
Oslo, 15.05.2013

Med rus – uten ord?

En norsk studie av aleksitymi blant rusavhengige i behandling.

Masterstudent: Hanne Lorimer Aamodt

Veileder: Per Nerdrum

*Master i psykisk helsearbeid, Institutt for sykepleie, Fakultet for Helsefag,
Høgskolen i Oslo og Akershus, Kull 2010*

Forord

Takk til respondentene, for oppriktige bidrag.

Takk til Per Nerdrum, for ærlig og inspirerende veiledning.

Takk til medstudenter og gruppeveileder, for konstruktive innspill.

Takk til bulldogen Seltzer, for absolutte tenkepauser.

Hanne Lorimer Aamodt

Oslo, 15.05.2013

Sammendrag

Formålet med studien var å kartlegge aleksitymi blant rusavhengige i behandling og å se aleksitymi i sammenheng med rushistorie og psykisk helsesituasjon. 106 pasienter i rusbehandling i Tyrilistiftelsen deltok. Tre standardiserte måleverktøy ble brukt i datainnsamlingen: Toronto Alexithymia Scale (TAS) 20 ble brukt for å måle aleksitymi, og Hopkins Symptom Checklist (SCL) 10 og General Health Questionnaire (GHQ) 12 for å måle psykisk belastning. Resultatene viste høy forekomst av aleksitymi, høy skår for psykisk belastning og signifikant korrelasjon mellom de to. Dette samsvarer med internasjonal forskning. Det var i tillegg signifikant korrelasjon mellom graden av aleksitymi og tid på behandlingssted. Utvalget av pasienter som hadde vært på behandlingsstedet i 3 måneder eller mindre hadde vesentlig høyere aleksitymiskår enn resten av utvalget. Mer forskning trengs for å kunne si noe om dette skyldes at de med høyest aleksitymi faller fra, eller om det er fordi graden av aleksitymi synker over tid i behandling. Det konkluderes med at aleksitymi er et relevant og anvendbart begrep i rusavhengighetsbehandling og at videre forskning på sammenhengen mellom aleksitymi og rusavhengighet er nødvendig for fag- og praksisfeltet.

Nøkkelord: *rusavhengighet, aleksitymi, psykisk helse, rusavhengighetsbehandling, Tyrilistiftelsen*

Abstract

The project's aim was to investigate alexithymia among those receiving in-patient treatment for substance abuse, and to study the relationship between alexithymia and patients' substance use history and mental health. The study involved 106 in-patients from several centres run by the Tyrili Foundation in Norway. Several established survey tools were combined to gather data: the standardised self-reporting Toronto Alexithymia Scale (TAS) 20 was used to measure alexithymia, and the Hopkins Symptom Checklist (SCL) 20 and General Health Questionnaire (GHQ) 12 measured respondents' mental health situation. The results reveal a high incidence of alexithymia, high scores for negative mental health and a significant correlation between these two issues. These findings are in-line with international studies. The results also show a significant correlation between patients' degree of alexithymia and how long they have been undergoing treatment at their current facility. Those who had been in treatment for three months or less had significantly higher alexithymia scores than the rest of the group. Further research is needed to establish if this is because those with alexithymia tend to drop out of treatment earlier, or if alexithymia tends to be reduced over time in treatment. This study concludes that alexithymia is a relevant and useful condition to consider in substance abuse treatment, and that further research on alexithymia and substance abuse is necessary to improve the academic knowledge base and practice in this field.

Keywords: *drug addiction, alexithymia, mental health, substance abuse treatment, Tyrili foundation*

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	6
1.1	Historisk overblikk	6
1.2	Følelsers utvikling og funksjon	8
1.3	Aleksitymi	10
	<i>Teori og praksis</i>	10
	<i>Aleksitymi i Norge</i>	14
1.4	Rusavhengighet	15
1.5	Aleksitymi og rusavhengighet	17
1.6	Formål og forskningsspørsmål	20
2	Metode	23
2.1	Tyrilistiftelsen	23
	<i>Organisasjon og ideologisk ramme</i>	24
	<i>Pasienter i Tyrilistiftelsen</i>	24
	<i>Psykisk helseundersøkelse i Tyrili</i>	25
2.2	Deltakere	26
2.3	Verktøy / instrument	27
	<i>Demografi</i>	28
	<i>Rus- og behandlings- historie</i>	28
	<i>Aleksitymi</i>	29
	<i>Psykisk helse</i>	31
2.4	Gjennomføring av datainnsamling	33
2.5	Statistikk	34
2.6	Etikk	35
	<i>Forskerens rolle</i>	35
	<i>Samtykke</i>	36
	<i>Utsatt pasientgruppe</i>	36
3	Resultater	38
3.1	Deltakerne	39
	<i>Alder ved rusdebut</i>	39
	<i>Rus</i>	40

3.2	Aleksitymi	41
3.3	Psykisk helse	43
3.4	Aleksitymi og psykisk belastning	44
3.5	Kommentarer og tilbakemeldinger.....	46
4	Diskusjon.....	48
4.1	Resultatene sammenlignet med tidligere forskning	48
	<i>Aleksitymi.....</i>	<i>48</i>
	<i>Psykisk helse.....</i>	<i>52</i>
	<i>Aleksitymi, rus og psykisk helse.....</i>	<i>53</i>
4.2	Implikasjoner for forståelse og behandling.....	53
4.3	Styrker og svakheter i studien	55
4.4	Videre forskning.....	57
5	Litteratur.....	60
	VEDLEGG.....	64
	Vedlegg 1: Kjøreplan for enheten	64
	Vedlegg 2: Informasjon og samtykkeerklæring	68
	Vedlegg 3: Spørreskjema – papirversjon	70
	Vedlegg 4: TAS 20 og delfaktorer	80
	Vedlegg 5: Kommentarer fra REK på opprinnelig prosjektsøknad	81
	Vedlegg 6: Forskerens svarbrev til REKs kommentar på prosjektsøknad.....	83

1 Introduksjon

Life, as we find it, is too hard for us; it brings us too many pains, disappointments and impossible tasks. In order to bear it we cannot dispense with palliative measures. 'We cannot do without auxiliary constructions' (...) There are perhaps three such measures: powerful deflections, which cause us to make light of our misery; substitutive satisfactions, which diminish it; and intoxicating substances, which make us insensitive to it. (Freud, 1930, s 75)

Hva er følelser? Hva er rus? Hvordan er de relevante for hverandre? Spørsmålene er store, og det ville vært enten magisk eller arrogant å skulle postulere absolutte sannheter som svar til dem. Et forsøk på å belyse, er derimot mulig. Sitatet over viser at allerede på begynnelsen av 1900-tallet fantes en gryende bevissthet om rusens funksjon for den enkeltes streben i sitt eget liv. Følelser i seg selv, og deres plass i filosofien, psykologien og mennesket har derimot vært utforsket og diskutert mye lengre tilbake i tid. Under følger en kortfattet historisk ramme.

1.1 Historisk overblikk

Forståelsen av følelser har endret seg gjennom historien, i takt med filosofiske, etiske og religiøse paradigmer. I det omfattende verket *Handbook of Emotions* (Lewis, Haviland-Jones & Barrett, 2008) er det Robert Solomon som tar leseren gjennom historien om følelsenes filosofi. Gjennomgangen under er basert på hans bidrag.

Antikkens grekere var diplomatiske og mente, med Aristoteles (384-322 f. å. 0) i front, at følelser var hverken gode eller onde i seg selv. Følelser var nødvendige for livet og det dydige for Aristoteles, var å finne en hensiktsmessig balanse mellom type og mengde følelse til riktig anledning. Stoikerne (334-262 f. å. 0) på sin side, anså følelser for meningsløse forstyrrelser for den opphøyede tanke, moral og dømmekraft.

Middelalderen presenterte en ny utfordring i tenkingen om følelser. Gjennom blant andre Thomas Aquinas (1225-1274) kom kristendommens etikk og moral, som bygget opp skillet mellom fornuft og følelser. Følelser ble forbundet med drifter, og drifter igjen med synd. Kjærlighet, håp og tro – de følelser som innenfor den kristne moral var gode – ble opphøyet til en form for fornuft, og det resterende følelsesregisteret devaluert som syndig.

Renée Descartes (1596-1650) utfordret dette kristne perspektivet. Han definerte seks ”primitive” følelser, som han mente var ingredienser til det gode liv. Disse seks var undring, kjærlighet, hat, lyst, glede og sorg. Den kategoriske kartesianske dualismen mellom kropp og sinn ble også satt på prøve av følelsene. Descartes så at gjennom følelsene ble kropp og sinn aktivert sammen og for å forklare dette innenfor sin egen teori, postulerte han at koblingen mellom de to skjedd i en kjertel i nakken.

David Hume (1711-1776) utviklet denne tanken videre. Han forkastet kjertelteorien og fremsatte sin egen teori om sammenhengen mellom følelser, ideer og inntrykk. Han mente de gjensidig påvirket og oppsto fra hverandre. Sammen med Adam Smith (1723-1790) diskuterte han også moralen rundt følelsene. I skarp kontrast til middelalderens kristne tanke, ble nå følelser opphøyet til selve essensen i moral og sosial eksistens, sidestilt fornuften (Solomon, 2008).

Gjennom hundreårene fram til i dag ser vi hvordan dikotomien følelser-fornuft fortsatt er under utforskning. Tenkere som Kant, Nietzsche, Freud, Sartre og mange med dem har utviklet, diskutert og utvidet hvordan vi forstår og verdsetter følelser. I dag er ikke følelsene lengre moralfilosofenes domene. Menneskers følelsesliv er nå et tverrfaglig anliggende hvor psykologer, fysiologer, nevrologer, antropologer og flere søker sammen etter en holistisk forståelse av følelsenes funksjon, utvikling og rolle i menneskers liv. Innen forskningen er det kanskje på tide å fokusere på å utvikle forente konsepter og forståelsesrammer som ser de kognitive funksjonene, atferdsmessige strukturene og affektive opplevelsene i sammenheng (Solbakken, Hansen & Monsen, 2011).

1.2 Følelsers utvikling og funksjon

Kunnskapen om hvordan følelser og bevisstheten rundt dem utvikles, og hvilke rolle dette spiller i et menneskes oppvekst og liv øker stadig, og det eksisterer ulike teorier om følelsers utvikling og funksjon. Følelsene, og hvordan mennesket lærer å håndtere disse, er avgjørende for personlighetsutvikling, tilpasning og sosial fungering i voksenlivet (Solbakken et al., 2011). Psykolog og filosof Silvan Tomkins har vært toneangivende med sine teorier om de grunnleggende affekter, deres utvikling og funksjoner for individet. Han beskrev åtte primære affekter og kategoriserte dem etter om de var positivt, nøytralt eller negativt ladet. De positive var interesse og glede. Han definerte overraskelse som nøytral, som ved den kognitive bearbeidelsen ville bli til bevissthet om noe positivt eller negativt avhengig av tidligere erfaring og forståelse for situasjonen. De fem negativt ladede affektene var lidelse, redsel, skam, avsky og sinne (Tomkins, 2008). En måte å forstå det primære ved affekter i forhold til emosjonene, er å definere affekter som de opprinnelige, fellesmenneskelige og grunnleggende reaksjonene. Emosjoner er så videreføringen av disse samme affektene etter at de har blitt kognitivt bearbeidet og tillagt mening på bakgrunn av erfaringer, minner og personlighet (Ryden & Wallroth, 2011, s. 60). På den måten forstås affekter som de rene og opprinnelige følelsene, emosjoner som de behandlede opplevelsene.

Rent lingvistisk blir det tydelig at følelser ikke er noe ukomplisert tema, med ulike ord og ulike mengder ord på ulike språk. I tillegg vil det være ulikt hvilke ord som brukes i dagligtale og hvilke som ansees å være fagterminologi. For eksempel har de engelske ordene *feeling*, *mood*, *state*, *emotion* og *affect* ikke alle umiddelbart gode oversettelser til skandinaviske språk (Simonsson-Sarnecki et al., 2000). I likhet med svensk klinger ikke det hverdagslige engelske *emotion* like erfaringsnært og komfortabelt i norsk dagligtale. Dette er forholdet det er viktig å ha i mente når det forskes på og snakkes om temaet. I det følgende vil begrepet følelser bli brukt, der annet ikke er begrunnet.

I forordet til Tomkins hovedverk, *Affect Imagery Consciousness*, omtales hans teori om hvordan mennesket bruker følelser for å overleve; "Success as a life form depends largely on the ability to process data of each type [of signal], and to retain in memory whatever was discovered from previous experiences." (Nathanson, 2008, s. xiii) Gjennom forskningen sin mente Tomkins å se at de avgjørende motivasjonsfaktorene for mennesket, som gjør nettopp

denne overlevelsen mulig, var nettopp de ni primæraffektene og deres funksjoner. For Tomkins var det følelsene som psykisk lim, som forbandt opplevelse, minne og forståelse. Tomkins har gjennom sine arbeider ”bidratt til å gi oss en klar forståelse av hvor vesentlig affektsystemet er, både i motivasjonelle, kommunikasjonsmessige og personlighetsmessige sammenhenger.” (Monsen, 1996, s. 958) Mange har diskutert følelsenes funksjon med utgangspunkt i Tomkins’ arbeid. Gjennom noen av disse kan en grovskisse av de funksjoner følelsene har se slik ut: 1) gi informasjon om situasjonen internt i individet og om omgivelsene til individet selv (homeostase), 2) være motivasjon til handling (initiere motorikk), 3) styre oppmerksomhet mot det som er viktig for individet i situasjonen og 4) kommunisere opplevelse til individet selv og ut til andre (Ryden & Wallroth, 2011; Schibbye, 2002).

En grunnleggende forståelse av følelsene er at de er viktige for sosialt samspill, for å forstå og bli forstått av andre, for å handle, for å strukturere opplevelser og minner og for å bygge et bilde av selvet. Følgelig vil det være svært sosialt og personlig hemmende å ikke ha en integrert forståelse av, bevissthet om eller mulighet til å kommunisere følelser. Hvordan mennesket utvikler sin personlighet og sine evner rundt følelser er i stor grad avhengig av de omgivelser og muligheter det har i oppveksten. For å utvikle en normalfungering i voksenlivet, er individet som barn avhengig av omsorgspersoner som håndterer egne følelser så vel som barnets følelser. Barnet trenger voksne som evner å lære det å differensiere og tolke følelsesuttrykk og signaler. Dette har den norske psykologen og affektforskeren Jon T. Monsen vært opptatt av. Gjennom prosesser som speiling, sosial referering, idealisering, affektinntoning, konkret verbal bevisstgjøring og gjennom omsorgspersonenes emosjonelle tilgjengelighet og selektive reaksjoner på barnets følelser legger den voksne, ideelt sett, til rette for barnets positive utvikling av eget følelsesliv og selv (Monsen, 1996). Dersom barnet vokser opp uten disse forutsetningene, uten omsorgspersoner som gir dem de nødvendige forutsetninger for normalutvikling, vil det ha negativ påvirkning på deres utvikling av følelsesbevissthet og indre liv som voksne (Schibbye, 2002). Monsen (1996) beskriver hvilke følger mangelfull emosjonell utvikling kan ha for barnet; 1) Andre som opplevelsessentrum, ikke en selv, som en konsekvens av at barnet har måttet tilpasse seg omsorgsgivere som ikke har evnet å emosjonelt tilpasse seg barnet. 2) Mangel på opplevelse av kontinuitet og stabil selvfølelse, som konsekvens av mangelfull emosjonell utvikling som hemmer organiseringen

av opplevelse, minne og personlighet. 3) Følelser blir forstyrrende og lite støttende for selvfølelsen, i motsetning til en ressurs som fyller de overnevnte funksjoner.

1.3 Aleksitymi

”I told you, I have headaches. I don’t know what you expect me to say when you ask me how I feel.” (Lesser, 1981, s.533)

Teori og praksis

På 1940-tallet begynte flere forskere og klinikere å se på og å undre seg over psykosomatiske plagers opprinnelse og forklaring. De la merke til pasientenes forhold til eget følelsesliv, og mente å finne et mønster av nedsatt evne til å gjenkjenne og å forholde seg til egne følelser på en hensiktsmessig måte, blant pasienter med psykosomatiske plager. Dette resulterte i en antakelse om at mennesker med nedsatt bevissthet rundt egne følelser, samt nedsatt evne til å uttrykke disse følelsene i ord, ubevisst bruker andre former for uttrykk for å håndtere og å kommunisere indre liv. Fordi de ikke lykkes med å få utløp for indre spenninger gjennom språk og symboler, forblir stresset i pasientens indre og tvinger seg til slutt ut i for eksempel somatiske symptomer (Lesser, 1981).

Fra å forstå psykosomatikk som symptom på psykisk konflikt i pasientens indre, begynte fokus på følelsesutvikling og følelseslivet som alternative forklaringsrammer å slå rot innen psykosomatisk medisin, og gjennom klinisk erfaring mente flere å se at pasienter med psykosomatiske plager oppviste en åpenbar manglende evne til å uttrykke følelser med ord (Taylor, Bagby & Parker, 1997). Da forskningen fattet interesse for å undersøke fenomenet vitenskapelig, var det først og fremst psykiater Peter E. Sifneos og nevropsykiater John C. Nemiah som, mot slutten av 1960-tallet, begynte med å studere kognitive og affektive mønstre hos pasienter med psykosomatiske plager. De så markerte vanskeligheter med å uttrykke følelser verbalt, samt eksternaliserende kognitive mønstre og en fattig fantasiverden, noe som underbygget forskernes antakelser. Omtrent samtidig ble det vitenskapelig beskrevet lignende karakteristikk hos andre pasientgrupper; pasienter med alvorlig post-traumatisk stress lidelse, spiseforstyrrelser og rusmisbruk (Taylor et al., 1997). I 1973 ble disse

fenomenene samlet til begrepet *aleksitymi*. Ordet er sammensatt av *a* –gresk for ”uten”, *lex* – gresk for ”ord” og *thymia* – gresk for ”følelser”, og betyr bokstavelig *uten ord for følelser* (Sifneos, 1996).

Graeme Taylor og Michael Babgy (1997) utarbeidet med utgangspunkt i Sifneos og Nemiahs forskning en firedelt definisjon av aleksitymibegrepet. Denne inkluderte ”a) vanskeligheter med å identifisere følelser og med å differensiere følelser fra kroppslige fenomen; b) vanskeligheter med å beskrive følelser for andre mennesker; c) begrenset forestillingsevne og d) stimulibundet, eksternaliserende kognitivt mønster.” (Taylor et al., 1997, min oversettelse)

Vanskeligheter med å identifisere følelser og med å differensiere følelser og kroppslige fenomen (a) innebærer hvordan pasienten ikke klarer å gjenkjenne en følelse, eller å skille den fra andre følelser. Dermed samles sinne, frustrasjon, forventning og glede i et sammensurium av u håndterlig materie. Pasienten klarer ikke å skille magesmerter fra irritasjon eller brystmerter fra redsel. Vanskeligheter med å beskrive følelser for andre (b) benevner det kommunikative og leksikale delen av aleksitymi. Pasienten strever med å forklare og å sette ord på de følelsene han/hun opplever. Del a) og b) henger sammen, da det nødvendigvis er vanskelig å beskrive en følelse uten å ha gjenkjent eller definert den først. Begrenset forestillingsevne (c) beskriver pasientens mangelfulle fantasiverden. Denne delen inkluderer manglende drømmer, eller også manglende rapportering og bevissthet om drømmer (Taylor et al., 1997). Til sist, stimulusbundet, eksternaliserende kognitivt mønster (d) henviser til pasientens rigide fokus på ytre hendelser og detaljer. Dette aspektet ved aleksitymibegrepet drar veksler på de franske forskerne Marty og de M’Uzans begrep *pensée opératoire*. Begrepet deres beskrev et kognitivt mønster som er fokusert på det konkrete, det som er her og nå og som er lite orientert rundt ubevisste fantasier og strukturer. Dette var karakteristika som Sifneos gjenkjente fra sitt arbeid med pasienter han mente var aleksityme, og det ble derfor innarbeidet som en del av aleksitymibegrepet (Sifneos, 1996).

Aleksitymi var altså ikke noen ny eller revolusjonerende idé, men et forsøk på å samle og begrepsfeste noen karakteristika som lang klinisk erfaring tilsa at var relevante i psykisk helsearbeid. I sin artikkel *Alexithymia: past and present*, beskriver Sifneos (1996) noen av de gjennomgående personlighetstrekk han så hos pasienter han mente var aleksityme. Disse, ifølge Sifneos, er pasienter som beskriver praktiske og ytre hendelser i detalj, men klarer ikke

å verbalisere rundt sine eller andres følelser i situasjoner. På grunn av dette kan behandlere oppleve dem som kjedelige og vanskelige å engasjere seg i. Pasientene bruker begrenset ordforråd når de skal beskrive følelser, fremviser ofte inadekvat affektiv respons og handler heller direkte på de følelsene som dukker opp, fremfor å snakke om dem. De beskriver ofte kaotiske og forvirrede relasjoner til andre mennesker. I tillegg til det verbale aspektet ved aleksitymi, viser forskning hvordan mennesker med aleksitymi også evner dårligere å gjenkjenne følelser i ansiktsuttrykk, noe som antyder at også den nonverbale følelsesbevissheten er hemmet, og som indikerer ytterligere hemming av den sosiale interaksjonen og forståelsen til pasienter med aleksitymi (J. D. Parker, Taylor & Bagby, 1993).

Taylor, Bagby og Parker eksemplifiserer hvordan aleksitymi kan se ut i en samtale mellom behandler og pasient. Herunder gjengis et oversatt, utdrag fra denne samtalen. Pasienten problemstilling er tilbakevendende smerter etter en sinusoperasjon åtte år tidligere, somatiske undersøkelser finner ingen årsak til disse. Pasienten har nylig hatt et tilfelle av sterke smerter og behandleren forsøker å hjelpe henne med å beskrive opplevelsen av situasjonen:

Dr Føler du noe emosjonelt i slike tilfeller (les: når du har smerter)?

