

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmaker**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische
Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

© *FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.*

Ausgabe 19/2007

INTEGRATIV TERAPI - ERFARINGER FRA BLÅ KORS BEHANDLINGSSENTER *

*Laila Olsen***

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

**Laila Olsen, 2890 Etnedal, Tlf. 0047 98823007, E-post: lailao@bks.no

INNHALDSFORTEGNELSE

Summary:

Innledning

1. Hva kjennetegner rusmiddelavhengighet?

- 1.1. Innledning
- 1.2. Avhengighetsutvikling
- 1.3. Definisjon av avhengighet i diagnosesystemene ICD-10 og DSM IV
- 1.4. Ulike årsaker til og konsekvenser av avhengighet.
- 1.5. Hva kjennetegner den rusmiddelavhengiges behov?

2. Hva er integrativ terapi?

- 2.1. Innledning
- 2.2. Metateori
- 2.3. Realeksplikativ teori
- 2.4. Prakseologi

3. Hvordan bruke integrativ terapi i behandling ?

- 3.1. Innledning
- 3.2. Støtte og struktur
 - 3.2.1. Kjennetegn
 - 3.2.2. Valg av mål og strategi
 - 3.2.3. Valg av metode
 - 3.2.4. Egnethet
- 3.3. Selvinnsikt og meningsdannelse
 - 3.3.1. Kjennetegn
 - 3.3.2. Valg av mål og strategi
 - 3.3.3. Valg av metode
 - 3.3.4. Egnethet
- 3.4. Tilknytning og sosialisering
 - 3.4.1. Kjennetegn
 - 3.4.2. Valg av mål og strategi
 - 3.4.3. Valg av metode
 - 3.4.4. Egnethet
- 3.5. Forståelse og aksept
 - 3.5.1. Kjennetegn
 - 3.5.2. Valg av mål og strategi

3.5.3. Valg av metode

3.5.4. Egnethet

4. Empiriske erfaringer, forskning og konklusjon

4.1. Innledning

4.2. Erfaringer fra Blå Kors Behandlingssenter, FPI/EAG og annen forskning

4.3. Konklusjon

Vedlegg:

Litteraturliste

INNLEDNING

Temaet for denne oppgaven er rusmiddelavhengighet og integrativ terapi som behandlingsmetode. Oppgaven tar for seg hva som kjennetegner rusmiddelavhengighet og hvordan dette kan behandles med grunnlagstenkning og metoder fra integrativ terapi.

Integrativ terapi er en helhetlig terapeutisk retning som omfatter psykoterapi, bevegelsesterapi, sosioterapi og kreativitetsutvikling. Metoden har sin opprinnelse i Tyskland, der den på slutten av sekstitallet ble grunnlagt av Prof. Dr.Hilarion Petzold. Integrativ terapi er også kalt humanterapi. Retningen har eksistert i Norge siden 1982, og Norsk Forening for Integrativ Terapi tilbyr et fordypningsstudium for profesjonsgrupper innen medisin, helse- og sosialfag, psykologi og pedagogikk. Studiet er faglig forankret ved Fritz Perls Institutt (FPI) og Europeisk Akademi for Psykososial Helse (EAG) i Tyskland.

Målgruppen for behandling er rusmiddelavhengige. Jeg vil velge ut og belyse fire behov/områder hos den rusmiddelavhengige og med utgangspunkt i disse, drøfte hvordan integrativ terapi kan brukes i behandling. Åstedet for behandlingen er på institusjon. På den ene siden finnes mennesker med ulike behov og på den andre siden en kasse med verktøy og en behandlingsfilosofi, som er integrativ terapi. Jeg vil i oppgaven foreta en kobling mellom disse to og drøfte bruk av integrativ terapi for å dekke de ulike behov og drøfte egnetheten. Problemstillingen blir da som følger:

”Hvordan bruke integrativ terapi i behandling av rusmiddelavhengige?”

Jeg bruker bevisst begrepet rusmiddelavhengighet i oppgaven, som jeg definerer som en avhengighet av ett eller flere rusmidler som er oppstått gjennom en ruskarriere. (Weihe 2003). Rusmiddelavhengighet er et voksende problem i Norge som i flere europeiske land. Dette kan ha mange samfunnsmessige årsaker og forklaringer, noe jeg ikke kommer til å belyse i denne oppgaven. Mitt fokus i oppgaven vil være rusmiddelavhengighet på individ- og gruppenivå, d.v.s. intrapsykisk og relasjonelt. Konsekvensene er negative for det enkelte menneske, deres familier og omgivelsene. Mange ulike metoder er utviklet, og brukes i behandling av rusmiddelavhengige, og nye behandlingstrender vokser stadig frem (Melin,Nasholm 1998). Det er en utfordring å finne gode måter å hjelpe mennesker

som ønsker seg ut av avhengighet eller som ønsker å leve et godt liv med sin avhengighet. Rusmiddelavhengighet er ikke et entydig problem som kan behandles på en spesiell måte. Det finnes ikke en homogen gruppe mennesker som er rusmiddelavhengige. Dette er en sammensatt problematikk som ulike mennesker har ervervet, og som krever bredt sammensatte og individuelle behandlingsopplegg (ibid.)

Bibliografisk metode brukes i fremstillingen. Med utgangspunkt i eksisterende litteratur belyses teori og drøfting foretas ut fra dette. Modellen for integrativ terapi er blant annet beskrevet i The tree of science (Vitenskapstreet), som er en forklarings- og erkjennelsesmodell for teori og praksis (Petzold 2003). Litteratur fra rusfeltet er hentet fra pensum for sosialfag, supplert med fordypningslitteratur, blant annet fra integrativ rusterapi (Petzold, Schay, Scheiblich 2006). Jeg vil støtte meg på empiriske erfaringer fra Blå Kors Behandlingscenter på Eina, som bruker behandlingsfilosofi og metoder fra integrativ terapi i sin behandling, samt forskning foretatt ved FPI/EAG i Tyskland. I drøftingsdelen kommer jeg også til å benytte erfaringsbasert kunnskap uten referanse.

Dette temaet har stor relevans for meg av flere årsaker. Jeg har gjennom hele studiet hatt stor interesse og engasjement for temaet rus. Jeg bestemte meg tidlig for å skrive fordypningsoppgave om emnet og arbeider for tiden i rusomsorgen, nærmere bestemt ved Blå Kors Behandlingscenter på Eina, som terapeut. I dette arbeidet bruker jeg filosofien og metoder fra integrativ terapi. Oppgaven er viktig for min videre faglige utvikling. I Norge er det nå flere integrative terapeuter som jobber innen rusfeltet. Det vil derfor være interessant å utvikle en egen behandlingsform for rusmiddelavhengige basert på integrativ terapi.

Oppgaven er bygd opp på følgende måte: Kapittel 1 om avhengighet og kapittel 2 om integrativ terapi, er beskrivelse av teori hentet fra faglitteratur. Kapittel 3 er drøftingsdelen og omhandler pasientens behov og bruk av integrativ terapi i behandling. I kapittel 4 kommer empirisk erfaring og konklusjonen.

I kapittel 1 beskrives hva som kjennetegner rusmiddelavhengighet. Jeg vil komme inn på mulige årsaker til og konsekvenser av avhengighet, og hva som kjennetegner den rusmiddelavhengiges behov. Det er i hovedsak avhengighet av alkohol som drøftes i

oppgaven, fordi dette er et legalt rusmiddel i Norge og skiller seg derfor ut fra bruk av illegale rusmidler, spesielt når det gjelder kulturelle og sosiale forhold og forklaringer.

I kapittel 2 belyses det teoretiske og metodiske grunnlaget for integrativ terapi. I fremstillingen beskrives metateori for å belyse menneskesyn og verdiforankring, realeksplikative teorier, som et viktig grunnlag for å definere behandlingsmål, og til slutt prakseologi for å beskrive ulike behandlingsmetoder og valg av disse.

I kapittel 3 vil jeg drøfte hvordan integrativ terapi kan brukes i behandling av rusmiddelavhengige. Jeg vil ta utgangspunkt i følgende behov hos den rusmiddelavhengige: Behov for støtte og struktur, selvinnsikt og meningsdannelse, tilknytning og sosialisering, samt forståelse og aksept. For hvert område vil jeg belyse kjennetegn, drøfte valg av mål, strategi og metode og drøfte egnetheten i forhold til behov.

I kapittel 4 vil jeg prøve vurderingene fra kapittel 3 mot funn fra empiriske erfaringer og undersøkelser om bruk av integrativ terapi som behandlingsmetode fra Blå Kors Behandlingssenter på Eina, FPI/EAG i Tyskland og annen forskning. Kapittelet avsluttes med en oppsummerende konklusjon.

1. Hva kjennetegner rusmiddelavhengighet?

1.1. Innledning

Det finnes mange definisjoner av begrepet avhengighet, både positive og negative. I realiteten er alle mennesker avhengige. Vi må ha mat og drikke. Vi er avhengige av kjærlighet og omsorg. Som barn er vi totalt avhengige av omsorgspersoner som kan gi oss det vi har behov for. Vi er avhengige av å få dekket våre fysiske, psykiske og sosiale behov. Avhengighet kan i positiv forstand beskrives som det mennesket må ha for å overleve. Hvis vi som barn ikke får dekket våre grunnleggende behov, vil avhengigheten styres mot substitutter, og destruktive handlingsmønstre opparbeides for å overleve. Begrepet blir negativt ladet når avhengighet av noe får negative konsekvenser for mennesket, dets omgivelser og samfunnet for øvrig. Når en avhengighet fører til at den fysiske og psykiske kroppen brytes ned, når relasjoner blir ødelagt og det sosiale

nettverket rakner, får det alvorlige konsekvenser for det enkelte mennesket og deres omgivelser (Weihe 2003). Den destruktive avhengigheten kan ikke brytes uten videre. Dette kapittelet inneholder en beskrivelse av avhengighetsutvikling, definisjon av avhengighet i diagnosesystemene, ulike årsaker til og konsekvenser av rusmiddelavhengighet, samt hva som kjennetegner den rusmiddelavhengiges behov.

