

Avhengighetssyndromets progressive forløp – en introduksjon

Er manglende forståelse for problemet årsak til svingdørs-behandling?

Er manglende problem-forståelse årsaken til at resultatene i rus-omsorgen uteblir? Hvordan kan noe som er så bra, gi så dårlige resultater? Pasienter med rus-relaterte problem blir av systemet omtalt som svingdørs-pasienter. Er det rart, når hele systemet er blitt en svingdør? What goes round comes round again!

Et skritt i riktig retning ville være om alle behandlere tok i bruk ICD-10 og DSM-IV diagnosekriterier ved diagnostisering og bedømmelse slik at pasientene får et likeverdig utgangspunkt for sin behandling. Dette ville bidra til at de tverrfaglige tiltakene samordnes og at løsning-forslag målrettes. Videre vil det sikre en individrettet og personlig tilrettelagt behandling. Hvordan kan man i det hele tatt snakke om behandlings-resultater om ikke målbare utredninger ligger til grunn ved bedømmelse og diagnostisering?

Om vi ikke forstår problemet finnes det heller ingen løsning. Det blir som i Lotto, noen få får tilfeldige og store gevinster, noen flere små, men de langt fleste får selvfølgelig ingenting.

Denne artikkelen omtaler i hovedsak avhengighet til kjemiske substanser, men angår også avhengighetsyndromet i sin helhet.

Hva er Avhengighet?

Vi bruker ordet avhengighet om så mange forskjellige ting og på så mange forskjellige måter. I mangel av andre dekkende ord benyttes ofte avhengighetsbegrepet i ulike sammenheng og med mange ulike betydninger.

Vi sier ofte at vi er avhengige av en god natts søvn. Eller vi er avhengige av å bruke briller. Vi kan også si at vi er avhengige av nok mosjon og frisk luft. Mange oppfatter at de er kommet til å bli avhengige av ulike former for hjelpemidler; krykker, rullestol, bilen, trikken osv. Eller vi kan bruke ordet avhengighet for å uttrykke mellom-menneskelige behov. Vi kan si at vi er avhengige av god kommunikasjon, vennskap, kjærlighet, en trofast ektefelle, god helse eller en sikker inntekt / god pensjon.

Det som uttrykkes i denne sammenheng er behov for noe som kan oppleves som viktig, uunværelig og nyttig. Om ikke behovet dekkes kan tilværelsen oppleves som mangelfull eller i en del sammenheng umulig. Opplevelsen av å ha bruk for noe er et uttrykk for et udekket behov som mange med rette trenger å dekke for å kunne opprettholde livskvaliteten. Sterke behov blir til krav. ”har lyst på”, ”liker”, ”har bruk for”, ”trenger”, ”må ha”, ”har krav på”. Selv om avhengighet tilsynelatende fremtrer som et kravfylt udekket behov, er ikke dette dekkende for hva avhengighetssyndromet er et tegn på.

Kan det være at syndromet bruker oss for å oppfylle sitt behov?

I 1950 beskrev Verdens Helseorganisasjon (WHO) avhengighet til kjemiske substanser som en lidelse. Avhengighet til kjemiske substanser ble tilført den internasjonale klassifisering av lidelser; Diagnoseregisteret; International Classification of Diseases (ICD) To år etter ble dette bekreftet av den amerikanske psykiaterforening. (American Psychiatric Association) Lidelsen ble tilført diagnoseregisteret; Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders i 1952.(DSM) Begge diagnoseregistrene beskriver avhengighet til kjemiske substanser som en mental lidelse.

Forut for dette var overdreven bruk av ulike kjemiske substanser betraktet som en følge av svak karakterstyrke, eller som et resultat av dårlig sosial innflytelse. Dårlig moral og manglende viljestyrke var årsaken til elendigheten. Denne oppfatningen er det mange som fremdeles holder fast ved. Hvordan vi forstår problemet påvirker løsningsforslag og tiltak. Mangelfull eller feilaktig forståelse av problemet gir katastrofale konsekvenser. Dette fører i mange tilfeller til at avhengighetsproblemet slett ikke løses, men snarere vokser i styrke og intensitet.

Diagnoseregistene beskriver sykdommen som kronisk, progressiv og dødelig.

En **kronisk** tilstand betyr at tilstanden er vedvarende. Et utløst avhengighetssyndrom er en konstant og vedvarende tilstand som kjennetegnes av stadig tilbakevendende symptom. Dette er kjennetegn ved alle kroniske lidelser. Dette betyr om tilstanden først er utløst, går den ikke over.

