



«Fordi ..altså man .. man blir veldig påvirka»

Om behandling, læring og indoktrinering i norsk rusbehandling

Marte Nygård

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Masteroppgave

Master i sosialt arbeid

MASOS-504

45 studiepoeng

Antall ord: 28.540

26.05.2021

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag:

Vi vet lite om hvordan enkelte pasienter kan oppleve forverring av deres situasjon når de deltar i rusbehandling eller etter avslutning av behandlingen. Jeg undersøkte derfor hvordan tidligere pasienters negative opplevelser i norsk rusbehandling kan forstås og fortolkes.

Bakgrunnen for undersøkelsen er undring over sparsom forskningsinteresse for pasienters negative erfaringer fra rusbehandling, samt beskjeden internasjonal interesse i kartlegging og analyse av skader som pasienter kan pådra seg i forbindelse med behandling for rusavhengighet. Hensikten med oppgaven er et ønske om å belyse hvordan tidligere pasienter opplever og beskriver negative hendelser relatert til erfaringer med norsk rusbehandling, og hvordan de senere har opplevd konsekvensene av disse opplevelsene.

Den anvendte forskningstilnærmingen er fundert i en overordnet hermeneutisk tilnærming med inspirasjon fra fenomenologien. Det er foretatt semistrukturert intervju med fire personer. Alle fire informanter fortalte om traumatiske opplevelser og alvorlige psykiske kriser de hadde gjennomlevd i behandlingen, og hvordan disse opplevelsene hadde hatt konsekvenser for deres senere liv. Intervjuene ble analysert og tematisk strukturert, og utdrag diskutert ut ifra tre forskjellige teoretiske rammer: George De Leons teorier om det terapeutiske samfunn, Erving Goffmans totale institusjon og Robert J. Liftons kriterier for tankereform. Alle de tre teoriene beskjeftiger seg med metoder for psykologisk og sosial påvirkning av den enkelte, med henblikk på identitetsendring. De adskiller seg primært gjennom ulike politiske og moralske utgangspunkter. Oppgavens konklusjon viser til et behov for å drøfte enkeltelementer i rusbehandlingsprogrammer, samt å drøfte bruk av sterk psykologisk påvirkning i et etisk perspektiv.

Emneord: det terapeutiske samfunn; rusbehandling; negative behandlingsopplevelser; psykologisk påvirkning; fellesskapet som metode; intervjuundersøkelse; behandlingsetikk

Abstract:

Little is known about patients who may experience worsening their situation when they participate in drug treatment or after treatment. I, therefore, investigated how previous patients' negative experiences in Norwegian drug treatment can be understood and interpreted. I based the study on contemplating the sparse research interest in patients' adverse experiences from drug treatment and the modest international interest in mapping and analysing harmful incidences that patients may incur in connection with treatment for drug addiction. The purpose of the thesis is to shed light on how previous patients experience and describe harmful occurrences related to Norwegian drug treatment and how they have experienced the consequences of these events in their lives. The applied research approach is based on an overall hermeneutic approach with inspiration from phenomenology. I conducted a semi-structured interview with four people. All four informants talked about traumatic experiences and severe mental crises they had experienced in treatment and how these experiences had had consequences for their later life. The interviews were analysed and thematically structured. I discussed excerpts from the interviews outlined in three different theoretical frameworks: George De Leon's theories about the therapeutic community, Erving Goffman's total institution and Robert J. Lifton's criteria for thought reform. All three approaches deal with techniques for psychological and social influence of the individual aiming towards identity change. They differ primarily through separate political and moral points of departure. I conclude by stressing the need to review single elements in treatment programs and consider techniques of strong psychological influence from an ethical perspective.

Keywords: the therapeutic community; drug treatment; negative treatment experiences; psychological influence; community as method; qualitative interview; treatment ethics

Forord

Takker til:

Den største takken går selvsagt til informantene, for sitt sterke bidrag til denne oppgaven. Takker også til beboere på ulike steder jeg har jobbet for uformelle samtaler og refleksjoner rundt flere av temaene som berøres i oppgaven. To nøkkelpersoner har vært helt avgjørende for både gjennomføringen av undersøkelsen og for selve skriveprosessen: 1) Min veileder Kristin Briseid. Jeg er svært takknemlig for at hun sa ja til å være veileder da jeg spurte. Briseid har vært utrolig fleksibel, klok, snill og en årvåken ugle på skulderen hele tiden, samt satt inn nødvendige pedagogiske tiltak da det stoppet litt. 2) Liese Recke, som har vært både starter, motivator og motor i hele prosjektet. Takker for utrettelig engasjement, tilgjengelighet, samt deling og introdusering til alt fra informanter, relevant forskning og annen litteratur, og mange drøftinger om de temaene som oppgaven tar opp. Dette hadde vært et umulig prosjekt uten de ressursene. En helt spesiell takk rettes til slutt til studiegruppen «Snowflakes» for deres inspirerende og unike kompetanse, samt svært nyanserte blikk på alle mulige uforståelige fenomener på rusfeltet.

Oslo 23. mai 2021

Marte Nygård

Innhold

1	Innledning	9
1.1	Problemstilling.	11
2.	Hva er egentlig rusbehandling?	13
2.1	Hva er et rusbehandlingsprogram?.....	13
2.2	Behandling virker – men hvordan, på hva, når og hvorfor?.....	14
2.3	Hvordan vurderes rusbehandlingsprogrammer?	16
2.4	Identitetsendring som behandlingsmål.....	17
2.5	Når behandling skader eller feiler.....	18
3	Teori.....	21
3.1	Et harmonisk og et kritisk blikk på det terapeutiske samfunn.	21
3.2	Det terapeutiske samfunn.	25
3.2.1	«Miraklet på stranden».....	25
3.2.2	Utviklingen av det terapeutiske samfunn som behandlingsprogram.....	26
3.2.3	Fellesskapet som metode.	27
3.2.4	Behandlingsmål i det terapeutiske samfunn.	28
3.2.5	Arenaer for læring.	29
3.2.6	Terapeutiske rasjonaler.	30
3.3	Med Erving Goffman i rusbehandling.....	31
3.3.1	Goffmans vei til identitetsending.....	32
3.3.2	Goffmans underverden.	33
3.4	Hjernevask, tankereform og indoktrinering.	34
3.4.1	Miljøkontroll:	35
3.4.2	Bekjennelsespraksis:	36

3.4.3	Nytt språk:.....	36
3.4.4	Rent og urent:	37
3.4.5	Hellig viten:	37
3.4.6	Ikke alle har livets rett:	37
3.5	Behandling, læring eller indoktrinering?	38
4	Metode.	40
4.1	Vitenskapsteoretisk utgangspunkt.....	40
4.2	Eget utgangspunkt.....	42
4.3	Metodevalg.	44
4.4	Utvalg.....	44
4.4.1	Rekruttering.	45
4.4.2	Valg av informanter.	45
4.4.3	Intervjuguide.	46
4.4.4	Gjennomføring av intervjuene.	47
4.4.5	Analyse.....	48
4.4.6	Transkribering.....	48
4.4.7	Temasentrert analyse.	49
4.4.8	Metaforer.	51
4.5	Forskningsmessige kvalitetskrav.....	52
4.6	Etiske hensyn og vurderinger.....	53
5	Funn, analyse og diskusjon.	55
5.1	Flere virkeligheter.	55
5.1.1	«Du får ikke normaltankegangen fordi du ikke har kontakt med de ute».	56
5.1.2	«Det tok et år å liksom begynne å sortere tanker og å prøve å kaste retorikken». 60	
5.1.3	«Tystere skal dø».....	62

5.1.4 «Nei, ta livet mitt, for at det er ikke noe håp for meg».....	63
5.2 Bekjennelsespraksis.....	66
5.2.1 «Det var litt sånn å skyte spurv med kanon».....	67
5.2.2 «Du kunne faen ikke holde den jævla slingrepikken din for deg sjæl»	71
5.2.3 «Hvis du begynte å diskutere så var det i hvert fall tre timer med pes».	73
5.3 Opplevd følgevirkninger av negative behandlingsopplevelser.....	75
5.3.1 «Jeg går i gamle sånne mønstre med ..eh.. ja.. overlevelsesstrategier».....	76
5.3.2 «Til hvilken pris har jeg blitt nykter?»	78
6 Behandlingsopplevelser.....	80
6.1 Lost in transit.	80
6.2 Åpen, ærlig og villig.	82
6.3 «Jeg skjønnte ikke hvor ille det var».	83
6.4 Behandling, læring eller indoktrinering? (igjen).	85
6.5 Et sobert blikk på pasienters negative behandlingsopplevelser.	88
6.6 Det totalitæres romantikk	90
7 Litteraturliste	92
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	101
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	107
Vedlegg 3: Godkjenning NSD	108

1 Innledning

Tittelen på oppgaven er en del av et utsagn fra informanten Liv. Liv forteller om sine egne behandlingserfaringer som ligger en del år tilbake i tid. I tiden som har gått har Liv ofte reflektert over tiden i behandling, og vært i tvil om hvordan hun egentlig skulle tenke om opplevelsene sine. I mange år har hun overfor seg selv og andre argumentert for nødvendigheten av en slik type behandling som hun selv har erfaring med, men tvilen har konstant romstert. Var det egentlig i orden det som foregikk i behandlingsinstitusjonen? Her er hele sitatet til Liv, hvor hun reflekterer over behandlingsoppholdet sitt i et terapeutisk samfunn for rusavhengige:

Liv: nei, det er jo den ..den ..eh...den på en måte type nedbrytning, isolasjon, ribbing av identitet...eh..du skal være. Du skakke tro du er noe. Du *er* ingen. Eh ..og så kan du jobbe deg oppover.. i hierarkiet, etter en *veldig* bestemt modell. Sånn at.. du kom deg ikke opp hvis du ikke .. på en måte .. gjør det du ..får beskjed om, men det kjennes jo underveis ut som om at man velger det selv.. på et vis, da. Fordi ..altså man ... man blir veldig påvirket ...eh..og ..(stopper opp)

Denne oppgaven er derfor tilegnet Liv, June, Jon og Rolf, som med stort mot og utholdenhet har fortalt sine tunge historier til meg, med håp om å overdra erfaringer, ord og begreper til andre med lignende erfaringer, historier som aldri tidligere er blitt fortalt eller etterspurt. Med min lange erfaring som ansatt innen den norske rusomsorgen, har jeg lyttet til mange pasienters historier om hva de har opplevd i behandlingene de har gjennomgått, etter at de har vendt tilbake til et liv med såkalt aktiv rusbruk etter enda et behandlingsopphold i en ofte fjerntliggende behandlingsinstitusjon. Mange har vært fulle av selvbekreftelser og kun få har vært i stand til å reflektere over de, for meg, eksotiske behandlingsregimene de beskriver. I evalueringsrapporten om pakkeforløpet innen rus og psykisk helse 2021 kommer det frem at av de spurte pasientene hadde kun et fåtall fått informasjon om behandlingsmetoder og behandlingstiltak ved behandlingsenheten. Og at «det fremkom flere eksempler på at behandlingsmetoden vedkommende mottar ikke blir godt nok forklart» (Ådnanes et al., 2021, p. 10) .

I forbindelse med rusreformutvalgets utredning: NOU 2019:26 «*Rusreform - fra hjelp til straff*», som ble lagt frem desember 2019, foreslås en endret ruspolitikk med henblikk på avkriminalisering av besittelse av mindre mengder narkotika. Det gjennomgående slagordet fra reformtilhengere har vært at samfunnets respons på bruk av narkotiske stoffer skal gå «fra straff til hjelp». Med begrepet «hjelp» refereres det til at rusbrukere må få tilbudt helsehjelp, og forslaget om overføring av rusproblematikk fra jus til helse innebærer at flere vil få tilbud om behandling. Edle Ravndal (2009) viser imidlertid til at «behandling» innen helse også handler om politikk og kontroll, og at rusbehandling historisk sett alltid har inneholdt kontrollaspekter. Samtidig er ulike hjelpetiltak tilgjengelige i kriminalomsorgen og i norske fengsler, og behandling inngår dermed i en kontekst vi definerer som straff (Hansen, 2002; Helgesen, 2020). Det er derfor ikke helt enkelt å kategorisere begreper som straff og behandling som henholdsvis disiplinerende og hjelpsomme. Det vil finnes eksempler på at pasienter som har mottatt behandling for rusproblemer har opplevd hjelpen som straff mer enn som hjelp til problemene sine.

Gjennom min utdanning på VID og lesing av faglitteratur har det blitt tydelig for meg at pasienters negative erfaringer i rusbehandling sjelden har blitt formidlet innen fagfeltet. Denne oppgaven tar derfor utgangspunkt i tidligere pasienters fortellinger om negative erfaringer i rusbehandling og bygger på intervjuer med fire tidligere pasienter.

I oppgavens første del presenterer jeg forslag til forklaringer på hvorfor rusforskere ser ut til å foretrekke kartlegging av pasientkarakteristika fremfor kartlegging av behandlingstiltak, og i oppgavens avsluttende del reflekterer jeg over hvordan slike forskningspreferanser kan være med på å usynliggjøre og ugyldiggjøre pasienters opplevelser. Jeg fremskriver en antagelse om at bruk av behandlingsprogrammets interne språk, rasjonaler og begrepsapparat kan bidra til pasienters taushet og profesjonelles ignoranse, fordi pasienters ansvar og personlige karakteristika dermed fremstår som de primære forklaringene på negative behandlingsopplevelser og behandlingsutbytte. Mitt anliggende blir, som en følge av dette, å utvide fortolkningsmulighetene i relasjon til informantenes opplevde behandlingserfaringer, med henblikk på å fremstille negative behandlingsopplevelser som noe annet enn funksjoner av egenskaper hos pasientene.

1.1 Problemstilling.

Jeg har i oppgaven undersøkt hvordan tidligere pasienter beskriver egne negative erfaringer med rusbehandling. Problemstillingen har blitt endret underveis. Først var den et spørsmål bygget på min hypotese/antagelse eller forforståelse om rusbehandling kan ha skadelige sider, og jeg fant at det var veldig lite forskning som kunne belyse dette fenomenet. Etter gjennomføringen av intervjuene, hvor det kom frem hvilke erfaringer som ble beskrevet og hvilke typer behandlingsprogrammer informantene relaterte sine erfaringer til, ble jeg interessert i å se hvilke teoretiske rammer informantenes utsagn kunne fortolkes i relasjon til. Da ble problemformuleringen supplert med forskningsspørsmål. Jeg valgte to ulike fortolkningsrammer, som jeg har karakterisert som henholdsvis harmonisk og kritisk.

Den overordnede problemstillingen ble da: Hvordan kan tidligere pasienters negative opplevelser i norsk rusbehandling forstås?

Jeg har operasjonalisert problemformuleringen inn i to forskningsspørsmål: 1) Hvordan beskriver tidligere pasienters negative erfaringer etter behandlingsopplevelser med «fellesskapet som metode»? 2) Hvordan kan de tidligere pasientenes erfaringer forstås i relasjon til behandlingsmodellens antatte teoretiske grunnlag, og alternativt i relasjon til to alternative teorier om psykologisk og strukturell påvirkning?

Med utgangspunkt i problemstillingen, har jeg tatt en rekke avgjørende valg med tanke på avgrensninger. Jeg har valgt ut en gruppe av tidligere pasienter, som alle hadde negative erfaringer med rusbehandling i behandlingskontekster basert på det jeg i kapittel tre beskriver som «fellesskapet som metode», i noen sammenhenger også kalt «det terapeutiske samfunn». I min beskrivelse av kontekst og rammer for informantenes utsagn har jeg tatt utgangspunkt i tilgjengelige modellbeskrivelser av norske terapeutiske samfunn og de amerikanske og svenske modellene som gir inspirasjonen til disse. Selv om alle informantene refererte til «fellesskapet som metode» som den behandlingsfilosofien de tar utgangspunkt i, har det antakelig vært store forskjeller på de enkelte behandlingskontekstene avhengig av graden av fortolkning av og lojalitet til modellen, ledelse, enkeltpersoner i personalgruppen, størrelse og beliggenhet mm. Sammenligningen mellom informantenes erfaringer og den generelle nedskrevne beskrivelsen av fellesskapet

som metode blir derfor lite generaliserbart (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 289), men da det ikke finnes organisatoriske beskrivelser eller kulturanalyser for de enkelte behandlingsstedene som det refereres fra, har det vært min eneste mulighet å ta utgangspunkt i de nedskrevne ideallmodellene. Informantenes opplevelser kan derfor ikke fortolkes som en konkret kritikk av enkelte behandlingssteder, men avspeiler snarere individuelle refleksjoner gjort i relasjon til lokale behandlingsrasjonaler karakteristiske for terapeutiske samfunn for rusavhengige. Oppgaven starter med en beskrivelse av rusbehandling og noen overveielser over behandlingsforskningens gjenstandsfelter. I teoriavsnittet, kapittel tre, beskriver jeg tre fortolkningsrammer som jeg bruker til å analysere og fortolke informantenes uttalelser i. Kapittel fire er et metodekapittel, hvor jeg beskriver mitt vitenskapsteoretiske ståsted og min anvendte forskningsmetode. Jeg presenterer mine funn, analyser og diskusjon i kapittel fem. Den avsluttende delen, kapittel seks, forholder seg til prinsipielle drøftelser av hva som kan betraktes som etisk forsvarlig rusbehandling.

2. Hva er egentlig rusbehandling?

I dette kapittelet fremlegges begreper og diskusjoner som er sentrale for den konteksten som danner bakgrunnen for fortolkningen av de erfaringene informantene formidler.

Samtlige informanter refererte til døgnbehandling eller poliklinisk behandling som bygget på et bestemt ideologisk grunnlag, senere i kapittel tre fremlagt som «fellesskapet som metode». Med denne bestemte tilnærmingen til behandling som bakgrunn, skriver jeg her om begrepet rusbehandling, om hva man forstår med et behandlingsprogram, hva som kan være formål med rusbehandling og hvordan rusbehandling ofte evalueres i norsk og internasjonal forskning.

Spørsmålet om hvordan fenomenet rusbehandling skal forstås, og hvordan rusbehandling blir beskrevet, er komplisert. Globalt sett brukes begrepet «behandling» i forbindelse med individers forbruk av rusmidler forskjellig, og med store nasjonale og internasjonale variasjoner. Begrepet brukes om alt fra tvangsarbeidsleirer i Kina (Elliott et al., 2011), deltagelse i selvhjelpsgrupper (Fletcher, 2013), ordinasjon av opiater (Bernard, 2014), bruk av bestemte samtaleteknikker (Andresen, 2021) og mye mer. USA som er, og alltid har vært, leverandør av behandlingsteknologier som er i bruk globalt, vektlegger såkalte evidensbaserte behandlingsmetoder i de føderale retningslinjene (NIDA, 2018). Det samme gjør vårt eget helsedirektorat (Helsedirektoratet, 2017 (2014)). Hvordan evidensbegrepet fortolkes i denne sammenhengen kommer jeg nærmere inn på i avsnittet om evaluering av behandlingsprogrammer. Vi får her konstatere at fenomenet rusbehandling kan fortolkes bredt og finnes i mange forskjellige former og utgaver.

2.1 Hva er et rusbehandlingsprogram?

Rusbehandling som retter seg mot pasienters adferdsendringer organiseres tradisjonelt gjennom såkalte «behandlingsprogrammer», ofte relatert til døgnopphold i en institusjon. Ulike utgaver av terapeutiske samfunn, behandling i kollektiver, minnesotabehandling (12-trinnsbehandling basert på AAs 12 trinn) (Helgason & Bramsen, 2003; Helgason & Islandi Bramsen, 1995) og behandling fundert på religiøse overbevisninger (Angell, 1994; Isachsen,

2003) representerer alle bestemte måter å forstå, utføre og organisere behandling på. Et behandlingsprogram skal hermed forstås som noe annet enn behandlingsmetode, idet et behandlingsprogram typisk inneholder flere forskjellige behandlingsmetoder som brukes på ulike tidspunkt og i ulike situasjoner. Skandinaviske døgnbaserte rusbehandlingsprogrammer bruker typisk ord som medleverskap, miljøterapi, arbeidstrening, fellesskap og gruppebehandling når de skal beskrive behandlingsinnholdet (Jørgensen & Pedersen, 2010; Kolltveit, 2013; Lanesskog, 2009; Renshus & Lauritzen, 2006; Skatvedt, 2009). Her må samtlige pasienter gjennomgå identiske opplegg og vurderinger, og fungere i ulike roller overfor hverandre som kontrollører, likemannsrollemodeller eller likemannsterapeuter. Progresjon i behandlingen organiseres gjennom faser som den enkelte pasienten må gjennomføre for å komme gjennom til neste fase (Kolltveit, 2013; Østlie, 1999; Pedersen, 1997). Organisering, behandlingselementer, behandlingsrasjonaler og suksesskriterier i slike rusbehandlingsprogrammer adskiller seg fra hvordan man ellers organiserer døgnbehandling innen f.eks. psykisk helse, hvor fokus er på medisin og individuell terapi (se f.eks. Lauveng, 2020) og fra farmakologisk behandling for opioidavhengighet (Bernard, 2014; Helsedirektoratet, 2010).

Inntil rusreformen i 2004 utgjorde institusjonelle døgnbaserte behandlingsprogrammer størstedelen av behandlingsinnsatsen for brukere av narkotika i Norge, men utgjør etter hvert en mindre del til fordel for polikliniske samtaler og farmakologisk behandling (Olsen, 2019; Skretting, 2012). Det terapeutiske samfunn for rusavhengige beskrives i kapittel tre som et særskilt behandlingsprogram karakterisert av bestemte verdier, handlingsanvisninger, programteorier, språk, ritualer og tradisjoner. I Norge organiseres noe rusbehandling igjennom såkalte ideelle behandlingsinstitusjoner, som forsøkes organisert etter bestemte manualer og retningslinjer. Jeg går videre med en redegjørelse for hvordan rusbehandling vurderes i forskningslitteraturen.

2.2 Behandling virker – men hvordan, på hva, når og hvorfor?

Fraser og Ekendahl (2018) viser gjennom en internasjonal sammenligning at faktisk innhold i ulike rusbehandlingsprogrammer, måten de fremstilles på og vurderinger av ulike

programmer savner både avklaringer, begreper og diskusjoner. At det konkrete, og av pasienter opplevde, innholdet i ulike rusbehandlingsprogrammer generelt fremstår ubeskrevet og utforsket, får betydning for hvordan man utøver evalueringer og effektmålinger. Brorson og kolleger (2013) gjorde en empirisk metastudie om behandlingsbrudd i rusbehandling, og sammenlignet 122 studier. Her fant de at bare ni prosent undersøkte sammenheng mellom behandlingsbrudd og innhold i behandlingsopplegget. Brorson og kolleger antar at behandlingsbrudd kan skyldes trekk ved terapeuten/behandlingen fremfor egenskaper ved pasientene, men at dette forholdet underkommuniseres til fordel for kartlegging av pasientkarakteristika. Man kunne forestille seg at liten forskningsoppmerksomhet på programmenes innhold – studier som ser på pasienters opplevelser, kartlegger anvendte programteorier og sammenligner ulike kulturbeskrivelser, henger sammen med mangel på analytiske begreper og brukbare kategoriseringer av elementene innen tradisjonelle behandlingsprogrammer (Thylstrup, 2011). En slik antagelse understøttes av det faktum at det kun er mulig å finne ganske få kritiske eller analytiske studier av rusbehandling som utføres i overensstemmelse med «fellesskapet som metode», men mange studier som måler på modellens såkalte effektivitet (De Leon, 2010; Menzies & Lees, 2004; Vanderplasschen et al., 2013). Det mangler imidlertid ikke beskrivelser av hvordan ulike behandlingsprogrammer ideelt sett bør organiseres og effektueres gjennom administrative veiledere og standarder (SAMSHA, 2006; Vanderplasschen et al., 2014). Kanskje tjener beskrivelser av behandlingsprogrammer og manualer best som en illustrasjon av det organisasjonsforskeren Edgar Schein kaller «espoused values» (Schein, 2016), verdier som er bestemt av organisasjonens ledelse og som brukes i formidlingen av bestemte organisatoriske verdier og rasjonaler til omverdenen. Ser man etter deltakererfaringer og observasjonsstudier, kommer andre bilder til syne innenfra behandlingsprogrammet enn det umiddelbare inntrykket i behandlingsmanualene og programbeskrivelsene. F.eks. foretok Per Vaglum og Edle Ravndal studier av flere norske kollektiver og terapeutiske samfunn, og rapporterte om utfordringer med bruken av de valgte behandlingsmetodene overfor bestemte pasientgrupper (Ravndal & Vaglum, 1994; Vaglum, 2003). Også Astrid Skatvedts avhandling, som er basert på intervju med beboere i et

norsk terapeutisk samfunn, inneholder indirekte kritikk av behandlingsprogrammet og omsetning av behandlingsmetodene som brukes (Skatvedt, 2009).

2.3 Hvordan vurderes rusbehandlingsprogrammer?

Sammenlignende studier av ulike former for rusbehandling forutsetter operasjonalisering av behandlingsmålsetninger. Det virker imidlertid som det sjelden er overensstemmelse mellom hva de ulike behandlingsprogrammene inneholder, eller konsensus blant forskere om hva formålet er med behandlingen. I en oversiktsartikkel fra 2014 gir den britiske forskeren Mike Ashton et overblikk over ulike internasjonale formål med rusbehandling, som viser tilbake på ulike definisjoner av rusavhengighet, sykdom, helse, livskvalitet mm. I de amerikanske anbefalingene forklares formålet med setningen «Drug treatment is intended to help addicted individuals stop compulsive drug seeking and use» (NIDA, 2018 p.7), og behandlingsrasjonalet er basert på idéen om at rusavhengighet skal defineres som en kronisk sykdom i hjernen. Britiske politikere erklærte i 2008 recovery som mål for rusbehandling (Home Office, 2012), forstått med utgangspunkt i avholdenhet fra alle psykoaktive substanser, legale som illegale. I den britiske optikk inngår deltakelse på arbeidsmarkedet, avståelse fra kriminalitet mm. i recoverybegrepet som viktige behandlingsmål. Også i Norge ses det varierende målsetninger for behandlingen av rusavhengige – f.eks. opparbeidelse av boevne i forbindelse med Housing First (Nordaunet & Andvig, 2018), reduksjon av bruk av illegale rusmidler (Waal et al., 2018), og de siste årene har også begrepet livskvalitet blitt en parameter som inngår i behandlingsevalueringer (se f.eks. Muller et al., 2019). Målsetninger om retensjon, at pasienten forblir i behandlingen, har gitt anledning til studier som fokuserer på frafall. I den tradisjonelle evalueringen av behandling korrelerer fullførelse av et behandlingsprogram med et vellykket behandlingsresultat, og frafall må derfor unngås (se f.eks. Brox & Eilertsen, 2016).

Tross ulike målsetninger og behandlingsmetoder evalueres imidlertid rusbehandling tradisjonelt i tråd med annen helseforskning ut ifra et naturvitenskapelig forskningsparadigme: Pasienten behandles etter en bestemt metode eller etter en bestemt protokoll, og man måler da status når behandlingen er avsluttet. Det betyr at langt de fleste

evalueringer av rusbehandling tar utgangspunkt i om målet om «rusfrihet» er nådd, målt etter kortere og litt lengre tid etter at behandling er avsluttet. Det impliserer også at rusbehandlingsprogrammer, som bygger på en slags algoritme bestående av flere forskjellige metoder og programteorier, gjerne i evalueringer behandles som en «black box», der pasientens tilstand måles ved inngang og utgang. Myndigheter i hele verden – inkludert det norske helsedirektorat, ser gjerne på RCT-studier i Cochranedatabasen når de skal utarbeide behandlingsanbefalinger (Helsedirektoratet, 2017 (2014)), tross disse vurderingsmetodenes åpenlyse svakheter i møtet med komplekse og sammensatte problemer (Ravndal, 2006).

2.4 Identitetsendring som behandlingsmål.

Som tidligere nevnt satte den engelske regjeringen begrepet «recovery» på den behandlingspolitiske dagsordenen i 2012 med utgivelsen «Putting full recovery first» (Home Office, 2012). I det britiske skiftet, fra tidligere fokus på skadereduksjon gjennom farmakologisk behandling til målsetninger om rusfrihet og recovery (Ashton, 2008), ble gjenstandsfeltet for behandling endret. I en nyere antologi redigert av to fremtredende støtter for den nye behandlingspolitikken, S. Buckingham og D. Best (2016), gjøres det rede for hvordan pasienters sosiale identitet, forstått bredt som selvforståelse, omverdensorientering og sosiale roller, må gjøres til gjenstand for psykososialt endringsarbeid. Et sammendrag over hvordan identitetsendringer skal skje, ifølge kapitlene i antologien, er at det enkelte individet gjennom medlemskap i prososiale grupper utsettes for påvirkning fra øvrige gruppemedlemmer med henblikk på oppnåelse av den av gruppen aksepterte sosiale identitet. Her fremheves særlig betydningen av påvirkning fra «likemenn i recovery». Også amerikanske forskere, som f.eks. William White, har gjennom de siste tiårene advokert for recovery forstått som identitetsendring gjennom påvirkning fra likemenn (White, 2015). Fokus på identitetsendring som det sentrale virkemiddelet i rusbehandling representerer imidlertid ikke nytenkning. Tvert imot. Helt tilbake fra 1673, da den amerikanske evangelisten Increase Mather ga ut en av de første kjente predikenene mot drukkenskap (Mather, 1673), har forestillinger om omvendelse eller sjelens reformatjon dominert behandlingsidéer på rusfeltet, typisk i religiøs utgave. Omvendelse – et fenomen

satt i relasjon til religiøs vekking – har ifølge Paloutzian et al. (1999) en radikal effekt på den enkeltes personlighet i form av endret adferd, selvoppfattelse, verdier og livssyn.