1.2. Avhengighetsutvikling

Noen mennesker er på en eller annen måte blitt avhengige av rusmidler. Det diskuteres om avhengigheten skyldes selve rusmiddelet eller rusen. Det finnes ikke noe entydig svar på dette. Jeg har i denne oppgaven valgt å definere begrepet som avhengighet av rusmiddelet, som ved inntak fører til en rus, d.v.s. en tilstand av eufori. Ingen blir avhengig av rusmidler ved første gangs inntak (Weihe 2003). Veien til avhengighet har flere faser (Waal 2002). Første fase er eksperimentell bruk der inntak skjer en eller noen få ganger. Neste fase er rekreasjonsbruk der rusmiddel blir brukt ved spesielle anledninger og lignende. Når bruk av rusmiddel skjer oftere, tiltar i mengde og får negative konsekvenser, nærmer vi oss definisjonen av misbruk. Ved bruk av rusmiddel svært ofte, ved toleranseøkning og tydelig tap av kontroll over inntak av rusmiddel, til tross for at vedkommende selv ønsker å begrense bruken eller å slutte, kan en definere bruken som avhengighetspreget. (ibid.). Ulike rusmidler virker forskjellig og skaper fysisk og/eller psykisk avhengighet, d.v.s at kroppen tilpasser seg og forventer tilførsel av rusmiddelet (Weihe 2003).

Hvem og hvordan skal en definere om et menneske er avhengig av rusmidler? Her kan det brukes normative eller deskriptive definisjoner. I en normativ definisjon vil det være en vurdering av hva som er riktig og galt og samfunnets definisjon av et normalt liv, som ligger til grunn for definisjonen (Blindheim, 1998). I en deskriptiv definisjon av avhengighet er det i større grad personens selvopplevde virkelighet med positive og negative effekter ved inntak av rusmiddelet, som legges til grunn. Når en person definerer summen av de negative effektene større enn de positive, og ønsker å foreta forandringer, vil utgangspunktet for behandlingen være enklere. (Melin, Nasholm 1998).

I integrativ terapi velger en å se på rusmiddelavhengighet som et symptom eller fenomen som er utviklet over tid, jfr. livsløpsbasert utviklingspsykologi (Petzold, 2003). I dette perspektivet vil rusmiddelavhengigheten ofte være forårsaket av tidlige skader og/eller

mangler. Årsaker til patologi kan være mangler (deficits), traumer, forstyrrelser og eksternaliserte eller internaliserte konflikter (Petzold, 1982). Utvikling av rusmiddelavhengighet skjer gjennom livsløpet og i livsrommet, som utvikling i kontekst og kontinuum. Her og nå vil være en konsekvens av hele historien, og resultatet er totalen av alle negative og positive erfaringer, samt manglende erfaringer. For å vurdere utvikling av rusmiddelavhengighet som et fenomen må en derfor fokusere på både protektive og adverse hendelser og helsebringende (salutogene) og sykdomsfremkallende (patogene) innflytelser (Petzold, 2003). Dette helhetlige bildet er også av stor betydning i behandlingen og tilfriskningen.

1.3. Definisjon av avhengighet i diagnosesystemene ICD 10 og DSM IV

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utviklet diagnosesystemer for avhengighetssyndromet og baserer seg på diagnoser som bygger på at et visst antall kriterier er tilstede. Dette kalles ICD-10-systemet (International Classification of Diseases, 10.utgave). Det amerikanske systemet DSM-IV, fungerer på samme måte (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4.utgave). Avhengighetsyndrom av psykoaktivt stoff beskrives som fysiologiske, adferdsmessige og kognitive fenomen som utvikles ved rusmiddelbruk. Psykoaktive stoffer er kjemiske stoffer som virker på hjernen, dvs den mentale funksjonen. Kriteriene som er listet opp i ICD-10, kan kort sammenfattes slik:- En sterk trang til å innta stoffet,- problemer med å kontrollere inntaket, - fysiologisk abstinens når bruken er redusert eller stoppet, - tegn på toleranseøkning, - stadig tiltakende forsømmelse av gleder eller interesser, - fortsatt inntak på tross av klare tegn på åpenbare, skadelige konsekvenser. Tre av disse kriteriene må være tilstede over en 12 måneders periode for å få diagnosen.

De lærde strider om avhengighet er en sykdom eller lært adferd, og forskning gir ulike svar på dette (Skjøtskift 1998). Fenomenene toleranse og abstinens har fått mindre betydning i diagnosesystemet og behøver ikke å være tilstede for å få diagnosen.

Imidlertid går adferd som tap av kontroll igjen i mange av kriteriene. Dette kan tyde på at adferdsmodellen veier like tungt som sykdomsmodellen i diagnosesystemene (ibid.). De ulike oppfatninger og forklaringer på utvikling av avhengighet gjenspeiler seg i holdninger til behandling og forebygging.

I integrativ terapi brukes prosessuell diagnostikk, der diagnostisering skjer fortløpende som en prosess og interaksjon mellom pasient og terapeut. Denne diagnostisering kan

skje i tillegg til den kategoriale diagnostisering. Prosessuell diagnostikk har fokus på fenomenene og strukturene bak. Ved å definere rusmiddelavhengighet som et fenomen i prosessuell diagnostikk, vil det i den intersubjektive relasjonen mellom pasient og terapeut være av stor betydning å finne strukturene bak fenomenet i behandlingsprosessen, og ut fra dette definere behandlingsmål og metoder (I.Vatnøy, 2003).

1.4. Ulike årsaker til og konsekvenser av avhengighet.

I integrativ terapi defineres rusmiddelavhengighet som et multi-faktorielt fenomen. Det ses på både som et sosialt forårsaket fenomen, som psykisk forstyrrelse og somatisk dysfunksjon, med mange mulige kroppslige, psykiske og sosiale sekundærsykdommer og forstyrrelser. Dette krever et flerperspektivistisk syn på problemet og en multimodal behandling er nødvendig (Petzold, Ebert, 2006).

Årsakene til avhengighet er ulike fra menneske til menneske. Derfor kreves en individuell behandling og så bred oversikt som mulig for å kunne definere den enkeltes avhengighetsutvikling og behov for behandling (Melin, Nasholm 1998).

En kartlegging av avhengighetsprofilen vil være viktig for å foreskrive riktig behandling.

Medisinske faktorer som arv, abstinens, toleranseutvikling og medisinske skader og komplikasjoner bør undersøkes. Når det gjelder arv kan den genetiske forskningen beskrive ulike former av arvelige risikofaktorer (ibid.). I tillegg vil en langvarig ruskarriere medføre store fysiologiske skader. Både mulige årsaker til og konsekvenser av rusmiddelavhengighet vil fremkomme i en slik kartlegging.

Psykologiske faktorer som bør kartlegges er klientens utviklingsnivå når det gjelder jefunksjon, personlighetsstruktur og kognitiv kapasitet, samt undersøkelse av evt. psykisk sykdom eller forstyrrelser som kan være årsak til eller konsekvens av rusmiddelavhengighet. En sårbar personlighetsstruktur med for eksempel vanskelig temperament, er en risiko for utvikling av rusmiddelavhengighet (Petzold, Ebert, 2006). Dette vil gi et bilde av utviklingen av identitet og personlighet, og kan være en del av forklaringen av avhengighetsutviklingen (Melin, Nasholm 1998).

Sosiale faktorer som er viktige å finne ut av er oppvekstmiljø, familieforhold, sosialt nettverk, subgruppertilhørighet, utdanning og arbeid, bosted, økonomi og sosial kompetanse. Flere av disse faktorene kan også sees ut fra et psykologisk perspektiv, som evne til tilknytning og tilhørighet. Kommunikasjonsforstyrrelser og belastning i kjernesonen for sosiale nettverk er risikofaktorer (Petzold, Ebert, 2006). Evt. forstyrrelser i interaksjon med de første omsorgspersoner bør kartlegges, da dette kan være en risikofaktor og viktig informasjon i forhold til behandling (Petzold, Ebert, 2006). Utviklingen av de sosiale faktorer over tid vil være av betydning. Igjen kan noe være årsak til en avhengighetsutvikling eller en konsekvens av rusmiddelbruk over tid.

Belastende miljøfaktorer som for eksempel dårlig sosio-økonomisk status og en risikofylt sosio-økologisk kontekst henger ofte sammen med utvikling av rusmiddelavhengighet. I slike miljø oppstår risiko- og belastningsfaktorer, som for eksempel neglisjering, fysisk vold, misbruk og mishandling i familien og/eller i nærmiljøet (Petzold, Ebert, 2006).