Pas Nei

Dr Overhodet ingenting?

Pas Nei. Jeg er bare så svak, helt tømt. Um – den eneste sammenligningen jeg har, er fra når jeg ble operert for 20 år siden, jeg gikk i sjokk, og det er på samme måten. Som når telefonen endelig vekket meg den dagen – um – jeg hadde vært på sykehuset den morgenen og jeg klarte nesten ikke å komme meg dit. De visste ikke hva de skulle gjøre, så de gjorde ingenting. Det er det jeg er så sint på.

Dr (tar tak i muligheten) Kan du fortelle meg litt om det sinnet?

Pas Altså, jeg bare føler at jeg – um – at det er håpløst å forsøke å komme til bunns i hva det er som skjer.

Dr Hvordan føles det å være sint?

Pas Altså, det er et uttrykk jeg bruker, men egentlig er det vanskelig å beskrive.

Dr Kan du prøve å beskrive det?

Pas Det er – det er – det er å fortelle hva som skjedde og å ikke få noen svar og jeg mener at med tanke på at de tok en bakteriekultur når trykket bygget seg opp...

Dr (avbryter pasienten idet hun er i ferd med å beskrive ytterligere detaljer fra sykdommen sin) Det er ikke akkurat å beskrive sinnet, er det vel?

Pas Nei, det er ikke det.

Dr Kan du forsøke å forklare sinnet? Hvordan er det for deg å føle deg sint?

Pas Det er vanskelig å beskrive med ord. (stillhet)

(Taylor et al., 1997, s.33)

Pasienten i dette eksempelet var en godt utdannet, velartikulert kvinne og snakket godt for seg så lenge praten handlet om konkrete og ytre forhold. Hun fikk derimot store vansker med å finne ord og beskrive opplevelsen av en følelse når behandleren etterspurte dette. Ved hjelp av dette eksempelet og beskrivelsene over kan man se hvordan en person med aleksitymi vil ha store utfordringer i sosialt samspill og ikke minst i en behandlingshverdag som vektlegger personlig og indre utforskning, relasjoner og miljøterapi.

For å operasjonalisere aleksitymi og å gjøre det målbart med tanke på forskning, har det blitt utviklet ulike skåringsverktøy. Strukturerte intervjuer (Beth Israel Hospital Psychosomatic

Questionnaire og The Alexithymia Provoked Response Questionnaire), skåringsverktøy (Minnesota Multiphasic Personality Inventory og Schalling-Sifneos Personality Scale) og projektive teknikker (The Rorschach Alexithymia Indices og Objectively Scored Archetypal Test). Alle disse hadde klare mangler, men også noe å bygge videre på. Med utgangspunkt i disse allerede utviklede verktøyene, utarbeidet Taylor, Bagby og Parker, i 1990, selvskåringsverktøyet Toronto Alexithymia Scale (TAS). Siden da har TAS gjennomgått flere revideringer, og den nyeste versjonen, TAS 20, er nå det mest benyttede av skåringsverktøyet for måling av aleksitymi (Cleland, Magura, Foote, Rosenblum & Kosanke, 2005).

Med mulighet for å måle, gradere og sammenligne aleksitymi, samt et økende fokus på følelser, har forskningen på aleksitymi som fenomen økt kraftig. Både som enkeltstående personlighetstrekk, og sett sammen med ulike psykiske belastninger og lidelser. En gjennomgang av Webster's oversikt over utgivelser om aleksitymi viser en markant økning fra 3 publikasjoner i 1982, til 52 i 2007 (P. M. Parker, 2009). På bakgrunn av forskningen og den økte kunnskapen omtales aleksitymi som en risikofaktor for fysisk og psykisk uhelse, og forskning har vist korrelasjoner mellom aleksitymi og ulike helsemessige belastninger (Taylor et al., 1997).

Aleksitymi i Norge

Litteratursøk viser at i Norge er ikke aleksitymibegrepet like mye brukt som vi ser i for eksempel Nord Amerika. Søk i databasene Norart, Helsebiblioteket, SveMed+, Medline og PsychInfo ga ingen treff på publikasjoner fra norske studier av aleksitymi og rusavhengighet. Søkeordene som ble brukt var kombinasjoner av *aleksitymi*, *alexithymi*, *alexithymia*, *rus*, *rusavhengighet*, *drug addiction*, *substance abuse*, *Norge*, *Norway*, *norsk* og *Norwegian*. Dette indikerer at det hittil ikke er gjort noen norsk studie av aleksitymi blant rusavhengige. Søk på beslektede begreper viser at tematikken allikevel er aktuell (affektbevissthet, emosjonell bevissthet, affektregulering, mentalisering), men det er andre ord og fenomener innenfor samme tematikk som norsk forskning har konsentrert seg om.

I norsk litteratur nevnes aleksitymi ofte i forbindelse med en utdyping for å forklare andre fenomener, for eksempel i Skårderud og Sommerfeldt (2009) som skriver om affektiv dysregulering i sin beskrivelse av hvordan vi kan forstå selvskading som fenomen. De

henviser til Taylors forskning og aleksitymibegrepet som understøttende beskrivelse av det å mangle ord for å uttrykke følelser, men bruker ikke selve aleksitymibegrepet i sitt arbeid. Gude et al (2001) trekker fram affektbevissthet som et sentralt tema i forhold til behandlingen av pasienter med personlighetsforstyrrelser. De konkluderer med at høy grad av målt affektbevissthet korrelerer positivt med behandlingsresultat. Tidligere nevnte Jon T. Monsen, har vært sentral i norsk forskning rundt følelser. Han har hatt fokus nettopp på affektbevissthet og har utviklet Affektbevissthetsintervjuet som vurderingsverktøy. Affektbevissthet innebærer evnen til å oppfatte, tolerere, reflektere over og uttrykke ulike affekter (Solbakken et al., 2011). En hovedforskjell mellom affektbevissthetsbegrepet og andre lignende begreper, for eksempel aleksitymi, er at Monsen tar utgangspunkt i at affektbevisstheten kan være ulik for ulike affekter, altså at det ikke er en global bevissthet eller evne for følelser som sådan. Han mener å se at differensieringen av de ulike følelsene og planmessig fokus for utviklingen av bevisstheten og toleransen for hver og en, er viktige mål for all psykoterapeutisk behandling (Monsen, 1996).

1.4 Rusavhengighet

.2 Avhengighetssyndrom: En rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. Vanligvis har bruker et sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken av den, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser, økt toleranse og noen ganger en fysisk abstinensstilstand. Avhengighetssyndromet kan dreie seg om et spesifikt psykoaktivt stoff (f eks tobakk, alkohol eller diazepam), om en gruppe stoffer (f eks opiat) eller et bredere spekter av farmakologisk forskjellige psykoaktive stoffer. (Helsedirektoratet, 2013)

Over refereres den internasjonale diagnoseklassifikasjonen, ICD-10s definisjon av rusavhengighet. Rusavhengighet er komplekst, det involverer blant annet genetiske, sosiale, miljømessige, personlighetsmessige, nevrologiske, politiske og samfunnsmessige strukturer. Det er ikke helt tilfeldig hvem som blir rammet av rusavhengighet, men som klinikkdirektør ved Stiftelsen Bergensklinikkene, Kari Lossius (2011) sier er heller ingen av oss som er vaksinert mot å utvikle avhengighet.

På samme måte som kompleksiteten i bakgrunnen for rusavhengigheten, har rusens funksjon mange og sammensatte forklaringer. To beslektede teorier om hva den rusavhengige bruker rusen til er teorien om selvmedisinering og teorien om selvregulering. Wurmser (1974) diskuterte på begynnelsen av 1970-tallet, hvordan den rusavhengige brukte rusen aktivt for å regulere sitt forhold til følelser, aktivitetsnivå, selvbilde og sosial fungering. Han mente at mennesker som blir rusavhengige ikke har hensiktsmessige indre strukturer for å håndtere stress, udifferensierte følelser og impulser. De mangler det han kalte affektivt forsvar (affective defense), og velger derfor psykoaktive rusmidler, som i mangel av bedre løsninger blir deres måte å selvregulere, selvbehandle, på (Wurmser, 1974). Ti år senere bygget Khantzian videre på denne tanken. Han mente det ikke var tilfeldig hvilket rusmiddel som for den enkelte ble det dominerende, men at det sto i forhold til det underliggende psykiske stresset vedkommende forsøkte å hankses med. Rusen ble løsningen og middelet for å oppnå følelsesmessig balanse (Khantzian, 1985). Han brukte forskningsresultater fra psykodynamisk forskning, samt diagnostikk- og behandlingsforskning som grunnlag for sine hypoteser. Mennesker preget av aggressivitet, oversvømmende følelser og umodne mestringsstrategier var antatt å velge opiater, mens mennesker preget av undertrykket aggresjon, tomhetsfølelse og depressive trekk valgte sentralstimulerende midler (Khantzian, 1985). Forskning på sammenhengen mellom personlighetstyper, diagnoser og type rusmiddelbruk er ikke omfattende, og det finnes foreløpig ikke empiriske data som støtter teorier om at spesifikke pasientgrupper foretrekker spesifikke substansgrupper (Lossius, 2011). I avhengighetens kompleksitet finnes heller ingen direkte eller enkle årsaksforklaringer, men Wurmser og Khantzian vektlegger begge hvordan rusen kan brukes for å kompensere for manglende evne til å identifisere og håndtere følelser. Dette er viktig innsikt i møte med rusavhengige i behandling, om enn ikke tilstrekkelig utforsket.

1.5 Aleksitymi og rusavhengighet

Wurmser (1974) var av de første til å beskrive aleksitymilignende trekk hos rusavhengige. Med mål om å undersøke etiologien i rusmisbruk observerte han de samme trekkene hos denne gruppen som Sifneos og Nemiah (1996) beskrev hos pasienter med psykosomatiske plager. Han beskriver selve rusavhengighetens etiologi med flere av de samme mekanismene som Taylor et al bruker for å definere aleksitymi: som svekket eller negativ utvikling av følelsesbevisshet, følelsesregulering, og agering på og i forhold til egne og andres følelser (Taylor et al., 1997; Wurmser, 1974).

Forskning og klinisk erfaring viser at mange rusavhengige bærer med seg oppvekster preget av omsorgssvikt. Brutte relasjoner med omsorgspersoner som ikke har tålt eller håndtert følelser hos seg selv eller barnet (Føyn & Shaygani, 2010). Gjennom blant andre Monsens arbeid, ser vi hvor viktig stabile voksne som evner å være i kontakt med, speile og modellere følelser er for barnets utvikling. Vi kjenner dessuten noen av mekanismene i hvordan denne utviklingen kan påvirkes negativt i mangel av slike omsorgspersoner. Med bakgrunn i denne kunnskapen blir Wurmser og Khantzians teorier, om rus som selvregulering og selvmedisinering, relevante.

En gjennomgang av forskningslitteratur på området viser at det sannsynligvis er sammenheng mellom avhengighet som sådan og vanskeligheter med å identifisere og differensiere følelser, samt å regulere disse følelsene (Kun & Demetrovics, 2010). Thorberg og Lyvers (2006) undersøkte følelsers intensitet, forventning om egen evne til følelsesregulering og stemningsleie hos et utvalg av rusavhengige. De fant at rusavhengige rapporterte langt høyere nivåer av stress, angst, depresjon og følelsesintensitet enn den friske kontrollgruppen. I forhold rapporterer de rusavhengige også lavere forventning om å mestre regulering av de samme negative følelsene. I konklusjon tyder deres funn på at følelsesregulering er hemmet hos rusavhengige. Både Kun og Demetrovics og Thorberg og Lyvers henviser til aleksitymi som et relevant begrep i behandling av rusavhengige.

I tråd med at forskningen finner at rusavhengige som gruppe har større vanskeligheter med å identifisere, differensiere og regulere følelser, viser studier at det er en større andel rusavhengige som skårer innenfor aleksitymispekteret enn i sammenlignbare friske grupper.

Haviland et al (1988) fant ved hjelp av TAS 26, at 50,4% av utvalget på 125 rusavhengige (primært alkoholavhengige) skåret høyt innenfor aleksitymiskekteret. Noen år senere fant samme forskere, da med TAS 20, at prosenten av aleksityme var 41,7% (N=204) i et utvalg av rusavhengige pasienter på døgninstitusjon (Haviland, Hendryx, Shaw & Henry, 1994). De fant videre en signifikant forskjell mellom kvinner og menn og de rapporterte derfor gjennomgående skårer for gruppene hver for seg. Kvinner i utvalget skåret i gjennomsnitt 59,5 på TAS 20, hvor 61 eller høyere regnes som aleksitym. Av 84 kvinner var det 42 som kom over denne terskelverdien. Mennene skåret i gjennomsnitt 56,0, og av disse kom var det 43 av 120 aleksityme (Haviland et al., 1994), altså noe lavere andel enn blant kvinnene. Haviland konkluderer blant annet med at videre forskning trengs i forhold til hvordan aleksitymi korrelerer med ulike typer hovedrusmiddel. I nettopp et slikt studie tok El Rasheed (2001) utgangspunkt i Khantzians selvmedisineringshypotese og undersøkte sammenhengen mellom type hovedrusmiddel og aleksitymiskår. Totalt var det 155 (77,5%) av de 200 respondentene som var aleksityme, mot 10 (5%) av de 200 i den friske kontrollgruppen. Han fant statistisk signifikant negativ korrelasjon mellom aleksitymi og intravenøst heroinmisbruk ($p < 0,01$) og positiv korrelasjon mellom aleksitymi og benzodiazepinmisbruk ($p < 0,05$). Han fant også sammenfall mellom aleksitymi og både tid i behandling og antall tilbakefall til rus. Pasientgruppen med aleksitymi hadde vært i gjennomsnitt kortere i behandling og hadde færre tilbakefall bak seg enn både den ikke aleksityme gruppen og den mulig aleksityme gruppen (henholdsvis 5,71, 9,86 og 12,5 gjennomsnittlige tilbakefall til rus) (El Rasheed, 2001). Med forbehold om store kulturelle forskjeller, kan funnene tyde på at aleksityme sjeldnere søker seg til behandling, samtidig som de bryter denne behandlingene etter kortere tid enn de ikke-aleksityme. El Rasheed poengterer at dette ikke er undersøkt godt nok til å gi mer enn hypoteser om hva som gjør denne sammenhengen.

En annen faktor å rette oppmerksomhet mot er den overlappende rapporteringen av negative affekter, angst, depresjon og rusavhengighet. I Helsedirektoratets retningslinjer for behandling av samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, *Sammensatte tjenester – samtidig behandling* (2011), slås det fast at rusavhengighet og psykisk lidelse henger tett sammen. På bakgrunn av bred internasjonal forskning legges retningslinjer for nasjonal behandling av ruslidelser. Det er med utgangspunkt i at pasienter med psykiske lidelser i større grad har ruslidelser enn psykisk friske, og at pasienter med ruslidelser i større grad er utsatt for samtidige psykiske lidelse en pasienter uten ruslidelser. Landheim et al (2002) fant at

pasienter som kvalifiserte til behandling innenfor russektoren, hadde høy forekomst av sosial fobi (47%) og av depresjon (44%). Dette vitner om en pasientgruppe med sammensatte utfordringer og stor psykisk belastning.

I tillegg til at det synes som om rusavhengighet korrelerer positivt med aleksitymi, synes det som om det, innenfor utvalgene av rusavhengige, finnes en positiv korrelasjon mellom angst, depresjon og aleksitymi (Haviland et al., 1994; Thorberg & Lyvers, 2006). Speranza et al (2004) undersøkte disse parameterne opp mot hverandre i et utvalg bestående av pasienter med ulike avhengigheter. Studien fant sterke signifikante korrelasjoner mellom alle variablene. De brukte TAS 20 for å måle aleksitymi, Becks Depression Inventory 13 og Depressive Experiences Questionnaire for depresjon, og Interpersonal Dependency Inventory for avhengighet. De gjennomførte en stianalyse på disse variablene, som antydte at en aleksitym personlighet sammen med en depressiv prosess økte sannsynligheten for å utvikle avhengighet (Speranza 2004). Stianalyse er en omdiskutert metode for å se retning i korrelasjoner fra tversnittundersøkelser. Funnene må derfor håndteres med varsomhet, men være kan antyde sammenhenger som igjen kan danne utgangspunkt for videre forskning.

Forskning på aleksitymi og rusavhengighet gir ikke bare entydige resultater. Cleland et al (2005) sin studie av aleksitymi blant rusavhengige i poliklinisk behandling er et eksempel på det. De undersøkte aleksitymi ved hjelp av TAS 20 hos 230 rusavhengige i poliklinisk behandling, og sammenlignet sine tall med en studie fra 1994 hvor Bagby, Parker og Taylor undersøkte aleksitymi blant en gruppe psykiatriske pasienter og en kontrollgruppe av studenter. Cleland et al fant ingen signifikant forskjell i aleksitymiskår mellom deres utvalg av rusavhengige og kontrollgruppen av friske studenter. Disse skåret henholdsvis 47,48 og 47,54 på TAS 20. Det de derimot så, var signifikant forskjell mellom den rusavhengige og friske gruppen på den ene siden og den psykiatriske gruppen, fra Bagby et al sin studie, på den andre. Utvalget av psykiatriske pasienter hadde markant høyere aleksitymiskår enn de to andre gruppene med 54,86 (Cleland et al., 2005). Ved siden av å undersøke TAS som måleinstrument for aleksitymi blant rusavhengige, inkluderte Cleland et al en annen faktor, nemlig alliansen mellom pasient og behandler. Alliansen som en terapeutisk ferdighet defineres som 1) enighet om mål (goal), 2) enighet om hvordan målene skal nås (task) og 3) relasjonen mellom pasient og behandler (bond) (Summers & Barber, 2003), og graden av opplevd alliansen, spesielt fra pasientens side, antas å predikere behandlingens utfall. Cleland

et al brukte Helping Alliance Questionnaire for å måle alliansen, og de fant at aleksitymi korrelerer negativt med allianse ($r = -0,23$ $p < 0,01$). Dette antyder at personer med høyere grad av aleksitymi vil ha større sjans for å oppleve dårlige allianser med sine behandlere, noe som kan innvirke negativt på pasientens utbytte av behandlingen (Cleland et al., 2005).

Gjennomgangen over viser et forskningsfelt med spenn i tid og sted, samt stor variasjon av variabler det er sett på sammen med aleksitymi. Samtlige forskere konkluderer med et behov for videre utforskning av både begrepet aleksitymi i seg selv og fenomenets forekomst og relevans for rusavhengige. De fleste studier finner at rusavhengige er mer aleksityme enn normalbefolkningen, og at dette dermed er en viktig tematikk og et relevant begrep i behandling av denne pasientgruppen. I tillegg viser forskningen at det er sterk sammenheng mellom aleksitymi, angst og depresjon, og at rusavhengige er mer symptombelastet enn normalbefolkningen når det gjelder disse områdene innenfor psykisk helse. Pasientenes psykiske helse er dermed en viktig faktor i forskningen på aleksitymi, og det er fortsatt mange ubesvarte spørsmål å fokusere på; Hva er det som gjør at rusavhengige er mer aleksityme enn friske kontrollgrupper? Er det noen typer rusavhengige som er mer aleksityme enn andre, henger dette sammen med foretrukket rusmiddel? Er det aleksityme som blir rusavhengige eller er det rusavhengige som blir aleksityme? Hvilken rolle spiller psykisk helse, spesielt angst og depresjon, i dette? Hvilken rolle har følelser i behandling av rusavhengighet? Hva slags behandlingsmetode er egnet for de aleksityme?

1.6 Formål og forskningsspørsmål

Det er med utgangspunkt i behovet for ytterligere forskning at gjeldende prosjekt ble igangsatt. Etter flere års arbeid i rusfeltet så forskeren at følelser var en gjenganger som tema rundt pasientene. Behandlerne brukte ofte spørsmål rundt følelsesopplevelser og etterspurte uttrykte følelser for å forklare og belyse hendelser og valg den enkelte pasienten foretok. Mange pasienter viste frustrasjon i slike samtaler, eller også fremsto å ikke forstå hva det ble spurt etter. Mange behandlere viste tilsvarende frustrasjon over å ikke komme noen vei, å ikke klare å finne veien sammen med pasienten og å ikke forstå hva som var grunnen til manglende framdrift. Temaet er aktuelt både for pasienter og behandlere.

Det er nærliggende å påstå at temaet er aktuelt for samfunnet for øvrig også. Ifølge Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) (2011) har Norge mange injiserende rusavhengige og mange overdosedødsfall i forhold til andre vestlige land, og det kan antas at nordmenn tross mindre eksperimentelt og rekreasjonelt rusbruk, har mer problemfylt rusbruk Norge har en større gruppe mennesker med alvorlig rusavhengighet enn andre vestlige land, til tross for at det i forhold til befolkningstall er færre som har prøvd illegale rusmidler enn ellers i Europa. I SIRUS-rapporten Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet (Skretting & Storvoll, 2011), beskrives blant annet hvordan rusavhengighet har implikasjoner utover den enkelte avhengige. Uten å sette en sum i kroner på kostnadene samfunnet har rundt rusavhengige, nevnes kostnader til forebygging, behandling, sosial- og helsetjenester, trygdeytelser, tollpoliti- og rettsvesen, og ikke minst de sosiale og følelsesmessige påkjenningene det er å ha en rusavhengig i familien eller nær relasjon.