Daniel Hood (2011, 2012), en amerikansk antropolog, sammenlignet to forskjellige amerikanske behandlingsprogrammer. "Redemption House", som representerte en religiøs modell der behandlingen var fundert på omvendelse av pasientene til en kristen tro og livsstil, hvor behandlingen primært besto i gruppeterapi, bekjennelser og bønner. Hood sammenlignet hverdagen i den religiøse institusjonen med en annen institusjon som ivaretok samme målgruppe og tilsvarende hadde målsetning om rusfrihet. "Recovery House" var basert på en terapeutisk samfunnsmodell som praktiserte «fellesskapet som metode», og presenterte seg som et evidensbasert behandlingsprogram. Her ble pasientene utsatt for et tilsynelatende alternativt paradigme, bestående av omvendelse - ikke til Jesus, men til «right living». Når alt kommer til alt, viser Hood, har behandlingen begge steder identiske mål om at pasientene må transformere selvforståelse, adferd og holdninger i overensstemmelse med verdiene i behandlingsprogrammet. Hood illustrerer at mantraet «Jesus saves» i den religiøse behandlingen, og mantraet «treatment works» i det terapeutiske samfunnet, til syvende og sist handler om å skape en transformasjon av den enkeltes identitet. Hood viser hvordan det benyttes identiske virkemidler i de to behandlingsmodellene; bekjennelser i gruppe, gjentakelser av bestemte mantraer, sosial kontroll, bruk av rollemodeller mm.

2.5 Når behandling skader eller feiler.

Jeg har funnet lite empirisk forskning på pasienters negative erfaringer fra psykososial rusbehandling, men relativt mange anekdotiske pasientbeskrivelser, som jeg henviser til på slutten av dette avsnittet. Som jeg viste til i tidligere avsnitt, fremstår det heller ikke uproblematisk å operasjonalisere sammenlignbare parametere i en mulig evaluering av behandlingseffekter. Akkurat så vanskelig det er å måle «suksess» i behandling, er det å måle eller kartlegge andre effekter. Et temanummer av «Substance Use & Misuse» tok i 2012 for seg å diskutere begrepet «failure» i forbindelse med både ruspolitikk og rusbehandling, og ga spalteplass til mange ulike oppfatninger og diskusjoner (Einstein, 2012b). Et sentralt poeng viser til at «failure» ikke bør fortolkes som det motsatte av

suksess, og at valgte målingsmetoder og målingskriterier inngår som en sentral faktor i både effektmålinger og pasientevalueringer (Crèvecoeur-MacPhail et al., 2010). Det er dermed mulig at pasienter oppnår suksess i behandlingen i form av rusfrihet, men opplever forverring av f.eks. psykiatriske eller somatiske symptomer. Omvendt kan en pasient som ikke oppnår rusfrihet etter behandling likevel ha opplevd at ha fått et godt utbytte. Det ser også ut til å være av vesentlig betydning hvordan og når i et pasientforløp behandlingsutbytte evalueres. En av konklusjonene i temanummeret beskriver at det er mangel på undersøkelser som forholder seg til ulike former for negative effekter i rusbehandling, og at det trengs overordnede begrepsmessige avklaringer på hvordan man i det hele tatt skal måle effekter eller følgevirkninger etter behandlingstiltak. Rudolf Moos (Moos, 2012) introduserer begrepet «iatrogenesis», et begrep som vi kjenner fra somatisk behandling, og som brukes som uttrykk for behandlingsgenererte skader på pasienter. I en oppsummering av den sparsomme amerikanske forskningen på iatrogene skader i rusbehandling, anslår Moos at 7-15% av behandlede pasienter i rusbehandling får det dårligere under og etter behandling. Her måles det typisk på omfang av rusbruk, sykehusinnleggelser og forverring av psykiatriske lidelser over tid. Med utgangspunkt i empiriske studier identifiserte Moos (ibid.) en rekke elementer i rusbehandling, som i særlig grad innebærer risiko for negative behandlingserfaringer: Mangel på gode terapeutiske relasjoner hvor pasienten føler seg støttet og forstått, mangel på tydelig målsetning og struktur i behandlingen, konfrontasjon, kritikk og høy følelsesintensitet, normer for rusbruk formidlet av medpasienter samt påføring av stigma og urealistiske forventninger til pasienten eller til hva behandlingen kan utrette.

Jeg har lokalisert enkelte forsøk på kritiske beskrivelser av behandlingsinnhold og behandlingserfaringer i behandlingsprogrammer som orienterer seg mot reformering av pasientenes identitet. Av relevans for denne oppgaven viser jeg til Marcus Chatfield, som i 2014 ga ut boken «Institutionalized Persuasion». I boken gjengis, med delvis utgangspunkt i egne erfaringer, innholdet i en amerikansk behandlingsmodell «Straight Incorporated», et tiltak som bygger på det originale terapeutiske samfunn «Synanon» i California (Clark, 2017). Tittelen «Institutionalized persuasion» refererer til sosial påvirkning som «den systematiske innprentingen av informasjon, holdninger, antagelser, verdier og adferd utført av aktører

som gjennom et formelt mandat har ansvaret for endring av andre menneskers identitet, kognisjon og adferd» (Chatfield, 2014, s. 17). Personlige erfaringer med identiske eller likeartete amerikanske, norske og svenske behandlingsmodeller er - ofte hjerteskjærende rått, beskrevet og publisert av tidligere pasienter (Bloch & Jourdan, 2013; Bonnie et al., 2015; Etler, 2012; Kernochan, 2011; Mack, 2016; NRK, 2014; Thell, 2002; Tilander, 1991). Med unntak av sosioarbeideren Kristian Tilander, som publiserte boka «Bakom vår Blindhet. Röster från Hassela» (1991), har det ikke vært mulig for meg umiddelbart å identifisere forskningsinteresse for tidligere pasienters negative behandlingserfaringer i de terapeutiske samfunn.

3 Teori.

Jeg gir i dette kapittelet en oversikt over de tre teoretiske rammeforståelsene, som senere i oppgaven brukes til å perspektivere og diskutere informantenes utsagn. Jeg starter med å redegjøre for to forskjellige vinklinger på informantenes opplevelser – en harmonisk vinkling og en kritisk vinkling. Den harmoniske tilnærmingen presenteres gjennom teori om det terapeutiske samfunn. Den kritiske tilnærmingen representeres av Erving Goffmans teori om den totale institusjon, samt eldre teorier om kraftig psykologisk påvirkning. Deretter redegjør jeg for de sentrale idéene og perspektivene i de to tilnærmingene.

3.1 Et harmonisk og et kritisk blikk på det terapeutiske samfunn.

Ifølge sentral litteratur om terapeutiske samfunn utgjør behandlingsprogrammet en ideell kontekst som gjennom praktisering av bestemte ritualer, gruppeterapi og et fellesskap med likemenn, skal gi pasienten redskaper til identitets- og livsstilsendring. Redegjørelsen for det terapeutiske samfunn illustrerer det jeg kaller for et harmonisk perspektiv på den type behandling informantene refererer fra. Harmonibegrepet knytter seg til to områder i beskrivelser av terapeutiske samfunn; fellesskap og selvutvikling. For det første antas det at et velfungerende og trygt fellesskap oppnås gjennom felles sosial påvirkning mediert gjennom bestemte regler, rutiner og ritualer. Den andre formen for harmoni antas å bli realisert gjennom individuell selvutvikling. I overenstemmelse med idéene innen humanistisk psykologi, som danner en vesentlig del av det teoretiske grunnlaget i det terapeutiske samfunn, anses det enkelte menneske å romme en indre kjerne som gjennom selvutvikling søker å realisere det indre potensialet (Jørgensen, 2005). En av metodene for å nå det indre potensialet er å skrelle vekk de dysfunksjonelle kulturelle lagene som et ukjærlig samfunn har pålagt den indre ekte kjernen i det enkelte mennesket. Dette beskrives å være målsetningen i f.eks. encountergrupper (Danielsen, 1985; Rogers, 1973). Bruk av encountergrupper utgjør et vesentlig element i det terapeutiske samfunn. Sett i harmoniperspektivet blir forklaringen på informantenes manglende utbytte av

behandlingen, deres egen manglende motivasjon, uvillighet, uærlighet, psykiske problemer eller andre personlige karakteristika (Thomassen, 2001, p. 191). En slik tolkning av negative behandlingsopplevelser vil legge seg i forlengelse av den forskningstradisjonen jeg henviste til i kapittel to, der man i behandlingsevalueringer er interessert i kartlegging av pasientkarakteristika fremfor å undersøke eventuelle antiterapeutiske aspekter ved selve behandlingen.

Til redegjørelse for rasjoner i det terapeutiske samfunn har jeg primært benyttet litteratur av George de Leon, en psykiater sentral i utformingen og evalueringer av den amerikanske utgaven av det terapeutiske samfunn (de Leon, 2002, 2003). I norsk kontekst har Dag Furuholmen og Arne Schanche Andresen oversatt de Leons arbeider til en norsk virkelighet, som er grunnen til at jeg også refererer til deres utgivelser (Furuholmen, 1993; Furuholmen & Andresen, 2007). En kultursosiologisk studie, utgitt posthumt av Arild Thomassen i 2001, formidler en kultursosiologisk analyse av «Veksthuset», et eksempel på et terapeutisk samfunn lokalisert i Oslo, som fungerte i 1990-årene (Thomassen, 2001). Utover disse forfatterne suppleres det med annen relevant litteratur der hvor det er passende.

Gjennom introduksjon av et alternativt kritisk fortolkningsperspektiv er det ambisjonen å sette informantenes erfaringer inn i en annen referanseramme enn de tidligere nevnte forklaringene på negative behandlingserfaringer som en funksjon av pasientkarakteristika - personlige sårbarheter, manglende motivasjon eller manglende behandlingskomplians. Som motvekt til et harmonisk perspektiv, introduserer jeg derfor to teoretiske tilnærminger som hver for seg har et kritisk perspektiv på den type behandling informantene formidler erfaringer fra. Jeg innleder med Erving Goffmans (1967) beskrivelse av den totale institusjon, en klassisk sosiologisk analyse av strukturer i bestemte institusjonelle utforminger og disses påvirkning på beboernes adferd og identitet. Deretter supplerer jeg med et psykologisk perspektiv ved hjelp av teorier om sosial påvirkning. Nyere teorier om sosialpsykologisk påvirkning kan identifiseres med begreper som «social influence» (Cialdini, 2001), generelle teorier om påvirkningens psykologi. «Social persuasion» (Gass & Seiter, 2015), teorier som fortrinnsvis brukes i forbindelse med markedsføring og salgsstrategier, og «radicalization» (Borum, 2011) hvor omvendelsesbegrepet (eng: conversion), som vi kjenner det fra religionspsykologien, settes i sammenheng med nyere diskusjoner om religiøs radikalisering.

Eldre kritiske teorier om sosial påvirkning av menneskers identitet, tro og omverdensforhold kjennetegnes av ord som «brainwash» og «thought reform», og assosieres med forskning på religiøse eller ideologiske sekter og totalitære regimer. Både innen religions- og sektforskning står begrepet omvendelse sentralt som et uttrykk for at man tilslutter seg til en bestemt fundamentalistisk tro, ideologi eller en type fellesskap (Rambo & Bauman, 2012). Som jeg tidligere illustrerte med Daniel Hood (2011, 2012) sin forskning om de identiske behandlingsstrategiene i «Redemption House» og i «Recovery House», gir det mening å sammenligne det terapeutiske samfunn med en misjonerende religiøs organisasjon. Det er derfor relevant å se på forskning fra kontekster som fremmer personlige omvendelser og sterk psykologisk påvirkning i denne oppgaven.

Ordet hjernevask ble i 1970- og 80-årene ofte benyttet i forbindelse med beskrivelser av nye religiøse bevegelser, som utfordret ortodokse institusjoner. Begreper som «hjernevask» og «sekt» ble imidlertid kritisert for ikke å være tilstrekkelig empirisk utforsket, og for begrepsmessig uklarhet. Med utgangspunkt i voksne menneskers rett til å velge og respekten for den frie vilje, ble det et demokratisk problem å demonisere grupper og sosiale bevegelser ut fra antagelser om at individer ufrivillig kunne transformeres til noen slags tanketomme og viljeløse roboter (Zablocki, 1997, 2001). Talspersoner for hjernevaskbegrepet henviste omvendt til velkjente sekter som Scientology, Manson Family, Jonestown, Heavens Gate med flere, og viste til disse gruppernes intense psykologiske påvirkning på deltakerne (ibid.). Grunnet de mange uavklarte aspektene og utfordringen i relasjon til nyreligiøse bevegelser, har forskere i dag stort sett tatt avstand fra begrepene hjernevask og tankereform og de assosierte analytiske begrepene. Neglisjering av eldre forskningsbaserte teorier om sosial påvirkning, medvirker imidlertid til et begrepsvakuum når vi skal beskrive de erfaringene som tidligere deltakere i fundamentalistiske grupper forsøker å formidle. Begrepene er likevel ikke helt fraværende i nyere forskning: I DSM5, den siste utgaven av den globalt anvendte diagnosemanualen, står både hjernevask og «thought reform» som mulige årsaksforklaringer på diagnosen «Other Specified Dissociative Disorder» (American Psychiatric Association, 2013 p.316), noe som demonstrerer offisiell anerkjennelse av at personer utsatt for intens sosial påvirkning etter hvert kan oppleve betydelige psykiske problemer. Nylig ble den ideelle norske kursvirksomheten som målrettet

seg mot rusavhengige, «Addiktologi-akademiet», skildret i flere norske medier, der tidligere deltakere fortalte om trusler, sterk sosial kontroll, indoktrinering og økonomisk utnyttelse, samtidig som de var engstelige for å forlate gruppen (Andersen et al., 2018; Andersen et al., 2017; Karlstrøm, 2017; Reigstad & Nielsen, 2015). Leder av «Hjelpekilden», en forening som hjelper frafalne fra religiøse sekter, uttalte til VG i 2018 at Addiktologi Akademiet «var det mest ekstreme [*eksempel på en sekt*] vi kjenner til i Norge» (Andersen & Arntsen, 2018). Kanskje relevant å nevne at eier og leder av Addiktologi Akademiet selv tidligere har blitt behandlet og fungert som mangeårig ansatt i Veksthuset – et terapeutisk samfunn i Oslo, noe han detaljert beskrev i boken sin: «Fri fra Avhengighet» (Andresen, 2008).

I erkjennelsen av at det ikke finnes nyere analytiske begreper, som synes velegnet til å kaste et kritisk blikk på det terapeutiske samfunn, har jeg derfor i denne oppgaven valgt å gå tilbake til de originale utgangspunktene for forskningen i teorier om radikal psykososial påvirkning med henblikk på identitetsendring. Sentralt i genren står Edgar Scheins studier av hjernevask utført av det kinesiske kommunistpartiet i årene etter maktovertakelsen i 1949 overfor egne borgere, utenlandske internerte og krigsfanger (Schein, 1961a). Også en annen psykolog, Robert Jay Lifton, beskjeftiget seg med hvilke forhold og kontekster som kunne tilrettelegge radikale identitetsendringer, og han utviklet etter hvert en rekke kriterier for identifikasjon av det fenomenet han kalte tankereform (eng: thought reform) - rammer og teknikker som bidrar til radikal reformering av en persons indre psykiske liv og adferd (Lifton, 1989, 2019). En fellesnevner mellom de tre presenterte perspektivene, det terapeutiske samfunn, Goffmans totale institusjon og teoriene om tankereform, er at samtlige sentrale tekster i større eller mindre grad refererer til Edgar Scheins studier av ideologisk hjernevask i Kina (Schein, 1956; Schein, 1961a). Dette illustrerer at Scheins idéer om konsekvenser av intens sosial påvirkning utgjør en samlende fellesnevner mellom de tre perspektivene. Således henviser Furuholmen og Andresen til at «den terapeutiske samfunnsmodellen og arbeidskollektivene ligger modellmessig tett opp til de modellene totalitære regimer bruker til rehabilitering og resosialisering av politisk annerledestenkende» (Furuholmen & Andresen, 2007 p. 190). Jeg vil i løpet av oppgaven gå litt i rette med Furuholmen og Andresens utsagn, og argumentere for at modellen for terapeutisk samfunn ikke bare ligger tett opp til, men at den så å si er identisk med modeller for tankereform og Goffmans

beskrivelse av den totale institusjon. Perspektivering av et norsk terapeutiske samfunn med analytisk bidrag av Goffmans teorier om den totale institusjon er tidligere blitt beskrevet av Astrid Skatvedt (2009).

3.2 Det terapeutiske samfunn.

Begrepet «terapeutisk samfunn» viser til flere typer behandlingsmodeller, og jeg vil kort redegjøre for tre forskjellige. Maxwell Jones (2013 (1952)), pioner i utviklingen av terapeutiske samfunn innen psykiatri, viser til det terapeutiske samfunns forankring i demokratisk miljøterapi. Denne modellen kjenner vi fra Fontenehusene i Norge, som beskrives som et sosialt felleskap for mennesker med psykiske utfordringer (Fontenehus Norge, 2020). Modellen er mest utbredt i UK, og vil ikke bli omtalt videre her. Terapeutiske samfunn innen rusbehandling fremstår annerledes både i innhold og form, og karakteriseres av en hierarkisk fremfor en demokratisk organisering med terapi basert på konfrontasjon og gruppebehandling (Jones, 1984). Av to hovedtyper relevant for denne oppgaven, presenteres henholdsvis det historiske utgangspunktet fra vest: de amerikanske «therapeutic communities» (heretter bare kalt for TCs) og fra øst: de skandinaviske kollektivene med inspirasjon fra Sovjetpedagogikk (Andresen & Waal, 1978). De to modellene ble etter hvert fusjonert i en særegen norsk modell, som ofte blir benevnt som «felleskapet som metode».

3.2.1 «Miraklet på stranden».

Frederic Glaser (Glaser, 1971, 1981) viser til at amerikanske døgnterapimodeller rettet mot behandling av avhengighet har sin ideologiske, eller mer presist - teologiske, opprinnelse i Oxfordbevegelsen, en amerikansk evangelisk misjonsbevegelse, som var populær i den vestlige verden i første del av det 20. århundre. Glaser (1981) redegjør for bevegelsens gjennomgående temaer; omvendelse, bekjennelser av egne synder, felleskap med likesinnede og praktisering av en ansvarlig, gudfryktig levemåte. Alcoholics Anonymous (AA) ble etablert av medlemmer fra Oxfordbevegelsen i 1938 (Schaberg, 2019). Senere etablerte et medlem av AA, Charles Dederich, californiske Synanon, verdens første

terapeutiske samfunn for narkomane i 1958 på stranden i Santa Monica, California (de Leon, 1995; Morantz, 2014). Fenomenet ble av en imponert presse omtalt som «miraklet på stranden» (Morantz, 2014, p. 73), for man hadde ikke tidligere stiftet bekjentskap med denne type avholdsforening og oppfattet på den tiden narkomane som behandlingsresistente. Synanon utviklet seg fort fra å være en filosofisk diskusjonsforening til et fellesskap med streng intern justis, hardt arbeid og gruppeterapier med gjensidige konfrontasjoner og personlige bekjennelser. Gruppeterapien var inspirert av «encountergrupper», en form for konfronterende gruppeterapi utviklet av psykologen Carl Rogers (1973). Terapiformen hadde etablert seg på 60-tallet i California, med utgangspunkt i selvutviklingsteoriene fra den nye humanistiske psykologien (de Leon, 2002, pp. 119-132). Etter hvert utviklet Synanon seg til en voldelig sekt som kulminerte med dom for drapsforsøk på en advokat som etterforsket anklager om uetisk behandling og brutal forfølgelse av tidligere beboere (Clark, 2017; Morantz, 2014). Synanon rakk imidlertid å inspirere et utall av avleggere, og terapeutiske samfunn, ledet av tidligere synanondeltakere, blomstret opp overalt i USA og spredte seg til Europa (Vanderplasschen et al., 2014). Modellen var, og er fremdeles, politisk populær: Beboere og ansatte jobbet gratis eller for lav betaling, de holdt intern kontroll og justis, var demonstrativt rusfrie og støttet aktivt en streng kontrollpolitikk hvor de narkotiske stoffene i seg selv ble utpekt som årsaker til avhengighet (Clark, 2017). I Oslo ble bl.a. Veksthuset utviklet med utgangspunkt i den amerikanske modellen, slik som andre norske behandlingsinstitusjoner ble inspirert av de amerikanske modellene opp igjennom 1980- og 1990-årene (Ravndal, 2003; Thomassen, 2001).

3.2.2 Utviklingen av det terapeutiske samfunn som behandlingsprogram.

George de Leon (1985; 1995; 2002) beskrev og utviklet det teoretiske grunnlaget for behandlingsmodellen på bakgrunn av observasjoner og forskning på Synanon og andre generasjons Synanon-baserte programmer. Begrepet «fellesskapet som metode» refererer til de samlede forholdene i fellesskapet/miljøet som skal bidra til prosessen som intenderer å påvirke og endre den enkeltes adferd, selvoppfatning, verdier og holdninger (de Leon, 2002). Behandlingsmodellen benytter, ifølge de Leon, fortrinnsvis idéer og kunnskap fra kognitiv behaviorisme og sosial læringsteori, men han hevder at de teoretiske konstruksjonene av

adferdsteorier ikke alene kan fange kompleksiteten eller de forskjellige trekkene i TC-sammenhengene (de Leon, 1995, p. 1553). De Leon viser til at både den sosiale organiseringen, strukturen og systemene i et TC, utgjør et miljø for sosiale lærings-prosjekter (de Leon, 1995, p. 1548). Behandlingsmodellen beskrives gjennom et omfattende sett med dimensjoner, som er avgjørende for å forstå organisasjonsstruktur og design som muliggjør gruppedynamikk som det primære behandlingsinnholdet.

3.2.3 Fellesskapet som metode.

Som beskrevet i tidligere avsnitt knyttes også de norske kollektivene til kategorien «terapeutiske samfunn». Felles for terapeutiske samfunn og kollektivene er bruken av «fellesskapet som metode» (Koltveit, 2011; Thomassen, 2001 pp.11). Den norske behandlingsinstitusjonen Solliakollektivet sprang ut fra misnøye med den etablerte behandlingen av de ungdomsnarkomane i norsk psykiatri, og var det første såkalte behandlingskollektivet i Norge, etablert i 1970 (Andresen, 1990). Kollektivet representerte et alternativ til psykiatrisk behandling for datidens nye målgruppe, ungdom som brukte illegale rusmidler (Andresen, 1990; Blindheim, 2000). Norske helsemyndigheter ønsket etter hvert å ekspandere kollektivmodellen og vendte blikket mot Sverige, der man hadde utviklet «hasselamodellen». Hasselamodellen bygget på pedagogen Anton Makarenkos eksperimenter med sovjetiske arbeidskollektiver for gateungdom, tilsatt inspirasjon fra Maxwell Jones' britiske modell for terapeutisk samfunn (Bergström et al., 1984; Stensrud, 1985; Thelander, 1979; Waal, 1980). Hasselakollektivene og de tidlige norske kollektivene skilte seg ideologisk og metodisk fra den amerikanske TC-modellen ved at de la vekt på nødvendighet av tvang og ansettelse av profesjonelle, fremfor tidligere beboere/pasienter, som behandlere. Kollektivene har også historisk sett overordnet større søkelys på integrering i det lokale samfunnet enn den amerikanske TC-modellen. Det er imidlertid flere fellestrekk enn forskjeller mellom Hasselamodellen og den amerikanske TC: Beboerne er hierarkisk organisert i ulike behandlingsfaser, behandlingen foregår i grupper med bruk av konfrontasjoner og innbyrdes tilbakemeldinger, ansatte deltar på lik linje med beboere i behandlingen, og beboerne jobber for eller i institusjonen. Hverdagen er svært strukturert og ritualisert. Målet for behandlingen kan best karakteriseres som radikal identitetsendring, som innebærer avholdenhet og demonstrering av en bestemt institusjonalisert adferd. Også

synet på den rusavhengige og bruken av bestemte behandlingsmetoder knytter sammen modellene fra øst og vest (Ravndal, 2003, 2010; Thomassen, 2001 kap. 2), noe som vil bli utdypet i neste avsnitt om fellesskapet som metode.

Den norske psykiateren Dag Furuholmen deltok i utviklingen av det terapeutiske samfunn «Veksthuset» i Oslo (Furuholmen, 1987), og ga i 1993 ut boken «Fellesskapet som metode: miljøterapi og evaluering i behandling av stoffmisbrukere» sammen med Arne S. Andresen. Boken har kommet i tre versjoner, den siste i 2007. Forfatterne har som mål å beskrive teori, mål og metoder for norsk rusbehandling, og viser til bokens tiltenkte funksjon som lærebok. Innholdet bygger stort sett på amerikanske tekster forfattet av George de Leon, men er tilpasset med bruk av lokale begreper, organiseringer og med utgangspunkt i datidens skandinaviske diskusjoner om stoffmisbruk, avhengighet og behandling. Bokens tittel er en direkte oversettelse av begrepet «community as method» fra de Leon sitt forfatterskap, og innholdet fungerer som fellesnevner for både amerikanske TC-modeller og skandinaviske behandlingskollektiver. Jeg vil derfor heretter for enkelthetens skyld bruke forkortelsen TC som synonym for de norske behandlingsmodellene som karakteriseres av «fellesskapet som metode», uansett om de kaller seg terapeutiske samfunn eller behandlingskollektiver.

3.2.4 Behandlingsmål i det terapeutiske samfunn.

Ifølge beskrivelser av TC-modellen (de Leon, 2003, pp. 51-63) karakteriseres den rusavhengige av psykologiske dysfunksjoner, sosiale problemer, lav toleranse for frustrasjon og ubehag eller problemer med utsettelse av behov. Videre lav selvfølelse, problemer med autoriteter og problemer med ansvar. De beskrives som impulsive, urealistiske, uten evne til å holde ut, uærlige, manipulative, selv-bedragerske, fylt av skyld- og skamfølelser overfor seg selv, andre og samfunnet. Videre antas den rusavhengige å mangle kunnskaper og ha mangel på lese-, skrive-, kommunikasjon- og oppmerksomhetsferdigheter, ha et sterkt psykologisk forsvar, mangle tillit og lyve. Misbruk og avhengighet er, ifølge de Leon, symptomer på en «disorder of the whole person», en kompleks lidelse som krever behandling orientert mot rekonstruksjon av hele personligheten (de Leon, 2003pp. 51). Fordi TC-modellen ser på avhengighet som et symptom på en omfattende personlig dysfunksjon,

retter behandlingen seg mot identitet, holdninger, oppfatninger og adferdsmønstre. Personlig integrasjon og praktisering av «right living» - oversatt til norsk som «gode leveregler», utgjør et mål for behandlingen (de Leon, 2003). Gode leveregler innebærer demonstrering av den av institusjonen ønskede adferd og tilpasning gjennom en «ansvarlig og sunn levemåte». De Leon forklarer at det finnes spesifikke sannheter og verdier i TC, som skal rettlede en god levemåte med gode leveregler som f.eks. ærlighet og sannhet i ord og handling. Skulle enkelte deltakere i fellesskapet ikke få et positivt utbytte gjennom deltakelse er forklaringen, ifølge Thomassen (2001 p.191), at vedkommende ikke er innstilt på å endre seg og lære seg de sentrale kodene «demonstrativ sannferdighet og ærlighet». Samtidig problematiserer de Leon målet om at en rigid omvendelsesprosess er intensjonen for behandling. Det endelige målet for behandlingen er videreføring av en personlig utvikling som baseres på de gode levereglene (de Leon, 2002, p. 362).

3.2.5 Arenaer for læring.

Hverdagen i TC beskrives som sterkt strukturert med individuelle arbeidsoppgaver og rutiner, og det holdes kontinuerlig på med en lang rekke institusjonelle ritualer og overgangsfeiringer når en beboer får lov til å flytte fra en fase til den neste. Den enkelte oppnår progresjon i behandlingen gjennom suksessfullt å fullføre ulike behandlingsfaser, som inneholder forskjellige oppgaver, regler og kontrakter (Thomassen, 2001). Fremgang i behandlingen evalueres av medbeboere og ansatte i demonstreringen av «vanlige sosiale ferdigheter, holdninger og verdier», og det gis kontinuerlig tilbakemeldinger i form av belønning, økt status, mer frihet og rettigheter til de som utvikler seg og tar ansvar, mens det skal gis sanksjoner til de som ikke antas å jobbe med sin egen utvikling. Selvutvikling innebærer læring ved hjelp av trening av evner, avtaler om ryddighet av prosedyrer og systemer ved å akseptere og respektere veiledning og oppføre seg som et ansvarlig medlem av fellesskapet. Furuholmen og Andresen understreker at det er viktig med en kollektiv læringsprosess, og at gruppen og fellesskapet står over individet og individuelle hensyn (Furuholmen & Andresen, 2007 p. 190).

Behandlingen i TC er basert på sosiale interaksjoner mellom beboere innbyrdes og interaksjoner mellom ansatte og beboere. "Felleskapet" utgjør den viktigste arenaen for behandling og læring, og gruppeterapien eller gruppemøtene skjer i både formelle og uformelle former, og rammene settes gjennom spesifikke ritualer og tradisjoner (Furuholmen, 1993; Thomassen, 2001). I gruppemøtene forventes beboerne å skulle lære å identifisere og å håndtere følelsene sine «gjennom de mellommenneskelige og sosiale kravene fra livet i fellesskapet» (de Leon, 1995, p. 1614). Beboerne selv utgjør de viktigste endringsagentene, og er i sine roller og relasjoner formidlere av sosialisering og terapeutiske prosesser i et TC. Individets private indre liv, følelser og tanker, regnes som viktige for bedrings- og endringsprosessen, ikke bare for individet, men også for andre medlemmer av fellesskapet. Derfor skal alle personlige historier, refleksjoner og relasjoner deles i fellesskapet (de Leon, 1995 p 1612). En del av tilbakemeldingen til den enkelte fra fellesskapet tar form som konfrontasjoner i grupper. De Leon skriver at konfrontasjonen kan starte spontant eller ved at lederen oppfordrer utvalgte deltakere til å snakke ved å referere innholdet i en lapp, som tidligere er levert inn til fellesskapet, og som gjelder en bestemt situasjon. Enhver beboer kan konfronteres på hvilke som helst sider ved adferd eller holdning. Konfrontasjonen, benevnt i TC som «tiltalen», presenteres gjerne av den beboeren som la lappen i kassen, men det forventes at andre bidrar med sine reaksjoner, uttrykk og observasjoner for å kunne bekrefte gyldigheten av konfrontasjonen (de Leon, 2003 p.299). De Leon beskriver bruk av kontinuerlig observasjon i et 24-timers regime, som forutsettes for å fremme en stabil registrering av informasjon til gruppen om den enkeltes problemer som må adresseres og reguleres.

