

Malin Jensen

Kognitiv miljøterapi i behandlingen av ROP-lidelse

Cognitive milieu therapy in treatment of dual
diagnosis

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid

Veileder: Hanna P S Dyrendahl

Mai 2021

Malin Jensen

Kognitiv miljøterapi i behandlingen av ROP-lidelse

Cognitive milieu therapy in treatment of dual
diagnosis

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid
Veileder: Hanna P S Dyrendahl
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Rusmiddelavhengighet er en lidelse som sjeldent opptrer alene, men i selskap med en eller flere psykiske lidelser. Denne kombinasjonen har fått navnet ROP-lidelse, en forkortelse av rus og psykiatri, og er en lidelse som har fått økt fokus de siste 10-årene. Denne oppgaven tar utgangspunkt i kognitiv miljøterapi og hvordan denne tilnærmingen kan bidra til økt livskvalitet for mennesker med ROP-lidelse, gjennom å imøtekomme behandlingsbehovene til denne gruppen og ta hensyn til lidelsens kompleksitet. I søken på svar omkring dette ble det benyttet teknikker fra et systematisk litteratursøk som metode for å finne vitenskapelige artikler. Funnen fra disse har blitt supplert med annen valgt teori og litteratur, som til sammen har blitt brukt til å diskutere og belyse følgende problemstilling: «På hvilken måte kan kognitiv miljøterapi i rusbehandling bidra til økt livskvalitet hos mennesker med ROP-lidelse?». Kognitiv miljøterapi viste seg å ha fokus på strykning av individets motivasjon, mestringsevnen, selvbilde og sosiale ferdigheter, og tilnærmingen tar sikte på en varig endring av atferd, noe som vil være avgjørende for mange ROP-pasienters fremtidsutsikter.

Abstract

Substance abuse-disorder is a suffering that rarely happens alone, but in company with one or several psychiatric disorders. This combination has been named dual-diagnosis, and is a combination of substance abuse and psychiatry, and it has been given a higher priority the last decades. This study is based in cognitive milieu therapy and how this approach can tribute to a higher quality of life for people suffering from a dual-diagnosis, with accomodate the needs and take the complexity of dual diagnosis in consideration. As a method in the search for answers related to this, there were used techniques from a systematic literature-search to find scientific articles. The findings from these articles were supplied with chosen theory and litterature, wich again was used to discuss and enlighten the following issue: «In which way can cognitive milieu therapy in drug treatment contribute to a higher quality of life for the persons suffering from a dual-diagnosis?». As the results show, cognitive milieu therapy has a focus on a strengthening of the persons motivation, mastery, self-image and social abilitys, and that this approach aims at a lasting change of behavior, which will be crucial for many persons suffering from a dual-dignosis disorder.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.2.1 Begrepsavklaring og avgrensning	3
1.3 Sosialfaglig relevans	3
1.5 Oppgavens oppbygning	3
2.0 METODE	5
2.1 Søkeprosess.....	5
2.2 Valg av litteratur og kildekritikk	6
3.0 TEORI OG LITTERATUR	8
3.1 Rusmiddelavhengighet.....	8
3.2 Rus og psykiatri	10
3.3 Kognitiv miljøterapi.....	10
3.3.1 Kognitiv atferdsterapi.....	11
3.3.2 Miljøterapi	11
3.4 Miljøterapi og sosialt arbeid	12
3.4 Motivasjon, mestring og endring	13
3.5 Livskvalitet	14
4.0 DISKUSJON	15
4.1 Individuell tilpasning – en nødvendighet.....	15
4.2 Eierskap til egen behandling.....	16
4.5 «Relasjonsterapi»	18
4.4 En sosial læringsarena	20
5.0 AVSLUTNING	23
Referanser.....	25

1.0 INNLEDNING

Temaet i denne oppgaven er kognitiv miljøterapi som behandlingsmetode for mennesker med en kombinert lidelse av rus og psykiatri. Rusproblematikk har lenge vært erkjent som et samfunnsproblem (Schiøtz, 2017) og i nyere tid har det vært en økende kjennskap til at problematikken sjeldent opptrer alene, men i kombinasjon med en eller flere psykiske lidelser, en såkalt ROP-lidelse. Denne pasientgruppen ofte svært alvorlig og skadelig rusbruk og andre utfordringer som gjør at de faller utenfor både samfunnet og behandlingstiltak (Helsedirektoratet, 2012, s. 13). Hensikten med denne oppgaven blir å se nærmere på om kognitiv miljøterapi, som innebærer en psykologisk – og sosial behandlingstilnærming, kan ivareta kompleksiteten som denne lidelsen innebærer og slik bidra til økt livskvalitet for mennesker med ROP-lidelse.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge stortingsvedtaket *Opptrappingsplan for rusfeltet* (Prop. 15 S (2016-2020)) er det en høy forekomst av rusmiddelavhengighet hos mennesker med annen psykisk lidelse, enn hos mennesker uten. ROP-lidelse innebærer en bred kompleksitet hvor rusmisbruket og den psykiske lidelse opptrer i et samspill, noe som kan gjøre det vanskelig å avgjøre hvilken av lidelsene som inntraff først (Helsedirektoratet, 2012; Evjen et al., 2012, s. 109) Tilnærmingen til ROP-lidelse har lenge vært preget av en tankegang om å behandle en lidelse om gangen - først ruslidelsen innenfor rusfeltet, forså å behandle den psykiske lidelsen innenfor psykiatrien (Steffensen, 2020). Dette har ført til at pasientgruppen ofte «faller mellom to stoler» eller opplever å være «kasteball mellom to instanser» (Fekjær, 2016, s. 317; Evjen et al., 2012, s. 125). I tillegg innehar pasienter med en høy alvorlighetsgrad på den psykiske lidelsen en større sårbarhet for å avslutte behandlingsløpet enn andre rusavhengige pasienter (Lossius, 2021, s. 31). I Nasjonal faglig retningslinje for ROP-lidelser (ROP-retningslinjen) *Sammensatte tjenester – samtidig behandling* (2012, s. 3) skal målet med hjelpetiltakene for denne pasientgruppen være «å fremme bedring og livskvalitet». Videre anbefales det en *integrert behandling* av ROP-lidelsen, hvor behandlingen skal utføres av samme personale og hvor samtlige lidelser blir behandlet samtidig (Helsedirektoratet, 2012, s. 60).

Jeg hadde min praksisperiode på Dagsverket som er et arbeidstilbud for mennesker med rusproblematikk og var til daglig i møte med mennesker med ROP-lidelse. Her fikk jeg erfare flere sin opplevelse av å være en såkalt «kasteball» mellom rusomsorgen og psykisk helsevern. Flere hadde også en lang historikk på avsluttede behandlingsopphold. Selv kjente jeg på at savnet mer kunnskap om denne kombinasjonen av rus og psykiatri da dette er en gruppe mennesker man som sosionom jobber med på flere arenaer. I tillegg fikk erfaringene i praksis fikk meg til å undre om det finnes en behandlingsform som kan ivareta kompleksiteten en slik dobbeltdiagnose medfører, og gi en samtidig behandling av både lidelsene. Jeg har lenge hatt interesse for miljøterapi innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, da dette er en behandlingsform som støtter det sosialfaglige perspektivet på hvordan et individ blir påvirket av relasjoner og ulike forhold i miljøet rundt (Berg et al., 2015, s. 19). En måte å praktisere miljøterapi på er gjennom en tilnærming basert på den kognitive modellen, kalt kognitiv miljøterapi (Dramsahl & Jordahl, 2015). Studie (Holter et al., 2017) viser funn på at ivaretagelse av den psykiske lidelsen reduserte frafall i rusbehandling, og kognitiv miljøterapi er en behandlingsmetode som har dokumentert forbedrende effekt på den psykiske helsen innenfor behandling i psykisk helsevern (Kleiven & Solbjør, 2013).

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av overnevnte ønsker jeg å bruke denne oppgaven til å se nærmere på om kognitiv miljøterapi vil ha en behandlingsfremmende effekt på både den psykiske lidelsen og rusmiddelavhengigheten, slik at livskvaliteten til disse menneskene kan forbedres. Kan kognitiv miljøterapi i imøtekomme kravene om en integrert og helhetlig tilnærming av ROP-lidelsen? Problemstillingen i denne bacheloroppgaven er følgende:

På hvilken måte kan kognitiv miljøterapi i rusbehandling bidra til økt livskvalitet hos mennesker med ROP-lidelse?

1.2.1 Begrepsavklaring og avgrensning

Med *rusbehandling* mener behandlingsenheter eller institusjoner innenfor rusomsorgen, hvor innleggelsesvarigheten er på minst tre måneder. I forhold til *ROP-lidelse* så kan rusmiddelavhengighet opptre sammen med et spekter av psykiske lidelser (Evjen et al., 2012, s. 26). I forhold til denne oppgaven har jeg valgt å ikke ta utgangspunkt i en spesifikk psykisk lidelse, da dette ikke er spesifisert i kildene jeg har valgt å bruke. Jeg har valgt å avgrense tema til å ta for meg psykologiske og sosiale forhold omkring lidelsen og velge bort det medisinske aspektet som går utenfor den sosialfaglige kompetansen. Begrepene *kognitiv miljøterapi*, *livskvalitet* og *ROP-lidelse* vil bli definert i oppgavens teori – og litteraturredel.

