

Den opiatavhengiges streben etter uavhengighet

Fredrik D. Moe¹

Sammendrag

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) bygger på den biopsykososiale modellen (Helsedirektoratet, 2010). Samtidig består behandlingstilbudet innenfor LAR først og fremst av medikamentell behandling. På den måten blir psykologiske aspekter redusert til fordel for et biologisk perspektiv. Forfatteren argumenterer for at fraværet av psykologiske perspektiver utgjør et kunnskapshull i vår forståelse av LAR-pasienten. Formålet med artikkelen er å belyse psykologiske aspekter hos denne pasientgruppen. Det utføres ved å redegjøre for og drøfte teori innenfor psykoanalyse, Lacaniansk psykoanalyse, psykodynamiske retninger og eksistensfilosofi. Praktiske implikasjoner og hvordan kunnskapshullet kan tettes vil bli belyst.

Introduksjon

Rusmiddelavhengighet forstås stort sett innenfor en biopsykososial sykdomsmodell, som fremhever at årsakene til utvikling av rusmiddelavhengighet er massefaseterte. Det vil si at et individ som utvikler rusmiddelavhengighet vil kunne være påvirket av biologiske aspekter, som for eksempel temperament eller genetisk predisposisjon, psykologiske faktorer, som for eksempel lav

1. Fredrik D.Moe, psykologspesialist og filosof. Arbeider som doktorgradsstipendiat ved Universitetet i Stavanger, det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for sosialfag. Mail: fredrik.d.moe@uis.no. Adresse: Kjell Arholmsgate 41.

mestringstro eller svak affektregulering, og sosiale bestanddeler, som for eksempel familiedynamikk eller lav sosioøkonomisk status. I Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av opioidavhengighet (Helsedirektoratet, 2010) fremheves det at rusmiddelavhengighet forstås som en biopsykososial lidelse. Medikamentet, enten det er Metadon eller Buprenorfin,² skal da behandle det fysiologiske (og biologiske) aspektet ved ruslidelsen. Det kan stilles spørsmål ved om substitusjonsbehandling, og spesielt LAR, fører til en medikalisert forståelse av rusmiddelavhengighet. Det kan føre til at individet blir fanget i en lidelseskonsepsjon hvor individuelle og biologiske årsaksammenhenger forstås som grunnlag for deres rusmiddelavhengighet og er noe som skal behandles av helsevesenet. En slik forståelse vil kunne lede til en nedprioritering av det psykososiale. Ved å betrakte lidelsen som et medisinsk problem står en i fare for å devaluere behandlingseffekten av psykologiske og sosiale virkemidler. Dermed omhandler det ikke å bli «frisk», eller symptomfri, men om vedlikehold og opprettholdelse av avhengigheten gjennom medikamentell behandling. LAR blir på den måten en aktiv vedlikeholdelse av ens rusmiddelavhengighet.³

Kan det være at heroin, eller opioider, fyller et behov eller begjær for relasjonell kontakt som ikke finner sted og kanskje aldri har funnet sted? Det fremstår som at rusmidler generelt anvendes for å oppnå en endring av ens bevissthetstilstand og fremprovosere noe som ikke er tilstede. Ved rusmiddelavhengighet er det muligens slik at rusmiddelet setter noe på plass eller fyller et psykologisk tomrom, for et øyeblikk. Selv om teksten hovedsakelig omfatter heroinavhengighet kan det tenkes at andre rusmidler fungerer på lignende måter. Hos LAR-pasienter er det formodentlig slik at heroin fungerer som det gode, en substans som gir en opplevelse av å være elsket som den du er. Det kan være at det er en sammenheng mellom maternal atferd og effekten heroin gir opiatavhengige (Panksepp, 2004); at det er en sterk tilknytning mellom kjærlighet, sosiale bånd og heroin. Eksempelvis er det en sammenheng mellom redusert separasjonsangst og stimulering av hjernens opioidsystem (Panksepp, 2004). Det kan tolkes dit hen at det er en sammenheng mellom følelsen barnet oppnår gjennom tilknytning til mor, og rusen heroin gir. Dog kan det fremstå som at den maternale opplevelsen for heroinisten imploderer.

2. Det finnes andre medikamenter som kan anvendes, som f. eks Dolcontin, men jeg velger å nevne kun de vanligste medikamentene.

3. For utenom nedtrapping.

Den rusinduserte opplevelsen sprenger seg innover i heroinistens følelsesliv. Rusen skaper intet, men stimulerer et utømmelig begjær.

Sosiale relasjoner kan gi trygghet og nærhet, og på den måten bidra til at en evner å håndtere sine egne følelser. Rusmisbruk gir ikke samme muligheter for utvikling. En kan ikke lære selvivaretagelse fra heroin. Den avhengige trenger stadig nytt påfyll av rusmiddelet for å kunne ivareta seg selv. Rusopplevelsen etterligner sosial nærhet og trygghet, men kan aldri erstatte eller reparere relasjonelle erfaringer. Fordi opiatet aldri kan reparere et relasjonelt savn, økes gradvis trykket i heroinistens tomme følelsesliv, som til slutt går i stykker.

Heroin ser ut til å gi en opplevelse av sosial nærhet og trygghet som overgår hva som er mulig i enhver menneskelig relasjon. Når en har opplevd denne totale nærheten og tryggheten kan det bli vanskelig å søke tilbake til menneskelige relasjoner. Panksepp (2004) har skissert likheter mellom opiatavhengighet og sosial avhengighet. Han indikerer at vedkommende er like avhengig av den sosiale relasjonen som hun er av rusmiddelet, at substansoleranse har likhetstrekk med fremmedfølelse, og at abstinenssymptomer har likhetstrekk med separasjonsangst. Panksepp hevder videre at psykisk smerte av rusmiddelavhengighet minner om ensomhet, lakrimasjon og gråt, anoreksi og tap av appetitt, motløshet og depresjon, insomnia og søvnløshet, og aggresjon og irritabilitet. Videre polemiserer Panksepp (2004) at noe av årsaken til at mennesker fortsetter å bruke opiatpreparater er den gratifiserende effekten en oppnår, som en vanligvis får gjennom gode sosiale relasjoner. Den opiatavhengige kan indusere de positive følelsene av tilhørighet og nærhet til andre ved hjelp av opioider, følelser som en kan oppnå gjennom sosiale interaksjon. I romanen *Om våren* av Karl Ove Knausgård (2017) beskriver han den komplekse interaksjonen og relasjonen som foregår mellom mor, far, bror og barn, de sosiale båndene, kjærligheten, alt som var og ikke var. Et sitat som er verdt å inkludere, fordi det er relevant for artikkelens tematikk, er følgende: «Noen fortalte meg en gang at heroin var så fantastisk fordi de følelsene det vekket, var i slekt med dem vi har som barn, når alt blir tatt hånd om, den totale tryggheten vi lever i da, som er så grunnleggende god. Alle som har hatt rusen, vil ha den igjen, for de vet at den finnes og er mulig» (s. 8). Sitatet er passende til Panksepp (2004) nevnt ovenfor og sammen formidler de to perspektivene noe om opiatets, kanskje mer bestemt heroinets, potensiale for å føre til opiatavhengighet, vanskeligheten med å slutte og kanskje hvorfor en bevisst eller ubevisst velger å begynne i LAR-behandling – det er jo nesten som å få i pose og sekk.