3.2.6 Terapeutiske rasjonaler.

Furuholmen og Andresen hevder at åpenhet i gruppene kan sammenlignes med det katolske skriftemål som skal gi den som bekjenner/skrifter renselse og mulighet for å oppnå frelse, og at «åpen informasjon er en av forutsetningene for å styre miljøet effektivt» samt at «vi tilstreber en størst mulig grad av åpenhet og direkthet fra klientenes side» (2007 p. 135). Videre skriver de at selv de vanskeligste erfaringene er best å dele med andre, da hemmeligholdelse vil stenge for muligheten til å jobbe med den emosjonelle siden av

problemet. Forfatterne hevder at vanskelige følelser som skyld, skam og hat er tunge å bære alene, og at det kan gi viktige korrekser til klientens selvopplevelse hvis fellesskapet kan ta imot disse på en aksepterende måte. De skriver at dette er nettopp noe av funksjonen et slikt fellesskap må ha: en kultur som oppfordrer til offentliggjøring av den enkeltes hemmeligheter, og som har rom til å hjelpe med å bære smerten (Furuholmen & Andresen, 2007 p. 136) Det er altså en sterk tro på at det er åpenhet og bekjennelser som kan både lette smerten hos individet og føre til en personlig utvikling. Samtidig er det like viktig i «fellesskapet som metode» at det er snakk om en kollektiv læringsprosess og at gruppen og fellesskapet står over individet og individuelle hensyn.

I praksis vil dette si at vi i like stor grad er fokusert på å behandle miljøet og gruppen som individene, og at vi ofte må prioritere fellesskapets kvalitet eller gruppens behov framfor det enkelte individ. Dette er også i tråd med tenkningen om solidaritet i kollektivene. (Furuholmen & Andresen, 2007p. 190).

Thomassen (2001 p.95) legger vekt på «selvhjelp», som både skal forstås som at pasienten må ta ansvar for egen utvikling, at endring kun kan skje i et fellesskap med likesinnede, og at endringen ikke skjer gjennom hjelp fra profesjonelle som i en vanlig behandlingssituasjon. Begrepet selvhjelp i Thomassens formidling knytter seg til den humanistiske psykologien, som danner det filosofiske og metodiske grunnlaget for det fenomenet vi kaller for «selvutvikling» (Madsen, 2014). Som også de Leon viser til, så har TC sitt psykologiske utviklingsrasjonale fra den humanistiske psykologien, både i relasjon til idéer om selvutvikling og konfronterende encountergrupper (Broekaert et al., 2004).

3.3 Med Erving Goffman i rusbehandling.

Etter jeg har redegjort for de sentrale idéene og praksisene som kjennetegner den terapeutiske samfunnsmodellen, vender jeg meg nå til det første kritiske perspektivet. Den canadiske sosiologen Erving Goffman beskrev behandlingen av pasienter på et psykiatrisk sykehus som et særegent sosiologisk fenomen med utgangspunkt i symbolsk interaksjonisme (Goffman, 1961). I essayet fra 1961 kommer Goffman inn på formål, rammer, styringslogikker og behandlingsteknologier som karakteriserer det han benevner «den totale institusjon». Her tar Goffman utgangspunkt i den psykiatriske institusjonen, men omtaler

også andre typer institusjoner, som f.eks. fengsler, militærleirer og klostre. Den totale institusjon beskrives som et lukket sosialt system, hvor grupper av personer befinner seg i lengre tid avskåret fra samfunnet. Hverdagen i den totale institusjon er stramt strukturert med plikter og regler bestemt sentralt og håndhevet av personalet. Formålet med virksomheten i en totalinstitusjon er resosialisering eller oppdragelse av beboerne, og alle aktiviteter er rettet mot pasientens identitetsendring i overensstemmelse med institusjonens formål. Vanlige regler og normer som beboeren kjenner fra sin hverdag blir suspendert innenfor institusjonen, og gammelkjente begreper får ny betydning. «Arbeid» blir omdefinert til «terapi», og daglige aktiviteter som normalt er adskilte; lek, arbeid og søvn, foregår nå i samme lokaler under observasjon av personal og medbeboere. Dermed fungerer alle døgnets aktiviteter under gjensidig intens sosial kontroll. Alle beboerne behandles likt og innordnes under samme regelsett. I institusjonen brukes et eget språk, som vanskelig forstås av personer utenfor institusjonen, men som er meningsfulle i institusjonens lukkede kontekst. I følge Goffman viser den innforståtte språkbruken tilbake til en moralsk teori om menneskelig adferd og forholdet til omverdenen; med dagens analytiske begreper kunne man kanskje kalle det for institusjonens diskurs. Goffman viser til at institusjonens språk indirekte viser bildet av det ideelle mennesket, og han forklarer at pasientens historie – livshistorie - blir tilpasset pasientrollen, både før, under og etter innleggelsen (Goffman, 1967 p.111).

3.3.1 Goffmans vei til identitetsending.

Totale institusjoner er skjebnesvangre for klientens «sivile» personlighet, skriver Goffman, selv om tilknytningen til denne personligheten kan variere betydelig. Noen mennesker ønsker en radikal forandring av identiteten sin, som når en person søker en klostertilværelse og frivillig søker seg inn, hvor igjen andre plasseres i en totalinstitusjon under mer eller mindre direkte tvang. Goffman beskriver hvordan utlevering av intime opplysninger og avlevering av private effekter tjener som inngang til institusjonen. Deretter utsettes den nye beboeren for en rekke systematiske krenkelser for å bryte ned den gamle identiteten, med henblikk på å kunne forme en ny identitet som er forenelig med institusjonens målsetning om resosialisering. Den nye beboeren skal lære seg rollen som medlem av den totale

institusjon, akseptere å miste selvbestemmelse og inngå i en radikal forandringsprosess (Goffman, 1967, p. 18). Bruk av tildeling av privilegier og straff er essensielt i den totale institusjon. Hvis både de formelle og uformelle kravene etterleves, tilbys beboeren belønninger eller privilegier, ofte ting, som tidligere har vært en selvfølge for borgeren (Goffman, 1967, pp. 42-43). I forlengelse av dette nevner Goffman også avstraffelse som en del av privilegie-systemet. Avstraffelsen består ofte av varig eller midlertidig fratakelse av privilegier. Disse privilegiene kan bety mye for beboeren, da de gjenoppretter forbindelsen til den verdenen som kan synes tapt. Derfor kan en fratakelse av disse oppleves svært inngripende (ibid.).

3.3.2 Goffmans underverden.

Goffman beskriver hvordan det i totale institusjoner etableres flere ulike «verdener». Den ene er den aksepterte, åpne og offisielle virkeligheten, som defineres og håndheves av ledelsen og de ansatte. Den offisielle verden reguleres gjennom bruk av bestemte rasjonaler, språk og adferdsreguleringer, typisk via utdelinger av belønning og straff. Goffman viser til at det parallelt etableres en skjult underverden (Goffman, 1967, pp. 128-130), der pasienter utøver forbudte eller skjulte handlinger, inngår ulike fordekte relasjoner og allianser med ansatte og medpasienter med henblikk på å oppnå goder og fordeler. For Goffman kan involvering og aktivitet i institusjonens underverden ha forskjellige formål og konsekvenser, jeg vil her nøye meg med å nevne Goffmans ulike former for tilpasning som defineres som «ethvert vanlig arrangement hvor et medlem av en organisasjon benytter seg av ikke- autoriserte midler eller oppnår ikke-autoriserte mål- eller begge deler» (Goffman, 1967 p. 139).

Goffman opererer også med begrepet «kompenserende tilpasning», der pasienten som reaksjon på nedbrytning og krenkelser omgår institusjonens formelle eller uformelle regler (Goffman, 1967, pp. 50-60). Formålet med den kompenserende tilpasningen er opprettholdelse av pasientens opplevelse av integritet og verdighet gjennom forsøk på å fastholde den «normale» identiteten fra tilværelsen utenfor institusjonen. Eksempler på kompenserende tilpasning kan ifølge Goffman være fysisk og psykisk tilbaketrekning,

demonstrering av uforsonlig holdning, «kolonialisering» – der pasienten stiller seg tilfreds med og utnytter de fordelene institusjonen leverer, og til slutt, en tilsynelatende omvendelse der pasienten fullt og helt stiller seg til rådighet for institusjonens ansatte eller til og med selv overtar en dominerende rolle. En kompenserende tilpasning kan imidlertid få negative konsekvenser for pasienten hvis de oppdages og identifiseres av personalet som «motvilje», noe som vil medføre flere krenkelser. Slik begynner en vond sirkel som Goffman kaller for loopingprosess (Goffman, 1967, pp. 33-34).

3.4 Hjernevask, tankereform og indoktrinering.

Robert J. Lifton (1989, 2019) representerer det andre kritiske perspektivet jeg i denne oppgaven bruker til å fortolke og diskutere informantenes utsagn. Lifton baserte, parallelt med sosialpsykologen Edgar Schein, sine første studier på undersøkelser av tidligere amerikanske krigsfanger som hadde blitt fengslet eller internert i fangeleirer i Kina. Edgar Schein (1961a) undersøkte hvordan det kunne ha seg at så mange amerikanske soldater tilsynelatende samarbeidet med kommunistene under fangenskap. Hjemvendte fanger fortalte i dybdeintervjuer om de tvangsmessige ideologiske omskoleringene, som kommunistpartiet i Kina utviklet og gjennomførte etter revolusjonen og kommunistenes overtakelse i 1949, overfor både sivile og amerikanske fanger. Schein oppdaget i sine studier at kineserne hadde benyttet seg av påvirkningsmetoder hvor det ble delt ut belønninger og frihet i overensstemmelse med hvem som fremsto som «opplyste». Motstand ble fulgt opp av krav om offentlig fremleggelse av selvkritikk og innrømmelser, og løfter om forbedret adferd. Forhør av fangene lignet diskusjoner, hvor deltakerne ble tvunget til å skrive og fortelle sine livshistorier, som deretter ble gjort til gjenstand for kritiske analyser, anklager om inkonsistens og utfordret på et moralsk grunnlag. Det ble daglig formidlet timelange foredrag og undervisning for fangene med obligatorisk deltagelse. Selv om propagandaen i mange tilfeller fremsto som naiv og primitiv, gjorde de evige gjentakelsene og mangel på motforestillinger at mange ble i tvil om både sine egne holdninger og verdier, og om hva som egentlig skjedde i verden. Foredrag og undervisning ble diskutert i grupper, hvor lojale

kommunister konstant gjentok læresetninger og tolkninger av kommunistiske tekster. Deltakerne skulle da belyse og rettferdiggjøre de utsagnene de hadde blitt presentert for. I diskusjonsgruppene ble fangene oppfordret til å angripe og utfordre de deltakerne som enten ikke deltok med tilstrekkelig engasjement, eller som ikke artikulerte de rette utsagnene eller fortolkningene av de kommunistiske dogmene (Schein, 1956; Segal, 1954). Demonstrering av lojalitet og fremkalling av skyld og skam var viktige elementer, både når det gjaldt å få frem tilståelser og å etablere underkastelse til den nye partiautoriteten. I sin bok fra 1961 (1989) beskrev Lifton teknikkene krigsfangene rapporterte, og han lanserte begrepet tankereform (eng.: thought reform) som et samlet uttrykk for mål og midler for den kommunistiske omskoleringen av annerledestenkende. Fangenes tilståelser av bestemte tidligere «synder» utgjorde et vesentlig element i personlighetens transformasjon. Målet var ikke å etterfølge tilståelsene med straff, men gjenfødelse av et nytt menneske, klar for den rette ideologiske innsats for samfunnet. Tankereformens grunnleggende omdreiningspunkt hviler dermed på omvendelsens fundamentale prinsipper, personlighetens død og gjenfødelse.

Lifton (1989) foretok ut fra sitt datamateriale en omfattende systematisering av tilståelses- og ny-opplæringsprosessen, hvor han viser hvordan identiteten først brytes ned gjennom skyldfremkallende prosedyrer under sosialt press og fysisk tvang, for så å fortsette med positive signaler hver gang individet viser tegn til å vise tillit til den nye autoriteten (Lavik, 1985 p.25 ff.). I sin systematisering stilte Lifton opp åtte kriterier for identifisering av ideologisk tankereform. Disse kriteriene blir den dag i dag hyppig sitert og brukt i forbindelse med identifikasjon og analyse av totalitære eller fundamentalistiske grupper. De åtte kriteriene til Lifton er: Miljøkontroll, mystisk manipulasjon, krav om renhet, bekjennelsespraksis, hellig vitenskap, innlæring av nytt språk, doktrine over person, opphevelse av eksistens (Lifton, 2019). Jeg har nedenfor utdypet de kriterierne som har relevans for senere tolkning og diskusjon av min empiri.

3.4.1 Miljøkontroll:

Individet plasseres i et miljø som domineres og kontrolleres av gruppen og dens ledere, inkludert kommunikasjon med utenforstående. Et av formålene er å skape et skille mellom

dem (utenfor) og oss (innenfor), men også å forhindre at medlemmer har forbindelse med potensielle kritikere av gruppens ideologi (Lifton, 2019, p. 72).

3.4.2 Bekjennelsespraksis:

Lifton bruker begrepet «confession» (Lifton, 2019, p. 74), et begrep som rommer flere betydninger, som innrømmelse, betroelse og tilgivelse. Tilstedeværelsen av systematiske prosedyrer for innrømmelser av egne synder overfor gruppens medlemmer står sentralt i Liftons kriterier. Når innrømmelser av egne synder skjer i gruppen, ledsages de av selvkritikk, kritikk fra andre deltakere og løfter om forbedring. Formidlingen av ens synder illustrerer at man ydmyker seg og overgir seg til de vedtatte dogmene, og i kjølvannet av de intime betroelsene kan det være vanskelig å holde på selvtiliten og selvfølelsen. I mange fundamentalistiske sammenhenger gjelder innrømmelser ofte de syndene man har begått i sitt «tidligere» liv før man ble en del av gruppen, men bekjennelsene kan også være om ting man har gjort i nåtid og noe som bryter med doktrinen. Bekjennelsespraksisen dreier seg her med andre ord om at man må bekjenne sine feil og mangler, og i en totalitær gruppe kan ens sårbarhet bli utnyttet ved å gi medlemmet inntrykk av at det via bekjennelser har muligheter for å komme seg videre. Det er naturligvis ikke alt som kan innrømmes, det finnes rammer og normer for hva som kan åpenbares for gruppen. Kritikk og tvil overfor selve gruppen eller lederne må skjules bak avsløringene om egne synder.

3.4.3 Nytt språk:

Liftons betegnelse for dette kriteriet er «loading the language», som dekker over at vanlige ord, begreper og kategorier får nye betydninger innenfor, eller at det internt oppfinnes nye innforståtte ord og begreper. Lifton (1989) kaller dette språket for tankesperre-klisjéer, korte setninger eller ord som repeteres igjen og igjen, og som effektivt blokkerer intellektuell nysgjerrighet, tvil eller diskusjon. Innlæring av nytt språk innebærer også bruk av stereotyper, følelsesladete klisjéer og en særegen sjargong internt i gruppen (Lifton, 1989, p. 344). Lifton viser til at ladning av språk eller klisjespråk er noe som går igjen i autoritære bevegelser og regimer, og han argumenterer for at bruk av ord med en bestemt mening bare

forstått innad i gruppen kan vanskeliggjøre kommunikasjonen med utenforstående (Lifton, 1989, p. 27).

3.4.4 Rent og urent:

«The demand for purity». Verden blir inndelt i rent og urent, ofte slik at det gode og rene identifiseres med gruppen og det onde og urene med resten av verden. Det vil kunne kreves en puritansk og «ren» livsstil av medlemmene, noe som gjaldt de kinesiske kommunistene, og som er trekk man vil finne i andre totalitære retninger. Det kan gjelde krav til adferd, holdninger, tanker, hva en skal være avholdende fra etc. Det kan gi seg utslag i en svart/hvit holdning eller en verden som er delt i to, hvor en har de uinnvidde og de innvidde. Denne svart-hvitt eller gode-onde inndelingen skjer både i relasjon til resten av verden og i det enkelte individet. Kravet om, og den evige streben etter, den ultimative renhet, vil ifølge Lifton skape en kultur basert på skyld og skam, fordi deltakerne aldri vil kunne leve opp til kravet om absolutt renhet (Lifton, 1989, pp. 432-424).

3.4.5 Hellig viten:

Lifton (1989) kaller dette kriteriet for «Sacred Science»: Sektens basale doktriner, tekster og ideologi viser en ultimativ moralsk visjon for menneskeheten og kan ikke diskuteres. Her demonstreres det hvordan verden og individet skal forstås og fortolkes, og for noen mennesker kan en enkel moralsk orden umiddelbart inngi trygghet og mening. Det som tilhører læren skal aksepteres, selv om det ikke skulle finnes holdepunkter for om det er sant, noe som hindrer individuelle tankeprosesser og hvor personlige erfaringer bare kan ses gjennom «doktrinære briller» (Lifton, 1989; Tobias & Lalich, 1994).

3.4.6 Ikke alle har livets rett:

«The dispensing of existence»: Siden gruppen antas å besitte sannheter om livet og døden, er det ikke sikkert at de som avviser gruppens antatte sannheter fortjener å leve. Mennesker utenfor gruppen er redusert til en type ikke-mennesker bundet opp i ondskap eller mørke,

som imidlertid antas å kunne reddes hvis de slutter seg til gruppen. Når gruppen ser seg og sine medlemmer som opplyste voktere, elitister eller de utvalgte og utenforstående som negative og mindreverdige mennesker, blir det altavgjørende for den enkelte å forbli lojal og akseptert av gruppen for ikke å bli kastet ut i mørket utenfor (Lifton, 2019, p. 86).

3.5 Behandling, læring eller indoktrinering?

I kapittel tre har jeg gjennomgått tre hovedteorier som skal brukes til å fortolke mine funn i kapittel fem og seks. De tre teoriene representerer ulike syn på endring og endringsprosesser i bestemte organisatoriske eller institusjonelle rammer. TC-teori ser på endring gjennom gruppeprosesser som positive og nødvendige forvandlinger av den enkeltes identitet og virkelighetsforståelse. Utbytte av behandlingen fremstilles som et personlig ansvar mediert gjennom å vise motivasjon, mot og villighet. Det stilles i TC-teorien også indirekte krav og forventninger til både struktur, rammer og ansatte, men dette temaet har jeg ikke gått inn på i denne oppgaven.

Goffmans teori illustrer hvordan bestemte institusjonelle og strukturelle forhold formodes å skape særegne dynamikker og relasjoner, hvor individet utelukkende kan navigere mellom definerte posisjoner i relasjon til virkelighetsforståelse, adferd og relasjoner. For Goffman vil pasienters utbytte derfor skulle ses igjennom graden av tilpasning til ytre rammer og strukturer. Prisen for oppnåelse av et for institusjonen vellykket behandlingsresultat, er ifølge Goffman, at pasienten må holde ut krenkelser og overgrep i forbindelse med identitetsnedbrytning og tilpasse seg en ny identitet.

Liftons analyser og kriterier for identifikasjon av tankereform-programmer har demokrati og personlig frihet som utgangspunkt. Lifton posisjonerer sin teori i opposisjon til totalitære regimer og grupper og eksessiv kontroll med den enkelte borgers indre liv, holdninger, adferd og relasjoner, og har beskjeftiget seg med sosialpsykologiske påvirkningsmetoder (Lifton, 2019). For Lifton vil et vellykket og tilfredsstillende behandlingsresultat gjenspeile graden av sammenheng mellom pasientens ulike virkelighetssyn. Gjennom begrepet «the protean self» (Lifton, 2019, p. 177 ff) formidler Lifton synet på det autentiske mennesket som bevarer sine verdier og sitt livssyn, samtidig som denne er i stand til å tilpasse seg

skiftende kontekster. Motsetningen til det proteanske selvet er, ifølge Lifton, den fastlåste fundamentalistiske personligheten som er overbevist om å eie den eneste sanne virkelighetsoppfatningen, og som er styrt av urokkelige dogmer. I et Liftonsk sektperspektiv vil vellykket behandling i TC i sin ytterste konsekvens være den resiliente pasienten som bevarer egne verdier og menneskelighet i møtet med krenkende og personlighetsnedbrytende krav og forventninger (ibid).

Edgar Schein advarer om at man ikke automatisk bør se fenomenet «sterk sosial påvirkning» i et negativt syn. Han oppfordrer oss til å skjelne mellom graden av frivillighet, samtidig som han diskuterer problemene med å forlate en totalitær gruppe selv om man i utgangspunktet deltar frivillig. Schein reiser hermed diskusjon om fortolkningen av begrepet «frivillighet» (Schein, 1961b). Schein viser til at etablerte fenomener som utdanning, militær trening og religiøse tilhørighetsforhold også inneholder varierende grader av sosial påvirkning. Senere skal Margaret Singer utarbeide en oversikt over et kontinuum av sosial påvirkning rangert fra utdanning til tankereform (Singer & Lalich, 2003, p. 58 ff), men dette aspektet tar jeg ikke med i oppgaven. De tre teoriene jeg har presentert beskjeftiger seg alle i utgangspunktet med å beskrive og forstå bruken av sterk sosial påvirkning, men med ulikt utgangspunkt–noe som vil bli tydeliggjort i relasjon til diskusjonen i kapittel seks.

4 Metode.

Problemstillingen og forskningsspørsmålene i min studie er utforskende og handler om å både beskrive, fortolke, diskutere og perspektivere tidligere pasienters negative erfaringer med rusbehandling etter «fellesskapet som metode». Det ligger i dette blant annet å finne ut mer om hvilke følelser, holdninger og tanker informantene uttrykker i forbindelse med sine opplevelser. Studien har en overordnet hermeneutisk tilnærming, og er også inspirert av fenomenologien. Jeg benytter kvalitative intervju som metode for innhenting av data. Dette kapittelet starter med en redegjørelse av mitt vitenskapsteoretiske utgangspunkt og betydning for tilnærming og metode. Deretter følger en gjennomgang av metodevalg og -utfordringer, samt hvordan studiens data er samlet inn. Jeg beskriver så hvordan materialet er fortolket og analysert, før jeg avslutter med presentasjon av noen forskningsmessige kvalitetskrav og etiske vurderinger.

4.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt.

Fenomenologien forsøker å forstå den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer. Interessen samles rundt fenomenverdenen slik de personene som studeres opplever den, og søker å beskrive omverdenen slik den erfares av dem (Thagaard, 2018 p. 36). Magdalene Thomassen (2006, p. 170 ff.) skriver at i likhet med hermeneutisk tradisjon, fokuserer fenomenologisk tilnærming på hvordan vi kan utforske betydningsdimensjonen, opplevelsen av verden og meningsdimensjonen i menneskelige ytringer fra for eksempel klienten eller pasienten. Jeg har fulgt den fenomenologiske intensjonen i min beskrivelse av informantenes erfaringer ved å la deres beskrivelser komme frem i sitater i forbindelse med analyse og fortolkninger. Kvale & Brinkmann (2015, p. 22 ff.) hevder at slike beskrivelser gir leseren innblikk i informantens verden. I sin tradisjonelle form er fenomenologien skeptisk til forforståelse. En fenomenologisk beskrivelse av virkeligheten krever at forskeren setter til side egne antagelser, forventninger og forforståelser for at selve fenomenet skal kunne tre klart frem (Thomassen, 2006 p 161; Zahavi, 2014). Jeg har imidlertid brukt min forforståelse både i motivasjonen til å begynne med denne studien, i utformingen av

intervjuspørsmålene, samt i gjennomføringen og tolkningen av intervjuene. Spørsmålet er om jeg som forsker/student og som ansatt i rusfeltet, med alle de pasientfortellingene rundt behandlingserfaringer jeg har hørt, kan sette til side egne forforståelser av hva jeg kan forvente å kunne få vite av informantene. Mine informaners forestillinger og erfaringsgrunnlag om hva jeg som forsker og profesjonell hjelper er, og hva jeg forventer av dem, vil også kunne prege informantenes fremstilling av seg selv og sine opplevelser. Informantene var informert om at de skulle delta i en undersøkelse om negative erfaringer med rusbehandling, noe som i seg selv bygger på min forforståelse, og som kan ha påvirket deres beskrivelser i intervjuene. Det kan derfor være snakk om både min og informantenes forforståelse. Vi både former og formes av vår felles forståelse av virkeligheten, og jeg er opptatt av relasjonen i forholdet mellom informant og forsker i forskningsprosessen, noe som også kommer til uttrykk i min metodologiske tilnærming. Bruken av intervjudialog (Kvale & Brinkmann, 2015 p.260 ff) eller dialogisk samtalem metode kjennetegnes av et syn om at kunnskap og erkjennelse ikke er en individuell prosess, men skapes i den språklige relasjonen i sosiale fellesskap (Thomassen, 2006, p. 180). Virkeligheten, slik den fremstår i forskningsprosessen, skapes dermed i samspillet mellom informanten og forskeren. Den måten å forstå utvikling av kunnskap på kan ses som hermeneutisk. Forskjellen fra en fenomenologisk forståelse ligger i perspektivet på informantene som en stabil størrelse, eller som et flertydig og ustabil fenomen som også formes i møtet med meg som forsker, og hvor betydningen av en handling eller et fenomen antas skapt i interaksjonen mellom oss. Å søke tidligere pasienter av rusbehandling sine perspektiver kan virke selvmotsigende ut fra en ren fenomenologisk forståelse, ettersom dette bare vil finnes som samspill i møte med forskeren. Jeg vil derfor konkludere med at min forståelse ligger nærmere en moderne og åpen hermeneutisk tilnærming, hvor både hensyn til samspill, kontekst og forforståelse spiller inn.

Hermeneutikk betyr læren om å fortolke og å forstå meningsfullt materiale (Krogh, 2014; Thomassen, 2006). Det vil si objekter som både har et meningsinnhold og et uttrykk for innholdet. Det er en teori om mulighetsbetingelsene for forståelse og hva som skjer når vi forstår. Det vil si at vår forståelse av andre alltid basere seg på fortolkning. Nøkkelbegreper i hermeneutikken er fordom (forforståelse) og forståelseshorisont, den hermeneutiske sirkel,

dialogisk erfaring og virkningshistorie- historisk-kulturell tilhørighet. Å forstå er ikke å trenge inn i en fremmed persons hode, men å tre inn i det meningsrommet som tilbys. Forforståelse er den forutsetningen som gjør min forskning mulig. Ved at jeg har en forståelse av at en del pasienter kan få det dårligere av rusbehandling, så gjør det min søken etter forståelse og selve forståelsen mulig. Moderne hermeneutikk reetablerer fordommer som noe positivt, snarere enn å se på dem som et onde den vitenskapelige forskeren i størst mulig grad må forsøke å frigjøre seg fra for å kunne gå verden i møte med et åpent sinn. I hermeneutikk anses forforståelse som det produktive utgangspunktet som gjør at forståelsesprosesser i det hele tatt kan komme i gang. Våre oppfatninger, innsikter, erfaringer og opplevelser, altså fordommer, er de vi må benytte om vi vil forstå noe (Krogh, 2014 p 49 ff; Thomassen, 2006 p. 86).

Gjennom min arbeidserfaring, mine studier og sosiale nettverk har jeg dannet meg forforståelser om fenomenet jeg studerer. Dette har gjort at jeg har dannet et kunnskapsgrunnlag for hvilke spørsmål og temaer det kunne være relevant å ta opp i intervjuene i min undersøkelse. Dette har igjen gjort at jeg har dannet meg forforståelser og forventninger til hvilke svar datamaterialet ville gi meg. Jeg har samtidig vært opptatt av at mine forventninger ikke skulle bli for førende, og vært åpen for overraskelser og uventede funn i studien. Jeg har forsøkt å møte informantene med en åpen og nysgjerrig holdning, og var ikke streng på å holde temaene som dukket opp i intervjusamtalene kun til intervju spørsmålene. Da enkelte informanter begynte å snakke om andre ting, lot jeg de gjøre det uten å styre samtalen for mye. Dialogisk åpenhet i en hermeneutisk tilnærming står som motsats til fordommenes uomgjengelighet (Thomassen, 2006 p. 172). Utgangspunktet for en hermeneutisk studie er derfor å forsøke å reflektere over, tydeliggjøre og ta i bruk forforståelsene våre samtidig som vi åpner opp for nye forståelser.

