

Utvikling av en integrert behandlingsmodell for rus- og traumepasienter

Ellen Skilhagen

Traumepoliklinikken, Modum Bad i Oslo

Traumepoliklinikken, Modum Bad i Oslo

ellen.skilhagen@modum-bad.no

Jørgen Rygh

Traumepoliklinikken, Modum Bad i Oslo

Traumepoliklinikken, Modum Bad i Oslo

Gruppebehandling for personer med komplekse traumelidelser og ruslidelse er utfordrende, men kan gi pasienten innsikt i at symptomene inngår i et komplekst samspill.

Nasjonale (Helsedirektoratet, 2012) og internasjonale retningslinjer (National Institute for Health and Care Excellence, 2018) anbefaler integrert behandling for personer med både ruslidelse og PTSD, noe som er i tråd med oppdatert forskning på området (Roberts et al., 2015; Tripp et al., 2019). Med integrert behandling menes behandling for både traume- og ruslidelsen samtidig, og at behandlingen gis av en behandler eller et behandlersteam (Roberts et al., 2022).

Det kan være utfordrende å tilby adekvat traumebehandling når rusbruken og komorbide lidelser er omfattende, eller å gi standard rusbehandling når pasienten opplever at rusmiddelbruken er det eneste som gir en pause fra traumesymptomene. Selv om klinikeren er kjent med sammenhenger mellom lidelsene og samspillet mellom traumesymptomer og rusbruk, har behandlingssystemet ofte en organisering som fører til at lidelsene blir behandlet sekvensielt på ulike steder.

Traumepoliklinikken, Modum Bad i Oslo erfarer at personer som henvises med komplekse traumelidelser, ofte har tidligere eller samtidig ruslidelse. Personer med komplekse traumelidelser og samtidig ruslidelse har sammensatte helseproblemer og et lidelsestrykk som mange klinikere finner krevende å håndtere. Traumepoliklinikken ønsket å prøve ut en integrert behandling tilpasset denne pasientgruppen og startet opp et gruppetilbud i 2014. Tilbudet ble initiert og utviklet med utgangspunkt i den psykoedukative modellen «Tilbake til nåtid» (Holbæk, 2014) med spesifikke tilpasninger for pasienter med samtidig ruslidelse. Her ønsker vi å beskrive og dele kliniske erfaringer og refleksjoner fra vårt arbeid som terapeuter i gruppen.

Kunnskapsgrunnlag

Personer med *både* ruslidelse og PTSD har ofte flere komorbide akse 1- og akse 2-lidelser, større grad av psykososiale og medisinske problemer og hyppigere tilbakefall enn personer uten komorbid PTSD (Breslau et al., 1997, ref. i Jacobsen et al., 2001; Najavits et al., 1998, ref. i Jacobsen et al., 2001).

Det er en samvariasjon mellom ruslidelse og PTSD, og tilstedeværelsen av en av lidelsene ser ut til å øke risikoen for å utvikle den andre (Mills et al., 2006). Forekomsten av samtidig PTSD og ruslidelse varierer, og i en metaanalyse (Roberts et al., 2015) som oppsummerer tidligere funn, oppgis at mellom 15–42 % av pasienter med ruslidelse har aktuell PTSD, og blant pasienter med diagnostisert PTSD har 19–35 % samtidig ruslidelse, når alkohol ikke er tatt med. Alkohol er imidlertid det mest brukte

rusmiddelet (Roberts et al., 2015). Her hjemme viste en norsk undersøkelse av 69 LAR-pasienter at 88 % rapporterte mellom en og seks traumatiske hendelser i løpet av livet, men forekomsten av PTSD ble ikke kartlagt (Fjæreide, 2016).