1.3 Sosialfaglig relevans

Rusmiddelavhengighet er et velkjent sosialt problem og sosialt arbeid har som formål å «forebygge, løse og redusere sosiale problemer» (Fellesorganisasjonen, 2017, s. 1). Rusomsorgen er et sentralt felt for sosialt arbeid hvor arbeidet innebærer blant annet oppfølging, behandling og forebygging av rusproblematikk (Berg et al., 2015, s. 23). Sosialt arbeid kan betegnes som et endringsarbeid. Det handler om å bistå med hjelp og støtte til mennesker eller grupper i krevende livssituasjoner, med mål om endring (Berg et al., 2015, s. 19). I dette endringsarbeidet arbeider sosionomen både i, med og gjennom relasjoner (Ellingsen & Levin, 2015, s.112). Denne oppgaven vil forholde seg til *individuell sosialt arbeid* på mikronivå som foregår i «direkte relasjoner til enkeltpersoner» i døgnbehandling (Berg et al., 2015, s. 25). I rusbehandling skal individets fysiske, psykiske og sosiale behov ivaretas, noe som krever en mangfoldig personalgruppe med en sammensetting av ansatte med både «medisinsk -, psykolog, - og sosialfaglig kompetanse», noe som understreker behovet for sosionomens kompetanse i rusbehandling (Bjerknes & Sælør, 2018, s.142 - 145).

1.5 Oppgavens oppbygning

Denne bacheloroppgaven består av fem kapitler, hvor første kapittel nettopp har gitt en innføring av oppgavens tema og problemstilling. Andre kapittel er metodedelen som inneholder en beskrivelse av oppgavens metode, selve søkeprosessen og valgt litteratur.

Tredje kapittel er oppgavens teori – og litteraturred. Her vil det bli presentert relevant teori og litteratur som omhandler begrepene rusmiddelavhengighet, ROP-lidelse, kognitiv miljøterapi, livskvalitet og mestring, motivasjon og endring. I tillegg inneholder kapittelet et avsnitt som ser nærmere på likheter mellom miljøterapi og sosialt arbeid. Fjerde kapittel er diskusjonsdelen. Diskusjonen vil ha fokus på ROP-pasienters utfordringer og behov, og på hvilken måte kognitiv miljøterapi kan møte disse behovene, slik at livskvaliteten forbedres. Resultatet av dette vil bli oppsummert og benyttet til å belyse oppgavens problemstilling i det femte og avsluttende kapittelet.

2.0 METODE

Et litteraturstudium som metode innebærer at man svarer på en problemstilling ved å «søke etter, vurdere og analysere relevant litteratur ved hjelp av en systematisk tilnærming», hvor hensikten er å opparbeide en ny innsikt rundt valgt tema (Aveyard, 2019, s. 2). I denne bacheloroppgaven har jeg brukt *teknikker* fra systematisk litteratursøk i et litteraturstudium, i henhold til retningslinjene for bachelor i sosialt arbeid. Detten betyr at min oppgave er en teoretisk oppgave som ikke er like omfattende som et litteraturstudium på forskningsnivå. I dette kapitlet vil jeg først gi en beskrivelse av selve søkeprosessen som viser hvordan jeg fant fram til de vitenskapelige artiklene som skal benyttes til å belyse oppgavens problemstilling. Deretter vil jeg presentere supplerende litteratur, som omfatter pensumlitteratur og andre relevante bøker og offentlige dokumenter.

2.1 Søkeprosess

Databasene som ble benyttet i søkeprosessen var Oria og Idunn. Jeg brukte både norske og engelske søkeord, både flere i kombinasjon og alene. Søkeordene jeg brukte i søkeprosessen var «voksen», «rusavhengig», «rop», «rus», «kognitiv miljøterapi», «behandling». Oversatt til engelsk ble søkeordene «adult», «drug addict», «dual diagnosis», «drug», «cognitive milieu therapy», «treatment». Jeg ente med å bruke vitenskapelig artikler fra Oria. Søkemotoren Google Scholar ble kun brukt i pilotsøk og håndsøk, da denne viste seg å gi svært brede søk fordi den henter inn treff på et eller flere ord fra *hele* internettet.

Jeg startet søkeprosessen med å bruke elementer fra PICO-metoden. Forenklet forklart innebærer PICO at man systematiserer og kategoriserer søkeordene etter populasjon, fenomen og kontekst, altså «hvem, hva og hvor», og benytter seg av og/eller/ikke funksjonen i søkefeltet (Helsebibiloteket, 2016). Dette syntes jeg var en ryddig og oversiktlig måte å begynne litteratursøket med, både fordi jeg fikk en nærmere forståelse av selve problemstillingen min, samt at det ble enklere å systematisere søkeordene og funn inn i et skjema. Det jeg da endte opp med var ROP-pasienter som populasjon, miljøterapi som fenomen og rusbehandling som kontekst. Jeg valgte tidlig bort søkeord som «voksen/adult» og «rusavhengig/drug addict» fordi dette gav et svært vidt antall treff. Etter PICO-metoden

viste det seg å være disse ordene i følgende rekkefølge som gav relevante resultater: ROP * OG miljøterapi* OG rus* ELLER behandling*. På engelsk ble dette oversatt til «dual diagnosis» * OG «cognitive milieu therapy» * OG drug* ELLER treatment*. Jeg brukte miljøterapi som et av søkeordene på norske søk, fordi dette ledet meg til flere vitenskapelige artikler kontra søke ordet «kognitiv miljøterapi». Av inklusjons – og eksklusjonskriterier så inkluderte jeg «alle språk» på alle søkene og avgrenset til kun å få opp fagfelleverderte tidsskrifter fra maks 10 år tilbake i tid. På noen av søkene eliminerte jeg antall treff ved å velge ut visse emner som beskrev det jeg var ute etter: Substance abuse, dual diagnosis, kvalitativ research. Det norske søket gav 2200 treff, hvor jeg valgte ut 7 vitenskapelige artikler som jeg eliminerte ned til 3. Det engelske søket gav meg 1311 treff, hvor jeg valgte ut 26 vitenskapelige artikler som jeg eliminerte ned til 2.

En begrensing jeg så tidlig var at det finnes lite forskning som omhandler *både* kognitiv miljøterapi og rusavhengighet/ROP. Dette gjorde at jeg hadde et begrenset antall treff rundt konkret denne tematikken. På grunn av begrensingene i antall studier rundt tematikken valgte jeg å supplere med hånd søk i Googlar Schoolar for å finne relevante teorier. Et av hånd søkene omhandlet en teori om selvmedisinering, som jeg oppdaget via et kjedesøk, hvor jeg brukte søkeordet «Edward Khantzian self medication hypothesis».

2.2 Valg av litteratur og kildekritikk

Da jeg skulle finne vitenskapelige artikler var spesielt på leting etter kvalitative forskningsstudier hvor informantene var ROP-pasienter, fordi jeg ønsket å inkludere brukerperspektivet i diskusjonen for en helhetlig belysning av tema. Jeg stiller meg kritisk til om funnene i disse studiene representerer en absolutt sannhet på brukerperspektivet, da funnene i studiene er basert på et utvalgt antall informanter. En tanke som har slått meg er at utvalget kan representere de som er motiverte for behandling og er positive, og ikke de som finner det vanskelig og mer tilbaketrukkne. Slik ville kanskje en anonym kvantitativundersøkelse gi et mer generelt og variert svar.

Videre har jeg supplert oppgaven med diverse offentlige rapporter og dokumenter som diagnosemanualen ICD-10, Helsedirektoratet sin ROP-retningslinje, forskningsbasert kunnskapsammenstilling om kognitiv miljøterapi og WHO's *Principles of Drug Dependence*

Treatment. Denne typen litteratur er utarbeidet av et større antall mennesker på bakgrunn av forskning og undersøkelser. Dokumentene har nøye utvalgte formuleringer som skal gi kunnskap på temaene for både allmennheten, og ikke minst helse – og sosialarbeider som jobber med problematikken. Derimot har jeg tatt i betraktning at noen av disse kildene er av en eldre sort og at nye formuleringer er under prosess. Jeg føler likevel at det jeg har valgt å bruke er informasjon som er gjengitt i flere kilder og som viser et overordnet perspektiv og ikke et smalt, spesifikt perspektiv på et felt.

Fra bachelorutdanningen for sosialt arbeid har jeg valgt følgende pensumlitteratur: *Sosialt arbeid – en grunnbok*, *Psykologi og psykiske lidelser (5.utg)*, *Endringsfokusert rådgivning og Praksisteorier i sosialt arbeid*. Denne litteraturen supplerer på forståelse rundt ROP-lidelse og rusbehandling, samt belyser det sosialfaglige perspektivet i oppgavens tema. Ved siden av dette har jeg via NTNU Universitetsbibliotek lånt bøker med hovedtema i forhold til miljøterapi, kognitiv miljøterapi, ROP-lidelse og behandling av rusavhengighet. I tillegg gikk jeg til innkjøp av boken *Håndbok i rusbehandling* fra 2021 av Kari Lossius. Jeg anså denne som en oppdatert kilde i forhold til rusbehandling da boken ble utgitt i ny revidert utgave i år.

