



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331

Predefinert informasjon

Startdato:	15-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BVP331 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 366

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Fellesskapet som metode

Antall ord *: 9807

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?: Nei

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Felleskapet som metode.

«Hvordan fungerer fellesskapet som metode for å lære mennesker med rusmiddelavhengighet å mestre livet uten rus?»

Kandidatnummer 366

Bachelor i Vernepleie
Høgskulen På Vestlandet
Institutt for velferd og deltaking
22.05.20

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag.

Bakgrunn: Denne oppgaven beskriver hvordan fellesskapet som metode fungerer for å lære rusmiddelavhengige å mestre livet uten rus. Den ser på fellesskapet i kontekst av et terapeutisk samfunn. Målet er ikke å beskrive alt som skjer i det terapeutiske samfunnet. Det er grunnet oppgavens rammer kun gått i dybden på det som omhandler sosiallæringsteori, rollemodeller og relasjonens rolle i behandlingen. **Metodene** som er benyttet for å besvare problemstillingen er kvalitative forskningsintervju, samt litteratursøk. **Resultatene** sier noe om viktigheten av et mangfold av rollemodeller for at behandlingen skal ha best mulig effekt. På relasjonens side viser den til et behov for trygge gode relasjoner som kan virke som en sekundær trygg tilknytning som en surrogat for en manglende primær trygg tilknytning.

Konklusjon: Mangfoldet i fellesskapet er det som gjør at fellesskapet som metode fungerer. Det knyttes stor attribusjon for dette til bruken av rollemodeller. Relasjon og trygg tilknytning er essensielle.

Innhold

Sammendrag.....	2
1.0 Innledning.....	5
1.1 Historisk blikk på behandling av rusmiddelavhengighet.....	6
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Avgrensninger.....	8
2.0 Teori.....	9
2.1 Rusmiddelavhengighet.....	9
2.2 Hvem er den rusmiddelavhengige.....	10
2.3 Forklaringsmodeller.....	11
2.4 Sosialkognitiv læringsteori.....	11
2.4.1 Observasjonslære.....	12
2.5 Relasjonens rolle i potensiell utvikling av rusmiddelavhengighet.....	13
2.6 Fellesskapet som metode.....	15
3.0 Metode.....	17
3.1 Kvalitativ metode.....	17
3.2 Førforståelse.....	18
3.3 Intervju.....	18
3.4 Litteratursøk.....	20
3.4 Styrker og svakheter ved metodene.....	20
4.0 Resultater.....	23
4.1 Forklaringsmodeller.....	23
4.2 Sosial læring og bruk av rollemodeller i behandlingen.....	23
4.3 Relasjonens rolle i behandlingen.....	24
4.4 Fellesskapet som metode.....	24
4.5 Personligprosess.....	24
4.6 Litteratursøk.....	25
5.0 Drøfting.....	26
5.1 Hvordan forstå problemet?.....	26
5.2 Hvordan bli den beste versjonen av seg selv?.....	27
5.3 Relasjonens helbredende effekt.....	28
5.4 Resultater av fellesskapet.....	30
6.0 Oppsummering.....	32
7.0 Litteraturliste.....	33
Vedlegg I: Samtykkeerklæring.....	36
Vedlegg II: Intervjuguide.....	39

Vedlegg III: Dokumentasjon av søk.....	40
Vedlegg IV: PICo.....	41
Vedlegg V: PICo.....	42
Vedlegg VI: Kritisk vurderingsskjema. Oversiktsartikkel.....	43
Vedlegg VII: Kritisk vurderingsskjema oversiktsartikkel.....	45
Vedlegg VIII: Kritisk vurderingsskjema Kvalitativ studie.....	47
Vedlegg IX. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	49

1.0 Innledning.

Behandling av psykisk syke og personer med rusmiddelavhengighet har fått større fokus i norsk politikk. Dette kan vi se på regjeringens målrettede satsning på å øke kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i helse- og omsorgssektoren med en prioritering av psykisk helse og på rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Det ble på stortinget i april 2016 vedtatt en opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020). I løpet av planperioden for opptrappingsplanen slår regjeringen fast at de vil øke bevilgningene til rusfeltet med 2,4 milliarder kroner. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Veksten i TSB for 2018 er anslått til 150 millioner kroner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Phoenix Haga er et terapeutisk samfunn i Mysen, som har vært i drift siden 1990. Terapeutisk samfunn er en behandlingsmetode som bruker felleskapet som metode for å lære rusmiddelavhengige å mestre livet uten rus. Phoenix Haga har 35 behandlingsplasser og de fleste beboerne er mellom 18-30 år. Klinisk behandlingsperiode er på ett år (fase 1), mens et samlet opphold med ettervern (fase 2 og 3) har en varighet på to til tre år. Phoenix Haga har et integrert ettervern der beboerne går i terapeutiske grupper på institusjonen hver uke i fase 2 og annenhver uke i fase 3. Ettervernet etterfølges av en «frivillig fase 4» der beboerne ikke deltar i grupper på institusjonen med mindre de blir kalt inn som støtte for stab eller av andre årsaker har behov for det.

Dette behandlingsstedet ble avviklet av Helse Sør-Øst etter anbudsrunderen i 2012, dette på tross av at institusjonen ligger 6 best (av 14) i pris, og med landets beste resultater med henhold til full rehabilitering av mennesker som har vært i behandling. En rapport (referert i Johansen, 2019) fra Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM), konkluderer med at 67,7 % av pasienter med gjennomført behandling (alle faser) er rusfrie etter fem år. De aller fleste er i arbeid eller utdanning.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) driver med substitusjonsbehandling av i hovedsak opioidavhengige og har siden sin oppstart i 1998 økt fra cirka 700 pasienter til rundt 8000 i 2018 (Øiern & Aasmundstad, 2019).

Jeg har selv en lang ruskarriere bak meg, samt en lang behandlingshistorie for veien tilbake til et rusfritt liv. Mye av den behandlingshistorien har utspilt seg i et norsk terapeutisk samfunn. Jeg har i tillegg til dette jobbet i deler av behandlingsapparatet som jobber med rusmiddelavhengige.

Det økende fokuset på mest effektiv behandling med færrest mulig liggedøgn gjør meg bekymret. Det samme gjør den økende trenden med bruk av LAR behandling. Noe jeg ser som en del av problemet med effektiviseringen og kutt i antall liggedøgn. Medisinering av symptom fremfor behandling av underliggende problem.

1.1 Historisk blick på behandling av rusmiddelavhengighet.

På 1960-tallet ble narkomani sett på som en sykdom. Den skulle behandles med ro, hvile og pleie på Statens klinikk for narkomane på Hov i Land. Pasientene var i hovedsak helsepersonell og pasienter som hadde blitt behandlet med morfin (Furuholmen & Andresen, 2007, s. 23).

I begynnelsen av 1970 årene begynte man å se behov for behandlingssteder som behandlet ungdom og unge voksne med rusmiddelavhengighet. Det ble derfor etablert egne behandlingstilbud for personer i denne brukergruppen. Det vokste samtidig frem politiske og faglige føringer for hvordan unge mennesker med rusproblematikk skulle behandles. Hovedsaken her var at sosiale og psykologiske problemer av en slik natur ikke skulle behandles innen rammene for en autoritær medisinsk-psykiatrisk forståelse. Det skulle i stedet vektlegges humanistisk psykologisk og pedagogiske metoder, med likeverdige klient behandler forhold og sosialt nettverksarbeid som essens. Synet på problemet gikk fra å være en tradisjonell sykdomsoppfatning til en mer sosialpsykologisk oppfattelse

(Folkehelseinstituttet, 2018). Mot slutten av 1970-tallet kom den sosialpsykiatriske og sosiologiske tenkningen inn i bildet for alvor. De nye forklaringene på misbruket ble, økonomi, sosiale relasjoner, samfunnsstruktur og politikk. Behandlingskollektiv vokste frem med datidens hippiebevegelse som ideologi (Furuholmen & Andresen, 2007, s. 24).

1980-årene var mer preget av psykologisk tenkning enn tidligere. Kollektivene integrerte psykologi og familie tenkning som viktige elementer i behandlingen. Det terapeutiske samfunn for rusmiddelavhengige hadde sitt utspring i 1982 her i Norge. Der så de misbruk som et symptom på psykologisk problematikk (Furuholmen & Andersen, 2007, s.25)

Fra slutten av 1990-årene gikk det igjen i retning sykdomsmodellen da substitusjonsbehandling med ulike opiater ble igangsatt i 1998. Medisinen ønsket å gjenvinne sitt herredømme over rusbehandlingen. Dette førte til en reorganisering av rusbehandlingen og den ble lagt inn under spesialisthelsetjenesten (Furuholmen & Andersen, 2007, s. 25). Det vokser også frem ulike typer mål for rusbehandlingen. Alt fra skadereduksjon og livredning til vedlikeholdsbehandling der rehabilitering er et mer langsiktig mål, og til full rehabilitering med identitetsendring der rus ikke lenger er en del av hverdagen.

1.2 Problemstilling.

Konsekvensene av en rusmiddelavhengighet er mange og ofte store. Ikke bare for deg selv som rusmiddelavhengig, men også for dine pårørende og samfunnet rundt deg. I historikken fra hvordan behandlingsformene har utviklet seg, ser vi en utvikling fra en streng autoritær medisinsk/psykiatrisk tilnærming til en mer kompleks psykososial problemstilling. Vi ser en økning i antall pasienter i LAR behandling på samme tid som behandlings institusjoner som Phoenix Haga blir nedlagt.

Av personlige erfaringer fra min egen behandling, ser jeg at veien mot å få et liv som ikke er styrt av rusen er lang. Jeg vil påstå det kreves i de fleste tilfeller mer enn tre måneder i

behandling for å bygge opp et liv man har brukt år på å destruere. For ikke å snakke om man ikke har kjent til noe annet enn et liv i rus.

I løpet av min egen rehabiliteringsprosess har jeg blitt fascinert av hvordan jeg så meg selv og andre rundt meg bli et resultat av våre sosiale fellesskap. Jeg har som nevnt tidligere personlig behandlingserfaring fra terapeutiske samfunn. Jeg ønsker med denne oppgaven å gå i dybden på deler av modellen som terapeutiske samfunn er bygget på. Dette for å se hvordan de bruker fellesskapet som metode for å lære rusmiddelavhengige å mestre livet uten rus. Et personlig mål med oppgaven er å bedre min profesjonelle forståelse etter som jeg snart er autorisert vernepleier.

Problemstillingen min er som følger:

Hvordan fungerer fellesskapet som metode for å lære mennesker med rusmiddelavhengighet å mestre livet uten rus?

I definisjonen fellesskapet som metode, ligger jeg hvordan et samfunn bestående av ulike typer mennesker og former for mellommenneskelig kontakt kan være med å forme eller forandre hvordan vi lever våre liv. For å sitte fellesskapet inn i kontekst, har jeg valgt å se på dette i form av et terapeutisk samfunn.