Forskningen på traume-ruslidelser er i hovedsak gjort på PTSD, ikke på komplekse traumelidelser, som for eksempel kompleks PTSD. Pasientgruppen har høy frekvens av drop-out fra behandlingen (Szafranski et al., 2017), og effektstørrelsene i studier er mindre enn for pasienter som har en av lidelsene (Tripp et al., 2019). Personer med alvorlig rusmiddelbruk og høy grad av komorbiditet blir dessuten ofte ekskludert fra studier. Etter hvert som ICD-11 tas i bruk (World Health Organization, 2019), vil vi forhåpentligvis se mer forskning på de komplekse traumelidelsene. Studier på behandling for samtidig PTSD og ruslidelse viser lovende resultater for eksponeringsbaserte tilnærminger, og tyder på at man ikke bør unnlate å gi eksponeringsbehandling (Tripp et al., 2019). Det er imidlertid en sammensatt gruppe, og vi erfarer at mange klinikere uttrykker skepsis til å gi behandling med eksponering fordi de vurderer pasientene som sårbare og med risiko for forverring. Det er vår erfaring at pasienter med traume- og ruslidelser kan være svært ulike hverandre, og at mange vil profitere på psykoedukasjon og grunningsøvelser (fase 1-arbeid).

Vi erfarer at mange klinikere uttrykker skepsis til å gi behandling med eksponering fordi de vurderer pasientene som sårbare

Utvikling av gruppekonseptet

Traumepoliklinikken har siden 2014 hatt grupper basert på manualen «Tilbake til nåtid» (Holbæk, 2014), og før det forarbeidet til den. «Tilbake til nåtid» er en psykoedukativ gruppebehandling for personer med kompleks PTSD. Arbeidet ble påbegynt av Astrid-Marie Tafjord og Ragnhild Kjørnes og videreført av artikkelforfatterne. Traumepoliklinikken ønsket i utgangspunktet å utforske om «Tilbake til nåtid» i en tilpasset form kunne fungere for personer med kompleks PTSD og samtidig ruslidelse som ikke ønsker eller har hatt nytte av eksponering, eller som en forberedelse til senere eksponeringsbehandling. Da vi overtok arbeidet, forelå det allerede utarbeidede behandlingsmanualer for traume- og ruslidelser (se f.eks. Dass-Brailsford & Safilian, 2017, og Najavits et al., 2020), men fordi vi hadde opparbeidet mye og god klinisk erfaring med vår manual, valgte vi å fortsette med den. Manualen er skrevet på norsk og kan relativt enkelt tas i bruk flere steder og av flere faggrupper. Manualen er spesifikt utviklet med tanke på personer med et mer komplekst tilstandsbilde enn PTSD, og vi har tilstrebet å utvikle en integrert behandlingsmodell, hvor fokus på rusmiddelbruk og avhengighet er inkludert.

Når det gjelder traumebehandling generelt, kritiserer nå flere fagpersoner fasemodellen, og anbefaler i stedet å tilpasse behandlingen etter pasientens behov der og da (Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region Øst, u.å.). Derfor ser vi det som positivt at elementer av vår modell lar seg integrere i annen behandling ved behov.

Det ble laget egne kapitler spesielt for denne gruppen (se tabell 1 med oversikt over temaene). Behandlingsopplegget er en fase 1-behandling. Hensikten er å arbeide med kompleks traumelidelse og komorbid ruslidelse, der terapeutisk arbeid direkte med traumehendelsene ikke har vist seg mulig, ikke ønskes av pasienten eller er vurdert som prematurlt.

Gruppetilbudet

Alle deltakerne i gruppene våre blir henvist av DPS, fastlege eller privatpraktiserende psykologer, og mange av pasientene har hatt en lang behandlingshistorikk. De fleste deltakerne har tilfredsstilt kriteriene for kompleks PTSD og samtidig eller tidligere ruslidelse. I enkelte tilfeller har vi inkludert personer med kompleks dissociativ lidelse og også personer med PTSD med samtidig ruslidelse der annen behandling ikke har lyktes. Behandlingen har vært åpen for alle former for rusmiddelavhengighet. Alle deltakerne har hatt en ekstern individualbehandler (f.eks. fra ruspoliklinikk, allmennpoliklinikk eller i privat praksis) under gruppeforløpet. Hovedhensikten med ekstern behandler er å sikre nødvendig støtte til å gjennomføre gruppebehandlingen.

Gruppedeltakerne har tilgang til gruppeterapeutene for samtale utenom gruppen ved behov, men det inngår ikke i en fast struktur. Alle eksterne behandlere inviteres til et informasjonsmøte om gruppen, og det åpnes for løpende dialog med oss underveis. Vi har ikke praktisert strenge eksklusjonskriterier, men høy grad av aggresjon og paranoiditet, eller svært ustabil livsstil uten støtte til å kunne møte jevnt, er mulige eksempler på grunner til eksklusjon.