3.0 TEORI OG LITTERATUR

I dette kapittelet skal jeg presentere relevant teori og litteratur for problemstillingen: *På hvilken måte kan kognitiv miljøterapi i rusbehandling bidra til økt livskvalitet hos mennesker med ROP-lidelse?*

Teoridelen vil starte med å gi en redegjørelse av begrepene rusmiddelavhengighet og ROP-lidelse. I avsnittet om kognitiv miljøterapi innledes det med en generell beskrivelse av behandlingsmetoden, for så å ta for seg kognitiv atferdsterapi og miljøterapi separat før å gi en ryddig forståelse av tilnærmingen. Deretter vil det komme et avsnitt som ser på sammenhengen mellom miljøterapi og sosialt arbeid. Videre vil det komme to avsnitt som gir en beskrivelse av begrepene *livskvalitet, motivasjon, mestring, endring og ambivalens*. Livskvalitet er et sentralt begrep i oppgavens problemstilling. Øvrige begreper jeg har funnet relevante for oppgavens tematikk som omhandler rusbehandling av ROP-lidelse, og som tar for seg ulike elementer i forhold til en endringsprosess.

3.1 Rusmiddelavhengighet

I Folkehelse rapporten *Rusbrukslidelser i Norge* (2019) beskrives *rusmiddelavhengighet* som en tilstand hvor en person opplever en sterkt lyst og manglende inntakskontroll ovenfor et eller flere rusmidler og opprettholder rusbruken til tross for negative konsekvenser. I tillegg prioriterer personen rusinntaket høyere enn andre ting i sine omgivelser, som tidligere har vært av en vesentlig betydning. I Diagnosemanualen *Komplett Blåbok ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser* (2021, s.39-40) betegnes rusmiddelavhengighet som en sykdomsdiagnose under navnet *avhengighetssyndrom*. For å kunne stille en slik diagnose må tre eller flere av seks oppførte kriterier være til stede, samt hatt en varighet på minst et år). Kriteriene innebærer blant annet at rusbruken har ført til *økt toleranseutvikling*, som betyr at det er et behov for større doser for å oppnå effekt, og at redusert eller opphørt bruk vil føre til *abstinenser*, som kan vises gjennom fysiske eller psykiske symptomer.

Verdens Helseorganisasjon anerkjenner rusmiddelavhengighet som en *biopsykososial* lidelse som krever en helhetlig og tverrfaglig tilnærming hvor både biologiske, psykologiske og

sosiale forhold blir vektlagt (WHO, 2008, s.1). En biopsykososial lidelse tar utgangspunkt i den *biopsykososiale modellen*, som innebærer at man vektlegger både biologiske, - psykologiske, - og sosiale forhold i forståelsen og behandlingen av et rusmiddelproblem (Malt, 2019). Biologiske forhold handler om hvordan rusmidler påvirker «hjernens belønningssystemer»; psykologiske forhold omfatter tanker, følelser og atferd; og sosiale forhold er knyttet til sosialt nettverk, bolig, økonomi, arbeid m.m. Dette viser nødvendigheten av individuell kartlegging hvor man tar hensyn til enkeltindividets situasjon og behov og tilrettelegger hjelpetiltakene deretter (Hole, 2014, s.12).

En individuell kartlegging bør inneholde bakenforliggende årsaker til problematikken hvor man utforsker rusen funksjon og *hvorfor* rusmisbruket opprettholdes. Simonsen (2016, s. 56) bruker et *bio-psyko-sosiokulturellperspektiv* for å gi en bredere forståelse av hvorfor man opprettholder et skadelig og ødeleggende rusmisbruk. Et biologisk perspektiv tar utgangspunkt i at rusmisbruket opprettholdes på bakgrunn av hjernens nevrologiske endringer; et psykologisk perspektiv legger vekt på at rusmiddelet demper ubehagelige følelser; og et sosiokulturelt perspektiv hevder at det er den sosiale konteksten som utvikler og opprettholder rusmisbruket. Dette kan for eksempel være bosituasjonen, tilhørigheten og «hierarkisk rangorden» i rusmiljøet og egen oppfatning (Simonsen, 2016, s. 53-56). Hole (2014, s. 49) mener at det er en individuell og sammensatt prosess hvor det er enkeltindividets totale livssituasjon som kan føre til et rusproblem. Ifølge Fekjær (2016, s. 91) hadde flertallet av såkalte «tunge rusmisbrukere» problemer før sin rusproblematikk, og peker på diverse belastende oppvekstforhold, skolevansker, m.m. som bakenforliggende årsaker til rusmisbruk. Videre never Hole (2014, s. 61-62) at *selvmedisineringsperspektivet* er sentralt innenfor rusbehandling, og ikke minst brukergruppen selv. I et behandlingsforløp er det viktig å kartlegge bakgrunn for valg av rusmidler og sammenhengen mellom rusbruken og personens øvrige problemer. Edward J. Khantzian (2006) utviklet en teori om selvmedisinering som tar utgangspunkt i menneskets emosjonelle og psykologiske aspekt. Teorien hevder at selvmedisinering er hovedårsaken til avhengighet, fordi valg og inntak av rusmidler er basert på hvilke som stabiliserer og demper psykisk ubehag.

3.2 Rus og psykiatri

Helsedirektoratet sin ROP-retningslinjen (2012, s. 16) definerer begrepet ROP-lidelse som en diagnose hvor det er en kombinasjon av ruslidelse og psykisklidelse, også kalt *komorbiditet*. ROP er altså en forkortelse for rus og psykiatri (Fekjær, 2016, s. 316). Ruslidelsen er alltid til stede i en slik diagnose, mens den psykiske lidelsen kan variere i kategori, antall og alvorlighetsgrad. Av psykiske lidelser kan det være snakk om angst, depresjon, spiseforstyrrelser, schizofreni, bipolar, personlighetsforstyrrelser m.m. (Evjen et al., 2012, s. 26). Innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det mest vanlig å behandle pasienter med tilleggs lidelsene angst, depresjon og personlighetsforstyrrelse (Helsedirektoratet, 2012, s.33). Hovedkriteriene er at de psykiske symptomene ikke forsvinner om rusbruket oppfører og at helheten av ROP-lidelsen er av en slik art den at den påvirker funksjonsevnen i hverdagen. I behandling av ROP-pasienter er det viktig å ha innsikt i at denne gruppen innehar et bredt spekter av psykiske lidelser og personligheter, samtidig som det finnes varierende alvorlighetsgrader og forskjellige former av rusmiddelavhengighet (Evjen et al., 2012, s. 26).

3.3 Kognitiv miljøterapi

Kognitiv miljøterapi er en behandlingsmetode som benytter seg av elementer fra kognitiv atferdsterapi i en miljøterapeutisk kontekst (Kleiven & Solbjør, 2013). Dramsdahl & Jordahl (2015, s. 55) beskriver metoden som et samarbeidsprosjekt mellom personalet og pasienten. I kognitiv miljøterapi er det er pasientens følelser, meninger og erfaringer som skal være i fokus, og miljøterapeutene skal kun fungere som en veileder og gi støtte slik at pasienten kommer «fram til egne konklusjoner» (Kleiven & Solbjør, 2012, s. 13). Formålet med kognitiv miljøterapi er blant annet å fremme pasientens framtidshåp gjennom økt mestringsfølelse og refleksjonsevne og forbedret selvfølelse (Solbjør, 2013). For å oppnå en nærmere forståelse av hvordan kognitiv miljøterapi blir praktisert kreves det først en innsikt i hva begrepene kognitiv atferdsterapi og miljøterapi innebærer hver for seg.

3.3.1 Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi har den kognitive modellen som et teoretisk utgangspunkt (Dramsdaahl & Jordahl, 2015, s. 30). Modellens teoretiske perspektiv innebærer at indre tankeprosesser påvirker våre følelser, atferd, holdninger, reaksjonsmønstre og fortolkning av situasjoner (Dramsdaahl & Jordahl, 2015, s. 70). Nærmere forklart starter den kognitive prosessen med at en person fortolker en ytre hendelse eller situasjon. Denne fortolkningen er basert på personens såkalte *kjerneantakelse*, som betyr en fastlåst antakelse av virkeligheten basert på tidligere erfaringer og opplevelser. Kjerneantakelsen vil så aktiverer en automatisk tanke som igjen vil aktivere en følelse som fører til en gitt atferd eller handling (Jensen, 2021, ss. 451 – 452). Behovet for kognitiv atferdsterapi forekommer når det aktiveres et dysfunksjonelt tankemønster på bakgrunn av rigide kjerneantakelser uten rot i virkeligheten, som igjen vil gi «ubehagelige følelser», som for eksempel angst. Resultatet av dette blir da at personen viser en negativ atferd som kan føre til uhensiktsmessige handlinger, både for personen selv og omgivelsene rundt (Jensen, 2021, ss. 451 – 452). I tillegg til å styre følelsene, representerer de automatiske tankene en absolutt sannhet, og «åpner ikke for nyanser eller refleksjon» (Jensen, 2021, s. 452). Målet med kognitiv atferdsterapi blir dermed å gjøre pasienten bevisst *hvilke* tanker som påvirker reaksjonsmønsteret negativt. Deretter starter et endringsarbeid hvor pasienten skal komme seg ut av negative automatiserte tanker, slik at pasienten får en forbedret emosjonell opplevelse og et mer rasjonelt reaksjonsmønster (Håkonsen, 2018, s. 280; Kleiven & Solbjør, 2013, s. 7).

