



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Terapeutiske utfordringer i møte med person med rus- og adferdsproblematikk

Janne Slagnes Aasestrand

Totalt antall sider inkludert forsiden: 27

Molde, 14 april 2010



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Terapeutiske utfordringer i møte med person med rus- og adferdsproblematikk

Tittel på engelsk: Therapeutic challenges in encounter with persons with drugs and behavioural problems

Forfatter(e): Janne Slagnes Aasestrand

Fagkode: VPH705

Studiepoeng: 9

Årstall: 2010

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 12.04.2010

Antall ord: 8559

Forord / Sammendrag

For at terapeuten skal kunne bidra til at pasienten får økt selvinnsett, og dermed bedre sine sosiale ferdigheter, bør terapeuten kjenne pasienten individuelt. Dersom pasienten får et tilpasset tilbud der terapeuten følger pasienten gjennom rus- og psykisk lidelse, vil dette føre til at både pasient og terapeut blir tryggere i terapiforeløpet. Det å lære pasienten å kjenne individuelt er like nødvendig for terapiforeløpet som det å skaffe seg en oversikt og forståelse for pasientens lidelser. Terapeuten får tilgang til mer informasjon enn man hadde hatt dersom man behandler rus- eller den psykiske lidelsen hver for seg. Når man kjenner pasienten er det lettere å oppdage endringer hos den enkelte pasient sinnstilstand, samt tilpasse behandlingen etter behovet pasienten har her og nå. Tverrfaglig samarbeid i team gir grunnlag for gjensidig trygghet og tillitt for framtidig terapi og veiledning av pasienten. Terapeuten kan lettere motivere og aktivisere nye mestringsstrategier hos pasienten, og pasienten føler seg tryggere til og utforske egen motivasjon, endringsstrategier, å gjøre seg bruk av konsekvenstenkning. Pasienten selv tar større del i eget behandlingsforeløp, og ansvarliggjøres i større grad av terapeuten både med tanke på endringsfokus når det gjelder både rusmisbruket og adferdsproblematikken. Pasienter med dobbeldiagnostikk er ekstra utsatt for endringer i dagliglivet. Som terapeut bør en være observante i forhold til signaler den enkelte pasient gir med tanke på endring i psykisk og fysisk adferd.

Innhold

INTRODUKSJON	2
Presentasjon av tema	2
Hensikten med oppgaven	2
Terapeutisk perspektiver på rus- og psykisk lidelse	4
Hvorfor dette er interessant	5
Kort presentasjon av caset	5
PROBLEMSTILLING	6
Delproblemstillinger	6
<i>Hvordan kan man terapeutisk identifisere problemområde?</i>	6
<i>Hvordan møte reaksjon hos pasienten ved terapeutisk framdrift?</i>	6
<i>Har relasjonen man har til pasienten innvirkning på den terapeutiske framdriften?</i>	7
<i>Kan man ansvarliggjøre pasienten i eget terapiforløp?</i>	7
<i>Hvordan motivere til å gjøre bruk av nye mestringsstrategier?</i>	8
<i>Kan man skape ny forforståelse hos pasienten for egen situasjon?</i>	8
TEORI	9
Kognitiv og dialektisk atferdsterapi	9
Andre sentrale momenter	11
Andre aspekter ved rusmisbruk og psykisk lidelse ved personlighetsavvik	12
EMPIRI	13
Kåre	13
DISKUSJON	14
Identifisering av problemområde	14
Terapeutisk framdrift	16
Sammenheng mellom relasjon og terapeutisk prosess	19
Ansvarliggjøring av pasienten i eget terapiløp	20
Pasientens motivasjon til å ta i bruk nye mestringsstrategier	21
KONKLUSJON	22
REFERANSER	23

INTRODUKSJON

Presentasjon av tema

I min praksis som sykepleier innen psykiatri og rusomsorgen, møter jeg mennesker med ulike diagnoser og lidelser. Psykisk sykdom og lidelse kan ramme alle aldersgrupper og opptre i alle sosiale lag. Rusmiddelmissbruk er en av risikofaktorene for utvikling av psykisk lidelse, samt noen har utviklet symptomer på psykiske forstyrrelser på grunn av rusmisbruk. Pasientgruppen med "dobbeldiagnosen" rus i tillegg til psykiatri blir stadig større, uavhengig av om man arbeider inne psykiatrien eller i rusinstitusjoner. Pasientenes historie inneholder ofte konfliktfylte forhold til familie, nettverk og samfunnet for øvrig. Møtet med denne pasientgruppen er ofte dramatisk og akutt. Pasientene gir uttrykk for at de ser framtiden som håpløs, da de ofte har sammensatte og kompliserte problemer som de ikke klarer å løse alene. Pasientene sier de opplever å ha mistet kontrollen over eget liv. I denne oppgaven ønsker jeg å belyse hvordan man som terapeut/hjelper kan bidra til at pasienten øyner et framtidig håp om å kunne ta kontroll over egen hverdag. Det har tidligere vært vanlig å behandle rusavhengighet og psykisk lidelse hver for seg, dette har vist seg å være lite hensiktsmessig. Tidligere ble rusmiddelmissbruk sett på som et moralsk problem der man kunne dømme rusmiddelmissbrukeren uten fast bopel til tvangsarbeid. Nå ser man på rusmiddelavhengighet som en sykdom, dermed fritar man den enkelte pasient ansvaret ved å ha utviklet en rusavhengighet, men pasienten fritas ikke fra å ansvarliggjøres for sitt rusmiddelmissbruk (Barth m.fl. 2002). I følge Berge og Repål (2009) er forskere begynt å forstå at kombinasjonen rus og psykisk lidelse har store negative følger for effekt av behandling begge veier, blant annet fordi rusmiddelbruk kan dempe eller forsterke symptomer pasienten har ved psykisk lidelse.

Hensikten med oppgaven

Tradisjonelt har pasienter med dobbeldiagnoser vært behandlet i ulike systemer, jeg vil i oppgaven forsøke å belyse at det er hensiktsmessig å behandle de to lidelsene samtidig. Rusmiddelmissbruk inngår i diagnosesystemet ICD-10 i kategoriene avhengighet og skadelig bruk, med skadelig menes fysisk og psykiske skadevirkninger. I diagnosesystemet DSM-IV inkluderer man også de sosiale skadevirkningene (Bratteteig m.fl. 2008). I psykisk helsevern er rus blitt et omfattende problem, Mueser (2003) sier det slik i Bratteteig m.fl. (2008): "Co-occurring disorders are the expectation, not the exception".

Dobbeldiagnose er ikke et unntak men noe man bør forvente. Hvordan man møter denne pasientgruppen er ofte avgjørende for hvordan samarbeidet med pasienten blir i framtiden. I denne oppgaven vil jeg se rusmiddelbruk som sosialt, fysisk og psykisk skadelig. Ved å gi pasientene en tverrfaglig spesialisert behandling, kan man tidlig komme i gang med adekvat behandling. Ved at man behandler ulike lettere og moderate ruslidelser samtidig med psykiske lidelser, og ikke holder dem avskilt slik det tidligere har vært tradisjon for, kan man lettere møte pasienter med dobbeldiagnostikk. Denne formen for behandling kan være hensiktsmessig med tanke på at mest mulig av behandlingen foregår ett sted, og at pasienten ikke blir henvist til den ene instansen etter den andre. Ved hjelp av metodisk samtalekunst og terapeutisk observasjonsevne, kommer man fram til ny for forståelse (Haugsgjerde m.fl. 2008). Pasientens egen opplevelse av lidelsen blir sentral i den terapeutiske sammenhengen. Ved at man møter pasienten ”helhetlig” gjennom å forsøke å forstå eller tolke skjulte meninger, kan man nærme seg en forståelse av hvordan det er å leve med psykisk lidelse med en tilleggs lidelse som rusavhengighet. Dette setter store krav til for forståelsen og erfaringer terapeuten har fra før (Dalland, 2000). Psykoterapi som behandling ser ut til å være avgjørende for et godt resultat, pasienten får mulighet til å se seg selv i et nytt perspektiv. Man gir pasienten en mulighet til å legge vonde ting bak seg gjennom å styrke selvbildet, og danne grunnlag for en ny framtid. Pasienten får en mulighet til å lære seg å håndtere sine psykiske og sosiale problemer samtidig som han arbeider med sitt rusproblem. Rusmidler har for mange vært en form for selvmedisinering, dette kan gjøre det lettere å forstå hvorfor behovet for og ruse seg er tilstede dersom man ikke får behandle det grunnleggende problemet (Bratteteig m.fl. 2008). Gjennom terapi kan man forsøke å øke pasientens evne til å forstå sin egen og andres rolle, samt gi pasienten en mulighet til og økt styring av egen adferd ut fra hvordan andre oppfatter pasienten. En reduksjon i evnen til å tilpasse seg og forståelse av hvordan egen adferd påvirke andre, gjør pasienten sårbar i sosialt fellesskap. Pasienten kan miste tillitten til andre samt troen på egne evner og ferdigheter, dersom man ikke registrerer de sosiale kodene raskt nok (Norvoll, 2007). Pasienter med dobbeldiagnoser er den mest utfordrende pasientgruppen både innenfor psykisk helsevern og rusbehandling, tilstanden er preget av omfattende funksjonssvikt, store sosiale problemer, gjentatte innleggelses og dårlige behandlingsprognoser (Bratteteig m.fl. 2008). Belastningen på samfunnet er stort og denne pasientgruppen trenger ofte omfattende og langvarige hjelpetiltak (Norvoll, 2007). Det er en økt forståelse i samfunnet at kombinasjonen rus og psykisk lidelse har store negative følger for effekt og foreløp av behandling. Det er vanskelig å skille primære og sekundære

