

Eva Tale Skogås

«Hvordan kan heldøgns rusbehandling være til hjelp for rusavhengige med ROP-lidelser som følge av omsorgssvikt i barndommen?»

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid

Veileder: Cecilie Ellefsen

Mai 2021

Eva Tale Skogås

**«Hvordan kan heldøgns rusbehandling
være til hjelp for rusavhengige med
ROP-lidelser som følge av omsorgssvikt
i barndommen?»**

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid
Veileder: Cecilie Ellefsen
Mai 2021

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hvert år er det rundt fem tusen rusmisbrukere som mottar rusbehandling ved døgninstitusjoner i Norge. Undersøkelser viser at ni av ti pasienter i døgnbehandling har psykiske helseproblemer i tillegg til ruslidelsen, og sytti prosent har en eller flere personlighetsforstyrrelser. Mange av pasientene har en barndomshistorie preget av omsorgssvikt og alvorlige krenkelser som vold og seksuelle overgrep. Opphold på døgninstitusjon er en tverrfaglig spesialisert rusbehandling hvor de ansatte jobber tett opp mot pasientene for å tilpasse et individuelt behandlingsforløp innenfor en miljøterapeutisk kontekst. Behandlingen legger vekt på å se og behandle hele mennesket, i samspill med terapeutiske fellesskapet i institusjonen.

Abstract

In Norway, approximately five thousand substance abusers receive interdisciplinary treatment for substance dependence, each year. Studies shows that nine out of ten patients have psychiatric health problems in addition to their substance abuse, and seventy percent suffer from one or multiple personality disorders. Many of the patients have a historic of childhood neglect and serious violations such as domestic violence and sexual abuse. At a substance dependence treatment institution, the patients are given an interdisciplinary treatment individually tailored to each patient, all within an environmental therapeutic context. The treatment model emphasizes on recognizing and giving treatment to all aspects of the patient's life, all within the interaction with the therapeutic community at the institution.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	1
Abstract	1
1.0. Innledning.....	3
1.1. Bakgrunn for valg av tema	3
1.1.2.Problemstilling	4
1.2. Definisjon av sentrale begreper	4
1.3.1.ROP-lidelser	4
1.3.2.Pasient i rusbehandling.....	4
1.3.3.Døgnbehandling	5
1.3.4.Avgrensninger	5
1.3. Metode.....	5
1.4. Videre oppbygging av oppgaven.....	6
2.0. Teoretisk bakteppe	6
2.1. Traumer, tilknytningsteori og toleransevinduet.....	6
2.2. Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser.....	9
2.2.1. Personlighetsforstyrrelser	9
2.2.2. Depresjon.....	9
2.2.3. Angstlidelser.....	10
2.3. Behandlingsideologi og metoder i heldøgns rusbehandling.....	10
2.3.1.Recovery perspektivet	10
2.3.2. Miljøterapi	11
2.3.3. Mentaliseringsbasert terapi.....	11
2.3.4.Mindfulness i rusbehandling	12
3.0. Hoveddel	12
3.1.Inntak, kartlegging og diagnostisering	13
3.2.Den gode hjelper, miljøarbeideren	15
3.3.Miljøterapeutisk samfunn.....	17
3.4.Mentaliseringsbasert terapi.....	20
3.5.Mindfulness i døgnbehandling	22
4.0.Avslutning	22
Referanser	24

1.0. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Rusmisbrukere er en stigmatisert og marginalisert gruppe. Tunge rusmisbrukere bærer ofte et synlig preg av et hardt liv, og for mange assosieres dette med kriminalitet og fare. For rusmisbrukeren medfører dette til ekskludering fra offentlige rom, og å til stadighet bli mistenkeliggjort av politi, vektere og hjelpe- og helseapparatet (Kanestrøm, 2013). For å hjelpe rusmisbrukeren med å bli rusfri, må man som helse- og sosial arbeider se hele mennesket og dets historie, da det ofte ikke er rusen i seg selv som er problemet. Ofte er rusen et symptom på dype, ubearbejdede følelsesmessige sår og traumer.

I 2017 var det 18 500 mennesker i behandling med en avhengighetsdiagnose ved narkotikaproblemer (Folkehelseinstituttet, 2018). I Norge er rus- og avhengighetsbehandling delt inn i to nivå; hjelp i kommunen og hjelp i spesialisthjelpetjenesten, hvorav rusbehandling i døgninstitusjon kommer inn under spesialisthelsetjenesten (Fagrådet - Rusfeltets hovedorganisasjon, u.d.). Rusmisbrukeren i døgninstitusjon har ofte et så omfattende misbruk at rusen har blitt en del av brukerens identitet, og påvirker de fleste aspekter ved brukerens liv, både sosialt og økonomisk, og også atferdsmessig, fysiologisk, psykologisk og kognitivt (Furuholmen, 2007). I 2017 var det 5127 personer som mottok rusbehandling i døgninstitusjon, enten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) eller psykisk helsevern, disse tallene har vært rimelig jevne de siste 10 årene (Folkehelseinstituttet, 2018). Hele 9 av 10 pasienter i rusbehandling lider av en eller flere psykiske lidelser og cirka 70 % har en eller flere personlighetsforstyrrelser (Skogen, Torvik, Hauge, & Reneflot, 2019). De mest utbredte psykiske lidelsene vi finner hos pasienter i behandling i TSB er depresjon, angstlidelser, PTSD og personlighetsforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2012). Mange av rusmisbrukerne som er i døgnbehandling kan vise til en barndom med omsorgssvikt og dårlige oppvekstvilkår, gjentatte fysiske og psykiske krenkelser samt seksuelle krenkelser (Furuholmen, 2007). Noen utvikler psykiske lidelser som en følge av rusmisbruk, mens for mange opptrår symptomer på psykisk lidelse før de startet med rus.

Undersøkelser viser at forekomst av vold og overgrep i barndommen gir 3-5 ganger økt risiko depresjoner og 6-21 ganger økt risiko for rusmisbruk (Barne- og familiedepartementet, 2012). Helsedirektoratet rapporterer at ca. 65 prosent av kartlagte rusmisbrukere har psykiske vansker som går alvorlig ut over deres daglige fungering og oppfordrer til at

rusmiddelproblemer, psykiske helseproblemer og traumeforståelse bør ses i sammenheng (Helsedirektoratet, 2014).

1.1.2. Problemstilling

«Hvordan kan heldøgns rusbehandling være til hjelp for rusavhengige med ROP-lidelser som følge av omsorgssvikt i barndommen?»

1.2. Definisjon av sentrale begreper

1.3.1. ROP-lidelser

Betegnelsen ROP-lidelser omfatter pasienter med alvorlig ruslidelse som samtidig har en psykisk lidelse, og psykiatriske pasienter med en ruslidelse. Kartlegging og diagnostisering av ROP- pasienter kan være vanskelig og tidkrevende da bruk av rusmidler kan kamuflere underliggende psykiske lidelser og symptomer på psykiske lidelser kan forveksles med symptomer utløst av en ruslidelse (Lillevold, 2016). Helsedirektoratet har definert fire ulike sammenhenger mellom samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.

1. *Primær ruslidelse og sekundære psykiske problemer*
2. *Primær psykisk lidelse og sekundære rusmiddelproblemer*
3. *Felles utløsende faktorer*
4. *Andre sammenhenger og ulike kombinasjoner*

(Helsedirektoratet, 2012)

I de tilfeller hvor ROP-lidelsen begrunnes med felles utløsende faktorer ligger det ofte traumatiske hendelser og grov omsorgssvikt til grunn. Gjentatte krenkelser i oppveksten har medført til at personen er sårbar både for psykiske lidelser og rusavhengighet (Lillevold, 2016).

1.3.2. Pasient i rusbehandling

Siden rusreformen 2004 ble ansvaret for rusbehandling flyttet fra fylkeskommunene til staten, og rusbehandling ble underlagt spesialhelsetjenesten. Lovhjemmelen for behandling ble overført fra sosialsektor til helsesektor, med dette fikk personer med rusbrukslidelse pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper (Bahus, 2018). Mange døgninstitusjoner referer til sine pasienter som elever, brukere eller klienter i dagligtale, men i sine rapporteringer henvises det som regel til pasient (Tyrili FoU, 2019). På bakgrunn av at rusmisbrukere i behandling ved døgninstitusjon er kategorisert som pasienter etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b (1999), vil jeg videre i oppgaven anvende terminologien pasient.

1.3.3.Døgnbehandling

Under en døgninnleggelse flytter pasienten inn på institusjonen som et ledd i behandlingsforløpet. Behandlingsforløpet går som regel over tolv måneder, og i tillegg opptil seks måneder oppfølging etter endt behandling. Tilbudet ved institusjonen vil bestå av individuelle samtaler og deltakelse i grupper, arbeidstrening, muligheter for å gjenoppta skolegang, botrening og ettervern. Behandlingen skal tilrettelegges ut fra pasientens behov, og den enkelte får tett oppfølging av de ansatte. Institusjonen er døgnbemannet og ansvarlig behandlingspersonalet vil være tilgjengelig gjennom hele døgnet (Oslo universitetssykehus, u.d.).

1.3.4.Avgrensninger

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til rusmisbrukere med samtidig psykisk lidelse, såkalt ROP-lidelser. Dette er en sårbar og stigmatisert gruppe som har behov for tverrfaglig spesialisert behandling og oppfølging over tid. De fleste med ROP-lidelser har størst utbytte av et behandlingsforløp i døgninstitusjon. Problemstillingen er derfor avgrenset til å se hvordan døgnbehandling kan være til hjelp for denne pasientgruppen. Videre har jeg avgrenset problemstillingen til å fokusere på ROP-lidelser som en følge av omsorgssvikt og gjentatte krenkelser i barndommen.