3.3.2 Miljøterapi

Miljøterapi innehar et perspektiv på at alle mennesker lever i relasjoner med hverandre og at forhold i omgivelsene påvirker vår atferd og våre holdninger (Sommerfeldt & Skårderud, 2013, s. 17-19). Miljødelen handler om å tilrettelegge og organisere, mens terapidelen handler om å «utvikle og forandre» (Larsen, som referert i Landmark & Olkowska, 2016, s. 27). Innenfor en behandlingskontekst innebærer miljøterapi å tilrettelegge forholdene og bruke miljøet som en viktig brikke i behandlingen, både i form av ulike aktiviteter, terapi og menneskelige relasjoner (Kleiven & Solbjør, 2013, s. 5). Miljøterapi er en generell betegnelse og utføres forskjellig mellom behandlingssteder uti fra hvilken tilnærming praksisen baserer seg på, som for eksempel en kognitiv tilnærming (Bjerknes & Sælør, 2018, s. 145). I

miljøterapi spiller *postatmosfæren*, behandlingsmiljøet rundt pasienten, en betydelig rolle. Denne postatmosfære anses å ha en terapeutisk effekt som kan bidra til utvikling og endring, gjennom tilrettelegging av ulike forhold i miljøet. En behandlingsfremmende *postatmosfære* bør inneholde elementer som ivaretagelse, støtte, engasjement, bekreftelse og struktur (Dramsdahl & Jordahl, 2015, ss. 28-29; Kleiven & Solbjør, 2013, s. 5). En viktig del av behandlingsmiljøet er personalet, som benytter seg av den terapeutiske relasjonen til pasienten som et verktøy i endringsarbeidet (Landmark & Olkowska, 2016, s. 28). Med et slikt fokus på relasjoner krever miljøterapi at personalet innehar evnen til kritisk refleksjon av sin egen praksis som innebærer blant annet å reflektere og opparbeide seg en selvinnsett på eget reaksjonsmønster og holdninger (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 31).

3.4 Miljøterapi og sosialt arbeid

Miljøterapi kan sees i sammenheng med et systemteoretisk perspektiv (Olkowska, 2016, s. 47). I systemteori er man opptatt av at individer innenfor et bestemt system er i gjensidig påvirkning av hverandre, og sammen utgjør de helheten i systemet. (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 151). Et *system* kan for eksempel være familie, skole, nettverk og i en miljøterapeutisk kontekst, selve behandlingsinstitusjonen (Olkowska, 2016, s. 47). Dette gjør at miljøterapeuter er opptatt av det gjensidige samspillet mellom ansatte, pasientene og andre forhold i miljøet i institusjonen. I tillegg forstås atferd som en sum av dette samspillet mellom individet og dets omgivelser, noe som gjør at man går bort ifra å individforklare for eksempel problematisk atferd (Olkowska, 2016, s. 52-53). Dette er hentet fra *generell systemteori* som er en praksisteori i sosialt arbeid. På individnivå bidrar *generell systemteori* til at sosionomer innehar et helhetsperspektiv som gjør at man er opptatt av konteksten som en person befinner seg i. I likhet med miljøterapi så har sosialt arbeid fokus på *personen i miljø – perspektivet*, som innebærer en forståelse av at det må arbeides med endringer både med individet personlig og miljøet rundt personen (Hutchinson & Oltedal, 2018, ss. 150 - 151). Berg et al. (2015, s.19) bruker begrepet *personen i situasjonen* til å beskrive hvordan man i sosialt arbeid ser enkeltindivider uti fra den sammenhengen individet befinner seg i. Et slikt perspektiv er grunnleggende for sosionomens *analytiske ferdigheter*, som er en av kjernekompetansene i sosialt arbeid. Slike ferdigheter skal bidra til at en sosionom skal kunne analysere komplekse situasjoner gjennom å «identifisere og sortere» ut relevant informasjon som forekommer i en konkret situasjon (Kleppe, 2015, ss. 146-147). Overført til praktiseringen av miljøterapi vil

denne systemforståelsen og analytiske ferdigheter bidra til å kunne analysere situasjonen og samspillet mellom pasienten og øvrige forhold, for å identifisere hvor problemet oppsto og hvordan det kan løses (Kleppe, 2015, s. 146-147; Olkowska, 2016, s. 52-53).

3.4 Motivasjon, mestring og endring

Innenfor rusbehandling er begrepet *motivasjon* knyttet til selve endringsprosessen, og beskriver pasientens egenvilje til endring. Det er ikke noe fasitsvar på hva som vil motivere en person, da årsak til motivasjon vil variere mellom personer. I rusbehandlingen er det ofte konsekvensene av rusmisbruket som har ført til at en person ønsker en endring. Dette kan blant annet innebære «økonomiske, relasjonelle, lovmessige, helsemessige eller psykologiske» konsekvenser (Bjerknes & Sælør, 2018, s. 149). Motivasjon kan både forstås som en *indre kraft* og det kan være ytre faktorer som personen dras mot med et ønske å oppnå (Barth et al., 2001, s. 50). Ifølge Håkonsen (2018, s. 92) så handler motivasjon om hvilke årsaker som fører til handling og at motivasjon styres av «verdien og forventningene til et mål». Han peker på optimisme som en viktig følelsesmessig faktor for motivasjon, da ved mangel av optimisme vil føre til at man ikke har tillitt på at ting kan endre seg. Barth et al. (2001, s. 55) vektlegger *mestringstillit*, en tro på at man innehar evnen til å endre seg, som grunnleggende for motivasjon. Tiltro til seg selv vil øke graden av motivasjon, kontra lav tiltro vil føre til en tvil som legger dempe på motivasjonen. En annen måte å forstå begrepet mestring på er gjennom begrepet *self-efficacy*. Dette knyttes til ferdigheter som en person innehar til å utføre en *bestemt atferd*, altså en konkret handling til å mestre konkrete situasjoner (Bandura, som referert i Barth et al., 2001, s. 55).

Motivasjon og mestring er sentrale begreper som skal bidrar til endringsprosess. Prochaska & DiClemente (1992) har utviklet en fasemodell som skal fungere som et kart over ulike faser man går gjennom i en endringsprosess. Modellen består av fem faser som kalles føroverveielser, - overveielser, - forberedelses - handlings, - og vedlikeholdsfasen, og hver fase beskriver «kjennetegn ved en persons tanker, følelser og atferd» (Barth et al., 2001, s. 76). Videre nevner Barth et al. (2001, s.75) at modellen kan benyttes av fagfolk som et utgangspunkt til å tilpasse rett interaksjon og veiledning, basert på hvilken fase personen befinner seg i endringsprosessen. Det er for eksempel uhensiktsmessig med å gi praktiske råd når personen befinner seg i en fase som er preget av *ambivalens*. Bjerknes & Sælør (2018, s.

149) beskriver ambivalens som en *endringsmotstand*, hvor denne motstanden for endring blir påvirket av at en person opplever sitt rusmiddelmissbruk som både positivt og negativt. Barth et al. (2001, s. 38) omtaler ambivalens som en *indre konflikt*. Det handler om at problematferdens positive sider og negative sider veies opp imot hverandre slik at følelsene omkring endring kommer i konflikt. Resultatet av ambivalens er at man blir dratt i ulike retninger, da forskjellige ønsker ikke kan realiseres samtidig.

3.5 Livskvalitet

Begrepet *livskvalitet* omfatter både objektive og subjektive sider ved livet. Den subjektive livskvalitet handler om hvordan et individ *opplever seg selv* og sin livssituasjon, uavhengig av hvilken kontekst individet befinner seg i. Det handler om i hvilken grad man er tilfreds med eget liv og tar utgangspunkt i indre positive følelser som innebærer opplevelse av god fungering, mestring og mening. Den objektive livskvaliteten handler om faktorer i den konkrete livssituasjonen, som for eksempel «helsetilstand og funksjonsevne, materielle levekår, arbeidsoppgaver og fritidssysler» og påvirkningen disse har (Folkehelseinstituttet, 2019). Høie et al. (2015, s. 29) benytter seg av begrepet *psykisk velvære* for å betegne livskvalitet og beskriver psykisk velvære som en «subjektiv opplevelse av å ha det bra». Gjertsen & Jacobsen (2010, s. 15) hevder at grad av livskvalitet avhenger av individets påvirkning på eget liv. Hvor høy livskvalitet innebærer at individet innehar en høy grad av påvirkning kontra lav livskvalitet, som sees i sammenheng med liten grad av påvirkning. Folkehelseinstituttet (2019) anser høy livskvalitet som en beskyttelsesfaktor mot både fysiske og psykiske lidelser, som for eksempel angst og depresjon, og understreker viktigheten av at samfunnet tilbyr tiltak som skal legge til rette for sentrale faktorer som vil innvirke positivt på trivsel og livskvalitet. Dette innebærer faktorer som sosial deltagelse, opplevelse av glede, mening, mestring og *autonomi*. Begrepet autonomi kan oversettes med individets følelse av selvstendighet, hvor denne følelsen kan styrkes gjennom opplevelsen av uavhengighet, kontroll og selvbestemmelse (Håkonsen, 2018, s. 56). *Regjeringens strategi for psykisk helse (2017-2022) Mestre hele livet* (2017, s. 14) mener at det er behov for et systematisk mål på livskvalitet som kunne benyttes til å si noe om utviklingen i befolkning, og vurdere hvordan de ulike tiltakene fremmer eller hemmer livskvalitet.