4.2 Eget utgangspunkt.

Siden det i hermeneutikken er slik at forforståelse er nødvendig for forståelse er det relevant å reflektere over hvor min forforståelse angående fenomenet jeg studerer kommer fra. Å studere i eget felt kan også by på utfordringer, som krever at jeg som forsker er klar over

mine egne fordommer, og ikke legger mine interesser som føringer for forskningen (Thagaard, 2018, p. 80). Jeg har gjennom en årrekke jobbet i ulike hjelpetilbud for rusavhengige og gjør det fortsatt. I min daglige praksis har jeg møtt flere klienter som forteller at de har fått det dårligere i løpet av, eller etter, rusbehandling. Sett i lys av mine praksiserfaringer, så har jeg altså en idé om at ruspasienter kan oppleve at de gjennom ulike behandlingsformer opplever en forverring i livssituasjonen sin eller en forverring av psykisk helse. Det er denne forforståelsen som gjorde meg interessert i å utforske dette fenomenet nærmere. Etter at jeg begynte å fordype meg i temaet, har jeg interessert meg mer for klientenes behandlingserfaringer og fått høre enda flere fortellinger om behandlingserfaringer, som har vært med på å forme min forforståelse ytterligere. Jeg har satt meg inn i ulike behandlingsmetoder ved hjelp av litteratur og samtaler med fagfolk og tidligere pasienter jeg kjenner. Thagaard (2018, p. 190) skriver at forskerens tilknytning til miljøet som studeres gir grunnlag for gjenkjennelse og blir et utgangspunkt for den forståelsen hun etter hvert kommer frem til. En fare er at tilknytningen til miljøet kan føre til at forskerne overser det som er forskjellig fra egne erfaringer og blir mindre åpen for nyanser som studeres. I min forskning kan nærhet ha vært viktig for å få tillit, og dermed tilgang til mer informasjon fra informantene. Flere klienter og tidligere pasienter jeg har møtt i mitt daglige arbeid har fortalt at det ikke alltid er lett å fortelle hjelpere om sine negative behandlingserfaringer, da de opplever at mange ansatte i hjelpetilbudene mangler kunnskaper om de ulike behandlingenes innhold. Noen klienter har fortalt at de ikke har blitt trodd når de har fortalt om negative opplevelser fra behandling, og at det lå en forventning om at de skulle være takknemlige for hjelpen de fikk og ikke klage. De beskriver med andre ord at det mangler rom for å snakke med hjelpere i rusomsorgen om problematiske aspekter i behandling. Min forforståelse og det at jeg hadde satt meg inn i de ulike behandlingsmetodene informantene har vært gjennom, mener jeg også at intervjuene i min studie bærer preg av. Informantene behøvde derfor ikke å forklare grunnleggende elementer fra behandlingsprogrammene, som ellers kunne ha virket uforståelige for en helt utenforstående. Det var vesentlig at jeg hadde forforståelse og nok kunnskaper om rusbehandling til å kunne reflektere sammen med informantene over det de hadde opplevd, slik at vi sammen kunne identifisere og tolke noen av de eventuelle sammenhengene

mellom innholdet i behandlingene og det negative de beskriver at de har opplevd. Thagaard (2018) påpeker imidlertid at både nærhet og kunnskap om noe også kan ha svakheter. Det kan ha gjort at jeg har tatt noen ting for gitt, kan ha misforstått og kan ha oversett noe.

4.3 Metodevalg.

Målet med studien er å synliggjøre og å få innsikt i tidligere pasienters opplevelser med og reaksjoner på egen rusbehandling. For å få svar på problemstillingen forsøker jeg å utvikle min forståelse av hvordan det opplevdes, hvordan pasientene ble berørt og hvordan det har påvirket og påvirker deres liv. Jeg har valgt en metode som vektlegger forståelse og nærhet til fenomenet som studeres. Til datainnsamling benytter jeg kvalitative intervjuer. Kvalitative metoder egner seg til temaer det finnes lite forskning på fra før, og hvor det stilles store krav til åpenhet og fleksibilitet (Thagaard, 2018, p. 12), samt til å få frem dybde og detaljer i opplevelsene til informantene (Miller & Glasser, 2016). Intervjuene tok form av samtaler, som hadde til hensikt å samle inn kvalitative data fra informantene. Jeg ser dette som en egnet tilnærming for å få tilgang til fylldig informasjon om hvordan andre mennesker opplever sin livssituasjon (Thagaard, 2018, p.16). Siden studien retter seg mot et fenomen som det er lite forsket på, mener jeg det er riktig at den har en forholdsvis åpen tilnærming.

4.4 Utvalg.

Det var hensiktsmessig å gjøre et strategisk utvalg og deltakerne/informantene har kvalifikasjoner som er relevante for problemstillingen og studiens teoretiske perspektiv (Thagaard, 2018, p. 54). Utvalget er strategisk på den måten at det består av personer som har hatt rusproblemer og som har vært i behandling for det. Det skulle også være personer som ifølge egen vurdering har negative erfaringer i forbindelse med rusbehandling, som de oppgir har fått, eller kan ha fått, negative konsekvenser for dem. Utvalget er imidlertid tilfeldig med tanke på hvilke behandlingsprogrammer og –metoder informantene hadde sine

erfaringer fra. Utvalget ble gjort før jeg leste og valgte teori, som ble bestemt utfra informantenes beskrivelser og de temaene som kom frem i analysen av intervjuene.

4.4.1 Rekruttering.

Noen av informantene ble rekruttert gjennom at de fikk forespørsel og tok kontakt med en forsker i forbindelse med en konferanse med rusbehandling som tema, og jeg fikk kontaktlisten av denne forskeren. Andre ble anbefalt av de første informantene som sa ja til å delta, da de kjente noen som hadde relevante behandlingserfaringer. De to siste informantene ble altså rekruttert via snøballmetoden (Thagaard, 2018, p. 56). Jeg sendte forespørsel på e-post med informasjonsskriv (vedlegg 1) til flere av de potensielle informantene på kontaktlisten, der de ble informert om studiens formål, og fikk positiv respons fra tre av de jeg spurte. Noen svarte ikke og én trakk seg før intervjuet, uten å oppgi årsak. Alle informantene fikk informasjonsskrivet med samtykkeerklæring tilsendt på forhånd.

4.4.2 Valg av informanter.

Utvalget i studien var opprinnelig på fem deltakere, som ble intervjuet. I oppgaven brukes bare sitater fra fire av dem. Det er på grunn av at i løpet av analysen og skrivingen av oppgaven, havnet erfaringsbeskrivelsene fra den ene utenfor kategoriene som kom ut av analysearbeidet, og som tolkes og diskuteres i oppgaven. Alle informantene oppgir å ha blitt kvitt et problematisk forhold til rus i dag. Det er noen variasjoner på hvordan det gikk med deres forhold til rusbruk etter behandlingene de beskriver i intervjuene. Tre av informantene gjennomførte hele behandlingsoppleggene, og var såkalt rusfrie etter behandlingene. En hadde noen perioder med rus etter behandling. Alle har hatt flere behandlingsopphold, og det er i dag flere år siden deres behandlingserfaringer. Videre oppgir tre av de fire å ha hatt institusjonsopphold, mens én har gått i gruppeterapi på dagtid. Behandlingsstedene de fire har sine erfaringer fra er terapeutiske samfunn, eller inneholder denne modellens ideologi om fellesskapet som metode. I kvalitative intervjuundersøkelser skal man intervju så mange personer som trengs for å få innsikt i det man trenger å vite (Kvale & Brinkmann, 2015, p.

148). Etter å ha gjennomført intervjuene kom det frem noen opplevelser som lignet på hverandre, selv om de alle selvsagt også hadde individuelle forskjeller. Jeg vurderer at antallet er stort nok til min studie med de rammene og begrensningen den har, og at det er et tilstrekkelig antall til å gi et kunnskapsbidrag inn i forståelsen av hvordan rusbehandling kan erfares.

4.4.3 Intervjuguide.

Det var hensiktsmessig å bruke semistrukturerte intervjuer i denne studien. Et semistrukturert intervju er en planlagt og fleksibel samtale som har som mål å innhente beskrivelser av informantenes liv for å kunne fortolke betydningen med de fenomenene som blir beskrevet (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 46). Jeg så på forhånd for meg at intervjuene tok form som dialogbasert samtale. Videre formulerte jeg spørsmålene i intervjuguiden (vedlegg 2) slik at fenomenet jeg ville utforske og få informasjon om ble belyst (Thagaard, 2018, p. 95). Hovedspørsmålene mine skulle dekke det jeg ville utforske, og jeg forberedte oppfølgingsspørsmål, som kunne gi mer detaljert informasjon og nyansere temaene som intervjuene berørte. Det var ikke hver gang jeg brukte oppfølgingsspørsmålene, da informantene i noen tilfeller utdypet av seg selv. I intervjuene la jeg vekt på at informantene fikk bruke sitt eget språk og ikke fikk presset på seg begreper og uttrykk. Det var fritt for informantene å snakke om positive behandlingserfaringer, selv om de ikke fikk noen spørsmål fra meg angående dette. Jeg forsøkte å være åpen for nyanser og overraskelser i informantenes fortellinger, og prøvde å være bevisst naiv i noen deler av samtalene for at informantene skulle fortelle med egne ord. Kvale & Brinkmann (2015, p. 48) skriver at siden det kvalitative forskningsintervjuet søker å innhente så omfattende og forutsetningsløse beskrivelser som mulig i viktige temaer i informantens liv, vil en bevisst naivitet og forsøk på fordomsfrihet åpne for nye og uventede fenomener. Selv om informantene hadde negative erfaringer, så kunne de også hatt gode, eller andre erfaringer enn de jeg hadde forventet.

4.4.4 Gjennomføring av intervjuene.

Det tok noe tid å få avtalene om intervjumøtene på plass, av ulike årsaker. Noen informanter skulle reise bort eller var syke, andre hadde det travelt og et par av de syntes det var belastende å skulle gå gjennom opplevelser som de syntes var vanskelige å minnes, så det måtte passe med at de hadde en god dag. Jeg var fleksibel i hele prosessen med å avtale, gjennomføre og transkribere intervjuene, som ble gjort vårsemesteret 2019. Intervjuene ble gjennomført på ulike steder. Siden intervjuene kunne komme til å berøre opplevelser som det kunne være vanskelig å snakke om, var det viktig at informantene fikk velge sted og tid for møtene, og at det ikke var andre enn informanten og meg til stede. Jeg ville møtes et sted hvor det var rolig nok til å gjøre opptak og privat og trygt nok til at de kunne snakke fritt om et følsomt og personlig tema. De som ikke inviterte meg hjem, møtte jeg på et grupperom på VID vitenskapelige høgskole, da det er roligere og mer privat enn på for eksempel en kafé. En informant som bor i en annen by, intervjuet jeg på Skype. Intervjuene skulle etter planen vare ca. en time. De jeg intervjuet hjemme varte imidlertid lengre. Alle intervjuene ga meg et rikt materiale og interessante historier. Samtidig var gjennomføring av intervjuene krevende. Å holde oversikt og fokus på hva vi skulle med samtalen, samtidig som jeg måtte flyte med og reflektere sammen med de over hva de hadde opplevd og hvordan det har påvirket dem. Det var nytt for noen å snakke om sine behandlingserfaringer på denne måten. Et par av informantene sa de hadde snakket om de negative erfaringene med en terapeut, og andre sa de ikke hadde snakket med noen før om at det de hadde opplevd i behandlingene hadde påvirket dem negativt. En av informantene sa at det må et sånt dybdeintervju til for å få det frem. Jeg fortalte også om hvorfor jeg hadde valgt å gjennomføre dette prosjektet, og jeg forklarte bruk av opptaksutstyr. Informantene ble, i både informasjonsskrivet og ved at jeg sa det på slutten av intervjuene, invitert til å ta kontakt igjen om de kom til å tenke på andre ting etter at intervjuene var ferdige. To av informantene skrev til meg etterpå hvor de tilføyde erindringer fra behandlingsoppholdet.

4.4.5 Analyse.

Brinkmann & Tanggaard (2015) hevder at analyseprosessen kan begynne allerede i selve intervjusituasjonen, eller ideelt sett forberedes analysen allerede i selve designfasen av intervjuprosjektet, hvor det er viktig å designe prosjektet slik at man får et materiale som er i forhold til de analysestrategier man ønsker å bruke (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 37). Da jeg gjennomførte intervjuene, var jeg ikke så veldig bevisst denne delen av metodeteorien, men jeg merket meg allerede da at det var noen temaer som gikk igjen i intervjuene. På den måten kan man si at jeg allerede i intervjusituasjonen startet analysearbeidet, selv om det ikke var systematisk organisert på det tidspunktet.

4.4.6 Transkribering.

Neste skritt i analysen av intervjuene var transkribering av opptakene. Jeg transkriberte kort tid etter hvert intervju, slik at jeg skulle ha følelsene, erfaringene og stemningene av intervjuene friskt i minne. Jeg gjorde også noen skriftlige refleksjoner som jeg noterte til hvert intervju. Kvale & Brinkmann (2015, p. 211) påpeker at transkripsjon har betydning for studiets reliabilitet. For å sikre påliteligheten i gjengivelsen av det informantene sa i intervjuene, har transkripsjonene blitt skrevet ordrett, som anbefalt i metodelitteraturen. Jeg tok også med mellomrom/pauser, tenkeord, latter, gråt osv. Opptakene var generelt av god lyd kvalitet, men noen ganger ble hele setninger vanskelig å forstå fordi informanten hoppet i tema, tid og sted. Det hendte jeg måtte spole tilbake og høre gjennom utsagnene flere ganger for å finne meningen. Det var imidlertid mer unntakene enn helheten, da informantene for det meste uttrykte seg både tydelig og presist. Kvale & Brinkmann (2015, p. 207) poengterer at transkripsjon medfører flere valg som kan ha betydning for tolkningen av teksten. Derfor er det en fordel å gjøre transkripsjonene selv. Problemer med for eksempel stemmevolum og ufullstendige setninger kan skape unøyaktigheter som har betydning for resultatet av prosjektet. I intervjuene var det noe utenomstakk som ikke berørte tema for min studie. Dette ble ikke transkribert eller analysert. Kvale & Brinkmann (2015, p. 216) hevder at i noen analyseformer tolker man underveis, både i intervjusituasjonen og i

transkriberingen. Min erfaring med både å transkribere og høre på intervjuene om igjen, er at jeg opplevde at det ga økt forståelse og innsikt i det jeg vil finne ut av.

4.4.7 Temasentrert analyse.

Intervjuene i min studie er analysert og fortolket etter temasentrert analyse. Jeg har funnet lite forskning på pasienters beskrivelser av negative erfaringer med rusbehandling. På bakgrunn av det ønsket jeg å ha en forholdsvis åpen tilnærming til datamaterialet. Jeg valgte å benytte en såkalt fleksibel tema-analyse, som beskrevet av Braun & Clarke (2006) som induktiv («bottom up»), datastyrt analyse. Denne tilnærmingen innebærer at temaene som identifiseres er sterkt koblet til datamaterialet og temaene ikke velges ut fra teori (ibid). Dette vurderte jeg som en egnet analysemetode til mitt prosjekt, da jeg ikke hadde valgt teori før jeg gjorde analysen. I analysen kom det frem at fire av fem informanter beskrev negative erfaringer relatert til behandlingsmetoder som benyttes i «fellesskapet som metode», som er grunnen til at teorier om og perspektiver på det terapeutiske samfunn og lignende institusjonelle modeller ble valgt. Braun & Clarke (2006) hevder at forskeren ikke kan fri seg fra sine teoretiske og epistemologiske forestillinger. Det er klart at i tilnærmingen min har jeg også brukt min forforståelse, som gjort rede for delkapitlene «mitt vitenskapelige utgangspunkt og «eget utgangspunkt». Siden tema-analyse er å søke «på tvers» av data blir det mye frem og tilbake: Kode-lage tema, kode etter tema osv. (Thagaard, 2018, s. 171). Man leser data gjentatte ganger, og analyseprosessen blir da en prosess med gjensidig påvirkning mellom forskerens utgangspunkt og de tendensene man finner i datamaterialet. Metoden er preget av en rekke valg man må gjøre underveis, og den kjennetegnes av en stadig reflekterende dialog mellom forskeren og datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Dette er i tråd med en hermeneutisk prosess, hvor temaene påvirkes av vår tenkning og forforståelse om dataene, og vi lager sammenhenger mens vi forstår dem.

Jeg hadde allerede blitt kjent med intervjuene i gjennomføringene og transkriberingene. I neste skritt leste jeg et og et intervju grundig. Først leste jeg gjennom transkripsjonene uten å tenke på problemstillingen, og arbeidet aktivt med å forsøke å være åpen og å sette min forforståelse midlertidig i parentes, men uten å notere (Malterud, 2011, p. 98). Deretter

leste jeg gjennom intervjuene igjen, og begynte kodingen ved å notere kodene i margin der jeg syntes de berørte temaer som kunne belyse min problemstilling. Thagaard (2018) forklarer at koding innebærer at vi deler opp teksten og betegner utsnitt av teksten med kodeord (eller setninger). Ved hjelp av kodebetegnelser kan vi søke og finne igjen utsnitt av teksten som beskriver de temaene som kodene gir uttrykk for. Dette gir grunnlag for å foreta sammenligninger mellom enhetene i studien. Vi velger betegnelser som vi synes er best egnet til å fremheve meningsinnholdet i teksten (Thagaard, 2018, p. 153). På det tidspunktet hadde jeg en annen problemstilling enn den jeg endte opp med. Opprinnelig formulerte jeg problemstillingen som et mer åpent spørsmål om rusbehandling kan skade. Jeg hadde, som allerede nevnt, heller ikke bestemt meg for teori på det stadiet, og tolket ikke så mye informantenes utsagn inn i den teorien jeg har endt opp med. Etter at jeg hadde gjennomført den første kodingen, leste jeg på nytt intervjuene hver for seg, og lette etter andre eller nye sammenhenger og mønstre (Braun & Clarke, 2006). Det ble mange koder, og ikke alle berørte min problemstilling. Jeg skrev noen tanker etter hvert intervju om hva de hadde handlet om, det Thagaard (2018, p. 154) kaller memos. Braune & Clarke (2006) skriver at for å sjekke om temaene er tydelig definerte, kan man prøve å forklare innholdet i hvert tema med noen setninger.

Etter de første gjennomgangene av transkripsjonene med koding av et og et intervju, laget jeg noen foreløpige temaer og forsøkte å plassere og sortere kodene under disse. Dette gjorde jeg også for å lete etter mønstre og sammenhenger i kodene (Braun & Clarke, 2006). Deretter kopierte jeg sitater jeg syntes var relevante for det jeg trodde undersøkelsen handlet om inn i et dokument, og forsøkte å kategorisere de etter foreløpige temaer, og ikke etter hvem som sa hva. Så skrev jeg igjen memos/kort tekst om hva jeg syntes materialet handlet om. Denne teksten kodet jeg også. Etterpå kodet jeg alle sitatene jeg valgte ut, og så sammenlignet jeg kodingen av memos og sitater. Det var noe overlapp, men manglet noen relevante koder i memos, så jeg samlet alle koder fra sitatene og memos, og så til sammen ble det noen kategorier. Jeg forsøkte å lage et par kategorier/temaer, og så kategoriserte jeg kodene under det tema hvor jeg syntes de hørte hjemme. Det var noen koder som passet til flere av temaene. Det ble også veldig mange koder og en del overlapp, så jeg måtte jobbe en del med å gjøre det mer presist. Jeg gjorde kodingen «for hånd». Altså jeg skrev i margin på

papir og brukte en kladdebok med «mind-maps» og notater samtidig. Braun & Clarke (2006) påpeker at selv om denne metoden er datastyrt, så oppstår ikke temaene utfra intet. Forskeren/studenten har en aktiv rolle i indentifiseringen av mønstrene/temaene og velger ut det som er mest interessant for undersøkelsen. Temaene påvirkes av vår tenkning om dataene og lager sammenhenger mens vi forstår dem (ibid).

En annen person kunne både ha kodet og tolket intervjuene på en annen måte enn meg. Andre svakheter ved studien, som resultat av at jeg har benyttet temasentrert analyse, kan være at det er fare for at man kan miste nyanser fra enkeltinformanter (Thagaard, 2018, p. 179). Med temasentrert analyse løsrives utsagnene fra personene. Altså når man lager tema på tvers av informantene, så kan det hende at et tema i én sammenheng kan forstås på en annen måte av en annen informant, selv om det er samme tema. En annen kritikk av temaanalyse, som Braune & Clarke (2006) påpeker, er at sammenhenger kan gå tapt. Når vi sammenligner utsnitt av data fra de ulike deltakerne i undersøkelsen, løsriver vi utsnittene fra sin opprinnelige sammenheng. Forfatterne skriver at for å også utvikle et helhetlig perspektiv, er det viktig at vi knytter data fra hver enkelt enhet eller situasjon til den sammenhengen utsnittet av data er en del av. Vi vurderer de enkelte utsagn fra hvert intervju opp mot intervjuet som helhet (ibid.). Jeg har forsøkt å se sammenhengen og prøvd å gå tilbake og sjekket at det er overenstemmelse mellom de opprinnelige intervjuene og temaene etter analysen. Jeg leste det helhetlige datamaterialet (hele transkripsjonen av hvert intervju) både før og etter kodingen og kategoriseringen, for å prøve å kvalitetssikre om analysen var i samsvar med det opprinnelige materialet.

4.4.8 Metaforer.

I arbeidet med analysen merket jeg at noen av informantene brukte metaforer da de snakket om erfaringene sine i intervjuene. Thagaard (2018) skriver at metaforer er uttrykk som er særlig innholdsrike, fordi de gir visuelle assosiasjoner til det budskapet som noen ønsker å formidle. Metaforer formidler mening på en konsentrert måte. Metaforene kan representere uttrykk som deltakerne selv benytter, eller representere begreper som

gjenspeiler forskerens tolkninger. Thagaard minner om at når vi anvender metaforer deltakerne benytter, må vi samtidig reflektere over hvilken mening deltakerne tillegger metaforene (Thagaard, 2018, p. 203). Eksempelvis sa en informant at konfronteringen i gruppene var som «å skyte spurv med kanon». Dette kan tolkes som en metafor på at det ble brukt noe som opplevdes som kraftige virkemidler for en som var som en spurv, altså en som følte seg liten. Alternativt at reaksjonene ikke sto i forhold til hva han hadde sagt og gjort.

4.5 Forskningsmessige kvalitetskrav.

Undersøkelser som er rettet mot å samle inn empiri bør tilfredsstille krav om empiriens pålitelighet (reliabilitet), gyldighet (validitet) og relevans (overførbarhet). Kvalitetskravene vedrører, ifølge Koch & Vallgård (2011), hele forskningsprosessen. Vurdering av studiens reliabilitet knyttes til spørsmålet om en kritisk vurdering av prosjektet gir inntrykk av om forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte (Thagaard, 2018, p. 187 ff). Det vil si om vi kan stole på de innsamlede dataene. Thagaard viser til Silverman (2018, p. 188) og hans argument om at høy reliabilitet kan oppnås gjennom å gjøre forskningsprosessen transparent. Det vil si å gi en detaljert beskrivelse av analysemetoder og forskningsstrategi, slik at forskningen lett kan vurderes kritisk av andre. Jeg har forsøkt å redegjøre for valg jeg har tatt i forbindelse med denne oppgavens teori, metode og analyseverktøy. Samtidig har jeg reflektert rundt, og gjort rede for, min yrkeserfaring og andre faktorer som har å gjøre med min for forståelse. Jeg valgte også bevisst å ikke spørre noen jeg kjente fra før om å delta i prosjektet, da det kunne påvirket deres måte å svare på, noe som ville svekket reliabiliteten. Jeg etterstrebet å vise forståelse for informantenes erfaringer og å ta de på alvor. At deltakerne føler seg trygge på relasjonen til forskeren kan påvirke informasjonen de bidrar med og hvor dyptgående de er (Thagaard, 2018). Andre tiltak jeg har gjort for å ivareta reliabiliteten er at informantene fikk tilsendt prosjektbeskrivelsen på forhånd, for å sikre at studiens hensikt var kjent for dem, og for å forebygge tilfeldige svar ved å gi informantene mulighet til å reflektere over temaet på forhånd. Validitet er knyttet til tolkning av data og handler om gyldighet av de tolkningene forskeren kommer frem til og om måten data er tolket på. Det er om studien faktisk undersøker eller sier noe om det den gir

seg ut for å undersøke, og om tolkningene man kommer frem til er gyldige i forhold til den virkeligheten man har studert (Thagaard, 2018, p. 189). Forskeren må altså reflektere over kunnskapens gyldighet og gi velbegrunnede redegjørelser for studiens tolkninger og konklusjoner (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 272-281). I hvilken grad er min undersøkelses resultater gyldige for den gruppen som undersøkes? Dette studiet har fire tidligere pasienter som informanter, og studiets resultater er ikke allmenngyldige. Intensjonen er å vise eksempler på negative erfaringer med rusbehandling som benytter fellesskapet som metode, og er på ingen måte en uttømmende beskrivelse av all erfaring med rusbehandling eller enkelte elementer i rusbehandling. Men selv om eksemplene ikke er allmenngyldige, så er de hentet fra tidligere ruspasienter, og sier noe om erfaringene med rusbehandling som eksisterer. Pragmatisk validitet er om kunnskapen studiet produserer er brukbar og relevant. Kvale & Brinkmann (2015, p. 285) skriver at den pragmatiske valideringen er å gjøre et kunnskapsutsagn gyldig ved å erstatte begrunnelse med brukbarhet. Det er vanskelig å si på forhånd om kunnskapen som studien produserer kommer til praktisk nytte. Det området studien tar for seg har sin relevans i at det angår behandlingen av rusavhengige, en i utgangspunktet marginalisert gruppe. Overførbarhet er om den forståelse forskeren utvikler innenfor rammen av et prosjekt også kan være gyldig i andre situasjoner. Prosjektet mitt er en kvalitativ, hermeneutisk studie hvor data skapes og forståelse utvikles gjennom møtet mellom forsker og informant. Med dette som bakgrunn kan man si at min studie først og fremst viser resultater som kan bidra til økt forståelse av det fenomenet jeg studerer. Studien kan ha overføringsverdi og gyldighet for andre ruspasienter som har hatt negative og potensielt skadelige opplevelser i rusbehandling. Det er også trolig at ansatte i rusbehandling, og andre som jobber i rusfeltet, kan ha nytte av studiens bruk av analytiske begreper og diskusjonen av fenomener den tar opp.

4.6 Ethiske hensyn og vurderinger.

De forskningsetiske retningslinjene vedtatt av den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, u.å.) kan sammenfattes i tre typer hensyn: informantens rett til autonomi og selvbestemmelse, forskerens plikt til å respektere

informantens privatliv, samt ansvar for å unngå skade. Informert samtykke ble innhentet fra mine informanter etter i samsvar med godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata. Samtykket ble sendt på e-post sammen med informasjonsskrivet og informantene signerte da vi møttes, med unntak av informanten jeg intervjuet på Skype, som ga muntlig samtykke. I intervjusituasjonen forsøkte jeg å være bevisst på å respektere informantenes privatliv ved å spørre om forhold rundt behandlingen, og å ikke stille for personlige og nærgående spørsmål utover dette. Det var imidlertid en balansegang i flere intervjuer, da noen av informantene selv ble ganske personlige i samtalene. Jeg oppfattet det imidlertid ikke som om dette var noe som de følte seg forledet til, eller at de sa noe de ville angre på i ettertid. Thagaard (2018, p. 113) beskriver de etiske problemene i intervjusituasjonene knyttet særlig til om hvor nærgående og personlige spørsmål forskeren kan stille. Det er viktig å respektere grensene til informanten, slik at personen ikke blir forledet til å gi ut informasjon som hen kan angre i ettertid.

Et annet viktig etisk prinsipp er at deltagelse i forskningsprosjekter ikke på noen måte skal bidra til å skade de personene vi intervjuer. Som forsker har man ansvar for å bevare personens integritet ved å, i intervjusituasjonen, ta hensyn til intervjupersonens vurderinger, motiver og selvrespekt (Thagaard, 2018, p. 114). Svarene informanten gir i intervjuene vil potensielt kunne røpe hvem de er, så det kan være en påkjenning å være med i en slik undersøkelse. Det er ikke alltid uproblematisk å være den kritiske til fenomener som har en overvekt av sterke tilhengere. Kritikk av rusbehandling er, som beskrevet i oppgavens kapittel to, et utfordrende område. Thagaard (2018) og NESH (u.å.) minner om at informantene har rett til beskyttelse av sitt privatliv og at man derfor også må tilsløre selve teksten, slik at identiteten deres ikke røpes. Det har vært nødvendig å gi informantene pseudonymer og jeg har lagt vekt på å anonymisere behandlingsstedene som informantene har sine erfaringer fra. På samme måte har jeg valgt å ikke nærmere identifisere informasjon om seminaret om negative erfaringer, der flere informanter ble rekruttert. Prosjektet er vurdert og har blitt godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (NSD). Se vedlegg 3.

5 Funn, analyse og diskusjon.

I dette kapittelet presenteres og diskuteres resultatene av undersøkelsen. Informantenes utsagn og refleksjoner blir fremstilt i sitatform, og sitatene forklares og tolkes underveis. Som beskrevet mer detaljert i metodekapittelets delkapittel 4.5 om analyse, er datamaterialet kategorisert i henhold til prinsippene for temasentrert analyse, og etter noen tema som fremsto viktige for informantene. Informantenes uttalelser presenteres i to hovedtema som beskriver erfaringer med ulike forhold ved behandlingene informantene har sine negative erfaringer fra. Det første tema har fått overskriften «flere virkeligheter», det andre «bekjennelser». Hvert hovedtema er delt opp i flere underpunkter, med henblikk på å nyansere de enkelte erfaringene. Det empiriske materialet ga muligheter for flere tematiske kategorier enn de to nevnte, deriblant erfaringer med likemannsarbeid, relasjoner til medbeboere, egne vurderinger av overordnet utbytte og oppholdet i TC sammenlignet med erfaringer fra andre behandlingskontekster. Siden oppgaven setter rammer for omfang, har jeg prioritert de to nevnte tematiske kategoriene, da de gjenspeiler viktige bestanddeler både i teorien om TC, Goffmans totale institusjon og teoriene om tankereform.

5.1 Flere virkeligheter.

Begrepet virkelighetsoppfatning defineres av organisasjonsforskeren Henning Bang (2011 p. 52) som oppfatninger av virkeligheten som medlemmer av en kultur utvikler og bruker for å skape mening i det de erfarer. En kultur kan altså, ifølge Bang, inneholde adskilte grupper som hver for seg deler sin egen oppfatning av virkeligheten og fortolkningen av den. Dermed kan vi snakke om en felles norsk kultur som basert på demokratiske verdier, tradisjoner og kjærlighet til naturen, samtidig med at man kan dele den norske befolkningen opp i mindre subkulturer og igjen i mindre grupper som hver for seg deler virkelighetsoppfatninger. Ulike grupper med egen virkelighetsoppfatning utvikler og benytter egne språkkoder og språkkategorier, har egne verdier og ser i varierende grad ulikt på individ og samfunn innen en gitt kulturell ramme (Thurèn, 2001). Introduksjon til andre virkelighetssyn enn det familiære kan skje gjennom læring av nye begreper og ord, nye forståelser og kanskje nye måter å leve livet på, gjennom pedagogiske praksiser eller gjennom psykoterapi. Mye sosialt

arbeid handler om å introdusere borgeren til nye muligheter og nye virkelighetsforståelser med henblikk på å utvide det opplevde handlingsrommet til borgeren, noe som ofte vil være tilfellet innen rusbehandling. I den profesjonelle praksisen foreskriver faglige veiledere og profesjonsetikker regler for hvordan den profesjonelle skal ivareta hensynet til borgerens/pasientens livssyn og virkelighetsoppfatninger. I det yrkesetiske grunnlagsdokumentet for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere, beskrives sentrale verdier for profesjonsutførelse (Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, 2015): Menneskeverd, respekt for den enkeltes integritet, anerkjennelse av ulikhet og ikke-diskriminering, helhetssyn på mennesker, tillitt, åpenhet, redelighet, omsorg og nestekjærlighet, solidaritet og rettferdighet og ansvar. Den profesjonelle har, ifølge de profesjonsetiske idealene, ansvar for å respektere den enkeltes adgang til å leve i samsvar med egne verdier (ibid.) Det settes i yrkesetikken altså krav til profesjonelle om å respektere den enkeltes virkelighetsoppfatning, og ikke minst la et eventuelt endringsarbeid ta utgangspunkt i respekt for pasienten sin virkelighet (Leenderts, 2014). Flere sitater fra intervjuene inneholder beskrivelser som kan tolkes som en opplevelse av at informantene identifiserte flere parallelle, men avgrensede virkeligheter i behandlingen, uten mulighet for å knytte de ulike virkelighetsoppfatningene sammen eller bringe dem inn i en dialog med behandlingskonteksten. Jeg presenterer innledningsvis informantenes opplevelse av at virkeligheten inne på behandlingsinstitusjonen adskilte seg fra den normalvirkelighet de kjente.

