

# **Den kronglete stien**

- en analyse av bevegelser og endringsprosesser  
i rehabilitering av brukere med  
rusmiddelproblemer

**Kari Elisabeth Fjærli**

Veileder: Jorunn Vindegg

Masteroppgave i familierapi og systemisk praksis MGFAM-H06  
Diakonhjemmets høgskole – 30. april 2010  
Avd. for etter- og videreutdanning

Antall ord: 27366 uten fotnoter, 28934 med fotnoter

## Forord

Mens jeg sitter og skriver på masteroppgaven, kommer jeg på en samtale som fant sted for over 20 år siden, i et friminutt på sosialhøgskolen. Noen unge studenter filosoferte over hva som førte til endring hos mennesker. En av studentene holdt et godt innlegg, om at en måtte regne med beskjedne forandringer etter 40 årsalderen. Jeg var enig. Det er noen år siden jeg passerte de 40, og jeg erkjenner at disse årene har medført en lang rekke endringer i mitt liv. Møtet med mange nye perspektiver gjennom masterstudiet har ført til mange små og store forandringer i tanke, mening og forståelse. På samme måte som at det ikke er mulig ”å ikke kommunisere” (Watzlawick et al 1967), har jeg for lengst erkjent at det heller ikke er mulig å ikke forandre seg. Et hvert møte med et menneske, en tekst, en film eller et kunststykke er unikt og fører til en forandring på en eller annen måte. Noen ganger er forandringen så liten at den er vanskelig å legge merke til, andre ganger er møtet så fortettet at jeg i ettertid vet hvor viktig det ble. Møtene med de ti informantene og litteraturen som er benyttet, har på ulike måter skapt forandring hos meg. Jeg er tilført ny forståelse og mening som gjør at jeg ikke er den samme etter disse møtene. I masterstudiet har jeg forsøkt å forene rusfeltets forskning med systemisk teori, om jeg har lyktes, får leserne bedømme.

En av brukerne brukte ”sti” som metafor, mens han levende forklarte om misbruket og sin vei ut av det. En sti er aldri lineær, den kan gå i sirkler, ha snublesteiner, være kronglete og nesten gjengrodd. Den kan også være bred, åpen og ha utsiktspunkter. En kan velge kjente stier eller en ukjent sti. Først når vi, etter turen, ser på kartet, ble ukjente stier kjente. For meg ble metaforen til overskrifter og verselinjer, som er benyttet i analysen.

Takk til min arbeidsgiver Oslo kommune, Rusmiddeletaten, som har gjort studiet mulig.

Takk til velvillige institusjonsledere som slapp meg til for å intervju.

Takk til dere som bor i institusjonene for å bli rusfri og som forklarte med et fargerikt språk  
hva dere tenker om forandring.

Takk til primærkontaktene for kloke betraktninger og for tilrettelegging av intervjuene.

Takk til alle som har lest og gitt nyttige innspill.

Takk til veileder Jorunn Vindegg for uvurderlig hjelp.

## Sammendrag

Masteroppgaven er en kvalitativ studie om endringsprosesser i rusfeltet. Empirien er hentet fra fem ulike rehabiliteringsinstitusjoner i Rusmiddeletaten, Oslo kommune. Disse institusjonene har som målsetting at brukerne skal være, og forbli, rusfrie. Fem brukere og deres fem primærkontakter er intervjuet.

Analysen er gjennomført ved hjelp av systematisk tekstkondensering, en tilnærming inspirert av Amando Giorgis fenomenologiske analyse. Forskningsspørsmålene som er belyst, er formulert slik:

*Hvordan opplever brukere i rusmiddelinstitusjoner endringsprosesser, og hvordan forstår og understøtter primærkontaktene endringene?*

*På hvilken måte bidrar brukerens og primærkontaktens forventninger til å skape og vedlikeholde endringsprosesser?*

Funnene viser at endring og forventning henger sammen gjennom gjensidig påvirkning. Brukerne beskriver et økende kontrolltap over misbruket, jo nærmere i tid de kom innleggelsen. Valget om å bli rusfrie var en prosess brukerne beskriver som å gå ”lei” av rusens konsekvenser. Empirien viser at særlig egne barn men også andre nære relasjoner har stor betydning for valget om å bli rusfri. Barnas betydning er uavhengig av om de har omsorgen, samvær eller for tiden ingen kontakt.

Brukerne framhever at det er viktig med rammer og kontroll under institusjonsoppholdet. Det skal ikke være anledning til å ruse seg inne på institusjonen. Bruker og primærkontakt trenger å ”tro” på hverandre og ha en felles allianse. Å ha tilstrekkelig lang tid er en sentral faktor for å kunne holde seg rusfrie. Tiden i institusjon brukes til å lære og mestre aktiviteter for å bli selvstendig og alminnelig. Brukerne har som mål å erstatte rusens tidligere funksjon og forstå og presentere seg på nye måter. Studien viser interessante nyanser i synet på totalavhold, ruskontroll og sanksjoner av rusepisoder, og hvilke ideologier og teorier som har innflytelse på de ulike synene.

Funnene i undersøkelsen er drøftet i forhold til teori og forskning om rus, avhengighet, identitet og endringsprosesser. Teoretiske inspirasjonskilder er fenomenologi, hermeneutikk, interaksjonistiske teorier, sosialkonstruksjonisme og systemisk teori.

# INNHOLD

<b>1</b>	<b>INNLEDNING OG VALG AV TEMA</b> .....	<b>5</b>
1.1	OPPBYGNING AV OPPGAVEN.....	6
1.2	BRUK AV BEGREPER.....	6
1.3	KONTEKSTEN FOR UNDERSØKELSEN – RUSFELTET.....	7
<b>2</b>	<b>TEORETISKE INSPIRASJONSKILDER OG UTGANGSPUNKT</b> .....	<b>9</b>
2.1	INSPIRASJON FRA FAMILIETERAPI OG SYSTEMISK TEORI .....	11
<b>3</b>	<b>TEORI OG FORSKNING OM RUS OG ENDRINGSPROSESSER</b> .....	<b>13</b>
3.1	HVORDAN KAN RUSMIDDELBRUK, MISBRUK OG AVHENGIGHET FORSTÅS	16
3.1.1	Essens eller sosial konstruksjon.....	16
3.1.2	Misbruk som et komplekst og multifaktorielt problem.....	19
3.2	ENDRING.....	21
3.3	IDENTITET VERSUS IDENTITETER.....	22
3.4	INSTITUSJONERS IDENTITETER.....	24
<b>4</b>	<b>METODE OG FRAMGANGSMÅTER</b> .....	<b>25</b>
4.1	FORSKNINGSETISKE BETRAKTNINGER OG TILLATELSER.....	26
4.2	EGEN ROLLE OG FORFORSTÅELSE.....	27
4.3	INTERVJUGUIDEN.....	28
4.4	UTVALGSPROSESSEN.....	29
4.5	GJENNOMFØRING OG TRANSKRIPSJON.....	30
4.6	ANALYSEN.....	32
<b>5</b>	<b>OPPSUMMERING OG TOLKNING AV FUNNENE</b> .....	<b>36</b>
5.1	STIER INN I MISBRUKET – ET BAKTEPPE.....	36
5.1.1	Forhold til rusen og rusmidlet.....	37
5.1.2	Oppvekst.....	39
5.2	STIEN BEGYNTE Å BLI ROTETE – OPPBRUDD.....	42
5.2.1	Når nok er nok.....	43
5.2.2	Skam.....	44
5.2.3	Utløsende hendelser.....	45
5.2.4	Forpliktelse, forsømmelse og fordømmelse.....	48
5.3	INSTITUSJONEN SOM MØTEPlass OG TRENINGSARENA.....	55
5.3.1	Alminnelig.....	55
5.3.2	Primærkontakten - en tilgjengelig alliert.....	57
5.3.3	Ruskontroll og ærlighet - en ”deal” med snublesteiner.....	60
5.3.4	Alternative stier.....	66
5.4	TIDENS MAGI.....	70
5.5	FORVENTNINGENS KRAFT.....	74
<b>6</b>	<b>EN SLUTTSATS - FORSTÅELSE AV ENDRINGSPROSESSER OG FORVENTNINGENS BETYDNING</b> .....	<b>77</b>
	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>80</b>
	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>92</b>

# 1 Innledning og valg av tema

Jeg har siden midten av 80- tallet arbeidet i rusfeltet og er nå ansatt i administrasjonen til Rusmiddeletaten i Oslo kommune. I mange år har jeg vært opptatt av hvordan brukere opplever behandling/rehabilitering og hva som fører til endring i rusmønsteret.

En del svar har jeg fått gjennom Rusmiddeletatens brukerundersøkelser. Undersøkelsene oppsummerer hvor fornøyde brukerne er med for eksempel forholdet til primærkontakten, samhandlingen, samtalene og aktivitetene. Gjennom disse standardiserte undersøkelsene har Rusmiddeletaten gyldiggjort brukernes opplevelser av hvordan det er å være i institusjon. Disse brukerundersøkelsene gir likevel ingen beskrivelse av mening, forståelse, erfaring, forventning eller endring hos brukerne noe jeg har blitt stadig mer nysgjerrig på å vite noe om. Jeg ønsket derfor å bruke arbeidet med masteroppgaven til å forstå mer av:

Hva er det som fører til at bruker tenker at han/hun skal forandre seg? Hvordan ble tanken om forandring til forandring? Hvilke forståelser om forandring bringer brukerne og primærkontaktene med seg inn i møtene med hverandre? Hvor kommer disse forståelsene fra og hvordan uttrykkes de? Er det gjennom språket og samtalen bruker forandrer seg? Spiller det noen rolle hvilke forventninger brukerne og primærkontaktene har til oppholdet og endringen?

Spørsmålene er blitt til følgende forskningsspørsmål:

*Hvordan opplever brukere i rusmiddelinstitusjoner endringsprosesser, og hvordan forstår og understøtter primærkontaktene endringene?*

*På hvilken måte bidrar brukerens og primærkontaktens forventninger til å skape og vedlikeholde endringsprosesser?*

Opgavens empiri er hentet fra fem ulike rehabiliteringsinstitusjoner. Disse institusjonene har som målsetting at brukerne skal være, og forbli rusfrie. Fem brukere og fem primærkontakter er intervjuet. Studien har som mål å tilføre noen nyanser og kunnskap til et felt der hovedbeskjeftigelsen er å arbeide med endringsprosesser. Jeg håper at mine analyser av informantenes meninger og teoretiske perspektiver, kan komme til nytte for brukere og ansatte i Rusmiddeletaten.

## 1.1 Oppbygning av oppgaven

Det resterende av kapittel 1 forklarer begreper og omtaler rusfeltet som er konteksten for studien. I kapittel 2 gjør jeg rede for teoretiske inspirasjonskilder og utgangspunkt med vekt på fenomenologi, hermeneutikk, systemisk teori og familieterapi. Kapittel 3 belyser teori og forskning om rus og om endringsprosesser. I dette kapittelet blir også de forskningsstudiene som benyttes i analysen, omtalt. Kapittel 4 handler om hvordan studien er gjennomført. Empirien og tolkningen av funnene presenteres i kapittel 5. Oppgaven avsluttes med kapittel 6 som er en kort oppsummering av funnene og synspunkter på hva det kan sees nærmere på.

For å øke oppgavens nytteverdi, er fotnoter benyttet for å gi utfyllende informasjon, samt forklare begreper som ikke forutsettes kjent for rusfeltet og/eller familieterapifeltet.

## 1.2 Bruk av begreper

Bruk av begreper og meningen vi legger i dem, bidrar til å konstruere en forståelse av et fenomen. Forståelsen av fenomenet rus er avhengig av situasjonen rusen sees i forhold til. Ord vi benytter for å beskrive relasjon til rusmiddelet, og navn på roller, er ikke uvesentlig. De ulike benevnelsene formidler mening, rolle og posisjon og er preget av diskurser<sup>1</sup>.

I denne oppgaven defineres rusmidler som alkohol og alle narkotiske stoffer som i Norge er klassifisert som narkotika<sup>2</sup>, samt legemidler som tas i den hensikt å oppnå rus eller dempe abstinenser.

Begreperne *rusmiddelmisbruk* og *avhengighet* benyttes om problematisk eller skadelig bruk av rusmidler, samt den bruken som omfattes av diagnosekriteriene i diagnosesystemet ICD 10<sup>3</sup> og i DSM IV. I hovedsak benyttes begrepet rusmiddelmisbruk fordi det er det informantene

---

<sup>1</sup> **Diskurs** kan forstås som meningsramme og er ”en samling språklige begreper og formuleringer som benyttes innenfor en gitt kultur, et kollektiv eller en del av et fagfelt for å beskrive virkeligheten”. Foucault knyttet dette til definisjonsmakt, mao den som har definisjonsmakt, har også makt til å definere virkeligheten (Jensen 2009:195).

<sup>2</sup> **Narkotikalistene:** I Norge administrerer Statens Legemiddelverk en narkotikaliste jf. FOR 1978-06-30 nr 08: Forskrift om narkotika m.v. Det som er ført på listen, er narkotika (Sosial og helsedirektoratet 2004).

<sup>3</sup> **ICD-10** (International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> edition) er det europeiske diagnosesystemet og mest brukt i Norge, mens **DSM IV** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) er det amerikanske (Helsedirektoratet – ICD 10, Allpsych – DSM IV).

selv bruker som begrep. Dette begrepet benyttes mest i det kommunale rusfeltet. Begrepene utdypes under punkt 3.1.

Benevnelsen *bruker* benyttes om den som er innskrevet i institusjonen, og *primærkontakt* om den ansatte som har hovedansvar for denne brukeren. Benevnelsen primærkontakt benyttes i de fleste av institusjonene. I intervjuene framkommer det at de fleste brukere omtaler seg selv som beboer, se punkt 5.3.1. Brukere er imidlertid det begrepet som benyttes mye i rusfeltet.

*Institusjon* benyttes som begrep på alle døgnvirksomheter.

### **1.3 Konteksten for undersøkelsen – rusfeltet**

Den første institusjonen for behandling av alkoholmisbrukere i Norge kom i 1909. Institusjonene ble i stor grad drevet av avholdsorganisasjoner og religiøse organisasjoner. I 1949 kom selvhjelpsgruppene til Anonyme Alkoholikere (AA) til Norge, inspirert av tilsvarende grupper i USA. Det ble etter 1950 etablert flere klinikker som bygget på AAs alkoholisme-/sykdomsteori (Alcoholics Anonymous 1939). I de fleste private organisasjonene sto tanken om totalavhold sentralt. Flere av dagens institusjoner er preget av ideologier fra disse organisasjonene. Parallelt med de private institusjonene ble det opprettet avrusning og behandling i offentlig sykehus (Fekjær 2004). Den moderne behandlingen av narkotikamisbruk begynte med at Statens klinikk på Hov i Land i 1961 åpnet for å ta inn ungdom. Det første bo- og arbeidskollektivet ble etablert med Solliakollektivet i 1970. Bo – og arbeidskollektivene oppsto som et alternativ til sykehusbehandling, som mange mente ikke fungerte for de unge misbrukerne (Fekjær 2004).

Rusfeltet i Norge har vært preget av flere ansvarsreformer. Ansvar for rusmiddelmisbrukere har vekslet mellom kommune og fylke eller stat/helseforetak. I 2004 ble deler av rusfeltet overført fra sosiale tjenester til spesialisthelsetjenester. Innenfor spesialisthelsetjenesten ser en på utredning og diagnostisering som en viktig forutsetning for et forsvarlig behandlingsarbeid. Rusfeltet, som ble overført til spesialisthelsetjenesten, er dermed blitt mer preget av helsefagene. Den delen av rusfeltet som ble igjen i kommunene, er fortsatt hjemlet som sosiale tjenester. Sosialt arbeid og sosialpedagogikk er sentralt for teori og metode i de kommunale institusjonene. Både brukere og ansatte har i mange tilfeller vært innlagt eller

arbeidet ved flere typer institusjoner. Det fører til at de kan bære med seg meninger, forståelser og oppfatninger til det neste oppholdet/arbeidsstedet. I mange av institusjonene forenes ulike syn i form av en eklektisk<sup>4</sup> tilnærming i det praktiske rehabiliterings- og behandlingsarbeidet.

Utvalget til denne undersøkelsen er gjort innefor Rusmiddeletaten kommunale og private rehabiliteringsinstitusjoner. Rehabiliteringsinstitusjonene mottar brukere som kommer fra behandling i spesialisthelsetjenesten, og brukere uten behandling i forkant. Begrepet rehabilitering er flertydig, og institusjonene er ulike i innhold, ramme og teoretisk ståsted. Enkelte institusjoner minner mer om hybelhus/boligtiltak med tilsyn, hvor brukerne, mye av tiden, er utenfor huset på arbeid/sysselsetting eller skole. Andre institusjoner forutsetter at brukerne er på institusjonen og har ulike aktiviteter og behandling på dagtid.

Rehabiliteringsinstitusjonene baserer sitt arbeid på forståelse av rehabilitering gitt i stortingsmeldingen om ”*Ansvar og meistring*”. Der forstås rehabiliteringsarbeid som innsatser og prosesser hvor samhandlingen mellom ansatte og brukere skal styrke brukerens egeninnsats og selvforståelse, for å oppnå best mulig mestrings- og funksjonsnivå (St.meld. nr. 21 (1998-99):10). En alminnelig oppfatning i rusfeltet er at det er nødvendig å holde et parallelt fokus på brukernes forhold til rusmidlet, og på de øvrige forandringsprosesser. Rusmestring muliggjør meistring av øvrige rehabiliteringsmål (Helsedirektoratet 2010:65), og meistring av rehabiliteringsmål kan gi rusmestring. Rehabiliteringsinstitusjonene krever derfor at brukerne ikke benytter rusmidler inne på institusjonene, alle institusjonene sanksjonerer rusepisoder på en eller annen måte. Det er ulikt om rusepisoder, under oppholdet eller på permisjon, er utskrivningsgrunn.

Primærkontaktene i disse institusjonene har ansvar for tre til ti brukere avhengig av hvor tett oppfølging brukerne får. De har primæransvaret for oppfølgingen av brukeren og har minimum en oppfølgingssamtale med bruker pr. uke. Innholdet i oppfølgingssamtalen varierer fra samtaler om det praktiske rundt brukers mål, til samtaler lik en terapissamtale.

---

<sup>4</sup> **Eklektisk:** Prinsippet om å blande begreper, termer, synsmåter, metoder ut fra ulike teoretiske ståsteder. (Egidius 2000). Problemet med en eklektisk tilnærming er at en kan tro at en forstår og mener det samme om et begrep eller metode, fordi en ikke tar tilstrekkelig hensyn til at ulike profesjoner og personer forstår begreper ut fra sitt verdi- og vitenskapssyn, diskurser og forståelser.



## 2 Teoretiske inspirasjonskilder og utgangspunkt

Jeg har latt meg inspirere av tanker fra fenomenologi og hermeneutikk. Perspektivene er blitt sentrale for den metodologiske forståelsen og for analysen. Innenfor familierapien er sosialkonstruksjonisme og systemisk teori en del av grunnlagsforståelsen. Dette er oppgavens forståelsesramme sammen med andre interaksjonistiske teorier og teorier fra rusfeltet.

I fenomenologiske undersøkelser rettes oppmerksomheten mot verden slik den konkret oppleves, framstår og erfares fra et subjektperspektiv (Solem mfl. 2008:98). Fenomenologiens kjennetegn er at teorier bygges opp nedenfra for å studere hva folk faktisk gjør, hvordan de forstår, reflekterer og gir mening til sine handlinger (Langdridge 2006, Solem mfl. 2008). Innenfor fenomenologien er det ikke viktig om det finnes en virkelig verden utover våre opplevelser. Det viktige er hva vi har tilgang til. Persepsjoner er det eneste vi kan undersøke, som for eksempel opplevelse av rus, frykt eller tap. Forenklet kan fenomenologi kalles erfaringsvitenskap (Langdridge 2006:269).

Fenomenologien har sine røtter i fenomenologisk filosofi hvor opprinnelsen knyttes til Edmund Husserl (tyske filosof, 1859-1938). Husserl brukte begrepene *intensjonalitet*, *noema* og *epoché* (Langdridge 2006). *Intensjonalitet* innebærer at bevissthet alltid er noe. Jeg vil alltid ha en opplevelse av noe som samsvarer med objektet for den opplevelsen. Bevisstheten eksisterer ikke i et tomrom. Jeg ser former og farger, kjenner smerte og trøtthet (Bartveit og Kjærstad 1996). Fenomenologer anerkjenner dermed ikke menneskesinnet som noe som kun er inne i oss. Fokus er på det som skjer mellom mennesker, og mellom mennesker og verden (Langdridge 2006). Husserl var opptatt av hva som erfares og hvordan det erfares, og benyttet begrepet *noema*. *Noema* går utover det objekt vi faktisk sanser, og er den samlede sum av meninger vi knytter til et objekt (Ariadne 2009). Husserls begrep *epoché* kan forstås som å sette noe i parentes. En forsøker å frigjøre seg fra forutinntatte idéer om det som undersøkes. Det er viktig å få tak i førstehåndsbeskrivelser av livserfaringer. Utfordringen er å la fenomenet opptre i bevisstheten som om det var første gang (Ariadne 2009, Langdridge 2006:272). Det er ulike syn innenfor fenomenologien om dette er mulig. I denne studien har det verken vært mulig eller ønskelig å legge til side all min forforståelse.

Det hermeneutiske perspektivet beveger seg ut over opplevelses nivået i fenomenologien (Myhra 2008:10). I hermeneutikken er forforståelsen en del av fortolkningen (Gustavsson 2004:498). Hans Georg Gadamer (tysk filosof, 1900-2002) og Paul Ricoeur (fransk filosof,

1913-2005) regnes som sentrale blant de nyere hermeneutiske teoretikere (Gilje og Grimen 1993). Hermeneutikken har fokus på språk og tolkninger. Tolkning ses på som en uunngåelig del av det å forstå et fenomen. Et sentralt begrep er den hermeneutiske sirkel som peker på forbindelsen mellom det vi skal fortolke, forforståelsen og den sammenhengen eller konteksten det skal fortolkes i (Gilje og Grimen 1993:153). Delene må med andre ord forstås ut fra helheten, og helheten ut fra delene i en stadig vekselvirkning (Ariadne 2009). I likhet med fenomenologien legger hermeneutikken vekt på begrepene *livsverden* og *horisont* (Gustavson 2004:500). Vi er alltid i en livsverden hvor vi henter vår hverdagslige livsforståelse. Den er alltid begrenset av en horisont som utgjør grensen og omfanget for vår oppfatning (ibid). Hermeneutikken og fenomenologien bindes sammen gjennom arbeidet til Martin Heidegger (tysk filosof 1889-1976). Han var en av dem som utviklet den fenomenologiske tradisjonen til hermeneutikk. En måte å se denne relasjonen på, er at hermeneutikken tolker og søker forståelse, mens fenomenologien søker kunnskap om selve fenomenet (ibid).

Når det gjelder rusmiddelmissbrukere, er fenomenologisk forståelse av *tid* og *kropp* nyttig. Informatene i studien har flere utsagn om *tid* som kan forstås i et fenomenologisk perspektiv. Fenomenet *tid* er sentralt i fenomenologien. Ikke som fysisk tid (klokketid), men fordi menneskets erfaringer utfolder seg i tid. Heidegger ser den menneskelige væren i lys av tiden (Heidegger 2007). Heidegger brukte begrepet *historisitet* som gjør at mennesket kan strekke seg ut, både i fortid og framtid. Ricoeur er inne på noe av det samme når han beskriver den enkeltes oppfatning av tid som tredelt. Det skilles mellom nået, fortid og framtid. Nået har ingen utstrekning. Når en hendelse har skjedd, er nået blitt fortid, fordi det nåtidige har blitt noe annet. Fortidens erfaringer forandres etter hvert som en får nye erfaringer. Framtid er forventning om hva som skal skje i lys av nået (Ricoeur 1984, Moe 2001). I dette ligger det også et potensial, et endringshåp. Maurice Merleau-Ponty (fransk filosof, 1908 – 61) forstår mennesket som et kroppslig *jeg* som står i en sanselig interaksjon med verden, og verden er bare tilgjengelig for oss gjennom kroppen vår (Merleau-Ponty 1994, Thommesen 2008:14). Det understreker at vi ikke bare *har* kropp, men vi *er* kropp (Nyeng 2006:145). Den enkelte er gjennom kroppen både et subjekt og et objekt. Vi ser og blir sett, berører og blir berørt, beveger og blir beveget. Kroppen er dermed en del av oss og vår identitet. Kroppens språk er like gyldig som talens språk og gir et sanseoverskudd som ordene ikke representerer. Et sentralt poeng for Merleau-Ponty er at kropp og følelser må betraktes kontekstuellet. I gitte

kontekster gir kroppen informasjon og erfarer, før vi klarer å sette ord på eller reflektere over det som skjer (Bengtsson og Løkken 2004:563, Thommesen 2008:14, Larsgaard 2009:48).

## 2.1 Inspirasjon fra familierapi og systemisk teori

Familierapien er opptatt av tilnærminger som anerkjenner og understøtter brukernes egne opplevelser. Den virkelighet og mening vi tillegger oss selv, sammen med erfaringer og begivenheter, er interaksjonelle fenomener. Språket er produktivt, tilfører våre liv og verden orden og mening og tilbyr sosial deltagelse. Kunnskap blir til i vårt forhold til andre. I en slik forståelse kommer kunnskapen til uttrykk og skapes i språket og i våre daglige handlinger (Anderson 2003). Den amerikanske psykologen Harlene Anderson og den norske psykiateren Tom Andersen knytter sammen hermeneutikken og sosialkonstruksjonismen. Det er gjennom språket og samtalen vi skaper vår virkelighet. Virkelighet konstrueres gjennom kollektive oppfatninger (Anderson 2003, Andersen 2005). Forståelse bygger på fortolkning.

Sosialkonstruksjonistisk<sup>5</sup> tenkning har som grunnleggende idé at alt vi regner som virkelig, er sosialt konstruert (Gergen og Gergen 2005:9). Dette betyr ikke at det nødvendigvis stilles spørsmålstegn ved om det finnes en fysisk virkelighet som kan sanses og måles, men at mennesket ikke reagerer direkte i forhold til denne virkeligheten. Vi tolker virkeligheten gjennom språklige kategorier og erfaringer (Berger og Luckmann 1966/1992, Thommesen 2008:29). Det er dermed språket som blir verktøyet til endring (Syrstad 2008:15). De sosiale konstruksjonene blir til gjennom samhandling med andre i en gitt kultur. Vi danner mening, perspektiver, hypoteser mv uten at dette kalles objektive sannheter (Gergen og Gergen 2005, Lundby 1998). Med denne tenkningen er ikke spørsmålet om hvilken tilnærming som er best, av interesse, men hvilken som passer best for hvem (Sundet 1993). I et slikt perspektiv anerkjennes bruker som den fremste ekspert på egne opplevelser (Ulvestad mfl. 2007, Blichfelt 2008). Dette kan gjøres ved å innta en ”ikke –vitende” posisjon. Denne posisjonen betyr at behandler ikke kan vite hvordan noe oppleves eller hva disse opplevelsene har betydning for bruker, før det blir fortalt (Anderson og Gooloshian 1992, Anderson 2003:176, Bagge 2007:113,119). Behandler skal kunne bidra med ekspertise på hvordan en god samtale bør

---

<sup>5</sup> **Konstruktivistisk og sosialkonstruksjonistisk** benyttes noe om hverandre. Felles for perspektivene er at vi utvikler hypoteser og antakelser om fenomener i verden som gir mening for oss, uten at dette kan kalles objektive sannheter. Sosialkonstruksjonismen legger til at disse konstruksjonene blir til gjennom samhandling med andre, gjennom språket og i en gitt kultur (Berger og Luckmann 1966,1992, Gergen og Gergen 2005:7,9, Larsgaard 2009:9, Lundby, 1998 og Anderson, 2003).

være (Anderson 2003:188), teorier, forskning og forklaringer på hvorfor noe skjer (Skog 2006:209).

Med inspirasjon fra fenomenologi og sosialkonstruksjonisme er det interessant å utforske hvordan den enkelte opplever og konstruerer sin virkelighet, og hvordan denne virkeligheten har innvirkning på deres liv og selvforståelse (Thommesen 2008:29). Dette er viktige perspektiver i neste kapittel, som gir et innblikk i teorier og forskning om rus og endringsprosesser.

### 3 Teori og forskning om rus og endringsprosesser

I dette kapittelet presenteres teori og forskning om endring og ulike syn på rusmiddelbruk, misbruk og avhengighet.

I rusfeltet er det et stort omfang av internasjonale studier om effekt av ulike behandlingstiltak. I 2003 utkom en norsk oppsummering av forskning på rusfeltet (NOU 2003). Denne oppsummerte det en så langt visste om omfang og negative konsekvenser ved bruk av rusmidler og om effekt av behandling. NOU 2003 var basert på en svensk kunnskapoppsummering (SBU 2001), studier fra internasjonale litteratursøk i databasen Cochrane Library, samt noen norske enkeltstudier (NOU 2003:kap 6). Disse studiene er i hovedsak kvantitative og vurdert etter evidensgrad<sup>6</sup>. Effektstudier har fokus på spørsmålet om hvilken behandling som gir best effekt. Disse studiene inkluderer i liten grad opplevelse og mening, og har dermed begrenset relevans for denne studien. Rusforskning har i mindre grad dreid seg om hvordan en kan endre rusvaner, på hendelser og situasjoner som påvirker valget, og på hva som utløser endringer (Blomqvist og Christophs 2005).

Brukerne og primærkontaktene i min undersøkelse forteller om behovet for at oppholdet i institusjonen varer over lang tid. Flere studier har undersøkt om tid spiller en rolle for utfallet av behandlingen (Bergmark et al 1994, Fridell 1996, Fridell mfl. 2008, Lie 1999, Melberg mfl. 2003, Moos mfl. 1999, Nasjonalt kunnskapssenter 2009, Ravndal og Vaglum 1995, Ravndal mfl. 2005, Sellman 2009). Studiene viser ikke noe entydig om hvilken effekt ulik behandlingens lengde har overfor ulike grupper. Enkelte studier viser at langtidsbehandling har størst effekt for stoffmisbrukere (Fridell mfl. 2008, 1996, Ravndal mfl. 2005). Nasjonalt kunnskapssenter fant at de med langvarig avhengighet til alkohol, hadde større effekt av langtidsbehandling enn kortidsbehandling. De fant også at økt intensitet i behandlingen og tilfredshet med tjenestene økte graden av fullført behandling, som igjen er relatert til positive

---

<sup>6</sup> **Evidensgrad:** De store metastudiene i rusfeltet har gradert studiene de oppsummerer etter evidensgrad hvor randomiserte kontrollerte studier (RCT) er høyest gradert og omtales som "gullstandard". Studier med høy evidensgrad er ofte godt egnet når en studierer medikamentell behandling og manual/prosedyrebasert behandling, men har klare begrensninger i forhold til psykososiale behandlingsformer. Det har vært og er en pågående fag- og forskningsdebatt rundt denne måten å oppsummere kunnskap på. Kritikken er bl.a knyttet til faglige og etiske problemer med bruk av kontrollgrupper i RCT studier og metodens begrensning i forhold til komplekse tiltak eller intervensjoner (Ekeland 2009). De strenge inklusjonskriteriene i kunnskapoppsummeringer/metastudier fører ofte til at en utelukker studier som kunne gitt viktig kunnskap (Ekeland 2009, Jensen 2006, Melberg 2002, Ravndal 2006). Få nordiske studier tilfredsstiller kravene og det betyr at en mister studier fra egen kultur.

utfallsmål (Nasjonalt kunnskapssenter 2009:17). I artikkelen *"The 10 most important things known about addiction"* framkommer det at endring av rusvaner tar lang tid fordi misbrukeren skal endre hele sitt livsmønster. Tid i denne sammenhengen knyttes til hele behandlingsforløpet og kan inneholde ulike tiltak (Sellman 2009:10).