4.0 DISKUSJON

Denne diskusjonen vil se nærmere på om kognitiv miljøterapi møter utfordringer og behovene til ROP-pasienter innenfor en døgnbehandlingskontekst, og om denne behandlingsmetoden vil ha en forbedrende effekt på både lidelsene og fremme livskvaliteten. Ikke minst, hva innebærer økt livskvalitet hos mennesker med ROP-lidelse? Utvalgt teori og litteratur og funn fra vitenskapelige artikler vil bli benyttet til å belyse problemstillingen: *På hvilken måte kan kognitiv miljøterapi i rusbehandling bidra til økt livskvalitet hos mennesker med ROP-lidelse?*

4.1 Individuell tilpasning – en nødvendighet

Tidligere har tilnærmingen til ROP-lidelse foregått ved enten en *parallel* – eller *sekvensiellbehandling*. Parallellbehandling betyr at begge lidelsene blir behandlet samtidig av forskjellige behandlere, og sekvensiellbehandling betyr at man behandler en lidelse av gangen (Steffensen, 2020). Disse tilnærmingene fører til en separat behandling som ikke tar hensyn til samspillet og den gjensidige påvirkningen som oppstår mellom lidelsene (Folkehelseinstituttet, 2019). Helsedirektoratet sin ROP-retningslinjen (2012, s.60) anbefaler en integrert behandling av ROP-lidelse. Dette betyr at ROP-pasienter får samtidig hjelp med både ruslidelsen og øvrige psykiske lidelser innenfor samme behandlingsforløp (Steffensen, 2020). En av fordelene med dette er at pasientene ikke må forholde seg til «to parallelle behandlingssystem» (Evjen et al., 2012, s. 125). Videre referer ROP-retningslinjen (2012, s. 60) til en studie som viser at en langvarig, helhetlig og omfattende behandling av ROP-lidelse resulterte i en forbedring av psykiske lidelser og reduserte rusinntaket. Dette kan forstås i lys av Khantzian (2006) sin teori om selvmedisinering. Teorien tar utgangspunkt i at det er sammenhengen mellom lidelsene, og peker på at årsak til rusmisbruk kan være at man døyver psykisk smerte med inntak av rusmidler. I en studie av ROP-pasienter fra 2018 (Fredriksson et al., 2018, s. 60) innebærer et av funnene at pasientene må å ha mulighet til å *verbalisere lidelsene* som kommer til overflaten når rusbruket opptar. Dette viser nødvendigheten av en helhetlig tilnærming på ROP-lidelsen. Sett fra et psykologisk perspektiv kan dette forklares med at rusinntaket opprettholdes for å dempe symptomene på den psykiske lidelsen (Simonsen, 2016, s. 47), noe som understreker viktigheten av at pasienten får mulighet til å jobbe med ubehagelige følelser som dukker opp ved redusert rusinntak. En fraværende

mulighet kan føre til en manglende optimisme for å bli rusfri fordi man må kjenne på vonde følelser, som igjen kan føre til svekket motivasjon (Håkonsen, 2018, s. 92).

Hovedfokuset i kognitiv miljøterapi er *nåtiden*. Likevel kan fortiden gi en forståelse av hvordan problemer og symptomer har blitt utviklet, samt hvorfor de blir opprettholdt. Denne innsikten anses som en viktig forutsetning for endring (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 121). En studie av kognitiv miljøterapi og ROP-pasienter (Borge et al., 2013) viser funn på at pasientene opplevde kognitiv miljøterapi som en behandlingsmetode som virket stimulerende på både ruslidelsen og den psykiske lidelsen, noe som kan tale for at metoden praktiserer en integrert og helhetlig behandling. Derimot påpeker Dramsdahl & Jordahl (2015, s.119) at man som miljøterapeut må kjenne til den kognitive tilnærmingens begrensninger. Enhver følelsesmessig reaksjon blir ikke utløst av en tanke, og pasienter kan ha et tilstandsbilde som ikke har nytte av kognitive verktøy. En annen begrensning ved behandlingsmetoden er at noen pasienter opplever at det blir *for* teoretisk, og at det kognitive perspektivet på hvordan kjerneantakelser aktiverer automatiske tanker kunne være vanskelig å forstå. (Borge et al., 2013, s. 937). Læringsevnen vil variere mellom pasientene basert på ulike sykdomsbilder. Det blir derfor viktig at personalet innehar en fellesoppfatning av hver enkelt pasient sin tilstand og funksjonsnivå (Borge et al., 2013; Dramsdahl & Jordahl, 2015). Dette understreker behovet *individuell tilpasning* som betyr at behandlingen skal tilpasses etter hver enkelt pasient sitt sykdomsbilde og funksjonsnivå (Evjen et al., 2012, ss. 112 – 113). I praksis er det et krav på å at det skal utarbeides en *individuell plan (IP)* i samarbeid med pasient, hvor planen skal ta utgangspunkt i pasientens behov og ønsker med behandling (Helsedirektoratet, 2012). Dette er i tråd med utførelsen av kognitiv miljøterapi i praksis, hvor det handler om å «tilpasse den kognitive tilnærmingen til pasienters individuelle behov» (Oslo Universitetssykehus, 2020). Borge et al. (2013, s. 937) viser i sin studie at et individuelt tilpasset behandlingsprogram gav pasientene en opplevelse av å bli møtt som et *selvstendig individ*, og at det hadde vært håpløst og demotiverende om pasientene måtte fulgt et helt likt program.

4.2 Eierskap til egen behandling

Det hevdes at ROP-pasienter ofte innehar en svekket motivasjon for endring, enn andre pasienter (Evjen et al.,2012, ss. 109-111; Fekjær, 2016, s. 317). Fekjær (2016, s. 317-318)

forklarer dette med at ROP-pasienter ofte er «møtløse og uten framtidshåp» grunnet en krevende livssituasjon og tidligere negative opplevelser med behandlingsapparatet. Han understreker viktigheten at ROP-pasienter får økt sin *mestringstillitt* for å kunne få motivasjon og nyttiggjøre seg av behandling. Dette viser til Barth et al. (2001, s. 58) sitt poeng med hvordan motivasjon og mestring påvirker hverandre. En forandring oppnås ved at pasienten selv *ønsker* en endring, samt innehar en tro på at man *kan* endre seg. Det er likevel viktig å være forberedt på at motivasjonslysten vil endre seg i et behandlingsforløp, da ambivalens er snarere en regel enn et unntak i en slik endringsprosess (Bjerknes & Sælør, 2018, s. 149; Barth et al. (2001, s. 38). Denne ambivalens kan dreie seg om hvorvidt pasienten «vil, kan eller ønsker gjennomføre behandling» av ulike grunner. Dette minner på at det er viktig å jobbe i takt med pasienten sitt tempo, og at miljøterapeuten må vurdere råd og hjelp uti fra hvilken fase i endringsprosessen pasienten befinner seg og tilrettelegge deretter (Bjerknes & Sælør, 2019, s. 148 - 149). Tilbake til begrepet mestring så kan dette sees i sammen med *økt egenmestring*, som er et av målene med kognitiv miljøterapi, og metoden mener at dette kan oppnås gjennom å inkludere og engasjere pasienten i egen behandling (Dramsahl & Jordahl, 2015, s. 124). Dette er i tråd med funn i studien til Borge et al. (2013, s. 937) hvor ROP-pasientene fremhever nettopp deltagelse i egen behandling som en positiv bidragsyter for motivasjon og mestringsfølelsen, og at det gav en opplevelse av eierskap. I en annen studie av mennesker med ROP-lidelse i en kommunaltjeneste (Biong & Soggiu, 2015, sidetall) trekkes det fram at samarbeidet med ansatte med egendefinerte ønsker og mål hadde betydning for livskvaliteten til tjenestebrukerne. Ifølge Gjertsen & Jacobsen (2010, s. 15) henger høy grad av påvirkning og høy grad av livskvalitet sammen. Dette kan tyde på at en opplevelse av eierskap kan være avgjørende, både for behandlingsløpet – og resultatet, da dette fører til en selvbestemmelse som kan gi en økt grad av autonomi, som igjen vil ha en positiv innvirkning på livskvaliteten (FHI, 2019). Dette betyr også at det er liksom viktig at pasienten tilegner seg ferdigheter til å mestre og påvirke sin egen livssituasjon, også utenfor institusjonen (Bandura, som referert i Barth et al., 2001, s. 55). Et annen viktig element i miljøterapi er at miljøterapeuten ikke skal opptre som en behandler, men som en bidragsyter og støtte slik at pasienten realiserer egne ressurser (Landmark & Olkowska, 2016). I sosialt arbeid betegnes dette som *hjelp til selvhjelp*, som er en viktig målsetning for sosionomens arbeid (Berg et al., 2001, s. 24). Det handler om å bistå med hjelp og støtte i en utviklingsprosess med et mål om *myndiggjøring*, som betyr at pasienten gjenopptar innflytelsen og kontrollen over eget liv (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 104). Samtidig påpeker Skau (2013, s. 33) at fagpersoner

ikke har makt til å myndiggjøre andre, og at det derimot handler om å legge til rette for at personene kan myndiggjøre seg selv.

