

Henning Pettersen

**Erfaringer med rusmiddelbruk og oppsøkende behandling  
hos personer med psykoselidelse**

Avhandling til ph.d.-graden

Nasjonal kompetansetjeneste for rus- og psykisk lidelse  
Sykehuset Innlandet HF

Universitetet i Oslo  
Det medisinske fakultet, Institutt for klinisk medisin

© **Henning Pettersen, 2015**

*Doktoravhandlinger forsvart ved  
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.  
Nr. 1944*

ISBN 978-82-8264-984-1

Det må ikke kopieres fra denne boka i strid med åndsverkloven eller med avtaler om kopiering inngått med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Omslag: Hanne Baadsgaard Utigard.  
Trykk og innbinding: AIT Oslo AS.

Produsert i samarbeid med Akademika forlag, Oslo.  
Avhandlingen blir kun produsert av Akademika forlag i forbindelse med disputas.  
Alle henvendelser vedrørende avhandlingen skal rettes til rettighetshaver eller enheten der doktorgrad er forsvart.

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>II</b>
<b>Forkortelser</b> .....	<b>III</b>
<b>Begrepsavklaringer</b> .....	<b>IV</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>V</b>
<b>English summary</b> .....	<b>VII</b>
<b>Oversikt over artikler</b> .....	<b>IX</b>
<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1 Forekomst av alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelbruk .....	1
1.2 Konsekvenser av rusmiddelbruk ved alvorlig psykisk lidelse .....	2
1.3 Modeller for sammenhengen mellom alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelbruk.....	3
1.4 Rusmidlenes funksjon.....	6
1.5 Erfaringer med å kutte ut bruk av rusmidler.....	7
1.6 ACT og behandlingsmessige utfordringer .....	9
1.7 Inkludering i ACT.....	11
1.8 Kontekst.....	13
1.9 Studiens hensikt .....	14
<b>2.0 Materiale og metode</b> .....	<b>15</b>
2.1 Design .....	15
2.2 Utvalg.....	16
2.3 Rekruttering.....	17
2.4 Datainsamling.....	18
2.5 Analyse .....	19
2.6 Etske betraktninger .....	22
<b>3.0 Resultater</b> .....	<b>23</b>
3.1 Begrunnelser for rusmiddelbruk hos personer med alvorlig psykisk lidelse.....	23
3.2 Erfaringer med å kutte ut rusmiddelbruk hos personer med alvorlig psykisk lidelse.....	24
3.3 Erfaringer med inkludering i ACT-behandling hos personer med ROP-lidelse.....	24
3.4 Kort sammendrag av hovedfunn .....	25
<b>4.0 Teoretiske og metodologiske betraktninger</b> .....	<b>25</b>
4.1 Forståelse av fenomener som sosiale konstruksjoner .....	25
4.2 Bruk av intervju i kunnskapsproduksjon .....	29
4.3 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.....	31
<b>5.0 Diskusjon av resultater</b> .....	<b>33</b>
5.1 Rusmidlenes funksjon for personer med alvorlig psykisk lidelse.....	34
5.2 Inkludering av personer med ROP-lidelse i ACT. ....	37
5.3 Konkluderende betraktninger .....	39
<b>6.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning</b> .....	<b>41</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>44</b>
<b>Vedlegg: Informasjonsskriv, samtykkeerklæring, intervjuguide, artikler 1-3</b> .....	<b>1</b>

## Forord

I perioden 2004-2009 var jeg engasjert i arbeidet med opptrappingsplan for psykisk helse og oppbygging av kommunalt psykisk helsearbeid gjennom mitt arbeid hos Fylkesmannen i Oppland. I evalueringen av opptrappingsplanen oppsummerte Norges forskningsråd med at store deler av det lokale psykiske helsefeltet hadde fått en opprustning gjennom økte statlige bevilgninger, til beste for brukerne. Imidlertid ble det konkludert med at det fortsatt var store mangler; spesielt gjaldt dette tjenester til personer med både alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer. At evalueringen av opptrappingsplanen kom omtrent samtidig med at jeg var i ferd med å avslutte master i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid ved Høgskolen i Gjøvik, gjorde at jeg begynte med skisser for et doktorgradsarbeid i god tid før masteroppgaven ble ferdigskrevet. Den innledende tematikken i min prosjektbeskrivelse var mangelen på koordinerte tjenester for dem med alvorlig psykisk lidelse som samtidig ruset seg.

Interessen for å gjennomføre et doktorgradsarbeid ble ikke unnfanget i et vakuum. Mark Hopfenbeck var den som klarte å overbevise meg om at det var mulig å begynne med doktorgradsarbeid etter fylte femti. Likevel var vendepunktet og det som satte fart i skivingen, mitt møte med Anne Landheim. Hun åpnet dører og inviterte meg inn i den forskningsbaserte evalueringen av ACT-team i Norge. Anne ble min hovedveileder, og bidro til at jeg fikk finansiering til doktorgraden gjennom Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rus- og psykisk lidelse (NKROP) og Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo. Jeg retter derfor en stor takk til Anne! For øvrig skylder jeg mine gode medveiledere professor Edle Ravndal og professor Torleif Ruud en stor takk. En takk også til professor Jørgen Bramness som åpnet dørene inn til det aktive forskningsmiljøet på SERAF. Som medforfatter på artikkel 3 og som sterk bidragsyter i analysearbeidet fortjener psykiater og medstipendiat Ingrid Havnas å takkes spesielt. Jeg har også hatt stort utbytte av felles artikkelgjennomgang og «skrivestue» sammen med øvrige stipendiater ved både NKROP og SERAF. Kunnskapsoppsummeringer hadde ikke vært mulig uten kyndig bistand fra biblioteket ved Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), Medisinsk bibliotek ved Universitetsbiblioteket i Oslo samt Monica Stolt Pedersen i bibliotekjentesten ved Sykehuset Innlandet HF. Ricardo Lugo vil jeg takke for engelsk oversetting av forskningsdeltagernes sitater slik de er gjengitt i artiklene, Asbjørn Langmyr for språkvaske av norsk tekst i avhandlingen og Knut Arne Gravingen for teknisk bistand. En takk rettes også til Morten Brodahl for nødvendig bidrag i gjennomføring av pilotintervju, og til medstipendiat Neupane Sudan som gjorde det faglig inspirerende og sosialt meningsfullt å dele kontor.

En forutsetning for at jeg har kunnet gjennomføre et doktorgradsprosjekt er støtten fra min kjære Vigdis, som har stått for den livsnødvendige ikke-akademiske siden av mitt liv de siste fire årene. Aller mest takknemlighet føler jeg overfor de elleve reflekterte og modige forskningsdeltagerne som tok av sin tid og bidro med sine erfaringer. Uten dem var det ikke blitt noen avhandling.

## Forkortelser

<b>AUDIT</b>	Alcohol Use Disorder Identification Test
<b>ACT</b>	Assertive Community Treatment
<b>ASPD</b>	Antisocial personality disorder
<b>CANTAB</b>	The Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery
<b>DPS</b>	Distriktspsykiatrisk senter
<b>DSM-IV</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 <sup>th</sup> Edition
<b>DUDIT</b>	Drug Use Disorder Identification Test
<b>ICD-10</b>	International Classification of Disorders, 10 <sup>th</sup> Edition
<b>IOM</b>	Institute of Medicine (Washington, USA)
<b>KoRus-Øst</b>	Kompetansesenter rus – region øst
<b>NAV</b>	Arbeids- og velferdsforvaltningen
<b>NESARC</b>	The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (USA)
<b>NKROP</b>	Nasjonal kompetansetjeneste for rus- og psykisk lidelse
<b>OBS-team</b>	Oppsøkende behandlingsteam, Stavanger
<b>REACT</b>	Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London
<b>REK</b>	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
<b>ROP</b>	Rus- og psykisk lidelse
<b>SAMHSA</b>	Substance Abuse and Health Services Administration (USA)
<b>SERAF</b>	Senter for rus- og avhengighetsforskning
<b>SIRUS</b>	Statens institutt for rusmiddelforskning
<b>SCMH</b>	The Sainsbury Centre for Mental Health, London
<b>TSB</b>	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
<b>TMACT</b>	The Tool for Measurement of Assertive Community Treatment
<b>TTM</b>	The Transtheoretical Model of Behavioral Change (endringshjulet)

## Begrepsavklaringer

**Alvorlig psykisk lidelse.** Psykiske lidelser er betraktet som alvorlige dersom de fører til vedvarende funksjonsnedsettelse (f.eks. i arbeid, utdanning og forelderrolle), problemer i sosiale relasjoner eller nedsatt evne til egenomsorg (DSM IV og ICD-10). De mest vanlige typer alvorlig psykisk lidelse er schizofreni, schizoaffektive lidelser og bipolar lidelse. I en del sammenhenger er disse tilstandene omtalt under fellesbetegnelsen *psykoselidelser*, og kan ses som en samlebetegnelse for ulike diagnoser med alvorlig funksjonsnedsettelse. Det empiriske materialet som avhandlingen bygger på, omfatter personer diagnostisert med sistnevnte lidelser, og begrepene *alvorlig psykisk lidelse* og *psykoselidelse* er brukt om hverandre i avhandlingen.

**Rusmiddelbruk.** I forskningslitteraturen er det stor variasjon i hvordan man omtaler forholdet til rusmidler hos personer i behandling for rus- eller psykisk lidelse. Begrepene *rusmiddelbruk*, *rusmiddelmisbruk*, *skadelig rusmiddelbruk* og *rusmiddelavhengighet* brukes om hverandre. Forskningsdeltagerne i min studie hadde alle en problematisk bruk av rusmidler (definert som en skår over grenseverdiene på AUDIT og DUDIT). Selv omtalte imidlertid majoriteten av deltagerne sitt forhold til rusmidler som *rusmiddelbruk*. I bestrebelsen etter å være mest mulig tro mot deltagerens beskrivelser har jeg derfor brukt begrepet *rusmiddelbruk* gjennom de delene av avhandlingen som omhandler deltagerens forhold til rusmidler.

**Komorbiditet** er blitt definert på ulike måter. Det har vært vanlig å snakke om primær- og sekundærlidelse, hvor den lidelsen som først oppstår, benevnes primær, en oppfatning som betinger kronologi og ikke nødvendigvis årsak og virkning. Komorbiditet som begrep kan forstås som at lidelsene er suksessive – det vil si at en person kan ha to eller flere lidelser gjennom et livsløp uten at de har opptrådt samtidig, eller at det kan anses som komorbiditet når to eller flere lidelser opptrer samtidig. Det er den sistnevnte definisjonen som legges til grunn for komorbiditetsbegrepet i avhandlingen.

**ROP-lidelser.** Begrepet *dobbeltdiagnose* er i forskningslitteraturen for en stor del ensbetydende med rusmidler og psykisk lidelse, selv om det definisjonsmessig kan innbefatte enhver annen medisinsk diagnose som opptrer sammen med en annen. Begrepet *dobbeltdiagnose* er i Norge erstattet med begrepet *ROP-lidelse* (rus- og psykisk lidelse), og i den norske ROP-retningslinjen er både lettere og alvorlige psykiske lidelser kombinert med lettere eller alvorlige ruslidelser definert som ROP-lidelser. Det meste av forskningen knyttet til personer med *dobbeltdiagnose* forstår diagnosen som alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse, og anvendelsen av *ROP-lidelse* i avhandlingen er sammenfallende med sistnevnte tolkning.

**ACT.** Tverrfaglig sammensatte, og aktivt oppsøkende behandlingsteam som tilbyr tjenester til personer med alvorlig psykisk lidelse (se kapittel 1.6).

## Sammendrag

Bakgrunn: Bruk av rusmidler er mer utbredt hos personer med alvorlig psykisk lidelse enn hos andre, og det er mange negative konsekvenser forbundet med bruk av rusmidler for disse personene. Det anvendes ulike modeller for å forklare hvorfor personer med alvorlig psykisk lidelse bruker rusmidler, og mennesker oppgir mange forskjellige grunner for sin rusmiddelbruk. Mange av dem med alvorlig psykisk lidelse og problematisk bruk av rusmidler oppnår kontroll over rusmiddelbruken, mens andre opplever stadig forverring. Det er imidlertid mer forskning på grunner til å bruke rusmidler enn på grunner til å kutte ut rusmiddelbruken hos personer med psykoselidelse. Personer med alvorlig psykisk lidelse som bruker rusmidler, viser seg å være dårligere inkludert i behandling enn de som ikke bruker rusmidler, og ACT klarer å inkludere og beholde brukere i behandling i større grad enn tradisjonell behandling. Det er imidlertid lite forskning på hvordan personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelbruk opplever inkludering i oppsøkende behandling. Hensikten med denne studien er å belyse hvordan personer med ROP-lidelse beskriver sitt forhold til rusmidler, og hvordan de opplever inkludering i ACT.

Materiale og metode: Det ble gjennomført til sammen 20 semistrukturerte intervjuer med et hensikts- og kriteriebasert utvalg av brukere (n = 11) med samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse inkludert i ACT-team. Inklusjonskriteriene var oppnådd bedring på områdene livskvalitet og/eller funksjonsnivå og/eller rusmiddelbruk etter minimum tolv måneder i behandling. Studien har et deskriptivt og eksplorativt design med en fenomenologisk tilnærming. Forskningsdeltagernes livserfaringer som subjektive fenomener står i fokus. Systematisk tekstkondensering ble benyttet i analysen.

Resultater: Oppgitte grunner for å bruke rusmidler var å kontrollere symptomer på psykisk lidelse, å motarbeide bivirkninger av antipsykotika eller å balansere ambivalensen til rusmidler (artikkel 1). Hovedgrunnene for å slutte med rusmidler var betydningen av sosiale relasjoner og meningsfulle aktiviteter. Betingelser og strategier for å klare et liv uten rusmidler var aktivt å ta avstand fra personer og arenaer hvor rusmidler ble benyttet, bruke et positivt tankesett, ha kontroll på følelser og å være redd for å utvikle avhengighet til rusmidler (artikkel 2). Bygging av tillit gjennom vedvarende involvering av behandlere samt insentiver og praktisk bistand, ble av deltagerne oppfattet som viktigst for initial inkludering i ACT. Eksklusivitet, sikkerhetsnett og personlig ansvar ble nevnt som viktigst for å forbli i behandling (artikkel 3).

Konklusjon: Deltagerne opplevde i hovedsak at rusmiddelbruken hadde en positiv innvirkning på symptomer på psykoselidelse så fremt rusmidlene ble tatt på riktig måte og i fornuftig mengde. Resultatene gir støtte til den tradisjonelle selvmedisineringshypotesen, men støtter også til en viss grad supersensitivitetsmodellen og modellen for iatrogen sårbarhet for antipsykotika. Gjensidig påvirkning-modellen kan også forklare noen av deltageres ambivalens overfor rusmidler. Resultater fra andre

kvalitative studier vedrørende viktigheten av sosial støtte og meningsfulle aktiviteter som grunner til å kutte ut bruk av rusmidler, gjenfinnes også i min studie. Strategier for aktivt å ta avstand fra et tidligere rusmiljø for å bli rusfri er rapportert i en annen studie, mens frykten for avhengighet, positiv tenkning og emosjonell kontroll ikke er rapportert i andre kvalitative studier. Resultatene fra min studie støtter funn fra andre kvalitative studier vedrørende betydningen av vedvarende involvering, og delvis betydningen av å motta goder, for å akseptere og å la seg bli rekruttert til behandling. Betydningen av eksklusivitet og sikkerhetsnett for å forbli i behandling er rapportert også i andre studier, mens betydningen av brukernes eget personlige ansvar ikke gjenfinnes i andre studier.



## English summary

**Background:** Persons with severe mental illness (SMI) are more likely to use substances than others and experience more adversity in different arenas throughout life compared to non-using individuals. Several types of theoretical models attempt to explain the increased substance use by individuals with psychotic disorders, and there are many given reasons for individuals' substance use. Many people with SMI attain full remission of their substance use, whereas others relapse frequently. Among persons diagnosed with SMI, more research has been published on reasons for substance use than on reasons for abstinence. Clients with SMI who use substances are less engaged in treatment than those who do not use substances, and assertive community treatment (ACT) engages and retains clients with SMI and concurrent substance use at a higher rate compared with traditional treatment. Research on the perceptions of engagement in ACT by clients with SMI and concurrent substance use is limited. The aim of the study was to explore how clients with severe mental illness explain their experiences with substances and how they experience engagement in ACT.

**Material and methods:** A total of twenty semi-structured interviews were undertaken among eleven clients with SMI and concurrent substance use who were included in ACT. A purposeful and criterion-based sampling procedure was applied. The inclusion criteria were severe mental illness and concurrent substance use and improvement after a minimum of twelve months in treatment regarding one or several of the following parameters: quality of life, general functioning and substance use. The study design is descriptive and exploratory with an approach inspired by phenomenology. Systematic text condensation was applied in the analyses.

**Results:** Reasons given for using substances were controlling the symptoms of mental illness, counteracting medication side-effects, or balancing the ambiguity towards substances (article 1). The main reasons for quitting substance use were social relationships and meaningful activities. The stated requirements and strategies used in the search for sobriety were detachment from people and places, positive thinking, control of feelings and emotions, and fear of dependency (article 2). The experiences of building trust through enduring involvement and receiving different benefits were most important for the acceptance of ACT by clients. A feeling of exclusiveness, perceiving ACT as a safety net, and the clients' own personal responsibility for taking part in the treatment were stated as the most important factors for remaining in treatment (article 3).

**Conclusion:** Substance use was experienced as having a mostly positive effect on symptoms of mental illness when substances were taken at the right time and in a reasonable amount. The results mainly support secondary substance use models in explaining the co-morbidity of SMI and substance use. However, there is some support for the traditional self-medication hypothesis, iatrogenic vulnerability, and the supersensitivity model. This may be because the majority of the study participants reported having a mental illness with subsequent substance use. The expressed ambivalence toward substance

use also lends some support to bidirectional models. My results are consistent with those from other qualitative studies on the importance of social relationships and meaningful activities as expressed reasons for abstinence. The strategy of actively avoiding a former adverse milieu to reach sobriety is consistent with findings from one similar study. The factors fear of adverse consequences, positive thinking, and control of feelings and emotions, which were found in the present study, have not been reported by other qualitative studies. The data support results from other qualitative studies regarding the importance of enduring involvement and partly support findings regarding the importance of receiving benefits for initial engagement. The importance of a feeling of exclusiveness and the perception of ACT as a safety net to maintain engagement was reported by other studies, whereas the importance of personal responsibility on behalf of the clients was not described in other studies.

## Oversikt over artikler

### Artikkel 1

Pettersen, H., Ravndal, E., Ruud, T. & Landheim, A.S.

Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness.

International Journal of Qualitative Studies on Health Well-being 2013, 8:21968.

doi:10.3402/qhw.v8i0.21968.

### Artikkel 2

Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E, & Landheim, A. S.

Searching for Sobriety: How Persons with Severe Mental Illness Experience Abstaining from Substance Use.

Journal of Addiction Research & Therapy 2014, 5:193. doi:10.4172/2155-6105.1000193.

### Artikkel 3

Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E, Havnes, I.A., & Landheim, A. S.

Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use.

International Journal of Mental Health Systems 2014, 8:40. doi:10.1186/1752-4458-8-40.



## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Forekomst av alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelbruk

Både epidemiologiske (Conway, Compton, Stinson & Grant, 2006; Grant et al., 2004; Hasin & Kilcoyne, 2012; Kavanagh et al., 2004; Kessler et al., 1996; Regier et al., 1990) og kliniske (Duke, Pantelis & Barnes, 1994; Hartz et al. 2014; Møller & Linaker, 2004; Ziedonis & Trudeau, 1997) studier viser at personer med alvorlig psykisk lidelse er mer tilbøyelige til å bruke rusmidler enn andre. Dette bildet på forekomst er imidlertid mer nyansert dersom man ser på bruk av spesifikke rusmidler. I likhet med befolkningen for øvrig er alkohol og cannabis de rusmidler som brukes mest også av personer med psykoselidelser (Cantor-Graae, Nordström & McNeil, 2001; Mueser et al., 1990). Spesielt er samtidig forekomst av cannabisbruk og symptomer på psykoselidelse synliggjort i nyere forskning (Atakan, 2008; Green, Young & Kavanagh, 2005; Koskinen, Löhönen, Koponen, Isohanni & Miettunen, 2010; Manrique-Garcia et al., 2012; Moore et al., 2007). En klinisk studie fra Norge viser at av pasientene som ble innlagt for psykoselidelse ved Blakstad sykehus, hadde 54 prosent brukt rusmidler siste måned før innleggelse, med cannabis som det mest brukte rusmiddelet (Helseth, Lykke-Enger, Aamo & Johnsen, 2005). Videre viser både systematiske oversiktsartikler (Mueser et al., 1990; Schneier & Siris, 1987) og kliniske studier (Barnett et al., 2007; Latt et al., 2011; Ringen et al., 2008) at spesielt amfetamin brukes mer av personer med psykoselidelser enn av andre i befolkningen.

Selv om de studiene, som har et stort antall forskningsdeltagere, konkluderer med at personer med alvorlige psykiske lidelser bruker mer rusmidler enn andre (Hartz et al., 2014; Hasin & Kilcoyne, 2012), kommer det frem store variasjoner i funn fra ulike studier. Dette kan bero på at funnene avhenger av om man undersøker forekomst av rusmidler i behandlingspopulasjoner eller generelt i befolkningen, hvordan man definerer ruslidelse, hvordan man kartlegger rusforekomst og om man undersøker for spesifikke psykiatriske diagnoser eller spesifikke rusmidler. Det er åpenbart at både demografiske forhold (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2003) og valg av metode (Maslin, 2003) vil ha betydning for hva studiene viser om forekomst av ruslidelse. En skotsk studie sammenlignet problematisk rusmiddelbruk i et utvalg av personer diagnostisert med schizofreni med et utvalg av den alminnelige befolkningen i det samme området (McCreadie, 2002). Her fant man at risikoen for problematisk rusmiddelbruk i førstnevnte gruppe var fire ganger høyere enn i befolkningen ellers. En norsk studie med lignende design fant at bruken av illegale rusmidler var 44 prosent større hos dem med psykoselidelse enn hos dem i en kontrollgruppe som var rekruttert fra den alminnelige befolkningen i samme område. Her var bruken av sentralstimulerende midler 160 prosent høyere hos dem med psykoselidelse (Ringen et al., 2008). En av innvendingene mot resultatene fra den store epidemiologiske studien til Regier et al. (1990) er nettopp at de ved sammenligning av de ulike gruppene ikke har tatt hensyn til sosiodemografiske faktorer, som kan ha hatt innvirkning på resultatene (Phillips & Johnson, 2010). Det generelle forbruksmønsteret for rusmidler endres over tid

og over geografiske områder. Derfor blir det utfordrende å sammenligne forekomst på tvers av studier fra ulike populasjoner og tidsepoker. Tilgjengelige undersøkelser i befolkningen som helhet indikerer en økende og mer kompleks bruk av illegale rusmidler gjennom de siste tiår (Rehm, Taylor & Room, 2006), og en større australsk undersøkelse fant en markert økning i bruk av alkohol og cannabis blant personer med psykoselidelser fra 1998 til 2008 (Moore, Mancuso, Slade, Galletly & Castle, 2012).

På tvers av studier, land og metodisk tilnærming for innhenting av data vet vi at det er en høy samtidig forekomst av rusmiddelbruk hos personer med psykoselidelser. Jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, jo høyere er rusforekomsten. Dette gjelder både i kliniske studier og i befolkningsstudier.

### **1.2 Konsekvenser av rusmiddelbruk ved alvorlig psykisk lidelse**

Flertallet av studier som omhandler rusbruk hos personer med alvorlig psykisk lidelse peker på negative konsekvenser av bruk av rusmidler, slik som; økt risiko for forverring av lidelsen med reinleggelse som resultat (Drake, O'Neal & Wallach, 2008; Hunt, Bergen & Bashir, 2002; Morojele, Saban & Seedat, 2012; Najt, Fusar-Poli, & Brambilla, 2011), økt selvmordsrisiko (Torrey, Drake & Bartels, 1996), økt risiko for somatiske helseskader (Mueser et al. 2003), hjemløshet og ustabil boligsituasjon (Goldfinger et al., 1999). I tillegg har rusbruken samfunnsmessige konsekvenser gjennom økt kriminalitet og merkostnader for helsevesenet (Lafeuille et al., 2014). Videre har rusbruk vist seg å gjøre det vanskeligere å holde personer med psykoselidelse i behandling (Kavanagh et al., 2004; Kreyenbuhl, Nossel & Dixon, 2009; O'Brien, Fahmy & Singh, 2009; Owen, Craddock & Jablensky, 2007), og det er blitt funnet tidligere forekomst av psykoselidelse hos dem som har en historie med rusmiddelbruk, enn hos dem som ikke har brukt rusmidler (Veen et al., 2004). Det kan se ut som om faktorene alvorlig psykisk lidelse, rusmiddelbruk og diverse uheldige livshendelser er sammenvevd, og at de erfarte problemene kan oppleves større enn summen av de enkelte faktorer (Padgett, Smith, Henwood & Tiderington, 2012).

Det er sprikende funn når det gjelder hvordan rusmiddelbruk virker på kognitive funksjoner hos personer med alvorlig psykisk lidelse (Mueser & McGurk, 2012). Det er studier som viser at rusmiddelbruk svekker kognitive funksjoner (Allen & Remy, 2000; Bowie, Serper, Riggio & Harvey, 2005; Ringen et al., 2010), men også studier som viser det motsatte (Addington & Addington, 1997; Potvin et al., 2005). I en nyere review-artikkel ble det vurdert tre parametere som har betydning for hvordan bruk av rusmidler virker inn på kognitive funksjoner: alder, type rusmiddel og hvilke kognitive funksjoner som måles. Forfatterne fant at bruk av rusmidler over lengre tid virket i negativ retning, og at alkohol var det rusmiddel som virket mest svekkende, mens cannabis i liten grad svekket kognitive funksjoner hos personer med psykoselidelse (Potvin, Stavro & Pelletier, 2012). En nyere reviewartikkel fant endog at personer med schizofrenidiagnose som brukte cannabis, skåret bedre på diverse nevropsykologiske tester enn de som ikke hadde brukt cannabis (Yucel et al., 2012).