Det er flere studier som har berøringspunkter med problemstillingen og funnene i min undersøkelse. Arne Kristiansen har i sin doktoravhandling i sosialt arbeid skrevet om narkotikamisbrukere og endring. Rusmiddeletaten gjennomførte en kvalitativ studie med 15 tidligere misbrukere hvor de benyttet Kristiansens intervjukjema (Kristiansen 2000, Stuen mfl. 2004). Professor i sosiologi Jan Blomqvist har gjennomført en rekke studier om ulike måter å forstå misbruk på, og om hvordan bryte med misbruket (Blomqvist 2003, 2009, Blomqvist og Christophs 2005, Blomqvist mfl. 2007). Studiene *"Vägen ut"* og *"Exitprosesser och empowerment"* har sett på hva som fører til oppbrudd fra prostitusjon og kriminalitet (Hedin og Månsson 1998, Hedin mfl. 2006). *"Vändepunkter och förändringsprosesser"* er en treårig oppfølgingsstudie om ungdom med problemer i forhold til rus og kriminalitet. Studien viser hvilken betydning nye aktiviteter hadde for utvikling av nye identiteter og nye måter å presentere seg på (Berglund 2007). Professor i pedagogikk Håkan Jenner har vært opptatt av hvordan forventningseffekt og motivasjon virker inn på behandlingen (Jenner 2003, 2004). I disse studiene finnes det noen fellesfaktorer: Behandling som lykkes, har stemt godt med det brukerne presenterer som sine behov, sine erfaringer og forutsetninger. Personalet har vist engasjement, vært troverdig og har møtt brukerne med respekt. Institusjons-/behandlingsmiljøet har vært rusfritt. Studiene peker på store individuelle variasjoner, men oppsummerer at de fleste brukerne trenger lange forløp. Ulike "drivkrefter" og påvirkning fra omgivelsene virker inn på endringsprosessene.

Alin Topor og Marit Borg har begge undersøkt bedringsprosesser for personer med psykiske lidelser. De er opptatt av de prosessene som fører til vendepunkter. De skriver at bedring er knyttet til en aktiv prosess, hvor en treffer valg og begynner sin egen reise (Topor 2004, Borg 2007). Topor er særlig opptatt av hva som skaper håp og når beslutninger om endring tas (Topor 2004). I Borgs studie fokuseres det på behovet for å være aktør i eget liv og hvor viktig hverdagsprosesser er for bedring. De vanlige samfunnsarenaene ga de beste vilkårene for å prøve seg og å ta utfordringer. Dermed er disse arenaene særlig egnet for bedring og endringsprosesser (Borg 2007, Borg 2009:458).

Astrid Skatvedt har i sin doktoravhandling lagt vekt på ”*alminnelighetens potensial*” for endring. Hun tar utgangspunkt i avvikssosiologiens stemplingsteorier, og mener at misbrukere gjennom det hverdagslige samværet på en institusjon for stoffmisbrukere kan ”*re-stemples*”. Dette fordi de ansattes handlinger betraktes som menneskelige i det hverdagslige, og ikke noe de gjør for å være gode terapeuter. Dermed blir det hverdagslige samværet mer autentisk. Dette ble for misbrukeren en identitetsskapende opplevelse bort fra rusidentiteten, til en følelse av å være et alminnelig menneske (Skatvedt 2008). Hanne Thommesen har studert misbrukere med psykiske lidelser. Hun er opptatt av hvordan samfunnets nøkkelfortellinger om rusmiddelmissbruk oppleves. Brukerne oppfatter seg som ”*brennmerket*” og rusmiddelmissbruket sees på som noe selvforskyldt. Thommesen gir også et bidrag til hvordan de opplever sine psykiske vansker som et ”*tankekjør*”, og om hvordan rusen gir ro (Thommesen 2008).

De svenske forskerne Gunvor Andersson, Maria Bangura Arvidsson, Karin Trulsson og Bodil Rasmusson har forsket på misbruk og foreldrerollen. I artikkelen ”*Missbrukande föräldrar*” beskriver de hvilke forventninger misbrukeren, velferdsinstitusjonene og samfunnet har til mors- og farsrollen, og hvordan det oppleves å ikke fylle disse rollene (Andersson mfl. 2006). Bangura Arvidsson har undersøkt ulike bilder av farsrollen i sosialt utsatte familier, og Trulsson har sett på morsrollen hos rusmiddelmissbrukende kvinner (Bangura Arvidsson 2003, Trulsson 2003). Disse fire viser til Anette Skårner som har forsket på familiens og nettverkets betydning for å bli rusfri (Skårner 2001, 2009). Flere av deres funn har likhetstrekk med funn i min studie.

Studier innenfor psykoterapi er relevant å trekke inn i forhold til endringsprosesser. Disse studiene oppsummerer virksomme felles elementer i psykoterapi (Grencavage og Norcross 1990, Lambert 1992, Hubbel mfl. 1999). Dette er relasjonen mellom klient og terapeut (30%), spesifikke metoder (15%), placebo, tro, håp, forventning (15%) og andre faktorer/utenomterapeutiske forhold (40%) (Lambert 1992). Den norske boka ”*Klienten – den glemte terapeut*” bygger sin tenkning på Barry Duncans<sup>7</sup> arbeid. Han skriver i forordet til boka at det som best predikerer gjennomføring og bedring, er brukers egen vurdering av samarbeid med behandler, og brukers opplevelse av tidlig framgang i behandlingen (Duncan 2007).

---

<sup>7</sup> **Barry L. Duncan** er sentral i utviklingen av klient- og resultatstyrte arbeidsmåter i terapi (KOR). Tilnærmingen er tatt i bruk i mange fagmiljøer, bl.a familievernet og ruspoliklinikker, og er utviklet av Duncan, Scott Miller og deres kollegaer ved Institute for the Study of Therapeutic Change i USA (Duncan 2007).

John Norcross har oppsummert at kvaliteten på den terapeutiske relasjon er langt mer avgjørende enn terapeutisk metode (Norcross 2002, Rønnestad 2009:559). Michael H. Rønnestad skriver at det er liten forskjell i terapiformer, men stor forskjell mellom terapeuter (Rønnestad 2008:450). Per Jensen påpeker at en intervensjon i seg selv ikke er virksom eller uvirksom. Metode blir ”noe” sammen med den som bruker den (Jensen 2009:199). Disse studiene viser at alliansen mellom terapeut og klient er bestemmende for utfallet (Jensen 2006:98, Høglend 1999:258). Alliansen kan forstås som positive følelsesmessige (affektive) bånd mellom klient og terapeut, som at de gjensidig liker hverandre, stoler på hverandre, respekterer hverandre og bryr seg om hverandre. Alliansen omfatter også de kognitive aspekter ved terapiforholdet, som enighet om og forpliktelse til målene for terapien, samt en felles forståelse av hvordan målene kan nås (Sundet 2007:312, Fjærli 2008:19).

### **3.1 Hvordan kan rusmiddelbruk, misbruk og avhengighet forstås**

I rusfeltet har det vært vekslende syn på hva bruk, misbruk og avhengighet er, og hva som er årsaken til misbruk og avhengighet. Uansett hvilket begrep som anvendes, eller hvilket navn et fenomen gis, er det en tolkning av situasjonen og en punktuering<sup>8</sup> (Jensen 1994:60). Bruk av begrepet rusmiddelmisbruk er først og fremst et normativt begrep (Skog 2006) som signaliserer at den berørte har en livsførsel som ikke er i overensstemmelse med samfunnets normer (Järvinnen og Mik-Meyer 2003:12, 2005:42). Normer er knyttet til skillet mellom legal og illegal bruk av rusmidler. Dette gjør bruk av narkotika, også i et juridisk perspektiv, til misbruk (Thommesen 2008:175). I de siste årene har begrepet avhengighet vært mest benyttet. Dette kan sees i sammenheng med at deler av feltet har blitt en del av medisinen.

#### **3.1.1 Essens eller sosial konstruksjon**

Det er flere måter å forstå rusmiddelmisbruk på. Blomqvist forklarer fenomenet misbruk ved å trekke en skillelinje mellom essensialistisk og sosialt konstruerte perspektiver.

---

<sup>8</sup> **Punktuering:** Begrepet brukes innenfor kommunikasjonsteori om hvordan vi velger ut sekvenser og historier for å forstå. Når vi punktuerer, vil det si at vi forstår noe som opphavet eller utgangspunktet til noe annet. (Hårtveit og Jensen 2004:90).



Med essensialistisk perspektiv menes at misbruk/avhengighet er mulig å skille ut som en felles ”kjerne” eller essens, som kan gis en pålitelig diagnose eller forklaring (Blomqvist 2009). Essenstanken innebærer at mennesket trer inn i en ”ferdig” verden. Mennesket har en plass og orden. Individets liv er allerede tilrettelagt eller forutbestemt (Schibbye 2002:23). Denne tenkningen finnes innenfor flere retninger, men er sterkest innenfor en retning som betegnes med ulike navn som ”alkoholismeteorien” (Fekjær 2004:29) og ”den folkelige sykdomsmodellen” (Roizen 2004, Blomqvist 2009). Denne teorien og alkoholismebegrepet<sup>9</sup> ble framtrødende i perioden 1930-50 og innebærer at:

a) Det finnes et medfødt skille mellom avhengige og ikke avhengige. Dette skillet handler om at b) noen har en overømfintlighet overfor rusmidler. Det fører til ”tenning”/”sug” eller avvikende reaksjoner (aggresjon, seksualisert atferd eller lignende) ved inntak av selv små mengder av rusmidlet. ”Tenning”/”sug” fører til problemer med å stoppe inntaket. Dette gir c) skadelige rusvaner som er progressive og irreversible. De forverres med årene og har et forløp som den rammede ikke kan styre. Dette kan kontrolleres, men ikke helbredes. Kontrollen d) innebærer at et livsvarig totalavhold er nødvendig (Fekjær 2004:30-31, Blomqvist 2009:17, Fridell 1996:166-67). Både Blomqvist og den norske psykiateren Hans Olav Fekjær viser til at denne tenkningen har fått oppslutning, fordi den dempet det moralske synet på rusproblemer, og den var hensiktsmessig å tro på (Fekjær 2004:30, Blomqvist 2009:18). Det reises kritikk mot alkoholismeteorien fordi den fritar politikere og andre fra å se rusproblemer i relasjon til rusmidlers tilgjengelighet, fattigdom, marginalisering, stress, mv.

Et slikt essensialistisk perspektiv finnes i større eller mindre grad i flere modeller innenfor rusbehandling i dag. 12 – trinnsmodellen, som har tatt opp i seg Anonyme Alkoholikeres (AA) syn og utviklet en behandlingsmodell, er en av de mest kjente. Et skille mellom AAs - 12 trinnsbehandling og andre sykdomsmodeller er den religiøse dimensjonen som presenteres som ”*Gud, slik vi selv oppfatter Ham*” (Alcoholics Anonymous 1939). I 12 - trinnsmodellen er erkjennelse, syndsbejennelse og anger sentralt (Enguist 2009, Fridell 1996). Et annet skille er en sterkere betoning av at individet *er* alkoholiker/narkoman mer enn *har* eller *gjør* alkoholisme/rusmiddelmissbruk (Fridell 1996, Levin og Trost 2005:18). Den amerikanske

---

<sup>9</sup> **Alkoholismebegrepet** ble lansert av den svenske legen Magnus Huss, som i 1849 beskrev konsekvensene av drikking, og kaller det alkoholisme (Huss 1849). I 1935 brukte Bill Wilson begrepet, men da som en betegnelse på stordrikkere. Han stiftet Anonyme Alkoholikere (AA) (Fekjær 2004:29).

antropologen og biologen Gregory Bateson<sup>10</sup> forsvarte også AA og deres syn på alkoholisme. Bateson var opptatt av noe han omtaler som ”myten om selvkontroll”, og hadde en pragmatisk tilnærming til metaforen om alkoholisme som sykdom. Når metaforen om sykdom erfares som virkelighet for en selv, gis den enkelte et handlingsrom til å endre sitt liv (Bateson 1971/72:313, Ølgaard 2004:229, 236). Bateson var imidlertid opptatt av at det syn som AA representerer, er innlært i en vestlig kontekst og skal forstås ut fra denne kulturen (Ølgaard 2004:237). Tanken om at totalavhold er nødvendig for varig rusfrihet, står sterkt i mange behandlingsmodeller og har røtter i alkoholismeteorien.

Blomqvist omtaler sitt konstruktivistiske syn på rusproblemer som ”myk” konstruktivisme. I dette perspektivet sees det ikke bort fra at det eksisterer menneskelige problemer eller dilemmaer. Dette synet forsøker å identifisere fenomener ved å se på hvordan de defineres, redefineres og håndteres avhengig av ulike sosiokulturelle forutsetninger. Menneskers rusmiddelvaner, konsekvensen av ulike forbruksmønstre og definisjonen av avvik forklares, behandles og er sterkt influert av tradisjoner og normer som varierer med samfunnsforhold, kultur, historisk periode, klasse, kjønn og alder. Problemene må analyseres, forklares og behandles i den sosiale konteksten og i den enkeltes livsverden (Blomqvist 2009:19). Tilsvarende syn har den norske sosiologiprofessoren Ole-Jørgen Skog, som skriver at rusopplevelser og rusatferd er en blanding av sosial konstruksjon og menneskers fysiologi. Han påpeker at med en tilstrekkelig høy konsentrasjon av alkohol i blodet, vil en person uansett ikke kunne opptre som edru (Skog 2006). Denne formen for ”myk” konstruktivisme imøtegår kritikken om at et sosialkonstruksjonistisk syn på rusproblemer er en form for ”sosiologisk” reduksjonisme, eller en manglende erkjennelse av at mennesket er en del av naturen (Høysten 2008, von der Fehr 2008:14).

Våre tanker, følelser og handlinger har et biologisk substrat. Det betyr at hjernen er et komplekst system av nevroner som det sendes kjemiske signaler mellom. Enhver mental tilstand svarer til en fysisk hjernetilstand og vise versa. Et særpreg ved rusmiddelbruk er at det inntas et kjemisk middel som påvirker hjernens signalsystem direkte eller indirekte, og som igjen gir visse fysiologiske betingede opplevelser (Skog 2006:158). Det er en viss uenighet om i hvilken grad rus symptomene er rene farmakologiske effekter, eller om det er innlærte

---

<sup>10</sup> **Gregory Bateson** regnes som en av de fremste premissleverandørene for de grunnleggende idéer innenfor kommunikasjonsteori og familierapi (Hårtveit og Jensen 2004).

forventningseffekter. Det er likevel enighet om at inntas rusmidler i store mengder, vil virkningen av de ulike rusmidlene ha visse fellestrekk på hjerne, åndedrett og lever. Inntas rusmidler i et visst omfang og hyppighet, kan det oppstå både toleranseøkning<sup>11</sup> og abstinenssymptomer. Abstinenssymptomer kan oppleves som alt fra fravær av velvære til nedstemthet, søvnproblemer, apati, kramper (Skog 2006).

I følge diagnosesystemet ICD – 10 er verken toleranseøkning eller abstinenssymptomer, som er biologiske mekanismer, nødvendige eller tilstrekkelige for at det skal foreligge en avhengighetsdiagnose. Det må derimot være minst ett av de atferdsmessige fenomener. Disse fenomenene er: Et sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, rusmiddelbruken får prioritet framfor andre aktiviteter og forpliktelser (Helsedirektoratet - ICD –10, Skog 2006, Malming 2008). Det er reist kritikk mot diagnosen ”avhengighet”. Diagnosekriteriene er lagt opp til å være et enten/eller fenomen i stedet for et gradsfenomen (Skog 2006:166). Selv om diagnosekriteriene beskriver atferdsmessige fenomener, beskriver de i for liten grad rusens funksjon. Det er viktig å se på i hvor stor grad bruk av rusmidler er blitt en sentral aktivitet eller en måte å organisere tilværelsen på, og hvordan det dominerer tanker, følelser og handlinger (Blomqvist 2003:37, 2009, Weckroth 1984). Diagnoser kan gi en feilaktig oppfatning av å være noe homogent med objektive beskrivelser og klare kriterier. Individuelle forventninger til hva ruspåvirkning skal medføre, viser hvordan læring og kultur påvirker rusopplevelsen (Mørland 2003, Fekjær 2004, Skog 2006). Diagnoser er også et bidrag til å konstruere og forme lidelsen i en kulturell kontekst (Skårderud 2004).

### **3.1.2 Misbruk som et komplekst og multifaktorielt problem**

Misbruk kan forstås som en kompleks sammenheng mellom biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle fenomener både når det gjelder veier inn i, under og ut av misbruk/avhengighet (Melin og Näsholm 1998:11, Blomqvist 2009, Sellman 2009). Begrepet *biopsykososial* kan benyttes for å forstå noen av disse sammenhengene. I 1970 årene ble begrepet presisert av psykoanalytikeren og indremedisineren George Engel i en rekke artikler. Begrepet ble lansert som et alternativ til biomedisinsk forståelse. Engel mente en biomedisinsk forståelse innebar

---

<sup>11</sup> **Toleranseøkning:** Kroppen tilvendes rusmidler på en slik måte at virkningen avtar etter hvert. For å oppnå samme virkning, må rusmiddelet tas i stadig større doser (Skog 2006, Mørland 2003).

et dualistisk syn med et skille mellom kropp og sinn, og dermed et reduksjonistisk syn på mennesket. Han knyttet sin forståelse av begrepet til von Bertalanffys generelle systemteori<sup>12</sup> (Engel 1977, Falkum 2008).

Skal ordet biopsykososial ha noen mening, må det oppfattes som et begrep hvor delene bio, psyko og sosial ikke kan skilles fra hverandre, men sees som en uløselig helhet. Begrepet biopsykososial kan, i følge psykolog og familieterapeut Rolf Sundet, settes i sammenheng med reflekterende prosesser. Han er opptatt av en prosess hvor det å formes i sitt indre, kan forstås bokstavelig som en *materiell, kroppslig og biologisk endring* (Sundet 2006:22).

I Sellmans artikkel oppsummeres en rekke funn fra rusforskningen for veier inn og ut av avhengighet. (Sellman 2009). Et perspektiv jeg mener har mye til felles med Sellmans forskning er "*aktørperspektivet*" (Blomqvist 2007, 2009:22). Aktørperspektivet forklarer hvordan mennesker kan utvikle handlingsmønstre som åpenbart er skadelige. Perspektivet viser til at brukers handlingsrom og mønstre er preget av samfunnsmessige forhold som sosiale vilkår, rådende diskurser, normer, politikk, og personlige faktorer som biologisk "utrustning", erfaringer og sosial kapital. Brukeren dras mellom krefter som fører inn i misbruket og rehabiliterende krefter som fører ut av misbruket (Blomqvist 2007:25, 2009:23, Mulford 1984, Merlin og Näsholm 1998). Krefter som drar mot et misbruk, er rusens farmakologiske egenskaper, neurobiologisk eller psykologisk "sårbarhet", sosialt press og eksklusjon, tilgjengelighet til rusmidler, mangel på gode alternativer (Sellman 2009). Disse kreftene kan føre en inn i en ond sirkel hvor et stadig større inntak av rusmidler skaper nye motiver for å ruse seg enda mer. Rehabiliterende krefter forstyrrer misbruket og drar i motsatt retning. Dette kan være normer, verdier, mål, støtte og krav fra omgivelsene, behandlingsrelasjoner, nye muligheter, mestring mv. Disse kreftene vil kunne føre til nye sosiale og personlige identiteter (Blomqvist 2007, 2009:23). Et viktig poeng med perspektivet er at bruker ikke forvandles til et viljeløst offer for sitt rusmiddelinntak (Blomqvist 2003,

---

<sup>12</sup> Den østerrikske biologen Ludwig von Bertalanffy regnes som grunnlegger av den generelle systemteori. Han introduserte teorien i 1945 (Hårtveit og Jensen 2004). Gjennom studier av den biologiske cellen fant han egenskaper og funksjoner som han mente måtte gjelde i systemer generelt. Engel brukte von Bertalanffys tenkning når han argumenterte for at ikke noe kan forstås isolert, men kun som elementer som påvirker hverandre gjensidig i et system. I denne sammenhengen er det mange nivåer av systemer som celler, nervesystem, familie, helseorganisasjoner, samfunn. Enkelt nivåer inngår i større systemer. Samtidig som hvert nivå har sine lover og logikk, finnes det grunnleggende lover for systemet som helhet (Solli 2007:437, Falkum 2008).

Sunesson 1998, Brumoen 2007). Likevel undervurderer ikke modellen at det oppstår dynamikk i enkeltsituasjoner som kan føre til en opplevelse av vaner<sup>13</sup>, eller ”tvangsmessige handlinger”, som etablerer seg i kroppen og fører til uønskede valg. (Brumoen 2007, Sellman 2009). Vanene er handlinger, strategier og rasjonalitetsoppskrifter som, gjennom gjentakelser og erfaringer, blir kroppsliggjort (Hammervik 2006:18, Selman 2009:5). Aktørperspektivet understreker at en bruker er et tenkende, følende og handlende menneske med ansvar for egen endring og utvikling (Brumoen 2007:47). For behandlerne innebærer det å klargjøre og støtte de krefter som for bruker virker rehabiliterende, og bidra til å motvirke krefter som drar mot et misbruk. (Blomqvist 2007, 2009, Brumoen 2007). Brumoen påpeker at aktørperspektivet har den ulempen at det kan legges for mye vekt på brukers eget ansvar. Hvis endringene uteblir, kan dette lede til skam og skyldfølelse hos bruker (Brumoen 2007:47).

## 3.2 Endring

Fenomenet endring eller forandring kan forstås på ulike måter. Teorier om endring kan på samme måte som forståelse av rusmiddelmisbruk og avhengighet, forstås ut fra teorier preget av et essensialistisk perspektiv. Endring kan også forstås med teorier som legger vekt på at mennesket kan foreta valg, er sosialt og endrer seg i interaksjon med andre mennesker og omgivelsene.

Anderson skriver at hun er kritisk til begrepet forandring. Forandring kan oppfattes som noe lineært og individualistisk. Anderson foretrekker ordet *transformasjon* som antyder at vi er i bevegelse sammen (Anderson 2003:333). Forandring kan forstås som det som gir *bevegelse*, ny forståelse, nytt perspektiv eller ny erkjennelse, eller det som skaper *en forskjell*, slik Bateson uttrykker det (Bateson 1973:453). Andersen har brukt uttrykket til Bateson og er opptatt av det han kaller en ”*passe forskjell*”. Introduserer en for lite forskjell i samtaler, skjer

---

<sup>13</sup> **Vaner forstås** i utgangspunktet som hensiktsmessige og noe vi trenger. Vi har i oss at vi søker en tilstand av velvære framfor ubehag, noe som er bakgrunnen for at kroppen søker vanen. Våre vaner er både fysiske og mentale (Von der Fehr 2008, Sellman 2009). Vaner gjør at vi kan gå utenom refleksjon. Vi må ha vaner for å leve, men de kan bli uhensiktsmessige eller begrensende. Rusavhengighet kan forstås som en vane som har etablert seg, fordi rusmidler endrer stemninger fra vonde til gode på en rask, kraftig og ofte forutsigbar måte (Brumoen 2007). Å endre disse vaner handler like mye om å forandre sin hjerne som sitt sinn. Terapeutiske intervensjoner kan påvirke hjernen slik at atferdsmønster endres (Sellman 2009:5).

det ikke noe. Introduseres for mye, er det ikke mulig å gjøre seg bruk av det som introduseres (Andersen 2005:28).

Den amerikanske professoren i psykologi og spedbarnsforsker Daniel Stern er opptatt av *nøkkelhistorier* eller *nøkkelmetaforer*. Nøkkelhistorier har nok kraft i seg til å skape forståelse og forandring. En nøkkelmetafor er en beskrivelse som bruker små deler i en historie som representasjon for opplevelser. Den terapeutiske virkningen av nøkkelmetaforen ligger i den følelsesmessige gjenkjennelsen av at slik var det, det stemmer (Stern 1985, Johnsen 2000:110). Stern er opptatt av virksomme øyeblikk, ”*nå- øyeblikk*”, og bygger sin oppfatning av nå- øyeblikk på fenomenologien. Nå- øyeblikkene oppstår i et intersubjektivt møte mellom to mennesker som oppnår en spesiell mental kontakt (Stern 2004:36,93).

Et beslektet perspektiv som har relevans for denne studien, er symbolsk interaksjonisme. Dette perspektivet tilfører at mennesket er aktivt. Det er et nyttig perspektiv i forhold til rusmiddelmissbruk. Brukerne har ”gjort” et misbruk og gjør noen handlinger/aktiviteter som rusfrie, som er forandrende. Symbolsk interaksjonisme er opptatt av prosess og endring, hvor endring skjer gjennom interaksjon med andre. Symbolsk interaksjonisme bygger på fem grunnpilarer. 1) Definisjon av situasjonen. Det betyr at endring kan oppstå gjennom å definere og forstå situasjonen på en annen måte. 2) All interaksjon er sosial. 3) Vi interagerer ved hjelp av symboler. Det viktigste symbolet er ord, men ord blir et symbol først når det knyttes samme mening til ordene. Meningen som knyttes til ordene, er avhengig av definisjon av situasjonen. 4) Mennesket er aktivt. Mennesket *er* ikke, mennesket *gjør*. Vi er i en foranderlig prosess gjennom vår *gjøren*. 5) Mennesket handler, gjør og befinner seg i nået (Levin og Trost 2005:11-18).

### **3.3 Identitet versus identiteter**

*Identitet*, *selvidentitet* eller *selvet* er mangfoldige begreper som er vanskelige å gripe. I denne studien blir begrepene identitet og selvet brukt om hverandre. Selvet kan forstås mellom to ytterpunkter, en essensialistisk forståelse og en relativistisk forståelse. Innenfor den essensialistiske forståelsen har mennesket et ”*kjerneselv*”. Hver enkelt person er unik og autentisk. Kjernen, som er meg, kan slipes eller undertrykkes, men kommer likevel til uttrykk gjennom det jeg gjør. Det betyr at en persons identitet består av mer permanente egenskaper

(Torsteinsson 2000:39, Bagge 2007:116). Det relativistiske selvet er det som stadig forandrer seg i tråd med konteksten/omgivelsene vi er en del av (Torsteinsson 2000:39). Både Anderson og Andersen er opptatt av at selvet ikke er en stabil varig størrelse, men at selvet blir til i samhandling med andre (Anderson 2003, Andersen 2005). Mennesket tilpasser seg omstendighetene (konteksten), som på sin side hele tiden er i forandring (Andersen 2005:114-115). Anderson er opptatt av det narrative<sup>14</sup> og skriver at selvet er en nyansert biografi om andre og oss selv som vi konstant skriver på og redigerer. Selvet er mer enn en opphopning av erfaringer eller et uttrykk for nevrobiologiske forhold, og er ikke begrenset av tid og sted (Anderson 2003:268).

I rusbehandling er identitet og selvforståelse en nøkkel til endring. Verken essensialisme eller relativisme synes å være nyttige ytterposisjoner i forhold til endring av rusmiddelmisbruk. Det er av stor betydning at en kan forstå selvet som et sosialt selv, som kan omdannes. Hvis selvet utelukkende er sosialt, kan det være vanskelig å forstå hvorfor vaner er så vanskelig å endre. Både Stern og George Herbert Mead<sup>15</sup> (amerikansk filosof, sosiolog og psykolog 1863-1931) tilbyr noe jeg oppfatter som mellomposisjoner i synet på selvet. Stern er opptatt av at vi avgrenser oss fra andre på en unik måte ved noe han betegner som ”fornemmelse av selv”. Denne fornemmelsen eksisterer før språket og selvbevisstheten er blitt en del av barnets uttrykksmåte (Stern 1985, Torsteinsson 2000:47).

Mead brukte en teoretisk konstruksjon for å forklare selvet. Selvet er bygd opp av to deler som han kaller ”meg” og ”jeg”. Meg forstås som selvets innholdsside, og utgjør resultatet av alle tidligere påvirkninger og erfaringer. ”Meget” av selvet skaper stabilitet og identitet over tid og forandrer seg relativt langsomt. ”Jeget” er den spontane, kreative og velgende delen av mennesket. ”Jeget” blir gjenstand for refleksjon i en prosess hvor individet ser seg selv gjennom andres øyne. Vi overtar andres syn på oss selv som vårt eget. Dette danner selvbildet. Sosiale relasjoner blir som et speil. Jeg speiler meg i andres reaksjoner på meg (Mead 1934, Levin og Trost 2005:20,40, Bae og Waastad 1992:16, Schibbye 2002:104).

---

<sup>14</sup> **Narrativ** kan oversettes med historiefortelling. I familierapien brukes narrativ om at vi er aktivt medskapende i de historier vi forteller, og dermed opplever og erfarer vi våre liv gjennom historier (White 2006, Lundby 1998, Anderson 2003:264).

<sup>15</sup> **George Herbert Mead** regnes av mange som den symbolske interaksjonismens opphavsmann (Levin og Trost 2005:38).

Spesielt viktig er de personer som har betydning for oss. I symbolsk interaksjonisme kalles disse *signifikante andre* (Levin og Trost 2005:58).

Skatvedt inntar også mellomposisjon når hun ser selvet som et *”sakteflytende fenomen med biografisk og kroppslig utstrekning”* (Skatvedt 2009:21). I datamaterialet ser jeg eksempler på at brukerne har begynt å utforske nye måter å forstå seg selv på. Ved å fortelle fram ennå ikke fortalte historier, utvide og nyansere dominerende historier, kan de sakte rekonstruere sin identitet (Haaland 2005:95-96). Gjennom fortellinger kan vi i ettertid lære, forstå og skape mening ut av vår erfaring (Järvinen og Mik-Meyer 2003:51).

### **3.4 Institusjoners identiteter**

Gjennom mitt arbeid i Rusmiddelstaten har jeg blitt opptatt av organisasjonskultur.

Organisasjonskultur forstås som de verdier, normer og grunnleggende antagelser som preger det individuelle og kollektive nivået i organisasjonen. Organisasjonskulturen har vist seg å være betydningsfull for interaksjonsnivået og brukers trivsel (Oslo kommune 2001:35, Fridell 1996:43, Fridell mfl. 2008:14). Organisasjonskulturen kan forenklet sies å være en institusjons kollektive selvforståelse. Det kan imidlertid være liten bevissthet rundt denne forståelsen. Den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1931 -2002) omtalte det vi tar for gitt, det som sier seg selv og som ikke trengs å sies, som et felts eller en institusjons *”doxa”* (Bourdieu 2000:164, Wilken 2008:42). Doxa er styrende for hvilke posisjoner og meninger det er mulig å innta.

Flere forskere har pekt på at jo bedre brukerens forståelse harmonerer med ideologien i den konteksten de er i, desto lettere er det å tilpasse seg livet på institusjon. Dermed øker muligheten for at institusjonen kan bidra med løsninger for bruker (Järvinen og Mik-Meyer 2003:34, Fridell 1996: kap 9, Blomqvist 2003:43). Denne forskningen viser at det er viktig å ha en bevissthet om egen ideologi. Teorier, metoder, meninger og tankemønstre kommer fra noe, uavhengig av om en bekjenner seg til klare ideologier eller ikke.