En kan undres over om utdeling av LAR-medisiner, henteordning og LAR-

regimet igangsetter noen infantile prosesser i pasienten. Spesielt når pasienten ikke lenger får det gratifiserende utbytte som en har fått gjennom heroin, fordi helsepersonell administrerer medisinen. At pasienten ikke kan administrere opioider selv kan igangsette infantile mekanismer ettersom det innebærer et kontrolltap og en frihetsberøvelse, og dermed kan føre til økt frustrasjon, usikkerhet og angst. Videre er det slik at behandlingsregimet bygger på en underliggende antagelse om at LAR-medikamentet er nødvendig for individets liv og at vedkommende trenger medisinen for å overleve. Det kan være tilfellet i enkelte omstendigheter hvor personen ruser seg ukritisk. Forklaringsmodellen lider imidlertid av en etiologisk feiltakelse, da den impliserer at medisinen tilfører kroppen noe den trenger, eller må ha, for å kunne overleve, slik som ved tilførsel av insulin ved Diabetes type 1. Selv om medisinen tilføres for å unngå abstinenssymptomer og redusere sannsynligheten for overdose, er det slik at sistnevnte punkt ikke fører til overdose ved at individet ikke får medisin, men kun om vedkommende administrerer opioider på uforsvarlige måter.

Selv om spørsmålet om LAR-behandling er komplekst og vanskelig å besvare i en avgrenset artikkel, er det fordelaktig å reflektere rundt mulige *hvor* *dan* og *hvorfor* hos den opiatavhengige. Hva er det som gjør at noen mennesker finner tilflukt i rusmidler? Hvilken rolle har bestemte rusmidler for individet? Er det mulighet for at mennesker med en ruslidelse anvender rus for å fylle et tomrom, fortrenge vanskelige minner, for å håndtere dysregulerte emosjoner, eller er det for å holde abstinenssymptomer i sjakk? En kan undre seg over om noen LAR-pasienter, som er fullstendig rehabilitert og ikke greier å trappe seg ut av LAR, dypest sett er redde for tilbakefall. Hva er det med opioider som gjør det så altoppslukende og panegyrisk at mennesket neglisjerer sin livsførsel og omverden, og heller gir seg hen til en symbiotisk tilstand av komplett sammensmeltning med et demonisk kjærlighetsobjekt?

ICD-10 sin forfektelse av rusmiddelavhengighet

I ICD-10 (1999) beskrives følgende symptomkriterier for å innfri en rusmiddelavhengighetsdiagnose: a) sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen; b) problemer med å kontrollere substansbruken; c) fysiologisk abstinensstilstand når en stopper å bruke stoffet eller reduserer dets mengde; d) toleranseutvikling, slik at økning i dose er nødvendig for å oppnå samme effekten som lavere doser gav tidligere; e) økende likegyldighet overfor andre gleder og interesser, som skyldes stoffbruk, hvor mesteparten av ens tid anvendes på å skaffe stoff, bruke stoff og gjenoppnå likevekt etter stoffbruk; og

Den opiatavhengiges streben etter uavhengighet

f) fortsetter stoffbruk selv om det er åpenbare tegn til alvorlige konsekvenser. I ICD-10 (1999) nevnes det at avhengighet involverer fysiologiske, atferdsmessige og kognitive aspekter.

I den forstand vil LAR-medisinen være et terapeutisk tiltak for å behandle fysiologiske aspekter ved opioidavhengighet. Fra symptombeskrivelsene fremkommer det ikke noen etiologisk redegjørelse av hvordan lidelsen oppstår for pasienten. Hva som ligger til grunn for at individet har en sterk tvang eller følelse for å innta substansen sies det ikke noe om. Det er her psykologiske teorier er fruktbare.

Ulike teoretiske forståelser av rusmiddelavhengighet

Under det faglige årsmøtet til Norsk Forening for Avhengighetspsykologi (NFAP) i 2018, presenterte Robert West et innlegg vedrørende forståelse av begrepet avhengighet.⁴ West formidlet at det foreligger en begrepsforvirring angående avhengighetskonseptet og en myriade av teoretiske modeller og tilnærminger som ikke refererer til hverandre. West, Christmas, Hastings, and Michie (2018) forsøker å redegjøre for og foreslå en mulig løsning. Hva som er relevant for denne artikkelen er oppsummeringen av de ulike modellene og perspektivene som finnes på avhengighet, og hvordan de kan relateres og anvendes på LAR-pasienter. West et al. (2018) nevner følgende modeller:

1. Kost/nytte analyse, hvor individet foretar en vurdering av fordeler og ulemper ved å bruke substansen(e).
 2. Insentiv sensitivering, hvor den inntatte substansen fører til sensitivering i nettverk i hjernen som fører til økende «wanting» ved cues til substansen uavhengig av effekten av «liking.» Når en inntar substansen vil det føre til økt lyst og mengde av substansen selv om effekten av substansen, «liking», reduseres.
 3. Belønningssøking, som henviser til at vedkommende har lært at inntak av substansen gir positive følelser og derfor fortsetter å bruke substansen.
 4. Tilknytning, som refererer til at personen blir emosjonelt tilknyttet til substansen fordi det har vært en pålitelig kilde for trygghet og gratifikasjon.
4. Han var også så vennlig at han delte ut et bokkapitel vedrørende temaet han foreleste om, via mail etter foredraget.

5. Driftsreduksjon omhandler at personer som inntar substanser gjentatte ganger utvikler et behov, et sug, som erfares ved fravær av substansen.
6. Unngåelse av ubehag henviser til at mennesker som bruker gitte substanser lærer at det reduserer og letter eller lindrer mentalt og fysisk ubehag forårsaket av psykiske vansker, livssituasjon og/eller abstinenssymptomer.
7. Sosial påvirkning omhandler at kultur, familie og venner påvirker ens mottakelighet for å innta rusmidler.
8. Manglende kontroll henviser til at avhengighetsatferd utvikler seg og opprettholdes av predisposisjonelle faktorer som omfatter manglende impulskontroll.
9. Klassisk betinging refererer til at repetert paring av stimuli assosiert med effekten av avhengighetsatferd leder til at de stimuliene fremkaller forventninger til de effektene.
10. Operant betinging omhandler at avhengighetsatferd følges av sterke positive eller negative forsterkninger i nærværet av en bestemt stimulus, slik at den stimulusen (og flere stimuli) fremprovoserer en sterk impuls til å utføre atferden.

De nevnte modellen kan grupperes i flere undergrupper. Poenget med å vise til de ulike modellen og perspektivene er å demonstrere mangfoldet i avhengighet, og antyde at det er sannsynlig at flere modeller kan overlapp. Eksempelvis kan det være en overlapp mellom lært atferd, ens sosiale miljø, fysiologiske endringer i hjernen som følge av rusmiddelbruk og oppvekstvilkår, der de ulike delene sammen forklarer hvorfor et individ utvikler rusmiddelavhengighet. Denne artikkelen vil forfølge noen bestemte retninger, uten å implisere at andre teorier, modeller og perspektiver er irrelevante.

