem mot endring vil reduseres.

Han skriver også at de yngre pasientene har vanskeligere for å se på sitt eget rusbruk som problematisk. Disse individene har muligens ikke enda opplevd de negative konsekvensene som oppstår ved gjentatt bruk av rusmidler, på samme nivå som de eldre (Nordfjærn, 2011, s. 323). Dette bidrar til at de yngre ofte er mer ambivalent til rehabiliteringen. Dette er et direkte resultat av det sosiale presset som oppstår rundt de yngre. Presset kan resultere i at de yngre pasientene befinner seg på rehabiliteringssentre på bakgrunn av at andre vil ha dem der, og at de ikke nødvendigvis vil være der selv. Når eldre skriver seg inn på klinikker, er det oftere et selvstendig og gjennomtenkt valg. Dette er også faktorer som kan spille en rolle i aldersforskjellene i tilbakefallsfrekvensene. Denne ambivalensen kan bli viktig å diskutere sammen med brukerne.

Informasjonen fremstilt om ambivalens stemmer overens med hva Barth, Børtveit og Prescott presenterer i boken «Endringsfokusert Rådgivning». De nevner ambivalens som en av de viktigste faktorene til at tilbakefall oppstår. De skriver om motivasjonskonfliktene som oppstår i det viktige øyeblikket i risikosituasjoner (Barth, et.al., 2013, s. 99). Når det må tas en beslutning om å ruse seg eller ikke. Hos de yngre vil gjerne denne ambivalente følelsen lettere styre dem mot de positive korttidseffektene av rusfølelsen og en glipp vil kunne oppstå. Reaksjonene på en slik glipp vil ikke ha ønsket effekt, ettersom de sjelden knytter rusen mot negative konsekvenser (Nordfjærn, 2011, s. 323). Forholdet mellom ungdommens ambivalens og risikoen for tilbakefall er viktig for meg som sosialarbeider å være bevisst på i møte med yngre pasienter.

Nordfjærns resultater sier også at arbeidsledighet er en risikofaktor som har en sterk tilknytning til tilbakefall. Han skriver videre at aktivitetserstatning, tilknyttet yrkesarbeid, er essensielt for tilbakefallsforebygging (Nordfjærn, 2011, s. 324). Dette er på bakgrunn av at slike aktiviteter gir individer en sosial kontekst som har en god avstand til rusbruk. Involvering i slike jobb-relaterte aktiviteter vil ofte få brukeren til å sosialisere seg med andre individer som ikke bruker rusmidler i et avhengighetsskapende mønster. På denne måten kan et rusfritt miljø ha positive innvirkninger på personens sosiale nettverk (Nordfjærn, 2011, s. 324). Som tidligere nevnt er de mellommenneskelige relasjonene rundt personene viktig for en vellykket rehabiliteringsprosess. Sårbare mennesker er lett påvirkelig fra eksterne kilder, både i positiv og negativ forstand. Ved å finne en aktivitetserstatning for rusbruken vil påvirkningen utenfra komme fra rusfrie miljø som kan påvirke individet positivt.

Barth, Børtveit og Prescott mener derimot at aktiviteten ikke trenger å være relatert til yrkesarbeid. De skriver at all menneskelig atferd kan bli betraktet som funksjonell. Dette inkluderer også den problematiske atferden. Dermed gjelder det å finne en aktivitet for personen, som kan gi noe av det samme utbytte personen får fra den problematiske atferden (Barth, et al., 2013, s. 69). Ved atferd som rusavhengighet, kan det ikke forventes å finne en erstatningsaktivitet som gir like mye. Spesielt i starten av endringsprosessen kan dette bli utfordrende. Etter hvert som tiden går, kan aktiviteten imidlertid bli en fullverdig erstatning. Å finne fram til slike aktivitetserstatninger tar ofte tid, fordi man først må finne ut hvilken funksjon problematferden hadde for brukeren. Dette vil ofte innebære å utforske problematferdens positive sider (Barth. 2013, s. 69).