Dette kapitlet startet med noen spørsmål; *Hva er følelser? Hva er rusavhengighet? Hvordan er de relevante for hverandre?* I lys av forskningsgjennomgangen som er beskrevet over, førte disse til ett nytt spørsmål; *Kan dette belyses ved hjelp av begrepet aleksitymi?* Som i neste omgang gjorde utgangspunktet for konkretisering av problemstillingen for studien: ***"På hvilken måte kan aleksitymi være et relevant begrep i møte med rusavhengige i behandling?"***

Målet med studien var å teste hypotesene a) at rusavhengige skårer høyt på aleksitymi, b) at rusavhengige i gjennomsnitt skårer høyere enn normalbefolkningen, c) at rusavhengige skårer høyt på psykisk belastning, d) at det er sammenheng mellom høy aleksitymi og høy psykisk belastning og dermed e) at aleksitymi er en relevant faktor å ta med inn i behandlingshverdagen.

Følgende forskningsspørsmål ble definert:

- 1) Hvem er utvalget? Alder, kjønn og rushistorie hos respondentene.
- 2) Hvordan fordeler utvalget seg på skårene for aleksitymi og psykisk helse?
- 3) Er det signifikant sammenheng mellom aleksitymiskår og noen av variablene for demografi og rus- og behandlingshistorie?
- 4) Er det signifikant sammenheng mellom skår for aleksitymi og psykisk helse?
- 5) Hvordan ser resultatene for utvalget ut sammenlignet med tidligere studier?

- 6) Hva kan være implikasjoner for forståelse og behandling av rusavhengige ut ifra disse resultatene?

Studien søkte å svare på disse spørsmålene og gjennom dem kunne antyde hvorvidt aleksitymi er et relevant begrep for behandlere og pasienter i rusbehandling. Den var den første forskningsstudien som undersøkte forekomsten av aleksitymi blant rusavhengige i Norge og det overordnede målet var å bidra til et bedret behandlingstilbud gjennom å øke forståelsen for og kunnskapen om problematikken de rusavhengige bringer med seg til behandlingsinstitusjonene.

2 Metode

På bakgrunn av studiens formål om å beskrive forekomsten av et fenomen (aleksitymi) i en bestemt gruppe mennesker (rusavhengige i behandling), ble kvantitativ metode og statistisk analyse valgt.

Ved hjelp av kvantitativ data kunne resultatene vise grad, mengde og fordeling innenfor utvalget, som igjen la grunnlaget for å gjøre antakelser for en større gruppe enn utvalget, rusavhengige generelt.

Studien ble gjennomført som en deskriptiv tverrsnittstudie og datainnsamling ble gjennomført ved hjelp av selvutfyllingsskjema. Den valgte metoden ga føringer for type data og resultater det var mulig å trekke ut av studien. En tverrsnittstudie er en engangshendelse, det samles data innenfor et bestemt tidsrom, en gang. Valgte variabler og utvalg ga derfor en beskrivelse av status quo, men kunne ikke gi grunnlag for analyser om utvikling i tid eller årsaksforhold mellom variablene. En kvalitativ studie ville ha gitt muligheten for å få inngående kjennskap til den enkelte respondents opplevelse, egenart eller omstendighet. På den andre siden ville en kvalitativ tilnærming ikke gitt muligheten for å se på fordeling om omfang i gruppen som helhet. Resultatene fra analysene i denne studien vil derimot kunne danne grunnlaget for slike kvalitative dybdestudier.

Dette kapitlet beskriver studiens metodiske grunnlag og gjennomføring. Nærmere bestemt utvalg, verktøy, gjennomføring og noen av de viktigste etiske vurderingene som er gjort i forbindelse med gjennomføring av studien.

2.1 Tyrilistiftelsen

”Det er ingen fortid som er så belastet at ikke framtiden kan bli annerledes.” (Tyrili.no, 2013)

Som rekrutteringsbase for respondenter til studien ble Tyrilistiftelsen spurt. Forskeren hadde kjennskap til Tyrilis organisasjon, ledelse og pasientgruppe fra tidligere ansettelsesforhold. Stiftelsesledelsen godkjente prosjektet og å stille pasientgruppen til disposisjon for forespørsel om deltakelse i studien. For å gi en forståelse av pasientgruppen respondentene ble rekruttert fra, blir Stiftelsen og rammene for pasientgruppe beskrevet under.

Organisasjon og ideologisk ramme

Tyrilistiftelsen er en privat stiftelse som tilbyr behandling for rusavhengige. Behandlingstilbudet består av ulike typer plasser, alle med individuell og tverrfaglig oppfølging. Ideologisk støtter Tyrilistiftelsen seg på et humanistisk menneskesyn og en psyko-sosial forståelse av rusavhengighet.

Tyrilistiftelsen baserer sin behandling på en helhetlig forståelse av rusavhengighet og bruker blant annet fellesskap, miljø, individuell terapi og arbeidstrening som verktøy. Dette for å gi pasientene utviklingsmuligheter i forhold til sin avhengighet, fysisk og psykisk helse og sosiale ferdigheter. Rusfrihet er et absolutt krav for å oppholde seg på Tyrili sine enheter. Dersom en pasient ruser seg blir denne vist bort fra området og må avruses før han/hun kan komme tilbake. Det tas urinprøver både rutinemessig og ved konkret mistanke om rusing for å sikre et rusfritt miljø.

Pasienter i Tyrilistiftelsen

Tabell 1: Oversikt over de ulike enhetene og plassfordeling i Tyrili (jmf. elevmalen fra Inntaksavdelingen i stiftelsen, personlig kommunikasjon, februar 2013)

Enhet	Beliggenhet	Antall avtaleplasser			SUM
		Helse	Kommune	Barnevern	
Tyrilitunet	Mesnali	21,5	-	3	24,5
Tyrili Frankmo	Grimsbu	13	-	7	20
Tyrili Haugen	Lismarka	8	20	-	28
Tyrili Arena	Tøyen, Oslo	5	-	-	5
Tyrili Kampen	Kampen, Oslo	28	-	1	29
Tyrili Snipetorp	Skien	18	-	1	19
Tyrili Høvringen	Trondheim	23	-	-	23
SUM – Tyrili		116,5	20	12	148,5
Uplasserte*		3	-	4	
Stifinner'n**	Oslo	Fengsel	-	-	-
	Bredtveit		-	-	-

* Malen åpner for 3 såkalte gjesteplasser. Dette er ikke-avtalefestede plasser, men plasser som helseforetak uten plassavtale kan kjøpe.

** Stifinnerenhetene i Oslo Fengsel og på Bredtveit Fengsel er unntatt elevmalen for Tyrili da pasientene er underlagt Straffegjennomføringsloven og Kriminalomsorgen.

Pasienter som søker seg til Tyrilistiftelsen er en heterogen gruppe mennesker, med det ene til felles at de har en rusavhengighet og ønsker hjelp for denne.

Tyrilis pasientplasser er fordelt i hovedsak på avtaler med de to helseforetakene Helse Sør-Øst og Helse Midt, og utgjør ca 150 plasser, fordelingen av disse er vist over, i tabell 1. Oppfølgingsplasser innen kommunehelsetjenesten omfatter i hovedsak behandlingsplasser etter avtale med Oslo Kommune. I tillegg kan helseforetakene i andre regioner og kommuner kjøpe enkeltplasser til pasienter fra sin landsdel eller kommune, men disse er i mindretall. Det vil si at de fleste respondentene i denne studiens utvalg kommer fra øst- og midt- Norge.

Innenfor Tyrilisystemet kan pasienter skrives inn til langtids døgnbehandling (inntil 12 måneder) og korttids døgnbehandling (inntil 6 måneder) innenfor spesialisthelsetjenesten, trebaseplasseringer innenfor barnevernet og oppfølgingsplasser innenfor kommunehelsetjenesten.

Vurderingsinstans ved sykehusene i den aktuelle regionen vurderer pasientrettigheter og behandlingsbehov før henvisning sendes Tyrili. I dette arbeidet ligger det til grunn at det er rusproblematikk som er den primære problematikken pasienten søker behandling for. Dersom det finnes at pasienten har alvorlig psykisk lidelse som hindrer pasientens utbytte av behandlingen, eller at pasientens primære behov er hjelp til andre ting enn rusavhengigheten vil inntakskontoret i stiftelsen vurdere en eventuell videre henvisning til et bedre egnet behandlingstilbud for vedkommende. Dersom pasienten er en aktuell kandidat for Tyrili, gjør inntakskontoret en vurdering av søkere i forhold til livssituasjon, rushistorie og motivasjon. Dette utgjør grunnlaget for vedtak om plass.

Psykisk helseundersøkelse i Tyrili

”Undersøkelser gjort i 2005 og 2007 bekrefter at pasienter i Tyrili har til dels store psykiske problemer, som det forutsettes at Tyrili må kunne gjøre noe med.” (Johansen & Laneskog, 2008, s.14)

Johansen og Laneskog (2008) fant at pasienter i Tyrili hadde høy forekomst av psykisk lidelse som tilleggsproblematikk. De mest fremtredende områdene var tvangstrekk og konsentrasjonsvansker, depresjon, mellompersonlig sensitivitet og sosial angst (kategorisert jamfør SCL-90). Dette er funn som samsvarer med andre undersøkelser innenfor lignende utvalg (Landheim et al., 2002). I tillegg så de at kvinner rapporterte jevnt over høyere

symptomtrykk enn menn, men at de samtidig også viser en større bedring i takt med tid i behandling.

Såpas høy psykisk belastning i gruppen kan synes motstridende med det som tidligere er beskrevet som diskvalifiserende for inntak i Tyrili. Erfaring og forskning tilsier at det er høy forekomst av psykisk lidelse hos rusavhengige. Om dette påvirker inntaksvurderingen eller ikke er avhengig av om pasientens psykiske belastning er så alvorlig at den vil være til hinder for å nyttiggjøre seg behandlingstilbudet. Denne vurderingen gjøres sammen med den enkelte søker og dennes ansvarsgruppe. Psykisk lidelse i seg selv er altså ikke grunnlag for avslag, men graden av psykisk belastning og hvorvidt Tyrilis rusbehandlingstilbud er hensiktsmessig.

2.2 Deltakere

Utvalget for denne studien var voksne kvinner og menn med primærproblematikk innen rus, med og uten psykisk, sosial eller annen tilleggsproblematikk, som var frivillig innskrevet til behandling for rusavhengighet i Tyrilistiftelsen på undersøkelsestidspunktet. Dette utgjorde totalt 164 mulige respondenter å rekruttere fra.

Rusavhengige *i behandling* ble valgt for å kunne utelukke ruspåvirkning på undersøkelsestidspunkt. Å sikre rusfrihet under utfylling av spørreskjema ble ansett som essensielt for sannhets og gyldighetsgehalten i respondentenes besvarelser, og ville derfor igjen være avgjørende for studiens reliabilitet.

I denne studien defineres den enkelte respondent som *rusavhengig* i kraft av sitt eget ønske om rusavhengighetsbehandling og dermed frivillig plass i Tyrili. Frivillighetskriteriet ble sikret gjennom å begrense mulige deltakere til de pasientene som var på frivillige vedtak. Innenfor gruppen pasienter i Tyrili var dermed tvangsvedtak ene eksklusjonskriteriet. Pasienter på tvangsvedtak var dermed unntatt utvalget. Voksne på tvangsvedtak etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 10-2, tvungen behandling på grunn av destruktiv rusing i den grad at det er alvorlig fare for eget liv, og kvinner på tvangsvedtak etter § 10-3, gravide kvinner hvor tvangsvedtak brukes for å beskytte det ufødte barnet ("Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.," 2011). Det andre eksklusjonskriteriet var pasienter plassert etter Barnevernsloven. Både de på frivillige paragrafer § 4-26 og de på tvangsparagrafer § 4-

24 og §4-25 ("Lov om barnevernstjenester," 1992). Begge disse eksklusjonene ble også gjort av etiske hensyn, noe som diskuteres under "2.6 Etikk".

Pasientene ved fengselsenheten Stifinneren ble regnet som frivillige i Tyrili, på tross av tvangssituasjonen det er å være innsatt i fengsel. Pasientene hadde selv søkt seg inn til Stifinner avdelingen, og ble dermed vurdert å oppfylle kravet om frivillighet for å være en del av utvalget til studien.

2.3 Verktøy / instrument

Tabell 2: Helheten i spørreskjemaet

Nr	Spm nr	Kategori	Beskrivelse
1	1	Personinformasjon	Kjønn
2	2	Personinformasjon	Alder
3	3	Behandlingsinformasjon	Tid i behandlingsinstitusjon
4	4	Rushistorie	Alder første illegale rus
5	5	Rushistorie	Mest brukte rusmiddel
6	6	Rushistorie	Mest problematiske rusmiddel
7	7-26	TAS 20	Grad av aleksitymi
7-1		TAS 20 – delfaktor F1	Vanskeligheter med å gjenkjenne følelser
7-2		TAS 20 – delfaktor F2	Vanskeligheter med å uttrykke følelser
7-3		TAS 20 – delfaktor F3	Eksternaliserende kognitivt mønster
8	27-36	SCL 10	Grad av symptomtrykk
9	37-48	GHQ 12	Grad av generell helsesituasjon

For å sikre sammenlignbar og standardisert data fra respondentene ble prestrukturert spørreskjema benyttet. Det eneste åpne spørsmålet som ga mulighet for egenformulerte svar var et tillegg på slutten av skjemaet hvor respondenten kunne skrive inn eventuelle kommentarer eller innspill, denne inngikk ikke i selve undersøkelsen. Svarene ble heller ikke inkludert i analysearbeidet.

Ved å bruke et selvutfyllingsskjema ble det mulig å innhente data fra langt flere respondenter enn dersom forskeren skulle intervjuet hver enkelt respondent. Dette var praktisk

hensiktsmessig også da respondentene befant seg i ulike byer. Ved å øke antall respondenter økte også resultatenes reliabilitet.

For å sikre validitet og reliabilitet i resultatene, ble det brukt standardiserte skåringsverktøy utviklet for selvutfylling. Dette sikret også muligheten for å sammenligne resultatene med tidligere studier. Den første delen av spørreskjemaet ble laget spesifikt til denne undersøkelsen i samarbeid med Tyrilis avdeling for forskning og utvikling (FoU).

Tabell 2 viser fordelingen av variablene på spørsmålene i spørreskjemaet og lister opp de ni med delfaktorer. Spørreskjemaet som helhet (vedlegg 3) besto altså av til sammen 48 spørsmål og påstander som til sammen ga 9 variabler til analysen, inkludert tre undervariabler for TAS 20. Disse ga informasjon om respondenten, respondentens rus og behandlingshistorie, respondentens skår på aleksitymi og respondentens egenvurdering av psykisk belastning med fokus på angst og depresjon.

Demografi

De to inkluderte variablene, alder og kjønn, ble tatt med for å kunne differensiere respondentene og dermed analysere mer spesifikt innenfor gruppen rusavhengige. Svaralternativene for aldersgruppe var ønsket å dele i grove nok kategorier til å beskytte den enkeltes personvern innenfor utvalget. Det resulterte i kategoriene 1) 25 år eller yngre og 2) 26 år eller eldre.

Rus- og behandlings- historie

Den norske European Addiction Severity Index (EuropASI), oversatt og tilrettelagt av Lauritzen og Nøkleby (2010) brukes som kartleggingsverktøy i Tyrili. Dette verktøyet ble brukt som inspirasjon til utforming av disse spørsmålene. Ingen av spørsmålene ble hentet direkte herfra, men diskutert og gjennomgått med Tyrilis avdeling for forskning og utvikling. Av erfaring synes mange at inndelingen og spørsmålene rundt rusmiddelbruk i EuropASI er krevende å besvare. Ved å lage større kategorier for type rusmiddel, og å begrense spesifisiteten på svaralternativene var målet å lage spørsmål som var tydelige, forståelige og kortfattede. Det ble inkludert fire variabler som beskrev den enkeltes rus og

behandlingshistorie; *Tid i behandling, alder ved rusdebut, mest brukte rusmiddel og mest problematiske rusmiddel.*

For variabelen *tid i behandling* ble svaralternativene satt til 1) 3 måneder eller kortere, 2) 3-12 måneder og 3) mer enn 12 måneder. På samme måte som for variabelen *alder*, ble de grove kategoriene satt for å begrense gjenkjennbarheten innenfor utvalget, men allikevel beholde muligheten for å se variasjoner over variabler i forhold til tid i behandling. I denne variabelen ble det presisert at det gjaldt tid i behandling *på denne enheten*, da mange har tidligere opphold i rusbehandlingsinstitusjon bak seg og dermed mange kunne antas å ha over 12 måneder i behandling totalt.

Alder ved rusdebut ble inkludert for å gi et bilde av hvor tidlig i livet rusproblematikken var blitt aktuell for gruppen, og for å kunne se etter sammenhenger mellom dette og andre variabler.

Delingen mellom *mest brukte rusmiddel* og *mest problematiske rusmiddel* ble foreslått av en medarbeider ved Tyrilis avdeling for forskning og utvikling. Med tanke på at respondentene ble bedt om å velge en enkelt rusmiddelgruppe på hvert av spørsmålene, ble disse to formuleringene valgt for å få mer presis informasjon og å få et bredere bilde av rusmønsteret i utvalget. Rusmidlene ble hovedsakelig gruppert etter psykoaktiv effekt, med unntak av de generelle gruppene *medikamenter* og *annet*. Rusmiddelgruppene var *cannabis, opiater, sentralstimulerende, hallusinogener*, disse ble presentert og diskutert med tidligere pasienter i Tyrilistiftelsen for å få kategorier som var uttømmende, gjensidig utelukkende og samtidig ikke for mange. Det var et bevisst valg å ikke gi alternativet ”Flere rusmidler” på disse to spørsmålene, da det ble antatt at mange ville valgt dette på bakgrunn av blandingsmisbruk, noe som ville begrenset studiens analysemuligheter.

Aleksitymi

Toronto Alexithymia Scale (TAS) 20 er et selvskåringsverktøy utviklet for å måle graden av aleksitymi. Det opprinnelige verktøyet som inneholdt 26 spørsmål ble etter en grundig gjennomarbeiding endret og forkortet til 20 spørsmål (Bagby, Parker & Taylor, 1994). Gjennom dette arbeidet kontrollerte Bagby, Parker og Taylor samtidig reliabiliteten og den interne validiteten av verktøyet. De fant at spørsmålene som skulle måle fantasiliv og

drømmeverden var de svakeste i måling av reliabilitet opp mot totalskåren. Konklusjonen deres var at det nye TAS 20 hadde best validitet som en skår bestående av tre faktorer; F1) vanskeligheter med å identifisere følelser, F2) vanskeligheter med å uttrykke følelser og F3) eksteraliserende kognitive mønstre (Bagby et al., 1994). I vedlegg 4 vises fordelingen av spørsmål på delfaktorer (Thorberg, Young, Sullivan, Lyvers & Hurst, 2010).

Den norske oversettelsen av TAS 20 som ble brukt, var utarbeidet av professor dr. med. Ulrik Malt ved Avdeling for Nevropsykiatri og Psykosomatisk Medisin ved Oslo Universitetssykehus (personlig kommunikasjon fra Per Nerdrum, august 2012). Studier viser at validiteten av TAS bevares på tvers av kulturer og språk (Taylor, Bagby & Parker, 2003). Det kommenteres dog at dette ikke betyr at en kan overføre terskelverdi eller gjennomsnitt uavhengig av nasjon og kultur. Skandinaviske studier trekkes ut som et eksempel på en internt sammenlignbar gruppe, men som viser lavere skår for aleksitymi enn nord amerikanske studier (Taylor et al., 2003).

TAS 20 består av 20 påstander hvor respondenten skårer i hvilken grad han/hun er enig i at påstanden er gyldig for dem selv. Respondentene skåret seg som ”sterkt uenig”, ”moderat uenig”, ”verken enig eller uenig”, ”moderat enig” eller ”sterkt enig”. Svarene ble numerisk kodet om til verdiene 1 til 5, med mulig sumskår mellom 20 og 100. Summen av svarene utgjør respondentens totale aleksitymiskår, hvor 51 eller mindre vurderes som ikke-aleksitym, 52 - 60 mulig aleksitym og 61 eller mer som aleksitym i sterkere grad jo høyere verdi (Taylor et al., 1997). Av de 20 spørsmålene er det 5 omvendte spørsmål hvor svarene inverteres før summering. Dette gjelder spørsmålene 4, 5, 10, 18 og 19. Delskårene kan analyseres for seg, og kan regnes ut som sum av de enkelte spørsmålene innenfor delskåren, eller som gjennomsnitt av de samme spørsmålene. Da det er noe ulikt antall spørsmål innenfor hver delskår vil sammenligninger mellom delskårene være hensiktsmessig med gjennomsnitt. Delfaktor F1 –Vanskeligheter med å identifisere følelser har 6 spørsmål. Sumskåren på denne delskåren vil derfor være mellom 6 og 30, mens delskårens gjennomsnitt vil være denne summen delt på 6. Delfaktor F2 – Vanskeligheter med å uttrykke følelser har 5 spørsmål, med sumskår mellom 5 og 25. Delfaktor F3 – Eksteraliserende kognitivt mønster har 9 spørsmål, med sumskår mellom 9 og 45 (se vedlegg 4).

Valideringsstudier for utvalg av rusavhengige pasienter er gjort av blant andre Haviland et al. (1988), da med utgangspunkt i TAS 26. Her konkluderes det med at TAS har god reliabilitet

og validitet for å måle aleksitymi hos rusavhengige, noe som underbygges av Cleland et al. (2005). De presiserer samtidig, i begge studier, at de finner mangler ved enkelte av spørsmålene og presiserer muligheten for ytterligere forbedring av verktøyet. Thorberg gjennomførte en faktoranalyse av TAS 20 i et utvalg av alkoholavhengige i Australia, som skåret i gjennomsnitt 53,82 (s.d. 11,87). Han konkluderer, i tråd med blant andre Cleland et al, med at TAS 20 er et valid verktøy for rusavhengige, men støtter funnene om at faktoren F3 Eksternaliserende kognitivt mønster bør utvikles og tilpasses denne pasientgruppen, da den ikke viser seg å ha lavere reliabilitet enn de to andre faktorene (Cleland et al., 2005; Speranza et al., 2004; Thorberg et al., 2010).