Psykoanalytisk forståelse av opiatavhengighet

Et psykoanalytisk blikk på LAR-pasienter vurderes fordelaktig ettersom det innenfor psykoanalysen finnes teorier om objektets⁵ nødvendighet for utvikling av den menneskelige psyken. Disse teoriene forfekter en grunnleggende antakelse om at mennesket fødes inn i verden med et behov for menneskelig kontakt. Dette kan betraktes som en av hovedprinsippene i objektrelasjons-

5. Objekt forstås her som et menneskelig subjekt.

Den opiatavhengiges streben etter uavhengighet

teori (Scharff, 1996). Perspektivet representerer en vending bort fra postulatet om at mennesket hovedsakelig er opptatt av å relatere seg til andre mennesker for å dempe eller redusere instinktive behov eller drifter. Barnets omsorgsgivere blir sentrale for dets utvikling av seg selv og psykisk helse. En grunnleggende antakelse for denne artikkelen er at opiatet fyller en moderlig og faderlig funksjon for personen som utvikler en opiatavhengighet. Imidlertid er det viktig å understreke at det ikke kun er *miljøet* som er avgjørende for om en utvikler opioidavhengighet, men sannsynligvis også ens intrapsyriske predisposisjoner, fylogenetiske og ontogenetiske forutsetninger. Hovedpoenget er at opiatet har en funksjon utover den biomedisinske forståelsen og at funksjonen er sentral for pasientens psyke.

Wurmser (1974) har skrevet om hvordan ulike rusmidler kan ha forskjellige funksjoner for personen, og hvordan dette henger sammen med intrapsyriske konflikter (Wurmser, 1987). Ut fra klinisk erfaring anslår han at det kun er 10% (den kompulsive rusbruker) som utvikler rusmiddelavhengighet, mens de resterende 90% er eksperimenterende eller rekreasjonelle. Livstidsprevalensen for å utvikle en avhengighetslidelse viser seg å være 14.6% (Kessler, Berglund, Demler, Merikangas, og Walters, 2005) og epidemiologiske studier indikerer at omtrent 7.4% av den amerikanske befolkningen tilfredsstiller kriteriene for en avhengighetslidelse («substance use disorder») innen det siste året (National Survey on Drug Use and Health, 2018). Tallene kan tolkes dit hen å underbygge Wurmser sine påstander om den kompulsive rusmisbrukeren.

Den kompulsive rusbrukeren anvender rusmidler for å håndtere symptomer som gjenspeiler underliggende problematikk. Wurmser (1974) skriver at den kompulsive rusbrukeren opplever at den rusinduserte tilstanden fører til lindring og lettelse. Når vedkommende er uten tilgang til sitt rusmiddel eller rusmidlene, fører det ofte til at andre symptomer dukker opp, som depresjon, suicidalitet, aggressivitet, m.m. Wurmser (1974) hevder at det vanskeligste med å behandle denne pasientgruppen er deres emosjonelle behov for å innta rusmiddelet og anvendelsen av destruktive mestringsstrategier. Han konkluderer med at han ikke har møtt en kompulsiv rusmiddelbruker som ikke har vært dypt emosjonelt forstyrret, og innenfor borderlinespekteret eller preget av psykotiske konflikter. Sistnevnte minner om Otto Kernbergs teori om personlighetsorganisering (Kernberg, 2004). Kernberg (2004) inndeler menneskets personlighet i tre kategorier; psykotisk, borderline og nevrotisk. Han hevder at psykopatologi er assosiert med graden av svekkelse i egokonstans, bruken av primitive forsvarsmekanismer og realitetstestende evne. En person lider av mer alvorlig psykopatologi jo lengre til høyre (fra nevrotisk til psyko-

tisk) vedkommende beveger seg. Når Wurmser (1974) hevder at de kompulsive rusmiddelbrukerne han har møtt er innenfor kategorien borderline eller psykotisk organisering betyr det at de har vansker med selv-andre forhold (identitets diffundering) og anvender primitive forsvarsmekanismer (som splitting, projektiv identifikasjon m.m). De som befinner seg i den psykotiske kategorien har i tillegg svekket realitetstestende evne. Kernberg hevder at ens *selv* består av gode og onde deler (Etchegoyen, 2018), som individet internaliserer i møte med sin(e) omsorgsgiver(e). Disse møtene danner grunnlaget for individets psykologiske organisering. Videre nevner Wurmser (1974) den psykologiske tvangen og suget rusmiddelbrukeren har etter å finne ekstern lindring av et internt begjær. Jacques Lacan hevder, i motsetning til objektrelasjonsteorien, at objektet (*objet petit a*)⁶ ikke er en representasjon av et faktisk ytre objekt eller instinkter, men et tapt objekt og objektet som forårsaker ens begjær (Parker, 2003; Lacan, 1991).

Christopher Bollas (2017) sin redegjørelse av *selvet som objekt* og Donald Winnicott (1971) sine elaboreringer av overgangsobjekter og overgangsfenomenener kan utdype nødvendigheten av et menneskelige objekt for individets psykologiske utvikling. Bollas (2017) hevder at mennesket danner en indre representasjon av mor og far og deres evne til å være et holdende miljø⁷ basert på tidligere samspill. Det Bollas (2017) forsøker å formidle er hvordan mennesket forholder seg til seg selv i nåtid, med de representasjonene det har av seg selv i sitt tidligere forhold til sin mor og far. Disse representasjonene påvirker hvordan individet bedriver intrasubjektivt selvsnakk og utviklingen av evnen til selvivaretagelse.

Selvet som objekt er en eksistensiell kategori for Bollas (2017); et kroppslig minne av vår tidligste eksistens i relasjon til andre og vårt miljø. Dette danner også potensialet for å hevde at mennesket kan ha tendenser for å gjenskape noe av dets infantile omgivelser senere i livet. Eksempelvis kan det være noe

6. *objet petit a* betraktes som et agalma og er ifølge Fink (1997) ansett som et algebraisk tegn som ikke (bør) oversettes. Jeg vil understreke for leseren at *objet petit a* var et begrep som var under stadig utvikling i Lacan sin karriere og at han har skrevet flere tusen sider om det, som enda ikke er oversatt, ifølge Fink (1997). Hovedhensikten med å introdusere begrepet er å illustrere noe av kompleksiteten med å behandle LAR-pasienter, ikke gi en komplett redegjørelse av *objet petit a*. For øvrig har Green (1966) påpekt at *objet petit a* sitt libidinøse aspekt unndrar seg psykoanalytisk strukturalisme og muligens er en utfordring for psykoanalysen generelt.