1.3.Metode

Oppgaven er teoretisk oppgave hvor jeg har benyttet meg av tidligere pensum, annen faglitteratur og systematisk litteratursøk i databaser for å finne forskningsmateriale og anerkjente teorier innenfor det feltet jeg har valgt å skrive om. I tillegg har jeg aktivt brukt referanselistene i bøker og artikler for å finne mer utdypende informasjon rundt de enkelte emnene. Selve prosessen med å finne relevant litteratur tok lengre tid enn jeg hadde forventet, spesielt i forhold til å vurdere hvilke kilder som er faglig oppdaterte og gjenspeiler dagens rusbehandlingstilbud. Boken «Felleskapet som metode; om miljøterapi og rus» (2007) av Furuholmen og Andresen ble en viktig bidragsyter til oppgaven, til tross for at den daterer seg 14 år tilbake i tid gjenspeiler den mye av dagens behandlingstilbud og gir en grundig gjennomgang av institusjonenes ideologi, oppbygging og utfordringer. Til sammenligning har jeg brukt Helsedirektoratet, Norsk Helseinstitutt og Tyrilistiftelsen sine nettsider aktivt. Før å få belyst problemstillingen måtte jeg søke litteratur både innen rusbehandling, psykiatrien og tilknytningsteorien. I søkeprosessen har jeg benyttet meg av databasene Oria og Idunn, samt søkemotoren Google Scholar. Jeg har søkt på norsk, engelsk og dansk litteratur. Søkord jeg har brukt, både enkeltstående og i kombinasjon med hverandre er «rusmisbruk»,

«rusbehandling», «døgnbehandling», «utviklingstraumer», «rop-lidelser», «personlighetsforstyrrelser», «miljøterapi», «mentaliseringsbasert terapi, «recovery-orientert», «mindfulness»,

1.4.Videre oppbygging av oppgaven

Videre i oppgaven vil jeg først presentere et teoretisk bakteppe. Jeg går først inn i hvordan traumepåkjenninger og tilknytning til våre omsorgspersoner er med å forme ens oppfattelse av en selv og sine omgivelser, og hvordan det påvirker ens reguleringssystem og evne til å danne sosiale relasjoner. Videre tar jeg for meg noen av de mest utbredte psykiske lidelsene vi finner blant ROP-pasienter i døgninstitusjon, behandlingssideologi og behandlingsmetoder vi ofte finner i døgninstitusjoner. I hoveddelen vil funn fra fagbøker og vitenskapelige artikler som er relevant for problemstillingen, bli presentert og drøftet opp mot problemstillingen.

2.0.Teoretisk bakteppe

2.1.Traumer, tilknytningsteori og toleransevinduet

Traume er en overveldende, psykisk stressopplevelse i situasjoner som oppfattes som truende, ukontrollerbare, intense og uforståelige. Det er for øvrig ikke hendelsen i seg selv som er traumet, men den psykiske påkjenningen og skaden som kommer som en følge av hendelsen (Trøften Gamst, 2017). Psykologiske traumer oppstår når det vi opplever overstiger vår mentale kapasitet til å integrere hendelsen inn i vår egen narrative historie (Hagen, Da Silva, & Thelle, Innledning, 2018). Dette fører til at traumeminner lagres fragmentert og er knyttet til sansene, følelser og reaksjoner, i motsetning til vanlige minner som lagres kronologisk og som man kan fremkalle ved hjelp av viljestyrte prosesser (Trøften Gamst, 2017). Når man blir utsatt for traumatiske opplevelser går hjernen automatisk inn i en overlevelsesmodus og overlevelsesmekanismer i stress-respons systemet overtar (Thelle, 2018). Stress-respons systemet finner vi i hjernen, og ved en forenklet modell utarbeidet av nevrofysikeren Paul MacLean (1913-2007), kan vi forstå hvordan hjernen bearbeider og organiserer erfaringer. MacLeans modell beskriver at hjernen i hovedsak består av tre deler med ulike funksjoner; reptilhjernen (lillehjernen), det limbiske system (emosjonshjernen) og prefrontal korteks (logiske hjernen). Forenklet sagt kan vi si at innenfor de tre hjernedelene finner vi tre områder som utgjør hjernens alarm- og reguleringssystem, amygdala, hypothalamus og hippokampus. Amygdala sitter i overgangen mellom reptilhjernen og det limbiske system, og dens oppgave er å registrere og lagre trusler og farer, samt å varsle hypothalamus, som fungerer som hjernens kontrollrom. Når hypothalamus blir varslet om fare, sender den signal via det autonome nervesystemet til binyrebarken hvor stresshormonet adrenalin skilles ut.

Adrenalinet fører til at respirasjon og pulsen øker, kroppen blir hyperaktivert og beredt til å kjempe eller flykte. Dersom faren vedvarer, sendes et nytt signal til binyrebarken via det parasymptatiske nervesystem. Dette signalet fører til utskillelse av et annet stresshormon, kortisol. Kortisol undertrykker overflødige prosesser og kroppen havner i hypoaktiveringsmodus og blir handlingslammet. Det er disse som i hovedsak utgjør hjernens alarmsystem, og ved gjentatte og vedvarende traume erfaringer vil dette alarmsystemet sensitiviseres. Hippokampus, som er lokalisert i det limbiske system, er en vesentlig del av hjernens reguleringsystem. Hippokampus kobler eksplisitte og episodiske minner fra prefrontal korteks og bidrar til gjenkjennelse og analyse av kontekst. Ved potensiell fare vil hippokampus og prefrontal korteks analysere det som skjer, og ved falsk alarm skal disse kunne bremse hjernens alarmsystem. Svekket eller manglende reguleringsstøtte i barndommen, samt traumatiske erfaringer, fører til at hjernens reguleringsystem svekkes og man blir mer tilbøyelig til å registrere alt som potensiell fare eller trussel (Nordanger & Braarud, 2017).

Alle mennesker er sosiale vesener, og det fins ingen andre arter som er så hjelpeløse og overgitt sine omsorgspersoner de første leveårene. Som nyfødte barn vil vi instinktivt søke tilknytning, trygghet og nærhet, og vi er avhengige av våre omsorgspersoner gjennom hele barndommen for å kunne regulere både fysiologisk behov, emosjonelle reaksjoner og egen adferd (Hagen, 2018). Tilknytningen til våre omsorgspersoner skaper grunnlaget for vår videre utvikling av personlighet og selvbilde, samt hvordan vi følelsesmessig opptrer i relasjon med andre. Dersom man som barn primært erfarer at ens omsorgspersoner er omsorgsfulle og tilgjengelige, skapes det vi kaller en trygg tilknytning. Ens toleransevidu vil gradvis utvides og man vil tilegne seg gode strategier for å selv kunne regulere seg tilbake til toleransevinduet (Nordanger & Braarud, 2017). I tilfeller hvor den trygge tilknytningen ikke er til stede, vil man utvikle enten en unnvikende, ambivalent eller desorganisert tilknytning. Unnvikende tilknytning kommer som en følge av at man har gjentatte erfaringer av avvising opp gjennom oppveksten, når man hadde behov for nærhet og omsorg. Mange reagerer da ved å deaktivere tilknytningssystemet og slutter å gi uttrykk for behov for reguleringsstøtte, selv om behovet fortsatt er gjeldende. Som resultat vil vedkommende være i en tilnærmet konstant tilstand av hypoaktivering. Ved ambivalent tilknytning vil man derimot være i en tilnærmet konstant hyperaktivert tilstand. Ambivalent tilknytning er når omsorgspersonene er uforutsigbare og lunefulle i forhold til om de gir barnet den trøst og oppmerksomhet det behøver. I tilfeller ved grov omsorgssvikt, kan man utvikle desorganisert tilknytning. Når

omsorgspersonene både er årsaken og løsningen på et barns frykt blir det barnet stående i en konstant, umulig konflikt mellom nærhet og avstand. For til tross for at man opplever omsorgspersonene som en trussel, vil man samtidig instinktivt søke de samme personene for beskyttelse. Personer med desorganisert tilknytning vil ofte veksle mellom hypoaktivering og hyperaktivering. Det vil være umulig for et barn å finne en organisert strategi for tilknytningsadferd og dets gryende selvorganisering til å skape mening og sammenhenger i erfaringer bryter sammen (Hagen, 2018).