4.5 «Relasjonsterapi»

Dramsdahl & Jordahl (2015, s. 55) beskriver kognitiv miljøterapi som et samarbeidsprosjekt mellom pasient og miljøterapeuten, hvor det samarbeides mot et felles mål for endring. Den *terapeutiske relasjonen* anses å være avgjørende for behandlingseffekten, og hevdes å ha en større betydning for behandlingsforløpet enn selve behandlingsmetoden (Evjen et al., 2012, s. 113; Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 92; Landmark & Olkowska, 2016, s. 28; Lossius, 2021, s. 32). Ask et al. (2019) konkluderer med i sin studie at relasjoner og samtaler med miljøterapeut hadde størst effekt på *pasienttilfredshet* i døgnbehandling. I tillegg viste funn fra Biong & Soggiu (2015) sin studie at samarbeid og likeverdighet i relasjonen førte til at pasientene fikk en selvtillit til egne evner til å løse sine problemer. Alt dette tyder på at det er viktig hvordan pasienten opplever sin relasjon til miljøterapeuten (Duncan, som referert i Landmark & Olkowska, 2016, s. 28).

I tråd med sosionomen arbeid *gjennom relasjoner*, er det interaksjonen mellom sosionom og pasient som legger grunnlaget for videre arbeid og oppnåelse av mål. Dette betyr at *samhandlings – og relasjonsferdigheter* er sentrale elementer i den sosialfaglige kompetansen, som innebærer blant annet en evne til å skape tillit, aktiv lytting, stille spørsmål som leder til refleksjon m.m. (Ellingsen & Levin, 2015, s. 115; Kleppe, 2015, s. 148-149). I miljøterapi er det viktig å inneha *grunnleggende relasjonelle ferdigheter* som blant annet empati, pålitelighet, høflighet og gode kommunikasjon og – formidlingsevner. I tillegg blir humor og selvironi trukket fram som et virkemiddel til å oppnå en god relasjon (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 95). Skårderud & Sommerfeldt (2013, s. 30) bruker begrepet *relasjonsbehandling* for å beskrive miljøterapi, og forklarer dette med at man i miljøterapi benytter seg av «relasjoner til å hele relasjonsskader». Dette begrunnes med at mange av pasientene som har behov for innleggelse har en kompleks bakgrunn, hvor tidligere hendelser belastende livserfaringer og symptomer på lidelsen kan påvirke atferden. Om en pasient viser symptomer på lidelse som personen tidligere har fått negative tilbakemeldinger på, så vil man gjennom «relasjonelle samspill» med miljøterapeut få en ny erfaring ved at terapeuten møter atferden på en ny og

hensiktsmessig måte. Denne anerkjennelsen kan bidra til at pasienten for tillitt til behandler, som er et viktig grunnlag for en relasjon (Heldal, 2021, ss. 338-339). Dette understreker sårbarheten ved å benytte seg av relasjonen som et redskap i terapien. Lossius (2021, s. 31) belyser dette ved at en slik terapeutisk relasjon er *emosjonelt ladet*, som betyr at pasienten og miljøterapeuten «påvirker og aktiverer hverandre emosjonelt». Pasienten sin atferd kan aktivisere enten en positiv eller negativ følelsesmessig reaksjon hos miljøterapeuten, som igjen kan påvirke miljøterapeutens oppfatning av pasientene (Lossius, 2021, s. 32). En studie av Rossberg et al. (2007) fant funn på sammenhengen mellom hvordan pasientene ble møtt av personalet og hvem som avsluttet behandling. Pasienter som hadde en atferd som fremkalte negative emosjoner hos personalet avsluttet oftere behandlingen, enn pasienter som fremkalte positive emosjoner.

Den en forskningsbaserte New Hampshire – modellen (referert i Fekjær, 2016, 318) vektlegger tillitt som en grunnpilar i behandlingsrelasjonen med ROP-pasienter. Dette bekrefter ROP-pasientene i Borge et al. (2013, s. 937) sin studie, som videre hevder at en god og tillitsfull relasjon bør inneholde en gjensidig respekt, aksept og likeverd. På den andre siden fremhever pasientene i Fredriksson et al. (2018, s. 60) sin studie at en opplevelse av sikkerhet og trygghet virker mer behandlingsfremmende enn tillitt. Derimot kan begrepene trygghet og tillitt sees i en sammenheng med hverandre: Om man føler seg trygg, da har man tillitt til at omgivelsene vil deg vel, og omvendt. En studie (Ask et al., 2019) viser at det *uformelle samværet* i behandlingsmiljøet er en viktig faktor i relasjonsbyggingen til pasientene, og at et jevnlig og uformelt samvær i hverdagen kan føre til at pasienten blir godt kjent med miljøterapeutene. Dramsdahl & Jordahl (2015, s. 55) nevner i tillegg samværets unike mulighet for personalet til å observere situasjoner og intervensjoner når *gytne øyeblikk* oppstår og gi pasienten en direkte veiledning. (Dramsdahl & Jordahl, 2015, s. 55). Dette samsvarer med Ingvaldsen (2016, s. 134) begrep *spontane øyeblikk*, som handler om en situasjon som oppstår i det dagligdagse samværet, hvor miljøterapeuten kan bruke situasjonen for å *fremme endring*. Denne fleksibiliteten gir pasienten mulighet til å få jobbet direkte med en bestemt situasjon, enn å gjenfortelle hendelsen inn i en fastsatt terapitime mellom individ og terapeut (Helsedirektoratet, 2021, s. 5 og s. 13).

Videre viser studien (Ask et al., 2019) at det dagligdagse samværet kan bidra til utjevning av maktforholdet mellom personalet og pasientene og med det oppnå en likeverdig relasjon.

Fredriksson et al. (2018, s. 860) sine funn peker derimot i en annen retning, hvor pasientene mener at en viss grad av *asymmetri* i relasjonen skaper trygghet. Dette forklares med at pasientene opplevde det lettere å åpne seg opp til en profesjonell ansatt om for eksempel sin rusavhengighet, enn nære relasjoner i nettverket, som familie og venner. Dramsdahl & Jordahl (2015, s. 124) hevder at det vil alltid vil forekomme en skjevfordeling i maktbalansen mellom miljøterapeut og pasient. Ifølge Skau (2013) så kan man forstå makt som en konstant i en pasient-behandler-relasjon, hvor maktbalansen alltid vil vippe mot behandler. Likevel trenger det ikke å bety at relasjonen er svak av den grunn. For noen pasienter kan for eksempel personalets kunnskap om psykisk sykdom og avhengighet kjennes betryggende og skaper respekt (Fredriksson et al., 2018, s. 860), mens andre finner trygghet i behandlingsinstitusjonen sine rammer og regler, selv om det flere til tider vil oppleve et ambivalent forhold til kontroll (Borge et al., 2013, s. 938). Det handler om å være bevisst sin makt i en profesjonellrolle og hvordan pasientene opplever maktforholdet, samtidig som det vil være nødvendig å kunne reflektere over hvordan man møter pasienten.

4.4 En sosial læringsarena

Som tidligere nevnt er det systemteoretiske perspektivet i kognitiv miljøterapi i tråd med en av sosialt arbeid sine praksisteorier *generell systemteori*, som utgjør behandlingsmetodens fokus på det gjensidige samspillet mellom individene og omgivelsene i miljøet (Hutchison & Oltedal, 2017, s. 151; Olkowska, 2016, s. 52-53). Den miljøterapeutiske konteksten gir mulighet for samspill og relasjonsbygging på ulike arenaer, både med personalet og andre pasienter, gjennom uformelle hverdagslige gjøre mål og aktiviteter (Heldal, 2021, s. 341). Dramsdahl & Jordahl (2015, s. 27) beskriver denne *postatmosfæren* som et terapeutisk verktøy for læring og endring på lik linje med selve metodikken og personalets kompetanse og samarbeidsevne. Derimot kan dette fokuset på miljø og samspill innebære noen utfordringer. Sett fra et systemteoretisk perspektiv så er individets atferd summen av samspillet mellom individet selv og omgivelsene og øvrige individene i behandlingsmiljøet. Det betyr at et helheten i et system påvirker individets handlinger og væremåte (Olkowska, 2016). Dette kan tyde på at miljøet er sårbart for negative påvirkninger og at dynamikken kan endres fort og drastisk (Heldal, 2021, s. 342). I Borge et al., (2013, s. 938) sin studie mente noen av pasientene at for mye delinger rundt rus førte til russug. Et annet eksempel trekkes frem i en studie (Christiansen & Fodstad, 2014) hvor en ansatt som jobber med ROP-pasienter

peker på at rusinntak i behandling kan skje og hvordan dette har en negativ effekt for resten av avdelingens pasienter.