7. Min oversettelse av «holding environment».

som utspiller seg ved utdeling av LAR-medisin på LAR-poliklinikken eller gjennom overføringen i en psykoterapiprosess, ved at terapeuten blir en container⁸ for pasientens projeksjoner av infantile behov, deler av seg selv og hvordan de infantile behovene ble møtt i barndommen. Dette gjenspeiler hvordan ulike deler av individets selv ble containet i forskjellige holdende miljøer. I så fall kan terapeuten gi pasienten en korrigerende emosjonell erfaring, og bidra til at pasienten opplever noe nytt ved å verbalisere og symbolisere hva som skjer i terapirommet. Om alliansen er god nok mellom partene kan terapeuten fortolke det som skjer. Imidlertid vil slike intervensjoner være avhengig av pasientens alvorlighetsgrad av psykopatologi. Det kan hevdes at LAR-pasienter, og ruspasienter generelt, forsøker å regulere noe indre (et begjær) ved å innta noe ytre (et konkret materielt objekt). Det terapeutiske møtet omhandler ofte en fortolkning av dette begjæret⁹ hvor det er viktig at terapeuten er tro mot den terapeutiske intervensjonen (utforskning, fortolkning) og begrenser beroligelser og oppmuntring.

Winnicott (1971) teoretiserte om hvordan barnet håndterer objekter, som f. eks. sutteklut og smukk, i sine tidligste år og hvordan barnet bruker objektet for å berolige seg selv og utspille fantasier av positiv og destruktiv art. Overgangsfenomener betegner mellomrommet av erfaring av ens indre og ytre verden. Winnicott (1971) sine formuleringer gjør det mulig å tenke over hvordan mennesker anvender objekter for selvivaretagelse og hvordan den erfaringen kan internaliseres og kontinueres uten det representasjonelle objektet. Det foreligger et paradoks i spedbarnets skapelse av objektet, siden objektet allerede har funnet plass og ventet på å bli fylt med emosjonell energi. For at denne kapasiteten skal utvikles, at spedbarnet kan bruke objekter, må det vokse opp i et fasiliterende miljø (Winnicott, 1971). Hovedpoenget er at barnet må innse at objektet er utenfor dets selv og sine forsvarsmekanismer, for å kunne bruke og relatere seg til objektet. Det muliggjøres ved at objektet destrueres i spedbarnets ubevisste fantasi. Om objektet overlever danner det grunnlag for at spedbarnet kan interagere med objekter i verden. Om objektet overlever spedbar-

8. Et begrep som stammer fra Wilfred Bion og henviser til omsorgsgivers evne til å fordøye spedbarnets projeksjoner av beta-elementer som deretter skal formidles tilbake igjen til spedbarnet, ferdig fordøyd, som alfa-elementer (Bion, 1994).
9. Jeg velger å bruke begrepet begjær, fremfor behov, da begjær innebefatter en sterk trang til eller lengsel etter noe som ikke kan fylles, mens behov ikke innehar denne distinksjonen.

nets destruktivitet skaper det et indre rom for å kunne tåle seg selv. I LAR-behandling er man ofte utsatt for primitive forsvarsmekanismer som devaluering og splitting. Da er teorien til Winnicott (1971) nødvendig for å forstå hva pasienten utspiller i det terapeutiske møtet, at pasienten forsøker å destruere terapeuten og at det er viktig at terapeuten tåler det (overlever) slik at pasienten gradvis vil kunne utvikle et indre rom for å tåle seg selv.

Ifølge Winnicott (1971) er hvordan omsorgsgiver aktivt speiler spedbarnet avgjørende for hvordan spedbarnet ser seg selv og bidrar også til formeringen av en indre representasjon av seg selv. Dette er også viktig for Bollas (2017). Begge redegjør for hvordan det tidlige samspillet med omsorgsgivere blir en del av mennesket. Det er ikke utenkelig at opiatrus (og annen rus) forsøker å fylle et umøtt begjær, for eksempel etter å være elsket. På den måten blir opiatet et overgangsobjekt; et overgangsobjekt som er av destruktiv art og dermed bidrar til å begrense, heller enn å støtte, utviklingen. I hvilken grad terapeuten, behandleren, og omgivelsene rundt opiatbrukeren skaper et fasiliterende miljø vil være avgjørende for om opiatbrukeren kan bli rusfri.

Et annet begrep som kan være relevant for å forstå opiatets psykologiske rolle er narsissistiske omnipotente objektrelasjoner, utviklet av Herbert Rosenfeld (2003). Det sentrale med *narsissistiske omnipotente objektrelasjoner* handler om hvordan individet identifiserer seg med objektet. Via projeksjon eller introjeksjon smelter forholdet mellom subjekt og objekt sammen. Individet opplever da fullstendig kontroll over objektet og har vansker med å erkjenne separasjonen mellom subjekt og objekt. Opiatet er under personens kontroll og kan brukes som det ønsker. Opiatet gir individet akkurat det han ønsker slik at autentiske sosiale relasjoner med andre mennesker blir unødvendig. Fordi objektet er livløst fører det potensielt til mer sosial isolasjon samtidig som individets indre kapasitet for selvfølelse ikke vokser til, da det får alt det trenger via opiatet. Slik kan opiatet, og da også LAR-medikamentet, bli en anti-terapeutisk komponent i psykoterapi; noe som forhindrer og motvirker terapiprosessen.

Potik (2018) polemiserer for en kleiniansk forståelse av opiatavhengighet. Han sammenligner spedbarnets forsvarsmekanismer når det opplever angst, av å være forfulgt av en indre og ytre virkelighet, og den opiatavhengiges. Hos Klein er samspillet mellom barn og mor sentralt for hvordan barnet håndterer indre ubehag og aggressive impulser. Fordi barnets projeksjon av indre ubehag over i mor fører til en opplevelse av forfølgelse hos barnet, vekker det angst. Samtidig vekker det aggresjon mot forfølgelsesobjektet (Segal, 1989). Disse prosessene bidrar til at barnet splitter det eksterne objektet, eksempelvis

brystet, til et godt og et ondt objekt. Finnes det likhetstrekk mellom morsmelk fra brystet og heroin? Nærheten til morsmelk for spedbarnet representerer trygghet og kjærlighet, i likhet med heroin for brukeren. Samtidig vises en avhengighet til noe annet. Det kan gi opphav til misunnelse og aggressive impulser, så vel som omnipotent kontroll over objektet som besitter begjæret.

Klein (1946) argumenterer for en forståelse av projektiv identifikasjon som bestående av både narsissistiske objektrelasjoner og anankastiske mekanismer for å kontrollere objektet. Potik (2018) illustrerer hvordan disse mekanismene er tilstede hos den opiatavhengige. Når andre mennesker gir ham det han trenger eller ikke, da virker andre mennesker som delobjekter. De blir enten gode eller onde. Når pasienten opplever abstinenser sammenligner Potik (2018) det med spedbarnets opplevelse av desintegreert angst. Objektet, opiatet, blir gjenstand både for det som gir lettelse og lindring, men også forakt, frustrasjon, fysisk og psykisk smerte. Som spedbarnet som ikke får, men må ha, brystmelk når det vil ha det. Begge er kjærlighetsobjekter og muligens nødvendig for å eksistere for de involverte partene. Når den opiatavhengige opplever et indre angrep, som f. eks. ved abstinenser, å ikke få det han vil ha, vil han projisere sin skam, ydmykelse og skyld over til objektet for å forsøke å kontrollere det (Potik, 2018). Potik (2018) hevder også at misunnelse er en sentral side ved den opiatavhengige. Misunnelse er en aggressiv impuls der en vil ha nytelsesobjektet for seg selv. Det er ønsket om å tømme objektet for sin «kraft» slikt at ingen får det. Vedkommende vil forhindre at andre får det eller ødelegge det for andre. Potik (2018) sin anvendelse av Kleins tenkning gir teoretiske beskrivelser av praksis som kan være vanskelig å forstå uten dette rammeverket.