Utviklingstraumer kjennetegnes ved at vedkommende har vært utsatt for gjentatte og vedvarende traumatiske belastninger under oppveksten, samt at vedkommende har fått dårlig eller sviktende tilknytning og reguleringsstøtte fra trygge rollemodeller. Når det er en av eller flere av omsorgspersonene i ens liv som er som årsaken til at man utsettes for gjentatte, traumatiske opplevelser, vil man være fanget i et konstant paradoks. Personene som utgjør en trussel, er de samme personene som man instinktivt søker trøst og støtte hos. Men utviklingstraumer kan også oppstå uten at det er omsorgspersonene som påfører selve traumene. Traumene kan også være påført av noen andre utenfor nærmeste familie, men den traumeutsatte ikke får den tryggheten og reguleringsstøtten som det behøver (Nordanger & Braarud, Når to onder opptrer sammen, 2018). Vedvarende omsorgssvikt kan skade hjernens utvikling og påvirke nervesystemet, det endokrine system og hukommelsen (Heller & Lapiere, 2014). De som vokser opp uten å aldri mottatt hjelp eller behandling for belastningene de har vært utsatt for står i fare for å utvikle kompleks posttraumatisk stresslidelse (PTSD), tilbakevendende depresjon, angstlidelser, dissosieringslidelser, personlighetsforstyrrelser, rusmisbrukslidelser og nærhetsvansker til andre (Divisjon Psykisk helsevern, St.Olavs hospital, u.d.). Konsekvensene av utviklingstraumer er en skjevutvikling i hjernen og hjernens alarm og reguleringsystem. Hippocampus blir redusert i volum og prefontal korteks får en dårligere kapasitet sammenlignet med aldersnormen, utviklingen fra høyre til venstre hjernehalvdel er ofte begrenset, noe som fører til at man får vansker med å sette ord på følelser og erfaringer (Nordanger D. Ø., 2014). Forskning viser at personer som har vært utsatt for mishandling gjennom oppveksten har vansker med å regulere følelser og å kunne ta andres perspektiv når man står i konflikter, noe som ofte følger de inn i voksenlivet dersom de ikke mottar tilstrekkelig hjelp på et tidlig tidspunkt (Sele, 2018). Pasienter med utviklingstraumer har ofte få eller ingen integrerte minner fra barndommen, som en forsvarsmekanisme har de dissosiert seg fra traumeopplevelsene og dannet seg et indre bilde av en harmonisk oppvekst (Thelle, 2018). Utviklingstraumer kan være så gjennomgripende

skadelige at de bryter ned alle aspekter av individets evner til å kunne klare seg på egen hånd (Heller & Lapierre, 2014).

2.2.Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser

2.2.1. Personlighetsforstyrrelser

En personlighetsforstyrrelse er når vedkommende viser avvik i personligheten, avviket kommer til uttrykk i form av tvangspregede tanke- og følelsesmønstre, og urimelige reaksjoner i sosiale og personlige situasjoner. De har ofte liten evne til å se hvilken del de spiller i en eventuell konflikt og har en tendens til å ty til en eksternalisering av problemer. Årsaken til problemer de måtte møte ligger ofte hos andre eller i systemet, noe som vanskeliggjør endringsarbeid og refleksjon til selvinnsikt (Håkonsen, Når personligheten gir psykiske problemer, 2018). En personlighetsforstyrrelse kan anses som en skjevutvikling i en persons utvikling av personlighet og identitet (Norsk helseinstitutt, 2019).

Personlighetsforstyrrelser oppstår dels på grunn av en genetisk disposisjon og dels på grunn av psykologiske og miljømessige forhold. Omsorgssvikt, traumatiske belastninger i barndommen og fravær av trygge rollemodeller antas å være medvirkende årsaker til utvikling av personlighetsforstyrrelser (Karterud, 2020).

2.2.2. Depresjon

De fleste mennesker går igjennom en eller flere depressive perioder i løpet av livet, og en depressiv periode kan vare i alt fra noen uker til flere år. I motsetning til tristhet og sorg, som er følelser som også gjør oss nedstemte og kan forveksles med depresjon, har depresjon ingen klar forankring i en opprinnelse eller årsak. Livet føles tungt og trist uten at man kan finne en plausibel årsak til følelsene. Depresjon påvirker konsentrasjonsevnen og aktivitetsnivået, man blir stemningsløs og evner ikke å glede seg over seg selv eller andre. Mange går med en konstant tretthetsfølelse og utvikler en forstyrret søvn og appetitt mønster, det kan være at man har vanskelig med å sove og spise eller det stikk motsatte, at man sover og spiser for mye. Mennesker som lider av depresjon opplever ofte nedsatt selvtillit og selvfølelse, de anser ofte problemene de har som om at det er deres egen feil og bærer på mye selvbebreidelse og skyldfølelse. Det er ikke uvanlig av depressive mennesker har hyppige tanker om død og selvmord. Rusmisbruk kan utløse depresjon, og spesielt ved avrusning er det ikke unormalt at pasienten går igjennom en depressiv periode. Dersom symptomer på depresjon er til stede etter fire uker avrusning, er det ofte et tegn på at lidelsen ikke er rusmiddelutløst (Gråwe, 2016).

2.2.3. Angstlidelser

Angst er en følelsesmessig spenningstilstand som fører til at den angstlidende opplever at det er noe som truer eller er farlig. I motsetning til frykt er angsten irrasjonell og uhensiktsmessig, og gjenspeiler aldri den reelle faren. Det antas at omtrent 10% av befolkningen i større eller mindre grad har angstproblemer som de burde fått profesjonell hjelp til å håndtere. Når angsten kommer i veien for livsutfoldelse og daglige gjøremål, kalles det en angstlidelse. Det kan være mange årsaker til at man utvikler en angstlidelse, men i de fleste tilfeller ligger årsaken i personens utviklingshistorie (Håkonsen, 2018). Angst utløser en rekke reaksjoner, både somatisk, tankemessig, følelsesmessig og adferdsmessig. Det aktiverer hjernens stress-respons system og man havner i en tilstand av fight, flight, freeze. Pust og hjertefrekvens øker, musklene spenner seg, og man blir svett og klam. Opplevelsen av at noe farlig truer ens eksistens kan oppta så mye av tankevirksomheten at det hemmer for hensiktsmessige tankeprosesser, det kan være vanskelig å fokusere på det som skjer rundt en og kan medføre til redusert hukommelse og konsentrasjonsvansker. Angst gjør en sårbar, da den er vanskelig å kontrollere. Over tid kan denne sårbarheten påvirke hvordan en tenker om seg selv og sine ressurser, ens selvfølelse blir konsentrert rundt det man ikke mestrer. Mange utvikler rusmisbruk for å dempe angsten, eller atferdsmønstre for å unngå angstutløsende situasjoner, som å unngå andre mennesker eller åpne plasser (Håkonsen, 2018).

2.3. Behandlingsideologi og metoder i heldøgns rusbehandling

2.3.1. Recovery perspektivet

Recovery perspektivet oppsto i USA på 1970-tallet som en borgerrettslig og politisk protest mot stigmatiserende og undertrykkende krefter i samfunnet generelt og i helse- og sosialtjenester rettet mot rus- og psykiatriske pasienter. Bevegelsen synliggjorde at personer med rus- og psykiske helseproblemer hadde begrensede borgerrettigheter, og at de erfarte systematisk ekskludering fra jobb- og bolig marked (Karlsson & Borg, 2018). Recovery perspektivet vokste frem gjennom aktivisme fra brukerne selv, det handler om troen på mulighetene til vekst og mestring hos den enkelte og stiller krav om at ens rettigheter ivaretas (Borg & Karlsson, 2018). Helsedirektoratet anbefaler i sin veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne at rusbehandlingsinstitusjonenes tjenester bør være preget av Recovery perspektivet. Rusmiddelproblemer, psykiske helseproblemer og traumeforståelse bør ses og behandles i sammenheng (Helsedirektoratet, 2014). Recoveryorientert behandlingsspektiv tar sikte på at mennesker kan finne måter å mestre sine psykiske helseproblemer. Målet er ikke å bli frisk eller helt symptomfri, men frisk nok til å kunne

fungere i hverdagen. Sentralt i Recoveryorientert praksis er troen på at mennesker kan vokse og utvikle seg til å bli en bedre versjon av seg selv gjennom myndiggjøring, tilhørighet, håp og optimisme (NAPHA, 2021). Sentralt i Recovery er at det er pasienten selv som ønsker hjelp til å få et bedre og meningsfullt liv, pasienten er den som har spesialkompetanse om seg selv og har tanker, ideer og kunnskap om hva som skal til for å få et liv en selv finner meningsfullt. Recovery er ikke nødvendigvis en lineær prosess, det handler om at pasienten må ta mange små begynnelse og små skritt, noen ganger fremover og noen ganger bakover (Borg & Karlsson, 2018). Recovery er først og fremst en individuell prosess hvor vekst og modning er et resultat av hvor mye den enkelte er villig til å jobbe med sitt eget liv, for øvrig er miljøet og de sosiale betingelsene rundt individet viktig for å gi motivasjon, utfordringer og støtte (Borg, Karlsson, & Stenhammer, Recoveryorienterte praksiser; En systematisk kunnskapsammenstilling. Rapport 4/2013, 2013). Recoveryorienterte praksiser fordrer at de ulike yrkesgrupper og behandlingstilbudene innenfor en institusjon samarbeider om pasientenes recovery, samt samarbeider med pasientens familie og instanser utenfor institusjonen for ettervern og oppfølging (Karlsson & Borg, 2018).

2.3.2. Miljøterapi

Miljøterapi oppsto som et begrep innenfor psykiatrien i etterkrigstiden, tanken var at mange ble syke av miljøet ute i samfunnet og ved å danne et terapeutisk miljø inne på institusjonene kunne man skape en beskyttende motvekt. I dag finner vi en rekke ulike teoretiske retninger innenfor miljøterapien, og de fleste institusjoner jobber ut fra flere miljøterapeutiske modeller. Miljøterapeutiske samfunn skal være styrt etter demokratiske prinsipper, og verdier som tillit, likhet, solidaritet og åpenhet står sentralt. Miljøterapiens formål er å skape et miljø hvor man fremmer den enkeltes muligheter for læring, mestring og personlig ansvar. Det skal bidra til både fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst (Lillevik & Øien, 2014). I en rusinstitusjon legger man opp hverdagene til å være tilnærmet lik en vanlig dag i samfunnet på utsiden. Pasientene må forholde seg til rutiner, arbeidsoppgaver, samarbeid og samhandling med andre, ansvarliggjøring og medvirkning (Tyrilistiftelsen, u.d.).