Tilstanden beskrives som **progressiv**. Progressiv i denne sammenhengen betyr at den vokser og at symptomene blir mere fremskredende og etter hvert synlige. Tilstanden "får bedre tak" og oppleves som verre ettersom tiden går. Individets naturlige og normale utvikling blir gradvis overtatt av avhengighetens naturlige utvikling. Det engelske ordet for avhengighet er Addiction. Addict betyr; "Slave av". Individet har kommet i slavedriverens makt og mistet kontrollen. Avhengighets-syndromet tar kontrollen over utviklingen. Avhengighetssyndromet har sin normale utvikling og naturlige behov. Man kan si at avhengighetssyndromet har sin egen intelligens og helse. Syndromet vil komme til å vokse seg større og sterkere. Dette skjer da på bekostning av individets fysiske og psykiske helse samt sosiale behov.

Avhengighetssyndromet har en **dødelig** utgang. Den pågående kroniske progresjonen sikrer dette. Her er det ingen unntak.

Avhengighetssyndromet har 3 vekstområder;

- 1) **Den fysiske allergi;** (unormal reaksjon) Den unormale reaksjon er "the progressive phenomenon of craving", eller på norsk det progressive kravfenomenet. Et fysisk fenomen som utløses når signalstoff-produksjonen berøres av et kjemisk virkemiddel vil den ikke slutte før maksimal kapasitet og maksimum grense for

toleranse er nådd. Systemet forlanger å få det den kan klare. **På sikt fører dette til organ-svikt.**

- 2) **Den mentale besettelsen;** Individet fortsetter bevisst på tross av viten om fortsatte negative symptom og konsekvenser ved fortsatt bruk. ”The Mental Obsession” Individet befinner seg innenfor en sterk tankemessig konsentrasjon, og opplever å være tryggere innenfor enn utenfor tanken.
På sikt fører dette til en mental-fragmentering og en brist i opplevelsen av sammenheng.
- 3) **Den sosiale konteksten;** Sosialt akseptert tilgjengelighet endrer seg til sikring / hamstring og den konstante jakten etter mere. Videre er den almene aksepten vedr. bruk av midlet blitt til en egenrådig, selvskrevet rettighet. Dette viser seg som omprioriteringer til fordel for substansen på bekostning av tidligere interesser og viktige relasjoner.
På sikt fører dette til utstøting og isolasjon.

Hvilke av disse områdene som først viser symptom er bestemt av individets fysiske, psykiske og sosiale predisposisjon. Det er til fordel for avhengighets-tilstanden om vi forsøker å bevirke innenfor enten en eller flere av disse aktive områdene. Vi kan ikke forvente å løse avhengighetsproblemet om vi gjødsler i symptom-området.

Avhengighetssyndromet har symptom

Avhengighetssyndromet har gjenkjennelige tegn. Lidelsen i seg selv er ikke synlig. Ingen kan se en mental lidelse. Det er symptomene som bevitner at en avhengighets-tilstand er utløst. Symptomene er ikke primærproblemet, men tegn på at et problem er utløst og under utvikling. Diagnoseregistrene har kategorisert symptomene som tidlig, mellom og sen-stadiumsymptom. DSM-IV har beskrevet en normalkurve vedrørende utviklingen av symptom vedrørende avhengighet. (GAF skala) ICD-10 har 6 kriterie grupper og DSM-IV har 7 kriteriegrupper for symptom.

Forveksling

Om symptomene forvekses med problemet vil syndromet kunne fortsette sin utvikling uforstyrret. Dette skjer uavhengig av hvilke tiltak som iverksettes for å døyve ubehag skapt av / ved symptom. Symptomutviklingen viser tilstandens fremskredenhet og styrke. Symptomene er tegn på at avhengighetssyndromet har tatt over for, eller rettere sagt; har overtatt og fremmer sin egen utvikling. Om vi beskjefter oss med symptomlindring, så har avhengigheten lykkes med sin hensikt. Ettersom vi i tidlige stadier av utviklingen klarer å døyve / lindre ubehag opplever individet en midlertidig lettelse. Individet opplever da å ha kontroll. Det er denne nyervervede opplevelse av kontroll som

avhengighetssyndromet trenger for å kunne fortsette sin utvikling. Avhengighetstilstanden nærer seg på kontroll. Progresjonen er konstant, men uberegnelig.