5.1.1 «Du får ikke normaltankegangen fordi du ikke har kontakt med de ute».

Rolf, Liv og June fortalte at de under behandlingsoppholdet ikke hadde mulighet til å faktasjekke egne tanker og overveielser med noen utenfor fellesskapet, og alle fortalte om de skarpe grensedragningene som konstant ble trukket mellom «ute og inne». Informantene beskriver hvordan enkelte virkelighetsdomener kunne tematiseres og drøftes med bruk av institusjonens harmoniske språk, mediert igjennom faste ritualer og rigid formulerte målsetninger om «right living», med skarpe avgrensninger til behandlingens definisjon og

beskrivelse av «ruslivet». Forhandlinger om ulike virkelighetsoppfatninger kunne dermed skje i gruppebehandlingene eller i samtaler mellom pasienter og ansatte, under forutsetning av at institusjonens særegne begreper og språkkoder ble brukt. Noen virkelighetsdomener var ifølge informantene demoniserte, og kunne utelukkende tematiseres gjennom bruk av negative termer. F.eks. måtte beboerens opplevelser i tiden før behandlingen kun omtales i negative termer, og tidligere adferd assosieres med en negativ identitetsbeskrivelse som f.eks. «misbrukspersonlighet». Kvinner kunne bli utsatt for krav om å fjerne sminke og smykker fordi det var en del av deres misbruksmønster som de skulle gjøre opp med. Det samme gjaldt piercinger og bestemte klær for begge kjønn. Liv forteller:

[.....] det var vel det der at man skulle av-uniformeres, på en måte. Var det noen kvinner eller jenter som for eksempel var veldig avhengig av å ha veldig hard sminke.. fordi det var identiteten, så skulle det på en måte av.. for å ..å.. at de skulle liksom på en måte nulles litt ut, da. Nøytraliseres.

Liv forteller senere mer om hvordan pasientene måtte avlære sin tidligere virkelighetsoppfatning og identitet gjennom strategier som innebar hard jobbing, disiplin og utskjelling:

Liv: ja. tanken er at man skal ikke få noen påvirkning utenfra. Men det som er, det er at .. at når jeg da var gjennom den kjøttkverna med såpass mye... alvorlig .. altså.. veldig hard jobbing, superdisiplin, mye utskjelling..eh .. altså ..man skulle liksom ribbes for alt mulig.

Marte: når du sier hard jobbing, mener du fysisk?

Liv: fysisk, ja. Både fysisk og psykisk. Ja, isolasjon, ikke sant. Hvor man ble satt i et bomberom.. og satt der i fem dager.

Marte: hvorfor det?

Liv: nei, det var liksom for at du skulle tenke, da. jeg vet ikke.. det er ... de kalte det kontrakt.

Isolasjon av pasienter i et terapeutisk felleskap har, ifølge den harmoniske TC-teorien, til hensikt at pasienter skal avlære gammel adferd og tanker fra misbrukslivet, og dedikere seg ubetinget til behandlingsfellesskapet. Kontakt med mennesker på utsiden kan hemme utviklingen av nye relasjoner innenfor programmet (de Leon, 2003, p. 210). Derfor må det brytes bånd fra tidligere relasjoner, og tidligere virkelighetsoppfatninger må defineres som uønskede. I sin harmoniske beskrivelse av det terapeutiske samfunn viser Thomassen til det terapeutiske samfunns verdier, satt opp mot verdiene utenfor eller i pasientenes forhistorie.

Verdiene innenfor karakteriseres med ord som varme, ærlighet, samhold og liv. Som motsetning settes verdiene i «det gamle livet» som beskrives med ord som kulde, uærlighet, ensomhet og død (Thomassen, 2001 p.89). Alle informantene forteller om hvordan behandlingskonteksten avskar dem fra kontakt med verden utenfor eller fra relasjoner til deres tidligere liv. I det harmoniske perspektivet beskrives formålet med denne miljøkontrollen dannelsen av et optimalt klima for den enkeltes selvransakelse, bedre fellesskapsfølelse i behandlingen og skjerming fra negativ påvirkning utenfra (de Leon, 2003 p. 203). Å oppmuntre til å bygge opp følelsen av tilhørighet til det terapeutiske fellesskapet, for så å påvirke den enkelte til å endre seg, oppfattes som sentralt i TC-behandling. Men for informantene ble diskrepansen mellom virkeligheten innenfor og virkeligheten utenfor vanskelig å hankses med.

Miljøkontroll representerer et av Liftons åtte kjennetegn på tankereform, og i et kritisk perspektiv vil man likeledes kunne tolke informantenes beskrivelser av miljøkontroll i behandlingene som kontroll av relasjoner og kommunikasjon, med henblikk på å forhindre kontakt med de som tenker annerledes enn doktrinen. Den norske professoren i psykiatri, Nils Olav Lavik (1985, p. 27), skriver at kontroll over individets kommunikasjon med omverdenen er nødvendig om en skal kunne klare å gjennomføre en effektiv tankekontroll. Han viser til risikoen for at man ikke senere blir i stand til selvstendig å kunne teste realiteten, noe som i det lange løp er nødvendig for å skille sin egen identitet fra omgivelsene. Slik mine informanter fortalte om det, ga det at man ikke kunne teste realiteten med noen utenfor også grobunn for et mer uhåndterlig miljø i behandlingsfellesskapene, med «gatas lov» og «indre justis» og en «stemning av at man skulle ta hverandre». Det kunne virke i intervjuene som om informantene opplevde at de måtte godta mer urimelige (“drøye”) ting når de var blitt satt i en slags unntakstilstand, hvor «det normale» opphørte å eksistere delvis pga. at de var isolert fra det omkringliggende samfunnet. June kontaktet meg på mail etter intervjuet, som jeg hadde åpnet mulighet for at informantene kunne gjøre. Hun skrev:

Det er så mye rart som skjer der inne, og som aldri nådde de ansatte. Indre justis og gatejustis. At det er lukket gjør at man må godta alt mulig drøyt. Gale medpasienter var det mange av. Det var ikke bra å måtte godta alt mulig der inne [.....]. Du får ikke normaltankegangen fordi du ikke har kontakt med de ute.

Utsagnet over kan tolkes som at June adresserer en opplevelse hun har hatt av både institusjonens skjulte virkelighet, av Goffman kalt underverdenen (Goffman, 1961 p. 170), – som de interne forholdene som aldri nådde de ansatte – og institusjonens synlige harmoniske virkelighet, som etter Junes fortolkning domineres av «gale medpasienter» som tilsynelatende har tilegnet seg behandlingsvirkeligheten. Behandlingsvirkeligheten beskrives av June i et motsetningsforhold til den virkeligheten som finnes utenfor. June skrev videre til meg:

Husker jeg snakket med moren min og hun var skikkelig bekymret. Hun syntes det var helt rart det som skjedde der inne. Hun var veldig letta da jeg dro derfra.. Det er jo veldig sånn enten eller. Du må være der inne og du må kjøpe alt. Du kan ikke diskutere det som skjer med noen utenfra for da bryter du kontrakten, på en måte. Det blir veldig sort-hvitt og et veldig press. Om du tviler på det som skjer der inne ... det er skadelig for deg. Da er du på vei ut i sykdommen.. det må vi unngå. Du må kjøpe hele premisset om at alt som skjer der inne er det gode, og skulle du ha noen tvil så er du på en måte illojal. Du må være 100 % lojal med behandlingen.

June erindrer og forklarer her hvordan moren hennes observerte forskjellen på den vanlige virkeligheten og beskrivelser fra institusjonen, og forholdt seg kritisk til dette. June forteller også hvordan hun erfarte at institusjonen krevde total lojalitet, og en opplevelse av hvordan tvil eller kritikk ble vendt mot pasienten og brukt som bevis på at vedkommende var «syk», avvikende eller ikke villig til endring. I det harmoniske perspektivet forklarer De Leon motstand mot behandlingsprogrammet med at det handler om personens kamp med å gi avkall på gamle adferds- og tankemønstre til fordel for de gode levereglene (de Leon, 2002, p. 356). I et kritisk perspektiv karakteriserer Lifton (1989) motstand mot regler og gruppens dogmer som en utfordring av den sakrale vitenskapen, og begrepet «hellig viten» er overskriften på en av Liftons kriterier for tankereform (Lifton, 2019, p. 79 ff.). Her dreier det seg om at en ikke diskuterer lærens vedtatte sannheter, men bare godtar dette uten videre. Doktrinen fremstilles som den ultimate sannhet, og skal møtes med ærbødig respekt, ikke diskusjon (Tobias & Lalach, 1994, s. 36).

5.1.2 «Det tok et år å liksom begynne å sortere tanker og å prøve å kaste retorikken».

Et annet fenomen som illustrerte brudd med normalsamfunnets verdier og normer var behandlingsfellesskapets særegne språk. De Leon fremhever at innlæring av den særegne slangen i TC-kulturen representerer integrering i fellesskapet, og at beboernes bruk av det særegne språket er et eksplisitt mål på deres tilhørighet og sosialisering i det terapeutiske samfunnet, spesielt i forbindelse med tilfriskning og læringen av de gode levereglene (de Leon, 1995, p. 1612). Informantene brakte flere eksempler på det som de Leon benevner som slang. Det som i den normale verden ville bli omtalt som «straff», fikk betegnelsen «kontrakt» inne i behandlingen. En kontrakt i TC kan ifølge Thomassen (2001 p.66) betegne en isoleringsstrategi hvor den enkelte isoleres fra fellesskapet med henblikk på å reflektere over seg selv og egen adferd, eller en kontrakt kan omfatte harde gjentakende arbeidsoppgaver. På samme måte kan fenomener som kanskje utenfor ville bli klassifisert som isolasjon og meningsløst arbeid innen TC-språket betegnes som terapi og selvfordypelse.

Liv: Ja, og så var det sånne meningsløse oppgaver som å vaske.. vi hadde en sånn heistrapp .. eh..tre.. tre etasjer. Trapp ned og opp .. hvor man liksom bare skulle.. vaske heistrappa ovenfra og ned. Og så skulle man da stille opp til oppstilling med utstyret sitt og be om inspeksjon, og så var det selvfølgelig ikke bra nok. Så... fikk man kjeft og skulle man ta.. da skulle man vaske nedenfra og opp .. og sånn kunne man holde på i dagevis.

Bruk av et spesielt språk kan tolkes i overensstemmelse med Goffmans kjennetegn på den lukkede institusjonen, som innebærer bruk av ord som betyr noe annet innenfor enn utenfor (Goffman, 1967 p.111). Også Lifton beskjeftiger seg med språket som anvendes i en totalitær gruppe. I sitt sjette kriterium for tankereform snakker han om begrepet «loading the language» som kort fortalt betyr at ord gis andre betydninger inne i gruppen enn utenfor, eller at nye ord finnes opp i gruppen (Lifton, 2019, p. 81 ff). Et innforstått språk har også den funksjonen at kritisk tenkning blir underminert, når en forventes og blir vant til å benytte ferdigtolkede språklige vendinger. Både informantene og Thomassens kulturanalyse fra Veksthuset (Thomassen, 2001), gir mange eksempler på ord og begreper som ble reservert

bruk i det terapeutiske samfunn, eller som har en annen betydning innenfor enn i normalsamfunnet. Liv forteller hvordan «kontrakt» fortolkes nøytralt eller positivt innenfor i gruppen, hvor det omvendt ville ha vært vanskelig å omdefinere straffearbeid, utestenging og isolasjon til noe positivt, selv om det konkrete innholdet av aktiviteten forekommer identisk med den konkrete betydning av «kontrakt». Jon beskriver hvordan påvirkningen fra behandlingens vedtatte problemkategorier ga ham følelsen av isolasjon fra normalsamfunnet.

Jon: ja, jeg begynte med en gruppe, og så var det to grupper og så gikk jeg i tre grupper i uka. Og så var det plutselig voksen-barn-kurs og sexavhengighet-kurs og kriminelt tankemønster-kurs .. og så er man bare inne i en sånn boble.

Jon fortsetter med å beskrive noen av de utfordringene han møter da han avslutter behandlingen og må avlære det særpregede språket fra behandlingen:

Jon: ja, det tok et år å liksom begynne å sortere tanker og å prøve å kaste retorikken og .. det var noen sånne ting jeg tok over på. Kaste retorikk for eksempel. Og ..bygge opp sitt eget liv, egentlig. For da valgte jeg ... Da jeg valgte å gå derfra, så ringte jeg alle og sa «takkt for meg». Da liksom brøt jeg med alle.

Setningen «takkt for meg» stammer ikke fra det terapeutiske samfunn, men inngår som et fast uttrykk i 12-trinnsgrupper. Jons beskrivelse over kan ses som en illustrasjon på hvordan 12-trinnsretorikk også preger utviklingen i de terapeutiske samfunn, men det er en nyanse jeg ikke går nærmere inn i.

Liv forteller om ordet «oppstrammer» og hun forklarer at når man får en oppstrammer fra noen etter ordre fra ansatte eller noen som står høyere i hierarkiet, betyr det at man uten protester må akseptere det som blir sagt og eventuelt utføre en bestemt oppgave. Oppstrammere leveres, ifølge Liv, i tilfeller hvor den enkelte ikke har levd opp til forventet adferd eller holdning i behandlingen og vil, som ordet antyder, ha karakter av en reprimande.

Liv: [det var] alvorlige konsekvenser for alt. Det var ikke noen sånn gradering. Eh.. husker en.. et tilfelle hvor jeg fikk en oppstrammer, som det heter, da; hvor man da

bare må ta imot et budskap. Og så må man gjenfortelle det jeg.. altså som om det er mitt budskap.

Marte: å ja ..

Liv: ja. ikke .. ikke altså ikke tolke det.. eller ikke gjøre det om. Altså om det er riktig eller feil. Hvis du forteller meg at jeg... er et dårlig menneske, så må jeg si "jeg er et dårlig menneske".

Thomassen (2001, p. 62) refererer til begrepet oppstrammer som «et fullstendig gjennomrutinisert sanksjonssystem» og formidler en detaljert beskrivelse av hvordan og når en oppstrammer skal leveres. Oppstrammere skal derfor forstås som et internt språklig fenomen som betegner en integrert disiplineringsteknikk i det terapeutiske samfunnet.

5.1.3 «Tystere skal dø».

I den institusjonelle behandlingsvirkeligheten blir relasjoner mellom beboere innbyrdes og relasjoner til ansatte sett på som svært viktige, og trygge relasjoner fremstår, ifølge de Leon, både som en forutsetning for og en konsekvens av bruk av fellesskapet som metode. Beboerne er de viktigste endringsagentene i TC, og blir i sine relasjoner formidlere av sosialisering og terapeutiske prosesser (de Leon, 2003, p. 165). Liv fortalte at det på tross av intensjoner om harmoniske og støttende relasjoner også fantes andre typer forhold mellom beboerne.

Liv: Det var for eksempel en jente, som kom fra fengsel. Vi var fire jenter på et rom. Og hun hadde bodd i fengsel, altså i mange år, pga... jeg tror det var drap.. noe knivstikking i hvert fall. (...)

Liv fortalte i gruppen at jenta fra fengselet gjorde forskjellige ting som forstyrret de andre.

Vi andre ble jo helt sprø av det for vi fikk jo ikke søvn og ble veldig urolige ... og så sa jeg fra, da. I en gruppe. Jeg sa at vi kan ikke ha det sånn. Sånn at.. enten må vi dele rom, sånn at da får hun være på eget rom eller et eller annet må vi gjøre ... og da var jo jeg tyster.. i hennes verden, da .. og da husker jeg.. natta etterpå så husker jeg hun gikk ut av rommet ... [...] Jo, så hører jeg da at hun går ned på kjøkkenet og skramler nede på kjøkkenet, og jeg bare kjenner at ok, hva er dette for noe, og så ..drar hun ut ..ja, det viste seg at det var to svære.. en kjøttøks og en kniv, da. Og så står hun midt i storsalen, og så skriker hun midt på natta: «tystere skal dø!»

Det Liv forteller kan tolkes som at en relasjonell virkelighet ikke harmonerte med den ideelle behandlingsvirkeligheten. Den går blant annet ut på at for å få til terapeutisk arbeid gjennom fellesskapet, må beboerne blottlegge fortrolig informasjon om og til hverandre i gruppene (de Leon, 2003, p. 120 ff.) Det finnes imidlertid andre virkeligheter enn den harmoniske og offisielle beskrevet av de Leon. Virkeligheter hvor man ikke tyster på hverandre for da bryter man universelle regler for solidaritet og samhold i en gruppe. Da Liv prøvde å løse problemene etter behandlingsstedets fellesskapsmetode, eskalerte problemet og utviklet seg til en farlig og utrygg situasjon. Den hevnjerrige måten Liv ble møtt av sin truende medbeboer på etter at hun sa fra i gruppen, kan tolkes som et uttrykk for brudd på reglene i den skjulte relasjonelle virkeligheten. En slik alternativ usynlig virkelighet i en lukket institusjon beskrives av Goffman som institusjonens underverden (Goffman, 1961). Her agerer og samhandler den enkelte pasienten skjult for de ansatte med henblikk på å oppnå fordeler eller å slippe straff. I en Goffmansk underverden gjelder andre regler enn i den synlige virkeligheten, og det er her pasienter samhandler eller demonstrerer skjult adferd med henblikk på å oppnå fordeler eller unngå straff i den synlige virkeligheten (Goffman, 1967 p. 128 ff). Trusler om vold fremført i institusjonens underverden skremmer Liv, og skjerner dermed den urolige jenta fra å bli eksponert og disiplinert i gruppeterapien eller straffet av de ansatte.

5.1.4 «Nei, ta livet mitt, for at det er ikke noe håp for meg».

Den harmoniske virkeligheten representeres av den synlige fremstillingen av en terapeutisk kultur som den f.eks. beskrives av de Leon og Thomassen. Her ble det krevd av beboerne at de viste og regulerte følelser og fremsto mentalt og emosjonelt transparente i gruppeterapien, med henblikk på direkte tilbakemeldinger på adferd fra likemenn i gruppen. En annen virkelighet, den indre emosjonelle virkeligheten, ble representert gjennom pasientenes følelsesliv. Den passet ikke alltid inn i institusjonens kultur, og kunne derfor vanskelig tematiseres utenfor den institusjonelle harmoniske virkeligheten. Liv forteller hvordan hennes sorg og gråt provoserte medbeboere. Hun tar frem flere eksempler, her er beskrivelsen av en episode der hun nettopp har mistet sin far:

Liv: [...] jeg husker veldig godt, for eksempel en gang hvor jeg sitter og gråter fordi jeg.. altså mista faren min da jeg var i programmet. Eh, han døde. Eh.. og jeg fikk dratt ned og vært sammen med han på dødsleiet og.. og sånn, og kom tilbake på huset og da gråt jeg fordi min far var død, ikke sant. Og da husker jeg at da fikk jeg så hatten passa av ei ..ei dame, da - som var der. Hun sa sånn «nå er jeg så drittlei av at du driver og griner hele tida, altså.» og jeg bare «åh».

Liv forteller at følelser som kommuniserte smerte, sårbarhet eller angst var svært lite forenelige med behandlingsvirkeligheten, og hun bruker uttrykket at man skulle ta følelsesmessige problemer «som en mann». Det tolker jeg som at man ikke skulle vise umiddelbare følelser, men bevare selvkontroll og ikke vise følelser der og da:

Liv: Du skulle ta det .. og vi skulle ta det som en mann. Vi skulle ikke... ikke sant, det var ...å skrive ned følelser og holde tilbake og ta det opp i grupper og alle disse tingene, sant.

Flere av informantene forteller at de opplevde så alvorlige følelsesmessige problemer at de vurderte suicid mens de var i behandling. Opplevelsen av håpløshet og isolasjon ble overveldende, og Rolf forteller at en tilbakevending til rusmiddelbruk var blitt uaktuell, selv om han hadde erfaring med at rusmidlene hjalp på opplevelsen av fortvilelse. Rolf forteller:

Rolf: Og på det verste så hadde jeg lyst til å ta livet av meg ... altså det var sånn.. jeg ville ikke ut og ruse meg for det syntes jeg var så forferdelig ... men da hadde jeg jo liksom rusmidlene til å døyve frykten min med ..eller å avlede frykten med, men der inne så .. ja, følte meg hudløs og sårbar.

Å vurdere å ta livet sitt kan tolkes som at man har blitt frarøvet autonomi, kontrollert og overvåket til man har mistet følelsen av handlekraft, og at det kan være en løsning å vurdere døden for å slippe unna valget mellom to virkeligheter som begge oppleves uhåndterbare.

Både Liv og Jon fortalte om lignende opplevelser av desperasjon og fortvilelse:

Jon: eh.. jeg sto på taket til Skipper hotell og tenkte at nå tar jeg bare livet mitt for jeg er så syk at det er jo ikke noe håp for meg.

Marte: dette var mens du gikk i behandlingen?

Jon: ja, det var like før jeg sluttet. Så sto jeg opp på taket og tenkte det .. at nå får jeg bare slutte. Nei, ta livet mitt, for at det er ikke noe håp for meg.

Jon forteller at opplevelsen på taket til Skipper hotell medførte til at han avsluttet sin behandling. Utsagnet om at han tok sjansen på å slutte selv om det kunne føre til at han døde, kan tolkes som at han i behandlingen hadde blitt fortalt at det var livsfarlig å slutte i behandlingen. Dette er i overensstemmelse med Thomassens definisjon av livet for den rusavhengige utenfor det terapeutiske samfunn var å sammenligne med døden (Thomassen, 2001, p. 53 og 89). Flere informanter forteller hvordan behandlernes definisjon og rammesetting av deres tidligere erfaringer, institusjonens betegnelser som f.eks. «misbrukspersonlighet» og bestemte kategoriseringer av følelser og adferd, medførte angst og uro og følelser av psykisk uvirkelighet. June forteller:

June: Jeg følte jo at jeg ble gal. Husker at jeg gikk og sa det.. at jeg får ikke puste her inne, jeg altså. Det her det går ikke [...] det var helt sånn merkelig. Og mange av de jeg var sammen med også, hadde jo den samme opplevelsen, og mange av de gikk det jo kjempedårlig med etterpå.

Å overveie suicid eller føle at man blir «gal» kan tolkes som et uttrykk for alvorlige utfordringer i samspillet mellom pasienten og behandlingskonteksten. I TC-teorien ansvarliggjøres beboeren for negative behandlingserfaringer. Motstand mot programmet skal ses som personens kamp med å gi avkall på gamle adferds- og tankemønstre (de Leon, 2003, p. 356) og som av Thomassen benevnes som «fortidsfetisjering» – en positiv beskrivelse av tidligere livserfaringer (Thomassen, 2001, p. 53 ff.). Men ifølge rasjonalene i TC-teorien vil negative opplevelser kun være problematiske i det omfang beboeren forlater behandlingen før «gjenfødelse» av personligheten er gjennomført. Symbolske opplevelser av død inngår som en integrert del av enhver klassisk omvendelsespraksis, hvor protagonisten må si farvel til sin gamle identitet og virkelighetsforståelse til fordel for gruppens vedtatte dogmer og den felles identitet. Flere terapeutiske samfunn bærer navnet «Phoenix House» som illustrasjon av den symbolske død og gjenfødelse av den mytologiske fugl Phønix. Liv kommer inn på temaet da hun forteller om avslutningen på et langt behandlingsforløp, hvor hun etter en «oppstrammer» må gjenta en rekke degraderende utsagn om seg selv overfor gruppen.

Liv: Men akkurat ..jeg husker *den* veldig tydelig fordi at det visste jeg at den.. den ..traff meg ikke lenger. Altså fordi dette var ikke mine ord. Jeg sa det fordi at han sa jeg skulle si det, men jeg kjente jeg klarte å ..å differensiere meg fra det, ikke sant. Men det var jo en lang prosess dit, og det er ikke alle som klarte det.

Marte: nei.. og for de som ikke klarte det var det nok mer skadelig.

Liv: mm.. Så.. på en måte så er jeg jo glad for at jeg sto løpet ut, da. På en måte, i det programmet, fordi at de som stopper halvveis.. som i grunn bare har fått hørt at du ikke er verdt noe, du er en dritt, du klarer ingenting, du får ikke til noen ting, og så drar de derfra.

Liv reflekterer her over at behandlingens nedbryting av personligheten kan være risikabelt for den beboeren som ikke når å utvikle adekvate beskyttelsesmekanismer eller klarer å tilpasse seg en ny identitet. Hun forteller om flere opplevelser med medbeboere som har forlatt behandlingen og deretter blitt funnet døde etter overdoser eller ulykker.

Forutsetningen for gjennomføring av den symbolske død og gjenfødelse i et terapeutisk samfunn, er ifølge TC-teorien både at beboeren kan fastholdes i den symbolske gjenfødselsprosessen, og at de personlige erfaringene og følelser deles og rommes av gruppen som beskrevet av Furuholmen og Andresen (Furuholmen & Andresen, 2007, p. 136). Informantene beskriver imidlertid i neste kapittel om bekjennelsespraksis hvordan forutsetningene i form av tillit, tid og aksept til ansatte og medbeboere ikke var til stede, og at de derfor opplever seg alene kjempende mellom flere virkelighetsforståelser som kommer i konflikt med hverandre.

5.2 Bekjennelsespraksis.

Bekjennelsespraksis som (allment) fenomen har en lang og omfattende historie i vesten. Det har tradisjonelt vært praktisert i svært ritualiserte og dialog-strukturerte samtaleformer, og har hatt til hensikt å gi den som bekjenner renselse. Elisabeth Carr (2013) beskriver en generell antagelse om at bekjennelser avspeiler personens indre, altså noe som reflekterer den indre psykologiske status til den som snakker. Gjennom tolkning av teologiske tekster fant Carr en forestilling om at minnet vårt er som et lager for oppbevaring av synder som oppholder seg inne i hodet på synderen lenge før tilståelsen/bekjennelsen finner sted. For å oppnå renselse, eller katarsis for sjelen, må man ledes gjennom rituelle stadier av privat tolkning og offentlig kunngjøring. Bekjennelser har fungert både som veiledning for individet, men også som et instrument for kontroll, skriver Carr (2013). Presten ble til dommer og den som bekjente seg ble til en ydmyket person som i redsel for dom måtte utlevere store deler av sitt intime privatliv til presten. I vår tid er det taushetsplikt både for

prester, terapeuter og alle som jobber profesjonelt med noe som kan gi kunnskaper om andres indre liv. Det kan likevel være slik at kunnskapen om andre kan gi mulighet for både makt og kontroll, selv om man har taushetsplikt. Å åpne seg for andre krever tillit, og den norske filosofen Harald Grimen (2009) hevder at rettferdiggjøring av tillit avhenger av pålitelighet til mottakeren, og at tillit fører til etablering av relasjoner som gjør makt mulig. Med andre ord kan tillitsrelasjoner slå over til maktrelasjoner. En persons tillit kan bli en annens maktbase (Grimen, 2009, p.198).

5.2.1 «Det var litt sånn å skyte spurv med kanon».

Alle informantene forteller om angst og ubehag i forbindelse med den konfronterende gruppebehandlingen, som var en fast ingrediens i behandlingshverdagen for alle informantene. June forteller hvordan hennes bekjennelser og refleksjoner i gruppen skulle passe inn i bestemte fortolkninger:

June: men først og fremst så.. ehm.. så ble det jo.. du var en rusmisbruker og en rusmisbruker er *sånn* og så blir du behandlet deretter.

Marte: et stempel, på en måte?

June: ja, så jeg følte meg .. at jeg var mistenkeliggjort når alt ..hver gang jeg sa noe, så ble jeg alltid mistenkeliggjort for du er jo en rusmisbruker. De lyver, de manipulerer, de skal bare lure og de skal liksom sånn og sånn.

June reflekterer over å skulle tilpasse betroelsene sine til behandlingens ideologi, og hvordan dette går imot hennes opplevelse av personlig integritet.

June : [...] fordi da må du.. det er en eller annen integritet ... det er en eller annen sånn du må gi slipp på, for å få godvilje. Så du må liksom kjøpe et premiss om deg selv.