2.3.3. Mentaliseringsbasert terapi

Mentalisering er evnen til å kunne se seg selv utenfra og andre innenfra, det er de mentale prosesser som skjer i oss mennesker for å forstå menneskelig adferd. Det er evnen til å reflektere over egne og andres tanker og følelser, til å se hvordan vår egen adferd kan påvirke andre og til å forstå andres adferd i sammenheng med motiver. Mentalisering innebærer også empati, da den hjelper oss med å se virkeligheten fra forskjellige perspektiver. Evnen til å

mentalisere er noe de fleste lærer i oppveksten i samspill med sine omsorgspersoner. Mennesker med svekket mentalisering har ofte en svart-hvit tenkning og feiltolker ofte situasjoner og andres intensjoner. Det er klare sammenhenger mellom omsorgssvikt, rusmisbruk og svekket mentaliseringsevne. En mentaliseringsbasert tilnærming kan benyttes i både individuell og gruppeterapi, samt i miljøterapi. Formålet med terapien er å bedre pasientens mentaliseringsevner, og dermed affektregulering, styrket identitet og bedret relasjonell fungering. Terapeuten må ha en utforskende, nysgjerrig og ikke-vitende holdning, og på den måten speile for pasienten hvordan man tilegner seg kunnskap om egne og andres tanker, følelser og intensjoner (Arefjord & Karterud, 2012).

2.3.4. Mindfulness i rusbehandling

Mindfulness har sitt opphav fra buddhistiske tradisjoner, og ble utviklet som en klinisk metode innenfor psykiatrien i 1979. Navnet er en engelsk oversettelse av ordet sati, som betyr oppmerksomhet, bevissthet og hukommelse. Mindfulness er en systematisk øvelse i å være til stede «her og nå», gjennom å forankre oppmerksomheten i kropp, pust eller bevegelse over man på å observere sine egne tanker, følelser og kroppslige fornemmelser med en bevisst og ikke-dømmende holdning (Binder, Gjelsvik, Halland, & Vøllestad, 2015). Målet med øvelsen er at pasienten skal kunne gjenkjenne triggere og hvilke vanemessige reaksjoner man har knyttet til disse, og øve seg på å kunne bremse de automatiserte prosessene. Mindfulness skal hjelpe pasienten med hvordan man kan forholde seg til ubehag og utfordrende følelsesmessige og kroppslige fornemmelser på en hensiktsmessig måte, samt fremme en positiv og medfølelse holdning til en selv og ens erfaringer (Amundsen & Skjerve, 2019).

3.0. Hoveddel

Rusmisbrukere har ofte sammensatte problemer som følge av omsorgssvikt, gjentatte krenkelser i barndommen og ROP-lidelser, men også som følge av flere år i tungt rusmiljø. I tillegg til psykiske problemer har de fleste også somatiske plager, opparbeidet gjeld, avbrutt skolegang og lite arbeidserfaring, samt brutte relasjoner til familie og venner (Furuholmen, 2007). Rusmisbrukere har ofte dårlig toleranse for frustrasjon, ubehag og utsettelse av behovstilfredsstillelse. Mange har lav selvfølelse og bærer på skam og selvbebreidelse. De har ofte dårlig impuls kontroll, svekket reguleringsevne og relasjonsforstyrrelser. De fleste har problemer med å forholde seg til autoriteter, lover og byråkrati, og har en tendens til svart/hvitt-tenkning. Mange kan være manipulerende, uærlige, selvbedragerske eller fremstå som hjelpeløse (Furuholmen, 2007). Mennesker som har vokst opp under omsorgssvikt har ofte vansker med å stole på andre og til å danne sunne relasjoner, mange har utviklet

uhensiktsmessige reaksjonsmønstre og beskyttelsesmekanismer, og kan reagere med sinne, spydigheter, avvising eller aggresjon når man minst forventer det. For mange rusmisbrukere har disse reaksjonsmønstrene og beskyttelsesmekanismene blitt forsterket i rusmiljøet, da de kan ha fungert som et middel for overlevelse eller makt og anerkjennelse (Furuholmen, 2007). Under et døgnopphold vil de fleste rusmisbrukere erfare å være i særdeles sårbar posisjon. De har tatt et valg om at de ønsker å bli rusfri og et ønske om å jobbe med sitt eget liv. I det ligger det at de må gi opp sin identitet som rusmisbruker, og skape en ny. For mange innebærer det å komme i kontakt med det fortvilte barnet som aldri ble sett eller hørt, og som nå bor i en voksen kropp som bærer konsekvensene av handlingene som en ble påført i oppveksten. Når rusen har gjennomsyret alle aspekter av ens liv over flere år kan det være vanskelig å vite hvem man er og hvem man vil være uten rus (Furuholmen, 2007).

3.1. Inntak, kartlegging og diagnostisering

Mennesker som søker seg til rusbehandling i døgnbehandling har tatt en beslutning om at de ønsker å jobbe med sitt eget liv og rusproblematikk. Etter rusreformen i 2004 ble behandling av ruslidelser omorganisert fra sosiale tjenester til spesialisthelsetjenesten, og rusavhengige fikk pasientrettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Med det innebærer det at rusavhengige har rett til å få vurdert sin helsetilstand etter henvisning og rett til nødvendig helsehjelp. Instanser som kan henvise til tverrfaglig spesialisert rushelsetjeneste (TSB) er NAV, fastlege og allmennpraktiserende leger, privatpraktiserende leger og fengselshelsetjenesten. En henvisning bør inneholde fyldig og relevant informasjon vedrørende pasientens nåværende livssituasjon og historikk (Haga, 2012). Det finnes flere internasjonale og nasjonale maler som kan benyttes for henvisning til TSB. Viktige elementer vi finner i en slik mal er pasientens innsikt, motivasjon og deltakelse i prosessen, generelle helsefaktorer, omfanget av nåværende og tidligere bruk av rusmidler, og eventuelle tidligere behandlingserfaringer. Henvisningen bør inneholde en redegjørelse av hvilke konsekvenser rusmisbruket har for pasienten, og opplyse om familie og sosiale forhold, pasientens skole og arbeidserfaring, somatiske og psykiske helse og resultater fra eventuelle utredninger (Gråwe, 2016). Henvisning vurderes etter prioriteringsforskriften i tverrfaglige spesialiserte vurderingsinstanser, bestående av medisinsk, psykolog og sosialfaglig kompetanse. Det er fastsatt tre hovedvilkår i prioriteringsforskriften; alvorlighetskriteriet, nyttekriteriet og kostnadskriteriet. Alvorlighetskriteriet tar hensyn til pasientens tilstand og mulige konsekvenser som kan oppstå dersom rusbehandling utsettes, som fare for liv og helse, selvmordsrisiko, svangerskap og skade på fosteret, omsorgsansvar, økt forbruk og redusert

kontroll, overgang til tyngre stoffer, og komorbide somatiske og/eller psykiske lidelser. I nyttekriteriet vektlegges pasientens motivasjon og ønske om endring, tidligere behandlingserfaringer blir vurdert og hvor lenge misbruket har pågått. Kostnadskriteriet vektlegger hvorvidt kostnadene av et behandlingsopphold er forenelig med hva staten sparer/tjener ved en forventet forbedring av pasientens helsetilstand. Dette med tanke på fremtidig helseproblematikk, arbeidsevne, og bruk av politiets og fengselssystemets midler. For at pasienten skal oppfylle vilkårene til behandlingen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) må alle tre kriteriene i prioriteringsforskriften være til stede samtidig (Haga, 2012).

Før pasienten starter sitt opphold på en døgninstitusjons skal institusjonen kartlegge pasientens somatiske- og psykiske helse, sosiale forhold, pasientens mål for behandlingen og motivasjon, samt sikre at individuell plan utarbeides. Pasienten må møte med et tverrfaglig team, bestående av lege, psykolog og sosionom/vernepleier/barnevernspedagog, og får tildelt en koordinator. Som regel den som matcher best med pasienten og som jobber innenfor det feltet hvor problemene er mest prekære (Lundberg, 2012). Målet med kartleggingen er å skape forutsigbarhet i behandlingen, å tilse at pasienten får riktige tiltak og tjenester basert på pasientens behov, ressurser og problemer. Kartlegging bidrar også til å avklare ansvarsforhold og sikre samordning mellom tiltakene (Andresen, 2007). Behandlingsplan utarbeides i samråd med pasienten, denne skal beskrive den daglige strukturen, arbeidslag, gruppe- og individuell terapi og fritidsaktiviteter. Mange institusjoner tilbyr ambulante tjenester i forkant av døgnbehandlingen, da pasientene ofte har behov for tett oppfølging før de legges inn for å holde motivasjonen oppe. (Tyrilistiftelsen, u.d.).