## 4 Metode og framgangsmåter

I dette kapittelet vil jeg beskrive hvordan studien er gjennomført. Metode kommer fra det greske *methodos*. Det forstås som å følge en bestemt vei mot et mål (Johannsen og Tufte 2002:26, Thagaard 2002:15). Forskningen skal gjennomføres med systematikk. Det skal være mulig å se hvordan forskeren forholder seg til datainnsamling, bearbeiding og analyse av data (Thagaard 2002:15, Malterud 2003:38). Begrepet *troverdighet* (validitet) kan benyttes for å si noe om forskningen er gjennomført på en tillitvekkende måte (Thagaard 2002:21). I kvalitative metoder arbeides det med analyse av tekst eller tale for å forstå og beskrive mening og opplevelse. Analysen handler om på ulike måter å kode og fortolke teksten. Forskerens egen forforståelse har betydning for tolkning av teksten. Kvalitative forskere mener at det ikke er noe enkelt forhold mellom hvordan vi ser verden, og verden i seg selv. Kvalitativ metode er i prinsippet basert på et subjekt – subjekt forhold mellom forsker og informant der begge påvirker forskningsprosessen (Langdrige 2006:27, Thagaard 2002:18).

I denne studien har målet vært å få fram rikere eller tykkere beskrivelser av brukeres og primærkontaktens forståelse av endring, og å forstå hvilken betydning forventninger har for endringsprosessen. Kvalitativ metode er dermed best egnet (Geertz 1973, Fangen 2004).

Et skille i kvalitativ analyse kan trekkes mellom studier som fokuserer på betydningen av hvordan informantene uttrykker seg, og studier som fokuserer på innholdet i teksten (Thagaard 2002:110). Person- og temasentrerte tilnærminger fokuserer på meningsinnholdet i datamaterialet. Kirsti Malterud tar utgangspunkt i en tilnærming inspirert av Amando Giorgis fenomenologiske analyse. I tråd med Giorgis metode gjennomføres analysen i fire trinn som en *systematisk tekstkondensering* (Malterud 2003:97,99). Tilnærmingen har røtter innenfor en fenomenologisk – hermeneutisk forståelse og er opptatt av en bevissthet om egen forforståelse.

I oppstart av analysearbeidet så jeg på materialet i et diskursivt perspektiv. Ved å se på materialet ut fra ulike analysemetoder, ble det tydelig at ulike metoder stiller ulike spørsmål til materialet og gir dermed ulike tolkninger. Disse kan være gyldige samtidig (Malterud 2003:98). I analysen har jeg knyttet enkelte tolkninger til diskurser. Dette kan likevel ikke

betraktes som en teoritriangulering. Teoritriangulering krever at ulike analysemetoder brukes parallelt på en systematisk måte (Materud 2003:188).

#### **4.1 Forskningsetiske betraktninger og tillatelser**

Rusmiddelstatens ledelse ga tillatelse til å ta kontakt med institusjonsledere, og til å intervjuer i kommunale og private rehabiliteringsinstitusjoner. Det ble ikke lagt noen føringer verken for intervjuer, problemstilling eller for masteroppgaven for øvrig.

Jeg ønsket å intervjuer både brukere og ansatte. I en rapport om etikk og forskning i rusfeltet konkludertes det med at brukere må bli hørt for at en skal kunne utvikle kunnskap om bedre tjenester (Ruyter mfl. 2008). Brukere kan under gitte omstendigheter gi gyldig samtykke til å delta i forskning. Rapporten påpeker at det er viktig å diskutere frivillighet, men samtidig erkjenne at deltagelse krever motivasjon. Motivasjonsarbeidet gjennomføres slik at brukere ikke blir utsatt for press (Ruyter mfl. 2008:62). Min rolle i administrasjonen, med et faglig ansvar for flere av institusjonene, gjorde det uaktuelt å intervjuer fagledere og institusjonsledere. Disse har jeg mye kontakt med. Jeg har i liten grad direkte kontakt med eller påvirkning på primærkontakter. Disse ble valgt som informanter.

Det ble undersøkt med Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) om det var tilstrekkelig<sup>16</sup> å melde prosjektet til Personvernombudet i Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS (NSD). NSD godkjente prosjektet den 27.02.09, se vedlegg 1.

For både primærkontakter og brukere ble det innhentet informert samtykke. Valget om å intervjuer brukere som allerede var rusfrie, var også et etisk valg for å sikre et kvalifisert samtykke. Min påvirkning var minimal siden brukere skulle rekrutteres gjennom primærkontakter, og primærkontakter gjennom institusjonsleder. Dette var i tråd med NSDs krav. Min rolle, som ansatt i administrasjonen, kunne gjøre det vanskelig for institusjonsledere å si nei til å delta. I kontakten med institusjonene var det derfor viktig å skille rollen som student fra rollen som ansatt og legge vekt på frivillighet og anonymitet. Informantene fikk informasjonsskriv i god tid, se vedlegg 2.

---

<sup>16</sup> Det var tilstrekkelig pga institusjonenes hjemmelsgrunnlag i sosialtjenesteloven.

Det viktigste aspektet underveis var å gi både brukere og primærkontakter trygghet for at det de sa til meg, ikke ble levert videre til den som skulle intervjues etterpå. Primærkontakten var seg bevisst at de snakket om brukeren som ikke var tilstede, og omtalte brukerens historie på en respektfull måte. Dette sier også noe om at primærkontaktene og deres institusjoner har en integrert etikk.

Det er flere dilemmaer knyttet til intervjuene av brukere. Min tilstedeværelse, som ”fremmed”, kan føre til uro for brukerne. Det kan virke forstyrrende i oppstarten av et rehabiliteringsforløp og kan påvirke forventninger og endringsprosessen både positivt og negativt. Det var derfor en trygghet at primærkontakten var kjent med spørsmålene jeg stilte bruker, og kunne, ved behov, ivareta bruker i etterkant.

## 4.2 Egen rolle og forforståelse

Systemteori, erfaring, politiske oppfatninger, teori fra rusfeltet og min stilling i en administrasjon preger valg av tema, valg av teori, tolkninger og analyse. Forforståelse er, i følge Gadamer, et nødvendig vilkår for å forstå verden (Gilje og Grimen 1993). Mistolkninger oppstår når vi forstår for raskt fordi vi gjennom våre forforståelser tar noe for gitt.

Det er særlig tre områder vi har forforståelse på. Dette er språk og begreper, trosoppfatninger,<sup>17</sup> forestillinger og individuelle personlige erfaringer (Gilje og Grimen 1993:148).

Jeg har arbeidet mange år i rusfeltet. Mine forforståelser vil dermed prege hele forskningsprosessen. I mange av spørsmålene vises mine forforståelser om at veien ut av rusmiddelmissbruk handler om å gjøre et aktivt valg. Ved å se på materialet i et diskursivt perspektiv var det lettere å oppdage egne trosoppfatninger og forestillinger.

Det mest utfordrende i prosessen var å bevare en *ikke-vitende* posisjon (Anderson 2003) overfor informanten og teksten. Samtidig skulle jeg ha en *vitende* posisjon i forhold til framdrift, teori og fagforståelse. Dette ble merkbart i intervjuer der jeg benyttet begreper som ikke alle brukerne forsto. Forklaringene mine kunne bli førende og lukke for deres egen

---

<sup>17</sup> **Trosoppfatninger** i denne sammenhengen forstås som alt vi holder for sant om verden (Gilje og Grimen 1993:149).

forståelse og mening. Det var i noen intervjuer vanskelig å få fram detaljrikdom om et tema, samtidig som jeg skulle få framdrift i intervjuet. Jeg måtte derfor gjøre en avveining mellom å få flere detaljer eller å få berørt alle temaene. Enkelte av intervjuene kunne gått mer i dybden, men samlet mener jeg materialet gir tilstrekkelig dybde og variasjon.

Det som framkommer av kunnskap i samtalene er konstruert og samskapt mellom informant og meg i en gitt kontekst. Gjennom mitt arbeid kjenner jeg institusjonene, deres kultur og historie. Det har gitt meg en kontekstforståelse. Jeg har i hovedsak det samme språket og er en del av den samme kulturen. Dette er en del av forståelse i et hermeneutisk perspektiv (Anderson 2003). I dette prosjektet har de teoretiske perspektivene bidratt til å skape avstand til materialet, slik at jeg kunne analysere fram andre forståelser enn de jeg var kjent med fra feltet.

### **4.3 Intervjuguiden**

Intervjuguiden er utarbeidet som et semistrukturert intervju med temaer og underspørsmål (Kvale 1997). Temaene var de samme for brukere og primærkontakter:

1. Bakgrunn for oppholdet og rushistorie.
2. Vendepunkt og valg.
3. Forventninger til institusjonsoppholdet.
4. Nærmere om forståelse og innhold i de begreper informanten selv benytter i forhold til problemstillingens tema.
5. Samtalene mellom bruker og primærkontakt.

Et grunnleggende prinsipp i fenomenologisk intervju er å fokusere på informantenes konkrete opplevelser og livsverden (Bloch 1998:38). Intervjuet skal åpne opp for informantens erfaringer og beskrivelser (Kvale 1997). Hvert tema ble innledet med en oppfordring til å snakke fritt om temaet. Min egen kjennskap til feltet ga mulighet til å stille spørsmål som kunne belyse problemstillingen. Spørsmålene ble brukt for å gå dypere i temaene og sikre at temaer ikke ble utelatt, samt sørge for en viss struktur på intervjuet. Dette viste seg å være nyttig overfor de av brukerne som var litt usikre i intervjusituasjonen. Etter første intervju og transkribering av dette, ble noen spørsmål føyd til.

Det er en forskjell mellom brukerintervjuene og intervjuene med primærkontaktene. Brukerne er primærinformanter til tema 1 til 3, mens primærkontaktene er sekundærinformanter til disse temaene. Når det gjelder tema 4 og 5, forteller både bruker og primærkontakt ut fra sin egen opplevelse, se vedlegg 4, intervjuguiden.

#### **4.4 Utvalgsprosessen**

Kvalitative utvalg skal baseres på at vi velger informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard 2002:53). Institusjonene i undersøkelsen har ulik organisasjonskultur og ideologi. Dette var begrunnelsen for ikke å gjennomføre alle intervjuene på kun en institusjon. For ikke å få for stort utvalg, valgte jeg fem av åtte rehabiliteringsinstitusjoner. Dette ble gjort ut fra tilgjengelighet og kjennskap til institusjonene. Det var ingen problemer med å rekruttere informanter. Alle ledere svarte ja ved første telefonhenvendelse.

Det eneste kriteriet som ble gitt, var at bruker skulle være i første fase av sitt opphold. Grunnen til dette var en antagelse om at etter en tid på institusjon, står en i fare for å adoptere språk og synspunkter fra sine medbeboere og behandlere (Järvinen og Mik-Meyer 2003). Denne føringen viste seg å være vanskelig, fordi brukerne har lange opphold og det er få inntak pr. år ved disse institusjonene. En bruker hadde vært ni måneder på institusjonen. Generelt ønsker en innenfor en fenomenologisk tilnærming at deltakerne er så ulike som mulig med hensyn til kjønn, alder, sivilstatus, etnisitet, mv. (Landridge 2006:274). Brukerutvalget har spredning i forhold til antall år med rusmiddelbruk og type rusmiddel, men har færre menn enn andelen menn som er i institusjon. Det er i seg selv interessant. NSD hadde gitt en føring om at institusjonsleder/ primærkontakt skulle velge ut bruker. Dette, sammen med at bruker skulle være forholdsvis nyankommet, kan ha ført til et flertall kvinnelige brukere. Fordi kvinner var så sterkt representert, ble siste institusjon spurt om det var mulig å intervjuer menn. Når det gjelder valg av brukere, fortalte noen primærkontakter at de hadde valgt å spørre brukere som de visste var flinke til å artikulere seg, og som ikke var engstelige for å snakke med fremmede mennesker.

Det ble ikke gitt noen føringer for valg av primærkontaktene.

## **Det faktiske utvalget**

I brukerutvalget er det tre kvinner, to er mellom 25 og 35 år og en over 50 år, og to menn mellom 30 og 35 år. I disse institusjonene er det ca. en tredjedel kvinner. Tre har hatt narkotiske stoffer som sitt hovedrusmiddel, mens to har brukt mest alkohol. Alle brukerne er etnisk norske. En av brukerne er i institusjonen sammen med sin samboer som også er i behandling. De øvrige er enslige eller skilt. På intervju tidspunktet var en av brukerne i ordinært fast arbeid, to var under yrkesmessig attføring, to var ikke sysselsatt. En av brukerne har utdanning på høghskolenivå, mens to brukere har utdanning på videregående nivå. På intervju tidspunktet hadde brukerne vært fra fem uker til ni måneder i institusjonen.

Av primærkontaktene er det fire kvinner, mellom 30 og 60 år, og en mann over 50 år. I institusjonene er det ansatt ca 40 % menn. Fire av primærkontaktene har høghskoleutdanning som sykepleier, sosionom eller vernepleier. De fleste har videreutdanning som familierapi, psykisk helsevern, og rusbehandling. Alle de ansatte er etnisk norske. Deres sivilstatus ble ikke undersøkt.

Representativitet i klassisk forstand er ikke et relevant begrep i kvalitativ forskning, men et for magert eller skjevt utvalg kan begrense muligheten til å belyse problemstillingen (Malterud 2003:58). Brukerutvalget kan ha et bedre funksjonsnivå enn gjennomsnittsbrukeren i institusjonen, fordi primærkontakten har valgt brukere de mener kan snakke om temaet. Jeg vurderte likevel utvalget til å være strategisk og tilstrekkelig til å belyse problemstillingen (Thagaard 2002). Det er viktig å se funnene og overførbarheten av disse i lys av utvalgets sammensetning.

## **4.5 Gjennomføring og transkripsjon**

Opprinnelig var planen å være observatør på inntakssamtalen mellom primærkontakt og bruker. Dette viste seg å ikke være praktisk gjennomførbart. Jeg valgte istedet å være tilstede på en av de ukentlige samtalene. En av primærkontaktene ga ikke samtykke til å observere fellessamtalen. De fire andre samtalene handlet om å gjennomgå målsettinger og planer videre.

Alle informantene ble intervjuet på ettermiddags-/kveldstid på institusjonene. Tidspunktet var ønsket av primærkontaktene. Begrunnelsen var at det er mer ro på institusjonen på kvelden, og at flere brukere var på arbeid på dagen. Møterommet som benyttes når primærkontakt og bruker vanligvis snakker sammen, ble brukt. Først ble fellessamtalen observert, deretter ble bruker intervjuet, så primærkontakt. Før fellessamtalen startet ble det tid til presentasjon, småprat om formål og om gjennomføringen. Å møte både primærkontakt og bruker samtidig, skapte en trygg ramme. På den institusjonen hvor ikke det var noen fellessamtale, var det likevel felles introduksjon. Kvale kaller dette ”briefing”, som er en viktig forutsetning for å skape trygghet (Kvale 1997:75). Rekkefølgen på intervjuene var begrunnet i et ønske om at primærkontaktens syn og historie ikke skulle prege intervjuet med bruker. I et tilfelle ble rekkefølgen, av praktiske årsaker byttet om. I dette brukerintervjuet hadde jeg med meg primærkontaktens syn. Intervjuene tok ca en time og ble tatt opp på lydfil.

Under tema 4 var intensjonen å få fram forståelse av de begreper informantene brukte om endring. Dette viste seg å være vanskelig i praksis. Det var krevende å lytte godt nok til å plukke ut disse begrepene.

En betraktning under transkripsjonen var at intervjuene med primærkontaktene var mindre ”fargerike” enn intervjuene med brukerne. Det er mulig det handler om at primærkontaktene og jeg benytter samme språk. En kan si at brukerne i større grad benytter et erfaringsnært hverdagsspråk, mens primærkontaktene benytter fagfeltets språk. Denne ulikheten har vært brukt i analysen og drøftingen som innebærer en veksling mellom det erfaringsnære og de teoretiske begrepene (Geertz 1983:57, Gilje og Grimen 1993:146).

Etter å ha intervjuet på tre institusjoner hadde jeg en intervjupause på to mnd. Intervjupausen ble brukt til transkripsjon og gjennomlesning av disse intervjuene. Fellessamtalene ble tatt opp på lydfil, og enkelte partier ble transkribert. Posisjonen, som observatør, ga en annen synsvinkel i forhold til informantene enn når jeg selv intervjuet. Jeg gjorde notater underveis om hvordan bruker og primærkontakt satt og hvordan de kommuniserte. Lydfilene er hørt gjennom flere ganger for å se om de kan supplere og utdype forståelsen av intervjuene. Jeg transkriberte selv alle intervjuene, noe som ga nærhet til materialet. Under transkripsjonen skrev jeg notater. Disse ble nyttige i analysen. I informasjonsskrivet ba jeg om mulighet til et eventuelt oppfølgingsintervju, men tidsrammen gjorde dette umulig.

## 4.6 Analysen

Fenomenologisk reduksjon handler om å se på materialet både utfra helheten og gjennom de små detaljer. Det er å lete gjentatte ganger etter lag av meninger i beskrivelsene (Langdridge 2006). Malteruds tilnærming er brukt for å få til en fenomenologisk reduksjon (Malterud 2003). Tilnærmingen har fellestrekk med Kvaales meningsfortetting (Kvale 1997:126).

Analysen er gjennomført i fire trinn:

### 1. *Et helhetsinntrykk*

Materialet ble gjennomgått i helhet for å få fram den generelle betydningen. I denne fasen forsøkte jeg å beholde et fugleperspektiv og ikke systematisere materialet for mye (Langdridge 2006:274, Malterud 2003:100). Målet var å være intuitivt åpen for hvilke temaer som kom ut av materialet (Myhra 2008:15). I denne fasen ble faglitteraturen lagt bort for å kunne møte materialet med størst mulig åpenhet.

De første temaene, som også ble kodegrupper, var

for brukerne:

- forhold til rusmidlet
- å være lei av ruslivet
- hendelser som førte til valg
- egne barns betydning for valget
- mål, mestring, ærlighet
- relasjonen til primærkontakten

for primærkontaktene:

- trygge rammer
- tid i rehabilitering
- mål, mestring
- ærlighet og erkjennelse
- relasjonen til bruker

Det var spesielt ett tema som overrasket meg. Det er hvor sentralt forholdet til egne barn, men også til partner og foreldre, er for valget om innleggelse i institusjon. Et annet framtrædende trekk i materialet er hvor mye AAs (alkoholismeteorien) tankegods preger informantene.

### 2. *Identifisere meningsbærende enheter*

I denne fasen organiserte jeg det materialet som skulle studeres nærmere. Materialet ble organisert og raffinert ved å kode. Å kode vil si å dekontekstualisere teksten. Tekstavsni<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup>**Tekstavsni<sup>18</sup>:** Giorgis opprinnelige prosedyre krever at teksten gjennomgås linje for linje i alle tekstdokumentene for å finne meningsbærende enheter (Giorgi 1985:8-12, Malterud 2003:102 -107 ). I tråd med Malteruds tilnærming, har jeg valgt en forenkling som innebærer at det er tilstrekkelig å velge ut tekstavsni<sup>18</sup> som bærer med seg kunnskap om et eller flere av temaene, jf. punkt 1 (Malterud 2003:102). Denne forenklingen medfører en utvelgelse og en tolkning av hva jeg ser på som meningsbærende.



ble hentet ut fra en informant og satt i sammenheng med beslektede utsagn fra andre informanter. Institusjonskonteksten, teori fra rusfeltet og teori om endringsprosesser virket som en horisont og begrenset hva som skulle tas med. Et poeng i denne fasen var å sortere vekk det som ikke belyser problemstillingen (Langdridge 2006, Malterud 2003:103).

De transkriberte intervjuene ble gjennomgått, intervju for intervju. Først alle brukerintervjuene, dernest alle intervjuene med primærkontaktene. De meningsbærende enhetene ble løpende nummerert og overført til kodeskjemaer, et for brukerne og et for primærkontaktene.

### 3. *Kondensering, fra kode til mening*

Kodegruppene ble gjennomgått gruppe for gruppe. Denne gjennomgangen tydeliggjorde at tekstbitene inneholdt mange nyanser eller subgrupper/undertemaer. Materialet ble sortert på nytt etter mer tydelige temaer. (Kvale 1997:128). Eksempel på dette er at de opprinnelige kodene ”mål, mestring, ærlighet” og ”forhold til rusmidlet”, ble delt opp. Ærlighet ble satt i sammenheng med ruskontroll, mens mål og mestring ble en egen kategori. Temaer som gir lite mening i forhold til problemstillingen, ble utelatt. For hvert tema ble det laget et arbeidsnotat i form av et kunstig sitat (artefak) for å fortette dataene. Det kunstige sitatet ble laget ved å ta alle sitatene om temaet og komprimere dette til et sitat. Det gjorde det lettere å få fram hvilke betydninger av endring og endringsprosesser jeg finner hos informantene. Det innebærer å abstrahere den kunnskapen som hver av temaene representerer. (Malterud 2003:106).

### 4. *Sammenfatte betydning*

Alle intervjuene ble lest på nytt ”parvis” (bruker og primærkontakt) fra hver institusjon, for å sikre at beskrivelsene er gyldige også i den sammenhengen de var hentet ut fra. Dette er å rekontekstualisere materialet og bidrar til å validere funnene (Malterud 2003:108,110). Med utgangspunkt i det kunstige sitatet skrev jeg en innholdsbeskrivelse fra hver subgruppe og satte sammen temaer fra brukerne og temaer fra primærkontaktene. Hvert av temaene fikk dermed stemmer fra både brukere og primærkontakter.

Jeg valgte ut sitater som erstattet de kunstige sitatene. Sitatene er hentet fra alle informantene. Endelige temaer og undertemaer ble hentet fra de meningsbærende temaene og strukturert

under overskrifter som skal sammenfatte det punktet handler om. Gjennom analysen har det vokst fram mønster og trekk som gjør det mulig å samle og sammenfatte forståelser om endringsprosesser (Thommesen 2008:53). Et tydelig eksempel er betydningen av å være rusfri for å oppnå endring. For å øke troverdigheten og overførbarheten ble analysen lest og drøftet med en av primærkontaktene, en forsker i rusfeltet, samt med flere kollegaer.

### **Presentasjon av funn og analyse**

Analyse kan forstås som å tilføre noe ”mer” til det en har sett og hørt. Ved å trekke veksler på en bredere meningssammenheng kan funnene settes inn i et nytt perspektiv (Fangen 2004:171). Materialet berører ulike temaer. Det har ført til at noen av funnene kun er beskrevet. En beskrivelse er også en utvelgelse og fortolkning. Beskrivelser som ikke forsøker å trekke veksler på en bredere meningssammenheng, kan kalles førstegrads fortolkning (Fangen 2004:170). Enkelte funn bidrar mer til å gi en bakgrunnshistorie eller kontekstforståelse enn å svare direkte på problemstillingen. Andre funn er drøftet mer inngående. Studiens funn drøftes fortløpende med teori og forskning. Flere av funnene kan knyttes til lignende funn i annen forskning og bidrar til å øke troverdigheten av undersøkelsen (Thagaard 2002:21).

Primærkontaktene ble intervjuet om hvordan de forstår brukernes rushistorie, vendepunkt og forventning, og hvordan de understøtter endringer. Brukerens historie og primærkontaktens fortelling om brukeren har sammenfallende trekk, men har også flere nyanser. Sammenfallet kan tyde på at verken primærkontakten eller jeg får noen utvidelse av den historien brukeren er vant til å fortelle i møtet med hjelpere. Både bruker, primærkontakten og jeg, som intervjuer, er en del av rusfeltets *doxa* (Järvinen og Mik-Meyer 2003:14). I rusfeltet er det en rekke idéer om totalavhold, endringsprosesser, god og dårlig rehabilitering, motivasjon, ansvar og ansvarsfraskrivelse. De posisjoner bruker, primærkontakt og jeg har i feltet gjør visse posisjoneringer mulig og andre umulige. En umulig posisjonering kan være opposisjon til totalavhold i en institusjon med en rusfri ramme. En annen umulig posisjon vil være å ikke forvente rusfrihet av bruker i en slik institusjon. Nyansene kan komme av at intervjuet var en annen type relasjon, et annet type møte og en annen dialog enn den primærkontaktene og brukerne har i sine samtaler.

Kunnskapen som kommer fram, er konstruert i en gitt kontekst hvor både informantene og jeg har hatt med oss våre forforståelser. Å skriftliggjøre dette erfaringsmaterialet til en analysetekst er å lage et narrativ. Det innebærer at jeg gjør en narrativ utvelgelse av det jeg finner relevant, og velger hvordan dette skal formidles (Thommesen 2008:59). Et narrativt valg er å beskrive de ytre bevegelsene og de indre bevegelsene, og se på forholdet mellom det ytre og det indre. Med ytre bevegelser menes de synlige handlingene bruker gjør; slutte å ruse seg, flytte inn i institusjon, gjenoppta kontakt med barna, delta på aktiviteter. Med indre bevegelser menes refleksjon, betydning/mening og ny selvforståelse. Det er på mange måter kunstig å dele opp endringsprosessene i hva som førte til et valg og så beskrive endringene som skjer under institusjonsoppholdet. Dette kan gi et utilsiktet bilde av prosessen som noe lineært. Når det deles opp slik, er det fordi at i en vestlig kultur formidles ofte historier kronologisk med en begynnelse, et midtpunkt og en slutt (Anderson 2003:266). Dette er en måte å forholde seg til fortiden og framtiden på med utsiktpunkt fra nåtiden.

Bruker og primærkontakt er i en relasjon til hverandre. Strukturen i framstillingen av funnene avspeiler at bruker er primærinformant. Det er brukers endringsprosesser det dreier seg om. Bruker og primærkontakt kan ha ulik opplevelse av relasjonen og alliansens styrke. I analysen hvor temaer om relasjonen og samhandlingen berøres, bringes begges opplevelse fram. Det er lett å oppfatte relasjon som *en*, mens det er *to* relasjoner en snakker om (Levin 2004:82).

I det neste kapitlet vil jeg presentere funnene og mine tolkninger av disse.

## 5 Oppsummering og tolkning av funnene

En bruker brakte inn ordet sti. Jeg oppfatter sti som en god metafor når endringsprosesser skal beskrives og nyanseres. Sti er derfor brukt som metafor i presentasjonen av funnene.

### 5.1 Stier inn i misbruket – et bakteppe

*Stien slynger seg over en lys slette.  
Lette, lekende skritt.  
Grantrærne blir større.  
Stien blir kronglete.*

”Stier inn i misbruket” belyser problemstillingen mer indirekte. I intervjuguiden hadde jeg noen få spørsmål knyttet til rushistorien, men ingen spørsmål angående oppvekst. Flere av brukerne ga likevel mange beskrivelser av sin oppvekst. Når brukerne forteller om hvorfor de har valgt å være i institusjon, forteller de om sitt forhold til rusmidlet, hva de ønsket å forandre og om hvordan de forstår sin oppvekst. Beskrivelse av brukernes debut med og bruk av rusmidler sammen med historier fra oppvekst, viser flere sammenhenger. Ricoeur beskriver at fortidens erfaringer forandres etter hvert som vi får nye erfaringer. Framtiden er knyttet til nået. Forventningen til hvilke endringer som kan skje, ses i lys av nået (Ricoeur 1984, Moe 2001). Under intervjuene er brukerne i *nået* og forteller om sin *fortid*, samtidig som de holder fram håpet om en *framtid*. I intervjusituasjonen er ikke fortiden bare gjenskapt i nåtiden, den er også samskapt i den sosiale interaksjonen (Johnsen 2000:105). Det som velges som fortelling fra fortiden, har ofte i seg noe selvforklarende eller underforstått. På denne måten underbygges mening for oppholdet og forventning til framtiden. Det selvforklarende kan også være en del av institusjonens *doxa*. Både brukere og primærkontakter forstår bakgrunnen for oppholdet i institusjonen i lys av den institusjonelle identiteten oppholdet skaper. Brukerne er i en posisjon hvor de møter et system og et behandlingsspråk, og forstår seg selv i forhold til de identiteter som tilbys. Det kan i begynnelsen av oppholdet være identiteter som hjelpetrengende, beboer, umotivert, avhengig, misbruker, storforbruker m.m. Disse identitetene skal i løpet av oppholdet omskapes til andre identiteter.

Fenomenologiens innsikt i menneskets doble forhold til kroppen er en supplerende forståelse til det biopsykososiale perspektivet (Kirkengen 2002). Merleau-Ponty understreker at kroppen

er del av vår identitet gjennom at vi både *har* kropp og *er* kropp (Nyeng 2006:145). Kroppen er både fraværende og nærværende. Fraværende når vi ikke kjenner eller tenker på den, og nærværende ved for eksempel abstinenser (Nyeng 2006, Thommesen 2008:14). Kroppen ”husker”, og erfaringer setter seg i kroppen (Thommesen 2008:14). Erfaring dreier seg ikke bare om det sosiale, men også om kropp. Misbrukeren blir ofte sett og forstått gjennom sin kropp og sitt utseende (Thommesen 2008).

På intervju tidspunktet hadde brukerne vært fra fem uker til ni måneder på institusjonen. To av brukerne kom fra behandlingsopphold i rusklinikk på henholdsvis tre og seks uker. Da intervjuet ble gjennomført, hadde begge disse vært rusfrie i ca tre mnd. En hadde vært på et lengre behandlingsopphold i spesialisthelsetjenesten og hadde vært rusfri i halvannet år. To brukere kom direkte til institusjonen. Den eldste forteller at alkohol ble problematisk for ca 10 år siden. De øvrige brukerne skiller mellom tidspunktet for første gang de forsøkte et rusmiddel, og tidspunktet for når de mener det ble et mer omfattende problem. Disse fire forsøkte alkohol for første gang i 14-15 årsalder. Senere ble det sporadisk bruk av andre rusmidler, før bruken av rusmidler ble et problem ved 18-19 årsalder. Det er ikke noe spesielt med fortellingene om debuttidspunkt. Vi har en tendens til å tro at de som blir misbrukere har en spesielt tidlig debut, men det er en tilsvarende debut for ca halvparten av norske ungdommer (Pedersen 1998, Thommesen 2008:89, 2009:9).

### 5.1.1 Forhold til rusen og rusmidlet

Alle brukerne, unntatt den eldste brukeren, er blandingsmisbrukere selv om de har et eller to rusmidler de foretrekker. Alkohol er et sentralt innslag hos alle, også hos de brukerne som primært foretrekker opiat<sup>19</sup> eller sentralstimulerende midler<sup>20</sup>. Brukerens blanding av rusmidler kan være et behov for ulike rusvirkninger som skal fylle ulike funksjoner (Skog 2006, Fekjær 2004). Rusvirkningene kan være lærte, kulturelle eller farmakologiske (Skog 2006, Mørland 2003, Blomgvist 2003). I et fenomenologisk perspektiv kan rusmiddelinntak forstås som en måte å regulere og erfare kroppens nærvær og fravær. Kroppen er et

---

<sup>19</sup> **Opiater** har en dempende virkning på sentralnervesystemet som erfares i form av nedsatt reaksjonsevne, langsom tale, nedsatt oppmerksomhet, sløvheter mv (Skog 2006:158).

