

Fra narkoman til nykter Kvinner forteller om sine erfaringer

Astri Vikan

Master of Public Health

MPH 2007:1



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel				
Fra narkoman til nykter. Kvinner forteller om sine erfaringer.				
Författare				
Astri Vikan				
Författarens befattning och adress				
Koordinator, Helse Nord-Trøndelag HF, FoU-avdelingen, Sykehuset Levanger, 7600 NO				
Datum då oppsatsen godkändes			Handledare NHV/extern	
2007-01-26			Dosent Lars Freden	
Antal sider	Språk – oppsats	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
51	Norsk	Norsk – Engelsk	1104-5701	978-91-85721-01-6

Sammanfattning

Formålet med undersøkelsen er å beskrive og analysere, med utgangspunkt i den tidligere kvinnelige heroinmisbrukers opplevelser, hvordan hun har erfart livet med heroinbruk og nå opplever livet uten rus.

Metode: Studien er gjennomført med kvalitativ metode, narrativ kasusstudie. Syv kvinner har fortalt sine historier om prosessen fra de startet med rusbruk, ble avhengige av illegale rusmidler og veien fram mot en rusfri tilværelse. Ståstedet de har i dag som rusfrie er også beskrevet.

Resultater: Et hovedtema i fortellingene er ulike relasjoners betydning for identitet og identitetsendringer. I historiene dokumenteres spesielt opplevelser av krenkelser og maktmisbruk av hjelpere innenfor sosial- og helsevesenet. Kampen for å få hjelp til å beholde relasjonen til og ansvaret for barn er sterkt preget av mistillit til barnevernet og skaper barrierer for konstruktive prosesser. Kvaliteten av hjelp eller om du får hjelp i det hele tatt synes å være avhengig av hvor du bor og hvem du møter. Relasjon til menn har vært preget av mishandling og avhengighet for å få tilgang til dop.

Fedre er usynlige i historien. Overgangen til å være rusmisbruker til å bli nykter er smertefull. Livet som rusfri oppleves som meningsfylt, men hverdagslivet preges tildels av trange sosioøkonomiske rammebetingelser, psykiske og fysiske helseplager.

Konklusjoner: Forståelse for rusproblematikk må knyttes til prosesser som går over tid og sees i et livsløpsperspektiv.

Psykososiale støttetiltak må opprettholdes ut fra individuelle behov både når det gjelder omfang, innhold og tid. I forbindelse med oppbrudd fra rusmisbruk er kvinner spesielt avhengige av et godt utviklet nettverk. Nøkkelsituasjoner som graviditet og omsorgsoppgaver må ivaretas.

Det er behov for å løfte fram kjønnsperspektivet når det gjelder samfunnets inngripende overfor tidligere og nåværende misbrukende kvinner og menn og deres barn. Kjønnsperspektivet når det gjelder støtte eller behandlingstiltak for kvinner, er et virksomt redskap når det gjelder å forstå, ikke bare kvinners, men også menns behov for spesifikk støtte og behandling. Når det gjelder samfunnsinnsats, er det derfor nødvendig å være lydhør for betydningen av nye maskuliniteten og feminiteten som utvikles.

Det er behov for forskning som løfter fram tidligere misbrukeres egne fortellinger om erfaringer og behov i prosessen fra å være hekta til å bli nykter.

Nøkkelord

kvinner, rusmisbruk, narrativer, endringsprosesser, identitet



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle From drug addict to drug free. Women share their experience.				
Author Astri Vikan				
Author's position and address Coordinator, Helse Nord-Trøndelag HF, FoU-avdelingen, Sykehuset Levanger, 7600 NO				
Date of approval for thesis 2007-01-26			Advisor NHV/external Associate professor Lars Freden NHV	
Number of pages 51	Language – thesis Norwegian	Language– abstract English	ISSN-number 1104-5701	ISBN-number 978-91-85721-01-6

Abstract

Aim: Using the experiences of recovered, female heroine abusers, their lives as heroin users, process of rehabilitation and how they experience drug free lives will be described and analyzed.

Method: The study, using qualitative methods/narrative case study, included seven women. They recounted their stories of the beginning of their drug use, their addiction to illegal drugs, their road to recovery and living a drug free life.