Et annet ledd i å kunne tilby pasienten riktige tiltak og tjenester er diagnostisering av somatiske og psykiske plager, samt kognitive svekkelser. Misbrukere har ofte en eller flere diagnoser i tillegg til misbruket (Furuholmen, 2007). For øvrig er diagnostisering av psykiske lidelser og kognitive svekkelser vanskelig å stadfeste etter langvarig og tungt rusmisbruk. Rusmisbruk kan ofte gi symptomer på alvorlig psykiske lidelser og kognitiv svikt, symptomene vil da som regel avta etter lengre tids avhold (Løvaas, 2012). På den annen side vil mange pasienter etter en tids avrusning komme i kontakt med minner, følelser og behov som er blitt undertrykte av rusen, og symptomer på psykiske lidelser vil gjøre seg mer gjeldende. For mange vil dette oppleves skremmende og forvirrende (Furuholmen, 2007). Diagnostisering kan være et nyttig verktøy i forhold til å sette inn riktige tiltak og tjenester, samt styrke symptomets forståelsen både hos pasient og behandler. Men på den andre side kan

diagnostisering ha en stigmatiserende og selvoppyllende virkning. Som behandlere er det viktig å ikke begrense eller sykeliggjøre pasienten på bakgrunn av en diagnose, dersom holdningene en speiler til pasienten er patologiserende vil pasienten forsterke sitt selvbylde som syk og hjelpeløs (Furuholmen, 2007). Mange behandlere og pasienter er kritiske til diagnostisering av psykiatriske diagnoser, da omgivelsene kan se seg blinde på diagnosen og den diagnostiserte kan bremse eller hindre vekst og utvikling ved å gjemme seg bak diagnosen (Løvaas, 2012).

3.2. Den gode hjelper, miljøarbeideren

Sosialfaglig kunnskap er nødvendig for å være en kompetent sosialarbeider, men forskningsbasert og teoretisk kunnskap er ikke ensbetydende en god sosialarbeider. Personlig kompetanse og egnethet er likeså viktig når man skal jobbe med mennesker i sårbare situasjoner (Skau, 2018). Den gode hjelper er i recovery-orienterte praksiser likeverdige med pasientene (NAPHA, 2021). Grunnleggende humanistiske holdninger og verdier som medmenneskelighet, empati og respekt for menneskeverdet, samt prinsippet om respekt for menneskets autonomi, verdighet og integritet er essensielle for å kunne gi god omsorg (da Silva & Hagen, 2018). I tillegg til helhetlig omsorg, trenger mange rusmisbrukere også traumebevisst omsorg. Traumebevisst omsorg er en fenomenologisk måte å tenke om mennesket på, mennesket er grunnleggende relasjonelt og vi formes i samspill med andre. Teoretisk er traumebevisst omsorg forankret i modellen av den tredelte hjernen og tilknytningsteori (Thommessen & Neumann, 2019). Begrepet traumebevisst omsorg er mest kjent fra barnevernsfeltet i møte med utviklingstraumatiserte barn og unge, for øvrig er det en økende praksis av traumebevisst omsorg innenfor behandling av utviklingstraumatiserte voksne. Hagen, Da Silva og Thelle beskriver i sin bok «Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid» at den traumebevisste tilnærmingen er likeså anvendbar i møte med voksne utviklingstraumatiserte da de også kan ha vansker med å danne og opprettholde sunne relasjoner til andre på grunn av en umoden og uferdig indre struktur (Hagen, 2016). De tre grunnpilarer i traumebevisst omsorg; trygghet, relasjon og affektregulering (Hagen, Da Silva, & Thelle, 2018) er noe vi finner igjen som sentralt i arbeid med miljøterapeutisk samfunn (Furuholmen, 2007). Traumebevisst omsorg fordrer at man ikke har fokus på selve traumatet, men er bevisst på at pasienten er traumatisert og hvilke utfordringer det kan medføre. Det viktigste terapeutiske virkemiddelet en miljøarbeider har er å holde sitt eget affektnivå nede. Reguleringsperspektivet tilsier at vårt eget affektnivå i samhandling med den traumatiserte har større regulerende kraft enn ord (Nordanger & Brarud, 2018). Å gi helhetlig og traumebevisst

omsorg handler ikke om å gi spesialisert omsorg, men å ha spesialisert kompetanse som miljø- og sosialarbeider (Nordanger & Brarud, 2018). I det ligger det å gjenkjenne og registrere hva som trigger den enkelte, og modifisere egen adferd og affektnivå for å unødvendig trigge traumeminner hos pasienten, noe Furuholmen også påpeker viktigheten av i sin bok «Felleskapet som metode; om miljøterapi og rus» (2007). Det kan være enkle grep som å unngå direkte blikkontakt, sørge for at man ikke snakker ovenfra og ned til en som sitter, ikke komme raskt innpå en, eller unngå å heve stemmen unødige (Nordanger D. , 2021). Men i rusbehandling er det også en viktig del av omsorgen at man evner å konfrontere, sette grenser, medvirke til selvhjelp og å sette i gang reflekterende prosesser hos pasienten. Dersom omsorgen i rusbehandlingen er uten krav og konfrontasjoner vil dynamikken på institusjonen bære preg av overflatiskhet, passivitet og kynisme. På den andre side vil for mange krav og konfrontasjoner føre til at mange pasienter føler seg engstelige og kritiserte, og øke faren for at pasienter avbryter behandlingsoppholdet (Furuholmen, 2007).

I en døgninstitusjon jobber man tett og nært opp mot pasientene, og ofte jobber man i medboerturnus, noe som innebærer at man både spiser og utfører daglige gjøremål sammen med pasientene. For å kunne være en god hjelper må man kjenne til sine egne sterke og svake sider, hvilke situasjoner som kan trigge en selv og hvor ens egne grenser og begrensninger går. Særlig viktig er det å være bevisst hva som skaper følelsen av usikkerhet, sinne og ettergivenhet, og hvorfor (Thommessen & Neumann, Følelser, sansing og tanker, 2019). Som miljøarbeider i en rusinstitusjon er man avhengig av å ha innsikt i egne følelsesreaksjoner for at man skal kunne gi god omsorg (Furuholmen, 2007). Mange rusmisbrukere har personlighetsforstyrrelser, dårlig mentaliseringsevne, angst, traumehistorikk og andre utfordringer. At pasientene til tider kommer med følelsesmessige utbrudd og perioder med regresjon er forventet og en nødvendig del av behandlingsforløpet (Furuholmen, 2007). En av utfordringene miljøarbeideren står ovenfor er at mennesker speiler hverandre ved hjelp av speilnevroner, og for opprette en god og trygg relasjon må miljøarbeideren kunne bistå med reguleringsstøtte i form av å holde sitt eget affektnivå innenfor toleransevinduet. Men i møte med sinne, avvisning og aggresjon, er det over tid uunngåelig at man som person ikke blir påvirket av pasientenes affekt nivå da mennesker lettere lar seg påvirke av negative affekter enn positive. Uansett hvor profesjonell og reflektert en er i forhold til egne følelsesreaksjoner, har også miljøarbeideren behov for reguleringsstøtte fra sine kollegaer og ledelsen (Nordanger & Brarud, 2018). En ansatt i rusomsorgen bør være godt voksen, trygg på seg selv og ha

overskudd og motivasjon til å jobbe med endringsarbeid, da de ansatte ofte får en form for foreldrerolle ovenfor pasientene (Furuholmen, 2007).

I oppstarten av en rusbehandling vil pasienten bruke alle sine sanser for å kartlegge og danne seg et bilde av omgivelsene og forholdene ved institusjonen. Det er en periode hvor de tester hvor grensene til de enkelt går og hvilke regler, både skrevne og uskrevne, som gjelder. De tester ut hvem de kan stole på, om noen har falske intensjoner eller om de er genuine (Furuholmen, 2007). Ansatte og de andre beboerne blir gjerne kategorisert som gode eller onde, sterke eller svake. Som ansatt er det viktig å ikke gå inn i den rollen som pasienten tilegner den enkelte, da de har behov for å erfare at alle mennesker har flere sider.

Sosialarbeideren oppgave er å være en profesjonell støttespiller og rollemodell som stiller sin faglige kompetanse og kunnskap til rådighet, og samtidig anerkjenner pasienten som ekspert på seg selv (Borg, Karlsson, & Stenhammer, Recoveryorienterte praksiser; En systematisk kunnskapsammenstilling. Rapport 4/2013, 2013). Vi skal bistå pasientene i erkjennelsesprosessen av at de er selv ansvarlige for sine valg og sitt liv, hvorvidt det er bevisste eller ubevisste valg, valg de ikke vil ta stilling til eller om de velger å overlate valgene til noen andre. Mange av pasientene vil forsøke å gjemme seg bak en offerrolle, og ofte er det slik at de har vært ofre for andres valg og handlinger. Offerrollen er en forsvarsmekanisme, hvor offeret fraskriver seg ansvaret for sitt eget liv, sine egne tanker, følelser og skyld. I en slik posisjon vil pasienten som regel ha en forventning om at det er de profesjonelle som skal ordne opp i ens problemer. For den «gode» hjelper er det viktig at man ikke tar på seg rollen som ansvarlig for pasientens liv og velbefinnende, da dette fører til avhengighet i stedet for frigjøring (Furuholmen, 2007). Recovery- orienterte miljøarbeidere skal ta utgangspunkt i pasientens egne ressurser og mål for behandlingen, i tilfeller hvor pasienten har resignert og ikke makter å ta ansvar for sitt eget liv må miljøarbeideren oppmuntre pasienten til å skape seg en ny identitet uavhengig av diagnoser og tidligere påførte traumer (Kristiansen, 2016). Sett fra et Recoveryorientert perspektiv er det primært pasienten som må jobbe med sitt liv, med å bli rusfri og finne en ny vei fremover (Borg & Karlsson, 2018). Sann forandring er en prosess som skjer innenfra og ut, og det er bare pasienten selv som kan styre hvor mye og hvor dypt en er villig til å jobbe med sitt eget liv (Borg & Karlsson, 2018).