<sup>20</sup> **Sentralstimulerende** midler virker stimulerende på sentralnervesystemet og erfares gjennom økt hjerteaksjon og blodtrykksøkning, økning i personens motoriske aktivitet, økt selvfølelse, uro, ukritiskhet mv (Skog 2006:158).

manipulerbart redskap som lar seg forandre gjennom bruk av rusmidler (Nyeng 2006:148). Brukerne forteller at de lenge likte rusen. Den gjorde noe med dem som kjentes godt der og da. Rusmidlet tok bort et kroppslig ubehag. De ble roligere, slapp å huske vanskelige episoder og kjente mindre ubehag som angst, uro og aggresjon. For noen var ubehaget knyttet til abstinenser. Rusopplevelser var også i perioder spennende og moro.

To av informantene har diagnosen ADHD<sup>21</sup>. De har begått mye rus- og vinningskriminalitet og har hatt flere fengselsopphold. Studier tyder på at ADHD gir økt risiko for stoffmisbruk og kriminalitet. (Torgersen mfl. 2006, Rasmussen mfl. 2001). Disse to brukerne har brukt sentralstimulerende midler. Sentralstimulerende midler kan ha en tilsvarende virkning som medikamenter utskrevet for ADHD (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2009). Disse to brukerne forteller at amfetaminet hjalp dem med å konsentrere seg og de ble roligere. En tok amfetamin første gang da han var i 20 årsalderen.

*”Det var en kinkig situasjon. Hadde nok mest lyst til å ta livet av meg, før jeg prøvde amfetamin, og så ble jeg invitert ned til en god kamerat. Han la fram to ”linjer”. ”Ta og prøv dette, så kan vi snakke sammen.” Det lå på bordet der et par timer, så dro jeg det ned. Det er første gangen jeg satt stille og kunne lese avisa, og første gang jeg hadde en normal samtale og sånne ting.”*

Begge beskriver at også andre rusmidler som hasj og Rohypnol tilfredstilte ”noe” og ga opplevelse av spenning og mot til å leve ut ulike følelser.

Et annet fellestrekk er at jo lengre bakover i tid brukerne forteller, desto flere positive sider er det med bruk av rusmidler. Når brukerne forteller om tiden i forkant av innleggelse, blir rusen og rusmidlet omtalt mer som et ”åk”, og noe de har mistet kontroll over. Noe som må tas for å klare dagene fysisk og psykisk. Flere forteller også om at tiden ble ”borte” i rusen. ”Tiden har bare ”flytt” av gårde i halvrus”. Brukerne uttrykker maktesløshet og et ambivalent forhold til rusmidlene. Ambivalens er en opplevelse av å ha to uforenlige impulser knyttet til noe (Barth

---

<sup>21</sup> **ADHD:** AD (Attention Deficit) står for oppmerksomhets- og konsentrasjonssvikt. HD (Hyperactivity Disorder) står for hyperaktivitet, uro og impulshandlinger. Nyere forskning tyder på at ADHD har en viss arvelighet som særlig knytter seg til gener som styrer omsetningen av signalstoffet dopamin i hjernen. Dopamin har betydning for evnen til å lære at det er en sammenheng mellom egen væremåte og hendelser i omgivelsene. Dopamin er involvert i hjernens regulering av oppmerksomhet og atferd. Legemidler demper den kroppslige uroen og impulshandlingene, og bedrer konsentrasjonen (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2009 Faraone mfl. 2005).

og Näsholm 2007). Den kan være en kraft til endring fordi ambivalensen innebærer et spenningsforhold mellom to impulser. Ambivalensen blir synlig gjennom paradoksale uttrykk, som at rusmidlet ikke brukes som rus, men for å bli frisk. Samtidig omtales rusmidlet med metaforer som gir det personifiserte egenskaper. En sier ”*jeg ble forelsket i heroin*” og ”*Rohypnolen er djevelen*”. En annen omtaler alkohol som ”*Keiseren*”, samtidig som hun sier at hun ønsker å ”*drikke kontrollert*”. Bakgrunnen for at egenskapsforklaringer og paradoksale uttrykk benyttes, kan være ønske om å synliggjøre noe underforstått om rusmidlenes styrke, ens egen maktesløshet og en vilje som føles underlagt vanen (Brumoen 2007, Skog 2006, Mørland 2003). Skatvedt finner det samme, hennes informanter snakket om rusen som om det var et menneske. Rusen gir mye av det et kjærlighetsforhold gir - spenning, glede, trøst, selvtillit, tilhørighet (Skatvedt 2008:38). På denne måten knyttes det mening til rusmidlet utover den sansbare rusen og minner om Husserls bruk av begrepet *noema* (Adriane 2009).

Brukerne forteller om at de, i tiden like før innleggelse, i økende grad mistet kontrollen over rusen. Fortellingen om manglende kontroll over rusmiddelet kan være en nødvendig fortelling for å øke egen og andres forståelse av behovet for totalavhold eller for å vise hvor vanskelig totalavhold er (Fridell 1996:167, Fekjær 2004:30). Det kan bety at diskursene fra alkoholismeteorien er sterke og inngår i hele feltets doxa. En annen forståelse kan være at egenskapsforklaringer er en måte å eksternalisere<sup>22</sup> på. Da blir misbruket noe en gjør og ikke noe en er (Fridell 1996).

### 5.1.2 Oppvekst

I intervjuene fokuserte jeg i utgangspunktet ikke på oppvekst. Det er interessant at tre av brukerne likevel fortalte en del om oppveksten med foreldre som ruset seg. Disse tre har selv barn som er blitt påvirket av deres rusmiddelbruk/misbruk. Å fortelle om egen oppvekst kan skape en sammenheng til egen foreldrerolle og begrunne valg om et rusfritt liv (se punkt 5.2.1).

---

<sup>22</sup> **Eksternalisere:** Begrepet brukes i narrativ tenkning som en måte å foreta en differensiering mellom person og problem. Personen er ikke problemet (Haaland 2005:104).

Tre av brukerne er oppvokst med rusmiddelmisbruk, vold og kriminalitet hos foreldre og steforeldre. En av brukerne har foreldre som omsetter narkotika. Foreldrene misbruker fortsatt rusmidler.

*”Jeg er oppvokst med alkohol og sett foreldrene mine fulle, først og fremst min mor, som fortsatt ruser seg, og stefaren min som blir klin gæren i fylla. Nei, sånn skal ikke barn ha det.”*

En annen forteller:

*”Moren min ruser seg og holder på med unge gutter. Jeg har ikke hatt noen morsfigur”.*

Hun forteller at mormor var en viktig omsorgsperson. Fra den dagen mormor døde, opptok rusen mer og mer av hennes liv. Disse brukerne forteller om en oppvekst hvor det var vanskelig å stole på at foreldrene ivaretok dem. Det er kun en av brukerne som forteller om søsken. Han har to brødre som også ruser seg.

Det framkommer i flere studier at rusmiddelmisbruk hos foreldre kan forstyrre samspillet i familien og føre til en uheldig sosialisering og en negativ utvikling i forhold til rus og rusmiljø (Pedersen 2006:89, Haugland 2003). Brukeren nevner ikke denne sammenhengen. Det kan bety at de ikke forstår sitt liv i dette perspektivet. En annen grunn kan være at et slik perspektiv blir umulig, fordi parallellen til egen foreldrerolle er så nærliggende (Anderson mfl. 2006).

Primærkontaktene mener at en oppvekst med rus og vold, gjør brukeren sårbar. Dette samsvarer med aktørperspektivet. Der sees en vanskelig oppvekst som en av de kreftene, som kan dra mot et misbruk (Blomqvist 2007, 2009). Samtidig er det viktig for primærkontaktene å bidra til å nyansere fortellingen om oppvekst. På den måten kan oppveksten få ny og utvidet mening som vil gi ny forståelse av egen foreldrerolle. En av primærkontaktene bruker språket til å utvide fortellingen og skape endring gjennom nye narrativer og konstruksjoner (Anderson 2003, Lundby 1998).

*”Hvis en bare skal se bakover og tror at livet bare er et resultat av oppvekst og utvikling, kan det bli ganske ensporet, og noen ganger feil. Det går alene ikke an. Hvis en spør litt om for eksempel ”når var det du hadde det hyggelig med morra di”, da åpner du noen andre dører. De skal jo leve med disse mødrene mer eller mindre. Det går an å anerkjenne det som er vanskelig, men det går an å lete litt og få bort*



*bare den offerrollen. Det er viktig at en kan se noe i fortiden sin som er godt å tenke på og verdifullt å ta med seg. Det er veldig spennende å høre folk snakke om noe annet enn det som kommer fram i den første historien.”*

Begrepet *signifikante andre* eller *betydningsfulle andre* er begreper som ofte knyttes til symbolsk interaksjonisme og kan i vid forstand forstås som tilgjengelige personer som gir støtte og omsorg og er rollemodeller. Disse personene er viktige for barnets innlærings- og sosialiseringprosesser. Signifikante andre er de personene som har betydning for oss. Disse personene får stor innvirkning for oppbygning av selvet, forestillinger og vår måte å definere situasjoner på (Levin og Trost 2005:58, Bråten 2004:75). Foreldrene til de tre brukerne ruser seg fortsatt. Det er vanskelig å leve rusfritt når det er rusmiddelmissbruk innenfor egen nær familie. Foreldrene er ikke i stand til å være en signifikant annen, de gir ikke emosjonell eller praktisk støtte i rehabiliteringsprosessen.

Primærkontaktene er delt på hva og hvor mye de synes det er viktig å vite om historien til bruker. Det er også ulikt hvor mye de spør om historien. Primærkontaktene er opptatt av at den historien som står i søknaden eller som kommer fram i begynnelsen av oppholdet, bare er en del av historien. Det er viktig å ikke forstå den første historien for fort.

*”Ikke det at jeg sitter med masse fordommer, men en gjør seg et bilde når en leser en tekst. Så blir det noe helt annet når en snakker med personene.”*

En annen sier:

*”Synes det er viktig å vite litt om folk før de kommer og at de forteller historien, men vet jo at de forteller det de vil av historien. Ser at når du skriver historien, blir det sånn faktaorientert og er bare en del av historien.”*

Denne primærkontakten virker bevisst på at historien må nyanseres og eventuelt omskapes for å være nyttig. Flere av primærkontaktene er inne på at bruker forteller en ”penere” historie i begynnelsen enn de gjør lengre ut i oppholdet. Det er ikke nok trygghet i den første samtalen til å være ærlig. En annen av primærkontaktene sier at bruker er alt for åpen med sin historie. Han mener det kommer av at de tror de må fortelle for å få hjelp. Han sier til brukerne: *”Så hvis du vil fortelle, gjør du det, men du trenger ikke fortelle hele livshistoria til meg for at jeg skal hjelpe deg med noe som gjelder nå.”* Institusjoner som er serviceinnstilt, brukerorientert og opptatt av at brukere skal være ansvarlige for egne liv, kan ubevisst signalisere et krav om en velvillig klient (Järvinen og Mik-Meyer 2003:21). Ved å understreke at bruker ikke må

fortelle forsøker primærkontakten å unngå dette paradokset. En annen grunn til at bruker forteller så mye kan være at de tidligere ikke har opplevd å bli hørt tilstrekkelig ut.

I starten bør samtalene med bruker være slik at erfaringer og hendelser kan nyanseres og utvides i den hensikt å forstå seg selv bedre med mål om å bli selvhjulpen (Anderson 2003:19). Stern er opptatt av *nå-øyeblikk*. Et nå-øyeblikk er et forbigående øyeblikk. Det er en liten "luke" for handling og forståelse av mulighet. Nå -øyeblikk kan ikke fanges i språket, de må oppleves. Språket (re)konstruerer nå-øyeblikket i ettertid (Stern 2004:36-37). Samtalene med bruker kan bestå av flere "nå-øyeblikk" som skal skape håp og forventning til forandring ved å binde sammen fortid og framtid. Stern påpeker at utfordringen er å tenke seg "nå-øyeblikket i en slags dialogisk likevekt med fortid og fremtid. Hvis nå- øyeblikket ikke er solid forankret i fortid og fremtid, kan det flyte av gårde som en betydningsløs prikk" (Stern 2004:53).

## 5.2 Stien begynte å bli rotete - oppbrudd

*Jeg er trøtt.  
En kråke skriker.  
Jeg må finne stien ut.*

Et av intervjuets sentrale temaer var vendepunkt og valg. Brukerne forteller ikke om vendepunktet som *ett* bestemt tidspunkt da det ble tatt et valg en gang for alle. De forteller at valget består av noe som skjer over tid og av noe som kan forstås som utløsende hendelse eller forstyrrelse. Prosessen og hendelsen er vevd sammen og fører til et valg om å søke hjelp. Det aller tydeligste funnet i studien er hvordan forholdet til egne barn og andre nære personer gir mening til valget om et rusfritt liv. Dette utdypes i punkt 5.2.4.

Flere av de svenske studiene peker på at det finnes noen "drivkrefter" i endringsprosessen. Drivkreftene er påvirkning fra omgivelsene som krav om endring fra arbeidsgiver, familie, egne barn mv. Flere funn fra disse studiene har sammenfallende trekk med uttalelser i denne studien. ( Blomqvist og Christophs 2005, Hedin og Månsson 1998, Kristiansen 2000, Topor 2004). Topor mener at vendepunkt bare kan forstås i et tilbakeskuende perspektiv. Det er først når en skal forstå og sette ord på hva som skjedde, at en ser vendepunktet.

Kristiansen<sup>23</sup> fant at misbruket fortonte seg stadig mer meningsløst og annerledes med årene enn da misbruket startet. Det vokste fram et ønske om forandring pga misbrukets negative følger. Uttrykket "the rock bottom" brukes om denne krisetilstanden (Kristiansen 2000:38). Flere studier peker på hva som skal til for å forlate misbruket. Disse studiene er opptatt av at det skjer noe når en når "bunnen". Bunnen kan være en tilværelse en havner i eller oppsøker. Når det "raser utfor bakke", kan en i "raset" oppleve at bunnen allerede er nådd og det blir til et vendepunkt. Dette gir nytt håp. For en del er dette en modningsprosess som blir til en beslutning (Kristiansen 2000, Topor 2004, Stuen mfl. 2004). Andre kan ha blitt påtvunget en beslutning pga en spesiell hendelse eller av andre personer. Gjennom dette dannes det en subjektiv opplevelse av hvilken mening hendelsen har for individets biografi. I Blomqvist og Christhops studie<sup>24</sup> framkommer det en kjønnsforskjell mellom menn og kvinner. Vendepunkt for menn er hyppigst knyttet til forstyrrelser og påtrykk fra andre, for kvinner er beslutningen om å endre livet knyttet til foreldrerollen (Blomqvist og Christhops 2005:42-43). Utvalget i denne studien er for lite til å vise eventuelle kjønnsforskjeller. Et av Topors poeng er at vendepunkt/endring handler om en forandring i personens måte å oppfatte seg selv og forholdene i eget liv. Selv om vendepunktene oppleves som sprang er de ofte i realiteten mange små skritt (Topor 2004:52- 94).

### 5.2.1 Når nok er nok

I intervjuene fortalte fire av brukerne at de gikk mer og mer "lei" av at rusen var en dominerende aktivitet. De ble stadig mer lei de konsekvensene rusmiddelbruken hadde i forhold til økonomi, kriminalitet og bolig. De opplevde at evnen til å ivareta ulike livsfunksjoner som jobb, familie og sosiale relasjoner ble redusert. De var lei av å leve livet slik det var, og lei det miljøet de var en del av. En forteller:

*"Det som er annerledes er at jeg har fått en oppvåkning. Det er ikke noe verdig liv. Jeg er lei av dette her. (...) Ja lei av det dærrer livet. Drikke, drikke, drikke. Ikke gjøre noe fornuftig. Jeg er møkk lei det."*

---

<sup>23</sup> Studien "Fri från narkotika. Om kvinnor och män som har varit narkotikamissbrukare" er en kvalitativ studie med syv kvinner og syv menn (Kristiansen 2000).

<sup>24</sup> Studien "Vägen til vården" er første del av et prospektivt (framoverskuende) studie med 327 tidligere ubehandlede personer med alkoholproblemer. Disse blir fulgt for å se på mønstre for selvhelbredende prosesser, hva som førte dem inn i eventuell behandling og hvordan behandlingsintervensjoner virket på den langvarige forandningsprosessen (Blomqvist og Christhops 2005:5).

Selve ordet oppvåkning brukes i AAs tolvte trinn, uttrykt som en ”Åndelig oppvåkning” (Alcoholics Anonymous 1939:68), og uttrykket kan komme derfra. Oppvåkning forbindes ofte med religiøs vekkelser eller overgivelse. Det er mulig at brukeren forsøker å fortelle om oppvåkningen i dette perspektivet. Det kan minne om det alkoholismeteorien beskriver som ”selvransakelse”, som igjen fører til en innrømmelse av ”maktesløshet” (Alcoholics Anonymous 1939:68). Når brukeren utdyper hva hun mener med oppvåkning, beskrives ikke oppvåkningen som en omvendelse, men mer som en opplevelse av å være forsynt eller ha nådd en bunn. Hun sier: ”Det er bare det at nok er nok”.

Flere brukere forteller, i tråd med funnene i de svenske studiene, at familiemedlemmer, arbeidsgiver, venner og kollegaer kommenterte deres rusmønster (Blomqvist og Christhops 2005:44, Kristiansen 2000). Brukerne beskriver en opplevelse av å falle stadig mer utenfor og om økt fysisk og psykisk smerte. Dette igjen må døyves med mer rus. De beskriver en lyst til å ha et annet liv. Dette var en prosess som gikk over flere måneder eller år.

*”Du drikker for å glemme alt du burde, og så våkner du og er dødsfyllsyk. Så tenker jeg på ting jeg har utsatt og ikke gjort, og penger jeg ikke har råd til å bruke. Da er det godt å drikke for å slippe og tenke på alt det. Det er ikke noe positivt. Du har jo ikke råd til å drikke. (...) Det er så mye jeg har lyst til, jeg er glad i å lese. Jeg leser hele tiden, men når du drikker, blir det ikke noe fornuftig lesing. Jeg har lyst til å gå på kurs. Er interessert i arkeologi, historie, slektsgranskning, kunst, tegning. Alt dette her er liksom bare skjøvet til side. Det blir ingen ting fornuftig gjort. Avlyste avtaler med venninner, familie fordi jeg ikke ville vise meg, fordi jeg hadde drukket.”*

En annen forteller om valg som gikk over tid

*”Den gamle stien begynte å bli ganske rotete. Så fikk jeg en ny arbeidsplass. Den ble jeg veldig glad i og så havna jeg litt tilbake igjen, på det gamle kjørt. Så sier jeg til sjefen at til vinteren må jeg bort en periode i alle fall”*

Brukeren har et arbeid som er sesongpreget. Vinteren er stille og kunne gi rom for å dra til en institusjon.

### **5.2.2 Skam**

En annen konsekvens av å miste kontrollen over rusen og falle ut av livsfunksjoner, er skammen. En av brukerne forteller at han ”skammet seg”, mens andre snakker mer indirekte

om noe som kan forstås som skam. En sier at hun ” *ikke ville vise seg* ” når hun hadde drukket. Den norske psykiateren Finn Skårderud snakker om den ” *moderne skam* ” som mangel på selvrealisering og utnyttelse av de muligheter og evner en har. Skam oppstår i spenningen mellom hvordan jeg vil bli sett og hvordan jeg føler at jeg blir sett (Skårderud 2001a:1615, 2001b:49). Å være avhengig og tape selvkontrollen kan gi en slik skamfølelse. Skam over manglende selvrealisering og egen uverdighet, men også skyld og skam over å ha påført andre lidelse gjennom sitt misbruk. Pressen målbærer ofte en folkemening om at den avhengige er ute av stand til å handle annerledes enn han gjør, og dermed ikke er fullt ut ansvarlig for sitt liv og handlinger (Skog 2006:98). En som ikke er fullt ut ansvarlig, kan ikke ta på seg *skyld* for det en har påført andre. Å kunne ta på seg skyld, gir misbrukeren anledning til å sone, øve bot og få tilgivelse. Dette er også et viktig anliggende innenfor AA (Furuholmen og Schanche Andresen 2007:26). Skammen viser til en form for feil eller svakhet som reduserer misbrukeren til en viljeløs passiv tilskuer til sin egen kropps vaner (Skog 2006:98, Skårderud 2001b: 47). Dette kan oppleves som ikke å bli anerkjent som et fullverdig menneske.

### 5.2.3 Utløsende hendelser

Flere brukere forteller om en hendelse eller et møte som de i ettertid omtaler som en utløsende hendelse. Informanten, som brukte opiat, forteller at hun stadig ble mer sliten av dårlige rusopplevelser og vold. Inntak av det hun beskriver som ” *giftig* ” Rohypnol, ble en så skremmende opplevelse at hun begynte å tenke på å forandre sitt misbruk. Hun fikk kramper, ble lammet og innlagt på sykehus.

*”Jeg skøyt, gleda meg til å ta et skudd med heroin, å så blanda jeg en og en halv av ”de” Rohypnolene oppi. Plutselig lå jeg på gulvet. Klarte ikke å komme meg opp. Ble pissredd.”*

Et annet eksempel er en fortelling fra puben:

*”Det skjedde i januar i fjor. Hvor jeg kjente, nei, nå må du ta en pause. Sette korken på flasken, ikke noe hasjrøyking eller noen ting. Da hadde jeg vært skikkelig utpå. (...) Så klarte jeg to dager og så satt jeg på puben igjen. Sitter der med pilsen og avisa mi som jeg har gjort veldig ofte de siste årene, så kommer det en pubkompis og sier; ”Jaså, skulle ikke du ha en pause.” Han ler. Dette er en fyr som jeg egentlig ikke har*

*noe sansen for. Han er gift med ei dame fra Thailand som han ikke respekterer. Han respekterer ikke kona si for fem øre. Han har en liten datter hjemme som har begynt på skolen. Jeg har mange ganger tenkt "Herre Gud, da mann", faktisk nevnt det for han også, når vi har vært litt utpå kvelden. "Ta deg sammen å dra hjem til kjærringa, til familien din". Så går det opp for meg at jeg faktisk har en sønn som bor i fosterhjem."*

Kompisens kommentar virket som en forstyrrelse eller det Stern omtaler som en nøkkelmetafor. Nøkkelmetaforer er potente nok til å skape en forandring (Johnsen 2000:110). Han så sitt eget liv i relasjon til det han foraktet i kompisens måte å forholde seg til familien på. Han sier også senere i intervjuet at det var da kommentaren falt, at han klarte å "(...) erkjenne at du har et jævla problem. Det gikk ikke ordentlig opp for meg før da". Tom Andersen viser til den latinske betydningen av ordet re- flectere som å bøye noe tilbake til den sammenhengen det kommer fra (Andersen 2006:33). Når informanten forteller om dette i ettertid, har episoden blitt til en refleksjon, en evne til å ta inn det sagte, tenke over det og forstå det i hans egen sammenheng. Da blir en hendelse fra fortiden "bøyd" tilbake. Den gir mening i nåtiden. Primærkontakten forteller også, i sitt intervju, om brukerens historie fra puben. Hun hadde vært nysgjerrig på denne historien. Gjennom primærkontaktens spørsmål hadde historien blitt "tykkere"<sup>25</sup>. Det viktige er betydningen brukerne knytter til hendelsen, ikke nødvendigvis selve hendelsen. Hendelsens mening ligger i dens konsekvenser (von der Fehr 2008:70). Her var konsekvensen at han valgte seg til behandling. Hendelsen har også ført til at han har forsøkt å finne ut om det er mulig å få kontakt med sin sønn.

Informantene i denne studien uttrykker ikke like sterkt som i enkelte andre studier, et tydelig vendepunkt eller at "bunnen var nådd". En forskjell fra for eksempel studiet til Stuen mfl., er at deres informanter hadde vært lenge rusfrie. De fleste i mange år (Stuen mfl 2004:6). Det kan bety at desto lenger du er rusfri, desto tykkere blir historien om at "bunnen var nådd". Historiene har som funksjon å holde avstand til det tidligere livet, ta i mot hjelp og er identitetsbyggende til det nye selvet. Innenfor AA tilskrives også fenomenet å "nå bunnen" stor betydning for å øke sjansen for varig rusfrihet (Ølgaard 2004:232).

Primærkontakten er i starten av oppholdet opptatt av å få bruker til å snakke om vendepunktet. I intervjuene med primærkontaktene kommer det fram at de kjenner til både prosessen og hendelser som bruker mener har vært utløsende. De forteller at de på

---

<sup>25</sup> **Tykk historie:** I narrativ tenkning brukes tykk historie som et begrep, for å få fram nyanser, nye aspekter og elementer av brukers historie (Geertz 1973,1983, Haaland 2005:97, White 2006). Det er nødvendig å være opptatt av detaljer og betydning for å "tykne" en historie.

inntakssamtalene legger vekt på å snakke med bruker om hva som har ført til beslutningen om å søke plass. Ved å spørre om beslutningen, anerkjenner og understøtter de brukerens valg.

En av primærkontaktene er opptatt av veien ut av misbruket ikke kan forstås som en lineær prosess. Primærkontakten mener at det er mer enn vendepunktene som er avgjørende for hvordan det går.

*”Noen ganger tenker jeg at vendepunktene ikke nødvendigvis har sammenheng med hva du oppnår. Jeg tenker at vi ikke alltid er så systematiske. Tror det er mange faktorer som spiller inn på hvordan det går. Det er ganske mange omstendigheter som skal være tilstede for at det skal gå bra. Hvis en tenker at bare jeg gjør det rette valget, går det bra. Sånt som handler om viljen og valget og besluttosomhet og målrettethet. Da tror jeg vi hadde vært maskiner på en måte. Tror ikke det er så enkelt. (...) Er i hvert fall sikker på at det ikke bare er en årsak og virkning eller en rett vei å gå. Her er det mye som spiller inn i forhold til andre personer, venner og bekjente.”*

Her kommer det fram at forandring er noe mer enn en beslutning. Det er mange kompliserte prosesser i samspill med valget. Det ligner på Andersons begrep *transformasjon*. Hun bruker begrepet transformasjon som en interaksjon, det vil si å være i en bevegelse sammen med andre mennesker (Anderson 2003:333).

Blomqvist peker på at studier om vendepunkt neppe kan forstås i en streng kausal<sup>26</sup> sammenheng fordi historiene forstås i et tilbakeskuende perspektiv (Blomqvist 2003:45). Funnene i denne studien kan heller ikke oppfattes slik. Primærkontaktene kan ha valgt ut brukere som er særlig opptatt av vendepunktet eller som kunne artikulere seg om dette. Temaet var introdusert allerede i informasjonsskrivet. Dette kan ha økt fokuset på selve vendepunktet. En annen forståelse er at fordi samtalene har et tilbakeskuende perspektiv, blir vendepunktet en nøkkelmetafor eller tykkere historie (Topor 2004, Johnsen 2000:110). I familieterapien er et narrativ noe mer enn en metafor for historier. I det personlige narrativ fortelles det ikke bare en historie fra fortiden, men historien bidrar til å fortolke tilværelsen og skape sammenheng og mening for fortelleren (Haaland 2005:95, Vikan 2007:15). Anderson er opptatt av at narrativ er en refleksiv, dobbeltrettet, diskursiv prosess som konstruerer våre opplevelser. Narrativer skapes, fortelles og mottas ved hjelp av betingede regler og

---

<sup>26</sup> **Kausal:** Begrepet kausalitet refererer til forholdet mellom årsak og virkning. Kausalitet oppdages ved å finne empiriske bevis for konstante forbindelser (Langdridge 2006:89).

konvensjoner i konteksten og kulturen (Anderson 2003:265). Historien brukerne forteller, kan forstås som et narrativ om et handlende, selvstendig menneske som tar ansvar for sitt liv. De forteller sine historier i en bevissthet mellom den frie viljen og den vanskelige vanen. Hvis de ikke har et selv som er fritt til å velge, er de ikke et fullverdig medlem av samfunnet eller et ”gangs menneske” (Skatvedt 2008). Dette er også en kulturell diskurs som påvirker deres historie. Å forstå seg selv som aktør, et handlende subjekt, når de selv kjenner at livsførselen har tatt en avvikende vending, er viktig i oppbygningen av sitt nye selv (Haaland 2005). Det er gjennom selvfortellinger vi blir intensjonelle og får handlekraft. Intensjonalitet betyr at handling krever beslutning og handlingen må ha en hensikt (Anderson 2003:162,334). Dette gir *frihet og håp*. Frihet i forhold til fortid, nåtid og framtid, og håp om en annen framtid (ibid: 286-87).

Historiene om vendepunkt kan forstås som et narrativ om handlekraft og ligger dermed nær aktørperspektivet. De kan også forstås som en erkjennelse av maktesløshet og overgivelse slik det kanskje vil bli tolket i en AA kontekst. Eller som en sammenblanding av begge tenkemåtene. Begge perspektivene har snublesteiner om de ikke møtes med en ”ikke-vitende” holdning. Hvis det legges vekt på å utforske hvordan brukeren selv forstår sitt vendepunkt, kan vendepunktet gi mening i nået og bli en identitetsbyggende historie.

#### **5.2.4 Forpliktelse, forsømmelse og fordømmelse**

Intervjuguiden inneholder ikke spørsmål om brukerne hadde egne barn eller om egne barns betydning for endringen. Likevel ble dette et tema hos flere av brukerne. Forskerne Andersson, Arvidsson, Rasmusson og Trulsson skriver at det i rusfeltet er en tendens til å glemme at misbrukere, som ikke lenger bor sammen med sine barn, fortsatt er foreldre. Disse relasjonene trenger oppmerksomhet. De må snakkes om og bearbeides, selv om det kan være mange år siden de har hatt omsorgen for barna (Andersson mfl. 2006:45). Jeg er selv en del av rusfeltet og hadde på intervjutidspunktet ikke tilstrekkelig bevissthet om den store andelen brukere i Rusmideletatens rehabiliteringsinstitusjoner som har egne barn. Derfor ble den sentrale betydningen egne barn har for valget om en rusfri tilværelse, et overraskende funn. I rehabiliteringsinstitusjonene har 60-65% av brukerne egne barn. Fire av fem informanter har egne barn. De har fra ett til fire barn hver. De har og har hatt mindre kontakt med barna enn



de ønsker. To av mødrene har ikke omsorgen for egne barn, men de har samvær med dem. Den ene faren har ikke hatt kontakt med sønnen. Den andre faren har delt omsorg for barna og skal ha dem boende i leiligheten i botiltaket. Tre av de fire som har barn, kommer selv fra familier med rusmiddelmissbruk.

## Barnas betydning for valget

Under spørsmålene om hva som førte til at brukerne bestemte seg for å bli rusfrie, svarte disse fire at ”*tanken på barna*” var noe av det viktigste. De ga på ulike måter uttrykk for at rusmiddelmissbruket har ført til at de har forsømt sine barn. ”*Rusen har gjort at jeg har gått glipp av mye med ungene*”. En forteller:

*” Husker blant annet når han var to år. Da var jeg og besøkte han og moren på bursdagen hans (...) for han har bursdag på lille julaften. Jeg kjente at jeg ikke var i form etter gårdsdagen eskapader (...) og med dårlig samvittighet overfor han. Jeg var jo ikke rusa når jeg var der, men det var gærent hele settingen. Hele settingen ble gæren i forhold til han. Jeg har skamma meg. Det er mye skam, en føler mye skam når en holder på sånn dessverre, men kanskje kan en få snudd det til noe positivt til slutt.”*

Han har pr i dag ikke kontakt med sønnen, men ønsker å ta kontakt med barnevernet for å møte ham den dagen han selv er sikker på å klare et rusfritt liv. Primærkontakten støtter ham i dette. Hun har også snakket med ham om hans farsrolle.