En progressiv progresjon

Tilsynelatende har progresjonen selv progresjon. Etter som avhengighetstilstanden vokser og symptomene "blomstrer" kan det virke som om symptomene overskrider problemet. Individet benytter all sin tid til å døyve ubehag skapt ved symptom og avledningen er total. Individet er i en "Catch 22" situasjon hvor avholdenhet fører til tilbakefall selv om individet opplever avholdenhet som positivt, og fortsatt bruk vil etter en kort til-fred-stillelse gi flere negative symptom av samme sort som individet i utgangspunktet brukte midlet for å motvirke. Om forebyggende tiltak iverksettes etter at avhengighetstilstanden er utløst vil dette ikke begrense utviklingen, men fremme den. "Jeg fikk så mye hjelp at jeg holdt på å dø av det."

Hva gir Avhengigheten?

Avhengighetssyndromet utløser negative konsekvenser. Dette er ringvirkninger av problem og symptom. Konsekvensene opptrer i og rundt individet. Konsekvenser opptrer i alle områder av livet som individet deltar i eller er en del av.

"Con" –"sekvens" ; "med påfølgende hendelse / bilde(r)". Konsekvensene er problem forårsaket av avhengighetsutviklingen og ikke omvendt. Det kan være lengre mellom årsak og virkning enn det vi tror, og konsekvensene kan opptre lenge etter at symptomene har opptrådd. Det er ikke alltid like lett for den det gjelder å oppdage konsekvensene, spesielt hos de som omgås og/eller er i relasjon med den avhengige. Dette er en følge av manglende tydelighet mht. grensesetting og ansvarsavklaringer; "mellom hva som er mitt ansvar sett i relasjon til hva som er den andres ansvar".

Spredning

Konsekvenser utløser nye områder for syndromet å utvikle seg i. Det er de stadige nye konsekvenser som sikrer den opprinnelige avhengigheten et langt liv, og det er i konsekvensområdene at syndromet har sin spredning.

De negative konsekvensene fører som regel til at andre forsøksvis tar kontroll, og når syndromet allikevel og på tross av en annens iherdige innsats, fortsetter sin naturlige utviklingen, vil de som trodde at innsatsen hadde en effekt, oppleve et tilsvarende kontrolltap. Da vil de fleste iverksette strengere kontrolltiltak. Ettersom denne satsningen foregår i konsekvensområdet og på ingen måte berører selve problemet vil problemet kunne for-mere eller for-flere seg til andre som er "besatt av" at strenge kontrolltiltak iverksettes. Dette skjer uavhengig av "alle gode grunner" og hensikter.

Syndromet er det samme, men området for utviklingen har for-andre(t) seg. Fra å være ett problem er det nå oppstått flere like verdige problem innenfor samme syndrom. Ektefeller, barn, foreldre, arbeidsgivere, behandlere m.fl. er offer for denne spredning uten at de selv er klar over det.

Avhengighetsproblemet lar seg ikke løse med den samme egenrådige viljesinnsatsen som muliggjorde det. Ett av mange kjennetegn på dette er benektelsen om dette. Den er like sterk og umulig å konfrontere som det er å konfrontere den opprinnelige symptombærer med sine negative konsekvenser. Mon tro om ikke den førstnevnte symptombæreren også pådro seg syndrom i et lignende konsekvensområde?

Skalke-skjul

Både de ubehagelige symptomene og de negative konsekvenser konkurrerer om oppmerksomheten og har en tendens til å overskygge problemet. Dette er et problem for seg. Det er ikke så rart at oppmerksomheten og tiltakene retter seg mot det som er synlige, men dette muliggjør at problemet fortsetter å være (forblir) uadressert. På en måte så kamouflerer symptom og konsekvenser problemet, og så lenge vi lar oss avlede av dette fortsetter progresjonen og spredningen. Avhengighetssyndromet vokser seg større og sterkere i le av symptom og konsekvenser.

De tiltakene vi setter inn for å begrense symptom og konsekvenser gir avhengigheten grunnlag og næring til fortsatt vekst. Mange av de tiltak som i dag brukes bidrar til nettopp dette. Fordi (Selv om) vi på kort sikt, klarer å døyve eller begrense ubehaget ved et symptom og/eller en konsekvens, vil problemet gjenoppstå forsterket ved et senere tidspunkt, nettopp på grunn av den vellykede, kortsiktige døyvingen.

Hvordan gjennomskue avhengighetssyndromet og dens symptomutviklingen.