Rammer for gruppen

Gruppen går over 24 ukentlige samlinger og har bestått av ni deltakere og to terapeuter. Fra 2014 til 2020 har vi hatt til sammen seks grupper.

Alle deltakere har hatt en individuell samtale om aktuell status for den enkelte og grupperegler på forhånd. Det viktigste er å minne om «moralsk taushetsplikt», muligheten for å gå ut av møterommet underveis uten følge av terapeut, ikke møte ruspåvirket, at maks fraværsgrense er fire ganger, og grenser for atferd og ytringer i møtet. Tema skal hele tiden være hvordan det er å leve her og nå, og ikke triggende rus- og traumehistorier fra fortiden.

Vi har praktisert en fast struktur som består av «landing» (en grunningsøvelse), kort oppsummering og samtale om tema fra forrige gang, pause, undervisning, gjennomgang av hjemmearbeidet til neste gang, grunningsøvelse og forberedelse til å avslutte.

For å ta hensyn til at ulike personer er på ulikt sted i sin prosess, har det ikke vært en forutsetning at deltakerne har rusfrihet som mål. Vekten har vært på hvordan det er å leve med rus- og traumeerfaringer, der formålet er å gi utgangspunkt for refleksjon. Ønsket har vært at refleksjonen skal legge til rette for autentiske møter, åpne for dialog, utvikle hensiktsmessige mestringsstrategier og se alternative valg som kan redusere bruk av rus.

De pårørende blir invitert til et felles møte hvor kurset blir beskrevet og en går gjennom sentrale poeng fra undervisningen, med mulighet til å stille spørsmål.

Gruppens innhold

Behandlingsmodellen har tatt utgangspunkt i de 20 kapitlene i manualen. Traumeteorien i manualen har blitt supplert med rusrelatert problematikk, i tillegg til at vi har hatt fire ekstra kapitler/kurs ganger som spesifikt omhandler rusmiddelbruk og avhengighet.

En basisferdighet vi ønsker å kultivere i løpet av gruppen, er det å kunne legge merke til hva som skjer i kropp og sinn. Det fordrer mot, åpenhet og vilje til å utforske egne reaksjoner. Mennesker med traumeerfaringer har ofte et fobisk forhold til kroppsopplevelser og indre opplevelser, noe som kan gjøre det vanskelig å kjenne etter og handle ut fra sine behov og grenser. Dette kan bli et hinder

for videre fremgang i terapi. For å bygge ned fobien tilbyr vi forklaringsmodeller med basis i blant annet traumeteori som hjelper pasientene å plassere det de observerer og oppdager. På denne måten kan reaksjonene etter hvert veves inn i en kontekst. Gruppedeltakernes formidling av egne erfaringer i prosessen bidrar til å innarbeide ord og begreper for traumereaksjoner og indre opplevelser i hele gruppen.

Skam er en sentral følelse i opprettholdelsen av både traume- og ruslidelser. Øktedalen (2015) viste i sitt doktorgradsarbeid at jo mer skam i løpet av en terapitime, jo mer PTSD-symptomer tre dager senere. Skam antas også å være en årsaksfaktor til utvikling og vedlikehold av rusmisbruk (Luoma et al., 2019; Potter-Efron, 2002, ref. i Hernandez & Mendoza, 2011). Reduksjon av skam har derfor vært et viktig mål med gruppen. Det har vært sentralt å legge til rette for kunnskapstilegnelse som kan erstatte gamle skyld- og skamnarrativer og åpne for nysgjerrighet og selvmedfølelse (McGaffin et al., 2013).