*” (...) når han trykker seg litt ned, så er det i forhold til hvordan han kan utøve farsrollen. Da sier jeg: ”Dette vet du jo så lite om at du kan ikke dømme deg selv på forhånd. Du har jo ikke hatt noe særlig kontakt med sønnen din. Du vet jo ikke hvordan du ville like det eller han vil like det.” Jeg nesten klør i fingrene til at han skal ha overskudd til å begynne, samtidig som jeg prøver å være tilbaketrukkent. Ikke gå foran og dra, men være ved siden av. Det må jo skje i hans takt selvfølgelig. Selvfølgelig må det, jeg må støtte opp om hans idé om seg selv.”*

Denne brukeren har tidligere i intervjuet fortalt om en samtale på puben som medførte at han reflekterte over forholdet til sin egen sønn, se side 45. Episoden fra sønnens bursdag førte til at han etterpå ikke har hatt noe kontakt med sin sønn. Han savner kontakten og kjenner en tristhet over å ha gått glipp av flere år i sønnens liv. Bangura Arvidsson peker på at det kan være fruktbart å se farsrollen i en samfunnskontekst for å forstå fedrenes skam og deres tilbaketrekning fra barnet. Det har vært en generell samfunnsutvikling fra fedrenes ansvar for forsørgelse og beskyttelse til at fedrene også skal være mer nærværende og deltagende i

omsorgen. Samtidig har samfunnet et fokus på ”barns beste”. Barn skal beskyttes mot fedre som utsetter dem for uheldige følger av misbruket. Valget er dermed ofte mellom kontakten med barnet eller misbruket (Bangura Arvidson 2003:14,17, Andersson mfl. 2006:49). I hennes studie var fedrene engstelige for den ”sosiale arven”. De var redde for å være fedre på samme måte som deres fedre (Bangura Arvidson 2003:214). Brukeren i denne studien fortalte også om negative opplevelser både med sin far og stefar. Han uttrykker i likhet med informantene til Bangura Arvidssons at farskap og misbruk ikke hører sammen (ibid:252). Hans manglende kontakt med sin sønn kan være et ønske om å beskytte sønnen fra eget misbruk og fra den sosiale arven. I det perspektivet opptrer han ansvarlig (Andersson mfl. 2006). Han forteller at han skammer seg, men uttrykker et håp om at skammen kan snus til ”*noe positivt*”. Skam kan bli en kraft til endring når den bringes inn i dialogen og settes navn på (Skårderud 2001a). Da kan skammen nyanseres.

Skårner er opptatt av at arbeid med foreldrerollen ble en sentral nøkkel for å bryte opp fra misbruket. Dårlige erfaringer fra egen oppvekst og manglende rollemodeller sammen med forestillinger om hvordan kjernefamilien bør leve, fører ofte til en diskrepans mellom ideal og virkelighet. Hvis brukerne har et idealisert bilde av foreldrerollen kan det lede til urealistiske og uoppnåelige forventninger om hvordan de selv skal fylle den (Skårner 2001, 2009, Andersson mfl. 2006:45,50). Primærkontakten er opptatt av å snakke med bruker om hvordan farsrollen kan fylles. Ved å utforske og nyansere farsrollen kan det utvide forståelsen av egen oppvekst og foreldre. Ny forståelse kan gi mot til en framtidig kontakt med egne barn. For mange vil det å gjenoppta kontakt med barn være en inngangsbillett til et nytt livsinnhold. Det kan åpne en vei til en alternativ sosial identitet (Skårner 2009:70, Bangura Arvidssons 2003).

Den andre faren har delt omsorg for sine barn og har ganske nylig flyttet til institusjonen. Han valgte denne institusjonen fordi den har leiligheter og det var mulig å ha barna der. Brukeren forteller at han er en pappa som leker mye med barna, men han kan også sette grenser. Han har ennå ikke hatt barna i den nye leiligheten, og er spent. ”*For dem er det uvant å se meg edru og nykter*”. Han er usikker på hvordan de vil oppleve det. Han blir mer urolig når han er nykter, men regner med at det blir annerledes når han får medisiner for sin ADHD.

To av informantene er mødre. Den eldste informanten har en voksen sønn, og en yngre sønn i fosterhjem i nær familie. Hun har ukentlig samvær med den yngste. Hun har som mål at tiden

på institusjon skal føre til mer kontakt med sønnene. Hennes håp er at den yngste sønnen kan bo hos henne. Hennes primærkontakt sier at *”det hun ønsker seg aller mest er å bli fri fra alkohol og kunne ha et hjem for seg selv og guttene sine”*. Primærkontakten og bruker er enige om at mål knyttet til samvær med sønnene, er viktig.

Den andre moren har flere barn som hun ikke lenger har omsorgen for. Hun har i hovedsak, ved hjelp av institusjonsopphold, vært rusfri under svangerskapene. Etter en tid har hun gjenopptatt misbruket, og barna har blitt plassert i fosterhjem. Plasseringen har vært både frivillig og med tvang. Trulssons studie viser at de misbrukende kvinnene som mister omsorgen for sine barn, opplever en sosial degradering, skam og en følelse av å være dårlige mødre. Omsorgsovertagelsen førte ofte til en krisereaksjon som gjorde livet meningsløst og misbruket akselererte (Trulsson 2003, Andersson mfl. 2006:48). Denne moren forteller om de ulike omsorgsovertagelsene og tilsvarende opplevelser som Trulsson beskriver. Hun slutter fortellingen med at *”ungene er det som betyr mest for meg i hele livet”*. Hun tror ikke hun får omsorgen tilbake, men kjemper for å ha mest mulig kontakt, spesielt med det barnet hun lengst hadde omsorgen for.

*”Skal jeg ha noe sjanse til i hvert fall å se henne, så må jeg bare gjøre noe nå. Jeg kommer til å angre resten av livet hvis jeg ikke har prøvd, så det er derfor jeg gikk inn. Var egentlig ikke for min egen skyld. Skulle ønske det var litt mer for min egen skyld. Det var jo for datteren min. Det var jo for min egen skyld og, men det var liksom datteren. Jeg må vise, ellers kommer jeg til å angre resten av livet at jeg ikke ga datteren min og meg den sjansen (...) så det var egentlig på grunn av datteren min jeg gikk hit. Det var det.”*

Den samme brukeren forteller at når russuget kommer, er det eneste som hjelper å *”tenke over hvor glad jeg er når jeg er sammen med henne. Da klarer jeg det.”* Hun knytter sine mål til kontakt med barna og opprettholdelse av samvær. På spørsmål om hvilke forventninger hun hadde til oppholdet, svarte hun:

*”Få det bedre. Ikke våkne med mareritt hele tiden, ha dårlig samvittighet for datteren min. Jeg merka med en gang jeg flytta hit, slutta marerittene om datteren min. For jeg hadde mareritt og skreik om natta, for jeg hadde så dårlig samvittighet. For at hun ikke var hos meg, at jeg var ruset og sånn. Det er deilig å komme hit og slippe mareritt. Den forferdelige samvittigheten jeg hadde. Samvittigheten kommer i form av mareritt.*

Primærkontakten hennes er opptatt av at bruker skal være på institusjonen (motivert) for sin egen del.

*”Jeg har jo fått inntrykk av at det er barna som er vendepunktet hennes. Det er derfor hun vil være rusfri. Hun har litt vanskeligheter med å gjøre det for sin egen del. Det snakket vi en del om, at hun må jo se det for sin egen del og. (...) Etter inntaksmøtet var vi usikre på om hun ville det nok for seg selv.”*

Begge mødrenes forandringsprosjekt er knyttet til barna. Dette er spesielt tydelig hos denne siste brukeren. Håpet er å opprettholde kontakten med barna. Å være rusfri, betyr å måtte kjenne mer på smerte, tap, sorg og skyld. Dette er følelser som hun tidligere har dempet i rus. Brukers utsagn om at den vonde samvittigheten har avtatt, kan forstås som at en rusfri tilværelse gjenoppretter noe, eller er en form for soning overfor barna. Mye av hennes håp og mening med tilværelsen er knyttet til barna. Primærkontakten forstår at tanken på barna er vendepunkt for denne brukeren. Hun er opptatt av at hun også må få noe eget ”indre” som drivkraft. Primærkontakten er redd bruker vil ruse seg igjen hvis hun får ha mindre kontakt med barna sine, eller hvis ”barna glir mer bort” fra henne. Dette kan være en forståelse bruker delvis har tatt opp i seg når hun sier ”skulle ønske det var litt mer for min egen skyld”. I rusfeltet har mange en oppfatning om at brukere må være ”motivert for egen del”. Motivasjon knyttet til andre, betraktes som utilstrekkelig eller mindre virksomt over tid (Stuen mfl. 2004:10, Furuholmen og Schanche Andresen 2007:289). Dette kan være uttrykk for forståelse av motivasjon mer som en egenskap (Jenner 2003:61, 2004). En annen tilnærming er at brukerens motivasjon skapes i en interaksjon med omgivelsene (Thune-Larsen og Vrabel 2004:2256). Denne brukerens motivasjon skapes og vedlikeholdes i interaksjon med barna. Hennes rusfrihet ser ut til å øke selvfølelsen og redusere skammen. Det kan bli til en opplevelse av å være en mer verdig mor. Erfaring og forskning beskriver at positiv identitetsutvikling skaper endring (Stuen mfl. 2004, McIntosh og McKegany 2002, Selman 2009, Skatvedt 2009). Det kan være viktig å se sammenhengen mellom motivasjon og utvikling av selvet. Motivasjon kan forstås som en bevegelse som skaper handling. Handlingen er ikke nødvendigvis ledsaget av et klart og entydig motiv. Motivasjonen opprettholdes når målet er attraktivt, oppnåelig og ligger innenfor synsranden (Jenner 2003:61, Watzlawick et al 1980:124). Motivasjon må skapes, utvides og opprettholdes gjennom språket og positive erfaringer. Primærkontakten kan være engstelig for at bruker på en eller annen måte skal møte nye kriser i forhold til barna. Det kan føre til et behov for å beskytte ved å fokusere på ”egen motivasjon”. Begge uttrykker at det har tatt tid å etablere

relasjon til hverandre, men de er i ferd med å skape en allianse. Det kan se ut som om alliansen blir sterkere når primærkontakten anerkjenner hennes vilje til å være rusfri for barnas skyld og målene knyttet til dette. Behandlingsalliansen kan styrkes ved å legge vekt på morens forståelse av å være ansvarlig. Hun har vært ansvarlig når hun overlot barna til andre i de periodene hun ruset seg. Hun viser ansvarlighet når hun vil kjempe for samvær. Det kan bli lettere for barna å kunne se sitt liv i sammenheng når de får kjenne sin mor (Andersson mfl. 2006:54).

### **Andre familiemedlemmers betydning**

Det er også andre viktige og nære personer som har påvirket valget. En bruker snakker om at hun ikke vil skuffe faren mer, en annen forteller om morens bekymring. Den brukeren, som ikke har barn, er på institusjonen sammen med sin samboer. Hun forteller at hensynet til samboeren har veid tungt i valget om å være rusfri. *”Hadde jeg visst at det bare var for meg, hadde jeg ikke dradd hit, selv om jeg burde gjort det.”*

Primærkontakten hennes sier.

*”Vi tar par, men vi driver ikke parbehandling. (...) Men dette er to som er veldig forskjellige og vi syntes det er innmari viktig at den individuelle biten blir ivaretatt her, slik at en blir selvbærende, slik at ikke alt hviler på forholdet, men at en skal stå opp for seg selv. (...) Må likevel prøve å se om de kan være noe for hverandre.”*

I rusfeltet har det vært noe underforstått at par som har misbrukt rusmidler sammen, sannsynligvis trekker hverandre med i felles ”tilbakefall”. Det kan være et slik doxa som ligger i uttrykket *”at ikke alt hviler på forholdet”*. Bruker forteller ganske mye om sitt parforhold. De har vært kjærester og samboere i mange år. Hun forteller om en periode før innleggelsen da samboeren ruset seg og hvor vanskelig dette var. Kommunikasjonen mellom dem strandet. Hun forteller at de har felles drømmer, mål og ønsker. Dette paret kan sees som et ”system i systemet”. De er et par, samtidig er de en del av fellesskapet. Det gir mange utfordringer og mange muligheter. De to er et par, uansett om de blir sett og anerkjent som det. De vil kommunisere i institusjonssystemet både som individer og som par. Muligheten ligger i at *”helheten er mer enn delene”*. Det som påvirker den ene, vil også påvirke den andre (Hårtveit og Jensen 2004:50). Brukeren bekrefter dette når hun sier at hun ikke hadde vært på institusjonen, hvis det ikke hadde vært for samboeren. Deres relasjon påvirker misbruket og misbruket påvirker relasjonen (Szapocznik mfl. 2003). Disse to har som mål å ha et framtidig

rusfritt liv med hverandre. En god investering kan være å understøtte samspillet, kommunikasjonen og alliansen.

### **Hjelperens betydning**

Det har også vært andre som har påvirket valget. Flere snakker om hjelpepersoner som sosialkuratoren, lege, jordmor. De forteller også om en sjef, venninner og kamerater.

*”Sjefen min er det tak i. Han har gått idrettspsykologi. (...) Vi har mange samtaler på dagen som jeg setter pris på. Det er derfor jeg ikke trenger så hyppige samtaler her.”*

Felles for disse andre er at de var der i et øyeblikk, eller over en periode, og ga støtte til valget. Denne støtten var avgjørende. Støtten handler både om forståelse, forstyrrelse og om praktisk hjelp til å få plass i rusfri institusjon. Det å få hjelp da de tok kontakt, var viktig. Skårner viser til at familie og nettverk har en viktig innflytelse på selve vendepunktet, og gir innhold i livet (Skårner 2009:70). Primærkontaktene er klar over andres innvirkning på valget. Materialet sier lite om hvor mye de samhandler om brukers forhold til barn, familie og nettverk. Hvis barn og andre familiemedlemmer er sentrale for vendepunkt og valg, er disse relasjonene sannsynligvis også sentrale for å forbli rusfrie etter oppholdet. I stedet for å fokusere på at brukers motivasjon bør være uavhengig av andre, kan et fruktbart fokus være å understøtte at motivasjonen skapes og opprettholdes i samhandlingen med signifikante andre. Signifikante andre kan i en periode også være offentlige hjelpere, primærkontakten eller andre på institusjonen (Skårner 2009:69).

I dette kapitlet har jeg presentert analyse om hvordan informantene forstår valget om å bli rusfrie. Et valg som har ført til en innleggelse i institusjon. Deres forståelse av endring under institusjonstiden presenteres i det neste kapitlet.

## 5.3 Institusjonen som møteplass og treningsarena

*En berghylle gir ly.  
Ikke sov,  
tren.  
Stien går videre.*

Flere av brukerne beskriver en periode da de var ambivalente til å bli rusfrie. De ville og ville ikke (Barth og Näsholm 2007). Etter å ha gjort noen forsøk på å slutte på egen hånd, ba de om hjelp til å komme i institusjon. Å søke hjelp, kan kjennes som å kle seg naken og er i seg selv skamfullt (Skårderud 2001a). En sier: *”Jeg bestemte meg, men jeg grua meg fryktelig. (...) Du må innrømme et jævla nederlag. Det begynte å gå opp for meg hvor dårlig det sto til med meg.”* For brukerne er tiden på institusjonen den første perioden på mange år hvor de ikke ruser seg daglig. De har valgt en ramme som utgjør en *”forskjell som skaper en forskjell”* (Bateson 1973:453). Å slutte med daglig rus, er å slutte å tilføre kroppen et kjemisk middel. I følge aktørperspektivet er forandring en sammenvevet kompleks prosess, hvor det er umulig å isolere ut enkeltelementer som fører til forandring (Blomqvist 2007:25, 2009:23). Alt fra å reflektere over livet til å spise sunnere er bidragsyttere til endring, og er en prosess som tar tid (Sundet 2006, Engel 1977, Falkum 2008).

Alle brukerne hadde mål og ønsker de ville nå. Målene var å få bolig, kunne studere/jobbe, bli medisiner, ha ordnet økonomi og ha samvær med barna, familien og nettverket. I materialet kommer det fram flere viktige temaer for endringsprosessen som skjer i løpet av institusjonsoppholdet. Det er å være rusfri, være åpen og ærlig, bli alminnelig og selvhjulpen. De trenger tid og en allianse med primærkontakten og andre ansatte for å endre vaner og nå målene.

### 5.3.1 Alminnelig

Å være i en institusjon er i seg selv ikke en vanlig boform, og kan være forbundet med å føle seg annerledes. Et av de tydelige fellestrekkene hos brukerne er et ønske om å bli normale i betydningen alminnelig og selvhjulpen. De har klare forstillinger om hva det er å være *”normal”*. Det betyr å gjøre og være det som er selvfølgelig for folk flest eller som den eldste brukeren uttrykker; *”å bli den jeg var”*. Dette tilsvarer uttalelser i Borgs og Skatvedts studier (Borg 2007, Skatvedt 2009). Skatvedt beskriver at misbrukere er vanlige mennesker med uvanlige erfaringer, med mål om å bli *”gangs”* mennesker. Borg og Skatvedt er opptatt av at

deltagelse i hverdagslivet utvikler selvet. Bedring er i like stor grad en sosial prosess som en individuell prosess (Skatvedt 2009:19, Borg 2009:455). For å understreke det alminnelige, er primærkontaktene opptatt av hvordan de behandler og snakker med bruker. En av primærkontaktene sier at språket skaper. Hun er bevisst hvordan hun bruker språket. Hun sier at personalet snakker ”folkelig” med brukerne, og forklarer at de legger vekt på å bruke språket på en sån måte at brukerne føler seg ”jevnbryrdige”. Det å føle seg alminnelig, betyr å bli behandlet på en god måte, både i og utenfor institusjonen. En bruker forteller at fosterforeldrene til hennes barn gjorde noe hun opplevde som gester mot henne. De fikk henne til å føle seg alminnelig.

*”De kjøpte blomster til meg helt sån uoppfordra. Uten noe spesiell grunn, fikk en kjempestor bukett og. (...) Reiser dem på ferie (med barnet) sier dem alltid i fra.”*

Når hun fortalte om dette, viste hun med stemmeleie, blick og smil at det som er alminnelig høflighet for oss, hadde bekreftet henne. Når brukerne bekreftes som alminnelige, beveges de til et annet sted i sin biografi. Slike hendelser kan bli berørende hendelser (Skatvedt 2009:19).

På vei til å bli alminnelig må brukerne, i en overgangsperiode, velge en ualminnelig bo-situasjon. En måte å dempe ualminneligheten på er å gjøre det ualminnelige alminnelig (Skatvedt 2009:20). Det ser ut som om det er det brukerne gjør når de omtaler rollen sin i institusjon. Med et unntak sier alle informantene at de er ”beboere”. Dette er også det ordet, med et unntak, primærkontaktene bruker. Bruk av begrepet beboer kan være innlært og en forventet talemåte (Järvinnen og Mik-Meyer 2003:22). Tre av brukerne sier at de ikke vil kalles pasienter. De ser seg ikke som innlagte, men beboere. De synes pasient og klient er passivt. Flere brukere sier noe om at det er mer normalt å være beboer. Borg viser til sine informanter som ønsket å være i mest mulig vanlige omgivelser. Vanlige omgivelser har forventninger, viser tillit og stiller krav (Borg 2009:456). Det kan være dette som ligger i brukernes behov for ikke å være pasienter. Tre av institusjonene understøtter det alminnelige ved å ha hybler/leiligheter. Bruker har der ansvar for eget hushold.



### 5.3.2 Primærkontakten - en tilgjengelig alliert

Når brukerne kommer til institusjonen, får de en primærkontakt som de skal relatere til under oppholdet. For brukerne gir det trygghet å vite at primærkontakten er tilgjengelig. Det er viktig, selv om de i øyeblikket ikke føler at de trenger kontakt og hjelp. Det å vite at primærkontakten er der, gjør at de kan løse flere behov på egen hånd. Flere uttrykker at kontakten skal være ”*passé*”. Primærkontakten skal se dem, men samtidig ikke blande seg for mye. Brukerne snakker om ”*passé*” både når det gjelder hyppighet på kontakt og når de omtaler samtalen. Brukernes behov for at det skal være ”*passé*”, kan være et behov for å beholde selvstendighet og selvhjulpenhet, som er et mål med forandringsarbeid. Det kan også være et uttrykk for at endring er smertefullt, og at primærkontaktens forstyrrelser utfordrer for mye hvis kontakten blir for intens eller ikke er tilstrekkelig anerkjennende (Andersen 2005, Barth og Näsholm 2007). Introduserer du for mye, kan det skapes motstand, for lite skjer det ikke noe (Andersen 2005:28).

Brukerne omtaler de ansatte som medmenneskelige og uttrykker; ”*Her er du mer et medmenneske som har en samtale med gårdeier*”, ”*personkjemi er viktig*”, ”*vi fant tonen*”. Brukerne gir i liten grad uttrykk for en personlig tilknytning til en bestemt primærkontakt. Det kan komme av at de har hatt mange hjelpere og er vant til å knytte kontakt med den hjelperen de får. Det ser ut som om brukerne ikke er så opptatt av hvilken primærkontakt de har, bare de blir behandlet ordentlig. Å bli behandlet ordentlig er å bli ”*stolt på*”, ”*bli møtt med vennlighet*”, og at primærkontakten er ”*tydelig*” på hva hun mener. Primærkontakten er også opptatt av å være tydelig, og sier ”*vi må være tydelig på hva vi står for og hvordan vi ønsker at ting skal være på huset*”.

Når det kommer nye brukere til institusjonen, forsøkes det så langt som mulig å koble ”riktig” primærkontakt til bruker. Det tas ikke for gitt at alle brukere liker en ”...*det kan hende at jeg sender ut signaler som gjør at de ikke liker meg. Med (navngir bruker) gikk det veldig greit*”. Den samme primærkontakten forteller at hvis det ikke lar seg gjøre å etablere en god relasjon til bruker, kan de bytte primærkontakt. Dette understøttes av psykoterapiforskningen som viser at det er viktig med en god allianse fra starten av behandlingen (Grencavage og Norcross 1990, Lambert 1992, Hubbel mfl. 1999). Å være primærkontakt er en rolle som spenner fra å ha ”*terapilignende samtaler*” med bruker til å være i miljøet hvor bruker og primærkontakt har hverdagslig kontakt og felles gjøremål. De kan spille kort, se nyheter, lage mat, gå på kino, gå

tur mv. Sundet knytter forståelsen av relasjon i behandling til begrepene *allianse* og *reell relasjon*. Reell relasjon er det som utspiller seg utenfor terapirommet, der de ansatte kan gå litt ut av ”det profesjonelle” (Uggerhøy 1994, 1996). Miljøfunksjonen kan gi denne åpningen i hverdagssituasjonene. Da kan disse situasjonene bli virksomme og utviklende (Skatvedt 2009, Borg 2007, 2009).

Sundet ser på allianse som et mer spesifikt begrep enn relasjon. Allianse kan forstås som kvaliteten og styrken ved samarbeidsrelasjonen. Allianse inkluderer både et positivt, følelsesmessig (affektivt) bånd og kognitive aspekter (Sundet 2007:312, Catty 2004, Hovarth 2001). Primærkontakten har flere positive følelsesmessige uttrykk som ”*merka at jeg fikk sans for han. Han virket veldig sår. Så kjenner jeg meg alltid litt igjen i de som har vanskelig skolesituasjon*”. En annen sier; ”*da fikk jeg veldig godhet for han*”. Brukerne har litt andre uttrykk; ”*hun er positiv*”, ”*vi fant tonen*” og ”*hun er alright*”. Dette kan komme av at de opplever relasjonen ulikt (Levin 2004:82), eller at brukerne er mindre vant til å snakke om emosjoner. De følelsesmessige båndene inkluderer følelsen av å bli forstått, bekreftet og verdsatt (Bodin 1994, Horvarth & Rohbinder 2002, Samollow 2007,). Dette snakker brukerne mer implisitt om. En forteller at han opplever at primærkontakten lytter til ham for å lære. En annen føler hun blir møtt med en oppriktig interesse. En tredje forteller om en rusepisode da hun opplevde at primærkontakten forsto henne på en ny måte.

En primærkontakt forteller om sine samtaler med bruker.

*”Her gjelder det å være mest mulig fordomsfri når jeg møter henne og la henne få framstå som seg og ikke være ekspert hele tiden. Slik at vi sammen kan finne ut av noe. Hvis vi er interessert nok, kan det åpne opp for å tenke nytt sammen.”*

Denne primærkontakten er opptatt av å la bruker finne løsningene sine selv. Under intervjuet forklarer hun hvor viktig det er å ikke forstå for fort (Anderson 2003). Hun er opptatt av det som skjer i selve dialogen og at de sammen skaper noe nytt gjennom språket. Denne primærkontakten ligger nær det Anderson kaller en samarbeidsorientert tilnærming (terapi) (Anderson 2003:26-29, Bagge 2007:122). En slik tilnærming er en språklig begivenhet med et felles engasjement for samarbeidet. Hvor en er sammen om å se på nye muligheter (Anderson

2003:26). Denne måten å samtale på, fremmer forandring fordi den er dialogisk<sup>27</sup>, slik at brukere kan utvikle egne endringsidéer (Ulvestad mfl.).

Det brukerne uttrykker mer eksplisitt, er behovet for felles forståelse og enighet om rehabiliteringsmålene, enighet i framgangsmåten for å nå målene og et felles engasjement i hvordan en sammen skal gjøre ting (Samollow 2007:1108, Sundet 2007:313). Brukernes rehabiliteringsmål er nøkterne og realistiske. Ingen presenterer luftige drømmer. De snakker om å fylle livet med ”noe annet” og om å takle livet uten rusmidler. ”Noe annet” er det vi andre fyller livet med; lese bøker, være på jobb, besøke familie, ha hobbyer, betale regninger, trene m.m. Brukerne forteller at å snakke om mål og ønsker, er viktig i samtalene med primærkontakten. Brukerne er opptatt av å få støtte fra primærkontakten. I fellessamtalene samhandlet brukere og primærkontakt om målsettinger. En av brukerne påpeker at å snakke om mål, skaper framdrift. Han sier:

*” Det kommer alltid et nytt møte (...) og da må jeg liksom si fra åssen det ligger an. Hva som har skjedd i mellom, så møtene blir jo en sånn giv eller kraft for å gjøre det en skal.”*

Hans primærkontakt legger vekt på at kontakten skal være slik at brukerne må arbeide med sine mål. Målene må være ”mulige å nå”, og brukere må gjør en egeninnsats. Han sier med et smil at hvis ikke, ”da trenger de et spark bak” for å komme videre. Disse to har en allianse om hva og hvordan mål og oppgaver skal gjennomføres. Det er en forventningskraft i deres møter, hvor brukere kjenner primærkontaktens engasjement. Gjensidige positive forventninger driver prosessen framover. Det opprettholder motivasjonen (Jenner 2003:59).

Primærkontaktene er mest opptatt av ”klima” i relasjon. De er opptatt av å skape god kontakt, trygghet og nærhet. Brukerne legger mest vekt på tilgjengelighet, felles målsettinger, støtte og praktisk hjelp (oppgaveløsning) når de omtaler relasjonen til primærkontakten. I en samarbeidsorientert tilnærming bør primærkontakten være ”drivkraft” for å skape et klima for en engasjert dialog som fenger og åpner for brukerens fortelling. Like viktig er det å møte brukerens behov for tilgjengelighet, felles målsettinger, støtte og praktisk hjelp.

---

<sup>27</sup> En **dialogisk** samtale finner sted når en undersøker noe i felleskap. Dette forutsetter et *dialogisk rom* som vil si at ens tanker kan romme mange ulike idéer, meninger og holdninger (Anderson 2003:150). Dialogen må åpne for ”*det enda usagte*” for å skape forandring (Anderson 2003:74, Seikkula 2000:141).

### 5.3.3 Ruskontroll og ærlighet - en "deal" med snublesteiner

Studiens prosjekt var å se på endringsprosesser i en rusfri kontekst. Det har vært underforstått i studien at graden av rusmestring har sammenheng med hvordan en lykkes med andre rehabiliteringsmål. Dette har vært en del av min forforståelse. Rehabiliteringsinstitusjonene er en del av et større rusfelt. Rusfeltet er en del av samfunnet og dets normer om å mestre sitt forhold til rusmidler. Det er dette meningsuniverset informantene er influert av når de forteller om temaet rusfrihet.

Et tydelig funn i undersøkelsen er at brukerne har søkt seg til den bestemte institusjonen fordi de ønsker å være i et rusfritt miljø. De har en bevissthet om at det er en viktig ramme for at de selv skal kunne klare å være rusfrie. Hvis oppholdet skal føre til endring, er det viktig at brukerens forståelse og ideologi stemmer med institusjonens i så stor grad som mulig (Järvinen og Mik-Meyer 2003:34, Fridell 1996: kap 9, Blomqvist 2003:43). Det framkommer imidlertid mange nyanser hos informantene om hva det betyr å være rusfri, eller hvor mye kontroll som er ønskelig.

Å legge seg inn i institusjon betyr også å legge seg inn under andres kontroll og bestemmelsesrett. Kontroll og maktaspektet trer tydeligst fram i forhold til kontroll for å hindre rusepisoder. Selv om brukerne er frivillig innlagt, er valget et valg mellom å ikke mestre den vanemessige rusen eller legge seg inn under andres kontroll og makt. Brukerne ofrer noe av sin frihet for å få hjelp til å endre vanen. De bytter avhengighetens tvang med institusjonens kontroll. Deler av denne kontrollen er tydelig og åpen, andre deler kan være mer skjult. Bourdieu bruker begrepet *symbolsk makt*. Symbolsk makt er et begrep om det implisitte og indirekte ved ulike maktrelasjoner. Det er ikke sikkert at den som utøver makt eller den som domineres, legger merke til, eller er seg bevisst, at dette skjer (Bourdieu 1996, Ravndal 2009:74, Wilken 2008:67). Den norske sosiologen og rusforskeren Edle Ravndal tar opp maktperspektivet i sin artikkel "Behandling eller kontroll – om disiplinering og makt i den norske rustjenesten" (Ravndal 2009:74). Ravndal viser til den franske sosialfilosofen Paul-Michel Foucault (2002) om at makt alltid er til stede, overalt og i alle sammenhenger. Foucault hevder at i alle relasjoner vil det foregå en maktposisjonering. Det er en tett og uløselige forbindelse mellom makt og kunnskap. Ingen makt uten kunnskap og ingen kunnskap uten makt. Makt og kontroll gjennomsyrrer de fleste menneskelige relasjoner og samfunnsskapte institusjoner – bevisst eller ubevisst. Det gir en asymmetrisk relasjon som bør

bevisstgjøres for at relasjonen skal ha en frigjørende kraft (Foucault 2002, Ravndal 2009:74,78).