Diagnoseregistene beskriver lidelsen som biologisk, psykologisk og sosial. Om en diagnose / bedømmelse vedrørende avhengighet skal være aktuell, må minst 3 symptom fordelt i 3 kriteriegrupper være utløst. ICD-10 har for avhengighet 6 kriterie-grupper. DSM-IV har 7 kriteriegrupper. Det betyr at for at en diagnose vedr. avhengighet skal være aktuell vil minst 2 av områdene fra hhv. biologiske, psykologiske eller sosial kriterier være utløst. En avhengighets tilstand kan være aktuell selv om en av overfornevnte områder ikke er berørt. Dette er vanligst i tidligstadium av avhengighetsutviklingen. Videre er det mulig å diagnostisere / bedømme en avhengighetstilstand selv om individet ikke har fysiske tegn. Fysiske tegn er økt toleranse og abstinenser.

Syndromet vil fortsette sin naturlige utvikling uavhengig av om individet bruker kjemiske substanser eller ikke. Dette bekrefter det kroniske ved lidelsen. Tilbakefall er naturlig og uunngåelig om ikke riktig problem adresseres. Det er symptom og konsekvenser som opptrer innenfor individets fysiske, psykiske og sosiale system.

Hva er forskjellen mellom misbruk / skadelig bruk og avhengighet?

Diagnoseregistrene beskriver forskjellen mellom en avhengighetstilstand og skadelig bruk / misbruk. I praksis er det en almen begrepsforvirring. Begrepene skadelig bruk / misbruk og avhengighet brukes ofte om hverandre. Dette beror nok på at frem til 2004 så har ikke avhengighet eller skadelig bruk /misbruk vært benevnelse på noen diagnose i Norge. Skadelig bruk /misbruk og avhengighet er uavhengige og selvstendige problem, synliggjort ved høyst forskjellige symptom og tildels konsekvenser. Det er ikke noen sammenheng mellom de ulike tilstander, selv om det til tider kan være en tidsmessig sammenfallende symptom-utvikling.

For å si det populistisk så er ikke et skadelig bruk eller et misbruk en ”avhengighet light”. Et skadelig bruk eller misbruk behøver heller ikke føre til en avhengighetsutvikling. Videre kan en avhengighetsutvikling godt være utløst, selv om individet ikke har noen symptom vedrørende et skadelig bruk eller misbruk.

Det rår en almen villfarelse vedrørende begrepsbruken og også for forståelsen av innholdet i begrepene. Dette fører til at behandlingsrettede tiltak også går i alle retninger.

Hvordan komme for sent så tidlig som mulig?

Det skal forskjellige tiltak til for å kunne adressere de ulike diagnosene. En mere utstrakt bruk av ICD-10 og DSM-IV diagnosekriterier ved utredninger, ville gi grunnlag for riktige tiltak og riktig behandlings-nivå for rett problem. Et validisert og reliabilitets sikret diagnose-instrument ville gjøre utredning og evaluering mest mulig objektiv. Det er viktig for individet at bedømmelsen skjer uavhengig av de ulike utreders subjektive oppfatning slik at alle får en best mulig bedømmelse basert på det samme kriteriegrunnlag. En screening vil i beste fall kunne benyttes for å eventuelt utelukke bruken av et mere omfattende diagnoseinstrument. Om diagnostiseringen/bedømmelsen gjøres kun på grunnlag av et screeninginstrument er det grunn til å tro at feilmarginen vedrørende bedømmelsen er stor. Dette kan i verste fall føre til at individet får feil behandling med de konsekvenser dette gir. Om vi ikke avdekker problemet ved tidligst mulige tidspunkt vil diagnostiseringen bli lettere, mens behandlingen vil bli mere langvarig og ressurskrevende. Om vi avdekker problemet tidlig er det grunn til å tro at behandlingsresultatene vil bedre seg.

Henrik C. Borchgrevink er 12-trinnspedagog og terapeut. Han er sertifisert til å kunne gjøre diagnose-bedømmelser. Han har arbeidet med rusrelaterte problem i 17 år. De siste 3 årene har han intervjuet 270 pasienter med alkohol, medikament og narkotika relaterte problem. Han har sitt daglige virke ved Kildevangen Behandlingssted og har privat praksis ved Sjølyst Fastlegesenter i Oslo og i Chiang mai, Thailand. Borchgrevink er 58 år og er å treffe på 48095008, henrik@borchgrevink.org www.borchgrevink.org