Oversikt over temaene i gruppen «Tilbake til nåtid»

- 1 Introduksjon. Motivasjon og målsetting
- 2 Toleransevinduet
- 3 Reaksjoner på fare. Posttraumatisk stress
- 4 Komplekse traumereaksjoner
- 5 Rusmiddelbruk, misbruk og avhengighet*
- 6 Dissosiasjon
- 7 Rusmidlenes virkning og funksjon*
- 8 Triggere
- 9 Håndtering av triggere
- 10 Oppmerksomt nærvær – mindfulness
- 11 Hvordan påvirkes forholdet til kroppen?
- 12 Janina Fishers modell for overlevelsesreaksjoner*
- 13 Oppsummering. Hva har du lært så langt?
- 14 Hvordan gi dagen struktur?
- 15 Hvordan sove bedre?
- 16 Hvordan påvirkes tankene?
- 17 Refleksjon som verktøy
- 18 Hvorfor har vi følelser?
- 19 Vennlighet mot deg selv som verktøy
- 20 Hvordan håndtere sinne?
- 21 Hvordan håndtere frykt for relasjoner?
- 22 Selvhevdelse og gode grenser
- 23 Rusmiddelbruk og avhengighet – hvordan komme videre?*
- 24 Avskjed

De kapitlene som er utviklet spesielt for traume-rusgruppen, er merket med *. De rusrelaterte temaene presenteres litt ulikt i undervisningsrekken, avhengig av hva vi vurderer at den enkelte gruppe trenger.

Gruppekultur

Vi har lagt vekt på å utvikle en gruppekultur preget av trygghet, forutsigbarhet, respekt, utforsking, aksept, eget ansvar, refleksjon og kunnskapsformidling. Med bevissthet om skam som en potent motkraft i det terapeutiske arbeidet har et hovedanliggende vært å ikke forsterke skammen gjennom rigide kontrollregimer, men praktisere tydelig struktur og regler. Vekten legges på hvordan det er å leve med rus- og traumeerfaringer, og brukes som utgangspunkt for refleksjon. Formidlingen er gjennomsyret av en holdning om at det «unormale» ved deres måte å leve og løse problemer på, ses som forståelige menneskelige reaksjoner og normale måter å forsøke å håndtere «unormale» livsomstendigheter på i mangel av andre alternativer.

Siktemålet har vært at gruppen skal bidra til refleksjon, dialog og utvikling av hensiktsmessige mestringsstrategier, og at en skal fremme oppmerksomhet på alternative valgmuligheter til bruk av rusmidler.

Terapeutene tilbyr ikke først og fremst fasitsvar, men er aller mest fasilitatorer for gruppedeltakernes prosess, både som enkeltpersoner og som gruppe. Vi søker likevel å være tydelige i formidlingen om hva som er normale traumereaksjoner. Målet er at vi formidler og skaper en atmosfære som består av respekt, undring og empatisk inntoning, og at vi bidrar med refleksjoner rundt det som oppstår. Holdningen er ikke-dømmende. Vi forsøker å veksle mellom en ikke-vitende posisjon og presentasjon og utprøving av om traumeforståelse gir tillitvekkende og brukbar innsikt. Når det fungerer etter hensikten, får vi opplevelsen av at det er en samskapende prosess, hvor et mål også er å redusere overføring av pasientenes tidligere uhensiktsmessige autoritetserfaringer. Gruppens stramme regi, legitimert med at ugunstige gruppedynamiske prosesser kan trigge og skape dårlig læringsklima, fremmer og legger til rette for en gruppekultur preget av trygghet, empati og omsorg.

Læringsprosess – kliniske poenger

Selv om hovedfokuset ligger på traumebehandling, har vi som terapeuter et uttalt mål om å ikke «bare» tilby deltakerne traumebehandling eller «bare» rusbehandling, men utforske det komplekse samspillet mellom traumereaksjoner og rusmiddelbruk. Vi ønsker å stimulere nysgjerrighet på hvordan rusmiddelbruk og traumesymptomer henger sammen. Noen poenger som går igjen i gruppene:

Flukt og kamp

Når vi arbeider med ulike forsvarsrespons, retter vi særlig oppmerksomhet mot flukt og kamp, da det gjerne er disse responsene som driver rusmiddelbruk (Fisher, 2017). Vi forsøker å omtale kamp- og fluktstrategiene med respekt og anerkjennelse og utforsker om deltakerne kan forstå sine egne beskyttelsesstrategier på samme vis. På denne måten søker vi å være på lag, ikke bare med det i pasienten som vil redusere rusmiddelbruk, men også med det i pasienten som ikke ser andre løsninger

enn rusmiddelbruk. Målet er en mer vennlig indre dialog, i den hensikt å redusere triggere for økt rusmiddelbruk.