Results: A main theme in their narratives was the significance their various relationships have for identity and identity changes. In particular, their stories document experienced violations/infringements and misuse of power of workers in the public health and social services. The battle to get help in maintaining relationships to and responsibility for their children is characterized by mistrust of the child welfare authorities; this creates barriers to constructive processes. The quality of assistance and whether one receives assistance seems to be dependent on where one lives and personal contacts. Relationships to men have been characterized by abuse and dependency on them for access to drugs. Fathers are invisible in their stories. The transition from drug abuser to drug free is painful. They experience a sense of purpose in life as a drug free person, but daily living holds its own problems such as tight socioeconomic framework conditions and mental and physical health problems.

Conclusions: Understanding for drug abuse and recovery issues must be bound to long term processes and be seen in a life course perspective. Psychosocial support measures should be based on individual needs concerning scope, content and time. In regards to ending drug abuse, women are especially dependent on a developed network. Key situations must be attended to such as pregnancy and their role in care giving. Society's interventions towards women and men who are past or current drug abusers and their children must be accomplished with a focus on a gender specific perspective. The gender perspective concerning support and treatment of/for women is of great importance in understanding both women and men's need for specific types of support and treatment. This is especially true when society intervenes; it must be done in light of the changing roles of the masculine and the feminine in modern culture.

Research that focuses on the personal story and experience of the drug abuser's journey from becoming drug addicted to living drug free is necessary.

Key words

women, drug abuse, narratives, process of change, identity

Forord

Denne oppgaven hadde ikke latt seg gjennomføre uten medvirkning og støtte fra mange.

Jeg retter spesielt en stor takk til

Berit, Bodil, Kari, Dina , Eva, Guri og Ida for å vise meg tillit ved å fortelle om avgjørende hendelser i livet på veien fra narkoman til nykter.

Mariann for kommentarer underveis.

Nord-Trøndelag Fylkeskommune ved Tor Lånkan, Helse Nord-Trøndelag ved ledelsen på Forsknings og Utviklingsavdelingen Turid Lingaas Holmen og Ottar Bjerkeset, og Overlege Jan Egil Wold, Barne og Ungdomspsykiatrisk avdeling som la forholdene til rette for gjennomføring.

Medarbeidere ved FoU avd. Bente Rømo Søreng, Erling Jermstad og Liv Vikan for praktisk bistand.

Jan Egil Wold og Arve Strandheim for tilgjengelighet, verdifulle og nødvendige diskusjoner.

Veileder Lars Freden for forståelse og konstruktiv kritikk

Trine og Andreas for åpenhet og hjelp til selvinnsikt.

Stein som har fulgt med, oppmuntret, støttet og minnet meg på forpliktelsen til å fullføre og formidle den forståelsen jeg fått gjennom deltageres historier.

Til Berit, Bodil, Kari, Dina, Eva, Guri og Ida

Innholdsfortegnelse:

Kap 1. Bakgrunn.....	4
1.1. Narkotika som folkehelseproblem.....	4
1.2. Helsefremmende arbeid.....	5
1.3. Den salutogene modell for helse	5
1.4. Forklaringsmodeller	7
1.5. Kjønnsperspektiv	7
1.6. Forskerens posisjon	8
Kap.2. Teoretisk utgangspunkt.....	9
2.1. Fenomenologi og hermeneutikk	9
2.2. Symbolsk interaksjon	9
2.3. Det narrative perspektiv	11
Kap. 3. Etske overveielser	12
Kap. 4. Formål med undersøkelsen	13
4.1. Formål.....	13
4.2. Forsknings spørsmål	13
Kap. 5. Metode	13
5.1. Det kvalitative forskningsintervju	13
5.2. Kriterier for deltagelse.....	14
5.3. Rekruttering	14
5.4. Informasjon.....	14
5.5. Gjennomføring av intervjuene.....	14
5.6. Analyse	15
5.7. Valg av analysemodell	16
5.8. Validitet	17
Kap. 6. Resultater	17
6.1. Innledning.....	17
6.2. Inn i misbruk.....	18
6.3. Kampen for livet.....	20
6.4. Livet i dag.....	29
Kap. 7. Diskusjon	34
7.1. Innledning	34
7.2. Identitet og rusmisbruk.....	35
7.3. Å leve med seg selv og sin identitet som misbruker	36
7.4. Krenkelser og maktmisbruk	37
7.5. Barn	37
7.6. Relasjon til menn	38
7.7. Livet som nykter.....	39
7.8. Mening i livet	40
7.9. Metoden i praksis	40
7.10. Misbruksbegrepet	41
Kap. 8.0. Avslutning.....	41
Vedlegg 1.....	48
Vedlegg 2.....	49

Kap 1. Bakgrunn

1.1. Narkotika som folkehelseproblem

Narkotika er et økende folkehelseproblem nasjonalt og globalt. FN beregner at det årlig omsettes narkotika for mellom 300 og 500 milliarder amerikanske dollar. Fire % av verdens befolkning er avhengig av narkotika. Globalt er det ingen tegn til at narkotikamisbruk avtar. Det synes tvert imot å øke, samtidig som det skjer en globalisering av misbruksmønstre (Sosial-og helsedirektoratet 2004).

