

Innledning

Døgnavdeling ved STIP- Post 3 er tilrettelagt for 16 døgnplasser. 5 av disse er beregnet for personer med samtidig / alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk.

Post 3 mottar stort sett den sårbare gruppen som har psykoseproblematikk og da hyppig kombinert med rusproblematikk.

Norsk og amerikansk forskning viser til at de tilbaketrukne psykotiske pasientene (de sårbare) trenger en annerledes type behandling enn de pasienter med f.eks. bipolar lidelse , personlighetsforstyrrelse, antisosiale trekk, borderline trekk og syndromtilstander.

Post 3 vil av og til motta pasienter fra disse gruppene også, de vil etter utredning med henhold til diagnose bli henvist til andre instanser som kan gi dem et bedre tilbud.

Følgende behandlingsideologi er tilpasset den sårbare gruppen som vi ved Post 3 de siste årene har bygd opp et tilbud for, når det gjelder tilfeller der det er nødvendig med samtidig og kombinert rus og psykosebehandling.

Endrings - og løsningsfokusert ideologi

Vi ved Post 3 har et endrings - og løsningsfokusert grunnsyn som forståelsesmodell i behandlingen.

Dette betyr at vi prøver å hjelpe pasientene til å se muligheter for å mestre en vanskelig livssituasjon og skape endring i denne i en selvønsket retning. Fokuset blir mer løsning enn problem. Som en del av en slik tenkning forstår vi at rusingen er et mestringforsøk for å håndtere en vanskelig situasjon. Samtidig anerkjenner vi bredere forståelsesmodeller omkring skadelig bruk av rus - dette kommer vi ikke til å si noe om her. Gjennom en slik løsningsrett modell vil pasienten få sjansen til å hente frem sine ressurser og dermed bli mer delaktig i sin egen behandling og endringsprosess.

Endring skjer sjelden som et resultat av plutselig klargjørende innsikt. Det skjer som resultat av mange mindre innsikter som etterhvert vil gi en utviklingsspiral henimot endring. Dette kan også beskrives/forstås som delmål som kan settes og oppnås etter tur.

Tidsperspektivet i behandlingen vil være langt da det ikke bare er snakk om å endre rusvaner - men også livsstil og mestringsstrategier. Pasienten må også bygge seg et "nytt liv" da mange har hele sin identitet og mange års levde erfaringer knyttet opp mot ruskulturen.

Samtidig bidrar den psykiske lidelsen til å gjøre tidsperspektivet langt, da dette som regel er mennesker med egosvak personlighetsstruktur som bl.a. kan gi seg utslag i angst/utrygghet for samhørighet med andre. Dette forsterkes enda mer i psykosen der personens kontroll over sammenhengen mellom indre og ytre verden er gått tapt. I psykosen kan det dukke frem symptomer som i utgangspunktet kan forstås som ulike former for forsvar og rene

nevropsykologiske endringer, men som over tid blir uønskede og livsbegrensende lidelsesuttrykk.

Det sier seg selv at for å få til en endringsprosess for mennesker med en slik sammensatt lidelse kreves en langvarig integrert behandling. Ed andre ord må den rusrelaterte del av behandlingen for pasienter med samtidig rus og psykoseproblematikk tilpasses pasientens sårbarhet, ut fra en erkjennelse om at rusmiddelbruken henger sammen med den psykiske lidelsen.

Stress/sårbarhetsmodellen er sentral i denne tenkningen (se vedlegg). Totalavhold fra rus på kort sikt er altså urealistisk og slike krav vil kunne skape det vi kan oppleve som såkalt motstand fra pasientens side. Denne motstanden er uforenlig med en endringsprosess. Jo mer fastholding av sine vaner og mestrings/unngåelsesvaner fra pasienten, jo dårligere behandlingsresultat får vi.

En skadereduksjonsmodell der tilbakefall må regnes med, er mer realistisk i behandlingen og den gir åpning for dialog og refleksjoner omkring endring - over tid - der pasienten selv prøver seg frem med oss som rollemodeller.

Andre momenter som forhindrer endring er harde konfrontasjoner ved rusatferd. Dette har ingen terapeutisk verdi, spesielt for mennesker med svak egostruktur og generelt for mennesker som ennå ikke tør eller vil handle annerledes. Faktisk kan vi gå måtte gå lenge å ville alternativ atferd for pasienten før denne selv er trygg og sterk nok til å ville og å handle annerledes.

Personalet må ha tålmodighet og kunnskap om at sprekker, rømningerosv. er uheldige mestringsstrategier som det tar tid å finne alternativer til. Rusen ses på som et symptom og ofte en delvis valgt mestringsstrategi, evt. unngåelsesstrategi der personalet bør ha en støttende holdning til personen og en spørrende/utforskende holdning til rusatferden. Imidlertid er det viktig å ha en knippe sanksjoner for å markere at det er ønskelig med andre løsningsmekanismer enn rusing. Dette er spesielt viktig m.h.t. realiteten av at dette gjelder behandling av mennesker som ofte er i fare for symptomforverring ved mye rusing, noe som igjen øker faren for kronifisering av tilstanden.