3.3.Miljøterapeutisk samfunn

De fleste rusbehandlings institusjoner med døgnbehandling jobber ut fra et miljøterapeutisk samfunn eller kollektiv. Et miljøterapeutisk samfunn er en planlagt og faglig forankret

virksomhet som nyttiggjør de tilgjengelige ressurser i miljøet. Institusjonen er en treningsarena hvor pasientene mottar veiledning for å kunne håndtere livet i storsamfunnet etter endt opphold. Gjennom å gi vekselvis støtte og utfordring skal den enkelte motiveres til fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst, samt styrke pasientens selvverd og evne til egenomsorg (Lillevik & Øien, 2014), noe som er i tråd med recovery-orientert praksis (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013). Det terapeutiske samfunnet må kunne speile storsamfunnet i så stor grad at det får en overføringsverdi, dersom kulturen på institusjonen fraviker for mye fra storsamfunnet vil pasientene sannsynligvis ikke tilegne seg den kunnskapen de behøver for å kunne mestre hverdagen på egen hånd. Innad i rusbehandlingsinstitusjonen finner vi ofte ulike grupper som det kreves at pasienten deltar i, arbeidsgrupper, ulike terapigrupper, individuell terapi, skole, sosial trening, fysisk trening, turer, med mere (Furuholmen, 2007). Miljøterapi er noe som praktiseres til alle døgnets tider, det har liten terapeutisk virkning dersom terapi er noe som har en begrenset tidsramme, mens i de øvrige timene i døgnet er det fritt for å opprettholde gamle handlings- og reaksjonsmønstre (Furuholmen, 2007). Institusjonen bør ha en klar og tydelig ideologi, som alle ansatte forankrer sitt arbeid i, og som gjennomsyrrer alle de ulike områder og grupper som pasientene tar del i. Et miljøterapeutisk samfunn kan være recovery-orientert, vi finner igjen mange av de samme kjerneverdiene i miljøterapien som i recovery-perspektivet; respekt for menneskeverdet, troen på at forandring er mulig, mennesker trenger andre mennesker for å vokse og får å få bekreftelse, og at alle har iboende ressurser som kan utvikles og fremmes.

I det terapeutiske samfunn skal pasienten få rom til å tilegne seg ny livserfaring og mestringsstrategier i en trygg og omsorgsfull atmosfære, institusjonen, eller fellesskapet mellom de ansatte og pasientene, bør inneha de samme kvalitetene som til en storfamilie. Mange av pasientene har manglende erfaringer med kjærlighet, trygghet, nærhet, støtte og grensesetting fra barndommen (Furuholmen, 2007). Miljøterapiens grunnleggende tanke er at de psykologiske prosessene som foregår i interaksjon med andre mennesker utgjør grunnlaget for utviklingen av ens personlighet, både i barndommen og senere i livet. Gjennom samspill med ansatte og andre pasienter som gir gjensidig støtte og anerkjennelse, og konfronterer uhensiktsmessig adferd, er det mulig for den enkelte å modne feilutviklede områder i personligheten (Schjødt, 2007).

I begynnelsen av behandlingsprogrammet bør man bruke tid på pedagogikk for at pasientene skal få vite hva de kan forvente seg. Hva institusjonen driver med, hvilke regler og rutiner som gjelder, hvilke verktøy de bruker i behandlingen og hva rusmisbrukeren selv må gjøre for

å oppnå målet om å bli rusfri (Furuholmen, 2007). Mange institusjoner tar med de nyankomne pasientene på inntakstur for at de skal bli kjent med hverandre og de ansatte i mindre og tryggere omgivelser. Inntaksturen blir også brukt til å informere pasientene om gjeldende rutiner og regler ved enheten, hvilke forventninger de ansatte har til de, og hvilke muligheter og valg de som pasienter har (Furuholmen, 2007). Målet er å skape forutsigbarhet og struktur på hverdagen og oppholdet, noe som ofte har vært fraværende i rusmisbrukerens liv. Planlegging, samarbeid, felles ideologi og informasjonsflyt mellom de ansatte er avgjørende for å skape et velfungerende terapeutisk samfunn. Pasientene oppholder seg på flere ulike arenaer i løpet av en dag. For eksempel ved Tyrilistiftelsen vil en hverdag bestå av felles måltider, morgensamling, felles vask av huset, arbeidslag, individuelle- og gruppe samtaler, og andre tilrettelagte avtaler (Tyrilistiftelsen, u.d.). Hvordan en beboer deltar i arbeid, fritid og dagligliv, hvordan vedkommende opptrer i møte med utfordringer og konflikter er materiale for bearbeiding i gruppeprosesser. Den ansatte som leder gruppesamtalene er derfor avhengig av tilstandsrapport fra sine kollegaer for å kunne ha gjenskap til hva som bør være fokuset i gruppeprosessene. På lik linje med at de ansatte som jobber med arbeid og fritid er avhengig av å vite hva som har kommet opp i gruppesamtalene for å kunne følge opp prosesser videre i miljøet. Det er i vekselspillet mellom dagliglivet og terapigruppene at pasientene forarbeidet og ervervet ny innsikt (Furuholmen, 2007). Manglende kommunikasjon mellom de ulike elementene i behandlingen fører ikke bare til ineffektivitet hos stab, men det bidrar også til utrygghet blant pasientene, samt det gir grobunn for manipulasjon og unnaluring. Prosessene pasientene skal igjennom i løpet av sitt opphold i et terapeutisk samfunn er til tider smertefulle og vanskelige, og perioder med regresjon er forventet og nødvendig for videre vekst. Livet i et terapeutisk samfunn skal gå litt opp og ned, og frem og tilbake. Gjør det ikke det er det grunn til bekymring og refleksjon over dynamikken i miljøet. Noen pasienter er mestere til å holde maska og kontroll på egen adferd, de opptrer ufeilbarlig og vet hva de må si og gjøre for å fremstå som vellykkede pasienter. De har de rette meningene og sier de riktige tingene, men ofte er det kun en overfladisk og intellektuell forståelse. Før pasienten tør å feile og avdekke sine svakheter, er det vanskelig for de ansatte å hjelpe pasienten inn i erkjennelsesprosesser (Furuholmen, 2007).

I et terapeutisk samfunn anses alle grupper pasienten beveger seg i som en arena for læring, vekst og mestring. De fleste pasientene har liten eller ingen arbeidserfaring, og derav liten tiltro til egen mestring og utholdenhet. Å kjenne mestring i utøvelse av arbeidsoppgaver er verdifullt og fremmer recovery, i tillegg er det også en sosial dimensjon i arbeidstreningen

hvor pasienten får nye relasjonelle erfaringer (Nordaunet, 2019). De fleste rusbehandlingsinstitusjoner har som regel flere arbeidsfelt som utfyller forskjellige roller og oppgaver som en videreføring av de andre terapeutiske elementene. Kjøkken, vaskeri, vedlikehold inne, vedlikehold ute og ekspedisjon er arbeidsfelt vi finner i de fleste terapeutiske samfunn, i tillegg har mange samfunn felt som er særegne for den enkelte plass. Arbeidsoppgavene pasientene blir tildelt er innenfor det terapeutiske samfunns trygge rammer, og arbeidet som blir utført vil gagne fellesskapet på et eller annet plan. Tildeling av arbeidsfelt bør være på bakgrunn av hvor den enkelte har behov for å bli utfordret, og hvor den enkelte har mest utbytte i henhold til modning og personlig vekst (Furuholmen, 2007). Det å kunne være med å utgjøre en forskjell og oppleve at man bidrar med noe i fellesskapet er med å skape samhold, og gir pasientene en opplevelse av stabilitet og myndiggjøring. For pasienten kan det å ta del i meningsfulle aktiviteter bidra til at fokuset flyttes fra krevende indre prosesser, til en positiv tilstedeværelse i nuet. Noen av pasientene har som sagt ingen eller lite arbeidserfaring, og sette de i aktiviteter som er for krevende og med for mye ansvar kan resultere i at de demotiveres til videre vekst og utvikling. Men selv trivielle aktiviteter som å holde rommet sitt ryddig, eller å ta oppvasken etter et måltid, kan være et utgangspunkt for å styrke pasienten til et ordinært liv i samfunnet (Nordaunet, 2019).