Psykisk helse

Det ble valgt å inkludere to skåringsverktøy for psykisk belastning for å sikre reliabiliteten i informasjonen. Begge verktøyene er kortversjoner av langt mer omfattende selvutfyllingsskjema. General Health Questionnaire (GHQ) 12 gir muligheten for å måle positiv helse, mens Hopkins Symptom Checklist (SCL) 10 kun gir grad av eller fravær av negativ helse. I tillegg har GHQ et eksplisitt endringsaspekt i at respondenten bes om å svare på nåværende situasjon i forhold til normalen. Da begge verktøyene målte psykisk helsesituasjon, var det forventet å finne sterk korrelasjon mellom de to målene for respondentenes psykiske helse. Under beskrives de to hver for seg.

Hopkins Symptom Checklist 10

Hopkins Symptom Checklist (SCL) 10 er en forkortet versjon av den opprinnelige SCL 90, som ble utviklet for å måle pasienters symptomtrykk og psykopatologi innenfor de 9 kategoriene somatisering, tvang, mellommenneskelig sensitivitet, depresjon, angst, fiendtlighet, fobisk angst, paranoide trekk og psykotiske trekk (Derogatis & Lazarus, 1994). SCL10 inneholder variablene som kartlegger symptomtrykk innenfor de to kategoriene angst og depresjon.

Strand et al. (2003) har vist hvordan resultater i SCL 10 korrelerer så godt med det lengre SCL 25, at de anbefaler å bruke den kortere versjonen, spesielt i studier der det er et poeng å begrense omfanget av spørreskjemaet. I gjeldende studie var dette hensiktsmessig for å gjøre deltakelse mest mulig overkommelig og kortfattet, og dermed ikke miste respondenter på grunn av lengden på undersøkelsen. Tidligere forskning innen Tyrili rapporterer gode

erfaringer med bruken av SCL, da verktøyet oppleves lite provoserende og er lett å administrere (Johansen & Laneskog, 2008). Helsedirektoratet anbefaler bruken av SCL-10 for å kartlegge angst og depresjon (2011) og den norske versjonen fra deres hjemmesider ble brukt (Helsedirektoratet, 2004).

SCL-10 består av 10 beskrivelser av opplevelser. Respondenten skal gradere relevansen av den enkelte opplevelsen for sitt liv den siste uken. Svarene i verktøyet er definert til ”ikke plaget”, ”litt plaget”, ”ganske mye plaget” og ”veldig mye plaget”. Svarene kodes til numeriske verdier fra 1 til 4, hvor 1 = ”ikke plaget” til 4 = ”veldig mye”. Svarene på hver av de 10 spørsmålene summeres og deles på 10, det er denne gjennomsnittsverdien som utgjør respondentens skår. Lavest mulige skår, som tyder på mest positiv helse er 0 og høyeste skår med mest negativ psykisk belastning er 4. Det er ingen absolutt fasit for terskelverdien for psykopatologi, men for voksne anslåes den til 1,85 (Strand et al., 2003).

General Health Questionnaire 12

General Health Questionnaire 12 (GHQ-12) er en forkortet versjon av den opprinnelige GHQ-60 som ble utviklet av Goldberg og Williams (1988) for å måle generelt psykologisk stress og er heller et kartleggingsverktøy enn et diagnostisk verktøy. GHQ fokuserer på endring i funksjon fra normalen. Det spørres presist om hvorvidt respondenten, de siste 14 dagene, har opplevd mer eller mindre psykisk belastning, sammenlignet med det de normalt sett gjør. GHQ-12 er det korteste og mest anvendte av de ulike GHQ verktøyene (Lesage, Martens-Resende, Deschamps & Berjot, 2011).

Studier viser at GHQ 12 beholder sin validitet og reliabilitet på tvers av kulturer og oversettelser (Goldberg & Williams, 1988). Den norske versjonen brukt i gjeldende studie er den samme som er brukt i StudData-undersøkelsene ved Høgskolen i Oslo (2000).

GHQ-12 er bygget opp av 12 spørsmål om hvordan respondenten har hatt det de siste 14 dager. Halvparten av spørsmålene er positivt ladet og skåres ”mer enn vanlig”, ”samme som vanlig”, ”mindre enn vanlig” eller ”mye mindre enn vanlig”. Resten av spørsmålene er negativt ladet og skåres ”ikke i det hele tatt”, ”ikke mer enn vanlig”, ”heller mer enn vanlig”, ”mye mer enn vanlig”. Svarene kodes til numeriske verdier, og det finnes ulike måter å gjøre dette på. En måte er å bruke Likertskår, som koder svarene i stigende rekkefølge 0-1-2-3. Den numeriske skåren representerer svarene slik for de positivt ladede spørsmålene 0 = ”mer enn vanlig”, 1 = ”samme som vanlig”, 2 = ”mindre enn vanlig” og 3 = ”mye mindre enn vanlig”.

Og slik for de negativt ladede spørsmålene: 0 = ”ikke i det hele tatt”, 1 = ”ikke mer enn vanlig”, 2 = ”heller mer enn vanlig” og 3 = ”mye mer enn vanlig”. På den måten representerer høyere skår, mer negativ helse på alle spørsmålene. Summen av svarene utgjør respondentens skår og stigende tall betyr stigende grad av psykisk belastning, med mulig sumskår mellom 0 og 36. Denne måten å kode på gir et bredt spekter i resultatene, noe som kan lette den statistiske analysen (Hardy, Shapiro, Rick & Haynes, 1999). Et alternativ til Likertskår er en caseskår, hvor svarene kodes numerisk 0-0-1-1. Summen av svarene blir respondentens totalskår og en sumskår på under 4 regnes som ikke psykisk belastet og 4 eller høyere regnes som psykisk belastet (Nerdrum, Rustøen & Rønnestad, 2009). Caseskåren brukes som et utgangspunkt, blant annet, for å screene for psykisk belastning, og å skille de psykiske ”casene” fra de som ikke har belastning nok til å regnes som et case. I denne studien ble caseskår brukt for å identifisere caser i utvalget og de deskriptive resultatene for GHQ 12. Likertskår ble brukt i analyser hvor det var et poeng med en størst mulig bredde i materialet, det vil si korrelasjonstester, t-tester og ANOVA tester opp mot andre variabler.

2.4 Gjennomføring av datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført i samarbeid med Forskning og Utviklingsavdelingen i Tyrili. I tillegg var det en kontaktperson blant de ansatte på hver enhet i henhold til prosjektskisse godkjent av Regionale Komiteer medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

I forkant av gjennomføring fikk kontaktpersonen tilsendt en kjøreplan for gjennomføring (vedlegg 1), utfyllende informasjon om prosjektet, informasjonsskriv og forespørsel om samtykke (vedlegg 2), link til det elektroniske skjemaet og en kopi av papirversjonen. På bakgrunn av telefonsamtaler og skriftlig kommunikasjon med den enkelte kontaktperson, valgte enheten selv om de ønsket å gjennomføre datainnsamling i papirversjon eller elektronisk. Den elektroniske versjonen gjennomført ved hjelp av det nettbaserte programmet Questback.

På fengselsenheten Stifinner'n måtte det brukes papirversjon da pasientene ikke hadde tilgang til datamaskiner med internett. Bakgrunnen for valg av medium var ulik tilgang til

datamaskiner på de ulike enhetene og den enkelte kontaktpersons preferanse. 7 av 9 enheter valgte å gjennomføre med papirversjonen av undersøkelsen. Begrunnelsene for dette var praktiske, forklart med tid de hadde til rådighet og en antakelse om større oppslutning ved gjennomføring i papirformat. Stifinner'n på Bredtveit hadde ingen pasienter, på grunn av omlegging, og utgikk derfor fra undersøkelsen. En enhet gjennomførte elektronisk. Da det gjennomgående var høy deltakelse på alle enheter, ble det ikke gjort noen analyse av mulig påvirkning av resultat i forhold til gjennomføringsmetode.

Etter gjennomføring på hver enhet ble informasjon innhentet om de pasientene som ikke var tilstede på institusjonen ved gjennomføring. Fravær skyldtes da at pasienten enten hadde annen avtale, for eksempel ansvarsgruppemøte, legetime eller annet på undersøkelsestidspunktet eller at pasienten var midlertidig ute fra enheten på grunn av en rusepisode. På 3 av enhetene ble undersøkelsen gjennomført over tid, og her ble alle innskrevne pasienter forespurt. Det er derfor rimelig å anta at utvalget av ikke-forespurte pasienter var tilfeldig, noe som styrker representativiteten av resultatene. På bakgrunn av den høye deltakelsesprosenten, ble det ikke gjennomført noen ytterligere frafallsanalyse.

2.5 Statistikk

I denne studien ble statistisk analyse, ved hjelp av SPSS analyseverktøy versjon 19, brukt. For t-testing mellom utvalg ble det nettbaserte analyseverktøyet GraphPad brukt.

De enkelte variablene ble først analysert univariat for å beskrive forekomst, fordeling og sentraltendenser i utvalget. Variablene ble så analysert for korrelasjoner. I alle relevante analyser ble Pearsons r , som korrelasjonskoeffisient brukt. Vurderingen av styrke på korrelasjonen ble satt med utgangspunkt i Cohens inndeling, anbefalt av Pallant (2010). Her foreslås en grovinndeling der Pearsons r på 0,10-0,29 er en svak sammenheng, 0,30-0,49 er moderat og 0,50-1,00 er sterk. Det samme gjelder for negative korrelasjoner, men da med negative tall. Dette er en inndeling som gir korrelasjoner viktighet ved lavere r enn i, for eksempel, naturvitenskapen. Dette er naturlig da humaniora og samfunnsvitenskap studerer kompleksiteten ved mennesket og dermed ikke kan strebe mot absolutte sannheter.

For å sammenligne aleksitymi og psykisk helse mellom ulike grupper innenfor utvalget ble det gjennomført T-tester (independent-sample) der to grupper skulle sammenlignes og ANOVA tester der tre grupper skulle sammenlignes. Dette gjorde det mulig å analysere hvorvidt det var statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene.

For å vurdere signifikansen av korrelasjonene, det vil si sannsynligheten for at samvariasjonen mellom variabler kunne oppstått tilfeldig i utvalget, ble p -verdien beregnet. For alle aktuelle analytiske resultater ble denne referert og vurdert ut ifra valgt signifikansnivå på $<0,05$. Alle refererte prosenter som representerer respondenter ble rundet til nærmeste hele prosent.

For å vurdere enkelte variablers sammenheng med respondentenes TAS skår ble multippel regresjonsanalyse valgt. Denne metoden kunne fortelle hvor stor påvirkning uavhengige variabler (kjønn, alder og lignende) hadde på utfallet av en uavhengig variabel (TAS). På denne måten kunne statistikken hjelpe med å belyse mer spesifikke variasjoner innad i utvalget.

Dersom oppslutningen viste seg å være lav, noe som ikke var forventet, ville det bli gjort estimeringer av gjennomsnitt fra utvalget til populasjonen på variablene TAS, SCL og GHQ.

2.6 Etikk

Forskningsprosjektet ble søkt inn og godkjent av Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK). Under belyses noen av de viktigste etiske utfordringene for studien.

Forskerens rolle

Da forskeren har hatt ansettelsesforhold i Tyrilistiftelsen var det viktig for REK å sikre at dette var tatt høyde for i organiseringen av datainnsamling. Målet med dette var, i størst mulig grad, å hindre muligheten for at forskeren fikk en dobbeltrolle, både behandler og forsker. Dette ble diskutert og belyst for i brevkommunikasjon med REK (vedlegg 5 og 6) og gjennomføringen ble tilrettelagt slik at forskeren ikke hadde direkte kontakt med noen av de

respondentene som kjente henne som behandler fra tidligere. Der gjeldende respondenter befant seg var kontaktpersonen som gjennomførte innsamlingen med muntlig instruksjon og skriftlig veileder fra forskeren (vedlegg 1). Hvorvidt kontaktpersonen var mindre førende for vurderingen av deltakelse, enn forskeren ville vært, er usikkert. Det ble allikevel vurdert at respondentene ville ha lettere med å fritt vurdere deltakelse ovenfor en annenperson (kontaktperson), enn i direkte kommunikasjon med forskeren. Konklusjonen var at den valgte løsningen var den beste mulige innenfor REKs anbefaling.

Samtykke

For å sikre informasjonen respondentene fikk om studien i forkant av deltakelse, ble det skrevet et informasjonsskriv som ble distribuert sammen med samtykkeerklæringen (vedlegg 2). I tillegg ble det skrevet ytterligere informasjon i kjøreplanen enhetsleder fikk i forkant av undersøkelsen (vedlegg 1). Gjennom telefonsamtaler var forskeren tilgjengelig for oppklaring både før og under innsamlingen. Informasjonsmengden i skrevet til respondentene ble etter nøye vurdering utarbeidet med sikte på å balansere tilstrekkelig, nødvendig og tilpasset informasjon, jamfør diskusjoner i for eksempel Kvale og Brinkmann (2010).

Prosjektet er således gjennomført etter forskerens beste evne i henhold til etiske retningslinjer for helseforskning nedfelt i Helsepersonelloven, Pasientrettighetsloven og Helsinkideklarasjonen.

Utsatt pasientgruppe

Respondentgrunnlaget for studien utgjør en utsatt gruppe forskningsmessig, som pasienter og som rusavhengige med ulik psykisk tilleggsproblematikk (Malterud, 2003). For å minimere belastningen for deltakerne ble det gjort ulike grep. 1) Spørreskjemaet utformet i samråd med Tyrilis FoU avdeling. Verktøy og bakgrunnsspørsmål ble valgt med utgangspunkt i undersøkelser som stiftelsen hadde brukt tidligere og dermed hadde god erfaring med. 2) Kategoriene for spørsmål utenfor de standardiserte verktøyene ble gjort store og generelle nok til å sikre anonymitet innenfor utvalget. 3) Antallet enheter ble begrenset der det var mulig, og flere revideringer av relevans og nødvendighet ble gjort. 4) Skjemaet ble i forkant av prosjektstart sendt ut til fem ansatte i stiftelsen for vurdering. Det ble også gjennomgått med

en pasient som ikke svarte på spørsmålene, men ble bedt om å vurdere hvorvidt mengde, type spørsmål og tematikk ville være belastende for gruppen å svare på. Samtlige stilte seg positive til innholdet og tematikken. Flere kommenterte at ordlyden i flere av spørsmålene var lite erfaringsnær for respondentgruppa. Da dette i hovedsak gjaldt spørsmål innenfor de ulike skåringsverktøyene, ble dette ikke tatt til følge og teksten forble som den var. Kommentarer som gjaldt utforming og oppsett, ble i hovedsak innarbeidet før gjennomføring.

3 Resultater

I dette kapitlet beskrives studiens funn. De fire første forskningsspørsmålene belyses; 1) Hvem er utvalget? Respondentenes alder, kjønn og rushistorie. 2) Hvordan fordeler utvalget seg på aleksitymiskåren og på psykisk belastningskårene? 3) Er det signifikant sammenheng mellom aleksitymiskår og mest brukte/mest problematiske rusmiddel, alder ved rusdebut eller tid i behandling? 4) Er det signifikant sammenheng mellom aleksitymiskår, og psykisk belastning?

Figur 1: Flytskjema for deltakere i undersøkelsen



Flytskjemaet over viser rekruttering og frafall. Fra det totale pasientantallet på undersøkelsestidspunktet og til den faktiske respondentgruppen. Den totale aktuelle pasientmassen av voksne, frivillige pasienter i Tyrilistiftelsen ved undersøkelsestidspunktet, var altså 164. Det endelige utvalget på hele 106 respondenter, utgjorde 65% av den totale pasientgruppen, og 81% av de 131 forespurte. Dette ble vurdert som stor oppslutning og ga styrke til resultatene i studien.

Totalantall tilgjengelige pasienter samsvarer ikke nøyaktig med den malen Tyrilistiftelsen opererer med (tabell 1, s 24). Dette er fordi malen til enhver tid regnes ut ifra det totale antall liggedøgn stiftelsen har avtale om med de ulike instansene, og de aktuelle sengeplassene og faktiske inneliggende pasientene varierer rundt denne.

3.1 Deltakerne

Tabell 3: Fordeling av utvalget på variablene for kjønn, alder og tid på behandlingssted

Variabel	Kategori	Antall	% av N
Kjønn	Kvinner	24	24%
	Menn	82	77%
Alder	25 eller yngre	20	19%
	26 eller eldre	86	81%
Tid på behandlingssted	3 måneder eller kortere	25	24%
	3-12 måneder	65	61%
	Mer enn 12 måneder	16	15%

Tabell 3 viser hvordan utvalget fordelte seg på de tre første variablene i spørreskjemaet. Som det fremgår var de fleste respondentene menn, de fleste var 26 år eller eldre og de fleste hadde vært på behandlingsstedet mellom 3 og 12 måneder. Det var ingen signifikant forskjell på aldersfordelingen mellom kjønnene, i kategorien 25 år eller yngre, befant 21% (5) av kvinnene og 18% (15) av mennene seg. Omtrent 80% av begge kjønn var 26 år eller eldre.

Kjønnene fordelte seg likt på kategoriene av tid i behandling, 63% av kvinnene og 61% av mennene svarte 3-12 måneder. Blant de resterende respondentene var det færre som hadde vært på enheten i mer enn 12 måneder (16), enn de som hadde vært i under 3 måneder (25). Det samme gjaldt for aldersgruppene, med to tredjedeler innenfor begge aldersgruppene som hadde vært på behandlingsstedet 3-12 måneder. Dette ga en forventet fordeling ut ifra tidligere beskrevet tidsramme på behandlingsplass i Tyrili.

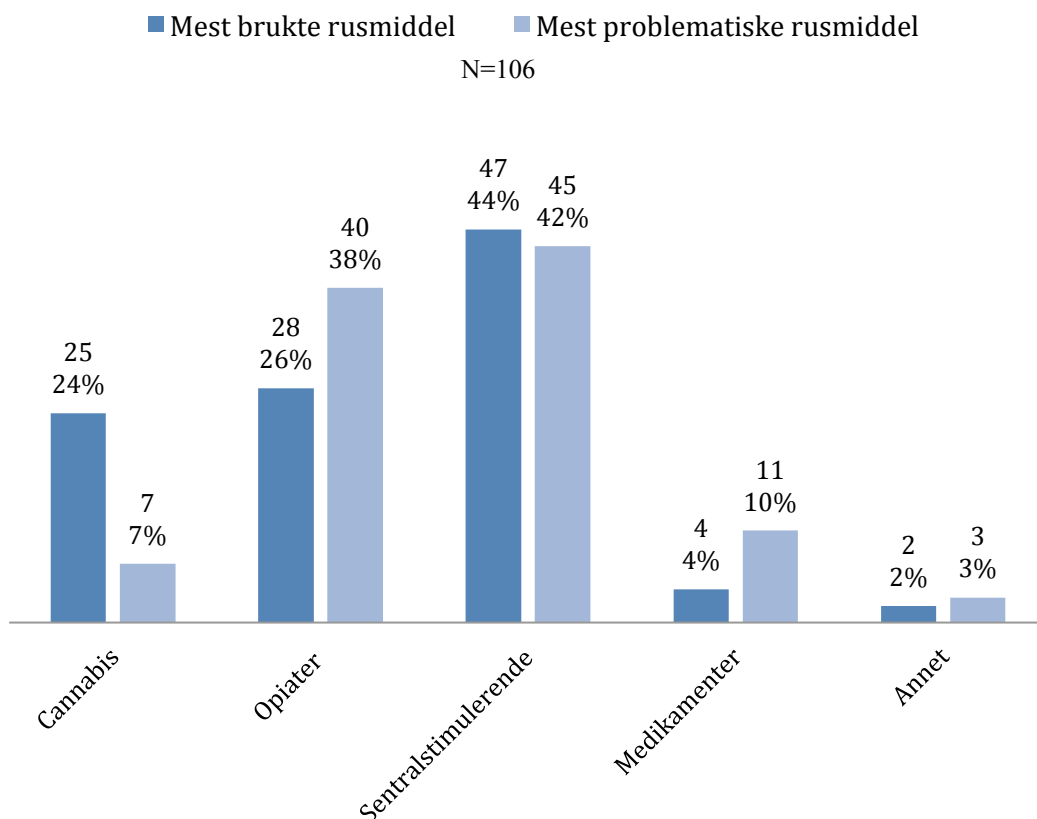
Alder ved rusdebut

Gjennomsnittlig alder for rusdebut var 14,9 år (s.d. 2,50). Spredningen i utvalget fordelte seg mellom 10 år og 28 år. T-test mellom kjønn viste ingen signifikant forskjell ($t = -0,326$, $p = 0,746$), men ved separat analyse av aldersgruppene viste det seg at de som ved undersøkelsestidspunktet var under 25 år i gjennomsnitt hadde sin rusdebut to år tidligere enn de over 25 år, altså ved 12 års alder. Forskjellen mellom aldersgruppene var statistisk signifikant ($t = -3,038$, $p = 0,004$). Hele 95% av respondentene hadde prøvd illegale rusmidler før fylte 18 år.

Rus

For de to spørsmålene om type rusmiddel (*mest brukte* og *mest problemer med*), ble det i spørreskjemaet presisert at respondentene kun skulle angi én rusmiddelkategori på hvert spørsmål. I noen tilfeller hadde respondentene allikevel krysset av for flere kategorier rusmidler. Der disse tilfellene ble den mest spesifikke kategorien av respondentenes svar brukt. Spesifisitet ble da beregnet etter psykoaktiv effekt. Det vil si at dersom respondenten krysset av for både *sentralstimulerende midler* og *medikamenter*, ble sentralstimulerende brukt i analysen. På samme måte ble opiatet valgt, der respondenten hadde krysset av for både *opiatet* og *annet*. Med dette innarbeidet ble resultatene som følger.