For å få et helhetlig bilde av mennesket, med kropp, sjel og sinn i den sosiale og økologiske kontekst i fortid, nåtid og fremtid, er det viktig at alle disse faktorer som spiller inn på den enkeltes avhengighetsutvikling, kartlegges. Den rusmiddelavhengige vil ha brist på ett eller flere av disse områdene avhengig av hvor langt i ruskarrieren vedkommende er kommet og livssituasjonen forøvrig. De negative konsekvensene vil forsterkes av en opprettholdelse av rusmisbruket. (Melin, Nasholm 1998). I denne oppgaven er fokus behandling i institusjon. Kartleggingsarbeidet bør og blir ofte gjort i forkant av innleggelse, og flere profesjonsgrupper og instanser er nødvendig for å foreta en fullstendig kartlegging. I prosessuell diagnostisk stil kan kartleggingsarbeidet fortsette under behandlingen i institusjonen og også betraktes som intervensjon.

1.5. Hva kjennetegner den rusmiddelavhengiges behov?

Behovene vil variere fra menneske til menneske, ut fra personlighet og livssituasjon. De vil også variere og endre seg i forhold til hvilken fase i behandlingen vedkommende befinner seg i.

I utgangspunktet er den rusmiddelavhengige uvitende om eller fornekte at det foreligger et problem. Han benekte problemet, rasjonaliserer og hemmeligholder misbruket. Selv om han er inneforstått med at inntak av rusmiddel er skadelig, betyr det ikke at han er

rede til å forandre på dette (Melin,Nasholm 1998). Ofte kommer krav om forandring fra omverdenen, fra familie eller fra arbeidsplassen. Eller at det skjer en ulykke eller det oppstår sykdom som gjør at vedkommende blir tvunget til å gjøre noe med sitt problem. Vedkommende vil i denne fasen ha behov for ytre påvirkning for å bli bevisst sin egen situasjon og bli motivert for endring (ibid.).

I neste fase, når vedkommende innser at han ikke kan ruse seg mer, vil han ha behov for støtte og struktur for å opprettholde motivasjonen, og ikke falle tilbake i gamle mønstre. Hverdagen er ofte uten struktur, og behovet for å få orden på livet er til stede. En ambivalent holdning vil prege denne fasen. På den ene siden ønske om å endre adferd og på den andre siden motstand mot dette. Behov for ytre kontroll, grensesetting, forutsigbarhet og struktur er fremtredende i denne fasen (Melin,Nasholm 1998).

Vedkommende vil ha behov for å bygge opp selvfølelse, selvrespekt, egenkontroll og indre styrke slik at ytre kontroll kan avta og han gradvis kan ta styringen over eget liv. Uro og angst oppstår gjerne i denne fasen, og med lav selvfølelse vil det ofte oppstå selvforakt. Vedkommende vil ha behov for å bli bekreftet og akseptert for den han er, og bearbeidelse av følelser og tanker.

Når vedkommende begynner å få innsikt i sine problemer og konsekvenser av sin oppførsel, kan det som kommer frem være vanskelig å bære. Skyld- og skamfølelse vil oppstå, og han vil ha behov for støtte til å bære og behandle dette. Hvis skyldfølelsen blir større enn evnen til å bære den, oppstår et forsvar, som for eksempel kan være å legge skyld på andre. For å kunne gå videre i endringsarbeidet, vil vedkommende ha behov for å bli ansvarliggjort for sine handlinger, samtidig som han får avlastning for skyld- og skamfølelse inntil han er i stand til å bære det selv (Melin,Nasholm 1998). Ytterligere bearbeidelse av følelser og opplevelser i livsløpet som har ført til destruktive handlingsmønstre er nødvendig.

Når det ikke lenger er en kamp å holde seg rusfri, blir fordelene tydeligere. Når han har erkjent at han ikke vil ruse seg mer og har utviklet en internalisert kontroll, kan det oppstå behov for å utvikle en mer moden personlighet. Dette innebærer behov for økt selvinnsikt for å bli bevisst og forstå sammenhenger. Tidspunktet er inne for en

bearbeiding av bakenforliggende problematikk. Denne fasen kan ende ut i at vedkommende ikke lenger behøver å ruse seg (Melin,Nasholm 1998).

En mulig årsak til og konsekvens av rusmisbruket er ofte at relasjonen til familie og venner er ødelagt. Viktige sosialisering- og tilknytningsprosesser som utvikler identiteten er skadet (Petzold 1982). Ofte er vedkommende uten arbeid, med dårlig økonomi og et svakt sosialt nettverk. Grunntilliten til seg selv og andre kan være alvorlig skadet. Vedkommende vil derfor ha behov for, så tidlig som mulig, å bygge opp grunntillit i seg selv, tillit til andre og skape gode relasjoner (Melin,Nasholm 1998). Å bygge opp en meningsfull hverdag med aktiviteter som gir støtte til positiv utvikling, vil være et grunnleggende behov.

Disse fasene vil avløse hverandre og repeteres, som i en spiral, med erkjennelser og økt bevissthet som fører til en stadig mer moden personlighet, jfr. den hermeneutiske spiral. I integrativ terapi beskrives dette som metamorfose, en endringsprosess i livsløpet som leder mot et mål om personlig suverenitet. I heraklitisk stil vil mennesket hele tiden være i bevegelse og endring (Petzold 2003).

2. Hva er Integrativ terapi?

2.1. Innledning

Å integrere betyr å innpasse noe i et hele eller å skape en helhet. Integrativ terapi er en integrasjonsmodell som søker å ta vare på ulike skoleretningers styrker og sikre de ulike kliniske erfarings- og forskningsgrunnlag. Dette for å motvirke ensidighet i tenkning og metodevalg. Målet er å skape en helhet både når det gjelder det teoretiske grunnlaget som integrativ terapi bygger på og i den terapeutiske prosessen. På denne måten unngår en også å skade pasienten ved ukritisk å bruke teknikker og tilnæringsmåter som ikke er begrunnet i overordnet kunnskap og teori. (Petzold 2003).

Integrativ terapi har sitt utspring i tradisjonelle skoleretninger, som psykologi, medisin, filosofi og pedagogikk. Filosofisk er retningen fundert i fenomenologisk, hermeneutisk og eksistensiell tradisjon. Dette innebærer at erkjennelse går veien fra iakttagelse av fenomener til struktur, i en erkjennelsesprosess med den hermeneutisk spiral som

modell; fra å sanse, til å gripe, forstå og forklare. Det eksistensielle fokuset fører til et utvidet terapibegrep som innbefatter menneskets forståelse av egen eksistens sammen med andre i verden (Petzold 2003). Mennesket betraktes i antropologien som kropp, sjel og ånd i en sosial og økologisk kontekst og kontinuum.

Terapiformen integrerer kognitive, kunst- og uttrykksrettede, opplevelses- og øvelsesorienterte metoder. Teorikonseptene og teknikkene er inspirert av gestaltterapeutiske, teatrale, kroppsorienterte og psykoanalytiske tradisjoner. Kreative metoder har et sterkt innslag i integrativ terapipraksis.

Som beskrevet ovenfor har den overordnede teoribyggingen stor betydning for valg av metoder i integrativ terapi. Derfor blir metateori og realeksplikativ teori, samt prakseologi presentert i dette kapitlet.

2.2. Metateori

Metateori er den grunnleggende forståelsen av mennesket, livets mening og verdensanskuelse. Fra metateorien velger jeg spesielt å beskrive det heraklitiske prinsipp, ko-respondensmodellen, og læren om mennesket (antropologi). Metateori omfatter også erkjennelsesteori, vitenskapsteori, kosmologi, samfunnsteori, etikk og ontologi. Metateori har stor rekkevidde og er omfattende, og kan av den grunn ikke prøves empirisk. Dens utbredelse og gyldighet er avhengig av et konsensfellesskap skapt i ko-respondensprosesser.

Det eneste dogme i integrativ terapi er det heraklitiske prinsipp som stammer fra filosofen Heraklit, om at "alt flyter", d.v.s. at alt er i evig forandring. Dette innebærer at alt værende; teorier, fenomener og selve livet er en kontinuerlig prosess der alt er i forandring og utvikling. Dette er en motsetning til å lete etter evige sannheter, som bare er enighet om måter å oppfatte verden på som er avhengig av tid og sted. (Petzold 2003).

Ko-respondens beskriver helhetlige møter mellom mennesker i intersubjektiv samhandling på kropps-, følelses- og fornufts nivå. Målet med ko-respondens er å utvikle konsens som grunnlag for ko-operasjon, d.v.s. samhandling og samarbeid. En gjensidig subjektiv integritet og intersubjektivitet er forutsetningen for ko-respondens. Å utvikle konsens kan også være å slå fast uenighet og likevel ha respekt for den andre. (ibid)

Integrativ terapi bygger på erkjennelsen om mennesket som et kropp-psyke-ånd subjekt i en sosial og økologisk kontekst i fortid, nåtid og fremtid. Mennesket utvikler sitt selv og sin identitet i samspill med omgivelsene og har derfor et utviklingspotensiale gjennom hele livet. Dette beskriver menneskets dobbeltstruktur, nemlig selvet og tilhørighet, at selvet utvikles i samspill med andre. Antropologisk forstås menneske som "det skapende mennesket", som sam-eksisterer med alt og alle rundt seg. (ibid).

Menneskets evne til eksentrisitet, dvs muligheten til å betrakte seg selv utenfra, muliggjør intersubjektiv samhandling og anerkjenner den annens verdighet som medsubjekt. Å skifte mellom eksentrisk posisjon i forhold til seg selv, relasjonen og den andre; ved samtidig kontakt og tilknytning, og å være kroppslig sentrert er viktige elementer i den terapeutiske relasjon.

Integrativ terapi kalles også humanterapi. Tiltak for å fremme sunnhet og helbredelse skal motvirke tingliggjøring, isolasjon og fremmedgjøring i det menneskelige fellesskap (Petzold 2003).