Et gjennomgående tema er hvordan traumereaksjoner og rusmiddelproblemer kan være gjensidig forsterkende

Gjensidig forsterkning

Et gjennomgående tema er hvordan traumereaksjoner og rusmiddelproblemer kan være gjensidig forsterkende. Vi forsøker å anerkjenne deltakernes opplevelse av hjelp fra rusmiddelet, samtidig som vi spiller inn kunnskap om hvordan rusmiddelbruk på sikt forverrer traumesymptomene. Her drøftes blant annet den negative virkningen som rusmidler har på hjernens evne til å regulere traumereaksjoner og til å lære at det er trygt i nåtid. Vi drøfter hvordan abstinens og rusmiddelvirkning kan trigge traumereaksjoner, og hvordan traumereaksjoner kan feiltolkes som abstinens. Vi arbeider ikke bare med triggere for traumereaksjoner, men også med triggere for rusmiddelbruk og triggere som er felles for både traumereaksjoner og rusmiddelbruk. Vi er åpne med deltakerne om at det ikke alltid er mulig å finne ut av disse spørsmålene, men fremholder at økt undring og oversikt over egne reaksjoner likevel vil bidra til mindre refleksbaserte handlinger.

Valg av strategier

Vi forsøker å stimulere deltakerne til å reflektere over om de benytter rusmidler når de har behov for tiltak rettet mot traumereaksjoner. Erfaringen er at deltakerne har gjenkjent og funnet mening i at avrusning kan øke traumesymptomer, og at rusfrihet kan oppleves annerledes ved samtidig aktiv traumelidelse. Vi har oppfordret deltakerne til å ha et reflektert forhold til hvor mye av rusmiddelbruken som kan endres, uten å bli for dysregulert av traumesymptomer. Om man ikke klarer å stoppe egen bruk, vil det å kunne forutse når rusmiddelbruk skjer, gi en opplevelse av økt kontroll. Det kan også stimulere til å utforske hvilke mestringsmåter man trenger å arbeide videre med terapeutisk (Fisher, 2000).

Det kan være vanskelig å vurdere om pasienten dissosierer eller er ruspåvirket

ERFARINGER FRA GRUPPEGJENNOMFØRING

Utvalget av pasienter

I behandlingsgruppene har vi inkludert pasienter med både mild og alvorlig rusproblematikk: pasienter med injeksjonsbruk, pasienter som er avhengige av legeordinerte medisiner eller alkohol, pasienter med pågående eller tilbakelagt bruk av rusmidler, pasienter med svak sosial fungering og med upåfallende fungering sosialt og i arbeidslivet. Dette ble i utgangspunktet gjort av praktiske hensyn. Vi valgte å fortsette med sammensetningen, da vi erfarte at deltakerne lærte av hverandre underveis. Noen deltakere hadde kommet lenger i sin rusmestring, andre var lenger fremme i sin kunnskap om og mestring av traumesymptomer. Gruppelederne har forsøkt å normalisere at man er på ulike steder i sin prosess. Erfaringen vår er at traumeperspektivet forener og blir et felles orienteringspunkt som gir mening og sammenheng i forståelsen av seg selv og sitt liv. Det gir frihet til å nyansere og utvide narrative om eget liv og bruk av rus som mestringsstrategi. Det er vår erfaring at gruppen forenes på tvers av rushistorikk, miljø, kultur og sosial status.

Dissosiasjon eller rusmiddelpåvirkning

En erfaring er at det kan være vanskelig å vurdere om pasienten dissosierer eller er ruspåvirket. I gruppene tillates sterke traumereaksjoner, som å bli kroppslig slapp eller glemme det vi snakker om. Det kan imidlertid være utfordrende at de samme reaksjonene ikke er tillatt som en følge av rusmiddelpåvirkning. Fordi mange pasienter opplever å fremstå som mer til stede og samlet når de er rusmiddelpåvirket, står gruppelederne i risiko for å feiltolke traumereaksjoner som rusmiddelpåvirkning, eller rusmiddelpåvirkning som traumereaksjoner. Pasientene fanger erfaringsmessig fort opp rusatferd hos hverandre og vil ofte avsløre det raskere enn terapeutene gjør. Brudd på denne regelen skaper reaksjoner i gruppen, er triggende og gjør det helt nødvendig at terapeutene raskt avklarer situasjonen, kommuniserer og lander konsistente beslutninger.