rusmiddelproblem eller en psykisk lidelse, diagnostisering bør skje i perioder med fravær av rusmiddelbruk (Berge og Repål, 2009).

Terapeutisk perspektiver på rus- og psykisk lidelse

Dersom man har psykososiale problemer som gjør at man ikke mestrer egen livssituasjon i forhold til egne følelser eller relasjoner i forhold til andre, kan dette komme til uttrykk gjennom sosiale vansker som adferdsvansker og rus. Pasienten kan i tillegg ha emosjonelle vansker som depresjoner, selvmordstanker og angst. I følge Norvoll (2007) henger psykisk lidelse og psykisk helse sammen med sosiale og kulturelle forhold. Pasientene selv kan blant annet fortelle om ulike traumer som blant annet omsorgssvikt, overgrep og brutte relasjoner, mens andre kan ha hatt en forholdsvis trygg oppvekst med velfungerende omsorgspersoner der miljøet har spilt en avgjørende rolle. Man er avhengig av en viss sosial og kulturell kompetanse for å fungere i samfunnet. Rus er blant denne pasientgruppen er ganske vanlig for å kunne klare hverdagen og for å kunne møte de forventningene samfunnet har til dem (Bratteteig m.fl. 2008).

Terapeuten kan hjelpe pasienten til å forstå den sosiale koden og øve på denne, og dermed skape trygghet og tillitt til egen mestring som gir pasienten økt selvfølelse (Norvoll, 2007). Et av formålene med terapien vil være at pasienten får større selvinnsett, man kan terapeutisk ta for seg fortid, framtid og nåtid sammen med pasienten. I følge Haugsgjerde m.fl. (2008) kan man møte pasienter som føler seg krenket i forhold til tidligere møte med hjelpeapparatet, pasienten tolker terapeutens gode intensjoner på verst tenkelig måte. Terapeuten kan da stå i fare for å bli presset inn i en rolle som instrument for sosial kontroll. Terapeuten må i møte med psykisk lidelse bruke sin terapeutiske observasjonsevne og metodiske samtalekunst. I følge Borg og Topor (2007) er en god start på terapien at man sammen med pasienten kartlegger de problemer pasienten mener at han har, samt at man undersøker hvilke ressurser pasienten har brukt tidligere. I følge Barth m.fl (2002) er problematisk atferd ofte er en del av dagliglivets rutiner og utføres uten at man reflekterer over atferden selv. Terapeuten bør bestrebe seg på en helhetlig forståelse av hvordan pasienten opplever problemet, terapeuten følger pasienten i hans utforskning og forsøker å styre samtalen mot endring. Målet er ofte å øke pasientens egen deltagelse og involvering, terapeuten kan gjøre bruk av aktiv lytting til å følge pasienten.

”Katastrofer utgjør en samfunnsmessig risiko, som ofte inndeles i menneskelige og naturskapte katastrofer” (Borge, 2008:52). Sosialt og kulturell kompetanse er viktig for å

fungere sosialt, dette innebærer evnen til å omgås andre, ta kontakt og gi adekvat tilbakemelding på sosiale initiativ. Deltagelse i felles aktiviteter har positiv betydning for vennskap, deltagelse i fellesaktiviteter og sysselsetting er avgjørende for hvordan men blir mottatt i det sosiale fellesskapet. Manglende sosial integrasjon kan dermed knyttes til funksjonsnivået hos pasienten og samfunnets stigmatisering. Kombinasjonen mellom omgivelsenes reaksjoner og dårlig selvbilde kan ofte føre til uheldige samspill i følge Barham og Hayward (1995) i Nordvoll (2007). Dårlig samspill fører lett til at man tar moralsk avstand fra pasienten, dette gjør at pasienten står i fare for å havne i en sosial outsiderposisjon i forhold til resten av samfunnet (Hausgjerde m.fl. 2008).

Hvorfor dette er interessant

Ved å gjøre evalueringer og behandling av rusmisbruk og psykisk lidelse gjennom samme behandlingsteam får man integrert tiltakene, samt man får mer helhetlige tiltak som dekker alle behovene som pasienten har fra symptomer, bopel, økonomi, sysselsetting og fritid. Gjennom tverrfaglighet får man fram evidensbaserte tiltak basert på individuell, gruppe og motivasjonsfremmende behandling. I følge Kavanagh & Mueser (2007) i Berge og Repål (2009) er behandlingsresultatet atskillig bedre der man benytter utvidet kognitiv og atferdsbaserte prinsipper som integrer både ruslidelsen og psykisk lidelse. Eksempel på behandling kan være ulike former atferdsbaserte belønningsprogrammer og gruppeterapi samt ulike former for døgnbehandling. Kognitiv behandling av dobbeldiagnose er basert på samme prinsipper som ved integrert behandling, et trinnvis behandlingsforeløp som bygger på en stress-sårbarhetsmodell. I følge Bratteteig m.fl. (2008) finnes det fremdeles store utfordringer framover for behandling av pasienter med dobbeldiagnoser, ruskompetansen innen psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten må styrkes. Reorganisering og tverrfaglig spesialisert behandling gis utfordringer blant annet i form av konjunktursvingninger, mangelfull bo- og behandlingstilbud til pasientgruppen.

Kort presentasjon av caset

I oppgaven vil jeg ta for meg en ung mann (Kåre) med psykisk lidelse og avvikende adferd som lett kan oppfattes som problematiske trekk ved ham som menneske, dette gjelder spesielt rusmiddelavhengigheten og den følelsesmessige ustabiliteten (Hausgjerde m.fl. 2008). Kåre har hatt problemadferd fra tidlig alder, han er rusavhengig, og har vist klare antisosiale og kriminelle holdninger. Han har fra tidlig barndom vist svak evne til

problemløsning, dette regnes blant annet som en av de viktigste risikofaktorene når det gjelder utvikling av psykisk lidelse (Sæbønes og Andersland, 2005).

PROBLEMSTILLING

Hvordan kan terapeuten bidra til at Kåre får økt selvinnsett, og bedrer sine sosiale ferdigheter?

Delproblemstillinger

Hvordan kan man terapeutisk identifisere problemområde?

Kåres symptomer og personlighet er med på å danne et bilde over behandlingsbehovet Kåre har, og om hvor langt tidsperspektiv man ser for seg behandlingsforeløpet vil være. Hvordan terapeuten sammen med Kåre kartlegger tidligere opplevelse og erfaringer, vil være et sentralt spørsmål. Kåres evne til selv å identifisere negative tanker og følelser, samt hvilke mestringsstrategier han benyttet seg tidligere vil være av avgjørende betydning for den terapeutiske framdriften. Gjennom helhetlige vurderinger av Kåres problemer, hvordan en lidelse påvirker den andre samt kartlegging av Kåres psykososiale historie og symptomer vil terapeuten kunne identifisere problemområdene. Kåres motiver for å bruke rusmidler, egen innsikt i eget rusmønster og bruk, samt motivasjon til bli rusfri, har betydning for hvordan terapeuten bør gå fram i møte med Kåre med tanke på Kåres rusproblematikk (Berge og Repål, 2009).