Institusjonens rusfrie ramme gir brukeren kontroll over rusen. Tre av brukerne sier at det valget de har tatt, omfatter et totalavhold. For brukerne av narkotika omfatter totalavhold også alkohol. Totalavhold begrunnes med en manglende tro på at de vil klare å bruke rusmidler kontrollert. *”Det er alt eller ingenting for meg”*. To brukere har hatt noen rusepisoder. De håper på et liv med et alminnelig forhold til rusmidler. Den ene sier. *”Jeg ønsker jo å kunne drikke kontrollert, å ta seg et glass vin til maten. Det ville vært hyggelig. Det er ikke noe mål, men jeg håper å kunne det”*. Hun får ikke støtte av sin primærkontakt som sier i sitt intervju: *”Hun har et avhengighetsforhold. Hun kan ikke ta en drink for da får hun ikke stoppet”*. I disse utsagnene kommer det fram ulike syn på hva rusmestring er. Er det å være totalt rusfri for alltid eller for en periode? Å være rusfri, er det et totalavhold fra alle rusmidler eller kan det inkludere ”kontrollert drikking”? Total avholdenhet fra rusmidler er en veletablert behandlingsstrategi som det ofte er hensiktsmessig å opprettholde troen på (Fekjær 2004:30, Blomqvist 2009). Troen på livsvarig totalavhold finner en igjen i alkoholismeteorien (Fekjær 2004:30). Totalavhold er sterkt foretrukket i de fleste modeller, spesielt i de essensialistiske modellene. Totalavhold har også støtte i nevrobiologisk forskning. Essensen i nevrobiologisk forskning er at gjentatt bruk av rusmidler, endrer hjernen på en måte som etter alt å dømme gjør at vi lettere fortsetter med, og sågar øker, rusmiddelbruken. Endringene ledsages av en rekke målbare fenomener i hjernen (Mørland 2001, Sellman 2009:7). I en nevrobiologisk forståelse mener en at den ”frie viljen” forutsetter at hjernens beslutningssystem<sup>28</sup> er velfungerende. En konsekvens av langvarig rusmiddelmissbruk er at noen endringer kan være varige, og gjøre det ekstra vanskelig å avstå fra rusmidler (Sellman 2009:7). I datamaterialet kommer det fram at moderat, kontrollert bruk er knyttet til alkohol og piller, ikke til narkotika. Dette kan komme av at all narkotika, i følge norsk lovgivning, er definert som misbruk. Dermed blir avhold fra narkotika noe underforstått som en ikke trenger å snakke om. Et problem i forhold til alkohol er at totalavholdssaken<sup>29</sup> ikke lenger står sterk blant folk flest. Det er en liten andel av befolkningen som ikke drikker alkohol. Alkohol er det

---

<sup>28</sup> **Hjernens beslutningssystem:** Orbitofrontal cortex er den del av frontallappene i hjernen som er involvert i den kognitive behandling i beslutningsprosessen. En velfungerende orbitofrontal cortex er nødvendig for å gi det halve sekundets forsinkelse som kreves for å tenke seg om og å bruke viljen (Selman 2009:7). Skader i orbitofrontal cortex medfører manglende impuls kontroll, manglende følelsesmessige hemninger og ønske om øyeblikkelig behovstilfredsstillelse (Hart 2006:150-51).

<sup>29</sup> **Totalavhold:** Norstat gjennomførte i 2008 en undersøkelse for Blå Kors. 11 % av de som deltok i undersøkelsen, var totalavholdende. Det deltok 4000 personer over 18 år fra hele landet. (Norstat 2008).

sosiale ”limet” i mange sammenhenger. Å velge totalavhold er derfor for mange misbrukere en annen identitet som også handler om å være ualminnelig. Å være en eks(mis)bruker, mens andre ruser seg (Haukvik 2005, Thommesen 2008:177). Den brukeren som ønsker seg ”kontrollert drikking”, har hatt noen ruseepisoder på permisjon. Hennes drømmer om å drikke kontrollert, kan være et ønske om å legitimere ruseepisodene, eller være et behov for å ha en dialog rundt savnet av den funksjon alkoholen har hatt. Hvis det ikke er rom for å drømme om normal kontrollert drikking, er det heller ikke mulig å skyggelegge<sup>30</sup> temaet. Hvis totalavhold blir et enten eller åpnes det ikke for at det å bli rusfri er en prosess. Det å måtte være totalavholdende, kan være en kollektiv forestilling i denne institusjonen. Kollektive forestillinger kan gjøre det vanskelig for mennesker å møtes i åpen samtale. Hvis ønsket om å være avholdende skal bli internalisert, er åpne samtaler nødvendig. Hvis en har en åpen dialog om muligheten for å drikke litt, er det kanskje lettere å akseptere at jeg ikke kan utsette meg for den risikoen.

## **Passe kontroll**

Det er ulikt hvor mye brukerne legger vekt på kontroll versus frihet. For noen er det tilstrekkelig å vite at det ikke er tillatt å ruse seg, og at ansatte er der når de trenger å snakke. For andre er det nødvendig med urinprøver og krav om å møte til samtale. ”*Vil i hvert fall avlegge urin- og blodprøve en gang i uka for å ha litt stramme tøyler*”. Det alle er opptatt av, er at institusjonen skal ha mer preg av å være et hjem (bosted) enn en institusjon. Da må kontrollen og friheten være ”passe”.

*”(...) jeg får vel ikke den klamme institusjonsfølelsen her, følelsen av at jeg er sperra inne. Det hjelper meg litt. Da får jeg ikke så lyst til å ruse meg kanskje heller. Jeg er kanskje litt sånn at desto mer fanget jeg er, jo mer får jeg lyst til å ruse meg. Her er det passe liksom. Tar urinprøver et par ganger i uka.*

Denne brukeren uttrykker, senere i intervjuet, en dobbelthet. Hun forteller at hun også forsøker å tilfredsstille personalet. ”*Vet at de ser det som positivt at du møter opp, følger opp alle kravene*”. Brukeren har lang erfaring fra både frivillige innleggelses og tvangsinnleggelses. Hun vet noe om hvordan hun skal tilpasse seg både de uttalte og de uuttalte forventningene (Järvinnen og Mik-Meyer 2003:17). ”Passe” kontroll kan for henne

---

<sup>30</sup> **Skyggelegge:** Uttrykket er ment som en nyansering, slik at et tema ikke enten er svart eller hvitt.

bety at institusjonen har en kontroll hun ikke opplever for innskrenkende. En annen bruker sier: *"Det at det er så fritt, gir også mange utfordringer når russuget kommer"*. Å finne en passende kontroll er en terapeutisk utfordring. En passende ytre kontroll som er slik at den legger til rette for en indre kontroll. Andersen er opptatt av at vi bare kan forandre oss innenfra (Andresen 2005:149). Hvis kontrollen ikke bidrar til en indre forandring, kan det bli vanskelig å være rusfri når institusjonens rammer opphører. Primærkontaktens oppgave er å finne den rette balansen mellom behandling/omsorg og kontroll. De skal sørge for at kontrollaspektet i så liten grad som mulig dominerer relasjonen (Ravndal 2009:78). Helt sentralt blir skjønnsutøvelsen i forhold til å sanksjonere rusepisoder. Hvis skjønnsutøvelsen blir vellykket, kan brukere oppleve det som å bli vist omsorg eller det Foucault kaller *"produktiv makt"* (Foucault 2002, Ravndal 2009:78). Hvis rusepisoder håndteres produktivt, kan brukere få redskaper til å mestre sitt liv. To av brukerne har hatt rusepisoder i løpet av institusjonsoppholdet, mens flere snakker om perioder med lyst til å ruse seg. Brukerne har ulike betegnelser på rusepisoder; *"å sprekke"*, *"å drite seg ut"*, *"å snuble"*, En kaller ruseepisodene for *"reven"*. En annen sier at *"sprekk"* er som *"å rykke tilbake til start"*. De tillegger at *"sprekk"* er et ord de har lært på institusjonen. Å se på rusepisoder som *"å rykke tilbake til start"*, gir assosiasjoner til å være taper i et spill hvor en selv ikke har herredømme over reglene. Det kan være noe oppgitt over uttrykket. Det er en grense for hvor mange ganger en kan rykke tilbake til start, før en gir opp spillet. Kraftfulle ord og uttrykk kan også tjene den hensikt at en *"erkjenner sin maktesløshet og tap av kontroll"* slik det uttrykkes i AAs 1. trinn (Fridell 1996:168, Alcoholics Anonymous 1939). Det kan åpne for å ta i mot andres hjelp og kontroll.

Primærkontaktene er, i like stor grad som brukerne, opptatt av at institusjonen skal være rusfri. Denne rusfrie rammen fungerer som en kontrakt og er en del av alliansen mellom primærkontakt og bruker, og brukerne i mellom. Flere primærkontakter forteller at de som kommer fra behandlingsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten, lettere tilpasser seg denne rammen. De har lært noe, og blitt mer reflekterte. Tiden med rusfrihet har bidradd til dette. De har også lært seg rollen som bruker, og tilpasset seg institusjonslivets rammer og aktiviteter.

*"De som kommer fra behandling, er mer reflekterte. Har hatt såpass lang rusfri periode at de har rukket å tenke litt flere tanker og innser flere konsekvenser enn de som ikke har vært til behandling, men bare har gjennomført avrusning."*

Primærkontaktene viser fram mange dilemmaer i forhold til håndtering av rusepisoder. Primærkontaktene oppfatter rusepisoder både som en form for ”kontraktsbrudd” og som et ”symptom” på underliggende problemer.

*” (... ) synes jeg det er litt vanskelig. Jeg tror ikke hun har tatt de pillene for å få en rus, så å kalle det en rusepisode i forhold til å selvmedisinere seg, kan være vrient. Men det er jo hva vi på institusjonen legger i det. Det er jo et rusfritt tilbud dette her så det er vel noe med de begrepa. Så når de har tatt noe så er det en rusepisode.”*

Her kan en ane at primærkontakten har noe mindre handlingsfrihet overfor den enkelte enn hun ønsker, fordi institusjonen har definert hva rus og rusepisoder er. De rusfrie institusjonene skal ivareta hensynet til enkeltindividet samtidig som institusjonen skal være et rusfritt sted for de øvrige brukerne. Dette er en særegen utfordring i institusjoner som en poliklinisk tilnærming ikke har. En av primærkontaktene forteller om en rusepisode som fant sted på brukerens permisjon. Primærkontakten var svært glad for at bruker stoppet ruseepisoden og kom tilbake til institusjonen. Hun sliter med å finne en balanse mellom ros og advarsel. Hun sier: *”Jeg forsøker å ikke bare være fagperson, men også et medmenneske. Det er vanskelig å både skulle rose og gi advarsel”*. Disse dilemmaer kan skape en utydighet som gjør det vanskelig å snakke sant om ruseepisodene i frykt for å bli utskrevet.

*”Det er det eneste jeg synes er ubehagelig med samtalene, er egentlig de gangene jeg har hatt sprekker, da, for da kommer det fram. Hjelp! Hvis jeg blir kastet ut og må ta ut alle tinga mine. Hvor skal jeg bo da? Har alltid et sted å bo, men hva skal jeg gjøre da? Hva med barnevernet? Masse tanker.”*

Denne brukeren er mer opptatt av frykten for sanksjonen enn av selve ruseepisoden. Sanksjonen blir ”å rykke tilbake til start”. Når bruker kjenner på en slik mulig konsekvens, kjennes hennes eksistens truet. Den samme brukeren beskriver også en god opplevelse med å si fra om en rusepisode før hun ble oppdaget. *”Dem hørte på hva jeg har å si, og så tar de det til seg og behandler meg deretter”*. Dette viser at primærkontakten legger til rette for at det skal være mulig å snakke sant om ruseepisoden.

## **Å slutte å jule**

Et viktig tegn på endring er, for alle brukerne å slutte, å ”jule”. I institusjonen handler ærlighet om å snakke åpent og sant om rustring, rusepisoder, penger og kriminalitet. En bruker er selvbebreidende for ikke å ha vært ærlig om en rusepisode.



*”Jeg var jo så dum og det dummeste var ikke det at jeg drakk. Har ikke skrevet under på at jeg ikke skal ta en øl på en perm. Det dummeste var at jeg hadde jugd og smøget meg inn.”*

Det virker som om uærligheten var verre enn ruseepisoden, men det henger sammen. Ærlighet kan være en forutsetning for at rusepisoder brukes til å øke egen forståelse og evne til å erobre veien mellom den frie viljen og vanen (Brumoen 2007).

Ærlighet er et vanskelig tema. Ærlighet er et normativt uttrykk og et ideal i det norske samfunnet. Ærlighet trenger ikke bety det samme i ulike kulturer og kontekster. Å være til å stole på, etterrettelig og ærlig kan ha helt andre normer og bånd innenfor en subkultur med rus enn i samfunnet for øvrig. Tre av brukerne har delvis vært i en slik subkultur.

Rogalandsforskning fant at i et pushermiljø, kan misbrukere spesialisere seg på tyveri, forfalskning, smugling osv. Gjennom omsetningssystemer er det normer og regler for gjensidige forpliktelser, gjeld og vennetjenester (Smith-Solbakken og Tungland 1996:242, Tungland mfl 1996). Det kan bety at brukerne har vært til å stole på i en subkultur, men ikke i samfunnet for øvrig. I samfunnet er det mange negative konnotasjoner knyttet til rusmiddelmissbrukere for eksempel uærlig, ikke til å stole på, uberegnelig. Brukerne ser seg selv gjennom andres øyne (Mead 1934, Schibbye 2002:104). Øyet har vandret fra subkulturens blick på ærlighet til primærkontaktens blick på ærlighet. Det samme ordet har fått et annet utsiktspunkt. Å skifte utsiktspunktet kan være avgjørende for ikke å ta med seg subkulturens og rusmiljøets normer inn i institusjonen (Lanesskog 2009:66).

Åpenhet og ærlighet gis honnør av primærkontaktene.

*”Hun legger ikke skylda på andre og er veldig åpen i forhold til hva hun gjør. Flink til å sette ord på ting. (...) Hun er ofte litt føre var når hun skal få advarsel og sier ”ja, den har jeg allerede fått.”*

En annen sier: *”Jeg ble veldig imponert over hvor mye han hadde erkjent”*. Den samme primærkontakten snakker om at ærlighet krever trygghet. To av primærkontaktene nyanserer dette. En sier *”jeg tror hun snakker etter forventningene våre”*, og antyder med dette at det også kan være en lært erkjennelse, positivitet og ærlighet som er en del av institusjonskonteksten.

*”Jeg tenker hun er en flink, klok, intelligent jente stappfull av sorg, savn, tap som har snubla opp i masse tullball som har skapt masse problemer for henne. Kan ikke se henne for meg ute på ”kriminelle raid”, for her er hun Synnøve Solbakken. Kanskje jeg blir veldig lurt? Men jeg liker den tosidigheten. Jeg venter fortsatt på å se henne sur og sint. At hun sier; ”jeg gidder ikke” eller noe sånt. Tenker at hun holder litt tilbake. Jeg ser stort sett hennes gode sider her, for det er de hun har vist oss. Men jeg har sett veldig lite av det som også er der. Det irriterte eller sorgfulle.”*

Hvis rus og uærlighet knyttes sammen i andres blikk kan det være nyttig å knytte sammen rusfrihet og ærlighet som en del av det identitetsbyggende arbeidet. Våre identiteter oppstår, setter seg og endres i samhandling med andre, også i samhandling som finner sted på ulike ”velferdsinstitusjoner” (Järvinen og Mik-Meyer 2003:13). Hvis institusjonsmiljøet skal bety noe for identitetsutviklingen, er det nødvendig å gi rom for alle sider av brukers følelsesliv. Denne primærkontakten ser dette som nødvendig. Da må ærlighet bli noe mer enn å si fra om rusepisoder. Det forutsetter å ikke bare honorere det positive, blide og hyggelige, men også åpne for det irriterte og sorgfulle.

### **5.3.4 Alternative stier**

Alternative stier er brukt som metafor fordi brukerne snakker om å *gjøre* og *være* på andre måter enn det som var tilfelle i tiden med daglig rus. Brukerne befinner seg underveis mot en integrasjon i samfunnet. De skal transformere en misbrukeridentitet til nye selvforståelser og andre ferdigheter. Brukerne har hatt, og har, flere roller/identiteter enn misbrukeridentiteten. De er mødre, fedre, partnere, sønner/døtre, arbeidstakere, venner m.m. Disse rollene skal foredles gjennom en ny rusfri tilværelse. Når brukerne er opptatt av å være og gjøre på nye måter, betyr det å fylle mange roller og gjøremål. Det forutsetter også at de blir innbudt til en samhandling. Det er gjennom samhandling de skal utvikle sin selvforståelse (Anderson 2003, Levin og Trost 2005). Mange av de svenske forskningsstudiene har brukt sosiologen Helen Fuchs Ebaughs forskning og exitteori for å forstå de rolleforandringene og sosiale prosessene som skjer. Etter at rusmiddelmisbruket har opphørt, kan det oppstå et tomrom. Livet kan kjennes meningsløst. I dette tomrommet må en finne igjen mening med det en gjør og sin væren og plass i verden. Hvis forandring skal bli både en ytre og indre forandring, trenger brukerne mye støtte (Fuchs Ebaugh 1988, Berglund 2007:115, Hedin & Månsson 1998, Hedin mfl. 2006: 30, Kristiansen 2000). En skal forstå seg selv på en ny måte. Det skal dannes

mening til nye handlemåter og ferdigheter (Levin og Trost 2005:20,40, Bae og Waastad 1992:16).

Institusjonsoppholdet skal føre til at brukerne blir mest mulig selvhjulpne i forhold til å håndtere livet uten rus, forholdet til barn, nettverk, hushold, egen helse, arbeid og fritid. En bruker starter intervjuet med å si *"jeg har begynt å flytte på noen mursteiner og gløtte litt ut"*. *"Mursteinene"* oppfattes som et bilde på å håndtere *"øltørst"*, få motorsykkellappen, være arbeidstaker og far. Han bruker også en annen metafor for de mer langsiktige drømmene. En av drømmene er egen bolig *"(...) jeg ønsker å få lån for å lage meg et rotfeste. Sånn at jeg kan begynne å legge ut noe frø og at det tar tak i bakken og danner seg røtter"*. Han forteller at han kommer direkte fra en 12- trinns institusjon inspirert av AA. Denne institusjonen passet ham ikke ideologisk. Det førte til et behov for å skifte til den rehabiliteringsinstitusjonen han nå er på (Järvinen og Mik-Meyer 2003:34, Blomqvist 2003:43). På 12- trinns institusjonen hadde han blitt sterkt frarådet å drikke alkoholfritt øl. De mente at flasker, smak, farge og lukt kunne øke *"suget"* etter alkohol. Han hadde selv funnet ut det motsatte, og fortalte at han *"slukker sin øltørst"* med å drikke alkoholfritt øl (Munkholm). Øltørsten beskrives som *"alt utenom alkoholen (...) sitte i sola med en øl, kjenne det kalde ølet etter en arbeidsdag, ritualene på puben (...)"*. Han har byttet ut øl med Munkholm og gjør fortsatt de samme ritualene som å drikke *"øl"* etter jobb, men uten alkohol. Noe av nøkkelen til at dette fungerte, kan være at han kjøpte motorsykkel. Han hadde gjennom hele livet hatt et intenst ønske om å kjøre stor motorsykkel. Etter mange år og mange forsøk hadde han klart teoriprøven og tatt lappen. Dette var han er utrolig stolt av. Det nye nå er at motorsykkelkjøring og *"øl"* (Munkholm) kan kombineres. Gjennom denne måten bygger han en identitet som utgjør en viktig nyanse til de strengeste totalavholdspraksisene. Han drikker ikke alkohol og slik sett er han rusfri. Han opprettholder likevel noe av den funksjonen øldrikkingen har hatt for han. Det gir mening og fyller et tomrom (Fuchs Ebaugh 1988, Hedin mfl. 2006:30). Han viser gjennom dette at mange av alkoholens virkninger, er konstruksjoner. I symbolsk interaksjonisme forstås handlinger som symbolske ved at de både har en indre meningsladet side, og en ytre atferdside (Levin og Trost 2005:15). Munkholm får symbolkraft som *"rusmiddel"*, og fyller en avslapnings- og nytelsesfunksjon. I tillegg får han i bonus å kunne kombinere alkoholfritt øl med det han liker aller best, nemlig å kjøre motorsykkel. Han forteller at når han er på puben, kjøper han Munkholm. Når han får spørsmål om hvorfor han ikke drikker øl, peker han på motorsykkelen som er plassert utenfor vinduet. Han har funnet en alternativ måte å

presentere seg på, uten å måtte ta avstand fra rus eller måtte presentere seg som en *eks* (Berglund 2007:115). Han mestrer dermed en balansekunst. Å være en *eks* kan være en vanskelig rolle som ofte tildeles dem som har gått ut over fellesskapets grenser. En *eks* som forteller omgivelsene at deres fortid har vært annerledes enn fortiden til majoritesbefolkningen (Thommesen 2008:177, Fuchs Ebaugh 1988). Statusen som *eks* blir mest tydelig i forhold til alkohol, men gjør seg også gjeldende på andre måter.

En annen bruker strever med hvordan hun skal presentere seg utenfor institusjonen. Hun strever med hva og hvor mye hun skal si om sitt tidligere rusmiddelmissbruk. En lunsj på byen med nye kollegaer illustrerer dette.

*”Det er et tidsspørsmål før det kommer en eller annen fra rusmiljøet mot meg. Det passer seg bare ikke når jeg står sammen med andre ansatte. De vet jo ikke noe om hvor jeg kommer fra.”*

Hun sier at hun ikke vil fortelle om sin bakgrunn fordi hun vil vurderes for den jobben hun gjør og ikke ut fra sin fortid. Det å passe på for ikke å bli avslørt, er stressende. Brukeren forteller om sin jobb. Hun er flink og har fått anerkjennelse. Hun vil se seg selv med kollegaenes blikk. Hennes redsel for å bli avslørt kan være knyttet til skam som næres av en diskrepans mellom selvideal og realisering (Skårderud 2001b:49). Skal hun finne løsninger på hvordan hun kan opptre, er det viktig å få hjelp til å håndtere stresset og skammen (Fuchs Ebaugh 1988, Hedin mfl. 2006:30 -31).

De to brukerne som har vært lengst i institusjonen, bruker begrepet mestring. En av primærkontaktene mener at det er et ord de lærer på institusjonen. Brukerne snakker mindre om å mestre i betydningen konkret ferdighetstrening. Det kan komme av at flere av brukerne har basale ferdigheter eller at de ikke helt vet hva de mangler. I et systemisk perspektiv snakker en om hensiktsmessige mønstre eller konstruksjoner, og bruker i liten grad mestring som begrep (Larsgaard 2009:19). I symbolsk interaksjonisme er *”definisjon av situasjonen”* og *”mennesket som aktivt”*, sentralt (Levin og Trost 2005:13,16). Mestring handler om å endre forholdene som gir problemer, omtolke situasjonen/forholdene til ikke å være problematiske eller å lære seg å leve med forholdene (Aspelund 2008: 21, Levin og Trost 2005:13). I rusfeltet snakkes det mye om å mestre og ha tillit til at en mestrer. Brumoens

begrep ”mestringstillit”<sup>31</sup> blir brukt. Mestringstillit bygges først og fremst når en lykkes. En forutsetning for å lykkes er å dele opp store mål i små skritt. Brumoen er opptatt av at behandlere og brukere utforsker øyeblikk sammen for å forsterke de mestrende opplevelsene. For å få dette til er det viktig å snakke sammen på en måte som understøtter brukers subjektive opplevelser (Brumoen 2007:113-119).

Tre av brukerne har hatt et rusliv med spenning og mye kriminalitet. De har fikset mange illegale aktiviteter som vinningskriminalitet, heleri, salg av rusmidler. Dette omtales som en annen type mestring og tilhører ruskulturens mestringsstrategier (Smith-Solbakken og Tunglund 1996:242, Laneskog 2009:66). Nå er det mer spennende å gjøre det vi andre tar for gitt, og som for oss kan kjennes ensformig.

*”Det er ikke sånn at jeg gjør noe adrenalizingreier for å fylle livet. Jeg gjør ikke det. Jeg studerer og går på jobb og gjør ting jeg liker å gjøre. Ja, det holder på en måte. Akkurat nå i alle fall.”*

En annen forteller:

*”Det er sånne små ting, som når en har fått til et teaterstykke. Jeg klarte det liksom. Det er en sånn mestringsfølelse som er utrolig herlig. Når du ruser, er det ikke mye mestring, men når jeg begynte å stjele i butikker, var det mye mestring. Stjal biler, nå har jeg mestret, men etter hvert begynte jeg å se at det var helt feil. Det var jo ikke lov.”*

Begge disse snakker om mestring som en alternativ måte å ”gjøre” på. Den siste brukeren har opparbeidet en mestringstillit gjennom å delta på aktiviteter. Hun skiller mellom lovlige og ulovlige aktiviteter. Gjennom dette skillet forteller hun at hun har forlatt ruskulturen. Disse to har forandret seg gjennom ”å gjøre” (Levin og Trost 2005:13).

Alle primærkontaktene snakker mye med brukerne om deres mål og om de når målene.

Aktiviteter er noe positivt som fyller livet med noe annet enn rus. De er nyttige opplevelser.

En primærkontakt er opptatt av at mestring er viktig, men ikke tilstrekkelig. Hun mener det er

---

<sup>31</sup> **Mestringstillitt** har sitt utspring fra den kanadiske psykologen Albert Bandura. Han benyttet begrepet self-efficacy. Bandura mente at personlige problemer for ofte forklares med årsaker en ikke kan endre, mens mennesker kan overkomme tilsynelatende håpløse problemer dersom de har tillitt til at de kan klare det. Brumoen har videreutviklet og tilpasset begrepet til norske forhold (Bandura 1997, Fekjær 2004:224, Brumoen 2007).

viktig å være kritisk til selve begrepet, og at det blir en form for vurdering. Hun sier videre at det er et ord fagfolk, og ikke brukerne bruker.

*”Mestring er viktig i denne settingen her, men det er viktig å komme bak og anerkjenne den en er inni.(...)Bruker viser seg selv anerkjennelse for at hun er flink og dyktig, men det er alt dette andre vanskelige, som ikke slipper. Hun har ikke noe glede av det andre kaller mestring, som å gå på skole. Når ikke hele deg henger med, så hjelper det ikke å være vellykket innenfor visse områder ”.*

Denne primærkontakten ser noe viktig, livet må leves, ikke mestres. Hvis ikke kan en forandring bare forbli en ytre forandring. Skårderud kaller denne type mestring for ”ytre mestring”. Hvis en ikke opplever seg verd å elske, kan mestring bli et falsk spill. Mestringen gir ikke tilstrekkelig næring til selvfølelsen, men kan føre til at flinke personer blir flinke brukere/pasienter (Skårderud 2001a:1615).

Skal alternative stier bli en utviklende vandring, fordrer det at bruker gis god tid til å bli kjent på nye stier.

## 5.4 Tidens magi

Tittelen tidens magi ble til fordi måten informantene snakket om tid ble litt mystisk. De snakker om at det skjer noe ”i tiden”. Tid framkommer mer som et implisitt tema enn en del andre synspunkter og opplevelser. I fellessamtalene og intervjuene kom det ofte haleheng som ”det er det at jeg kan være her lenge (...)”, ”hun trenger mer tid”. Det er som om både brukere og primærkontakter fornemmer noe om tidens betydning. De sier få ord om tiden utover at den har betydning. Ricoeur skilte mellom den kosmologiske eller objektive tiden (den lineære klokkeid), den fenomenologiske eller subjektive tiden, og den narrative tiden<sup>32</sup> (Ricoeur 1984-1988, Johnsen 2000, Stern 2004). Opplevelsen brukeren har av tid og dens betydning trenger dermed ikke å være knyttet til den objektive tiden. Den subjektive opplevelsen av tiden er preget av hvordan de opplever endringer og hendelser.

Hvis det ikke er samsvar mellom en persons tidsopplevelse og den objektive tiden, kan en situasjon oppleves som ute av kontroll eller stressende (Moe 2001). Brukerne forteller om

---

<sup>32</sup> **Den narrative tiden** er en bro mellom den objektive og den subjektive tiden gjennom historiene som knytter nået sammen med fortiden og framtiden (Johnsen 2000:103).

mange år med misbruk hvor det er vanskelig å huske og tidfeste en del av det som har skjedd. De har en opplevelse av tapt kontroll over tiden. En uttrykker det slik:

*”Må innrømme at det dærre med tid, når jeg tenker tilbake på alle årene, roter jeg med tiden. (...) Ja, det har bare flytt av gårde i halvrus, eller er det fordi jeg er blitt gammel, at tiden har gått for fort for meg.”*

Brukerne er opptatt av at det tar tid å bli rusfri og bygge en ny selvforståelse. Det tar tid å kvitte seg med vaner som har dype mønstre. Det tar tid å lære nye ting. De har gått glipp av den læringen jevnaldrende har tilegnet seg. Å kunne bo på institusjoner over tid, for å ta igjen det tapte, er dermed viktig for brukerne. De av brukerne som nylig har kommet til institusjonen, uttrykker at de vil være der i lang tid. En forteller om noen erfaringer med at det ikke hjalp å være i korttidsinstitusjon. Hun sier: *”Det er det at jeg kan være her lenge, som gjør det annerledes”*. Brukerne uttrykker at avstanden til rusen blir større bare ved at tiden som rusfri blir lengre. Tidsmessig avstand til rusen skaper ro og flere klarere tanker. En snakker om at han har hatt så dårlig hukommelse, men at den nå kommer mer og mer tilbake. Primærkontakten snakker på samme måte som brukerne, om at tiden i seg selv skaper avstand til rusen. *”Jeg tror hun trenger tid. Jo lengre rusfri hun er, jo sikrere blir hun på å ikke ruse seg. Jo sikrere blir hun på å fylle dagen med noen annet.”* Tid er, i følge flere studier, en vesentlig faktor for hvordan det går i behandling (Bergmark et al 1994, Fridell 1996, Fridell mfl. 2008, Nasjonalt kunnskapssenter 2009, Melberg mfl. 2003, Ravndal og Vaglum 1995, Ravndal mfl. 2005, Ravndal 2007, Sellman 2009). Disse studiene peker på at oppholdets lengde og tidsavstanden til den aktive rusen er en virksom faktor i seg selv. Sellman er opptatt av at endring av misbruk er omfattende og tar tid. Misbrukeren gjennomgår store biologiske forandringer og forandringer i synet på seg selv og på sin plass i verden. Han forklarer biologisk forandring med at det kan skje forandringer i hjernen gjennom terapeutiske intervensjoner slik at gamle atferdsmønstre blir endret. Dette er en prosess som tar måneder til år. Bedringen innebærer at en person gjør store endringer i ”hele sitt livsmønster” (Sellman 2009:10).

Primærkontaktene snakker også om tid i et annet perspektiv. Forandringsarbeid trenger tid. Forandringsarbeidet må være i brukerens tempo. *”Vi må gå veldig små skritt, prøve å følge dem i deres forandring”*. Flere av brukerne knytter institusjonstiden til en periode som skal gi orden på tilværelsen. *”Institusjonstiden er en overgangsperiode for å rydde opp i livet mitt”*. Den av brukerne som har vært lengst rusfri, sier.

*”Jeg har 1 ½ år som rusfri og det skjer litt på den tiden, en begynner på skole, jobb, sysselsetting. Noe en liker å holde på med selv. Når en føler at en mestrer ting, så begynner en å se at det funker. Jeg klarer det liksom. En får motivasjon av å gjøre ting en liker og får et annet perspektiv på ting. Får relasjon til venner og familie. Det er jo litt individuelt, men det går seg mer og mer til. En får til ting rett og slett. Det er sånn for meg. Jeg klarer eksamen, jeg jobber (...)”*

Hun har vært rusfri lengst og skiller seg ut fra de andre i forhold til at det å være rusfri er attraktivt i seg selv.