Når det gjelder spesifikke rusmidler, er det studier som viser at både cannabis (Ben Amar & Potvin, 2007; Davis, Compton, Wang, Levin & Blanco, 2013; Henquet et al., 2005; Mietunen et al., 2008; Moore et al., 2007; Parakh & Basu, 2013) og i enda større grad amfetamin (Callaghan et al., 2012; Lechner et al., 2013) kan utløse psykose. Imidlertid er det studier som peker på at predisposisjon for utvikling av schizofreni, spesielt hos dem som bruker cannabis, er like viktig som den toksikologiske effekten av stoffet (Degenhardt, Hall & Lynskey, 2003; van Os et al., 2002; Zammit, Allebeck, Andreasson, Lundberg & Lewis, 2002). En metaanalyse av hvordan personer med schizofrenidiagnose selv vurderte sammenhengen mellom bruk av cannabis og utvikling av schizofreni, viste at det var liten eller ingen sammenheng mellom bruk av rusmidler og psykisk lidelse (Buadze et al., 2012). Uansett er det en metodologisk utfordring å undersøke effekten av spesifikke rusmidler på psykisk lidelse når de fleste ikke bruker cannabis eller amfetamin isolert, men som oftest i tillegg til andre rusmidler. Imidlertid er det forskning som bidrar til å nyansere bildet av kombinasjonen rusmiddelbruk og psykoselidelse som entydig negativt. Noen studier finner ingen forverring av symptomer eller økt bruk av helsetjenester hos dem med alvorlig psykisk lidelse og samtidig bruk av rusmidler (Cantwell, 2003; Møller & Linaker, 2004). Noen studier kan endog vise til mindre alvorlig psykoselidelse og reduksjon av negative symptomer (Joyal, Halle, Lapierre & Hodgins, 2003; Salyers & Mueser, 2001) samt bedre sosial fungering i tidlig fase av psykoselidelsen (Larsen et al., 2006) hos dem som bruker rusmidler.

### **1.3 Modeller for sammenhengen mellom alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelbruk**

Ulike teoretiske modeller brukes for å forklare tendensen til økt bruk av rusmidler hos personer med psykoselidelser. *Sekundær psykopatologi-modeller* (også kalt skademodeller) fremhever at rusmiddelbruk forårsaker psykiske lidelser som ellers ikke ville ha utviklet seg. Det er forskning som indikerer at misbruk av rusmidler kan utløse psykoselidelser hos sårbare personer som ellers ikke ville utviklet sykdommen (Buhler, Hambrecht, Loffler, An der Heiden & Hafner, 2002; Mueser et al., 2003), og det synes som om psykoselidelser som utvikles etter rusmiddelmisbruk, skiller seg lite fra psykoselidelser utviklet i fravær av rusmiddelmisbruk (se kapittel 1.2). For eksempel er både amfetamin- og cannabisutløste psykoser vanskelige å skille fra vanlige psykoselidelser (Lechner et al., 2013; Parakh & Basu, 2013). Likevel er det indikasjoner på at vedvarende psykoselidelse forårsaket av amfetamin sjelden forekommer, men at livsløpsforekomst av forbigående rusmiddelindusert psykose hos personer som er avhengige av stimulantia, ligger på minimum 40 prosent (Schuckit, 2006). Det er også forskning som viser at yngre personer har lettere for å utvikle alvorlige psykiske lidelser som følge av misbruk av rusmidler enn de som starter misbruk senere i livet (Addington & Addington, 1998; Salyers & Mueser, 2001).

*Sekundær ruslidelse-modeller* hevder at økt komorbiditet skyldes at en primær psykoselidelse forårsaker bruk av rusmidler (Moggi, 2005; Mueser, Drake, & Wallach, 1998), og det er nyere studier som støtter en slik antagelse (Glantz et al., 2009; Swendsen et al., 2010). Enkelte forskere peker

imidlertid på at de faktorene som øker risikoen for rusmiddelbruk, ikke nødvendigvis er den psykiske lidelsen i seg selv, men like gjerne bakenforliggende svekkelser eller dysfunksjonelle forhold (Sloboda, Glantz & Tarter, 2012). Når det gjelder psykoselidelser og samtidig bruk av rusmidler, handler det meste av forskningslitteraturen om rusmiddelbruk som sekundær til psykoselidelsen, selv om det er omfattende forskning som tar for seg hvordan spesielt bruk av cannabis kan forårsake psykiske lidelser isolert.

Som en av modellene som forklarer psykoselidelse som årsak til rusmiddelbruk, antar den tradisjonelle selvmedisineringshypotesen at spesifikke rusmidler brukes for å lindre spesifikke symptomer på psykoselidelsen og avhjelpe negative følelser og påkjenninger (Khantzian, 1985, 1997). Denne hypotesen er blitt referert til i mange studier (Bizzarri et al., 2009; Phillips & Johnson, 2001; Schneier & Siris, 1987). Forklaringsmodellen har imidlertid fått lite støtte gjennom klinisk forskning: den viktigste innvendingen er at det vanskelig kan vises at personer bruker spesifikke rusmidler selektivt for å håndtere spesifikke symptomer (Mueser et al., 1998). Det er derimot flere studier med brukeres selvrappotering som peker på lindring av dysfori som oppgitt grunn til bruk av rusmidler (Addington & Duchak, 1997; Dixon et al., 1990; Spencer, Castle & Michie, 2002). Gjennom å legge mer vekt på emosjonelle tilstander enn på symptomer og mindre på spesifikke rusmidler rettet mot spesifikke symptomer er den generelle versjonen av selvmedisineringshypotesen mer i tråd med en lindring-av-dysfori-modell. At bruken av antipsykotika kan forårsake en sårbarhet som fører til eller legitimerer bruk av rusmidler, er ofte nevnt i forbindelse med selvmedisineringshypotesen (Khantzian, 1997). Iatrogen sårbarhet innebærer at man bruker rusmidler for å dempe bivirkningene av antipsykotiske medikamenter som kan forårsake sløvhet og tretthet, ha en avflatende effekt på følelseslivet og gi redusert metthetsfølelse, og dermed overvekt. Ved å bruke rusmidler kan man oppleve at disse bivirkningene blir mindre dominerende. Flere studier støtter teorien om iatrogen sårbarhet som forklaringsmodell (Costain, 2008; Duke et al., 1994; Schneier & Siris, 1987; Spencer et al., 2002). En systematisk oversikt over studier over egenrapporterte grunner til å bruke rusmidler viste at bivirkninger av medisiner var en viktig motiverende faktor for rusmiddelbruk i flere av studiene (Gregg, Barrowclough & Haddock, 2007).

Supersensitivitetsmodellen, som også forklarer rusmiddelbruk som sekundær til psykoselidelsen, viser at økt biologisk sårbarhet for effekten av rusmidler kan forklare noe av komorbiditeten til disse sykdomstilstandene (Krystal et al., 2006; Moggi, 2005; Mueser et al., 1998). Til støtte for en slik modell er funn som viser at personer med psykoselidelse og samtidig rusmiddelbruk ser ut til å bruke mindre rusmidler enn de som har en primær ruslidelse (Lehman, Myers, Corty & Thompson, 1994), og at små mengder av rusmidler ser ut til å utløse psykiatriske symptomer hos dem med psykoselidelser (Drake, Osher & Wallach, 1989). En studie som sammenlignet ulike grupper med og uten henholdsvis rusmiddelbruk og alvorlig psykisk lidelse med en ROP-gruppe, fant imidlertid ikke støtte for supersensitivitetsmodellen (Gonzalez, Bradizza, Vincent, Stasiewicz & Paas, 2007). Det er



sjelden at personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelbruk klarer å bruke moderate mengder rusmidler over tid uten å utvikle eller erfare negative symptomer (Drake & Wallach, 1993). I tillegg er det identifisert sårbarhetsfaktorer som ADHD og spenningssøkende atferd, som sammen med symptomer på psykisk lidelse ser ut til å øke risikoen for bruk av rusmidler (Kessler et al., 2006; Wilens, 2004). Videre er det, som det hevdes fra enkelte, viktig at sårbarhet ikke er statisk og uforanderlig, men endres over tid og gjennom et livsløp (Sloboda et al., 2012). Blant de ulike etiologiske modellene for sekundær rusmiddelbruk gir forskningen mest støtte til supersensitivitetsmodellen, modellen for iatrogen sårbarhet og delvis lindring-av-dysfori-modellen (Mueser et al., 1998; 2003).

*Fellesfaktormodeller* forklarer at én eller flere uavhengige faktorer øker risikoen for både psykisk sykdom og rusmiddelbruk. Tilknytningsforstyrrelse utviklet i barndommen har en tendens til å føre til antisosial personlighetsforstyrrelse (ASPD) hos en del personer i voksen alder. Det er påvist betydelig mer forekomst av ASPD hos personer med ruslidelser enn hos personer uten ruslidelser (Kessler et al., 1997; Mueser et al., 2006). Tilknytningsforstyrrelser er også identifisert som en forløper for utvikling av alvorlig psykisk lidelse hos en del personer (Cannon et al., 1993; Hodgins, Cree, Alderton & Mak, 2008), og ASPD forekommer hyppigere hos personer med psykoselidelser enn ellers i befolkningen (Fazel & Danesh, 2002; Hodgins, Toupin & Cote, 1996). At det i tillegg er påvist mer ASPD hos dem med ROP-lidelse enn hos personer med alvorlig psykisk lidelse uten ruslidelse (Mueser et al., 1999), styrker hypotesen at ASPD er en felles faktor for utvikling av både ruslidelse- og alvorlig psykisk lidelse.

Blant studier som har undersøkt genetiske forklaringer gjennom forekomst av begge typer lidelser i familier, er det noen som ikke finner noen genetisk årsakssammenheng (Bidaut-Russel, Bradford & Smith, 1994; Gershon et al., 1988). Én studie fant imidlertid en klar familiær disposisjon spesielt for cannabis og psykoselidelser (Smith, Barch, Wolf, Mamah & Csernansky, 2008). Likevel er det fortsatt usikkert om genetikk kan forklare den økte forekomsten, selv om det i familiene til personer med ROP-lidelse er flere personer med psykoselidelse eller ruslidelse enn i befolkningen ellers.

Nevrobiologisk forskning har funn som tyder på at det kan være en felles faktor som forstyrrer den mesolimbiske aktiviteten i belønningssystemet i hjernen (Chambers, Krystal & Self, 2001; Green, Zimmet, Strous & Schildkraut, 1999; Krystal et al., 2006; Volkow, 2009). Forklaringene bunner i at forandringer i frontal cortex både kan gi symptomer på schizofreni og gjøre at effekten av rusmidler forsterkes. Foreløpig har imidlertid ikke nevrobiologiske forstyrrelser fullt ut kunnet forklare den økte forekomsten av ruslidelse hos personer med alvorlig psykisk lidelse.

*Gjensidig påvirkning-modeller* antar at hver av lidelsene kan øke sårbarheten for å utvikle den andre sykdommen. For eksempel kan angst og depresjon hos personer med alvorlig psykisk lidelse lindres på kort sikt gjennom bruk av rusmidler, men samtidig forverre symptomer og gi økt fare for skadelig

bruk og avhengighet (Mueser et al., 2003; Swendsen & Merikangas, 2000). Lite forskning er gjort for å se på betydningen av gjensidig påvirkning-modeller når det gjelder å forklare komorbiditeten, men slike modeller er ofte bekreftet i klinisk praksis gjennom behandling og oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse som bruker rusmidler.

De ovennevnte modellene gir ulike forklaringer og er som oftest basert på kvantitative data, og de fleste studier som er lagt til grunn, tar utgangspunkt i amerikanske forhold. Mennesker med psykoselidelse er heller ikke en ensartet gruppe, og det er fortsatt diskusjon i fagmiljøer om hvorvidt diagnoseklassifiseringssystemene i psykiatrien er egnet til å beskrive mennesker (Aarre, 2010; Nordvoll, 2002; Thommesen, 2008). Flere typer rusmidler er i omsetning nå enn noen gang tidligere, med ulike anvendelsesområder og brukermønstre, og det er vanskelig å gjøre studier og kontrollere for både samfunnsforhold og demografi. Det er heller ingen enkel sak å kartlegge når en alvorlig psykisk lidelse manifesterer seg, eller når bruken eller misbruket av rusmidler starter. Det er lite som tyder på at det noen gang vil bli utviklet en helhetlig teori som gjelder universelt i alle kulturer, om hvorfor personer med alvorlig psykisk lidelse bruker rusmidler.

#### **1.4 Rusmidlenes funksjon**

Det er mange grunner til at mennesker bruker rusmidler. Rusmidlenes funksjon er avhengig av både hvilke rusmidler som brukes, og hvordan og hvor ofte de brukes. Videre er det både person- og kontekststøtthengig hvordan de ulike rusmidler fungerer, og om det er mennesker med eller uten alvorlig psykisk lidelse som rapporterer om sitt forhold til rusmidler. Oppfatninger om rusmidlenes funksjon vil også være forskjellige om man spør behandlere, pårørende eller mennesker med en ROP-lidelse. De som selv har erfaringer med problematisk bruk av rusmidler, oppgir mange grunner til å kutte ut bruken av rusmidler, men ofte oppgis enda flere grunner til å fortsette bruken. Ambivalensen overfor rusmiddelbruk er sterk, og en studie har synliggjort dette gjennom spørsmål til personer med ROP-lidelse om hvilken funksjon rusmidler har for deres egenoppfatning. Den fant at personene opplevde motstridende følelser spesielt knyttet til velvære kontra ubehag, energi kontra kraftløshet, meningsfullhet kontra desorientering og identitetsfølelse kontra mangel på identitet (Cruce, Öyehagen & Nordström, 2008). I tillegg er det ambivalente holdninger i storsamfunnet til bruk av illegale kontra legale rusmidler, om brukerne blir sett på som ansvarlige borgere eller kriminelle, og hvorvidt den enkelte selv er skyld i rusmiddelbruken og har sviktende dømmekraft eller vedkommende er en pasient som trenger behandling.

Det er imidlertid færre studier som har undersøkt hvilken funksjon bruk av rusmidler har for dem med alvorlig psykisk lidelse, enn studier som har undersøkt forekomst og risikofaktorer ved rusmiddelbruk hos denne gruppen. Selvrapporteringsstudier og kvalitative studier som etterspør hvordan personer med psykoselidelser opplever og begrunner egen bruk av rusmidler, har sprikende funn og viser at mange opplever at den psykiske lidelsen forverres ved bruk av rusmidler (Addington & Duchak, 1997;

Alvidrez, Kaiser & Havassy, 2004; Charles & Weaver, 2010; Cruce et al., 2008; 2012; Schoefield et al., 2006). Imidlertid er det også studier som viser at personer med alvorlig psykisk lidelse ser ut til å ha mest positive erfaringer med bruk av rusmidler, iallfall på kort sikt, under den forutsetning at man ikke bruker rusmidler for ofte og ikke for sterke rusmidler (Wagstaff, 2007). Spesielt bruken av cannabis og amfetamin kan gjøre at det å høre indre stemmer blir mindre skremmende, og bidrar til å klare tankene (Costain, 2008; Francoeur & Baker, 2010; Pettersen, Ravndal, Ruud & Landheim, 2013). En studie blant unge voksne med nylig oppdaget psykoselidelse og samtidig rusmiddelbruk fant at den viktigste grunnen til å fortsette bruken var påvirkning fra liberale normer for enkelte rusmidler, gruppetilhørighet og reduksjon av sosial angst. Studien ga imidlertid sprikende svar på hvordan rusmiddelbruk påvirker psykisk lidelse (Lobbana et al., 2010). Selv om flere av de ovennevnte studier har inkludert deltagere med hele spekteret av psykoselidelser, er det personer med schizofrenidiagnose som er viet størst oppmerksomhet. Få studier har undersøkt hvordan personer med bipolar lidelse begrunner sin bruk av rusmidler. Én studie fant at både det å like rusmidlenes virkning, følelsen av normalitet og håndtering av stress var fremtredende hos en gruppe med bipolar lidelse med ulike grader av rusmiddelbruk (Healey, Peters, Kinderman, McCracken & Morris, 2009). Systematiske oversikter som har gått gjennom selvrapporteringsstudier og sett på grunner til å bruke rusmidler hos personer med psykoselidelse, fant at det å oppnå nytelse og avslapping (Gregg et al., 2007) og det å motvirke kjedsomhet, depresjon, angst og ensomhet (Thornton, Baker, Johnson & Lewin, 2012) var mest fremtredende. Imidlertid var det bare bruk av alkohol og cannabis som ble vurdert i begge studier. Bruk av amfetamin var tatt med kun i den førstnevnte studien.

### **1.5 Erfaringer med å kutte ut bruk av rusmidler**

Det er mange teorier som har forsøkt å forklare mekanismene som ligger til grunn for at mennesker begynner å bruke rusmidler, hvorfor de opprettholder rusmiddelbruk, og hva som motiverer dem til atferdsendring og å kutte ut rusmiddelbruken. Det viktigste innholdet i *endringshjulet* (TTM -The transtheoretical model of behavior change) kaller de fem stadiene i endring *føroverveise*, *overveise*, *forberedelse*, *handling* og *oppretholdelse*. For å forflytte seg fra ett stadium til et annet må man benytte seg av ulike handlingsstrategier, slik som bevisstgjøring og egen reevaluering i de tidlige stadiene og betinget stimuluskontroll og støttende relasjoner i senere stadier. Et viktig poeng i endringsprosessen er endringskonteksten, i den forstand at ingen endring skjer i et vakuum. Aktuell livssituasjon, holdninger, interpersonlige forhold, sosiale systemer og etablerte personlighetstrekk kan fremme eller hindre vellykket atferdsendring (Connors, DiClemente, Velasques & Donovan, 2013; DiClemente, 2006; Prochaska, Norcross & DiClemente, 2006; Prochaska, 2008). Endringshjulet er mest blitt anvendt innen røykeavvenning og behandling av personer med alkoholavhengighet, men er i senere år også blitt brukt for å forstå hva som motiverer personer med alvorlig psykisk lidelse til å kutte ut bruk av rusmidler. Studier som har forsøkt å kartlegge hvordan positiv atferdsendring og vellykket kutt i rusmiddelbruk skjer hos personer med psykoselidelse, finner ikke entydige svar

(DiClemente, Nidecker & Bellack, 2008; Kinnaman, Bellack, Brown & Yang, 2007), men det er studier som finner at personer med psykoselidelse anvender de samme handlingsstrategier som personer uten psykoselidelse i jobben med å slutte med bruk av rusmidler (Nidecker, DiClemente, Bennet & Bellack, 2008). Mange personer med psykoselidelse oppnår bedring av sitt problematiske rusmiddelbruk spontant eller som følge av behandling, mens andre derimot opplever stadige og gjentatte forverringer (Drake, Wallach & McGovern, 2005; Laudet, Magura, Vogel & Knight, 2004). Forskning fra ulike typer behandling indikerer at rundt 30 prosent av dem som har mindre alvorlig psykisk lidelse og alvorlig rusmiddelbruk, oppnår varig bedring av sine problemer med rusmiddelbruk (Landheim, Bakken & Vaglum, 2006), mens opptil 60 prosent av dem som har alvorlig psykisk lidelse og mindre alvorlig rusmiddelbruk, klarer å kutte ut bruken av rusmidler (Drake et al., 2006; McHugo, Drake, Teague & Xie, 1999).

Få studier omhandler hvordan brukere opplever å kutte ut bruk av rusmidler. Forskning på rusmiddelbruk hos personer uten samtidig psykisk lidelse indikerer imidlertid at sosial støtte er viktig for å oppnå atferdsendring og kunne klare seg uten å bruke rusmidler (Johansen, Brendryen, Darnell & Wennesland, 2013; Orford et al., 2006). Brukere hevder de drar fordel av intervensjoner som tar tak i de mange virksomme aspekter i en bedringsprosess, i motsetning til intervensjoner som vektlegger å kutte ut rusmiddelbruken som det eneste mål (Vigilant, 2008). Andre kvalitative studier har funnet at brukerne anser strukturerte programmer og behandling med basis i kognitive atferdsteknikker som virkningsfulle (Lovejoy et al., 1995; Orford, Hodgson, Copello, Wilton & Slegg, 2009). Så vel som å være en livsvarig kamp for mange brukere blir rusfrihet sett på som en utfordrende tilstand på grunn av risikoen for at man kan bli for selvtilfreds etter å ha klart å slutte. Dette indikerer ifølge flere studier at varig rusfrihet krever substituttavhengighet (Morjaria & Orford, 2002; Vaillant, 1988). Eksempler på dette kan være rusinstitusjoner med et religiøst grunnlag, terapeutiske samfunn med en klar ideologi eller behandling der fysisk aktivitet innarbeides som et substitutt for rusmidler. I to kvalitative studier som primært så på hvordan personer med alvorlig psykisk lidelse opplever det å kutte ut rusmidler, ble rusmiddelbruk ansett som en av mange kilder til problemutvikling gjennom et livsløp (Henwood, Padgett, Smith & Tiderington, 2012), og sosial støtte var avgjørende for å klare å slutte med rusmidler (Davis & O'Neill, 2005). En etnografisk studie av brukererfaringer viste at det å kutte ut bruken av rusmidler var en kilde til både glede og smerte og forutsatte en betydelig grad av rasjonell tenkning (Quimby, 1995). Tatt i betraktning at mange med alvorlig psykisk lidelse som samtidig bruker rusmidler, kan ha kognitive svekkelser (se kapittel 1.3), kan det bety at det vil være en større utfordring for dem med psykoselidelse å kutte ut bruken av rusmidler enn for dem uten samtidig psykoselidelse.

Noen mixed-methods-studier viser til spesifikke temaer, slik som det å ta avgjørelser (Childs, McCarthy-Jones, Rowse & Turpin, 2011), grunner til og strategier for å slutte (Laudet et al., 2004) og konsekvenser av å kutte ut bruken av rusmidler (Bradizza & Stasiewicz, 2003). En longitudinell studie

(Alverson, Alverson, & Drake, 2001) og en selvrapporderingsstudie (Gomez et al., 2000) undersøkte brukernes grunner til å slutte med rusmidler og fant begge at et støttende nettverk hadde stor betydning ved at det oppmuntret til å kutte ut rusmiddelbruken. Resultater fra studier med ulike forskningsdesign indikerer at meningsfulle aktiviteter og trygge boforhold er viktig for å kutte ut bruk av rusmidler hos personer med alvorlig psykisk lidelse (Davis & O'Neill, 2005; Rollins, O'Neill, Davis & Devitt, 2005; Xie, McHugo, Fox & Drake, 2005). I en studie som undersøkte brukernes perspektiv på grunner til å bruke rusmidler, fant Asher & Gask (2010) fem oppgitte grunner til å bli rusfri: at man misliker virkningen av cannabis og det at stoffet er ulovlig, at det er økonomiske fordeler med å slutte, at rusmidlene har uheldige innvirkninger på fysisk og mental helse, at man får mer støtte fra familien og at man har håp om bedre relasjoner, og håp om arbeid og bedre boforhold. Mange av grunnene som blir oppgitt for å slutte med rusmidler er ikke bare spesifikke for personer med psykoselidelse, men for personer som bruker rusmidler generelt.

### **1.6 ACT og behandlingsmessige utfordringer**

Det ser ut til at personer med alvorlig psykisk lidelse som også bruker rusmidler, har mindre utbytte av både tradisjonell behandling (Drake et al., 2008) og behandling i ACT (Kortrijk, Mulder, Roosenschoon & Wiersma, 2010) enn andre. De viser også dårligere prognose med hensyn til både psykisk lidelse og rusmiddelbruk enn de som har kun én av lidelsene. I tillegg er dette en gruppe mennesker det er vanskelig å nå med tjenestene (Drake et al., 2008; Smith et al., 2013; Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Bruk av rusmidler anses å ha negativ betydning både for selve behandlingen og for utviklingen av den psykiske lidelsen (Blanchard, Brown, Horan & Sherwood, 2000; Buckley, 2006; Dixon et al., 1990). Lav motivasjon for endring er blitt identifisert som en spesiell utfordring i behandling av personer med psykoselidelse som samtidig bruker rusmidler. Flere kliniske studier viser at integrert og samtidig behandling av den psykiske lidelsen og rusmiddelproblemene gir bedre resultater enn om behandlingen av den psykiske lidelsen og rusmiddelproblemene skjer parallelt eller sekvensielt (Craig et al., 2008; Barrowclough et al., 2001; Barrowclough, Haddock, Fitzsimmons & Johnson, 2006; Drake et al., 2001; Drake et al., 2008; Kavanagh & Mueser, 2007), og at brukerne er mer fornøyde (Schulte, Meier & Stirling, 2011). Det er imidlertid også større oversiktsartikler som ikke konkluderer med at integrert behandling gir bedre resultater enn annen behandling (Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried & Walter, 2008; Lubman, King & Castle, 2010). Likevel er det både internasjonalt (IOM 2005; SAMHSA, 2005) og i Norge (Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, 2011) anbefalt samtidig behandling av rus og psykisk lidelse. Samtidig er det også forskning som viser at behandling av ruslidelser hos personer med ROP-lidelser også gjøres med gode resultater innen tradisjonell rusbehandling (Boden & Moos, 2009; 2013; Kelly, Daley & Douaihy, 2012).

Som én av flere behandlingstilnærminger innebærer ACT at behandling av rus og psykisk lidelse skal foregå samtidig og være integrert i modellen. Således ivaretar ACT mye av det som er problematisk i

tradisjonell psykiatri- og rusbehandling. Modellen ble utviklet i USA på 1980-tallet i forbindelse med nedbyggingen av de psykiatriske sykehusene, som en arbeidsmåte som skulle sikre behandling og oppfølging for personer med alvorlige psykiske lidelser som erstatning for sykehusinnleggelse. Mer presist er ACT et tilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser, som schizofreni eller bipolar lidelse, med eller uten samtidig rusmiddelmissbruk. Personer i målgruppen vil ofte også ha betydelig funksjonsnedsettelse med omfattende og langvarige hjelpebehov, de er ikke i stand til å nyttiggjøre seg det ordinære hjelpeapparatet i tilstrekkelig grad og har behov for særlig tilrettede tilbud (Stein & Test, 1980; Allness, 2003). Som modell for behandling av dem som ikke nås gjennom tradisjonell psykiatri- og rusbehandling, representerer ACT en strengt kunnskapsbasert metode som er etterprøvd med en rekke randomiserte studier internasjonalt gjennom nærmere 40 år (Dixon, 2000; Dietrich, Irving, Park & Marshall, 2011). Imidlertid har studier av ACT i Europa ikke vist de samme resultatene som i USA og Australia (Burns et al., 2007; Killaspy et al., 2006; Sytema, Wunderink, Bloemers, Roorda & Wiersma, 2007). Det er uklart om dette skyldes at det har vært forskjeller i pasientutvalg, at man har vist ulik grad av troskap mot ACT-modellen, eller at helsetjenesten i europeiske land er bygd ut med mer tilgjengelige tjenester, slik at endringen ved innføring av ACT-team ikke blir så merkbar (Rosén, Mueser & Teesson, 2007).