1.3 Avgrensninger.

Det er viktig for meg å presisere at dette kun er noen sider ved en svært komplekst behandlingsform. Noen av de områdene oppgaven ikke kommer inn på, eller bare kort beskriver er psykoterapi, gruppeterapi, individuelle samtaler, de forskjellige faser og fasemarkeringer og faglig og personlig veiledning med mer. Grunnet oppgavens rammer er det kun rom for å belyse og drøfte en del av arbeidet som blir gjort i terapeutiske samfunn. Skulle man ha gitt en grundigere beskrivelse ville det krevd betydelig større arbeid og plass.

Det jeg vil undersøke spesielt er deler av behandlingen som gjennom min egen behandlingsprosess virket som viktige elementer. Det var spesielt rollemodeller og arbeid i relasjoner som utpekte seg. Interessen for disse delene har bare vokst seg større, etter som jeg gjennom utdanningen har lært mer om dem. De delene jeg har valgt å skrive om er. Hvordan fellesskapet som metode med fokus på det som omhandler sosial læringsteori og det relasjonelle mellom mennesker, blir brukt for å lære de rusmiddelavhengige å mestre livet uten rus. Det kunne styrket oppgaven om jeg intervjuet flere med brukerpererfaring fra terapeutiske samfunn. Grunnet rammene rundt oppgaven fokuserte jeg på å intervjuere behandlere.

2.0 Teori.

I dette kapittelet begynner jeg med å beskrive og definere rusmiddelavhengighet, for så å gi en beskrivelse av hvem den rusmiddelavhengige er i kontekst av denne oppgaven. Videre går jeg inn på to av forklaringsmodellene som blir brukt for å forklare årsaker til rusmiddelavhengighet. Jeg tar med meg relasjonens rolle og tidlig tilknytning som svar på hvorfor noen risikerer å bli rusmiddelavhengig. Jeg vil også gå inn på sosialkognitiv læringsteori av Alfred Bandura, for å forklare noe av den potensielle veien ut i rusmiddelavhengighet. Til slutt gir jeg en kort oppsummering av terapeutiske samfunn og hvordan de benytter fellesskapet som metode i behandlingen.

2.1 Rusmiddelavhengighet.

I oppgaven bruker jeg ordet rusmiddelavhengig for å beskrive personer som har utviklet et så stort problem, at de trenger hjelp for å slutte. I diagnosemanualen ICD-10 skilles det mellom de to diagnosene skadelig bruk og avhengighetslidelse, der sistnevnte regnes som mest alvorlig. For å oppfylle kriteriene for en avhengighetsdiagnose kreves tre eller flere av følgende faktorer vist i løpet av de siste tolv måneder: 1) Et sterkt ønske eller behov for å ta stoffet. 2) Svekket evne til å kontrollere inntak. 3) En fysiologisk abstinensstilstand når bruken reduseres eller opphører eventuelt bruk av liknende stoffer for å unngå abstinenssymptomer. 4) Utvikling av toleranse for effektene av stoffet i form av behov for større doser for samme

effekt eller svekket effekt ved bruk av samme dosering. 5) Opptatthet av bruk av stoffet blir synlig for eksempel ved at andre interesser eller områder av livet nedprioriteres og at mye tid brukes på å få tak i, innta og komme seg etter effektene av stoffet. 6) Vedvarende bruk til tross for tydelige tegn på skadelige konsekvenser (World Health Organization, 1993, referert i Halvorsen, 2018, s. 5).

2.2 Hvem er den rusmiddelavhengige.

For å avgrense problemstillingene rundt de rusmiddelavhengige tar jeg utgangspunkt i at de rusmiddelavhengige har et mangeårig misbruk bak seg. De har levd i et miljø med helt andre normer enn det vi andre i samfunnet lever etter. I tillegg har de en relasjonsforstyrrelse eller relasjonsbrist som følge av en barndom preget av omsorgssvikt og dårlig relasjonell tilknytning som en av hovedårsakene til sitt misbruk.

Furuholmen og Andresen (2007, s. 62) sammenligner det å overleve som rusmiddelavhengig i miljøet med å leve i en krigssone. «Det nytter ikke å være en kjekk og redelig kar blant ulver. For å overleve i en ulvegård må man oppføre seg som en ulv». De beskriver en aktiv endringsprosess på veien mot å bli en vellykket misbruker. En omstilling som omhandler å adaptere nye normer og ny atferd og å redefinere stadig flere behov og følelser som «stoffsug» (Furuholmen og Andresen, 2007, s. 62). Slik blir man kontinuerlig kvitt ubehag og savn i tilværelsen. Den rusmiddelavhengige bygger seg en identitet som stadig er mer tilknyttet rusmiljøet enn det ordinære samfunn.

Det er mange fagfolk som mener relasjonsbrist er en av hovedårsakene til rusmiddelavhengighet (Furuholmen og Andresen, 2007, s. 63). De rusmiddelavhengige som jeg ligger til grunn i denne oppgaven mangler en grunnleggende trygghet fordi de tidlig har blitt skadet i sin evne til å ha relasjoner med andre. Forholdet til foreldre og andre viktige omsorgspersoner har vært av en så dårlig karakter, at det har fått følger for personligheten og deres forhold til omverden. De har opplevd forskjellige typer omsorgsbrist, som manglende emosjonell kontakt og trygghet, avvisning, grenseløshet og vold.

2.3 Forklaringsmodeller.

Det finnes flere måter å forklare årsaken til rusmiddelavhengighet. Jeg har i denne oppgaven valgt to modeller for å se på årsaken bak personers rusmiddelavhengighet. Symptommodellen og livsformmodellen.

Symptommodellen bygger på at misbruket til den rusmiddelavhengige fungerer på en slik måte at det demper symptomtrykket for noe bakenforliggende. Det være seg dårlige sosiale forhold, manglende omsorg i barndommen eller underliggende sykdommer som for eksempel depresjon, personlighetsforstyrrelser og/eller psykoser (Kronbæk, Lauridsen & Lundsberg, 2010, s. 20).

Livsformmodellen bygger også på symptomer, men at misbruket er en tillært reaksjon på hendelser eller sykdom som oppstår i løpet av livet. I dette perspektivet ser man på bruket som noe tillært, der noen bruker lite, noen bruker mer, mens andre utvikler en mer skadelig bruk og utvikler en avhengighet. I livsformmodellen tar man utgangspunkt i at all lært uhensiktsmessig adferd også kan avlæres og det kan tilegnes ny mer hensiktsmessig adferd. Dette gjøres enten gjennom resosialisering via miljøterapi med avlæring av mønstre og tilegning av nye, eller gjennom kognitiv terapi ved å endre sine tankemønstre og dermed sin adferd (Kronbæk, et al, 2010, s. 21).

2.4 Sosialkognitiv læringsteori.

Albert Bandura (f. 1925) hørte til generasjonen av lærings teoretikere som etterfulgte de første behavioristene. Han mente at behavioristenes forklaring med stimuli respons ikke kunne forklare all læring. Han var opptatt av å forklare hvordan vi også lærer av å etterligne eller imitere andres atferd (Imsen, 2014, s. 105). Bandura mener det må ligge en form for forsterkning i bunn for at læring skal skje. Individet ser hva som lønner, eller ikke lønner seg for andre. Det holder å ha sett og observert hva andre gjør, man lærer ikke bare av sine egne handlinger, men kan lære av andres også (Imsen, 2014, s. 107).

Et eksempel fra sosialisering inn i et tyngre rusmiljø kan være at en ser hvordan andre mennesker i rusmiljøet benytter rus til å døyve følelser de ikke ønsker å forholde seg til. På denne måten fungerer de kanskje bedre i en hverdag som stadig blir preget av traumer de opplever i jakten på rusmidler, og du gjentar handlingsmønsteret. Her ser, eller hører du på de mer erfarne og adapterer en oppførsel basert på deres erfaringer. I dette tilfellet er det med en betingelse i form av å unnsnippe ubehag og observasjonslæring i form av å imitere det den mer erfarne rusmiddelavhengige har gjort.

2.4.1 Observasjonslære.

Bandura mener det ligger fire delprosesser til grunn for observasjonslæring. Disse er oppmerksomhet, hukommelse, etterligning og motivasjon (Bandura, 1986 sitert Imsen, 2014).

1 Oppmerksomhet.

Individet må rette oppmerksomheten mot det som virker interessant eller viktig i situasjonen (Imsen, 2014, s. 108). Dette skjer når den mindre erfarne rusmisbrukeren observerer hva den erfarne rusmiddelavhengige gjør for å unnsnippe følelser og det oppstår en potensiell interesse.

2 Å huske modellatferden.

Individet kan ikke bli påvirket av en modell dersom det ikke er i stand til å bevare i minnet hva det var som var verdt å imitere (Imsen, 2014, s. 108). Den mindre erfarne rusmisbrukeren må huske hva den andre gjorde for å unnsnippe ubehaget av å kjenne på uønskede følelser for å kunne imitere samme, eller tilsvarende type oppførsel. Han må se at den erfarne rusmiddelavhengige bruker rusmidler for å mestre livet med tilhørende følelser i rusmiljøet, for å igjen innta mere eller flere rusmidler for å klare det samme.

3 Gjennomføre atferd som etterligning.

Individet bærer med seg en indre forestilling om det som skal imiteres (Imsen, 2014, s. 109). Gjennomføringen eller produksjonsprosessen som Bandura kaller det har flere delprosesser.

Imsen (2014, s.109) nevner en av dem. Det er viktig med en kognitiv organisering av atferden på forhånd, her er det greit å dele oppførselen opp i segmenter. Som når man følger en oppskrift på å lage en matrett er det viktig at man følger den riktige rekkefølgen på hvordan man gjør ting, hvis ikke er det ikke sikkert resultatet blir like bra.

4 Motivasjons- og forsterkningsprosessen.

Ikke alt vi lærer gjennom observasjon kommer til uttrykk (vi lærer mer enn vi viser). For at individet skal omsette kunnskapen til handling må det ifølge Bandura foreligge en motivasjon, eller en forsterker (Imsen, 2014, s. 109). Den mindre erfarne rusmisbrukeren lærer nok mye mer av den mer erfarne rusmiddelavhengige, men det kommer ikke alltid til uttrykk.

Rusmisbrukeren ser at den rusmiddelavhengige unnslipper de ubehagelige følelsene. Han ser også at livet til den erfarne rusmiddelavhengige kanskje på samme tid rakner mer og mer. På grunnlag av hva som motiverer mest velger den mindre erfarne rusmisbrukeren å enten øke, eller minske sin rusbruk.

2.5 Relasjonens rolle i potensiell utvikling av rusmiddelavhengighet.

«Menneskelivet begynner med tilknytningen, det livslange båndet av kjærlighet (eller sviktet kjærlighet) som et barn knytter til den eller de personer som finnes i dets nærhet» (Wennerberg, 2011, s. 11).