Hvordan møte reaksjon hos pasienten ved terapeutisk framdrift?

Praktiske problemer som dukker opp hos pasienten kan når som helst aktivere pasientens positive antagelser om bruk av rusmidler. Terapeuten skal være empatisk og samtidig sette grenser og forhandle med pasienten om realistiske mål og prioriteringer. For at kognitiv terapi skal la seg gjennomføre må man i felleskap lage en konkret liste over problemer og mål så tidlig som mulig i terapiprosessen. En fellesforståelse og en god pasient-terapi-relasjon er grunnlaget for alt framtidig arbeid. Terapeuten vil forsøke å stimulere ønske om endring hos pasienten ved bruk av refleksjon, undervisning og åpne og lukkede spørsmål. Pasienten er selv ansvarlig for eget liv og skal behandles med respekt, empati og ubetinget positiv akseptering. Terapeuten må ikke framtvinge eller forsøke å overtale pasienten til endring, men være lyttende og prøve å utvikle en forståelse av pasientens mål. Man kan

benytte seg av en fordels – og ulempeanalyse for og utforske sammen med pasienten konsekvenser av rusmisbruket hans (Berge og Repål, 2009). Ved hjelp av kognitiv atferdsmodifikasjon gjør terapeuten forsøk på å kartlegge hvilke tankemekanismer som blir stimulert fra omgivelsene hos pasienten (Haugsgjerd m.fl. 2008).

Har relasjonen man har til pasienten innvirkning på den terapeutiske framdriften?

Relasjonen terapeuten har til Kåre kan virke å være avgjørende for at de tiltakene man setter inn virker positivt på bedringsprosessen. Ved hjelp av systemisk perspektiv på psykisk lidelse og gjennom Kåres tidligere handlingsmønster, kan terapeuten forsøke å tolke og forstå hvordan tidligere opplevelse framstår for Kåre. Dette kan ofte være den viktigste ingrediens en terapeut har til rådighet. Ved at terapeuten danner et kart over et vanskelig terreng kan inngi trygghet og håp om endring. Dersom terapeuten inntar en sirkulær forståelse leter man ikke etter årsaken til problemene, men setter sammen informasjonen man får til en mer sirkulær helhetlig forståelse for hvordan ting henger sammen. Karl Tomm (1985) hevder at om terapeuten blir mindre moralistisk dersom han blir i stand til å opprettholde en sirkulær forståelsesmåte (Haugsgjerd m.fl. 2009). Berge og Repål (2009) anbefaler at det er lav pasient-til-behandler-ratio og at behandlingens lengde ikke begrenses i tid men tilpasses den enkelte pasient. Makten bør være delt mellom terapeut og pasient, og terapeuten bør informere om de muligheter pasienten har og erkjenne de valg og ønsker pasienten har (Slettebø, 2003).

Kan man ansvarliggjøre pasienten i eget terapiforløp?

Dersom pasienten ikke selv er motivert til å søke behandling og ikke fyller kriteriene for innleggelse i psykiatrisk klinikk eller rus institusjon etter tvangsparagraf, kan pasienten sitte fast i et kronisk aktiv rusmiddelmissbruk. Pasienter med ulike personlighetsforstyrrelse som gjør det vanskelig å fungere ute i samfunnet, kan vanskelig behandles med medisiner. Behandlingen bør derfor ta sikte på å lære pasienten å få bedre kontroll over seg selv, forstå den sosiale konteksten, ta i bruk ulike mestringsstrategier, og forstå eget handlingsmønster (Bratteteig m.fl. 2008). Gjennom kognitiv terapi rettes behandlingen mot at Kåre skal tilnærme seg nye ferdigheter til å mestre rustrang, vurdere å identifisere selv risikosituasjoner og eventuelle tilbakefall. Kåre skal på sikt kunne nyttegjøre seg av ny innlærte forebyggende tiltak for takle sinnsstemninger som kan føre til rusmisbruk (Berge og Repål, 2009).

Hvordan motivere til å gjøre bruk av nye mestringsstrategier?

Hvordan terapeuten hjelper Kåre til en ny forforståelse for eget handlingsmønster, og derigjennom forsøker å skape nye mestring alternativer, er ofte avgjørende for pasientens framtidig sosiale ferdigheter. Hvilke metode man som terapeut velger er ikke viktig, men desto mer sentralt er det at terapeuten tror på den metoden man bruker, og at man kan avvike fra den opprinnelige metoden dersom det kommer pasienten til gode (Borg og Topor, 2007). I følge Barth m.fl. (2002) må pasienten være motivert og ha tillitt til egen evne til å endre atferd. Motivasjon hos pasienten gjør at tilbakeslag og vanskeligheter som dukker opp lettere lar seg stoppe, dette gjelder spesielt tanker og følelser som påvirker atferd. I følge Strauss m.fl. (1989) i Borg og Tupor (2007), viser han til betydningen av personens eget forhold til egen lidelse, og den enkeltes opplevelse av selv å kunne påvirke foreløpet. Individet selv forsøker å skape et meningsfylt forhold mellom problemet, egen livshistorie og identitet. Ulike mestringsstrategier som personen har utviklet for å mestre hverdagen, ligger som regel til grunn for atferden vedkommende viser. Integrerte gruppetiltak er spesielt tilrettelagt for problemer knyttet både til psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet, der kan man få aktiv behandling gjennom sosial ferdighetstrening samt forebygging av tilbakefall (Berge og Repål, 2009).

Kan man skape ny forforståelse hos pasienten for egen situasjon?

I følge Berge og Repål (2009) bør man som terapeut fokusere på å redusere de negative konsekvensene av rusmisbruket, en skadereduksjonsmodell framfor totalavholdenhet der abstinens ikke er et realistisk mål i behandlingen. Dersom pasienten ikke innrømmer rusmiddelbruk eller ønsker hjelp med rusproblemet, bør terapeuten vente med innhenting av informasjon om pasientens rusmiddelbruk, til man har tilrettelagt for en behandlingsallianse. En ikke moraliserende holdning hos terapeuten, samt god tilgang til egne følelser, kan gi terapeuten kunnskap om pasientens følelsetilstand direkte. Terapeuten prøver sammen med pasienten å bygge opp motivasjon for endringstiltak. Ved at terapeuten viser empati med pasienten kan pasienten føle at han blir forstått, samtidig er det viktig at terapeuten viser muligheten pasienten har til å gå videre. Rogers (1966) i Haugsgjerd m.fl. (2008) legger vekt på at det skal være samsvar mellom det terapeuten sier og det han gjør, at terapeuten gir uttrykk for egne følelser og tar imot andres. Terapeuten legger da til rette for en modningsprosess for pasienten gjennom en trygg og aksepterende atmosfære. Pasienten kan da utvikle motivasjon til å endre syn på egen atferd, og se

konsekvensene av atferden sin. De negative konsekvensene blir da lagt til grunn for endring, og fører til en selverkjennelse hos pasienten som leder til et ønske om endring (Barth m.fl. 2002).

TEORI

Noen av de psykoterapeutiske terapiformene har utspring i kognitiv adferdsterapi, dette gjelder kognitiv adferdsterapi, problem løsende terapi og interpersonlig psykoterapi. Det finnes to forskjellige grunnideer, den medisinske og den systematiske forståelsen. Den medisinske forståelsen tar for seg at sykdom ligger til grunn som årsaksforklaring, mens i den systemiske tenkningen er man opptatt av å prøve å forstå det mellommenneskelige samspillet. Som en del av det medisinske positivistiske synet har man utarbeidet diagnosesystemet ICD-10 som dekker både ulike rus- og psykisk lidelser (Haugsgjerde m.fl. 2008).