Personer med alvorlig psykisk lidelse som i tillegg har en ruslidelse, er en målgruppe for ACT-teamene. Ut fra internasjonale studier er det grunn til å anta at i overkant av 50 prosent av pasientene i ACT-team i tillegg til å ha en psykisk lidelse også har et problematisk forhold til rusmidler. På bakgrunn av foreløpige tall fra eksisterende ACT-team i Norge er andelen inkluderte i ACT-team som også har et problematisk forhold til rusmidler i tillegg til alvorlig psykisk lidelse, på mellom 60 og 70 prosent (Landheim & Ruud, 2014). Dette bekreftes også gjennom evaluering av Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger (OBS-team), som er organisert som en modifisert ACT-modell der også personer med personlighetsforstyrrelser og primær ruslidelse er inkludert (Myrvold, Helgesen, & Knudtzon, 2009). Det er gjort forholdsvis lite forskning på ACT-team som har sett spesielt på personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Det som synliggjøres i tilgjengelig forskning, er at pasienter inkludert i ACT som misbruker rusmidler, har en tendens til å ha økt risiko for sykehusinnleggelse (Joanette, Lawson, Eastabrook & Krupa, 2005; Swofford, Kasckow, Scheller-Gilkey & Inderbitzin, 1996). Disse studiene støtter også integrasjon av rusbehandling i ACT. En sammenligning mellom ACT-team og standard behandling viste at behandling i ACT hadde best effekt på pasienttilfredshet og stabil boligsituasjon, men at det ikke var noen signifikant forskjell i symptomer og rusmiddelmissbruk (Fletcher, Cunningham, Calsyn, Morse & Klinkenberg, 2008). Flere studier viser at ACT har noe bedre effekt enn standard Case Management når det gjelder å redusere rusbruken ved bruk av integrert behandling (Essock et al., 2006; Bond, McDonel, Miller & Pensac, 1991). Andre forskere (Wingerson & Ries, 1999) peker på skadereduksjon som det viktigste aspektet ved ACT-modellen for denne pasientgruppen. Vi vet lite om nytten av ACT-team i Skandinavia, men

en randomisert undersøkelse fra Danmark viser at ACT har klart bedre resultat enn standard behandling når det gjelder stabilitet i behandlingen, symptomreduksjon, rusmiddelmissbruk, sykehusinnleggelse og brukertilfredshet etter to år i teamet (Petersen et al., 2005).

### **1.7 Inkludering i ACT**

Mange personer med ROP-lidelse har fått lite eller mangelfull behandling og oppfølging, enten fordi de selv har motsatt seg det, eller fordi det ikke har eksistert forsvarlige og tilpassede helsetjenester. I arbeidet med å utvikle tjenester som kan ta utfordringen med å behandle brukere som ofte har mislyktes i tradisjonell behandling, har ACT vist seg som en velegnet tilnærming (se kapittel 1.6). ACT-modellen kjennetegnes ved å ha særskilte krav for best mulig rekruttering og inkludering til teamet. Begrepet *inkludering (engagement)* er mye omtalt i klinisk forskning, men er vagt definert. O'Brien et al. (2009) definerer inkludering som et komplekst fenomen bestående av faktorer som akseptering av behov for hjelp, dannelsen av en terapeutisk allianse med de profesjonelle, tilfredshet med hjelpen som er mottatt, og en gjensidig aksept samt det å arbeide mot felles mål. Andre ser terapeutisk allianse, etterlevelse og aktiv deltagelse som det essensielle ved inkludering i behandling (Bradley, 2006). Bruken av begrepet *inkludering* i avhandlingen er mest sammenfallende med sistnevnte definisjon, i den forstand at forskningsdeltagerne mente at de ansatte i teamene og forholdet til disse, var avgjørende for egen bedring.

Med utgangspunkt i REACT-studien fra ACT-team i London fant Killaspy et al. (2009) i en mixed-methods-studie at brukere med alvorlig psykisk lidelse var bedre inkludert i behandling i ACT enn brukere i tradisjonell behandling. En sterk terapeutisk allianse og en tilnærming med mer vektlegging av selve bedringsprosessen enn av konkrete behandlingsresultater ble assosiert med bedre inkludering i behandling. En annen studie fant at brukere som hadde et problematisk forhold til rusmidler, var dårligere inkludert enn de som ikke misbrukte rusmidler (Hall, Meaden, Smith & Jones, 2001). Det er også forskning som viser at ACT bidrar til å inkludere brukere med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelbruk i større grad enn tradisjonell behandling (Drake et al., 2001) og virker positivt inn på brukernes etterlevelse av foreskrevet medisiner (Manuel, Covell, Jackson & Essock, 2011).

Den første beskrivelsen av ACT-modellen (Stein & Test, 1980) inneholdt få retningslinjer for inkludering av personer i behandling, foruten en oppsøkende og pågående tilnærming for å forebygge at brukere droppet ut av behandlingen. Senere utvikling av behandlingsmodellen understreker følgende viktige momenter i inkludering til behandling: samarbeidsorienterte intervensjoner basert på motivasjon for å rekruttere brukere til behandling og oppbygging av indre motivasjon for å motta tjenester fra teamet. Om nødvendig bør man iverksette grensesettende intervensjoner for å skape ytre motivasjon til å motta tjenester som anses som nødvendige for at man skal kunne forebygge at den enkelte bruker eller andre blir skadet. Videre ses det som avgjørende å gjøre løpende vurderinger av behovet for en aktivt oppsøkende tilnærming gjennom å kartlegge effekten av de valgte strategier, og

modifisere tilnærmingen om nødvendig (Allness, 2003; Monroe-DeVita, Teague & Moser, 2011). En hierarkisk behovsmodell er blitt utviklet i forsøket på å forstå noen av mekanismene involvert i arbeidet med å inkludere brukere med alvorlig psykisk lidelse i behandling (Margison, 2005). Grunnleggende behov som mat, bolig og fysisk trygghet bør vektlegges i starten. Dette betyr at hvis ACT kan bidra til å løse utfordringene med for eksempel NAV og boligsituasjonen, kan brukerne i større grad rette søkelyset mot andre aktiviteter, som arbeid, aktivitet, sosiale forhold og deltagelse i behandling. Videre er det antatt at det tar omtrent ett år å etablere en velfungerende terapeutisk allianse i ACT-behandling, og at 18 måneder er et slags vendepunkt for når positive endringer kan forventes (SCMH, 1998). Tilknytningsteori hevder at psykologisk utvikling og funksjon er påvirket av vår tidlige tilknytning til foreldre eller nære omsorgsyttere (Adshead, 1998; Berry, Barrowclough & Wearden, 2007). Psykiske lidelser er sannsynligvis en potent stimulator for tilknytningsatferd gjennom opplevd trussel mot både indre og ytre trygghet (Cupitt, Gillham & Law, 2010). På samme måte har personer med problematisk rusbruk ofte vanskeligheter med relasjoner til andre mennesker, noe som kan være enten en årsak til eller en konsekvens av rusmiddelbruk (Flores, 2004; Caspers, Yucuis, Troutman & Spinks, 2006). Når helsepersonell fungerer som tilknytningsobjekter, bidrar de til å redusere angst og sørge for en trygg base. Denne prosessen er beskrevet som interaktiv, det vil si at både den profesjonelle og den enkelte bruker bidrar.

Forskning som har undersøkt brukernes erfaringer med ACT, indikerer at sosial intervensjon, dekning av basale behov og akseptering av brukernes syn på verden stimulerer til inkludering i teamet (Stull, McGrew & Salyers, 2010; Watts & Priebe, 2002). Andre studier som har sett spesielt på prosesser med inkludering og ekskludering av brukere i ACT, fant hovedsakelig at tid og oppofrelse fra teamansatte, praktisk og sosial støtte, engasjerte behandlere og et behandler-bruker-forhold som er som et slags partnerskap, er mest betydningsfullt for å fremme inkludering i ACT (Davies, Heslop, Onyett & Soteriou, 2013; Hodgetts & Wright, 2007; Priebe, Watts, Chase & Matanov, 2005). Andre studier som reflekterer brukernes perspektiv, peker på de samme elementene som viktige for å fremme inkludering og for å redusere bruk av tvang (Stanhope, Marcus & Solomon, 2009; Thøgersen, Morthorst & Nordentoft, 2010). Resultater fra de ovennevnte studier bekreftes langt på vei i en oversiktsartikkel der man så spesielt på drop-out fra behandling kontra inkludering (Kreyenbuhl et al., 2009). I en studie basert på fokusgruppeintervjuer undersøkte Appelbaum og Le Melle (2008) synspunkter fra både brukere og behandlere på teknikker for å stimulere til inkludering i behandling. De fant at begge grupper opplevde at det å støtte brukerne og bygge relasjoner var de foretrukne virkemidler for å fremme målet med behandlingen. Andre studier basert på individuelle intervjuer med både brukere og behandlere vedrørende inkludering i ACT identifiserte følgende hovedfaktorer som mest avgjørende for begge grupper: praktisk støtte, øvelse i interpersonlige relasjoner og deltagelse i arbeid og aktivitet (Hitch, 2009; Wright, Callaghan & Bartlett, 2011). De ovennevnte studiene viser høy grad av samsvar mellom brukere og ansatte når det gjelder hva som er viktig for inkludering i



behandling. En forskjell ser imidlertid ut til å være at mens de ansatte vektlegger inkludering i den behandlingsmessige delen av ACT, vektlegger brukerne like mye inkludering i aktiviteter, arbeid og det sosiale miljøet.

De forannevnte studier baserer seg alle på et generelt utvalg av brukere i ACT. Det er få studier som sier noe om hvordan brukere med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmiddelbruk opplever inkludering i ACT. I en casestudie identifiserte Chinman, Allende, Bailey, Maust & Davidson (1999) følgende faktorer som viktige for å lykkes med inkludering: de oppsøkende behandlernes utholdenhet, tilliten som brukerne utviklet til sine behandlere, og - som et resultat - prosessen som ledet til at behandlerne ble sett på som veivisere til universet av helse- og sosialtjenester, som videre lettet brukernes tilpasning i lokalsamfunnet. En studie som undersøkte brukernes førsteårserfaringer med ACT, fant at det å tilby tjenester på en omsorgsfull måte og å være tilstede og gi bistand i praktiske gjøremål var mest betydningsfullt for inkludering i teamet (Leiphart & Barnes, 2005). Noen nyere studier fra Sverige som omhandler pasientperspektivet på hva som er virksomme elementer i behandling, og hva som er viktig for å utvikle hjelpende relasjoner, peker på det at det finnes en helhetlig tankegang, deltagelse og gjensidighet, stabilitet, symptomkontroll, tilstedeværelse og autonomi (Cruce et al., 2012), og at de profesjonelle ikke stigmatiserer brukerne og er i stand til å handle uavhengig av etablerte rutiner (Denhov & Topor, 2012).

### **1.8 Kontekst**

Personer med samtidig rus og psykisk lidelse blir som oftest vurdert til å ha sammensatte problemer, og derfor ha behov for tjenester fra mange aktører og systemer. Dette reflekterer imidlertid hvordan klinikere og forskere gjerne omtaler brukere som personer med dobbeltdiagnose, ROP-lidelse eller sammensatte lidelser. Brukerne kan alternativt ses som personer som har problemer og hindringer uten at de selv opplever noen dobbelthet eller sammensatthet. Brukerne er *ett* individ. Det er tjenestene som er delte og fragmenterte. De fleste behandlingstilbud har lett for å identifisere og behandle kun én av to samtidige lidelser og overlater det andre problemområdet til andre. Denne situasjonen fremkaller fragmenterte og ukoordinerte tjenester som gjør behandling mindre effektiv. Uheldige konsekvenser for personer med samtidig rus og psykisk lidelse kan være: mangelfull oppfølging av medikamentell behandling, tilbakefall, reinleggelse, vold, familiære problemer og hjemløshet. Det er blitt synliggjort både i forskning (Drake et al., 2008; Gråwe & Ruud, 2006; Mueser, Essock, Drake, Wolfe & Frisman, 2001; Smith et al., 2013) og i statlige dokumenter (NOU 2010: 3; Sosial- og helsedirektoratet, 2008) at dette er en pasientgruppe som er vanskelig å inkludere i behandling, og som i dag ikke får et godt nok tjenestetilbud. Uansett hvilke kategorier og betegnelser vi bruker, representerer alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusbruk store utfordringer for behandlingsapparatet, samtidig som de menneskene som har problemene, ofte er vanskelige å nå. En kartlegging i Norge har estimert at det på landsbasis er ca. 4000 personer som har et omfattende og langvarig tjenestebehov, med ustabil livssituasjon, og som ofte vegrer seg for å ta imot hjelp (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Disse ble gjennom

kartleggingen vurdert til å ha et underforbruk av tjenester. Hovedutfordringen med behandling for dem med samtidig rus og psykisk lidelse er at det på tross av både positive resultater fra forskning og anbefalinger er få tjenestetilbud som har etablert integrert behandling. Det er få behandlere som ser seg kompetente til å ta hånd om både rus og psykisk lidelse, i tillegg til at tjenestene, når de ikke er integrert, er for dårlig koordinert. Dette gjelder både mellom spesialisthelsetjeneste og kommune og mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykiatrien (Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, 2011; Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Sosial- og helsedirektoratet fremmet i 2008 som ett av flere tiltak å opprette ACT-team for å nå personer med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Som en del av regjeringens satsing på samhandling i psykisk helse-feltet ble det fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom statsbudsjettet for 2010 bevilget et beløp i størrelsesorden ca. 20 mill. kr årlig til opprettelse og drift av ACT-team i Norge, med varighet 3-5 år. I løpet av perioden 2007-2012 ble 14 slike team startet opp. I tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47, 2009) er en av forutsetningene for tildeling av midler til opprettelse av ACT-team at det etableres en forpliktende avtale om samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (DPS) og aktuelle kommuner når det gjelder både faglig og økonomisk innsats. Det gjennomføres også en omfattende evaluering av disse teamene. Kompetansesenter rus region øst (KoRus-Øst) fikk i oppdrag av Helsedirektoratet å evaluere satsingen på ACT-team, og den gjennomføres i samarbeid med forsknings- og utviklingsavdelingen for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus. Formålet med den forskningsbaserte evalueringen er å undersøke i hvilken grad ACT-teamene arbeider i henhold til ACT-modellen, og om pasienter får et bedret forløp (bedre psykisk helse, færre rusmiddelproblemer, bedre fungering, færre innleggelses, bedre kontakt med helsetjenestene, bedre livskvalitet) ved oppfølging i samsvar med ACT-modellen. Parallelt med evalueringen er det blitt utarbeidet en ACT-håndbok (Aakerholt, 2013) med retningslinjer for hvordan man skal opprette og drive ACT-team her i landet. Den forskningsbaserte evalueringen studerer hovedsakelig bedring hos brukerne ut fra objektive og målbare kriterier. Den foreliggende avhandlingen bidrar til evalueringen ved å ta for seg de problemstillinger i evalueringen som omhandler brukernes erfaringer.

### **1.9 Studiens hensikt**

Personer med psykoselidelse har oftere enn andre et problematisk forhold til rusmidler, og for mange av dem har det negative konsekvenser. Kvalitative studier som er gjort viser at de oppgir mange ulike grunner for å bruke rusmidler, og man har utviklet ulike forklaringsmodeller for å forstå årsaken til den økte forekomsten av rusmiddelbruk hos denne gruppen. Noen av dem med psykoselidelse og problematisk bruk av rusmidler oppnår kontroll over rusmiddelbruken, mens andre opplever stadig forverring. Det er imidlertid mer forskning på grunner til å bruke rusmidler enn på grunner til å kutte

ut rusmiddelbruken hos denne gruppen. Det er viktig å få kunnskap om begrunnelser og valg for å kutte ut rusmiddelbruk hos personer med betydelig sårbarhet overfor rusmidler, slik som de med psykoselidelser. Personer med psykoselidelse som samtidig bruker rusmidler, viser seg å være dårligere inkludert i behandling enn de som ikke bruker rusmidler, og ACT klarer å inkludere og beholde brukere i behandling i større grad enn tradisjonell behandling. Det er imidlertid lite forskning på hvordan personer med psykoselidelse og samtidig rusmiddelbruk opplever inkludering i oppsøkende behandling. Hensikten med denne studien var å belyse hvordan personer med psykoselidelse beskriver sitt forhold til rusmidler, og hvordan de opplever inkludering i ACT-team.

Studien legger følgende forskningsspørsmål til grunn:

1. Hva oppgir deltagerne som grunner til å bruke rusmidler?
2. Hvilke positive og negative aspekter oppgir deltagerne ved bruk av rusmidler?
3. Hvordan påvirker bruk av rusmidler den psykiske lidelsen?
4. Hvilke erfaringer har deltagerne med å kutte ut rusmiddelbruk?
5. Hvordan påvirker rusfrihet den psykiske lidelsen?
6. Hva er deltagerens erfaringer med inkludering i ACT-behandling?
7. Hva har vært viktigst for å forbli i ACT-behandling?

## 2.0 Materiale og metode

### 2.1 Design

Forskningsdesignet er deskriptivt og eksplorativt, med en fenomenologisk tilnærming som hadde til hensikt å undersøke deltagerens erfaringer. En hensikts- og kriteriebasert utvalgsprosedyre (Patton, 2002) ble vurdert som egnet til studien. For å gi hver deltager tilstrekkelig tid til å formidle nødvendig informasjon valgte jeg å gjennomføre individuelle semistrukturerte intervjuer, der jeg la vekt på deltagerens erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009). Transkribering av intervjuene ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2012), som er en trinnvis prosedyre influert av fenomenologi (Giorgi, 1997; 2009) som er egnet til å undersøke menneskers livserfaringer.

Rekruttering, datainnsamling og analyse ble i utgangspunktet planlagt ut fra *grounded theory* (Charmaz, 2006). Etter at intervjuene var påbegynt, ble det imidlertid tydelig at tema i intervjuguiden ble mer førende for samtalen enn det som var intensjonen, slik at en induktiv tilnærming i tråd med *grounded theory* ikke var hensiktsmessig. At bedring var et inklusjonskriterium, var et naturlig valg ut fra at bedringsperspektivet var det som var i fokus under planleggingen av studien, og innledningsvis var det viktig for meg å undersøke faktorer som deltagerne mente hadde størst betydning for at de skulle oppnå bedring. Tema i intervjuguiden ble derfor utformet på grunnlag av teoretisering omkring bedringsprosesser (*recovery*) ved alvorlig psykisk lidelse (Borg & Topor, 2007; Davidson, 2003;

Slade, 2009) og kontraster til viktige elementer i ACT-modellen. At brukerne tar ansvar for eget liv og er i førsetet i egen bedringsprosess, har muligheter for å styrke sterke sider og har en-til-en-kontakt med behandler, er grunnleggende i tradisjonen personlig recovery. Dette så jeg som et dilemma for ACT fordi man rekrutterer personer som kanskje selv ikke ser nødvendigheten av behandling, fordi ACT er en modell som krever etterlevelse, samt fordi kontakten med teamet er viktigere enn den individuelle kontakten med behandleren. Forholdet til bruk av rusmidler ble til et eget hovedtema i intervjuguiden fordi det er lite forskning som sier noe om rusmidlenes betydning for personer med psykoselidelse generelt, og for brukere i ACT spesielt. Teoriene benyttet jeg for å formulere sensitiverende begreper (Blumer, 1969), i den forstand at jeg måtte ha noen «knagger» å henge empirien på, og på den måten sørge for en hensiktsmessig struktur på intervjuene. Selv om bedringsperspektivet og antatte dilemmaer for ACT-modellen var styrende i planlegging av studien, var det viktige elementer i datamaterialet som dreiet oppmerksomheten bort fra dilemmaer etter hvert som analysearbeidet skred frem (se kapittel 2.5).

## 2.2 Utvalg

Jeg inkluderte 11 deltagere (9 menn og 2 kvinner) i alderen 27-63 år (gjennomsnitt 39 år), i studien (tabell 1). Varigheten av behandling i ACT var 14-30 måneder (gjennomsnitt 22 måneder) ved første intervju. De fleste var diagnostisert med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse, men det var også deltagere med bipolar og uspesifisert psykoselidelse. For de fleste av deltagerne hadde den psykiske lidelsen vært fremtredende før de begynte med rusmidler. De fleste deltagerne brukte flere typer rusmidler.

Tabell 1: Psykiatrisk diagnose, selvrapportert rusbruk og varighet av behandling i ACT

Deltager	Alder	Psykiatrisk diagnose (ICD-10)	Egenrapportert rusbruk (historisk)	Egenrapportert rusbruk (nåværende)	Tid i ACT (måneder)
P1	42	Hebefren schizofreni	Alkohol, cannabis	Alkohol	30
P2	46	Paranoid schizofreni	Cannabis	Rusfri	28
P3	27	Udifferensiert schizofreni	Amfetamin, kokain, cannabis	Rusfri	30
P4	32	Paranoid schizofreni	Alkohol, cannabis	Rusfri	17
P5	34	Paranoid schizofreni	Amfetamin, cannabis	Amfetamin, cannabis	19
P6	33	Paranoid schizofreni	Amfetamin, cannabis	Cannabis	14
P7	30	Paranoid schizofreni	Amfetamin, cannabis	Amfetamin, cannabis	21
P8	39	Residual schizofreni	Alkohol	Alkohol	22
P9	42	Bipolar affektiv lidelse	Amfetamin, cannabis	Amfetamin, cannabis	20
P10	38	Psykose med vrangforestillinger	Amfetamin	Rusfri	20
P11	63	Paranoid psykose/vrangforestillinger	Reseptbelagte medikamenter	Reseptbelagte medikamenter	19

De rusmidler som hyppigst ble benyttet, var cannabis og amfetamin, og alkohol i noe mindre grad. Både kokain og smertestillende (kodein) og beroligende (benzodiazepiner), reseptbelagte legemidler ble også brukt, men ble lite omtalt.

Få av deltagerne brukte rusmidler daglig. Det mest typiske var å ruse seg 3-4 ganger per uke, ofte i sammenheng med økte symptomer på den psykiske lidelsen. Selv om det ikke var tema for intervjuene, fortalte flere av deltagerne om en vanskelig oppvekst med ustabile familierelasjoner og omsorgsovertagelse i regi av barnevernet. To av deltagerne hadde barn, som de også hadde god kontakt med, men ingen av dem hadde den daglige omsorgen for barna. De øvrige var barnløse. Alle bodde alene, de fleste i en bolig de leide gjennom kommunen, mens to av deltagerne eide leiligheten de bodde i. Fire av deltagerne var i lønnet arbeid, enten i praksisplass gjennom NAV eller annet tilrettelagt tilbud. De øvrige var helt eller delvis uføretrygdet, men flere av dem hadde konkrete planer om å gjenoppta tidligere påbegynt utdanning.

### **2.3 Rekruttering**

Alle de tolv norske ACT-teamene ble etablert 1-4 år før intervjuene ble gjennomført, og jeg valgte å ta kontakt med de teamene som hadde brukere med lengst fartstid i ACT. Derfor ble de teamene som hadde vært operative i 2-4 år, valgt ut. For øvrig var det ingen forskjell på disse teamene og dem som hadde vært virksomme i kortere tid. Rekruttering av deltagere var hensikts- og kriteriebasert (Patton, 2002), og jeg ønsket heterogenitet i utvalget (Miles, Huberman & Saldaña, 2013). Brukere fra fem ACT-team ble rekruttert til studien, med 1-3 brukere fra hvert av teamene. Inklusjonskriterier var brukere i ACT med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusbruk som etter minimum tolv måneder i behandling hadde oppnådd bedring (ifølge både den enkelte bruker og teamet) på områdene livskvalitet og/eller funksjonsnivå og/eller rusbruk. Bedring ble valgt som inklusjonskriterium fordi kontraster mellom personlig recovery og ACT-modellen var fremtredende i planlegging av studien (se kapittel 2.1). Kontakten med teamlederne ble først opprettet via telefon. En beskrivelse av inklusjonskriteriene, hensikten med og tidsplan for gjennomføring av studien ble deretter sendt som e-post til hvert av de aktuelle ACT-teamene. Basert på diskusjoner i hvert av teamene angående potensielle deltagere til studien gjorde teamlederne avtaler om tid og sted for intervjuer med de brukerne som sa seg villige til å delta i studien, som oppfylte inklusjonskriteriene, og som var i stand til å gjennomføre et intervju. Det er uvisst hvor mange brukere som ble spurt om å delta, og hvor mange som avsto å delta i studien. Likevel var inntrykket at de fleste av dem som ble spurt, ønsket å delta. To av teamene som ikke hadde rekruttert deltagere til studien, meldte fra at de hadde tre brukere som oppfylte inklusjonskriteriene, men disse ble ikke inkludert fordi utvalget allerede var tilstrekkelig. At antall deltagere i studien ble elleve, hadde sammenheng med at dette var det antall personer i de fem teamene som hadde lengst fartstid, som både oppfylte inklusjonskriteriene og var villige til å delta. Dessuten ble disse elleve deltagerne vurdert til å bidra med tilstrekkelig heterogenitet med tanke

på kjønn, alder, psykiatriske diagnoser, rusmiddelbruk og tilhørighet i team. I stedet for å rekruttere flere deltagere valgte jeg å gjennomføre et intervju nr. 2 med hver av deltagerne (se kapittel 2.4).

## 2.4 Datainnsamling

En tematisk intervjuguide ble brukt for å organisere intervjuene. Denne bestod av forhåndsdefinerte temaer vedrørende deltagerens forhold til bruk av rusmidler, ansvar for eget liv, forholdet til behandlerne og muligheter for å styrke sterke sider (se kapittel 2.1). Alle deltagerne ble innledningsvis bedt om å fortelle hva de opplevde som viktigst for å oppnå bedring. Ut fra det deltagerne formidlet, stilte jeg oppfølgingsspørsmål for å få utdypet temaer som kom opp. Som beskrevet under analysen ble det innledningsvis etablert seks overbyggende temaer som tok opp i seg essensen av deltagerens beskrivelser. Jeg gjennomførte intervjuene hovedsakelig på tomannshånd i et egnet rom i ACT-teamets lokaler, hjemme hos den enkelte eller - for to av deltagerne - ved institusjonen der de var innlagt. Intensjonen var å la deltagerne reflektere fritt omkring sine erfaringer og komme med oppfølgingsspørsmål uten å fortolke (Kvale & Brinkman, 2009). Intervjuene varte 45-75 minutter, og samtlige foruten ett ble registrert med digital lydopptaker. Mange av deltagerne opplevde intervjusituasjonen som både uvant og slitsom, og flere av deltagerne måtte ha 1-2 pauser for å kunne fullføre det første intervjuet. Noen av deltagerne var også påvirket av rusmidler under intervjuet. To av deltagerne hadde følge av en av de ansatte i teamet, som en trygghetsforanstaltning både for deltager og for intervjuer. At teamlederen umiddelbart etter hvert intervju fikk en kortfattet muntlig rapport om hvordan intervjuet hadde forløpt, gjorde det mulig for teamet å iverksette tiltak dersom deltageren slet med vanskelige tanker i etterkant av intervjuet. Rapporten bestod av informasjon om praktiske forhold, slik som varigheten på intervjuet og om deltageren var ved godt mot etter gjennomført intervju. Opplysninger om hva som ble snakket om i intervjuet, ble ikke videreformidlet.