Vi utvikler oss utrolig mye de første leve årene av vårt liv. Dette er også årene vi er mest avhengig av mor og far, eller andre betydningsfulle omsorgspersoner. Vi utvikler tilknytningsmønstre som kan følge oss livet ut. Barn som knytter nære og varme relasjoner til foreldre, kan ha en større mulighet til å takle vanskelige situasjoner senere i livet. De vil også lettere kunne danne og ivareta nye relasjoner til venner og lekekamerater (Håkonsen, 2015, s. 47). Disse nære og varme relasjonene til foreldrene gir en trygg tilknytning som kan hjelpe barna senere i livet. De vil lettere kunne gi uttrykk for egne følelser, og også muligens ha lettere for å forstå andre menneskers følelser og leve seg inn i dem. Trygghet i tilknytningen til mor og far i de tidlige barneårene, kan gi barnet større evne og mulighet til å regulere egne følelsesreaksjoner. Personer som ikke har utviklet en god følelsesregulering kan lett bli mer

impulsive og aggressive, og kan drives til destruktiv atferd, selvskading eller annen utagering (Håkonsen, 2015, s 47). Håkonsen (2015, s. 380) hevder også at mennesker som ikke har utviklet en god følelsesregulering i barneårene, vil være utsatt for å utvikle et misbruk av rusmidler.

Gode, varme og nære relasjoner som gir grunnlaget for en trygg tilknytning er idealet vi søker for god utvikling. Barn knytter seg likevel til foreldre som mishandler, forsømmer, neglisjerer eller på andre måter skremmer dem også. Dette gjør de ifølge Wennerberg (2011, s. 22), fordi de er drevet av et urokkelig, medfødt relasjonsinstinkt. Barnet prøver å komme seg unna misbruket foreldrene utsetter det for, men samtidig er det ikke i stand til å ta vare på seg selv og må derfor tilbake til en utrygg relasjon for å sikre nærhet. Dette er typisk opphav til en utrygg tilknytning. Den utrygge tilknytningen kan føre med seg mye svik og skuffelser og gjør at barnet ikke blir møtt på fundamentale behov for nærhet og omsorg. For mennesker som i tidlig barndom har møtt mye skuffelser og som har opplevd en mangel på nærhet og omsorg, kan intimitet og nærhet i voksen alder være spesielt vanskelig og de kan ha lettere for å bli rusmiddelavhengige (Hansen, 2012 referert i Håkonsen, 2015, s. 380).

Andresen og Furuholmen (2007, s. 63) skriver at svært mange av klientene i terapeutiske samfunn mangler en grunnleggende trygghet fordi de tidlig skal ha blitt skadet i sin evne til å ha relasjoner med andre. Dette på grunn av at forholdet til foreldre, eller andre viktige voksne har vært av en så dårlig kvalitet at det får konsekvenser for personligheten og forholdet til omverden. De har opplevd en omsorgsbrist, av type manglende emosjonell kontakt og trygghet, avvisning, grenseløshet og vold.

Disse dårlige tilknytnings mønstrene med tilhørende personlighets forstyrrelser trenger ifølge Wennerberg (2011, s. 28) ikke innebære uforanderlige intrapsykiske strukturer. De representerer i stedet mentale prosesser som er potensielt mulige å endre ved hjelp av nye helbredende relasjonelle erfaringer, for eksempel i psykoterapeutisk behandling.

2.6 Fellesskapet som metode.

Ideen eller tanken om det terapeutiske samfunn har gjennom historien vist seg implementert i mange forskjellige former. Felleskap som underviser, helbreder og gir støtte, forekommer i religiøse sekter så vel som i forskjellige alternative bevegelser, for eksempel innenfor alternativ psykiatri og avholdsbevegelsen (DeLeon, 2003, s. 31). Det opprinnelige terapeutiske samfunn vokste frem i psykiatrien i England på 1940-tallet. Disse ble også kalt for demokratiske terapeutiske samfunn. Det hierarkiske terapeutiske samfunn, som er navnet på det terapeutiske samfunn for rusmiddelavhengige hadde sitt utspring i Amerika cirka femten år senere. Navnet terapeutisk samfunn utviklet seg i psykiatriske sykehus settinger for å beskrive et sted «organisert som et fellesskap hvor det forventes at alle bidrar til et felles mål med å skape en sosial organisasjon med helbredene kvaliteter». (Rapaport, 1960, s. 10 referert i DeLeon, 2003, s. 32)

Det er stor variasjon i hvordan terapeutiske samfunn blir driftet. Som selvdrevne felleskap vil kulturen for det enkelte terapeutiske samfunn utvikles selvstendig og forskjellig fra andre. I tillegg til forskjeller som klientgrupper, stabserfaring, alder, størrelse og ressurser, kan forskjeller i holdninger og lederstil også utgjøre forskjeller. «Selv om tradisjonelle terapeutiske samfunn er mer like enn ulike, kan ikke et teoretisk rammeverk egentlig fange opp nyansene i kultur, praksis, filosofi og psykologisk forankring» (DeLeon, 2003, s. 29). De videre utdypningene av terapeutiske samfunn i denne oppgaven er bygget på forskjellige fellestrekk som modellen innehar.

En typisk dag i terapeutiske samfunn begynner med vekking klokken 07.00 og er ferdig klokken 23. Dagen inneholder morgen- og kveldsmøter, husmøte, jobbfunksjoner, terapeutiske grupper, seminarer, privat tid, rekreasjon og individuell rådgivning etter behov (DeLeon, 2003, s. 144). Alle aktivitetene i denne strukturert dagen er lagt opp for at det skal skje læring og personlig vekst, ved hjelp av alt som skjer i den mellommenneskelige samhandlingen i aktivitetene.

«Det Terapeutiske Samfunn har vist seg å være en kraftfull behandlingsmåte for rusmisbrukere og for mennesker med beslektede problemer» (DeLeon, 2003, s. 23).

Terapeutiske samfunn behandler mennesker med rusmiddelavhengighet, og som i tillegg til sin kjemiske avhengighet også har komplekse sosiale og psykologiske problemer. De baserer behandlingstilnærmingen sin på å behandle hele menneske gjennom å bruke beboerfellesskapet (DeLeon, 2003, s. 23).

Terapeutiske samfunn skal gi moralske og etiske rammer for, og skal ha forventninger til personlig vekst. De anvender muligheten for utestengelse, positive forsterkninger og bruk av rollemodeller for å fremme personlig endring og utvikling. Målet er å skape et nytt sosialt selvbilde og muliggjøre en tilbakevending fra subkulturen til storsamfunnet. Det sikter mot å rekonstruere livstilen fra destruktiv til konstruktiv (DeLeon, 2003, s. 47).

Rusmiddelavhengigheten blir i terapeutiske samfunn sett på som en lidelse ved hele personen, som påvirker noen eller alle funksjonsområder. Kognitive og atferdsmessige problemer er karakteristiske sammen med følelsesmessig ubalanse (DeLeon, 2003, s. 56). Om du spør en nykommer i et terapeutisk samfunn: «Hva er ditt problem?» vil de som regel svare: «Rus, jeg ruser meg.» Da vil de bli møtt med: « Det er symptomet, ikke problemet.» (Levy, Faltico & Bratter, 1977, s, 44, referert i DeLeon, 2003, s 57). Det at rusen blir sett på som et symptom og ikke et problem, synliggjør det terapeutiske samfunn sitt syn på problemstillingen.

Terapeutiske samfunn ligger ikke særlig vekt på et biologisk grunnlag for rusmiddelavhengighet, men understreker viktigheten av de viljestyrte faktorene. Spesielt motivasjon og ansvarlighet i rehabiliteringsprosessen. I stedet for å se rusmiddelavhengighet som en sykdom som rammer deler av menneske, ser de på rusmiddelavhengigheten som en total lidelse som krever behandling av hele menneske (DeLeon, 2003, s. 64).

Relasjoner i terapeutiske samfunn blir brukt til å fremme rehabilitering og personlig vekst på ulike måter. De blir brukt til å gi grunnlag for engasjement, utvikle tillit, oppmuntre til å ta sjanser og å lære seg selv å kjenne og lære bort mellommenneskelige ferdigheter. Disse relasjonene som utvikles i behandlingen blir ofte et grunnlag for et sosialt nettverk som er nødvendig for å støtte tilhelingen utover behandlingsfasen (DeLeon, 2003, s. 111).

De daglige gjøremålene i terapeutiske samfunn gir læringsmuligheter gjennom de forskjellige sosiale rollene den enkelte får som medlem av felleskapet. Erfaringene som er viktige for rehabiliteringen og den personlige veksten, utfolder seg gjennom sosial interaksjon (DeLeon, 2003, s. 111). Derfor gjennomføres all opplæring, trening og terapeutiske aktiviteter i grupper, på møter og seminarer, i jobbfunksjoner og i fritidssammenheng. Den enkelte er ansvarlig for å ta del i endringsprosessen hovedsakelig sammen med andre beboere. De forskjellige rollene som utspiller seg i terapeutiske samfunn kan være alt fra arbeids roller som mannskap, arbeidsleder, eller en stabsrolle, til mellommenneskelige roller som venn, gruppemedlem, beboerleder, student, lærer og veileder. Alle disse skal gi opphav til forskjellige former for personlig vekst. Disse måtene å bruke felleskapet på inkorporerer den empiriske dokumenterte kraften til en gruppe med felles faktor, i å forsterke læring og forandring (DeLeon, 2003, s. 111).

3.0 Metode.

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for de metodene jeg har brukt for å kunne svare på problemstillingen. Det inneholder metodene for innhenting av data og litteratur. Jeg har besvart problemstillingen ved hjelp av intervju og med bruk av litteratursøk for å sjekke resultatene fra intervjuene med forskning som metode. Videre i kapittelet vil jeg beskrive kvalitativ metode samt prosessen bak intervjuene og litteratursøkene jeg har gjort.

3.1 Kvalitativ metode.

For å besvare problemstillingen « *Hvordan fungerer felleskapet som metode for å hjelpe mennesker med rusmiddelavhengighet?* » valgte jeg en kvalitativ tilnærming i form av forskningsintervju. Den kvalitativ tilnærmingen er en god måte å innhente informasjon om hvordan felleskapet som metode med fokus på sosial læringsteori og relasjons arbeid blir brukt i behandlingen av rusmiddelavhengige. Kvalitativ forskning undersøker menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger. Dette er viktige elementer for å bedre min forståelse av hvordan felleskapet som metode fungerer (Nortvedt, Jamtvedt, Nordheim, Reinart, 2012, s. 72).

3.2 Førforståelse.

Jeg har brukt to bøker om terapeutiske samfunn og felleskapet som metode i tillegg til noen pensum bøker for å utforme spørsmålene til forskningsintervjuet. Min egen behandlingserfaring ligger som et grunnlag for hvordan jeg forstår litteraturen. *Det terapeutiske samfunn* av George De Leon og *Felleskapet som metode om miljøterapi og rus* av Dag Furuholmen og Arne Schanche Andresen har bedret min forståelse for terapeutiske samfunn og felleskapet som metode. Disse bøkene beskriver hvordan de terapeutiske samfunnene fungerer med tanke på felleskapet som metode. De har gitt grobunn for ytterligere refleksjon rundt hvordan felleskapet som metode blir benyttet for å behandle rusmiddelavhengighet. George DeLeon er Ph.D og professor i klinisk psykiatri ved Universitetet i New York. Han er internasjonalt anerkjent som en av de ledende autoriteter på forskning innenfor rusfeltet. Dag Furuholmen er lege, spesialist i psykiatri og var blant annet med å planlegge og starte Veksthuset, et terapeutisk samfunn i Norge i 1982. Arne Schanche Andresen er sosionom og har blant annet vært sentral i oppbyggingen av de norske bo- og arbeidskollektivene og andre alternative behandlings- og arbeidstreningstiltak.