Den ideelle behandlingskontakt hadde vært basert på frivillighet, dog gjør manglende sykdoms- og tilstandsinnsikt hos pasienten ved behandlingsstart dette vanskelig.

Slik blir sanksjoner og grensesetting konkrete hjelpemidler i en fase av behandlingen. Dette forut for at pasienten selv opparbeider styrke/innsikt til å være sin egen sanksjonist og grensesetter. Når denne styrken er opparbeidet kan personen selv istedet velge mer meningslærende løsninger etter sin egen tilstand. Her vil muligheten for frivillig opphold kunne bli naturlig konsekvens i tilfeller der pasienten har mye god utvikling og endring med henhold til rus og psykoseproblematikk.

Sanksjoner og grensesetting er også tilstede for at posten skal være et bilde av samfunnet der rus er ulovlig. De øvrige pasientene som ikke har en rusadferd må slippe disse ekstra stressfaktorene i sitt vekstmiljø.

Ved post 3 har vi utarbeidet egne retningslinjer for rusatferd både i posten og ved permisjoner. Disse konsekvensene på rusatferd skal være forutsigbare for pasientene og

representere grenser og ansvarliggjøring. Hovedfokuset er imidlertid å få pasienten til å reflektere over sine bevisste og ubevisste valg. - Hvorfor ruser du deg? - Hva hendte? - Så du måtte finne ro! - Har du greid å finne ro også uten rus? - Hva gjorde du da? - Hvilke andre løsninger finnes for deg for å få ro?

Vi i behandlingsgruppa skal etterstrebe å ha evne til å endre oss sammen med pasienten - det er hun /han som med tid og stunder skal komme frem med sine løsninger med støtte fra oss.

Kunsten i behandlingen blir å balansere støtten/utfordring der vi er veiledere og modeller. Om vi i vår iver overkjører pasienten med generelle løsninger vil det skapes en kunstig endringsprosess som pasienten vil bli fremmedgjort i. - Se folk der de er. Eksempelvis er det viktig å ta tak i de gangene pasienten mestrer å dra til byen uten å ruse seg. -Hva var annerledes for deg da? - Hva kan det ha seg at du valgte slik/ hvordan ble det slik? - Hvordan klarte du det?

Det er disse ressurs/ mestringsstrategier som er viktig å speile/ forstørre for pasienten. (Lagt selv bilde er ofte ikke kombinerbart med å se sin egen mestring.) Vi kan hjelpe til med å gi denne mestringen vekst og rom.

Å få tak i ressurser er en metode for å øke motivasjonen i følge den endringsfokuserede teorien. Itillegg beskrives to viktige elementer som må være tilstede for motivasjonen - nemlig *troen på å mestre og ønske om å forandre*. Dette kan gi den nevnte utviklingsspiralen mot en bedre livskvalitet for pasienten.

I følge Mueser er motivasjonen - ønsket om å slutte med rus svært betydningsfullt. Det å øke pasientens motivasjon for endring blir av den grunn et hovedanliggende i behandlingen. Men hvilken motivasjon bærer denne personen på *egentlig* og klarer vi å se den hvis den er der? Eller er det speiling av det vi selv bærer på?

Etter en del års erfaring her på Post 3 ser vi at ingen (synd men sant) av de pasientene som kommer uttrykker motivasjon for å endre sin rusatferd. Og hvorfor skulle de det når de ikke opplever det som noe problem, men heller som en kilde til å føle seg normal (pasientens egne utsagn).

I tillegg til denne "manglende motivasjon" som vel egentlig er uttrykk for ikke å se andre løsninger enn rus - er også de fleste av pasientene som kommer hit tvangsinnlagte. De har ofte lite innsikt i sin psykiske lidelse og mener det er gjort dem stor urett i å bli tvangsinnlagt. Man skulle tro at det hele oppleves som meningsløst og at følelsen av tilhørighet ville være fraværende når man er kommet til en plass man ikke har behov for å være.

Ifølge Banner og Wrubels omsorgsteorier er meningsløshet og manglende tilhørighet de viktigste trusler mot mestring. Så hvordan kan vi her greie å motivere til endring av rusatferd når både ovennevnte faktorer og selve lidelsen holder pasientens håp om mestring nede?

Vi ved Post3 tenker at behandlingsgruppas relasjon og holdning til pasienten er bjærebjelken i det hele. At pasienten via opplevelse av denne relasjonen gis muligheten til å kjenne på tilhørighet og mening - for å utvide og se sine muligheter for konstruktiv mestring og et bedre liv. En god behandlingsrelasjon vil kunne bygge opp den tilliten som trengs for at pasienten skal kunne åpne opp for å ta i mot nye opplevelser og å gjøre seg nye og annerledes refleksjoner. Dette igjen åpner for å trå nye stier - der vi kan gå i grøfta ved siden av

pasienten. Eventuelt diskutere ved neste dump i veien, eller når det frister å ta en snarvei, f.eks. via den gamle stien som er så trygg og kjapp.