Mange ROP-pasienter opplever svekkede ferdigheter og evner, noe som fører til at sosiale settinger – og relasjoner kan være utfordrende (Larsen, 2013, s. 7), og har en livssituasjon som ofte er preget av nedsatt sosial kompetanse og lite eller svakt sosialt nettverk Evjen et al., 2012, s. 109. Kognitiv miljøterapi opptatt av miljøets påvirknings på individet, blant annet med tanke på hvordan sosial utvikling avhenger av *sosial respons* fra andre individer i omgivelsene (Sommerfeldt & Skårderud, 2012, s. 79). En form for sosial respons kan være å bli møtt med anerkjennelse og respekt. Dette er viktige bidrag for en positiv selvutvikling, da menneskers selvbilde lar seg påvirke av andre menneskers iakttagelse og fordømming (Honneth, 2008). I tillegg vektla pasientene i studien (Borge et al., 2013, s. 938) hvordan tilbakemeldingene fra andre pasienter gav muligheter til å se seg selv fra andres perspektiv, noe som gav en større innsikt på hvordan egen atferd påvirket andre og hva som behøvdtes å jobbe med videre. Videre er det i kognitiv miljøterapi fokus på tilrettelegging av forhold i omgivelsene slik at endring kan skje, blant annet gjennom å organisere læring for sosiale ferdigheter (Sommerfeldt & Skårderud, 2012, s. 79). Sosiale ferdigheter kan læres gjennom sosialiseringen med personalet og andre pasienter, samt at den kognitive tilnærmingen tar sikte på at pasienten blir selvregulerende i forhold til uhensiktsmessige reaksjonsmønstre og problematisk atferd (Jensen, 2021, ss. 451 – 452).

I studien til Borge et al. (2013, s. 936) viste det seg at et aksepterende, meningsfullt og stimulerende *læringsklima* bidro til økt mestring og motivasjon for ROP-pasientene, og at behandlingsmiljøet gav muligheter for sosial trening gjennom sosialisering med andre pasienter. Med andre ord så kan man forstå selve behandlingsmiljøet som en unik arena for sosial læring i voksen alder. Et anerkjennende og trygt behandlingsmiljø kan fremme individets selvværd og gi en opplevelse av tilhørighet. Samtidig er det i fellesskap med andre mennesker vi gis mulighet til å finne vår identitet og utvikle oss som individer (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s.99-100), spesielt blir dette viktig da ROP-pasienter etter stigmatisering, diskriminering og utenforskap kan ha skapt seg identitet basert på andres fordommer og ført til lavt selvbilde (Evjen et al., 2012, s. 109). Begrepet *identitet* kan forstås som individets merkelapp på «hva og hvor en person er sosialt plassert», samtidig som identiteten først blir en sannhet for et individ når egne oppfatninger samsvarer med andres oppfatninger

(Hutchison & Oltedal, 2017, s. 46). Det vil si at en person ikke identifiserer seg som en rusmisbruker før personen har latt seg påvirke av andres oppfatninger over tid. Dermed kan det antydes at når først identitet som rusmisbruker er integrert i personens selvoppfatning, så vil det kreve et intenst arbeid for å snu denne oppfatningen. Om man lar seg påvirke av andres oppfatning ender man med å degradere seg selv noe som reduserer ens selvverd (Borge et al., 2013). For mange ROP-pasienter vil det dermed være et behandlingsmål innebære forbedret selvbilde og selvfølelse, som vil oppgrader den subjektive siden av livskvalitet (FHI, 2019). Hvis man ser på ROP-lidelsen fra et sosiokulturelt perspektiv, så kan det også hende at individets sosiale kontekst er med på å opprettholde rusmisbruket. I mange tilfeller vil det bli nødvendig for innlagte pasienter å finne tilhørighet og ny identitet i et nytt miljø etter institusjonsoppholdet (Simonsen, 2016, s. 53-56). ROP-retningslinjen (2012, s. 64) anbefaler *sosialrettet oppfølgingstiltak* for ROP-pasienter etter behandlingsopphold, som innebærer tiltak som vektlegger «trening i sosiale ferdigheter som kan bedre personers funksjonsnivå og livskvalitet». En slik oppfølging avhenger av hver enkelt behandlingsinstitusjon sine ressurser og om det tilbys oppfølging, da kognitiv miljøterapi kun innebærer selve behandlingsmetoden. Det er likevel grunn til å tro at den kognitive tilnærmingen og den miljøterapeutisk kontekst i noen tilfeller kan bidra til styrking av både sosiale ferdigheter og selvbilde, som kan legge et grunnlag for videre relasjonsbygging på utsiden.

5.0 AVSLUTNING

Hensikten med denne oppgaven var å se nærmere på om kognitiv miljøterapi i rusbehandling og diskutere om denne metoden kan imøtekomme behovene til mennesker med ROP-lidelse, samt ha en behandlingsfremmende effekt på både rusmiddelavhengigheten og den psykiske lidelsen slik at livskvaliteten forbedres. Problemstillingen var som følgende: *På hvilken måte kan kognitiv miljøterapi i rusbehandling bidra til økt livskvalitet hos mennesker med ROP-lidelse?*

For mange mennesker med ROP-lidelse vil økt livskvalitet innebærer en forbedret fungering i hverdagen, hvor det handler om å både mestre seg selv og inneha en påvirkningskraft som vil føre til en kontroll av egen livssituasjon. I tillegg har mange behov for styrking av selvbildet og sosiale ferdigheter. I tillegg vil noen ha behov for å etablere en ny identitet og nytt nettverk som skal erstatte destruktive relasjoner og rollen som man hadde innad i et rusmiljø. For å kunne oppnå mye av dette kreves det først og fremst en egen motivasjon for endring, og en tro på at ting kan endre seg.

Kognitiv miljøterapi kan på mange måter imøtekomme behovene til ROP-pasienter. Metoden inkluderer pasientene som aktiv deltagende i egen behandling, noe som er med på å gi en opplevelse av selvbestemmelse, samt kan virke fremmende for pasientens selvfølelse. I tillegg har kognitiv miljøterapi fokus på og legger til rette for styrking av pasientens påvirkningskraft, mestring, motivasjon og sosiale ferdigheter, noe som funn fra ulike vitenskapelige studier kunne bekrefte. Metodens kan forstås som en helhetlig tilnærming av både rusavhengigheten og den psykiske lidelsen, hvor den kognitive tilnærmingen tar hensyn til det psykologiske aspektet og den miljøterapeutiske konteksten er opptatt av samspillet mellom individet og dets omgivelsenes. I flere av studiene ble den terapeutiske relasjonen fremhevet som en viktig brikke i behandlingsforløpet. Denne vektleggingen av det relasjonelle samspillet mellom pasient og miljøterapeut kan utgjøre en svakhet ved kognitiv miljøterapi, og en studie viste hvordan emosjonelle aspektet i et slik samspill kunne være avgjørende for utfallet av behandlingen. Dette innebærer at en miljøterapeut som praktiserer kognitiv miljøterapi må inneha reflekterende ferdigheter og ha selvinnsikt på eget reaksjonsmønster. En annen svakhet med metoden er at for noen oppleves den kognitive

tilnærmingen for teoretisk og vanskelig å forstå, selv om det i kognitiv miljøterapi er fokus på at behandlingsforløpet skal tilpasses etter hvert enkeltindivid sine individuelle behov og funksjonsnivå. Dette med individuell tilpasning er i tråd med anbefalte tilnærminger på ROP-lidelsen, hvor kognitiv miljøterapi imøtekommer kravene. Et annet positivt funn, i forhold til et sosialt faglig perspektiv, er at metoden gir mulighet for sosial trening gjennom sosialiseringen i uformelle hverdagslige aktiviteter med personalet og andre pasienter, noe som legger grunnlaget for utvikling av sosiale ferdigheter og selvinnst. Dette kan bidra til en god start for videre nettverksbygging på utsiden. Tilhørighet til et sosialt nettverk anses å spille en stor rolle for den subjektive livskvaliteten.