Psykodynamiske synsmåter av opiatavhengighet

Heinz Kohut sin teori om selvobjekter kan være nyttig for å forstå hvordan rusmidler kan få en funksjon som arkaiske selvobjekter (Kohut, 1971). Kohut (1971) betrakter selvobjekter i lys av narsissistisk patologi, hvor individet bruker andre mennesker, substanser eller ting som objekter for tilfredsstillelse av sitt selvbylde eller instinktive investeringer. Dermed vil utnyttelsen av andre som selvobjekter alltid være aggressiv (Vetlesen & Stänicke, 1999) og kimen til narsissistisk raseri. Det er mangel i relasjonen mellom spedbarn og mor som fører til psykopatologi, noe som skiller det fra Klein sitt perspektiv ovenfor, som er basert på intrapsyriske konflikter. Selvpsykologien er også en retning som forfekter at terapeutisk empati vil være nok, at terapeuten skal repa-

rere en «feil» i spedbarn-mor dyaden og således avpatologisere pasienten. Dette står i kontrast til Lacans antakelse om mennesket som grunnleggende mangelfullt, som drøftes nedenfor.

Hagman (1995) forfekter også en forståelse basert på selvpsykologi når han belyser pasienter i metadonbehandling. Han hevder at heroin blir brukt som et objekt for å reparere selvet, men blir et objekt som ikke fungerer. Metadon skal erstatte heroin og når pasienten er stabil på metadon kan han begynne å bruke andre deler av behandlingstilbudet. Hagman (1995) hevder at heroin er et arkaisk selvobjekt, mens metadon fremstår mer som et nyttig middel mot heroin. Metadonbehandling kan hjelpe den opiatavhengige ved å mildne fysiologiske og psykologiske symptomer (Hagman, 1995). I denne sammenheng kan både metadon og behandlere bli gode selvobjekter for LAR-pasienten.

Ovennevnte perspektiv på selvobjekter kan tolkes dit hen å hovedsakelig fokusere på hvordan opiatavhengighet er et resultat av vansker oppstått i separasjon-individuasjonsfasen som har medført vansker i affektregulering og håndtering av konflikter – fordi opiatavhengiges tidligste erfaringer med omsorgsgivere var preget av ambivalens har de ikke utviklet selv- og objektrepresentasjoner (Potik, 2018). Kaufman (1974) gjennomførte psykoanalytiske intervjuer med 23 opiatavhengige for å undersøke grad av psykopatologi og psykodynamikk. Han formidlet at han kun fant trender for opiatavhengige i lavere sosial klasse, og ikke generelle mønstre av familiedynamikk eller psykopatologi. Kaufman (1974) hevdet at opiatavhengige i lavere sosiale klasser beskrev lignende trekk når de beskrev mor og far, hvor enkelte av trekkene hos foreldrene var sadisme, aggressivt konkurrerende, fraværende, forførende, og kald. Funnene indikerer at noen opiatavhengige har hatt utfordringer i separasjon-individuasjonsfasen.

Philip Flores (2004) beskriver rusmiddelavhengighet som en tilknytningsforstyrrelse. Han beskriver hvordan den avhengige må slutte med rusmiddelet for å kunne frigjøre seg fra det, for så å kunne knytte seg til andre gode og utviklende selvobjekter. I forbindelse med substitusjonsbehandling er denne påstanden interessant. Det kan fremstå som at Hagman (1995) og Flores (2004) polemiserer lignende premisser, men har ulik konklusjon. Jeg forstår det slik at førstnevnte konkluderer med at substitusjonsbehandling er en god behandlingsform for opiatavhengige, mens sistnevnte konkluderer at pasienten må gi opp opiatet. Imidlertid kan det være at Flores (2004) refererer til heroin og ikke andre opiater i form av medikamenter, men dette er noe uklart. Likefullt kan det stilles spørsmål ved om en forståelse av objektet differensiert

som heroin og metadon går glipp av opiatets fundamentale betydning for individet. Om opiatet er en fantasi om fullstendig fullbyrdelse av det gode, vil substitusjonsmedikamenter fortsatt kunne inneha en slik betydning for individet, i ubevisst forstand. I alle fall om vi skal ta utgangspunkt i Lacans antakelse om at pasienten (ubevisst) ikke vil bli bedre, men kun lappes sammen slik at det kan fortsette sin vante gang (Fink, 2009).

Et Lacaniansk blikk på opiatavhengighet

Jacques Lacan har noen interessante og nyttige teoretiske iakttagelser angående individets begjær.¹⁰ Et viktig begrep er *objet petit a*, som henviser til årsaken for individets begjær og er det som gjør et objekt til noe fantastisk. Žižek (2006) hevder at det er to distinksjoner som er viktig for *objet petit a*: 1) når det er årsak for vårt begjær og 2) objektet for vårt begjær. Førstnevnte refererer til det trekket ved objektet som gjør at vi begjærer objektet. Sistnevnte refererer kun til det ønskelige objektet. *Objet petit a* er en gitt ting som ikke har noen substansiell konsistens, men som er tillagt subjektets begjær – det har ikke noe objekt, men en årsak (Fink, 2009). Det kan hevdes at opiatet kan forstås som objektet for den opiatavhengiges begjær. Da neglisjeres bakgrunnen for hva som ligger til grunn for at det er årsaken til vårt begjær. Dette er vesentlig ettersom *objet petit a* ikke kan mette individets begjær. Begrepet begjær kan forstås som det begjæret vi utvikler fra fødselen av i våre tidlige samspill med omsorgsgiverne våre. Begjæret vårt er ønsket om å være objektet for begjæret til den andre. Det innebærer at mennesket alltid er separert fra den *andre*, men likevel drives mot den *andre* for å være *den* det ønsker. Ifølge Lacan (2006) er begjæret vårt strukturert innenfor den symbolske orden, den store Andre, det symbolske rommet vi er født inn i. Den store Andre er da noe annet en den (lille) andre (Lacan, 1988) nevnt ovenfor. Den store Andre representerer blant annet språket vi bruker og regler (og normer) vi følger, mens den lille andre representerer egoet; mer bestemt bildet en selv har av egoet som er blitt speilet av den andre (omsorgsgiver). Egoet er da todelt, et bilde jeg har av meg selv og et av den andre. Begjæret konfronterer mennesket, ettersom vi aldri kan vite hva den andres begjær er. Følgelig er mitt eget begjær alltid gåtefullt. Subjektet forblir manglende, idet begjæret alltid har sin opprinnelse utenfor subjektet. Begjæret er også knyttet til menneskets kropp og

10. Min oversettelse av desire.

kroppslige opplevelser, noe som kan beskrives nærmere med begrepet *jouissance*. Det kan oversettes til nytelse, men i en slik forstand som overgår den allmenne forstanden av å nyte og kjenne glede fordi det også innebærer patos. Dermed er pasientens symptom både gjenstand for nytelse og smerte, slik LAR-pasienten fortsetter å bruke opiater (og andre rusmidler) på tross av destruktive konsekvenser.