Ved å drøfte de ulike risikofaktorene som er fremstilt gjennom Nordfjærns artikkel gir det meg et innblikk i hvilke egenskaper ved brukeren som kan knyttes mot en høyere risiko for tilbakefall. Om denne informasjonen skal videreformidles til bruker blir det viktig for meg å ikke fremstille informasjonen som dømmende. Selv om brukeren er ung, betyr det selvsagt ikke at personen kommer til å ha et tilbakefall. Alderen skal heller ikke fremstå som en unnskyldning til å fortsette å ruse seg. Men det kan fremdeles være passende i enkelte situasjoner å bevisstgjøre brukeren på den generelle informasjonen om problematferden, for å deretter er la brukeren selv reflektere over den gitte kunnskapen.

5.2.2 Informere om begrepet «craving»

Mennesker er forskjellig, og reagerer ulikt på både motstand og mestring.

Tilbakefallsmestring handler mye om nettopp dette. Det å kjenne sine egne reaksjonsmønstre slik at man tidlig kan gjenkjenne tegn og gjenopprette kontroll over atferden (Barth, et al., 2013, s. 209). En måte å bevisstgjøre brukeren på sin egen atferd er nettopp å utforske den.

Med å utforske brukerens atferd, mener jeg å undersøke personens eget syn på atferden.

Brukerens egen tilknytning til sin problematiske atferd. For å kunne gi ny informasjon må jeg først kartlegge klientens forståelse av saken, slik at den nye kunnskapen kan tilpasses (Barth, et al., 2013, s. 217). Slik vil jeg fokusere på brukerens forhold til «craving» og formidle relevant informasjon tilpasset brukerens eksisterende kunnskapsnivå.

Witkiewitz og Marlatt skriver at «craving» er blant områdene i tilbakefallsforskning som er forsket mest på. Likevel omtaler de forståelsen av fenomenet som begrenset. De skriver at individets oppfattelse av stoffets tilgjengelighet har stor rolle i opprettholdelse av endret atferd (Witkiewitz & Marlatt, 2004, s. 227). Dette vil jeg knytte mot Mørland og Waals beskrivelser av «drug wanting». Om rusmiddelet, som vanligvis er personens problemløser, blir utilgjengelig vil det sterke ønsket naturlig forsterkes. Witkiewitz og Marlatt skriver videre at «craving» og symptomer på abstinens kan fungere som en kompenserende respons som er betinget av flere eksponeringer for rusrelatert stimuli (Witkiewitz & Marlatt, 2004, s. 227). Følelsene vil inntreffe om individet ser en reklame eller hører lyden av en ølflaske som åpnes. Som Mørland og Waal nevnte, vil dette føre til rusrelaterte «cues» som forsterker brukerens ønske om å oppnå rusfølelsen. Signaler i hjernen fremkaller en fysiologisk respons som forbereder personen på rusfølelsen (Witkiewitz og Marlatt, 2004, s. 227). Witkiewitz og Marlatt skriver at «craving» ikke er en nøyaktig predikasjon på om tilbakefall vil oppstå, men at fenomenet kan knyttes mot opprettholdelse av positive forventninger knyttet til bruk av rusmidler (Witkiewitz & Marlatt, 2004, s. 227). Det er disse positive forventningene som ofte dominerer om valget om å gjenoppta den problematiske atferden blir tatt. Å ha slike positive assosiasjonen til rusfølelsen vil også kunne knyttes opp mot situasjoner hvor rehabiliterte pasienter gjenopptar rusbruk.

Witkiewitz og Marlatt skriver videre at en slik «craving» kan begrenses, om brukeren er forberedt på de rusrelaterte følelsene som kan oppstå, og påfølgende har utarbeidet en mestringsstrategi mot de nevnte faktorene i en slik risikosituasjon (Witkiewitz & Marlatt, 2004, s. 227). Dermed anser jeg det som viktig å bevisstgjøre brukeren på fenomenet «craving» for å deretter kunne utarbeide en fremgangsmåte sammen med bruker. En slik prosess kan redusere opptrapping av dragningsreaksjoner og fungere som en bremsemekanisme av «cravingen». Å gjøre brukeren oppmerksom på denne informasjonen kan dermed øke sjansen for en vellykket risikosituasjon.