Et av Liftons kriterier for tankereform-programmer benevnes som «hellig viten», og viser til hvordan alle bekjennelser og formidlinger må passe inn i gruppens vedtatte dogmer for å bli akseptert. Dogmene antas å gi svar på alt, og blir ofte krydret med pseudovitenskapelige begreper. Lifton hevder at det blir spesielt destruktivt for den enkelte når individers erindringer og tidligere selvforståelser kreves omskrevet i de evig gjentakende bekjennelsesritualene (Lifton, 2019, p. 83). Han tilføyer at når deltakeren etter en tid har

integrert institusjonens dogmer og bekjennelsesmodus, vil kritiske tanker og impulser i seg selv fremme angst og uro hos den enkelte. Samtidig vil det manifesteres en indre konflikt mellom følelse av personlig integritet og lojalitet til programmet og dogmene (ibid.). Gjennom sammenligning med det katolske skriftemål hevder Furuholmen og Andresen at åpenhet i gruppene skal gi den enkelte mulighet for å oppnå identitetsendring, og at selv de vanskeligste erfaringer er best å dele, da hemmeligholdelse vil stenge for muligheten til å jobbe med den emosjonelle siden av problemet. Skyld, skam og hat er tunge å bære i hemmelighet, og at det kan gi viktige korrekser til klientens selvopplevelse hvis fellesskapet kan ta imot disse på en aksepterende måte. Derfor må fellesskapet oppfordre til offentliggjøring av den enkeltes hemmeligheter, og ha rom til å hjelpe med å bære smerten (2007 p. 135 ff.). Samtidig kan den som bekjenner sine innerste tanker og følelser bli utsatt for konfrontasjoner, konsekvenser og korrekser fra ansatte og medbeboere som et ledd i gruppens tilbakemeldinger. Jon forteller om hvordan betroelser om personlige erindringer, tanker og følelser ble brukt til å sykeliggjøre ham:

Jon: først [...] at en blir så inkludert og samhold og alt mulig. Og så er det det at .. man får beskjed om at man er syk ..ja, at man er syk og må ta ansvar for sine ... hemmeligheter og alt sånn. Og så begynner man å dele og [...] om alt man har gjort .. og da går de over til at man ... hvor syk man er innenfor kriminelt tankemønster, seksuelt tankemønster. Alt blir sykeliggjort, da. Veldig. Og .. i mitt tilfelle, så gikk det så langt at (*navngir en bestemt behandler*) fikk meg til å tro at jeg var pedofil.

For å passe inn i gruppens dogmer om at alle deltakere i utgangspunktet møter frem med en problemidentitet som må reformeres gjennom tilslutningen til gruppens virkelighet, kan sitatet tolkes som at Jon her må anerkjenne en rekke personkarakteristikker av negativ og behandlingskrevende art. Han må gjøre opp med sin «fortidsfetisjering» som Thomassen uttrykker det (2001, p. 53 ff.). Lifton viser hvordan oppdeling av verden i rent og urent medfører at den enkelte må utrenses for alle urenheter, synder og gale handlinger (Lifton, 2019 p.72 ff.). Fordi det alltid kan finnes nye syndige handlinger, tanker eller regelbrudd, må deltakeren konstant og vedblivende bekjenne sine overtredelser og på denne måten erklære sin lojalitet til gruppen. Samtidig vil erkjennelsen av aldri å oppnå den totale renhet eller helbredelse generere følelser av skam og skyld hos den enkelt som igjen medfører økt behov for gruppens aksept (ibid). Jon forteller hvordan behandleren konstant heftet nye «diagnoser» på ham som han måtte anerkjenne. Diagnoser som var oppfunnet i

behandlingsvirkeligheten, men som språklig lignet offisielle psykiatriske diagnoser. Jon fortalte videre om noen av sine erfaringer med den konfronterende gruppeterapi-metoden som kalles «hot seat», en metode innenfor konfronterende gruppeterapi og bekjennelsespraksis. Den som er i «hot-seat» sitter i midten med de andre gruppedeltakerne plassert i en ring rundt, og skal bli konfrontert med feil adferd og personlighetspatologiske trekk. Jon fortsetter med å fortelle om hvordan betroelsene ble brukt mot ham i gruppeterapien.

Jon: Og man graver ned i sin egen barndom og sin egen .. altså i sin egen historie. Ned til rubbel og bit. Analyserer det over så lenge og deler om det ..og.. altså det blir så .. du blir jo helt. .. Du blir jo bare.. Du blir jo syk...av det. Og da .. og så sitter man der og hvor da du.. altså jeg satt vel i .. i hvert fall i seks måneder så var det jeg som var i «the hot seat», hvor du da sitter i tre timer av gangen og ..

Marte: hvor hele gruppa konfronterer deg med ting du har gjort og sagt?

Jon: ja, ikke sant. Og jeg var bare..

Marte: hvordan følte du deg da du satt der?

Jon: nei, jeg.. Når jeg ser tilbake så blir jeg bare kald. Altså jeg var jo antageligvis inni et traume. Altså det var helt. Du klarer ikke å ...

Jon fortalte at han etter sine opplevelser i rusbehandlingen søkte hjelp hos psykolog, og har lært seg andre begreper og forståelser fra den kliniske psykologien for bedre å kunne gi mening til sine behandlingserfaringer. Han refererer i sitatet til at han retrospektivt fortolker egne kroppslige og psykiske reaksjoner som traumesymptomer, og illustrerer dermed at han ikke lenger aksepterer eller bruker språk og fortolkninger fra institusjonens behandlingsvirkelighet. Også June har retrospektivt gjennom psykologisk behandling gjort seg senere refleksjoner. Her beskriver hun hvordan hun opplevde gruppene der man skulle dele egne følelser:

June: Og da var det av med.. og da ser du alle gutta .. det er jo de.. det er jo flest gutter .. og da ser du bare de pumper seg opp, tar av seg tøfler, setter seg på stolkanten (June imiterer en som "blåser" seg opp i kroppen) og sier "jeg vil bruke gruppa!" og så sitter de og hylar og skriker ..

Marte: til noen andre i gruppa?

June: til hverandre, ja.

Marte: å, herregud

June: så de blir helt rødsprengte og fråden står og de holder seg fast i stolen og da (June imiterer rask pust av frykt/redsel) sitter vi andre sånn rundt og ..du kan tenke

deg toleransevinduet, da. Du er jo så langt unna.. det er jo... det skjer jo ingenting konstruktivt. Nei. Så det var måten man skulle gjøre det på, da.

June benytter her uttrykket «toleransevinduet», et begrep som brukes innen psykologisk behandling av traumatiserte pasienter. Junes bruk av dette begrepet kan tolkes som at hun forteller at den følelsesmessige intensiteten og manifestasjonen av aggressiv adferd i gruppene medførte psykisk uro og belastning hos de deltakerne som hadde tidligere traumatiske erfaringer med andres aggresjon. Som beskrevet i kapittel to, identifiserer Rudolf Moos (2012) høy følelsesmessig intensitet i rusbehandling som en risikofaktor for produksjon av behandlingsskader. Sitatet til June kan tolkes som en illustrasjon på hvordan den høye temperaturen i rommet medfører ubehag hos deltakerne i stedet for den læringen som var tiltenkt ifølge TC-modellen. Også Rolf forteller om opplevelser han hadde med gruppene:

Marte: for det var jo egentlig den konfrontering som du hadde størst problemer med?

Rolf: ja.. ja, det var ..holdt jeg på å si.. gruppedyret ..og ..og på en måte så ..ja, kraftige .. veldig sånn kraftige.. det var litt sånn å skyte spurv med kanon, da.. at det ble kraftige virkemidler på meg som var så redd.. og.. så det trigga veldig mye fryktsystemet mitt..for å si det sånn.

Marte: det virker veldig skremmende .. når man er åpen om følelser og vanskelige tema, og så blir man kjeftet på...

Rolf: ja.. nei, jeg var konstant.. konstant redd 24 timer, holdt jeg på å si ..eller når jeg sov, da sov jeg jo. Men .. redd fra jeg sto opp til jeg la meg. Hele tiden. Det var veldig lite ..ja.. fri ..

Rolf bruker her ordet «gruppedyret». Gruppedyret er et begrep fra det terapeutiske samfunn og anvendes av Furuholmen & Andresen (2007, s. 191). Forfatterne beskriver gruppedyret som et flerhodet og drageaktig dyr, der gruppemedlemmene utgjør forskjellige deler av dyret til forskjellige tider. Jeg fortolker også uttrykket i overensstemmelse med det klassiske begrepet om gruppetenkning (eng: groupthink). Gruppetenkning skal forstås som det fenomenet at deltakere i en gruppe er tilbøyelige til å søke harmoni og konsensus på bekostning av potensielle uenigheter eller kritikk (Janis, 2015). Lifton bruker ikke begrepet gruppetenkning direkte, men understreker behovet for samhold og konsensus i den totalitære gruppen. Dette uttrykkes i kriteriet om «opphevelse av eksistens»(Lifton, 2019 p. 86 ff.): Siden gruppen antas å besitte sannheter om livet og døden, karakteriseres

utenforstående som uvitende og i siste instans er det ikke sikkert at de som avviser gruppens antatte sannheter fortjener å leve. Når gruppen ser seg og sine medlemmer som spesielt utvalgte og opplyste og de utenfor som negative og mindreverdige mennesker, skaper det en oss mot dem- mentalitet. En sort/hvit-holdning, som også er med på å rettferdiggjøre en dobbel standard som gjelder samvittighet og etikk, og hvor løgn, vold og forsøk på manipulasjon kan rettferdiggjøres. Den dikotomiske tenkningen forsterker ens oppfatning av at hele ens eksistens avhenger av gruppen, hvor det spilles på frykt om å forvandles til en som ikke har livets rett utenfor den frelsende gruppen (Lifton, 1989, s. 433-434). Harmoni, enighet og sammenhold i gruppen oppleves derfor avgjørende for den enkelte, selv om det kan gå på bekostning av opplevelsen av rettferdig og anstendig oppførsel.

5.2.2 «Du kunne faen ikke holde den jævla slingrepikken din for deg sjæl»

Informantene forteller at bekjennelsene deres alltid fikk konsekvenser, enten i form av straffearbeid eller korreksjoner fra fellesskapet. Furuholmen og Andresen (2007, p. 143 ff) skriver at man i det terapeutiske samfunn jobber med å gi positive forsterkninger når det gjelder ønsket adferd. Videre skriver de at det gis sanksjoner i tillegg til kjeft og konfrontering til de som ikke jobber med sin egen utvikling. Å jobbe med egen utvikling betyr blant annet at man lojalt deler sitt innerste med fellesskapet og tar imot andres respons. Rolf hadde som tidligere referert dårlige erfaringer med konfrontasjonen og bekjennelsespraksisen i fellesskapet. Han sa at bekjennelsene var det verste for ham i behandlingen, og han fortalte hvordan medpasienter fikk makt til å bruke sanksjoner overfor hverandre. Rolf forteller her hvordan han opplevde å bli presset til bekjennelser i gruppene:

Rolf: [...] liksom .. hvor jeg følte meg presset til å fortelle ..hvor jeg ikke følte meg ... altså å fortelle og åpne meg på en sånn måte i en svær sirkel med mange mennesker hvor jeg ikke følte at jeg hadde .. noen tillit til de ansatte om at de ..eh.. ville ivareta meg, da. For det var hele tiden sånn ... jeg fikk aldri.. kan du si.. utvikle meg på det å ha tillit og å gå videre i mitt tempo.. det var.. det var det ..jeg følte meg pusha hele tiden, da.

Rolf forteller at responsen på bekjennelser ofte medførte tilbakemeldinger fra gruppen i form av sanksjoner, og at det var umulig å forutsi om en bekjennelse ble tatt for god fisk og anerkjent eller om den ville bli fordømt.

Rolf: ..jada.. så ble det ... det.. det bidro i alle fall til frykt for at det gjorde det litt sånn uforutsigbart.. eh.. og ..og, selvfølgelig at jeg ikke turte å være helt ærlig fordi jeg var redd for sanksjonene som kom, da. Så, ja.

June har siden behandlingen tatt en profesjonsutdanning og tematiserer i intervjuet en uoverensstemmelse med de profesjonsetikkene hun har lært, og den adferden hun observerte fra ansatte under eget behandlingsopphold. Her forteller hun om hvordan både medbeboere og ansatte kunne konfrontere beboere gjennom kjeft og fornærmelser:

June: og da kunne personalet også kunne ta deg på denne måten. (June fremstår engasjert og litt opprørt i stemmen nå)

Marte: skrike til deg?

June: mmm. Jeg husker sånne setninger på det som "ja, for du kunne faen ikke holde den jævla slingrepikken din for deg sjæl"

M: hæ ...?

June: det sto det et personale og ropte til en beboer.

Sitatet over kan tolkes som et eksempel på hvordan fortrolig eller privat informasjon kan bli brukt imot en som et maktmiddel. En harmonisk tolkning kan være at den ansatte som ropte til beboeren gjorde det som en slags oppdragelse, læring eller veiledning av beboeren. Det å blottlegge overfor gruppen og fellesskapet noe som er fortrolig og privat, og som ikke er akseptabel oppførsel i fellesskapets ideal om den rette levemåten, kan imidlertid også føre til at den som blir blottlagt føler seg ydmyket og kan få en følelse av skyld og skam. June fortalte at hennes strategi var å beskytte seg ved å holde en lav profil. Det kan tolkes som et behov for en beskyttelse mot både maktovergrep og skam- og skyldfølelser forbundet med å åpne seg, og mot risikoen ved å gi fra seg kontrollen og stille seg sårbar for maktmisbruk ved å dele privat og personlig informasjon som senere kunne bli brukt mot en. Jeg vil i neste avsnitt vende tilbake til informantenes beskrivelser av de strategiene de tok i bruk for å beskytte seg mot stimuli og relasjoner som de opplevde som vonde eller belastende.

Et av Lifton sine kriterier for identifisering av tankereformprogrammer presenteres som bekjennelsespraksis (eng: cult of confession) (Lifton, 2019, p. 75 ff.) som for Lifton står som det mest sentrale elementet i totalitære grupper. Den enkelte kan gjennom gjensidige bekjennelser oppleve en følelse av sammensmeltning og intimitet med gruppen og få en opplevelse av katarsis gjennom formidling av sine innerste følelser og tanker. Samtidig kan personlige informasjon gi gruppen og gruppens ledere makt til å frembringe følelser av skyld, skam og angst hos den enkelte. Bekjennelser kan også brukes for å få den enkelte til å omskrive eller sverte ens egen personlige historie slik at det vil synes lite logisk å returnere til tidligere venner og familie (Singer & Lalich, 2003 p. 72). Sektforskeren Steven Hassan (2018, p. 126) beskriver bekjennelsespraksis som en strategisk ødeleggelse av personlige grenser gjennom forventningen om at hver tanke, følelse og handling skal deles eller tilstås. Også Hassan understreker at personlige informasjoner ikke blir glemt eller tilgitt, men heller brukt til å kontrollere den enkelte deltaker. Lifton poengterte at når et medlem oppfordres til dyp ærlighet og samtidig avkreves en ganske bestemt form for «ærlighet», oppstår det forvirring og skam hos den enkelte, hvilket omvendt medfører økt behov for sosial aksept fra gruppen (Lifton, 1989, p. 425 ff).

5.2.3 «Hvis du begynte å diskutere så var det i hvert fall tre timer med pes».

Opplevelsen av å være konstant under observasjon og redd døgnet rundt som Rolf beskrev tidligere, kan fortolkes som konsekvenser av begrensninger av autonomi og privatliv, samt kravet og presset om å skulle dele alle personlige og private anliggende i gruppene med uforutsigbare konsekvenser. Flere informanter beskrev hvordan de benyttet bestemte strategier for å komme gjennom deltagelse i gruppene. Som nevnt tidligere viser Goffman til hvordan beboere i den totale institusjons underverden, gjennom fordekte handlinger forsøker å kompensere for nedbrytningen av personligheten, som selvbeskyttelse og ivaretagelse av integritet. Eksempler på kompenserende tilpasning kan ifølge Goffman være fysisk og psykisk tilbaketrekning (Goffman, 1967, p. 50 ff.). Jeg har tidligere referert June for

å beskrive hvordan hun «holdt lav profil» for å unngå ubehagelige konfrontasjoner og sanksjoner. Også Rolf forteller om ulike metoder han benyttet for å beskytte seg:

Rolf: .. jeg lurte meg bort ..jeg hadde noen sårne .. holdt på å si.. strategier på å lure meg til litt ekstra tid for meg sjøl.. hvor jeg skyldte på at jeg hadde mye viktig å gjøre og, ha ha

Marte og Rolf: begge ler

Rolf: som å ordne opp med liksom bolig og trygd og altmulig sånt ..som jeg ikke sendte, jeg bare tok og blafra med noen papirer, og så gikk og gjemte meg. Og det ble jo ..eh.. på en måte en sånn ..hevn.. kunne bli sånn hevnaktig i måten de da observerte meg på etterpå med *masse* mistillit, liksom.

Liv forteller hvordan hun kom igjennom gruppesesjonene i det terapeutiske samfunnet gjennom en form for psykisk tilbaketrekning.

Liv: eeh.. mens.. mens herfra og opp (informanten viser med en håndbevegelse fra halsen og opp), da .. hodet.. intellektet, tok over situasjonen. Eh.. og det var liksom et sånt bilde jeg.. altså jeg det som at jeg hadde en sånn indre dialog på at: ok, nei nå kan du bare slappe av for nå tar jeg over. Altså jeg, det vil si tankene og hodet. Full kontroll, uten kontakt med følelsene.

Marte: ok ..

Liv: eeeh.. og det lærte jeg meg der inne, at det var sånn jeg måtte gjøre det for jeg klarte ikke å være der med hele meg, med.. med kropp og følelser og hode, fordi det ble.. for mye [.....]

Marte: ok, du lærte deg å legge lokk på følelsene dine mens du var i behandling?

Liv: jeg lærte å ..å.. på en måte .. sette de til side for jeg måtte jo overleve. Det var jo en overlevelse.. det var jo ..holdt jeg på å si.. ja, folk snakker om å overleve fengsel eller å overlever eh.. katastrofer eller krig og sånt.

Her sammenligner Liv behandlingsoppholdet med opplevelser en kan forvente å få i fengsel eller i krig, og hun forteller at for å overleve psykisk måtte hun legge lokk på følelsene sine.

Om slike private strategier oppdages av ansatte, kan det bli oppfattet som motstand og uvilje mot å tilpasse seg institusjonens regler og dogmer. Ansatte kan derfor, ifølge Goffman, gripe til flere disiplinerende tiltak som så igjen vil stimulere beboerens strategiske forsvar.

Goffman kaller denne prosessen for en looping-prosess som til slutt kan få fatale konsekvenser for beboeren (Goffman, 1997, s. 33-34). Rolfs fortelling av hvordan han opplevde at ansatte og medbeboere hevnet seg, kan illustrere som et eksempel på en looping-prosess:

Rolf: ..for at ..eh..nei, du har ikke vært helt ærlig og nå liksom skal vi behandle deg liksom uansett i hvilken setting så fikk jeg høre. ”ja, stemmer det? det er ikke noe kødd, liksom?” Det er akkurat som de skulle forsterke den greia om en liksom ... ja.. det kan fort skje i et sånn terapeutisk samfunn. Og det opplevde jeg jo mange ganger som.. Belastende.

Jon forteller hvordan han bare ga opp – eller lot som om han ga opp, da han opplevde at konfrontasjonene ble for harde:

Jon: [...] Og så er det fælt at etter å ha sittet i tre timer og fått tyn for at du er dritt, så skal du avslutte med å si ”tusen takk for kjærligheten”. Man sa seg jo bare enig etter hvert for hvis du begynte å diskutere så var det i hvert fall tre timer med pes.

De Leon (2003) er ikke blind for at uærlighet i behandlingsfellesskapet forekommer. Han skriver at rusmisbrukere ofte når de konfronteres eller blir spurt om ting, bevisst eller ubevisst, svarer med å begynne å snakke villedende om andre enn seg selv. Han hentyder at tilbøyeligheten til løgn, manipulering og bedrag kan reflektere karaktertrekk hos en rusavhengig som av vane prøver å unngå det de opplever som krav, og på den måten oppnå å unndra seg forpliktelser (De Leon, 2003, s. 78-79). Benektning karakteriseres som rusmisbrukerens viktigste psykologiske forsvar, og de Leon skriver at graden av aksept den enkelte viser for sine problemer ofte kan forutsi om de forblir i behandlingen (de Leon, 2003, p. 79). Om det var overensstemmelse mellom de Leons forståelse og kulturen i de enkelte behandlingskontekster kan jeg ikke vite, men informantenes utsagn avspeiler deres opplevelse av en generell mistro til den enkelte deltaker fra både ansatte og medpasienter. I neste avsnitt viser jeg eksempler på hvordan informantene forstår og formidler konsekvenser av sine behandlingserfaringer etter at de avsluttet behandlingen.

5.3 Opplevd følger virkninger av negative behandlingsopplevelser.

June og Jon fortalte begge at de etter rusbehandlingen hadde bearbeidet sine negative behandlingsopplevelser hos psykolog, og de fremsto avklarte i formidling av konsekvensene av de etterfølgende negative behandlingsopplevelsene for deres liv. Liv og Rolf hadde ikke tidligere snakket inngående med noen om de spesifikke opplevelsene, men hadde gjort seg overveielser om betydningen av dem. Informantenes etterfølgende refleksjoner over deres

opplevd negative behandlingserfaringer avspeiler de konsekvensene de opplever deler av rusbehandlingen har hatt på livet deres.

5.3.1 «Jeg går i gamle sånne mønstre med ..eh.. ja.. overlevelsstrategier».

Liv sier flere ganger i intervjuet at hun opplever å ha fått mye bra med fra det lange behandlingsoppholdet sitt, men at hun i sin nåværende livssituasjon setter spørsmålstegn ved om utbyttet har stått i et rimelig forhold til de negative opplevelsene som hun fortsatt opplever å skulle håndtere konsekvensene av. Liv tilbrakte i alt fire år i det terapeutiske samfunn som pasient, og i den tiden bodde hun ikke sammen med barna sine, men måtte tilpasse samværet i overensstemmelse med regler og rammer i behandlingen. Hun fortalte hvordan isolasjonen fra omverdenen, og det hun opplevde som fokusering på selvutvikling i behandlingen, kunne føre til en selvopptatthet som kan ha påvirket relasjonen til barna.

Det med den naturlige omgangen med barna forsvant, for meg. Så jeg har strevd siden. Jeg kom vel inn i livet til barna igjen da og ble mer ... en venn.. eller en kamerat. Altså jeg føler at det ble vanskelig med morsrollen. Og i dag, så har jeg ikke kontakt med den yngste. Hen har valgt meg bort, da. Og jeg tipper at det har noe med.. men hen hadde jo utfordringer fra før, med tillit og tilknytning og ting og tang. Og jeg tror at mitt opphold på behandlingsinstitusjonen.. og min..kan du si.. selvsentrerthet, og at ikke jeg var til stede og ikke orka, og på en måte ikke tålte å ha barna så tett på meg i den perioden. Jeg tror det har vært veldig vondt for *hen*. Selv om *hen* ikke har sagt noe om det, så tror jeg det har.. tok liksom knekken på vår relasjon.

Jon forteller at han blir oppmerksom på sine negative behandlingserfaringer da psykologen hans uforvarende satte ham i en situasjon som lignet noe han tidligere hadde opplevd i rusbehandlingen:

Jon: Jeg skjønnte ikke hvor ille det var før psykologen min nå skulle bare tegne noe på tavla og da mistet jeg helt virkelighetsoppfatningen.. for behandleren jeg hadde i rusbehandlingen tegnet på tavla hver dag. Det var en del av.. opplegget. Så antagelig det som skjedde.. her er det noen traumer som kanskje sitter dypere enn jeg var klar over.

June forteller at hun opplevde seg forvirret og fortvilet over sin livssituasjon etter utskrivning fra det første behandlingsoppholdet, og da livet ble vanskelig igjen måtte hun tilbake til behandlingen. June vurderer retrospektivt at rusbehandlingen gjorde henne redd for å motta hjelp fra behandlingssystemet.

June: ja, altså fordi jeg ... altså det å få hjelp var likhet med.. det var synonymt med på en måte...eh...å måtte kjøpe noen premisser om deg selv som ikke gagna .. som du ikke kjente deg igjen i .. at du ... den der mistroen på en eller annen måte.. at det alltid sitter noen andre og vet mer og bedre om deg selv som de ikke deler med deg.

Marte: ja. det skjønner jeg.

June: ja, og som definerer deg og som er de som sitter med makten. Det er .. på den måten tror jeg det har vært skadelig for meg ..at jeg blir bare enda mer.. at jeg blir mer lukka og mer fortvila og mer mislykka i meg sjøl, men samtidig så tør jeg .. skjønner jeg ikke helt hvordan jeg skal få hjelp heller.

Marte: nei, så du passer ikke inn i det som forventes eller det bildet som finnes av "en som deg", på en måte.

June: nei, og så enda mer mistillit til de som skal hjelpe deg, da.

Rolf har etter sine opplevelser i terapeutiske samfunn frekventert flere profesjonelle behandlere og har ervervet seg nyere perspektiver på sine behandlingsopplevelser. Han forteller at han måtte avbryte en utdanning som innebar terapeutisk gruppearbeid på grunn av at han opplevde å bli retraumatisert:

Rolf: ja, i alle fall for min del så var det ..følte jeg .. eh.... retraumatisert en del ganger fordi at en gruppe er en overmakt. Det er flere personer.. og hvor jeg står aleine.. og det var veldig vondt mange ganger. Og selv i dag så sliter jeg med ..eh..en del type grupper synes jeg er vanskelig å .. å .. forholde meg ..eh..konstruktivt..eh...jeg går i gamle sånne mønstre med ..eh.. ja.. overlevelsesstrategier.

Marte: er det etter TC-behandlingen? Eller har du alltid hatt det sånn?

Rolf: ja .. ja. jeg har ikke opplevd det i .. jeg har jo aldri vært utsatt for det i hjemmet på en måte .. sånn. Så det liksom direkte relaterer jeg til ..til.. gruppene, kan du si ..akkurat det der der..

Som Liv tilkjennegir også Rolf å ha fått mye bra med seg fra behandlingen, men karakteriserer likevel oppholdet sitt som forferdelig, og viser til at han klarte seg igjennom oppholdene gjennom tilpasning:

Rolf: ja .. jeg må jo si det at selv om behandlingen var forferdelig, så er jeg jo blitt rusfri og har jo på en måte en.. en .. kvalitet i hverdagen selv om .. ja.. det er noen ting som ..som virker som hindrende som er utløst mer av behandling enn ..enn.. og det er

liksom de to tingene der med .. altså den der.. jeg var kjempegod til å tilpasse meg. Det var ikke det som var noe problem, liksom.

En tolkning av dette kan være at den av Goffman beskrevne strategien, hvor pasienten trekker seg vekk psykisk eller fysisk, blir av Rolf beskrevet som en innlært strategi som han ikke kan venne seg av med igjen. Når Rolf møter igjen grupper der man skal gi tilbakemeldinger til hverandre, må han trekke seg vekk. Her kommer fortiden i rusbehandlingen for tett på.

5.3.2 «Til hvilken pris har jeg blitt nykter?»

Samtlige informanter hadde oppsøkt ulike former for psykoterapeutisk hjelp etter sine behandlingserfaringer, enten det var hos en psykolog eller hos en godkjent psykoterapeut. Det kom frem i samtaleene at informantene klarte å identifisere opplevelsene sine gjennom å benytte terapeutiske begreper, som adskilte seg fra behandlingsspråket i det terapeutiske samfunn. Likevel fortalte både Liv og Rolf i intervjuene at det var vanskelig å finne ord og begreper til å beskrive opplevelsene sine. Her svarer Rolf på spørsmålet mitt om hvordan han ville karakterisere en behandlingsskade.

Rolf: oj, ja.. det er jo så veldig vanskelig fordi at det ikke er synlig .. når du blir utsatt for sånn operert i feil bein eller ..eh.. sånne ting, så er det jo veldig.. så veldig synlig og.. og det kan ta tid å være bevisstgjort over skadene som er gjort også. Du må liksom møte igjen lignende tilfeller eller at det er noe som dukker opp som ikke har vært der før og sånn av kanskje mange forskjellige.. ting.. jeg sliter med følelsesmessig og psykisk. Så ..så det er utrolig krevende.

Marte: ja.

Rolf: eeh..fordi ..eh, ja. det kommer liksom frem i et sånt intervju som det vi har nå, men .. liksom det er ikke bare å ta et skjema og he he he ..det blir vanskelig å prøve det.. eeeh..det vil bli en lang prosess også ..sååå.. det er et veldig krevende felt å.. å.. å.. å få realisert liksom - behandlingsskade, tror jeg.

Liv forteller hvordan seminaret om skader i behandlingen ble et vendepunkt for henne. Hun forklarer at hun i mange år utelukkende har berømt behandlingsoppholdet sitt som et nødvendig tiltak for å bli rusfri. Her forklarer hun hvordan hun tidligere har reagert overfor kritiske utsagn om behandlingen hun har gjennomlevd:

Liv: Nei, jeg var liksom veldig, veldig .. i forsvar, jeg. Eh, fordi: hvis [navnet på det terapeutiske samfunn] er feil. Da er jo jeg feil. Fordi jeg er jo et resultat av [navnet på det terapeutiske samfunn], hvis du skjønner.

Marte: skjønner..

Liv: og når det gjelder den selvfølelsen..(stopper)

Marte: hvorfor gikk du på seminaret?

Liv: [...] eh... jeg hadde en venninne som også gikk dit, som hadde vært på.. som egentlig tipsa meg om det. Hun hadde .. har ..også vært i [navnet på det terapeutiske samfunn]. Og hun har ..før meg.. begynt å si at. "ja ja, men det var jo ikke alt som var bra" og da har jeg bare (Liv strekker armen ut og viser håndflaten) "talk to the hand." Jeg vil ikke høre, ikke sant. Den kan du gå et annet sted med. Altså jeg har vært veldig der. Altså: ok, jeg har blitt nykter, så jeg kan ikke.. har følt at jeg kan ikke klage, men det har kosta meg mye.

Marte: ja

Liv: til hvilken pris har jeg blitt nykter?

6 Behandlingsopplevelser.

Her i kapittel seks vil jeg i de to første delkapitlene reflektere over mine funn og diskusjoner som ble fremlagt i kapittel fem. I delkapittel 6.3 reflekterer jeg over forutsetninger for mine informanternes utsagn som jeg identifiserte og refererte i kapittel fem. De tre siste delkapitlene inneholder mer overordnede refleksjoner og spørsmål som undersøkelsen har gitt anledning til.