Objet petit a minner individet om det som alltid allerede er tapt fra begynnelsen av og påminner personen om det tapte *jouissance*. Objet petit a oppstår i splittingen av subjektet i spedbarnets utvikling. Dermed omhandler det ikke subjekt-objekt relasjonen, men begjæret som oppstår mellom det splittede subjektet og objet petit a. I separasjonen mellom barn og omsorgsgiver oppstår objet petit a som noe som er til overs når enheten mellom barn og omsorgsgiver brytes ned (Fink, 1997). Fink (1997) beskriver at objet petit a er et spor etter symbolisering, og det som er igjen av mor-barn dyaden som subjektet henger seg fast i med sin fantasi, det spedbarnet tar med seg i separasjonen fra mor; begjæret og objet petit a oppstår muligens ved mors bryst når spedbarnet opplever mor som et separat objekt og ikke får tilfredsstilt sitt begjær. Begjæret kan ikke tilfredsstilles og søker sin egen kontinuitet i objet petit a, som ikke er et objekt, men årsaken for mitt begjær. Objektet er av sekundær interesse – noe som vil skille seg fra Sartre (2012) sitt syn på følelser, vist nedenfor. Heroin er objektet jeg begjærer, men det er ikke objektet som forårsaker begjæret.

Videre finnes det moderne Lacanianske analyser av rusmiddelavhengighet (Baldwin, Malone, & Svolos, 2011). Meyer (2011) påstår at forholdet mellom *jouissance* og den store Andre¹¹ er relevant for substitusjonsbehandling. Han referer til hvordan effekten av substansen vedkommende bruker, enten det er et medikament eller et rusmiddel, er tilknyttet personens effekt (*jouissance*) av stoffet. Stoffet som anvendes vil alltid foreligge i det symbolske registeret. Det symbolske registeret representerer bestemte livsbetingelser som mennesket er født inn i og påvirker derfor utviklingen av vår selvforståelse. Meyer (2011) impliserer at selv om heroin er byttet ut med et annet opiat, er ikke årsaken til avhengigheten borte. Hvordan individet skal forstå og håndtere sitt begjær er uadressert. Det fører muligens til at subjektets narrativ blir *substituert* til medikamentet. Objektet, opiatet, er fortsatt ansett som årsaken til problemet. Loose (2011) ser også rusmiddelavhengighet som en subjektspesifikk effekt og at de ikke er avhengig av rusmiddelet, men effekten de får. Det påstås at psykofar-

11. Min oversettelse av «the big Other».

maka er et forsøk på å løse menneskelige vansker utenfor det selv (Loose, 2011). Eksempelvis er substitusjonsbehandling et forsøk på å ta grep over *jouissance* og eksterne løsninger som har kommet ut av kontroll. Dette kan også sees i 12-trinns behandling, hvor avhengighet anses som en sykdom og noe individet er maktesløs overfor. Kuren består blant annet i at personen skal underkaste seg en høyere makt enn seg selv. I likhet med psykofarmaka kan modellen anses som et forsøk på å løse indre vansker med ytre løsninger. Et mål for behandlingen er å få subjektet i tale for dets *jouissance* og kroppslige opplevelse slik at det kan symboliseres eller bli psykisk prosessert; psykologiske symptomer er ikke psykisk prosessert og følgelig vises ofte bare kroppslige plager, noe som også kan være avgjørende for at medikamentelle behandlingsformer kommer til kort (Loose, 2011). Miller (2011) tilbyr et annet perspektiv enn den medisinske sykdomsbasert modellen på avhengighet. Det hevdes at sykdomsmodellen frarøver mennesket dets eksistensielle grunnvilkår, særegenhet, og i ytterste tilfelle dets meningsfullhet. Dette impliserer at substitusjonsbehandling opprettholder LAR-pasientens begjær til opiatet som gjør at personen ikke får symbolisert sitt tap; han kommer ikke i tale (Miller, 2011).

Eksistensfilosofiske betraktninger av opiatavhengighet

Vetlesen og Stänicke (1999) beskriver hvordan drifter, følelser og grunnvilkår ved å være menneske påvirker vår psykologiske utvikling. Det understrekes hvordan ethvert menneske er avhengig, sårbar, dødelig, opplever eksistensiell ensomhet og at relasjoner er skjøre. Videre at ethvert menneske er drevet innenfor disse grunnvilkårene (Vetlesen & Stänicke, 1999). Mennesket er kastet inn i en verden, uten å ha villet det selv, for å kaste seg ut mot betingelser som det ikke har valgt (Heidegger, 1996). Heidegger (1996) formulerer et begrep, *Stimmung*, som henspiller på at mennesket alltid allerede er stemt, i et humør, noe vi kan anvende for å forstå begrepet angst. En person som opplever angst *er* angst, og å være angst er noe fullstendig annet enn å ha angst, som fremstår som noe villet (Vetlesen & Stänicke, 1999). Dette skiller seg fra Sartre (2012) sitt synspunkt om følelser, som han betrakter som noe viljemesig og rasjonelt.

Vetlesen og Stänicke (1999) fremhever en distinksjon mellom følelsers kognitive og affektive dimensjon. Sartre (2012) beskriver førstnevnte, men ikke sistnevnte. Sistnevnte omhandler hvordan følelser kommer over individet og konstituerer noe ved å være menneske, og det at mennesket er stemt. Når det mest interessante vedrørende følelser angår dets intensjonalitet, at de

er rettet mot et objekt og kan evalueres og tolkes, forsvinner den affektive dimensjonen, at jeg føler og er følende (Vetlesen & Stänicke, 1999). Begrepet til Heidegger (1996) ovenfor viser også hvordan menneskets betraktning av verden ikke kun forekommer kognitivt. Dermed oppstår spørsmålet om hvordan vi kan forstå en følelse før dets kognitive dimensjon inntreffer. Først og fremst er ikke følelser noe valgt, det er noe vi er gitt i kraft av vår eksistens. En person føler noe som en bevegelse, det er noe som skjer, og ikke noe han observerer – at jeg kan forholde meg til følelser på en gitt måte er ikke det samme som å fortelle hva følelser er. Hovedpoenget er å fremheve følelsers grunnleggende aspekt ved menneskets væren uten å falle hen til situasjonisme. Det impliserer at det er situasjonen som avgjør følelsenes natur; på denne måten blir menneskets vurdering av situasjonen prekær og avgjørende for hva en følelse er og hvordan den skal håndteres.