Figur 2: Søylediagram over mest brukte og mest problematiske rusmiddel



Respondentene fordelte seg på variablene *mest brukte rusmiddel* og *mest problematiske rusmiddel* som vist i grafen over. Kategorien hallusinogener er tatt ut, da ingen anga dette som hverken mest brukte eller mest problematiske rusmiddel.

De aller fleste svarte *opiater* eller *sentralstimulerende* som mest brukte rusmiddel, til sammen 70%. Det var stort sammenfall mellom mest brukte og mest problematiske rusmiddel, med 75 (70%) respondenter som oppga samme rusmiddel for de to spørsmålene. 79% av dem som oppga *opiater* som mest brukte rusmiddel, hadde også *opiater* som mest problematiske, mens hele 96% av dem som oppga *sentralstimulerende* som mest brukte rusmiddel, oppga også dette som mest problematiske. Dette var en motsetning til de som svarte *cannabis* som mest brukte rusmiddel. Av disse var det kun 24% som også oppga *cannabis* som mest problematiske rusmiddel, mens de resterende fordelte seg jevnt over de andre kategoriene for mest problematisk rusmiddel. Variabelen *mest problematiske rusmiddel* ble i det videre brukt som grunnlag for analyse.

Med unntak av kategorien medikamenter, hvor det var færre kvinner enn menn, samsvarte kjønnes fordeling på rusmiddelvariablene. Andelen av kvinner i utvalget var også såpass lite at å gjøre analyser av deres fordeling på rusmiddelkategoriene sammenlignet med menn var statistisk usikkert. I det følgende skilles derfor ikke menn og kvinner ut som egne analytiske grupper.

Blant pasientene som hadde vært i behandling under 12 måneder (N= 90) var det 41 (46%) som oppga sentralstimulerende som mest problematiske rusmiddel, 29 (32%) som oppga *opiater*, og bare noen få enkeltrespondenter innenfor hver av de resterende rusmiddelkategoriene (til sammen 22%). Denne tendensen snudde derimot for gruppen respondenter som hadde vært på behandlingsinstitusjonen i over 12 måneder (N=16). Her var det 69% som anga *opiater* som sitt mest problematiske rusmiddel. Sett opp mot respondentens nåværende alder var det en overvekt av de som anga sentralstimulerende som sitt mest problematiske rusmiddel av de yngste respondentene (25 år eller yngre). For de over 25 år var (N=86) det ganske likt hvor mange som anga *opiater* og hvor mange som anga sentralstimulerende, henholdsvis 38 og 34.

3.2 Aleksitymi

I gjennomsnitt skåret utvalget 56,5 på TAS med et standardavvik på 12,06. Utvalget fordelte seg mellom 29 og 87, med en tilnærmet normalfordeling rundt gjennomsnittsskåren (skjevhet

0.071). Grovt sett fordeler altså utvalget seg med en tredjedel i hver kategori. Nederst linje på tabell 4 viser det totale utvalgets skår på aleksitymi totalt og innenfor de ulike delskårene. Resten av tabellen viser videre hvordan utvalget fordelte seg på de tre kategoriene på aleksitymiskalaen. 39 respondenter skåret mellom 62 og 100 og falt innenfor kategorien aleksityme, 33 skåret mellom 51 og 61 og falt inn i kategorien mulig aleksityme og de 34 siste hadde totalskår på 51 eller mindre og benevnes dermed som ikke aleksityme.

Tabell 4: Fordelingen av utvalget på TAS 20 med delfaktorer.

	TAS 20	F1 *	F2 *	F3 *
Aleksityme (N=39)	69,23	26,08 (3,73)	19,92 (3,98)	23,23 (2,90)
Mulig Aleksityme (N=33)	55,36	19,09 (2,74)	15,48 (3,11)	20,79 (2,60)
Ikke aleksityme (N=34)	43,00	14,68 (2,10)	12,12 (2,46)	16,21 (2,07)
Hele utvalget (N=106)	56,50	20,25 (2,89)	16,04 (3,22)	20,22 (2,54)

Delskårene i parentes er gjennomsnittlig svar innenfor hver delskår.

* TAS delskårer: F1 – Vanskeligheter med å identifisere følelser. F2 – Vanskeligheter med å uttrykke følelser. F3 – Eksternaliserende kognitivt mønster.

Det ble gjennomført t-tester for forskjeller av aleksitymiskår mellom kjønn, og mellom de to aldersgruppene. Resultatene viser verken signifikant forskjell i skår mellom menn og kvinner ($t = -1,059$, $p = 0,292$), eller mellom de over og de under 25 år ($t = 0,905$, $p = 0,368$). ANOVA test viste at det heller ikke var signifikante forskjeller på aleksitymiskår mellom noen av gruppene delt etter mest problematiske rusmiddel, med p -verdier mellom 0,14 og 1,0. Korrelasjon mellom alder ved rusdebut og aleksitymiskår hadde $r = 0,03$, altså tilsvarende ingen sammenheng.

De som hadde vært ved nåværende behandlingsted kortest hadde et gjennomsnitt på TAS 20 på 62,92, mens de som hadde vært 3-12 måneder hadde gjennomsnitt på 54,88, og gruppen som hadde vært på behandlingsstedet over 12 måneder et gjennomsnitt på 53,06. Forskjellen mellom de to gruppene som har vært lengst ved nåværende behandlingssted var liten og ikke signifikant. ANOVA mellom gruppene fordelt etter tid på behandlingssted og TAS 20 skår, viste signifikant forskjell mellom gruppen som hadde vært på behandlingsstedet 3 måneder eller mindre sammenlignet med de som hadde vært 3-12 måneder ($p = 0,012$) og med de som hadde vært på behandlingsstedet i 12 måneder eller mer ($p = 0,028$).

Tabellen over viser hvordan utvalget skåret på TAS 20, samt på hver enkelt delskår. I tillegg viser den hvordan de tre gruppene på aleksitymiskalaen (ikke aleksityme, mulig aleksityme og aleksityme) skårer innenfor de ulike skårene. Skåren for TAS 20 og delskårene er presentert med den gjennomsnittlige summen i utvalget. Delfaktorene har i tillegg gjennomsnittsverdien av svarene innenfor den gjeldende delfaktoren i parentes. Delfaktorene presenteres slik fordi de består av ulikt antall spørsmål i skåringsverktøyet og summen av svarene på spørsmålene vil derfor ikke kunne sammenlignes. Gjennomsnittet gir muligheten til å sammenligne delskårene med hverandre.

Delfaktorenes gjennomsnitt forteller at utvalget gjennomgående skårer lavere på den tredje delfaktoren, F3 (eksternaliserende kognitivt mønster), enn på de to første, F1 (vanskeligheter med å identifisere følelser), og F2 (vanskeligheter med å uttrykke følelser). Forskjellen er tydeligst blant de aleksityme der respondentene i gruppen i gjennomsnitt har skåret 3,73 på spørsmålene til delfaktor F1, 3,98 på spørsmålene til delfaktor F2 og 2,90 til F3. Mønsteret er det samme i gruppen med mulig aleksityme og ikke aleksityme, men ikke med så markant forskjell.

3.3 Psykisk helse

De to variablene Hopkins Symptom Checklist (SCL) 10 og General Health Questionnaire (GHQ) gir et bilde av respondentenes opplevde psykiske belastning. Her refereres først resultatene for de to hver for seg, for så å sees i sammenheng med hverandre.

På SCL 10, symptomtrykk innenfor angst og depresjon, skåret det totale utvalget i gjennomsnitt 2,22 (s.d. 0.68). Dette er altså over terskelverdien for patologisk symptombelastning på 1,85. Respondenten med lavest skår hadde 1,10 og den med høyest skår hadde 4,00, som er maksimalt utslag på verktøyet. Det var 72 respondenter (68%) som lå over terskelverdien, og blant disse var gjennomsnittet på 2,57 (s.d. 0.52). Det var ingen tydelige mønstre for hvordan variablene om kjønn, alder, rus- eller behandlingshistorie hang sammen med skåren på SCL10. T-test på kjønn viste ingen signifikant forskjell på SCL skår mellom kvinner og menn ($t = 0,722$, $p = 0,472$). T-testing av forskjellen mellom aldersgruppene viste samme resultat ($t = 1,537$, $p = 0,127$). ANOVA for gruppene av ulik tid i

behandling viste ingen signifikante forskjeller, ei heller mellom respondentene når de ble gruppert etter mest problematiske rusmiddel. Korrelasjon mellom SCL 10 skår og alder for rusdebut viste $r = 0,12$ ($p = 0,22$), altså en svak korrelasjon, men også denne uten statistisk signifikans.

Gjennomsnittet for utvalget på GHQ, målet for generell opplevd helsesituasjon, var 12,77 (s.d. 7,24), regnet med Likertskår. Bredden av respondentenes skår var fra 0,00 som laveste, til 34,00 som høyeste av enkeltskår, med høyeste mulige som 36,00.

T-testing av GHQ skår på kjønn og aldersgrupper, viste ingen signifikant forskjell mellom menn og kvinner i utvalget ($t = 0,141$, $p = 0,888$), eller mellom de yngste og de eldste ($t = 1,150$, $p = 0,253$). ANOVA tester av forskjeller mellom gruppering etter tid ved behandlingssted ga ingen signifikante forskjeller mellom noen av gruppene. Korrelasjon mellom GHQ skår og alder ved rusdebut var $r = 0,04$, altså ingen sammenheng.

Når GHQ besvarelsene ble analysert etter caseskår, hvor skår på 4 eller mer utgjorde et case og maksskår var 12., var utvalgsgjennomsnitt 3,22 (s.d. 3,62). Det var totalt 38 (36%) respondenter som hadde en sumskår på 4 eller mer, blant disse var gjennomsnittet 7,37 (s.d. 2,76). Det var dermed 68 respondenter som skåret til ikke å være mer enn normalt psykisk belastet etter denne måten å beregne på.

Korrelasjon mellom GHQ 12 Likertskår og Caseskår var tilnærmet total ($r = 0,931$, $p = 0,000$). Korrelasjon mellom SCL 10 og GHQ 12 var som forventet sterk ($r = 0,593$) og statistisk signifikant ($p = 0,000$).

3.4 Aleksitymi og psykisk belastning

Tabell 5 viser detaljene i analysen av korrelasjoner mellom de ulike skåringsverktøyene. I utvalget var det jevnt over en sterk positiv korrelasjon mellom aleksitymi i TAS 20, symptomtrykk i SCL 10 og psykisk belastning i GHQ 12. De svakeste korrelasjonene i denne analysen var mellom delfaktor F3 (eksternaliserende kognitivt mønster), og SCL 10 ($r = 0,16$) og GHQ 12 ($r = 0,12$). Det er også disse to korrelasjonene som i tabellene er de eneste som ikke er statistisk signifikante.

Tabell 5: Korrelasjoner og signifikans mellom skåringsverktøyene TAS20, SCL10 og GHQ12 (Likertskår)

		TAS 20	TAS F1	TAS F2	TAS F3	SCL10
TAS F1	Pearson r	.867*				
	Sig. (2-tailed)	.000	-	-	-	-
	N	106				
TAS F2	Pearson r	.843*	.638*			
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	-	-	-
	N	106	106			
TAS F3	Pearson r	.717*	.369*	.457*		
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	-	-
	N	106	106	106		
SCL10	Pearson r	.488*	.579*	.386*	.161	
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.099	-
	N	106	106	106	106	
GHQ12	Pearson r	.375*	.454*	.292**	.114	.593*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.002	.244	.000
	N	106	106	106	106	106

*Korrelasjonen er signifikant på 0,000 nivå.

** Korrelasjonen er signifikant på 0,005 nivå.

For spesifikk analyse av forholdet mellom aleksitymi og psykisk belastning ble det kjørt ANOVA tester for å se etter signifikante forskjeller mellom gruppene av aleksityme og skår på SCL 10 og GHQ 12. Gruppene ble delt inn etter terskelverdiene for ikke aleksitym (50 eller under), mulig aleksitym (51-60) og aleksitym (61 eller høyere). Det var signifikant forskjell mellom gruppen aleksityme og både gruppen mulig aleksityme ($p = 0,000$) og gruppen ikke aleksityme ($p = 0,002$). Det var ikke signifikant forskjell mellom gruppen mulig aleksityme og gruppen ikke aleksityme ($p = 0,556$). De aleksityme skiller seg altså tydelig ut på SCL 10 skår i forhold til resten av utvalget. Dette skillet er ikke så tydelig når gruppenes GHQ 12 skår (Likertskår) sammenlignes. Det er signifikant forskjell på GHQ 12 skår mellom de aleksityme og de ikke aleksityme ($p = 0,003$), men ikke mellom de aleksityme og mulig aleksityme eller mellom de mulig aleksityme og ikke aleksityme. På tross av at mønsteret er noe ulikt, viser begge skåringsverktøy for psykisk belastning en signifikant positiv korrelasjon med TAS 20 skåren og den aleksityme gruppen har signifikant forskjellig skår fra resten av utvalget.

Ett av målene for denne studien var å belyse hvor stor påvirkning personlige og rusmessige faktorer hadde på aleksitymiskåren. Den statistiske analysen for å kunne gjøre dette var regresjonsanalyse i SPSS. Men da det ikke forelå mer enn ett signifikant funn for korrelasjon og differanse mellom aleksitymi og de ulike uavhengige variablene (aleksitymi hos gruppen med 3 måneder eller mindre på behandlingssted) ble denne analysen utelukket.

Det ble ikke foretatt estimering av gjennomsnitt i populasjon basert på gjennomsnittet i utvalget, da det ble vurdert som spekulativt. Utvalget i denne studien er ikke et tilfeldig utvalg av rusavhengige i behandling, men et utvalg innenfor en bestemt institusjon. Derfor ville strengt tatt populasjonen å estimere om vært totalt antall pasienter i Tyrilistiftelsen, og ikke den totale populasjonen rusavhengige i behandling i Norge. Det foreligger heller ikke grunnlag for å vite hvordan utvalget av pasienter i Tyrilistiftelsen fordeler seg i forhold til populasjonen av rusavhengige i behandling.

3.5 Kommentarer og tilbakemeldinger

På siste side i spørreskjemaet hadde respondentene mulighet til å komme med kommentarer eller tilbakemeldinger til undersøkelsen. Noen tilbakemeldinger kom også inn muntlig fra kontaktpersonene på avdelingene. På grunn av studiens kvalitative utforming, er disse ikke regnet inn som datamateriale og er heller ikke en del av analysen. De ble derimot vurdert som viktige innspill fra respondentene, og et utvalg refereres derfor under.

En del respondenter kommenterte på ordlyden i skåringsverktøyene. Ord som ”moderat” (fra TAS), og formuleringen av enkelte spørsmål var uklare og ikke erfaringsnært for respondentene. Dette tyder på at en revidering av de norske oversettelsene kan være nyttig for denne gruppen. I tillegg var det enkelte som skrev at de hadde foretrukket intervju framfor selvutfyllingsskjema, dette ble ikke begrunnet nærmere av respondentene.

Flere respondenter sa at de ville svart annerledes dersom de var blitt stilt samme sett med spørsmål før innleggelse i institusjon, noen presiserte så kort tid tilbake som noen måneder. Det var uklart her akkurat hvilke spørsmål dette handlet om, men det tyder på at respondentene opplevde temaene som foranderlige og ikke statiske sider ved personligheten deres.

Et utvalg respondenter skrev at de opplevde prosjektet og temaet som relevant og viktig. Noen beskrev opplevelsen av sitt forhold til egne følelser. Blant disse var det noen som sa de ofte strevde med egne følelser og følelsesliv, og dermed gjenkjente problematikken. Noen sa at temaet følelser var noe de allerede jobbet konkret med i behandlingen, og hadde stor nytte av å fokusere på. Til slutt var det også noen som beskrev hvordan de opplevde dette som relevant også i sammenheng med variabler denne studien ikke inkluderte, for eksempel medisiner og komorbid psykisk lidelse.

Helhetlig tyder tilbakemeldingene og kommentarene på en engasjert pasientgruppe som i hovedsak opplevde tematikken i undersøkelsen som relevant. Selv om enkelte respondenter stilte seg negative til undersøkelsen, var gruppen i hovedsak, etter kommentarer og oppslutning å dømme, positivt innstilt. Det er altså mulig at REK forutså en større belastning ved deltakelse enn det respondentene erfarte. Gjennomføring av undersøkelsen ga inntrykk av at gruppen ikke anså denne undersøkelsen som en påkjenning, men snarere som en mulighet for å bidra.

4 Diskusjon

Hovedfunnene i denne studien var at det var høy grad av aleksitymi i det rusavhengige utvalget og at det var en sterk positiv korrelasjon mellom psykisk belastning og aleksitymiskår. Datamaterialet viste ingen sammenheng mellom kjønn, alder, alder ved rusdebut eller type rusmiddel, og aleksitymi. Det resultatene derimot viste var en sammenheng mellom aleksitymi og tid i behandling. De som hadde vært kortest tid ved behandlingsstedet skåret betydelig høyere på TAS 20 enn resten av utvalget. I dette siste kapitlet skal de to siste forskningsspørsmålene besvares 6) Hvordan ser resultatene for utvalget ut i sammenligning med tidligere studier? Og 7) Hva kan være implikasjoner for forståelse og behandling av rusavhengige ut ifra disse resultatene?

4.1 Resultatene sammenlignet med tidligere forskning

Med utgangspunkt i hovedfunnene, ble sammenligningene med tidligere forskning begrenset til noen sentrale områder. Hovedfokus i sammenligningen var aleksitymiskår og fordeling på denne, sammenhengen mellom aleksitymi og psykisk belastning, og til slutt sammenhengen mellom aleksitymi og tid i behandling. Videre blir skårene på verktøyene for psykisk belastning diskutert opp mot normalbefolkningsstudier, før alle tre variabler (rus, aleksitymi og psykisk helse) blir diskutert sammen.

Aleksitymi

Tabellen på neste side gir oversikt over et utvalg studier av aleksitymi i sammenlignbare utvalg, samt resultatene av signifikantesting av forskjeller mellom gjennomsnitt (T-test), sammenlignet med gjeldende utvalg rusavhengige. To studier, som har benyttet TAS 26 ble tatt med fordi de var sammenlignbare i prosent aleksityme. Da måleverktøyet og dermed bakgrunnen for gjennomsnitt var av ulik , ble de utelatt i T-testing.

To studentutvalg ble tatt med for å gi en indikasjon på hva som kunne antas å være normalbefolkningstall. Taylor et al (2003) presenterte funn som tydet på at normalbefolkningsstudier av aleksitymi innenfor de skandinaviske landene var sammenlignbare, derfor ble et norsk og et svensk studentutvalget tatt med. Det rusavhengige

Tabell 6: Detaljer fra refererte studier av aleksitymi blant henholdsvis rusavhengige-, alkoholavhengige- og student-utvalg. T-test for forskjeller i gjennomsnitt mellom refererte studie og gjeldende studie (nederste rad).

Studie	Utvalgsdetaljer og TAS skår					Resultater T-test	
	Utvalg type	N=	TAS gj sn	S.d.	% aleksityme	T =	Sig.
Haviland et al (1994)	Rus – kvinner	84	59,50	11,1	50%	1,7634	0,0794
Haviland et al (1994)	Rus – menn	120	56,00	11,9	36%	0,3174	0,7512
El Rasheed (2001)*	Rus	200	82,70	12,3	78%	-	-
Cleland (2005)	Rus	220	48,08	13,0	-	5,6061	<0,0001*
Carton et al (2010)	Rus	64	55,70	11,6	60%***	0,4251	0,6713
Haviland et al (1988)*	Alkohol – menn	125	71,50	10,8	50%	-	-
Thorberg et al (2010)	Alkohol	210	53,82	11,9	-	1,8817	0,0608
Carton et al (2010)	Alkohol	17	57,20	11,8	65%***	0,2228	0,8241
Haave (1996)**	Norske studenter	229	40,10	8,96	-	13,9028	<0,0001*
Sarnecki (2001)	Svenske studenter	157	41,59	9,18	-	11,3665	<0,0001*
Lorimer Aamodt (2013)	Rus	106	56,50	12,06	37%	-	-

* Studie hvor TAS 26 ble benyttet, t-test er derfor ikke gjort på disse.

** Som referert av Taylor, Bagby og Parker (2003)

*** Terskelverdi etter Fransk versjon: Aleksitym hvis skår på 56 eller mer (Guilbaud et al., 2002)

x Forskjellen er signifikant på 0,0001 nivå.

utvalget hadde, som forventet, signifikant høyere skår på TAS 20 enn begge studentutvalgene ($p < 0,0001$).

Med ett unntak var det ingen signifikante forskjeller mellom gjeldende studies aleksitymiskår og tidligere studier av aleksitymi blant rusavhengige. Cleland et al (2005) fant aleksitymiskår som var signifikant lavere enn gjeldende studies. Deres var også signifikant lavere i sammenligning med de øvrige refererte studiene, samtidig som de var signifikant høyere enn studentutvalgene referert i tabellen. I sin studie fant de lavere forekomst av aleksitymi blant rusavhengige enn blant psykiatriske pasienter, og ingen signifikant forskjell mellom rusavhengige og en kontrollgruppe av friske studenter. Dette tyder på at rusavhengighet i seg selv ikke er nok til å forklare økt forekomst av aleksitymi. Forskjellene kan ligge i ulik psykisk belastning, alvorlighetsgrad av rusavhengighet, tid i behandling eller en rekke andre variabler som ikke er tilgjengelig for analyse.