3.3 Intervju.

Mine informanter er to psykologspesialister i spesialisthelsetjenesten. Begge har lang yrkeserfaring med rusbehandling, og spesielt fra terapeutiske samfunn med felleskapet som metode. De har begge i tillegg til sin behandler rolle vært med å forme hvordan felleskapet som metode blir brukt i norske terapeutiske samfunn. Informantene nevner jeg videre for henholdsvis informant en og informant to. Det er viktig å påpeke at min egen behandlingserfaring kommer fra samme terapeutiske samfunn som informantene mine jobber, eller har jobbet i. Jeg har personlig kjennskap til informant en, da denne jobbet i systemet når jeg var der. Informant to har begynt der etter min tid. Det at jeg har personlig kjennskap og en relasjon til informant en og behandlingsplassen, vil kunne være med å påvirke hvordan intervjuprosessen går.

I forskningsintervjuet er intervjueren og den som blir intervjuet sammen om å produsere kunnskap (Dalland, 2017, s. 63). Gjennom intervjuet gjennomfører jeg da et samarbeid med psykologspesialistene om å finne ut hvordan de jobber i terapeutiske samfunn. Da med fokus

på sosial læringsteori, bruk av rolle modeller og hvordan det relasjonelle blir brukt i arbeidet med rusmiddelavhengige. Både ved kvantitativ og kvalitativ forskningstilnærming er intervju en grunnleggende datainnsamlingsmetode (Drageset & Ellingsen, 2019).

Intervjuguiden ble utarbeidet for å sikre at de rette spørsmålene ble spurt for å besvare problemstillingen min (vedlegg II). Intervjuguiden gir meg mulighet til å få frem den informasjonen som er relevant, i tillegg til at den er til hjelp ved å føre samtalen mot det temaet som er viktig for oppgaven (Drageset & Ellingsen, 2019). Den gir også en god oversikt over rekkefølge på temaene jeg skal innom. Intervjuguiden ble utformet med fire hoved tema. Forklaringsmodeller for rusmiddelavhengighet, sosial læring og bruk av rollemodeller, relasjonens betydning i behandlingen og fellesskapet som metode. Hvert av disse temaene fikk et eller to hoved spørsmål, med rom for oppfølgingsspørsmål der det skulle bli nødvendig. En intervju- eller temaguide er et viktig hjelpemiddel for å holde fokus på det som skal utforskes. Intervjuguiden skal ta hensyn til det kvalitative intervjuets to dimensjoner: den teoretiske med hensyn til relevans for oppgavens problemstilling, samt den dynamiske for å skape en god intervjuinteraksjon (Drageset & Ellingsen, 2019).

Kvalitative intervjuer blir klassifisert som enten utforskende eller beskrivende (Drageset & Ellingsen, 2019). Intervjuguiden jeg brukte hadde som formål at jeg fikk en grundig beskrivelse rundt hvordan behandlingen i terapeutiske samfunn fungerer med tanke på fellesskapet som metode. Intervjuspørsmålene jeg utarbeidet har en deskriptiv form med hovedsakelig hva- og hvordan- spørsmål. Jeg forsøkte å unngå hvorfor-spørsmål ettersom slike typer spørsmål kan vanskeliggjøre spontanitet og fyldige beskrivelser (Drageset & Ellingsen, 2019).

Før intervjuene sendte jeg samtykkeskjema og intervjuguide (vedlegg I og II). Dette for at informantene skulle få et overblikk på hva jeg ville snakke om, og for at de skulle ha muligheten til å trekke seg før intervjuet begynte. For å være best mulig forberedt til intervjuene og for å kunne stille gode og relevante spørsmål, er det nødvendig med god teoretisk kunnskap om feltet. Derfor skrev jeg teori kapitlet av oppgaven før jeg gjennomførte intervjuene.

Intervjuene ble utført over Skype. Spørsmålene i intervjuguiden ble spurt som en igangsetter for en samtale rundt tema. Informantene begynte å svare og jeg spurte oppfølgings spørsmål for å holde samtalen i gang. Under intervjuene noterte jeg underveis for så å transkribere intervjuene etter gjennomføringen. Transkriberingen er viktig for at det gir meg en mulighet til å gjenoppleve intervjuet (Dalland, 2017, s. 88). Videre tematiserte jeg resultatene. Det innebærer å analysere dataene basert på overordnede temaer og ideer. Temaene jeg analyserte resultatene i var, forklaringsmodeller, sosial læring og bruk av rollemodeller, relasjonens rolle i behandlingen og fellesskapet som metode. Prosessen med tematisering handler om å gjøre resultatene mer oversiktlig (Dalland, 2017, s. 92).

3.4 Litteratursøk.

For å finne studier som ser på effekt av tiltak i terapeutiske samfunn, samt erfaringer med terapeutiske relasjoner har jeg gjort litteratursøk. Disse søkene gjorde jeg henholdsvis i Cochrane Library og Epistemonikos med tanke på effekt og Cinahl for erfaringer. Som et ledd i utvalgsprosessen av artikler, lagde jeg et skjema for inklusjons- og eksklusjonskriterier (vedlegg IX). For å sikre at artiklene jeg inkluderte inneholdt troverdige resultater, brukte jeg sjekklister fra helsebiblioteket.no (vedlegg VI, VII og VIII). Søkestrategiene er dokumentert i dokumentasjon av søk (vedlegg III) og søkeord i PICo skjema (vedlegg IV og V).

3.4 Styrker og svakheter ved metodene

Fordelen med å bruke kvalitativ metode er at jeg har muligheten til å gå i dybden på temaet. I tillegg kan jeg se etter hva som er spesielt eller eventuelt avvikende med de delene av behandlingen jeg har valgt å belyse i teori delen, ved å videre utforske ved hjelp av intervjuene (Dalland, 2017, s. 53). Kvalitativ metode styrkes ved at det er fokus på å gå i dybden på hvordan fellesskapet som metode blir brukt i behandlingen av rusmiddelavhengige. Den gir meg muligheten til å innhente mer informasjon på et mer beskrivende nivå. Metoden egner seg godt når jeg ønsker mer informasjon om et tema hvor jeg samler inn data i form av ord. Den får frem informantenes egne synspunkter og tolkninger, i tillegg til at det finnes muligheter for at informantene får frem det de selv mener er viktig i arbeidet med rusmiddelavhengige (Andersen, 2019).

Et semi-strukturert intervju styrkes ved at det åpner for å gå mer i dybden. Dette fordi intervjuet er spisset mot få personer, i mitt tilfelle to psykologspesialister. Det muliggjør også oppfølging av de svarene jeg får. Som når jeg stiller et åpnings spørsmål utformet med tanke på å få i gang samtalen rundt temaet jeg ville utforske (Jacobsen, 2005, s.142). Ettersom metoden baserer seg på få personers erfaringer, er det viktig å tenke gjennom hvem man velger som informant. Svarene informantene gir vil ofte være preget av personlige oppfatninger og erfaringer. Det er derfor viktig å velge ut informanter med god kjennskap om tema, noe mine to psykologspesialister har i kraft av sin lange erfaring fra rusbehandling med felleskapet som metode. En svakhet kan også være nettopp denne erfaringen. Hadde jeg valgt andre fagpersoner, kunne jeg fått en mer nyansert forståelse av problemstillingen.

Jeg følte min relasjon til informant en fikk betydning for måten informanten svarte meg på. Informant en hadde bedre kjennskap til min førforståelse for temaene. Dette merket jeg ganske godt, på måten jeg følte det var bedre flyt i intervjuet med informant en, kontra informant to. I intervjuet med informant to merket jeg at vedkommende brukte en del tid på å forklare ting jeg allerede kunne. Det virket for meg som at det tok lengre tid å komme til poengene. Det kan helt klart være en styrke at informant en kjente til mitt kunnskapsnivå på forhånd, da vi lettere kunne gå i dybden på tema uten noe videre forklaringer i forkant. Jeg la også merke til at informant en våget seg dypere inn på temaer rundt relasjon og tilknytning som informant to skygget litt unna. Informant to mente de var for komplekse tema å gå innpå innenfor den tidsrammen vi hadde, men svarte på spørsmål om tema uten å gå i dybden. Relasjonen til informant en kan helt klart også være en svakhet, da den kan være med å styre litt retningen på hvor intervjuet går. Det samme kan sies om min personlige erfaring fra behandlingsstedet. En styrke kunne vært å intervjuet ukjent personell fra et ukjent terapeutisk samfunn.

I ethvert intervju er det alltid en mulig feilkilde i kommunikasjonsprosessen (Dalland, 2017, s. 60). Det kan være tilfeller hvor intervjupersonen tolker spørsmålet på feil måte eller at vi som intervjuer har gjort feil i notatene underveis. Her kan relasjonen min til informant en spille en rolle. I intervjuet med informant to gikk det mer tid på å forklare hva jeg var ute etter og det krevde en del oppfølgingsspørsmål som utelukkende gikk utpå om jeg hadde fått med meg det vedkommende mente. Dette kan være en styrke ettersom det gir rom for oppklaring av

potensielle misforståelser. Disse oppfølgingsspørsmålene ble i mindre grad brukt i intervjuet med informant en. Dette kan igjen ha ført til misforståelser da jeg kan ha tatt for gitt at jeg skjønnte hva informant en mente, mens meningen eller sammenhengen kan ha vært en annen.

Det kan være vanskelig å få med alt, og dersom intervjupersonen misforstår spørsmålet og det videre fører til unøyaktige notater kan dette føre til redusert pålitelighet (Dalland, 2017, s. 60). Med tanke på at jeg utelukkende baserte meg på å ta notater underveis fremfor lydopptak kan dette være en potensiell feilkilde. Dette kan ha ført til videre feil behandling av informasjon. Ettersom jeg transkriberte utfra notater etter intervjuene kan jeg miste mye av den viktige informasjon i tiden fra intervjuet ble utført til transkriberingen ble ferdigstilt. For å balansere dette ut, satt jeg av tid direkte etter intervjuene til transkriberingen.