En vellykket risikosituasjon vil inkludere å motstå eventuelle fristelser som dukker opp. Om en slik risikosituasjon skulle oppstå er det ofte bare et øyeblikk som skal til. Et øyeblikks ambivalens. Det kan ofte være hva personen tenker, i det eksakte øyeblikket personen må ta et valg om å gjenta atferden eller motstå fristelsen. Dette øyeblikket vil ofte støtte seg på personens mestringstro på egen evne. Om personen motstår fristelsen, vil dette gi stor tro på seg selv. Om man ikke finner måter å håndtere risikosituasjonen på, vil det ofte oppstå indre uro og hjelpeløshet. Situasjonen kan gjøre personen handlingslammet, idet det oppstår en ubalanse av følelser. Tanker om å mestre risikosituasjonen får mindre vekt om man ikke ser en høy nok sannsynlighetsprosent på at det kan gjennomføres (Barth, et al., 2013, s. 107). Mestringstroen er lav, og personens ambivalens blir synlig. Dette gjør det vanskelig å prioritere langsiktige mål og de gode grunnene til å holde seg unna. Ubehaget og usikkerheten vil på denne måten ta kontroll over situasjonen og dominere brukerens følelser og rasjonaliseringsevne. Med dette vil brukerens blick rettes direkte mot de positive kortsiktige konsekvensene av problematferden med tanker som «Bare en gang kan vel ikke skade» (Barth, et al., 2013, s.107).

5.2.3. Forberedelse og reaksjoner på «glipper»

Slike glipper vil som regel oppstå i kontinuerlig arbeid med rusavhengighet. Som tidligere nevnt er det hvordan glippene blir håndtert som er essensielt i slikt arbeid. Om glippen oppstår vil jeg først informere bruker om at glipper ikke er det samme som tilbakefall. Glipper må ikke nødvendigvis resultere i omfattende problemer (Barth, et al., 2013, s. 105).

Likevel vil mislykkede forsøk på å mestre risikosituasjoner ofte etterlate bruker svært skuffet. Alan Marlatt kaller slike tankemønstre for «The Abstinence Violation Effect» (Barth, et al., 2013, s. 108). Han skriver at tilbakefallsreaksjonene ofte knyttes personenes skuffelse over egen atferd og egen selvkontroll. Det kan gi en følelse av mislykkethet. De kan føle at de har sabotert hele prosessen, som igjen kan bidra til at den problematiske atferden returnerer. «Jeg klarte det ikke, så jeg kan like gjerne bare begynne igjen». Brukerens syn på endringsprosessen blir preget av skuffelse og negativ selvevaluering, som kan bidra til å gjøre tilbakefallet større enn det trenger å være (Barth, et al., 2013, s. 108). Witkiewitz og Marlatt skriver at diskutering av «The Abstinence Violation Effect» sammen med brukeren vil kunne forberede brukeren på fremtidige glipp som videre kan ha en tilbakefallsforebyggende effekt (Witkiewitz og Marlatt, 2004, s. 225).

I tilfeller hvor glippen har oppstått og «The Abstinence Violation Effect» har inntruffet, kan de negative effektene gjøre det utfordrende å gjenoppbygge brukerens tro på egen evne til atferdsendring. Dermed mener jeg det er viktig å fokusere på hva som kan læres av glippen. Styrke brukerens tro på at den tilsynelatende negative hendelsen kan resultere i at man kommer styrket ut av situasjonen.

Til tross for at Witkievitz og Marlatt belyser en sterk sammenheng mellom negativ emosjonell tilstand og tilbakefall (Witkievitz og Marlatt, 2004, s. 228) vil jeg videre påstå at brukerens dårlige selvbilde og den lave mestringstro kan utforskes. For å belyse de alvorlige sidene ved avhengigheten kan jeg bevisstgjøre bruker for tapet av kontroll. Jeg vil formidle at slike negative følelser ikke må fremstå som ytterligere barrierer, men som en essensiell del av den individuelle endringsprosessen. Ved å erkjenne de negative følelsene og tapet av kontroll, kan bruker deretter dra lærdom av hendelsen. Anerkjennelsen av de negative følelsene kan senere bidra til at de negative konsekvensene av rusmiddelinntak får en større rolle i situasjoner hvor brukeren opplever «craving» og andre risikosituasjoner. På denne måten kan brukeren være bedre rustet til å takle risikosituasjoner om de skulle oppstå på nytt. Denne informasjonen styrkes av Fiorentine og Hillhouse sin forskning om at en anerkjennelse av kontrolltap oftere resulterer i et liv uten rusmidler (Fiorentine og Hillhouse, 2003, s. 348).