Vi er avhengig av andre mennesker for trøst og glede, og det er noe spedbarnet erfarer fra fødselen av gjennom følelsens intensitet. Dermed kan det hevdes at det er relevant for mennesket å takle ambivalens i nære relasjoner ettersom en får både positive og negative erfaringer. Hvordan kan vi se dette i kontrast til perspektivene nevnt ovenfor? Eksempelvis gir det muligheten til å tenke noe om hvordan menneskets grunnvilkår, av å være avhengig av sine omsorgsgivere, at relasjoner er skjøre, at vi vil oppleve eksistensiell ensomhet og være sårbare, henger sammen med spedbarnets interaksjon og psykologiske utvikling i spill med sine omsorgspersoner. Videre kan det plassere opiatbruk i en relasjonell, eksistensiell, symbolsk og utviklingspsykologisk kontekst. Og at mennesket er drevet mot forståelse av seg selv i møte med den andre for å håndtere sine affekter. Aggresjon og destruksjon, så vel som kjærlighet og reparasjon, er alminnelige sider ved spedbarnets utvikling og mennesket som sådan, og ikke noe som kun er ved det kontekstuelle. Winnicott vektlegger hvordan destruksjon av objektet, i fantasi, har en skapende og kreativ funksjon når objektet overlever, og når spedbarnet opplever at objektet ikke gjengjelder dets angrep (Vetlesen & Stänicke, 1999). Dette fører til en anerkjennelse av objektet som separat fra subjektet, og destruktivitet og negative følelser. For Klein er overgangen fra paranoid-schizoid posisjon til den depressive posisjonen essensiell for spedbarnet. Det skjer ved å tåle ambivalens, kjenne på skyld over de aggressive impulsene overfor sitt kjærlighetsobjekt og ønske å reparere med objektet. Mor må tåle spedbarnets aggressivitet om det skal være mulig for spedbarnet å anerkjenne ytre realiteter (Vetlesen & Stänicke, 1999).

Hos Lacan, Winnicott, og Klein er aggresjon en elementær side ved mennesket og ikke et sekundært fenomen som hos Kohut, som en svikt ved ens

selvobjekter (Vetlesen & Stänicke, 1999). Dermed blir et rent intersubjektivt syn på menneskets psykologi mangelfullt. Imidlertid må det ikke glemmes at det finnes dårlige foreldre og faktisk svikt av ens selvobjekter. Eksistensfilosofi kan øke vår forståelse av LAR-pasienter fordi det belyser fundamentale sider ved menneskets liv som kommer forut språk og hendelser, men som forstås gjennom språk og erfaring. Det er også et forsøk på å inkludere en ontologisk forståelse av å være drevet fremfor en biologisk og instinktiv. Videre at noen sider ved menneskets liv ikke er valgt og dermed ikke kan velges bort. Basert på nevnte forståelser av opiatet fremstår opiatets virkning og funksjon som å unngå ens eksistensielle grunnvilkår. LAR-pasienten befinner seg således i et vakuum, i alle fall hvis han har sidemisbruk, for det å være tilknyttet opiatet innebærer at ens grunnvilkår ikke beveges men blir beveget.

Konklusjon

En ontologisk forståelse av LAR-pasienten bidrar til å tillegge dens symptomatologi en forståelseshorisont som kan gjøre det lettere for behandlere å begripe hva som står på spill og hva som utspiller seg. LAR-pasienten inntreier i en meningshorisont og ikke kun en biologisk sykdomsmodell eller medikalisert forståelse av rusmiddelavhengighet. Det fremstår som at den diagnostiske kategorien F11.22 implisitt betrakter opiatavhengighet som hovedsakelig en fysiologisk avhengighet og dermed hopper over eksistensfilosofiske og psykologiske betraktninger. Mennesket er drevet for å utspille noe overfor en annen og hvordan det møtes, påvirker og transformerer individet. Det understreker også hvor sentralt det sosiale er for LAR-pasienten som et menneske. For å være menneske er smertefullt. Det innebærer å vite at jeg aldri fullt ut vil bli forstått, at relasjoner vil svikte og at jeg er avhengig av andre mennesker hele livet.

Lacan sin forståelse av begjær, objet petit a og jouissance kan øke vår forståelse for opiatets altoppslukende kraft. Opiatet gir en opplevelse av at fullstendig tilfredsstillelse er mulig, noe som i følge Lacan er umulig. Klein forfekter at det foregår en splitting av objektet til noe som bare godt og ser dette som en del av det psykiske forsvaret som dominerer i den paranoide schizoide posisjonen. Bollas og Winnicott bidrar med sine teorier til en økt forståelse av hvordan opiatet kan bli et relasjonelt objekt. Hvilket intrasubjektivt selvsnakk bidrar opiatet til for LAR-pasienten og hvordan henger det sammen med selvutvikling? Winnicott belyser opiatets begrensninger som et overgangsobjekt.. Om vi forstår begjæret til LAR-pasienten innenfor denne teoretiske konteksten impliserer det at pasienten anvender opiatet for å oppnå en regressiv til-

stand tilbake til mors bryst. LAR-pasienten misforstår opiatet som faktisk objekt for dets begjær og går glipp av at det ikke er årsaken for det. Ved at opiatet fremkaller en jouissance så potent at det muligens er som å komme tilbake til den første spedbarnsperioden, medfører det at personen vil neglisjere andre aspekter av sitt liv. Med begrepet narsissistiske omnipotente objektrelasjoner kan vi si at LAR-pasienten har funnet et livløst og konkret objekt som det faktisk har fullstendig kontroll over. Det fører potensielt til mer regresjon idet individet kan fraskrive en hver ekte sosial relasjon og heller flykte inn i en illusorisk verden hvor han slipper unna eksistensielle grunnvilkår og vonde følelser. Om vi forstår det psykologiske begjæret slik, endres noe av tematikken rundt LAR-pasienten. Vi kommer i berøring med noe som stikker dypere enn dosejustering, sidemisbruk, henteordning og urinprøver. LAR-pasienten er fanget av sitt psykologiske begjær, som han tror omhandler opiatet og ikke det emosjonelle aspektet bak.

Hvorfor kommer ikke LAR-pasienten videre? Kanskje det omhandler at pasienten ubevisst tror at opiatet representerer både årsak og løsning og dermed ikke ser nødvendigheten av andre inngrep. Kanskje det involverer en redsel for å slippe menneskets grunnvilkår inn i livet og stå i eksistensiell ensomhet med sin mangelfullhet som aldri vil bli fylt av noen. Imidlertid kan det, dersom vi følger Klein, finnes håp i det å erkjenne hva en har manglet og ta innover seg ens aggressive sider eller sørge over det som har skjedd. Det innebærer å et steg ut av den paranoide schizoide posisjonens splittende karakter og fornektelse av livets ambivalens. Dette kan bli den viktigste terapeutiske oppgaven til terapeuten; å hjelpe pasienten til å sørge over det tapte og føle livets grunnvilkår. Den paranoide schizoide posisjonen kan tjene som eksempel på hva som skjer for noen LAR-pasienter som har sidemisbruk. Når behandlerne frustrerer pasienten og han ikke får det han ønsker, gir det opphav til narsissistisk raseri, til splitting og devaluering, og til proaktiv identifikasjon. Klein sitt begrep om misunnelse passer godt inn her, da LAR-pasienten kan bli fylt med destruktivt og narsissistisk raseri som vil sørge for å ødelegge like mye for andre som seg selv ved å overføre sine negative følelser til terapeuten. Om vi ikke teoretiserer slike nonverbale prosesser kan det føre til avmakt, håpløshet, og hat overfor LAR-pasienten. Det vil videre kunne føre til pseudoterapi, der terapeuten gir pasienten forsikringer og beroligelser, eksempelvis gjennom medisiner eller behandlingsgoder utenfor behandlingsrammene. Andre utfordringer kan være at et medikalisert fokus opprettholdes ved at vi prater om pasientens vansker innenfor en sykdomsdiskurs, og følgelig vil pasienten opprettholde sin tro på at hans vansker kan medisineres bort. Det

Den opiatavhengiges streben etter uavhengighet

fremstår som at det kan opprettholde pasientens fundamentale fantasi om at objektet finnes. Individet må hjelpes til å erkjenne tapet over det som aldri har vært, men som en ønsker skulle ha vært der.