Kognitiv og dialektisk atferdsterapi

I følge Haugsgjerde m.fl. (2008) er utgangspunktet for den kognitive atferdsterapien at det er nær sammenheng mellom tanker, følelser og handling. Terapeuten skal forsøke å motivere pasienten til å endre sine tankemønstre (kognisjon) eller egen atferd. Ved at en arbeider bevisst med ulike tankemønstre pasienten har, vil dette ha positiv effekt på symptomer og den negative atferd hos pasienten. Den dialektiske atferdsterapien integrerer ulike teknikker fra kognitiv terapi og atferdsterapi. Gjennom individuell terapi, gruppeterapi, og ved hjelp av hjemmearbeid blir det fokusert på å redusere affektiv instabilitet, negativ atferd og terapihemmende atferd. Det vektlegges å forsterke konstruktiv og problem løsende atferd framfor negativ og problem skapende atferd. Ved hjelp av å øve på sosiale ferdigheter og alternative handlingsmønstre legges det stor vekt på å bedre ferdighetene hos den enkelte pasient, såkalt problem løsende terapi (Kåver m.fl. 2005). Det kognitive aspektet ved individuell terapi er at pasienten og terapeuten velger å arbeide med spesifikke problemer pasienten har med mellommenneskelige relasjoner. Ved hjelp av kognitiv terapi kan en analysere positive og negative sider ved atferdsendring som for ved eksempel rusbruk. Man kan skape refleksjon hos pasienten som gir grunnlag for endringer på kort og lang sikt, og identifisere såkalte ”tankefeller” hos pasienten. Ofte er det viktig at terapeuten bidrar til at modifisere og reformulere positive grunner til at

pasienten bruker rusmidler, en slik gjennomgang bidrar til å synliggjøre rusmiddelproblemene for pasienten (Berge og Repål, 2009).

Ved hjelp av kognitiv psykopatologimodell forstår vi at individet trenger å bearbeide informasjon på en adekvat måte for å overleve. Automatiske negative tanker oppstår når ufrivillige tanker og visuelle bilder strømmer inn i vår underbevissthet. Mennesket er ikke vant til å gi disse tankene oppmerksomhet, derfor aksepterer man dem som sannhet, slik oppstår feilfortolkninger når man misoppfatter eller forvrenger informasjon (Haugsgjerde m.fl. 2008). I følge Bratteteig m.fl (2008), finnes det solid dokumentasjon på at alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer bør behandles samtidig. En integrert behandling som bør ivaretas av samme behandler innenfor samme behandlingsteam.

Pasientene trenger en omfattende kartlegging av dobbeldiagnosen for å kunne avdekke hvordan disse påvirker hverandre og forverrer sykdomsbildet og framtidig prognose. En individuell plan kan ligge til grunn for en strukturert helhetlig behandling, som styres ut fra pasientens behandlingsbehov. I denne planen kan alt fra bolig, nettverk og miljø komme fram som egne tiltak, dermed kan man aktivt sette inn mottiltak i perioder der pasienten ikke er i stand til å møte opp til avtaler. Behandlingsplanen må inneholde konkrete planer både for pasientens behov ved psykisk lidelse og rusavhengighet, og inneholde skriftelige kriseplaner rettet mot tilbakefall hos pasienten både når det gjelder pasientens psykiske helse og rusmiddelavhengighet (Berge og Repål, 2009).

Ved hjelp av intersubjektiv prosesser i den endringsfokuserte rådgivningen ønsker terapeuten å utnytte den energien som finnes i ambivalens opplevelsen hos pasienten, og knytte den til sider hos pasienten som argumenterer for endring. Terapeuten kan i arbeid med ambivalente pasienter gjøre bruk av åpne reflekterende spørsmål. Ved refleksjon av underliggende mening og da særlig refleksjon av pasientens følelser, tar terapeuten sikte på å gjøre temaet det dreier seg om mer personlig for pasienten. Terapeuten bør akseptere ambivalent som en nødvendig og vanlig del av endringsprosessen (Barth m.fl. 2002). Å skape motivasjon hos pasienten for endring er ikke en forutsetning for å få behandling, men er et behandlingsmål i kognitiv terapi. Terapeuten bør ta seg god tid til å vurdere pasienten gjennom grundig utredning, da komorbiditet er vanlig (Skårderud et al., Statens helsetilsyn, 2000 i Berge og Repål, 2009).

Andre sentrale momenter

Mestring og mestringsstrategier: Lazarus og Folkman (1984) skiller mellom to varianter av mestring strategier; problemfokusering og emosjonelt fokuserte. Ved problemfokusering forsøker enn å påvirke omgivelsene, mens man ved en emosjonell mestringsstrategi forsøker å påvirke sin egen oppfatning av situasjonen. I følge Barth m.fl. (2002) vil opplevelsen av å nå sine mål og lykkes med mindre endringer, gi pasienten tro på at en kan lykkes. Liten tiltro til egen mestrings evne kan gjøre at man tviler på om en klarer å gjennomføre atferdsendringen. I følge Berge og Repål, (2009) bør ikke planen for forebygging og mestring være statisk, den bør kunne endres og tilpasses pasientens behov etter livssituasjon. Skal en slik plan kunne fungere og fulgt opp av pasienten, er det viktig at pasienten har vært med på utformet planen. Terapeut og pasient gjør tidlig registrering av varselsignaler, og i tråd med skiftende omstendigheter gjør oppdateringer i forhold til beredskaps- og kriseplan.

Pasienter med rus- og psykisk lidelse kan være lett krenkbare, dette kan være en av årsakene til man som terapeut ikke kommer videre i terapiforløpet. Finn Skårderud (2003) sine ord: ”*Fornærmelsen kan man riste av seg, ydmykelsen kan vi le av, men den krenkete er allerede blitt alvorlig skadet*”. Noen mennesker henger igjen i sin emosjonelle utvikling fordi man ikke fikk den bekreftelsen man trengte i barndommen. Dersom dette er tilfelle kan mennesket ta i bruk en rekke primitive psykologiske forsvarsmekanismer, for å prøve å oppnå tilfredsstillende og anerkjennelse i ungdom og voksen alder. Dette kan skje ved projeksjon av egne negative trekk over på andre for å bevare egenoppfatning av egen fortreffelighet. Personen fortrenger det såre kjerneselve og traumat til fordel for det falske selvet og grandiositeten. Dersom man utsetter disse personene for kritikk, oppfatter personen dette som en krenkelse av sitt eget grandiose selvbilde. Fundamentet for deres ødelagte selv, uløser et narsissistisk raseri, et raseri som blokkerer for enhver normal handling og logisk tanke. Det narsissistiske raseriet er primitivt og ofte ukontrollerbart, det utløser skam som knyttes til eget liv i motsetning til skyld som kan knyttes til gjerninger. I følge Skårderud (2003) ” Det er ikke en bit, men hele selvet som skades av skamfølelsen”. Ved at terapeuten viser en intersubjektiv forståelse samt forståelse for at pasienten har et ønske om anerkjennelse, føle seg forstått og delaktig i fellesskapet, skaper en ny forforståelse hos begge parter (Schlüter og Karterud, 2002).

I følge Travelbee (2005), er kommunikasjon en dynamisk kraft som kan brukes til å trekke andre mennesker nærmere eller til å støte dem bort. Relasjonen terapeuten har til pasienten virker å være avgjørende for at de tiltak man setter inn skal virke positivt på

bedringsprosessen. Ved å sette seg inn i situasjonen til pasienten og forsøke å forstå pasientens handlingsmønster, blir ofte en av de viktigste ingrediensene en terapeut har til rådighet. Ved at terapeuten danner et kart over et vanskelig terreng, kan gi trygghet og håp om framtidig endring. Hvilke metoder terapeuten velger er ikke viktig, men desto viktigere er det at terapeuten har tro på metoden man bruker samt kan endre metode dersom dette kommer pasienten til gode (Borg og Topor, 2007). I kognitiv terapi vektlegges det en god samarbeidsrelasjon mellom terapeut og pasient, for å få et godt behandlingsresultat avhenger dette av at pasienten arbeider med sine problemer utenom terapitimene. I forhold til pasienter med impulsiv atferd, får man en utfordring i forhold til å etablere en trygg relasjon. Manglende empati fra terapeutens side kan gjøre at pasienten trekker seg tilbake og overlater til terapeuten å finne samtaleemne, pasienten kan tvile på terapeutens kvalifikasjoner, det er viktig at man som terapeut fanger opp dette og ikke går i forsvarsposisjon (Berge og Repål, 2009).

I følge Barth m.fl. (2002) er det først når pasienten har bestemt seg for å gjøre endringer og ønsker råd fra andre at pasienten kan ta imot praktiske og konkrete råd. Før dette må terapeuten ofte fokusere på kartlegging, avklaring av ambivalens, beslutningstaking og utforske motivasjonen hos pasienten. Ved hjelp av empatisk innlevelse i pasientens situasjon og evne til å formidle empatien til pasienten kan dette virke støttende. Pasienten vil oppleve diskrepans i forhold til egen atferd og motivere til videre endring. I en endringsfokusert rådgivning etableres en empatisk, støttende atmosfære, der man fokuserer på diskrepans for å aktivisere motivasjon for endring. Anerkjennelse er grunnleggende for alle mennesker, vi ønsker alle å bli sett og forstått.