Ressursene så vi tidlig i teksten var svært viktig for motivasjonen til pasienten - og motivasjonen for god prognose. Har man en god relasjon til pasienten basert på gjensidig tillit blir det lettere å få tak i og se personens ressurser (m.a.o. vi kommuniserer og er ikke låst i såkalt motstand hos pasienten).

Hvilke langsiktige mål og ønsker for livet har/ hadde pasienten? I meningsløsheten kan dette være vanskelig å se for pasienten og i perioder må vi i behandlingsgruppa representere håpet. Spesielt i begynnelsen må vi gradvis og forsiktig vise at vi har tro - håp og tillit til at mening og muligheter for endring finnes. Tidligere i teksten ble det hevdet at ingen av pasientene er motiverte for å endre rusatferd ved innleggelse. Derimot ser det ut til at alle har/hadde ønsker/drømmer om et eller annet godt eller meningsfullt. Kanskje er det å ønske om å gjenopprette tillit til familien eller det å få sin egen bolig? Eller kanskje ønsket om å slippe tvangsinnleggelse?

Fokus må settes inn på denne motivasjonen og rusbehandlingen knyttes opp mot dette. Vi kan starte der og jobbe realistisk mot det. Etterhvert kan innsikten komme om at en endring av rusatferd vil være et middel for å nå målet. For andre kan muligens endringen komme som et resultat av stadige mestringsopplevelser fra f.eks. fysisk aktivitet som er en del av det allsidige tilbudet som gis fra første uke av.

Mestring gir bedre selvbilde og kanskje man etterhvert kan se seg selv som noe annet enn rusmisbruker. Slik blir det miljøterapeutiske rom og et sted hvor pasienten kan finne nye sider ved seg selv, som igjen kan gi grunnlag for selvrefleksjon og identitetsutvikling. Imidlertid ser vi at denne "sårbare gruppen" også har behov for å få enkelte hjelpeknagger slik at de kan bli bedre rustet til å nå sine mål. Dette kan f.eks. være økt sosial kompetanse, mestring av ruspress, problemløsning etc. Post 3 driver ESL og EBL som omhandler dette. For å skape en endringsprosess som varer er det avgjørende at pasientens nettverk er inkludert i behandlingen.

Deretter må det under sykehusoppholdet startes opp en individuell plan slik at pasienten blir sikret hjelp videre i behandlingssystemet.

STRESS- SÅRBARHETSMODELLEN

Utkast fra kompendium utarbeidet av Rolf Gråve:

Nøkkelen til å forstå sammenhengen mellom bruk av rusmidler og alvorlige psykiske lidelser ligger i stress- sårbarhetsmodellen for psykiske sykdommer.

I følge stress- sårbarhetsmodellen er alvorlige psykiske lidelser forårsaket av biologiske faktorer bestemt tidlig i livet, en slags disposisjon.

Selv om denne biologiske komponenten fremtrer som faktiske symptomer, så er sykdommens alvorlighet og forløp senere, påvirket av andre faktorer. Det er særlig stressfaktorer som belaster denne sårbarheten.

Stress kan øke denne sårbarheten og føre til alvorlige psykiske lidelser eller tilbakefall av symptomer. Med stress menes f.eks. bekymringer, problemer, konflikter, press m.m. På den andre siden, hvis en person har gode mestringsevner, vil han eller hun være mindre sårbar overfor de negative konsekvensene av stress.

I tillegg til stress og våre evner til å mestre stress, kan også biologiske faktorer ha en innvirkning på denne sårbarheten (eller disposisjonen) for få alvorlig psykisk sykdom. Det er kjent at mange psykoaktive stoffer kan forsterke eksisterende kjemiske ubalanser i hjernen og utløse alvorlige psykiske lidelser. Noen foreskrevne medisiner kan igjen hjelpe til med å rette opp noen av disse kjemiske ubalansene i hjernen som man mener forårsaker alvorlige psykiske lidelser. Parallellt med at medisiner kan redusere sårbarheten, kan rusmidler som f.eks. alkohol, hasj, amfetamin og kokain, øke den. Rusmidler kan ha negativ innvirkning på alvorlige psykiske lidelser på to måter. For det første kan rusmidler virke direkte på de kjemiske reaksjonene i hjernen som har forårsaket lidelsen og dermed forverre den. For det andre kan rusmidler blande seg med medisiner som blir brukt i behandlingen av psykiske lidelser og gjøre dem mindre effektive.

Stress- sårbarhetsmodellen forklarer hvorfor personer med en alvorlig psykisk lidelse i så høy grad er følsomme for rusmidler. Disse personene har en biologisk sårbarhet som ligger til grunn for deres psykiske lidelse. Det er denne sårbarheten som gjør dem så følsomme overfor virkningen av rusmidler som f.eks. alkohol og amfetamin. Dette er grunnen til at personer med psykiske sykdommer ofte påvirkes (og typisk på en negativ måte) av selv små mengder rusmidler.

Personer med alvorlige psykiske lidelser (typisk psykoser) er mer følsomme m.h.t. rusmidler.