Analytikerens, og behandlerens, oppgave er å fastholde og utholde mangler, ja det er menneskets oppgave i seg selv (Vetlesen & Stänicke, 1999). Det største feiltaket vi kan gjøre er å la LAR-pasienten tro at fullstendig tilfredsstillelse er mulig og noe en som menneske har krav på. Relasjonen er nødvendig, men ingen kur i seg selv. Terapeuten må hjelpe pasienten med å utvikle en evne til å tåle å stå i relasjonen, med alt det innebærer av fravær og mangler. Bare slik kan den opiatavhengige erkjenne og tolerere skillet mellom opiatet og objektet. Livet er mangelfullt, men ikke meningsløst. Å lære å etablere mening i livet og avdekke hvem en selv er, er kun mulig i relasjon til andre mennesker.

Referanser

- Baldwin, Y. G., Malone, K. R., & Svolos, T. (2011). *Lacan and addiction: An anthology*. London: Karnac Books.
- Bion, W. R. (1994). *Learning from experience*. USA: Jason Aronson, Incorporated.
- Bollas, C. (2017) *The self as object. The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. USA: Routledge.
- Etchegoyen, R. H. (2018). *The fundamentals of psychoanalytic technique*. Routledge.
- Fink, B. (1997). *The Lacanian subject: Between language and jouissance*. UK: Princeton University Press.
- Fink, B. (2009). *A clinical introduction to Lacanian psychoanalysis: Theory and technique*. USA: Harvard University Press.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Lanham, MD, US: Jason Aronson.
- Green, A. (1966). L.objet (a) de J. Lacan, sa logique et la théorie freudienne. *Cahiers pour l'analyse*, 3, 15-37.
- Hagman, G. (1995). *A psychoanalyst in methadonia*. *Journal of substance abuse treatment*, 12(3), 167-179. doi: 10.1016/0740-5472(95)00008-5
- Heidegger, M. (1996). *Being and time: A translation of Sein und Zeit*. USA: SUNY press.
- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet: Helsedirektoratet. Oslo.
- ICD-10. (1999). ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer: Oslo: universitetsforlaget.
- Kaufman, E. (1974). The psychodynamics of opiate dependence: A new look. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 1(3), 349-370.
- Kernberg, O. (2004). *Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship: New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders*. Yale University Press. USA.
- Klein, M. (1946). *Notes on some schizoid mechanisms*. *The International journal of psycho-analysis*, 27, 99.
- Knausgård, K. O. (2017). *Om våren*. Norge: Oktober.

- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: Univ. Press.
- Lacan, J. (1988). *The seminar of Jacques Lacan. Book 1, Freud's papers on technique 1953-1954*. J-A Miller (Ed). New York & London: Cambridge Univ. P.
- Lacan, J. (1998). *The Seminar of Jacques Lacan, Book XX: On Feminine Sexuality, the Limits of Love and Knowledge, 1972-1973*. Trans. Bruce Fink. New York: WW Norton & Company.
- Lacan, J. (1991). *The Ego in Freud's Theory and in the Technique of Psychoanalysis, 1954-1955 (Vol. 2)*. WW Norton & Company.
- Lacan, J. (2006). *Ecrits: The first complete edition in English*. New York & London: WW Norton & Company.
- Loose, R. (2011). *Modern symptoms and their effects as forms of administration: A challenge to the concept of dual diagnosis and to treatment*. *Lacan and addiction: An anthology*. (pp.1-39). Baldwin Y. G., Malone K., & Svols T (Eds). London: Karnac Books.
- Meyer, C. (2011). *Speech, language, and savoir in the Lacanian clinic of addiction*. *Lacan and Addiction*. (pp. 195-206). Baldwin Y. G., Malone K., & Svols T (Eds). London: Karnac Books.
- Miller, M. (2011). *Lost objects: repetition in Kierkegaard, Lacan, and the clinic*. *Lacan and addiction*. (pp. 163-177). Baldwin Y. G., Malone K., & Svols T (Eds). London: Karnac Books.
- Panksepp, J. (2004). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*: Oxford university press.
- Parker, I. (2003). *Jacques Lacan, barred psychologist*. *Theory & Psychology*, 13(1), 95-115.
- Potik, D. (2018). *Kleinian Conceptualization of Heroin Addiction, Part 1: The Paranoid-Schizoid Position*. *Clinical Social Work Journal*, 46(1), 34-41. doi: 10.1007/s10615-016-0609-y
- Rosenfeld, H. (2003). *Impasse and interpretation: Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients*. London: Routledge.
- Sartre, J.-P. (2012). *Being and nothingness*. USA: Open Road Media.
- Scharff, D. E. (1996). *Object relations theory and practice: An introduction*. Oxford: Rowman & Littlefield.
- Segal, H. (1989). *Klein*. London: Karnac Books.
- Vetlesen, A. J., & Stånicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse*. Oslo: Gyldendal.
- West, R., Christmas, S., Hastings, J., & Michie, S. (2018). *DEVELOPING GENERAL MODELS AND THEORIES OF ADDICTION*. *The Routledge Handbook of Philosophy and Science of Addiction*, 143.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. USA: Psychology Press.
- Wurmser, L. (1974). *Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22(4), 820-843. doi: 10.1177/000306517402200407
- Wurmser, L. (1987). *Flight from conscience: Experiences with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers: II. Dynamic and therapeutic conclusions from the experiences with psychoanalysis of drug users*. *Journal of substance abuse treatment*. 4(3-4), 169-179. doi:10.1016/S0740-5472(87)80011-9
- Žižek, S. (2006). *How to read Lacan*. London: Granta.

Abstract

In opioid maintenance therapy (OMT), psychological theorizing appears to be absent. The main focus seems to be on medical interventions to control this addiction, thus

leading to a reduction of psychological aspects in favor of biological perspectives. The objective of the present study is to illuminate the psychological aspects of patients in OMT. This will be done by discussing psychoanalytic theory, Lacanian psychoanalytic theory, psychodynamic theory, and existential philosophy. Practical implications and how this omission can be solved will be discussed.

Keywords: substance abuse, opiate, psychoanalysis, existential philosophy.