5.2.4 Ettervern

Nordfjærns forskning tilsier at majoriteten av tilbakefall forekommer innen en måned etter endt behandling (Nordfjærn, 2011, s. 322). Det vil si at risikoen for tilbakefall er høyest når personen føler et selvstendig ansvar om å opprettholde endret atferd. Han skriver videre at intensivert ettervernsbehandlingen i denne perioden kan være et effektivt tilbakefallsforebyggende tiltak (Nordfjærn, 2011, s. 322). Videre antyder han at en kombinasjon av behandling med høy intensitet og etterbehandling med lav intensitet også kan ha en forebyggende effekt. Dette retter han spesielt mot yngre rusavhengige ettersom den interne ambivalensen hos den gitte gruppen er høyere og tilbakefallsrisikoen er større. Ettersom kunnskapen som er fremstilt ikke utdypes vil jeg kritisere artikkelen ettersom Nordfjærn ikke foreslår tiltak som kan forklare hvordan ettervern forebygges. Jeg vil derfor drøfte ulike forslag som bidrar til at jeg som sosialarbeider arbeider tilbakefallsforebyggende.

Tidligere i oppgaven nevnte jeg Nordfjærns resultater knyttet arbeidsledighet og viktigheten av å finne erstatninger for den problematiske atferden. Han skriver at ansatte på rusinstitusjoner burde streve etter å finne passende aktivitetstilbud for klientene (Nordfjærn, 2011, s. 324). Som tidligere nevnt vil disse aktivitetene kunne føre brukeren inn i et rusfritt miljø og åpne for muligheter til å danne positive relasjoner. Disse relasjonene vil kunne strekke seg lengre enn behandlingsperioden og dermed bidra til å avlaste ensomhetsfølelsen som kan oppstå etter endt behandling. Marlatt og Witkiewitz nevner at tilstedeværelse av et støtteapparat av mennesker som oppmuntrer avholdenhet, minimerer tilbakefallsrisikoen (Witkiewitz & Marlatt, 2004, s. 229).

På denne måten kan det også bli avgjørende å gjøre personen oppmerksom på alle mulighetene man har til å oppsøke psykososial støtte. Dette kan være ulike former for terapi, som selvhjelpsgrupper, ruskonsulenter og lignende. Ved å nevne tjenester i nærområdet som tilbyr oppmuntring av avholdenhet kan sosialarbeideren ha bidratt i forebyggingen ved å gi brukeren innsikt i tilbudene på utsiden. Dette gjør brukeren bevisst på at man har et sted å gå til. Både fritidsaktiviteter og hjelpetjenester kan bidra til en følelse av tilhørighet. En tilhørighet som forblir etter endt behandling.

Jeg vil også foreslå opprettholdelse av kommunikasjon som en forebyggende effekt. Dette området har de siste 20 årene blitt forenklet gjennom mobilbruk. Ved enkle SMS-utvekslinger eller korte telefonsamtaler kan sosialarbeider lettere opprettholde kontakt og daglig kommunisere med pasienten i tiden hvor tilbakefallsrisikoen er høyest. En slik tilnærming kan bidra til å motivere brukeren til å opprettholde atferdsendringer.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å fordype meg i avhengighetsbegrepet og undersøke hvordan jeg som sosialarbeider kan bidra til å forebygge tilbakefall.