3.4. Mentaliseringsbasert terapi

Vår mentaliseringsevne utvikles hovedsakelig i samspill med våre omsorgspersoner opp gjennom oppveksten. Kvaliteten på relasjonen til sine omsorgspersoner er sentral, da mentaliseringsevnen påvirkes av måten omsorgspersonene tolker, forstår og speiler barnet på. For mennesker som vokser opp med en trygg tilknytning til sine omsorgspersoner, vil man i løpet av oppveksten lære å gjenkjenne og å sette på hva en selv føler, erkjenne at man har et psykologisk indre, at man har en egen vilje og kan forårsake og dermed være ansvarlig for hendelser. Mennesker som vokser opp uten den trygge tilknytningen kan få en forstyrret mentaliseringsevne. De som har vokst opp under grov omsorgssvikt har ofte vansker med å forstå og å sette ord på egne og andres følelser. Vår evne til å mentalisere påvirker i stor grad vår reguleringsevne, da den moderer kroppslig og emosjonell aktivering, følelser og hvordan vi tolker disse. Når man ikke forstår sine egne følelser, oppleves vonde følelser og kroppslige fornemmelser ofte som ubehagelige. Mange rusmisbrukere bruker rusen til å døyve ubehaget fremfor å granske ut hvor de vonde følelsene kommer fra. Med svekket mentaliseringsevne kan man mangle tilgang til enkelte følelser, mange opplever å bli trist når man burde bli sint eller sint når man burde vært trist (Arefjord & Karterud, 2012). Det finnes to grunnleggende

former for mentaliseringssvikt; psykisk ekvivalens og forestillingsmodus. Ved psykisk ekvivalens sammenfaller ens indre verden med den ytre verden. Signaler som mistolkes blir en indre realitet, og man har vansker med å innta andre perspektiver. Ved eventuelle flashbacks vil disse oppleves som ekte og noe som skjer her og nå. Den andre grunnformen, forestillingsmodus, er en splittelse eller dissosiering mellom indre og ytre tilstander. Pasienten kan tilsynelatende snakke om indre prosesser, men språket er koblet fra følelser, erfaringer og minner. Mennesker med svak mentaliseringsevne er ofte prementalistiske i sin tankegang, tenkningen og det sosiale samspillet er ikke fullt ut utviklet. Det er ikke uvanlig at mennesker med mentaliseringssvikt tenderer til en form for atypisk tenkning, som for eksempel konkretistisk tenkning, hvor pasienten forklarer alt med konkrete erfaringer (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). I mentaliseringsbasert terapi bør terapeuten ha en god oversikt over hvilke mentaliseringsprosesser som er svekket hos pasienten og utarbeide en plan for å systematisk jobbe med disse (Morken, Karterud, & Arefjord, 2013). Første mål i terapien er å engasjere pasienten i form av en mentaliseringsbasert dynamisk problemformulering som utarbeides i samråd med pasienten. Denne bør inneholde pasientens oppvekst- og utviklingshistorie, mentaliseringsvansker, iboende ressurser, fokus for terapi og eventuelle utfordringer som kan oppstå underveis. I mentaliseringsbasert gruppeterapi bør psykopedagogikken formidles til hele gruppen, begreper som mentalisering, tilknytning, personlighetsforstyrrelser, følelser og rus bør avklares for å fremme aktiv deltakelse og styrke behandlingsalliansen (Arefjord & Karterud, 2012). Man bør alltid starte terapien med å jobbe med empatien for så å avansere til mer avanserte og komplekse følelser ettersom pasienten etablerer en tryggere tilknytning strategi og mentaliseringsevnen styrkes (Morken, Karterud, & Arefjord, 2013). Mentaliseringsbasert terapi i døgninstitusjon blir ofte brukt både i det miljøterapeutiske samfunn, i gruppe- og individualterapi, og det fordres at pasienten har gjennomgått de første uker med avrusning og ikke er kjemisk påvirket av tidligere misbruk. Dersom pasienten har et sterkt rusug bør det vurderes tiltak av mer stabiliserende behandling først, da mentaliseringsbasert terapi kan føre til at pasienten overveldes av egne følelser hvilket setter pasienten i risiko for tilbakefall. I tillegg til tradisjonell mentaliseringsbasert terapi hvor fokuset er å styrke mentaliseringsevnen til den enkelte, må man i rusbehandling også adressere hvilken funksjon rusen har hatt i den enkeltes liv og hvordan en kan mestre situasjoner hvor pasienten normalt ville tydd til rus (Arefjord & Karterud, 2012).

3.5. Mindfulness i døgnbehandling

Helsedirektoratet anbefaler i sine rettingslinjer for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet, et Mindfulness-basert tilbakefallsforebyggende program (Helsedirektoratet, 2012). Mange pasienter får store utfordringer med å opprettholde sin rusfrie tilværelse etter endt opphold i døgninstitusjon, og havner mer eller mindre tilbake til gamle rusvaner. Tilbakefallet forklares ofte med at begjæret etter å ruse seg ble for sterk. Det finns en rekke vitenskapelige teorier på hvorfor og hvordan rusug påvirker menneskers handlinger. Årsaksmodellene forklarer rusuget som en neurobiologisk eller psykologisk årsak, eller at rusuget aktiveres av affektive eller kognitive triggere. Mindfulness perspektivet har sine røtter fra buddhistisk tenkning, buddhistene anser begjæret som en kjerne komponent i menneskets eksistens og også roten til menneskets lidelse. Rusmisbruk anses i et mindfulness perspektiv å være et middel for rusmisbrukeren å enten unngå eller oppnå kognitive, affektive eller fysiske tilstander (Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu, 2012). Mindfulness-based relapse prevention (MBRP), er et program spesielt utviklet for å forebygge tilbakefall. Programmet holdes i mindre grupper med seks til tolv deltakere og samles to timer i uken i åtte uker. Programmet bygger på godt dokumenterte behandlingstilnærminger kombinert med tilbakefallsforebyggende kognitiv atferdsterapi (Amundsen & Skjerve, 2019). Programmet har fokus på at pasientene skal utvikle en bevissthet rundt hvordan de opplever og gjenkjenner rusug, og hvordan de kan observere lysten til å ruse seg uten å være dømmende og affektert. En annet mål med programmet er at pasientene skal lære seg å akseptere fysiske og følelsesmessige tilstander som noe flyktig og dynamisk (Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu, 2012).

4.0. Avslutning

Undersøkelser av pasientenes erfaringer med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) viser at majoriteten av pasientene opplever å ha fått utbytte av behandlingen (Folkehelseinstituttet, 2020). Men døgnbehandling i TSB er ikke noe som passer for alle. Det kan være at en har for store psykiske problemer og har større utbytte av behandling innenfor psykisk helsevern. For noen blir det for overveldende å måtte forholde seg til det miljøterapeutiske fellesskapet, det kan være at pasienten for eksempel har høy sosial angst eller at man ikke får etablert et tillitsforhold til de ansatte og de andre pasientene. For andre kan det å jobbe med sitt eget liv og sin egen historie bli for tøft og krevende. Man vet også dessverre at en del havner tilbake i rusmiljøet etter endt behandling, men det finnes ingen nasjonale statistikker på hvor mange dette gjelder. De fleste rusinstitusjoner kan tilby

tidligere pasienter såkalte elevstyrte senger, et tilbud for de som har opplevd eller opplever at de står i fare for tilbakefall. Elevstyrte senger er et tilbud som kan gis i en kortere periode, for at pasienten skal kunne hente seg inn igjen og for å få støtte og motivasjon til å fortsette prosessen med et rusfritt liv ute i storsamfunnet. Mange behandlere er kritiske til tidsrammene rundt behandlingstilbudet, hvor mye tid den enkelte trenger for å jobbe med sitt eget liv og til å bearbeide tidligere erfaringer er individuelt og det er dermed et paradoks at man setter en tidsramme for tilfriskning. For forskning viser at behandling hjelper, men det tid.

Referanser

- Amundsen, E., & Skjerve, A. (2019, 01 02). Mindfulness-basert tilbakefallsforebygging for rusbrukslidelser- En litteraturoversikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 1*, ss. 28-34.
- Andresen, A. S. (2007). Ting tar tid. I D. Furuholmen, & A. S. Andresen, *Fellesskapet som metode; om miljøterapi og rus* (ss. 271-303). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Arefjord, N., & Karterud, S. (2012). Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling. I K. Lossius (red.), *Håndbok i rusbehandling; Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (ss. 222-249). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bahus, M. (2018, 09 12). *Rusrefomen*. Hentet fra snl.no: <https://snl.no/Rusreformen>
- Barne- og familiedepartementet. (2012, 02 06). *NOU 2012: 5 Bedre beskyttelse av barns utvikling- Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/e212cdbe211d4e699983049c3070870e/no/pdfs/nou201220120005000dddpdfs.pdf>
- Binder, P.-E., Gjelsvik, B., Halland, E., & Vøllestad, J. (2015, 02 20). *Hva er mindfulness?* Hentet fra psykologisk.no: <https://psykologisk.no/2015/02/hva-er-mindfulness/>
- Borg, M., & Karlsson, B. (2018). Ta kontrollen tilbake- om Recovery, opprør og fastholdelse. I B. Karlsson, & M. Borg (red.), *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid; Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling* (ss. 57-68). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013, 11 05). *Recoveryorienterte praksiser; En systematisk kunnskapssammenstilling. Rapport 4/2013*. Hentet fra napha.no: <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- da Silva, A. B., & Hagen, M. B. (2018). Etikk og menneskesyn for en helhetlig traumebevisst omsorg. I M. B. Hagen, A. B. da Silva, & M. Thelle (red), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid - fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (ss. 45-58). Oslo: Universitetsforlaget.
- Divisjon Psykisk helsevern, St.Olavs hospital. (u.d.). *Traumelidelser hos voksne*. Hentet fra stolav.no: <https://stolav.no/behandlinger/traumelidelser-hos-voksne>
- Fagrådet - Rusfeltets hovedorganisasjon. (u.d.). *Fag og politikk*. Hentet fra rusfeltet.no: <https://www.rusfeltet.no/abc-til-rusbehandling/category1001.html>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 09 18). *Behandling for narkotikaproblemer i spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra fhi.no: <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-narkotikaproblemer-i-spesialisthelsetjenesten/>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 09 18). *Narkotika i Norge*. Hentet fra fhi.no: <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-narkotikaproblemer-i-spesialisthelsetjenesten/>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Pasienters erfaringer med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 1. halvår 2020. Nasjonale resultater*. Folkehelseinstituttet, område for helsetjenester.

