

# Rus og migrasjon

Espen Freng  
Helsedirektoratet

# Avhengighetsforståelse

## 1. Den moralske agenda og behandling

- Det er galt!
- Rusbruk kan kontrolleres
- Misbrukere må omvendes
- Sanksjoner og straff

## 2. Sykdomsmodellen og behandling

- De ulike rusmidler interagerer med kroppens neurologiske system
- Det er en kronisk tilstand
- Abstinensbehandling
- Substitusjonsbehandling

## 3. Selvmedisineringsmodellen

- Underliggende psykisk lidelse
- Rus demper angst, hemmer lavt selvbilde
- Ikke fokus på rus
- Behandle den psykiske lidelse

# Avhengighetsforståelse

## 4. Tilknytningsmodellen

- Tidlig skjevutvikling gir sårbarhet
- Manglende grad av emosjonsregulering osv
- Selv-reparasjon
- Trenger andre mennesker
- Trygghet, stabilitet, Narsissistisk forsvar og falsk stolthet

## 5. Systemteori

- Det sosiale system eller familiesystem fungerer ikke
- Påvirke systemet
- Velferdsstaten
- Sosiale tiltak

## 6. Subgruppemodellen

- Det er normalt å ruse seg
- Ulike subkulturer
- Endre miljø

# Avhengighetsforståelse

7. Den biopsykososiale model
  - Interaksjon mellom biologi, psykologisk og sosiale faktorer
  - Individuelt tilpasset, men sammensatt
  
8. Atfersmodellen
  - Avhengighet er lært
  - Belønning kraftigere enn negative konsekvenser
  - Belønning innen andre områder



# Hva vi ikke gjør!

## PROFESSOR AHMED

Arvingen av hemmeligheter og gudbenådet kraft fra far til sønn. Jeg løser dine daglige problemer innen kjærlighet, ekteskap, jogg, eksamen og impotens. Beskyttelse mot alle farer, enkle og effektive teknikker for å få tilbake kone, mann, kjærester eller nære personer. Sikret resultat.

*BETALING ETTER RESULTAT.*

*seriøs og effektivt arbeid, kan komme Hjem til deg.*

## PROFESSOR AHMED

Arvingen av hemmeligheter og gudbenådet kraft fra far til sønn. Jeg løser dine daglige problemer innen kjærlighet, ekteskap, jogg, eksamen og impotens. Beskyttelse mot alle farer, enkle og effektive teknikker for å få tilbake kone, mann, kjærester eller nær person. Sikret resultat.

*BETALING ETTER RESULTAT.*

*seriøs og effektivt arbeid, kan komme Hjem til deg*

For Norsk Kontakt

**TLF : 96818787 - Mob 45216179**

Fra KL, 15:00 - E-Posten : Kabamed2007@yahoo.fr

# Konklusjon I

Det kan være en sammenheng mellom utviklingen av et rusmiddelmissbruk og ventefasen. Det handler ofte om et rusproblem som eskalerer i takt med lengden på oppholdet og derfor kan videreutvikles til et rusmiddelmissbruk.

# Beskyttelsesfaktorer

- Tradisjonelle:
- Religion
- Sosialt nettverk
- Sosial kompetanse
- Sterke slektsbånd
- Velfungerende nærmiljø
- Venner
- God psykisk helse
- Samfunnsstrukturer som støtter personens mestringsfølelse
- God sosial fungering
- Gode voksne rollemodeller
- ... på mottak:
- Frivillig arbeid
- Arbeidstillatelse
- Aktiviteter
- Hjelp til på mottak

# Risikofaktorer

- Mangel på kontroll over eget liv
- Geografisk mobilitet gjør at vi kan miste beskyttelsesfaktorer knyttet til slekt og familienettverk
- Statusfall
- Negativ selvtillit
- Dysfunksjonell familie
- Uoversiktelig fremtid
- Depresjon
- Frykt for avslag
- Avslag
- Frykt for å bli hentet
- Tilgjengelighet
- Mangel på meningsfull hverdag
- Følelse av avmakt
- Oppløse tradisjonell, sosial kontroll
- Isolasjon
- Imøtekommende miljø
- Den Norske ruskultur
- Forventningspress



## Konklusjon II

Tradisjonelle beskyttelsesfaktorer mot utvikling av negativ psykisk helse og/eller rusmiddelavhengighet, svekkes i takt med lengde på oppholdet på Asylmottak. Dette skjer samtidig som nye risikofaktorer skapes og utvikles i ventefasen.

