

# Fra gangsyn til vidsyn

Nikolaj Kunøe

Avtroppende leder, Yngre psykologers utvalg

Anne Grete Moløkken Greaker

Martin Sjøly

## – spesialistordningen og behovet for helhetlig behandling ved rus symptomer og psykisk lidelse

«Vi vil gå så langt som å hevde at den splittelsen i tjenester som nå er planlagt, representerer foreldede moralistiske holdninger som vi bør legge bak oss. Det burde være tid for å gi mennesker med omfattende rusmisbruk spesialiserte behandlingstilbud etter samme regler, og samme finansieringsordninger, som mennesker med psykiske lidelser eller som har kreft.» (Norsk Psykologforening, 2003).

Psykologer har en lang tradisjon som forkjempere for at svakerestilte grupper skal få den behandling de behøver (Løchen, 1970). Det bør derfor glede mange psykologer at politikerne i Rusreform I og II, stadfester rett til psykisk og somatisk helsehjelp for en tidligere neglisjert gruppe: mennesker med rus symptomer. Vi som arbeider i psykiatriske ungdomsteam er svært tilfredse med slike signaler, som fastholder vår målgruppes medlemskap i samfunnet. Ungdomsteamene har i 30 år arbeidet med mennesker i aldersgruppen 15–30 år med psykiske lidelser i kombinasjon med rus symptomer.

Arbeid med klienter med rusproblemer kvalifiserer per i dag ikke til spesialiteten med fordypning i klinisk voksenpsykologi på lik linje med å arbeide i tradisjonelt psykisk helsevern, der rus ikke er i fokus. Blant praksiskravene er minst tre års klientrettet arbeid, hvorav to bør være innen tradisjonelt psykisk helsevern (poliklinisk, inneliggende), og det tredje året kan være innen rus, familie og annet. I dette innlegget vil vi foreslå at foreningen slutter med forskjellsbehandlingen av rusrelatert arbeidspraksis og «ordinært» klinisk arbeid med voksne. Vi tror ikke Psykologforeningen har latt seg styre av gamle kulturelle forestillinger om mennesker med rusproblemer som umoralske eller slemme (jamfør sitatet over). Vi velger i stedet å tro at det enten er faglige argumenter eller mangel på kunnskaper som ligger til grunn for foreningens nåværende praksis. Dessverre er ikke Psykologforeningen alene om å ha en slik dobbelstandard, noe som gjør det naturlig for oss å ta et videre perspektiv i dette innlegget.

## Helhetlig behandling

Psykologbehandling av pasienter med rus symptomer er ikke kvalitativt forskjellig fra behandling av mennesker med andre former for psykiske problemer. Rus er en type symptom som verken fortjener mer eller mindre særbehandling enn symptomer som selvskadning, vold eller spiseforstyrrelser, for å nevne noen eksempler. Symptomer kan tolkes som at kortsiktige løsninger blir et langsiktig problem. Som regel er rusen en løsning på hele spekteret av psykiske problemer man ellers finner i psykisk helsevern. Når den aktive rusingen er redusert til et minimum, er det bare unntaksvis at vi anser våre pasienter som klare for utskrivning. Det er som regel i disse periodene vi best kommer i posisjon til å behandle våre pasienter med de samme arbeidsmetoder for stemningslidelser, psykoseopplevelser og

personlighetsproblemer som anvendes i psykisk helsevern for øvrig. I enhver behandling vil en være tjent med å differensiere og integrere behandlingsopplegget slik at det i størst mulig grad er tilpasset individets unike problemer (Drake, Yovetich, Harris & McHugo, 1997; Hubble, Duncan & Miller, 2002; Vaglum, 1996).

Forestillingene om «ren» rusmiddel-omsorg og et «rent» psykisk helsevern er gammeldagse og for enkle. Flere undersøkelser tyder på at mange pasienter i ordinært psykisk helsevern har en rusmiddelbruk som er uheldig for deres psykiske helse. Mer enn 35 % av pasienter med schizofreni bruker rus på en slik måte at det påvirker deres psykiske helse (Flata & Rørstad, 2002), og noen studier finner forekomst opp mot 50 % (Buckley, 1998; Statens helsetilsyn, 2000). Andelen med rusproblemer blant pasienter med stemningslidelser angis til mellom 20 og 50 % avhengig av undersøkelse (Statens helsetilsyn, 2000; Tomasson & Vaglum, 1995). Mennesker med psykiske lidelser tåler gjerne rusmidler dårligere, og mister raskere kontrollen enn mennesker uten slik lidelse (Evjen, Øien & Kielland, 2003).

Behandlere som arbeider innen ordinært psykisk helsevern, vil med stor sannsynlighet støte på pasienter som har rusmiddelsymptomer i tillegg til andre symptomer. Grunnen til at psykologer ikke ser dette, kan være at pasientene ikke våger å fortelle om det, eller at psykologene rett og slett lar være å spørre. Men hva kan det komme av?

## Behandlingsvinduet

I vår fremstilling av handlingsalternativene psykologer har i møtet med russymptomer, har vi valgt å skape behandlingsvinduet, en fjern slektning av Joharis vindu. I Joharis vindu illustrerer Luft (1969) forholdet mellom individuell kunnskap og andres kunnskap, eller subjektiv og intersubjektiv kunnskap. Utgangspunktet er at ulik kunnskap om individet er tilgjengelig for individet og utenforstående. Refleksjon rundt hva rutene kan inneholde og hvorfor det forholder seg slik, kan bi dra til selvutvikling (se Tabell 1).