2.3. Realeksplikativ teori

Personlighetsteori, utviklingsteori og helse og sykdomslære kommer inn under denne kategorien. Personlighets- og utviklingsteorien beskrives innen kategoriene nevro- og sensomotorisk, emosjonell, kognitiv, sosial-interaksjonell og økologisk. Basis for det hele er kroppen, eller *Leib*, som er det tyske begrepet for den levende kroppen eller livet. Kroppen er utgangspunkt for all sansing og for selvopplevelse, og bærer alle minner om det levde liv. Personlighetsutviklingen er et samvirke mellom kroppsselvet, identiteten og jeg'et, i sam-eksistens og interaksjon med andre. (Petzold 2003). Grunntillit etableres tidlig; allerede i mors liv skapes dyaden, dvs mor-barn relasjonen. Triaden med far, mor og barn og det sosiale og økologisk miljøet for øvrig, har stor betydning i menneskets sosialisering- og tilknytningsprosesser. Disse prosessene er ofte ødelagt eller ufullendte i den rusmiddelavhengiges liv.

Identitet skapes ved selv-attribusjoner (identifikasjon), dvs hvordan mennesket opplever og ser på seg selv, og fremmedattribusjon (identifisering), dvs andre menneskers syn på

personen. Manglende eller skadet identitetsutvikling er ofte realiteten hos rusmiddelavhengige. (Petzold 1982).

Helse betraktes i integrativ terapi som en kvalitet ved livsprosessen slik den enkelte opplever dette. Sykdom oppstår ved varig overbelastning, ved over- eller understimulering, tvetydig eller inkonsekvent stimulering. Genetisk disposisjon eller fortrenning av emosjonelle og motoriske uttrykksbehov kan også være årsak.(ibid)

Med bakgrunn i en forståelse av menneskets utvikling på de beskrevne områder og nivåer, kan mål for behandlingen foretas i samspill med pasienten.

2.4. Prakseologi

Enhver praksis, enhver handling og ethvert valg i møte med pasienten skal bygge på det ovenfornevnte teoretiske grunnlag. Prakseologien er prosessteori, intervensjonslære og metodelære.

Relasjonen mellom pasient og behandler er grunnlaget for helingsprosessen og det legges vekt på at relasjonen skal være bærekraftig og empatisk, og være preget av intersubjektivitet og respekt, jfr. de 14 vikefaktorene. Teknikker og metoder velges ut fra pasientens ståsted, behov og prosess. Den hermeneutiske spiral gir et bilde på erkjennelsesprosessen som skrider fram, gjennom å sanse-fatte-forstå-forklare. På denne måten kan problemer i forhold til fortid, nåtid og fremtid bevisstgjøres og bearbeides, og økt bevissthet og forståelse av egen utvikling oppnås. Det som kommer frem kan gjennomarbeides på følelesmessig, kognitivt og kroppslig nivå. (Petzold 2003).

I integrativ terapi brukes prosessuell diagnostikk som skiller seg ut fra kategorial diagnostikk. Kategorial diagnostikk, som innbefatter ICD-10 og DSM IV, brukes i medisinsk diagnostisering og har fokus på problemområder og klassifiserer sykdomstyper (Snoek,Engedal 2004). Prosessuell diagnostikk er en fenomenologisk/strukturell diagnostikk, som er opptatt av fenomenene og strukturen bak fenomenene (Petzold 2003). Områder for observasjon av fenomener er kropp, emosjonalitet, kognitive funksjoner, sosial kapasitet, verdier, livskontekst og livskontinuum (ibid). Det tas utgangspunkt i at utvikling av sykdom er helt personlig for det enkelte menneske. Man må utforske individets helt spesielle struktur og livshistorie. Prosessuell diagnostikk betyr

å forstå pasienten, forstå interaksjonen og forstå seg selv i interaksjon med pasienten. Prosessuell diagnostikk kan ikke erstatte kategorial diagnostikk, men kan være et nyttig verktøy å bruke i tillegg for en helhetlig forståelse. Kategorial diagnostisering er viktig for å avdekke sykdommer som krever medisiner og spesiell behandling.

Teknikker som kan brukes i prosessuell diagnostikk, er identitetssøylene og livspanorama, evt. ruspanorama. Rusmiddelavhengighet er et sammensatt fenomen (Petzold, 1982). Bak fenomenet finnes strukturer som er skadet. Den rusmiddelavhengige er et resultat av destruktive sosialiseringprosesser som har ført til utvikling av en personlighet med en ufullstendig og/eller skadet identitet (ibid.). Integrativ terapi teori er at identitet dannes av selvet, som er summen av alle funksjoner og iboende utviklingsmuligheter. Jeg'et er det handlende selv. Jeg-funksjoner er sanse, føle, huske, tenke, handle o.s.v. Identitet utvikles gjennom selviakttagelse (indre identifikasjoner) og speiling fra omverdenen (ytre identifiseringer) i et tidsperspektiv. (Petzold 2003). For å få en oversikt over den enkelte pasients identitetsutvikling, kan en bruke identitetssøylene. Denne inneholder definisjon av kroppen, sosialt nettverk, arbeid og fritid, materiell sikkerhet og verdier. I integrativ terapi er kroppen ikke bare den organiske kroppen, men også den mentale og følelsesmessige kroppen (Petzold, 2003). Vi har ikke en kropp, vi er kroppen vår. På samme måte som at vi er et sosialt atom i vårt nettverk (ibid.). Verdiene vi har er en del av og en god støtte for identiteten når andre deler av identiteten vår bryter sammen. Verdier kan være religion, politisk orientering eller former for filosofiske og eksistensielle betraktninger på livet (Petzold 1982).

Livspanorama er en annen teknikk som kan brukes for å gi oversikt over positive og negative opplevelser og erfaringer gjennom livet. Forskjellige materialer kan brukes, men tegning egner seg godt og gir et godt inntrykk av tidsperspektivet. Ved hjelp av livspanoramaet kan vi få oversikt over årsaker til sykdom og avhengighetsutvikling. Det kan også gi oversikt over ressurser og protektive faktorer. Panorama kan brukes for å få oversikt over rushistorien og utviklingen, og kan være et viktig hjelpemiddel i diagnostisering og for å velge terapimål sammen med pasienten i ko-responsprosessen (Petzold, Schay, Ebert 2007).

Prosessuell diagnostisering foregår over tid i en prosess mellom behandler og pasient, og er samtidig en intervensjon og del av behandlingen. Gjennom diagnostiseringen kan

pasienten selv få en forståelse, erkjennelse og økt bevissthet om sin livshistorie, som gir grunnlag for å se meninger og sammenhenger. Det som fremkommer i prosessen danner grunnlag for valg av mål, strategi og metode.

Konkrete målsettinger for behandlingen skjer i prosess og samhandling mellom pasient og terapeut. Strategien som velges kan være preventiv, konserverende og stabiliserende, støttende, reparerende, og/eller utviklende. (Petzold 2003). Overordnede spørsmål i det videre arbeidet med pasienten må være: *Hva er stabilt og må ivaretas?* Vi bruker en konserverende strategi. *Hva er delvis ødelagt og må repareres eller kan ikke repareres?* Vi velger en reparerende- og mestringsstrategi. *Finnes det alternativer til rus?* Valget faller på substitutt strategi. *Hvilke muligheter er ennå ikke tatt i bruk?* Her velges en utviklingsstrategi.

I integrativ terapi finnes tre hovedfremgangsmåter i arbeid med pasienter i gruppe eller individuelt. Det er funksjonelt-øvelsessentrert arbeid, der målet er å bli bevisst, vedlikeholde og fremme kropps-funksjoner, opplevelsessentrert-agogisk arbeid, med målsetting å skape større bevissthet ved å øke kompetansen. Det konfliktsentrert-avdekkende arbeid har som målsetting å gå dypere inn og avdekke og behandle konflikter (Høhmann-Kost 1991).

På grunn av bredden i det teoretiske grunnlaget for integrativ terapi er det utviklet mange metoder og teknikker. Metodene kan være kropps- og bevegelsesterapi, kunstterapi, musikkterapi, teaterterapi m.m. Noen av behandlingsteknikkene som brukes er rollebytte, identifikasjons- og dialogteknikk, indre team, familieoppstilling og kroppsbilder. Ulike medier kan brukes i dette arbeidet, for eksempel farger, kollage, lyd, leire, dokker, ting fra naturen. Samtale er også en metode som alltid brukes. Nonverbale metoder og teknikker har imidlertid stor plass i integrativ terapi, for bl.a. å få tak i ubevisste og fortrenge opplevelser og følelser. Metodene kan også brukes i preventiv, stabiliserende og støttende intervensjoner.

Det tetradiske system brukes for å gi en strukturering av forløpet i behandlingen og prosessen: (Petzold 2003)

1. Initialfase – identifisering av problemet
2. Aksjonsfase – utredning, arbeidsfase, skape gjensidig forståelse

3. Integrasjonsfase – nyformulering, ny forståelse av seg selv
4. Nyorientering – fører til handling, utprøving

I integrativ terapies praksis finnes en fire-delt vei mot helbredelse: (Petzold 2003).

1. Meningsdannelse og selvinnstikk
2. Følelsesmessig ettersosialisering og utvikling av grunnstilling
3. Utvikling av kreativ ferdighet
4. Innsikt i og deltagelse i sosiale nettverk

Dette kan innpasses både i individual- og gruppeterapi. Valg av metode vil avhenge av behandlerens spesialisering, pasientens personlighet, sykdomsbilde og situasjon. Metoden må også tilpasses institusjonens system og struktur.