Andre aspekter ved rusmisbruk og psykisk lidelse ved personlighetsavvik

En undersøkelse av Moran m.fl. (2006) fant man en sammenheng mellom personlighetsforstyrrelse og rusmisbruk blant ungdom. Unge mennesker med personlighetsforstyrrelse har økt risiko for rusavhengighet. Men personlighetsforstyrrelse og rusmisbruk lot seg ikke forklare med økt sosial dysfunksjon eller psykisk lidelser. Undersøkelsen fant imidlertid en sammenheng mellom personlighetsforstyrrelse og økt grad av sosial dysfunksjon, og en klar sammenheng mellom cluster B personlighetsforstyrrelse og rusmisbruk. Resultatet av en undersøkelse gjort av Bjørnerud og Hjelmsæter (2008) underbygger dette da det viser en klar sammenheng mellom rusproblemer og vold mot partner i langvarige forhold. Undersøkelse viser at det er en klar

sammenheng mellom de som har et problematisk bruk av rusmidler utfører mer vold mot sine partnere enn de som ikke har et rus problem. Den viser også at alle typer rusmidler med unntak av beroligende medikamenter, ble forbundet med økt risiko for vold mot partneren. Både rusmisbruk og personlighetsforstyrrelser har økt volds risiko i følge ICD-10.

I to rapporter fra SINTEF i 2006 og 2007 vises det til at pasienter innen psykisk helsevern er for dårlig utredet med tanke på ruslidelse (Bratteteig m.fl. 2008). Årsaksforklaringer, symptomer og behandling er faktakunnskaper som sammen med naturvitenskapelige forklaringer bør ha kunnskaper om som terapeuter. Behandlerne bør møte pasientene med spørsmål og undring, snakke med pasientene om rus uten å moralisere. For pasientene er det en fordel at behandlingen av sammensatte lidelser foregår på et sted, og ikke blir henvist fra den ene parten til den andre. Lettere moderate rusproblem bør man kunne utrede og behandle innen psykisk helsevern, innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør en ha kompetanse til å ivareta og behandle pasienter med ulike moderate psykiske lidelser (Berge og Repål, 2009).

EMPIRI

Historien om Kåre er oppkonstruert, men er allikevel nokså typisk for mange av pasientene jeg møter i praksis innen rusomsorg og psykiatri. Jeg vil påpeke at tiltross for at mange kan passe inn i historien, bør man være klar over at mennesker med psykisk lidelse og rusmisbruk kan ha bruk for forskjellige hjelpetilbud.

Kåre

Kåre vokste opp i et hjem med mye uro rundt seg, sammen med to mindre søsken. Faren drakk og slo moren når han var ruset. Foreldrene skilte lag da Kåre var 10 år. Moren tok med seg barna og flyttet til en annen kant av landet, der hun forsøkte å skape en trygg tilværelse for seg selv og barna. Kåre var eldst og måtte ta mye av ansvaret i hjemmet, og mye av ansvaret for småsøsknene ble overlatt til ham etter skoletid. Kåre ble raskt et mobbeoffer da han snakket annerledes og ikke kunne delta på aktiviteter utenom skoletiden. Da Kåre var 12 år gammel fikk han første gang kjennskap til hasj der han gjennom rusen fikk en flukt fra virkeligheten. Kåre følte seg raskt som en av "gjengen" og gikk fra å være et mobbeoffer til å bli en mange fryktet. Ved hjelp av rusen følte Kåre seg fryktløs og fikk makt innad i gruppen. Kåre fikk fort kjennskap til hardere stoffer og likte

rusen og flukten fra hverdagen. Han begynte å utføre kriminelle handlinger for å finansiere rusmisbruket sitt. Miljøet han var havnet i var voldelig og han utviklet fort en aggressiv og voldelig adferd. Under et fengselsopphold etter en voldsepisode forsøkte han for første gang å bli rusfri, etter flere mislykkete forsøk gikk han inn i sin første depresjon. Depresjonen førte til at han ikke ønsket å leve lenger, han forsøkte for første gang å ta sitt eget liv ved hjelp av en overdose. Han ble innlagt på medisinsk avdeling og raskt overflyttet til psykiatrien, der han fikk sitt første møte med psykiatrisk avdeling. Kåre har etter dette hatt gjentatte innleggelser i psykiatrien der han har vært behandlet for depresjon og utredet for andre psykiske lidelser, men på grunn av hans rusmiddelavhengighet har det vært vanskelig å utrede ham i forhold til de psykiske lidelsene. Det er mistanke om at Kåre underrapporterer symptomer og at han har flere psykotiske episoder i perioder med mye rusmisbruk. Kåre selv forteller at han ruser seg for å glemme vonde minner fra barndom og oppvekst, han sier han har god grunn til og ruse seg da omgivelsene ikke forstår hva han sliter med. Kåre har i voksen alder ikke klart å etablere varige forhold til jenter, han har et samboerskap bak seg der han brukte mye tid på å kontrollere samboeren. Kåre sier han er redd for å bli forlatt og alene. Samboerforholdet ente tragisk der Kåres voldelige adferd skadet samboeren alvorlig, det er etter denne episoden vi kommer inn som terapeuter.

DISKUSJON

Identifisering av problemområde

Det blir viktig at vi som terapeut tar seg god tid til å kartlegge problemområde, samt sammen med Kåre får fram en fellesforståelse for hva som skal være målsettingen for terapien. Det første møte mellom pasient og terapeut inneholder angst og usikkerhet, det er et møte mellom to fremmede. Ved at terapeuten åpner opp og starter med et intervju av pasienten der man referer til hvorfor møtet finner sted, kan være en åpning inn til hvilke oppfatning Kåre selv har av egen situasjon (Rønnestad og von der Lippe, 2002). Ved kognitiv terapi er utgangspunktet at man ikke kan endre andre, bare oss selv gjennom endring av negative tankemønster. Det blir viktig å gjøre en grundig kartlegging og identifisere hvilke negative tankemønster og holdninger Kåre har. Terapeuten bør sammen med Kåre vurdere og utforske holdbarheten i det negative tankemønsteret og eventuelt endring av dem. Kåres oppvekst har dannet grunnlaget for hans leveregler, hvordan han oppfatter seg selv og andre er avgjørende for hans samhandling med andre. Kåre kan

overgeneralisere, ha svart/hvitt tenkning, tankelesning eller følelsesmessig resonnering, dermed feiltolker han eller forvrenger informasjon fra andre (Berge og Repål, 2009). Genetisk utrustning og miljø er med på å forsterke eller redusere atferd hos den enkelte. Som terapeut blir det viktig å være klar over at i behandling av personer med personlighetsforstyrrelse, har oppdaget at pasientene ofte har en mer global og fundamentale negative leveregler i oppfattelsen av seg selv og andre. Terapeuten bør her gå mer grundig til verks for å bygge opp nye og mer positive leveregler. Kognitiv terapi har her vist seg effektive og gitt lovende resultat ved alkohol- og stoffmisbruk (Kåver m.fl. 2005). Spørreteknikken som kjennetegner kognitiv terapi (sokratisk spørreteknikk) egner seg godt til og utforske og realitetsteste paranoide vrangforestillinger (Nilsen, von der Lippe, 1993). I følge Berge og Repål (2009) kan det være vanskelig å registrere og holde fast på tankeaktivitet fordi vi ikke er beviste hva vi tenker til enhver tid, ubeviste tanker kan være vanskelig for Kåre å sette ord på. Terapeuten bør lete etter å tilstrebe seg oversette tankene til ord, slik at en lettere kan reflektere over betydningen av ubevist tankemønster. Ved å benytte ABC modellen kan terapeuten kartlegge Kåres automatiske tanker, og identifisere avdekke leveregler. I følge Lazarus (2006) ligger det her både en primær og sekundær vurdering, Kåre opplever primært situasjonen som håpløs, etter en sekundær vurdering velger han mestringsstrategi og hvilken mestringsstrategi Kåre har benyttet seg av tidligere blir en viktig del av kartleggingen terapeuten bør foreta. Nedsatt kontroll er typisk for problem atferd i følge Barth m.fl. (2002), Kåre skammer seg over sin egen svakhet, og er fortvilet over sitt eget handlingsmønster. Som terapeut kan man ofte se at pasienten opplever en sterk dragning mot problem atferd som for eksempel rus, årsaken kan være de positive effektene Kåre opplever rusmidler gir umiddelbart på den mentale tilstanden. Problematferd fra tidlig alder, rus, antisosiale eller kriminelle holdninger samt svak evne til problemløsning, regnes som en av de viktigste risikofaktorene til psykososiale problemer (Sæbønes og Andersland, 2005). Motivasjon til endring vil være svingende da ambivalensen ofte er dominerende. Kåre har problemer med integrering i det sosiale fellesskapet, pasienter med psykisk lidelse eller atferdsproblemer blir ofte en "outsider" i vårt samfunn. Ensomheten blir derfor en stor utfordring for mange da man ikke er tilhørende i det sosiale fellesskapet på lik linje med andre. Et godt utviklet ettervern, samt utvikling av tilhørighet i et sosialt miljø, kan være en av forutsetningene for at en skal lykkes med behandlingen. For Kåre kan det være en trygghet at man opprettholder støttenettverket over tid selv om alt går bra, dette kan være avgjørende for at han skal kunne klare hverdagen. Pasienten bør kunne bevege seg opp og ned i kjede over