Prosentandelene aleksityme de ulike studiene rapporterte var i hovedsak sammenfallende med gjeldende studie på samme måte som gjennomsnittet. Det er allikevel verdt å merke seg for eksempel Carton et al (2010) sin studie av franske rusavhengige. I denne studien henviser de til den franske versjonen av TAS 20 og dens terskelverdi på 56. Sumskår på 56 eller mer er aleksitym og under er ikke aleksitym (Guilbaud et al., 2002). Analysert med denne terskelverdien var det 55 aleksityme i norske utvalget av rusavhengige, altså 52%. Regnet med samme terskelverdi var altså forskjellen av andel aleksityme i de to utvalgene ikke så stor som den umiddelbart så ut til å være.

Sett opp mot andre variabler var det også både likheter og forskjeller mellom gjeldende utvalg og tidligere studier. Den eneste variabelen, ved siden av psykisk belastning, som hadde statistisk sammenheng med aleksitymiskåren i gjeldende studie var tid i behandling. Øvrig forskning viser varierende funn også for aleksitymi sett i forhold til kjønn og type rusmiddel.

Som tabell 6 viser var det ingen signifikant sammenheng mellom gjeldende studies utvalg og Haviland et al (1994) sitt kvinnelige utvalg. Men ved t-test mot gjeldende studies kvinnelige utvalg skåret Haviland et al sitt kvinnelige utvalg signifikant høyere ($t = 2,069$, $p = 0,041$). Kvinnene i Haviland et al sin studie hadde også mer alvorlig aleksitymi enn mennene i samme studie. En mulig forklaring på dette ligger i det kvinnelige utvalgets samtidige høyere skår på psykisk belastningsmål enn det mannlige utvalget. I gjeldende studie var det heller ikke statistisk signifikante forskjeller mellom kjønnene på dette punktet. Størrelsen på

utvalget kvinner i gjeldende studie begrenset den statistiske sikkerheten i disse analysene, og det kan tenkes at større utvalg ville gitt mer nyanserte og andre resultater når det kommer til sammenligning mellom kjønnene.

Når det kommer til forskjeller i forhold til type rusmiddel, viser tabell 6 at gjeldende utvalg av rusavhengige ikke har signifikant forskjellig aleksitymiskår fra noen av de to studiene referert med alkoholavhengige utvalg. Carton et al (2010) fant heller ikke signifikante forskjeller i aleksitymiskår mellom de to gruppene. Cleland et al (2005) derimot, fant nettopp denne sammenhengen mellom høyere aleksitymi og større bruk av alkohol. Studier av grupper med bruk av ulike illegale rusmidler har også vist signifikante forskjeller. El Rasheed (2001), i sitt utvalg av 200 egyptiske rusavhengige, fant signifikant høyere skår på TAS 26 blant de som rapporterte primært misbruk av benzodiazepiner, sett i forhold til andre rusavhengige. Blant de ikke aleksityme fant han signifikant flere injiserende heroinavhengige. Ingen av disse forskjellene i aleksitymiskår basert på type rusmiddel gjenspeiles i gjeldende studies funn. Annen forskning antyder at avhengighet som sådan korrelerer med aleksitymi, og ikke rusen som sådan (Speranza et al., 2004). Sammenhengen mellom aleksitymi og type rusavhengighet er altså uklar.

Resultatene i gjeldende studie viste en markant forskjell på aleksitymi blant de som hadde vært i behandling kortest. Dette kan ha flere forklaringer. Det kan tenkes at graden av aleksitymi faller med tid i behandling. Etter hvert som pasientene etablerer relasjoner til behandlerne og den øvrige pasientgruppen, profiterer de også mer på behandlingstilbudet og lærer seg selv bedre å kjenne. Med tid i behandling får de større avstand til rus og sosialiseres inn i et nytt miljø som legger grunnlag for personlig utvikling. Dermed kan både avstand til rus og påvirkning fra behandlingsinstitusjonen være mulige påvirkninger på aleksitymiskåren. En annen og mindre optimistisk forklaring er at det er de med høyest aleksitymiskår som bryter med behandlingen først, og at lavere aleksitymiskår blant gruppene som har vært lengre i behandling kommer av at det er de med lavest aleksitymiskår i utgangspunktet som fullfører behandling. Sistnevnte mulighet diskuteres av både El Rasheed (2001) og Cleland et al (2005) som begge fant sammenhenger mellom aleksitymi og tid i behandling. Cleland et al (2005) fant i tillegg negativ korrelasjon mellom aleksitymiskår og pasientvurdert allianse i behandling. I deres utvalg rapporterte altså de aleksityme pasientene dårligere allianse med sine behandlere, enn de ikke aleksityme. I forlengelse kan dette bety at aleksityme pasienter har dårligere prognose for å gjennomføre og profitere på rusavhengighetsbehandling.

Psykisk helse

Sammenligninger med normalbefolkningsstudier, som levekårsundersøkelsene gjennomført av Statistisk Sentralbyrå, tydeliggjør den høye skåren for psykisk belastning utvalget hadde. Fra levekårsundersøkelsen 1998 rapporterer Strand et al (2003) en gjennomsnittsskår på SCL 10 på 1,36 (N=6895), mens gjeldende studies gjennomsnitt var 2,22. Lavekårsundersøkelsen fra 2002 viste 10% respondenter med en terskelverdi på over 1,85 (Løyland, 2013), mot gjeldende studies 68%.

GHQ skåren viste en mindre markant forskjell mellom utvalget av rusavhengige og friske utvalg, enn SCL. Sammenlignet med data fra studentundersøkelsene StudData fra 2000, slik det er presentert av Nerdrum, Rustøen og Rønnestad (2009), skåret de ulike studentgruppene gjennomsnitt mellom 9,92 og 12,79 på GHQ 12, mens det rusavhengige utvalget skåret 12,77. T-testing mellom de ni studentgruppene og det rusavhengige utvalget viste signifikante forskjeller ($p < 0,05$) for de fire gruppene som hadde gjennomsnitt på 10,72 eller mindre. Det rusavhengige utvalget skåret lavere enn forventet, også sammenlignet med studentutvalgene. En forklaring kan være at de studentgruppene som skåret like høyt eller over det de rusavhengige gjorde, hadde høyt psykisk stress i forhold til normalen på undersøkelsestidspunktet og at dermed begge gruppene har høye skårer. Dette betyr at det ikke kan konkluderes med noen sammenheng mellom rusavhengighet spesifikt og høy GHQ på bakgrunn av gjeldende studies datamateriale.

Respondentene skåret, som forventet, høyt på begge målene for psykisk belastning, og det var sterk korrelasjon mellom de to. Resultatene samsvarte med tidligere funn i andre utvalg av rusavhengige i behandling (Johansen & Laneskog, 2008; Landheim et al., 2002). Det var imidlertid betydelig forskjell på antall case med de to målene, med 72 respondenter over terskelverdien på SCL og kun 38 på GHQ. En forklaring på dette kan være at respondenter med vedvarende og kroniske psykiske plager skåret høyt på SCL og samtidig lavt på GHQ fordi psykisk belastning, for dem, var normalen. En lav GHQ kan dermed forklares med stabilt høy psykisk belastning, like mye som lav psykisk belastning. En annen mulig påvirkning er behandlingssituasjonen respondentene var i. Det kan tenkes at de sammenlignet situasjonen sin i behandling (siste 14 dager), med hvordan de har hatt det i rusmisbruket (vanligvis). Dette ville i tilfellet kunne forklare den positive GHQ skåren med at de, i forhold til livet i rus, hadde det bedre på undersøkelsestidspunktet.

Aleksitymi, rus og psykisk helse

Det er en tydelig statistisk signifikant positiv korrelasjon mellom aleksitymi og psykisk helse innenfor dette og andre rusavhengige utvalg (Haviland 1994, Carton 2010). Spørsmålet er så videre hvordan disse tre variablene påvirker hverandre. Haviland et al fant, i likhet med gjeldende studie, sterk og statistisk signifikant korrelasjon ($p < 0,05$) mellom aleksitymi-, angst- og depresjonsmål. På bakgrunn av stianalyse mente de at det kunne synes som at angst predikerte depresjon og at angst og depresjon predikerte aleksitymi (Haviland et al., 1994). Dersom dette stemmer vil aleksitymi kunne predikeres ut ifra angst og depresjonsmål, og aleksitymi vil være variabelt over tid på lik linje med angst og depresjonsproblematikk. Rusavhengige skårer, som diskutert over, høyere på psykisk belastning enn normalbefolkningen, og vil følgelig også skåre høyere på aleksitymimål. Haviland et al sin analyse peker i retning av at det er psykisk lidelse som predikerer aleksitymi, og ikke rusavhengighet. Erfaringsmessig er linjene ikke så klare. Ser vi tilbake til Wurmser (1974), Khantzian (1985) og Taylor et al (1997) sin litteratur om aleksitymi og forståelsen av rus som funksjonell affektregulering og mulig løsning på problemer forårsaket av aleksitymi, blir overnevnte resonnement ufullstendig. Årsaksforklaringer om personlighetstrekk og psykisk helse er på sett og vis en umulig vitenskap. Hver eneste pasient er ulik og bærer sin egen personlige historie som er påvirket av uendelig mange variabler. Det beste forskningen kan gjøre er å sannsynliggjøre sammenhenger og å se etter trekk som er vanligere enn andre.

4.2 Implikasjoner for forståelse og behandling

”The recommendation to stop taking drugs, although it is understood intellectually by the patient, usually falls on deaf ears, because such knowledge fails to arouse an emotional response.” (Sifneos, 1996, s. 140)

Hovedformålet for denne studien var å undersøke aleksitymi blant et rusavhengig utvalg, og å se hvorvidt aleksitymi kunne være et relevant begrep i rusavhengighetsbehandling. Gjennom problemstillingen og forskningsspørsmålene har studien nærmet seg dette målet. Denne siste

delen tar utgangspunkt i problemstillingen og ser resultatene fra studien i et klinisk perspektiv.

Godt over halvparten av pasientene som er i rusbehandling i Tyrilistiftelsen ser ut til å ha vanskeligheter med følelser og sine følelsesliv, med skår enten som mulig aleksityme eller som aleksityme. Høy grad av aleksitymi ser ut til å vanskeliggjøre psykoterapeutisk og miljøbasert behandling. Sifneos beskriver at aleksityme pasienter er pasienter som behandlerne synes det er vanskelig å engasjere seg i, som bruker handling som avledning for å unngå å snakke om følelser, og som heller holder ytre fokus enn indre (Sifneos, 1996). Han postulerer at psykoterapi er kontraindisert for pasienter med aleksitymi fordi fokus på indre prosesser kun øker pasientens frustrasjon og dermed fare for brudd i behandlingen. Pasientene lever med ustabile selvbilder, objektrelasjoner og selvreguleringsmekanismer som vanskeliggjør, og noen ganger umuliggjør, indrefokusert behandling (Taylor et al., 1997). I tillegg til dette allerede vanskelige utgangspunktet, ser det ut som om aleksitymi hindrer utvikling av allianse mellom pasient og behandler (Cleland et al., 2005). Og som om ikke det var nok, antyder funnene i denne studien at disse forholdene er forsterket i starten av behandlingen. Hvordan kan behandlerne møte denne utfordringen på en måte som legger forholdene best mulig til rette for at pasienten skal bli i behandling og lykkes med ønsket positiv endring?

Ført og fremst vil kunnskap og forståelse for temaet kunne øke tålmodigheten og interessen behandleren føler for pasienten. Kunnskap om aleksitymi og hva det kan innebære av konsekvenser for pasienten i behandlingssituasjonen, kan gi behandleren bredere forståelse for pasientens valg og handlinger. Pasientens tilsynelatende vegring mot å snakke om følelser eller å utforske egne reaksjonsmønstre, kan sees som et uttrykk for manglende bevissthet og ikke vond vilje. Fordi følelsene i stor grad er ubevisste eller umodne hos pasienten, vil de komme til uttrykk på måter som pasienten selv ikke forstår. Det vil derfor kanskje ikke være nyttig å be pasienten beskrive hva han eller hun føler, og behandleren må benytte andre terapeutiske verktøy. Behandlerens kunnskap om mekanismer som overføring og motoverføring kan da være nyttige alternativer (Krystal, 1979). Det pasienten ikke kan sette ord på, kan behandleren bruke kunnskap, empati og mentalisering til å oppfatte, tolke og så utforske sammen med pasienten. Pasienten vil da gradvis kunne opparbeide seg en ny forståelse for egne reaksjoner og bevissthet rundt egne følelser via og i samarbeid med behandleren. Krystal (1979) ser dette som tre steg og presiserer hvordan både behandler og

pasient må ha tålmodighet til å gi prosessen den tid det tar; 1) observere og bevisstgjøre pasienten hvordan aleksitymien kommer til uttrykk, 2) øke affekttoleransen til pasienten, og 3) bevisstgjøre og verbalisere følelsene. Selv om Krystal setter stegene opp som en lineær prosess, vil nok de færreste oppleve en så stringent utvikling, men heller en sirkulær prosess hvor utviklingen skjer på flere områder parallelt. Behovet vil også kunne være ulikt for ulike typer følelser og ulike tema. Men ”uansett tema i terapi, vil imidlertid det terapeutiske fokus bli å identifisere pasientens følelsetilstander og prinsippene for organiseringen av disse.” (Monsen, 1996, s.957) Både Krystal og Monsen presiserer viktigheten av å ta utgangspunkt i pasientens situasjon. Behandlerens første oppgave er å observere og identifisere nivået av problematikk for pasienten, framgang i prosessen kommer så i pasientens tempo, med behandlerens veiledning. Tålmodighet i prosessen, utgangspunkt i pasientens premisser og trinnvis framgang er altså sentrale fokus i arbeidet med aleksitymi og følelsesbevissthet.

Mange institusjoner for rusavhengighetsbehandling driver miljøterapi og bruker gruppe og fellesskap som metode for behandlingen. Dette gir behandleren muligheter utover den tradisjonelle samtaleterapien. Miljøterapi gir rom til å være sammen med pasienten på en annen måte enn i samtaleterapi. Praktiske gjøremål og felles opplevelser gir behandleren innsikt i pasientens faktiske fungering og muligheten til å se sider ved pasienten som pasienten selv ikke kan se eller beskrive i etterkant. I praksis kan derfor behandleren ta de oppgaver en omsorgsperson forventes å ta i forhold til å legge til rette for utvikling av følelsesliv og følelsesbevissthet (Schibbye, 2002). Behandleren kan speile, markere, referere, være rollemodell og snakke om pasientens adferd og uttrykk, og om hva behandleren selv opplever. Gjennom gradvis økt bevissthet om og evne til å uttrykke følelser, er målet at pasienten i større grad skal kunne regulere og handle hensiktsmessig på de samme følelsene, men nå uten rus som verktøy.

4.3 Styrker og svakheter i studien

Studien har flere styrker som bygger opp under resultatenes reliabilitet og validitet. Utvalget på 106 komplette besvarelser ga høy svarprosent innenfor det totale utvalget på 164, noe som styrket validiteten av funnene.

Manglende treff på litteratursøk sannsynliggjør at dette er det første studiet av sitt slag i Norge. Samtidig finnes det internasjonale studier å sammenligne med og å diskutere opp mot. Dette ga muligheten til å bidra med ny nasjonal kunnskap, samtidig som den kunne bidra inn i og øke den internasjonale kunnskapen på feltet.

Bruken av ferdig utarbeidede og testede måleverktøy sikret studiens validitet. Spesielt med tanke på at dette ikke er et utbredt begrep i Norge og heller ikke innen rusforskningen, var det viktig å ha skåringsverktøy som allerede var gjennomarbeidede og testet innenfor samme type utvalg i andre land og i andre typer utvalg.

Forskerens kjennskap til rekrutteringsinstitusjonen og rusbehandlingsfeltet var ytterligere styrkende for studien, både med tanke på utarbeidelsen og gjennomføring av undersøkelsen, samt forståelsen av resultatene. Samtidig som dette utgjorde en utfordring i forhold til å være forutinntatt, var det i kunnskapen på feltet som i utgangspunktet fostret interessen for temaet.

En av usikkerhetene som ligger i utvalget i denne studien er at de alle respondentene er rekruttert fra samme stiftelse. Selv med ulike avdelinger, tilbyr Tyrili én type behandling innenfor én faglig plattform i møte med pasientene. Andre behandlingsinstitusjoner tilbyr ulik behandling, med ulike praksiser. Hva dette har å si for utvalget er ukjent, da det ikke foreligger kunnskap om hvorvidt eller i så fall hvordan pasientgruppen i Tyrili er forskjellig fra øvrige rusavhengige i behandling. Videre er det skjevhet i kjønnsfordelingen i utvalget. Selv om dette er en forholdsmessig skjevhet som sammenfaller med den totale gruppen rusavhengige, gjør dette at det er begrenset hva som kan leses av variasjon mellom kjønnene i datamaterialet.

Variablene for alder og tid i behandling er så vidt grovdelt at det gjorde analyser med disse variablene lite differensierte. Det er mulig sammenhenger kunne vært sett i et datamateriale med smalere grupperinger. Det ble allikevel valgt å bruke disse kategoriene for å beskytte respondentenes personvern, tatt utvalgets størrelse i betraktning.

For å begrense antall variabler og datamaterialets kompleksitet ble ikke demografiske bakgrunnsdata for respondentene inkludert i spørreundersøkelsen. Erfaring fra Forskning og Utviklingsavdelingen i Tyrili (FoU) tilsa at dersom undersøkelsen var stor ville dette gå ut over deltakelsesprosent. Manglende informasjon om respondentenes demografiske bakgrunn

umuliggjør analyser av sammenhenger mellom aleksitymi og for eksempel utdanning, inntekt og lignende., samt sammenligninger med tidligere studier på disse variablene.

Selve informasjonen til respondentene og innsamlingen av samtykker og undersøkelser ble på noen avdelinger gjennomført av andre enn forskeren selv. Som beskrevet over var dette av hensyn til pasienter som forskeren har hatt en behandlerrolle ovenfor. Av praktiske og tidsmessige årsaker for de som gjennomførte på disse avdelingene, resulterte dette i at ikke alle pasientene ble forespurt om deltakelse.

Hvorvidt det er rimelig å bruke selvrapporteringskjema for å skåre aleksitymi i det hele tatt har vært diskutert (Carton et al., 2010). Med dette som utgangspunkt kan datamaterialet i denne studien kun si noe om hvordan respondentene opplever seg selv og sin situasjon, ikke hvordan behandlere eller andre oppfatter dem.

På tross av disse begrensningene mener forskeren at denne studien, som den første i sitt slag i Norge, kan vise funn og resultater som er interessante og potensielt nyttige for praksisfeltet og ikke minst for videre forskning.

4.4 Videre forskning

Denne studien har gitt grunnlag for å anse aleksitymi som et relevant og brukbart begrep i rusbehandlingsfeltet. Pasientgruppen rusavhengige i behandling bør møtes av et behandlingsapparat som er tilpasset denne kunnskapen og som evner å anvende den til det beste for pasienten.

Litteraturen beskriver noe om hva som antas å fungere av behandling for aleksityme pasienter, men forskningen har ikke kommet langt i å studere hva det er som er gode terapeutiske metoder. Hva som gir endring og utvikling og som gir pasientene muligheten til et bedre liv. For å komme nærmere disse målene må det mer forskning til, blant annet for å belyse hvorvidt det er korrelasjon mellom rus, avhengighet og aleksitymi, eller om det kan være at det er angst og depresjonsbelastning eller andre variabler som gir økt aleksitymi i de rusavhengige utvalgene.

Det anbefales å gjennomføre studier med langt større utvalg og med mer spesifikke variabelkategorier. Under listes opp noen områder som forskeren mener bør være sentrale i videre forskning på området.

Denne studien viser høy aleksitymi blant rusavhengige mål ved hjelp av ett selvskåringsverktøy. Sammenlignende studier som tar i bruk flere enn ett verktøy for å måle aleksitymi vil kunne gi en bedre forståelse av fordelingen på delfaktorer og enkeltaspekter ved aleksitymi. For eksempel å gjøre inngående studier blant samme respondentgruppe med TAS og med Monsen affektbevissthetsintervju, for så å sammenligne funn.

Som tversnittstudie kan ikke dataene i denne studien gi svar på hva det er som gjør at gruppa med kortest tid på behandlingssted skårer høyere enn resten på aleksitymiskåren. Longitudinell forskning på en respondentgruppes utvikling gjennom et behandlingsforløp, vil kunne belyse dette.

Kvantitative data gir et oversiktsbilde over fordeling og grad, mens kvalitative fenomenologiske studier kan gi innsikt i hvordan rusavhengighet, psykisk helse og aleksitymi påvirker behandlingsforløpet for den enkelte. Studier med fokus på behandlere så vel som pasienter vil kunne gi innsikt både i hvordan det oppleves å leve med høy grad av aleksitymi, samt hvordan det oppleves å jobbe med de som gjør det.

Det er sannsynliggjort at aleksitymi er et relevant begrep for rusavhengige i behandling, og for behandlere som skal hjelpe denne gruppen pasienter. Som en følge av dette trengs mer kunnskap og forskning på effektiv behandling med tanke på spesifikt aleksitymi. Studier av sammenlignbare grupper som gjennomgår ulik behandling vil kunne gi økt kunnskap om dette.

Denne studien underbygger at rusavhengige er mer aleksityme og har større belastning innenfor depresjon og angst enn normalbefolkningen. Den viser en markant høyere grad av aleksitymi blant de som har vært på behandlingsstedet kortest. Forståelsesrammen for studien er at rusen er en måte å tåle den lidelsen og de utfordringer livet kaster etter oss, slik Freud sier i det innledende sitatet. En av rusbehandlingens hovedoppgaver er å bidra til å gi pasientene mer hensiktsmessige måter å løse disse livsflokkene på.