3. Hvordan bruke integrativ terapi i behandling?

3.1. Innledning

Ut fra kunnskap om kjennetegn ved rusmiddelavhengighet, jfr. kap. 1, har jeg valgt ut 4 områder jeg vil beskrive nærmere i dette kapitlet. Jeg vil drøfte bruk av integrativ terapi for å imøtekomme ulike behov, og drøfte egnetheten. De fire områdene som beskrives og drøftes er følgende: 1. Støtte og struktur, 2. Selvinnstikk og meningsdannelse, 3. Tilknypning og sosialisering, 4. Forståelse og aksept. Under hvert kapittel beskrives kjennetegn ved behov, valg av mål og strategi, valg av metode og til slutt egnethet.

3.2. Støtte og struktur

3.2.1 Kjennetegn

I en tidlig fase i behandlingen er behovet for støtte og struktur størst (Melin, Nasholm 1998). Motivasjonen for forandring er ikke dypt forankret. Innsikten i problemet er vekslende og situasjonsbestemt, og det foreligger fortsatt et ønske om å ruse seg. I overgangen til en ny tilværelse uten rus, vil pasienten ha positive opplevelser men også nedturen med abstinens og nedstemthet. Det følger stunder da pasienten befinner seg i kriser, er skjør og redd, nedstemt og ambivalent og gode stunder med oppstemthet og glede, men svingningene kan være store. (ibid.). Rusen har spilt en stor rolle i livet til pasienten, både positivt og negativt og arbeidet med å erstatte dette og bygge opp en ny identitet som rusfri har startet. Tilbakefall kan ofte forekomme i denne fasen, og det er viktig å være klar over, slik at verken behandleren eller pasienten gir opp av den grunn.

Strukturen i livet til pasienten er fraværende, og behovet for en strukturert hverdag og støtte til å klare den første vanskelige tiden er fremtredende. Behov for ytre kontroll er tydelig, da pasientene i denne fasen mangler indre kontroll og styrke.

3.2.2. Mål og strategi

Etablering av kontakt, forutsigbarhet, struktur, rammer og trygghet preger arbeidet i denne fasen. Det er viktig å ha fokus på motivasjonen til å endre drikkemønster og evt. oppnå rusfrihet. Konkrete og synlige resultater vil øke motivasjonen og følelsen av å mestre. Et behandlingsmål kan være å stabilisere motivasjonen for, og viljen til forandring. Valg av strategi faller på en konserverende strategi for å bevare og en mestringsstrategi for å styrke den kompetansen og ferdighet pasienten allerede har for hånden. Det er viktig med anerkjennelse for mestring, istedenfor å være problemorientert (Melin, Nasholm 1998). Dette er ikke tidspunktet for å gå inn i konfliktsentrert arbeid. Derfor velges funksjonelt-øvelsesessentrert og opplevelsessentrert-agogisk fremgangsmåte.

Intervensjonene tilpasses pasientens nivå. Dette fremkommer blant annet i arbeidet med identitssøylene. I forhold til en pasient med god kognitiv kapasitet, er det viktig å støtte opp om og bruke denne evnen i arbeidet mot målet med å opprettholde motivasjonen. På samme måte å bruke nettverket hos en pasient som har et bærekraftig sosialt nettverk. Noen pasienter kan i denne fasen ha store følelsesmessige svingninger (Melin, Nasholm 1998). I slike tilfeller kan det være skadelig å gi støtte til økt emosjonalitet. Det blir viktig å stabilisere de følelsesmessige inntrykk ved for eksempel å legge større vekt på agogisk arbeid for å fremme kognitive funksjoner og funksjonelt arbeid for å stabilisere følelsene. (Høhmann-Kost 1991).

3.2.3 Valg av metode

Metoder som benyttes bør være av stabiliserende og støttende art. Bevegelsesterapi og samtaleterapi kan brukes. Bevegelse for å styrke kroppsfunksjoner og samtale for kognitiv trening og etablering av kontakt og tillit. Det bør være en blanding av bevegelse i gruppe og individuell samtale. Fordelen med gruppeterapi er at pasientene utveksler erfaringer, lærer av hverandre og føler fellesskap med mennesker med samme problematikk. Det må vurderes om pasienten er klar for å delta i en gruppe. Pasienten må

ha en viss stabilitet for å ha utbytte av gruppeterapi. Varsomhet må utøves, spesielt i forhold til pasienter med psykotiske lidelser (Høhmann-Kost 1991).

Gruppen kan bestå av 10-12 personer som bør være på noenlunde samme sted i endringsprosessen. Deltakelse i gruppen er frivillig. Det legges stor vekt på å gi pasientene økt tro på sine egne evner og handlingsmuligheter ved å oppleve mestring og finne frem til den enkeltes ressurser, styrke og muligheter. Øvelser på realnivå er viktig for å bli kroppsbevisst og fremme kroppsfunksjoner. Dette kan være viktig for og oppnå kontroll og struktur. Øvelser på imaginasjonsnivå gir opplevelse av å gi og få støtte, bli bevisst og kjenne på egen styrke (Høhmann-Kost 1991). Medier med substans, for eksempel staver og stein, kan brukes. Slike objekter kan bidra til å intensivere iakttagelsen av kroppen, dempe angst og de kan eksperimenteres med (Høhmann-Kost 1991). Å støtte seg til en stav eller holde en stein i hånden, kan gi opplevelse av støtte som kan bidra til sentrering (ibid.). Det er viktig at terapeuten hele tiden forklarer og går inn for at pasientene skal bli bevisst sine egne prosesser og opplevelser, slik at øvelsene gir mening. Tidsperspektivet for øvelsene er viktig. Noen øvelser kan føre til at pasienter beveger seg inn i konfliktsentrert område. Det er viktig at øvelsen da stoppes. Hvis pasienten ikke klarer øvelsen eller ikke opplever noe, kan det føles som manglende mestring og kan virke mot sin hensikt. Derfor er det viktig at terapeuten gir aksept for andre måter å gjøre øvelser på eller at vedkommende ikke har noen opplevelse. Terapeutens stil må hele tiden være henvendende og støttende. Øvelsene må være enkle og strukturerte. Terapeuten må være tydelig og ha god struktur, klare regler og rammer for gruppa. Avslutningsvis får alle si noe om sine opplevelser, følelser og tanker om det som har skjedd. Dette bringer den enkelte med seg for evt. videre bearbeiding i individuell behandling. I individuell samtale videreføres erfaringene fra bevegelsesarbeidet til endringsarbeidet. Vi beveger oss inn i integrasjons- og nyorienteringsfasen med ny forståelse og utprøving.

3.2.4 Egnethet

Metoden egner seg godt til å bygge opp mestringsfølelse og danne grunnlag for forandringsarbeid over tid ved å styrke motivasjonen. Problemet kan være at bruk av metoden ikke gir umiddelbare resultater. Dette kan føre til at pasienten gir opp når nedturene blir for store. Derfor bør det velges øvelser som umiddelbart gir følelse av mestring. Hos de som er ukjente med bevegelsesarbeid og bruk av medier, kan det oppstå

motstand. I slike tilfeller er det viktig at terapeuten forklarer metoden og virkningen på et forståelig språk.

Fokus i behandlingen må knyttes til rusproblematikken slik at pasienten opplever å få hjelp til å håndtere sitt rusproblem. Noe av kritikken som reises mot bruk av psykoterapi i behandling av rusmiddelavhengige er at behandlingen for tidlig rettes mot bakenforliggende årsaker. (Melin, Nasholm 1998). Terapeuten må ha god innsikt i hva som kjennetegner rusmiddelavhengighet for å kunne foreta riktige valg av metode.

3.3. Selvinnsikt og meningsdannelse

3.3.1 Kjennetegn

Etterhvert som pasienten oppnår stabilitet og struktur, kan arbeidet med å øke bevisstheten fortsette. Pasienten har behov for kunnskap om og innsikt i sin avhengighetsutvikling for å finne mening med hvorfor og hvordan rusen har spilt en så stor rolle i livet. En økt selvinnsikt vil føre til bedre forståelse av og kjennskap til seg selv som menneske (Melin, Nasholm 1998). Det betyr å finne tilbake til seg selv, bygge opp selvrespekt og derigjennom få et mer positivt selvbilde. Det blir lettere å møte og bære sine følelser. Det utvikles økt indre styrke og trygghet som gjør det mulig å møte livets utfordringer og problemer uten å ruse seg (ibid.).

3.3.2 Valg av mål og strategi

Arbeidet med selvinnsikt forutsetter at pasienten kan tåle seg selv, utvikle evne til eksentrisitet og ha tålmodighet. Forholdet mellom terapeut og pasient må være bærende og tåle påkjenningen med følelsesinvolvering. Behandlingsmålet kan være å øke innsikt i og finne mening med rusmiddelavhengigheten. En reparerende strategi kan velges for å reparere skader og rehabiliter kompetansen og evnen til selvfølelse og selvinnsikt. Dette innebærer å finne tilbake til evner som har eksistert, men som er skadet eller av andre årsaker har vært utilgjengelige (Petzold 2003). Hos pasienter med skader eller fysisk og psykisk dysfunksjon som ikke kan repareres, velges mestringsstrategi, for å finne måter å leve et godt liv med det som ikke fungerer. Dette er tidspunktet for å bevege seg inn i konfliktsentrert arbeid, kombinert med opplevelsessentrert fremgangsmåte for å avlaste pasienten og bygge opp evnen til eksentrisitet.