En styrke med litteratursøkene er at jeg får en videre mulighet til å fordype meg i svarene fra intervjuene og se de opp mot oppdatert forskning på område. Dette gir meg en mulighet for å se om dette utelukkende er informantenes opplevelse, eller om dette er noe som er representativt for fagfeltet. En svakhet med forskningen fra terapeutiske samfunn, er at de er noen år gamle. De går heller ikke i dybden på hvilke elementer ved behandlingen som har gitt effekt. En styrke ville være å ha med forskning på hvilke deler av behandlingen som har hatt effekt, for å måle disse opp mot funnene mine. Grunnet rammene rundt oppgaven valgte jeg å fokusere hovedsakelig på den terapeutiske relasjonen. En svakhet ved relasjonsforskningen, er at det er en enkelt studie. Jeg syntes denne belyser så godt hvordan relasjonen kan bli brukt i behandlingen av rusmiddelavhengige, at den var verdt å ta med likevel. Den blir i tillegg bekreftet av begge mine informanter, noe som jeg mener er med å styrke kredibiliteten på studien.

Min egen erfaring fra brukerperspektiv og behandlingsperspektiv har naturligvis påvirkning på retningen oppgaven har tatt. Den har også påvirket hvordan jeg har valgt litteratur og for hvordan jeg har tolket den. Erfaringen min har også selvfølgelig hatt innflytelse på hvordan intervjuene ble utført og hvordan dataene herfra ble tolket. Dette kan være med å styre oppgaven i en bestemt retning, noe som kan være negativt i forhold til å få et mer helhetlig bilde. Den kan også være med å styrke oppgaven, da jeg kan ta med meg min egen bruker- og

behandlingserfaring inn i tolkningen av oppgaven. Dette kan være med å styrke den kunnskapsbaserte praksisen. Det kan gi meg en mer helhetlig forståelse ettersom jeg kan ligge min egen erfaringen til de erfarne profesjonelles erfaring og forsterke dette med teoretisk kunnskap og oppdatert forskning.

4.0 Resultater.

Jeg vil i dette kapittelet presenter resultatene fra de to utførte forskningsintervjuene, før jeg presenterer resultatene fra litteratursøkene. Resultatene fra forskningsintervjuene blir presenter etter de temaene jeg brukte under analyseringen av dataene. I tillegg til dette kommer det et delkapittel om personligprosess underveis. Fra nå og videre ut oppgaven vil den rusmiddelavhengige bli snakket om som elev når den blir nevnt i kontekst av terapeutisk samfunn. Dette grunnet det blir sett på som mindre stigmatiserende enn bruk av ord som klient eller pasient. Ordet elev blir brukt fordi de rusmiddelavhengige holder på å lære hvordan livet kan leves uten rusmidler.

4.1 Forklaringsmodeller.

Informantene er klare i sin uttale om at det finnes ikke en modell aleine som kan forklare en potensiell utvikling av rusmiddelavhengighet. Det å bruke forklaringsmodeller er noe begge informantene knyttet til hvordan de som profesjonelle behandlere trenger en måte å forstå ting på, for å vite hvordan de skal behandle problemet. Begge er bestemte når de sier at det handler stort sett om hele menneske, noe som dårlig lar seg avbilde i en enkelt type modell.

4.2 Sosial læring og bruk av rollemodeller i behandlingen.

For å danne en god kultur og et godt felleskap er informantene enige i at gode rollemodeller i form av eldre elever som viser vei for de nye er viktig. Dette gjelder for god arbeidsmoral i arbeidsgruppene, viktigheten av å komme tidsnok til møter, måltider og terapigrupper og hvordan man forholder seg til reglene og strukturen på plassen (Informant to). Informantene er noe uenig i, eller vektlegger viktigheten av sosial læring og bruk av rollemodeller for identitets endring forskjellig. Informant to sier forandringen må komme fra innsiden ut, mens

informant en mener der imot at, «forandringen starter på utsiden, så vil den over tid bli integrert i elevens nye identitet».

«Mangfoldet av rollemodeller i tilsatt gruppen er viktig for behandlingen, slik at det er rom for alle elevene å finne noen de kan identifisere seg med og som de kan strekke seg etter» (Informant to). Tilsatt gruppen bør være så variert som mulig og gjenspeile mangfoldet ute i det ordinære samfunnet. Informant en begrunner dette med at rusmiddelavhengige som har levd lengre perioder i rusmiljøet ofte har et forvridd syn på hva det vil si å være normal. De kan trenge et mangfold av normale rollemodeller for å få et mer nyansert bilde av normalitet.

4.3 Relasjonens rolle i behandlingen.

Det stor enighet om betydningen av relasjonen i rehabiliteringsprosessen. De nevner begge to «skade skjedd i relasjon må repareres i relasjon» gjentatte ganger. Informantene har fokus på trygg tilknytting, eller mangelen på dette i utviklingen av en potensiell rusmiddelavhengighet. For rusmiddelavhengige som har opplevd en relasjonsbrist, eller som har utviklet en utrygg tilknytning når de var små, er det viktig å etablere en trygg sekundær tilknytting i behandlingen.

4.4 Fellesskapet som metode.

Når man jobber med fellesskapet som metode er det lettere å jobbe med alle sidene av problemene til de rusmiddelavhengige. Informantene mener det intense fellesskapet som er i terapeutiske samfunn gjøre det slik at alle aspekter av problemene til elevene på et tidspunkt, vil komme til syne. De er også samstemte når de sier at det relasjonelle arbeidet er mindre sårbart når man jobber med fellesskapet som metode

4.5 Personligprosess.

I intervjuene ble det tydelig for meg at spørsmålsformuleringen og måten jeg forsto svarene på i stor grad var påvirket av min rolle som elev. Jeg måtte bevisst gå inn for å spørre på en

annen måte og spesielt være obs på hvordan jeg forsto svarene. Etter denne bevisstgjøringen var det enklere å spørre oppfølgingsspørsmål som var rettet mot hvordan felleskapet som metode ble benyttet fra system- og ikke brukerperspektiv. Jeg merket et markant skifte i måten jeg forsto behandlingen på. Det ble innlysende for meg hvor mye arbeid som ligger bak for at behandlingen skal ha effekt.

4.6 Litteratursøk.

Fra Cochrane Library inkluderte jeg en systematisk oversiktsartikkel som ser på effekt av terapeutiske samfunn versus andre behandlingsformer. Den innbefatter syv randomiserte kontroll studier, hvor kontroll gruppene består av andre terapeutiske samfunn, behandling i annen døgnbehandling og terapeutiske samfunn i fengselet. Forfatterne konkluderer med at det er lite bevis for at et terapeutisk samfunn er bedre enn et annet og at det heller ikke er noe særlig bevis for at terapeutiske samfunn er vesentlig bedre enn andre døgnbehandlinger. Det konkluderes også med at hvor lang tid man har vært i behandling spiller en rolle for hvor lenge man holder seg rusfri (Smith, Gates & Foxcroft 2006).

Den inkluderte artikkelen fra Epistemonikos gir et mer nyansert bilde på resultatene fra forskning på effekt av terapeutiske samfunn. Denne systematiske oversiktsartikkelen ser på effekt av terapeutiske samfunn, men med en narrativ oppsummering i et recovery perspektiv. Det vil si at den ser på utfallet ikke bare som total avhold fra rusmidler, men måler heller bedring av livskvalitet i forhold til psykisk helse, jobb muligheter og sosial fungering. Den ser på rehabiliteringsprosessen som en kontinuerlig læringsprosess, som gjerne varer langt utover selve oppholdet i terapeutisk samfunn. Artikkelen tar for seg 30 publikasjoner basert på 16 forskjellige studier. Publikasjonene som er med i artikkelen er alle kontroll studier. Ikke alle har en randomisert kontroll gruppe. I artikkelen konkluderes det med at terapeutiske samfunn kan bedre livskvaliteten til en rusmiddelavhengig i et recovery perspektiv. To av tre studier inkludert i artikkelen viser en bedring i forhold til rusbruk, jobbsituasjoner og relasjoner etter opphold i terapeutiske samfunn (Vanderplasschen, et al. 2013). Også i denne artikkelen konkluderes det med at lengden av tid tilbrakt i behandling har mye å si for resultatet.

Artikkelen jeg inkluderte fra Cinahl var en enkelt studie som ser på hvilken rolle relasjonen mellom den rusmiddelavhengige og behandler eller terapeut har hatt med tanke på tilknytningsteori. Det blir gjort et kvalitativt intervju med syv rusmiddelavhengige i artikkelen, som alle har hatt effekt av den terapeutiske relasjonen til behandler eller terapeut. Artikkelen viser til hvordan relasjonen til behandler eller terapeut kan være med å etablere en trygg tilknytning til en omsorgsperson som en surrogat for manglende trygg tilknytning i barndommen (Waters, Holtum & Perrin, 2018). Denne trygge tilknytningen skaper en tillit som gjør det mulig for den rusmiddelavhengige å utforske sine assimilerte traumer og en trygg arena til å utforske livet fra.

5.0 Drøfting.

Jeg vil i dette kapitlet gi en overordnet drøfting av hvordan fellesskapet som metode fungerer for å lære personer med rusmiddelavhengighet å mestre livet uten rus.

5.1 Hvordan forstå problemet?

Man kan diskutere om det er den ene eller den andre modellen som best forklarer opphavet til en rusmiddelavhengighet. Informant to beskriver det som et komplekst problem som i de aller fleste tilfeller krever mer enn en tilnæringsmåte. Om man skal bruke forklaringsmodeller for å beskrive hvordan man skal behandle et problem, må man først gå inn å klargjøre hvorfor problemet oppstår, for så å finne en modell som passer dette. Informant en bruker eksempel fra om rusmiddelavhengigheten er et resultat av medisinbruk etter en skade og ellers alt annet i livet er bra, kan gjerne en medisinsk modell passe. Da vil det være rett å behandle med avrusning alene. Er rusmiddelavhengigheten derimot et resultat av traumer, relasjonsbrist eller en utrygg tilknytning fra barndommen som Håkonsen (2015) påpeker, vil problemet potensielt påvirke hele menneske. Er dette tilfellet vil det i følge informant en være behov for å bruke elementer fra alle forklaringsmodeller som finnes. Som DeLeon (2003, s. 23) sier er rusmiddelavhengighet en lidelse som krever behandling av hele menneske.

Forklaringsmodellene er der for å hjelpe og forstå problemet med rusmiddelavhengighet, slik at man på best mulig måte kan yte profesjonell hjelp til de som skulle trenge det (informant

to). Her vil jeg si det ligger et etisk ansvar på de som tilbyr behandling for rusmiddelavhengighet. Etter min mening vil det være feil å utsette en som har en medisinsk avhengighet etter skade for alt det en må igjennom for å behandle en mer kompleks avhengighet. Det kan føles som et brudd på privatlivets grenser å skulle gå i dybden på sider av livet som ellers ingen har noe med. Dette kan potensielt virke traumatiserende i seg selv. Som helsepersonell har vi heller ikke rett på mer informasjon en det vi trenger for å behandle et problem. Så rett modell til rett tid for å yte rett hjelp til rett tid.

Om man ligger for mye vekt på bestemte forklaringsmodeller blir det etter min mening vanskelig å behandle et så komplekst problem som rusmiddelavhengighet er. Som begge informantene påpekte er dette et problem som i de fleste tilfeller påvirker hele menneske og som derfor vanskelig lar seg forklare av en type modell. Synet på at rusmiddelavhengighet er noe som påvirker hele menneske blir bekreftet også av DeLeon (2003, s. 67).