ulike tiltak som henger sammen ved hjelp av et tverrfaglig samarbeid (Bratteteig m.fl. 2008).

Ved hjelp av støtteterapi vil det terapeutiske målet være at Kåre får økt forståelse for seg selv og andre. Ved at Kåre får økt selvtillit og kan gjøre bruk av sine indre ressurser, samt utvikle følsomhet og komme i kontakt med sin egen skaperevne kan være en tidkrevende og vanskelig prosess. Behandlingen bør være et samarbeid mellom behandler og pasient, og skal behandlingen lykkes forutsetter fellesforståelse for framtidige mål. Ved å nytte kognitiv terapi i den behandlingen Kåre mottar, vil dette sette fokus på hans egne holdninger, meninger og tanker. Oppmerksomheten vil ved hjelp av kognitiv terapi rettes mot de vanskene Kåre har i hverdagen, og det blir Kåres opplevelse av vanskene han har som blir målområde for endring. Terapeutens mål bør i dette tilfellet være, for å nå hovedmålet være å skape en god arbeidsallianse gjennom å opprette en god relasjon til Kåre. Gjennom en god relasjon til Kåre, vil Kåre kunne tilnærme seg og gjøre seg bruk av ulike mestrings strategier, og arbeide målrettet og strukturert mot målet i samarbeid med terapeuten (Berge og Repål, 2009).

Gjennom klar formulering av felles mål og gjennom utarbeiding av individuell plan, kan man få til et tverrfaglig samarbeid. Ved at Kåre endrer syn på egen atferd og ser konsekvensene av adferden kan virke motiverende på utviklingen, og ha avgjørende betydning for framtidig atferd. Som terapeut hjelper man Kåre til å bli oppmerksom på de negative konsekvensene og knytte dem til problematferden. Ved at Kåre blir oppmerksom på konsekvensene vil konsekvensene av atferden bli grunn til endring, man har oppnådd perspektivskifte. Et perspektivskifte kan komme som resultat av samtale med terapeuten. Terapeuten kan ved hjelp av aktiv lytting og empatisk innlevelse oppnå samarbeid med Kåre, da Kåre kan føle seg forstått av terapeuten. Som terapeut bør en ha evne til å leve seg inn i Kåres situasjon, og ha evne til å formidle dette til Kåre gjennom refleksjoner og oppsummeringer der man speiler Kåres tanker og følelser slik de kommer fram i samtalen (Barth m.fl. 2002).

Terapeutisk framdrift

Der man som terapeut treffer pasienter med rus- og psykisk lidelse, vil man som terapeut stå ovenfor ulike utfordringer som behandler. I hovedsak vil terapeutens oppgave og mål for terapien være å hjelpe pasientene til mestring av hverdagen og økt livskvalitet. Terapeuten kan ved hjelp av kognitiv terapi bidra til at pasientene får nye

mestringsstrategier som kan bidra til å forebygge negativ atferd hos pasientene, og hjelpe pasienten til å få struktur på hverdagen sin. Pasienten får ved hjelp av terapi større innsikt i eget adferdsmønster, terapeutens oppgave blir sammen med pasienten lete etter årsaksfaktorer og sårbarhetsfaktorer som utløser negativ atferd hos pasienten. Kognitiv terapi retter seg mot utløsende og opprettholdende faktorer samt onde sirkler som bidrar til å opprettholde negativ atferd. Pasienten blir mer bevisst egne automatiske negative tanker, og lærer å reflekterer over egne tanker og følelser som utløses i ulike situasjoner ABC-modellen. Ulike adferds eksperimenter sammen med pasienten, der man går igjennom ulike situasjoner og planlegge aktivitet, kan hjelpe pasienten til å mestre situasjoner. Dette kan være situasjoner han før har unngått eller har ruset seg for å klare å gjennomføre før behandlingen kom i gang. Slik kan man som terapeut bidra til at Kåre får økt selvinnsikt, og bedrer sine sosiale ferdigheter. Betydningen for rusvern og psykisk helsevern blir at man følger pasienten over tid, man blir tryggere i relasjonen og tør kanskje tidligere å ansvarliggjøre pasienten ovenfor eget handlingsmønster. Pasienten blir tryggere i relasjonen og man kan få kartlagt tanke og handlingsmønster hos pasienten på grunnlag av gjensidig tillitt. Man kan tidligere komme i gang med tiltak dersom man ser forverring eller tilbakefall enten det gjelder rus- eller psykisk lidelse. Dersom nettverket rundt pasienten fungerer utsetter man ikke pasienten eller omgivelsene for ubehaget ved tilbakefall, og omgivelsene vil være mer positivt innstilt til pasienten.

I følge Barth m.fl. (2002) kan man ved terapeutisk framdrift se at positiv atferdsendring kan resultere i en opplevelse av ufrihet, tvang og nedsatt personlig kontroll hos pasienten. I et tidlig stadium i terapien er det ønsket om positiv endring som dominerer, når problematisk adferdsmønster har endret seg i positiv retning opplever pasienten utelukkende trang og ingen lyst ved atferden. Opplevelse av at en ikke klarer å endre seg, fører til bekymring, frustrasjon og hjelpeløshet, man kan føle seg fanget av egen atferd. Som terapeut blir det viktig å minne seg selv om at pasienter som arbeider med atferdsendring tidvis mangler kontroll over seg selv og egen atferd, men at pasienten ønsker og forsøker å endre eget adferdsmønster. Ubearbeidet ambivalens hos pasienten kan gi "tunnelsyn" og helhetsperspektivet blir fraværende. Endring av Kåres problematiske atferd avhenger av Kåres evne til motivasjon samt egen tillit til egen evne til å endre atferd, her kan terapeuten bidra med for eksempel motiverende terapi. Dersom Kåre er motivert vil han aktivt søke etter framgangsmåter, investere mye kraft, pågangsmot og utholdenhet i å lete opp nye mestringsstrategier i forhold til eget adferdsmønster. Kåres tiltro til egen endringspotensial holder motivasjonen oppe over tid.

I en endringsfokusert samtale med Kåre bør man som terapeut ha fokus på to ting: grunnen til å endre atferd (motivasjon) og konkrete framgangsmåter for å få til atferdsendring (mestring). Som terapeut forsøker en å hjelpe Kåre ved å drøfte hvorfor det er ønskelig med endring eller nødvendig, og hvordan Kåre skal få dette til i praksis. Gjennom aktiv å tilstrebe og aktivisere Kåres eksisterende motivasjon og mestringsevne kan man raskere komme i gang med endring av problem atferd hos pasienten. Det beste utgangspunkt for å finne gode argumenter for endring er å bygge på Kåres egne ideer (Barth m.fl. 2002). Terapeuten bør framstå som ledsager og ikke argumentere mot tankene, men opptre spørrende rundt de vurderinger og konklusjoner Kåre har gjort seg. Målet er at Kåre skal opparbeide seg en metakognitiv holdning, bli bevist sitt eget tankemønster og forholde seg til dette (Berge og Repål, 2009).