Det er påvist sammenheng mellom tidlig debut av alkoholbruk og senere risiko for rusmiddelmissbruk med negative helseutfall (Høye & Sletnes 2006). Antallet aktive sprøytemisbrukere i Norge anslås i dag (hovedsakelig heroinmisbrukere) til ca 11-15000. Dødeligheten er høy, men gjennomsnittsalderen øker. Ca halvparten av narkomane er over 30 år, et lite antall er under 20 år. To tredjedeler er menn.

Overdødeligheten blant stoffmisbrukere er svært høy i Norge sammenlignet med andre land i Europa. Høyest var tallet i 2001 med 338 døde. Det har vært en svak nedgang til 2003 med 172 døde (Sosial-og helsedirektoratet 2004).

Tendensen er at dødsfallene fordeler seg mer på distriktene enn tidligere. Forskjellene i narkotikatilgjengelighet mellom land- og bykommuner er dermed i ferd med å utviskes (Sosial-og helsedirektoratet 2004). Forsøkene på preventive intervensjoner har gitt lite oppløftende resultat vurdert kunnskapsbasert (Foxcroft et al. 2005). Den samlede kunnskapen på dette området er liten, særlig med tanke på de svære helsekonsekvensene rusmiddelbruken har gjennom et langt livsløp.

Narkotika brukes som et samlebegrep for en rekke illegale rusmidler. Avhengighet av heroin gir virkning både på kort og lang sikt og rammer i stor grad den som er sårbar fra før. Langvarig bruk kan føre til både fysiske og psykiske forandringer (Sosial-og helsedirektoratet 2004). Avrusing medfører sterke fysiske og psykiske abstinenssymptomer. Mangel på motivasjon for full avrusing kan sees på som et symptom og en indikasjon på alvorlighetsgraden i avhengighet (Ghodse 2002). Helse og sosiale konsekvenser av heroinmisbruket er derfor omfattende for den enkelte og kan føre til kroniske lidelser, fattigdom, isolasjon og død med alvorlige påkjenninger for pårørende. Samfunnsmessige følger med kriminalitet og økte utgifter til helse- og sosialtjenester er betydelige. Offisiell politikk er å sørge for at rusavhengige og deres nærstående skal få individtilpasset bistand til sosial reintegrering og likeverdige helsetilbud (Sosial-og helsedirektoratet 2004). Helsetilsynet (Helsetilsynet 2005) gjennomførte i 2004 et landsomfattende tilsyn med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere. Tilsynet avdekket store svikt og mangler på hjelpetiltak for rusmiddelmissbrukere med store og sammensatte hjelpebehov. Manglene ble karakterisert som alvorlige. Rusmiddelmissbrukere får ikke den bistanden de har krav på etter loven og rettssikkerheten er svekket når det gjelder muligheten til å klage på avslag, omfang eller innhold i tjenestene. I den grad behandlingsopplegg er evaluert i Norge, er resultatene usikre. Langvarig medikamentstøttet behandling sammen med psykososiale tilbud synes å gi de beste resultatene (Skretting 2005). Det er imidlertid bare en liten del (i 2004 ca 2500 av 11-15000) av heroinavhengige som tilbys slik behandling i dag.

En stor del av rusforskningen baserer seg på viten om gutter/menn. Det er derfor nødvendig å sette et spesielt fokus på kjønnsrelaterte faktorer. Jenters endrede drikkemønstre må få økt oppmerksomhet både i forebygging og behandling (European

Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction 2005, Nossun, Haugan, & Haugland 2005, Pedersen 1998). Et kjønnperspektiv innebærer blant annet å ta i bruk kjønnsspesifikk kunnskap og behandling der den finnes og etterspørre eller framskaffe der den ikke finnes. I årets bestillerdokument til helseforetakene fra sosial- og omsorgsdepartementet understrekes viktigheten av å integrere kjønnperspektivet på en god måte i virksomheten. Rusmiddelmissbrukere er en pasientgruppe som skal ha særlig styringsoppmerksomhet. Arbeidet skal være tverrfaglig og sikre tilgang til somatisk og psykiatrisk helsetjeneste (Helse- og Omsorgsdepartementet 2006). Det er mangel på forsknings- og utviklingsarbeid som kan gi kunnskap om hvordan vi kan møte dagens og morgendagens utfordringer på rusfeltet. Det er også mangel på kvalitetssikring og evaluering av behandlingstilbud på feltet (Brofoss 2003). Tidligere rusavhengige sitter på erfaringer som i liten grad utgjør en del av kunnskapsgrunnlaget som er basis for utforming av forskningsprosjekter, forebygging og behandling når det gjelder rusrelaterte problemstillinger, både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå.