Ni av deltagerne ble intervjuet to ganger, med fem - åtte måneder mellom intervjuene. Under planleggingen av studien var intensjonen å gjennomføre ett intervju med hver deltager. Etter å ha gjort ferdig første intervjurunde kom det frem at noen temaer i intervjuguiden ikke var godt nok belyst, og jeg hadde inntrykk av at flere av deltagerne var i stand til å formidle mer av sine erfaringer enn det som kom frem i det første intervjuet. Strategien med å reintervjue ble valgt istedenfor å rekruttere flere deltagere til studien. Reintervju fungerte også som «member checking» (Lincoln & Guba, 1985), ved at jeg lot deltagerne lese hovedpunktene fra transkriberingen av det første intervjuet. Å ha muligheten til å intervju samme person flere ganger kan ifølge Cornwell (1984) også gi tilgang til en mer utfyllende historie fordi man har opparbeidet et tillitsforhold. Et nytt møte gjorde det også mulig for deltagerne å reflektere over sine opplevelser over tid. Mange av deltagerne som opplevde det første intervjuet som krevende og også utviste en viss skepsis, virket mer avslappet og meddelsomme ved det andre intervjuet. Imidlertid var det én av deltagerne som ikke møtte til det andre intervjuet, og en annen ble vurdert av sin behandler til ikke å være i stand til å gjennomføre et nytt intervju på grunn av

forverring av psykisk lidelse. I både første og andre intervjurunde ble det meste, men ikke all transkribering utført før neste intervju. Mellom første og andre intervju med hver deltager ble imidlertid transkriberingen fullført. Flere av deltagerne rapporterte om endringer både mentalt og i generelt funksjonsnivå i månedene mellom intervjuene – både om forverring og om fremgang. Det var imidlertid ingen av deltagerne som trakk tilbake eller sa noe som stod i strid med det de hadde sagt i første intervju.

Ved at jeg stilte kun ett innledende spørsmål, var det opp til deltagerne å komme med det de selv syntes var viktig. Imidlertid ble det utfordrende at noen av deltagerne ikke var særlig verbale, slik at jeg måtte inn i en mer aktiv rolle med å stille flere spørsmål og innimellom forklare eller levede gjøre de tema jeg ville ha belyst. Noen deltagere hadde også store problemer med å holde seg til temaet, eller svare på det de ble spurt om. I mange tilfeller var det mye utenomsnakk som jeg tolket som vrangforestillinger og symptomer på deres psykiske lidelse, men det kunne også være uttrykk for usikkerhet ved det å delta i et forskningsintervju. Videre var det lett for deltagerne å miste tråden i intervjuet når de måtte ha en eller to pauser på 10-15 minutter. Dette endret seg noe i andre intervjurunde. Her var deltagerne kjent med meg, de kunne fortelle mer uavbrutt, og ingen trengte pauser for å gjennomføre intervjuet.

## **2.5 Analyse**

Transkribert tekst ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2001; 2012), som innebærer en trinnvis prosedyre for å identifisere gjentakende koder og tema i datamaterialet som er relevante for studiens hensikt. Metoden er anbefalt når man skal foreta en deskriptiv og eksplorativ analyse av menneskers livserfaringer i fortellinger fra flere deltagere, og når man skal utvikle nye beskrivelser av et fenomen. Systematisk tekstkondensering er ikke å anse som en stringent fenomenologisk metode, men følger i hovedsak den trinnvise analyseprosessen som er skissert i fenomenologisk psykologi (Giorgi, 1997; 2009). Systematisk tekstkondensering har til felles med fenomenologisk psykologi det grunnleggende at den anser menneskers livserfaringer som gyldig kunnskap, at den er en deskriptiv tilnærming som legger vekt på det essensielle, og at forskeren setter egen forforståelse i parentes. I motsetning til Giorgis metode betrakter systematisk tekstkondensering kun deler av den transkriberte teksten som meningsbærende enheter og tar for seg grupper av meningsbærende enheter som analyseenheter for videre abstraksjon gjennom kondensering av meningsinnholdet. Avhandlingens metodiske tilnærming skiller seg også fra systematisk tekstkondensering ved at det ikke var praktisk mulig å gjennomføre transkribering og fullstendig analyse av ett intervju før jeg kunne intervjuer neste deltager. Ved at ACT-teamene rekrutterte deltagere til studien, var jeg som intervjuer informert kun om deltagernes kjønn, alder og psykiatriske diagnose, og videre at de selv hadde opplyst at de hadde et problematisk forhold til rusmidler ved rekruttering til ACT.

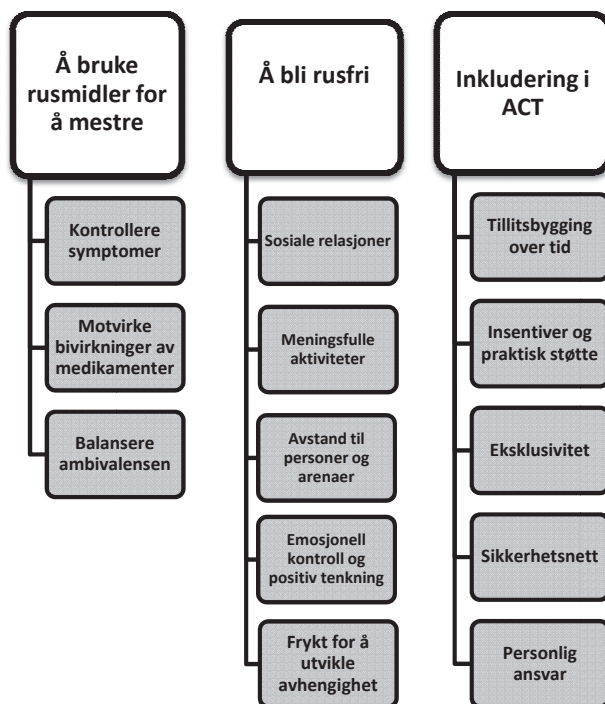
I første analysetrinn leste jeg igjennom transkribert tekst fra samtlige 20 intervjuer for å få et overblikk over hva datamaterialet inneholdt, og noterte kun stikkord/koder vedørende hovedinnhold. Deretter fulgte en grundigere gjennomgang av transkriberingen fra første intervjurunde, der til sammen elleve temaer ble etablert med utgangspunkt i stikkordene/kodene fra første gjennomlesning. Det samme gjorde jeg med transkriberingen fra alle intervjuer i andre intervjurunde. Her ble til sammen åtte temaer etablert. Avslutningsvis i denne fasen av analysen ble temaene fra de to intervjurundene sammenholdt, og vi satt igjen med seks hovedtemaer som vi mente beskrev deltagerens erfaringer slik de ble formidlet i intervjuene. I denne innledende analysen kom det frem at deltagerne i liten grad snakket om dilemmaer. De opplevde i liten grad at ACT satte begrensninger for dem, noe vi hadde satt søkelyset på under planlegging av studien og skissert i intervjuguiden (se kapittel 2.1). Derfor ble det i analysen jobbet videre med temaer som best mulig beskrev hva deltagerne mente var viktigst for egen bedring, uten at disse senere ble diskutert opp mot tidligere forskning omkring personlig recovery. I og med at omtalen av rusmidler og behandlere var de dominerende temaer i intervjuene, falt det naturlig å diskutere hva som var resultatene av tidligere forskning på grunner til å bruke og slutte å bruke rusmidler, og hvordan de erfarte inkludering i ACT. Følgende kriterier ble fulgt i etableringen av hovedtemaer: (1) temaer som var gjennomgående hos alle eller majoriteten av deltagerne, (2) temaer som var utdypende beskrevet av noen av deltagerne og formidlet i begge intervjuer. Sammenfatning av hovedtemaer innebar at enkelte av dem var såpass overlappende i innhold at de ble slått sammen under en ny overskrift, mens andre hovedtemaer ble fjernet fordi de ikke var til stede i begge intervjurunder. De seks hovedtemaene som best beskrev deltagerens vektlegging av hva som hadde betydd mest for å oppnå bedring, var: *å bruke rusmidler for å mestre, å bli rusfri, noen som kommer og tar tak, kontroll og stabilitet, å ville og gjøre noe selv og sosialisering.*

Andre trinn i analysen bestod i å identifisere meningsbærende enheter (ME) i den transkriberte teksten, eller biter av tekst i form av setninger eller avsnitt som inneholdt mer informasjon enn de innledende kodene i første analysetrinn, og som hver for seg inneholdt beskrivelser av hvert av de seks temaene. De tre temaene som hadde i seg flest meningsbærende enheter var: *rusmidler for å mestre* (33 ME), *å bli rusfri* (24 ME) og *behandlere i ACT* (28 ME). Det innledende temaet *noen som kommer og tar tak* ble reformulert til *behandlere i ACT*, ut fra at innholdet i de meningsbærende enhetene overveiende omhandlet forholdet til behandlerne. Senere, under artikkelskrivningen, ble overskriften endret til *inkludering i ACT*, på bakgrunn av at hovedtyngden av de meningsbærende enhetene omhandlet deltagerens erfaringer med inkludering i behandling. De meningsbærende enhetene som ble identifisert, dekket alle uttrykk deltagerne benyttet for å beskrive sitt forhold til rusmidler og behandlere i ACT, og ble gjenstand for videre analyse.

Tredje trinn i analysen bestod i å etablere undertemaer under hvert hovedtema. Dette gjorde vi ved først å sortere de meningsbærende enhetene etter innhold og sammenligne dem med hverandre. Denne prosessen ble gjentatt flere ganger, og det var spesielt på dette stadiet i analysen at kreativiteten fikk



utfolde seg. Å navngi tematisk og sammenfatte hva de ulike smågrupper av meningsbærende enheter handlet om, var utgangspunkt for fruktbare diskusjoner blant medforfattere/veiledere. I og med at vi hadde forskjellig fagbakgrunn, var det meningsutvekslinger på bakgrunn av ulike perspektiver som drev prosessen videre. For eksempel kunne fenomenet «insentiver for å akseptere behandling» bli tillagt ulikt innhold sett fra perspektivet til henholdsvis en psykiater, en sosiolog og en sykepleier som la vekt på helsefremmende faktorer. Det var også her vi hadde mest nytte av det kvalitative analyseverktøyet NVivo10, som gjorde det mulig å håndtere et stort datamateriale og finne igjen sider og meningsbærende enheter fra hvert av intervjuene. Det gjorde det videre enkelt å sammenligne de meningsbærende enheter på tvers av intervjuer og enkeltintervjuer. Overskrifter for hvert av undertemaene ble derfor først etablert i NVivo10 som *nodes*. Undertemaene ble suksessivt utviklet for hvert hovedtema med om lag seks måneders mellomrom og fulgte således progresjonen i artikkelskrivingen. Hovedtemaer med tilhørende undertemaer var: **rusmidler for å mestre**, med undertemaene *å kontrollere symptomer*, *å motvirke bivirkninger av medikamenter*, *å balansere ambivalensen* (artikkel 1), **å bli rusfri**, med undertemaene *sosiale relasjoner*, *meningsfulle aktiviteter*, *avstand til personer og arenaer*, *emosjonell kontroll og positiv tenkning*, *frykt for å utvikle avhengighet* (artikkel 2), **inkludering i ACT** med undertemaene *tillitsbygging over tid*, *insentiver og praktisk støtte*, *eksklusivitet*, *sikkerhetsnett* og *personlig ansvar* (artikkel 3) (figur 1).



Figur 1: Hovedtemaer og undertemaer som fremkom under tredje analysetrinn.

Avslutningsvis i tredje analysetrinn ble det formulert en analytisk tekst for hvert undertema, som bar i seg essensen av hva de tilhørende meningsbærende enhetene formidlet. Denne teksten utformet vi i tredjeperson for å skape en viss distanse til de subjektive utsagn vi hadde jobbet med frem til da. Vi brukte så to-tre sitater fra ulike deltagerne til å illustrere eller gi liv til hvert av undertemaene.

Fjerde og siste trinn i analysen bestod i å sammenholde teksten fra tredje analysetrinn med den opprinnelige teksten i de transkriberte intervjuene som sitatene var hentet fra. I og med at arbeidet med analysen hadde pågått med noen avbrudd gjennom et par år, var det eksempler på at innholdet i den analytiske teksten måtte justeres, eller at et sitat måtte erstattes med et annet.

De fleste medforfattere/veiledere tok del i analysearbeidet både ved identifisering av stikkord/koder i tidlig analyse og gjennom koding av de meningsbærende enheter i undertemaer. Samtlige medforfattere/veiledere bidro ved gjentatte revisjoner under skriving av artiklene.

## **2.6 Ethiske betraktninger**

I møtene med forskningsdeltagerne var det viktig for meg som forsker å fremstå med åpenhet, nysgjerrighet og respekt. Jeg har gjennom både rekruttering, intervju og skriving etterstrebet at mine møter med personer med ulike diagnoser først og fremst skal være møter med *personene*. Innen en sosialkonstruksjonistisk forståelse er det fundamentalt at språket er forutsetningen for strukturen og innholdet i våre tanker (Burr, 2003). Følgelig er det av stor betydning hva vi sier, og hvordan vi presenterer ting for hverandre. Ingen blir derfor, verken i artikler eller i sammenskriving, referert til som psykiatrisk pasient, som en schizofren eller som en rusmiddelmissbruker. Uttrykk jeg anvender, er derfor *person med psykoselidelse*, *person som bruker rusmidler* eller *person med ROP-lidelse*. Samtidig som det i møtene med deltagerne var viktig for meg å behandle dem som likeverdige mennesker, hadde jeg også en bevissthet omkring det at selve forskningsintervjuet likevel ikke er en samtale mellom likeverdige parter, men at det er en klar asymmetri i situasjonen (Kvale & Brinkman, 2009; Mishler, 1986). Som forsker definerte og kontrollerte jeg situasjonen, i og med at jeg introduserte tema for intervjuet og stilte spørsmål og oppfølgingsspørsmål avhengig av de svar og fortellinger som deltagerne formidlet. Følgelig var kunnskapen hos deltagerne, mens kontrollen var hos intervjueren (Gubrium & Holstein, 2002).

Fire områder er tradisjonelt blitt diskutert hva angår etiske aspekter ved gjennomføring av kvalitative forskningsprosjekter: informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser av forskningen og forskerens rolle (Kvale & Brinkman, 2009). Deltagelse i studien er basert på skriftlig, informert samtykke. Det ble gitt utfyllende skriftlig og muntlig forhåndsinformasjon til deltagerne med vekt på konfidensialitet, frivillighet og rett til å trekke seg underveis i prosjektet og/eller å avstå fra å snakke om ting de ikke ville gå inn på. Av noen deltagerne hadde teamet ikke sørget for å få skriftlig samtykke i forkant, og dette ble gjort av meg som intervjuer umiddelbart før første intervju. Originalversjonen av de transkriberte intervjuene ble innelåst i brannsikker safe i Sykehuset Innlandet etter fullført

datainnsamling i desember 2012. Arbeidsdokumentene for analysearbeidet var anonymisert og inneholdt ikke person- eller stedsnavn. I artiklene er deltagerne referert til ved hjelp av nummer eller fiktive navn. Kjønn er heller ikke angitt (tabell 1), fordi de to kvinnelige deltagerne kunne tenkes identifisert om kjønn var knyttet til diagnose og varighet av behandling i ACT. Stedsnavn er utelatt også i artiklene. Noen deltagere hadde ingen betenkeligheter med å stå frem uten anonymitet. Selv om anonymitet beskyttet deltagerne, var det også et aspekt at den nektet dem en stemme i et forskningsprosjekt de følte de hadde aksjer i. Med hensyn til at de fleste deltagerne opplevde både opp- og nedturen gjennom de månedene intervjuene foregikk, var det mulig å se at de senere kunne angre på den åpenhet og fortrolighet de formidlet i intervjuene. Majoriteten av deltagerne hadde ikke uttrykt noe ønske om å bli sitert, og det ble således vurdert mest hensiktsmessig med full anonymisering.

Det var stor forskjell på hvor meddelsomme og verbale deltagerne var i intervju situasjonen, men jeg opplevde alle som ærlige og oppriktige når de fortalte om sine erfaringer. Ifølge Kvale og Brinkman (2009) stilles det store krav til forskeren om taktfullhet og diskresjon i kvalitative forskningsintervjuer, da lange intervjuer med personlige tema kan gli over i terapi-lignende samtaler. Det var eksempler på at deltagere følte seg utilpass i tiden etter intervjuet fordi de følte de hadde utlevert seg for mye. Spesielt gjaldt dette beskrivelser av vanskelig oppvekst og forholdet til nær familie. For å bøte på dette understreket jeg i forkant av hvert intervju at formålet var forskning og ikke terapi. Dessuten rapporterte jeg muntlig til teamleder umiddelbart etter intervjuet om hvordan intervjuet hadde forløpt (se kapittel 2.1). Dette ga teamet en mulighet til raskt å iverksette tiltak om nødvendig.

Regional etisk komite (REK) for helseregion sør-øst (1196a, 2010) har godkjent studien, og tilleggs godkjenning for bruk av tematisk intervjuguide er gitt av REK i e-post av 03.04.2011.

### **3.0 Resultater**

I tråd med den sosialkonstruksjonistiske vitenskapsteoretiske tradisjonen er begrepet *resultater* benyttet fremfor *funn* i beskrivelsen av empiriske data gjennom hele avhandlingen. I et slikt perspektiv blir resultater noe som skapes i interaksjonen mellom forskningsdeltager og forsker, mens begrepet *funn* lett kan skape den oppfatning at man leter og så finner, eller avdekker (Wadel, 1991; Burr, 2003).

#### **3.1 Begrunnelser for rusmiddelbruk hos personer med alvorlig psykisk lidelse**

Ulike teoretiske modeller er blitt utviklet for å forklare forholdet mellom alvorlig psykisk lidelse og bruk av rusmidler. Fordi mange av disse modellene springer ut av kvantitative amerikanske studier, kan en kvalitativ og eksplorativ studie med et skandinavisk utvalg gi et nytt perspektiv. Studiens hensikt er å undersøke grunner til rusmiddelbruk gjennom analyse av forskningsdeltagernes erfaringer. Studien har et eksplorativt og deskriptivt design, med bruk av individuelle semistrukturerte intervjuer i datainnsamlingen. Et hensiktsmessig utvalg (N = 11) av brukere i norske ACT-team, med

psykoselidelse og samtidig rusmiddelbruk, ble rekruttert til studien. Inklusjonskriterier var økt livskvalitet og/eller bedret funksjonsnivå og/eller redusert bruk av rusmidler etter minimum tolv måneder i behandling. Oppgitte grunner til å bruke rusmidler ble kategorisert som (a) å kontrollere symptomer på psykisk lidelse, (b) å motarbeide bivirkninger av antipsykotika eller (c) å balansere ambivalensen. Resultatene støtter både den tradisjonelle selvmedisineringshypotesen, iatrogen sårbarhet-modellen og supersensitivitetsmodellen. Dette kan forklares ut fra at deltagerne valgte spesifikke rusmidler for å lindre spesifikke symptomer på psykisk lidelse, samt en sårbarhet som bidro til rusmiddelbruk. Deltagernes uttrykte ambivalens overfor bruk av rusmidler gir også noe støtte til gjensidig påvirkning-modeller.

### **3.2 Erfaringer med å kutte ut rusmiddelbruk hos personer med alvorlig psykisk lidelse**

Personer med alvorlig psykisk lidelse er mer sårbare for bruk av rusmidler enn andre. Mange av dem med alvorlig psykisk lidelse og problematisk rusbruk oppnår kontroll på sin bruk av rusmidler, mens andre opplever stadig forverring. Det er mer forskning på grunner til rusmiddelbruk enn på grunner til å kutte ut rusmidler blant personer med alvorlig psykisk lidelse. Økt kunnskap om det sistnevnte kan bidra til bedre forståelse av hvordan personer med alvorlig psykisk lidelse opplever forsøk på å kutte ut bruk av rusmidler. Hensikten med denne eksplorative studien er å undersøke erfaringer med å kutte ut bruk av rusmidler i et livstidsperspektiv hos personer med alvorlig psykisk lidelse. Vi har undersøkt både oppgitte grunner og, strategier som deltagerne har tatt i bruk for å kutte ut bruk av rusmidler. Denne kvalitative studien har et deskriptivt og eksplorativt design, og vi benyttet individuelle semistrukturerte intervjuer til å samle data. Det ble gjort en hensiktsmessig utvelgelse av elleve brukere med alvorlig psykisk lidelse og problematisk rusbruk som alle var i behandling i ACT-team. Inklusjonskriterier var økt livskvalitet og/eller bedret funksjonsnivå og/eller redusert rusmiddelbruk etter minimum tolv måneder i behandling. Hovedgrunnene til å slutte med rusmidler var sosiale relasjoner og meningsfulle aktiviteter. Betingelser og strategier for å klare et liv uten rusmidler var aktivt å ta avstand fra personer og arenaer hvor rusmidler ble benyttet, å utvikle et positivt tankesett, å ha kontroll på følelser og å være redd for å utvikle avhengighet til rusmidler. Strategien aktivt å unngå et tidligere rusmiljø for å oppnå rusfrihet er i tråd med funn fra en lignende studie. Strategier som innebærer å være redd for å utvikle avhengighet, å utvikle et positivt tankesett og å ha kontroll på følelser, er ikke rapportert i andre studier.

### **3.3 Erfaringer med inkludering i ACT-behandling hos personer med ROP-lidelse**

På studier tar for seg hvordan de som har alvorlig psykisk lidelse, opplever å bli inkludert i ACT, og særlig gjelder dette brukere som også bruker rusmidler. Studien har til hensikt å fylle et hull i forskningslitteraturen ved å undersøke disse personenes erfaringer med å bli inkludert og forbli i ACT. Denne kvalitative studien har et deskriptivt og eksplorerende design, der individuelle semistrukturerte intervjuer ble benyttet i datainnsamlingen. Et hensiktsmessig utvalg (N = 11) av brukere i norske ACT-team med psykoselidelse og samtidig rusmiddelbruk ble rekruttert til studien. Inklusjonskriterier

var økt livskvalitet og/eller bedret funksjonsnivå og/eller redusert rusmiddelbruk etter minimum tolv måneder i behandling. Systematisk tekstkondensering ble benyttet i analysen av transkriberte intervjuer. Bygging av tillit gjennom vedvarende involvering og insentiver og praktisk støtte ble oppfattet som viktigst av deltagerne for begynnende inkludering i ACT. Eksklusivitet, sikkerhetsnett og personlig ansvar ble nevnt som viktigst for å forbli i behandling. Resultatene støtter funn fra andre kvalitative studier vedrørende betydningen av vedvarende involvering, og delvis betydningen av å motta goder, for å akseptere og bli rekruttert til behandling. Viktigheten av eksklusivitet og sikkerhetsnett for å akseptere å forbli i behandling er rapportert også i andre studier, mens betydningen av brukernes eget personlige ansvar ikke gjenfinnes i andre studier.

### **3.4 Kort sammendrag av hovedfunn**

Oppgitte grunner til å bruke rusmidler var å kontrollere symptomer på psykisk lidelse, å motarbeide bivirkninger av antipsykotika eller å balansere ambivalensen. Hovedgrunnene til å slutte med rusmidler var betydningen av sosiale relasjoner og meningsfulle aktiviteter. Betingelser og strategier for å klare et liv uten rusmidler var aktivt å ta avstand fra personer og arenaer hvor rusmidler ble benyttet, å utvikle et positivt tankesett, å ha kontroll på følelser og å være redd for å utvikle avhengighet til rusmidler. Bygging av tillit gjennom vedvarende involvering av behandlere samt insentiver og praktisk bistand ble av deltagerne oppfattet som viktigst for initial inkludering i ACT-behandling. Eksklusivitet, sikkerhetsnett og personlig ansvar ble nevnt som viktigst for å forbli i behandling.

## **4.0 Teoretiske og metodologiske betraktninger**

### **4.1 Forståelse av fenomener som sosiale konstruksjoner**

Utgangspunktet for studien er et perspektiv farget av medisinsk sosiologi, der det overbyggende teorigrunnet eller paradigmet (Denzin & Lincoln, 2000; Maxwell, 2005) faller naturlig inn under sosialkonstruksjonismen. Det som er mest fremtredende i virkelighetsoppfatningen og kunnskapssynet innen et slikt forskningsparadigme, er antagelsen om at mennesker (og forskere) konstruerer virkeligheten som de selv er aktører i (Charmaz 2006; Burr, 2003), og at deres tolkning av det fenomen de studerer, i seg selv er en konstruksjon. Jeg vil i det følgende prøve å se tematikken i min egen studie i lys av sosialkonstruksjonismen slik den fremstilles hos Berger og Luckmann (2006).

Berger og Luckmanns utgangspunkt var å utvikle teoretiseringen innen sosiologien med vekt på det prosessuelle og det fenomenologiske. Det vil i hovedsak si å beskrive de mekanismer som er med på å danne vår virkelighetsoppfatning. Sett i historisk perspektiv var dette et prosjekt som ble utviklet som en motvekt til den rådende positivistiske tenkningen innen sosiologien i USA på 1940- og 1950-tallet. I tesen om at virkeligheten er samfunnsskap, argumenterer Berger og Luckmann for at det er et gjensidig forhold mellom betrakter og det som blir betraktet. De fremhever den dialektiske

tankegangen, som viser til en gjensidig påvirkning mellom individ og samfunn. Denne påvirkningen synliggjør de ved i høy grad å forklare hverdagsvirkeligheten – altså virkeligheten slik den er for folk flest. Berger og Luckmann er opptatt av *forståelsen* hos mennesker, uten at de mener at for eksempel dybdeintervjuer og nære samtaler alltid vil gi et riktig bilde av verden. De betoner samtidig nytten av å abstrahere og generalisere. Parallellen til mine egne individuelle intervjuer med mennesker med ROP-lidelse var at jeg la stor vekt på det som ble formidlet til meg i en-til-en situasjonen, men at jeg i analysearbeidet forsøkte å sette meningsinnholdet inn i en større sammenheng.