Dersom terapeuten klarer å skape et trygt og støttende relasjon til Kåre samt klarer å inntone seg empatisk til Kåre, kan relasjonen se ut til å være en av de viktigste positive virkningene man har i terapi. Gjennom tverrfaglig spesialisert behandling som tar sikte på å behandle ruslidelsen samtidig med den psykiske lidelsen, kan man bidra til at man får en mer helhetlig forståelse for hva Kåre sliter med i sin hverdag. Dersom Kåre selv føler at han får mer kontroll over eget følelsesliv og egne reaksjoner kan dette bidra til at Kåre i større og større grad bidrar aktivt i eget liv. Terapeuten kan gjennom relasjonen bidra til at Kåre utvikler større forståelse for sosiale normer og ferdigheter, til å møte ulike forventninger rundt atferd og reaksjonsmønster på sosiale arenaer. Dette kan være i form av høflighetsnormer eller rett og slett kunne forstå sosiale situasjoner og forholde seg til disse, derigjennom utvikle sosial kompetanse. Gjennom større selvinnsikt kan dette gi Kåre økt forståelse for hvilke ytre eller indre prosesser som stimulerer og utløser negativ adferd. Dette gir Kåre en mulighet til å bli oppmerksom på hva som er utløsende for adferden hans, og dermed gi ham mulighet til å styre unna eller unngå disse faktorene. Man bør imidlertid være klar over at Kåre ikke helt kan unngå alle situasjoner som kan være utløsende for negativ adferd. Her kan terapeuten bidra til at Kåre lærer andre måter å mestre situasjoner og følelser på der man ikke kan unngå situasjoner som kan utløse negativ adferd. Belønning og anerkjennelse er en sterk motivasjonsfaktor for å endre adferd. Gjennom nettverksarbeid kan man aktivere relasjoner som har positiv innflytelse på Kåre. Kåre selv kan dele sine erfaringer og finne støtte i nettverk eller selvhjelpsgrupper, der fokuset er basert på rus- og atferdsendring.

I følge Vaillant (2003) i Berge og Repål (2009) tyder forskning på at pasienter som oppnår abstinens har bedre langtidsresultat en de som kun oppnår rusreduksjon. I Kåres tilfelle

kan det se ut som om han blir mer agresiv og voldelig når han er påvirket av sentralstimulerende stoffer, dette er helt klart avgjørende for den terapeutiske framdriften og hvorfor man bør arbeide felles mot en rusfri tilværelse for Kåre. Et kontrollert bruk av rusmidler er urealistisk å tenke for de fleste med rusmiddelavhengighet, terapeuten bør etterstrebe og hjelpe Kåre til å innse at han bør arbeide mot en rusfri tilværelse. Det finnes ingen tilstrekkelige behandlingstiltak som alene kan motivere Kåre til en rusfritilværelse. I påvente av bedre forskning som gir klare behandlingsanbefalinger, har det vist seg at integrert behandling gjennom kognitiv terapi kan ha en avgjørende effekt på hvordan Kåre kan bedre sine sosiale ferdigheter og få bedre selvinnsikt.

I følge Mueser (2003) i Bratteteig m.fl. (2008) bør rus betraktes som et klinisk fenomen og dermed bør alle behandlere kunne noe om temaet. Dette kan gjøres best gjennom at behandlerne skaffer seg kompetanse innen både ruslidelse og psykisk lidelse. Når det gjelder Kåres opplevelse av situasjonen, hvordan det er å leve med atferdsforstyrrelse med rus som tilleggsproblem? Kan ikke naturvitenskapen si noe om dette. Opplevelsen av hvordan Kåre opplever lidelsen blir sentral i den terapeutiske sammenhengen, gjennom å benytte den hermeneutiske tolkningen for å forsøke å forstå og forklare/tolke skjulte meninger, kan man nærme seg en forståelse av hvordan det er å leve med en psykisk lidelse med tilleggslidelse som rusavhengighet. Dette setter store krav til den forforståelsen og de erfaringer terapeuten har fra før (Dalland, 2000).

Sammenheng mellom relasjon og terapeutisk prosess

Terapeuten kan ikke kreve tillit eller skape tillit på metodisk vis, tillit er noe man gjør seg verdig til. Mistillit er en kjent barriere for dialog og det er ofte bedre å ha som utgangspunkt at man skal redusere mistilliten, enn å skape tillit. Det er viktig at terapeuten reflekterer over egen rolle da avhengighet ikke er gjensidig i relasjonen, terapeuten er ikke avhengig av pasienten slik pasienten er av terapeuten. Terapeuten har en etisk forpliktelse som pasienten ikke har, og det er vanlig at pasienten kan reagere slik at vi snakker om konfliktsituasjon. Terapeuten bør og må tåle mer en pasient, kunne stå i konflikter, ha saklig kontroll over følelser, unngå anklager for direkte og indirekte motangrep. Det er ofte en utfordring for terapeuten i konflikter å skulle bevare roen, prøve å forstå pasientens perspektiv, unngå eskalering og få i stand en dialog og gjennom kommunikasjon få i stand en løsning (Ekeland, 2004).

Kåre har et samboerforhold bak seg som endte tragisk da Kåre mishandlet samboeren og skadet henne alvorlig. I følge Borg og Repål (2009) handler vold om makt og kontroll. Kåre kan gjennom behandling lære at en eventuell partner har rett til egne meninger og følelser. Kåre bør lære å lytte til andres behov og respektere de valgene andre tar, målet med terapien vil være at voldsadferden skal opphøre. Det kan virke som om Kåre har et tillært mønster der han oppnår sine ønsker eller gjenoppretter likevekt gjennom voldshandlinger ut fra sin forståelse av situasjonen. Terapeuten må møte Kåre med respekt og positive tilbakemeldinger dersom Kåre erkjenner sitt sinneproblem, det kan være til hjelp for Kåre og forsøke å forstå sitt problem ut fra egen utvikling og tidligere opplevelse. Ærlige tilbakemeldinger fra Kåre om prosessen kan gi mulighet til drøftning av holdninger og kan bidra til økt motivasjon. Ved denne formen for kognitiv terapi kan en benytte seg av gruppeterapi og gjennom utforskning, utprøving i gruppe samt tilbakemeldinger fra de andre gruppemedlemmene kan man oppnå endring. Sammenhengen i denne tradisjonelle terapimodellen er tanker, følelser og atferd står sentralt til hverandre (Berge og Repål,2009).

Ansvarliggjøring av pasienten i eget terapiløp

En del symptomer på psykisk lidelse som for eksempel rusmiddelavhengighet eller følelsesmessig ustabilitet kan lett oppfattes som problematiske trekk ved pasienten som menneske, dette kan føre til at en tar moralsk avstand fra pasienten. Pasienter som på grunn av sin lidelse havner i en outsiderposisjon vanskeliggjør rehabilitering. Ved hjelp av terapeutens observasjonsevne og metodiske samtalekunst i møtet med pasienten, kan terapeuten avdekke tidlig tilbakefall i sykdomsbilde. Denne samtalekunsten og den teoretiske grunnforståelsen, modellene og prinsippene har blitt utviklet gjennom en lang historisk prosess (Haugsgjerd m.fl. 2008). Psykiske eller sosiale vansker kan oppstå i den enkeltes liv, når omgivelsene har en negativ innflytelse på psykologisk utvikling og atferd. Kåres oppvekst er preget av brudd med nære omsorgspersoner samt utestengning fra jevnaldrende i oppveksten. Et varig mønster i atferd og indre følelsesliv hos pasienter som avviker fra ”normalt” mønster og forventninger man har til personen, ligger i begrepet personlighetsforstyrrelse. Gjennom følelsesmessige reaksjoner, nedsatt impuls kontroll, mellommenneskelig fungering, oppfatning og forståelse av seg selv, kan en se store avvik fra normene. Personen klarer ikke å være fleksibel og det uheldige atferdsmønsteret går igjen i sosiale og personlige situasjoner, som fører til ubehag for pasienten selv eller

omgivelsene. Mønsteret starter i ung alder og er langvarig, hemmer personlig vekst og reduserer sosial fungering. Bedringsprosessen handler i stor grad om at en oppfatter hva som foregår og får økt makt over eget liv og egne levekår, samt den sosiale og materielle situasjonen hos pasienten. Gjennom å finne fram til egne mestringsstrategier kan man ta tilbake det man har tapt, gjenerobre rettigheter, roller, ansvar, og håp for framtiden. For terapeuten innebærer dette at man ser pasienten som en som arbeider for å ta grep om eget liv, og med stor sannsynlighet lykkes med dette. Pasienten har evner og mulighet til å være med på bestemmelsene som blir tatt, man blir aktiv deltager i bedringsprosessen ut fra eget perspektiv.