Uerkjent kompleks dissosiativ lidelse

En hypotese vi har hatt med oss, er at vi vil møte på pasienter med uerkjent kompleks dissosiativ lidelse. Disse pasientene kan nok presentere seg med kaotiske liv og tung rusatferd, som dels er forårsaket av lidelsen og dels kamuflerer den. Gjennom gruppene har vi fått holdepunkter for hypotesen hos noen pasienter, men ikke mange.

Evaluering av gruppebehandlingen

Vi har ikke lyktes i en systematisk kartlegging av effekten av gruppeopplegget, blant annet fordi mange strever med å fylle ut og levere skjemaer før og etter gruppen. Etter hvert fullført kurs har vi lagt vekt på muntlig evaluering og spurt deltakerne om hva de sitter igjen med. Flere forteller at gruppen har vært viktig for dem, og har gitt uttrykk for et ønske om at behandlingsapparatet generelt skal ha samtidig oppmerksomhet på traumer og rus. Flere sier også at de har opplevd gruppen som mer krevende enn de hadde forventet. Mange har sett på seg selv primært som rusmisbrukere og tenkt at rusfrihet er nøkkelen til bedring. Overgangen til å forstå seg selv som traumeutsatt er ikke så lett. Noen forteller at de i større grad ser helheten i det de trenger å arbeide med, og at jobben de har foran seg, kan virke større enn de antok. Innsikten kan gi håp og retning, men kan også være smertefull.

Flere sier at økt forståelse for egne traumereaksjoner, kombinert med treningen på å undre seg og reflektere over hva som trigger behovet for å bruke rusmidler, har bidratt til økt kontroll over egen rusmiddelbruk. Ved å øve seg på å stoppe opp og undersøke andre håndteringsmåter når behovet for rusmidler dukker opp, klarer de oftere enn før å gjøre noe annet enn å ruse seg. Følelser, impulser og kroppsreaksjoner blir mindre skremmende når en forstår dem bedre. Da kan en også tåle de indre reaksjonene på en annen måte, og behovet for rusmidler blir mindre i noen situasjoner.

Fordi vi hovedsakelig har arbeidet med personer som har hatt rusproblemer over lang tid, vil det i de fleste tilfeller være urealistisk å forvente rusfrihet etter 24 uker. Pasientene får heller ikke direkte hjelp med fysiske avhengighetssymptomer i gruppen. Likevel kan bedre evne til å regulere traumereaksjoner, redusert skam og økt refleksjon være viktige bidrag til å håndtere avhengigheten som helhet. Det er interessant at en del av deltakerne har rapportert å ruse seg betydelig mindre etter gruppen, i og med at flere studier av PTSD og komorbide ruslidelser antyder at det er lettere å redusere PTSD-symptomer enn rusmiddelbruk (Najavits et al., 2020).

Fellesskapet og aksepten i gruppen trekkes frem av flere. Mange har sagt at kunnskap og nyervervet bevissthet om at det går an å regulere seg på ulike måter, har bidratt til at det har vært mulig å gjennomføre gruppen. Eksempler på regulering kan være å gå ut av rommet ved behov, distrahere seg når følelsene blir for sterke, eller velge å avstå fra å si noe. Å gå i en gruppe der de andre

deltakerne har lignende vansker, har bidratt til å redusere følelsen av ensomhet og opplevelsen av å være annerledes. Erfaringen med at gruppeterapeutene har tålt og forstått deres reaksjoner, har også vært viktig.

Generelt har erfaringen vært at pasienter som har individuelle behandlere som arbeider sammen med pasienten om innholdet i gruppen, og som har laget en plan for videre oppfølging etter gruppen, har bedre utbytte av gruppebehandlingen. Vi ser at et enda tettere samarbeid mellom gruppeledere og individuelle behandlere ville ha vært en fordel.