Noe forenklet kan man si at en som behandler har fire handlingsalternativer i møtet med en pasient med russymptomer:

- A å avbryte behandlingen og henwise pasienten til «rusmiddelomsorgen»
- B å fortsette behandlingen av de øvrige symptomene, for eksempel psykose og angst, og overse russymptomene
- C å arbeide åpent med russymptomene på linje med andre symptomer
- D å legge ensidig vekt på rus, og nedtone eller ignorere andre problemer

Parallellen til Joharis vindu er at behandlere i mange tilfeller er blinde for de faglige mulighetene til å yte forsvarlig og helhetlig behandling.

### A – avvisning

Pasienter med russymptomer velger ofte å skjule disse for sin behandler i ordinært psykisk helsevern, dessverre ofte med god grunn. Vi får jevnlig henvist pasienter som føler seg avvist og såret etter at deres psykolog eller andre behandlere avbrøt behandlingsopplegg i ordinært psykisk helsevern fordi pasienten har rus som en del av sin problematikk. Frykten de hadde for å fortelle sin behandler om russymptomene, viste seg å være godt forankret i virkeligheten. De opplever at psykisk helsevern har stemplet dem, og at deres øvrige symptomer og menneskelighet ikke blir sett. For noen bekrefter dette frykten for at samfunnet aldri vil komme til å akseptere dem eller se dem som mer enn «bare en rusmisbruker».

### *B – behandling som før*

Velger behandler løsning B, kan pasienten føle seg akseptert, men behandler vil bevege seg i grenseland for hva som er etisk og behandlingmessig forsvarlig. Å ignorere rusbruk som en del av pasientens symptombilde, er som å forsøke å behandle spiseforstyrrelser med vekt og målebånd alene. For eksempel kan psykosesyntomer i kombinasjon med cannabisbruk opptre i minst fem ulike former, som alle bør tas hensyn til i en forsvarlig psykosebehandling (Johns, 2001). Likevel opplever vi med jevne mellomrom at pasienter nektes muligheten til en god psykosebehandling på grunn av russymptomer. Ved å ta dette perspektivet, er man som behandler også med på å bekrefte pasientens syn på rus som noe man ikke kan snakke om, eller som noe som er uten betydning for pasientens mentale helse. I mange tilfeller vil dette behandlingsvalget medføre betydelig minsket utsikt til bedring, og dette må derfor kunne kalles feilbehandling.

### *C – integrering*

Integrert behandling er den løsning de psykiatriske ungdomsteamene benytter seg av, og som vi ønsker at så mange som mulig vil bruke i fremtiden – også på arbeidsplasser som ikke tradisjonelt arbeider med «rusmisbrukere». Ved å kartlegge de betingelser som skal til for å redusere rus- og andre symptomer, forsøker vi å legge til rette for terapeutisk endring hos våre pasienter. Russymptomene trenger noe spesiell oppmerksomhet og egne fremgangsmåter, slik et symptom som selvskading trenger sine fremgangsmåter. Symptomene blir likeverdige i en vurdering av pasientens allmenne psykiske helse, og prioriteres ut i fra hva som virker mest hensiktsmessig i behandling. Russymptomer er, som mange andre symptomer, ofte resultat av kortsiktige løsningsforsøk på underliggende problemer (Axelsen, 1997).

### *D – ensidig vektlegging av rusproblemet*

Det er godt dokumentert at en stor andel mennesker med russymptomer kvalifiserer for tilleggdiagnoser i f.eks. ICD-10 (Statens helsetilsyn, 2000). Ofte er det ikke tilstrekkelig å få en pasient til å slutte med selvskading for at vedkommende skal føle seg vel. Tilsvarende er det sjelden tilrådelig å satse på at alt er i orden bare aktiv rusing opphører. Da risikerer man å neglisjere betydningsfull informasjon som er vesentlig for å yte forsvarlig behandling av mennesker med psykiske lidelser i tillegg til russymptomer (se Tabell 2).

## **Fra gangsyn til vidsyn**

Psykologforeningen bør være forkjempere for mennesker med russymptomer. Utad bør foreningen fortsette å kjempe for denne svake gruppens rettigheter i samfunnet, og en økende integrering av behandlingstilbud i psykisk helsevern og rusomsorg. Innad håper vi at man slutter å skille mellom medlemmer med og uten erfaring fra rusfeltet når det gjelder spesialistpraksis. Slik vi ser det, er psykologer med ruserfaring et sårt tiltrengt tilskudd til ordinært psykisk helsevern. Dette er et syn som har fått bred politisk støtte de siste årene (Sosial- og helsedepartementet, 2001). En oppdatert spesialistordning bør ikke lenger skille disse to typene praksis. Hvis Psykologforeningens medlemmer skal bli i stand til å tilby sine pasienter faglig forsvarlig behandling, bør foreningen tilby medlemmene flere kurs i behandling av russymptomer. Slik behandling bør inngå som en obligatorisk del av spesialistkursene til fordypningen i klinisk voksenpsykologi, som bør integreres med fordypningen psykologisk arbeid med rus- og avhengighetsproblemer.

«Gangsyn» betyr tradisjonelt å se godt nok til å gå en vei på egen hånd. Det gjør psykologene – til vi selv finner det for godt å stoppe. Spørsmålet er om vi tør løfte blikket fra bakken og gå hele veien sammen med pasienten.