6.1 Lost in transit.

I kapittel fem, hvor jeg viser til min analysekategori om flere virkeligheter, fremgår det at alle informantene tematiserer at de i behandlingstiden opplevde å måtte navigere mellom flere virkeligheter. Jeg brukte her begrepet «virkelighet», men kunne retrospektivt ha analysert informantenes refleksjoner om ulike virkeligheter og identitetsdannelser i en sosialkonstruktivistisk fortolkningsramme med anvendelse av Donileen Losekes ulike forståelser av narrative identiteter (Loseke, 2007). Imidlertid benyttes begrepet «virkelighet» både implisitt og eksplisitt av de forfatterne jeg refererer til i kapittel tre og av informantene. Min bruk av begrepet «virkeligheter» forholder seg på bakgrunn av dette lojalt til mine funn og min valgte forskningsmetode, men kunne potensielt ha vært utsatt for en alternativ analyse som kunne ha gitt andre refleksjoner.

Jeg identifiserte og delte opp begrepet «virkelighet» i fire domener som ble satt i relasjon med behandlingsvirkeligheten: utenfor og innenfor behandlingens domene, forskjellige språklige virkeligheter, relasjonelle virkeligheter og den indre følelsesmessige virkeligheten i relasjon til de i behandlingen kommuniserte følelsesuttrykkene. Informantene ga alle eksempler på hvordan de identifiserte, reagerte på og håndterte grensene mellom flere ulike virkelighetsoppfatninger, og her sto beskrivelsene mellom det enkelte informanter benevnte som normalvirkeligheten og behandlingsvirkeligheten tydeligst frem.

Det var karakteristisk at samtlige informanter refererer til en erfart normalvirkelighet som ble beskrevet som gjennomsnittlig vanlig, i motsetning til den «misbrukervirkeligheten»

utenfor institusjonen som f.eks. Thomassen refererer til, og som representerer den kollektive fortellingen som læres i TC. Thomassen beskriver skillet mellom normalvirkeligheten og behandlingsvirkeligheten som “kampen mellom to rasjonalitetsformer” (Thomassen, 2001, p. 51) - eller mer dramatisk – som kampen mellom liv og død. “Misbrukervirkeligheten” representerer en dødbringende eksistens og den personlige endring i TC den livgivende. June refererer til moren sin som med utgangspunkt i normalvirkeligheten lurte på hva som skjer inne i behandlingen, og Liv refererer til en normalvirkelighet hvor hun agerer som mor med et tett forhold til barna sine. Når informantene i behandlingen forventes å svartmale egne livserfaringer for å kunne passe inn i behandlingens problemkategori, oppstår det konflikt mellom det informantene tidligere har opplevd som gode universelle verdier og verdiene som blir formidlet i behandlingen. I den episoden Liv refererer til, hvor hun beskyldes for å tyste på en medbeboer, kommer denne konflikten tydelig til uttrykk: i et fellesskap der man er gjensidig avhengige av hverandre og hvor samhold og solidaritet promoveres som det viktigste, er det da legitimt å synliggjøre underverdenens skjulte regler og allianser for de ansatte? Til dette gis ikke noe enkelt svar, men er et tema som avspeiler et dilemma som ikke adresseres i behandlingsvirkeligheten, og som illustrerer hvordan konflikter mellom ulike virkeligheter kan forbli uadresserte i behandlingsvirkeligheten.

Alle informantene fortalte om å gjennomleve vanskelige psykiske kriser under behandlingsoppholdet, og både Liv, Rolf og Jon fortalte at de hadde tanker om suicid. Selv om det var forventet at slike tanker og følelser skulle gjøres til gjenstand for deling i gruppene, forteller samtlige informanter om et utrygt og uforutsigbart behandlingsmiljø der det var risikabelt å uttrykke tanker og følelser. Liv forteller at det var følelser som var aksepterte og andre som ikke kunne bli uttrykt, da det ble forventet at pasienten taklet vanskelige følelser «som en mann». Alle informantene fortalte hvordan de opplevde å stå alene i det de beskriver som svært alvorlige psykiske kriser.

6.2 Åpen, ærlig og villig.

Det andre gjennomgående tema jeg identifiserte i informantenes utsagn ble dekket av min valgte analysekategori «bekjennelsespraksis». Også her kunne jeg ha valgt en alternativ analysestrategi gjennom perspektivering av den språklige bekjennelsen som en senmoderne behandlingspraksis som f.eks. formidlet av E.S. Carr (2006, 2013; 2010). Av hensyn til rammene for oppgaven fastholdt jeg imidlertid en åpen analysekategori som korresponderer med de teoretiske rammene jeg valgte.

Personlige bekjennelser fremført i gruppe ble av informantene rapportert som angstfremkallende og med uforutsigbare konsekvenser, hvor det intense emosjonelle klima i gruppesesjonene ble opplevd overveldende og ikke konstruktivt for læring. Alle informantene fortalte om hvordan de brukte ulike metoder for psykisk å overleve gruppesesjonene. Det kunne være som June å «holde lav profil», som Liv å «sette følelsene til side», Rolf som «tilpasser seg» og Jon som «lot som om han ga opp». Informantenes opplevelser av at de på den ene siden fikk detaljerte anvisninger på adferd, språk og holdninger, og på den andre siden kunne risikere sanksjoner når de bekjente tanker og følelser, kan tolkes som dobbeltkommunikasjon. Å dobbeltkommunisere vil si å gi motstridende budskap fra én og samme instans eller person. Dobbeltkommunikasjonen som er beskrevet av informantene handlet om at det eksisterte et krav om forventet ærlighet fra pasientene, og at ærlige bekjennelser ble belønnet ved at man kom seg oppover i institusjonens hierarki. Samtidig kunne utsagn eller bekjennelser også medføre straff dersom man direkte eller indirekte uttrykte tvil eller mistro i relasjon til behandlingens grunnleggende ideologi, eller om man bekjente overtredelser av de mange reglene og normene. Var man ærlig, måtte man ta en straff man var redd for, var man uærlig så sviktet man fellesskapet og prinsippene. Uansett hva informantene bekjente hadde de ofte en opplevelse av å bli overvåket med mistillit fra medbeboere og ansatte.

I det harmoniske perspektivet henviser Furuholmen & Andresen (2007 p. 135) til den katolske skriftestol som et eksempel på bekjennelsens rensende virkning. Forfatterne forholder seg i boka imidlertid ikke til de institusjonaliserte forutsetningene som betinger den katolske praksis rundt bekjennelse og syndsforlatelse; anonymitet, taushetsplikt og prestens utdanning, i tillegg til hele det katolske livssyn, ritualer og tradisjoner. Furuholmen

og Andresen vier et kapittel (Furuholmen & Andresen, 2007, p. 190 ff.) til teori om gruppebehandling, og henviser her til kompliserte psykoanalytiske teorier om hvordan man i det terapeutiske fellesskapet skal lede og utføre den konfronterende gruppeterapien, og bidra til at gruppen rommer den enkeltes vanskelige følelser. Det bemerkes at forfatterne unnlater å forholde seg til forutsetningene for å kunne omsette komplisert psykodynamisk teori, en praksis som krever spesialisert faglig kompetanse. Informantene forteller at det blant andre var både medpasienter, og noen ansatte som selv var tidligere pasienter, som ivaretok gruppeterapien og hverdagen. Dette er i overensstemmelse med det terapeutiske samfunns idégrunnlag (de Leon, 2003; Vanderplasschen et al., 2014). Det henvises altså til personer som man kanskje ikke umiddelbart tillegger terapeutisk spesialistkompetanse, men som regnes som spesialister på bakgrunn av deres egne behandlingserfaringer. Eksemplet med henvisning til komplisert teori er bare ett av mange hvor det i den etablerte litteraturen om fellesskapet som metode savnes detaljerte beskrivelser av forutsetninger for bruk av enkelte metoder som f.eks. bekjennelsespraksis, isolasjon og bruk av konfrontasjoner. Ser vi f.eks. på idéen om konfrontasjon, synes den konfronterende tilnærmingen i rusbehandlingen å savne gode behandlingsrasjonaler. White og Miller (2007) konstaterte ved en gjennomgang av tilgjengelig litteratur at konfrontasjon, som den beskrives og anvendes i det terapeutiske samfunn, ikke har en god effekt. Som nevnt i kapittel 2.2 viser Rudolf Moos til at mangel på gode terapeutiske relasjoner hvor pasienten føler seg støttet og forstått, konfrontasjon, kritikk, høy følelsesintensitet og påføring eller vedlikehold av stigma, alle er aspekter i rusbehandlingen som forhøyer risiko for negative behandlingseffekter. Det finnes imidlertid et annet perspektiv som kan supplere spørsmålet om *hvordan* informantene formidler sine erindringer om sine negative opplevelser i rusbehandling. Det drøfter jeg i neste delkapittel.

6.3 «Jeg skjønnte ikke hvor ille det var».

Jon: Jeg skjønnte ikke hvor ille det var før psykologen min nå skulle bare tegne noe på tavla, og da mistet jeg helt virkelighetsoppfatningen

Jon fortalte at han allerede ved avslutning av behandlingen var klar over at forløpet ikke hadde vært bra, men alvorlighetsgraden blir for ham understreket i møtet med en trygg fagperson som utilsiktet fører Jon mentalt og følelsesmessig tilbake til behandlingsvirkeligheten.

Eksemplet ovenfor illustrerer at det finnes en underforstått virkelighetsbeskrivelse som for det meste kommer implisitt til syne i intervjuene, men som likevel danner forutsetningen for informantenes fortellinger. Det er den erfarte psykoterapeutiske virkeligheten som informantene møter når de søker profesjonell hjelp etter avslutning på rusbehandlingen. Her blir informantene kjent med en ny virkelighet som muliggjør formuleringen av den kritikken de nå retter mot den behandlingsvirkeligheten de ser tilbake på. Ord og begreper som «retraumatisere», «toleransevindu» og problematiseringen av «å lukke ned for følelsene» er alle eksempler på at informantene nå ser tilbake på behandlingsvirkeligheten i et kritisk perspektiv, og med begreper lært etter behandlingsoppholdet. Beskrivelsene av behandlingserfaringene blir problematisert både i et psykologisk perspektiv og med perspektiv fra informantenes normalvirkelighet. June som har tatt en profesjonsutdanning hefter seg ved de ansattes manglende profesjonsetikk i sitatet om «slingrepikken».

Den amerikanske forskeren Marcus Chatfield skriver i en redegjørelse for egne opplevelser i et terapeutisk samfunn «Straight Inc.» i USA, at han var en god og lojal «straightling» i flere år etter utskrivning, og at han misjonerte ivrig for behandlingsmodellen som tilsynelatende hadde vært helt nødvendig for hans overlevelse (Chatfield, 2014; White, 2011). Etter noen slitsomme år etter møtet med normalvirkeligheten viste imidlertid behandlingsidentiteten seg destruktiv og stressfremkallende, og sammen med en psykolog satte han symptomene på års mistrivsel og posttraumatisk stress i forbindelse med det langvarige oppholdet i Straight Inc. som tenåring (White, 2011). Steven Hassan formidler ut ifra egne erfaringer som tidligere medlem i sekten «Unification Church» at det kan være vanskelig å forstå og å tolke egne erfaringer i en totalitær gruppe, der ens selvforståelse og identitet har blitt forsøkt endret, før det har gått en tid og før man har fått en forståelse av hvordan påvirkningsmekanismene virker (Hassan, 2018, pp. 107-108). I likhet med Chatfields og Hassans erfaringer forteller Liv og Rolf at de gjennom ulike opplegg på seminaret for behandlingsskader fikk perspektiver og ord på egne opplevelser, og mot til å uttrykke seg

kritisk. Liv refererer til sin tidligere avvisning av kritikk i relasjon til det terapeutiske samfunn hun var mangeårig deltaker i. Det gikk atskillige år før hun formulerte sin tvil og sin kritikk.

Man kan derfor anta at refleksjoner over en bestemt virkelighet – som f.eks. en behandlingsvirkelighet – forutsetter at man kan formidle erfaringer fra andre virkeligheter. Man må ha et utenfra-perspektiv på det man vil beskrive. Uten ord og begreper som kan perspektivere behandlingsvirkeligheten fra en annen posisjon eller en annen virkelighet, forstummer de kritiske refleksjonene. Derfor fungerer også isolasjon der pasienter avsondres fra andre virkeligheter enn behandlingsvirkeligheten som effektiv sperre for kritiske refleksjoner eller utsagn. Refleksjonsrommet innen behandlingsvirkeligheten ble, ifølge mine informanter, begrenset gjennom avskjerming fra andre virkeligheter ut ifra forventningen om at pasientene måtte akseptere og internalisere behandlingsvirkeligheten som den eneste gyldige. Man kan som en konsekvens av dette diskutere verdien av pasienters uttrykk for behandlingsopplevelser og problematisere disses generelle gyldighet i relasjon til evaluering av behandlingseffekter på kortere og lengre sikt, særlig når behandlingen foregår i et lukket miljø. Jeg tenker her på de i tiden så populære fornøydhetsundersøkelsene som f.eks. bruk av evalueringsskjemaer i behandling er uttrykk for (Trujols et al., 2014). Kanskje pasienterfaringer alltid må tolkes og forstås inne i den virkeligheten de er formet i, fremfor som nøytrale vurderinger av tilfredshet eller opplevd nytte. Det gjelder alle pasientvurderinger uavhengig av om de er positive eller negative.

6.4 Behandling, læring eller indoktrinering? (igjen).

Jeg vender tilbake fra kapittel 3.5 med samme overskrift og samme diskusjon, men her på et litt mere overordnet nivå. I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan tidligere pasienter i rusbehandling formidler deres negative behandlingsopplevelser. Tilfellet ville at jeg fikk mulighet til å intervju fire pasienter som alle hadde erfaringer fra behandling som informantene beskrev med samme ord og begreper. Jeg antok derfor – og fikk bekreftet av andres beskrivelser av de gjeldende behandlingstilbudene, at informantenes erfaringer stammet fra behandlingssammenhenger som bygget på «fellesskapet som metode», eller som kunne karakteriseres som terapeutisk samfunn. Jeg har imidlertid ikke i denne

oppgaven konkret undersøkt de ulike behandlingskontekstene, så da jeg valgte å dra inn teoretiske rammer og behandlingsrasjonaler for det terapeutiske samfunn/fellesskapet som metode har jeg tatt noen sammenhenger for gitt. Det er faktisk ikke mulig å si noe om de konkrete relaterte behandlingskontekstene, utover den informasjonen som informantene ga. Når jeg likevel valgte å ta utgangspunkt i de ideelle beskrivelsene av behandlingstilnærmingen ved de Leon (2003), Furuholmen & Andresen (2007) og Thomassen (2001) var det ut ifra ønsket om å perspektivere informantenes utsagn i relasjon til en bestemt kontekst. Som beskrevet i avsnitt 2.3 evalueres rusbehandling tradisjonelt gjennom kartlegging av pasientkarakteristikker, men sjelden med utgangspunkt i en detaljert beskrivelse av selve behandlingsforløpet. For mine informanter ville et tradisjonelt perspektiv på behandlingsevaluering medført at forklaringen på negative behandlingsopplevelser skulle lokaliseres hos dem selv, eller forklares som en dårlig match mellom behandlingsmodell og deres personlige karakteristika. Etter å ha foretatt intervjuene ønsket jeg imidlertid å se på om bestemte behandlingskontekster i seg selv innebærer risiko for produksjon av negative behandlingsopplevelser, uansett pasientkarakteristika. Forskningsdesignet mitt var ikke optimalt for en slik utforskning som ville ha krevd detaljert kartlegging og analyse av den aktuelle behandlingspraksisen, i tillegg til deltakernes fortolkning av opplevelsene sine. Jeg traff derfor valget om å bruke idealtypiske beskrivelser av det terapeutiske samfunn fortrinnsvis ved de Leon (2003), Furuholmen & Andresen (2007) og Thomassen (2001).

Selve idégrunnlaget og behandlingsrasjonalet til «fellesskapet som metode» fremstilles hos de Leon, Furuholmen & Andresen og Thomassen som ufeilbarlige veier til en komplett identitetsendring bare pasienten er åpen, ærlig og villig. Jeg benevnte derfor denne beskrivelsen av fellesskapet som metode som et harmonisk perspektiv. To andre teoretiske perspektiver beskjeftiger seg med identiske fenomener, hvilket jeg i kap. tre betegnet som sterk psykologisk påvirkning med henblikk på identitetsendring. Både Erving Goffman (1967) og Robert Jay Lifton (1989, 2019) har bidratt med teorier henholdsvis om den totale institusjon og veier til tankereform. Teoriene til Goffman og Lifton karakteriserte jeg som kritiske perspektiver.

Det er verdt å påpeke at både det harmoniske og det kritiske perspektivet, ifølge mine analyser og fortolkninger, beskriver identiske fenomener, men med ulike utgangspunkter. I det harmoniske perspektivet etterspør og legitimerer politikere og fagfolk institusjonalisert identitetsendring hos en bestemt gruppe borgere – de som identifiseres med rusproblemer, og tilsynelatende rettferdiggjør målet midlene. Som nevnt i innledningen min kreves det i forslaget til rusreformen i 2020 mindre straff og mer behandling, uten at det i regjeringens redegjørelse fremgår noe om hva som menes med «behandling».

Goffmans synliggjøring av mekanismene i den totale institusjon i 1960-årene medvirket til omfattende kritikk av psykiatrisk praksis, og bidro til et opprør i psykiatrien som både fostret antipsykiatrien og den senere recoverybevegelsen innen psykisk helse (Davidson et al., 2010). Lifton hadde, som tidligere nevnt, utgangspunktet sitt i behandlingen av soldater som hadde blitt tatt til fange, og som ble utsatt for sterk psykologisk påvirkning av det kinesiske kommunistpartiet med henblikk på å omvende dem til fortalere for kommunistisk ideologi. I et demokratisk perspektiv ses slik påvirkning som forkastelig i det omfang individer presses eller tvinges til å delta, eller lures inn i en slik sammenheng uten å kunne vurdere konsekvensene.

Hvorvidt man skal se sterk psykologisk påvirkning, som beskrevet i denne oppgaven, som et negativt, et nøytralt eller et positivt fenomen - om voksne menneskers «frie valg av behandlingsmetoder» skal respekteres eller om bestemte «valg» skal problematiseres, står sentralt i den evige diskusjonen om hvordan vi som et demokratisk samfunn skal se på totalitære gruppers bruk av psykologiske påvirkningsteknikker, eller bare bruk av påvirkning i det hele tatt. I boken "Cults: Faith, Healing and Coercion" gitt ut i 1999 forsøker Marc Galanter å differensiere mellom de gode og helsefremmende karismatiske bevegelsene og de destruktive sektene, og her kan Galanters diskusjon av AA (Alcoholics Anonymous) tjene som et eksempel (Galanter, 1999 kap. 12): Som både ekspert på fundamentalistiske grupper og rusbehandling anerkjenner Galanter AA (Alcoholics Anonymous) som en totalitær gruppe vurdert ut ifra Liftons kriterier. Men, fastslår Galanter, AA er likevel en god og helsebringende karismatisk bevegelse som har reddet millioner av mennesker fra alkoholisme og kan altså ikke karakteriseres som en (destruktiv) sekt. Galanter forholder seg ikke her til at mange tidligere AA-deltakere etter egne utsagn får det dårligere gjennom

deltakelse i AA (Fransway, 2000; Glassman et al., 2020), eller at AA sine religiøse dogmer øver en problematisk påvirkning på vitenskapen om avhengighet (Dodes & Dodes, 2014), samt påvirker samfunnets oppfattelser av rus og avhengighet i en problematisk retning (Miller, 2019). Galanters argumentasjon avspeiler en forestilling om at målet (her edruelighet) helliger middelet, hvor tøffe behandlingsmetoder kan legitimeres om målet er viktig nok. Men selv om målet anses som et udiskutabelt gode, bør risikoen, omfanget og alvorligheten av «negative» effekter og følgevirkninger vel tas i betraktning når behandlingsprogrammer vurderes som en del av en offentlig innsats.

To tyske jurister (Bublitz & Merkel, 2014) argumenterer for muligheten til å lovgive beskyttelsen av «the mind» – altså at man rettslig skal kunne beskytte seg mot ekstrem ideologisk påvirkning. I en artikkel med tittelen «Crimes against minds: on mental manipulations, harms and a human right to mental self-determination», setter de to juristene lys på de negative konsekvensene av psykisk påvirkning – særlig når denne påvirkningen foregår uten at man selv er klar over det. Informantenes utsagn, Marcus Chatfields (2014; White, 2011) beskrivelse og analyse av egne og andres erfaringer fra terapeutiske samfunn gjør spørsmålet aktuelt og sentralt i relasjon til behandlingen av rusavhengige. Spørsmålet blir særlig viktig når en ekstrem psykologisk påvirkning foretas i regi av offentlige midler i form av udefinerte behandlingsprogrammer, deltakerne ikke informeres om risiko og alternativer og når en slik behandling kan være vanskelig eller umulig å avvise.

6.5 Et sobert blikk på pasienters negative behandlingsopplevelser.

Som jeg beskrev i avsnitt 2.3 så synes vi å vite relativt lite om hva pasienter opplever i behandling, særlig når det kommer til opplevelser som pasientene erfarer som negative. Jeg henviste også til problemstillinger med å identifisere, monitorere og evaluere behandlingsopplevelser og opplevd konsekvenser av behandling. Likevel synes det ikke å falle forskningsverdenen problematisk å fokusere på fortellinger om “hva som virket for meg” (Landheim et al., 2016; Robertson, 2021), eller måle pasienters tilfredshet via spørreskjema (Bargmann, 2017; Oja, 2018; Wangberg, 2015). Tilfredshetsmålinger brukes i

stor stil til å legitimere behandlingsopplegg via målinger hvor man for det meste unnlater å spørre pasienter som har droppet ut, eller pasienter som tross behov ikke oppsøker det eksisterende behandlingstilbudet (Trujols et al., 2014). I mellomtiden forklares som hovedregel negative eller mislykkede behandlingsinnsatser (de få som i det hele tatt identifiseres) ved hjelp av pasientkarakteristika eller som en følge av en dårlig match mellom pasient og behandling (Einstein, 2012a).

Jeg bidro med en ytterligere problematisering av hvordan pasientopplevelsers kan fremstilles og fortolkes og argumenterer for at pasienters refleksjoner over bestemte opplevelser forutsetter et utenfra-blikk. Jeg begrunner gjennom dette at det kan være vanskelig for pasienter å finne språklige alternativer til den internaliserte behandlingssvirkeligheten, særlig når det gjelder behandling med et totalitært preg, og at pasienters formidlede erfaringer av denne grunn medfører risiko for bare å gjenta og legitimere behandlingssystemets dreiebok og behandlingsrasjoner.

Dette bringer meg tilbake til - et for meg å se manglende fokus på at behandlingsprogrammer i seg selv, gjennom uetiske eller uvirksomme programteorier, kan bidra med risiko for negative opplevelser. Ofte tas behandlingsevalueringer utgangspunkt i det Paul Christensen (2018) så treffende formulerer i tittelen på en artikkel om amerikansk rusbehandling av samme karakter som jeg har beskrevet i oppgaven: «the program is perfect», et utgangspunkt som medfører at ansvar for negativt behandlingsutbytte utelukkende plasseres hos den enkelte pasienten. Jeg har her i oppgaven gjennomgått både utvalgte erindringer fra fire pasienter og flere teoretiske beskrivelser av det behandlingsprogrammet som kalles terapeutiske samfunn. Mine refleksjoner over informantenes beskrivelser og teorienes behandlingsrasjoner har gitt anledning til undring over hvordan slike behandlingsprogrammer harmonerer med nåtidens krav om individuell behandling, og i relasjon til den profesjonsetikken som den enkelte ansatte må forholde seg til. Det har også vokst seg en undring over hvor det kritiske forskningsblikket blir av, og hvorfor så få tilsynelatende interesserer seg for norsk rusbehandlings faktuelle innhold og fremstilling.

6.6 Det totalitæres romantikk

På slutten av avsnitt 2.5 refererte jeg til flere nedskrevne beskrivelser fra tidligere pasienter i behandling som er identiske med, eller samsvarer med, det terapeutiske samfunn. Andre, typisk journalister, har produsert kritiske dokumentarer eller skrevet om denne type behandling. Maja Szalavitz ga i 2006 ut boken «Help at any cost: how the troubled-teen industry cons parents and hurts kids» om totalitære programmer for ungdom. Paul Morantz ga ut: «From Miracle to Madness: The True Story of Charles Dederich and Synanon» som formidler en detaljert beskrivelse av den opplevde virkeligheten for mange beboere i terapeutiske samfunn. Det finnes mange flere. Senest i 2020 viste Netflix dokumentaren «SanPa: Sins of the Savior», et svært kritisk blikk på det terapeutiske samfunn for narkomane i Italia «San Patrignano» (Neri, 2020), og den amerikanske dokumentargruppen revalnews.org publiserte en lang kritisk podcastserie i 2020 om arven etter Synanon i amerikansk rusbehandling (Walter et al., 2020). Likefullt synes det som om denne typen kritikk sjelden når beslutningstakere eller behandlingsverdenen. I stedet møtes man av en nesten entydig romantisk forestilling om «landsbyen» som oppdrar, fellesskapet som fungerer som en kjærlig familie eller betydningen av likemannsstøtte i et fellesskap (Berger, 2007; de Leon, 2002; Haug, 2010; Haugen, 2013; Lohne, 1992; Svendsen & Sagvaag, 2017; Tjersland et al., 1998). Jeg har i løpet av denne oppgaven særlig undret meg over Arild Thomassens grenseløse aksept og reverens overfor det tradisjonelle terapeutiske samfunn som analysene og fortolkningene i boken hans avspeiler, uten at han tar et eneste etisk forbehold (Thomassen, 2001).

Det selektive blikket på etikk i relasjon til rusavhengige i rusbehandling formidles allerede av den humanistiske psykologen Abraham Maslow i 1967 under et besøk i det terapeutiske samfunn Daytop Village. Her uttaler Maslow at det må harde metoder til for å nå frem til det indre potensiale hos rusavhengige som angivelig skulle være skrudd sammen annerledes enn andre mennesker. Under overværelse av en konfronterende gruppesesjon uttalte Maslow imponert:

"I've suggested that a name for this might be "no-crap therapy." It serves to clean out the defenses, the rationalizations, the veils, the evasions and politenesses of the world. The world is half-blind, you might say, and what I've seen here is the restoring of sight. In these

groups people refuse to accept the normal veils. They rip them aside and refuse to take any crap or excuses or evasions of any sort. (Maslow, 1967p. 28).

I sitatet fra Maslow fremstilles den narkomane som en spesielt hardhudet mennesketype som, i motsetning til vanlige mennesker, tåler og krever konfrontasjoner for å kunne bryte igjennom et beinhardt psykisk forsvar med henblikk på å oppnå selvrealisering. Forestillingen om nødvendigheten av «selvrealisering» i kombinasjon med forestilling om den rusavhengige som en særskilt mennesketype lever fortsatt i deler av behandlingssystemet.

7 Litteraturliste

- Ådnanes, M., Høiseth, J. R., Magnussen, M., Thaulow, K., & Kaspersen, S. L. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus-brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5*. American Psychiatric Pub Incorporated.
- Andersen, G., & Arntsen, E. O. (2018). Hjelpekilden om Addictologi Akademiet: Det mest ekstreme vi kjenner til i Norge. VG. <https://www.vg.no/nyheter/i/gPnma1/hjelpekilden-om-addictologi-akademiet-det-mest-ekstreme-vi-kjenner-til-i-norge>
- Andersen, G., Arntsen, E. O., & Quist, C. (2018). Terapi og Torpedoer. Retrieved 01.04.18, from <https://www.vg.no/spesial/2018/terapi-og-trusler/>
- Andersen, G., Quist, C., Mikkelsen, M., Remøe Hansen, N., & Majid, S. (2017). Helseministeren om Addictologi Akademiet. Retrieved 10.12.17, from <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/0En6WM/helseministeren-om-addictologi-akademiet-ber-enkeltpersoner-vurdere-politjanmeldelse>
- Andresen, A. S. (1990). *Du skal få en dag. Solliakollektivet 20 år*.
- Andresen, A. S., & Waal, H. (1978). *Behandlingskollektiv?: bo-og arbeidsfellesskap som alternativ til psykiatrisk institusjon*. Universitetsforlaget.
- Andresen, E. (2008). *Fri fra avhengighet*. Cappelen Damm.
- Andresen, N. E. (2021). Motiverende samtale. In K. Lossius (Ed.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utgave. ed., pp. 356-392). Gyldendal.
- Angell, O. H. (1994). *Misjon eller terapi i rusmiddelomsorga?: tradisjon og modernitet i religiøse behandlingsinstitusjonar*. Höf.
- Ashton, M. (2008). The new abstentionists. *Druglink special insert*, 3(dec-jan), 1-16.
- Ashton, M. (2014, 10.05.2016). *What is addiction treatment for?* Retrieved 15.02.21 from https://findings.org.uk/PHP/dl.php?file=why_treat_drug.hot&s=eb&sf=sfnos
- Bang, H. (2011). *Organisasjonskultur*. Universitetsforlaget.
- Bargmann, S. (2017). *Feedback informed treatment*. Akademisk forlag.
- Berger, C. (2007). *Refleksivitet, aksept og støtte : identitetsendring og rusbehandling* UiO]. Oslo.
- Bergström, G., Nyhus, P., & Bergane, T. (1984). *Ut av misbruket : rehabilitering av unge stoffmisbrukere*. Aschehoug.
- Bernard, J.-P. (2014). Farmakologiske prinsipper ved legemiddelassistert rehabilitering. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, 122(10), 43-46.