5.2 Hvordan bli den beste versjonen av seg selv?

Som jeg prøvde å vise i eksemplene mine fra Banduras observasjonslære, kan rolle modeller være med å påvirke hvordan vi velger å leve livene våre. Man observerer hva andre gjør for at livet skal bli bedre og etterligner lik eller tilnærmet lik oppførsel. I et terapeutisk samfunn bruker man fellesskapet for å ligge til rette for at alle skal ha en rollemodell å strekke seg etter. Det blir lagt opp til at de eldre elevene, altså de som har vært der lengst skal vise vei for de yngre med mindre erfaring. DeLeon (2003, s. 47) er tydelig på at det er viktig for behandlingen at det finnes gode rollemodeller i alle deler av det terapeutiske samfunnet.

De eldre elevene har gjerne flere goder enn de yngre. Dette kommer som et resultat av å ha vist progresjon i behandlingen. De har adaptert en mer hensiktsmessig adferd som er i tråd med hvor de vil i livet. Dette gir de yngre elevene en type ytre motivasjon for å se at det vil lønne seg også for de, å forandre måten de har valgt å leve livene sine. Dette er ikke alltid hensiktsmessig. Ifølge informant to kan dette føre til at man kopierer og adapterer en annens oppførsel for å oppnå goder. Gjøres dette uten at man gjør noe med hvorfor man i utgangspunktet oppførte seg som man gjorde, vil den gamle oppførselen komme raskt tilbake når rammene rundt behandlingen forsvinner (informant to). Dette er grunnen for informant to sin påstand om at forandringen må komme fra innsiden og ut. Denne forandringen mener

informant to kommer fra forandringer og realiseringer som skjer på innsiden av eleven uavhengig av rollemodeller. Vanderplasschen, et al. (2013) sier at de fleste elvene ved terapeutiske samfunn viser en økning i sosialfungering, jobbmestring med mer de første månedene i behandling. Etter endt behandling viser det seg at et stort antall elever får tilbakefall. Dette mener jeg kan attribueres til nettopp denne kopieringen av oppførsel, uten at den blir internalisert.

Det vil være viktig med rollemodeller som ikke bare viser hvordan man skal oppføre seg. De må også vise hvordan man kan forholde seg til vanskelige følelser på en måte som ikke innebærer å ruse seg, eller bruke annen uhensiktsmessig oppførsel for å unngå de. Bruker man rollemodeller som viser gode mestringsstrategier i alle aspekter av livet kan det i følge informant en være nøkkelen til å lære seg å mestre et rusfritt liv. Denne forklaringen er den informant en ligger til grunn for hva som skjer. Man observerer hvordan andre snakker om, eller forholder seg til problemer på en positiv måte og man gjør det samme. Over tid vil dette kunne føre til at du får det bedre. Dermed skjer forandringen fra utsiden og inn. Etter min mening, er det forskjellig fra person til person hvordan denne prosessen foregår. Det fine med et behandlingsopplegg som baserer seg på felleskapet som det gjøres i terapeutiske samfunn er at det er rom for begge de.

Mange rusmiddelavhengige som har levd lengre perioder i rusmiljøet vil ifølge informant en ofte ha et forvridt syn på hva det vil si å være normal, eller hvordan leve et normalt liv. Mangfoldet av rollemodeller i en behandlingsmodell som bruker felleskapet som metode, vil kunne være med å nyansere dette blide ved å vise så mange forskjellige normaler som mulig. Det vil kunne være mer problematisk å nyansere dette synet i en poliklinisk setting.

5.3 Relasjonens helbredende effekt.

Som vist i kapittittel 2.5 kan relasjonens rolle i forhold til å utvikle en trygg eller utrygg tilknytning som liten, spille en avgjørende rolle i om du utvikler en rusmiddelavhengighet. En utrygg tilknytning fra tidlig barndom kan lett bli opprettholdt og gjerne bli forverret i konteksten av den utryggheten den medfører å leve livet i et tyngre rusmiljø (informant en).

Dette er noe jeg selv kan relatere meg til. Selv om jeg hadde med meg en relativ trygg tilknytning fra barndommen, førte alle svikene og relasjonelle traumene jeg opplevde i rusmiljøet til at jeg lærte meg at mennesker ikke er til å stole på.

Waters et al. (2018) beskriver et indre tilknytningsmønster som blir dannet i relasjon med nære omsorgspersoner i tidlige barneår. Dette tilknytningsmønsteret tar vi med oss videre i livet. Skulle disse tilknytningsmønstrene være skadet som følge av en utrygg tilknytning som liten, kan de ifølge Wennerberg (2011, s. 28) bli forandret i en positiv helbredende relasjon senere i livet. Disse positive helbredende relasjonene er det som er målet med det relasjonelle arbeidet som blir gjort i det terapeutiske samfunnet jeg undersøkte.

DeLeon (2003, s. 111) sier at alle relasjonene i terapeutiske samfunn blir brukt som en del av rehabiliteringen. Informantene beskriver arbeidet som blir gjort i relasjonen mellom elev og tilsatt som et forsøk på å rette opp den relasjonelle skaden som er blitt påført eleven.

Informant en beskriver at målet med relasjonen er at den skal bli en trygg tilknytning som kan fungere som en erstatning for den utrygge tilknytningen fra enten barndom eller rusmiljøet.

Dette blir bekreftet av Waters et al. (2018). De beskriver at den helbredende trygge terapeutiske relasjonen mellom klient og behandler kan fungerer som en surrogat for en utrygg tilknytning tidligere i livet.

I følge Waters et al. (2018) vil en sekundær tilknytning senere i livet, på lik linje med en primær tilknytning i barndommen også føre med seg en potensiell separasjonsangst. Denne vil det etter min mening være kritisk at man tar hensyn til ved en eventuell utskrivelse fra, eller videre føring i systemet. Jeg vil argumentere med at det kan gå mot alt arbeidet som er lagt ned i relasjonen, om det ikke blir tatt hensyn til denne kritiske fasen i behandlingen. Begge informantene sier at dette er noe som blir tatt på alvor. Om resultatet skal bli optimalt er det viktig at eleven fullfører behandlingen. Om eleven klarer det vil den få oppfølging gjennom alle faser av behandlingen, inkludert ettervern, med tanke på akkurat dette (informant en). Overføringen tilbake til samfunnet er noe Vanderplasschen, et al. (2013) sier er essensielt for best resultat av behandlingen.

Om det relasjonelle eller tilknytningen har så mye å si for en potensiell utvikling av rusmiddelavhengighet som Håkonsen (2015) hevder, vil jeg hevde at det relasjonelle arbeidet som blir lagt ned i behandlingen er essensiell for rehabiliteringen. Her vil det ligge et etisk ansvar på behandlingsinstitusjonene om å ikke bidra til videre unødvendige brutte relasjoner for de rusmiddelavhengige. Dette er noe informant en bekrefter ved å tillegge dette som en av hoved utfordringene ved det relasjonelle arbeidet med rusmiddelavhengige.

Dette relasjonelle båndet tar tid å utvikle. En positiv erfaring i relasjon med et annet medmenneske erstatter ikke et langt liv med erfaringer av det motsatte (informant to). Her er det utelukkende tid og hardt arbeid som gjelder for å skape forandring. Dette er noe jeg selv erfarte i min egen rehabiliteringsprosess. Det tok meg flere måneder før jeg valgte å prøve å stole på min primære kontakt person. Det tok påfølgende et år eller to før jeg valgte å prøve å stole på andre mennesker. Jeg skriver valgte å prøve fordi jeg enda, ti år senere kan fremdeles kjenne at jeg må velge å prøve å stole på. Det har enda ikke blitt internalisert som en primær reaksjon. Det kan jo, om man ser på rusmiddelavhengighet fra et relasjonelt perspektiv, sitte spørsmålsteget ved en stadig økende satsning på korttids- og polikliniskbehandling, om det er den rette veien å gå? Vanderplasschen, et al. (2013) konkluderer også med at lengden av oppholdet i terapeutiske samfunn er avgjørende for utfallet.

5.4 Resultater av fellesskapet.

Smith et al. (2006) sin oversiktsartikkel konkluderte med at det finnes lite bevis for at terapeutiske samfunn hadde noe særlig bedre effekt enn andre døgnbehandlingsinstitusjoner. En av grunnene som blir påpekt av Vanderplasschen, et al. (2013) til at resultatene var relativt dårlig, er at det ble målt etter kriterier som total rusfrihet. Vanderplasschen, et al. (2013) ser resultatene sine i et recovery perspektiv. De mener bedring i måten tidligere elever ved terapeutiske samfunn lever sine liv i etterkant av behandlingen bør være avgjørende. Dette er noe informant en også ser som en viktig målestokk i rusbehandlingen. Informant en som også har utført forskningsprosjekt på effekt av terapeutisk samfunn, forteller om flere tidligere elever som fikk tilbakefall mens de var i behandlingen. Ved senere kontakt kunne de fortelle at de var blitt rusfri som resultat av det de hadde lært i fellesskapet ved det terapeutiske samfunnet. Dette er også min erfaring. De relasjonelle verktøyene jeg tilegnet meg fra

felleskapet i behandlingen har hjulpet meg å overkomme sprekker i etterkant av mitt opphold i institusjonen.

Jeg mener bestemt det å overvinne rusmiddelavhengighet ikke bør ses i et totalt avholds-, men heller i et recoveryperspektiv. Faren for tilbakefall er stor når man jobber med en avhengighetsproblematikk. Skulle et hvert tilbakefall markere at man ikke klarer eller mestrer et liv uten rusmidler, ville et absolutt fåtall klare det. Etter min personlige mening går man aldri helt tilbake til start etter et tilbakefall. Ser man ting heller i et kontinuerlig recovery perspektiv, vil man kunne føle mestring for alt som går bra, fremfor å kjenne på skam for å ikke mestre. Recovery tenkningen vil ifølge min mening gi den som kjemper kampen mot rusmiddelavhengighet mot til å fortsette kampen etter et eventuelt tilbakefall.

Vanderplasschen, et al. (2013) sier recovery perspektivet på behandling vil være avgjørende. Faren for tilbakefall er så stor ved denne brukergruppen, at ved å si at man har mislykkes etter et tilbakefall vil gjøre at færre fortsetter kampen. De sier videre at rusmiddelbehandling er en læreprosess som også omhandler å lære hvordan man kommer tilbake etter et tilbakefall.