Identitetssøylene fra kartleggingsfasen gir et innblikk i pasientens sterke og svake sider. I rehabiliteringsarbeidet fokuseres det på områder som er svake, men kan restitueres. Livspanoramaet gir oversikt over livshistorien, og kan gi innblikk i mangler, traumer, forstyrrelser, ressurser og protektive faktorer. Denne oversikten gir terapeuten mulighet til å vurdere hva som kan og bør rehabiliteres og hvilke ressurser og protektive faktorer som kan oppveie det negative.

3.3.3. Valg av metode

Metodevalget faller på konfliktsentrert og støttende psykoterapi og opplevelsessentrert og konfliktsentrert bevegelsesarbeid i gruppe. Som teknikk i det individuelle arbeidet kan deler av livspanoramaet med fokus på utvikling av rusmiddelavhengighet benyttes. I dette kan det finnes forklaringer som gir innsikt. Den hermeneutiske spiral med å sanse – fatte – forstå – forklare, gir erkjennelser som skaper økt bevissthet (Petzold 2003). I forhold til pasienter med god tilgang til følelsene, men dårlig kognitiv utvikling, bør det tas utgangspunkt i følelsene og bringe det opp på kognitivt nivå, for å kunne forstå og forklare. For pasienter med følelsesmessig avflating, blir det viktig å få tak i følelsene, for å kunne sanse og fatte. Bruk av kreative medier som for eksempel tegning, maling og forming av leire gir god tilgang til ubevisste og fortrenkte følelser (Høhmann-Kost 1991). Bearbeidelse av fortrenkte følelser og opplevelser føre til økt forståelse og innsikt, og forsvaret kan gradvis bygges ned.

Det levde liv er lagret i kroppsmindet og bevegelsesarbeid kan bidra til å forløse og bearbeide det ubevisste (ibid.). I bevegelsesarbeid i gruppe, bør arbeidet foregå på imaginasjons- og symbolnivå. Pasienten får opplevelse av seg selv via kroppen og får tilgang til følelsene (sanse). Dette gir mulighet til bevegelse inn i konfliktsentrert område ved å bli i følelsene som oppstår (ibid.). Det er viktig med støtte fra terapeuten for å fatte, forstå og forklare. Bruk av intermediert objekt, for eksempel naturmaterialer, betyr at pasienten identifiserer seg med og snakker gjennom mediet (Høhmann-Kost 1991). Dette ufarliggjør situasjonen og skaper eksentrisitet. Terapeutens stil må veksle mellom å være direktiv og avdekkende, for å få fremdrift, og støttende, for at pasienten skal klare å være i og bære det som dukker opp.

3.3.4.Egnethet

For å lykkes i arbeidet med regresjon må terapeuten kjenne pasienten godt. Relasjonen må være bærekraftig. Hvis ikke kan det være skadelig for pasienten å bevege seg inn i konfliktsentrert arbeid. Dette må ikke skje for tidlig i behandlingen. Fokus må fortsatt være på rusmiddelavhengigheten, men det bør også gis rom for å ta tak i det som dukker opp underveis .

Terapeuten må stoppe regresjonen hvis pasienten ikke tåler dette, noe som krever god kunnskap og erfaring. Terapeuten må ha god selvinnsikt og være trygg og evne å bære pasientens følelser. Han må ha evne til å sette grenser, ta vare på seg selv og regulere nærhet og avstand. Medier brukes med forsiktighet og bare hvis pasienten er komfortabel med det.

3.4. Tilknytning og sosialisering

3.4.1 Kjennetegn

Evne til tilknytning til andre mennesker, grunntilliten til seg selv og andre og evne til etablering av gode relasjoner er ofte skadet som en konsekvens av en ruskarriere (Melin,Nasholm 1991). Familie, venner og arbeidskamerater tar avstand fra vedkommende på grunn av opplevelse av svik og problemer knyttet til rusmiddelavhengigheten. De gode relasjonene brytes og ødelegges som en konsekvens av rusmiddelbruk. Tilliten til andre mennesker brytes ned og frykten for avvisning fører til tilbaketrekning eller forsvar. Den rusmiddelavhengige kan oppleve isolasjon og ensomhet. Så lenge det viktigste blir rusen, vil dette gå utover evnen til å bygge gode relasjoner. Ofte kan manglende tilknytning og sosialisering være en årsak til rusmiddelavhengighet. Et barn eller en ungdom som ikke får dekket sine behov for omsorg, nærhet og aksept og opplever overgrep, negativ eller manglende stimulering, vil utvikle antisosial, utagerende adferd eller tilbaketrekning og rusen blir et substitutt som utvikles til avhengighet. Manglende tilknytning og sosialisering får negative konsekvenser for utvikling av identiteten (Petzold 1982). Dette forsterkes ved bruk av rusmidler og tilknytning til sosiale miljø som preges av usunn og negativ påvirkning (Weihe 2003). Pasienten har behov for å bygge opp tillit og etablere gode relasjoner.

3.4.2 Valg av mål og strategi

I dette arbeidet er først og fremst relasjonen mellom terapeut og pasient av avgjørende betydning. Relasjonen kan bli stedet der tilliten gjenoppbygges og ny sosialisering starter, og kan være helbredende i seg selv (Petzold 2003). Den terapeutiske allianse må tåle overføring-motoverføring, projeksjon og manipulering, og terapeuten må håndtere dette til beste for pasienten. Institusjonen er også en base for sosialisering, som erstatning for manglende eller destruktive sosiale miljø. Målet for behandlingen i denne fasen kan være gjenoppbygging av grunntillit, nysosialisering og etablering av gode relasjoner. Valget faller på en reparerende og utviklende strategi. I forhold til pasienter med en ufullstendig og skadet identitet som følge av destruktive sosialisingsprosesser, velges en konfliktsentrert fremgangsmåte for i størst mulig grad å rette opp skadene og gjenoppbygge grunntillit (Petzold 1982). For pasienter med en intakt identitet, men med ødelagte sosiale nettverk som konsekvens av rusmiddelavhengighet, vil utvikling av tillit, etablering av gode relasjoner og et sunt sosialt nettverk, være strategien. I dette arbeidet velges opplevelsessentrert fremgangsmåte. Gjennom arbeidet med identitetssøylene vil det fremkomme hva som er skadet. Utgangspunktet vil være søylen som beskriver pasienten som et sosialt atom i sitt sosiale nettverk. Ko-respondensmodellen fra metateorien er av spesiell betydning i arbeidet med sosialisering. Grunntanken i denne modellen er at all tilværelse er med-eksistens, og at menneske blir menneske bare gjennom andre mennesker (Petzold 2003). Helbredelse kan skje ved å tre inn i et gjensidig og helhetlig forhold til hverandre og finne svar på spørsmål og problemer i en felles prosess på grunnlag av gjensidig respekt (ibid). Hvis denne modellen blir gjennomført i en institusjon vil mulighetene for sosialisering og tillitsbygging være gode.

3.4.3 Valg av metode

Arbeidet med tilknytning og sosialisering for pasienter med en ufullstendig eller skadet identitet, vil innebære følelsesinvolvering, fordypning og regresjon (Petzold 1982). Det blir viktig å få frem grunnfølelsene i relasjonen mellom pasienten og omsorgspersoner i et tidsperspektiv. Grunnfølelsene kan være glede, ømhet, hengivenhet, angst, sinne, skam, ydmykelse, skyldfølelse med mer (Melin, Nasholm 1998). I dyaden mor-barn og triaden mor-far-barn, skjer den første personlighetsdannelse (Petzold 2003). Senere i livet vil det sosiale miljø og den økologiske kontekst ha påvirkning på videre utvikling. Konfliktsentrert psykoterapi bør anvendes når det foreligger skader i tidlig tilknytning og

sosialisering og ved gjenoppbygging av grunntillit (Petzold 2003). Sosioterapi er en anvendt metode for å utvikle tillit og etablere sunne sosiale nettverk (ibid.).

Familieoppstilling kan være en god teknikk å bruke i individuell terapi. En måte å gjøre dette på er at pasienten finner gjenstander som symboliserer seg selv og familiemedlemmene og plasserer disse i forhold til hverandre (Vatnøy 2003). Pasienten beskriver seg selv og sitt forhold til de andre og kan endre plasseringene i henhold til opplevd fortid, nåtid og ønske om en fremtid. Å bruke gjenstander som plasseres utenfor en selv medfører nødvendig avstand og oversikt som kan lette bearbeidelse av konfliktstoff (Høhmann-Kost 1991). Kreative medier er et viktig redskap for å åpne når det er motstand og/eller fortrenging.

For pasienter med mindre grad av skader i personlighetsutviklingen, men med ødelagte eller destruktive sosiale nettverk, kan sosiale nettverkskart anvendes som teknikk (Vatnøy 2003). Tegning kan benyttes, eller symboler som i eksempelet med familieoppstilling. Pasienten får mulighet til å se på seg selv i sitt nettverk, hvordan han påvirker og blir påvirket i relasjonene, i et tidsperspektiv og arbeide mot en ønsket situasjon.

Bevegelsesgruppen kan fortsette også i denne fasen av arbeidet. Gruppen kan være et godt sted å arbeide med relasjoner, fordi forstyrrelser i området relasjoner, må også heles i relasjoner (Petzold 2003). Dette kan være relasjon terapeut – klient, eller relasjonen til de andre i gruppen. Målsettingen med arbeidet i gruppen bør være å forbedre kommunikasjonen på fornufts- følelses og kroppnivå. Hvis gruppen fungerer godt og medlemmene er trygge på hverandre, kan psykodrama og rollebytteteknikker brukes, for å reparere og utvikle relasjoner.