*”I starten var det sånn at jeg trengte konkrete mål og gulrøtter for ikke å ruse meg. Nå er det ikke så viktig å ha konkrete mål lengre. Nå er det sånn at jeg har mer lyst til å være nykter. Eller fungere da. Har lyst til å få noe ut av livet.”*

Denne brukerens utsagn viser noe av det forskningen sier om at endring tar tid. Hun viser på mange måter at hun har gjennomgått en prosess. I starten var det viktig med konkrete handlinger og attraktive mål for å klare å avstå fra rusmidler. Med tiden er det å være rusfri mer og mer et internalisert ønske som også kan henge sammen med biologiske prosesser i hjernen (Selmann 2009, Mørland 2003). Hvis endringer skal bli varige, må det være en sammenheng mellom å endre dårlige rusvaner og få nye ferdigheter. Ravndals studier peker på at det å være lenge i behandling gir læring og bevisstgjøring rundt mål i forhold til skole, arbeid, økonomi og nettverk (Melberg mfl. 2003, Ravndal 2007, Ravndal mfl. 2005). Både Nasjonalt kunnskapssenter og Fridell<sup>33</sup> viser i tillegg en sammenheng mellom graden av fullført oppholdstid og tilfredshet med oppholdet (Nasjonalt kunnskapssenter 2009, Fridell mfl. 2008). Hvordan en opplever å få hjelp til sine rehabiliteringsmål, relasjoner til medbeboere og ansatte, ser ut til å spille en rolle for om en fullfører oppholdet. Innhold og trivsel blir dermed virksomt, sammen med tiden, og blir en del av det identitetsbyggende arbeidet.

I en av fellessamtalen framkommer det hvordan bruker og primærkontakt samhandler om forståelsen av at det tar tid å forandre sitt liv.

---

<sup>33</sup> Fridell, Crabo og Gradowska gjennomførte et oppfølgingsstudie med 67 brukere ved institusjonen Dianova, 2 år etter avslutning av oppholdet. Dianova er et terapeutisk samfunn. Studien benyttet spørreskjema fra Rusmiddelstatens tilfredshetsundersøkelser og sammenlignet data fra Rusmiddelstatens rehabiliteringsinstitusjoner med tilsvarende data i Dianovaundersøkelsen (Fridell mfl. 2008).



*B: "Jeg har lært meg etter at jeg flytta hit, at mye må læres. Det er ikke gjort på et blunk. Det tar tid og det kommer til å ta tid. Det må jeg bare leve med. Ikke bli stressa av det sånn jeg har vært før, angst for at ting ikke er på plass. Sånn må det bare være og en må ta tiden til hjelp."*

*P: "Ja, du tåler det bedre nå."*

*B: "Ja, jeg gjør det. Jeg er ikke vant til å leve som en edru person. Det har jeg ikke gjort siden tenårene. Det er rart med det, er mye en ikke kan, mye for min del."*

*P: "Det er jo så spennende å få lov til å følge deg i denne prosessen."*

*B: "Ja, det er ikke så skremmende som det var. Det er ikke så stressende."*

*P: "Skal jeg dele et lite bilde med deg. Første gang jeg møtte deg på inntakssamtalen, kom du fra behandlingsinstitusjonen, så hadde du litt stjerner i øynene og fortalte hvor fantastisk det var å ikke ha i seg rusmidler. Da så jeg deg som "bambi på isen"."*

*B: (Ler) "Jo, jo, det blir jo litt sånn."*

*P: "Så tenker jeg at de tingene du har tatt tak i, de virker overkommelig."*

Samtalen forsetter med å snakke konkret om de ulike målene.

Av samtalen kommer det fram at brukerne i starten av oppholdet hadde en form for "hvetebrødsdager" og manglet nyanser. Han hadde vært seks uker i behandlingssklinik og var i en "lykkerus" over å være edru. Brukerne kan komme i en vanskelig fase når lykken over å være edru møter smerten over manglende ferdigheter og sår som ikke lenger tildekkes av rusen. Da kan en kjenne seg som "bambi på isen". Denne samtalen viser noe om hvor stressende det er å bli rusfri, og hvor viktig det er å ta tiden til hjelp. Denne måten å samhandle på, ser ut til å gi ro og mot til å ta tak i de små endringene, og gir forståelse av at endring tar tid. Selmann peker på at utvikling går i faser, og at nøkkelen ligger i å praktisere/øve på ny atferd i lange perioder. Dette er en utfordring fordi rusmiddelmissbrukere ofte sliter med lav utholdenhet (Laneskog 2009:15, Selmann 2009:10). Denne prosessen krever utholdende behandlere som ser og verdsetter små forbedringer og evner å fortsette på tross av skuffelser (Selmann 2009:10).

En av primærkontaktene snakker om tiden på institusjonen som forandringsøyeblikk og at tilknytning og trygghet forandrer. Hun sier at bruker kan ha tunge perioder inntil det er noe som "snur seg", og "etter hvert som tiden går, så er det plutselig på plass". Når bruker

begynner å trives og blir trygg, skjer det noe. Vendepunktene er tidligere beskrevet som både prosess og hendelser. De mange små øyeblikk som førte til forandring, kan forstås som Sterns ”*nå-øyeblikk*”. Nå-øyeblikkene kan under institusjonsoppholdet oppstå i et intersubjektivt øyeblikk, i møtet mellom to mennesker som oppnår en spesiell mental kontakt (Stern 2004:36,93). Dette er de viktige øyeblikk i behandlingen som forandrer og bygger historier om gode møter. Det kan være slike møter som gjør at det ”*snur seg*”, og som skaper allianse og tilfredshet med oppholdet. Slike øyeblikk kan også skape forventning til oppholdet og endringen.

## 5.5 Forventningens kraft

Både brukere og primærkontakter har i større eller mindre grad positive forventninger eller manglende forventninger til endring. Jeg har vært opptatt av hvordan forventning og engasjement virker inn på endringer. Ordet forventning er knyttet til forestillingen om hva som kan skje. Det er beslektet med ord som tro og håp. Tro og håp brukes av informantene når de snakker om forventning til oppholdet. Håp er en følelse med flere dimensjoner som inkluderer både optimisme og det uvisse (Busch 1995:22,24, Travelbee 1999, Aspelund 2008:24).

Da intervjuguiden ble laget, var min intensjon å se om det fantes en ”kraft” som kunne gi drahjelp til endringsprosessen. Denne kraften kan være håp, engasjement, begeistring og interesse. Det var et engasjement hos alle primærkontaktene som kom tydelig fram hos noen. Engasjementet var mest synlig i fellessamtalene. Gjennom observasjon var det mulig å se et kroppsspråk mellom bruker og primærkontakt. De møtte hverandre gjennom blikk, stemmeleie og inntoning. Merleau-Ponty viser til at kroppsspråk er like gyldig som talens språk (Begtsson og Løkken 2004:563). Engasjementet var også merkbart i intervjuene. Jenner viser til pedagogisk forskning om ”Pygmalioneffekten”<sup>34</sup>. Begrepet anvendes for å beskrive hvordan forventninger kan fungere som selvoppfyllende profetier. Positive forventninger kan lede til gode resultater, og negative til dårlige. Hans grunnleggende tanke er at dette skapes i møtet mellom mennesker (Jenner 2003:59, 2004:10).

---

<sup>34</sup> **Pygmalioneffekten:** Begrepet stammer opprinnelig fra en gresk myte. Begrepet ble anvendt i G.B Shaws drama Pygmalion. Gjennom professor Higgins sterke engasjement og tro på at det var mulig, blir blomsterpiken Eliza mot alle odds forvandlet til en lady (Jenner 2003:59, 2004:10).

Brukerne knytter forventinger til det å bli rusfri, få det bedre og oppnå konkrete mål. I alle fellessamtalene var det tydelig at bruker og primærkontakt hadde dannet en allianse. De var begge engasjerte i brukerens endringsprosjekt. Primærkontakten ga støtte i forhold til konkrete mål, og hjelp til å nyansere de problemer som oppsto i forbindelse med å nå målene. Det som kommer fram gjennom hele datagrunnlaget, er en tro på at målene er oppnåelig. De er realistiske og innenfor synsranden. Dette er en forutsetning for å opprettholde et engasjement (Jenner 2003:61).

Alle primærkontaktene forteller at de i inntakssamtalen og i første del av oppholdet bruker tid på å avklare forventninger. Psykoterapiforskningen viser at en del av virkningen i terapi knyttes til håp, tro eller forventning (Grencavage og Norcross 1990, Lambert 1992, Hubbel mfl. 1999). Fridell har i sin forskning vist at det utgjør en forskjell at hele organisasjonen har tro på det de gjør, ikke bare den enkelte behandler (Fridell 1996, Fridell mfl. 2008:12, Ball mfl. 2006). Det betyr å opprettholde håpet om at det nytter når det buttrer, men også å våge og være i det uvisse sammen. Når en tør å gi slipp på forutsigbarhet, kan det uvisse åpne for nye muligheter (Busch 1995:22,24, Sundet 2007:344, Anderson 2007:52-53). Da trengs det behandlere som har tro på muligheter og som tåler usikkerhet. Det kan bli kraftfullt.

Psykoterapiforskningen viser at det ikke bare er primærkontakten som må ha tro på bruker, men bruker må også ha tro på at primærkontakten og institusjonen kan gi hjelp (Jensen 2009:200, Johnsen 2009:206, Wampold 2001). Brukerne fikk ikke noe direkte spørsmål om dette. De sier heller ikke noe direkte om de har tro på å få hjelp. Dette kunne vært utforsket mer. Likevel kommer det fram at bruker føler at primærkontakten har en oppriktig interesse.

En av primærkontaktene syntes begrepet forventning trenger nyanser:

*”Jeg vil bare ikke at (...) skal føle at hun blir presset til noe. Motivasjonen og viljen til å klare det, må være i henne. Det er ikke noe ytre press eller noe sånn forventning, annet enn at jeg sier når jeg er imponert og jeg roser når jeg synes hun fortjener det. (...) Hun er ikke her for min skyld. Hun skal ikke bli edru for min skyld. (...) Jeg tror hun kommer til å klare dette fint, ja, det er akkurat som om hun er fast bestemt i forhold til barna sine.”*

Denne primærkontakten er opptatt av at endring først og fremst er brukers prosjekt og at ingen kan forandre en annen (Andresen 2005:149). Dette er å forvente at bruker er aktør i eget liv. Hun uttrykker at hun tror bruker kommer til å klare det og kan dermed være en samskaper av *”den motivasjonen og viljen som må være inne i henne”*. Hos noen primærkontakter er det en usikkerhet på hvordan det kommer til å gå med bruker. På spørsmål om de tror bruker klarer oppholdet og klarer å holde seg rusfri, svarer en *”oddsen er 60 % for 40 % mot”*.

En annen sier:

*”Han har en veldig lidenskap til jobben, men utfordringen er det nettverket, æ, ..Jo, jeg tror det, men jeg er jo realistisk. Jeg har trudd som bare det på folk, så har de faktisk dødd. Det er ting som virkelig går inn på meg. Tror det går an å ha en delt tro.”*

En av primærkontaktene er bekymret for at bruker er *”litt for begeistret”*, og viser til at *”hvetebrødsdager ikke varer evig”*. Den samme primærkontakten sier imidlertid at hun også har ønsker på vegne av sin bruker.

*” Helt personlig ønsker jeg, noe jeg nok også kan gi uttrykk for overfor han, det er at han skal ta en utdanning. (...) Jeg tar tak i det han sier fordi det var han som først begynte å snakke om utdanning.”*

Hun forteller videre at hun ofte snakker med ham om hans språkkøre. De diskuterer språk og litteratur. Hennes idé er at dette øker lysten til å begynne i utdanning. *”Jeg prøver å få til at utdanning angår han. Det hadde vært artig om han fikk det til”*. Primærkontakten forsøker her å manøvrere mellom optimisme og realisme. Mellom å dra og holde seg tilbake. Mellom det sikre og usikre. I håp ligger det uvisse. Det ser ut til at primærkontaktene evner noe av denne dobbeltheten. De har tro, drømmer og engasjement samtidig som de lever med uvissheten om hvordan det går. Sundet er opptatt av forskjellen på å reagere og agere. Han skriver at *”våre handlinger bør bygge på en refleksjon over hva som er nyttig i denne situasjonen, og da kan vi vanligvis ikke stole på vår umiddelbare reaksjon ”* (Sundet 2007:344). I dagligtale blir dette å ha litt *”is i magen”*, samtidig som en har et oppmerksomt nærvær. Det er gjennom det oppmerksomme nærværet at det oppstår intersubjektive situasjoner hvor både bruker og primærkontakt kjenner, uten å måtte si, *”at vi vil det samme”* (Stern 2004). Da trenger ikke forventning å være ros eller oppmuntring, den bare er der.

## **6 En sluttsats - forståelse av endringsprosesser og forventningens betydning**

I dette kapitlet skal jeg kort oppsummere noen av studiens funn og gi noen synspunkter på hva det kan sees nærmere på.

I begynnelsen av studien hadde jeg med meg flere forforståelser om endringsprosesser og forventningens rolle. En forforståelse var at rusmestring er en forutsetning for å mestre andre rehabiliteringsmål, en annen at et ”vendepunkt” er nødvendig for å bli rusfri, en tredje at indre motivasjon er viktig. Disse forforståelsene har delvis blitt bekreftet, men også utfordret gjennom studien, spesielt synet på vendepunkt og motivasjon. Å belyse empirien med teori og forskning om rusmiddelmissbruk, avhengighet og endringsprosesser har utvidet min egen forståelse. Det har også økt min bevissthet om at informantene og jeg er preget av fagforståelse, diskurser og organisasjonskultur når vi forstår sammenhengen mellom rusmiddelbruk, identitetsutvikling og endring.

I teorikapittelet framkommer det at misbruk kan forstås som en kompleks sammenheng mellom biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle fenomener. Det finnes mange stier både inn og ut av et misbruk/avhengighet. Brukerne er, når de blir intervjuet, allerede i en rehabiliteringsinstitusjon med krav om rusfrihet. De har gjennomført en ytre bevegelse som er en vesentlig endring. Å utvide sin selvforståelse er en indre bevegelse som kan bli til en varig endring. Brukerne har endret seg fra å ha en opplevelse av å være prisgitt en vane, som er vanskelig å vende, til å kunne se seg selv som et handlende og alminnelig menneske som tar ansvar for eget liv og utvikling. Brukerne forstår sine valg og vendepunkter i et tilbakeskuende perspektiv og i den institusjonelle konteksten de er i. Endringsprosesser tar tid, og brukerne sier at de har nytte av dialog og tilstedeværelse fra primærkontaktene. Brukerne legger mindre vekt på hvilken primærkontakt de har, bare de blir behandlet ordentlig.

Endringene har mange nyanser men kan likevel oppsummeres i noen korte punkter:

- Brukerne beskriver et økende kontrolltap, jo nærmere i tid de kommer innleggelsen. Rusmiddelmissbruket og dets følger oppfattes som skambelagt.
- Brukerne beskriver ikke et entydig vendepunkt selv om noen opplevde en utløsende hendelse som fikk betydning. Valget om å bli rusfrie kom etter en prosess hvor brukerne

beskriver at de var ”lei” og at ”nok var nok”, også i forhold til at de hadde forsømt relasjoner til familie og nettverk. Sentralt for valget var særlig egne barn men også andre betydningsfulle familiemedlemmer. Barnas betydning er uavhengig av om de har omsorgen, samvær eller for tiden ingen kontakt.

Under institusjonsoppholdet er følgende forhold viktig:

- Brukerne sier de trenger rammer og kontroll for å endre sine rusvaner. Det skal ikke være anledning til å ruse seg inne på institusjonen. Det er avgjørende å tørre å være ærlig, men ærlighet er også problematisk. Studien viser mange nyanser i synet på totalavhold, ruskontroll og sanksjoner av rusepisoder. Et interessant funn er hvordan totalavhold legitimeres, forstås og understøttes med innflytelse av tankegods knytte til AA-ideologi/alkoholismeteorien i institusjoner som ikke bekjenner seg til denne ideologien.
- Tiden i institusjon brukes til å lære og mestre aktiviteter for å bli selvstendig og alminnelig. Brukerne skal lære å erstatte rusens tidligere funksjon og forstå og presentere seg på nye måter.
- Nok tid er en sentral faktor for å klare et liv som rusfri.

Endring og forventning henger sammen og vil påvirke hverandre. Endring vil bevege forventningen. Når en har forventning, vil det kunne skape endring. Bruker og primærkontakt trenger å ”tro” på hverandre. Bruker trenger å tro at institusjonen og primærkontakten kan gi hjelp, og primærkontakten trenger å tro at bruker kan klare å nå sine mål. Det kommer fram under fellessamtalene og intervjuene, at bruker og primærkontakt har en allianse bestående av affektive bånd og et felles engasjement rundt målene, spesielt målet om å være rusfri. Når rusepisoder opptrer under oppholdet settes ”troen” på prøve. Det kan bli lettere for rusfeltet å opprettholde troen på at det er mulig å bli rusfri, hvis en fokuserer på at intensjon er en del av motivasjonen. Når en person har valgt seg til en institusjon, som er rusfri, er intensjonen å bli rusfri. Motivasjon må likevel stadig gjenskapes igjennom språket, ved positive erfaringer og i samhandlingen med andre.

Empirien peker på noen områder det kan sees nærmere på:

- Brukerens forhold til egne barn kan bli en nøkkel til å opprettholde et liv uten skadelig rusmiddelbruk, forutsatt at brukerne gis mulighet til dialog om gleden og smerten ved egen foreldrerolle. Det kan gjøre det mulig å ivareta kontakten med barna, ut i fra barnas

behov og egne forutsetninger. Hvis kontakt ikke er mulig, kan det være vesentlig å bearbeide tap og skam.

- Det kan bli lettere å lykkes i rehabilitering hvis det er et samsvar mellom det bruker ”tror er virksomt” og det institusjonen står for. Det kan være nyttig for institusjonene å øke fokuset på egen identitet, organisasjonskultur, ideologi og tankemønster, for å øke bevisstheten om temaer som totalavhold, rusepisoder og ærlighet. Det kan gjøre det lettere å møte brukere i en åpen dialog om prosessen med å bli rusfri. En åpen dialog kan være nødvendig for at ønsket om å endre sine rusvaner skal bli internalisert.
- Hvis vårt selv er bevegelig, er kunnskap og tilnærminger som bidrar til å utvikle selvet viktig. Samhandlingen underveis i oppholdet om forståelse, selvutvikling og handlekraft blir sentralt.

*Jeg stoppet,  
så bakover  
på stien,  
først da skimtet jeg  
et skille mellom  
snublesteiner og utsiktspunkter.*

## Litteraturliste

- Alcoholics Anonymous (AA) (1939). *Anonyme Alkoholikere. Historien om hvordan tusener menn og kvinner har gjenvunnet helsen etter alkoholmisbruk*. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc. 3. utgave 1991.
- Allpsych online - DSM IV. *The Virtual Psychology Classroom*. Søkebase for det amerikanske diagnosesystem. URL: <http://allpsych.com/>  
(lest 29. november 2009)
- Andersen, T. (2005). *Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtalerne*. Virum: Dansk psykologisk forlag. 3. utgave.
- Andersen, T. (2006). *Reflekterende samtaler; min versjon*. I: Eliassen, H og J. Seikkula (red.). *Reflekterende prosesser i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Anderson, H. (2007). *The Heart and Spirit of Collaborative Therapy: The Philosophical Stance – “A Way of Being” in Relationship and Conversation*. I: Anderson, H. & D. Gehart (red.). *Collaborative therapy relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.
- Anderson, H. and H. Goolishian (1992). *The client is the expert: A not-knowing approach to therapy*. I: McNamee, S., Gergen K.J. (ed). *Therapy as social construction*. London: Sage Publications Inc. pp. 25-29.
- Anderson, H. (2003). *Samtale, sprog og terapi*. København: Hans Reitzels forlag.
- Andersson, G., M. Bangura Arvidsson, B. Rasmusson, K. Trulsson (2006). *Missbrukande föräldrar, utsatta barn och socialt arbete*. Helsingfors: Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift, 23:45-56.
- Ariadne. *Digital kunnskapsbase for kulturfagdagene*. Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo: URL: <http://www.intermedia.uio.no/ariadne/idehistorie/idehistoriske-epoker/1900-tallet/1900-1945>  
(lest 30. juli 2009)
- Aspelund, H. (2008). *Mestring og marginalisering. Opplevd kontroll og håp blant brukere av frivillige velferdstiltak*. Oslo: Høgskolen i Oslo, avdeling for samfunnsfag, Masteroppgave i sosialt arbeid.
- Bae, B. og J.E. Waastad (1992). *Erkjennelse og anerkjennelse, Perspektiver på relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bagge, R.F. (2007). *Refleksjoner omkring begrepet ”ikke-vitende posisjon”*. Oslo: Fokus på familien, 2:113-126.
- Ball, S.A., K.M. Carroll, M. Canning-Ball, & B.J. Rounsaville (2006). *Reasons for dropout from drug abuse treatment: symptoms, personality and motivation*. *Addictive Behaviors*, 31:320-330.



- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy- The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bangura Arvidsson, M. (2003). *Ifrågasatta fäder. Olika bilder av fäder till socialt utsatta barn*. Lund: Lunds universitet: Socialhögskolan, Akademisk avhandling.
- Barth, T. og C. Näsholm (2007). *Motiverende samtale – Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bateson, G. (1971/72). *The Cybernetics of Self. A Theory of Alcoholism*. Chicago: I: *Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. University Of Chicago Press.
- Bateson, G. (1973). *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books.
- Bengtsson, J. og G. Løkken (2004). *Maurice Merleau-Ponty: Kroppens verdslighet og verdens kroppslighet*. I: Steinholdt, K. og L. Løvli (red.). *Pedagogikkens mange ansikter. Pedagogikkens idéhistorie fra antikken til det postmoderne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berger, P.L. og T. Luckmann (1966/1992). *Den samfundsskabte virkelighet*. Viborg: Lindhardt og Ringhof 2. utg. Utgitt første gang på engelsk 1966.
- Berglund, S-A. (2007). *Vändpunkter och förändringsprocesser. En treårig uppföljning av ungdomar från YAR-projektet i Borlänge*. Umeå: Umeå universitet. Institutionen för socialt arbete. BRÅ brottsförebyggande rådet.
- Bergmark, A., B. Björling, L. Grönbladh, B. Olsson, L. Oscarsson & V. Segraeus (1994). *Klienter i institutionell narkomanvård*. Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms universitet.
- Bjartveit, S. og T. Kjærstad (1996). *Kaos og kosmos*. Oslo: Kolle forlag.
- Blichfeldt, S. (2008). *Fremad marsj i alle retninger?* Oslo: Fokus på familien, 4:267-277.
- Bloch, C. (1998). *Kroppens stemthed - en undersøgelse af stress i hverdagslivet*. København: Dansk sociologi, vol 9, 2:61-78.
- Blomqvist, J. (2003). *Vägar ut ur missbruket. Om olika sätt att lösa alkohol- och narkotikaproblem och om behandlingens roll*. Göteborg: Artikkel utgitt til konferanse: *Blir det bättre med behandling?* Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
- Blomqvist, J. (2007). *Alkohol och narkotikaproblem: några aktuella utmaningar för vårdssystemet*. Stockholms stad: Kunskapsöversikt 4, Forsknings- och Utvecklingsenheten.
- Blomqvist, J. (2009). *Vad är problemet? Perspektiv på missbruk och beroende*. Göteborg: Konferanse artikkel: *Missbruk och behandling. Gamla problem – nya lösningar?* Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
- Blomqvist, J. och I. Christops (2005). *Vägen till vården. Kvinnors och mäns skäl att söka hjälp respektive börja behandling för alkoholbehandling*. Stockholm: Stadsledningskontoret Valfärd och Utbildningsavdelningen. Forsknings- och Utvecklingsenheten. FoU-rapport :9

- Blomqvist, J., J. Cunningham, L. Wallander, og L. Collin (2007). *Att förbättra sina dryckesvanor – om olika mönster för förändring och om vad vården betyder*. Stockholm: FoU-rapport 2007:5. Stockholm stad och Stockholms Universitet: SoRAD-rapport nr. 42.
- Bordin, E.S. (1994). *Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New Directions*. I: Horvath, A.O. (red), L.S. Greenberg. *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley & Sons, INC.
- Borg, M. (2007). *The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. Trondheim: Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap (ISH), Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse (SVT), NTNU. PhD avhandling.
- Borg, M. (2009). *Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 46, 5:452-459.
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolisk makt*. Oslo: Pax.
- Bourdieu, P. (2000). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brumoen, H. (2007). *Vanen, viljen og valget*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bråten, S. (2004). *Kommunikasjon og samspill - fra fødsel til alderdom*. Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave.
- Busch, C.J. (1995). *Håbets Kilde*. Oslo: Omsorg. Nordisk tidsskrift for palliativ medisin, 4: 16-24.
- Catty, J. (2004). 'The vehicle of success': *Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry*. British. Psychology and Psychotherapy, 77, 255 – 272. URL: <http://www.ingentaconnect.com/content/bpsoc/paptrap/2004/00000077/00000002/art00010> (lest 10. februar 2010)
- Duncan, B. (2007). *Forord I: Klienten – den glemte terapeut*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Egidius, H. (2000). *Psykologisk leksikon*. Oslo: Aschehoug.
- Ekeland, T-J. (2009). *Hva er evidensen i evidensbasert praksis? I: Grimen, H. og L.I. Terum (red.) Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Engel, G.L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. USA: Science 196:129–36.
- Enquist, P.O. (2009). *Et annet liv*. Oslo: Gyldendal.

- Falkum, E. (2008). *Den biopsykososiale modellen. Bør den formuleres på nytt i lys av neurobiologisk og stressmedisinsk forskning?* Oslo: Michael, 5:255–263. Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Faraone, S.V., R.H. Perlis, A.E. Doyle, J.W. Smoller, J.J. Goralnick, M.A. Holmgren et al (2005). *Molecular genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. I *Biol Psychiatry* 2005 57(11):1314-23. URL: [Biol Psychiatry 2005 57\(11\):1314-23](#). (lest 16. januar 2010)
- Fekjær, H.O. (2004). *RUS. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fjærli, K.E (2008). *Virksomme møter*. Oslo: Diakonhjemmets Høgskole. Fordypningsoppgave i familierapi og systemisk praksis.
- Foucault, M. (2002). *Forelesninger om regjering og styringskunst*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Fridell, M. (1996). *Institusjonella behandlingsformer ved missbruk*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Fridell, M., J. Crabo, M. Gradowska (2008). *Uppföljning av personer behandlade vid Dianova, Sverige*. Lund: Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet, Rapport 24.
- Fuchs Ebaugh, H.R. (1988). *Becoming an Ex. The Process of Role Exit*. Chicago: Chicago University Press.
- Furuholmen, D. og A. Schanche Andresen (2007). *Fellesskapet som metode miljøterapi og evaluering i behandling av stoffmisbrukere*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag. 3. utgave.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Geertz, C. (1983). *Local Knowledge*. New York: Basic Books.
- Gergen, K.J og M. Gergen (2005). *Sosial konstruksjon ind i samtalen*. Virum: Dansk Psykologisk forlag.
- Gilje, N. og H. Grimen (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger – innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Grencavage, L.M. and J.C. Norcross. (1990). *Where are the commonalities among the therapeutic common factors?* *Professional Psychology Research and Practice* 21(5): 372-378.

- Gustavson, B. (2004). *Hans-Georg Gadamer: Att som i leken förstå*. I: Steinholdt, K. og L. Løvli (red). *Pedagogikkens mange ansikter. Pedagogikkens idéhistorie fra antikken til det postmoderne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hammersvik, E. (2006). *Vellykkede lovbrøtere som ga seg*. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for kriminologi og rettsosjologi. Masteroppgave i kriminologi.
- Hart, S. (2006). *Hjerne, samhörighet, personlighet - Introduktion til neuroaffektiv utvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Haugland, B.S.M. (2003). *Paternal Alcohol abuse: relationship between child adjustment, parent characteristics, and family functioning*. New York: Child Psychiatry and Human Development, 34:127-146.
- Haukvik, S. (2005). *Hodet over vannet. "Brygga" som veiviser i tidligere rusmisbrukeres integreringsprosess*. Trondheim: Norges tekniske - naturvitenskapelige universitet. Masteroppgave i sosialt arbeid.
- Hedin, U-C. och S-A. Månsson (1998). *Vägen ut: om kvinnors uppbrott ur prostitution*. Stockholm: Carlssons.
- Hedin, U-C., U. Herlitz, J. Kuosmanen (2006). *Exitprocesser och empowerment. En studie av sociala arbetskooperativ i vägen ut - projektet*. Norrköping: Kriminalvårdens forskningskommitté. Rapport 19.
- Heidegger, M. (2007). *Væren og tid*. Oslo: Pax.
- Helsedirektoratet KITH - ICD-10. *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. revisjon*, KITH informasjonsteknologi for helse og velferd. URL: <http://www.kith.no/sokeverktoy/icd10/icd10.htm>  
(lest 29. november 2009)
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. IS-1701.
- Horvath, A.O. (2001). *The alliance*. I: Psychotherapy 38 (4), 365-371. URL: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2002-01390-003&CFID=5965312&CFTOKEN=11411915>  
(lest 10. februar 2010)
- Horvath, A.O. & P.B. Robinder (2002). *The alliance*. I: J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Hubble, M.A., B.L. Duncan, S.D. Miller (red.) (1999). *The Heart and Soul and Change. What Works in Therapy*. Washington DC: American Psychological Association.

Huss, M. (1849–51). *Alcoholismus Chronicus eller chronisk alkoholsjukdom; ett bidrag till dyskrassiernas kännedom enligt egen och andras erfarenhet*. Stockholm: URL: <https://www.stockholm.se/.../Om%20Stockholms%20stad/.../Kunskapsöversikt%204%20jan-07.pdf>  
(lest 10. januar 2010)

Høgland, P. (1999). *Psychotherapy Research. New Findings and Implications for Training and Practice*. I: *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8:257-263.  
URL: <http://jppr.psychiatryonline.org/cgi/reprint/8/4/257>  
(lest 24. januar 2010)

Høyersten, J.G. (2009). *Sinnslidelsenes historie – noen temaer og tablåer*. Oslo: Michael, 6:136–49. Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. Universitetet i Oslo.

Haaland, K.R. (2005). *LØFT og narrative i profesjonelle samtaler*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hårtveit, H. og P. Jensen (2004). *Familien – pluss én*. Oslo: Tano. 2. utgave.

Jenner, H. (2003). *Motivasjon, tillit och delaktighet*. Göteborg: I: *Blir det bättre med behandling?* Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.

Jenner, H. (2004). *Motivation och motivationsarbete: i skola och behandling*. Stockholm: Forskning i fokus: 19, Myndigheten för skolutveckling.

Jensen, P. (1994). *Ansikt til ansikt*. Oslo: Ad. Notam, Gyldendal.

Jensen, P. (2006). *Hvordan har ”den store psykoterapidebatten” påvirket forståelsen av familierapiforskningen?* Oslo: Fokus på familien, 34:91-107.

Jensen, P. (2009). *Virkningsdiskursen*. Oslo: Fokus på familien, 3:194-201.

Järvinen, M. og N. Mik-Meyer (2003). *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels forlag.

Järvinen, M. og N. Mik-Meyer (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København: Hans Reitzels forlag.

Johannsen, A. og P.A. Tufte (2002). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Johnsen, A. (2000). *Erfaringens spor i tidens betydning i narrativ terapi*. I: Johnsen, A., R. Sundet, V.W. Torsteinsson. *Samspill og selvopplevelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Johnsen, A. (2009). *De andre - meg selv. Ufordringer i det terapeutiske forhold*. Oslo: Fokus på familien, 3:202-211.