# Traumer og erfaringer i asylmottak

- 68 % opplevd militære kampsituasjoner
- 37 % i fengsel
- 65 % erfart tortur, 57 % selv utsatt
- 34 % erfart voldtekt, 22 % selv utsatt
- 77 % vært nær ved å bli drept
- Svært mye høyere forekomst enn i øvrig befolkning

# Samtidig traume- og rusproblematikk

- PTSD: 22-43% har en ruslidelse
- Ruslidelse: 12-41% har PTSD
- Når man jevnlig ruser seg gir det risiko for nye traumatiske erfaringer pga
- Rusen reduserer evnen til å foreta valg der man ivaretar seg selv godt
- Traumatisering gir risiko for at rusatferd benyttes som regulering/medisinering

# Foreldresymptomer (PTSD) og foreldrerollen

## Aktiveringssymptomer

- Alltid på vakt, katastrofetanke
- Anspent
- Hodepine
- Søvnvansker
- Irritabilitet
- Konsentrasjonsutfordringer

- Smertepåvirket over lang tid

## Konsekvenser for rollen

- «Leser» farer overalt og hindrer utfoldelse
- Stress og passer på barnet hele tiden
- Utålmodig, lett sint, ser ikke sin egen rolle
- Mestrer ikke hjelperollen

- Mor/far er syk og barnet tar foreldrerollen

# Foreldresymptomer (PTSD) og foreldrerollen

## Invaderingssymptomer

- Gjenopplevelse
- Påtrengende minner
- Tanker
- Mareritt

## Unngåelsessymptomer

- Unngår påminnere
- Emosjonell nummenhet
- Isolasjon

## Konsekvenser for rollen

- Lever i sin egen verden og klarer ikke forholde seg til barnet
- Kan ha mareritt om overgriper og overføre frykten/angsten til barnet
- Unngår situasjonen der barnet minner om situasjonen (eks gråt, sinne, triggere)
- Forholder seg ikke til barnets følelser
- Isolerer/trekker seg bort fra familien

# Dropp-out og minoriteter

Et prosjekt på Blå Kors senter

# Observerte forskjeller mellom behandlere.

ENB	↔	EMB
Behandler og pasient har ulik oppfatning av hva som er problemet. (spill el fam)	↔	Hva plager pasienten?
Tror på at det hjelper å snakke – jo mer snakk, jo bedre Snakk!	↔	Begrenser problemhistorien og tar et problem av gangen. STOPP!
Symptom/endringsfokus	↔	Nysgjerrig på pasientens bakgrunn
Fokuserer lite på somatiske lidelser	↔	Avklaring av somatiske lidelser
Ikke/lite fokus på identitet og integrering	↔	Mer fokus på og forståelse av identitet og integreringens betydning.
Praktiske oppgaver har ingen plass i terapi	↔	Praktiske oppgaver er et kriterium for å kunne komme videre i behandlingen
Henviser til sosialkontoret	↔	Pasientens advokat/hjelper
Symptombfokus (Henvisningsgrunn)	↔	Sosioøkonomi og traume en del av konflikten

# Observerte forskjeller mellom behandlere.

ENB	VS	EMB
Individuell skam	↔	Kollektiv og sosial skam.
Hjelpeløshet = skuespill	↔	En reel hjelpeløshet
Spør lite om hverdagsdiskriminering.	↔	Ser avmaktfølelsen hos pasienten som et resultat av diskriminering.
Redd for å trække feil	↔	Bedre kunnskap om hva som er og ikke er tabu
"Norsk"	↔	"Minoritet"
Er det mulig å oppnå allianse	↔	Stiller ikke alliansespørsmålet.
Skjema første time.	↔	Relasjonsbygging først (allianse)