Et av virkemidlene forfatterne bruker for å synliggjøre at virkeligheten er samfunnsskapt, er betydningen av språket. De viser til at språket ved å være lagringsplass for erfaringer også blir selvfølgelig for oss, og det faktum at det må finne sted en sosial prosess mellom to eller flere mennesker for at språk kan ha betydning. Det er gjennom språket at vi klassifiserer både ting og andre mennesker. Denne klassifiseringen kan være resultat av en generell samfunnsutvikling der endring i sosioøkonomiske, politiske og demografiske forhold kan påvirke vår karakteristikk av andre mennesker og fenomener. Et eksempel kan være hvor mennesker med alvorlige psykiske lidelser får behandling: Før psykiatrien ble etablert som en selvstendig gren av medisinen, var det allment akseptert å sperre inne sinnslidende for å skjerme resten av samfunnet. Fra midten av 1800-tallet snakket man om asyl eller sinnssykehus – som etter hvert ble til psykiatriske sykehus, som i våre dager delvis har gått over til å kalles distriktpsykiatriske senter, selv om psykiatriske sykehus fortsatt eksisterer. Dette sier noe om hvordan vi karakteriserer en behandlingstilnærming og en gruppe mennesker, og hvordan det reflekterer samfunnets holdning til psykiske lidelser (Skålevåg, 2003). Det er ikke vanskelig å tenke seg paralleller til personer som defineres som rusmisbrukere. Før edrskapsbevegelsen på begynnelsen av 1900-tallet var det vanlig å betrakte alkoholavhengige som fullt ut ansvarlige for sine handlinger, og de ble derfor betraktet som skyldige eller umoralske. En typisk konsekvens var straff i form av bøter eller fengsling i regi av myndighetene og fordømmelse fra folk flest. Etter hvert har både alkoholavhengighet og bruk av illegale rusmidler endret seg til å bli sett på som sykdommer, iallfall i helseovgivningen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Personer med alkoholavhengighet og annen rusmiddelavhengighet blir ikke lenger sett på som fullt ut ansvarlige for sin atferd, og straff er blitt erstattet med behandling. Hvordan behandlere og folk flest forholder seg til og snakker om mennesker med psykiske lidelser og/eller ruslidelser, vil da ifølge Berger og Luckmann gjøre noe med hvordan de som har lidelsene, oppfatter seg selv. Altså er det en gjensidig påvirkning mellom individ og samfunn. Et annet eksempel, er at psykiatrien, på linje med medisinen generelt, legger stor vekt på verdien av diagnoser (Aarre, 2010; Nordvoll, 2002). Internasjonale klassifiseringssystemer (DSM og ICD) er utviklet med tanke på differensiering av symptomer, vurdering av prognoser og indikasjoner for effektiv behandling. Imidlertid vil det for mange med psykiske lidelser være belastende å leve med en alvorlig diagnose med tanke på muligheten for å få jobb, bolig og tilgjengelig behandling. At attentatmannen

etter 22. juli 2011 fikk diagnosen paranoid schizofreni i den første rapporten fra de sakkyndige, kan for eksempel få betydning for hvordan andre med denne diagnosen opplever seg selv. Dette er et eksempel på en sosial konstruksjon av virkeligheten.

Begrepet *rolle* er sentralt hos Berger og Luckmann. I teoretiseringen omkring dette begrepet ligger det som de benevner som typeinndelinger av atferd. De skiller også mellom *rolle* og *identitet*, og mener at rollen er mer statisk enn identiteten, og at et skifte fra vektlegging av rolle til vektlegging av identitet kan føre til store samfunnsendringer. Paralleller kan trekkes til dagens samfunn, der rollene man hadde gjennom visse yrker, er utvisket (man skifter jobb oftere, mange tradisjonelle roller i lokalsamfunn er borte) og vi blir mer å betrakte som konsumenter. Hvis vi tar i betraktning ulike behandlingsarenaer for de med ROP-lidelser, er det nærliggende å tenke på negative konsekvenser gjennom for eksempel stemping og kategorisering av avvik. Stempingsteoretiske perspektiver på identitet finnes hos flere samfunnsforskere (Becker, 1997; Turner, 2002). For øvrig kan identiteter tilskrives ikke bare gjennom negativ bekreftelse eller sanksjoner, men også gjennom positive bekreftelser (Jenkins, 2003). Det kan for eksempel tenkes at behandling på brukernes hjemmebane gjennom ACT kan utvikle slike positive bekreftelser, selv om det blir et helt annet sett av behandlingsetiske utfordringer enn om behandlingen skjer innen de tradisjonelle institusjonene.

Berger og Luckmann teoretiserer videre om hvordan institusjonalisering foregår, og legger mye i påstanden om at enhver sosial situasjon som løper over tid, medfører en begynnende institusjonalisering. Videre vil en institusjonell verden oppfattes av menneskene som en objektiv virkelighet, og institusjonene er der enten man liker det eller ikke. De kan ikke ønskes bort. For eksempel er betydningen av behandlingsinstitusjonene i psykiatrien godt beskrevet, dog ofte i negative vendinger av flere (Foucault, 1973; Goffman, 1961). Slik jeg ser det, gjør imidlertid Berger og Luckmann begrepet *institusjon* vidtfavnende og inkluderer både sosiale og kulturelle kontekster. Det som ikke kommer klart frem hos dem, er i hvilken grad mennesker er seg bevisst de ulike institusjoner, og om enkeltmennesket kan bevirke endring. Et viktig spørsmål jeg stiller meg når det gjelder deres fremstilling, er om mennesket egentlig har en fri vilje. Dette kan reise prinsipielle og etiske spørsmål knyttet til en del mennesker med et problematisk forhold til rusmidler og behandling, spesielt når det gjelder samtykkekompetanse (Gjelsvik og Henden, 2009; Reyter, 2009). Spørsmålet må også stilles vedrørende den type aktivt oppsøkende behandling som ACT-teamene representerer, fordi grensene mellom frivillighet, inkludering i behandling og tvang kan være skjøre i mange tilfeller.

En parallell til tematikken i avhandlingen kan være om bruk av rusmidler kan ses som en sosial konstruksjon. Det er egentlig innlysende, i den forstand at den bruken av rusmidler som ses som misbruk i én kontekst, kan være akseptert bruk i en annen. Hvilke rusmidler som er legale og illegale, er imidlertid kontekstavhengig, og følgelig sosialt konstruert. Det som var nyskapende og fascinerende ved sosialkonstruksjonistisk tenkning, var at den pekte på hvordan ulike fenomener som for mange er

hverdagslige, selvnlysende og naturlige, er sosialt konstruert. Alvesson og Sköldbberg (2009) minner om at hovedtyngden av samfunnsvitenskapelige forskere antagelig har den oppfatning at samfunnet og dets institusjoner ikke er objektive fakta, men i vid forstand sosialt konstruert. I et slikt lys er svært mange samfunnsforskere sosialkonstruksjonister.

Når virkelighetsoppfatning og kunnskapsproduksjon er influert av sosialkonstruksjonisme, legger det føringer på metodevalg både i planlegging og i gjennomføring av en studie. Et fenomenologisk rammeverk kan være forenelig med sosialkonstruksjonistisk tenkning på flere måter, og en fenomenologisk tilnærming har på en generell ikke-filosofisk måte vært fremtredende i kvalitativ forskning (Alvesson & Sköldbberg, 2009; Kvale & Brinkmann, 2009; Patton, 2002). Det er avgjørende at forskningsdeltagerne kan konstruere eller formulere sin mening om en situasjon, og det grunnleggende synet er at hver situasjon igjen er skapt gjennom interaksjon med andre (her: interaksjon med forskeren i intervju situasjonen). Videre er det viktig at forskeren erkjenner egen bakgrunn og hvordan den kan forme vedkommendes tolkninger (Creswell, 2007).

Ifølge Giorgi (1997; 2009) er det grunnleggende i fenomenologien at menneskets bevissthet har en særstilling fordi den ikke kan tenkes å være ikke-eksisterende. Bevisstheten er heller ingen nøytral formidler av inntrykk, men gir mening til objekter som vi registrerer. Det er et skille mellom erfaring og intuisjon. Erfaringer er det som bevisstheten registrerer på basis av reelle objekter som er regulert av kausalitet (bil, stol, stein), mens intuisjon viser til de sanseintrykk eller opplevelser som ikke er fundert i den tingliggjorte virkelighet (vrangforestillinger og hallusinasjoner). I et slikt perspektiv blir det således av avgjørende betydning i hvilken grad behandlere evner å skille erfaring fra intuisjon. Det kan ha stor betydning for en som hører indre stemmer, å møte en behandler som godtar stemmene som en virkelighet, kontra behandlere som avfeier fenomenet som ikke-virkelig. Et fenomen er et objekt eller en opplevelse slik den fremstår for den enkelte, og ikke nødvendigvis slik den virkelig er. Det er alltid meningen som gis til objektet, eller opplevelsen slik den fremstår, som er i fokus. I en slik sammenheng blir det meningsløst å sette spørsmåltegn ved om deltagerne i min studie forteller en objektiv sannhet om egen rusmiddelbruk og sine tidligere erfaringer fra psykiatrisk behandling. Det avgjørende blir å få frem deres beskrivelser av virkeligheten, slik den fremstår for dem. Med tanke på at personer med ROP-lidelser i liten grad har bidratt med sin stemme i forskning, blir dette desto viktigere. Intensjonalitet innebærer at bevisstheten alltid er rettet mot et objekt som ikke selv er bevisstheten. Dette impliserer videre at subjekt og objekt alltid er sammenvevd og aldri kan eksistere som uavhengige enheter eller begreper. Å hevde at intensjonalitet er det essensielle ved bevisstheten, innebærer da at bevisstheten er iboende relasjonell (for at man skal vite, må det f.eks. være *noe* man vet, eller for å ønske så må det være *noe* man ønsker). Relatert til hva avhandlingen omhandler, er det således en betingelse at deltagerne tidligere har brukt rusmidler, for at de skal vite noe om rusmidlens funksjon.



Deltagere som ble rekruttert til studien, utviste heterogenitet gjennom at de var i forskjellig alder, var av begge kjønn, brukte ulike typer rusmidler og ble rekruttert fra forskjellige ACT-team. Imidlertid hadde alle en alvorlig psykisk lidelse, alle hadde erfaring med rusmidler, og alle hadde opplevd å bli inkludert i ACT. Viktig for en metodisk tilnærming influert av fenomenologi er at alle studiedeltagerne har opplevd og er i stand til å beskrive det fenomenet som skal studeres – i dette tilfellet rusmidlenes funksjon og inkludering i ACT. Videre har det i studien vært viktig å utvikle en felles forståelse av fenomenene ut fra deltagerens perspektiv. Selv om systematisk tekstkondensering ikke er utviklet som en rendyrket fenomenologisk metode, er det sentralt i metoden at man sammenstiller erfaringer fra flere deltagere for å finne frem til denne felles forståelsen. Intervjudata er samlet inn ved ett tidspunkt, men det kunne tenkes andre resultater om intervjuene var blitt gjort fem år senere. I et slikt perspektiv kan metoden betraktes som en tverrsnittstudie basert på kvalitative data (Malterud, 2012).

#### **4.2 Bruk av intervju i kunnskapsproduksjon**

Historisk sett er intervjuet en relativt ny metode for å skaffe til veie førstehånds kunnskap om enkeltmenneskers meninger, holdninger og erfaringer. Det var ikke før på slutten av 1940-tallet i USA at man tok i bruk store surveyundersøkelser i form av intervjuer, og senere tok man i bruk både tradisjonelle individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer for å få frem forbrukernes mening i forbindelse med salg og markedsføring av dagligvareprodukter. Intervjuet som metode er noe selvsagt og naturlig for dagens mennesker og benyttes i både forbrukerundersøkelser, jobbrekruttering, journalistikk, meningsmålinger, medisinsk diagnostisering, psykoterapi og forskning, i tillegg til mange andre områder. For eksempel estimerte Briggs (1986) for flere år tilbake at omkring 90 prosent av all forskning innen samfunnsvitenskapene benyttet intervjudata, og med de senere års økte bruk av kvalitative metoder innen helse- og sosialfag er antagelig dette tallet ikke for høyt.

Det at vi i det hele tatt kan spørre hvem som helst om deres innerste tanker og meninger, er en konsekvens av en utvikling i det grunnleggende synet på mennesket og er ikke selvsagt i et historisk perspektiv. I det kollektivistiske menneskesynet som var rådende helt frem til renessansen og tiden for de store europeiske revolusjonene på slutten av 1700-tallet, ble ikke individet sett på som en viktig kilde til kunnskap om sine egne erfaringer. Da var det naturlig å se til kosmos, gudene, det skrevne ord, presteskapet eller andre lokale autoriteter for å skaffe til veie autentisk kunnskap (Gubrium & Holstein, 2002). Det individualiserte «selvet» var ikke like selvfølkelig som i dag. I stedet var den enkeltes aktørskap og ansvar i større grad knyttet til andre sosiale strukturer, som stammen, klanen, familien, ætten eller kongemakten. Således blir antagelsen om et selvstendig «selv», mer eller mindre integrert som sentrum for bevissthet og emosjonell aktivitet, en ny måte å tenke på. «Selvet» og det individualiserte mennesket har etter hvert fått større plass i vårt samfunn. Gubrium og Holstein (2002) hevder at intervjuet som metode, ved å løfte frem enkeltmenneskers meninger har bidratt til å demokratisere erfaringskunnskapen, og de betrakter intervjuet som en av det forrige århundres

viktigste teknologier for å fremme «selvet». Silverman (1997) understreker at denne demokratiserende effekten som intervjuet og intervjusamfunnet har bidratt til, muliggjøres bare i samfunn der enkeltindividets mening blir tillagt vekt, og således ikke i samfunn preget av totalitarisme eller i samfunn der det kollektive har forrang. Han anser imidlertid den viktigste forutsetningen for intervjusamfunnet for å være moderne teknologi og massekommunikasjon, som gjør det enkelt for nesten enhver å få tak i andres meninger.

Prosessen med kunnskapsproduksjon gjennom samtaler er intersubjektiv og sosial og involverer deltager og intervjuer som «samprodusenter» av kunnskap, slik det beskrives hos Kvale og Brinkman (2009). Dette står i kontrast til intervjuet i en positivistisk tradisjon, der intervjueren leter frem beskrivelser som ligger godt bevart hos forskningsdeltagerne, ved hjelp av egnede spørreteknikker. Selv om intervjuene i min studie ble forskjellige i både struktur og innhold, hadde jeg som forsker et ansvar for at det vi snakket om, hadde forbindelser til forhåndsdefinerte tema i en intervjuguide, og at det ikke ble for mye utenomstakk. Selv om intervjuene som ble gjennomført, var planlagt og tematisk strukturert, var det mye opp til deltagerne hva som ble snakket om, og i hvilken rekkefølge. Deltagerne kunne også stille meg spørsmål om både hvordan den praktiske gjennomføringen av intervjuet skulle være, hvordan mitt syn var på ulike typer behandling, og hva deres bidrag til forskningen ville resultere i. I et slikt perspektiv bar derfor intervjuene mer preg av å være konstruksjon av kunnskaper enn å være en arena for kunnskapsinnsamling.

En utfordring med intervjuer er ifølge Gubrium og Holstein (2002) at det ikke alltid er klart hvilken stemme forskningsdeltageren snakker med. En som stiller til intervju, kan inneha flere roller, ved å være både far, kollega på arbeidsplassen, person med schizofrenidiagnose og aktiv bruker av rusmidler. Det vil ikke alltid være entydig hvilken stemme som presenteres i intervjusituasjonen. Det vil påvirkes av både samtaletema, hvordan intervjuer stiller sine spørsmål, og konteksten for intervjuet. Deltagerne i min studie kalte seg selv vekselvis bruker og pasient og var til en viss grad farget av at de hadde vært lenge i eller ut og inn av ulike behandlingsarenaer. Når deltagerne formidlet sine erfaringer i intervjuene, var de seg bevisst rollen som bruker eller pasient, og det var som regel ikke vanskelig å forstå hvem stemmen tilhørte. Likevel var dette i noen tilfeller ikke like innlysende. At en av deltagerne nylig hadde fått beskjed om at han hadde en sønn som nå var blitt to år, gjorde at vedkommende flere ganger snakket om ansvar. I og med at «ansvar for eget liv» var et tema i intervjuguiden, ble dette flere ganger forvirrende for meg som intervjuer fordi jeg opplevde det som uklart om han snakket om ansvar for sønnen eller ansvar for eget liv. Altså snakket han både som far og som pasient/bruker i det samme intervjuet. En annen deltager som var veldig opptatt av jobben sin, snakket mye og i positive ordelag om sine gode kolleger på arbeidsplassen. Samtidig var han mye plaget av at han hørte indre stemmer. Flere ganger under intervjuet kunne han si «de sier at ...» eller «ifølge dem så ...» når han skulle forklare ting. For meg som intervjuer ble det klart først ved slutten av intervjuet at det kunne være både de indre stemmene og arbeidskollegene han refererte til. I tillegg

snakket han ofte om seg selv i flertallsform («vi mener at ...») når han skulle presentere sine synspunkter, fordi stemmene var en del av hans identitet. At en forskningsdeltager i et intervju kan presentere seg med ulike stemmer, på bakgrunn av ulike roller og ulike «selv», kan ifølge Gubrium og Holstein (2002) like mye være en følge av interaksjonen mellom deltager og intervjuer som av etablerte atferds- og responsmønstre hos den enkelte deltager. En ytterligere kompliserende faktor er ifølge de samme forfatterne hvordan deltagerne opplever intervjueren og dennes stemme eller rolle. Som forsker hadde jeg statusen som en utenforstående som kom for å gjennomføre intervjuer uten å være verken behandler, venn eller en av familien. Det er imidlertid i kvalitative intervjustudier ikke uvanlig at forskningsdeltagere og intervjuer kjenner hverandre fra før, og dette kan være fordelaktig på flere måter (Warren, 2002). På den annen side er det teoretikere som understreker nettopp at det er en fordel at deltager og forsker ikke kjenner hverandre på forhånd, men dette forutsetter at intervjuer viser en ivaretagende holdning, er godt forberedt og sørger for god tilrettelegging når det gjelder avsatt tid og lokaliteter for intervjuet (Weiss, 1994). Tilliten som skapes gjennom de nevnte forhold, er ifølge Weiss av større betydning enn den intimiteten som noen ganger kan være et hinder for gode forskningsresultater under intervjuer der partene kjenner hverandre på forhånd. At avtaler med deltagerne i min studie ble gjort av personer de kjente og var trygg på, og at intervjuene ble gjennomført et sted deltagerne selv foretrakk, bidro til god tilrettelegging. Hvordan og hvor grundig teamet presenterte meg som forsker og intervjuer for deltagerne når de ble forespurt om å delta, var nok noe ulikt fra team til team. Uansett hadde jeg et ønske om å møte deltagerne med blanke ark. For dem representerte jeg noe nytt i og med at ingen av dem hadde deltatt i et forskningsintervju tidligere.

Alle deltagerne i min studie fortalte i større eller mindre grad om personlige forhold som de opplevde som vanskelige og konfliktfylte. Ofte var dette opplevelser som stammet fra barne- og ungdomsårene, og som var knyttet til familie og nære venner. Alle deltagerne ga inntrykk av å være ærlige og oppriktige, og noen av deltagerne gikk langt i å utlevere seg. Som intervjuer opplevde jeg det som et dilemma hvorvidt de skulle gis fritt spillerom for sine beretninger, eller om jeg skulle prøve å begrense. Det primære målet med forskningsintervjuet er å bidra til kunnskapsdannelse, men for noen av deltagerne var det nok vanskelig selv å trekke opp grensene for hva som skulle og burde formidles. Ifølge Kvale & Brinkman (2009) sikter det terapeutiske intervjuet mot økt innsikt og endring for den enkelte gjennom personlig og emosjonell interaksjon. De advarer om at spesielt lange og gjentatte intervjuer om personlige forhold kan lede til kvasiterapeutiske forhold, og at den personlige nærheten i relasjonen i forskningsintervjuet legger sterke føringer på hvor langt man som forsker kan gå i utspørringen.

### **4.3 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet**

Som skissert i metodebeskrivelsen (se kapittel 2.1) var det flere faktorer som legitimerte å gjøre to intervjuer med deltagerne. Det ga tilgang til en mer utfyllende historie fordi vi hadde opparbeidet et visst tillitsforhold gjennom det første intervjuet, og et nytt møte gjorde det også mulig for deltagerne å

reflektere over sine opplevelser over tid. Gjennomføring av et nytt intervju med deltagerne noen måneder senere bidro antagelig også til å minimere falske assosiasjoner eller premature antagelser, slik de beskrives av Maxwell (2005). Dette kan gjøre at resultater og konklusjoner fra studien har et sterkere fundament i datamaterialet og derfor større grad av pålitelighet. Å presentere for forskningsdeltagerne hva de hadde formidlet i et tidligere intervju, kunne bidra til å sikre gyldigheten av deres utsagn. De kunne benekte eller bekrefte det de tidligere hadde sagt. Dette var viktig både for å oppklare eventuelle misforståelser om hva deltagerne faktisk hadde sagt, og for å identifisere mine egne feiltolkninger og misforståelser om hva jeg faktisk hadde hørt og observert. Imidlertid viste det seg vanskelig for deltagerne å huske særlig mye fra første intervju. Det som hjalp dem å tenke tilbake, var at de fikk lese igjennom en side med hovedpunkter fra transkriberingen av første intervju. De ovenfor nevnte momentene bidro derfor til økt intern validitet i studien.

Sammenlignet med studier som baserer seg på representative utvalg, kan ikke kvalitative studier påberope seg å være overførbare. Imidlertid er det teoretikere som peker på hvordan studier basert på kvalitative data likevel kan ha overføringsverdi gjennom dybde og universalitet i det studerte fenomenet, forskningsdeltagernes egen vurdering av overførbarhet og bekreftelse fra andre studier (Hammersley, 1992; Weiss, 1994). Videre kan overførbarhet også ses som «intern» - der overførbarheten gjelder en definert setting eller gruppe - eller «ekstern» - der overførbarheten gjelder også utenfor denne definerte gruppen (Malterud, 2001; Maxwell, 1992). I tillegg til at deltagerne i min studie oppfylte forhåndsdefinerte kriterier (se kapittel 2.3), var det viktig å rekruttere brukere som var av begge kjønn, var spredt i alder, brukte ulike rusmidler og var fra ulike ACT-team. Når jeg i tillegg fikk snakke med deltagerne to ganger, noen både som påvirket av rusmidler og noen i rusfri tilstand, ga det et bedre innblikk i deres forhold til rusmidler enn om alle hadde vært rusfrie eller bare ruset. At jeg fikk møte dem både under opp- og nedturen, ga et mer nyansert og helhetlig bilde enn om jeg hadde møtt dem bare én gang.

At noen av intervjuene ble gjort med en behandler til stede, kan ha innvirket både på hva forskningsdeltagerne formidlet, og på hvordan jeg som forsker stilte spørsmål og tolket svarene. Selv om behandler forholdt seg rolig og helt i bakgrunnen, var det i ett av intervjuene at deltageren henvendte seg til behandler et par ganger for å få bekreftet at det han sa, var riktig. Fikk jeg dermed svar eller beskrivelser som var tilpasset behandleren, eller klarte han å formidle sine egne erfaringer? Det var også utfordrende for meg som forsker å ha en «ledsager» som kjente deltageren godt, og som hadde lang erfaring som psykoterapeut, til stede gjennom hele intervjuet. Jeg ble opptatt av å stille de riktige spørsmålene på en god måte og var bevisst på kun å henvende meg til deltageren. Den samme deltageren gjennomførte imidlertid det andre intervjuet uten behandler til stede, og gjennomgangen av de to intervjuene viste at det var liten forskjell i hvordan han ordla seg.

Hvor intervjuene ble gjennomført, kan også ha påvirket resultatene. At de fleste intervjuene foregikk i lokaler som ACT-teamet disponerte, kan ha bidratt til en mer positiv omtale av teamet og behandlerne enn om de hadde skjedd på «nøytral grunn». Alle intervjuene var på en måte i regi av ACT, i og med at teamleder hadde gjort alle avtaler for intervju og formidlet videre til meg. Selv om de fleste av deltagerne omtalte ACT i positive vendinger, var det også noen som hadde kritiske bemerkninger, og de utviste oppriktighet i måten de opptrådte på. Nesten halvparten av intervjuene ble foretatt enten hjemme hos deltagerne eller i institusjonen de var innlagt på da intervjuet ble gjennomført, og det var ikke merkbart forskjell på hvordan intervjuene forløp, eller hvordan deltagerne meddelte seg.

Jeg var bevisst på at mine forutinntatte holdninger skulle holdes i bakgrunnen, og det var derfor viktig å reflektere over hvordan min teoretiske og praktiske bakgrunn kunne påvirke hvordan intervjuene forløp og resultatene ble tolket (se kapittel 4.2). Ingen forskere kommer helt teoriløse til et forskningsfelt. Min egen bakgrunn fra utdanning innen helsefremmende arbeid var av betydning for hvordan studien ble designet, og hvordan intervjuguiden ble utformet. I så henseende var jeg mer interessert i hva som gjorde at deltagerne hadde oppnådd bedring, enn å spørre om hvilke utfordringer de hadde. Videre hadde jeg en formening om at tradisjonell psykiatri- og rusbehandling hadde vært mislykket for de fleste av studiedeltagerne, og at ACT representerte noe nytt og positivt for dem.

## 5.0 Diskusjon av resultater

Diskusjonen er gjort ved at jeg har sammenholdt resultater fra de tre artiklene med forskningsspørsmålene. Disse er igjen presentert i form av egnede analytiske kategorier, som er etablert på bakgrunn av tematiske fellestrekk. Avhandlingen legger følgende forskningsspørsmål til grunn:

1. Hva oppgir deltagerne som grunner til å bruke rusmidler?
2. Hvilke positive og negative aspekter oppgir deltagerne ved bruk av rusmidler?
3. Hvordan påvirker bruk av rusmidler den psykiske lidelsen?
4. Hvilke erfaringer har deltagerne med å kutte ut rusmiddelbruk?
5. Hvordan påvirker rusfrihet den psykiske lidelsen?
6. Hva er deltagerens erfaringer med inkludering i ACT-behandling?
7. Hva har vært viktigst for å forbli i ACT-behandling?

Disse syv forskningsspørsmålene ble besvart i resultatpresentasjonen av artikkel 1-3 (kapittel 3), og hovedresultatene fra studien viste at oppgitte grunner til å bruke rusmidler var for å kontrollere symptomer på psykisk lidelse, å motarbeide bivirkninger av antipsykotika eller å balansere ambivalensen med hensyn til bruk eller ikke-bruk av rusmidler. Hovedgrunnene for å slutte med rusmidler var betydningen av sosiale relasjoner og meningsfulle aktiviteter. Betingelser og strategier for å klare et liv uten rusmidler var aktivt å ta avstand fra personer og arenaer hvor rusmidler ble

benyttet, å utvikle et positivt tankesett, å ha kontroll på følelser og å være redd for å utvikle avhengighet til rusmidler. Bygging av tillit gjennom vedvarende involvering av behandlere samt insentiver og praktisk bistand ble av deltagerne oppfattet som viktigst for initial inkludering i ACT. Eksklusivitet, sikkerhetsnett og personlig ansvar ble nevnt som viktigst for å forbli i behandling.