I kampen mot rusmiddelavhengighet kan det være lett å føle seg liten og ikke god nok. Man er gjerne ikke på samme sted i livet som andre jevnaldrende. De har gjerne kjøpt seg hus og bil, de har kanskje fått familie og de har muligens til og med fått drømme jobben. Som en motvekt på følelsen av å ikke være god nok, kan det kanskje hjelpe å lyge på seg ting. Du kan si at du mestrer forskjellige ting bedre enn du egentlig gjør, du kan si du har flere venner enn du egentlig har og så videre. Dette kan være en og strategi for å kanskje føle deg bedre akkurat der og da i samtalen, men det kan være at det er nettopp ensomhet og dårlig mestring som er med å opprettholde rusmiddelavhengigheten. Når man jobber en til en i polikliniskbehandling er det lettere å overse disse sidene ved problemet, ettersom de ikke alltid kommer til syne i en samtale. Jobber man med felleskapet som metode og da spesielt i et terapeutisk samfunn kommer stort sett alle aspekter av problemet til syne før eller senere. På denne måten er det lettere å behandle hele problemet og hele mennesket og ikke bare de tingene man kan velge å avsløre i poliklinisk behandling (Informant to).

I alle relasjoner, om man er rusmiddelavhengig eller ikke, er det fare for potensielle konfrontasjoner. Ved å jobbe relasjonelt i rusbehandling slik de gjør ved dette terapeutiske samfunnet er det en reel fare for tilbakefall knyttet til nettopp relasjonelle konfrontasjoner (Informant to). «Benytter man felleskapet som metode er det større sannsynlighet for at det er noen andre i felleskapet som kan bære relasjonen til ting har roet seg å man kan gå inn å reparere» (Informant en). Det vil si at noen andre går inn og tar vare på eleven til vedkommende er klar for å snakke med den som konfrontasjonen skjedde med. Dette er noe som potensielt kan gjøre poliklinisk en til en behandling mer sårbar for tilbakefall.

I forhold til å etablere et nytt trygt tilknytningsmønster er også felleskapet viktig. Det gir i følge informant en eleven et sted og en slags familie som representerer den trygge tilknytningen. Da kan eleven erfare at det er mulig med flere trygge tilknytningspersoner og gjerne ha et trygt sted å kalle hjem for første gang på lenge, eller kanskje for første gang noensinne. Denne opplevelsen av trygg tilknytning kan ifølge informant en være med å bidra til at den blir generaliserbar, og at eleven klarer å overføre den til andre nye mennesker og andre fellesskap. Ideelt sett vil en trygg tilknytning til felleskapet kunne overføres til samfunnet generelt (informant en). Waters, et al. (2018) sier den terapeutiske relasjonen som oppstår i behandling skaper en ny trygg base som eleven kan utforske resten av verden fra.

6.0 Oppsummering.

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan felleskapet som metode fungerer for å lære personer med rusmiddelavhengighet å mestre livet uten rusmidler. Det som har kommet frem er viktigheten av mangfoldet et felleskap kan inneholde. Skade skjedd i relasjon må repareres i relasjon. Her har det blitt klart at det er nettopp det mangfoldet av personer i et felleskap som gjør det mulig å hjelpe flest mulig mennesker med ulike utfordringer og påfølgende rusmiddelavhengighet.

Bruken av sosialkognitiv læringsteori og observasjonslære i forhold til hvordan mennesker med rusmiddelavhengighet kan lære seg nye mer konstruktive måter å mestre livene sine på, virker for meg å være essensiell. Det vil gjennom å observere hvordan andre mennesker

håndterer sine liv og problemer på en positiv måte, kunne oppstå en motivasjon som vil kunne føre til at forandringen potensielt kan begynne hos en selv.

Hvis man ser på rusmiddelavhengigheten fra et relasjonelt perspektiv med tilhørende tilknytnings- og sosiallæringsteori, kan man kanskje sammenligne rusbehandlingen med en ny erstattende sunn og trygg oppdragelse. Det afrikanske proverbet «it takes a village to raise a child», som betyr at det krever et helt samfunn for å gi barnet en trygg og god grobunn for utvikling, kan få en ny betydning (It takes a village, 2020). Overfører man betydningen av dette til behandlingen av rusmiddelavhengige og hvordan de kan lære å mestre livene sine uten hjelp fra rusmidler, kan man vel si at felleskapet som metode er en god modell for å løse et problem så komplekst som rusmiddelavhengighet.

7.0 Litteraturliste.

Andersen, G. (31.01.2019). *Valg av forskningsmetode*. Hentet fra:

<https://ndla.no/nb/subjects/subject:19/topic:1:195989/topic:1:195829/resource:1:56937>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

DeLeon, G. (2003). *Det terapeutiske samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2019, 23. desember). Å skape data fra kvalitativt

forskningsintervju. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/02/skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju>

Folkehelseinstituttet. (2018, 18. september). Behandling for rusmiddelproblemer – en

kortfattet historisk oversikt. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-rusmiddelproblemer--en-kortfattet-historisk-oversikt/>

Furuholmen, D. & Andresen, A. S. (2007). *Felleskapet som metode* (3.utg). Oslo: J.W.

Cappelens Forlag AS

Halvorsen, V. B. (2018). *Rusmiddelavhengighet: Et problem med å leve? Et eksistensielt*

perspektiv på behandling av personer med rusmiddelavhengighet. (Hovedoppgave)

Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/62454/Hovedoppgave---Vilde-B--Halvorsen.pdf?sequence=8&isAllowed=y>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018, 15. mai). Regjeringen styrker arbeidet med rus og rehabilitering i kommunene. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-styrker-arbeidet-med-rus-og-rehabilitering-i-kommunene/id2601414/>

Håkonsen, K. M. (2015). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg). Oslo: Gyldendal

Akademisk

Imsen, G. (2014). *Elevenes verden*. (5. utg). Oslo: Universitetsforlaget

It takes a village. (2020) *Wikibepdia*. Hentet fra: https://en.wikipedia.org/wiki/It_takes_a_village

Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2. Utg). Høyskoleforlaget.

Johansen, K. (2019, 03. juli). Norsk rusbehandling under angrep -hvor går veien herfra?

Dagsavisen. Hentet fra: <https://www.dagsavisen.no/debatt/norsk-rusbehandling-under-angrep-hvor-gar-veien-herfra-1.444743>

Kronbæk, M. Lauridsen, M. L. Lundsberg, P. S. (2010). *Stofmisbrug i socialfagligt*

perspektiv. Hentet fra:

<file:///C:/Users/Eier/Downloads/Stofmisbrug%20i%20et%20socialfagligt%20perspektiv.pdf>

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinar, L.M. (2012). *Jobb*

kunnskapsbasert! (2.utg). Oslo: Akribe.

Smith, L. A. Gates, S. Foxcroft, D. (2006, 25. januar). Therapeutic communities for substance related disorder. Hentet fra:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005338.pub2/full>

Vanderplasschen, W. Colpaert, K. Autrique, M. Rapp, R. C. Pearce, S. Broekaert, E.

Vandeveld, S.(2013, 15. januar). Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. Hentet fra:

<https://www.hindawi.com/journals/tswj/2013/427817/#conclusion>

Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner*. Arneberg forlag.

Waters, K. Holttum, S. Perrin, I. (2018, 9. juli). Narrative and attachment in the process of recovery from substance misuse. Hentet fra:

<http://web.a.ebscohost.com/galanga.hvl.no/ehost/detail/detail?vid=5&sid=d0340e57-ad10-462f-9e90-b2859e8cb7d6%40sdc-v-sessmgr01&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=96095214&db=cin20>

Øiern, T. Aasmundstad, L. (2019, 02. april). Legemiddelassistert rehabilitering i 20 år.

Hentet fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/nasjonal-kompetansetjeneste-tsb/vare-prosjekter/lar-konferansen/legemiddelassistert-rehabilitering-i-20-ar>

Vedlegg I: Samtykkeerklæring.

Vil du delta i forskningsprosjektet: Felleskapet som metode.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å bedre min forståelse av hvordan felleskapet som metode fungerer for å lære rusmiddelavhengige å mestre livet uten rus. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å bedre forståelsen min for hvordan terapeutiske samfunn med felleskapet som metode behandler mennesker med rusmiddelavhengighet, med fokus på det relasjonelle og sosial læring. Dette er en bachelor oppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen på Vestlandet ved Hege C. Aarlie er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er en fagperson med lang erfaring fra terapeutiske samfunn med felleskapet som metode. Jeg har valgt deg grunnet dine faglige kunnskaper på området. Det blir deg og en annen fagperson som skal delta

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg vil gjennomføre et Skype intervju med deg. Det vil ikke være nødvendig for deg å utlevere noen personopplysninger utover tittel og arbeidserfaring. Jeg vil gjøre notater underveis i intervjuet for så å transkribere de i etterkant. Intervjuet vil ha en varighet på ca en time.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene fra deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- For å bevare personvern, vil jeg ikke innhente navn eller tlf nr fra deg som skal lagres noen sted.
- Beskrivelsen av din arbeidsplass vil i oppgaven bli anonymisert slik at det vil være umulig for andre å vite hvem som har svart.

Hva skjer med opplysningene dine når jeg avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når de blir nedskrevet. Når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i midten av juni måned, vil alle notater bli slettet.

Med vennlig hilsen

Elev.

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet hvordan fungerer fellesskapet som metode for å hjelpe mennesker med rusmiddelavhengighet og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

Jeg bekrefter mitt samtykke ved å delta i intervjuet

Vedlegg II: Intervjuguide.

Intervjuguide

1. Informanten – Hvem hun/han er. Hvilken rolle.
2. Årsaksforklaringer
3. Felleskapet som metode
4. Sosial læring og bruk av rollemodeller
5. Relasjoner

Spørsmål til intervju:

1. Kan du fortelle litt om deg selv og din rolle i behandlingsapparatet ?
2. Hva jobber dere med som årsaksforklaring på rusmiddelavhengighet?
3. Hvilke tanker har du rundt felleskapet som metode i behandlingen av rusmiddelavhengighet?
4. Hvordan ser du på sosial læring i utviklingen av rusmiddelavhengighet, eller i utviklingen av en rus identitet?
5. Hvordan bruker dere rollemodeller som en aktiv del av behandlingen?
6. Hvordan fungerer den sosiale læringen i behandlingen?
7. Hvordan ser du på relasjonens rolle i forhold til tilknytting og utvikling av rusmiddelavhengighet?
8. Hvordan bruker dere relasjoner i behandlingen?

Vedlegg III: Dokumentasjon av søk.