3.4.4 Egnethet

I arbeidet med tilknytning og sosialisering har integrativ terapi mange metoder og teknikker som kan brukes. Det vil være enkelt å finne metoder som er tilpasset og dekker pasientens behov. Ikke minst med utgangspunkt i et grunnleggende humant menneskesyn om intersubjektivitet og ko-respondens, finnes gode muligheter for å lykkes i arbeidet med sosialisering.

Den terapeutiske holdning er den største suksessfaktoren i dette arbeidet. Terapeuten må kunne skifte mellom å være involvert, sentrert (være i kontakt med seg selv), og å innta en eksentrisk posisjon (Petzold 2003).

3.5. Forståelse og aksept

3.5.1. Kjennetegn

Enhver helbredelses- og utviklingsprosess må avrundes med forståelse og aksept. Det vil si at pasienten må kunne forstå og forklare prosessen for å kunne bevege seg inn i nyorienteringsfasen (Petzold 2003). På veien mot integrering er selvaksept en forutsetning (ibid.). Dette betyr aksept av sin historie og seg selv som menneske. Det er også viktig at pasienten kan utvikle evne til eksentrisitet. Dette vil være en styrke i forhold til å forstå seg selv og forstå andre mennesker. Forståelse og aksept er nødvendig for å oppnå god selvinnsett. Pasienten har behov for å akseptere og forsones seg med skader han er påført av andre for å unngå å bli bitter. Det er viktig å forstå hvorfor, og at han ikke kan forandre historien eller andre mennesker, men bare seg selv. Dette kan være en lang prosess, og pasienten vil ha behov for forståelse og aksept fra sine omgivelser, og først og fremst fra terapeuten, for å unngå og fordømme seg selv eller andre. Bevissthet og forståelse er grunnleggende for å oppnå personlig suverenitet og ta ansvar for eget liv.

3.5.2 Valg av mål og strategi

Overordnede teoribegreper i integrativ terapi sikrer forståelse og aksept:

Ko-responsjonsprosessen utledes i konsens mellom terapeut og pasient, d.v.s. at de skaper en felles forståelse av historien. Prosessuell diagnostikk utledes i intersubjektivitet, som innebærer at terapeuten handler som et medmenneske og bygger opp en subjekt-subjekt relasjon. Med et fenomenologisk utgangspunkt, vil det alltid være pasientens subjektive opplevelse av seg selv som er viktig. Den hermeneutiske spiral sikrer at pasienten må forstå og forklare for å komme videre i erkjennelsesprosessen. Det tetradiske system sikrer en integrasjonsfase som forutsetter ny forståelse av seg selv (Petzold 2003).

Behandlingsmålet kan være å oppnå personlig suverenitet gjennom forståelse og aksept. For å nå målet velges en utviklingsstrategi. Dette innebærer å utvikle evnen til å ta i mot og gi seg selv forståelse og aksept. Opplevelsessentrert-agogisk framgangsmåte benyttes i dette arbeidet. Pasienten opplever forståelse og aksept fra sine omgivelser og gir det

videre til seg selv. Den rusmiddelavhengige har bygd opp et sterkt forsvar for egne valg og handlinger gjennom ruskarrieren, for å kunne forsvare for seg selv og andre det livet han har levd og for å fortsette å ruse seg (Melin, Nasholm 1998). I behandlingsprosessen brytes forsvaret gradvis ned og erstattes med forståelse og aksept.

3.5.3. Valg av metode

Opplevelsesorientert og agogisk psykoterapi kan brukes som metoder, individuelt og i gruppe. Pasienten kan gjennom selvinnsikt og opplevelse av forståelse finne forklaring. En teknikk som kan brukes i individuelt arbeid er indre team (Vatnøy 2003). Det indre team består av deler i personligheten med ulike egenskaper, som alle har eller har hatt en viktig funksjon i pasientens liv. Pasienten definerer de ulike team-medlemmene og finner symboler for disse. Han presenterer dem og setter symbolene sammen for å synliggjøre måten de samarbeider eller motarbeider hverandre på, og hvilken funksjon de har i personlighets-teamet. Terapeutens oppgave er å bidra til at pasienten forstår og aksepterer de ulike sidene i seg selv, og ser mulighet for å utvikle sin personlighet (ibid.). Bruk av kreative medier og utvikling av kreativitet har også stor betydning i personlighetsforståelse og –utvikling.

Gruppeterapi kan også ha en funksjon for å nå målsettingen. Arbeidet i gruppen bør konsentreres om å forstå seg selv i møte med andre, d.v.s. å utvikle sosial integritet i samhandling med andre mennesker (Petzold 2003). Opplevelsesorientert og kognitiv kommunikasjonstrening er metoder som kan brukes i gruppeterapien, med non-verbale teknikker og bruk av medier, som tau, ball el.lign, for å oppleve kommunikasjon, og samtale på kognitivt nivå for å forstå og forklare (Høhmann-Kost 1991).

3.5.4 Egnethet

Integrativ terapiteori bygger på humanistisk tenkning med respekt og aksept av det unike ved hvert menneske som grunnlaget for samhandling. Derfor kan pasientens behov for forståelse og aksept bli imøtekommet ved bruk av metoden.

Terapeutens holdning er av stor betydning i dette arbeidet. Han må respektere og akseptere pasienten som menneske. Dette betyr ikke å akseptere handlinger. Terapeuten må våge å være konfronterende, for at pasienten skal komme videre i sin helbredelsesprosess. Terapeuten må pendle mellom å være direkte og tilbakeholden, og

avdekkende og støttende. Han må ha struktur, og ikke overta pasientens problemer eller forsvinne i medlidenhet og empati.

4. Empiriske erfaringer, forskning og konklusjon

4.1. Innledning

I dette kapitlet prøves vurderingene fra foregående kapittel mot funn fra empiriske erfaringer fra Blå Kors Behandlingssenter, Eina, Fritz Perls Institutt (FPI) og Europeisk Akademi for Psykososiale Helse (EAG) i Tyskland. I tillegg refereres til annen forskning av psykoterapi som behandlingsmetode for rusmiddelavhengige. Informasjon er hentet fra årsberetning 2005 fra Blå Kors Behandlingssenter, samt intervju med daglig leder. I tillegg refereres til ulike funn fra FPI/EAG og annet relevant forskningsmaterieil. Kapitlet avsluttes med en oppsummerende konklusjon.

4.2. Erfaringer fra Blå Kors Behandlingssenter, FPI/EAG og annen forskning

I årsberetning 2005 fra Blå Kors Behandlingssenter, Eina (BBE) fremgår at de ideologisk er forankret i en humanistisk og eksistensiell tradisjon, påvirket av fenomenologisk og hermeneutisk tankegang. BBE bygger sitt menneskesyn på samme prinsipper som integrativ terapi, nemlig at mennesket er et subjekt, med kroppslige, psykiske og åndelige dimensjoner, omgitt av fortid, nåtid og framtid. Daglig leder vektlegger verdiforankringen og menneskesynet som fundamentet i behandlingen. Personalets faglige og personlige kompetanse sees på som det viktigste verktøyet, og relasjonen mellom behandler og pasient som den viktigste suksessfaktor i behandlingen. Valg av metode bestemmes ut fra pasientens behov og behandlerens kvalifikasjoner.

Fritz Perls Institutt gir etterutdanningstilbud til rusterapeuter som innbefatter teori, metodikk og selverfaring. Egenutvikling gjennom selverfaring anses som en viktig del av utdanningen for å øke terapeutens personlige kompetanse. Mange ulike metoder er utviklet spesielt for rusbehandling, blant annet familierapi og sosialt nettverksterapi (Petzold, Josic, Erhardt 2003). Erfaringer viser at fokus på salutogenese, dvs helse, og derigjennom betydningen av å føle sammenheng og mening og refleksjon over verdier er viktige komponenter i behandling av rusmiddelavhengige. (Ostermann, 2003). I en studie av tre ulike metoder, kognitiv adferdsterapi, psykoanalyse og integrativ terapi, blir integrativ terapi fremhevet som en terapiform med god teoretisk overbygning og mange

metoder og teknikker som dekker ulike behov (Schafiyha, Wilks-Buscher 2004). Spesielt fremheves kreative metoder som positive for pasienter med begrenset språklig uttrykksform. Imidlertid viser praksis at pasienter som ikke er fortrolig med bruk av kreative metoder og bevegelsesarbeid, vil føle motstand og ikke få forventet utbytte av denne type behandling (ibid.).

Forskning er utført blant rusmiddelavhengige om virkningen av de 14 virkefaktorene i forhold til motivasjonsbehandling. En bevissthet knyttet til bruk av virkefaktorene har vist seg å ha god effekt i behandling av rusmiddelavhengige (Petzold, Schay, Scheiblich 2006).

