

# Kritisk til båstenkning

Per Olav Solberg  
redaksjonssjef

Kari Lossius mener vi skiller for mye mellom rus og psykiske lidelser.

– **Når statistikk om psykisk helse presenteres, nevnes angst, depresjon og rusavhengighet som de tre vanligste psykiske helseplagene. Du er skeptisk til denne inndelingen. Hvorfor?**

– Det er et uheldig skille mellom rus og andre psykiske lidelser. Folk med alvorlige rusproblemer har nesten uten unntak også en psykisk lidelse. Dette er årsaken til at de begynte å ruse seg i utgangspunktet. Jeg har møtt tillitsvalgte i Psykologforeningen som tenker at folk i rusfeltet ikke kan terapibehandling. Det er helt feil. Jeg opplever at Psykologforeningen henger noe etter og ikke har rus tilstrekkelig på dagsordenen.

– **Hva er grunnen til at rus har blitt behandlet som noe annet enn andre psykiske lidelser?**

– Det har historiske årsaker. Få fagfolk ville jobbe med de rusavhengige før etter andre verdenskrig. Det var de kristne organisasjonene som tilbød en form for behandling, men den var ikke forankret i fag eller forskning. Det skjedde en gradvis endring utover i 70-årene da psykologer og fagfolk kom mer inn i bildet. Først i 2004 ble rusbehandling en del av spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern, med ytterligere kompetanseheving som konsekvens. Men feltet er fortsatt farget av denne religionspolitiske forhistorien, der moralismen ligger rett under overflaten.

– **Hva er «state of the art»-behandlingen i rusfeltet nå?**

– De behandlingsmetodene man tar i bruk ellers i psykisk helsefeltet og ved distriktpsykiatriske sentre, tar man også i bruk her: På Bergensklinikkene bruker vi blant annet motiverende intervju, kognitiv atferdsterapi og mentaliseringsbasert behandling. I tillegg må vi selvsagt jobbe konkret med selve rusen og måter å få redusert forbruket på.

– **Norge skårer fortsatt høyt på overdosedødsfall. Statistikken over antallet rusavhengige er mangelfull. I hvilken grad vet vi at dagens rusbehandling virker?**

– Da må vi først spørre: virker i forhold til hva? Absurd nok har man stilt strengere krav til ruspasienter enn til andre typer pasienter. En vellykket behandling har vært ensbetydende med å bli helt rusfri. Vi har ikke stilt så strenge krav til de fleste andre pasientgruppene, så hvorfor til rusmiddelavhengige? Slik tenker vi heldigvis ikke lenger. Nå er vi mye mer på pasientens banehalvdel og setter opp et mål for behandlingen ut fra hva pasienten selv ønsker. At rusbehandling virker, er godt dokumentert i forskning og oppfølgingsstudier. Ofte ser vi at pasienter som har vært inne til behandling noen måneder, får tilbakefall og begynner å ruse seg igjen. Har behandlingen da virket? kan man spørre seg. Jeg mener ja, tilbakefall er en del av prosessen.

– **Er det ikke lett å bli resignert på pasientenes vegne når man ser hvor stor makt rusavhengigheten har, og hvor mye som skal til for å få et bedre liv?**

– Vi har ikke lov til å bli resignerte, og vi får stadig mer kunnskap som vil bidra til bedre behandling. I dag vet vi for eksempel mye mer enn før om hvordan avhengighet virker inn på hjernen. Hjerneforskere som Jørg Møland påpeker at enkelte må være rusfrie i hele tre år før hjernen er «normalisert» igjen. Når man vet dette, forstår man også hvorfor tilbakefall er så vanlig.

– **Men hva er veien ut når «et skudd» i dag er så mye mer fristende enn et langt og krevende behandlingsløp?**

– Nøkkelordet her er behandling med høy kvalitet, der relasjonen mellom terapeut og pasient har en særlig betydning. Ruspasienter er utstøtt av samfunnet og har ofte alvorlige traumer fra oppveksten

grunnet overgrep, mobbing eller andre årsaker. Rus er en urettferdig lidelse, har du det dårlig i utgangspunktet, får du det enda verre med et rusmisbruk i tillegg. Men nøkkelen til et meningsfullt liv er ikke så komplisert. Har du noen som er glad i deg og noen som har bruk for deg, da har du kommet ganske langt. Å få til disse gode og sunne relasjonene er imidlertid vanskelig når tidligere rusmisbrukere blir plassert i sosialboliger ved siden av hverandre, nærmest i gettoer. Da er veien tilbake til rusen ofte kort.

– **Hvilken rolle kan kommunepsykologen spille for ruspasienter?**

– Jeg tror de har mye å tilby. Blant annet i å følge opp pasienter etter behandling i spesialisthelsetjenestene. Så er det de helt praktiske tingene knyttet til hjelp med og håndtering av bolig, med sosialisering og det å finne gode møteplasser. Men kommunepsykologene kan også bidra til å lage systemer som gjør det litt lettere for ruspasientene å lykkes. Vi trenger eksempelvis å skape tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og mellom arbeidslivet og helsevesenet.

– **Psykologforeningen har nylig vært i Portugal for å få innsikt i deres avkriminaliseringslinje. I innlegget presidenten skriver i denne utgaven (side 562), konkluderer han med at rusfeltet må utredes enda mer. Enig?**

– Når det gjelder avkriminalisering, er rusfeltet mer enn godt nok utredet. Vi vet svært mye om hva som virker, og hva de rusavhengige trenger for å få et bedre og mer verdig liv. At feltet må avkriminaliseres, har vært gjengs oppfatning i rusfeltet svært lenge, nå kommer politikerne etter. Vi beveger oss sakte, men sikkert mot Portugal.

– **Hva vil en eventuell avkriminalisering av narkotikamisbruk ha å si?**

– Jeg tror det vil ha en stor symbolsk betydning. Du blir ikke lenger sett på som en kriminell når du inntar et morfinpreparat som hjernen er avhengig av. Isteden er du en bruker som lider og trenger helsehjelp. I tillegg har du det strukturelle: alle pengene og ressursene som må flyttes over fra justissektoren til helsesektoren. Vi må dimensjonere hjelpeapparatet med tanke på at mange mennesker bokstavelig talt blir flyttet fra fengslene til behandlingsinstitusjonene.

## Hvorfor NÅ?

- Psykologtidsskriftet ser nærmere på ruspolitikk i denne utgaven, blant annet gjennom en reportasje fra Portugal, der de delvis har avkriminalisert narkotikabruk (side 522).
- Lossius er fagdirektør ved Stiftelsen Bergensklinikkene og har jobbet innenfor rusfeltet i over 30 år.