- Blindheim, M. (2000). Duften av eteriske oljer og kumøkk. *Rus & Avhengighet*, 3(02).
- Bloch, A., & Jourdan, M. (2013). De indviede, de uindviede og de frafaldne. Et kritisk blik på 12-trins behandling og anonyme fællesskaber. *Stof*, 21, 49-59.
https://psy.au.dk/fileadmin/CRF/STOF/STOF_pdf_er/STOF_nr_21/De_indviede_de_uindvie_de_og_de_frafaldne_Stof_21.pdf
- Bonnie, Z., Carley, A., & Weiner, J. (2015). *Dead, Insane, Or in Jail: A CEDU Memoir*. Not With The Program.
- Borum, R. (2011). Radicalization into violent extremism I: A review of social science theories. *Journal of Strategic Security*, 4(4), 7.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2015). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (2. edition ed., pp. 29-54). Hans Reitzels Forlag.
- Broekaert, E., Vandeveld, S., Schuyten, G., Erauw, K., & Bracke, R. (2004). Evolution of encounter group methods in therapeutic communities for substance abusers. *Addictive Behaviors*, 29(2), 231-244. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(03\)00092-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0306-4603(03)00092-3)
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010-1024.
- Brox, V., & Eilertsen, M. (2016). *Prosjektrapport «Hindre drop-out fra rusbehandling»* .
- Bublitz, J. C., & Merkel, R. (2014). Crimes against minds: on mental manipulations, harms and a human right to mental self-determination. *Criminal Law and Philosophy*, 8(1), 51-77.
- Buckingham, S., & Best, D. (Eds.). (2016). *Addiction, behavioral change and social identity: The path to resilience and recovery*. Taylor & Francis.
- Carr, E. S. (2006). "Secrets keep you sick": Metalinguistic labor in a drug treatment program for homeless women. *Language in Society*, 35(5), 631-653.
- Carr, E. S. (2013). 'Signs of the times': confession and the semiotic production of inner truth. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 19(1), 34-51.
- Carr, S. (2010). *Scripting Addiction: The Politics of Therapeutic Talk and American Sobriety*. Princeton University Press.
- Chatfield, M. (2014). *Institutionalized Persuasion: The Technology of Reformation in Straight Incorporated and the Residential Teen Treatment Industry*. CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Christensen, P. (2018). The Program is Perfect: Narcotics Anonymous and the Managing of the American Addict. *Medicine Anthropology Theory*, 4(5), 23-45.
<https://doi.org/10.17157/mat.4.5.319>
- Cialdini, R. B. (2001). *Influence. Science and Practice* (4. ed.). Allyn & Bacon. www.abacon.com
- Clark, C. (2017). *The Recovery Revolution: The Battle Over Addiction Treatment in the United States*. Columbia University Press.
- Crèvecoeur-MacPhail, D., Ransom, L., Myers, A. C., Annon, J. J., Diep, N., Gonzales, R., Rawson, R. A., Viemes, J., Sugita, W., & Barger, J. (2010). Inside the black box: Measuring addiction

- treatment services and their relation to outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(sup6), 269-276.
- Danielsen, E. (1985). *Skærsildsterapier*. Hans Reitzels Forlag.
- Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. (2010). *The roots of the recovery movement in psychiatry : lessons learned*. Chichester, UK, Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- de Leon, G. (1985). The Therapeutic Community: Status and Evolution. *International Journal of the Addictions*, 20(6-7), 823-844. <https://doi.org/10.3109/10826088509047755>
- de Leon, G. (1995). Therapeutic communities for addictions: A theoretical framework. *International Journal of the Addictions*, 30(12), 1603-1645.
- de Leon, G. (2002). *The therapeutic community : theory, model, and method*. Springer Pub.
- de Leon, G. (2003). *Det terapeutiske samfunn: teori, modell og metoder*. Universitetsforl.
- De Leon, G. (2010). Is the therapeutic community an evidence-based treatment? What the evidence says. *Therapeutic Communities*, 31(2), 104.
- Dodes, L., & Dodes, Z. (2014). *The Sober Truth: Debunking the Bad Science Behind 12-Step Programs and the Rehab Industry*. Beacon Press. <http://books.google.no/books?id=mTg9AQAAQBAJ>
- Einstein, S. (2012a). Drug user treatment failure blindness? *Substance Use & Misuse*, 47(13-14), 1532-1537.
- Einstein, S. (2012b). Introduction. *Substance Use & Misuse*, 47(13-14), 1360-1364. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.706152>
- Elliott, R., Lines, R., & Schleifer, R. (2011). *Treatment or torture? Applying international human rights standards to drug detention centers* (Open Society Foundations, Issue).
- Etler, C. D. (2012). *Straightling: A Memoir*. Lucky 17 Publishing.
- Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, s. o. L. (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere*. Fellesorganisasjonen.
- Fletcher, A. M. (2013). *Inside Rehab: The Surprising Truth About Addiction Treatment and How to Get Help That Works*. Penguin Group US.
- Fontenehus Norge. (2020). *Bedre psykisk helse med Fontenehus*. Retrieved 04.09.20 from <https://www.fontenehus.no/>
- Fransway, R. (Ed.). (2000). *12-Step Horror Stories*. See Sharp Press.
- Fraser, S., & Ekendahl, M. (2018). "Getting Better": The Politics of Comparison in Addiction Treatment and Research. *Contemporary Drug Problems*, 0091450917748163. <https://doi.org/10.1177/0091450917748163>
- Furuholmen, D. (1987). *Boka om Veksthuset*. Cappelen i samarbeid med Veksthuset.
- Furuholmen, D. (1993). *Boka om Veksthuset* (second ed.). J. W. Cappelens Forlag a.s. i samarbejde med Veksthuset.
- Furuholmen, D., & Andresen, A. S. (2007). *Fellesskapet som metode: miljøterapi og evaluering i behandling av stoffmisbrukere*. J. W. Cappelens.
- Galanter, M. (1999). *Cults: Faith, Healing and Coercion*. Oxford University Press, USA.
- Gass, R. H., & Seiter, J. S. (2015). *Persuasion: Social Influence and Compliance Gaining*. Taylor & Francis.

- Glaser, F. B. (1971). Gaudenzia, Incorporated: Historical and Theoretical Background of a Self-help Addiction Treatment Program. *Substance Use & Misuse*, 6(4), 615-626. <https://doi.org/doi:10.3109/10826087109058959>
- Glaser, F. B. (1981). The Origins of the Drug-Free Therapeutic Community. *British Journal of Addiction*, 76(1), 13-25. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1981.tb00205.x>
- Glassman, H. S., Rhodes, P., & Buus, N. (2020). Exiting Alcoholics Anonymous disappointed: A qualitative analyses of the experiences of ex-members of AA. *Health*, 1363459320961438. <https://doi.org/10.1177/1363459320961438>
- Goffman, E. (1961). *Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books.
- Goffman, E. (1967). *Anstalt og menneske. Den totale institution sosialt sett*. Jørgen Paludans Forlag.
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit* (Vol. 30). Universitetsforl.
- Hansen, W. M. (2002). *Endringsarbeid i åpne fengsler : Bastøy fengsel, Hassel fengsel, Berg fengsel, Bergen fengsel, Osterøy avdeling* (Vol. 1:2002). Kriminalomsorgens utdanningscenter.
- Hassan, S. (2018). *Combating Cult Mind Control* (4. ed.). Freedom of Mind Press.
- Haug, M. (2010). *Hva er det som gjør at terapeutisk samfunn er en effektiv behandlingsmetode for rusavhengige? Refleksjon rundt to viktige begreper innenfor terapeutisk samfunn : fellesskap og selvhjelp* Høgskolen i Molde].
- Haugen, S. (2013). *Endring fra innsiden. Forberedelse til rusbehandling bak fengselsmurene*.
- Helgason, G. I., & Bramsen, G. I. (2003). *Det er aldrig for sent: trin for trin : om Minnesota modellen og behandling af alkoholikere og spilafhængige*. Frederiksberg Centeret.
- Helgason, G. I., & Islandi Bramsen, G. (1995). *Trin for trin : om Minnesota Modellen og Anonyme Alkoholikere*. Tiderne Skifter.
- Helgesen, J. H. I. (2020). *Straff og velferd i fangebehandling av rusmiddelbrukere: En kvalitativ analyse av empowerment og samarbeid i norske rusmestringenheter UiO*]. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/74574>
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Helsedirektoratet. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2017 (2014)). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*.
- Home Office. (2012). *Putting full recovery first*. Retrieved from <https://www.gov.uk/government/publications/putting-full-recovery-first-the-recovery-roadmap>
- Hood, D. E. (2011). *Addiction Treatment. Comparing Religion and Science in Application*. Transaction Publishers.
- Hood, D. E. (2012). *Redemption and Recovery. Further parallels of Religion and Science in Addiction Treatment*. Transaction Publishers.
- Isachsen, K. (2003). *Fra heroin til halleluja : Om religiøse overgangsritualer i Evangeliesenterets behandling av rusmisbrukere UiO*]. Oslo.
- Janis, I. L. (2015). Groupthink: The desperate drive for consensus at any cost. In *Classics of organization theory* (pp. 161-168).

- Jones, M. (1984, 1/1/1984). *Why Two Therapeutic Communities?* Journal of Psychoactive Drugs, <http://dx.doi.org/10.1080/02791072.1984.10524460>
- Jones, M. (2013 (1952)). *Social psychiatry: A study of therapeutic communities* (Vol. 4). Routledge. (1952)
- Jørgensen, C. R. (2005). Selvrealiseringskultens klinisk psykologiske rødder. In S. Brinkmann & C. Eriksen (Eds.), *Selvrealisering. kritiske diskussioner af en grænseløs udviklingskultur* (pp. 159-187). Klim.
- Jørgensen, S., & Pedersen, L. J. T. (2010). What's the problem? A problem-based approach to the reform of the Norwegian drug rehabilitation sector: Hva er problemet? En problembasert tilnærming til reformene av den norske russektoren. *European Journal of Social Work*, 13(3), 339-357. <https://doi.org/10.1080/13691450903403800>
- Karlstrøm, M. (2017). Slik ble jeg lurt av addiktologene. *Er Lik Oslo*. Retrieved 12.02.18, from <http://www.erlik.no/slik-ble-jeg-lurt-av-addiktologene/>
- Kernochan, W. (2011). *A Life Gone Awry: My Story of the Elan School*. Writers AMuse Me.
- Koch, L., & Vallgård, S. (2011). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udg. ed.). Munksgaard.
- Kolltveit, S. L.-N., Ida. (2013). Behandlingselementer i ruskollektiver for ungdom. *Tidsskrift for Norsk Psykologi*, 2013(9), 919-925. http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=332349&a=3
- Koltveit, S. (2011). *Felles terapeutiske virkemidler i ruskollektiver for mindreårige*. S. f. n. kollektiver. http://www.samarbeidsforum.org/uploads/1/1/8/9/11896428/rapport_fellsetrekk_barnever_inst.pdf
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke* (2. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. edition ed.). Gyldendal.
- Landheim, A. S., Wiig, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M., & Biong, S. (Eds.). (2016). *Et bedre liv : historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. Gyldendal akademisk.
- Lanesskog, J. O. (2009). *Epistler om rus og behandling* (Vol. nr 1/2009). Tyrilistiftelsen.
- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid : det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget.
- Lavik, N. J. (1985). *Frelst eller forført? : om "hjernevask" og psykologisk påvirkning i ny-religiøse sekter*. Gyldendal.
- Leenderts, T. A. (2014). *Person og profesjon : om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Lifton, R. J. (1989). *Thought Reform and the Psychology of Totalism: A Study of Brainwashing in China*. University of North Carolina Press.
- Lifton, R. J. (2019). *Losing Reality: On Cults, Cultism, and the Mindset of Political and Religious Zealotry*. La Vergne: The New Press.
- Lohne, P. (1992). *I andres øyne og hjerte. Synspunkter på terapeut- klientforholdet i et terapeutisk samfunn for stoffavhengige*. Nordisk Psykologi, 4.

- Loseke, D. R. (2007). The study of identity as cultural, institutional, organizational, and personal narratives: Theoretical and empirical integrations. *The Sociological Quarterly*, 48(4), 661-688.
- Mack, S. (2016). Trosset alle - flyttet til Amsterdam. In A. S. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl, & S. Biong (Eds.), *Et bedre liv*. (pp. 46-53). Gyldendal akademisk.
- Madsen, O. J. (2014). *Det er innover vi må gå. En kulturpsykologisk studie av selvhjelp*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*. Universitetsforlaget.
- Maslow, A. H. (1967). Synanon and Eupsychia. *Journal of Humanistic Psychology*, 7(1), 28-35. <http://jhp.sagepub.com/content/7/1/28.short>
- Mather, I. (1673). *Wo [sic] to drunkards : two sermons testifying against the sin of drunkenness, wherein the wofulness of that evil, and the misery of all that are addicted to it, is discovered from the Word of God*. Printed by Marmaduke Johnson and sold by Edmund Ranger.
- Menzies, D., & Lees, J. (2004). *A culture of enquiry : researching evidence and the therapeutic community* (Vol. 6). Jessica Kingsley Pub.
- Miller, J. (2019). *US of AA: How the Twelve Steps Hijacked the Science of Alcoholism*. Chicago Review Press.
- Miller, J., & Glasser, B. (2016). The "Inside" and "Outside": Finding Realities in Interviews. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative research*. SAGE Publications.
- Moos, R. (2012). Iatrogenic Effects of Psychosocial Interventions: Treatment, Life Context, and Personal Risk Factors. *Substance Use & Misuse*, 47(13-14), 1592-1598. <https://doi.org/doi:10.3109/10826084.2012.705710>
- Morantz, P. (2014). *From Miracle to Madness: The True Story of Charles Dederich and Synanon*. Cresta Publications.
- Muller, A. E., Skurtveit, S., & Clausen, T. (2019). Performance of the WHOQOL-BREF among Norwegian substance use disorder patients. *BMC medical research methodology*, 19(1), 1-9.
- Neri, G. (2020). *San Patrignano - Frelserens synder* Netflix.
- NESH. (u.å.). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. De nasjonale forskningsetiske komitéer. Retrieved 29.10.20 from <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- NIDA. (2018). *Principles of drug addiction treatment : a research-based guide*. National Institute on Drug Abuse.
- Nordaunet, O. M., & Andvig, E. (2018). Møte mellom skadereduksjon og Housing First i Norge; ansattes beskrivelser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(01), 52-62. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-06>
- NOU 2019:26. (2019). *Rusreform - fra straff til hjelp : utredning fra rusreformutvalget oppnevnt ved kongelig resolusjon 23. mars 2018. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet 19. desember 2019*. (9788258314339). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon
- NRK. (2014). Med tvang skal vondt fordrives. *Brennpunkt*.
- Oja, R. P. (2018). Brukererfaringer ved FIT i en kommunal psykisk helsetjeneste. In *Client experiences with FIT in a community mental health service*.

- Olsen, H. (2019). Totalavhold og skadereduksjon: Om offentlig styring av rusbehandling. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 3(6), 426-441. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2019-06-04>
- Østlie, J.-E. (1999). Fra Hasselapedagogikk til 12-trinnsmodell. *Rus & Avhengighet*, 1.
- Paloutzian, R. F., Richardson, J. T., & Rambo, L. R. (1999). Religious Conversion and Personality Change. *Journal of Personality*, 67(6), 1047-1079. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00082> (In File)
- Pedersen, M. U. (1997). *Evaluering af døgnbehandlingsindsatsen overfor stofmisbrugere : på institutionerne Opbygningsgården, Hjulsøgård, Kråsiglund og Gunderuplund*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Rambo, L. R., & Bauman, S. C. (2012). Psychology of Conversion and Spiritual Transformation. *Pastoral Psychology*, 61(5-6), 879-894.
- Ravndal, E. (2003). Research in the concept-based therapeutic community - its importance to European treatment research in the drug field. *International Journal of Social Welfare*, 12(3), 229-238. <http://dx.doi.org/10.1111/1468-2397.00453>
- Ravndal, E. (2006). RCT ger begrenset kunnskap. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift*, 23(4), 259-261.
- Ravndal, E. (2009). Behandling eller kontroll - om disiplinering og makt i den norske rusmiddelsetjenesten. *NAD*, 26(1), 74-79.
- Ravndal, E. (2010). KOLLEKTIVET – en behandlingsmodell med livets rett. *Rus & Samfunn*, 4 ER(04). <http://www.idunn.no/ts/rusos/2010/04/art07>
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (1994). *Why do drug abusers leave the therapeutic community? : problems with attachment and identification in a hierarchical therapeutic community* (Vol. 33). Scandinavian University Press.
- Reigstad, J., & Nielsen, K. S. (2015). Skulle bli rusfri: – Måtte bryte med familien. Retrieved 12.01.18, from <https://www.nrk.no/norge/skulle-bli-rusfri--matte-bryte-med-familien-1.12165679>
- Renshus, M., & Lauritzen, S. (2006). Med fokus på jenter med doble problemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3(3), 266-275.
- Robertson, I. E. (2021). *Inn i det ukjente: En sosiologisk analyse av fortellinger om avhengighet, endring og anerkjennelse* University of Stavanger, Norway].
- Rogers, C. R. (1973). *Carl Rogers on encounter groups*. Harper & Row.
- SAMSHA. (2006). *Therapeutic communities. Curriculum Trainer's Manual*. (Vol. No. (SMA) 06-4121). Substance Abuse and Mental Health Services Administration
- Center for Substance Abuse Treatment. https://permanent.fdlp.gov/lps84456/trainer_complete.pdf
- Schaberg, W. H. (2019). *Writing the Big Book: The Creation of A.A.* Central Recovery Press, LLC.
- Schein, E. H. (1956). Some Observations on Chinese Methods of Handling Prisoners of War. *The Public Opinion Quarterly*, 20(1), 321-327. <http://www.jstor.org/stable/2746576>
- Schein, E. H. (1961a). *Coercive Persuasion: A Socio-psychological Analysis of the "brainwashing" of American Civilian Prisoners by the Chinese Communists*. W. W. Norton.
- Schein, E. H. (1961b). Coersive persuasion in non-communist sttings: Some parallels. In E. H. Schein (Ed.), *Coercive Persuasion: A Socio-psychological Analysis of the "brainwashing" of American Civilian Prisoners by the Chinese Communists*

W. W. Norton.

Schein, E. H. (2016). *Organizational culture and leadership* (4th ed. ed., Vol. 2). Wiley.

Segal, H. A. (1954). Initial psychiatric findings of recently repatriated prisoners of war. *The American journal of psychiatry*.

Singer, M. T., & Lalich, J. (2003). *Cults in our midst: The continuing fight against their hidden menace*. (2. ed.). Jossey-Bass.

Skatvedt, A. (2009). *Alminnelighetens potensial : en sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring* Oslo Universitet]. Oslo. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-21108>

Skretting, A. (2012). Behandling av rusmiddelbrukere - skiftende paradigmer. *Rus & Samfunn*(01), 26-31.

Stensrud, A. (1985). *Revansj*. Fagbokforlaget. <https://doi.org/oai:nb.bibsys.no:998630343064702202>
URN:NBN:no-nb_digibok_2007080201069

Svendsen, L., & Sagvaag, H. (2017). Høyintensitetstrening i et terapeutisk samfunn - en kvalitativ studie av pasienters erfaringer. In: University of Stavanger, Norway.

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (5. utg. ed.). Fagbokforlaget.

Thelander, A. (1979). *Hasselakollektivet : en rapport om vårdinnehold og vårdideologi på et hem for unga narkomaner*. Stor Prisma.

Thell, L. (2002). *Utan en tanke*. Boréa.

Thomassen, A. (2001). *Endring gjennom ritualer: om produksjon av tro på endring i et terapeutisk samfunn for stoffmisbrukere*.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse-og sosialfag*. Gyldendal akademisk.

Thurén, T. (2001). Språkets makt och makten över språket. In L. S. Lundquist (Ed.), *Utan fast punkt : om förvaltning, kunskap, språk och etik i socialt arbete*. Socialstyrelsen. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:397051/FULLTEXT01.pdf>

Thylstrup, B. (2011). Numbers and narratives. Relations between patient satisfaction, retention, outcome and program factors in outpatient substance abuse treatment. *NORDIC STUDIES ON ALCOHOL AND DRUGS*, 28(5), 471-486. <http://dx.doi.org/10.2478/v10199-011-0042-z>

Tilander, K. (1991). *Bakom vår Blindhet. Röster från Hassela*. Carlsson Bökforlag.

Tjersland, O. A., Jansen, U., & Engen, G. (1998). *Våge å leve : en bok om alternative veier i behandling basert på erfaringene fra Tyrili*. Tano Aschehoug.

Tobias, M. L., & Lalich, J. (1994). *Captive hearts, captive minds: Freedom and recovery from cults and abusive relationships*. Hunter House Publishers.

Trujols, J., Iraurgi, I., Oviedo-Joekes, E., & Guàrdia-Olmos, J. (2014). A critical analysis of user satisfaction surveys in addiction services: opioid maintenance treatment as a representative case study. *Patient preference and adherence*, 8, 107-117.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3905099/>

Vaglum, P. (2003). Terapeutisk samfunn for misbrukere. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 123(3432).

- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandeveld, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *TheScientificWorldJournal*, 2013, 427817-427817. <https://doi.org/10.1155/2013/427817>
- Vanderplasschen, W., Vandervelde, S., & Broekaert, E. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe : evidence, current practices and future challenges* (Vol. 15). Publications Office of the European Union.
- Waal, H. (1980). *Hasselakollektivene*. Det Kgl. sosialdepartement. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013041105107
- Waal, H., Bussesund, K., Clausen, T., Lillevold, P. H., & Skeie, I. (2018). *Statusrapport 2017. LAR 20 år. Status, vurderinger og perspektiver* (3). (SERAF rapport, Issue. S. Senter for rus- og avhengighetsforskning & N. k. f. t. s. r. (TSB). <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2018/seraf-rapport-nr-3-2018-statusrapport-2017.pdf>
- Walter, S., Sriskandarajah, I., & Starecheski, L. (2020). In *American Rehab*. L. Starecheski. <https://revealnews.org/american-rehab/>
- Wangberg, S. (2015). *Utprøving av Klient- og Resultatstyrt praksis (KOR) i døgntilrettelagt rus.*
- White, W. (2011). Survivors of Straight, Inc.: An interview with Marcus Chatfield. <http://www.williamwhitepapers.com/pr/2011%20Marcus%20Chatfield.pdf>
- White, W., & Miller, W. (2007). The Use of Confrontation in Addiction Treatment. History, Science, and Time for Change. *Counselor*, 8(4), 12-30. <http://www.williamwhitepapers.com/pr/2007ConfrontationinAddictionTreatment.pdf>
- White, W. L. (2015). *Recovery Monographs: Revolutionizing the ways that behavioral health leaders think about people with substance use disorders*. AuthorHouse.
- Zablocki, B. (1997). The blacklisting of a concept: The strange history of the brainwashing conjecture in the sociology of religion. *Nova Religio: The Journal of Alternative and Emergent Religions*, 1(1), 96-121. <https://www.jstor.org/stable/10.1525/nr.1997.1.1.96?origin=JSTOR-pdf&seq=1>
- Zablocki, B. (2001). Towards a demystified and disinterested scientific theory of brainwashing. In *Misunderstanding cults: Searching for objectivity in a controversial field* (pp. 159-214).
- Zahavi, D. (2014). Fænomenologi. In F. Collin & S. Kjøppe (Eds.), *Humanistisk videnskabsteori* (3. udg. ed.). Lindhardt og Ringhof.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Invitasjon til å delta i et forskningsprosjekt om negative erfaringer med rusbehandling

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor noe av formålet er å synliggjøre ruspasienters negative erfaringer i forbindelse med rusbehandling. For å delta i prosjektet trenger du selvsagt ikke kun å ha negative erfaringer med behandling, men det er disse som vil bli vektlagt i oppgaven og i intervjuene. For å få frem disse opplevelsene søker vi tidligere ruspasienter med behandlingserfaring(er) fra institusjon(er) - det kan være én eller flere erfaringer - som frivillig ønsker å delta ved å la seg intervju i 45-60 minutter.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en masteroppgave på VID vitenskapelige høyskole i faget sosialt arbeid. Masteroppgaven og intervjuene vil bli gjennomført av masterstudent Marte Nygård.

Problemstillingen til oppgaven er:

“Hvordan forstår og beskriver nåværende og tidligere ruspasienter opplevelser i behandling som de tror er årsaken til deres forverring?”

Formålet med intervjuene er å belyse noen pasienterfaringer og muligens noen sider ved behandling og tjenester som er utforsket i Norge. Vi ser for oss at noen funn kanskje kan føre til videre forskning og utvikling av tjenestene i rusbehandling. Funn i intervjuene vil bli

brukt i masteroppgaven og de som vil få tilgang til intervjuene er student Marte Nygård, veileder førsteamanuensis Kristin Briseid og førstelektor Liese Recke. Alle med tilknytning til VID vitenskapelige høgskole.

Det kan også bli aktuelt å bruke noe av materialet fra masteroppgaven og intervjuene til å skrive forskningsartikler, enten i løpet av prosjektperioden eller på et senere tidspunkt. Dersom det blir aktuelt vil du som deltaker i dette prosjektet få en ny forespørsel og informasjon om det, samt at det vil bli innhentet nytt samtykke fra deg.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelige høgskole er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om deltagelse da du er blant flere som har vist interesse for forskningsplaner om behandlingsskader i forbindelse med deltagelse på en konferanse i november 2017, eller fordi du er anbefalt som informant av en annen deltager i prosjektet. Vi sender forespørselen til flere og vil antagelig trenge 5-10 deltagere.

Du kan kontakte student Marte Nygård på e-post martenygaard@gmail.com eller tlf: 99 79 13 39 om du ønsker å delta. Hører vi ikke fra deg på en stund, kan det hende at du får en ny henvendelse fra en av oss på e-post.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du lar deg intervju i 45-60 min. av masterstudent Marte Nygård. Intervjuene vil etter planen gjennomføres i løpet av vinteren og våren 2019 på et sted som passer begge parter. Nygård vil bruke opptaker under intervjuene.

Dersom du ønsker det, kan det legges til rette så du kan lese gjennom det som er ønskelig å sitere deg på. Hvis du etter intervjuet får behov for å snakke mer om dine opplevelser eller glemte å si noe eller du vil tilføye noe, vil du få muligheten til det.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Hvis du skulle ønske å trekke deg, kan du gjøre det ved å kontakte Marte Nygård (martenygaard@gmail.com, tlf: 99 79 13 39) på e-post eller telefon.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- ☒ Opptakene av intervjuene vil bli transkribert kort tid etter intervjuene. Det vil ikke fremkomme navn eller andre personopplysninger som kan knytte deg til opptaket. Opptakene slettes fortløpende når intervjuene er transkribert og transkripsjonene vil bli slettet når masteroppgaven er ferdig i juli 2020. Personer ved VID vitenskapelig høyskole som vil ha tilgang til dine opplysninger vil være masterstudent Marte Nygård, førstelektor Liese Recke og veileder av dette masterprosjektet, førsteamanuensis Kristin Briseid.
- ☒ Etter at opptakene er slettet vil transkripsjonene oppbevares på en passordbeskyttet laptop. Det vil bli brukt pseudonymer i transkripsjonene og i oppgaven.
- ☒ Anonymiserende tiltak i oppgaven vil, i tillegg til pseudonym, være forsøk på anonymisering av steder du snakker om hvor du har dine erfaringer fra.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juli 2020. Da vil alle dine opplysninger bli slettet med mindre det foreligger utvidede forskningsplaner. Da vil du i så fall bli kontaktet igjen i god tid angående det.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelige høyskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- VID vitenskapelige høyskole ved Kristin Briseid, kristin.briseid@vid.no, tlf: 22963735 eller Marte Nygård, martenygaard@gmail.com, tlf: 99791339.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kristin Briseid

Prosjektansvarlig

Marte Nygård

(Forsker/veileder)

(masterstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *negative erfaringer med rusbehandling*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juli 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide

Spørsmål 1:

Kan du beskrive noen negative erfaringer i behandling?

Spørsmål 2:

Hvilken sider ved behandling har gitt deg negative opplevelser?

Spørsmål 3:

I hvilken grad tror du at det er sider ved behandling som har ført til at du er blitt dårligere/har fått det dårligere?

Spørsmål 4:

Hva tenker du om begrepet «behandlingsskade» i rusbehandling?

Vedlegg 3: Godkjenning NSD

På grunn av forsinkelser i prosjektet, ble det på nytt vurdert to ganger av NSD med henhold til ny sluttdato. Godkjenningen er opprettholdt med ny sluttdato og informantene er informert om forlengelsen. Her er den siste meldingen fra NSD vedrørende godkjenning og ny sluttdato:

«Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 512726 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: NSD har vurdert endringen registrert 09.11.2020. Vi har nå registrert 01.07.2021 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger. De registrerte vil informeres om forlengelsen. NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til videre med prosjektet! Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)»

Godkjenningen med opprinnelig sluttdato 01.01.2020 er vedlagt under.



Kristin Briseid
Diakonveien 14
0370 OSL O

Vår dato: 05.07.2018

Vår ref: 61251 / 3 / H JT

Deres dato:

Deres ref:

Tilrådning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 22.06.2018 for prosjektet:

61251	Kan man ta skade av rusbehandling og i så fall hvordan
Behandlingsansvarlig:	VID vitenskapelig høgskole, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig:	Kristin Briseid
Student:	Marte Nygård

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i

Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 01.01.2020 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Dag Kiberg

Håkon Jørgen Tranvåg

Kontaktperson: Håkon Jørgen Tranvåg tlf: 55 58 20 43 / Hakon.Tranvag@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Marte Nygård, martenygaard@gmail.com



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 61251

FORMÅL

Formålet med studien er å forsøke å synliggjøre negative erfaringer med rusbehandling, som kanskje kan føre til videre forskning og til å identifisere sider ved rusbehandling som ikke er god og videre kanskje til en bedre utvikling av tjenestene.

UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget består av tidligere ruspasienter, alle over 18 år. De rekrutteres via en forsker som distribuerer informasjon og invitasjon til deltakelse på vegne av studenten.

METODE

Det gjennomføres personlige intervju med utvalget.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Du har opplyst i meldeskjema at utvalget vil motta skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet.

SENSITIVE PERSONOPPLYSNINGER

Personvernombudet vurderer at det fremgår sensitive opplysninger om helseforhold, og har derfor endret dette i meldeskjema.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet forutsetter at du behandler alle data i tråd med VID vitenskapelig høyskole sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet. Vi legger til grunn at bruk av privat pc er i samsvar med institusjonens retningslinjer.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Prosjektlutt er oppgitt til 01.01.2020. Det fremgår av meldeskjema/informasjonskriv at du vil anonymisere datamaterialet ved prosjektlutt. Anonymisering innebærer vanligvis å:

- slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel
- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder:

<https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>