Jeg har fordypet meg i ulike modeller som definerer rusavhengighet. Modellen jeg fokuserer på er Marc Lewis sin læringsmodell, hvor han definerer avhengighet som en uvaner. Gjentatt jevnlig rusbruk vil påføre neurobiologiske endringer i hjernen som spesielt kan knyttes dopaminerge aktiviteten og det autonome nervesystemet. Dette vil bidra til at brukers tiltrekning til den problematiske uvanen føles som tvingende og personen kan oppleve sterkt ubehag etter avsluttet bruk. Dette medfører store utfordringer ved endring av problematferden. De rusavhengiges utfordringer blir synliggjort gjennom tilbakefallsforskning.

Ved å analysere tre forskjellige forskningsartikler omhandlet tilbakefallsforebygging og drøftet artiklenes funn i lys av teori, har jeg tilnærmet meg kunnskap som kan medvirke til at jeg som sosialarbeider kan bidra med tilbakefallsforebyggende arbeid. Jeg trekker frem bevisstgjøring av risikofaktorer, informasjonsutveksling om neurobiologiske prosesser, forberedelse på glipper og intensivt ettervern som områder av endringsarbeidet hvor jeg som sosialarbeider kan bidra.

Ettersom litteratur og forskning antyder at tilbakefall er et omfattende problem knyttet behandlingsarbeid av rusavhengighet, ser jeg et behov for ytterligere forskning på fagområdet. Dette blir også belyst i flere av forskningsartiklene jeg har tatt for meg.

7.0 Litteraturliste

Amundsen, E. & Ravndal, E. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug and alcohol dependence*, 108, 65-69.

<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/aktuelt/aktuelle-saker/2011/Ravndal%20og%20Amundsen%202010.pdf>

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott P. (2013). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk

[CASAA. \(u.å.\). Katie Witkiewitz, Ph.D. Hentet fra https://casaa.unm.edu/kwitkiewitz.html](https://casaa.unm.edu/kwitkiewitz.html)

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Fiorentine R. & Hillhouse, M. (2003) When low self-efficacy is efficacious: Toward an addicted-self model of cessation of alcohol- and drug-dependent behavior. *The American Journal on Addictions*, 12, 346-364.

[Helsedirektoratet. \(2019, 29. mars\). Statistikk og definisjon på overdose. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/overdose-lokalt-forebyggende-arbeid/statistikk-og-definisjon-pa-overdose](https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/overdose-lokalt-forebyggende-arbeid/statistikk-og-definisjon-pa-overdose)

Lewis, M. (2016) *The Biology of Desire: Why addiction is not a disease*. London: Scribe Publications

Lewis, M. (2018). Brain change in addiction as Learning, Not Disease. *The New England Journal of Medicine*, 379, 1551-1560. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1602872>

Marlatt, A. & Witkiewitz, K. (2004) Relapse prevention for alcohol and drug problems. *American Psychological Association*, 59(4), 224-235.

Marron Institute of Urban Management. (u.å.) Maureen Hillhouse. Hentet fra <https://marroninstitute.nyu.edu/people/maureen-hillhouse>

Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget AS

[NCBI. \(u.å.\). In memoriam G. Alan Marlatt 1941-2011. Hentet fra](#)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3091971/>

Nordfjærn, T. (2011). Relapse pattern among patients with substance use disorder. *Journal of substance use*, 16(4), 313-329.

NTNU. (u.å.). Trond Nordfjærn. Hentet fra <https://www.ntnu.no/ansatte/trond.nordfjarn>

Støren, I. (2019). *Bare søk!* (2. utg.) Oslo: Cappelen Damm Akademisk

[World Happiness Report. \(2020, 20. mars\). World Happiness Report 2020. Hentet fra](#)

<https://worldhappiness.report/ed/2020/>



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve

BSV5-300 Bacheloroppgåve

Predefinert informasjon

Startdato:	13-05-2020 13:17	Termin:	2020 VÅR
Slutt dato:	20-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgåve	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 BSV5-300 1 BO 2020 VÅR		
Intern sensor:	Magne Eikås		

Deltaker

Navn:	Torbjørn Johan Knudsen
Kandidatnr.:	305
HVL-id:	573609@hul.no

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	10917	Inneholder besvarelsen	Nei
Egenerklæring *:	Ja	konfedensielt	
		materiale?:	

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei