



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

PHA508-MOPPG-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 PHA508 1 MOPPG 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	417
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	21658
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/uirksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei

Innholdsfortegnelse

Forord	s. 3-4
Abstract	s. 5-6
Sammendrag	s. 6-7
1. Innledning	s. 8-11
1.2. Begrepsavklaring	s. 11
1.2.1. Rusproblematikk	s. 12
1.2.2. Seksuelle overgrep mot barn	s. 12-13
1.2.3. Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)	s. 13
1.2.4. Kompleks posttraumatisk stresslidelse	s. 13-14
1.2.5. Retraumatisering	s. 14
1.2.6. Dissosiasjon	s. 14-15
1.2.7. Stabilisering	s. 15
1.2.8. Traumebevisst omsorg (TBO)	s. 15-16
2. Overordnet teoretisk rammeverk for oppgavens tema	s. 16
2.1. Hvordan traumatisering kan oppstå	s. 16-18
2.2. Hvordan traumatisering kan utvikle seg	s. 18-20
2.3. Dissosiasjon som reaksjon på traumer	s. 20-21
2.4. Relasjonelle vansker	s. 21-24
2.5. Stabilisering og mestring	s. 24-25
2.6. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	s. 25-26
2.7. Relevant forskning	s. 27
2.8. Presentasjon av problemstillingen	s. 27
3. Metode	s. 28
3.1. Utvalg	s. 28
3.2. Design	s. 29
3.3. Datainnsamling	s. 29-31
3.4. Dataanalyse	s. 31
3.4.1. Systematisk tekstkondensering	s. 31-33
3.5. Reliabilitet	s. 33

3.6. Validitet.....	s. 33
3.7. Overførbarhet og representativitet.....	s. 33-34
3.8. Forskningsetikk.....	s. 34
4. Resultater.....	s. 34
4.1. Hovedfunn.....	s. 34
4.1.1. Vansker med tillit og konsekvenser av dette.....	s. 34-36
4.1.2. Helsebehandling som potensielt retraumatiserende.....	s. 36-38
4.1.3. Stabilisering før traumebehandling.....	s. 38-39
4.1.4. Samarbeid med andre instanser for å sikre helthetlig hjelp.....	s. 39-40
4.2. Bifunn.....	s. 40
4.2.1. Menn er mindre åpne om sine erfaringer fra seksuelle overgrep....	s. 40
4.2.2. Ikke utøv press til åpenhet om erfaringer fra seksuelle overgrep....	s. 41-42
4.2.3. Seksuelle problemer i voksen alder som en mulig følge av tidlige seksuelle overgrep.....	s. 42
4.2.4. Psykiske lidelser og diagnoser som en mulig følge av tidlige seksuelle overgrep	s. 42-43
5. Diskusjon.....	s. 44-62
5.1. Egen forforståelse.....	s. 63
5.2. Studiens styrker og svakheter.....	s. 63
6. Implikasjoner for praksis.....	s. 63-64
7. Konklusjon.....	s. 64-65
Referanser.....	s. 66-73

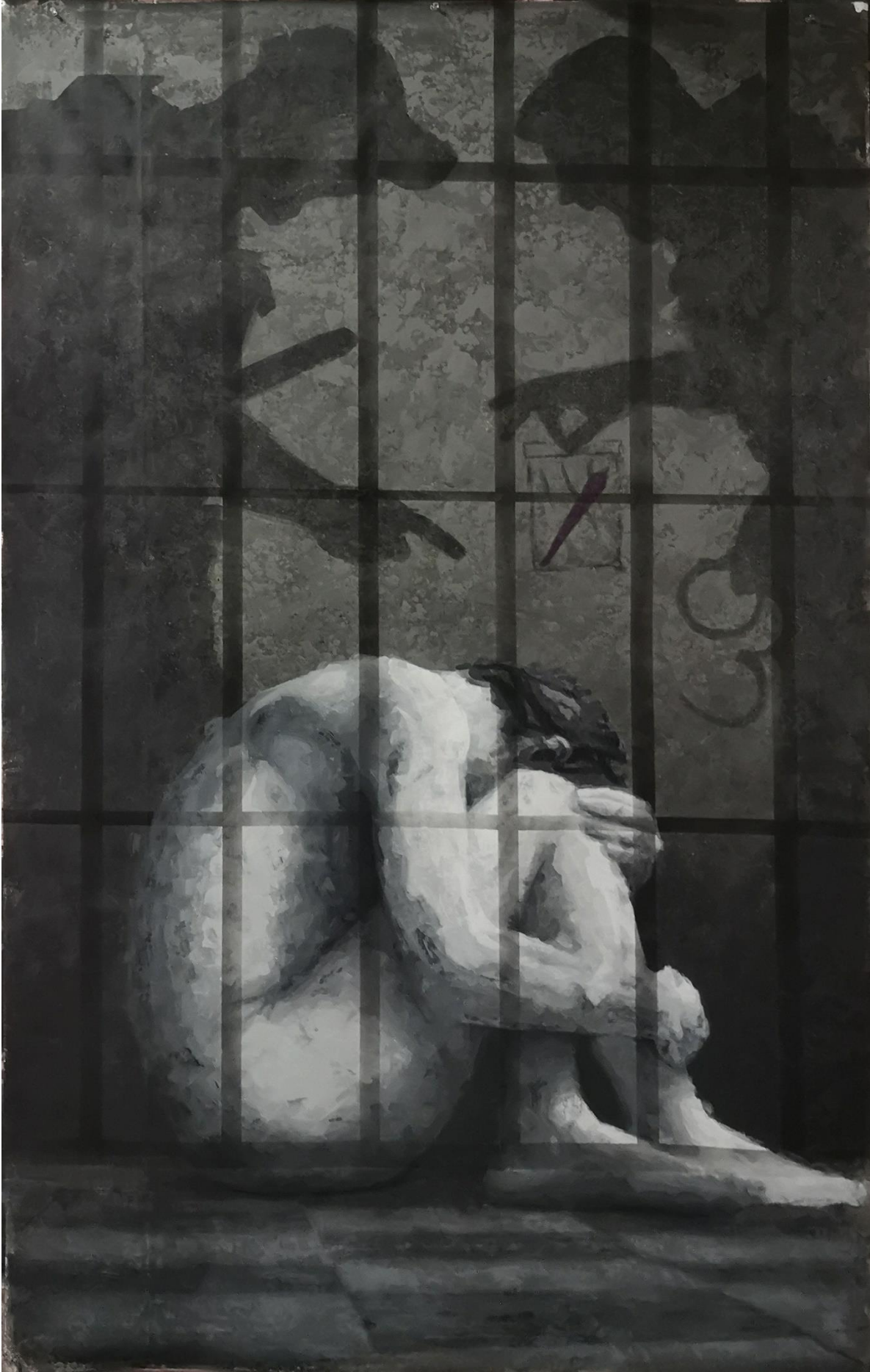
Forord

Denne masteroppgaven er dedisert til alle dem jeg kjente en gang og som ikke klarte seg. Det har vært vondt å se konsekvensene og alle lidelsene som kan ha hatt en sammenheng med opplevde seksuelle overgrep i barndommen.

Etter å ha arbeidet tett på rusmiddelavhengige i 26 år, var det dette temaet som tvang seg frem og som jeg måtte vie oppmerksomhet til.

Det vil være naivt å tro at det kan bli slutt på seksuelle overgrep, men det er realistisk at vi klarer å hjelpe de utsatte på en bedre måte.

Gatekunstneren AFK har engasjert seg i forslaget til ny rusreform. Dette bildet ble hengt opp på en gatevegg i Bergen sentrum i mars 2021. Han har selv kommet med følgende utsagn om kunstverket «Abusers»: «Oscar (23) uses drugs to forget his traumatic childhood. These traumas are relived when he is arrested and forced to strip naked. Many who develop substance abuse problems have had traumatic childhood experiences. Being locked up, stripped naked or subjected to forced blood tests is extra traumatizing for this group». (Foto av maleriet ble gitt fra AFK til studiens ansvarlige. Tillatelse til bruk av bilde og sitat ble gitt av AFK den 05.05.21)



Abstract

Background: Substance abusers who have experienced sexual abuse in childhood often have complex challenges. The study sheds light on the experiences of psychologists in interdisciplinary specialized substance abuse treatment (TSB) with substance abusers who retraumatize after sexual abuse from childhood.

Aim of study: Research question: "What experiences do therapists have in interdisciplinary specialized substance abuse treatment with substance abusers who retraumatize as a result of sexual abuse in childhood?". The study can contribute to knowledge sharing of the experiences that psychologists in interdisciplinary specialized substance abuse treatment have with this patient group. The intention is that increased knowledge about this problem can lead to better help for the substance abusers who retraumatize because of sexual abuse from childhood.

Method: The study is based on a phenomenological qualitative method. The respondents in the study are 7 psychologists who work in interdisciplinary specialized substance abuse treatment. The study project plan has been approved by the Norwegian Centre for Research Data (NSD).

Results: The main findings show that this patient group may have difficulties with trust in other people to such an extent that difficulties may arise with follow-up and treatment in several areas. Treatment of health conditions, including dental treatment, can be retraumatizing. In phase-oriented treatment, the stabilization work must have a good foundation before further therapy. Cooperation with other agencies is necessary to obtain comprehensive and good help.

Other findings show that men are less open in telling about their experiences with sexual abuse. The therapists believed that one should not exert pressure to be open about one's experiences of sexual abuse. Patients may experience sexual problems in adulthood as a result of childhood sexual abuse. Post-traumatic stress disorder is the diagnosis that they often make on these patients, but also other psychiatric diagnoses.

Conclusion: The findings show that patients have challenges with relationships and need security and predictability. The patient group often has an unmet need for treatment in

somatic and dental health. Cooperation and information about the patients promote comprehensive rehabilitation. The stabilization phase takes a long time in trauma treatment. Disclosure of patients' experiences of sexual abuse should be done with caution as retraumatization can occur if one pressures. Men are less open about experiences of childhood sexual abuse. Own sexual problems because of sexual abuse in childhood can create challenges in intimate relationships. The therapists often diagnosed PTSD for this group of patients, while other diagnoses could also be present.

Keywords: Phenomenological qualitative method, substance abuse, childhood sexual abuse, retraumatization.

Sammendrag

Bakgrunn: Rusmiddelavhengige som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen har ofte sammensatte utfordringer. Studien belyser hvilke erfaringer psykologer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har med rusmiddelavhengige som retraumatiserer etter seksuelle overgrep fra barndommen.

Formål: Forskningsspørsmål: «Hvilke erfaringer har behandlere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling med rusmiddelavhengige som retraumatiserer som følge av seksuelle overgrep i barndommen?». Studien kan bidra til kunnskapsdeling av de erfaringene som psykologer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling innehar med denne pasientgruppen. Hensikten er at økt kjennskap om denne problematikken kan føre til bedre hjelp til de rusavhengige som retraumatiserer som følge av seksuelle overgrep fra barndommen.

Metode: Studien har tatt utgangspunkt i en fenomenologisk kvalitativ metode. Respondentene i studien er 7 psykologer som arbeider i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Studiens prosjektplan er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Resultat: Hovedfunnene viser at denne pasientgruppen kan ha vansker med tillit til andre mennesker i en slik grad at det kan oppstå vansker med oppfølging og behandling på flere områder. Behandling av helsetilstander, inkludert tannbehandling, kan være retraumatiserende. I faseorientert behandling må stabiliseringsarbeidet ha et godt

fundament før videre terapi. Samarbeid med andre instanser er nødvendig for å få til helhetlig og god hjelp.

Bifunnene viser at menn er mindre åpne i å fortelle om sine erfaringer med seksuelle overgrep. Behandlerne mente at man ikke skal utøve press til åpenhet om sine erfaringer med seksuelle overgrep. Pasientene kan oppleve seksuelle problemer i voksen alder som følge av seksuelle overgrep fra barndommen. Posttraumatisk stresslidelse er den diagnosen som de ofte setter på disse pasientene, men også andre psykiatriske diagnoser.

Konklusjon: Funnene viser at pasientene har utfordringer med relasjoner og har behov for trygghet og forutsigbarhet. Pasientgruppen har ofte et udekket behandlingsbehov innen somatikk og tannhelse. Samarbeid og informasjon rundt pasientene fremmer helhetlig rehabilitering. Stabiliseringsfasen tar lang tid i traumebehandling. Avdekking av pasienters erfaringer om seksuelle overgrep bør foregå med forsiktighet da retraumatisering kan oppstå om man presser. Menn er mindre åpne om erfaringer med seksuelle overgrep fra barndommen. Egne seksuelle problemer som følge av seksuelle overgrep i barndommen kan skape utfordringer i intime relasjoner. Behandlerne satt ofte posttraumatisk stresslidelse som diagnose for denne pasientgruppen, mens andre diagnoser også kunne være tilstede.

Nøkkelord: Fenomenologisk kvalitativ metode, rusmiddelavhengighet, seksuelle overgrep fra barndom, retraumatisering.

1. Innledning

Rusmiddelavhengige har ofte opplevd vonde hendelser i barndommen. En studie om pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), viser at av de rusavhengige har 96% kvinner og 71% menn har vært utsatte for ett eller flere traumer. 29% av mennene og 63% av kvinnene hadde vært utsatte for seksuelle krenkelsers. 22 % av mennene oppgav at de opplevde at disse opplevelsene hadde påvirket dem i stor eller svært stor grad. For kvinnene var det 54% (Fjæreide, 2016).

Det er kjent at mange har opplevd seksuelle overgrep fra barndommen. Ifølge Folkehelseinstituttet har om lag 1 av 5 jenter (20%) og 1 av 14 gutter (7%) i Norge opplevd seksuelle overgrep før fylte 18 år, enten fra voksne eller fra jevnaldrende. Seksuelle overgrep i barndommen gir økt risiko for alvorlige fysiske og psykiske helseplager (Folkehelseinstituttet, 2020).

Studier av nyere dato viser at mange barn fremdeles blir utsatte for seksuelle overgrep. I 2019 ble det utført en undersøkelse der barn rapporterte om de blant annet hadde opplevd seksuelle overgrep. Tverrsnittstudien hadde 9240 respondenter mellom 12 og 16 år. 6 % av barna rapporterte at de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep en gang. 4 % svarte at de hadde vært utsatte for seksuelle overgrep gjentatte ganger. Av dem som var utsatte for seksuelle overgrep, var 8 % jenter og 4 % gutter. Av de overgrepsutsatte, hadde 20 % av jentene og 22 % av guttene opplevd seksuelle overgrep før de hadde fylt 13 år. 32 % oppgav at overgriper var en de kjente, utenfor familien. Mens 17 % svarte at overgriper var en i familien og 8 % var en tillitsperson (Hafstad & Augusti, 2019, s .83-86).

En høy andel av rusmiddelavhengige har opplevd seksuelle overgrep i barndommen. En studie med 355 deltakere (76% menn og 24% kvinner) med rusmiddelavhengighet til enten alkohol, heroin eller kokain, viste at 61 % av kvinnene rapporterte om fysiske og seksuelle overgrep før de fylte 18 år hvor 4 % omhandlet kun seksuelle overgrep. 52 % av mennene rapporterte om fysiske og seksuelle overgrep før de fylte 18 år hvor 1 % hadde opplevd kun seksuelle overgrep (Liebschutz et al., 2002).

Sammenhengen mellom posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og rusmiddelavhengighet er påvist (Mannes & Markestad, 2015). I en normalpopulasjon, har personer med PTSD 5 til 6 ganger forhøyet risiko for en samtidig ruslidelse. Forekomsten er

høyest blant kvinner enn menn, høyere hos dem som bruker flere rusmidler enn hos de som bruker ett rusmiddel, og høyest for dem som har en kokain- og opiatavhengighet. De fleste studier viser at traumereaksjonene var til stede forut for rusmiddelproblemene (Anstorp & Benum, 2014, s 143).

De mest skadelige stressbelastningene er de som skjer i tidlig barneår, pågår over tid og som påføres av tillits- eller omsorgspersoner. Det kan være at de har vært utsatte for vanskjøtsel, mishandling, seksuelt- fysisk og emosjonelle overgrep. Reaksjoner på slike belastninger kan resultere i komplekse traumer (Braarud & Nordanger, 2011). Kompleks posttraumatisk stresslidelse (CPTSD) (WHO, 2020) kan føre til en følelse av håpløshet og desperasjon. Det kan føre til endringer i persepsjonen av seg selv og føre til en kronisk følelse av skyld, ansvar og skam. Evnen til å tåle og regulere følelser kan bli mangelfullt utviklet. Det kan påvirke relasjoner hvor problemer med tillit til andre mennesker og manglende evne til nærhet blir en utfordring (Hokland, 2006).

Allerede i tidlig alder kan følgende av seksuelle overgrep gi vansker som vil påvirke dem videre i livet. Barnets sosiale kompetanse settes i fare som en senvirkning av seksuelle overgrep. Sosial kompetanse kjennetegnes av kunnskap, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner. Hvis man ikke oppnår denne kompetansen, kan det føre til manglende regulering av følelser, manglende empati og samarbeid og manglende selvhevdelse som igjen kan føre til vansker med relasjoner (Ogden, 2001). I tillegg til at det kan medføre en rekke psykososiale utfordringer, kan kompleks posttraumatisk stresslidelse også føre til kroppslige smerter uten at noen medisinsk forklaring blir funnet (Roth et al., 1997). Mennesker som har opplevd seksuelle overgrep har også økt risiko for selvdestruktiv atferd som selvskading, selvmord, spiseforstyrrelser og søvnevansker (Mossige og Stefansen, 2007, s. 75-79). De som har vært utsatte for seksuelle overgrep i oppveksten kan utvikle en dårligere evne til å regulere følelser, er mer utsatte for å få relasjonelle problemer og kan få destruktive parforhold (Askeland et al., 2016, kapittel 6,4).

Dette indikerer at mennesker med utfordringer knyttet til rusproblematikk og traumer etter seksuelle overgrep kan oppleve dårligere livskvalitet enn andre deler av befolkningen. De er også ofte underbehandlet for rusproblematikk, psykisk helse og somatisk helse. Ruspasienter

er ofte under- eller feilernærte, noe som kan gi dårlig immunforsvar. Den vanligste infeksjonen blant personer som injiserer narkotika er hepatitt-C (Prop.15 S, 2015-2016, kapittel 2). I en studie av 40 % av pasientene ved en ruspoliklinikk, viste det seg at pasientene i snitt hadde mer enn 4 somatiske diagnoser (Dalen et al., 2015).

Regjeringen la i 2019 frem et forslag til ny lov; tvangsbegrensingsloven – forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. Forslaget har pr. april 2021 ikke blitt tatt stilling til av Stortinget. I forslaget er det uttalt at pasientenes opplevelse av tvangsbruk kan ha negativ psykologisk virkning, være retraumatiserende, representere uetisk praksis og bryte ned personens opplevelse av påvirkningskraft. Blant annet blir det påpekt at mekaniske tvangsmidler kan utløse fryktminner om tidlige vonde hendelser for eksempel seksuelle overgrep (NOU, 2019, kap. 10.5.2.2.4).

Vi har i dag et gjeldende lovverk som, Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-6, 1. ledd, der det er nedfelt at kroppsvisitering kan gjennomføres ved mistanke om rusmiddelbruk eller innføring av rusmidler i tvungent psykisk helsevern eller ved tvungen observasjon. § 4-6, 2. ledd sier at den enkelte døgninstitusjon kan innføre rutinekontroll av pasienter ved innleggelse og etter opphold utenfor institusjonen for å hindre innføring av rusmidler. Kontrollen skal omfatte pasientens eiendeler og kroppsvisitasjon uten avkledning. § 4-7a, 2. ledd sier at ved mistanke om rusmiddelbruk under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, kan det fattes vedtak om å tas prøver av pasientens biologiske materiale for å avdekke rusmiddelbruk. (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 1999, kapittel 4).

Regjeringen foreslo, den 19.02.21, en lovendring som påvirker helse- og omsorgstjenesteloven, straffeloven, straffeprosessloven, politiloven, brukerromsloven og legemiddeloven. Forslaget for lovendringen er blant annet å tilby hjelp, behandling og oppfølging istedenfor straff når personer blir tatt for bruk og besittelse av mindre mengder brukerdoser av narkotika. Regjeringen mener med dette at rusavhengige trenger hjelp for sin rusmiddelavhengighet og at straff i seg selv ikke vil ha en effekt for bedring av rusmiddelproblematikken (St.prp. 92L, 2020-2021, s. 9). Lanseringen av forslag til lovendring har ført til samfunnsdebatter i flere av landets aviser og tv-kanaler. En del av diskusjonene

rundt forslaget er at rusavhengige ofte har opplevd traumatiske hendelser i barndom og at symptomene på traumene blir forsøkt dempet med bruk av rusmidler.

Forslaget til ny rusreform innehar også at politiet ikke kan visitere noen på grunn av mistanke om oppbevaring av rusmidler og de kan heller ikke kreve avlegging av urinprøver. Visitering og urinprøvetaking er situasjoner som kan utløse minner om overgrepssituasjoner og frembringe traumereaksjoner.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i helseforetakene har ansvar for behandling, hvor fagpersoner innehar relevant og tverrfaglig kompetanse og erfaring. Henvisning til behandling i TSB skjer via lege eller kommunens ruskonsulenter. Forutsetningen for en god henvisning og en god behandling krever en grundig kartlegging, en åpenhet fra pasienten om sitt behov, en tydeliggjøring av behovet og oppfølging i prosessen frem til behandling er etablert. I 2018 ble pakkeforløp for rusbehandling lansert av Helsedirektoratet med virkning fra 01.01.19. Hensikten med pakkeforløpet var å oppnå bedre samhandling mellom kommunene og TSB før og under behandlingsstart. Det stilles krav til et avklart og godt samarbeid for at behandling skal lykkes. Det stilles også krav til en gjensidig veiledning og skriftliggjøring av planer for videre prosesser i behandlingen (Helsedirektoratet, 2018, rusbehandling).

Studiens hensikt er å synliggjøre behandlere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling sine erfaringer med pasienter som retraumatiserer som følge av seksuelle overgrep i barndommen. Erfaringene kan danne et grunnlag for en bredere forståelse for hvordan retraumatisering påvirker de rusavhengige. Hjelpeapparatet innenfor psykisk helse, sosiale tjenester, somatisk helse, politi, kriminalomsorgen med flere, møter disse menneskene når de har behov for behandling og oppfølging av deres tjenester. En økt forståelse for hvordan deres problematikk kan vise seg, kan være utgangspunkt for endringer i hvordan det tilbys tjenester og bistand til rusavhengige.

1.2. Begrepsavklaring

Det vil bli presentert definisjoner og avklaringer som er relevante for denne studien.

1.2.1. Rusmiddelavhengighet

Rusmiddelavhengighet er definert i Verdens Helseorganisasjons klassifiseringsliste for sykdom. Gjeldene diagnoseklassifisering i Europa er ICD-10 (WHO, 1994). Disse er kategorisert under F 10-19, psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer.

Det skilles mellom skadelig bruk og avhengighet. Et avhengighetssyndrom vil si at en rekke adferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener utvikler seg etter gjentatt rusmiddelbruk. Man får vansker med å kontrollere bruken og inntak av rusmidler blir høyere prioritert enn andre aktiviteter og forpliktelser. Man får økt toleranseutvikling og man kan få fysiske abstinenser (WHO, 1994, ICD-10). Skadelig bruk vil si at rusmiddelinntaket brukes slik at det gir somatiske eller psykiske skader. Det kan foreligge skadelig bruk av et rusmiddel uten at det foreligger en avhengighet (Helsedirektoratet, 2012, kapittel 2,3).

1.2.2. Seksuelle overgrep mot barn

Lov om straff, kapittel 26 omhandler seksuallovbrudd. Det er straffbart å ha seksuell omgang med barn under 16 år. Grov voldtekt av barn under 14 år straffes med fengsel inntil 21 år. Seksuell handling med barn under 16 år straffes med fengsel inntil 3 år. Seksuelt krenkende atferd overfor barn under 16 år straffes med bot eller fengsel inntil 2 år. Videre er det straffbart hvis man i ord eller handling utviser seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd i nærvær av eller overfor barn under 16 år, eller tvinger eller forleder barn under 16 år til å utvise seksuelt krenkende eller annen uanstendig atferd (Lov om straff, 2005, kapittel 26).

Folkehelseinstituttet har definert seksuelle overgrep mot barn slik:

«Seksuelle overgrep mot barn og unge omfatter voldtekt, uønsket seksuell kontakt når personen er beruset eller bevisstløs, å bli utsatt for ufrivillig beføling av kjønnsorgan, å bli presset til seksuelle handlinger og andre former for seksuelle krenkelser» (Folkehelseinstituttet, vold og seksuelle overgrep, 2020).

En annen definisjon har et mer utvidet begrep:

Rusmiddelavhengige som retraumatiserer som følge av seksuelle overgrep i barndommen - behandlererfaring

Kandidatnr. 417

Omfatter alle seksuelle handlinger en voksen gjør mot et barn. Handlingen, som tar utgangspunkt i den voksnes behov, skjer mot barnets vilje eller er en handling som barnet ikke er utviklings- eller aldersmessig moden nok til å forstå eller gi samtykke til. Et viktig aspekt ved seksuelle overgrep er at de krenker barnets integritet (Øverlien, 2012, s.23).

1.2.3. Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

PTSD er diagnostisert i ICD-10 under F43.1 (WHO, 1994). Diagnosen er definert som en forsinket eller langvarig reaksjon på en stressende hendelse eller situasjon. Latensperioden for utbrudd av symptomer etter et traume kan være fra noen få uker til flere måneder. Symptomene er påtrengende minner om hendelsene, drømmer eller mareritt med samtidig følelse av nummenhet og følelsesmessig avflating, nedsatt reaksjoner til omgivelsene, *anhedoni* eller manglende glede og lyst, og unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet. Symptomene kan også i noen tilfeller være dramatiske, akutte utbrudd av frykt, panikk eller aggresjon. Det er også vanlig med autonom hyperaktivitet og vaksomhet, lettskremthet og søvnløshet. Angst, depresjoner og selvmordstanker kan også forekomme. Omfattende bruk av rusmidler kan være en kompliserende faktor (WHO, 1994).

1.2.4. Kompleks posttraumatisk stresslidelse

Kompleks PTSD er ikke en egen diagnose i ICD-10, som pr mai 2021 benyttes i Norge. I den nyeste versjonen av diagnosesystemet, ICD-11 (*complex posttraumatic stress disorder*, CPTSD) (WHO, 2020), er den erstattet med F 62.0, vedvarende personlighetsendringer etter katastrofale hendelser.

Kompleks PTSD er en lidelse som kan utvikle seg etter eksponering for en hendelse eller en serie av hendelser av ekstremt truende eller grusom karakter, vanligvis langvarige eller repeterende hendelser som det er vanskelig eller umulig å flykte. Slike hendelser kan være langvarig vold i hjemmet, gjentatte seksuelle eller fysiske overgrep. Kriteriene for PTSD (se punkt 1.2.3) må være oppfylt. I tillegg har man også vansker med følelsesregulering, lav selvfølelse, følelse av verdiløshet ledsaget av følelser av skam, skyld eller nederlag knyttet til den traumatiske hendelsen. Man kan ha vansker med å opprettholde relasjoner og føle seg nær andre mennesker. Slike symptomer kan forårsake betydelig personlig, familiær og sosial svekkelse (WHO, 2018, ICD-11, 6B41).

Hokland (2006) har i sin artikkel beskrevet hvordan slike symptomer kan utvikle seg på påvirke. Kompleks PTSD er ofte forbundet med tidlige mellommenneskelige traumer kjennetegnet ved forandringer i regulering av affektive impulser, inkludert vansker med modulering av sinne og selvdestruktivitet. Slike forandringer kan føre til endringer i oppmerksomhet og bevissthet som igjen kan utløse amnesi, dissosiative episoder og depersonalisering.

1.2.5. Retraumatisering

Med retraumatisering menes at samtale om, eller tanker på minner om traumer aktiverer sterke emosjonelle reaksjoner eller destruktive mestringsforsøk, uten at pasienten har metoder for å regulere disse. Traumer på psykisk helse er en fenomenologisk vurdering basert på den enkeltes opplevelse av hendelsen. For enkelte kan fravær av støtte og omsorg etter en slik hendelse være forbundet med utvikling av en traumelidelse (Anstorp & Benum, 2014, s. 23).

Retraumatisering kan oppstå når man befinner seg i en situasjon som kan minne dem om de traumatiske hendelsene. Man gjenopplever de samme følelsene som de hadde under det opprinnelige traumet (Anstorp & Benum, 2014, s. 24).

1.2.6. Dissosiasjon

Dissosiative lidelser er diagnostisert i ICD-10, F 44 (WHO, 1994). En slik lidelse kjennetegnes ved delvis eller fullstendig tap av normal integrasjon mellom erindringer om fortiden, identitetsbevissthet og umiddelbare sansefølelser. Det kan føre til tap av kontroll av kroppsbevegelser. Evnen til bevisst og selektiv kontroll over kroppen sin er svekket og kan variere fra dag til dag.

Dissosiative symptomer kan forekomme der det oppstår en frakopling eller avspaltning av erfaringer, følelser og kroppslige minner som en person ikke har klart å tåle. De dissosiative reaksjonene er ikke viljestyrte. En oppsplitting er et forsvar utviklet for å unngå invadering av ubearbeidede og vonde minner (Anstorp & Benum, 2014, s. 28).

En dissosiasjon er ikke viljestyrt og oppstår som en forsvarsmekanisme mot å bli invadert av voldsomme og vonde inntrykk. Strukturell dissosiasjon defineres som en manglende integrering av oppmerksomhet, følelser og energiregulering. Når slike reguleringer ikke fungerer som de skal kan man utøve praktiske handlinger som for eksempel å gå på skole, spise og forholde seg til andre mennesker. Men det følelsesmessige omkring dette blir spaltet ut (Anstorp & Benum, s. 29).

I de mest ekstreme situasjonene i tidlig alder der overgrepene er omfattende og gjentakende, kan det resultere i splittet personlighet som er en alvorlig psykisk lidelse. Dissosiasjonen blir da ikke bare en forsvarsmekanisme, men en struktur i utviklingen av personligheten (Herman, 1992, s.34).

1.2.7. Stabilisering

Med stabilisering menes at pasienten har oppnådd tilstrekkelig med avstand til de vonde hendelsene og kan oppleve at det er trygt i nåtid. En stabilisering innebærer at symptomene blir dempet og det dannes et grunnlag for å arbeide med traumeminnene. Først når en person er stabilisert er det mulig å arbeide videre med traumene (Modum bad, 2014, s. 14) Å lære seg nye ferdigheter krever at pasienten er i en tilstand der det kan tenke, planlegge, resonnerer og vurdere. Når stressresponser blir aktivert med enten en forhøyet aktivitet eller en underaktivitet, er personen ikke tilgjengelig for traumerapi fordi reaksjonene kun er kroppslige og ikke integrerte (Anstorp & Benum, 2014, s. 127).

1.2.8. Traumebevisst omsorg (TBO)

Ifølge Bath (2015), er det 3 grunnpilarer som traumatiserte barn har behov for. Det første er trygghet. Omsorgsgiver må skape et miljø der barnet kan føle seg trygg. Det andre er relasjon. Omsorgspersonen må legge til rette for en sosial arena for tillit og tilhørighet. Det tredje er at omsorgsgiver må hjelpe barnet i å finne mestringsstrategier for å regulere følelser. Voksne mennesker som har opplevd slike mangler, har et særlig behov for å få tilrettelagt et trygt terapiklima for å kunne klare å ta imot behandling. Terapeuten skal søke etter å ha pasienten passe aktivert og til stede i nåtid for å klare å ta inn det som skjer i terapirommet. Grunning er en måte å stabilisere på og som handler om å legge merke til

egen kropp, kjenne på ulike fysiske objekter, legge merke til temperatur og få øyekontakt med mer. Avspenningsøvelser, pusteøvelser og ulike sansearbeid er en viktig del i stabilisering. Det er viktig at øvelsene er tilpasset pasientens kapasitet og at det ikke er alle øvelser som passer for alle (Anstorp & Benum, 2014, s. 134).

2. Overordnet rammeverk for oppgavens tema

2.1. Hvordan traumatisering kan oppstå

Et traume betyr at en skade har oppstått. I psykologisk forstand er et traume basert på den enkeltes opplevelse av en hendelse. Hvis ikke personen har fått tilstrekkelig med trøst og bearbeiding av opplevelsen, kan det mest sannsynligvis oppstå en traumeskade. (Anstorp og Benum, 2014, s 24).

En kan bli utsatt for et enkelttraume som har forekommet en gang i en persons liv. Skjer det plutselig og overraskende kan man benevne det som et akutt traume. Utsettes man for gjentatte seksuelle overgrep over tid, kan det resultere i komplekse traumer. Er overgriper en omsorgs- eller tillitsperson utsettes barnet for et relasjonstraume (Søfteland, 2018, s. 75-76).

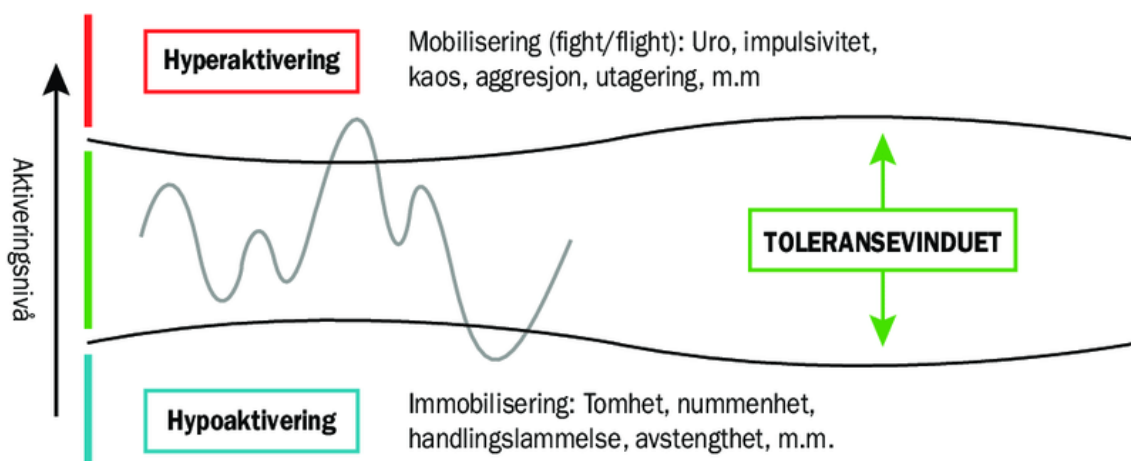
Hos et menneske er det hjernestammen som først dannes og som styrer basale funksjoner som pust og hjerterytme. Det limbiske system ligger rundt og over hjernestammen og styrer blant annet emosjoner og består av strukturer som er involvert i kamp eller frys (*“fight or flight”*) responser eller kroppens *“alarmsystem”* (Anstorp & Benum, 2014, s. 40).

Amygdala er en viktig struktur i det limbiske system for regulering av kroppens «alarmsystem». Denne strukturen sender ut signaler til blant annet binyrene som utskiller adrenalin og kortisol i blodet slik at hjertet slår fortere, musklene spennes og sanser skjerpes. Amygdala husker tidligere reaksjoner og kan lagre såkalte traumeminner (Anstorp & Benum, 2014, s. 43).

Personer med PTSD kan ha utfordringer med å regulere dette alarmsystemet og kan utvise atferd som ikke står i forhold til en situasjon, som ved en overdreven fryktreaksjon eller unngåelse av situasjoner og steder som kan utløse sterkt ubehag (Anstorp & Benum, 2014, s. 45). Slike reaksjoner fører til at kroppen kommer i en overaktivering (Modum bad, 2014, s. 29). Når det ikke er mulig å flykte fra situasjonen eller kjempe imot, er det andre

mekanismer som settes i gang. Slike reaksjoner fører til at du føler mindre frykt og smerte slik at nervesystemet klarer å gjennomleve det med så lite smerte som mulig. Den kognitive evnen til blir redusert og musklene blir numne. Når en slik reaksjon inntreffer er man i en underaktivering (Ogden & Minton, 2000).

Svekket toleranse for aktivering er karakteristisk hos traumatiserte mennesker. Når man er i en traumatisk situasjon, vil man enten være i en hyperaktivering eller en hypoaktivering. Dette kan illustreres ved hjelp av «toleransevinduet» (se Figur 1). Når aktiveringsnivået er innenfor toleransevinduet er man i stand til å reflektere og tåle egne følelser og følelser som kommer fra omgivelsene. Dess større toleransevinduet er, jo bedre vil man være rustet (Ogden & Minton, 2000).



Figur 1 illustrerer hvordan aktiveringsnivået påvirker bredden på toleransevinduet. Når man er utenfor toleransevinduet er man mindre mottakelig for blant annet å håndtere følelser og ta imot ny informasjon (Nordanger & Braarud, 2014).

En retraumatisering kan bli utløst av en lukt, et objekt, et sted, en liknende situasjon eller noe helt annet. Ulike sanser oppfatter minner om traumet og man reagerer som om man skulle være tilbake der traumet oppstod. Sentralnervesystemet reagerer ved å øke produksjon av hormoner som blant annet adrenalin og kroppen kan komme inn i en

hyperaktivering eller kroppen kan bli nummen og gå inn i en hypoaktivering. Det som utløser en retraumatisering trenger ikke å være direkte knyttet til de opprinnelige hendelsene og det kan dermed være utfordrende å oppdage hva som er utløsende faktor for den enkelte (Herman, 1992, s. 37-39).

For noen kan traumetilstanden bli kronisk. I ICD-10 (WHO, 1994) er dette definert under F62.0, vedvarende personlighetsforandring etter katastrofale livshendelser. For å få denne diagnosen må man ha opplevd en hendelse som er så ekstrem at det ikke blir vurdert at sårbarhet kan forklare det. En slik lidelse kan ha startet med en PTSD og bli kronisk eller irreversibel. Symptomene kan være å ha en fiendtlig holdning til verden, være sosialt tilbaketrukket, ha en følelse av tomhet eller håpløshet, ha en kronisk følelse av å være konstant truet eller ha en fremmedfølelse. Symptomene må ha vært tilstede i minst to år og ikke ha andre forhistorier av andre psykiske lidelser enn PTSD. Slike symptomer kan føre til en svekkelse av mellommenneskelig, sosial og yrkesmessig fungering (WHO, 1994, ICD-10, s 121).

2.2. Hvordan traumatisering kan utvikle seg

Manglende reguleringsstøtte kan gi utviklingsforstyrrelser hvor alarmsystemet blir påkoblet når det ikke er en reell fare (Anstorp & Benum, 2014, s 44). Traumatiserte barn kan ofte reagere sterkt på følelser og oppleve at det er kort vei til ekstreme følelser. Litt redsel kan bli til panikk og litt sorg kan oppleves som bunnløs fortvilelse. Det kan være vanskelig for andre å forstå hvorfor barnet reagerer så sterkt på en hverdagslig utfordring. Om et barn har vansker med å beskrive følelser, kan det orientere seg fra andre utenfra og ikke innenfra seg selv. Det kan føre til at de er mer oppmerksomme på andre sine behov enn på sine egne (Søfteland, 2018, s. 103).

Et barn som har vært utsatt for omsorgssvikt er ofte fanget i et egosentrisk univers og har vansker med å skifte perspektiv. Det kan mangle selvorganisering og affektregulering og de kan ha vansker med å delta i gjensidig lek fordi den mentale kapasiteten ikke er utviklet tilstrekkelig til å være fleksibel og løsningsorientert (Hart, 2011, s. 185).

Traumer kan påvirke oppmerksomhet og konsentrasjon som kan føre til en redusert evne til å lære, svekke arbeidsminnet og redusere evnen til å planlegge. Reduserte kognitive evner kan føre til lærevansker som igjen kan føre til svekkede skoleprestasjoner (Søfteland, 2018, s. 107).

Barn med et utrygt tilknytningsmønster kan få svekket utvikling av sin mentaliseringsevne. Rusavhengige kan ruse seg bort fra vonde følelser og ubehag. Evnen til å mentalisere, som det å se andre innenfra og seg selv utenfra blir dermed forringet. Mangel på tilgang til følelser som tristhet og sorg kan føre til sinne og aggresjon, eller motsatt.

Følelsesgjenkjenning innebærer en evne til å gjenkjenne ulike følelser, tåle det og vise det på en hensiktsmessig måte (Lossius, 2011, s. 199).

Når omsorgspersonen avviser og unnlater å speile barnets følelser klarer ikke barnet å uttrykke egne følelser som er tilpasset omgivelsene. Barnet kan utvikle personlighetsforstyrrelser fordi det psykiske selvet har fått en feilkonstruksjon (Hart & Schwartz, 2008, s. 240).

Et traumatisert barn kan ha en desorganisert tilknytning som kan gi en overfølsomhet overfor andres mentale tilstander. Dette kan føre til at de gjetter hva de andre føler og tenker og som igjen går utover oversikt over egen mental tilstand. For noen kan de aktivere konflikter på et ytre plan fordi de ikke klarer å ta inn over seg det følelsesmessige presset. Dette kan gi vansker med å reflektere og bearbeide senere påførte traumer (Hart & Schwartz, 2008, s. 244).

Mentaliseringsevne som er svekket over tid kan føre til utvikling av personlighetsforstyrrelse som gir dårligere forståelse av sosialt samspill, dette kan øke mellommenneskelige misforståelser. Risikoatferd knyttet til rusmisbruk kan være et eksempel på svekket mentalisering. En rusavhengig som er opptatt av å skaffe seg rusmidler kan bli likegyldig til de destruktive konsekvensene (Lossius, 2011, s. 196).

Personer som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen har høyere risiko for å få somatiske sykdommer sammenlignet med normalbefolkningen. Kirkengen og Næss (2015) hevder at noe av forklaringen er blant annet at cellene da eldes tidligere. Telomerer er de beskyttende tuppene på kromosomene som måler nivået av telomerase, disse reparerer

telomerene når de eldes normalt ved økt levealder. Man kan med dette måle hastigheten på cellenes aldringsprosess. Lavt nivå av telomerase kombinert med korte telomerer tyder på at hendelser har overkjørt og tømt kroppen for sine biologiske beskyttende evner. Dette medfører igjen at man er mer utsatt for ulike somatiske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes og demens (Kirkengen og Næss, 2015, s. 36-38).

Bruk av rusmidler som en smertedemper kan gi andre livsutfordringer ved at det kan være utfordrende å delta i arbeidslivet med de økonomiske konsekvensene dette gir. Rusmiddelavhengighet er generelt ikke akseptert i samfunnet, og opplevelse av utenforskap kan forsterke vanskene. Rusmiddelbruk kan også på sikt forverre den psykiske helsen. Langtidsbruk av rusmidler fører også til høyere forekomst av somatiske plager og sykdom. Konsekvenser av traumer og krenkelser kan medføre somatisk sykdom og kan for eksempel gi epilepsilignende angstanfall uten medisinske funn (Kirkengen & Næss, 2015, s 81).
Bruk av rusmidler kan ha en effekt på PTSD symptomer. Særlig vil dempende rusmidler som alkohol, opiater og benzodiazepiner fungere fryktdempende, slik at minner og vonde tanker blir mindre påtrengende. Sentralstimulerende midler og hallusinogener gir en følelse av å være en annen utgave av seg selv og kan gi en falsk mestringsfølelse og mental styrke for en periode. PTSD forekommer ofte hos pasienter med ruslidelse og er sannsynligvis underdiagnostisert (Helsedirektoratet, 2012, kapittel 3.8.).

Pasienter med traumelidelser har ofte mindre utbytte av rusbehandling enn pasienter uten traumesymptomer. Det blir viktig å kartlegge rusens funksjon for å avdekke og forstå rusmiddelinntakene. Ulike rusmidler gir ulik effekt. Noen regulerer ned sterke følelser og andre aktiverer sentralnervesystemet og kan gi en følelse av å mestre og ha kontroll. Mange rusavhengige veksler mellom å innta de ulike rusmidlene for å regulere seg opp og ned etter behov (Anstorp & Benum, 2014, s 146).

2.3. Dissosiasjon som reaksjon på traumer

Det sentrale moment i traumeforståelsen er at manglende integrering mellom negativ livshendelser og reaksjonene på disse skaper psykiske vansker. Hendelsene blir ikke integrert på vanlig måte i hukommelsen, som minner man kan tenke og reagere på. Ved all form for traumatisering vil det oppstå en avspaltning av ulike handlingssystemer i

personligheten, som er kjent som dissosiasjon. Grad av dissosiasjon vil avhenge av alder på den som rammes, og omfanget av traumatisering. Vi vet at gjentatte traumer i småbarnsalder, utøvet av de som skulle være omsorgspersoner, leder til de mest alvorlige dissosiative tilstandene.

Dissosiasjon kan være enten en psykogen variant som påvirker hukommelse, bevissthet og identitet, eller en somatoform variant som påvirker bevegelse, sansning og persepsjon. Gjenopplevelser av traumeminner kan ha både en psykogen og en somatoform variant. Smerter eller krampeanfallet kan være uttrykk for en somatoform variant eller somatoform dissosiasjon (Melgård & Ramm, 2005, s. 3-5)

Opplevelse av gjentatte seksuelle overgrep, kan utløse dissosiasjon flere år etter at overgrepene har skjedd. Dette kan påvirke relasjonen til andre, for eksempel i en terapisisituasjon, når terapeuten beveger seg inn på utfordrende tema. Den traumatiserte kan få svekket oppmerksomhet og vise tegn til en over- eller underaktivering. «Dissosiative lidelser har lenge vært underdiagnostisert, og har i mange tilfeller feildiagnostisert som schizofreni» (Anstorp & Benum, 2014, s. 31).

Under en slik tilstand lagres minnet om traumet ubearbeidet og er ikke integrert i en ren kroppslig hukommelse. Disse kroppslige eller følelsesmessige hukommelsesbildene kan dukke opp uventet og ofte truende som en assosiasjon til traumet (Almås & Benestad, 2004). Avspaltede minner som utløses av noe som skjer her og nå vil ikke bli erkjent som nettopp det, men heller som et vekket tidligere minne da den bevisste og verbale hukommelsen ikke har ord om minnet. Det oppfattes ikke som minner fra tidlige hendelser, men noe som skjer i nåtid (Kirkengen & Næss, 2015, s 80).

2.4. Relasjonelle vansker

Kompleks PTSD er ofte forbundet med tidlige mellommenneskelige traumer kjennetegnet ved forandringer i regulering av affektive impulser, inkludert vansker med modulering av sinne og selvdestruktivitet. Slike forandringer kan føre til endringer i oppmerksomhet og bevissthet som igjen kan utløse amnesi, dissosiative episoder og depersonalisering. Det kan føre til endringer i persepsjonen av seg selv, som kronisk følelse

av skyld, ansvar og skam, og påvirke relasjon til andre hvor problemer med tillit og manglende evne til nærhet blir en utfordring (Hokland, 2006).

Rusmidler aktiverer belønningssystemet og frigjør dopamin, noe som har en sterkere effekt enn om man tilfredsstiller naturlige behov. Dette kan forklares med at rusmidler kan, for noen, bli prioritert foran mat og kjærlighet (Anstorp & Benum, 2014, s. 148). Ruslidelser og psykiske lidelser som stemningslidelser og angst har en klar sammenheng. Det anbefales derfor at behandling tar hensyn til dette (Grant et al., 2004).

Mennesker som har opplevd relasjonstraumer i tidlig barndom kan ha vansker med å knytte seg emosjonelt til andre mennesker. For mange av dem kan det være enklere å knytte seg til et husdyr, et objekt eller et arbeid. For noen kan rusmidler føles som en trygg tilknytning og erstatte behovet for kontakt med andre mennesker (Anstorp & Benum, 2014, s. 148). De har ofte hatt en ubalanse i sitt motivasjons- og belønningssenter før de begynte å bruke rusmidler. Når de blir rusfrie kan det være vanskelig å kjenne igjen ulike følelser og det kan være utfordrende å skille på om man trenger mat eller ønsker å innta rus (Anstorp & Benum, 2014, s. 149).

Når man blir utsatt for overveldende og ukontrollerbare hendelser er det ofte naturlig å søke etter en forklaring på hvorfor det skjedde. Ved å ta ansvar og skyld for noe som går galt, er det en ubevisst måte å forsøke å ta kontroll over en vanskelig situasjon. Der man er maktesløs i å forandre andre mennesker eller beskytte seg fra overveldende hendelser, kan det oppleves mer nyttig å forsøke å endre på seg selv. Ved å påføre seg selv skyld og skam kan det bli vanskelig å få gode relasjoner til andre. Man degraderer seg selv ved å ha en opplevelse av manglende egenverd (Modum bad, 2014, s. 159).

Alle har behov for stabile og omsorgsfulle relasjoner. Dårlige relasjoner i oppveksten kan skape redsel for avvising ved etablering av nye relasjoner. Behovet for sikkerhet på den ene siden og tilknytning på den andre siden kan føre til at man ufrivillig kan sende blandete signaler til andre. Erfaringer med grenseoverskridelser kan gjøre at man blir ekstra på vakt for hva andre kan gjøre. Berøring som skjer uten at man er forberedt kan skape sterke og ubehagelige reaksjoner. Om man blir møtt med vennlighet kan dette oppfattes som en trigger over at andre skal ta kontrollen over deg eller at situasjonen skal endres til noe farlig. Tilbaketrekking fra en relasjon kan da bli en respons (Modum bad, s. 175-176).

Pasienter som har en aggressiv atferd eller opptreer avvisende kan gi personalet ved en behandlingsslinikk en følelse av hjelpeløshet og inkompetanse. Den motsatte, pasienter som er engstelige, hjelpesøkende og takknemlige, kan gi personalet en følelse av å være nyttig. Sistnevnte gruppe gjennomfører oftere behandlingen. Behandlingseffekten avhenger ikke bare av pasientenes motivasjon og problematikk, men også av personalets holdninger og følelser (Lossius, 2012, s 29).

Reaksjoner etter seksuelle overgrep kan også påvirke de utsattes relasjoner til enkelte mennesker. Utsatte for seksuelle overgrep som er utført av en mann, kan forbinde menn med overgrep. Dette kan resultere i en retraumatisering ved synet av en mann som likner overgriper og man kan flykte bort fra vedkommende. Motsatt kan en retraumatisering skje ved å utsette seg for en farlig situasjon der en mann er involvert for deretter å legge skylden og få ut aggresjon på vedkommende mann (Herman, 1992, s. 40).

Seksuelle traumer kan føre til manglende seksuell lyst, seksuell aversjon, seksuell fobi, manglende opplevelse av å eie sin egen seksualitet, grensesettingsproblemer, frykt for å bli borte og redsel for å være overgriper selv (Almås & Benestad, 2004). Mennesker som har mottatt behandling for seksuelle traumer har ikke fått støtte til å etablere en egen voksen seksualitet. Menn og kvinner har ulik fysiologi og en annen tenningskjemi. Menn har en kortere vei til seksuell respons. Opplevelsen av egen seksualitet kan ofte ikke skilles fra den seksualiteten overgriper representerer. Dette kan medføre et intenst ubehag mot sex og det kan oppleves som truende og invaderende (Almås & Benestad, 2004).

Reaksjoner på seksuelle traumer innebærer ofte en opplevelse av å ikke eie egne følelser og seksualitet. Man har ikke et eget valg og må tilfredsstille den andres seksuelle behov.

Mennesker som har blitt traumatiserte av seksuelle overgrep tidlig i livet vil ofte komme inn i et mønster av stadig retraumatisering. Hvis en situasjon har uklare regler og grenser, kan det være lett å være offer for sin underliggende læring om å tilfredsstille andres behov. I en terapeutiske situasjon kan retraumatisering skje ved maktovergrep, uklare sosiale grenser mellom pasient og terapeut og mangel på respekt (Almås & Benestad, 2004).

Om en person har blitt introdusert til seksualitet gjennom et misbruksforhold, vil en kunne etablere en forestilling om av seksualitet er forbundet med overgrep. Hen vil ofte ikke vite hvor grensene går fordi det ikke har vært likeverdig. Resultatet kan bli at sex blir enten – eller. Man kan stenge alle seksuelle følelser ute eller en kan åpne opp for promiskuøs seksuell utagering. Slik atferd kan gjøre det vanskelig å etablere faste parforhold (Almås & Benestad, 2004).

2.5. Stabilisering og mestring

Fagfeltet har brukt eksponeringsterapi i behandling av traumer. Men det viser seg at dette ikke alltid er heldig. For noen kan det virke mot sin hensikt å bringe opp minner om overgrep i behandling (Hokland, 2006).

Modum bad har utviklet en manual for håndtering av traumereaksjoner; «Tilbake til nåtid». Der påpekes det viktigheten med at pasientene blir behandlet etter fasemodellen. Det vises til at eksponeringsterapi kan være effektivt for PTSD symptomer, men at en høy andel pasienter trekker seg fra behandlingen underveis. Når man arbeider med komplekse traumer kan det oppstå fare for økning av symptomene og redusering av fungering. Pasientene trenger en lengre periode med stabiliserende arbeid for å klare å håndtere minnene om traumene (Modum bad, 2014, s. 14).

Kunnskap om traumereaksjoner for å gi innsikt er første delen av fasemodellen. Det kan føre til at mennesker kan kjenne seg igjen i reaksjoner, være forberedt og håndtere dem på en mer hensiktsmessig måte. I tillegg må innsikt integreres som konkrete mestringsstrategier slik at traumereaksjoner kan forebygges. I fase to tilbys det behandling av traumatiske minner. I fase tre skal minnene om traumene integreres. Behandlingen skal være individuelt tilpasset og gi rom for at man kan gå tilbake til fase en om det i fase to viser seg at det vil være behov for ytterligere stabilisering. Modum bad sin manual er inspirert av blant annet egen klinisk erfaring, dialektisk atferdsterapi, mentaliseringsbasert behandling, affektbevissthetsteori, tilknytningsteori, objektrelasjonsteori og interpersonlig psykoterapi (Modum bad, 2014, s. 15).

En grundig kartlegging av rusmiddelbruk og rusens funksjon er nødvendig for å belyse at bruken av rusmidler dominerer pasientens atferd og at det ikke kun regulerer

traumereaksjoner. Psykoedukasjon om medikamentvirkning, traumesymptomer, toleransevinduet og triggere legger et grunnlag for en forståelse av hva pasienten trenger av hjelp (Anstorp & Benum, 2014, s. 150).

I Modum bad sin manual for håndtering av traumereaksjoner inngår begrepet «toleransevinduet» en viktig del av arbeidet. Når man er i sitt toleransevindu, er det der man klarer å ta inn nye inntrykk og utføre daglige gjøremål. Er man for høyt oppe, en hypervigilant tilstand preget av uro, aggresjon, utagering, impulsivitet og tankekjør, blir dette vanskelig. Er man i en hypovigilant tilstand preget av immobilisering, nedstemthet, tomhet, nummenhet, dissosiasjon og fjernhet, har man heller ikke mulighet til å utføre daglige gjøremål på en god måte. Størrelsen på toleransevinduet er ulikt og hvor lenge det er stort nok til at man får tilstrekkelig utbytte av det varierer også. Pasienter med traumelidelser har utfordringer med å være i sitt toleransevindu. Stressorer som man normalt sett skal kunne håndtere blir raskt større påkjenninger og man blir vippet opp eller ned i aktivering (Modum bad, 2014, s. 30).

2.6. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

En henvisning fra kommunens ruskonsulenter eller fastleger vurderes hos helseforetakenes egne vurderingsenheter. Dersom alvorligheten og nødvendigheten for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er tilstede, får man pasientrettigheter til behandling. En slik rettighet til behandling i spesialisthelsetjenesten er hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-1 b. Som pasient har man rett til nødvendig helsehjelp med frist for behandlingsstart ut fra en medisinsk forsvarlighet (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999, kapittel 2).

En rettighet til rusbehandling er basert på frivillighet og etter samtykke fra pasienten. I noen tilfeller kan det være nødvendig med plassering i institusjon uten samtykke. Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) § 10-2 regulerer tvangstiltak. Kommunen, med rusfaglig kompetanse, fremmer forslag om begjæring til Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker. Begjæringen kan utløses av kommunens egen kjennskap til personens tilstand eller etter bekymringer fra pårørende eller andre helsetjenester. Fylkesnemnda kan vedta at personen tilbakeholdes i egnet institusjon i spesialisthelsetjenesten i inntil tre måneder.

Vilkår for begjæring om tiltak etter HOL § 10-2 er at det må foreligge et misbruk som er omfattende og langvarig. Personen må ved sitt rusmiddelbruk utsette sin fysiske eller psykiske helse for fare og hjelpetiltak har ikke vært tilstrekkelige (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, kapittel 10).

I 2019 ble pakkeforløp for behandling av rus og psykisk helse implementert i Norge.

Hensikten er økt brukermedvirkning og brukertilfredshet. Det skal gi et sammenhengende og koordinert pasientforløp. Den skal unngå unødig ventetid på utredning, behandling og oppfølging, og gi et likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet man bor samt bedre ivaretagelsen av somatisk helse (Helsedirektoratet, 2018, kapittel 7).

Et pakkeforløp for behandling av rus og psykiske lidelser starter i det en person henvender seg til kommunen eller fastlegen og etterspør slik behandling. Det stilles krav til et forpliktende samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten der man skal bidra med gjensidig veiledning. Det skal utarbeides en plan for tilbakeføring til kommunen.

Avslutning av et pakkeforløp skal sammen vurderes av kommunen og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018, kapittel 1-4).

Før pakkeforløpet ble implementert, ga Helsedirektoratet sentrale anbefaler for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP). Dette innebærer følgende; personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke. Ivaretagelse av et sammenhengende tilbud kan sikres ved at den i hjelpeapparatet som først kommer i kontakt med en person med ROP lidelser skal sikre oppfølging og tilby individuell plan. Det skal etableres et forpliktende samarbeid. Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til et dårligere behandlingstilbud til pasienten (Helsedirektoratet, 2012, kapittel 1).

Lossius har påpekt viktigheten ved å ha tilstrekkelig med tid for å få til god rusbehandling.

Det er en sterk og hyppig sammenheng mellom personlighetsforstyrrelser og ruslidelser.

Disse pasientene vil ha behov for lenger behandlingstid for ruslidelsene og dette må det tas hensyn til i planleggingen av behandling. Det vil ta lenger tid å bygge allianse og tillit mellom pasienten og terapeuten og den kan variere gjennom behandlingsforløpet (Lossius, 2011, s. 85).

2.7. Relevant forskning

Det er evidens for en sammenheng mellom traumer fra opplevelser i barndommen og senere bruk av rusmidler. Spesielt viser det seg at å ha opplevd tidlige seksuelle og fysiske overgrep har en klar sammenheng med utvikling av rusavhengighet i voksen alder (Lamya et al., 2010).

En studie fra USA viser at 70% av de kvinnelige rusavhengige deltakerne rapporterte å ha opplevd både fysiske og seksuelle overgrep før de fylte 18 år (Liebsechutz et al., 2002).

En annen studie som forløp over en 23 års periode inkluderte 80 kvinner som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn. Kvinnene hadde utfordringer knyttet til depresjon og dissosiasjon senere i livet. De hadde en historikk med hjemløshet og hadde lav inntekt.

Kvinnene hadde utviklet betydelige rusproblemer i voksen alder (Banyard et al., 2003).

Najavits og kolleger (1997) sin studie på kvinner i rusbehandling viste at 30-59 % som mottok rusbehandling hadde PTSD. Studien viste også at 55-99% av kvinnene med PTSD hadde opplevd fysiske eller seksuelle overgrep. De fleste hadde erfart overgrepene i barndommen (Najavits et al., 1997).

En studie blant pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) viser at 29% av mennene og 63% av kvinnene hadde opplevd seksuelle krenkelser. 22 % av mennene oppgav at de opplevde at disse opplevelsene hadde påvirket dem i stor eller svært stor grad. For kvinnene gjaldt dette 54% (Fjæreide, 2016).

I en normalpopulasjon, har personer med PTSD 5 til 6 ganger forhøyet risiko for en samtidig ruslidelse. Forekomsten er høyere blant kvinner enn menn, høyere hos dem som bruker flere rusmidler enn hos de som bruker ett rusmiddel, og høyest for dem som har en kokain- og opiatavhengighet. De fleste studier viser at traumereaksjonene var tilstede forut for rusmiddelproblemene (Anstorp & Benum, 2014, s 143).

2.8. Presentasjon av problemstillingen

Det overnevnte materialet danner grunnlaget for følgende problemstilling: Hvilke erfaringer har behandlere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling med rusavhengige som retraumatiserer som følge av seksuelle overgrep fra barndommen?

3. Metode

Studien er gjennomført med utgangspunkt i en fenomenologisk kvalitativ metode.

3.1. Utvalg

Psykologer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har ansvar for behandling av denne pasientgruppen. Psykologer har i sin utdanning en mer spisset utdannelse innen behandling enn andre yrkesgrupper som utfører behandling. Studien skal synliggjøre behandlernes erfaringer med bakgrunn i deres profesjon som psykologer og deres forståelse av traumer etter seksuelle overgrep i barndommen som fenomen.

I et fenomenologisk perspektiv er det viktig at de involverte i studien har erfaringer om det fenomenet som skal undersøkes (Creswell & Poth, 2018, s. 157). I denne studien er det relevant at respondentene må ha erfaring med behandling av rusmiddelavhengige. En tilnærmet homogen gruppe vil inneha et kriterium om at de har psykologutdanning (med eller uten spesialisitet i rus) og arbeider i full stilling innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 7 behandlere er inkluderte i studien. Antall respondenter i et dybdeintervju kan variere, men mellom 5 og 25 kan være nok til å kunne belyse problemstillingen tilstrekkelig ifølge Polkinghorne (1989 i Creswell & Poth, 2018, s. 79).

Respondentene mottok et informasjonsskriv med spørsmål om de ønsket å delta i en studie som omfattet deres erfaringer med behandling av rusmiddelavhengige. Intervjuguiden omfattet ingen medisinske eller helsemessige spørsmål om deltakerne eller spørsmål som kunne identifisere tredjepart. Personopplysninger som ble registrert ble avgrenset til kjønn, alder og hvor mange år de hadde jobbet med denne pasientgruppen. Intervjuer ble kjent med deltakeres navn og arbeidssted. Disse opplysningene ble ikke registrert eller oppbevart. Deltakerne ble ikke honorerte.

I forkant av alle intervjuene ble respondentene spurt om deres alder, samt hvor lenge de hadde arbeidet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Alle arbeidet i 100 % stilling. De var alle mellom 28 år og 59 år. De hadde arbeidet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 4 måneder til 12 år. De 7 behandlerne arbeidet på ulike avdelinger innenfor TSB og med ulike behandlingsforløp.

3.2. Design

Kvalitative metoder egner seg for beskrivelser og analyser av kvaliteter og egenskaper ved de fenomener som skal studeres. Det ble valgt å intervjuere behandlere med erfaringer om en bestemt gruppe med definert problemområde. En kvalitativ metode vil gi de rammene som det er behov for ved at det foreligger et bestemt formål med intervjuet; å utforske erfaringer. For å få en god utveksling av informasjon er det særlig viktig at forskeren forstår den kommunikasjonen som pågår i intervjusituasjonen og således klarer å håndtere den på en slik måte at det blir riktig forstått (Malterud, 2002, s. 70).

En kvalitativ studie passer godt til temaer der man ønsker at problemstillinger skal få oppmerksomhet for diskusjoner og der man er åpne for de svar som blir gitt under studien (Malterud, 2002, s. 31).

En fenomenologisk studie skal reflektere deltakernes felles opplevelse av et fenomen som er gjeldende for dem (Creswell & Poth, 2018, s. 75). Det er behandlerne som er respondentene i denne studien. Et fenomenintervju har som formål å kartlegge eller utdype nyanser eller variasjoner av et fenomen. Fenomenet i denne studien er behandlernes erfaringer fra sin yrkesutøvelse i behandling av rusavhengige som har opplevd seksuelle overgrep.

Det ble benyttet et semistrukturert dybdeintervju med en varighet på 45-80 minutter. Dybdeintervju blir benyttet når det er behov for en dypere forståelse av en problemstilling. Det forutsetter at det blir gitt tid og ro under intervjusituasjonen til å oppnå nye og dypere refleksjon og tanker. Dybdeintervju egner seg særlig for temaer det allerede eksisterer mye kunnskap om, men hvor det kan utforskes ytterligere (Creswell & Poth, 2018, s. 161).

3.3. Datainnsamling

Informasjonsskriv ble utformet der det ble beskrevet hvilken hensikt studien har, hvilke tema som ville bli belyst, oppbevaring av data og informert samtykke (vedlegg nr. 1). Det ble opprettet kontakt med ledelsen, enten via telefon eller mail, ved to helseforetak innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, med spørsmål om dette kunne

videreformidles til deres behandlere som var utdannet psykolog og som jobbet klinisk. Informasjonsskrivet ble utlevert til alle psykologene i de helseforetakene som forespørselen gikk til. Ledelsen fortalte at de også hadde informert om studien til sine psykologer i avdelingsmøter. Ledelsen gav studiens ansvarlige navn på dem som hadde meldt sin interesse. Da de selv ikke tok kontakt, kontaktet studiens ansvarlige dem direkte via mail eller telefon med spørsmål om de hadde mottatt og lest informasjonsskrivet. Det ble da mulighet for å gi utdypet informasjon og svart på spørsmål om studien. Samtlige som ble kontaktet direkte pr telefon eller mail, takket ja til å være med og lot seg intervju.

De 7 intervjuobjektene ble gitt tilbud om intervjuene kunne gjennomføres på deres egen arbeidsplass, eventuelt om de foretrakk andre steder. Hensikten var å finne et egnet sted der behandlerne kunne føle seg mest mulig avslappet og konsentrert. Alle intervjuene ble gjennomførte på deres arbeidsplass og uten forstyrrelser. Informasjon om bakgrunnen for studien, hensikten og gjennomgang av temaene ble foretatt før intervjuene startet. Intervjuobjektene signerte informert samtykke før diktafonen ble satt på.

Intervjuguiden (vedlegg 2) ble utarbeidet med tanke på å få mest mulig av behandlernes erfaringer rundt det etterspurte fenomenet; pasienter som retraumatiserer som følge av seksuelle overgrep i barndommen. Spørsmålene ble formulert nøytralt og med åpne spørsmål. Ved å stille åpne spørsmål der det ble etterspurt hvilke erfaringer og på hvilken måte, ble det lagt opp til at behandlerne fikk snakke fritt og legge vekt på det de selv opplevde som viktig. Intervjuguiden inneholdt 10 konkrete spørsmål og ett spørsmål til slutt der det ble spurt om de hadde annen informasjon som de opplevde som viktig, basert på temaene som hadde blitt tatt opp. Underveis i intervjuene fikk intervjuobjektene mulighet til å snakke om det de opplevde som viktig og det ble stilte oppfølgingsspørsmål der det var behov for utdyping av temaet.

Datainnsamlingen ble utført med et oppriktig ønske om å få ta del i deres kunnskap og det ble ikke stilt kritiske spørsmål til deres måte å arbeide på. Dette ble også uttalt til behandlerne i forkant av intervjuene. Under selv gjennomføringen av intervjuene holdt intervjuer seg så nøytral som mulig.

Alle intervjuobjektene ble fortalt at denne studien var interessert i deres kunnskap og erfaringer og at de kunne være frie til å snakke utenom spørsmålene hvis de mente det var andre ting som de vurderte som viktig. Intervjuobjektene ble forespeilet at intervjuene kom til å ha en varighet på ca 60-90 minutter. Innspilling av selve intervjuene ble gjennomført med mellom 45 minutter til 80 minutter hver.

Intervjuene ble tatt opp med diktafon, Olympus VN-541PC. Den hadde ingen wifi tilkobling. Ingen personlige opplysninger som kunne gjenkjenne hvem det var eller hvor de jobbet, ble innspilt.

Dataene ble så transkribert fra lydfiler til skrift. Alle ord som ble sagt ble nedskrevet, med unntak av gjenkjennbar informasjon som kunne tilkjennegi hvor vedkommende arbeidet. Dette hendte ved to anledninger og da ble ordene endret fra å si hva arbeidsstedet het til «avdelingen».

Intervjuene ble transkriberte manuelt. På denne måten ble det gitt god innsikt og overblikk underveis på hvilke data som var innhentet. Dette førte til at prosessen videre ble oversiktlig og konturene av funnene ble mer tydelig.

3.4. Dataanalyse

I analyseprosessen var det viktig å være bevisst på at kanskje intervjuobjektene hadde andre svar på temaet enn forutsett. Dataene viste at jeg fikk svar på det studien spurte om, men også mye mer enn det. Analysen ble gjennomført basert på de faktiske svarene som belyste problemstillingen til studien. Flexibilitet ble nyttig i analyseprosessen da dataene var omfangsrike.

Det ble avklart at ansvarlig for studien ikke hadde noen private eller profesjonelle forhold til behandlerne. Dette for å gjøre intervjusettingen så objektiv som mulig og uten at det var behov for å ta hensyn til om intervjuer kunne gjenkjenne klienteksempler.

3.4.1. Systematisk tekstkondensering

Dataene ble analysert med utgangspunkt i systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017, s. 97) Dette er en metode som egner seg godt til denne studien da den har et relativt stort datamateriale fra en kvalitativ studie med 7 respondenter som har gitt ulike utsagn.

Dataene inneholdt mye informasjon og som ble kondensert for å få ulike enkeltstående utsagn til å gi mening og sammenheng. Analyseringen ble gjennomført i 4 trinn:

I det første trinnet ble det dannet et helhetsinntrykk av datamaterialet.

Datamaterialet var omfattende og mye ble sagt fra intervjuobjektene. Da alle data var transkriberte ble det viktig å få et overblikk. I følge Malterud (2017) er det i denne delen av prosessen viktig å gi seg tid til å bli kjent med innholdet for å danne seg et helhetsinntrykk. Dataene viste å ha noen likhetstrekk, blant annet utpekte det seg at stabiliseringsarbeidet var viktig, samt at relasjonsvansker kan føre til ulike komplikasjoner. Det var også spesifikke utsagn fra respondentene som viste at ulike erfaringer. Noen hadde mer de ville si om seksuelle problemer, andre igjen om åpenhet og avdekking. Funnene begynte nå å utforme seg.

I det andre trinnet ble meningsdannende enheter identifiserte. Dataene ble bearbeidet mer ved å kode dem i nye grupper, omkode dem igjen og se om de gav mer mening da. Dataene ble så gjennomgått igjen for å se om noe hadde blitt oversett. Det ble gjort flere forsøk på koding av dataene. I ett tilfelle viste kodegruppene å være for konkrete og for smale til å romme utsagnene. Et annet forsøk viste seg å være uhensiktsmessig fordi kodene ble for vide og gav ikke en samlet mening. I følge Malterud (2017) er det viktig å danne seg et analytisk bilde og da gjerne med andre forskeres syn. Dataene ble oversendt veiledere som ga tilbakemelding på hva de umiddelbart dannet seg et inntrykk av. Ved å gjennomgå hele datamaterialet på nytt, med de forrige kodene som ble dannet i de forrige rundene, dannet det seg koder som klarte å fange opp essensen i dataene.

I tredje trinn ble kodene kondensert slik at de fikk et abstrahert meningsinnhold. Dataene ble gjennomgått grundig ved å bli lest igjen og igjen til en sammenheng begynte å vise seg. Funnene ble kodet i 4 kategorier. Dataene ble så gjennomgått på nytt og noen data ble plassert i andre koder enn de opprinnelige. To av kategoriene inneholdt særlig mye data og det ble behov for å lage subgrupper for å dele dataene opp for å gi mening. I subgruppene ble det tatt med signifikante utsagn som stod seg ut fra de andre dataene som var mer samkjørte.

I det fjerde og siste trinnet blir syntesen til en sammenfatning. Respondentenes uttalelser ble gitt en samlet mening. Studiens funn formidlet hva som sammenfalt av respondentenes

uttalelser. Gjennomgang av kodene som først var tenkt og hva som dataene faktisk fortalte ble revurderte flere ganger i prosessen. Til slutt ble dataene i de siste kodene vurdert opp mot den opprinnelige teksten, de transkriberte intervjuene, og vurdert slik at de representerte meninger som i denne studien kalles resultater.

Utvalgte sitater skal beskrive temaene som blir illustrerte ble inkluderte i kodene. (Malterud, 2017, s. 97-111).

3.5. Reliabilitet

Forskning i fenomenologisk kvalitativ metode baserer seg på respondentenes opplevelser av et fenomen. Dataanalysen ble gjennomført med utgangspunkt i systematisk tekstkondensering. En slik metode skal gjennomføres slik at andre forskere vil kunne benytte seg av den samme metode i nye analyser og at dataene neste gang vil kunne oppnå tilsvarende resultat. Studien har dermed et godt utgangspunkt for å beskrive felles oppfatninger av forekomst av fenomener (Malterud, 2017, s. 97-116).

3.6. Validitet

Datainnsamling og dataanalyse er inspirert etter fenomenologisk kvalitativ metode. Studiens forskningsspørsmål etterspurte respondentenes erfaringer. Analysen ble gjennomført etter anerkjent metode i et fenomenologisk perspektiv. Studiens funn ble knyttet opp mot og diskutert med fenomenologisk litteratur. Dataene var innholdsrike og gjenspeilte forskningsspørsmålet. Respondentenes erfaringer om det etterspurte fenomen gav ny innsikt om deres erfaringer som kan være interessant for andre (Creswell & Poth, 2018, s. 271-273).

3.7. Overførbarhet og representativitet

Studien er basert på erfaringene til 7 behandlere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det er ikke gitt at utvalget gir data som er representativt for alle behandlere i TSB, men de har like føringer for arbeidsoppgavene. Studien har tatt utgangspunkt i den enkelte behandlerns individuelle erfaring. Alle behandlerne hadde erfaringer med den brukergruppen som det var interessant for studien å belyse. Det er grunn til å hevde at studiens funn kan

også gjelde for andre behandlere TSB. Overførbarhet er avhengig av om funnene gir mening utover seg selv og at det kan være gyldig for andre i tilsvarende rolle (Malterud, 2017, s. 67).

3.8. Forskningsetikk

Prosjektbeskrivelse ble sendt for godkjenning hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Vedlegg nr. 3). Godkjenning for gjennomføring av prosjektet forelå 24.06.2020. Studien inneholder data fra behandlere som omfatter deres erfaringer. Ingen pasientopplysninger skulle bli utlevert i intervju situasjonen og det var derfor ikke grunnlag for å søke godkjenning hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Under intervjuene nevnte noen av behandlerne navnet på avdelingen der de arbeidet, men dette ble utelatt i transkribering av intervjuene for å holde intervjuobjektene anonyme.

Informasjonsskriv om studien og informert samtykke ble sendt intervjuobjektene i forkant av intervjuet slik at de fikk en bred informasjon om studien. Samtlige undertegnet samtykket like før intervjuet startet og fikk informasjon, både skriftlig og muntlig om at de kunne trekke seg fra studien.

4. Resultater

4.1. Hovedfunn

Hovedfunn viser at behandlernes erfaringer danner et sett av en forståelse av problemstillingen som viser seg gjennom 4 kategorier:

1. Vansker med tillit og konsekvenser av dette
2. Helsebehandling som potensielt retraumatiserende
3. Stabilisering før traumebehandling
4. Samarbeid med andre instanser for å sikre helhetlig hjelp.

4.1.1. Vansker med tillit og konsekvenser av dette

Studiens funn viser at det gjennomgående er vansker med relasjoner som skaper de store utfordringene for pasientene. Behandlerne forklarte hvordan mangel på tillit og trygghet fikk konsekvenser.

Behandlerne fortalte at de opplevde at pasientene dissosierte under samtaler:

Når man er liten og ikke kan forsvare seg mot det som skjer, så har hjernen en evne til å dissosiere, flykte på en måte. Det er en overlevelsesmekanisme. Være mest mulig passiv for å unngå skade. Det er hypoaktivering av sin funksjon. Hvis du gjør det veldig mye og veldig ofte, og spalter ut den delen av deg selv, at det kan påvirke den fungeringen og at det kan føre til selvforstyrrelser som psykoser ofte er.

I slike tilfeller kan pasienten ikke få med seg hva som blir fortalt. En dissosiasjon kan oppstå når man føler seg utrygg, som for eksempel når man er sammen med mange mennesker:

I ansvarsgruppemøtene, der det er noe som står på spill hos pasientene, men også generelt fordi det er mange i rommet. Da har jeg ofte erfart at de husker jo ingenting fra det møtet. Det kan være fordi de hadde så mye angst at de ikke fikk med seg noe, eller at de dissosierte og da husker de ikke innholdet i møtet. Jeg har ofte tenkt at noen må ta ansvar for å formidle denne informasjonen til pasienten i etterkant av møtet.

Behandlerne hadde også opplevd at pasientene hadde inntatt rusmidler like etter at seksuelle overgrep var et tema under en samtale. Det ble for vanskelig å bli påminnet om opplevelsene at det oppstod et behov for å skyve minnene bort med rusmidler. En behandler sa at ikke alle pasientene var selv klar over sammenhengen og fikk en økt bevissthet ved å reflektere rundt det. Andre pasienter var tydelige på at de visste det var en sammenheng mellom minner fra seksuelle overgrep og behovet for å innta rusmidler.

Flere fortalte at relasjoner kan være utfordrende for denne pasientgruppen. Kontakt med hjelpere som representerer makt kan bli utfordrende for mange:

«Jeg har en som har erfart veldig alvorlige og langvarige overgrep. Hun blir veldig emosjonelt aktivert hvis hun oppfatter og er usikker på om noen vil henne vel/vil henne noe vondt fordi en av overgriperne var en hun skulle hatt tillit til».
«Og bare å forholde seg til noen autoritetspersoner, noen som er over deg i makt, bare det kan utløse en del sånn, at man går inn i en underkastelse/offre og blir veldig medgjørlig, for noen. Andre kan bli veldig utagerende og reagere veldig negativt på å kjenne seg i en sånn underlegen situasjon».

Alle behandlerne uttalte at de brukte lang tid på å bygge tillit i terapirommet for denne pasientgruppen:

«Jeg bruker mye tid på å bli kjent, bygge relasjon, kjenne at de kan bli trygge på meg. Og kanskje litt overrasket over hvor lang tid vi bruker på det».

Det ble påpekt at når man blir utsatt for seksuelle overgrep når man er barn vil det alltid være den voksne, den som forgriper seg, som har makten. Liknende situasjoner, når man er avhengig av en maktutøver, kan gi de samme følelsene. Dette kan medføre at maktelementer som de ofte må forholde seg til, som ansatte i LAR og NAV, får dem til å bli skeptiske til om de vil dem vel.

Flere behandlere fremhevet at mennesker med traumeproblematikk er redd. Det ble påpekt at flere av pasientene deres kom fra hjem som ikke hadde god nok sosial støtte og dermed ikke har klart å bli møtt på sitt behov for trøst:

«Jeg tenker at veldig mange traumepasienter er veldig redde. Ikke bare for de menneskene som kan traumatisere dem, men de er redde hele tiden. Det som skjer når du har vært utsatt for traumer, er at du mister troen på at verden er et trygt sted og så mister du troen på at du kan stole på andre mennesker eller mister tilliten til andre mennesker.»

Behandlerne uttalte at de bruker mye tid på å trygge pasientene. Men mange kommer ikke til behandling eller de uteblir fra behandling etter få avtaler.

For mange av pasientene var det deres vansker med relasjoner som kom til uttrykk i kontakten med hjelpeapparatet. Det ble påpekt viktigheten med en kontinuitet av dem som følger pasienten tettest opp slik at det kan være et grunnlag for å bygge tillit. Men man bør unngå å være for tett på for å unngå uheldige brudd hvis for eksempel den ansatte slutter i arbeidet sitt:

«Vi ser at mange har gått år inn og år ut og knuffet mye med behandlingsapparatet. Vært mye sint og reagert med å bli overveldet og bli veldig sint. Det har skapt uheldige ringvirkninger for dem, blitt utestengt fra NAV, fra poliklinikken. Folk har skygget litt banen og at det har vært slik i mange år.»

«Relasjoner er utfordrende. Fordi vi skal jo samarbeide med kommunene og med ettervernstiltak og det er gjerne der det skli ut, at pasientene ikke følger opp, de klarer ikke å møte. Er det fordi at vedkommende er så redd eller ikke evner å følge klokken?»

4.1.2. Helsebehandling som potensielt retraumatiserende

Behandlerne fortalte om hva som kan utløse en retraumatisering i forbindelse med gjennomføring av ulike undersøkelser og behandlinger innenfor helse.

Det ble påpekt at pasientene var svært ulike og med varierende evne til å håndtere reaksjoner etter traumer. En behandler påpekte at fordi de arbeidet i TSB, med tverrfaglig utdannet personale, kunne de bedre oppdage triggere hos pasientene. Dette ble utdypet ved at ulike helse- og sosialfaglige utdanninger har ulik tilnærming til en pasient og at disse til sammen utgjør en styrke sett i en behandlingssammenheng:

«Hvordan de opplever triggere kan være alt mulig. Det kan være folkemengder, høye lyder, det kan være en nyve i pannen, det kan være sinne, det kan være kjønn, at det er en mann. Det kan være en farge, så triggere kan være veldig mye. Mer typiske er høytider, høye lyder, sinne, konflikter, berøring. Noe av det mer typiske triggere og spesielt for seksuelle overgrep er berøring og sex. Munn er et veldig sårbart område ift tannlege. Mørke kan være en utfordring».

Det ble uttalt at unngåelse av det som er potensielt retraumatiserende er et vanlig symptom. En slik atferd fører med seg at man unngår å bestille legetime eller tannlegetime selv om man kjenner behov for det.

Seksuelle overgrep medfører berøring som ikke er ønsket hos den utsatte og som bringer med seg negative følelser. Behandlerne kjente seg igjen i at pasientene ofte vegrer seg for å oppsøke nødvendig helsehjelp. I en undersøkelsessituasjon må helsepersonell ofte ta på pasienten.

Det ble også påpekt at kjønn på behandler og annet helsepersonell som skal gjennomføre helsesjekk kan ha noe å si på behandlingen:

«Det kan skape vansker for behandlingen slik at de kan forfalle på mange somatiske områder. Veldig mange venter lenge med å oppsøke hjelp».

Det er et underforbruk på oppfølging og behandling av somatisk helse for denne pasientgruppen. Dette medfører at de får større somatiske problemer og dør av de ubehandlete sykdommene:

«Det er mye utagering og sinne. Så det å bli møtt i somatikken; det er ikke alltid de klarer å møte de pasientene. Noe som gjør at de gjerne ikke får behandling for kols eller hepatitt. Noen har veldig liten kontakt med egne kroppslige reaksjoner og merker ikke at de er syke».

«De fleste dør oftere av livsstilssykdommer og somatiske sykdommer enn rusen».

De fleste behandlerne uttalte at tannbehandling kan oppleves som svært retraumatiserende for de rusavhengige som har opplevd orale seksuelle overgrep:

«Tannbehandling kan være triggende og potensielt retraumatiserende. Jeg har hatt pasienter som ikke har kunnet gå til tannlege og må legges i narkose».

«Det er så triggende. Det var en som sa; det er ikke selve det at de skal fikle så mye inne i munnen, men det er det at de må ligge i en stol som blir vippt veldig langt bak. Det er det at de er så fastlåst».

Urinprøvetaking var kilde til diskusjoner mellom pasientene og ansatte i behandlingsinstitusjonene. For mennesker som har vært utsatte for seksuelle overgrep er det særlig sårbart å skulle kle av seg og vise kjønnsorganene slik man må om det skal være en gyldig avlagt prøve uten mistanke om juks.

Behandlerne uttalte at det for denne pasientgruppen kan det være retraumatiserende å måtte avlegge urinprøver:

«Urinprøvetaking er klassisk. Det er litt vanskelig og er en kilde til konflikt mellom pasienter og ansatte. Noen sier det rett ut, at det er en sammenheng».

4.1.3. Stabilisering før traumebehandling

Funnene viser at behandlerne først og fremst er opptatte av å stabilisere pasientene og klarte sjeldent å komme i posisjon til å kunne arbeide direkte med traumene. Grad av involvering i traumeminnene var også noe som kom tydelig frem i studien. Det ble også pekt på at informasjon og samarbeid med andre instanser var i mange tilfeller viktig for at oppfølging av psykologen skulle ha god effekt.

Manualen «Tilbake til nåtid» fra Modum bad var noe alle behandlerne fremhevet at de benyttet seg av:

«Veldig mange sier nei til traumebehandling fordi det har prøvd det ut og sagt at de ikke profitterer på det. Når jeg nøster i det viser det seg at de har gått inn i fase to, i bearbeiding av traumene uten en stabilisering først. Fordi veldig mange av pasientene våre har komplekse traumer der man ikke kan gå rett inn og bearbeide traumene uten en stabilisering først. Og noen vil kanskje aldri bli klar for fase to og det er kun stabilisering vi kan jobbe med da de er for dårlig fungerende. Det er en kjempeviktig kunnskap».

Alle behandlerne fortalte at det kan ta svært lang tid med stabilisering før man kan starte med behandling av traumene. Det ble uttalt at denne pasientgruppen har oftere symptomer på relasjonsskader. Dette kan komme til uttrykk ved at man har vansker med å tro på at andre mennesker vil dem vel. Det kan også mangle tro på at noe kan hjelpe. I likhet med at man unngår oppfølging av somatisk og tannhelse, blir også den psykiske helsen mangelfullt fulgt opp:

«Jeg synes det er sjeldent at vi kommer forbi den stabiliseringsfasen i «tilbake til nåtid» der man går inn i å jobbe med eksponering for traumer eller narrativ terapi. Jeg synes det er sjeldent at vi kommer dit».

Det ble gang på gang, presiserte av behandlerne, at det er viktig at pasienten er har god rusmestring og er stabilisert i forkant av å jobbe med eksponering av traumer:

«I dynamisk emosjonsfokusede behandlinger; «smi mens jernet er lunkent». Ikke for høyt og ikke for lavt i reguleringen. Da kan man jobbe».

TSB sitt tilbud om traumestabiliserende grupper var noe samtlige behandlere fremhevet. De viste til gode resultater og fornøyde pasienter. Psykoedukasjon var en del av denne behandlingen. Behandlerne påpekte at å bli forklart hvordan reaksjonene oppstår i dem selv og at disse følelsene var helt normale følelser på unormale hendelser betydde mye for pasientene:

«Vi jobber mye med trygging og med psykoedukasjon, hvordan dette henger sammen. Så hjelper det litt, å forstå det. Det gir en større følelse av kontroll. Hva kan de gjøre her og nå for å hjelpe seg selv».

4.1.4. Samarbeid med andre instanser for å sikre helhetlig hjelp

Behandlerne fortalte at bolig, økonomi og å ha en meningsfull hverdag var svært viktig. Ikke bare for livskvaliteten generelt, men hvis pasientene går rundt og føler seg utrygge hele tiden, er det ikke mulig å drive god psykologisk behandling. Viktigheten med å samarbeide med andre instanser for å få til best mulig hjelp på flere arenaer i livet til pasientene ble påpekt av behandlerne:

«Det viktigste er at det mest grunnleggende er på plass. Har du ikke et trygt sted å bo, har du ikke penger nok til det du trenger penger til, har du ikke det er det ingenting som nytter. All behandling forutsetter at de basic tingene er på plass».

En behandler uttalte at det er viktig å ha en annen arena enn der man er pasient:

«Å ha ett eller annet meningsfullt der ute å holde på med – å være til nytte. Å ha en hverdag og ha noe å gå til slik at man får en avkobling. Det tror jeg gjør noe med selvfølelsen, at de er viktig, at de trengs et sted. Det er viktig å høre til et annet sted og ikke bare i behandlingsapparatet».

Det ble også uttalt at det er viktig at samarbeidsparter får vite om personen har opplevd noe traumatisk som påvirker en urinprøvesituasjon. Det ble påpekt at andre ikke trenger å vite detaljene om hva som har skjedd, men at traumatiske hendelser og urinprøvetaking har en sammenheng:

«Jeg synes de kommunale rustjenestene er veldig nyttig å samarbeide med. Jeg synes det har vært veldig nyttig at de ringer og spør meg om ett eller annet og så spør de meg om dette kan være traumerelatert. Særlig dette med urinprøvetaking».

For at helsebehandling skal kunne gjennomføres blir samarbeid og informasjon viktig. Det ble påpekt at det er viktig i enkeltstående saker, men også på system nivå:

«Kunnskap er nøkkelen. Hvordan møte pasienter med personlighetsutfordringer som ikke alltid er så lett å samarbeide med. Økt forståelse i helsevesenet».

En behandler påpekte at i TSB arbeides det tverrfaglig og på den måten kan de bruke sine ulike faglige bakgrunner til å fange opp hvordan en retraumatisering er for den enkelte:

«Dess mer forståelse ulike samarbeidspartnere har, om hvordan traumer innvirker på folk og hva det kan bety, å slite med traumer, og hva som kan bli vanskelig, så er det noe som er greit å kjenne til. Hvis de som følger opp har kunnskap om traumeforståelse, på et generelt grunnlag, så blir det oftere lettere å møte denne pasientgruppen».

4.2. Bifunn

Intervjumaterialet genererte i tillegg 4 bifunn som ikke var så åpenbare som hovedfunn, men vurderes likevel som verdifulle:

1. Menn er mindre åpne om sine erfaringer om seksuelle overgrep.
2. Ikke utøv press til åpenhet om seksuelle overgrep
3. Seksuelle problemer som en mulig følge av seksuelle overgrep
4. Psykiske lidelser og diagnoser som en mulig følge av seksuelle overgrep

4.2.1. Menn er mindre åpne om sine erfaringer fra seksuelle overgrep

5 behandlere fortalte at menn hadde større vansker med å fortelle og var mindre åpen om seksuelle overgrep. Det ble pekt på at i rusmiljøet har man større grad av et tradisjonelt kjønnsrollemønster. Det er viktig for en mann å være stor og sterk og man vil absolutt ikke bli sett på som et offer. En behandler hadde erfaringer med at de yngre mennene, under 30 år, var mer åpne om sine overgrepserfaringer enn de eldre:

«Jeg tenker at det generelt sitter lengre inne for menn å snakke om seksuelle overgrepserfaringer enn hva det gjør for kvinner. Det er et dobbelt tabu fordi det går på tvers av forventet kjønnsrollenormer. Mannen skal være den aktive og den dominerende i et tradisjonelt kjønnsrollemønster. For menn, å plassere seg i offerrollen og den som har blitt utført noe på, bryter med det maskuline idealet. Også en opplevelse av at man ikke alltid har forstått hva man har opplevd kan gjelde menn i større grad enn kvinner. Fordi det er vanskelig å se seg selv i en offerrolle».

Det ble påpekt at menn har en større grad av å bagatellisere og definerer gjerne ikke et seksuelt overgrep som det, men som en jevnbyrdig hendelse. En byttehandel eller en villet handling fra dem selv. Dette kan ha en sammenheng med at man ikke vil bli sett på som et offer:

«For menn, som skal være sterk og tøff og ingenting kan komme inn på meg, da er det å skulle si at; jeg har også blitt voldtatt i voksen alder, eller at jeg har solgt sex for rus. Den tror jeg for mange blir så fjernt fra det de ønsker å være. Det rører vi i hvert fall ikke i».

4.2.2. Ikke utøv press til åpenhet om seksuelle overgrep

Samtlige behandlere sa at de alltid stiller spesifikke spørsmål om seksuelle overgrep da det er del av basiskartleggingen som behandlerne er forpliktet til å gjennomføre. Men flere sa at de avventet med disse spørsmålene til pasientene var blitt mer trygge på dem og stilte ikke de spørsmålene i første samtale:

«Jeg tenker at jeg ønsker å avdekke så lite som mulig. Jeg går litt på tvers av en del psykoterapi retninger som mener at man må gjennomarbeide traumer. Du trenger ikke gå inn i innholdet i tanker eller opplevelser i det hele tatt. Du jobber hele tiden med nivået over med hvordan du håndterer det».

6 behandlere uttalte at de vil avdekke så lite som mulig og at de ikke så hensikten med å grave og spørre så mye ut om detaljene de har vært utsatte for. En uttalte at ved å spørre så mye kunne pasientene bli retraumatisert. En annen uttalte at man som behandler ikke skal

betegne noe som et overgrep hvis pasienten selv ikke definerer det som et overgrep. Dette kan komme av at man ikke vil se på seg selv som et offer. Overgrepene kan gjerne være definert som om det var frivillig eller at det var i bytte for en annen tjeneste eller gjenstand:

«Dessverre har min faggruppe gravd når de ikke skulle gravd. Folk må få kunnskap om at veldig mange behandlere har gjort feil. Og det er ikke slik man skal møte komplekse traumer i dag. De må få vite at det finnes et alternativ og hvordan det er. Faseorientert traumebehandling er kjempeviktig».

De fleste sa at man aldri skal presse pasientene til å snakke om traumer, men om de forteller selv om det, må man tåle å høre det. En behandler fortalte om en pasient som brukte svært mange år før han fortalte om seksuelle overgrep fra barndommen. Da han endelig fortalte det, stanset legen ved en psykiatrisk klinikk han i å fortelle det ferdig. Dette medførte at det gikk enda flere år før han fortalte det igjen.

4.2.3. Seksuelle problemer i voksen alder som en mulig følge av tidlige seksuelle overgrep

En behandler uttalte at noen kan oppleve kontroll ved å prostituere seg. Andre kan bli svært ukritiske til sex fordi de har opplevd at grensene deres har blitt overskredet. Andre igjen kan ta avstand fra sex. En behandler uttalte at det går i den ene eller det andre ytterpunktet og at de aller fleste rusavhengige som prostituerer seg har opplevd seksuelle overgrep i barndommen:

«Noen får mestringsstrategier som lett gjør at de kommer inn i nye situasjoner som kan retraumatisere dem. For eksempel i relasjon med en partner og fordi de ikke vil nekte dem sex. Så fyller de på med rus for å klare å gjennomføre sex selv om de egentlig ikke orker det. Da utsetter man seg selv for en retraumatisering»

4.2.4. Psykiske lidelser og diagnoser som en mulig følge av tidlige seksuelle overgrep

Behandlerne fortalte at mennesker som gjentatte ganger opplever seksuelle overgrep i oppveksten har opplevd å få alarmreaksjoner i en slik grad at det har medført en påvirkning på deres konsentrasjon og evnen til å innhente ny kunnskap:

«Det er som med traumeproblematikk, at på samme måte som med rusen, så stimulerer det noen sentre i kroppen. Begge deler forringer frontal cortex sine

muligheter, til å bruke fornuft og rasjonelle ting, langsiktighet og forstå konsekvensene av hva man har gjort».

Behandlerne oppgav at F 43.1 PTSD var diagnoser de fleste stilte, også kompleks PTSD. Men de fant også at denne gruppen pasienter har en høy grad av ulike personlighetsforstyrrelser og da gjerne F 60.2 dyssosial og F 60.3 emosjonell ustabil (WHO, 1994). Behandlerne fortalte også at pasientene har høy grad av dårlig selvfølelse, skyldfølelse, verdiløshet og mye skam. Det ble også påpekt at diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse kan komme av traumer. Mange har også et dårlig kroppsbilde og har gjerne også spiseforstyrrelser. Det ble også uttalt at traumereaksjoner kan føre til psykosediagnoser. Men det kan være mer stemmehøring og hallusinasjoner ved traumer enn ved psykoser, men ikke like mye realitetsbrist og grandiositet.

Behandlerne uttalte at noen kan få diagnosen bipolar fordi de dårligste traumepasientene kan svinge mye i sin tilstand. Symptomene fra traumer er ganske lik mange andre diagnoser, som for eksempel ADHD, bipolaritet, mani og personlighetsforstyrrelser. Det ble påpekt at det i noen tilfeller kan være hensiktsmessig å sette flere diagnoser, for eksempel ved å gi medikamenter for ADHD. Dessverre er det også slik at noen barn har fått en ADHD diagnose mens det som egentlig har skjedd var overgrep og symptomene etter dette har blitt forvekslet med ADHD. Det er veldig uheldig at det blir forklart som en ADHD diagnose i deres oppvekst og det ikke har blitt tatt tak i deres symptomtrykk:

«Vi vet at det blant annet er mer personlighetsdiagnoser, ofte veldig høy prevalens av vold og overgrep/traumeproblematikk. Ikke bare emosjonell ustabil, men andre PF diagnoser. Og selvfølgelig PTSD diagnoser, med kompleks i parentes. Det kan likne litt på emosjonell ustabil, men de skal jo ha de PTSD symptomene. Noen ganger er det vanskelig å skille. Og varig personlighetsendring etter traumatiske hendelser».

En behandler uttalte at avrusningssituasjon kan gjøre det svært vanskelig for dem med traumeerfaring. Dette fordi abstinensene minner dem om alarmreaksjonene som traumene har gitt dem. Det kan resultere i at man har vansker med å holde ut og man kan avbryte en behandling. Kroppen opplever en dobbelt opp kjemisk tilstand. Pasientenes symptomer kom til uttrykk på ulike måter og det ble presisert at pasientene ikke var en lik gruppe, selv om de hadde de samme erfaringene med seksuelle overgrep.

5. Diskusjon

Hovedfunnene av behandlernes erfaringer er at pasientene har vansker med relasjoner, de kan oppleve ulike handlinger som retraumatiserende, de har behov for en lengre stabiliseringsfase og at samarbeid med andre instanser er viktig for å sikre helhetlig hjelp. Bifunnene er ikke like gjennomgående beskrevet som hovedfunnene, men var tydelig beskrevet av behandlerne. Disse var; åpenhet om å snakke om sine erfaringer med seksuelle overgrep, avdekking av seksuelle overgrep, seksuelle problemer og psykiske lidelser. Studiens funn gir kunnskap om hvordan behandlere opplever at rusmiddelavhengige kan retraumatisere etter seksuelle overgrep og hvordan denne problematikken kommer til uttrykk. Diskusjonsdelen av studien vil ta utgangspunkt i funnene og bli drøftet med egen fagforståelse, arbeidserfaring og teori.

Behandlerne uttalte at pasientenes manglende tillit til mennesker medførte vansker med å samarbeide med andre, ta imot hjelp, samt at de ofte unngikk å oppsøke hjelp for nødvendig helsebehandling. Mennesker som har reagert med å dissosiere under seksuelle overgrep kan dissosiere også under andre settinger der de føler seg ubekvemme. De kan oppleve plutselige forandringer i kroppen som kvalme og svette, de kan oppleve forvirring om hvem de er og de kan ha problemer med å få med seg det som blir sagt av andre (Modum bad, 2014, s. 55). Slike situasjoner kan oppstå når de må forholde seg til institusjoner som innehar et maktaspekt overfor dem. Politi, NAV og legemiddelassistert behandling er eksempler på slike institusjoner som mange rusavhengige ofte må samarbeide med og forholde seg til.

Dissosierer man i sosiale sammenhenger, kan dette føre til at man ikke klarer å henge med i hva andre er opptatte av og man kan lett havne på sidelinjen. Det kan også føre til en manglende grunnleggende tillit til at andre mennesker vil deg godt, noe som igjen kan medføre at de får utfordringer med familie, venner og hjelpeapparatet. Flere kan ha utfordrende væremåte som gjør at de skyver bort dem som kunne ha hjulpet dem.

Å føle seg ubekvem kan handle om at de som barn har manglet noen former for sosial kompetanse. Gjennom hele oppveksten lærer barn seg de sosiale kodene for samspill med

andre mennesker. En slik prosess er med på å skape barnet sin egen identitet. Men mange starter å ruse seg i tenårene og går glipp av mye sosial kompetanse fordi de oppholder seg i et lukket miljø med rusbruk og følger ikke like godt med på hva jevnaldrende driver på med. Som beskrevet i innledningen vil barn som utsettes for seksuelle overgrep ofte ha en manglende mulighet til å utvikle selvorienterte ferdigheter (Anstorp & Benum, s. 23)

Funnene viste at pasienter som har blitt traumatiserte etter seksuelle overgrep har vansker med tillit til andre mennesker, de kan blant annet dissosiere og få andre psykiske vansker. Nevrokognitive konsekvenser av å ha blitt eksponert for tidlige traumer som seksuelle overgrep er blant andre konsentrasjonsproblemer, atferdsproblemer og generell kognitiv svekkelse (Søfteland, 2018, s. 107). Slike vansker kan igjen føre til at man er mer utsatt for mobbing fra jevnaldrende fordi man kan skille seg ut. Barn som får konsentrasjonsvansker kan oppleve generelle lærevansker og få problemer med skoleferdigheter. I de siste tiårene har kravet til teoretisk utdanning økt og det er vanskelig å skaffe seg et arbeid uten formell utdanning. Uten arbeid er man dårligere stilt økonomisk. NAV prioriterer at sine brukere får fullført videregående skole i voksen alder, nettopp fordi man trenger formell kompetanse for å skaffe seg et arbeid.

Arbeidslivet gir også et naturlig tilgjengelig sosialt nettverk der man har mulighet til å oppleve tilhørighet. Rusavhengige som starter sin ruskarriere i tenårene mangler gjerne formell skolegang og er uten arbeid. Det er også vanskelig å kombinere en rusavhengighet med arbeid.

Behandlerne påpekte at de fleste ikke får alvorlige komplikasjoner etter seksuelle overgrep i barndommen, men noen har en større sårbarhet enn andre til å utvikle traumer. Når man som barn har opplevd seksuelle overgrep i nære relasjoner eller man ikke har fått tilstrekkelig med støtte og trøst fra sine nærmeste etter et overgrep, kan dette føre til en traumekomplikasjon. En studie viser til at motstandsdyktighet mot traumekomplikasjoner er utdanning, sosial støtte fra familie og nærmiljø, optimisme og emosjonell og mellommenneskelig kompetanse (Domhardt et al., 2015). Om man ikke får tilstrekkelig nok av disse faktorene står man i fare for videre komplikasjoner av traumer. Det vises til at

personer med PTSD har 5 til 6 ganger forhøyet risiko for å få en ruslidelse og at traumereaksjonene var tilstede forut for rusmiddelproblemene (Anstorp & Benum, 2014, s. 143). Symptomer på PTSD sammen med rusmiddelavhengighet kan medføre vansker i sterkere grad da man blir påvirket av ulike kjemiske reaksjoner, fra PTSD reaksjoner og fra rusmidlene. Funnene viste at disse pasientene, med doble utfordringer, hadde særlige utfordringer i voksen alder.

Redsel kan føre til ulike reaksjoner. Noen unngår situasjoner og andre mennesker, mens andre kan skrike og krangle. En overaktivering kan komme til uttrykk med sinne, aggresjon og manglende lytteferdigheter til andre fordi hele kroppen er så aktivert. Inn med referanse De sinte kan med sin utfordrende stil ødelegge for seg selv ved å lage konflikter med dem som skal hjelpe dem. Deres negative erfaringer med andre mennesker har ført til en utrygghet og problemer med å stole på at andre vil dem vel.

Hvis overgriper er en av sine nærmeste som man skulle hatt tillit til kan dette få konsekvenser ved at man får tillitsproblemer overført til andre mennesker og instanser. Dette kan gjøre seg gjeldende når de skal oppsøke hjelpeinstanser.

Har man opplevd gjentatte ganger med overgrep som man ikke kan flykte fra, kan noen reagere med å dissosiere; splitte følelser og kropp. Studien viser at dette fenomenet var kjent for behandlerne. Det ble påpekt at hvis man i tidlig alder har kommet i en dissosiert situasjon mange ganger, kan man lettere gå inn i dissosierte tilstander i andre situasjoner som gir dem en liknende følelse. Når man er utsatt for et seksuelt overgrep er det andre som har tatt makten og kontrollen over dem og de er i en sårbar situasjon uten mulighet til å komme seg unna. Når man i voksen alder opplever at andre sine avgjørelser har stor påvirkning på pasientene, kan man reagere på tilsvarende måte som under overgrepene. De som har tilegnet seg en reaksjonsmåte i form av dissosiasjon, kan i pressede situasjoner reagere med å falle bort og ikke få med seg det som blir sagt. Konsekvensene av at man dissosierer, kan være at man kan bli oppfattet som uinteressert eller respektløs i møter med for eksempel NAV. Dette kan igjen føre til en negativ sanksjon fra den andre parten. Hvis man ikke får med seg det som blir sagt kan det få konsekvenser for at man ikke følger opp avtaler. Studiens funn viste til at behandlerne opplevde det som viktig for deres behandling

at samarbeidspartnere var informert om pasientenes utfordringer og at de involverte seg i pasientenes problematikk.

I samarbeidsmøter skal en av deltakerne ta ansvar for å skrive referater. For å forsikre seg at pasienten fikk med seg det som ble sagt under møtet, kan det være en idé at en av de involverte gjennomgikk referatet av møtet sammen med pasienten. Om det mangler et referat, kan den som pasienten er mest trygg på ta ansvar for i ettertid å sjekke ut om pasienten fikk med seg det som skjedde og eventuelt ha mulighet til å gjenta det.

Forhold som angår økonomi, bolig og LAR, er basale behov som må fungere tilfredsstillende for at man skal oppleve trygghet og sikkerhet. For denne pasientgruppen er det ofte LAR og NAV som har mulighet til å påvirke deres livssituasjon. Det ligger et klart maktspekt i dette og kan føre til utfordringer som ansatte i NAV og LAR må være kjent med. Noen av de reaksjonene som pasientene kan ha er uttrykk for sinne mot dem som innehar et slikt maktspekt, eller de kan unnlate å møte til avtaler. En behandler sa at hvis slike reaksjoner forekom, bør man gjenfortelle viktige beslutninger og informasjon når personen er tryggere og mer i stand til å tilegne seg det. Dette forutsetter at de som arbeider med denne pasientgruppen er kjent med slik problematikk og at det er fra tidligere etablert en god relasjon som gjør at pasientene har tillit til den ansatte.

Behandlerne påpekte at kontinuitet i ansatte som er rundt pasientene er viktig. Men det ble også uttalt at for tette relasjoner kan ha en potensiell skade, at man ikke bør involvere seg for privat og unngå klemmer. Dersom den ansatte slutter i jobben sin og dermed forsvinner ut av livet til pasienten, kan det oppstå et relasjonsbrudd som kan være potensielt skadelig. En mulig løsning kan være å ha to personer som arbeider sammen om pasienten. På den måten kan det bli mindre sårbart om den ene ansatte slutter. Hvis to ansatte har oppfølging av den samme pasienten, enten samtidig eller annenhver gang, kan dette medføre en styrke og en trygghet for pasienten ved at to personer uttrykker og reagerer på samme måte. Dette fordrer at samarbeidet mellom de to ansatte er godt og samkjørt og baserer seg på lik

oppfatning. Hvis det skulle oppstå en ulik kongruens mellom hjelperne, vil det kunne gjøre pasienten usikker og hjelpen dårligere.

Profesjonelle hjelpere skal være distanserte og ikke involvere seg for mye i pasientene og ikke være for personlig påpekte behandlerne. Men i en studie om hvordan brukerne oppfattet hva som er god hjelp i oppsøkende team, fant man at det disse menneskene satt mest pris på og som de opplevde hjalp dem mest, var at de kunne ha samvær gjennom hverdagslige aktiviteter, at det var et likeverdig samarbeid og at det var en personlig kontakt. Det var kvalitetene i en relasjon som hadde best effekt i oppfølging av mennesker med utfordringer innenfor rus og psykisk helse (Olsø et al., 2014). Dette kan bety at man gjerne må involvere seg mer og gi mer av seg selv for å oppnå nødvendig tillit for å klare å gi god hjelp.

Det kan se ut som en balansering av å gi av seg selv og holde en profesjonell avstand kan ha en god effekt. Man må være en hjelper som pasientene har tillit til, men ikke avhengig av.

Funnene viste at det å ha et meningsfylt liv, å være et menneske på en annen arena enn i behandling, var viktig for denne pasientgruppen.

Medarbeiderutdanning med brukererfaring, MB programmet ved ALF (Senter for arbeidslivsforberedelse) i Bergen, har utdannet erfaringskonsulenter siden 2006. Det krever god rusmestring og god psykisk helse for å bli tatt inn i et MB program. Arbeidsgivere innenfor blant annet rus og psykisk helse i Norge har ansatt flere og flere erfaringskonsulenter de siste årene. De utgjør en stor ressurs i arbeidet med rusavhengige da de kan bruke sine egne erfaringer i å støtte og vise vei i en rehabiliteringsfase. Erfaringskonsulenter kan få innpass hos pasientene i form av tillit på en annen måte enn ansatte uten brukererfaring.

Behandlerne uttalte at pasientene er svært ulike, men at noen situasjoner var likevel gjeldene for potensielle retraumatiseringer. Dette gjaldt særlig urinprøvetaking og visitering. Men det gjaldt også undersøkelser og behandlinger for somatisk helse, samt tannbehandling. Det ble påpekt at retraumatisering kan være så mye forskjellig, men det

som særlig kjennetegner seksuelle overgrep er fysisk berøring. Det er særlig viktig å være oppmerksom på dette når det gjelder visitering og avkledning ved institusjonsopphold og ved pågripelser fra politiet.

Når regjeringen nå foreslår at politiet ikke kan foreta rusmiddeltesting uten eget samtykke, er dette noe også tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan vurdere å endre retningslinjer for når man vet at det er høy forekomst av erfaringer med seksuelle overgrep blant ruspopulasjonen og at urinprøvetaking kan være potensielt retraumatiserende. I forslag til nytt lovvedtak fra regjeringen skal det ikke være hjemmel for politiet til å kreve urinprøver eller andre typer prøver, uten samtykke, for å avdekke rusmiddelbruk. Det er beskrevet at testing uten samtykke er et inngripende tiltak i den personlige integriteten (prop. 92L, 2020-2021, s. 66). Dette viser at myndighetene har lyttet til de faglige anbefalingene.

Å kreve at man avlegger urinprøver har vært en tradisjon og et viktig virkemiddel for å vise til at man ikke har inntatt rusmidler under innleggelse i institusjon. Ukentlig urinprøvetaking når man er i LAR har også vært tradisjon for å vise at man ikke inntar rusmidler og dermed får en bedre henteordning av LAR medikamentet. Begrunnelsen for å avkreve urinprøver har vært med tanke på at dem som inntar rusmidler når de er i LAR, de kan lettere selge LAR medikamentet sitt og man får et illegalt marked av LAR medikamenter.

I forslag til nytt lovvedtak fra regjeringen skal det ikke være hjemmel for politiet til å kreve urinprøver eller andre typer prøver, uten samtykke, for å avdekke rusmiddelbruk. Det er beskrevet at testing uten samtykke er et inngripende tiltak i den personlige integriteten (prop. 92L, 2020-2021, s. 66). Dette viser at myndighetene har lyttet til de faglige anbefalingene. Når regjeringen nå foreslår at politiet ikke kan foreta rusmiddeltesting uten eget samtykke, er dette noe også TSB kan vurdere å endre retningslinjer for når man vet at det er høy forekomst av erfaringer med seksuelle overgrep blant ruspopulasjonen og at urinprøvetaking kan være potensielt retraumatiserende.

Studiens funn viste at PTSD var den diagnosen som oftest ble satt på denne pasientgruppen. Unngåelse av en situasjon som kan føre til en retraumatisering, er en av de vanligste

symptomene på PTSD. Studien viste også at samarbeid med andre faginstanser kan bidra til en bedre forståelse og en bedre tilpasset bistand for pasientene.

Denne pasientgruppen har høyere sannsynlighet enn andre mennesker til å få somatiske sykdommer. Det er evidens for en klar sammenheng mellom alvorlige krenkelser i barndommen og senere somatisk sykdom (Kirkengen & Næss, 2015, s. 56). Slik kunnskap er viktig å ta med seg slik at man tar hensyn til at også somatisk helse må få plass i oppfølging av pasientene. Det er altså viktig at dem som er arbeider tettest på disse pasientene har helsefaglig utdanning, i tillegg til å kjenne til psykisk helseproblematikk og rusproblematikk. I TSB skal man jobbe tverrfaglig, mens det kanskje ikke er like tverrfaglig ute i kommunene da det pr i dag ikke stilles krav til at bo-oppfølgere eller andre innenfor psykisk helse og rusoppfølging har helsekompetanse. Det må altså jobbes mer holistisk, der man tenker at et helhetlig syn på menneskekroppen utgjør en større viktighet enn å se delene hver for seg. Studiens funn viste til at informasjon til samarbeidspartnerne om pasientenes vansker, kan føre til en bedre forståelse for deres problematikk og føre til at de får bedre helsehjelp. Unngår man å oppsøke nødvendig helsehjelp fører det til ubehandlede tilstander som igjen kan føre til tidligere død. Hvis en med helsefaglig bakgrunn jobber tett på et menneske, kan man gjerne lettere fange opp symptomer på somatisk sykdom. Har man også ferdigheter innen psykisk helse og rusproblematikk, kan man ha større forutsetninger for å vite hvordan man skal gå frem for å klare å få det menneske til å gjennomføre en nødvendig helsebehandling. En forutsetning er også at det fra før er etablert en tillit mellom hjelper og pasient. Studiens funn viser at man må ha tålmodighet når man skal skape en trygghet og en tillit. Det forutsetter også at de som skal jobbe tett på må ha en kontinuitet og forutsigbarhet i sin oppfølging. Studiens funn viser at hvis man er borte, på ferie, eller av andre årsaker, må pasienten forberedes på dette.

Ifølge behandlerne og eventuelle studier kan traumer etter seksuelle overgrep medføre at mange ikke oppsøker helsehjelp når de har behov for det. Studien avdekker at behandlerne gir uttrykk for at deres erfaringer er at mange pasienter har vansker med å bli tatt på av helsepersonell, og særlig om helsepersonell er menn. Det kan også særlig være vanskelig med gynekologiske undersøkelser og med fødsler. Kvinner som er diagnostisert med PTSD

har en høyere forekomst av komplikasjoner i svangerskapet, ved og etter fødsel (Kirkengen & Næss, 2015, s. 138).

Noen behandlere anbefalte å ha noen som følger dem til helsehjelp og gjerne at den som skal utføre behandling innenfor somatisk helse får informasjon om at det foreligger traumer og at det bes ta hensyn. Noen behandlere forberedte pasientene sine for selv å kunne gi beskjed om hvordan de vil ha gjennomføringen av behandlingen.

Behandlerne fortalte mye om viktigheten i faseorientert traumebehandling, er at stabiliseringsarbeidet blir fundamentert før pasienten blir utsatt for eksponeringsterapi for integrering av traumeminnene. Det ble også uttalt at stabiliseringsarbeidet tok lang tid og at mange pasienter ikke kom i posisjon til å arbeide videre med integrering av traumeminnene. Samtlige behandlere fortalte, uoppfordret, om traumestabilisering og deres tilbud om traumestabiliseringsgrupper. Dette er en modell utviklet av Modum bad og inneholder psykoedukasjon, reguleringsstøtte og konkrete øvelser for pasientene (Modum bad, 2014). I traumegruppene skal man ikke gå inn i fortidens detaljer, men se utelukkende på de symptomene som er gjeldende for pasientene i dag. Viktige elementer i denne tilnærmingen er å gi pasientene en forståelse for hvorfor de føler og reagerer slik de gjør i dag. Alle deltakerne i traumegruppen har i tillegg en hovedbehandler som følger opp pasienten ved siden av med individuell terapi. Når pasienten er stabilisert og klar for det kan det her jobbes med minnene om traumene. Ifølge Herman må man først etablere trygghet i terapirommet før man kan ta tak i minnene og sorgen (Herman, 1992, s. 133). Traumatiserte pasienter kan ha en utfordrende atferd som kan gjøre det vanskelig å hjelpe dem. De har gjerne utviklet et sinne som de retter mot terapeuten for å la dem være i den samme hjelpeløse situasjonen som de selv har vært i. Traumeerfaringene deres kan også gi dem problemer med tillit og de klarer ikke å stole på terapeuten. De kan være mistenksomme og betviler terapeutens hensikter. De kan også mangle tillit til at terapeuten kan hjelpe dem eller er villig til å hjelpe. De kan også ha en oppfattelse av at terapeuten ikke tåler å høre detaljene om traumatet.

Pasienter med emosjonelle ustabil personlighetsforstyrrelse vil kunne tolke hvert ord og hver bevegelse til terapeuten. Dette for å sjekke ut og respondere på terapeutens sårbarhet

(Herman, 1992, s. 137). Dette viser hvor viktig det er å etablere en trygghet i relasjonen før man går videre i behandlingen. Funnene i studien viste at behandlerne hadde erfaringer med at denne pasientgruppen krevde lang tid med trygghet før de kunne gå videre.

Når trygghet er etablert kan arbeidet med minnene og sorgen starte og siden reetablere ny tilkobling til hendelsene (Herman, 1992, s. 133).

En behandler uttalte at tilbakemeldingene fra disse traumegruppene var at pasientene i starten var skeptiske til traumebehandling av dårlige erfaringer da de har opplevd å bli satt tilbake i overgrepssituasjonen og retraumatisert av den grunn. Men da de likevel deltok i denne gruppeterapien, som går over 22 uker, var tilbakemeldingene blant annet at dette hadde hjulpet mer enn 20 års traumebehandling.

Funnene i denne studien viste at alle behandlerne meldte om at de brukte svært lang tid på å komme i posisjon til å gå inn i en mer dypere terapi for å behandle traumene. Når man mottar behandling med rusmiddelavhengighet, slik som TSB tilbyr, har man ofte mange år bak seg med rusmiddelinntak og gjerne med traumer fra barndommen og nye traumer i voksen alder. Å leve i rusmiljøet over mange år gjør en utsatte for nye overgrep og mange vonde opplevelser. De har gjerne blitt retraumatisert flere ganger og behandling av traumene kan bli utfordrende og langvarig. En behandler sa at disse pasientene opplever så mye i livet, her og nå, som de har behov for å bearbeide at de ikke klarer å ta tak i gamle minner. Det ble påpekt at det er trist å se dem bli utsatt for retraumatisering gang på gang fordi de ikke har ressurser til å gå tilbake i traumene som gjerne er årsaken til at de i nåtid utsetter seg for nye traumer. Dette kan igjen gjøre det utfordrende å mestre en rusfri tilværelse.

Behandlerne opplevde at undervisning om hvordan dette fungerte med relatering til deres egen livssituasjon, har vist at pasientene bedre kan forstå sine egne følelser. De jobbet mye med reguleringsstøtte slik at de selv skulle klare å holde seg i toleransevinduet sitt eller gå tilbake til det. Flere fortalte om ulike grunningsøvelser som pusteøvelser, oppmerksomt nærvær eller mindfulness, eller knipeøvelser med en stressball. Behandlerne uttalte at for noen av dem som var utsatte for seksuelle overgrep var det vanskelig å gjøre pusteøvelser og mindfulness da det ble for mye fokus på egen kropp.

Michalapolous (2012) hevder at stabilisering har stor betydning for traumebehandling. Det konkluderes med at psykoedukasjon og ferdighetstrening, som stabiliseringsgruppene beskrevet i Modum bad sin manual, gir et vesentlig bidrag til forståelse og behandling av traumatiserte pasienter som av mange har blitt sett på som behandlingsresistente. Videre konkluderes det med at annen psykoterapi kan nyttiggjøres først når pasienten er stabilisert.

Mennesker med traumelidelser har ofte en strategi om unngåelse. Det kan bli for vanskelig for mange og det bør man være oppmerksomme på. Studiens funn viste at behandlerne hadde erfaring med at stabilisering var en svært viktig del av behandlingen og at flere pasienter ikke kom videre i behandlingen enn til stabiliseringsfasen.

Hokland viser i sin oversiktsartikkel fra 2006 at det er noen pasienter som ikke skal konfrontere med sine traumer i den henseende å integrere avspaltede emosjonelle minner. Dette gjelder dem som viser sterk skam, skyld og sinne. Det gjelder også for dem som har et daglig misbruk av rusmidler. Dem som har vansker med affektregulering har også liten nytte av eksponering som terapi. Dette kan også gjelde for dem med kompleks PTSD, men her er det behov for økt kunnskap ifølge Hokland. For at terapi skal ha nytte og for å unngå retraumatisering, må en gjøre grundig kartlegging og skape trygghet i terapirommet (Hokland, 2006).

En behandler påpekte at det kan være hensiktsmessig å ha en egen avrusningspost for pasienter som er traumatiserte. På en slik post må det være ansatte som har en ekstra kompetanse på traumer. Videreutdanning for de ansatte i TSB kan være nyttig for å inneha en slik kunnskap. Kompetanseheving i form av økt traumekunnskap vil også være nyttig for ansatte i 1. linjen som følger tett opp denne pasientgruppen.

Behandlerne uttalte at det var viktig å involvere andre instanser om pasientenes problematikk. Dette for å få til en helhetlig rehabilitering og behandling. Det ble uttalt at pasientene deres hadde behov for å ha en arena der de var noe annet en pasienter. Å ha en trygg bolig og økonomi var noe som også ble fremhevet som en nødvendighet for å lykkes med traumebehandling.

Pakkeforløp for ruspasienter innebærer at spesialisthelsetjenesten ved TSB og 1. linjen skal samarbeide bedre. Det er 1. linjen, enten leger, NAV kommune og kommunens rusoppfølgingsavdeling som har henvisningsrettigheter og som starter et pakkeforløp. I pakkeforløpet ligger det gjensidig forpliktelse og veiledning mellom TSB og 1. linjen. Hensikten er å sikre en helhetlig oppfølging og en trygg tilbakeføring til kommunene etter endt behandling. Årsaken til at man har hatt behov for en ny retningslinje er at svært mange pasienter innenfor TSB ikke fullfører behandlingen. Ved å innføre pakkeforløpet øker mulighetene til å holde pasientene i behandling slik at de får fullført. Det krever et tett samarbeid mellom instansene, men det kreves også en felles forståelse av den enkeltes pasients utfordringer og hva som skal til for å få pasienten ferdigbehandlet.

Folkehelseinstituttet gir ut rapporter av undersøkelser av hvordan pasienter sine erfaringer i TSB. Rapporten fra 2020 viser at av 207 deltagere, svarte 68 personer (32%) at de hadde opplevd at personalet, i stor eller svært stor grad, arbeidet aktivt for at pasientene skulle få et meningsfullt liv etter utskrivelse. 51 av 165 (30%) svarte at de i stor grad eller i svært stor grad hadde fått hjelpe av personalet til bolig, økonomi og arbeid (FHI, 2020, s. 10). 49 av 216 (22%) svarte at de i stor og svært stor grad hadde hatt fått oppfølging av kommunen ved ruskonsulent eller fastlege under oppholdet (FHI, 2020, s. 13).

FHI gjorde en liknende undersøkelse i 2013. Da viste resultatene at 38 % svarte at personale hadde, i stor eller svært stor grad, hjulpet dem med forberedelser til tiden etter utskrivelse (Haugum et. al, 2013, s. 38). Rapporten fra 2013 omtalte ikke samarbeid med kommunen i tiden da de var innlagt, men spurte heller om hvilke erfaringer de hadde om oppfølging etter tidligere innleggelse. Der svarte 12 % at de hadde, i stor og svært stor grad, opplevd tilfredsstillende oppfølging (Haugum et. al, 2013, s. 45).

Endringen, ved at man i 2020, etterspør hvordan samarbeidet underveis i behandlingen foregår, viser at man har forstått viktigheten med å involvere kommunen underveis i behandlingen. Pakkeforløpet forplikter kommunene underveis i behandlingen og kan bidra til mer samarbeid og til en mer helhetlig oppfølging. Et svar på at 22 % hadde opplevd god eller svært god oppfølging av kommunen underveis i rusbehandling i 2020, viser at det er et stort forbedringspotensial for samarbeid.

Studiens funn påpekte viktigheten med et tverrfaglig samarbeid og at pasientene har behov for bistand på ulike livsområder. En trygg bolig, en forutsigbar økonomi og en meningsfull hverdag ble uttalt som svært viktig for at behandling innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling skulle ha ønsket effekt.

I 2002 ble det iverksatt et prosjekt med helhetlig sosialfaglig oppfølging, Ytrebygdamodellen. Undertittelen i prosjektet er «Ut av kontoret». Det var flere ulike prosjekter, men det mest omfattende av dem var et prosjekt som gikk over 5 år og som skulle følge opp få personer på ulike områder. Dette var en gruppe klienter ved sosialtjenesten som hadde svært omfattende problematikk knyttet til blant annet rus, bostedsløshet, psykiske lidelser og somatisk helse. Tilnærmingen ble basert på en forståelse av at disse menneskene har behov for trygghet og tillit til en som besitter en maktposisjon, altså en ansatt i sosialtjenesten. Ved å oppnå tillit og være fleksibel, klarte man å få til store endringer for disse menneskene. Det gjaldt rusmestring, bolig, økonomi, tannbehandling, oppfølging av somatisk helse m.m. (Hjellum, 2013). Prosjektene ble avsluttet i 2011 og man har i dag fått andre tiltak, både i og utenfor sosialtjenesten, som er basert på en slik tilnærming. Likevel er det mange av disse tiltakene som er frivillig og hvis det ikke er etablert en tillit og en hensikt med oppfølgingen, kan det føre til manglende oppmøte fra pasientens side. Dem som derimot står for de største maktmidlene og som man i mange tilfeller må forholde seg til, er NAV og LAR. Erfaringene fra Ytrebygdamodellen viser at det uansett vil være hensiktsmessig at de som skal hjelpe denne gruppen med de mest basale behovene, må ha god kjennskap til hvilke mekanismer som skjer og ut fra dette arbeide for å oppnå tillit og trygghet for at man skal kunne hjelpe disse menneskene best mulig. Klarer man ikke å etablere en slik tillit, kan det oppstå konflikter som igjen kan føre til at pasientene ikke får den hjelpen de trenger.

Tannbehandling er nedprioritert hos mange rusmiddelavhengige. For noen kan det være vanskelig å putte noe i munnen, både tannkost og et tannlegebor. Det er ikke uvanlig at rusavhengige må bruke tannproteser før de fyller 30 år. Bruk av medikamenter fører til munntørrhet som gir mindre av det beskyttelse spyttet og det oppstår lettere karies. Noen grupper rusavhengige får gratis tannbehandling, blant annet deltakere i LAR og de som mottar enkelte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven (Helsedirektoratet, 2020,

tannbehandling for pasienter med ruslidelser). Men det er ikke nødvendigvis økonomi som hindrer dem i å motta tannbehandling. Dette er noe hjelpeapparatet må ta på alvor og ha en dialog rundt. Hva er det som gjør at man ikke gjennomfører nødvendig tannbehandling? Flere av behandlerne uttalte at det er viktig at andre deler av hjelpeapparatet vet om at det foreligger traumer som gjør det vanskelig med tannbehandling og at man finner måter det likevel går an å gjennomføre dem på. Det er mulig å få narkose for å gjennomføre tannbehandling og i noen tilfeller skriver legene ut benzodiazepiner til hjelp for å slappe mer av før en time hos tannlegen. Et annet tiltak kan være å ha en bo-oppfølger, ruskonsulent eller andre nære til å følge dem helt inn i tannlegestolen om nødvendig.

Når vi vet at erfaringer fra seksuelle overgrep er overrepresentert i ruspopulasjonen, er dette noe man må ta med seg i samarbeidet. Det gjelder i all hovedsak hvordan man forholder seg til pasienten, hvilke symptomer ser man utspiller seg og hva vet vi kan hjelpe. I studien ble det også pekt på at den tverrfaglige kompetansen er en fordel da man kan se pasientens utfordringer fra ulike faglige ståsted. En fysioterapeut kan gjerne mer legge merke til hvordan spenninger kan føre til smerter i ulike deler av kroppen. En sykepleier kan observere somatiske tilstander, en vernepleier kan ha sitt blikk rettet mot hverdagen, det praktiske og gjennomføringen mens psykologene kan observere tegn på psykisk lidelse og reaksjoner som en følge av det. Et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid rundt pasienten kan gi en større effekt til å gi rusavhengige bedre hjelp og et mer meningsfylt liv.

Behandlernes erfaringer viste at de opplevde ulikheter, på tvers av kjønn, om hvor åpne pasientene var om sine erfaringer med å være utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Men de erfaringene som utpekte seg var at menn generelt var mindre åpne om slike erfaringer. Menn hadde også en tendens til å bagatellisere sine erfaringer og vansker med å anerkjenne at de hadde vært utsatte for seksuelle overgrep.

Studien viste også at behandlerens kjønn kan ha noe å si for behandlingen. Hvis en behandler var en mann og overgrepene var blitt begått av en mann, hadde behandlerne erfaringer med at det kunne oppstå utfordringer med å være åpen om sine erfaringer. Det

kunne også være vanskelig for dem å motta behandling av en mann. Større forståelse for en slik kjønnsproblematikk kan gi mulighet for pasienten til å bytte behandler.

Studien viser at det er kjønnsforskjeller på hvor åpne pasientene er for å snakke om overgrep og anerkjenne at det har vært et overgrep. Behandlerne uttalte at det er lettere for kvinner å være åpne om sine erfaringer enn det er for menn.

Forskning fra USA viser samme resultat som i denne studien (Tang et al., 2007). Der ble det påpekt at for menn kan det være vansker med å bli kategorisert som homofil eller å være et offer hvis man har opplevd seksuelle overgrep. Kvinner føler oftere skyld og er redd for å ikke bli trodd. Det ble også påpekt at sosial støtte fra sine foreldre har påvirkning på hvordan barna senere kan utvikle depresjoner, PTSD symptomer og dissosiasjoner. Kulturaspektet spiller også inn i hvordan de opplever å bli møtt og ivaretatt. Hvilket syn samfunnet har på dem som er utsatte for seksuelle overgrep kan variere, og hvordan omgivelsene reagerer på åpenhet om seksuelle overgrep. Behandlernes erfaringer er at menn skal være tøffe, sterke og dominerende. Å definere seg som et offer vil gå på tvers av forventningene om kjønnsrollemønsteret deres. En behandler hadde erfaringer om at de yngre mennene, under 30 år, var mer åpne om å snakke om sine traumer etter seksuelle overgrep enn de som var over 30 år.

Samfunnet er i stadig endring, særlig i Skandinavia der vi har hatt en utvikling av likestilling i forhold til omsorg av barn siden 1990 tallet. Årsaken til disse endringene kan være at kvinner da fikk lengre svangerskapspermisjoner og det ble lettere å få barnehageplass. Dette førte til at flere kvinner kom i arbeid, ble selvforsørget og mer økonomisk uavhengige av menn. I løpet av 1990 tallet fikk menn ta mer og mer del i foreldrepermisjonen. I 2021 er foreldrepermisjonen fordelt slik at foreldrene får 15 uker hver; mødre får 3 uker til før fødsel. I tillegg er det en fellesperiode på 16 uker som foreldrene kan fordele etter eget ønske (NAV, 2021). Ved samlivsbrudd ble det også mer vanlig å ha delt daglig omsorg fordi begge foreldrene var i arbeid. Dette medførte at flere menn ble mer naturlige omsorgspersoner. En slik dreining fra tidligere, der kvinnene som regel var hjemmeværende, til tiden i dag der menn har mer ansvar for omsorgen for barn, kan ha en betydning for hvordan menn i dag er åpne.

Studien viser til at behandlerne hevdet at rusmiljøet pr i dag er preget av et tradisjonelt kjønnsrollemønster og der kvinner er mer utsatte for vold og overgrep. De har ofte behov for en mann for å beskytte seg. Hvis den mannen som kvinnen har valgt til sin beskytter, ikke lenger er trygg for kvinnen og utøver vold og overgrep mot henne, har hun behov for beskyttelse og et trygt sted å være.

Innenfor TSB er det opprettet egne kvinneavdelinger og kvinnegrupper. Dette er hensiktsmessig for å få kvinnene til å føle seg trygge og dermed lage et bedre fundament for behandling. De fleste større byer i Norge har krisesentre for kvinner og barn. Men kun få byer har egne krisesentre for kvinner i aktiv rus. Det vises til at det for eksempel i Bergen har ikke rusavhengige kvinner lenger et tilbud om akutt overnatting. Ett tilbud ble ikke tilgjengelig etter pandemien fra mars 2020, og det andre ble lagt ned i desember 2019.

Kommunen har heller ikke egne midlertidige boliger for kvinner i aktiv rus. Det vil si at det kan forekomme at traumatiserte kvinner må bo tett sammen med menn og ikke ha mulighet til å føle seg trygg, om det er menn de er engstelige for. Kvinnene har heller ikke mulighet til å flykte til et trygt sted om de blir utsatte for vold eller overgrep og inntar rusmidler.

Studiens funn påpeker at pasientene må ha en trygg bolig, en forutsigbar økonomi før de kan starte med traumebehandling. Studiens funn viser også til at denne pasientgruppen er mye redder som en følge av deres PTSD diagnose. De krever derfor ekstra tilrettelegging i form av trygge og forutsigbare rammer og struktur på hverdagen og at de kjenner dem som skal bistå dem med dette.

Flere behandlere påpekte at de avventet med å stille spørsmål om de hadde opplevd seksuelle overgrep i barndommen. Det var ikke noe de ønsket å stille spørsmål om i den første samtalen, selv om de er pålagte å kartlegge pasientene i starten av et behandlingsløp. Det ble særlig uttalt at man ikke må presse frem en avdekking, men hvis pasientene ønsket å fortelle sin historie, var det viktig å klare å ta imot dem på en profesjonell og støttende måte. Det er ikke alle pasienter som har nytte av å bli eksponert for minner etter seksuelle overgrep. Ifølge en artikkel ble det påpekt at noen pasienter vil tåle kontrollert utforskning av traumet, men ikke eksponeringsterapi (Hokland, 2006).

Om man blir traumatisert som barn kan noen mangle evnen til å tåle og regulere sterke følelser. Personer som har en ustabil personlighetsfungering bør ikke bli konfrontert med å bli eksponert for traumer i terapi. Det vises også til at daglig bruk av rusmidler er forbundet med dårlig effekt av eksponering og frafall fra terapi (Hokland, 2006). Flere psykologer og forskere på 1990 tallet hevdet at eksponering, utforsking og konfrontering av traumer var begrunnet som god behandling. Frafall av behandling ble blant annet forklart ved at de ikke hadde holdt ut i eksponeringen lenge nok (Hokland, 2006).

Studiens funn viser til at behandlerne uttalte at man skal være forsiktig å avdekke traumer etter seksuelle overgrep da det ble hevdet at avdekking, uten at pasienten er klar for det, kan føre til en retraumatisering.

Ifølge Hokland (2006) vil det for mange være svært vanskelig å komme til det stadiet i behandlingen som gjør at man kan starte med konfrontering, utforsking og eksponeringsterapi. Dette var også resultatet i denne studien. Behandlerne uttalte at de brukte ofte svært lang tid på stabiliseringsfasen og at noen aldri kom i posisjon til å bli eksponert for traumene sine. Mange pasienter vil ikke ha god nok rusmestring til å tåle en slik eksponering. Som det er påpekt i studien, er det en høy andel av denne pasientgruppen som har en ustabil personlighetsfungering.

En annen utfordring er når ikke pasienten erkjenner at det er et overgrep som har funnet sted, men som behandler tydelig ville ha definert som et overgrep. Årsakene til at pasientene ikke ønsker å erkjenne det som et overgrep kan være ulike. Men i studien ble det påpekt at det å føle seg som et offer kan være utfordrende for selvfølelsen og verdifølelsen da man må plassere seg på et sted der man ikke har kontroll. En annen årsak kan være at man ikke klarer å forholde seg til den ubehagelige følelsen av skam som kan følge med en slik opplevelse. Man kan føle skyld, at man burde stanset det, kanskje man var med på det, var dette noe man egentlig ønsket, gav man signaler på at det var greit at den andre parten kunne utføre visse ting mot en? I noen tilfeller kan også pasienten oppfatte overgrepet som en likeverdig handling der sex blir gitt mot andre goder for pasienten. Studiens funn viste at behandlernes erfaringer er at hvis man påpeker overfor et menneske at det har vært utsatt

for et overgrep, mens en selv ikke erkjenner at det har vært et overgrep, kan dette føre til en retraumatisering.

Behandlerne opplevde at pasientenes tillit til andre mennesker er vanskelig og at det tar lang tid å opparbeide seg tillit i terapirommet. Herman (1992) vektlegger relasjonen mellom terapeut og pasient. Hun sier at skader fra relasjoner kun kan heles i nye relasjoner. Gode hjelpere må være på pasientens side og validere dem. Avdekking av traumehistoriene må skje i en trygg relasjon. Behandler må ha tro og gi pasienten trygghet på at avdekking av pasientens historie kan minske skam og selvnedvurderende tanker og følelser. Det er viktig at behandler er aksepterende og ikke dømmende (Herman, 1992, s. 134).

Når trygghet er etablert kan man søke å utforske de vansker som pasienten har med seg og det kan da være mulig å få en erkjennelse fra pasienten om hva de har vært utsatte for.

Behandlerne påpekte viktigheten med å tåle å høre om detaljer fra overgrepene, om dette skulle komme. En avvisning av deres historier, vil kunne føre til et tilbakeslag i behandlingen.

Den traumatiske hendelsen må gjenoppleves for å fremme bearbeiding og kontekstualisering av minnet om traumet (Ehlers & Clark, 2000).

Behandlerne merket seg at pasientene fikk utfordringer med intime relasjoner og sex i voksen alder. De knyttet dette til deres erfaringer med seksuelle overgrep i barndommen. Pasientene ble enten svært seksuelt aktive eller unngikk seksuelle relasjoner. I noen tilfeller kan overgrep være av en slik karakter at det frembringer uønsket lyst hos den som blir utsatt for et overgrep. Mannlige kjønnsorganer er mer synlig enn kvinnelige og vanskelige å skjule. Det er også hevdet at menn har kortere reaksjonstid fra berøring til lystfølelse. Hvordan reagerer man på en slik reaksjon? Det er naturlig å tenke seg at det hos et barn, med sine uerfarne kropp, kan bli forvirret over egne reaksjoner. På den ene siden kan man bli skremt og på den andre siden blir man kjent med sine egne lyster. En avsky kan bli rettet mot både overgriper og mot seg selv og føre til et komplisert seksualliv på sikt (Almås & Benestad, 2004).

I en studie med 537 respondenter som omtalte hvorfor det tok så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep, rapporterte deltakerne om ulike årsaker til hvorfor det ble slik for dem. Av de rapporterte årsakene var blant annet at de opplevde seksuell lyst under overgrepene (frekvens på 25%), minnene om overgrepene dukket først opp da de fikk et kjæresteforhold (frekvens på 17%) og fordi de følte seg perverse (frekvens på 20%) (Steine et al., 2017).

En behandler hadde erfaringer med at pasienter som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen får et vanskelig forhold til sin egen seksualitet. Erfaringen var at de ofte kan bli enten hyperseksuelle eller hyposeksuelle. Det kan bli utfordrende med seksualitet i et intimt forhold. Benestad og Almås hevder at mange som opplever seksuelle problemer etter seksuelle overgrep i barndommen har behov for terapi for sine egne seksuelle problemer i voksen alder. I artikkelen vises det til at konsekvenser etter seksuelle overgrep kan være tap av personlig historie, problemer med generelle livsfunksjoner, selvmord og spiseforstyrrelser. De kan også forekomme selvskading, kroniske smertetilstander og rusmiddelmisbruk. Seksuelle problemer kan også oppstå som en direkte konsekvens av seksuelle overgrep (Almås & Benestad, 2004).

Ifølge Almås & Benestad, vil opplevelsen av egen seksualitet ofte ikke kunne skilles fra overgriperes seksualitet. Seksuelle impulser vil derfor ofte være assosiert med overgrepet. Man kan ha utfordringer med å sette grenser. Manglende evne til å trekke seg unna truende situasjon kan føre til en retraumatisering. Pasientenes erfaringer kan føre til vansker med intime forhold der grensene deres kan bli overskredet og de kan oppleve en retraumatisering (Almås & Benestad, 2004).

Studiens funn viste at behandlerne opplevde at pasienter utsatte seg selv for potensielle retraumatiske situasjoner ved å prostituere seg eller mangle grensesetting i parforhold. Dette må behandlerne ha kjennskap til slik at man kan fange opp om det fremkommer endret atferd etter inngåelse av en intim relasjon. Også motsatt, om man opplever at pasienter unngår intime relasjoner. Vansker med seksuelle relasjoner kan ha et potensiale av å forringe deres livskvalitet.

Rusmiddelavhengige som retraumatiserer som følge av seksuelle overgrep i barndommen - behandlererfaring

Kandidatnr. 417

Behandlernes erfaringer var at den diagnosen de oftest satt på pasienter som var blitt traumatiserte etter seksuelle overgrep i barndommen, var PTSD, men også kompleks PTSD. Men også ulike typer personlighetsforstyrrelser, i tillegg til generelle vansker med skyld, skam og lav selvfølelse.

Symptomer på traumer etter overgrep kan i noen tilfeller bli forvekslet med andre lidelser som kan ha liknende symptomtrykk. ADHD kan forveksles med konsentrasjonsproblemer og uro fordi man ikke har fått bearbeidet overgrepene og minnene blir for påtrengende. Det samme kan bipolaritet da man konstant forsøker å regulere seg og toleransevinduet er veldig smalt. Man er enten i en overaktivering eller i en underaktivering. Psykoser kan være tegn på at minnene har vært for påtrengende og overveldende og tatt over mye av hjernekapasiteten. Mennesker som er utsatte for barndomstraumer har økt risiko for å utvikle psykotiske symptomer i voksen alder (Klæth & Hagen, 2009).

Konsekvensene for at et barn får en ADHD diagnose når det egentlig har vært utsatt for et overgrep, vil være som at samfunnet sier at det er barnet det er noe galt med og ikke at overgriperen har hatt noen skyld i plagene. Man får kanskje ikke heller gjort noe med de underliggende årsakene.

Behandlerne i studien uttalte at symptomene kan i noen tilfeller være så innarbeidet i personligheten at det kan likevel være nyttig i noen tilfeller å gi ulike diagnoser slik at man får medisineret symptomene og få en funksjonsbedring.

Landheim et al. (203) viser til at det også er forskjeller på reaksjoner mellom kjønnene. Depresjoner, PTSD og spiseforstyrrelser var høyere representert hos kvinnene. Blant rusmiddelavhengige var det også signifikant høyere andel som var diagnostiserte med personlighetsforstyrrelser. Kvinnelige rusmiddelavhengige hadde oftere depresjoner, fobier, PTSD og emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse.

En slik kunnskap kan man ta med seg i arbeidet med denne pasientgruppen. Viser pasientene symptomer på slike lidelser, kan det være rom for å undersøke mer hva som er den bakenforliggende årsaken.

5.1. Egen forforståelse:

Etter å ha arbeidet tett på rusmiddelavhengige i 26 år, har jeg med meg mange erfaringer, både på individnivå og på samfunnsnivå. I mitt arbeid, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen, har jeg samarbeidet med pårørende, ulike instanser i kommunen, spesialisthelsetjenesten innenfor somatisk helse, psykisk helse og rus, kriminalomsorgen og frivillige organisasjoner. Disse erfaringene har gitt meg et syn på en problematikk som ikke kun gjelder den rusavhengiges motivasjon til rusmestring, men det handler om så mye mer. Rusmiddelavhengige er mennesker som lever sine liv i samfunnet og har basale behov, som alle andre, for å få leve et trygt og meningsfylt liv.

5.2. Studiens styrker og svakheter

Studien har en styrke i seg ved at det har et relevant og viktig tema for hvordan man skal drive oppfølging og behandling av rusmiddelavhengige. I de siste årene har fagmiljøet innenfor rus og psykisk helse vært oppmerksomme på hvordan traumer kan påvirke mennesker som har behov for hjelp for psykisk helse og rusproblematikk.

Svakheten ved studien er at det er få deltakere, kun 7 respondenter. Det er deres erfaringer som belyses og fanger ikke opp erfaringene til andre behandlere. Andre yrkesgrupper driver også behandling innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og studien tar ikke hensyn til deres erfaringer.

6. Implikasjoner for praksis

Studien viser at denne pasientgruppen har vansker med tillit til andre mennesker. Å gi forutsigbarhet i form av å gi god informasjon om når og hvordan de skal få hjelp vil gi en trygghet for pasientene. Det bør også være en kontinuitet av ansatte som følger opp pasientene.

Det bør tilstrebes å få til et bedre samarbeid og utveksling av informasjon med hjelpere som er involverte i pasienten slik at man til en mer helhetlig rehabilitering.

Studien impliserer at man bør være forsiktig i sin tilnærming ved å avdekke erfaringer med seksuelle overgrep fra barndommen. Det har blitt påpekt at å spørre for mye om detaljene kan være retraumatiserende. Studien viste at håndtering av symptomene ved stabilisering

kan være mer hensiktsmessig og traumestabiliseringsgrupper bør fortsatt gi tilbud om behandling.

Studien indikerer at det kan være nyttig å rette oppmerksomhet mot økt traumekunnskaper og tilrettelegging for denne pasientgruppen i en avrusningssituasjon. Videreutdanning om traumekunnskaper kan være relevant for alle som arbeider med traumatiserte mennesker. Det kan være nyttig med en egen avrusningspost for traumepasienter.

Studien viser også at rusmiljøet er mer kjønnsstradisjonelt enn majoriteten av det norske samfunnet. Kvinnene er utsatte for mishandling av menn, både fysisk, psykisk, økonomisk og seksuelt. Vi vet nå at det er en stor populasjon med kvinner i rus og prostitusjonsmiljøet som har erfaring med seksuelle overgrep fra barndommen. Rundt i landet finnes det krisesentre for kvinner i aktiv rus, men ikke alle steder. Det kan se ut som de fleste større byer kan ha god nytte av et slikt tilbud.

Tannbehandling og somatisk helsebehandling er vanskelig for denne rusavhengige med overgrepserfaringer. Det ble påpekt at samarbeid med de aktuelle instansene for å forklare hva som er vanskelig for pasientene kan føre til at de får bedre hjelp og behandling. Det ble også påpekt at det er viktig at noen i 1. linjen kan bistå med å gjennomføre slike avtaler.

Avlegging av urinprøver i rusbehandling for å avdekke bruk av rusmidler er en kilde til konflikter og som i mange tilfeller kan dreie seg om at pasientene kan oppleve en retraumatisering når de må avlevere urinprøver. Praksisen med avlevering av urinprøver bør revurderes og tilrettelegges slik at man unngår retraumatisering. Dette kan gjøres ved at pasientene slipper å ha ansatte som visiterer dem før avleggelse og som ser på når pasientene avlegger urinprøver.

7. Konklusjon

Rusavhengige som har traumer etter seksuelle overgrep har utfordringer knyttet til vansker med relasjoner, som igjen påvirker deres evne til å ta imot hjelp. Unngåelse er et symptom på PTSD og kan føre til vansker med oppfølging av hjelp. Pasientene har ofte et udekket behov for behandling av tannhelse og somatisk helse. Samarbeid og deling av informasjon

rundt pasientene kan være med på å øke forståelsen for deres helhetlige problematikk slik at pasientene opplever trygghet og forutsigbarhet til å få en bedre livskvalitet.

Stabilisering og psykoedukasjon er viktig for denne pasientgruppen og at behandlerne jobber mye med denne delen av traumebehandlingen. Studien viser også at man ikke skal presse til at pasienter er åpne om sine erfaringer fra seksuelle overgrep, men at man skal være oppmerksomme på at deres symptomer kan være traumer fra seksuelle overgrep i barndommen. Det kan være retraumatiserende å avlegge urinprøver og press til å avlevere kan føre til konflikter eller frafall i behandling.

Rusmiljøet har oftere et tradisjonelt kjønnsrollemønster, noe som tilsier at menn skal være tøffe, sterke og dominerende. Resultatene viser at menn er mindre åpne om sine erfaringer med overgrep fra barndommen enn det kvinner kan være, samt at egne seksuelle vansker etter overgrep kan skape utfordringer med intime relasjoner.

Studien påpeker at pasientene har en høy grad av psykiske lidelser som PTSD og kompleks PTSD. Feildiagnostisering kan forekomme da mange av traumesymptomene kan likne på andre psykiske lidelser, men at det i noen tilfeller kan det likevel være riktig å sette flere diagnoser for å medisinere symptomene.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til respondentene

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Referanser:

- Almås, E. & Benestad, E.E.P. (2004) Psykologtidsskriftet.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2004/01/seksuelle-problemer-hos-personer-som-har-opplevd-seksuelle-traumer>. Lastet ned 02.05.21.
- Anstorp, T. & Benum, K. (2014) *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Universitetsforlaget.
- Askeland, I.R., Moen, L.H., Nilsen, L.G., Krise, A.E., Hjemdal, O.K. og Holt, T. (2016) *Behandlingstilbudet til voksne som utøver vold: En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/11/NKVTS_Rapport_10_2016_Behandlingstilbudet-til-voksne-som-ut%C3%B8ver-vold.pdf. Lastet ned 04.05.21.
- Banyard, V.L., Williams L.M., Siegel, J.A. (2003) *Retraumatization among adult women sexually abused in childhood: Exploratory analyses in a prospective study*. Journal of Child Sexual Abuse, Vol 11(3). https://doi.org/10.1300/J070v11n03_02.
- Bath, H. (2015) *The three pillar of trauma wise care*. Reclaimjournal.com. Winter 2015. Volume 23, number 4/5.
https://www.traumebevisst.no/kompetanseutvikling/filer/23_4_Bath3pillars.pdf. Lastet ned 24.05.21.
- Braarud, H.C. & Nordanger, D.Ø., (2011) *Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse*. Psykologtidsskriftet.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/10/kompleks-traumatisering-hos-barn-en-utviklingspsykologisk-forstaelse>. Lastet ned 01.05.21.
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018) *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. SAGE Publications, Inc.
- Dalen, E., Holmen, J. & Nordahl, H.M. (2015) *Somatisk helse hos pasienter ved en ruspoliklinikk*. Tidsskrift for den norske legeforening nr. 2 januar 2015.
<https://tidsskriftet.no/2015/01/originalartikkel/somatisk-helse-hos-pasienter-ved-en-ruspoliklinikk>. Lastet ned 01.05.21.

- Danielson, C.K., Amstadter, A.B, Dangelmaier. R.E., Resnick, H.S., Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G. (2012) *Does Typography of Substance Abuse and Dependence Differ as a Function of Exposure to Child Maltreatment*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819723/>. Lastet ned 07.05.21.
- Domhardt, M., Munzer, A., Fegert, J.M, Goldbeck, L. (2015) *Resilience in survivors of child sexual abuse*. Trauma Violence & Abuse (January 2015).
<file:///C:/Users/A115031/Downloads/Resilience-in-Survivors-of-Child-Sexual-Abuse.pdf>. Lastet ned 11.05.21.
- Ehlers, A., Clark, D.M. (1999) *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*. Behaviour research and therapy 38 (2000).
<file:///C:/Users/A115031/Downloads/EhlersClark.BRAT.2000.pdf>. Lastet ned 11.05.21.
- Fjæreide, M. (2016) *Forekomst og konsekvenser av traumer blant et utvalg av LAR-pasienter*, Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin.
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/53567/Mastergradsoppgave--Marianne-Fj-reide-2016.pdf?sequence=11&isAllowed=y>. Lastet ned 02.05.21.
- Folkehelseinstituttet (2020) *Pasienters erfaringer med døgnopphold i TSB*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/contentassets/a9ee88d79abb4c74bf867065aee163e7/nasjonale-resultater.pdf>. Lastet ned 11.05.21.
- Folkehelseinstituttet (2020) *Vold og seksuelle overgrep*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/>. Lastet ned 01.05.21
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, P., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P., Kaplan, K. (2004) *Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders*. American Medical Association. <file:///C:/Users/A115031/Downloads/yoa30442.pdf>. Lastet ned 02.05.21.

- Hafstad, G.S. & Augusti, E. (2019) *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. S. 83-86. https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf. Lastet ned 27.05.21.
- Hart, S. (2011) *Den følsomme hjernen*. Gyldendal akademisk.
- Hart, S., & Schwartz, R. (2008) *Fra interaksjon til relasjon*. Gyldendal akademisk.
- Haugum, M., Iversen, H.H., Bjertnæs, Ø.A. (2013) *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. <https://www.fhi.no/contentassets/d46a9ec8d6d44deaa62cfbdab7b56275/pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling--resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse-i-20132>. Lastet ned 11.05.21.
- HelseDirektoratet (2012) *Nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse*. HelseDirektoratet. [https://www.helseDirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helseDirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf). Lastet ned 01.05.21.
- HelseDirektoratet (2018) *Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. HelseDirektoratet. <https://www.helseDirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>. Lastet ned 02.05.21.
- HelseDirektoratet (2020) *Tannbehandling for pasienter med ruslidelser*. HelseDirektoratet. <https://www.helseDirektoratet.no/tema/tannhelsetjenesteloven/tannbehandling-for-pasienter-med-ruslidelser>. Lastet ned 27.05.21.

- Herman, J. (1992) *Trauma and recovery*. BasicBooks.
- Hjellum, K. (2013) *Evaluering av rusprosjektet Ytrebygdamodellen*. Kompetansesenter rus – region vest Bergen. <https://docplayer.me/1364144-Evaluering-av-rusprosjektet-ytrebygdamodellen.html>. Lastet ned 02.05.21.
- Hokland, M. (2006) *Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering av minner om traumer*. Psykologtidsskriftet.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2006/10/kan-noen-traumatiserte-pasienter-ta-skade-av-eksponering-minner-om-traumer?redirected=1>
Lastet ned 02.05.21.
- Kirkengen, A.L. & Næss, A.B. (2017) *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Universitetsforlaget.
- Klæth, J.R., Hagen, R. (2009) *Sammenhengen mellom barndomstraumer og senere utvikling av psykotiske lidelser*. Psykologtidsskriftet.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/11/sammenhengen-mellom-barndomstraumer-og-senere-utvikling-av-psykotiske-lidelser?redirected=1>. Lastet ned 02.05.21.
- Lamya Khoury, B.S., Tang, Y.L., Bradley, B., Cubells J.F., Ressler, K.J. (2010) *Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population*. *Depression and Anxiety* 27: 1077-1086.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/da.20751>. Lastet ned 02.05.21.
- Landheim, A.S., Bakken, K., Vaglum, P. (2003) *Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly.substance abusers*. Department of substance abuse, Sanderud Hospital.
<https://www.jstor.org/stable/pdf/26790221.pdf?refreqid=excelsior%3A8cc3c013da6c52cc25ee5cd81467fa54>. Lastet ned 02.05.21.
- Liebsechutz, J. Savesky, J. B., Saitz, R., Horton, N.J., Lloyd-Travaglini, C., Samet, J.H. (2002) *The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences*. Boston Medical center.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4861063/>. Lastet ned 01.05.21.

- Lossius, K. (2011) *Håndbok i rusbehandling*, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999) *kapittel 4, gjennomføring av psykisk helsevern*, lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=lov%20om%20psykisk%20helsevern#KAPITTEL_4. Lastet ned 01.05.21.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) *kapittel 2, rett til helse- og omsorgstjenester og transport*, lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Lov%20om%20pasient%20og%20brukerrettigheter#KAPITTEL_2. Lastet ned 01.05.21.
- Lov om straff (2005) *kapittel 26, seksuallovbrudd*, lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-11#KAPITTEL_2-11. Lastet ned 01.05.21.
- Lov om helse- og omsorgstjenester (2011) *kapittel 10, tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige*, lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov%20om%20helse%20og%20omsorgstjenester#KAPITTEL_10. Lastet ned 01.05.21.
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Mannes, H.L. & Markestad, M. (2015) *En beskrivelse av dynamikken mellom traumer og rus. Kompetansesenter rus*, rusfag nr. 1 2015. <http://kompetansesenterrus.no/file/markestad-og-mannes-traumer-og-rus-rusfag-1-2015.pdf>. Lastet ned 28.05.21.
- Melgård, T., Ramm, C. (2005) Hva er det som hjelper? Miljøterapeutiske verktøy i møte med traumatiserte pasienter. RVTS øst. S. 3-5. <https://rvtsmidt.no/wp-content/uploads/2014/03/Veileder-05-05-milj%C3%B8terapi-8.pdf>. Lastet ned 27.05.21.

- Michalopolous, I. (2012) *Stabilisering – det viktigste leddet i traumebehandling?* Psykologtidsskriftet, 07/2012.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/07/stabilisering-det-viktigste-leddet-i-traumebehandling>. Lastet ned 11.05.21.
- Modum bad (2014) *Tilbake til nåtid; en manual for håndtering av traumereaksjoner*, Modum bad.
- Mossige S. & Stefansen K. (2007) *Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporderingsstudie blant avgangselever i videregående skole*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. S. 75-79.
<https://kriminalitetsforebygging.no/wp-content/uploads/2016/07/Vold-og-overgrep-mot-barn-og-ung-NOVA-Rapport-5-16-web.pdf>. Lastet ned 01.05.21.
- Najavits, L.M., Weiss, R.D. and Shaw, S.R., (1997) *The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review*. American Journal on addictions, volume 6, issue 4.
https://bibsyst-almaprmo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_cdi_crossref_primary_10_3109_10550499709005058&context=PC&vid=HIB&lang=nn_NO&search_scope=default_scope&adaptor=primo_central_multiple_fe&tab=default_tab&query=any,contains,The%20link%20between%20substance%20abuse%20and%20posttraumatic%20stress%20disorder%20in%20women:%20A%20research%20review&offset=0. Lastet ned 08.05.21.
- NAV (2021) *Om foreldrepenger – hvor lenge kan du få*. <https://familie.nav.no/om-foreldrepenger#hvor-lenge-kan-du-fa-foreldrepenger>. Lastet ned 11.05.21.
- Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C. (2014) *Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi*. Researchgate.net/publication/264166169.
file:///C:/Users/A115031/Downloads/Nordanger_Braarud.pdf. Lastet ned 24.05.21.
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H.C. (2017) *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.

- NOU (2019) *Tvangsbegrensningloven - Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten kap. 10.5.2.2.4*. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/78974ebb760a412cb646611ad2e57b9d/no/pdfs/nou201920190014000dddpdfs.pdf>. Lastet ned 01.05.21.
- Næss, A.B. & Kirkengen, A.L. (2015) *Er en belastet barndom knyttet til kortere telomerer?* Tidsskrift Den norske legeforening.
<https://tidsskriftet.no/2015/08/oversiktsartikkel/er-en-belastet-barndom-knyttet-til-kortere-telomerer>. Lastet ned 08.05.21.
- Ogden, T. (2001) *Sosial kompetanse og problematferd i skolen. Kompetanseutviklende og problemløsende arbeid i skolen*. Gyldendal Akademisk.
<http://web2.gyldendal.no/media/ga/Ogden.pdf>. Lastet ned 02.05.21.
- Ogden, P., Minton, K. (2000) *Sensorimotor Psychotherapi: One Method for Processing Traumatic Memory*. Traumatology, volume VI, Issue 3, Article 3
https://www.psicoterapiabilbao.es/wp-content/uploads/2015/12/sensorimotor_psychotherapy.pdf. Lastet ned 02.05.21.
- Olsø, T.M., Almvik, A. og Norvoll, R. (2014) *Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagfolk i to oppsøkende team*, Nordisk tidsskrift for helseforskning, nr 2-2014. <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3327/3200>. Lastet ned 27.05.21.
- Prop. 15 S (2015-2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet*, regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/?ch=2>. Lastet ned 01.05.21.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Mandel, S. (1997) *Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder*. Journal of traumatic stress, vol. 10, no 4.
<https://doi.org/10.1002/jts.2490100403>.

- Steine, I.M., Winje, D., Nordhus, I.H., Milde, A.M., Bjorvatn, J.G., Pallesen, S. (2017) *Hvorfor tar det så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep?* Tidsskrift for Norsk Psykologforening. https://www.researchgate.net/profile/Iris-Steine/publication/316059898_Hvorfor_tar_det_sa_lang_tid_a_fortelle_om_seksuelle_overgrep/links/58ee6b440f7e9b37ed16bec8/Hvorfor-tar-det-sa-lang-tid-a-fortelle-om-seksuelle-overgrep.pdf. Lastet ned 11.05.21.
- Sjøftestad, S. (2018) *Grunnbok i arbeid med seksuelle overgrep mot barn*. Universitetsforlaget.
- Tang, F., Shin, S., Freyd, J. (2007) *What do we know about gender in the disclosure of child sexual abuse?* Journal of psychological trauma, vol 6. https://www.researchgate.net/publication/228353603_What_Do_We_Know_About_Gender_in_the_Disclosure_of_Child_Sexual_Abuse. Lastet ned 02.05.21.
- World Health Organization, (1994) *International Classification of Diseases (ICD-10), psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. https://www.ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blaboka/_attachment/inline/2940e18d-9320-4536-b627-0f6289e362f6:6875a2309af7447a26d9731a6e7ff2cba814c14e/ICD-10%20Psykiske%20lidelser%20og%20atferdsforstyrrelse%20kliniske%20beskrivelser%20og%20diagnostiske%20retningslinjer.pdf. Lastet ned 27.05.21.
- World Health Organization (2018) *International Classification of Diseases (ICD-11), Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f585833559>. Lastet ned 23.05.21.
- Øverlien, C. (2012) *Vold i hjemmet: Barns strategier*. Universitetsforlaget.
- Figur 1: Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C. (2014) *Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traume psykologi*. Tidsskrift for Norsk psykologforening. https://www.traumebevisst.no/kompetanseutvikling/filer/Regulering_som%20nokke lbegrep.pdf. Lastet ned 27.05.21.



MASTEROPPGAVE

Tittel på norsk:

Hvordan hjelpe rusmiddelavhengige med retraumatisering som følge av seksuelle overgrep fra barndommen? Et behandlerperspektiv.

Title in English:

How to help substance abusers with retraumatization as a result of childhood sexual abuse? A therapist perspective.

Kandidat: Vibeke Aasheim

Kandidatnummer 417

Antall ord: 21 658

Høgskulen på Vestlandet, Institutt for velferd og deltaking
Master i psykisk helse- og rusarbeid

Veiledere:

Anne Marita Milde, psykologspesialist og forsker v/NORCE (hovedveileder)
Kjersti Alsaker, professor v/Høgskulen på Vestlandet (biveileder)

Innleveringsdato:

28.05.2021

Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet:

Hvordan hjelpe rusmiddelavhengige med retraumatisering etter seksuelle overgrep fra barndommen? Et behandlerperspektiv.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få kunnskap om hvordan behandlere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) jobber med pasienter som har opplevd tidlige seksuelle overgrep, og som kan vise symptomer på retraumatisering under behandling. Delmål er å få økt kunnskap om hvordan retraumatisering avdekkes og håndteres, og hvorvidt retraumatisering blir tematisert til andre i hjelpetjenesten som skal bistå pasienten i et videre tiltaksløp.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er:

- Bidra til økt kunnskap om hvordan retraumatisering avdekkes og håndteres i en pasientgruppe som sliter med rusavhengighet
- Bidra til økt kunnskap om erfaringsdeling til annet hjelpepersonell om pasienters retraumatisering, og potensiell nytteverdi for pasienten

Forskningsprosjektet inngår i en masteroppgave ved Høgskulen på Vestlandet. Etter fullført masteroppgave vil dataene som er samlet inn brukes til publisering i nasjonalt fagtidsskrift.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet, avdeling Bergen, helse og sosialfag, master i psykisk helse og rusarbeid er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget i studien består av psykologer med eller uten spesialitet i rus som arbeider i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Da du arbeider med behandling av rusavhengige, og er utdannet psykolog, er det sannsynlig at du har god erfaring med pasienter som har opplevd tidlige seksuelle overgrep. Som et ledd i behandling antar vi at du også har erfaring med at noen av disse pasientene kan bli retraumatisert under behandling.

Kontaktinformasjon er gitt oss fra ledelsen ved ditt arbeidssted som har samtykket til at ansatte psykologer kan få epost med informasjon og forespørsel om deltakelse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du samtykker til å delta i studien, vil du intervjues i en én-til-én samtale. Det vil da kun være deg og intervjueren tilstede. Du vil få spørsmål fra en intervjuguide som er utarbeidet i forkant, med eventuelle oppfølgingsspørsmål for å klargjøre eller utdype enkelte svar. Du får også muligheten til å stille oppklarende spørsmål. Hele intervjuet tar ca 60 minutter.

Intervjuet inneholder spørsmål om:

- Din erfaring med pasienter som kan oppleve retraumatisering ut i fra tidlige hendelser med seksuelle overgrep.
- Din erfaring med avdekking og håndtering av retraumatisering.
- Din erfaring med hvordan retraumatisering påvirker rusbehandling.
- Din erfaring med å tematisere retraumatisering i et tverrfaglig samarbeid.

Det vil ikke bli stilt andre spørsmål enn kjønn og din alder (år), og antall år i stilling som psykolog i TSB. Ingen spørsmål blir stilt som kan identifisere deg eller tredjeperson, ingen medisinske eller helsemessige spørsmål. Arbeidssted, avdeling, by, distrikt eller region blir ikke oppgitt i masteroppgaven eller i annen type formidling. Erfaringer med behandling av andre pasientgrupper enn den som defineres her er ikke relevant.

Du skal ikke utlevere taushetsbelagte opplysninger om dine pasienter.

Intervjuet blir tatt opp på bånd, og transkribert.

Det vil ikke bli gitt honorar eller andre godtgjørelser for å delta i studien.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i studien. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg 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 vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket (GDPR).

- Masterstudent, Vibeke Aasheim, vil ha tilgang til opplysningene om deg.
- Ditt navn og din kontaktinformasjon vil slettes umiddelbart etter intervjuet og erstattes med en kode.
- Hovedveileder, Anne Marita Milde (RKBU Vest, NORCE), vil kun ha tilgang til transkriberte intervju, men ingen personopplysninger.
- Medveileder, Kjersti Alsaker, (Høgskulen på Vestlandet, masterprogrammet i psykisk helse og rusarbeid) vil ha tilgang til transkriberte intervju, men ingen personopplysninger.

Det vil ikke være mulig å identifisere deltakerne i verken masteroppgaven eller i andre publikasjoner. Deltakerne benevnes som 'behandlere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling'. Ledelsen ved institusjonen har informasjon om hvem som får tilsendt informasjons- og samtykkeskjema, men ikke hvem som samtykker.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal avsluttes innen 31.12.2021. Alle direkte personopplysninger vil slettes umiddelbart etter intervju. Papirer med direkte eller indirekte personopplysninger vil makuleres. Alle direkte personopplysninger anonymiseres under transkribering.

De transkriberte intervjuene vil bli oppbevart i 2 år etter prosjektets avslutning til bruk for publikasjon. Oppbevaring er sikker forskningsserver ved Høgskulen på Vestlandet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, det vil si til intervjuet er transkribert, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet, avd for helse og sosialfag, master i psykisk helse og rusarbeid, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Høgskulen på Vestlandet, avd for helse og sosialfag, master i psykisk helse og rusarbeid ved veileder Kjersti Alsaker:

- E-post: kjersti.alsaker@hvl.no
- Telefon: 920 89 489

RKBU Vest, NORCE, ved veileder Anne Marita Milde

- E-post: anmi@norce-research.no
- Telefon: 932 32 728

Høgskulen på Vestlandet, avd for helse og sosialfag, master i psykisk helse og rusarbeid ved student Vibeke Aasheim

- E-post: vibekevilde@gmail.com
- Telefon: 990 48 311

Vårt personvernombud: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS

- E-post: personverntjenester@nsd.no
- Telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Vibeke Aasheim

Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om studien “ **Hvordan hjelpe rusmiddelavhengige med retraumatisering etter seksuelle overgrep fra barndommen? Et behandlerperspektiv.**”, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i et semistrukturert dybdeintervju som tar ca 60 min.
- at resultatene kan brukes i en masteroppgave i psykisk helsearbeid og rus ved Høgskulen på Vestlandet
- at resultatene blir publisert i nasjonale fagartikler
- at det transkriberte intervjuet som er anonymisert lagres i 2 år etter prosjektslutt

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet
31.12.2021

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide for studien:

Tittel:

«Hvordan hjelpe rusmiddelavhengige med retraumatisering etter seksuelle overgrep fra barndommen? Et behandlerperspektiv»

Forskningsspørsmål:

«Hvilke erfaringer har behandlere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling med rusmiddelavhengige som retraumatiserer som følge av seksuelle overgrep fra barndommen?»

1. Hvordan går du frem i arbeid med kartlegging av pasientene?
2. Hva er din erfaring med å avdekke seksuelle overgrep hos dine pasienter?
3. Hvordan opplever du åpenhet blant pasientene om sine erfaringer av seksuelle overgrep?
4. Hva er din opplevelse av hvordan pasientene dine opplever retraumatisering av seksuelle overgrep fra barndommen?
5. Dine tanker om hvordan slike erfaringer påvirker rusbehandlingen?
6. Hvilke behandlingsmetoder bruker du i ditt arbeid med disse pasientene?
7. Hvordan jobber du med å identifisere utløsere for retraumatisering?
8. Hvordan hjelper du pasientene med å håndtere traumene?
9. Samarbeider du med andre utenfor ditt arbeidssted om pasientene og eventuelt hvordan?
10. Hvilke andre tiltak, enn behandling, tenker du kan være med på å bedre disse pasientenes psykiske helse med tanke på retraumatisering?
11. Har du annet du ønsker å utdype eller tilføye?

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjektittel

Hvordan hjelpe rusmiddelavhengige med retraumatisering etter seksuelle overgrep fra barndommen? Et behandlerperspektiv.

Referansenummer

665559

Registrert

26.05.2020 av Vibeke Aasheim - 932202@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse og funksjon

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kjersti Alsaker, Kjersti.Alsaker@hvl.no, tlf: 920 89 489

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Vibeke Aasheim, vibekevilde@gmail.com, tlf: 99048311

Prosjektperiode

01.09.2020 - 31.12.2021

Status

24.06.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

24.06.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 24.06.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG.

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