Vi estimerer drop-out på vår gruppebehandling til å være 10–20 %, altså noe høyere enn det Bækkelund og medarbeidere (2021) fant i en studie av stabiliserende gruppebehandling for pasienter med komplekse traumer, men der alvorlig rusmiddelmissbruk var eksklusjonskriterium.

Noen deltakere har hatt begrenset eller fravær av utbytte, og vi tror årsakene er sammensatte. Det kan ha vært for lite forberedelsesarbeid, for lite støtte til å klare oppmøte, vansker i samarbeidet med individualterapeut underveis, vansker med å begrense rusinntak i forbindelse med gruppedagene, større kognitive vansker enn antatt og opplevelser av å komme mer i kontakt med det vonde enn man orket. Dette belyser viktigheten av «dosering», og av at pasienten arbeider parallelt med en terapeut de har tillit til. Vi ser også at det ofte blir for lite tid til å øve systematisk på «her og nå-ferdigheter», som er en viktig del av gruppeopplegget. Som i andre grupper har vi også erfart at vi som terapeuter ikke har vært tilstrekkelig oppmerksomme på uheldig dynamikk i gruppen.

Samlet sett er vår erfaring at behandlingen ikke fjerner alle symptomene, men kan bidra til ny forståelse av hvordan livserfaringene og symptomene inngår i et komplekst samspill på mange livsområder. Det gir innsikt i hvorfor det for mange ikke har vært mulig å arbeide direkte med traumene eller rusen, og hvordan tiltak derfor kan rettes inn mer hensiktsmessig.

Avsluttende refleksjoner

Tanker om hva som er best behandling for personer med alvorlig traumelidelse og samtidig ruslidelse, har variert og er stadig i endring. Gruppeopplegget som er skissert over, er en videreutvikling av gruppebehandling for personer med kompleks PTSD som har vært drevet ved Traumepoliklinikken Modum Bad. Selv om vi har gode erfaringer med deltakere som er på ulikt sted i sin mestring av både rusbruk og traumesymptomer, er det en løpende diskusjon om hva som er optimal behandling, og for hvem (Roberts et al., 2022). Ved videreutvikling av behandlingsmanualen kan mer homogene grupper tenkes å være gunstig. Rene kvinne- eller mannsgupper kan for eksempel åpne opp for andre tema enn blandede grupper, samtidig som man taper noe på ikke å blande kjønnene. I rusbehandling har rene kvinnegrupper vist seg å være effektive (Pendergate et al., 2011, ref. i Bækkelund et al., 2021).

Flere av deltakerne i traume-rusgruppene har også traumeerfaringer knyttet til å gjøre andre vondt. Å samle mennesker med slike erfaringer i en gruppe åpner muligheter for å gå inn på dette mer spesifikt. Homogene grupper kan også gi bedre mulighet til å «dosere» materialet enda mer hensiktsmessig. Samtidig går en glipp av styrken det kan være å lytte til og lære av andre som har ulik erfaring. Vår erfaring er at heterogenitet i sammensetningen har sine fordeler. Hva man velger, avhenger av formål og hvilke prosesser man ønsker å oppnå.

I en gruppe av personer med traume- og ruslidelser kan det tenkes at de to lidelsene henger tettere sammen for noen enn for andre. Noen vil si at de klart erfarer rusmiddelbruk som en måte å regulere traumesymptomer på, andre opplever ikke at lidelsene er så tett relatert. Slike forskjeller kan en være enda mer oppmerksom på når en setter sammen gruppen. Samtidig vil en slik seleksjon være krevende fordi disse sammenhengene nettopp kan bli tydelige i gruppeforløpet.

Vi erfarer at pasientene etterspør helhetlig tilnærming på tvers av behandlingsinstanser. Vårt opplegg vil ikke være tilstrekkelig alene, men er tenkt som et ledd i en behandlingsplan for pasienten. Å kunne arbeide videre med innsikt og erfaring fra gruppen i etterkant synes å være vesentlig for å kunne opprettholde disse.

I en gruppe pasienter med traume- og rusproblematikk vil det erfaringsmessig være noen pasienter med uerkjent kompleks dissociativ lidelse. Disse pasientene vil i mange tilfeller kunne trenge mer spesifikk behandling og er derfor viktig å fange opp. En videreutvikling vil kunne være et integrert behandlingstilbud for pasienter med dissociativ lidelse og samtidig rusmiddelmissbruk, hvor man med tilpassede intervensjoner kan bygge videre på den modellen vi har beskrevet.