# Spesifikke utfordringer

- Sykdomsforståelse
  - Tolkning av atferd og symptomer
  - Psykiske symptomer presentert som kroppslig ubehag
  - Etnosentrisme
  - Somatisering
  - Begreper og mangel på dem
  - Dualisme vs homogen forståelse (Besettelse og ånder)
- Kommunikasjon
  - Sender → mottager
  - Tolk
    - Tilhørighet / taushetsplikt
    - Oversettelsesproblematikk
    - Relasjon
    - Tid, økonomi
- Det sosiale liv
  - Familie (hva føler du?)
  - Isolasjon/ensomhet
  - Skam (kollektiv vs individuell)
- Religion
  - Ånder
  - *Før og etter*
- Økonomiske systemer/tanker
  - Hawala (23% av inntekter i Somalia)
  - *Zakah -Tredje søyle* (plikt å hjelpe andre)
  - Slektskapssystemer
- Identitet
  - Ren identitet
  - Bindestreksidentitet
  - Kreolsk identitet
  - Bevisstgjøring av historie identitet
    - Maoriene

# Behandling av minoriteter

- Første time
  - Avklar behov for tolk (evt. før første time)
  - Fokuser på relasjonen
  - Bli kjent, men stopp monologen, spør om ”egentlige” navn
  - Lage trygge rammer
  - Snakk om taushetsplikt
  - Unngå problemfokus
  - Ikke standardiserte kartlegginger
  - Si litt om hvordan du jobber; hva som skal skje

# Behandling av minoriteter

- Første time
  - Kartlegg forventninger (hvor de kommer fra, har noen fortalt, osv)
  - Opplevelser av diskriminering
  - Kartlegg identitet og bakgrunn (språk, sosialt nettverk, utdanning, arbeid, økonomisk situasjon, tilhørighet)
  - La dem være en autoritet innen eget felt.
  - Viktig å bruke tid med å bli kjent
  - Fortell og avtal hva som skal skje neste time og viktigheten av å møte selv om man ikke har problemer "den dagen".
  - Ny time tett opp til den første. Avklar bruk av sms eller tlf

# Behandling av minoriteter

- Andre time osv
  - Symptomtrykklister
  - Forhandlinger/diskusjoner om hva som skal gripes fatt i på hvilket tidspunkt
  - Pasientens advokat, sosialarbeider og terapeut
  - Individuell plan?
  - Praktiske råd som begrenser symptomene
  - Hva skal vi jobbe med neste gang jfr symptomtrykklister
  - Kom selv om ting er bedre (Single session terapi)
  - Påminnelse av taushetsplikt

# Refleksjonsspørsmål

- *Spørsmål 1*
  - Er det noe spesielt som opptar deg i behandlingen av etniske minoriteter? Hvorfor?
- *Spørsmål 2*
  - Tenk tilbake på samtalen du hadde med en etnisk minoritet hvor det gikk bra, og en hvor det ikke gikk bra. Hva tror du er årsaken til at det gikk forskjellig?
- *Spørsmål 3*
  - Føler du at klienter med etnisk minoritetsbakgrunn har behov for spesiell behandling?
- *Spørsmål 4*
  - Hva føler du er den største utfordringen i samtalen med mennesker av etnisk minoritetsbakgrunn?
- *Spørsmål 5*
  - Hvilke forventninger mener du mennesker med etnisk minoritetsbakgrunn har til samtalen? Hvilke forventninger har du? Skiller dette seg fra samtalen med etnisk norske?

# Refleksjonsspørsmål

- *Spørsmål 6*
  - Føler du at ditt budskap til klienten er uavhengig av etnisk identitet?
- *Spørsmål 7*
  - Er det enkelte problemer som er oftere er tilfelle hos minoritetsgrupper enn norske?
- *Spørsmål 8*
  - Berøres tema som familie, religion og skam i samtale med minoriteter?
- *Spørsmål 9*
  - Har de en forståelse av situasjonen, eller forklarer de situasjonen annerledes?