Følgende to analytiske kategorier brukes som rammeverk for presentasjonen:

- rusmidlenes funksjon hos personer med ROP-lidelse (forskningsspørsmål 1, 2, 3, 4 og 5)
- hva som bidrar til vellykket inkludering av personer med ROP-lidelse i ACT (forskningsspørsmål 6 og 7)

### **5.1 Rusmidlenes funksjon for personer med alvorlig psykisk lidelse**

Menneskers begrunnelser for egen rusmiddelbruk er både individuelle og allmenne. I tillegg oppgir de aller fleste flere grunner til å bruke rusmidler. Gjennomgående forklaringer er at rusmiddelbruk er en måte å mestre livet på. Dette viser selvrapporteringsstudier både hos personer som hovedsakelig sliter med rusmiddelbruk (Boys, Marsden & Strang, 2001; Lende, Leonard, Sterk & Elifson, 2007), og hos personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse, som schizofreni (Addington & Duchak, 1997; Dixon et al., 1990; Lobbana et al., 2010) og bipolar lidelse (Healey et al., 2009, Henwood & Padgett, 2007). Resultater fra min studie gir støtte til den tradisjonelle selvmedisineringshypotesen (Khantzian, 1985; 1997) fordi spesifikke rusmidler ble benyttet for å håndtere spesifikke symptomer eller emosjonelle tilstander. Dette er ikke i samsvar med en oversikt over selvrapporteringsstudier som viste at personer brukte rusmidler hovedsakelig for å lindre dysfori (Gregg et al., 2007), heller enn spesifikke rusmidler for å takle spesifikke symptomer. Mine resultater viser også at deltagerne opplevde at rusmidlene hadde en gjennomgående positiv innvirkning på psykisk lidelse ved at de bedre kunne håndtere maniske faser i sykdommen, og at de indre stemmene ble mindre plagsomme. I tillegg kunne rusmidlene bidra til at deltagerne både kunne slappe av og fikk mer energi. Disse resultatene skiller seg fra to andre studier som tar for seg brukernes perspektiv (Charles & Weaver, 2010; Cruce et al., 2008), som fant at bruk av rusmidler ble vurdert hovedsakelig å ha negativ innvirkning på alvorlig psykisk lidelse. Én grunn til forskjellene mellom mine resultater og dem i studiene ovenfor er at deltagerne i disse studiene i hovedsak hadde en primær ruslidelse, mens deltagerne i min studie hadde flere år med psykoselidelse med påfølgende rusmiddelbruk. Et annet viktig poeng er at de fleste av deltagerne i min studie ikke rapporterte om negative erfaringer med rusmiddelbruken, antagelig fordi få av dem hadde brukt harde rusmidler.

Iatrogen sårbarhet for antipsykotika er en modell som forklarer komorbiditeten av alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelbruk, og baserer seg på at antipsykotika blokkerer dopaminreseptorer i hjernen, noe som bidrar til å kontrollere psykotiske symptomer. Denne blokkeringen kan resultere i et underaktivt dopaminbelønningssystem og økt sårbarhet for rusmidler (Stahl, 2008). Ifølge Drake, Xie, McHugo & Green (2000) er det forskning som støtter en slik forklaringsmodell, siden det ser ut til å

være en tendens til at brukere som er blitt behandlet med andre generasjons antipsykotika, bruker mindre rusmidler enn de som behandles med tradisjonelle antipsykotika. Begrunnelsen er at tradisjonelle antipsykotika blokkerer flere av dopaminreseptorene enn de medikamentene som er utviklet senere. Noen av deltagerne i min studie omtalte antipsykotika som nødvendig hjelp for stabilitet i livet, men aldri som et middel som kun var fordelaktig. Resultatene indikerer at rusmidler ble brukt som selvmedisinering og/eller for å lette bivirkningene av medisineren og er dermed ikke sammenfallende med resultater fra andre kvalitative studier som har sett på bruken av alkohol og cannabis (Addington & Duchak, 1997; Thornton et al., 2012). I begge disse studiene forklarte deltagerne at både alkohol og cannabis gjorde at de opplevde forverring spesielt av de positive symptomene på psykoselidelsen. Amfetamin ble ikke omtalt i disse studiene, men det er forskning som viser at antipsykotika beskytter mot den neurotoksiske effekten av amfetamin (Bramness et al., 2012). Min studie viser også at mange av deltagerne hadde bivirkninger av antipsykotika og brukte amfetamin spesifikt for å oppnå vektreduksjon og for å få mer energi. Når det gjelder å forklare sammenhengen mellom alvorlig psykisk lidelse og rusbruk, sier supersensitivitetsmodellen at både genetiske og tidlige livshendelser samvirker med senere miljømessige påvirkninger til å utvikle psykoselidelse eller til å forverre en eksisterende lidelse (Mueser et al., 1998). I et slikt perspektiv vil bruk av antipsykotika senke sårbarheten, mens bruk av rusmidler kan gjøre sårbarheten større. Deltagerne i min studie hadde også erfaringer med akutt psykose ved å ta for mye rusmidler. De var opptatt av å holde balansen, og etter årevis med psykoselidelse visste de hvor grensen gikk. De hadde en begrenset bruk av rusmidler og hadde mer positive enn negative erfaringer med bruk av rusmidler.

To av de seks innledende tema som fremkom i analysen, var *å bruke rusmidler for å mestre* og *å bli rusfri*. I og med at rusmiddelbruk var et av inklusjonskriteriene til studien, og at deltagerne i intervjuene ble bedt om å beskrive sitt forhold til rusmidler, fikk dette naturligvis stor plass. At både aktiv bruk av rusmidler og forsøk på å bli rusfri ble fremhevet som omtrent like viktig i et bedringsperspektiv, var imidlertid overraskende. *Å balansere ambivalensen* og *å være redd for å utvikle avhengighet til rusmidler* var to av hovedresultatene som tok opp i seg noen av de samme begrunnelser for henholdsvis å bruke rusmidler med måte og å kutte ut rusen. Noen av dem som var avholdne, og noen av dem som fortsatt ruset seg, men hadde initiert rusfrie perioder, omtalte sin frykt for å bli avhengig eller psykotisk som argumenter for å kutte ut rusen. Frykt for å utvikle avhengighet som en motivasjon for avholdenhet er ikke gjenfunnet i andre studier, selv om det er rapportert om negative konsekvenser av rusen som motivasjon for å bli rusfri (Laudet et al., 2004; Charles & Weaver, 2010). Disse studiene skilte seg imidlertid fra min studie ved å bestå av deltagere med gjennomgående tungt rusmiddelmissbruk. Mine resultater indikerer at deltagerens ruserfaringer kombinert med psykisk lidelse hadde gitt dem en bevissthet om at langtids- eller korttids avholdenhet fra rusmidler er viktig for å opprettholde stabilitet i livet.

Å ta avstand fra et tidligere rusmiljø for å oppnå rusfrihet var et av hovedresultatene. Dette samsvarer med resultatene fra studien til Davis & O'Neill (2005), som også undersøkte deltageres strategier for å bli rusfri. Andre kvalitative studier med utvalg som ikke var direkte sammenlignbart med det i min studie, identifiserte ikke avstandstaking som strategi for å bli rusfri (Laudet et al., 2004; Henwood et al., 2012; Asher & Gask, 2010). Positiv tenkning ble av noen deltagere nevnt som strategi for å overvinne problematiske livshendelser og oppnå rusfrihet. Dette innebar for deltagerne å utvikle innsikt og sette seg mål for å kunne takle vanskelige tanker uten å være påvirket av rusmidler. En lignende strategi ble også funnet i studien til Davis og O'Neill (2005). Resultater fra min studie støtter således ikke den grunnleggende antagelsen at personer med alvorlig psykisk lidelse ofte utviser kognitiv svikt (Mueser et al., 2003). Det ser ut til at flere av deltagerne hadde utviklet selvregulerende ferdigheter som satte dem i stand til å takle ubehag og stress enten ved å avholde seg fra rusmidler eller ved å etablere rusfrie perioder.

Flere av deltagerne viste til betydningen av å kutte ut rusmiddelbruken for å finne en partner og komme ut av isolasjonen. Betydningen av meningsfulle aktiviteter og et støttende sosialt nettverk var fremtredende, og i en viss grad ble behandlere i ACT ansett som en del av nettverket. Beskrivelser av en gradvis bevisstgjøring om at rusmiddelbruk kom i konflikt med et vanlig liv og personlig velbefinnende var fremtredende. Flere kvalitative studier har konkludert med at støttende nettverk hadde mest å bety for at personer med psykoselidelse skulle oppnå rusfrihet (Alverson et al., 2001; Gomez et al., 2000; Thommesen, 2008). En nyere casestudie identifiserte tre begivenheter som bidro til at personer klarte å kutte ut rusmiddelbruken: vendepunkter i livet, gradvis modning og institusjonsbehandling (Henwood et al., 2012). Denne studien var sammenlignbar med min studie bortsett fra at deltagerne her hadde vært rusfrie i tre år eller mer. Forskningsresultatene viser også betydningen av institusjonsbehandling for å klare å kutte ut rusmiddelbruken, men i mindre grad vendepunkter og modning. Dette kan skyldes at mine deltagere hadde erfart rusfrihet kun i noen måneder.

Å finne den rette balansen og gjenvinne eller opprettholde stabiliteten var viktig både for dem som fortsatt brukte rusmidler, og hadde eller ikke hadde rusfrie perioder, og for dem som hadde kuttet ut rusmiddelbruken. Det typiske var at de aktive brukerne legitimerte rusmiddelbruken mer som bruk enn som misbruk. Bruken av alkohol og cannabis ble av deltagerne sett på som harmløs hvis den var moderat. Det meste av ambivalensen var knyttet til bruk av amfetamin, som flere av deltagerne hadde både gode og dårlige erfaringer med. Mange av deltagerne snakket om sine opp- og nedturene knyttet til rusmidlene. Det ovenstående kan ses som et bilde på dobbeltheten i rusmidlenes funksjon: «Jeg vil ha» og samtidig «Jeg vil ikke ha», som lett leder til sykluser av bruk og ikke-bruk. Positiv og umiddelbar forsterkning følger ofte rusmiddelbruk, mens det mer sjelden oppleves positive forsterkninger for avholdenheten. Ifølge Miller (2006) står individet tilbake med valget mellom rusmiddelbruk og medfølgende positiv forsterkning og straff på den ene side og fravær av negative konsekvenser i bytte



mot fraværet av rusmidler på den annen. Man kan også beskrive dette som et eksistensielt valg med en gjennomgripende dobbelthet. Rusmiddelbruken forårsaker ofte en ambivalens overfor selve livet, med en kombinert beundring og forakt for det som de «andre og vellykkede» representerer, men som man selv vil bli (Sørheim, 1996). For mennesker både med og uten alvorlig psykisk lidelse har rusen flere ansikter. Det kan se ut som om mennesker med psykoselidelse ofte opplever motstridende følelser knyttet til sin bruk av rusmidler (Cruce et al., 2008), samtidig som det å bli rusfri også kan oppleves både besværlig og kontrastfylt (Laudet et al., 2004; Phillips & Johnson, 2001).

### **5.2 Inkludering av personer med ROP-lidelse i ACT.**

Selv om alle deltagerne i studien hadde det til felles at de var i bedring, uttrykte de fleste deltagerne holdninger som viste både skepsis og lettelse, da de først kom i kontakt med ACT. Dette er naturlig tatt i betraktning deres erfaringer med begrenset suksess i tradisjonell psykiatri- og rusbehandling. En hierarkisk behovsmodell er blitt utviklet for å forklare mekanismene involvert i arbeidet med å inkludere personer med alvorlig psykisk lidelse i behandling (Davidson, 2008; Margison, 2005). Denne modellen har mye til felles med en mer generell motivasjonsteori (Maslow, 1943). Behov nederst i hierarkiet, slik som mat, sikkerhet og tak over hodet, er pekt på som første prioritet. Dette innebærer at dersom ACT kan bidra til å sikre disse grunnleggende behovene, kan brukerne vurdere å engasjere seg i aktiviteter som innebærer sosial og yrkesmessig deltagelse og psykoterapeutisk behandling. Deltagerne i min studie betraktet behandlere i ACT som empatiske og omsorgsfulle, og flere av deltagerne fikk tilbud om ny og bedre bolig eller hjelp med å finne frem i byråkratiet da de ble rekruttert til ACT. At deltagerne bekreftet dette som betydningsfullt for deres inkludering til teamet, gir støtte til ovennevnte modell.

Hovedprinsippet i den siste versjonen av ACT-modellen vedrørende inkludering av brukere er etablering av en ikke-konfronterende og samarbeidsorientert tilnærming. Formålet er å styrke brukernes indre motivasjon for å ta imot tjenester fra ACT-teamet (Allness, 2003; Monroe-DeVita et al., 2011). Vanligvis tar det ett år å etablere en gunstig terapeutisk allianse i ACT, og 18 måneder blir sett på som et avgjørende tidspunkt for når positive endringer kan forventes (SCMH, 1998). Deltagerne i min studie hadde i gjennomsnitt vært i behandling i 22 måneder, og noen av dem hadde vært i behandling i mindre enn 18 måneder. Deltagerne satte pris på behandlerne, som de opplevde som utholdende i sine forsøk på å etablere den første kontakten, selv om deltagerne beskrev seg selv som avvisende i begynnelsen. Deltagernes holdning til de oppsøkende behandlerne, og til behandling generelt, ble imidlertid mer positiv etter at et tillitsforhold hadde utviklet seg. Flere studier som har undersøkt behandlerens erfaringer, har vist at en gradvis og langvarig tilnærming som tar hensyn til brukernes behov er avgjørende for at man skal lykkes med begynnende inkludering i ACT (Addis & Gamble, 2004; Aggett & Goldberg, 2005). I tillegg til at behandlerne var utholdende og omsorgsfulle, ga deltagerne i min studie uttrykk for at det å få hjelp til praktiske gjøremål, hjelp til bolig og hjelp til

å finne frem i NAV-systemet, var avgjørende for at de skulle kunne ta imot hjelp. Det samme viste Leiphart og Barnes (2005) i en studie over brukererfaringer i ACT.

Et annet prinsipp i ACT-modellen er prosedyrer for inkludering av brukere med intervensjoner som innebærer grensesetting, og som har til hensikt å sikre at behandlingsbehov blir dekket, slik at faren for å skade seg selv eller andre blir minimalisert (Allness, 2003; Monroe-DeVita et al., 2011). Med unntak av én av deltagerne som var satt på tvangsmedisinering, og en annen som hadde vært tvangsinnlagt mellom intervjurundene, hadde ingen av dem opplevd intervensjoner som innebar grensesetting, etter at de kom inn i ACT. Likevel uttrykte noen av deltagerne bekymring over hvorvidt det at de ikke tok medisiner kunne føre til en mer restriktiv praksis i ACT. Behandlingsformen er blitt kritisert for å være paternalistisk og preget av tiltak som grenser mot tvang (Anthony & Rogers, 2003; Williamson, 2002). På den annen side er det forskning som ikke finner at ACT er tvangspreget (Phillips et al., 2001; Rosen et al., 2007). I tillegg vitner selvrapporteringsstudier om at brukere generelt er svært tilfreds med ACT og ser seg selv som lite utsatt for tvangstiltak (Appelbaum & Le Melle, 2008; Rapp & Goscha, 2004). Et unntak var en dansk studie med brukere som beskrev at de opplevde tvang da de ble rekruttert til ACT, men ikke mens de var i behandling (Thøgersen et al., 2010). Resultatene fra min studie er sammenfallende med ovennevnte studier som ikke beskriver ACT som tvangspreget. I det store og det hele uttrykte studiedeltagerne at motiverende intervensjoner ble brukt fremfor grensesettende tiltak i den første inkluderingsfasen. Resultater fra en etnografisk studie som undersøkte både behandleres og brukeres erfaringer med ACT, viste at kunnskap, fleksibilitet, tilgjengelighet, koordinering og håndtering av overganger var ferdigheter eller mekanismer som bidro til kontinuitet i behandling (Ware, Tugenberg, Dickey & McHorney, 1999). Sammenlignet med perspektivene til deltagerne i min studie kan både kunnskap og fleksibilitet ses som overlappende med *eksklusivitet*, som var et av hovedresultatene i studien. Tilgjengelighet har mange fellestrekk med *sikkerhetsnett* i min studie, sett på bakgrunn av brukernes bevissthet om at de har noen (ACT) i bakgrunnen som støtte om noe skulle skje.

Tilknytningsteori hevder at psykologisk utvikling og fungering er påvirket av den tidligste tilknytning til våre nære omsorgspersoner i barndommen (Adshead, 1998; Berry et al., 2007). Psykisk sykdom kan stimulere tilknytningsatferd som følge av opplevde trusler mot indre så vel som ytre sikkerhet (Cupitt et al., 2010). På samme måte er det ofte slik at personer med et problematisk forhold til rusmidler finner det utfordrende med menneskelige relasjoner, uansett om det er årsaken til eller en konsekvens av rusmiddelbruken (Flores, 2004). Når behandlere blir tilknytningspersoner, bidrar de til å redusere angst ved å sørge for en trygg base. Denne prosessen er beskrevet som en interaksjon der både behandler og bruker er aktivt deltagende. Et eksempel på dette fra min studie var at noen av deltagerne utviklet holdninger som manifesterte seg som gjengjeldelseshandlinger overfor behandlerne fordi deltagerne følte en slags takknemlighetsgjeld overfor dem som hadde gjort gode gjerninger. Dette resulterte i at de følte en forpliktelse til å holde avtaler, oppføre seg ordentlig og være

gjennomgående positive til behandlingen. Slike holdninger bidrar til å styrke brukernes indre motivasjon til å nyttiggjøre seg ACT-teamets tjenester, i henhold til ACT-modellen (Allness, 2003; Monroe-DeVita et al., 2011).

Deltagerne understreket betydningen av å ha et sikkerhetsnett både i tilfelle psykoselidelsen skulle forverres, og i tilfelle bruken av rusmidler skulle bli mer intens. Disse forhold var mer fremtredende i min studie enn det som deltakere i sammenlignbare studier har gitt uttrykk for (Chinman et al., 1999; Leiphart & Barnes, 2005). Én grunn for de sprikende resultatene kan være at personer med psykoselidelse som samtidig bruker rusmidler, er mer tilbøyelige til å oppleve store svingninger i livet enn personer med psykoselidelse som ikke bruker rusmidler. Ikke alle deltagerne i de to siterte studiene hadde erfaring med rusmiddelbruk, slik som i min studie. Majoriteten av dem som deltok i studien, ønsket ACT-teamet inn på sin hjemmearena når det var etablert et tillitsforhold til behandlerne. Deltagerne satte pris på at de kunne få tjenester hjemme hos seg eller i området der de bodde, og sa at det å komme ut av isolasjonen, og at behandlerne var tilgjengelige, var viktige ingredienser. Hjemmebesøk gjorde det mulig for behandlerne å ha hyppige møter med brukerne, som i mange tilfeller ikke ville møtt til avtaler ved et DPS eller en poliklinikk, enten fordi de manglet struktur i hverdagen, eller fordi de ikke så behovet for behandling. Det er forskning som viser at hjemmebesøk kan bidra til at brukere blir værende lenger i behandling (Molodynsky & Burns, 2011).

Hvordan deltageres forhold til rusmidler påvirket inkludering i ACT, ble ikke undersøkt spesielt i min studie. Likevel gjorde noen av deltagerne et poeng av at rusmiddelbruk noen ganger kunne gjøre det vanskelig både å holde avtaler med behandlerne og å delta i fellesaktiviteter som teamet la opp til, og det var fire av deltagerne som klarte å kutte ut bruk av rusmidler etter inkludering i ACT. Studier fra ulike behandlingstiltak viser at brukere som fortsatte med rusmiddelbruk, var dårligere inkludert i behandling enn de som ikke brukte rusmidler (Hall et al., 2001; Kreyenbuhl et al., 2009; O'Brien et al., 2009). Det var for øvrig ikke mulig å identifisere noen forskjeller mellom de avholdende deltagerne og dem som fortsatte å bruke rusmidler, vedørende erfaringer med inkludering i behandling. Én forklaring kan være at utvalget i de tre siterte studiene bestod av deltagere med en mer alvorlig rusbruk enn deltagerne i min studie.

### **5.3 Konkluderende betraktninger**

Studiedeltagerne opplevde den konteksten som ACT representerer, som forskjellig fra annen type behandling de hadde erfaring fra. Ut fra sosialkonstruksjonistisk tenkning kan vi snakke om en institusjonaliseringsprosess, der en institusjon forstås som en bestemt måte å gjøre noe på, innbefattet de personene som gjør dette (Wadel & Wadel, 1990). Deltagerne opplevde mer frihet ved at en større del av behandlingen og kontakten med behandlerne kunne foregå utenfor institusjonen eller på behandlerens kontor. Samtidig kunne behandlernes inntreden på deres hjemmearena oppleves invaderende for noen, selv om slike holdninger så ut til å erstattes med en grunnleggende positiv innstilling etter at tilliten til behandlerne var etablert. At behandlerne møtte brukerne på arenaer som

var vanlige for disse å oppholde seg på, bidro til at praten gikk lettere, og at de kunne samtale om dagligdagse ting. Denne måten å omgås behandlerne på kan ha bidratt til at deltagerne så seg selv og sin sykdom på en annen måte. I et sosialkonstruksjonistisk perspektiv er det av stor betydning hvordan vi som mennesker blir møtt og snakket til av andre mennesker (Berger & Luckmann, 2006; Burr, 2003). Det påvirker vårt selvbilde og måten vi snakker om oss selv på, noe som igjen påvirker måten vi presenterer oss overfor andre på. Vi står i et gjensidig utvekslingsforhold til våre omgivelser. At behandlerne forholder seg til brukerne slik som beskrevet ovenfor, kan også gjøre at brukerne blir sett på som noe mer enn den diagnosen de behandles for. I et slikt perspektiv kan kategorisering av det avviket sykdommen representerer, bli mindre dominerende og i stedet bidra til identitetsskaping gjennom positive bekreftelser.

De fleste av studiedeltagerne omtalte sine psykiske helseplager som en hindring for å komme seg ut blant folk og sa at de først og fremst var opptatt av om andre mennesker oppfattet dem som rare eller skumle. Med rusmiddelbruken var det imidlertid nesten motsatt. De følte ikke at de ble negativt stemplet fordi de brukte rusmidler, i samme grad som fordi de var alvorlig psykisk syke. Rusmiddelbruk bidro snarere til at de turte bevege seg ute blant folk eller klarte å håndtere angst og depresjon. Ett perspektiv i dette blir deltagerens opplevelse av psykisk sykdom som mer stigmatiserende og belastende enn det å bruke illegale rusmidler. Et annet perspektiv blir at de negative følgene av den psykiske lidelsen ikke er selve lidelsen, men hvordan forholdet til andre mennesker påvirkes. Dette gjenspeiler hvordan interaksjon med andre er med på å skape deres virkelighetsoppfatning.

Deltagerens ambivalente holdninger til bruk av rusmidler kom til syne ved at bruken var både akseptabel og til gagn for dem. Samtidig var det imidlertid en utbredt holdning at bruk av rusmidler over tid var uheldig både for dem selv og for deres nærmeste. Ambivalensen gjenspeiles også i de hovedresultater som avhandlingen presenterer: Bruk av rusmidler var viktig for å kunne leve med plagene den psykiske sykdommen medførte, samtidig som det å kutte ut rusmidlene var viktig for å kunne leve et meningsfylt liv. Denne ambivalensen kan, ut fra sosialkonstruksjonistisk tenkning, forstås som deltagerens internalisering av storsamfunnets dualistiske syn på rusmidler: at rusmidler er legale eller illegale, og at problematisk bruk av rusmidler blir sett på som enten en selvforskyldt last eller en sykdom.

Det har tradisjonelt vært gjort lite forskning med de individer som har de største utfordringer i livet, og dem som i tillegg er vanskelige å inkludere i behandling. Dette kan være en følge av at det tidligere har forekommet misbruk av utsatte grupper i forskning, og at det derfor i dag kreves særlig beskyttelse av individer som anses som sårbare (Reyter, 2009). Når en forsker søker kunnskap ved å ta i bruk erfaringen til personer med både psykisk lidelse og rusrelaterte problemer, er det ifølge Thommesen (2008) kanskje første gang at noen utenfor deres omgangskrets, som ikke har et terapeutisk siktemål, er interessert i hva de har å si. I et slikt perspektiv kan det ha vært fordelaktig at jeg var en

utenforstående som kom inn for å ta del i deres erfaringer, uten å være verken venn eller behandler. Samtidig understreker dette også forskningsdeltagernes behov for å få bekreftet sin deltagelse i et forskningsprosjekt, selv om de i dette tilfellet ikke ble navngitt som bidragsytere. Det kan ifølge Parker (2005) være et etisk dilemma å *ikke* gi stemme til dem som har bidratt med førstehåndskunnskap til studien, da det er med på å stadfeste synet på forskningsdeltagere som skjøre individer som må beskyttes av andre (se kapittel 2.3). Flere av deltagerne hadde et uttrykt ønske om å bidra til forskningen gjennom sine erfaringer og viste oppriktig interesse for hva som kunne komme ut av studien. Én av deltagerne ordla seg slik: «Det er ikke ofte at noen bruker mine erfaringer til noe. Det er sjeldent ... og det høres fint at jeg bidrar til forskning ... ».

Utvalget for studien var spesielt, i den forstand at deltagerne i all hovedsak ikke brukte eller hadde brukt tunge rusmidler. At utvalget bestod av personer som hadde begynt å ruse seg lenge etter at de fikk diagnostisert en alvorlig psykisk lidelse, kan begrense muligheten til å forklare årsaken til rusingen utenfor en sekundær ruslidelse-modell. At de færreste av deltagerne var avholdne ved intervjuetidspunktet, innebærer at resultatene må tolkes deretter. Dette gjorde det vanskelig å sammenligne min studie med andre studier med utvalg der flere hadde vært avholdne, og over lengre perioder. Selv om de opplevde både opp- og nedturen underveis (mellom intervjuene), var alle deltagerne i bedring og hadde stort sett positive erfaringer med ACT, og var således ikke representative for hele bredden av brukere inkludert i ACT. Dette gjør det vanskelig å generalisere resultatene fra studien. Studien la vekt på hvordan deltagerne begrunnet sin rusmiddelbruk, og hvilke funksjoner rusmidlene hadde. Jeg fikk ikke belyst hvorfor eller hvordan de i det hele tatt begynte med rusmidler. Selv om mange av deltagerne snakket om tidlige erfaringer med ulike rusmidler kombinert med psykiske belastninger og om rusing bare for rusens skyld, var det deres med rusmidler som voksne det ble snakket om. Flere av deltagerne kunne fortelle om at de begynte å bruke rusmidler regelmessig først i voksen alder, og dette gjenspeilet rusens funksjon som en form for mestringsstrategi.