Rusbehandlingsinstitusjonenes mål er å gjøre dette ved blant annet å gjøre pasientene i bedre stand til å identifisere og uttrykke egne følelser, noe som gjør dem i stand til bedre å mestre

seg selv og sine liv. En jobb behandlerne kanskje kan gjøre enda bedre med økt kunnskap om og forståelse av aleksitymi. En kunnskap som kan gjøre at pasienter, som respondenten sitert under, kan bytte ut rusen med en annen bevissthet, regulering og ikke minst - ord:

Jeg kan ikke se at jeg vil fungere i rusfrihet uten å få løst opp i det "svarte hullet" av negative følelser og den "sprakende skyen" av positive følelser. Å kunne sette ord på følelsene, positive og negative, og det å vite hvorfor jeg føler det jeg føler når jeg føler det, er jeg skråsikker på at må være svært viktig. Bare synd jeg ikke har fått hjelp til det tidligere i livet, da ville ting kanskje vært annerledes.

5 Litteratur

- Bagby, R. M., Parker, J. D. & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*, 38(1), 23-32.
- Carton, S., Bayard, S., Paget, V., Jouanne, C., Varescon, I., Edel, Y. & Detilleux, M. (2010). Emotional awareness in substance-dependent patients. *J Clin Psychol*, 66(6), 599-610. doi:10.1002/jclp.20662
- Cleland, C., Magura, S., Foote, J., Rosenblum, A. & Kosanke, N. (2005). Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users. *J Psychosom Res*, 58(3), 299-306.
- Derogatis, L. R. & Lazarus, L. (1994). SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. I M. E. Maruish (Red.), *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment* (s. 217-248). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- El Rasheed, A. H. (2001). Alexithymia in Egyptian Substance Abusers. *Subst Abus*, 22(1), 11-21. doi:229853 [pii] 10.1080/08897070109511442
- Freud, S. (1930). Civilization and its discontents. I S. J. (Red.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Bind 21, s. 59-145). London: The Hogarth Press.
- Føyn, P. & Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Goldberg, D. & Williams, P. (1988). *A users guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, Berkshire: Nfer-Nelson Publishing Company.
- Gude, T., Monsen, J. T. & Hoffart, A. (2001). Schemas, affect consciousness, and cluster C personality pathology: a prospective one-year follow up study of patients in a schema-focused short-term treatment program. *Psychotherapy Research*, 1(11), 85-98.
- Guilbaud, O., Loas, G., Corcos, M., Speranza, M., Stephan, P., Perez-Diaz, F., . . . Jeammet, P. (2002). L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain: valeur en population française et francophone. *Ann Médico-psychologique*, (160), 77-85.
- Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Rick, J. E. & Haynes, C. E. (1999). Validation of the General Health Questionnaire-12 Using a Sample of Employees From Englan's Health Care Services. *Psychol Assess*, 11(2), 159-165.
- Haviland, M. G., Hendryx, M. S., Shaw, D. G. & Henry, J. P. (1994). Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Compr Psychiatry*, 35(2), 124-128. doi:0010-440X(94)90056-N [pii]
- Haviland, M. G., Shaw, D. G., MacMurray, J. P. & Cummings, M. A. (1988). Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers. *Psychother Psychosom*, 50(2), 81-87.

- Helsedirektoratet. (2004). *SCL-10 - Nasjonalfaglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. Hentet 26.04.2013 fra file:///Users/haloaa/Desktop/Master/Spørreskjema/SCL/SCL-10%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20utredning,%20behandling%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20samti.webarchive
- Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse - ROP lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *ICD-10*. Hentet 13.03.2013 fra http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_1145.aspx
- Johansen, T. H. & Laneskog, J. (2008). Psykiske plager blant pasienter i langtidsbehandling. *Rus & Samfunn*,(3), 14-17. Hentet fra http://www.idunn.no/ts/rusos/2008/03/psykiske_plager_blant_pasienter_i_langtidsbehandling?highlight=psykiske_plager-highlight
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry*, 142(11), 1259-1264.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33(1), 17-31.
- Kun, B. & Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: a systematic review. *Subst Use Misuse*, 45(7-8), 1131-1160. doi:10.3109/10826080903567855
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Landheim, A. S., Bakken, K. & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi*, 12(3), 309-318.
- Lauritzen, G. (2010). *European Addiction Severity Index (EuropASI) i en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling: Refleksjoner om kvaliteter ved instrumentet for forskning og praksisformål* (6/2010). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Hentet fra http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/Vedlegg_publicasjon/sirusrap.6.102.pdf
- Lesage, F.-X., Martens-Resende, S., Deschamps, F. & Berjot, S. (2011). Validation of the General Health Questionnaire (GHQ-12) adapted to a work-related context. *Open Journal of Preventive medicine*, 1(2), 44-48. doi:10.4236/ojpm.2011.12007
- Lesser, I. M. (1981). A review of the Alexithymia Concept. *Psychosomatic Medicine*, 43(6), 531-543.
- Lewis, M., Haviland-Jones, J. M. & Barrett, L. F. (Red.). (2008). *Handbook of Emotions* (3 utg.). New York: The Guilford Press.
- Lossius, K. (2011). *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lov om barnevernstjenester, Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (1992).

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., Helse- og omsorgsdepartementet (2011).
- Løyland, B. (2013). *Chronic pain, psychological distress, and health-related quality of life among long-term social assistance recipients in Norway*, Faculty of Medicine, Oslo and Akershus University College of Applied Sciences). Oslo.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Monsen, J. T. (1996). Affektens rolle i psykoterapeutisk teori og teknikk II. *Tidsskrift for den Norske Psykologforening*,(33), 952-960.
- Nathanson, D. L. (2008). Prologue: Affect imagery consciousness. I S. Tomkins (Red.), *Affect Imagery Consciousness: The Complete Edition* (Bind 1). New York: Springer Publishing Company.
- Nerdrum, P., Rustøen, T. & Rønnestad, M. H. (2009). Psychological Distress Among Nursing, Physiotherapy and Occupational Therapy Students: A Longitudinal and Predictive Study. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 53(4), 363-378.
- Oslo, H. i. (2000). *Studdata Spørreskjema SD-1, fase 1*. Hentet 26.04.2013 fra http://www.hioa.no/Mediabiblioteket/node_52/Senter-for-profesjonsstudier/node_4288/node_4594/Generelt-skjema
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival manual* (4. utg.). Berkshire, England: Open University Press.
- Parker, J. D., Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (1993). Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. *Psychother Psychosom*, 59(3-4), 197-202.
- Parker, P. M. (Red.). (2009). *Alexithymia: Webster's Timeline History 1977 - 2007*. San Diego: ICON Group.
- Ryden, G. & Wallroth, P. (2011). *Mentalisering. Å leke med virkeligheten*. Oslo: Pax Forlag.
- Schibbye, A. L. L. (2002). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. Utgave. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: past and present. *Am J Psychiatry*, 153(7 Suppl), 137-142.
- Simonsson-Sarnecki, M., Lundh, L. G., Törestad, B., Bagby, R. M., Taylor, G. J. & Parker, J. D. A. (2000). A Swedish translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: Cross-validation of the factor structure. *Scandinavian Journal of Psychology*,(41), 25-30.
- SIRUS. (2011). Hvorfor har Norge så mange overdosedødsfall? Hentet fra http://www.sirus.no/Hvorfor+har+Norge+s%C3%A5+mange+overdosed%C3%B8dsfall%3F.E2x322-8_Bp77BFv3TR9D6CJ1K1yT2RVPL28nMhPLZB9MtlY05hRHIWO.ips
- Skretting, A. & Storvoll, E. E. (2011). *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om ruspolitikken* (3/2011). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2009). Selvskading og spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*,(9), 877-881. Hentet fra <http://www.skarderud.no/uploads/images/pdf/Selvskading-og-spiseforstyrrelser.pdf>
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S. & Monsen, J. T. (2011). Affect integration and reflective functioning: Clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research*, 21(4), 482-496.
- Solomon, R. C. (2008). The Philosophy of Emotions. I M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Red.), *Handbook of Emotions* (3. utg., s. 3-16). New York: The Guilford Press.
- Speranza, M., Corcos, M., Philippe, S., Loas, G., Pérez-Díaz, F., Lang, F., . . . Jeammet, P. (2004). Alexithymia, Depressive Experiences, and Dependency in Addictive Disorders. *Substance Use & Misuse*, 39(4), 551-579.
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry*, 57(2), 113-118.
- Summers, R. F. & Barber, J. P. (2003). Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. *Acad Psychiatry*, 27(3), 160-165. doi:10.1176/appi.ap.27.3.160
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale. IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures *J Psychosom Res* (2003/08/23 utg., Vol. 55, s. 277-283).
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation : alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge ; New York: Cambridge University Press.
- Thorberg, F. A. & Lyvers, M. (2006). Negative Mood Regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviours*,(31), 811-820.
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., Lyvers, M. & Hurst, C. (2010). A confirmatory factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale (TAS 20) in an alcohol-dependent sample. *Psychiatry Research*, 178(3), 565-567.
- Tomkins, S. S. (2008). *Affect, imagery, consciousness: The Complete Edition* (Bind 1). New York,: Springer Pub. Co.
- Tyrili.no. (2013). *Ideologi*. Hentet 03.01.13 kl 16:37
- Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *J Am Psychoanal Assoc*, 22(4), 820-843.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Kjøreplan for enheten

KJØREPLAN PÅ ENHETEN

Først og fremst takk for at du sa deg villig til å stille opp og hjelpe meg å gjennomføre masterprosjektet mitt. REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) ønsker at jeg skal ha minst mulig direkte kontakt med elevene, og det hadde derfor ikke vært mulig for meg å gjennomføre prosjektet uten din hjelp.

Under finner du litt mer informasjon rundt prosjektet og en beskrivelse av hvordan gjennomføringen av innsamling av samtykker og besvarelser skal skje. Om jeg kommer og hvor stor praktisk del jeg skal ha blir noe ulikt for hver enhet, og det diskuterer vi i forkant i forhold til den enkelte enhet.

Informasjon om prosjektet

Informasjonsskrivet som deles ut til elevene er kanskje knapp informasjon for noen, derfor er det greit at dere vet litt mer om prosjektet enn det som står der. Dersom du ønsker å lese prosjektbeskrivelsen kan du kontakte meg om det. Dersom det ilya gjennomføringen kommer spørsmål du ikke kan svare på så kan du enten viderefordre spørsmålet til meg, eller du kan henvise eleven så han/hun kan kontakte meg selv.

En komprimert beskrivelse av prosjektet jmf. prosjektskissen:

Aleksitymi er et begrep som direkte oversatt betyr 'manglende ord for følelser'. Som personlighetstrekk beskriver begrepet en firedelt personkarakteristikk: 1) manglende evne til å gjenkjenne og identifisere egne følelser, 2) manglende evne til å uttrykke disse følelsene, 3) en begrenset fantasiverden og 4) et eksteraliserende kognitivt mønster.

Prosjektet skal undersøke forekomsten av aleksitymi blant rusavhengige i døgntilrettelagt behandling. Videre skal denne forekomsten sees i lys av respondentenes rusanamnese og egenskåring på angst og depresjonsskalaer for å utlede mulige sammenhenger mellom disse variablene.

Relevante forskningsspørsmål vil være:

- hvordan skårer utvalget på aleksitymiskalaen; fordeling, frekvens og sentraltendenser?
- hvordan ser dette ut sammenlignet med normalbefolkningsstudier?
- kan vi finne noen tendenser/forskjeller i skår når vi fordeler på kjønn, alder e.l.?
- er det noen variabler som viser seg mer avgjørende enn andre for utslag på aleksitymiskåren?

Studien er lagt opp kvantitativt og bruker spørreskjema som datainnsamlingsmetode. Selvutfyllingsskjemaet er satt sammen av tre standardiserte skåringsverktøy:

- TAS 20 – Toronto Aleksithymia Scale – skårer aleksitymi
- GHQ 12 – General Health Questionnaire – skårer egenvurdering av helsetilstand
- SCL 10 – Hopkins Symptom Checklist – skårer egenvurdering av symptomtrykk, spesielt rettet mot angst og depresjon

I tillegg kommer noen få spørsmål om eleven som alder, kjønn, og tre spørsmål om rushistorie og rusbruk.

Studien er en tversnittstudie og vil derfor ikke kunne konkludere med noen årsaksforhold mellom disse variablene, men vi håper å kunne komme med noen hypoteser rundt dette på bakgrunn av resultatene.

Det vi vil kunne si noe om er relevansen av dette temaet for elevgruppa i Tyrili. Noe som igjen vil kunne antyde viktigheten av fokus og innhold i behandlingstilbudet.

Resultatene vil dermed kunne danne grunnlag for forbedret behandlingstilbud for elevene i Tyrili, ved at de gir bredere forståelse av hva de kommer til behandling med og for.

Kjøreplan for datainnsamling i papirversjon

Grovsikkert vil datainnsamlingen foregå etter denne malen:

- 1) Elevene samles og får utdelt informasjonsskriv og samtykkeskjema.
NB: kun voksne og frivillige, dvs elever på vedtak gjennom barnevern eller på voksentvang skal ikke med. Elever på §12 regnes som frivillige i Tyrili og skal med.
- 2) Samtykkene nummereres med enhetsnummer først og så elevnummer. Enhetsnummerne er: Tyrilitunet – 1, Frankmo – 2, Arena – 3, Stifinneren – 4, Kampen – 5, Haugen – 6, Snipetorp – 7, Bretvedt – 8, Høvringen – 9. Den første eleven som besvarer skjemaet på Snipetorp registreres derfor som nr 701. Den fjortende eleven på Kampen som nr 514 osv.

Et og presenterte resultat i et faglig tidsskrift i tillegg til å bli utgitt i en bok og i en rapport som vil være en oppgave samt mulig ytterligere publisering.

kelse i studien

Respondentnummer:

- 3) Samme nummer føres på undersøkelsesskjema på forsiden. Når den deles ut til eleven.
- 4) De som samtykker får utdelt undersøkelsen i papirformat og fyller ut der og da.
- 5) Ansvarlig samler inn etter hvert som utfyllingene blir ferdige.
- 6) Samtykkeskjema og undersøkelser sendes i hver sin konvolutt via rekommandert post til Hanne Lorimer Aamodt, Solørgt 3, 0655 Oslo.

Kjøreplan for datainnsamling via Questback

Grovkissert vil datainnsamlingen foregå etter denne malen:

- 1) Elevene samles og får utdelt informasjonsskriv og samtykkeskjema.
- 2) Kontaktpersonen samler inn samtykkeskjemaene, fortrinnsvis direkte i etterkant av informasjon.
- 3) Samtykkene nummereres. Med enhetsnummer først og så elevnummer. Enhetsnummerne er: Tyrilitunet – 1, Frankmo – 2, Arena – 3, Stifinneren – 4, Kampen – 5, Haugen – 6, Snipetorp – 7, Bretvedt – 8, Høvingen – 9. Den første eleven som besvarer skjemaet på Snipetorp registreres derfor som nr 701. Den fjortende eleven på Kampen som nr 514 osv.

n og presenteres innad i [Kjølleskolen](#) i tillegg til at det vil være ansøppgave samt mulig ytterligere publikasjon.

kelse i studien

Respondentnummer:

- 4) Innsamlingsdagen gjennomføres innenfor en avsatt tidsramme og ved hjelp av skolePCer der dette er tilgjengelig. Der dette ikke er mulig benyttes PCer på kontor. Gjerne på et kontor med flere maskiner, slik at flere elever kan svare samtidig.
- 5) Spørreskjemaet er nettbasert (Questback) og linken til dette skjemaet sendes ut til kontaktpersonene sammen med informasjonen.
- 6) Ved å følge linken kommer du inn på første side i skjemaet. Kontaktperson nummererer skjemaet og sikrer at nummeret fra samtykkeskjemaet blir ført korrekt inn i første side i spørreskjemaet.

Fyller ut av kontaktperson på enhet

1) * Respondentnummer

Neste >>

Når du så trykker ”Neste”, åpnes spørreskjemaet og eleven kan begynne å svare.

- 7) Eleven fyller ut skjemaet og trykker til slutt ”send inn”.
- 8) Når neste elev skal svare er det viktig at kontaktperson passer på at forrige besvarelse er sendt og ny er åpnet med nytt og riktig nummer ifht den nye eleven.

- 9) Samtykkene sendes inn via rekommandert post til Hanne Lorimer Aamodt, Solørgt 3, 0655 Oslo.

Kontaktinformasjon

For spørsmål, oppklaringer eller innspill til den praktiske gjennomføringen eller innholdet i prosjektet tar du kontakt med meg. Vi kommer nok til å være en del i kontakt i forbindelse med gjennomføringen, men dette gjelder også i etterkant av innsamling eller for andre som måtte ønske det også.

Jeg kan nås på tlf 952 09 128 eller mail haloaa@gmail.com.

Alternativt kan du kontakte Thor ved FoU i Tyrili på mail thjo@tyrili.no eller min veileder ved HiOA, Per Nerdrum, på mail per.nerdrum@hioa.no.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ***”Følelsesuttrykk blant rusavhengige i behandling”***

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie som skal undersøke sammenhenger mellom rusavhengighet og hvordan følelser oppleves og kommer til uttrykk. Målet med studien er å se på sammenhenger mellom rushistorie, følelsesuttrykk og generell opplevd psykisk helse. Resultatene vil forhåpentligvis kunne bidra til å gjøre behandlingstilbudet bedre for rusavhengige i rehabilitering. Som voksen elev i Tyrili på frivillig vedtak blir du spurt om å delta i studien. Studien er et mastergradsprosjekt og det er undertegnede masterstudent som gjennomfører undersøkelsen i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer besvarelse av et spørreskjema som fylles ut elektronisk. Dette er satt sammen av noen generelle spørsmål om den som svarer og en del spørsmål som kartlegger følelsesopplevelse, følelsesuttrykk og generell psykisk helsesituasjon. Spørreundersøkelsen vil gjennomføres på din enhet og det vil settes av tid på en hverdag til å svare dersom du samtykker til å delta.

Denne studien gjennomføres uavhengig av behandlingshverdagen i Tyrili og det vil ikke ha noen innvirkning på din behandling om du svarer ja eller nei til å delta. Du vil ikke ha noen direkte ulempe eller fordel av studien, men funn og erfaringer fra studien vil kunne hjelpe andre i samme situasjon som deg.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Besvarelsene som sendes inn lagres i et passordbeskyttet program. Denne informasjonen analyseres statistisk og slettes så i sin helhet ved prosjektets slutt.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene og svarene fra spørreskjemaene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. For å ivareta retten til å trekke seg fra studien vil en kode knytte deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun ansvarlig ved Forskning og Utviklingsavdelingen i Tyrili som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Dersom du ønsker å trekke deg fra studien på et senere tidspunkt vil dermed din besvarelse forbli anonym.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til

Følelsesuttrykk blant rusavhengige i behandling.

09.01.2013

studien, kan du kontakte Hanne Lorimer Aamodt på tlf 95201928 eller mail:
haloaa@gmail.com. Eventuelt kan du kontakte professor Per Nerdrum på mail:
per.nerdrum@hioa.no.

Samtykkeerklæring følger under.

Vennlig hilsen

Per Nerdrum
Prof. dr. psychol.
Leder av Masterstudiet i psykisk helsearbeid
Høgskolen i Oslo og Akershus

Hanne Lorimer Aamodt
Masterstudent

Samtykke til deltakelse i studien

Respondentnummer

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert av kontakt på enheten, dato)

Vedlegg 3: Spørreskjema – papirversjon

Respondentnummer

Rusavhengige i behandling – følelser og følelsesuttrykk

Hei og takk for at du sa ja til å delta på denne undersøkelsen. Svar så ærlig du kan og ta den tida du trenger.

Først kommer noen spørsmål om deg.

1) Er du

- Kvinne
- Mann

2) Hvor gammel er du?

- 25 år eller yngre
- 26 år eller eldre

3) Hvor lenge har du nå vært i behandling på denne enheten?

- 3 måneder eller kortere
- 3 - 12 måneder
- mer enn 12 måneder

Nå kommer noen spørsmål om din rushistorie.

4) Hvor gammel var du da du for første gang prøvde et illegalt rusmiddel?

Angi alder: _____

5) Hva vil du si har vært ditt mest brukte rusmiddel? (kun ett kryss)

- Cannabis
- Opiater (heroin, morfinpreparater o.l.)
- Sentralstimulerende (amfetamin, ecstasy, GHB o.l.)
- Hallusinogener (LSD, fleinsopp o.l.)
- Medikamenter
- Annet

6) Hva vil du si har vært det rusmiddelet du har hatt mest problemer med? (Kun ett kryss)

- Cannabis
- Opiater (heroin, morfinpreparater o.l.)
- Sentralstimulerende (amfetamin, ecstasy, GHB o.l.)
- Hallusinogener (LSD, fleinsopp o.l.)
- Medikamenter
- Annet

Nå følger noen påstander om deg. Vennligst merk av i hvilken grad du er enig eller uenig i påstandene nedenfor. For hver påstand skal du kun merke av for ett svaralternativ, velg det svaralternativet du mener passer best for deg.