1.2. Helsefremmende arbeid

Det er mye som tyder på at den kunnskapen vi har om helsefremmende arbeid og faktorer som fører til helsefremmende prosesser har en svak stilling i forebygging av narkotikamisbruk. Ottawacharteret (International Union for Health Promotion and Education 2000) la grunnlaget for en ideologi innenfor helsefremmende arbeid hvor helse, livskvalitet og levekår sees som komponenter i et helhetlig folkehelsearbeid. Helsefremmende arbeid blir definert som *den prosess som gjør folk bedre i stand til å bevare sin helse*. For å nå fram til en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velvære må et individ eller en gruppe være i stand til å kunne virkeliggjøre forhåpninger, tilfredsstille sine behov og endre eller mestre sitt miljø. God helse betraktes derfor som en ressurs i det daglige liv, ikke som tilværelsens mål. God helse er et positivt begrep som legger vekt på sosiale, personlige, og fysiske ressurser. Den grunnleggende forutsetningen for god helse er fred, et stabilt økosystem, tilstrekkelige materielle ressurser, sosial rettferdighet og likestilling. Bedre helse fordrer en solid forankring i disse verdiene. Denne ideologien har utviklet seg og er senest bekreftet i "The Bangkok Charter for Health Promotion" i august 2005 (World Health Organization. 2006). Det helsefremmende arbeidets bærebjelker i denne sammenheng er troen på at folk selv er i stand til å definere sine problemer ut fra sin egen situasjon, at det er mulig å finne løsninger i fellesskap med andre og arbeide ut fra at alle skal ha en mulighet til å føle seg verdsatt og nyttig for seg selv og andre.

Dette synet på helsefremmende arbeid som en bredere basert sosial empowerment-modell i motsetning til en medisinsk dominert problemfokuseret modell, skaper forutsetninger for deltagelse fra pasienter og publikum som i sin tur reflekteres i en personlig og faglig filosofi om menneskets natur (Tones 2001).

1.3. Den salutogene modell for helse

Den medisinske sosiologen Aron Antonovsky (1996; 1991) har med sin tenkning om helsens opprinnelse, salutogenese gitt viktige teoretiske bidrag til forståelse og praksis innenfor helsefremmende arbeid. Antonovsky stilte spørsmålene om hva det kommer av at mange mennesker som utsettes for store påkjenninger i livet likevel holder seg friske? Hva er det som gjør at vi opprettholder og utvikler god helse? Det var resultatene fra en undersøkelse om helseforhold hos israelske kvinner hvor det viste seg at et betydelig

antall kvinner som hadde gjennomgått konsentrasjonsleirenes redsler, flyktingtilværelse og etablering av et nytt liv i et fremmed land, fortsatt hadde tilfredsstillende helse, fysisk og psykisk at han bevisst begynte å arbeide med "helsens mysterium". Hans utgangspunkt var at cirka en tredjedel, og kanskje en majoritet av befolkningen i det moderne industrisamfunnet, på et gitt tidspunkt preges av en eller annen form for sykkelig tilstand. Sykdom er med andre ord vanlig. Ut fra et patologisk syn spør en hvorfor blir folk syke? En salutogenetisk synsmåte fokuserer på helsens opprinnelse og stiller et helt annet spørsmål: Hvorfor havner mennesker ved den positive polen i dimensjonen helse – uhelse, eller hva får dem til å bevege seg mot denne polen, uansett hvor de befinner seg?