Kirkengen, A.L. (2002). *Begrepet «funksjonelle lidelser» bevitner biomedisinens dysfunksjonelle teorigrunnlag*. Oslo: Tidsskrift for Den norske legeforening, 122: 2647–2649.

- Kristiansen, A. (2000). *"Fri från narkotika: Om kvinnor och män som varit narkotikamissbrukare"*. Stockholm: Bjuerner och Bruno.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal.
- Lampert, M.J. (1992). *Implications of outcome research for psychotherapy integration*. I: *Handbook of psychotherapy integration*. Norcross, J.C. (Red) & M.R. Goldfried. New York: Basic Books.
- Laneskog, J.Ø. (2009). *Epistler om rus og behandling*. Oslo: Tyrilistiftelsen, Tyrili skriftserie nr. 1.
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- Larsgaard, H. (2009). *Alene eller sammen? Barnevernarbeideres fortellinger om seg selv, sin profesjon og arbeidsplass*. Oslo: Diakonhjemmets Høgskole. Masteroppgave i familierapi og systemisk praksis.
- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Levin, I. og J. Trost (2005). *Hverdagsliv og samhandling, med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lie, G.T. (1999). *Om Selbukollektivet og ungdom som har hatt hjelpetilørighet til kollektivet i årene 1981 til 1997. Selbuungdommene før, under og etter kollektivopphold. En retrospektiv forløpsundersøkelse*. Bergen: Universitetet i Bergen. HEMIL-senteret nr. 1.
- Lundby, G. (1998). *Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Malming, M.R. (2008). *Rusmisbruk og psykisk helse - om elevers og ansattes erfaring og opplevelser i Tyrilistiftelsen*. Oslo: Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Institutt for spesialpedagogikk, UiO. Masteroppgave i spesialpedagogikk.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Tano Aschehoug. 2. utgave.
- McIntosh, J. and N. McKegany (2002). *Beating the dragon - the recovery from dependent drug use*. Essex: Pearson Education Limited.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Melberg, H.O. (2002). *Hvor gode er evidensene for evidensbasert metode. Randomiserte forsøk og observasjonsstudier*. Helsingfors: Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift, 19:59 – 64.
- Melberg, H.O., G. Lauritzen og E. Ravndal (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?* Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

- Melin, A-G. och C. Näsholm (1998). *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund: Studentlitteratur.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax forlag A/S.
- Moe, S. (2001). *Bevegelse i tid og rom*. Oslo: Fysioterapeuten nr. 6. URL: [http://www.fysioterapeuten.no/xp/pub/venstre/fag\\_vitenskap/fagartikler/233302](http://www.fysioterapeuten.no/xp/pub/venstre/fag_vitenskap/fagartikler/233302) (lest 16. januar 2010)
- Moos, R.H., B.S. Moos and J.M. Andrassy (1999). *Outcomes of four treatment approaches in community residential programs for patients with substance use disorders*. Arlington: Psychiatric Services, 50, 1577-1583. URL: <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/50/12/1577> (lest 16. januar 2010)
- Mulford, H. (1984). *Rethinking the alcohol problem: a natural processes model*. USA: Journal of Drug Issues, 14:31–34.
- Myhra, S.M. (2008). *Gravide rusmiddelmissbrukere innlagt etter Lov om sosiale tjenester §6-2a). Kvinnenes utvikling av tilknytning til det ufødte barnet. Behandlers perspektiver og beskrivelser*. Oslo: Diakonhjemmet høgskole. Masteroppgave i familierapi og systemisk praksis.
- Mørland, J. (2001). *Tilbake til sykdomsmodellen - og hva så?* Dagens Medisin. URL: [www.dagensmedisin.no/nyheter/2001/10/11/tilbake-til.../index.xml](http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2001/10/11/tilbake-til.../index.xml) (lest 13. februar 2010)
- Mørland, J. (2003). *Biologiske virkningsmekanismer og noen kliniske effekter av alkohol*. Oslo: Tidsskrift for Den norske legeförening, 123:180–4.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2009). *ADHD - faktaark*. Oslo: Publisert første gang 02.01.2007. URL: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5648&MainArea\\_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5648=5544:60586::1:5647:2:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:60586::1:5647:2:::0:0) (lest 16. januar 2010)
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2009). *Hva er effekten av langtidsbehandling i institusjon for rusavhengig sammenlignet med poliklinisk korttidsbehandling?* Oslo: Rapport nr. 20.
- Nordcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Norstat (2008). *Rapport om rus og ruspolitikk*. Oslo: Blå Kors Norge.
- NOU (2003). *Forskning på rusfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. Sosialdepartementet nr. 4.
- Nyeng, F. (2006). *Følelser i filosofi, vitenskap og dagligliv*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Oslo Kommune, Rusmiddelstaten (2001). *Rapport. Kvalitet og kvalitetsmålinger i behandling av rusmiddelmissbrukere*. Oslo: 2. utgave.

Pedersen, W. (2006). *Bittersøtt, ungdom, sosialisering, rusmidler*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rasmussen, K., R. Almvik, & S. Levander (2001). *Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population*. USA: J Am Acad Psychiatry Law 2001; 29(2):186-93. URL: <http://www.jaapl.org/cgi/content/abstract/29/2/186> (lest 16. januar 2010)

Ravndal, E. (2006). *RCT ger begrenset kunnskap*. Helsingfors: Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift, 23:259 - 261.

Ravndal, E. (2007). *Evaluering av behandlingskollektiver i rusomsorgen: Har de fortsatt en plass i dagens rusbehandling?* Oslo: Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 44, 1:17-21.

Ravndal, E. (2009). *Behandling eller kontroll- om disiplinering og makt i den norske rushelsetjenesten*. Helsingfors: Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift, 26:74-80.

Ravndal, E. og P. Vaglum (1995). *Psykiske belastninger og frafall blant stoffmisbrukere i behandling*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet - Rusmiddeldirektoratet.

Ravndal, E., P. Vaglum & G. Lauritzen (2005). *Completion of Long-term Inpatient Treatment of Drug Abusers: A Prospective Study from 13 Different Units*. European Addiction Research. 11, 180-185. URL: <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowAbstract&ArtikelNr=86399&Ausgabe=231184&ProduktNr=224233> (lest 17. mars 2010)

Ricoeur, P. (1984-88). *Time and Narrative*. Vol. 1-III. Chicago: The University of Chicago Press.

Roizen, R. (2004). *How Does the Nation's 'Alcohol Problem' Change From Era to Era? Stalking the Social Logic of Problem-Definition Transformations Since Repeal*  
An edited version of this paper will appear in Sarah Tracy and Caroline Acker (eds.), *Altering the American Consciousness: Essays on the History of Alcohol and Drug Use in the United States, 1800-1997*, University of Massachusetts Press, forthcoming. URL: <http://www.roizen.com/ron/postrepeal.htm> (lest 17. mars 2010)

Ruyter, K.W, J.H. Solbakk, H. Waal H (red.) (2008). *Rusmiddelbrukeren og forskeren. Etske prinsipper, erfaringer og ettertanker*. Oslo: Rapport utgitt av SERAF og SME. URL: [http://www.med.uio.no/iasam/sme/arkiv/SERAF\\_SME.pdf](http://www.med.uio.no/iasam/sme/arkiv/SERAF_SME.pdf) (lest 1. november 2008)

Rønnestad, M.H. (2008). *Evidensbasert praksis i psykologi*. Oslo: Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45:444-454.

Rønnestad, M.H. (2009). *Evidensbasert psykologisk praksis*. I: Grimen, H og L.I. Terum (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag AS.



- Samoilow, D.K. (2007). *Løsningsfokuserede allianser: Løsningsfokuseret terapi i lys av forskning om hva som virker i terapeutiske relasjoner*. Oslo: Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 44, 9:1107-1117.
- SBU- Statens beredning for medicinsk utvärdering (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsammenställning*. Stockholm: Vol 1 og 2.
- Schibbye, A.L. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sellman, D. (2009). *The 10 most important things known about addiction*. *Addiction* 2009, 105:6-13. URL: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/122579394/PDFSTART> (lest 09. februar 2010)
- Skadtvedt, A. (2009). *Alminnelighetens potensial. En sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring*. Oslo: Det samfunnsvitenskapelige fakultetet. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo. Ph.D. sosiologi.
- Skog, O-J. (2006). *Skam og skade. Noen avvikssosiologiske temaer*. Oslo: Gyldendal.
- Skårderud, F. (2001a). *Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet*. Oslo: Tidsskrift for Den norske legeforening, 121:1613-1617.
- Skårderud, F. (2001b). *Tapte ansikter. Introduksjon til en skampsykologi 1. Beskrivelser*. I: Wyller, T. (red.) *Skam*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skårderud, F. (2004). *Den kommuniserende kroppen - spiseforstyrrelser og kultur*. Oslo: Tidsskrift for Den norske legeforening, 124:2365-2368.
- Skårner, A. (2001). *Skilda världar? En studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Skårner, A. (2009). *Skilda världar? Missbruksbehandling ur ett relations - och nätverksperspektiv*. Göteborg: I: Konferanseartikkel: *Missbruk och behandling. Gamla problem - nya lösningar?* Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
- Smith-Solbakken, M. og E. Tungeland (1996). *Stoffmisbruker - talent eller klient*. I: Pedersen, W. og H. Waal. *Rusmidler og veivalg*. Oslo: Norges forskningsråd. Program for rusmiddelforskning og Cappelen Akademiske Forlag AS.
- Solem, M.B., T. Tilden, F. Thuen (2008). *Å ta empirien på alvor. Er forskningsbasert kunnskap relevant for systemiske familiebehandlere?* Oslo: Fokus på familien, 2:88-106.
- Solli, H.M. (2007). *Rettferdighet og objektivitet i trygdemedisinske utførelsesvurderinger. En etisk og vitenskapsfilosofisk analyse av tre utførelsesmodeller i et historisk perspektiv*. Oslo: Michael, 4/3:193–520. Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet, Avd. rusmidler (2004). *Fakta om narkotiske stoffer*. Oslo: IS-1042/B.

Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.

Stern, D.N (2004). *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Stortingsmelding (1998-99). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk*. Sosial- og helsedepartementet, nr. 21.

Stuen, J., L. Ulberg, R. Audestad (2004). *Vi er ikke dumme. Det er ikke derfor vi ruser oss. En intervjuundersøkelse av 15 tidligere rusmiddelmissbrukere*. Oslo: Oslo kommune, Rusmildeletaten, Kompetansesenter.

Sundet, R. (1993). *Familieterapi – fra endring av mønster og struktur til samskaping av nye beretninger*. I: Familiebehandling innen rusomsorgen i Norden. Helsingfors: Nordisk nämnden för alkohol och drogforskning (NAD), publikasjon nr. 25:103-111.

Sundet, R. (2006). *Reflekterende prosesser - noe mer enn refleksjon?* I: Eliassen, H. og J. Seikkula (red.). *Reflekterende prosesser i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sundet, R. (2007). *Brukerperspektivet og den terapeutiske relasjon - betydninger for terapeutisk arbeid*. I: Klienten – den glemte terapeut. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Sunesson, S. (1998). *Den kemistyrde dåren och andra vardagsmyter*. Stockholm: Oberoende, 1–2/98, Riksförbundet för Hjälp åt narkotika- och Läkemedelberoende. URL [http://www.rfhl.se/index.php?option=com\\_content&task=view&id=61&Itemid=115](http://www.rfhl.se/index.php?option=com_content&task=view&id=61&Itemid=115) (lest 1. desember 2009)

Syrstad, E. (2008). *Er det alltid viktigst å kunne velge? Om å gi råd i familievernet*. Oslo: Diakonhjemmet høgskole. Masteroppgave i familieterapi og systemisk praksis.

Szapocznik, J., O. Hervis, S. Schwartz (2003). *Kort strategisk familiterapi för drogmissbrukande ungdommar*. Center for Family Studies, Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, University of Miami, på oppdrag for National Institute on Drug Abuse.

Thagaard, Tove (2002). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget. 2. utgave.

Thommesen, H. (2008). *Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose - om mennesker med uvanlige erfaringer*. Bodø: Høgskolen i Bodø, nr. 1. Ph.D. sosiologi.

Thommesen, H. (2009). *I rusmisbrukerens skygge*. Oslo: Forskning Fontene, 1:4-17.

Thune-Larsen, K. og K. Vrabel (2004). *Spiseforstyrrelser - hvordan arbeide med familien?* Oslo: Tidsskrift for Den norske legeförening, 124:2254-2257.

- Topor, A. (2004). *Vad hjälper? – vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Torgersen, T., B. Gjervan, & K. Rasmussen (2006). *ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity*. USA I: Nord J Psychiatry 2006, 60 (1):38-43. URL: <http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a741397774&db=all> (lest 16. januar 2010)
- Torsteinsson, V.W. (2000). *Perspektiver på selvbegrepet*. I: Johnsen, A, R. Sundet, V.W. Torsteinsson. *Samspill og selvopplevelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Trulsson, K. (2003): *Konturer av ett kvinnligt fält - Om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling*. Lund: Lund Dissertations in Social Work nr. 12.
- Tungeland, E., M. Smith-Solbakken og T. Clausen (1996). *Talent eller klient. Om unge stoffmisbrukeres kulturøkonomiske avhengighet*. Stavanger Rogalandsforskning. Rapport RF-96/025.
- Uggerhøj, L. (1994). *Haves: hjælpere, Soges: mennesklighed*. Oslo: I: Nordisk Sosialt Arbeid, 3:177-183.
- Uggerhøj, L. (1996). *Hjælp eller Afhængighed*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Ulvestad, A.K, A.K. Henriksen, A. Tuseth, T. Fjelstad (red.) (2007). *Klienten - den glemte terapeut*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Vikan, A. (2007). *Fra narkoman til nykter. Kvinner forteller om sine erfaringer*. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Master og Public Health.
- von der Fehr, D.T. (2008). *Når kroppen tenker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Watzlawick, P. et al (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: W.W. Norton.
- Watzlawick, P., J. Weakland og R. Fisch (1980). *Forandring. Prinsipper for hvordan problemer oppstår og hvordan de løses*. Oslo: Gyldendal.
- Weckroth, K. (1984). *Subjekt, personlighet, alkoholbruk*. Alkoholpolitikk, 3:133–138.
- White, M. (2006). *Narrativ teori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Ølgaard, B. (2004). *Kommunikasjon og økomentale systemer - ifølge Gregory Bateson*. København: Akademisk Forlag.



## Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Anne Øfsti  
Diakonhjemmet Høgskole AS  
Postboks 184 Vinderen  
0319 OSLO

Vår dato: 27.02.2009

Vår ref: 20842 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

## TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.12.08. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 19.02.09. Meldingen gjelder prosjektet:

20842	<i>En kvalitativt studie om hvordan endringsprosesser i rusfeltet forstås og på hvilken måte primærkontaktens og brukerens forventninger bidrar til å skape og vedlikeholde endringsprosesser</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Øfsti</i>
Student	<i>Kari Elisabeth Fjærli</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

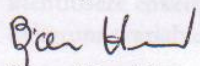
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.10, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kari Elisabeth Fjærli, Stalsberg terr 54, 2010 STRØMMEN

## Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med et masterprosjekt om hvordan endringsprosesser i rusfeltet forstås.

### Informasjonsskriv til bruker ved xxxx

Jeg er masterstudent på deltid ved masterstudiet i familieterapi - og systemisk praksis ved Diakonhjemmets høyskole og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. I tillegg til masterstudiet er jeg ansatt i Rusmiddeletaten. Gjennomføringen av prosjektet er avklart med Rusmiddeletatens ledelse.

Temaet for oppgaven er ***hvordan endringsprosesser i rusfeltet forstås og på hvilken måte brukernes og primærkontaktens forventninger bidrar til å skape og vedlikeholde endringsprosesser***. Du er forespurt av din primærkontakt om å delta i prosjektet. Det innebærer at jeg ber om, hvis det er praktisk mulig, å få observere en samtale mellom deg og din primærkontakt. Etter samtalen vil jeg intervju deg alene.

Det kan også være aktuelt, etter noen måneder, å gjennomføre et oppfølgingsintervju av dere begge. De samtale jeg har med deg i masterundersøkelsen, vil være forskjellig fra de samtale du har med ansatte på institusjonen. Våre samtaler vil ikke ha noen innvirkning på den kontakten du har med de ansatte på institusjonen. Hensikten med prosjektet er å få kunnskap som kan brukes i fagutvikling.

Intervjuet vil handle om hva du snakker med din primærkontakt om. Spørsmålene vil dreie seg om hva du ønsker og håper vil skje med deg i løpet av institusjonsoppholdet og om bakgrunnen for at du kom til institusjonen. Intervjuet har 5 temaer.

Disse er:

- 1 Bakgrunn for oppholdet og din rushistorie.
- 2 Vendepunkt og valg.
- 3 Forventninger til institusjonsoppholdet.
- 4 Nærmere om forståelse og innhold i de begreper du selv bruker i forhold til oppgavens tema.
- 5 Samtale mellom deg og din primærkontakt.

Du kan fortelle det du selv ønsker under hvert tema.

Jeg har laget noen hjelpespørsmål til hvert tema. Spørsmålene kan du få før intervjuet, hvis du ønsker det. Hvis du samtykker til deltagelse i prosjektet, vil jeg intervju din primærkontakt om bakgrunnen din og om hvorfor du søkte opphold på institusjon. I tillegg vil jeg be om primærkontaktens vurdering av hvordan du kan oppnå dine ønsker for oppholdet.

Hvis du vil, kan du på forhånd få se spørsmålene jeg vil stille primærkontakten om deg. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater både under observasjonen og mens vi snakker sammen. Intervjuet vil være på institusjonen og vare 1-1 ½ time. Tidspunkt for intervjuet avtales i samråd med din primærkontakt.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Det er ingen andre enn meg som student og min veileder som vil få tilgang til de personidentifiserbare opplysningene. Ingen enkeltpersoner eller institusjoner vil kunne bli gjenkjent i den ferdige masteroppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen desember 2010.

Dersom du har lyst til å delta i prosjektet, ber jeg deg om å skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sende den til meg.

Hvis det er noe du lurer på, kan du ringe meg på 23 42 71 60 / 91 10 05 86, eller sende en e-post til [kari-elisabeth.fjarli@rme.oslo.kommune.no](mailto:kari-elisabeth.fjarli@rme.oslo.kommune.no). Du kan også kontakte min veileder Jorunn Vindegg ved Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier på telefon 22 45 27 43. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Kari Elisabeth Fjærli

Oslo kommune, Rusmiddelstaten, Pilestredet 27, 0164 Oslo

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av hvordan endringsprosesser i rusfeltet forstås og ønsker å delta.

Signatur ..... Telefonnummer .....

**Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med et masterprosjekt om hvordan endringsprosesser i rusfeltet forstås.**

**Informasjonsskriv til primærkontakt ved xxxx**

Jeg er masterstudent på deltid ved masterstudiet i familieterapi - og systemisk praksis ved Diakonhjemmets høgskole og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. I tillegg til masterstudiet er jeg ansatt i Rusmiddeletaten. Gjennomføringen av prosjektet er avklart med Rusmiddeletatens ledelse.

Temaet for oppgaven er ***hvordan endringsprosesser i rusfeltet forstås og på hvilken måte brukernes og primærkontaktens forventninger bidrar til å skape og vedlikeholde endringsprosesser.*** Deltagelse i prosjektet innebærer at jeg ber om, hvis det er praktisk mulig, å få observere en samtale mellom deg og bruker. Det er fint om denne samtalen finner sted i løpet av de første ukene etter at bruker er kommet på institusjonen. Etter samtalen vil jeg intervjuer hver av dere alene, først bruker og så deg.

Det kan også være aktuelt, etter noen måneder, å gjennomføre et oppfølgingsintervju av dere begge. Det er du som velger ut hvem av dine brukere som skal forespørres om å delta sammen med deg. Til sammen ønsker jeg å intervjuer 5-6 primærkontakter og 5-6 av deres brukere. Hensikten med prosjektet er å få kunnskap som kan brukes i fagutvikling.

Intervjuet er et kvalitativt temabasert intervju og vil handle om hva du snakker med bruker om. Spørsmålene vil dreie seg om hvordan du snakker med bruker om forventninger og endringsprosesser og hva du, som primærkontakt, ønsker og håper vil skje med bruker i løpet av institusjonsoppholdet. Intervjuet har 5 temaer.

Disse er:

- 1 Bakgrunn for oppholdet og rushistorie.
- 2 Vendepunkt og valg.
- 3 Forventninger til institusjonsoppholdet.
- 4 Nærmere om forståelse og innhold i de begreper du selv bruker i forhold til oppgavens tema.
- 5 Samtalene mellom deg og bruker.

Jeg har laget noen spørsmål til hvert tema. Jeg vil også intervjuer bruker om de samme temaene og be om brukers opplevelse av samtalene med deg. Hvis du ønsker det, kan du

på forhånd få se intervjuguiden for intervju med bruker og med deg. Bruker er bedt om å gi samtykke til at du kan uttale deg om ham/henne under intervjuet.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater både under observasjonen og mens vi snakker sammen. Intervjuet vil være på institusjonen og vare 1-1 ½ time. Vi blir sammen enige om tidspunkt for samtalen.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Det er ingen andre enn meg som student og min veileder som vil få tilgang til de personidentifiserbare opplysningene. Ingen enkeltpersoner eller institusjoner vil kunne bli gjenkjent i den ferdige masteroppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, desember 2010.

Dersom du har lyst til å delta i prosjektet, ber jeg deg om å skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sende den til meg.

Hvis det er noe du lurer på, kan du ringe meg på 23 42 71 60 / 91 10 05 86, eller sende en e-post til [kari-elisabeth.fjarli@rme.oslo.kommune.no](mailto:kari-elisabeth.fjarli@rme.oslo.kommune.no). Du kan også kontakte min veileder Jorunn Vindegg ved Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier på telefon 22 45 27 43. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Kari Elisabeth Fjærli

Oslo kommune, Rusmiddeletaten, Pilestredet 27, 0164 Oslo

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av hvordan endringsprosesser i rusfeltet forstås og ønsker å delta.

Signatur ..... Telefonnummer .....



## Intervju av bruker

### *Introduksjon/innledning*

- Takk for at du stiller opp.
- Kort informasjon om problemstillingen.
- Intervjuet vil ha de temaer som framkommer i informasjonsskrivet. Jeg vil innlede til hvert tema for å utdype hva jeg ønsker at du skal si noe om.
- (Hvis intervjuer har observert fellessamtale, kan temaer, ord og uttrykk fra denne trekkes inn.)

Fornavn

Alder

- Når kom du til institusjonen?
- Når traff du din primærkontakt for første gang?

### **1. Bakgrunn for oppholdet og rushistorie**

*I denne første delen (gjelder punkt 1 og 2) ønsker jeg at du forteller meg om tiden du ruset deg og bakgrunnen for at du kom hit til institusjonen.*

Spørsmål som kan benyttes for å få fram mer informasjon:

#### Rushistorie:

- Hvor mange år har du ruset deg?
- Hvilke rusmidler har du foretrukket?
- Kan du fortelle meg om første gangen du ruset deg?
- Hva synes du var positivt/nyttig med å ruse deg?
- Er det noe du synes du har gått glipp av i den tiden du har ruset deg?
- Har du vært på andre institusjoner tidligere?

### **2. Vendepunkt og valg**

Spørsmål som kan benyttes for å få fram mer informasjon:

#### Bakgrunn for valget om innleggelse:

- Hva fikk deg til å søke deg hit og møte opp til inntak?
- Snakket du med noen om å søke deg hit?
- Hva visste du om institusjonen før du kom?
- Har du tidligere gjort forsøk på å bli rusfri?
- Hva var det som gav deg lyst og mot til å søke institusjon?  
Når var dette? Hvor var det? Hva var den sosiale situasjonen? Hva følte du og hva tenkte du?
- Har du hatt noen rusepisoder? Hvordan har det vært?

#### Betegnelsen av rollen informant er i:

- Hvilke ord bruker du på deg selv og den rollen du nå er i? (Bruker, klient, pasient mv)
- Hva tenker du om å være .....(sett inn det begrepet som benyttes)?

### **3. Forventninger til institusjonsoppholdet**

*Nå har du fortalt meg om hva som førte deg hit til ..... Jeg har lyst til at du forteller meg hva du venter å få ut av oppholdet.*

Spørsmål som kan benyttes for å få fram mer informasjon:

- Hvilke forventninger har du til oppholdet?
- Hva er dine ønsker for oppholdet?
- Hva er ditt største ønske for oppholdet?
- Har du noen tanker om hvordan du skal oppnå ønsket ditt?
- Hva tenker du at du trenger hjelp til?
- Hvordan ønsker du at primærkontakten skal hjelpe deg?

### **4. Nærmere om forståelse og innhold i de begreper informanten selv benytter i forhold til problemstillingens tema**

*Jeg ønsker at du utdyper noen av de ordene du brukte da du fortalte om forventninger og valget om å bli rusfri.*

- Så langt i samtalen har du brukt ord som.....  
(Her skal jeg forsøke å benytte informantens egne ord. Eksempler kan være håp, motivasjon, forventning, valg, mål, endring, forandring, rusfri, mestring, rehabilitering med mer). Kan du si litt mer om hva du mener med...?
- Hvilke av de ordene du benytter, har mest å gjøre med å bli rusfri?

### **5. Samtalene med din primærkontakt**

*Det siste jeg ønsker at du forteller meg om, er den (de) første samtalen(e) du hadde med din primærkontakt (sett inn navn). Jeg ber deg forsøke å huske tilbake på den (disse) samtalen(e).*

Spørsmål som kan benyttes for å få fram mer informasjon:

- Når var det? Hvor var det?
- Hva snakket dere om i det(de) første møtet(møtene)?
- Hvordan er det for deg når dere snakker sammen?  
(Føler du deg avslappet og trygg eller anspent og utrygg?)
- Var det noe primærkontakten sa til deg, du ikke forsto?
- De ordene du nylig utdypet (under punkt 4), er det ord du også brukte i samtalen med din primærkontakt? Hvilken respons fikk du?
- Var det noe du sa, som du opplevde at primærkontakten ikke forsto?
- Har noe endret seg i forhold til forståelse, trygghet mv?
- Var det noe som berørte deg i samtalen, noe som ble viktig, betydde noe?
- Er det noe du husker spesielt godt? Savner du noen temaer i samtalene?

### **Avslutning**

Intervjuet er nå ferdig. Hvordan har dette vært for deg?

Alle opplysninger som kan gjenkjennes, blir anonymisert.

## Intervju av primærkontakt

### Introduksjon/innledning

- Takk for at du stiller opp.
- Kort informasjon om problemstillingen.
- Intervjuet vil ha de temaer som framkommer i informasjonsskrivet. Jeg vil innlede til hvert tema for å utdype hva jeg ønsker at du skal si noe om.
- (Hvis intervjuer har observert fellessamtale, kan temaer, ord og uttrykk fra denne trekkes inn.)

Fornavn

Alder

- Hvor lenge har du arbeidet ved institusjonen?
- Hva er dine hovedoppgaver?
- Hvilken utdanning og yrkeserfaring har du?
- Når traff du bruker første gang?

### 1. Brukers bakgrunn for oppholdet og hans/hennes rushistorie

*I denne første delen (gjelder punkt 1 og 2) ønsker jeg at du forteller meg om tiden du ruset deg og bakgrunnen for at du kom hit til institusjonen.*

Spørsmål som kan benyttes for å få fram mer informasjon:

#### Rushistorie:

- Hvilke spørsmål stiller du for å få fram brukers rushistorie? Når spør du? Hvor samtales det og hvordan?
- Hva framkommer i samtalene i forhold til
  - hvor lenge bruker har ruset seg?
  - hvilke rusmidler bruker har foretrukket?
  - den første gangen bruker ruset seg?
  - hva bruker synes er positivt/nyttig med å ruse seg?
  - om det er noe bruker synes han/hun har gått glipp av i perioden med rusmiddelmisbruk?

### 2. Vendepunkt og valg

Spørsmål som kan benyttes for å få fram mer informasjon:

#### Bakgrunn for valget om innleggelse:

- Hvilke spørsmål stiller du for å få fram valget og vendepunktet? Når spør du, hvor og hvordan?
- Hva framkommer i samtalene i forhold til
  - hvorfor bruker søkte seg hit og møtte opp til inntak?
  - hva han/hun visste om institusjonen før ankomst?
  - hva bruker fikk vite om institusjonen før ankomst ?
  - hva som motiverte bruker til å søke institusjonen?
  - om det er gjort tidligere forsøk på å komme til behandling eller å bli rusfri ?
  - om det har vært noen rusepisoder?

### Betegnelse av rollen bruker og informant er i

- Hvilke ord bruker du om bruker og den rollen han er i? (Bruker, klient, pasient mv)
- Hvilke ord bruker du om din egen rolle?
- Hva tenker du om å være bruker, klient, pasient....(sett inn det begrepet som benyttes)?

### **3. Forventninger til institusjonsoppholdet**

*Jeg er nå ute etter å få vite noe om dine forventninger til brukers opphold og hva du vet om brukers egne forventninger.*

Spørsmål som kan benyttes for å få fram mer informasjon:

- Hva vet du om brukers ønsker/forventninger for oppholdet?
- Hvordan har dere snakket om forventninger?
- Hva ønsker/forventer du skal skje med bruker?
- Hvordan har du formidlet dine forventninger/ønsker til bruker?
- Har du noen tanker om hvordan bruker skal oppnå sine ønsker for oppholdet?
- Hva er din rolle og brukers rolle for å oppnå forventningene/ønskene?

### **4 Nærmere om forståelse og innhold i de begreper informanten selv benytter i forhold til problemstillingens tema**

*Under dette temaet vil jeg at du kan si noe om teoretisk forankring og hvilke begreper, ord og uttrykk dere benytter når dere, som fagpersoner, snakker sammen om endringsprosesser.*

- Har institusjonen noe teori eller perspektiv som dere knytter deres forståelse til?
- Hvordan synes du institusjonens faglig ståsted stemmer med ditt eget faglige ståsted?
- Så langt i samtalen har du brukt ord som.....  
(Her skal jeg forsøke å benytte informantens egne ord. Eksempler kan være håp, motivasjon, forventning, valg, mål, endring, forandring, rusfri, mestring, rehabilitering med mer). Kan du si litt mer om hva du mener med....?
- Hvilke av de ordene du benytter, har mest å gjøre med å bli rusfri?

### **5 Samtalene med bruker**

*Det siste jeg ønsker at du forteller meg om, er den(de) første samtalen(e) du hadde med bruker. Jeg ber deg forsøke å huske tilbake på den( disse) samtalen(e).*

- Når var det? Hvor var det?
- Hva snakket dere om i det(de) første møtet(møtene)?
- De ordene du nylig utdypet (under punkt 4), er det ord du også brukte i samtalen med bruker? Hvilken respons fikk du?
- Hvordan spiller din faglige forankring inn på møtene?
- Hvordan er det for deg når dere snakker sammen?  
(Føler du deg avslappet og trygg eller anspent og utrygg?)

- Var det noe bruker sa til deg, du ikke forsto?
- Var det noe du sa, som du opplevde at bruker ikke forsto?
- Er det noen temaer som blir vanskelig å snakke om ?
- Var det noe som berørte deg i samtalen, noe som ble viktig, betydde noe? Evt. hvordan kjemi, følelser for bruker er.
- Er det noe du husker spesielt godt?

### ***Avslutning***

Intervjuet er nå ferdig. Hvordan har dette vært for deg?

Alle opplysninger som kan gjenkjennes, blir anonymisert.