## **6.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning**

Når det gjelder selvmedisinering, bør behandlere være oppmerksom på at brukerne kan anvende rusmidler for å lindre symptomer på psykisk lidelse, og at spesifikke rusmidler kan brukes for å motvirke både positive og negative symptomer på psykoselidelse. Det er i sykdomskartleggingen nødvendig å spørre spesifikt om rusmiddelbruk og hvilken funksjon bruken av rusmidler har for den enkelte. Slik kartlegging bør også ta i betraktning om rusmiddelbruken har foranlediget psykisk sykdom, eller vice versa. Det ser ut til at nettopp dette kan ha innvirkning på brukernes syn på rusmidlenes funksjon. Behandlere trenger å motivere brukere til å redusere rusmiddelbruken, og brukerne trenger hjelp til å håndtere angst og depresjon. Hvordan man kan leve med å høre indre

stemmer, blir også viktig i behandling. Ved kartlegging av rusmiddelbruk er spørsmål om hvordan og hvorfor de bruker rusmidler, like viktige som spørsmål om hvilket rusmiddel de benytter. Det er mulig at kartleggingen av mindre alvorlig rusmiddelbruk, slik som bruk av rusmidler med kort varighet og i begrenset mengde, kan være viktig for å forstå forholdet mellom rusmiddelbruk og psykoselidelse. Ved behandling med antipsykotika bør behandlere nøye vurdere bivirkningene av medikasjonen. Noen personer med psykoselidelse synes å ha bedre livskvalitet når de bruker rusmidler, enn når de er avholdende. I noen grad kan dette innebære å jobbe sammen med brukerne for å minimere snarere enn å eliminere rusmiddelbruken, og behandlere burde i større grad være bevisst på slike forhold. Folk flest er i stand til å gjøre begrunnede valg når det gjelder om de skal fortsette å bruke rusmidler eller avstå fra slik bruk. Det er viktig at klinikere ikke ser avholdenhet fra rusmidler som det eneste kriterium for å lykkes, og at de ser behovet for oppfølging i bedringsperioder. Det er avgjørende å kunne anvende institusjonsbehandling ved alvorlig rusmiddelbruk selv om brukerne får tjenester fra ACT. Behandling som tar for seg realitetsorientering og kognitiv atferdsterapi for å stimulere positiv tenkning, bør være tilgjengelig. Personer med psykoselidelse og samtidig rusmiddelbruk bør også tilbys familie- og nettverksmøter og bør oppmuntres til å delta i meningsfulle aktiviteter og arbeid med støtte.

Behandlere må ta hensyn til at brukere med psykoselidelse som bruker rusmidler, kan ha tilknytningsvansker, og at de lett kan betrakte behandlere i ACT som venner eller familie etter at den første inklusjonsfasen er tilbakelagt. Derfor blir det viktig at behandlingen er langvarig, og at teamet knytter flere behandlere til hver enkelt bruker. Det blir viktig å ta i betraktning at brukere med psykoselidelse som samtidig bruker rusmidler, kan være mer sårbare og derfor mer avhengige av de oppsøkende behandlerne som en sikkerhetsforanstaltning enn de som ikke bruker rusmidler. Det blir viktig kontinuerlig å evaluere bruken av hjemmebesøk og å samarbeide med brukerne for å legge til rette for at både tid og sted er passende. Etter den første inkluderende fase i ACT bør behandlerne vurdere en gradvis overføring av personlig ansvar til brukeren og evaluere prosessen sammen med den enkelte. En implikasjon av resultatene fra studien er at behandlerne må bevise at de er til å stole på, i den første inkluderende fase der brukeren har kontakt med teamet. Tillit kan utvikles over tid ved hjelp av fleksible og motiverte behandlere som legger vekt på gode mellommenneskelige forhold og bistand i praktiske gjøremål. ACT bør også settes i stand til å møte brukernes behov for psykoterapeutisk behandling så snart brukerne er tilstrekkelig inkludert i teamet.

Fremtidig forskning bør i større grad undersøke hvordan personer med alvorlig psykisk lidelse opplever egen bruk av rusmidler, og spesielt hvordan de bruker rusmidler for å lindre bivirkninger av antipsykotika. Totalt sett trengs det mer forskning på rusmidlenes betydning, enten bruken av dem er over- eller underordnet psykoselidelsen. Man bør også gjennomføre mer kvalitativ forskning for å undersøke både begrunnelser, betingelser og strategier for å oppnå rusfrihet hos personer med ROP-lidelse. Det er dessuten behov for flere kvalitative studier som undersøker brukernes perspektiv på

inkludering i behandling, også i andre typer behandling enn ACT. Videre er det nødvendig å utføre flere studier som kartlegger hvordan personer med ROP-lidelse ser på inkludering i behandling, og finne ut hvilke faktorer som har mest å bety for å forbli i behandling.

Det kan ses som et behandlingsetisk dilemma at de fleste av deltagerne i min studie opplevde virkningen av antipsykotika som mer negativ enn positiv. Bruken av rusmidler ble av mange av deltagerne legitimert nettopp ved at de opplevde alvorlige bivirkninger av antipsykotika. Majoriteten av deltagerne hadde brukt antipsykotika gjennom flere år. Det er et tankekorst at både tradisjonell psykiatrisk behandling og ACT viderefører utstrakt bruk av medikamenter som ofte gir både metabolske, motoriske, kardiovaskulære, antikolinerge og hormonelle bivirkninger. At medikamentene det er snakk om, demper plagsomme symptomer fremfor å fremme velvære og livskvalitet, bør være en utfordring for behandlere. Videre blir det et dilemma for behandlerne hvordan de skal forholde seg til bruk av illegale rusmidler hos dem de skal behandle. Er det etisk forsvarlig å godta, stilltiende eller aktivt støttende, bruk av illegale rusmidler? For de fleste behandlere vil det nok være lettest, både personlig og med tanke på det profesjonelle hjelpeapparatet de representerer, og ikke godta bruk av illegale rusmidler. På denne måten vil man imidlertid også være med på å sementere den tradisjonelle oppdelingen av behandlingsapparatet i psykiatri på den ene side, og rusbehandling på den annen. For at det skal bli et større innslag av integrert og samtidig behandling av rus- og psykisk lidelse, både i psykisk helsevern, i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og i førstelinjetjenesten, bør behandlere i større grad erkjenne at bruk av rusmidler er fremtredende hos personer med alvorlig psykisk lidelse.

## Referanseliste

- Aakerholt, A. (2013). *ACT-Håndbok* (2. utgave). Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF.
- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Addington, J., & Addington, D. (1997). Substance abuse and cognitive functioning in schizophrenia. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 22, 99-104.
- Addington, J., & Addington, D. (1998). Effect of substance misuse in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172(Suppl. 33), 134-136.
- Addington, J., & Duchak, V. (1997). Reasons for Substance use in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(5), 329-333.
- Addis, J., & Gamble, C. (2004). Assertive outreach nurses' experience of engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 452-460.
- Adshead, G. (1998). Psychiatric staff as attachment figures. Understanding management problems in psychiatric services in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 172, 64-69.
- Aggett, P., & Goldberg, D. (2005). Pervasive alienation: on seeing the invisible, meeting the inaccessible and engaging "lost to contact" clients with major mental illness. *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), 83-92.
- Allen, D. N., & Remy, C. J. (2000). Neuropsychological deficits in patients with schizophrenia and alcohol dependence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 15, 762-763.
- Allness, D. J. (2003). National program standards for ACT teams (online guidelines). Retrieved from [http://www.nami.org/Template.cfm?Section=ACT-TA\\_Center](http://www.nami.org/Template.cfm?Section=ACT-TA_Center).
- Alverson, H., Alverson, M., & Drake, R. E. (2001). Social Patterns of Substance-Use Among People With Dual Diagnoses. *Mental Health Services Research*, 3(1), 3-14.
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2009). *Reflexive Methodology*. *New Vistas for Qualitative Research* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc.
- Alvidrez, J., Kaiser, D., & Havassy, B. E. (2004). Severely Mentally Ill Consumers' Perspectives on Drug Use. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(3), 347-355.
- Anthony, W., & Rogers, E. S. (2003). Research on Evidence-Based Practices: Future Directions in an Era of Recovery. *Community Mental Health Journal*, 39(2), 101-114.
- Appelbaum, P. S., & Le Melle, S. (2008). Techniques used by assertive community treatment (ACT) teams to encourage adherence: patient and staff perceptions. *Community Mental Health Journal*, 44(6), 459-464.
- Asher, C. J., & Gask, L. (2010). Reasons for illicit drug use in people with schizophrenia: Qualitative study. *BMC Psychiatry*, 10:94.
- Atakan, Z. (2008). Cannabis use by people with severe mental illness - Is it important? *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 423-431.
- Barnett, J. H., Werners, U., Secher, S. M. Hill, K. E., Brazil, R., Masson, K. ... Jones, P. B. (2007). Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 515-520.



- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S., Moring, J., O'Brien, R. ... McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Fitzsimmons, M., & Johnson, R. (2006). Treatment development for Psychosis and co-occurring substance misuse: A descriptive review. *Journal of Mental Health*, 15, 619-632.
- Becker, H. (1997). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. New York, NY: The Free Press.
- Ben Amar, M., & Potvin, S. (2007). Cannabis and psychosis: what is the link? *Journal of psychoactive drugs*, 39(2), 131-142.
- Berger, P., & Luckmann, T. (2006). *Den samfunnsskapte virkelighet*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review*, 27, 458-475.
- Bidaut-Russel, M., Bradford, S. E., & Smith, E. M. (1994). Prevalence of mental illnesses in adult offspring of alcoholic mothers. *Drug and Alcohol Dependence*, 35, 81-90.
- Bizzarri, J. V., Rucci, P., Sbrana, A., Miniati, M., Raimondi, F., Ravani, L. ... Cassano, G. B. (2009): Substance use in severe mental illness: self-medication and vulnerability factors. *Psychiatry Research*, 165, 88-95.
- Blanchard, J. J., Brown, S. A., Horan, W. P., & Sherwood, A. R. (2000). Substance use disorders in schizophrenia Review, integration and proposed model. *Clinical Psychology Review*, 20, 207-334.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Boden, M. T. & Moos, R. (2009). Dually diagnosed patients' responses to substance use disorder treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 37(4), 335-345.
- Boden, M. T., & Moos, R. (2013). Predictors of substance use disorder treatment outcomes among patients with psychotic disorders. *Schizophrenia research*, 146(1), 8-33.
- Bond, G. R., McDonel, E. C., Miller, L. D., & Pensec, M. (1991). Assertive community treatment and reference groups: an evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(2), 31-43.
- Borg, M., & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (2. utg.), Oslo: Kommuneforlaget.
- Boys, A., Marsden, J., & Strang, J. (2001). Understanding reasons for drug use amongst young people: a functional perspective. *Health Education Research*, 16(4), 457-469.
- Bowie, C. R., Serper, M. R., Riggio, S., & Harvey, P. D. (2005). Neurocognition, symptomatology, and functional skills in older alcoholabusing schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 175-182.
- Bradizza, C. M., & Stasiewicz, P. R. (2003). Qualitative analysis of high-risk drug and alcohol use situations among severely mentally ill substance users. *Addictive Behaviors*, 28, 157-169.
- Bradley, S. (2006). *Engagement in Assertive Outreach: Compliance or Alliance?* (Doctoral Thesis, University of Warwick). Coventry, UK: University of Warwick.

- Bramness, J. G., Gundersen, Ø. H., Guterstam, J., Rognli, E. B., Konstenius, M., Løberg, E. M. ... Franck, J. (2012): Amphetamine-induced psychosis – a separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable? I: *BMC Psychiatry*, 12:221 doi: 10.1186/1471-244X-12-221.
- Briggs, C. L. (1986). *Learning How to Ask: A Sociolinguistic Appraisal of the Role of the Interview in Social Science Research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Buadze, A., Kaiser, S., Stohler, R., Roessler, W., Seifritz, C., & Liebreuz, M. (2012). Patient's Perceptions of the Cannabis-psychosis Link-A Systematic Review. *Current pharmaceutical design*, 18(32), 5105-5112.
- Buckley, F. P. (2006). Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(suppl 7), 5-9.
- Buhler, B., Hambrecht, M., Loffler, W., An der Heiden, W., & Hafner, H. (2002). Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse: A retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes. *Schizophrenia Research*, 54, 243-251.
- Burns, T., Catty, J., Dash, N., Roberts, C., Lockwood, A., & Marshall, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta- regression. *BMJ*, 335, 336-343.
- Burr, V. (2003). *Social Constructionism* (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY: Routledge.
- Callaghan, R. C., Cunningham, J. K., Allebeck, P., Arenovich, T., Sajeev, G., Remington, G. ... Kish, S. J. (2012). Metamphetamine use and schizophrenia: a population-based cohort study in California. *American Journal of Psychiatry*, 169(4), 389-396.
- Cannon, T. D., Mednick, S. A., Parnas, J., Schulsinger, F., Praestholm, J., & Vestergaard, A. (1993). Developmental brain abnormalities in the offspring of schizophrenic mothers. *Archives of General Psychiatry*, 50, 551-564.
- Cantor-Graae, E., Nordström, L. G., & McNeil, T. F. (2001). Substance abuse in schizophrenia. A review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophrenia Research*, 48, 69-82.
- Cantwell, R. (2003). Substance use and schizophrenia: effects on symptoms, social functioning and service use. *British Journal of Psychiatry*, 182, 324-329.
- Caspers, K. M., Yucuis, R., Troutman, B., & Spinks, R. (2006). Attachment as an organizer of behavior: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. I: *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1:32.
- Chambers, R. A., Krystal, J. H., & Self, D. W. (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. I: *Biological Psychiatry*, 50, 71-83.
- Charles, V., & T. Weaver (2010). A qualitative study of illicit and non-prescribed drug use amongst people with psychotic disorders. *Journal of Mental Health*, 19(1), 99-106.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A practical guide through Qualitative Analysis*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc.
- Childs, H. E., McCarthy-Jones, S., Rowse, G., & Turpin, G. (2011). The Journey Through Cannabis Use: A Qualitative Study of the Experiences of Young Adults With Psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(9), 703-708.
- Chinman, M., Allende, M., Bailey, P., Maust, J., & Davidson, L. (1999). Therapeutic Agents of Assertive Community Treatment. *Psychiatric Quarterly*, 70(2), 137-162.

- Cleary, M., Hunt, G., Matheson, S., Siegfried, N., & Walter, G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Systematic Review*, Issue 1.
- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Velasques, M. M., & Donovan, D. M. (2013). *Substance Abuse Treatment and the Stages of Change: Selecting and Planning Interventions* (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Conway, K. P., Compton, W., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(2), 247-257.
- Cornwell, J. (1984). *Hard-earned lives: Accounts of health and illness from East London*. London, UK : Tavistock.
- Costain, W. F. (2008). The effects of cannabis abuse on the symptoms of schizophrenia: Patients perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*, *17*(4), 227-235.
- Craig, T. K., Johnson, S., McCrone, P., Afuwape, S., Hughes, E., Gournay, K. ... Thornicroft, G. (2008): Integrated care for co-occurring disorders: psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months. *Psychiatric Services*, *59*(3), 276-282.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research designs: Choosing among five approaches* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Cruce, G., Öyehagen, A., & Nordström, M. (2008). Experiences of alcohol and other drugs in individuals with severe mental illness and concomitant substance use disorders. *Mental Health and Substance use: dual diagnosis*, *1*(3), 228-241.
- Cruce, G., Öyehagen, A., & Nordström, M. (2012). Recovery-promoting Care as Experienced by Persons with Severe Mental Illness and Substance Misuse. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *10*(5), 660-669.
- Cupitt, C., Gillham, A., & Law, A. (2010). The Whole Team Approach: containment or chaos? In C. Cupitt (Ed.), *Reaching Out. The psychology of assertive outreach* (pp. 43-63). London, UK: Routledge, Taylor & Francis group.
- Davidson, L. (2003): *Living outside Mental Illness. Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. New York, NY: New York University Press.
- Davidson, L. (2008). From “Incurable” Schizophrenic to Person in Recovery: A Not So Uncommon Story. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, *4*(1), 25-34.
- Davies, R. L., Heslop, P., Onyett, S., & Soteriou, T. (2013). Effective support for those who are “hard to engage”: a qualitative user-led study. *Journal of Mental Health*, *23*(2), 62-66.
- Davis, G. P., Compton, M. T., Wang, S., Levin, F. R., & Blanco, C. (2013). Association between cannabis use, psychosis, and schizotypal personality disorder: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Schizophrenia research*, *151*(1), 197-202.
- Davis, K. E., & O'Neill, S. J. (2005). A Focus Group Analysis of Relapse Prevention Strategies for Persons With Substance Use and Mental Disorders. *Psychiatric Services*, *56*(10), 1288-1291.
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2003). Testing hypothesis about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug and Alcohol Dependence*, *71*, 37-48.
- Denhov, A., & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, *58*(4), 417-424.

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 1-28). Thousand Oaks, CA: Sage.
- DiClemente, C. C. (2006). *Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover*. New York, NY: The Guilford Press.
- DiClemente, C. C., Nidecker, M., & Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 34(1), 25-35.
- Dietrich, M., Irving, C. B., Park, B., & Marshall, M. (2011). Intensive case management for severe mental illness (review). *The Cochrane Library*, Issue 2.
- Dixon, L., Haas, G., Weiden, P., Sweeney, J., & Frances A. (1990). Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients: Clinical observations and patients' self-reports. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1), 69-79.
- Dixon, L. (2000). Assertive community treatment: 25 years of gold. *Psychiatric Services*, 51, 759-765.
- Drake, R. E., Osher, D. L., & Wallach, M. A. (1989). Alcohol use and abuse in schizophrenia: a prospective community study. I: *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 408-414.
- Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1993). Moderate drinking among people with severe mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 780-782.
- Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Green, A. I. (2000). The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 441-449.
- Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L. ... Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52(4), 469-476.
- Drake, R. E., Wallach, M. A., & McGovern, M. P. (2005). Special section on Relapse Prevention. Future Directions in Preventing Relapse to Substance Abuse Among Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 56(10), 1297-1302.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Xie, H., Fox, M., Packard, J., & Helmstetter, B. (2006). Ten-Year Recovery Outcomes for Clients With Co-Occurring Schizophrenia and Substance Use Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 464-473.
- Drake, R. E., O'Neal, E., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123-138.
- Duke, P. J., Pantelis, C., & Barnes, T. R. (1994). South Westminister schizophrenia survey. Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. I: *The British Journal of Psychiatry*, 164(5), 630-636.
- Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. K. ... Swain, K. (2006). Comparison of ACT and Standard Case Management for Delivering Integrated Treatment for Co-occurring Disorders. *Psychiatric Services*, 57(2), 185-196.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359(9306), 545-550.

- Fletcher, T. D., Cunningham, J. L., Calsyn, R. J., Morse, G. A., & Klinkenberg, W. D. (2008). Evaluation of Treatment Programs for Dual Disorder Individuals: Modeling Longitudinal and Mediation Effects. *Adm Policy Ment Health, 35*, 319-336.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an Attachment Disorder*. Lanham, Md.: Jason Aronson.
- Foucault, M. (1973). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal.
- Francoeur, N., & Baker, C. (2010). Attraction to Cannabis Among Men With Schizophrenia: A Phenomenological Study. *Canadian Journal of Nursing Research, 42*(1), 132-149.
- Gershon, E. S., DeLisi, L. E., Hamovit, J., Nurnberger, J. I., Maxwell, M. E., Schreiber, J. ... Guroff, J. J. (1988). A controlled family study of chronic psychosis: Schizophrenia and schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry, 45*, 328-336.
- Giorgi, A. (1997). The Theory, Practice, and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *Journal of Phenomenological Psychology, 28*(2), 235-260.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Gjelsvik, O., & Henden, E. (2009). Når er samtykke til rusavhengige personer etisk og juridisk bindende? I H. Waal (red.), *Rusmiddelbrukeren og forskeren* (s. 75-90). Rapport 1/2009, SERAF & Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.
- Glantz, M. D., Anthony, J. C., Berglund, P. A., Degenhardt, L., Dierker, L., Kalaydjian, A. ... Kessler, R. C. (2009). Mental disorders as risk factors for later substance dependence: estimates of optimal prevention and treatment benefits. *Psychological medicine, 39*(8), 1365-1377.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situations of mental patients and other inmates*. New York, NY: First Anchor Books.
- Goldfinger, S. M., Schutt, R. K., Tolomiczenko, G. S., Seidman, L., Penk, W. E., Turner, W., & Caplan, B. (1999). Housing placement and subsequent days homeless among formerly homeless adults with mental illness. *Psychiatric Services, 50*, 674-679.
- Gomez, M. B., Primm, A. B., Tzolova-Iontchev, I., Perry, W., Hong, T. V., & Crum, R. M. (2000). A Description of Precipitants of Drug Use Among Dually Diagnosed Patients with Chronic Mental Illness. *Community Mental Health Journal, 36*(4), 351-362.
- Gonzalez, V. M., Bradizza, C. M., Vincent, P. C., Stasiewicz, P. R., & Paas, N. D. (2007). Do individuals with a severe mental illness experience greater alcohol and drug-related problems? A test of the supersensitivity hypothesis. *Addictive Behaviors, 32*, 477-490.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W. ... Kaplan, K. (2004): Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry, 61*(8), 807-816.
- Green, A. I., Zimmet, S. V., Strous, R. D., & Schildkraut, J. J. (1999). Clozapine for comorbid substance use disorder and schizophrenia: Do patients with schizophrenia have a reward-deficiency syndrome that can be ameliorated by clozapine? *Harvard Review of Psychiatry, 6*, 287-296.
- Green, B., Young, R., & Kavanagh, D. (2005). Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *British Journal of Psychiatry, 187*, 306-313.

- Gregg, L., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2007). Reasons for increased substance use in psychosis. *Clinical Psychology Review, 27*, 494-510.
- Gråwe, R. W., & Ruud, T. (2006). *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. Rapport. SINTEF Helse.
- Gubrium, J. F., & Holstein, J. A. (2002). From the Individual Interview to the Interview Society. In J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Eds.), *Handbook of interview research: Context and method* (pp. 3-32). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hall, M., Meaden, A., Smith, J., & Jones, C. (2001). Brief report: The development and psychometric properties of an observer-rated measure of engagement with mental health services. *Journal of Mental Health, 10*, 457-465.
- Hammersley, M. (1992). *What's wrong with ethnography?* London, UK: Routledge.
- Hartz, S. M., Pato, C. M., Medeiros, H., Cavazos-Rehg, P., Sobell, J. L., Knowles, J. A. ... Azevedo, M. H. (2014). Comorbidity of Severe Psychotic Disorders With Measures of Substance use. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.3726.
- Hasin, D., & Kilcoyne, B. (2012). Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. *Current Opinion in Psychiatry, 25*(3), 165-171.
- Healey, C., Peters, S., Kinderman, P., McCracken, C., & Morris, R. (2009). Reasons for substance use in dual diagnosis bipolar disorder and substance use disorders: a qualitative study. *Journal of Affective Disorders, 113*(1-2), 118-126.
- Helseth, V., Lykke-Enger, T., Aamo, T. O., & Johnsen, J. (2005). Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17-40 år innlagt med psykose. *Tidsskrift for den norske lægeforening, 125*, 1178-1180.
- Henwood, B., & Padgett, D. K. (2007). Re-evaluating the Self-Medication Hypothesis among the Dually Diagnosed. *The American Journal of Addictions, 16*(3), 160-165.
- Henwood, B. F., Padgett, D. K., Smith, B. T., & Tiderington, E. (2012). Substance Abuse Recovery After Experiencing Homelessness and Mental Illness: Case Studies of Change Over Time. *Journal of Dual Diagnosis, 8*(3), 238-246.
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., Kaplan, C., Lieb, R., Wittchen, H. U., & van Os, J. (2005). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ, 330*(7481). doi:10.1136/bmj.38267.664086.63
- Hitch, D. (2009). Experiences of engagement in occupations and assertive outreach services. *The British Journal of Occupational Therapy, 72*(11), 482-490.
- Hodgetts, A., & Wright, J. (2007). Researching Clients' Experiences: A Review of Qualitative Studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 14*, 157-163.
- Hodgins, S., Toupin, J., & Cote, G. (1996). Schizophrenia and antisocial personality disorder: A criminal combination. In L. B. Schlesinger (Ed.), *Explorations in Criminal Psychopathology: Clinical Syndroms with Forensic Implications* (pp. 217-237). Springfield, IL: Thomas.
- Hodgins, S., Cree, A., Alderton, J., & Mak, T. (2008). From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization. *Psychological medicine, 38*(7), 975-987.



- Hunt, G. E., Bergen, J., & Bashir, M. (2002). Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: Impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophrenia Research*, *54*, 253-264.
- IOM (Institute of Medicine) (2005). *Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-use Conditions: Quality Chasm Series*. Washington DC, US: National Academy Press.
- Jenkins, R. (2003). *Social Identity*. London, UK: Routledge Taylor & Francis Group.
- Joanette, J. A., Lawson, J. S., Eastabrook, S. J., Krupa, T. (2005). Community Tenure of People With Serious Mental Illness in Assertive Community Treatment in Canada. *Psychiatric Services*, *56*(11), 1387-1393.
- Johansen, A. B., Brendryen, H., Darnell, F. J., & Wennesland, D. K. (2013). Practical support aids addiction recovery: the positive identity model of change. *BMC Psychiatry*, *13*:201.
- Joyal, C. C., Halle, P., Lapierre, D., & Hodgins, S. (2003). Drug abuse and/or dependence and better neuropsychological performance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *63*(3), 297-299.
- Kavanagh, D. J., Waghorn, G., Jenner, L., Chant, D. C., Carr, V., Evans, M. ... McGrath, J. J. (2004). Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophrenia Research*, *66*(2-3), 115-124.
- Kavanagh, D. J., & Mueser, K. T. (2007). Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse. *Journal of Norwegian Psychological Association*, *44*(5), 618-637.
- Kelly, T. M., Daley, D. C., & Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive behaviors*, *37*(1), 11-4.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *66*(1), 17-31.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 313-321.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C., Demler, O. ... Secbik, K. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, *163*(4), 716-723.
- Khantzian, E. J. (1985). The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. *The American Journal of Psychiatry*, *142*(11), 1259-1264.
- Khantzian, E. J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*, *4*(5), 231-244.
- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., & King, M. (2006). The REACT study: Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London. *BMJ*, *332*, 815-818.
- Killaspy, H., Johnson, S., Pierce, B., Bebbington, P., Pilling, S., Nolan, F., & King, M. (2009). Successful engagement: a mixed methods study of the approaches of assertive community treatment and community mental health teams in the REACT trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*(7), 532-540.