Antonovsky mener at den tradisjonelle delingen mellom frisk – syk kan gi oss et falskt bilde av hvor sammensatt et mennesket er. Vi skal alle dø, og vi er alle, så lenge det finnes det minste liv i oss, i noen henseender friske. En tenkemåte som lager et skarpt skille mellom hva som er sykt og hva som er friskt fører lett til at sykdommen får oppmerksomhet, ikke mennesket. Er en blind for menneskets sykdomsopplevelse, for dets totale livssituasjon og for dets lidelse, er sjansene store for å mislykkes med å forstå årsakene bak dets sykdomstilstand. I den salutogene tenkemåten er individets historie avgjørende. Selv om den ikke gir noen garantier for å løse problemene i den kompliserte vev som menneskets liv utgjør, så fører den til en dypere kunnskap og forståelse som er en forutsetning for kunne skape en bevegelse mot den friske polen i en kontinuitet.

Stresshåndtering er sentralt i den salutogene modellen. Livet gjennom må vi forholde oss til ulike typer stressorer av indre og ytre karakter. Vi bombarderes av inntrykk, utsettes for hurtige forandringer og uforutsette hendelser. En vanlig måte å tenke på stress, er de negative konsekvensene stress har for helsetilstanden. Antonovsky ønsker å rehabilitere stressbegrepet. Ut fra en salutogen tenkemåte vil han fokusere på hvordan vi kan finne en håndterbar og for den enkelte av oss en akseptbar problemhåndtering i forhold til en tilværelse som er fylt av stressorer. Vi har ulik beredskap når det gjelder motstandsstyrke. Grensene for vår mulighet til å løse de påkjenningene vi utsettes eller utsetter oss for er selvsagt svært ulike, sett i forhold til kjønn, sosial- og kulturell tilhørighet. Tre begreper for problemhåndtering, forståelse, håndterbarhet, og mening er avgjørende for utfallet. Relasjonen mellom disse begrepene er med på å utvikle en følelse (kjensle) av sammenheng (KASAM). Dette er kjernen i den salutogene modellen.

Med forståelse siktes det til i hvilken utstrekning vi oppfatter indre og ytre stimuli som fornuftsmessige fattbare hendelser, i motsetning til kaotiske, tilfeldige, uventet eller uforklarlige hendelser. Et menneske med høy følelse av forståelse forventer at de stimuli som han eller hun kommer til å møte i framtida er forutsigbare, eller at når de kommer som overraskelser i det minste lar seg ordne og forklare. Saker og ting kommer til å utvikle seg som en rimeligvis kan forvente seg. Håndterbarhet er i hvilken grad vi opplever at det står ressurser til vår rådighet for å møte de krav som stilles. Resurser kan være noe en selv kontrollerer eller som kontrolleres av personer en er knyttet til, ens ektefelle, foreldre, venner, Gud, partilederen, historien, en lege man kjenner og stoler på. Med en høy følelse av håndterbarhet kommer vi ikke til å kjenne oss som offer for omstendighetene, eller føle at livet behandler oss urettferdig. Ulykkelige hendelser skjer, men når de skjer, kommer vi til å reise oss og ikke sørge for alltid. Mening dreier seg om i hvilken utstrekning en kjenner at livet har et følelsesmessig innhold og at i det

minste en del av de problemer og krav som livet stiller oss overfor er verdt engasjement og hengivelse. Når ulykken rammer, drar ikke han eller hun seg vekk fra å konfronteres med utfordringen, men er innstilt på å søke en mening i den, og gjøre sitt beste for med verdighet og komme gjennom den.

KASAM er verken et personlighetstrekk eller en mestringsstrategi. Det dreier seg om en holdning og en mestringsressurs. Jo sterkere KASAM, desto bedre mulighet til å håndtere stressfylte situasjoner. Teorien kan tilpasses på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. KASAM-teorien fokuserer på ressurser hos individet, gruppen eller samfunnet kombinert med opplevd stress.

Med et ressursperspektiv på helse tvinges jeg til å se bak rusmisbruket og inn i det mangfold av muligheter hver enkelt person bærer med seg dersom forholdene blir lagt til rette for vekst og utvikling. Å bli sett som et ønsket og verdifullt samfunnsmedlem er en menneskerettighet (World Health Organization Regional Office for Europe 1998).