Database/kilde: Cinahl
Dato for søk: 12.05.2020
Søkehistorie eller fremgangsmåte: substance abuse AND therapeutic relationships
Antall treff: 48
Inkluderte artikler: 1

Database/kilde: cochrane liberary
Dato for søk: 11.05.2020
Søkehistorie eller fremgangsmåte: substance abuse AND treatment AND therapeutic communities
Antall treff: 50
Inkluderte artikler: 1

Database/kilde: epistemonikos
Dato for søk: 12.05.2020
Søkehistorie eller fremgangsmåte: therapeutic communities
Antall treff: 73
Inkluderte artikler: 1

Vedlegg IV: PICO

Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:		
Hvilken effekt har terapeutiske samfunn for å hjelpe rusmiddelavhengige?		
P	I	Co
Beskriv hvilke brukere/pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	Beskriv intervensjon/fenomenet som skal undersøkes/eksposisjon (hva de utsettes for):	Beskriv kontekst, hva er sammenhengen
Rusmiddelavhengige	Behandling/rehabilitering	Terapeutiske samfunn
P	I	Co
Noter engelske og norske søkeord for brukergruppe/problem	Noter engelske og norske søkeord for tiltak/eksposisjon	Noter engelske og norske søkeord for kontekst
Rusmiddelavhengige Rusmisbrukere Substance use disorder Drug user Drugaddicts	Behandling Rehabilitering Treatment Rehabilitation Therapy	Terapeutiske samfunn Therapeutic communities Community as a method

Vedlegg V: PICo

Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:		
Hvordan kan terapeutiske relasjoner påvirke behandling av rusmiddelavhengighet?		
P	I	Co
Beskriv hvilke brukere/pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	Beskriv intervensjon/fenomenet som skal undersøkes/eksposisjon (hva de utsettes for):	Beskriv kontekst, hva er sammenhengen
Rusmiddelavhengige	Terapeutisk relasjon	Behandling
P	I	Co
Noter engelske og norske søkeord for brukergruppe/problem	Noter engelske og norske søkeord for tiltak/eksposisjon	Noter engelske og norske søkeord for kontekst
Rusmiddelavhengige Rusmisbrukere Drug user Drugaddicts Substance use disorder	Terapeutisk relasjon Therapeutic relationships	Behandling Terapi Treatment Therapy

Vedlegg VI: Kritisk vurderingsskjema. Oversiktsartikkel.

1. Er formålet med oversikten klart formulert? Ja UKLART NEI

Formålet med artikkelen er å se på effekten av terapeutiske samfunn for rusmiddelavhengige, versus andre terapeutiske samfunn for rusmiddelavhengige, versus andre behandlingsformer for rusmiddelavhengige. Studien ser på total avhold fra narkotiske stoffer i tid, lengde i behandling med mer som vurdering av oppnådd resultat. Den ser på om det er hos klienten, behandlingsinstitusjonen eller tid i behandling som er avgjørende

2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier? JA UKLART NEI

Studien er basert på andre studier funnet i anerkjente databaser. Studien har klart formulerte inklusjonskriteria. Et av disse er at inkluderte studier svarer på samme type effekt, av samme type intervensjon på samme type populasjon målt opp mot en randomisert kontroll gruppe.

3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

JA UKLART NEI

Forfatterne har gjort gode søk i anerkjente databaser. De har vært noe streng i forhold til krav om type kontroll gruppe, derfor baserer ikke artikkelen seg på så mange primærstudier. Dette kan uten tvil gi ett ikke fullt så representativt bilde av effekten av terapeutiske samfunn, ettersom effekten blir målt utfra et lite tverrsnitt av ellers mange terapeutiske samfunn. Likevel er det en styrke ettersom de oppfyller de strengeste krav til randomisering.

4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

JA UKLART NEI

Det er ikke beskrevet noen form for bruk av sjekklister, eller andre former for verktøy i vurderingen av primærstudier. Det er imidlertid to personer som uavhengig av hverandre har vurdert primær studiene.

5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig? JA UKLART NEI

Dataene er ikke slått sammen i en metaanalyse da det ikke var to studier like nok til å sammenligne.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på? JA UKLART NEI

6. Hva er resultatene?

Resultatene konkluderer med at det ikke er tilstrekkelig med vitenskapelig bevis for at terapeutiske samfunn har vesentlig bedre effekt på behandling av rusmiddelavhengighet, enn andre døgnplasser.

Forfatterne konkluderer også med at det trengs videre studier for å si noe sikkert om effekten av terapeutiske samfunn versus andre behandlingsformer, og for å si noe mer sikkert om hvilken type behandling som er best egnet for behandlingen av rusmiddelavhengige.

7.Hvor presise er resultatene?

Resultatene er presist formulert og tall gitt som konfidensintervaller 95% CI.

8.Kan resultatene overføres til praksis? JA UKLART NEI

Resultatene representerer både populasjon og intervensjon beskrevet i min oppgave. Resultatene ser bare på effekt, ikke hvilke deler som har hatt effekt.

9.Ble alle viktige utfallsmål vurdert? JA UKLART NEI

Utfallet blir utelukkende målt utfra avholdstid fra rusmidler, ikke bedret livskvalitet. Noe jeg ser som vel så viktig i måling av effekt fra et behandlingstilbud.

10.Veier fordelene opp for ulemper og kostnader? JA UKLART NEI

Det er ikke nevnt noe om negative bivirkninger av terapeutiske samfunn. Det er heller ikke belyst økonomiske konsekvenser i hverken positiv, eller negativ forstand.

Vedlegg VII: Kritisk vurderingsskjema oversiktsartikkel.

1. Er formålet med oversikten klart formulert? JA UKLART NEI

Formålet med artikkelen er å se på effekt av terapeutiske samfunn sett i et recovery perspektiv.

2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier? JA UKLART NEI

Forfatterne har basert artikkelen på søk etter enkelt studier som ser etter samme type effekt fra samme type intervensjon på samme type populasjon.

3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

JA UKLART NEI

Forfatterne har gjort søk i et bredt utvalg av databaser og har redegjort hvilke de har brukt og med hvilken søkestrategi.

4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

JA UKLART NEI

Det er ikke beskrevet hvilke verktøy eller sjekklister som ble brukt i inkluderingsprosessen, men det er to personer som har vurdert ut fra godt beskrevne inklusjons- og eksklusjonskriterier.

5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig? JA UKLART NEI

Det er klart hvilke sammenligninger som er gjort av de forskjellige studiene i artikkelen. Resultatene fra hver enkelt studie blir presentert i en tabell, før analysen blir presentert narrativt inn i teksten, noe som gjør resultatene gode og forstå.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på? Ja UKLART NEI

6. Hva er resultatene?

Resultatene er basert på bedring i livsperspektiv. Det er målt opp mot bedring av jobb deltagelse, mestring i relasjoner, minskning i lovbrudd og rusmestring. Resultatene blir vist opp mot kontroll grupper som har gjennomgått annen behandling og viser en klar bedring på de fleste områder.

7.Hvor presise er resultatene?

Ikke beskrevet.

8.Kan resultatene overføres til praksis? JA UKLART NEI

Populasjon og intervensjon stemmer overens med den i min oppgave.

9.Ble alle viktige utfallsmål vurdert? JA UKLART NEI

De forskjellige elementene som er i et recovery fokus er presentert, noe som gjør artikkelen meget komplett etter det jeg mener.

10.Veier fordelene opp for ulemper og kostnader ? JA UKLART NEI

Er ikke nevnt noen mulige bivirkninger av nevnt behandlingsform.

Vedlegg VIII: Kritisk vurderingsskjema Kvalitativ studie

1. Er formålet med studien klart formulert? X JA UKLART NEI

Forskerne ville undersøke den terapeutiske relasjonen mellom behandler og klint. De ville prøve å beskrive rollen til behandleren utfra et tilknytningsperspektiv.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

X JA UKLART NEI

Studien har som formål å belyse den terapeutiske relasjonen ut fra et tilknytningsperspektiv, med klientenes erfaringer som narrativ.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

X JA UKLART NEI

Utvalgskriteriene for valg av kandidater, innsamlingsprosess for og analyse av data er godt beskrevet. Og velegnet for å belyse problemstillingen.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

X JA UKLART NEI

Det er gjort klart rede for utvalgsstrategien, og det er satt kriterier for deltagelse som er opprettholdt. Disse passer godt problemstillingen, og kommer fra et representativt tverrsnitt av populasjonen med tanke på alder og kjønn

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

X JA X UKLART NEI

Valg av setting er ikke beskrevet i teksten, men innsamlingsmetoden, som i dette tilfelle er intervju er godt beskrevet og passer problemstillingen. Det kommer ikke frem måte for hvordan dataene ble nedtegnet. Altså ikke om det er lydopptak, video eller notater. Alle disse metodene har forskjellige potensielle feilkilder med seg.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

JA UKLART NEI

Forfatterne har ikke beskrevet sin egen førforståelse, eller har heller ikke beskrevet noen potensielle feilkilder i tolkningen av data.

7. Er etiske forhold vurdert? JA UKLART NEI

Det kommer ikke frem noen tydelige vurderinger av etiske forhold. Forfatterne har som en del i inklusjonskriteria for deltagere at de skal minimum være fylt 18 år, noe som kan regnes som en etisk vurdering, men som jeg mener er tynn.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? JA UKLART NEI

Det er brukt en narrativ analyse av data delt inn i kategorier . Det er en klar og tydelig sammenheng mellom sitater og kategoriene sitatene er plassert i.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på? JA UKLART NEI**9. Er funnene klart presentert? JA UKLART NEI**

Funnene er godt belyst knyttet opp mot tilhørende teori. Det sies at det er noe dårlig for og imot diskusjon, og det er heller ikke diskutert rundt troverdigheten av funnene

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Funnene kan være nyttig i forståelsen av den terapeutiske relasjonen mellom behandler og klient, men det krever videre forskning for å kunne videreføre funnene over i mer generell

Vedlegg IX. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier.**Terapeutiske samfunn:**

Inklusjonskriterier.	Eksklusjonskriterier.
Artikkelen skal være publisert etter 2003, da kilder jeg har brukt tidligere i oppgaven er bygge på forskning for dette året.	Artikler eldre enn 2003.
Alle artiklene skal være oppsummeringsartikler som baserer seg på primærstudier som her hentet fra anerkjente data baser og som er fagfelle vurdert.	Enkelt studier som ser på effekt hos individuelle terapeutiske samfunn.
Alle oppsummeringsartiklene skal basere seg på primærstudier som har inklusjonskriterier om en kontroll gruppe	Alle oppsummeringsartikler som baserer seg på primærstudier som ikke har klart definert som eksklusjonskriterier om bruk av kontroll gruppe.
Artiklene skal se på effekt av terapeutiske samfunn	Alle artikler som ser på andre ting enn effekt av terapeutiske samfunn, som for eksempel erfaringer.
Det skal være tydelig definert hvilken type effekt artikkelen ser etter, altså for eksempel total rusfrihet, eller i et recovery perspektiv.	Alle artikler som ikke har definert hvilken type effekt de er ute etter.
Artiklene må skåre tilfredsstillende etter kritisk vurdering	Artikler som viser seg å ikke vise tilfredsstillende resultater etter kritisk vurdering.

Terapeutiske relasjoner:

Inklusjonskriterier.	Eksklusjonskriterier.
Studier som ser på erfaringer fra terapeutiske relasjoner.	Studier som ser på erfaringer fra terapeutiske relasjoner, der klienten ikke lider av rusmiddelavhengighet.
Studier publisert etter 2010.	Studier publisert før 2010.
Studier som ser på tilknytningsteori og relasjon mellom terapeut og klient.	Studier som ser på erfaringer som omhandler relasjon mellom terapeut og klient, men som ikke ser på det i et tilknytningsperspektiv.
Studiene må skåre tilfredsstillende etter kritisk vurdering.	Studier som viser seg å ikke vise tilfredsstillende resultater etter kritisk vurdering.