- Kinnaman, J. E., Bellack, A. S., Brown, C. H., & Yang, Y. (2007). Assessment of motivation to change substance use in dually-diagnosed schizophrenia patients. *Addictive Behaviors, 32*(9), 1798-1813.
- Kortrijk, H. E., Mulder, C. L., Roosenschoon, B. J., & Wiersma, D. (2010). Treatment outcome in patients receiving assertive community treatment. *Community Mental Health Journal, 46*(4), 330-336.
- Koskinen, J., Löhönen, J., Koponen, H., Isohanni, M., & Miettunen, J. (2010). Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 36*(6), 1115-1130.
- Kreyenbuhl, J., Nossel, I. R., & Dixon, L. B. (2009). Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin, 35*(4), 696-703.
- Krystal, J. H., D'Souza, D. C., Gallinat, J., Driesen, N., Abi-Dargham, A., Petrakis, I. ... Pearlson, G. (2006). The vulnerability to alcohol and substance abuse in individuals diagnosed with schizophrenia. *Neurotoxicity research, 10*(3-4), 235-252.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Lafeuille, M. H., Dean, J., Fastenau, J., Panish, J., Olson, W., Markowitz, M. ... Lefebvre, P. (2014). Burden of schizophrenia on selected comorbidity costs. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research, 14*(2), 259-267.
- Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2006). Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties. *BMC Psychiatry, 6*:44.
- Landheim, A., & Ruud, T. (2014). *Evaluering av ACT-team. Sluttrapport. Nasjonal kompetansetjeneste for rus- og psykisk lidelse og Akershus universitetssykehus.*
- Larsen, T. K., Melle, I., Auestad, B., Friis, S., Haahr, U., Johannessen, J. O. ... Vaglum, P. (2006). Substance abuse in first-episode non-affective psychosis. *Schizophrenia Research, 88*(1-3), 55-62.
- Latt, N., Jurd, S., Ternnant, C., Lewis, J., Macken, L., Joseph, A. ... Long, L. (2011). Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: changing patterns. *Australasian Psychiatry, 19*(4), 354-359.
- Laudet, A. B., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2004). Perceived Reasons for Substance Misuse Among Persons With a Psychiatric Disorder. *American Journal of Orthopsychiatry, 74*(3), 365-375.
- Lechner, W. V., Dahne, J., Chen, K. W., Pickover, A., Richards, J. M., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2013). The prevalence of substance use disorders and psychiatric disorders as a function of psychotic symptoms. *Drug and Alcohol Dependence, 131*(1-2), 78-84.
- Lehman, A. F., Myers, C., Carty, E., & Thompson, J. (1994). Severity of substance use disorders among psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182*, 164-167.
- Leiphart, L. R., & Barnes, M. G. (2005). The Client Experience of Assertive Community Treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 28*(4), 395-397.
- Lende, D. H., Leonard, T., Sterk, C. E., & Elifson, K. (2007). Functional methamphetamine use: The insider's perspective. *Addiction Research & Theory, 15*(5), 465-477.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.



- Lobbana, F., Barrowclough, C., Jeffery, S., Bucci, S., Taylor, K., Mallinson, S. ... Marshall, M. (2010). Understanding factors influencing substance use in people with recent onset psychosis: A qualitative study. *Social science & medicine*, 70(8), 1141-1147.
- Lovejoy, M., Rosenblum, A., Magura, S., Foote, J., Handelsman, L., & Stimmel, B. (1995). Patients' Perspective on the Process of Change in Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(4), 269-2.
- Lubman, D. I., King, J. A., & Castle, D. J. (2010). Treating comorbid substance use disorders in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 191-201.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358, 483-488.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805.
- Manrique-Garcia, E., Zammit, S., Dalman, C., Hemmingsson, T., Andreasson, S., & Allebeck, P. (2012). Cannabis, schizophrenia and other non-affective psychoses: 35 years of follow-up of a population-based cohort. *Psychological Medicine*, 42, 1321-1328.
- Manuel, J. K., Covell, N. H., Jackson, C. T., & Essock, S. M. (2011). Does assertive community treatment increase medication adherence for people with co-occurring psychotic and substance use disorders? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 51-56.
- Margison, F. (2005). Integrating approaches to psychotherapy in psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 972-981.
- Maslin, J. (2003). Substance misuse in psychosis: Contextual issues. In H. L. Graham, A. Copello, M. J. Birchwood, & K. T. Mueser (Eds.), *Substance Misuse in Psychosis: Approaches to Treatment and Service Delivery* (pp. 3-24). West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*. 50(4), 370-396.
- Maxwell, J. A. (1992). Understanding and validity in qualitative research. *Harvard Educational Review*, 62, 279-300.
- Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- McCradie, R. G. (2002). Use of drugs, alcohol and tobacco by people with schizophrenia: case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 181(4), 321-325.
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Teague, G. B., & Xie, H. (1999). Fidelity to Assertive Community Treatment and Client Outcomes in the New Hampshire Dual Disorders Study. *Psychiatric Services*, 50(6), 818-824.
- Mietunen, J., Tormanen, S., Murray, G. K., Jones, P. B., Maki, P., Ebeling, H. ... Joukamaa, M. (2008). Association of cannabis use with prodromal symptoms of psychosis in adolescence. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 192(6), 470-471.
- Miles, M. B., Huberman, M., & Saldaña, J. (2013). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (3<sup>rd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Miller, W. R. (2006). Motivational Factors in Addictive Behaviors. In W. R. Miller, & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking Substance Abuse: What the Science Shows, and What We Should Do about It* (pp. 134-153) New York, NY: The Guilford Press.

- Mishler, E. G. (1986). *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moggy, F. (2005). Etiological Theories on the Relationship of Mental Disorders and Substance Use Disorders. In R. Stohler, & W. Rössler (Eds.): *Dual Diagnosis. The Evolving Conceptual Framework*. (pp. 1-14 ). Basel: Karger.
- Molodynski, A., & Burns, T. (2011). What does research tell us about assertive community treatment? In C. William, M. Firm, S. Wharne, & R. Macpherson (Eds.), *Assertive Outreach in Mental Healthcare* (pp. 1-14). West Sussex, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Monroe-DeVita, M., Teague, G. B., & Moser, L. L. (2011). The TMACT: A New Tool for Measuring Fidelity to Assertive Community Treatment. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 17-29.
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes ,T. R., Jones, P. B., Burke, M., & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370(9584), 319-328.
- Moore, E., Mancuso, S. G., Slade, T., Galletly, C., & Castle, D. J. (2012). The impact of alcohol and illicit drugs on people with psychosis: The second Australian national survey of psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(9), 864-878.
- Morjaria, A., & Orford, J. (2002). The role of religion and spirituality in recovery from drink problems: a qualitative study of alcoholics anonymous members and south Asian men. *Addiction Research and Theory*, 10(3), 225-256.
- Morojele, N. K., Saban, A., & Seedat, S. (2012). Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 181-186.
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Levinson, D. F., Singh, H., Bellack, A. S., Kee, K. ... Yadalam, K. G. (1990). Prevalence of Substance Abuse in Schizophrenia: Demographic and Clinical Correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1), 31-54.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual Diagnosis: A Review of Etiological Theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717-734.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Miles, K. M., Wolford, G., Vidaver, R., & Carrieri, K. (1999). Conduct disorder, antisocial personality disorder, and substance use disorders in schizophrenia and major affective disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 278-284.
- Mueser, K. T., Essock, S. M., Drake, R. E., Wolfe, R. S., & Frisman, L. (2001). Rural and urban differences in dually diagnosed patients: Implications for service needs. *Schizophrenia Research*, 48, 93-107.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York, NY: The Guilford Press.
- Mueser, K. T., Crocker, A. G., Frisman, L. B, Drake, R. E, Covell, N. H., & Essock, S. M. (2006). Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. I: *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 626-636.
- Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2012). Cognitive functioning in schizophrenia and co-occurring substance use disorder: where do we go from here? *Journal of Dual Diagnosis*, 8(1), 48-49.
- Myrvold, T., Helgesen, M. K., Knudtzon, L. (2009). Evaluering av Storbysatsingen i psykisk helse, NIBR-rapport 24.

- Møller, T., & Linaker, O. M. (2004). Symptoms and lifetime treatment experiences in psychotic patients with and without substance abuse. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(3), 237-242.
- Najt, P., Fusar-Poli, P., & Brambilla, P. (2011). Co-occurring mental and substance abuse disorders: A review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Research*, 186(2), 159-164.
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, ROP-retningslinjen (2011). Helsedirektoratet.
- Niedecker, M., DiClemente, C. C., Bennet, M. E., & Bellack, A. S. (2008). Application of the Transtheoretical Model of Change: Psychometric Properties of Leading Measures in Patients with Co-occurring Drug Abuse and Severe Mental Illness. *Addictive Behaviors*, 33(8), 1021-1030.
- Nordvoll, R. (2002). Samfunnsfagenes bidrag til kunnskap om psykiske lidelser. R. Nordvoll (red.), *Samfunn og lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU 2010:3. Drap i Norge i perioden 2004-2009. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- O'Brien, A., Fahmy, R., & Singh, S. P. (2009). Disengagement from mental health services: a literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 558-568.
- Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., John, B., Smith, M., Black, R. ... Slegg, G. (2006). The clients' perspective on change during treatment for an alcohol problem: qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial. *Addiction*, 101, 60-68.
- Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., Wilton, S., & Slegg, G. (2009). To what factors do clients attribute change? Content analysis of follow-up interviews with clients of the UK Alcohol Treatment Trial. *Journal of substance abuse treatment*, 36(1), 49-58.
- Owen, M. J., Craddock, N., & Jablensky, A. (2007). The genetic deconstruction of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 905-911.
- Padgett, D. K., Smith, B. T., Henwood, B. F., & Tiderington, E. (2012). Life course adversity in the lives of formerly homeless persons with serious mental illness: context and meaning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(3), 421-430.
- Parakh, P., & Basu, D. (2013). Cannabis and psychosis: Have we found the missing link? *Asian Journal of Psychiatry*, 6(4), 281-287.
- Parker, I. (2005): *Qualitative psychology: Introducing radical research*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.
- Patton, M. Q. (2002): *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3<sup>rd</sup> ed.). London, UK: Sage Publications.
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M. J., Ohlenschlaeger, J., & Christensen, T. O. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *British Medical Journal*, 331(7517), 602-605.
- Pettersen, H., Ravndal, E., Ruud, T., & Landheim, A. S. (2013). Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 8:21968. doi:10.3402/qhw.v8i0.21968.
- Phillips, S. D., Burns, B. J., Edgar, E. R., Mueser, K. T., Linkins, K. W., Rosenheck, R. A. ... Herr, E. C. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 52(6), 771-779.

- Phillips, P., & Johnson, S. (2001). How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *36*, 269-276.
- Phillips, P., & Johnson, S. (2010). Explanatory Models for Dual Diagnosis. In P. Phillips, O. McKeown, & T. Sandford (Eds.), *Dual Diagnosis. Practice in Context* (pp. 13-36). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Potvin, S., Briand, C., Prouteau, A., Bouchard, R. H., Lipp, O., Lalonde, P. ... Stip, E. (2005). CANTAB explicit memory is less impaired in addicted schizophrenia patients. *Brain and Cognition*, *59*(1), 38-42.
- Potvin, S., Stavro, K., & Pelletier, J. (2012). Paradoxical Cognitive Capacities in Dual Diagnosis Schizophrenia: The Quest for Explanatory Factors. *Journal of Dual Diagnosis*, *8*(1), 35-47.
- Priebe, S., Watts, J., Chase, M., & Matanov, A. (2005). Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, *187*, 438-443.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2006). *Changing for Good*. New York: Harper Collins Publishers.
- Prochaska, J. O. (2008). Decision Making in the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Medical Decision Making*, *28*, 845-849.
- Quimby, E. (1995). Homeless clients' perspectives on recovery in the Washington, DC, dual diagnosis project. *Contemporary Drug Problems*, Summer, 265-289.
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2004). The principles of effective case management of mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *27*(4), 319-333.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *The Journal of the American Medical Association*, *264*(19), 2511-2518.
- Rehm, J., Taylor, B., & Room, R. (2006). Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug and Alcohol Review*, *25*(6), 503-513.
- Reyter, K. (2009). Risiko-nytte og frivillighet i forskning med rusbrukere. I H. Waal (red.). *Rusmiddelbrukeren og forskeren* (s. 51-73). Rapport 1/2009, SERAF & Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.
- Ringen, P. A., Melle, I., Birkenæs, A. B., Engh, J. A., Færden, A., Jonsdottir, H. ... Andreassen, A. (2008). Illicit drug use in patients with psychotic disorders compared with that in the general population: a cross-sectional study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *117*(2), 133-138.
- Ringen, P. A., Vaskinn, A., Sundet, K., Engh, J. A., Jonsdottir, H., Simonsen, C. ... Andreassen, O.A. (2010). Opposite relationships between cannabis use and neurocognitive functioning in bipolar disorder and schizophrenia. *Psychological medicine*, *40*(8), 1337-1347.
- Rollins, A. L., O'Neill, S. J., Davis, K. E., & Devitt, T. S. (2005). Substance Abuse Relapse and Factors Associated With Relapse in an Inner-City Sample of Patients With Dual Diagnoses. *Psychiatric Services*, *56*(10), 1274-1281.
- Rosén, A., Mueser, K. T., & Teesson, M. (2007). Assertive community treatment – Issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *J Rehabilitation Research and Development*, *44*(6), 813-26.

- Salyers, M. P., & Mueser, K. T. (2001). Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48(1), 109-123.
- SAMHSA (Substance Abuse and Health Services Administration) (2005). Transforming Mental Health Care in America: the Federal Action Agenda: First Steps. [www.samhsa.gov/federalactionagenda/NFCTOC.aspx](http://www.samhsa.gov/federalactionagenda/NFCTOC.aspx).
- Schneier, F. R., & Siris, S. G. (1987). A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia. Patterns of drug choice. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(11), 641-652.
- Schofield, D., Tennant, C., Nash, L., Degenhardt, L., Cornish, A., Hobbs, C., & Brennan, G. (2006). Reasons for cannabis use in psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(6-7), 570-574.
- Schuckit, M. A. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101 (suppl. 1), 76-88.
- Schulte, S. J., Meier, P. S., & Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction – a systematic review. *BMC Psychiatry*, 11:64.
- SCMH (1998). *Keys to Engagement: Review of Care for People with Severe Mental Illness who are Hard to Engage with Services*. London, UK: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Silverman, D. (1997). *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*. London, UK: Sage.
- Skålevåg, S. A. (2003). *Fra normalitetens historie. Sinnssykdom 1870-1920*. Rapport nr. 10, Rökkansenteret, Universitetet i Bergen.
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. London, UK: Cambridge University Press.
- Sloboda, Z., Glantz, M. D., & Tarter, R. E. (2012). Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: Implications for prevention. *Substance use & misuse*, 47(8-9), 944-962.
- Smith, M. J., Barch, D. M., Wolf, T. J., Mamah, D., & Csernansky, J. G. (2008). Elevated rates of substance use disorders in non-psychotic siblings of individuals with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 106(2), 294-299.
- Smith, T. E., Appel, A., Donahue, S. A., Essock, S. M., Thomann-Howe, D., Karpati, A. ... Stein, B. D. (2013). Determining Engagement in Services for High-Need Individuals with Serious Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41, 588-597.
- Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud*. IS-1554.
- Spencer, C. D. Castle, P. T., & Michie, P. T. (2002). Motivations That Maintain Substance Use Among Individuals with Psychotic Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 233-247.
- Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.v.*
- Stahl, S. M. (2008). *Essential psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Clinical Applications* (3<sup>rd</sup> edition). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Stanhope, V., Marcus, S., & Solomon, P. (2009). The impact of coercion on services from the perspective of mental health care consumers with co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 60(2), 183-188.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392-397.

- St. meld. nr. 47 (2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stull, L. G., McGrew, J. H., & Salyers, M. P. (2010). Staff and consumer perspectives on defining treatment success and failure in assertive community treatment. *Psychiatric Services, 61*(9), 929-932.
- Swendsen, J. D., & Merikangas, K. R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychological Review, 20*, 173-189.
- Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R. ... Kessler, R. C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction, 105*(6), 1117-1128.
- Swofford, C. D., Kascow, J. W., Scheller-Gilkey, G., & Inderbitzin, L. B. (1996). Substance abuse: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 20*, 145-151.
- Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W., Roorda, L., & Wiersma, D. (2007). Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*, 105-112.
- Sørheim, T. (1996). *Fornuftens fantasier. Antropologiske essays om moderne livsformer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thommesen, H. (2008). *Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose – om mennesker med uvanlige erfaringer*. (Doktorgradsavhandling, Høgskolen i Bodø). Bodø: Høgskolen i Bodø.
- Thornton, L. K., Baker, A. L., Johnson, M. P., & Lewin, T. J. (2012). Attitudes and perceptions towards substances among people with mental disorders: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 126*(2), 87-105.
- Thøgersen, M. H., Morthorst, B., & Nordentoft, M. (2010). Perceptions of coercion in the community: A qualitative study of patients in a Danish assertive community treatment team. *Psychiatric Quarterly, 81*(1), 35-47.
- Torrey, W. C., Drake, R. E., & Bartels, S. J. (1996). Suicide and persistent mental illness: A continual and risk-management challenge. In S. M. Soreff, (Ed.), *Handbook for the Treatment of the Seriously Mentally Ill* (pp. 295-313). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Turner, J. H. (2002). *Face to face: toward a sociological theory of interpersonal behavior*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Vaillant, G. E. (1988). What can Long-term Follow-up Teach us About Relapse and Prevention of Relapse in Addiction? *British Journal of Addiction, 83*, 1147-1157.
- van Os, J., Bak, M., Hanssen, M., Bijl, R. V., de Graaf, R., & Verdoux, H. (2002). Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology, 156*, 319-327.
- Veen, N. D., Selten, J. P., van der Tweel, I., Feller, W. G., Hoek, H. W., & Kahn, R. S. (2004). Cannabis use and age at onset of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 161*(3), 501-506.
- Vigilant, L. G. (2008). "I am still suffering": The dilemma of multiple recoveries in the lives of methadone maintenance patients. *Sociological Spectrum, 28*, 278-298.
- Volkow, N. D. (2009). Substance use disorders in schizophrenia - clinical implications of comorbidity. *Schizophrenia bulletin, 35*(3), 469-472.
- Wadel, C., & Wadel, C. C. (1990). *Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Seek A/S.

- Wagstaff, C. (2007). Towards understanding the self-perception of people with psychotic illness who use illicit substances and have a history of disengagement from mental health services: qualitative research. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 12(3), 1503-1520.
- Ware, N. C., Tugenberg, T., Dickey, B., & McHorney, C. A. (1999). An Ethnographic Study of the Meaning of Continuity of Care in Mental Health Services. *Psychiatric Services*, 50(3), 395-400.
- Warren, C. A. B. (2002). Qualitative interviewing. In J. F. Gubrium, & J. A. Holstein (Eds.), *Handbook of interview research: Context and method* (pp. 83-101). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Watts, J., & Priebe, S. (2002). A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. *Bioethics*, 16(5), 439-454.
- Weiss, R. S. (1994). *Learning from strangers: The art and method of qualitative interview studies*. New York, NY: Free Press.
- Wilens, T. E. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 283-301.
- Williamson, T. (2002). Ethics of assertive outreach (assertive community treatment teams). *Current Opinion in Psychiatry*, 15(5), 543-547.
- Wingerson, D., & Ries, R. K. (1999). Assertive community treatment for patients with chronic and severe mental illness who abuse drugs. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(1), 13-19.
- Wright, N., Callaghan, P., & Bartlett, P. (2011). Mental health service users' and practitioners' experiences of engagement in assertive outreach: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 822-832.
- Xie, H. Y., McHugo, G. M., Fox, M. B., & Drake, R. E. (2005). Substance Abuse Relapse in a Ten-Year Prospective Follow-up of Clients With Mental and Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*, 56(10), 1282-1287.
- Yucel, M., Bora, E., Lubman, D. I., Solowij, N., Brewer, W. J., Cotton, S. M. ... Wood, S. J. (2012). The impact of cannabis use on cognitive functioning in patients with schizophrenia: a meta-analysis of existing findings and new data in a first-episode sample, *Schizophrenia bulletin*, 38(2), 316-330.
- Zammit, S., Allebeck, P., Andreasson, S., Lundberg, I., & Lewis, G. (2002). Self-reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ*, 325, 1199-201.
- Ziedonis, D. M., & Trudeau, K. (1997). Motivation to quit using substances among individuals with schizophrenia: Implications for a motivation-based treatment model. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2), 229-238.



## Vedlegg: Informasjonsskriv, samtykkeerklæring, intervjuguide, artikler 1-3



### Orienteringsbrev til teamleder

I forbindelse med mitt doktorgradsprosjekt knyttet til den forskningsbaserte evalueringen av ACT-teamene i Norge, ønsker jeg å gjennomføre kvalitative intervjuer med pasienter inkludert i flere av teamene. **Målet med studien er å få frem pasientenes beskrivelser av egen bedringsprosess.** Jeg henvender meg til ACT-teamets ledelse som har oversikt over hvilke pasienter som kan være aktuelle formidlere i dette prosjektet.

Min intensjon er å intervjuer til sammen 8 – 10 pasienter fra ulike ACT-team. Dette vil innebære ett hovedintervju, samt en oppfølgingssamtale senere på høsten. Om ønskelig kan det gjøres flere kortere intervjuer fremfor et langt. Intervjuet vil følge en tematisk intervjuguide, som i stor grad vektlegger pasientenes beskrivelser (temaer: forholdet til rusmidler, eget personlig ansvar, styrke sterke sider og forholdet til teamet). Jeg ønsker også å kunne ta lydopptak fra intervjuene, men dette er frivillig. Det legges opp til at datamaterialet fra studien vil resultere i to artikler som kan publiseres i aktuelle fagtidsskrifter. Angående anonymisering og sletting av konfidensielt materiale vises til godkjenningen som er gitt fra Regional forskningsetisk komite (jf. brev datert 02.11.2010).

Det vil være viktig å få intervjuet pasienter som oppfyller følgende kriterier:

- De som hadde rusmisbruk ved inntak
- De som har vært i behandling i ACT-teamet minimum 12 måneder
- De som etter teamets vurdering har blitt bedre eller er i bedring ift. opplevd livskvalitet, funksjonsnivå **eller** redusert rusmisbruk

For de som sier seg villig til å bli intervjuet ber jeg om at du eller primærkontakten gjør en avtale om tid og sted og formidler videre til meg. Tid og sted kan pasienten selv bestemme, men intervjuene ønskes gjennomført i perioden 22.08 – 16.12.2011. Det er ønskelig for meg å få en tilbakemelding fra teamet om mulige intervjupersoner **innen 1. august.**

For de pasienter som rekrutteres til dette delprosjektet er det viktig at samtykkeerklæringen for ACT-evalueringen er underskrevet. På forhånd, takk for hjelpen – og om det er uklarerheter så vennligst ta kontakt.

Vennlig hilsen

Henning Pettersen, doktorgradsstipendiat

KoRus-Øst og Universitetet i Oslo (Senter for rus- og avhengighetsforskning)

e-post: [Henning.Pettersen@medisin.uio.no](mailto:Henning.Pettersen@medisin.uio.no), tlf. 95235497



## Samtykkeerklæring

Jeg sier ja til å la meg intervju i forbindelse med doktorgradsavhandlingen: *Bedringsprosesser hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse inkludert i ACT-team*, som beskrevet i eget informasjonsskriv. Intervjuer er stipendiat Henning Pettersen.

Studien forventes avsluttet i løpet av 2012.

Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg fra studien, og at jeg kan be om at mitt bidrag ikke blir benyttet i rapporten.

Sted: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_ Signatur: \_\_\_\_\_



## Vedlegg til godkjent prosjekt – ref. 2010/1196a, REK Sør-Øst A

### Tematisk intervjuguide

I metoden Grounded theory er det naturlig å utforme intervjuguiden som et fokuserings spørsmål eller tema som jeg, avhengig av svarene eller den intervjuedes historie vil gå videre på. Intervjuene vil på den måten kunne bli samtaler om noen sentrale temaer. Målet er å skape en arena der jeg bidrar til at den intervjuede setter ord på sine erfaringer og sin selvopfatning.

Fokuserings spørsmål: "Hva har vært det viktigste for din bedring etter at du kom med i ACT-teamet?"

Temaer for oppfølging og utdyping:

**Forholdet til rusmidler.** Anvendelse av ulike typer rusmidler kan for mange med alvorlige psykiske lidelser ha preg av selvmedisinering. Avhengig av hvilke rusmidler som brukes og i hvilket omfang, vil rusmisbruket ha ulike konsekvenser, samt at vi skiller mellom skadelig bruk og avhengighet.

Mulige momenter for konkretisering:

- Hva rusen betyr på godt og vondt
- Hvordan mestre rustrangen
- Hvordan komme seg etter rusen
- Grenseoppgangen mellom medisinering og rusmisbruk

**Eget personlig ansvar.** Recovery-forskning viser at det å ta ansvar for eget liv ofte er en viktig del av bedringsposessen. Hvordan påvirkes dette der brukere ikke selv ser behovet for endring eller behandling?

Mulige momenter for konkretisering:

- Familie og venner
- Lokalsamfunnstilhørighet
- Utdanning og arbeid
- Økonomi
- Bosituasjon
- Fysisk helse og ernæring

**Mulighet for å styrke sterke sider.** Hvordan vil brukeres evne eller vilje til empowerment påvirkes gjennom etterlevelse av teamets behandlingsstruktur?

Mulige momenter for konkretisering:

- Drømmer og visjoner
- Ansvarlighet
- Definisjon av behov
- Fokus på det du kan
- Kunne endre på ting
- Følelse av kontroll over livet og mestring
- Viktige arenaer

**Relasjonen til teamet.** Klinisk forskning viser til at en-til-en kontakten med behandler kan ha mer å si for behandlingsutfallet enn hvilken type behandling som tilbys. Hvilken betydning har det da at behandlerne forholder seg til brukeren som et team?

Mulige momenter for konkretisering:

- Teamets kunnskap om deg
- Skillet mellom behandling og andre aktiviteter
- Kontakten med teamet
- En-til-en kontakten