Som tidligere nevnt så er flere av funnene hentet fra kvalitative vitenskapelig artikler og vil dermed ikke gi et generaliserende bilde av pasientgruppen. Funnene, sammen med valgt litteratur, har likevel bidratt til å belyse hvordan kognitiv metode kan virke behandlingsfremmende på ROP-lidelsen og med det økte graden av livskvaliteten. Samtidig må det tas hensyn til kompleksiteten rundt ROP-lidelsen og at oppfattelsen av hva som gir god livskvaliteten vil være av en individuell og subjektiv karakter. Det finnes begrenset studier av kognitiv miljøterapi som behandlingsmetode, spesielt innenfor rusfeltet. Jeg føler selv at denne metoden kan benyttes som en helhetlig tilnærming av samtlige lidelser, hvis det gis rom og tid til å praktisere den i sin helhet. Særlig med tanke på at rusavhengighet handler om så mye mer en kun å redusere selve inntaket, og at flertallet av ruspasienter har en eller flere psykiske lidelser ved siden av rusmisbruket. Kognitiv miljøterapi tar sikte på en varig endring av atferd, noe som vil være avgjørende for mange ROP-pasienters fremtidsutsikter.

Referanser

- Ask, C., Hanche-Olsen, M., Svindtseth, M.F. (2019). Pasienttilfredshet i en avrusningsinstitusjon for pasienter med rusmiddelproblemer – en kvantitativ deskriptiv studie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 15(1), s. 1-19.
<https://doi.org/10.7557/14.4399>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A Practical Guide*. Open University Press.
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2001). *Endringsfokuset rådgivning*. Gyldendal Akademisk.
- Berg, B., Kleppe, L. C., Levin, I., & T. Ellingsen, I. (2015). Hva er sosialt arbeid? I I. T.Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (ss. 19-35). Universitetsforlaget.
- Biong, S., Soggiu, A-S. (2015). «Her tar de tingene i henda og gjør noe med det» - Om recovery-orientering i kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), s. 51-60. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-06>
- Borge, L., Røssberg, J.I., Sverdrup, S. (2013). Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(10), s. 932-942.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12090>

Christiansen, B., Fodstad, H. (2014). Hva kan kjennetegne oppfatninger av personer med rus- og psykiske helsevansker (ROP) hos ansatte og studenter? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(2), s. 126-134.

<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-02-04>

DiClemente, C.C, Norcross, J.C., Prochaska, J.O. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), s. 1102-1114.

<https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>

Dramsdahl, M., & Jordahl, H. (2015). *Kognitiv miljøterapi: Samarbeid og endring*. Fagbokforlaget.

Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp: Om psykiske lidelser og rusmisbruk* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Fekjær, H. O. (2016). *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk* (4. utg.). Gyldendal Akademisk.

Fellesorganisasjonen. (2017). *Sosionomer og sosialt arbeid* [Brosjyre] Hentet fra

[https://www.fo.no/getfile.php/13117381548957643/Dokumenter/Din%20profesjon/Br osjyrer/Sosionomer%20og%20sosialt%20arbeid.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/13117381548957643/Dokumenter/Din%20profesjon/Br%20osjyrer/Sosionomer%20og%20sosialt%20arbeid.pdf)

Folkehelseinstituttet. (2019, 23. september). *Fakta om livskvalitet og trivsel*.

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Folkehelseinstituttet (2019, 06. desember). *Rusbrukslidelser i Norge*.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

Fredriksson, L., Gustin, L., Priebe, Å. (2018). A sanctuary of safety: A study of how patients with dual diagnosis experience caring conversations. *International journal of mental health nursing*, 27(2), s. 856-865. <https://doi.org/10.1111/inm.12374>

Friis, S., Karterud, S., Pedersen, G., Rossberg, J.I. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Compr Psychiatry*, 48(3), s. 225-230. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.002>

Heldal, A. (2021). Miljøterapi i rusbehandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., ss. 336-347). Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *PICO*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. Sammensatte tjenester - samtidig behandling*. Helsedirektoratet.

Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer: En innføring*. Universitetsforlaget.

Honneth, A. (2008). *Kamp om anerkjennelse*. Pax.

Holter, H.K., Knudsen, H., Moe, M., Myhre, C., Nesvåg, S., Njå, A.L., Scott, B.E., (2017). Drop out fra langtids døgnbasert rusbehandling. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13(2), s. 98-108. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-02-02>

Hutchinson, G. S., & Oltedal, S. (2017). *Praksisteorier i sosialt arbeid*. Universitetsforlaget.

Høie, M., Solhaug, P., Vederhus, J-K. (2015). Endring i psykisk velvære etter gjennomført

12-trinnsbasert rusbehandling – En sammenligning av dag – og døgnbehandling.

Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 12(1), s. 29-38.

<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-05>

Håkonsen, K. M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Ingvaldsen, M. (2016). Øyeblikkets betydning for nye relasjonelle erfaringer. I B. Landmark, & A. Olkowska (Red.), *Miljøterapi: Prinsipper, perspektiver og praksis* (ss. 133-162). Fagbokforlaget.

Jacobsen, K., & Gjertsen, H. B. (2010). *Forståelse i miljøterapi: Teori, forståelsesramme, kognisjon, emosjonell og psykologisk fungering, helse og miljø*. Gyldendal Akademisk.

Jensen, F. S. (2021). Kognitiv atferdsterapi ved forebygging og håndtering av tilbakefall. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., ss. 450-473). Gyldendal Akademisk.

Khantzian, E.J. (2006). The self-medication hypothesis of addictive disorders: fokus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry*, 142(11), s. 1259-1264.

<https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>

- Kleiven, H. H., & Solbjør, M. (2013). *Kognitiv miljøterapi: En forskningsbasert kunnskapssammenstilling* (Rapport nr 3/2013) . Nasjonalt kompetanse senter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/3775/NAPHA-Rapport-Kognitiv-7k.pdf>
- Kleppe, L. C. (2015). Sosialfaglig kompetanse. I I. T. Ellingsen, B. Berg, I. Levin, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (ss. 139-154). Universitetsforlaget.
- Landmark, B., & Olkowska, A. (2015). Hva gjør miljøterapi til terapi? I B. Landmark, & A. Olkowska (Red.), *Miljøterapi: Prinsipper, perspektiver og praksis* (ss. 23-32). Fagbokforlaget.
- Lossius, K. (2021). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., ss. 23-35). Gyldendal Akademisk.
- Malt. U. (2019, 26. august). Biopsykososial modell. I *Store norske leksikon*.
https://sml.snl.no/biopsykososial_modell
- Olkowska, A. (2016). Miljøterapi og det systemiske perspektivet. I B. Landmark, & A. Olkowska (Red.), *Miljøterapi: Prinsipper, perspektiver og praksis* (ss. 47-58). Fagbokforlaget.
- Oslo Universitetssykehus. (2020, 21. september). *Kognitiv miljøterapi ved Seksjon rus og avhengighetsbehandling voksen*. <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/kognitiv-miljoterapi?sted=seksjon-rus-og-avhengighetsbehandling-voksen-ulleva-sykehus>
- Prop. 15 (2016-2020). *Opptappingsplan for rusfeltet*. Helse – og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/sec1>

Regjeringen. (2017). *Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Departementene. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Schiøtz, A. (2017). Rus i Norge – politiske og medisinske tilnærminger i et historisk lys. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(1), 4-26.
<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-01-01>

Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet: Lærebok for helse og - sosialfag*. Fagbokforlaget.

Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp: Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Skjefstad, N. (2007). Respekt og anerkjennelse. I N. Skjefstad, & E. Marthinsen (Red.), *Tiltaksarbeid i sosialtjeneste og NAV - tett på!* (ss. 81-105). Universitetsforlaget.

Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken: Mentalisering som holdning og handling (MBT-M)*. Gyldendal Akademisk.

Solbjør, M. (2013, 29. august). *Norske erfaringer med kognitiv miljøterapi: Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnoser (TEDD)*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). <https://www.napha.no/content/14657/norske-erfaringer-med-kognitiv-miljoterapi:-tverrfaglig-enhet-for-dobeltdiagnoser-tedd>

Sosial – og helsedirektoratet. (2019). *Komplett blåbok ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer.*

Verdens helseorganisasjon (WHO).

[file:///C:/Users/Eier/Downloads/Komplett%20B1%C3%A5bok%20IDC-10%20Psykiske%20lidelser%20og%20atferdsforstyrrelser%20\(10\).pdf](file:///C:/Users/Eier/Downloads/Komplett%20B1%C3%A5bok%20IDC-10%20Psykiske%20lidelser%20og%20atferdsforstyrrelser%20(10).pdf)

Steffensen, E.S. (2020, 30. oktober). *Integrert behandling av rus og psykiske lidelser.*

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse (NAPHA). <https://www.napha.no/content/14619/integrert-behandling-av-rus-og-psykiske-lidelser>

Sælør, K. T., & Bjerknæs, S. O. (2019). Miljøterapi i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I S. Ytrehus, & S. Biong (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. utg., ss. 141-156). Cappelen Damm Akademisk.

T. Ellingsen, I., & Levin, I. (2015). Relasjoner i sosialt arbeid. I I. Levin, B. Berg, I. T. Ellingsen, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (ss. 112-124). Universitetsforlaget.

T. Ellingsen, I., & Skjefstad, N. S. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning. I I. Levin, I. T. Ellingsen, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (ss. 97-111). Universitetsforlaget.

WHO. (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion paper.*

<https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>