Det er ulike oppfatninger om bruk av psykoterapi i behandling av rusmiddelavhengighet har god effekt (Melin, Nasholm 1998). Noe av kritikken som reises er at rusproblemet ikke får nok fokus i behandlingen, og at psykoterapeuter har for dårlig rusfaglig kompetanse (Melin, Nasholm 1998). Senere års forskning har imidlertid vist at psykoterapi kan ha god effekt, spesielt identitetsstyrkende og kognitiv psykoterapi, samt innsiktspsykoterapi og støtteterapi (ibid.). Lester Luborsky (1990) har forsket på psykodynamisk terapi og hans forskergruppe har vist at terapeuter som gjennom terapien holder fokus på klientens kjernekonflikt, og evner å etablere og opprettholde en god terapeutisk allianse får best resultat (Melin, Nasholm 1998: 226). En studie innen svensk terapiforskning (Sandahl C. m.fl. 1990) sammenlignet psykodynamisk korttidsterapi med adferdsterapi på flere grupper av rusmiddelavhengige. Undersøkelsen viste at pasienter med tidlig debut, stor grad av psykopatologi og tilpasningsproblemer hadde størst utbytte av adferdsterapi, mens for pasienter med lavere grad av sosiopatologi og psykopatologi hadde psykodynamisk korttidsterapi størst effekt (Melin, Nashom 1998:227). I den samme undersøkelsen kom det frem at terapeutisk relasjon og terapeutens holdning var viktigere enn valg av metode i behandlingen. En terapeutisk holdning med en kombinasjon av empati, forståelse og aktiv påvirkning hadde tydelig sammenheng med et positivt utfall (ibid.).

De funn som er gjort her gjennom empiriske erfaringer og forskning bekrefter noen av vurderingene gjort i kapittel 3, i forhold til bruk av integrativ terapi som metode i behandling av rusmiddelavhengige.

4.3. Konklusjon

Ut fra vurderingene gjort i kapittel 3 og med støtte fra empiriske erfaringer og forskning, vil jeg konkludere med at det viktigste verktøyet i behandlingen av rusmiddelavhengige er den terapeutiske allianse, terapeutens faglige og personlige kompetanse og terapeutens holdning. Dette mener jeg har større betydning enn valg av metode. Integrativ terapies teoretiske overbygning som innbefatter menneskesyn og verdiforankring, samt utdanningen som i stor grad vektlegger egenutvikling og personlig kompetanse, er etter min oppfatning verdifulle elementer i behandlerprofilen. Gjennom dette utvikles selvinnsikt, holdninger og verdier som har god effekt i behandlingen. Integrativ terapies mangfoldige metoder og teknikker gir gode muligheter for å matche behandling i forhold til den enkeltes behov. Metoden, slik den er beskrevet her, er nok best egnet for mennesker med mindre grad av psykopatologi og sosiopatologi, og med en fortrolighet i forhold til bruk av ulike medier og bevegelse. For å bruke metodikken i behandling av mennesker med store psykiske problemer og sykdommer kreves mer innsikt i dybdepsykologi og psykiatri.

Spesielt i forhold til behov for selvinnsikt og meningsdannelse, tilknytning og sosialisering, forståelse og aksept, mener jeg at integrativ terapi har gode metoder for å i møtekomme behovene. Jfr. integrativ terapies praksis om en fire-delt vei mot helbredelse, gjengitt i kapittel 2. En terapeut med forankring i integrativ terapi i tillegg til god rusfaglig kompetanse mener jeg vil være et godt ”verktøy” for å imøtekomme den rusmiddelavhengiges behov.

Summary: Integrativ Terapi - Experiences in Blå Kors Behandlingscenter for the Treatment of addiction

The subject in this paper is how to use Integrative therapy in the treatment of patients addicted to alcohol. The paper contains a description of how to recognize addiction and how to treat it with the philosophy and methods from Integrative therapy. The treatment is going on at an institution. The needs of the patients are; structure and support, to understand oneself and create meaning, connection and socialization, understanding and acceptance. The description of the needs is followed by choice of goal for the treatment, strategy and methods. At last we refer to experiences from Blå Kors Behandlingscenter, Eina and research from FPI/EAG. The conclusion is that Integrative therapy is very useful in treatment of addicted patients, especially the relationship between patient and therapist that comes out of processing diagnostic. Another positive element is the various amount of methods to dispose in Integrative therapy.

Key Words: Integrative Therapy, Treatment of Addiction, Treatment Goals, Treatment Practice, Treatment Center Blå Kors

LITTERATURLISTE:

- Bjerke, T og Svebak, S (2002), *Psykologi for høyskolen* (5.opplag), Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blindheim, M, (1998), Avhengighet er noe relativt. *Rus og avhengighet nr 1/1998*, s 20-21.
- Brumoen, H, (2003), *Bygging av mestringstillit*, (2.opplag), Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bunkholdt, V, (2000), *Utviklingspsykologi*, (2.utgave), Oslo: Universitetsforlaget.
- Eckhoff, R (1998) *Bruk av vitenskapstreet i hovedfagsarbeid*. Artikkel lastet ned 07.04.2005 fra <http://www.integrativ-terapi.no/vitenskapstreet.html>.
- Fekjær, H.O, (1998), Vi bør avmystifisere avhengighetsbegrepet. *Rus og avhengighet nr. 1/1998*, s. 30-32.
- Hafseng, K, (1991), *Rus, avhengighet og behandling*, Oslo: TANO A/S
- Höhmman-Kost, A (1991), *Bevegelsesterapi*, Oslo: TANO A/S.
- Melin, A.G og Näsholm, C, (1998), *Behandlingsplanering vid missbruk* (2.opplag), Sverige: Studentlitteratur, Lund.

- Ohnstad, A, (1998), *Den gode samtalen*, (2.utgave), Oslo: Det Norske Samlaget.
- Ostermann, D, (2003), *Salutogenetiske Aspekter in der Suchttherapie – Die Bedeutung der Sinnfrage sowie der Reflexion und Neuorientierung der Werte im Genesungsprozess von Suchtkranken*, FPI/EAG, Tyskland. Gradueringsarbeid lastet ned 19.05.2005 fra <http://www.fpi-publikationen.de/gradueringen.01/2003>.
- Pedersen, W, (2001), *Bittersøtt, ungdom/sosialisering/rusmidler* (4.opplag), Oslo: Universitetsforlaget A/S.
- Petzold, H, (2003), *Integrative Therapie* (2.opplag), s375-514, Tyskland: Junfermann Verlag, Paderborn.
- Petzold, H og Josic, Z og Erhardt, J (2003), Integrative familietherapie als "Netzwerkintervention" bei Traumabelastungen und Suchtproblemen, POLyLOGE; *Materialen aus der EAG . 03/2003*. Artikkel lastet ned 19.05.2005 fra <http://www.fpi-publikationen.de/polyloge/Petzold-Josic-Erhardt>
- Petzold, H, (1982), *An integrated modell of identity and its impact on the treatment of the drug-addict*, Free University of Amsterdam, FPI, Düsseldorf and Daytop-Clinic, Munich. Artikkel lastet ned 07.04.2005 og bestilt fra <http://www.integrativ-terapi.no/artikkel>

Litteraturliste, forts.

- Petzold, H, (2003), *Integrativ terapi*, Artikkel lastet ned 07.04.2005 fra http://integrativ-terapi.no/artikkel_it.html
- Petzold, H, Schay, P, Ebert, W, (2007), *Integrative suchttherapie, Theorie, Methoden, Praxis, Forschung*, (2.opplag), Tyskland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H, Schay, P, Scheiblich, W, (2006), *Integrative Suchtarbeid, Innovative Modelle, Praxis-strategien und Evaluation*, Tyskland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Redaksjon forebygging.no (2000), *Hva er avhengighet?*, Artikkel lastet ned 11.04.2005 fra <http://www.forebygging.no>
- Redaksjon forebygging.no (2000), *Utvikling av avhengighet*, Artikkel lastet ned 11.04.2005 fra <http://www.forebygging.no>
- Redaksjon forebygging.no (2000), *Forståelse og diagnostikk*, Artikkel lastet ned 11.04.2005 fra <http://www.forebygging.no>
- Reichelt, S og Haavind, H, (1999), *Aktiv psykoterapi*, (3.opplag), Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.

- Røkenes, O.H, og Hanssen, P.H, (2003), *Bære eller bryte* (2.opplag), Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke A/S.
- Schafiyha, L, og Wilks_Büscher, M (2004), "*Behind Blue Eyes*" oder Eine vergleichende Auseinandersetzung mit Internalen Negativkonzepten aus der Sicht der Psychoanalyse der kognitiven Verhaltenstherapie und der Integrative Therapie – am Beispiel von Alkoholikeren, FPI/EAG, Tyskland. Gradueringsarbeid lastet ned 20.05.2005 fra http://www.fpi-publikationen.de/gradueringen_14/2004.
- Skjøtskift, S, (1998), Diagnosen avhengighet – til å bli klok av ? *Rus og avhengighet nr. 1/1998*, s. 26-29.
- Smith-Solbakken, M & Tunland, E.M (1997), *Narkomiljøet, økonomi, kultur og avhengighet nr 1/1998*, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Snoek Engelstad, J & Engedal, K (2004), *Psykatri, kunnskap, forståelse, utfordringer*, (2.utgave), Oslo: Akribe Forlag.
- Skau, G.M, (2002) *Gode fagfolk vokser* (2.utgave, Oslo: Gyldendal Forlag A/S
- Sveeas, N & Hauff, E (1999), *Flukt og fremtid* (2.opplag), Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.
- Vatnøy, I (2003), *Prosessuell diagnostikk*. Artikkel lastet ned 07.04.2005 fra http://www.integrativ-terapi.no/pros_diag.html
- Litteraturliste, forts.**
- Waal, H (2002), *Avhengighet*. Artikkel lastet ned 11.04.2005 fra <http://www.forebygging.no>
- Weihe Wallin, H.J, (2003), *Rus, nytelse, lidelse og handling*, Oslo: Abstrakt forlag
- Årsberetning 2005, *Blå Kors Behandlingscenter, Eina*