Pasientens motivasjon til å ta i bruk nye mestringsteknikker

I følge Barth m.fl. (2002) vil Kåre dersom han lykkes med mindre endringer, oppnå håp om å lykkes. Kåre har en historie som er preget av vold og kriminelle handlinger, det er viktig at terapeuten lykkes med å motivere Kåre til en endringsfokuset adferd. Ut fra nyere forskning i følge Bjørnerud og Hjemseter (2008), viser forskning at alle typer rusmidler ble forbundet med økt risiko for vold mot partner. Det er ingen grunn til å tro at volds adferd blir mindre dersom Kåre ikke motiveres til å gjøre noe med problemet sitt. Teknikk og metode bør varieres og tilpasses Kåres behov, grunnlaget for helingsprosessen ligger i relasjonen man som terapeut har til Kåre. Kåre selv bør motiveres til å være med i egen ansvarsgruppe som bør bestå av et tverrfaglig team. Det er større grunn til å lykkes med adferdsendringsbasert terapi, dersom Kåre selv er deltagende i prosessen og utvikling av ABC-plan for framtiden. Planen bør være forutsigbar og holdbar slik at alle parter vet hvordan de skal forholde seg til eventuelle avvik. Her kan man som terapeut gå inn og gjøre tidlige registreringer av varselsignal sammen med Kåre, gjennom denne formen for registrering vil Kåre oppnå og få et klarere bilde av sitt eget reaksjonsmønster. Dette kan ha preventiv virkning og øke Kåres evne til selvrefleksjon og skape nye reaksjonsmønster gjennom konsekvenstenkning (Berge og Repål, 2009).

KONKLUSJON

Dersom pasienten får et tilpasset tilbud der terapeuten følger ham gjennom både rus- og psykisk lidelse, vil man legge til rette for at pasienten tidligere tar kontakt med terapeuten ved behov. Terapeuten kan tidligere avdekke og kartlegge eventuelle tilbakefall, og står i bedre posisjon til og veilede pasienten da relasjon, tillitt og trygghet er etablert som fundament for framtidig veiledning. Gjennom at terapeuten har kjennskap til de ulike lidelsene hos pasienten, bidrar dette til at terapeuten får større tiltro til pasientens egen mestringsevne i hverdagen. Terapeuten kan lettere våge å la pasienten prøve seg ut i ulike situasjoner, og pasienten kan lettere ta kontakt for veiledning. Pasienten vil dermed ansvarliggjøres i større grad enn dersom terapeuten ikke kjenner til de ulike sidene innen rus- og psykisk lidelse. Pasienten blir bevisst og reflekterer over eget handlingsmønster, dette aktiviserer følelsesmessige reaksjoner på egen adferd, vekker ubehag og bidrar til at pasienten tar en beslutning om å endre adferd. Som terapeut blir det viktig å være klar over hvor Kåre befinner seg i forhold til egen adferdsendring, og hvilke utfordringer Kåre står ovenfor både tanke- og følelsesmessige. Terapien må tilpasses Kåres behov her og nå. Det er viktig at Kåre føler tilhørighet i samfunnet, da ensomhet fort kan bidra til at Kåre får tilbakefall i form av negativ antisosial adferd. Utvikling av en plan og framtidig samarbeid i form av ansvarsgruppe eller IP, der man følger opp Kåre over tid kan hindre tilbakefall. Gjennom en naturlig endringsprosess vil Kåre bearbeide og identifisere en rekke ulike mål for adferdsendring, og man vil oppnå framvekst av ny forforståelse hos pasienten for egen situasjon. Kåre selv vil gjennom terapiprosessen bli klar over negative sider ved egen adferd, og blir bevisst de konsekvensene adferden har for egen livssituasjon. Terapeuten bør være bevisst sin terapeutiske rolle i relasjonen, og arbeide aktivt med å objektivt kartlegge både pasientens framgang og tilbakefall. Man kan som terapeut stå i fare for å overse og muligens dekke til pasientens tilbakefall, dersom man har en nær relasjon til pasienten. Ved å følge pasienten gjennom et lengre foreløp ved hjelp av tverrfaglig team, kan man muligens hjelpe pasienten til en bedre hverdag.

REFERANSER

- *Aadland E. (2001): Etikk for helse og sosialarbeidarar: Oslo: Det Norske Samlaget
- *Barth T. og Børtveit T. m.fl. (2002): Endringsfokuset rådgeving: Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Berge T. og Repål A. (2009): Håndbok i kognitiv terapi: Oslo: Gyldendal Akademiske
- Borg M. og Topor A. (2007): Virksomme relasjonar: Oslo: Kommuneforlaget AS
- Borge A. I. H. (2008): resiliens, risiko og sunn utvikling: Oslo: Gyldendal Akademiske
- *Bratteteig M. og Hove I. m.fl. (2008): Rusa eller gal?: Stavanger: Impress AS
- Bråten S. (2004): Kommunikasjon og samspill fra fødsel til alderdom, 2 utg. Oslo: Tano
- *Bjørnerud T. og Hjemseter A. J. (2008): Associations of substance use problems with intimate partner violence for at-risk men in long-term relationships: Helsebiblioteket: Journal of family Psychology.
- Bjørkly S. (1997): Aggresjon og vold. Teori, analyse og terapi. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Cullberg J. (2005): Psykosar et integrert perspektiv: Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland O. (2000): Metode og oppgaveskriving for studenter: Oslo: Gyldendal Akademiske
- *Ekeland T.-J. (2004): Konflikt og konfliktforståelse: Oslo: Gyldendal Akademisk
- Haugsgjerd S. og Jensen P. m.fl. (2008): Perspektiv på psykisk lidelse: Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Høie Mjåvatn M. og Sjøberg Drøttz B.M (2007): Forbannede elskede barn: Oslo: Cappelen Akademiske Forelag
- *Karterud S. (1999): Gruppearalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi: Oslo: Pax Forlag A/S
- *Lazarus R. S. og Folkman S. (1984): Stress, Appraisal, and Coping: New York: Springer Publishing Company
- *Magnus P. og Bakketeig L. S. (2002): Prosjektarbeid i helsefagene: Oslo: Gyldendal Akademiske
- *Moran P. og Coffey C. m.fl. (2006): Personality and substance use disorders in young adults: Helsebiblioteket: British Journal of Psychiatry.
- Muser K. T. m.fl. (2006): Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser: Oslo: Universitetsforlaget
- Nielsen Høstmark G. og von der Lippe A. L. (2002): Psykoterapi med voksne, Fem perspektiver på teori og praksis. Oslo: Tano

- *Nielsen Høstmark G. og Raaheim K. (2000): En innføringsbok i psykologi for universiteter og høyskoler: Oslo: Cappelen Akademiske Forelag as
- Norvoll R. (2007): Samfunn og psykisk lidelser: Oslo: Gyldendal Akademiske
- *Schlüter C. og Karterud S. (2002): Selvets mysterium: Oslo: Pax Forlag A/S
- *Slettebø Å. (2003): Sykepleie og etikk: Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Skårderud F. (2003): Uro: Oslo: Aschehoug
- Sommerschild H. og Grøholdt B. m.fl. (2008): Lærebok i barnepsykiatri, 4 utg. Oslo: Universitetsforlaget
- *Sæbønes A. M. og Andersland G. K. (2005): Ungdom med atferdsvansker:
<http://www.bt.no/meninger/kronikk/article221806.ece>
- Thomassen M. (2006): Vitenskap kunnskap og praksis: Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Tomm K. (2003): Systemisk intervjuetodikk. En utveckling av det terapeutiska samtalet: Smedjebacken: Bokförlaget Mareld
- *Travelbee J. (2005): Mellommenneskelige forhold i sykepleie, 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Kingdon D. G. og Turkington D. (2007): Kognitiv terapi ved schizofreni: Otta: Universitetsforlaget
- *Kåver A. og Nilsson Å. m.fl. (2005): Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse: Oslo: Gyldendal Akademisk