Vi erfarer at vår modell er nyttig fordi den relativt lett kan tas i bruk og er utviklet spesifikt med tanke på en pasientgruppe med kompleks PTSD og ruslidelse. Vi håper at våre erfaringer kan bidra til videre tenkning om hva som kan hjelpe personer med komplekse traumelidelser og komorbid ruslidelse.

Referanser

- Bækkelund, H., Karlsrud, I., Hoffart, A. & Arnevik, E. A. (2021). Stabilizing Group Treatment for childhood-abuse related PTSD: a randomized controlled trial. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1859079. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1859079>
- Dass-Brailsford, P. & Safilian, C. M. (2017). Integrated Approaches to Treating Psychological Trauma and Substance Abuse in Women: An Update. *Trauma Acute Care*, 2(2), 41. doi: 10.21767/2476 - 2105.100041
- Fisher, J. (2000, november). Addictions and trauma recovery. Innlegg presentert ved International Society for the study of dissociation, Texas.
- Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors. Overcoming internal self-alienation*. Routledge.
- Fjæreide, M. (2016). Forekomst og konsekvenser av traumer hos et utvalg LAR-pasienter [Masteroppgave]. Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.
- Helsedirektoratet. (2012, mars). Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP lidelse (IS-1948).
- Holbæk, I. (Red.). (2014). *Tilbake til nåtid. En manual for håndtering av traumereaksjoner*. Traumepoliklinikken, Modum Bad i Oslo.
- Hernandez, V. R. & Mendoza, C. T. (2011). Shame resilience: A strategy for Empowering Women in treatment for Substance Abuse. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 11(4), 375–393. <http://dx.doi.org/10.1080/1533256X.2011.622193>
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M. & Kosten, T. R. (2001). Substance Use Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A review of the Literature. *American Journal of psychiatry*, 158(8), 1184–1190. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1184>
- Luoma, J. B., Chwyl, C. & Kaplan, J. (2019). Substance use and shame: A systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 70, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.03.002>
- McGaffin, B. J., Lyons, G. C. B. & Deane, F. P. (2013). Self-Forgiveness, Shame, and Guilt in Recovery from Drug and Alcohol Problems. *Substance Abuse*, 34(4), 396–404. <https://doi.org/10.1080/08897077.2013.781564>
- Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J. & Peters, L. (2006). Trauma, PTSD and Substance Use Disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 652–658. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.4.652>

- Najavits, L. M., Clark, H. W., DiClemente, C. C., Potenza, M. N., Shaffer, H. J., Sorensen, J. L., Tull, M. T., Zweben, A. & Zweben, J. E. (2020). Ptsd/substance use disorder comorbidity: Treatment options and public health needs. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 7(4), 544–558. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00234-8>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018, 5. desember). Posttraumatic Stress Disorder, NICE guideline (NG 116). Elsevier.
- Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region Øst (u.å). Generelt om traumebehandling. <https://traumebehandling.no/behandle/generelt-om-traumebehandling/>
- Roberts, N. P., Lotzin, A. & Schäfer, I. (2022). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder. *European journal of psychotraumatology*, 13(1), 2041831. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2041831>
- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N. & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 25–38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007>
- Szafranski, D. D., Snead, A., Allan, N. P., Gros, D. F., Killeen, T., Flanagan, J., Pericot-Valverde, I. & Back, S. E. (2017). Integrated exposure-based treatment for PTSD and comorbid substance use disorders: Predictors of treatment dropout. *Addictive behaviors*, 73, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.04.005>
- Tripp, J. C., Jones, J. L., Back, S. E. & Norman, S. B. (2019). Dealing With Complexity and Comorbidity: Comorbid PTSD and Substance Use Disorders. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6(3), 188–197. <https://doi.org/10.1007/s40501-019-00176-w>
- World Health Organization. (2019). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/>
- Øktedalen, T., Hoffart, A. & Langkaas, T. F. (2015). Trauma-related shame and guilt as time-varying predictors of posttraumatic stress disorder symptoms during imagery exposure and imagery rescripting – A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 25(5), 518–532. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.917217>