- Furuholmen, D. (2007). Behandlerrollen i et terapeutisk fellesskap. I D. Furuholmen, & A. S. Andresen, *Fellesskapet som metode; om miljøterapi og rus* (ss. 211-263). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Furuholmen, D. (2007). Gruppeprosesser. I D. Furuholmen, & A. S. Andresen, *Fellesskapet som metode; om miljøterapi og rus* (ss. 190-210). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Furuholmen, D. (2007). Hvem er rusmisbrukeren. I D. Furuholmen, & A. S. Andresen, *Fellesskapet som metode; om miljøterapi og rus* (ss. 45-67). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Furuholmen, D. (2007). Ideologi som arbeidsredskap. I D. Furuholmen, & A. S. Andresen, *Fellesskapet som metode; om miljøterapi og rus* (ss. 15-44). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Furuholmen, D. (2007). Problemdefinering og utvikling i behandlingen. I D. Furuholmen, & A. S. Andresen, *Fellesskapet som metode- om miljøterapi og rus* (ss. 68-94). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Furuholmen, D. (2007). Samarbeid og samspill i et terapeutisk fellesskap. I D. Furuholmen, & A. S. Andresen, *Fellesskapet som metode; om miljøterapi og rus* (ss. 120-153). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Gråwe, R. (2016). Kartlegging og diagnostisering. I R. W. Gråwe, *Kombinerte behandlingstiltak for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse: Kunnskapsbaserte behandlingstiltak innen rus- og avhengighetsmedisin* (ss. 35-50). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Haga, W. (2012). Veien inn i behandling. I K. Lossius (red.), *Håndbok i rusbehandling; Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (ss. 47-54). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hagen, M. B. (2016). Traumebevisst miljøterapi. I M. B. Hagen, A. B. da Silva, & M. Thelle (red), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid- fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (ss. 27-44). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, M. B. (2018). Tidlige alvorlige relasjonstraumer i lys av teorier om tilknytning. I M. B. Hagen, A. B. Da Silva, & M. Thelle, *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid - fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (ss. 59-72). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, M. B., Da Silva, A. B., & Thelle, M. (2018). Innledning. I M. B. Hagen, A. B. Da Silva, & M. I. Thelle, *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid - fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (ss. 13-26). Oslo: Universitetsforlaget.
- Heller, L., & Lapierre, A. (2014). Fysiologi og traumer: Hvordan traumer påvirker utviklingen. I L. Heller, & A. Lapierre, *Utviklingstraumer; Hvordan utviklingstraumer påvirker selvregulering, selvbilde og evnen til kontakt* (ss. 109-142). København: Hans Reitzels Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Helsedirektoratet. (2012, 03). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse - ROP lidelser*. Hentet fra helsedirektoratet.no: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_a](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_a)

- Helsedirektoratet. (2014, 03). *Veileder IS-2076. Sammen om mestring; Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra Helsedirektoratet.no: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c
- Håkonsen, K. M. (2018). Når følelsene tar kontroll. I K. M. Håkonsen, *Psykologi og psykiske lidelser* (ss. 271-319). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Håkonsen, K. M. (2018). Når personligheten gir psykiske problemer. I K. M. Håkonsen, *Psykologi og psykiske lidelser* (ss. 339-348). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kanestrøm, J. (2013, 03 23). *Rusmisbrukere sorteres bort*. Hentet fra forskning.no: <https://forskning.no/universitetet-i-oslo-alkohol-og-narkotika-menneskerettigheter/rusmisbrukere-sorteres-bort/643769>
- Karlsson, B., & Borg, M. (2018). Introduksjon. I B. Karlsson, & M. Borg (red.), *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid; Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling* (ss. 11-27). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Karterud, S. (2020, 10 27). *Personlighetsforstyrrelser*. Hentet fra snl.no: <https://sml.snl.no/personlighetsforstyrrelser>
- Kristiansen, G. H. (2016, 12 07). Med håp om recovery. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid 04/2016 (Volum 13)*, ss. 387-393.
- Lillevik, O. G., & Øien, L. (2014). Miljøterapi- et anerkjennende og bemyndigende verdigrunnlag. I O. G. Lillevik, & L. Øien, *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon* (ss. 75-92). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lillevold, H. J. (2016, 12 01). Mellom to stoler; Utfordringer ved behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nr 12*, ss. 994-999.
- Lundberg, A. (2012). Hva er det med rusmiddelavhengighet som krever tverrfaglighet? I K. Lossius (red.), *Håndbok i rusbehandling; Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (ss. 40-46). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Løvaas, E. K. (2012). Diagnostisering. I K. Lossius (red.), *Håndbok i rusbehandling; Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (ss. 55-74). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Morken, K., Karterud, S., & Arefjord, N. (2013, 08 22). *Transforming Disorganized Attachment Through Mentalization-Based Treatment*. Hentet fra link.springer.com: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10879-013-9246-8.pdf>
- NAPHA. (2021, 04 09). *Recovery*. Hentet fra napha.no: <https://www.napha.no/content/13883/recovery>
- Nordanger, D. (2021, 02 17). *Webinar: Hva innebærer traumebevissthet i omsorg og behandling?* Hentet fra Erfaringskompetanse.no Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse: <https://erfaringskompetanse.no/foredrag/>

- Nordanger, D. Ø. (2014). Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid. I T. Anstorp, & K. Benum (red), *Traumebehandling; komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (ss. 39-51). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordanger, D. Ø., & Brarud, H. C. (2018). Hva skal til for å skape endring? I D. Ø. Nordanger, & H. C. Brarud, *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi* (ss. 141-167). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). Den bruksavhengige hjernen. I D. Ø. Nordanger, & H. C. Braarud, *Utviklingstraumer; Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi* (ss. 51-69). Bergen: Fagbokforlaget.
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). Relasjon og regulering. I D. Ø. Nordanger, & H. C. Braarud, *Utviklingstraumer; Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi* (ss. 35-50). Bergen : Fagbokforlaget.
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2018). Når to onder opptrer sammen. I D. Ø. Nordanger, & H. C. Braarud, *Utviklingstraumer; Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi* (ss. 71-92). Bergen: Fagbokforlaget.
- Nordaunet, O. M. (2019, 06 11). Aktiviteter i et recovery-perspektiv. En litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid 02/2019 (Volum 16)*, ss. 70-79.
- Norsk helseinstitutt. (2019, 05 16). *Personlighetsforstyrrelser*. Hentet fra NHI.no: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/diverse/personlighetsforstyrrelser/?page=all>
- Oslo universitetssykehus. (u.d.). *Rusavhengighet-døgnbehandling*. Hentet fra Oslo universitetssykehus.no: <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/rusavhengighet-dognbehandling>
- Schjødt, T. (2007). Miljøterapiens relationelle aspekt. I T. Schjødt, & T. Heinskou, *Miljøterapi på dynamisk grundlag* (ss. 49-70). København: Hans Reitzels Forlag.
- Sele, P. (2018, 12 13). *Barndomstraume varer langt inn i voksenlivet*. Hentet fra modum-bad.no: <https://www.modum-bad.no/barndomstraume-varer-langt-vaksenlivet/>
- Skau, G. M. (2018). Personlig kompetanse-en viktig del av profesjonaliteten. I G. M. Skau, *Gode fagfolk vokser* (ss. 53-80). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Skogen, J., Torvik, F. A., Hauge, L. J., & Reneflot, A. (2019, 12 06). *Folkehelse rapporten: Rusbrukslidelser i Norge*. Hentet fra Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008, 05 01). Mentalisering- et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening nr.9, 2008;128:1066-9*, ss. 1066-1069.
- Thelle, M. (2018). Diagnoser og behandling. I M. B. Hagen, A. B. Da Silva, & M. Thelle, *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid - fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (ss. 101-121). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thommessen, C. S., & Neumann, C. B. (2019). Følelser, sansing og tanker. I C. S. Thommessen, & C. B. Neumann, *Gode hjelpere kjenner seg selv; Traumebevisst omsorg i arbeid med barn og unge* (ss. 81-96). Oslo: Cappelen Damm AS.

- Thommessen, C. S., & Neumann, C. B. (2019). Innledning. I C. S. Thommessen, & C. B. Neumann, *Gode hjelpere kjenner seg selv: Traumebevisst omsorg i arbeid med barn og unge* (ss. 9-20). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Trøften Gamst, K. M. (2017). Utsatte barn. I K. M. Trøften Gamst, *Profesjonelle barnesamtaler; å ta barn på alvor* (ss. 97-124). Oslo: Universitetsforlaget.
- Tyrili FoU. (2019). *Årsmelding for Tyrilistiftelsen 2019*. Hentet fra Tyrili.no: <https://www.tyrili.no/getfile.php/1343772-1600083917/Bilder/PDF-er/Fra%20FoU/%C3%85rsmelding%20for%20Tyrilistiftelsen%202019.pdf>
- Tyrilistiftelsen. (u.d.). *Behandlingsforløp*. Hentet fra Tyrili.no: <https://www.tyrili.no/behandlingsforlop/>
- Tyrilistiftelsen. (u.d.). *Syn på behandling*. Hentet fra tyrili.no: <https://www.tyrili.no/synpabehandling/>
- Tyrilistiftelsen. (u.d.). *Tyrilihverdagen*. Hentet fra Tyrili.no: <https://www.tyrili.no/tyrilihverdagen/>
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. (2012, 04 06). *Mindfulness-based relapse prevention for substance craving*. Hentet fra sciencedirect.com: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460312001335>