1. Jeg er ofte usikker på hva jeg føler

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

2. Det er vanskelig for meg å finne de riktige ordene for følelsene mine

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

3. Jeg har kroppslige fornemmelser som ikke engang leger forstår

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

4. Jeg har lett for å sette ord på mine følelser

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

5. Jeg foretrekker å analysere problemer fremfor bare å beskrive dem

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

6. Når jeg er opprørt, vet jeg ikke om jeg lei meg, redd eller sint

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

7. Jeg stusser ofte over fornemmelser jeg kjenner i kroppen

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

8. Jeg foretrekker bare å la ting skje fremfor å forstå hvorfor det gikk som det gikk

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

9. Jeg har følelser som jeg ikke helt finner ut av

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

10. Det er viktig å ha kontakt med sine følelser

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

11. Jeg synes det er vanskelig å beskrive hva jeg føler for andre

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

12. Andre ber meg i større grad si hva jeg føler

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

13. Jeg vet ikke hva som foregår inni meg

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

14. Ofte vet jeg ikke hvorfor er jeg sint

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

15. Jeg foretrekker å snakke med andre om deres hverdagslige gjøremål fremfor deres følelser

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

16. Jeg foretrekker å se på "lettere underholdning" fremfor "psykologiske dramaer"

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

17. Selv overfor nære venner er det vanskelig for meg å vise mine innerste følelser

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

18. Jeg kan føle nærhet til noen selv når det er stille.

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

19. Jeg synes det er nyttig å granske mine egne følelser når jeg skal løse personlige problemer

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

20. Å lete etter skjulte meninger i kino eller teaterstykker tar oppmerksomheten bort fra gleden av stykket

- Sterkt uenig
- Moderat uenig
- Verken enig eller uenig
- Moderat enig
- Sterkt enig

Nå kommer noen spørsmål om plager i hverdagen.

Under finner du en liste over ulike plager. Sett kryss på det som stemmer for deg. (Kun ett kryss for hver linje.)

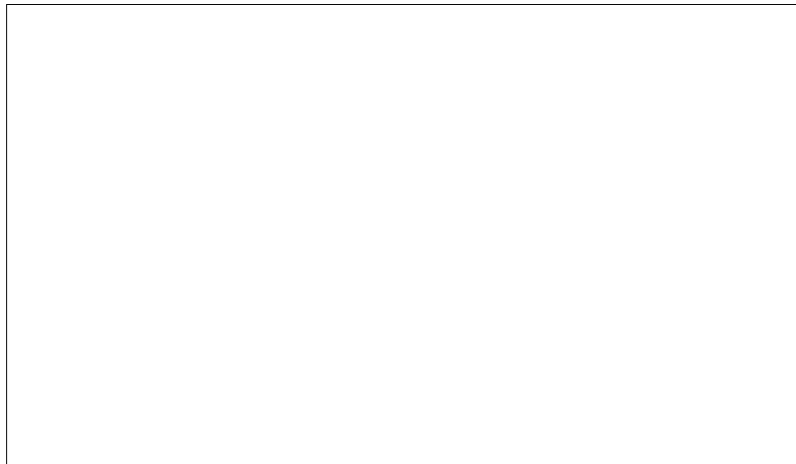
	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye	Veldig mye
Plutselig frykt uten grunn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg redd eller engstelig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matthet eller svimmelhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg anspent eller oppjaget.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett for å klandre deg selv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig (trist).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av å være unyttig, lite verd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av at alt er et slit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløsthhet mht. framtida....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Denne siste delen handler også om hvordan du har hatt det i det siste. Vær vennlig å besvare alle spørsmålene ved å sette kryss i ruten ved det svaret som passer best.

Sammenliknet med hvordan du vanligvis har det, har du de siste to ukene....

	Mer enn vanlig	Samme som vanlig	Mindre enn vanlig	Mye mindre enn vanlig
Vært i stand til å konsentrere deg fullt ut om alt du har drevet med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ligget våken på grunn av bekymringer?	Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/>	Ikke mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Mye mer enn vanlig <input type="checkbox"/>
Følt at du tar del i ting på en nyttig måte?	Mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Samme som vanlig <input type="checkbox"/>	Mindre enn vanlig <input type="checkbox"/>	Mye mindre enn vanlig <input type="checkbox"/>
Følt at du er i stand til å ta beslutninger?	Mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Samme som vanlig <input type="checkbox"/>	Mindre enn vanlig <input type="checkbox"/>	Mye mindre enn vanlig <input type="checkbox"/>
Følt deg stadig under press?	Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/>	Ikke mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Mye mer enn vanlig <input type="checkbox"/>
Følt deg ute av stand til å mestre vanskeligheter?	Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/>	Ikke mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Mye mer enn vanlig <input type="checkbox"/>
Vært i stand til å glede deg over dine daglige gjøremål?	Mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Samme som vanlig <input type="checkbox"/>	Mindre enn vanlig <input type="checkbox"/>	Mye mindre enn vanlig <input type="checkbox"/>
Vært i stand til å møte problemer?	Mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Samme som vanlig <input type="checkbox"/>	Mindre enn vanlig <input type="checkbox"/>	Mye mindre enn vanlig <input type="checkbox"/>
Følt deg ulykkelig eller nedtrykt?	Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/>	Ikke mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Mye mer enn vanlig <input type="checkbox"/>
Mistet troen på deg selv?	Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/>	Ikke mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Mye mer enn vanlig <input type="checkbox"/>
Tenkt på deg selv som en verdiløs person?	Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/>	Ikke mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Mye mer enn vanlig <input type="checkbox"/>
Stort sett følt deg tilfreds, alt tatt i betraktning?	Mer enn vanlig <input type="checkbox"/>	Samme som vanlig <input type="checkbox"/>	Mindre enn vanlig <input type="checkbox"/>	Mye mindre enn vanlig <input type="checkbox"/>

Til slutt har du mulighet til å gi meg dine kommentarer eller innspill til undersøkelsen:



Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på undersøkelsen.

Dersom du skulle ha spørsmål eller innspill etter at du har levert inn svaret ditt er det bare å snakke med en leder på enheten din og få kontaktinformasjon.

Takk igjen!

Vedlegg 4: TAS 20 og delfaktorer

F1 = Vanskeligheter med å identifisere følelser

F2 = vanskeligheter med å uttrykke følelser

F3 = eksternaliserende kognitivt mønster

Nr	Påstand	Delfaktor
1	Jeg er ofte usikker på hva jeg føler	F1
2	Det er vanskelig for meg å finne de riktige ordene for følelsene mine	F2
3	Jeg har kroppslige fornemmelser som ikke engang legene forstår	F1
4	Jeg har lett for å sette ord på mine følelser	F2
5	Jeg foretrekker å analysere problemer fremfor bare å beskrive dem	F3
6	Når jeg er opprørt, vet jeg ikke om jeg er lei meg, redd eller sint	F1
7	Jeg stusser ofte over fornemmelser jeg kjenner i kroppen	F1
8	Jeg foretrekker å bare la ting skje, fremfor å forstå hvorfor det gikk som det gikk	F3
9	Jeg har følelser som jeg ikke helt finner ut av	F1
10	Det er viktig å ha kontakt med følelsene sine	F3
11	Jeg synes det er vanskelig å beskrive hva jeg føler for andre	F2
12	Andre ber meg i større grad si hva jeg føler	F2
13	Jeg vet ikke hva som foregår inni meg	F3
14	Ofte vet jeg ikke hvorfor jeg er sint	F1
15	Jeg foretrekker å snakke med andre om deres daglige gjøremål fremfor deres følelser	F3
16	Jeg foretrekker å se på ”lettere underholdning” framfor ”psykologiske dramaer”	F3
17	Selv overfor mine nærmeste vener er det vanskelig for meg å vise mine innerste følelser	F2
18	Jeg kan føle nærhet til noen selv når det er stille	F3
19	Jeg synes det er nyttig å granske mine egne følelser når jeg skal løse personlige problemer	F3
20	Å lete etter skjulte meninger i kino eller teaterstykker tar oppmerksomheten bort fra gleden av stykket	F3

Vedlegg 5: Kommentarer fra REK på opprinnelig prosjektsøknad



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Tor Even Svanes	Telefon: 22845521	Vår dato: 01.10.2012	Vår referanse: 2012/1368 REK sør-øst C
			Deres dato: 21.08.2012	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Per Nerdrum
Høgskolen i Oslo og Akershus

2012/1368 Alexithymi blandt rusavhengige i behandling.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus
Prosjektleder: Per Nerdrum

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 13.09.2012. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

Miljøterapi og rehabilitering i behandlingsinstitusjoner for rusavhengige handler i høy grad om å hjelpe pasientene til bevisstgjøring av egne følelser, tanker og reaksjonsmønstre. Alexithymi er et sentralt og målbart begrep, og kan derved brukes i en undersøkelse av rusavhengiges forhold til egne følelser. Formålet med dette prosjektet er todelt: På den ene siden vil man undersøke forekomsten av alexithymi i et utvalg av rusavhengige, og se på om grad av alexithymi henger sammen med psykisk helse, rushistorie, alder og kjønn. En vil se om denne gruppen har økt forekomst av alexithymi sammenlignet med normalbefolkningen. På den andre siden er formålet å se resultatene i sammenheng med institusjonens praksis med bevisstgjøring av egne følelser, tanker og reaksjonsmønstre hos rusavhengige og å drøfte hvordan resultatene kan bidra til å øke kvaliteten av behandlingstilbudet. 150 deltakere skal rekrutteres fra Tyrilistiftelsen.

Vurdering

Den foreliggende informasjon er ikke tilstrekkelig til at komiteen kan fatte endelig avgjørelse. Komiteen har følgende merknader som ønskes besvart før man kan ta endelig stilling til søknaden:

Det angis under søknadens punkt **2.d – Utvalg**, at deltakerne i studien skal rekrutteres ved søkers arbeidssted: Pasientgruppe er valgt på grunnlag av at medbruker (masterstudent i psykisk helsearbeid) arbeider i Tyrilistiftelsen og dermed har lettere tilgang til pasientene. Komiteen legger til grunn at når det her snakkes om medbruker, refererer det til begrepet medarbeider i REKs saksportal, altså at det dreier seg om en prosjektmedarbeiderrolle for masterstudenten.

Komiteen mener man legger opp til en tett sammenblanding av behandlerrollen og forskerrollen i dette prosjektet, uten at det er foretatt noen reell etisk drøftelse av hvilke implikasjoner det kan ha for både studien og for de personene som blir inkludert. Deler av prosjektsøknaden gir inntrykk av at det har vært oppmerksomhet knyttet til problemstillingen, det sies blant annet at aspektet er diskutert med FoU-avdelingen ved Tyrilistiftelsen.

Disse diskusjonene er imidlertid ikke synliggjort for REK.

Det er komiteens mening at deltakerne i denne studien – rusavhengige i en behandlingsinstitusjon – allerede

Besøksadresse:
Nydalens allé 37 B, 0484
Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

befinner seg i en posisjon hvor det er en klar skjevhet i styrkeforholdet mellom behandler og innskrevet. I en ren behandlingssituasjon er ikke det uvanlig, men dersom man tar med seg denne skjevheten over i forskerrollen, kan det medføre utfordringer.

Den mest nærliggende utfordringen å minne om, er at det kan true deltakernes følelse av reell frivillighet til å både takke nei til deltakelse, og eventuelt trekke seg underveis. Det samme kan sies om selve rekrutteringssituasjonen, hvor enkelte deltakere kan føle et press til å takke ja til deltakelse mot eget ønske. Det er en balansegang å skulle formidle at behandling er uavhengig av forskning, og visa versa. For forskerens del kan vekslingen mellom rollene føre til at man nærmer seg problemstillingen med en forforståelse som kan påvirke resultatet av studien.

Komiteen ber derfor om en tydeligere etisk redegjørelse av inklusjon og rolleblanding enn hva tilfellet er i den fremlagte søknaden.

Det anføres videre i søknaden, under punkt **3. Informasjon, samtykke og personvern**: Alle respondenter vil informeres muntlig i forkant av undersøkelsen. I tillegg vil første side på det elektroniske spørreskjema være en samtykkeerklæring. Dersom respondenten går videre til å fylle ut og sende inn skjema, ansees aktivt samtykke for gitt.

Komiteen viser her til helseforskningslovens § 13 – **Hovedregel om samtykke**: Det kreves samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning, med mindre annet følger av lov. Samtykket skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. I praksis vil det si skriftlig, og av det igjen følger det at annen type samtykkeinnhenting vil være en fravigelse av helseforskningslovens hovedregel.

Komiteen anser det at det ikke vil innhentes skriftlig samtykke fra deltakerne i studien, som et utslag av at søker heller ikke på dette punktet er tilstrekkelig bevisst rollesammenblendingen som oppstår i prosjektet. Et skriftlig informasjonsskriv, sammen med en samtykkeerklæring, har ikke utelukkende til hensikt å forklare studien fra forskers ståsted.

Skrivet vil samtidig være en (rettslig) trygghet for inkluderte deltakere, ved at samtykket som er avgitt er nettopp dokumenterbart. Det beskriver også hvilke rettigheter man har som deltaker i helsefaglig forskning i forhold til informasjonssikkerhet, behandling av helse- og personopplysninger, trekking og sletting av opplysninger og lignende.

Komiteen krever derfor at det utarbeides skriftlig informasjonsskriv og samtykkeerklæring i denne studien, i tråd med REKs mal: <http://helseforskning.etikkom.no>

Vedtak

Vedtaket utsettes i påvente av at ovennevnte merknader besvares. Når svar foreligger vil komiteens leder ta stilling til spørsmålet om godkjenning på delegert fullmakt.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Arvid Heiberg
prof. dr.med
leder REK sør-øst C

Tor Even Svanes
seniorrådgiver

Kopi til: fou-hf@hioa.no; Høgskolen i Oslo ved øverste adm. ledelse postmottak@hio.no

Vedlegg 6: Forskerens svarbrev til REKs kommentar på prosjektsøknad

Følelsetrykk blant rusavhengige i behandling.

20.11.2012

Arvid Heiberg
prof. dr. med.
Leder REK sør-øst C

Deres referanse
2012/1368
REK sør-øst C

Svarbrev til REK på tilbakemelding etter behandling av prosjektsøknad 2012/1368 Alexitymi blant rusavhengige i behandling.

I brev datert 01.10.2012 fra REK oppsummeres to punkter som ønskes utbedret eller ytterligere diskutert før endelig avgjørelse på prosjektsøknaden kan gjøres. Herunder adresseres følgende punkter i med utdypende beskrivelse og der det er aktuelt, nye tiltak. Prosjektmedarbeider omtales i det videre som masterstudent. (Denne ble i den opprinnelige søknaden til REK ble omtalt som medbruker – en etterlevning fra meldeskjema til NSD.)

Komiteen ber derfor om en tydeligere etisk redegjørelse av inklusjon og rolleblanding enn hva tilfellet er i den fremlagte søknaden.

Fra REKs svarbrev:

”Det angis under søknadens punkt **2.d – Utvalg**, at deltakerne i studien skal rekrutteres ved søkers arbeidssted. (...)

”Komiteen mener man legger opp til en tett sammenblanding av behandlerrollen og forskerrollen i dette prosjektet, uten at det er foretatt noen reell etisk drøftelse av hvilke implikasjoner det kan ha for både studien og for de personene som blir inkludert. Deler av prosjektsøknaden gir inntrykk av at det har vært oppmerksomhet knyttet til problemstillingen, det sies blant annet at aspektet er diskutert med FoU-avdelingen ved Tyrilistiftelsen.

Disse diskusjonene er imidlertid ikke synliggjort for REK.”

Utdyping av masterstudents roller og etisk drøfting av dette:

Masterstudenten har jobbet i Tyrilistiftelsen i ulike stillinger siden 1997. For det meste har dette vært vikariater og kortere ansettelsesforhold. Siste periode med behandlingsansvar i stillingen ble avsluttet høsten 2010. Etter dette har masterstudenten vært tilsatt som tilkallingsvakt og sommervikar. Denne stillingen innebærer deltakelse i behandlingen, men ikke behandlingsansvar for de enkelte pasientene og deres oppfølging. Per nå og gjennom prosjektperioden har ikke masterstudent noen aktiv behandlerrolle i Tyrili.

Masterstudenten har vært tilkallingsvakt kun på en av enhetene i stiftelsen og har dermed kun hatt kontakt og mulig relasjon med pasientene innenfor denne enheten. Dette er ved Tyrili Kampen og gjelder ca 30 pasienter. Det kan i tillegg være enkelte pasienter som masterstudenten har hatt behandlingsansvar for ved Tyrili Kampen som er reinntatt ved de andre enhetene.

Totalt kan det antas at det vil være aktuelt for opp mot 40 pasienter.

De fleste i utvalget vil derfor ikke ha kjennskap til masterstudenten og denne vil dermed kun inneha forskerrollen for disse.

For den delen av utvalget som masterstudenten har hatt en behandlerrolle for vil det kunne oppstå problematiske forventninger til samarbeid eller følelse av forpliktelse til å delta i prosjektet.

For å forhindre noe av denne problematikken er det ikke masterstudenten personlig som skal stå for gjennomføringen av hverken innsamling av samtykker eller datainnsamling på den enheten hvor masterstudenten har jobbet. Der vil det være en representant fra Tyrilis avdeling for forskning og utvikling (FoU) som holder i den praktiske gjennomføringen ved Tyrili Kampen. Det vil også tydeliggjøres i informasjonen i forkant av innhenting av samtykke at dette er et prosjekt i samarbeid med FoU avdelingen som er uavhengig av behandlingshverdagen i Tyrili og derfor ikke vil påvirke den enkeltes behandling.

Den andre problemstillingen for masterstudenten i fht blanding av roller er hvordan dette kan påvirke forskningen i form av bias i utforming, analyse og drøfting. Som sagt over har ikke masterstudenten noen aktiv behandlrolle gjennom prosjektperioden og vil da ikke trenge å skifte mellom roller, men kun operere i Tyrili som forsker i den perioden prosjektet pågår. Dette i seg selv letter oppgaven. Med historie som ansatt i stiftelsen vil det allikevel være fare for bias og masterstudenten er klar over og drøfter dette fortløpende med både FoU avdelingen ved Tyrili og med veileder. Masterstudentens fartstid i Tyrili vil også beskrives og være en åpen del av forståelse og bakgrunn for prosjektet. Masterstudenten vil jobbe grundig gjennom forventninger og antakelser til resultat i forkant av dataanalysene og gjennom hele prosjektperioden holde problematikken in mente. Det er også disse antakelsene som bygger på egen erfaring at hypotesene for studiet blir utformet og som kan bli avkrefet eller bekrefet gjennom resultatene.

Komiteen krever derfor at det utarbeides skriftlig informasjonsskriv og samtykkeerklæring i denne studien, i tråd med REKs mal: <http://helseforskning.etikkom.no>.

For å unngå å innhente personidentifiserbar informasjon i prosjektet foreslo den opprinnelige søknaden å bruke det elektroniske skjemaet som samtykke. Det forstås av komiteens kommentarer at uten ovenstående presisering av masterstudentens rolle og posisjon var dette ikke tilstrekkelig eller godt nok.

Det er utarbeidet et nytt informasjonsskriv med samtykkeskjema etter mal fra REKs hjemmeside. Den er å finne som vedlegg under.

Erfaringsmessig er det hensiktsmessig å begrense mengden skriftlig informasjon respondentene får. Malens kapitler A og B med ytterligere informasjon er dermed ikke benyttet. I stedet informeres de ansvarlig for informasjon og samtykkeinnhenting på hver enhet grundig i forkant og kan dermed bidra med utdypende informasjon muntlig og eventuelt formidle spørsmål. Jmfør Helseforskningslovens §13 om informert samtykke, ønsker vi et informasjonsskriv som er tilgjengelig og dekkende og samtidig ikke så omfattende at det blir til hinder for forståelse. Ytterligere informasjon sikres opp via muntlig tilgang på enheten og tydelig mulighet for å kontakte masterstudent eller professor ved behov/ønske.

Prosedyren for datainnsamlingen er dermed også endret til følgende;

Informasjonsskriv og samtykkeskjema vil sendes ut til enhetene i sammenheng med at masterstudenten kontakter en ansvarlig på hver enhet i Stiftelsen. På enheten som masterstudenten har hatt behandlrolle ved vil det som sagt være en representant for FoU som står for gjennomføringen i sin helhet, dvs både informasjon, samtykkeinnhenting og datainnsamling.

Ved de øvrige enhetene vil enten en representant fra FoU eller en ansvarlig på enheten stå for informasjon og innhenting av samtykker.

Følelsesuttrykk blant rusavhengige i behandling.

20.11.2012

Den ansvarlige for innhenting av samtykkene vil videreformidle disse til FoU avdelingen. Under datainnsamlingen kobles navn på respondent opp mot et nummer som registreres i spørreundersøkelsen.

Lister over nummer koblet til navn samt samtykkeskjemaene vil oppbevares innelåst på Tyrili FoUs kontorer i Oslo. Kun ansvarlig ved FoU vil ha tilgang til disse.

Dersom noen ønsker å trekke sin deltakelse i etterkant av datainnsamling vil vedkommende kunne si ifra til FoU ansvarlig som formidler riktig nummerkode til masterstudenten, som så fjerner respektive svar fra datamaterialet.

Dette vil sikre den enkeltes mulighet for å trekke samtykke til enhver tid også i etterkant av deltakelse, jamfør Helseforskningslovens §16.

Det vil være dels masterstudenten og dels ansvarlige på enhetene som gjennomfører datainnsamlingen. Datainnsamlingen gjennomføres fortrinnsvis i uken påfølgende informasjonsutsendingen, dette noe avhengig av hva som er mulig for den enkelte enhet.

Det vil ikke være aktuelt å purre på respondentene direkte. Masterstudenten vil ha fortløpende kontakt med den ansvarlige på hver enhet om gjennomføring og framgang.

Denne organiseringen vil senke rollesammenblandingens-muligheten ytterligere og sikre frivilligheten gjennom at pasienten tar stilling til deltakelse mest mulig uavhengig av relasjon til masterstudenten.

I tillegg vil samtykket gis lengre tid i forkant av undersøkelsen, som gir respondenten bedre tid til å tenke seg om og eventuelt angre før skjemaet skal fylles ut.

Vennlig hilsen

Per Nerdrum
Prof. dr. psychol.
Leder av Masterstudiet i psykisk helsearbeid
Høgskolen i Oslo og Akershus

Hanne Lorimer Aamodt
Masterstudent