1.4. Forklaringsmodeller

Forståelsen av narkotikamisbruk er mer komplisert enn ved annen livsstilsrelatert helseskadelig atferd som for eksempel inaktivitet og usunt kosthold. Mens det ikke er forbudt med en helseskadelig, passiv livsstil eller feil ernæring, er narkotika pr definisjon forbudt og dermed et moralsk og strafferettslig problem. Det finnes ulike forklaringsmodeller til narkotikamisbruk og hvilke faktorer som fører til at noen avslutter misbruket. Ideologiske og endimensjonale forklaringsmodeller har dominert misbruksfeltet (Svensson 2000). Det dominerende synet på narkotika i samfunnet formidler dystre og skremmende bilder av kvinner og menn som anvender narkotika. I det dominerende synet inngår oppfatningen av at den som anvender narkotika kommer til å bli narkoman, hvilket kommer å lede han eller henne i en, fra det øvrige samfunnet, avskjermet verden som preges av kriminalitet, vold, sykdommer og død. Kvinners misbruk forbindes også ofte med seksuell umoral, promiskuitet og prostitusjon (Kristiansen 2000). Selv om dette synet på langt nær har relevans for alle som anvender narkotika, så har det bidratt til at de menneskene som bryter seg løs fra narkotikamisbruk har fått begrenset oppmerksomhet. På samme måte synes det som om de ressurser rusmisbrukeren og nære pårørende har og som er avgjørende for å få makt over eget liv, er underkjent.

1.5. Kjønnsperspektiv

Ravndal (Ravndal 1999, 1991) har vist at det gjennomgående er lite forskning i forhold til kjønnsforskjeller og tyngre misbruk av narkotika. Noen forskjeller går likevel igjen i de fleste studier. Betydelig flere kvinner har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndom og oppvekst og kvinner rapporterer mer problemer i oppvekstfamilien enn mennene. Meget få av kvinnene som misbruker narkotika har utviklet sterke venninnerelasjoner i oppveksten og kvinnes forhold til hverandre er ofte preget av sjalusi og konkurranse. Som oftest foretrekker de mannlige venner eller partnere. Menn leder ofte kvinnene inn i misbruk. Familien og mellommenneskelige relasjoner har en annen betydning for kvinner enn for menn. For manges vedkommende er det en sammenheng mellom ulike typer tilpasningsproblemer i barndommen og narkotikaproblemer senere i livet. Særlig er denne sammenhengen stor når det gjelder sprøytemisbruk. Fordi stoffmisbruk er illegalt og medfører mye kriminalitet, er det å være kvinnelig narkotikamisbruker meget avvikende. Selvforakt og skamfølelse er

utbredt. Kvinner som misbruker narkotika har en kortere introduksjonsperiode, et raskere forløp til tungt misbruk og et mer destruktivt forløp enn mennene. Flere kvinner enn menn har vært utsatt for voldtekt. Kriminalitet er mindre vanlig enn blant menn. Kvinnelige stoffmisbrukere rapporterer betydelig mer angst og depresjon og de begår selvmordsforsøk betydelig oftere enn mennene. Kvinner bruker også mer beroligende medikamenter og sovemedisiner, men mennene bruker mest alkohol, noe som er i samsvar med kjønnsforskjeller som er tilstede i befolkningen mer generelt. Det er også en tendens til at kvinner inngår i ødeleggende forhold til andre. Hvorvidt psykiske lidelser er årsak eller følge av stoffmisbruket er vanskelig å vurdere. Forskningslitteraturen viser både til primære og sekundære sammenhenger. Ofte synes imidlertid psykiske problemer å gå forut for bruk av narkotiske stoffer. Stoffmisbrukende kvinner er særlig utsatt for uønskede svangerskap og aborter. De er dermed utsatt for diverse underlivskomplikasjoner og for HIV. Dødeligheten blant kvinnelige stoffmisbrukere er høyere enn blant mannlige stoffmisbrukere. De langt fleste dødsfallene skjer ved overdose og selvmord og i noen grad ved sykdommer, ulykker og drap. Forskning omkring sosialisering viser at kvinners identitet utvikles og opprettholdes gjennom relasjoner til andre, mens menns identitet blir opprettholdt gjennom konstant avgrensning til andre (Nielsen & Rudberg 1991). Dette betyr at kvinner har større behov for å være i tette relasjoner enn menn, og at slike relasjoner er av større viktighet for kvinner enn for menn. Dette gjelder også for stoffmisbrukende kvinner. Imidlertid er det et problem for disse kvinnene at de har svake kvinnerelasjoner. Det fører til større avhengighet av menn og problemer med grensesetting. Med tanke på forebygging tyder mye på at det er viktig for unge jenter og lære hvordan de kan takle sine personlige problemer uten å ty til rus. For jentene har det stor betydning hvordan de opplever familien og særlig forholdet til mor. Gode venninner synes også å ha en forebyggende effekt (Ravndal 1999).

Trulsson (2003) har foretatt en gjennomgang av den skandinaviske forskningen som handler om misbrukernes selvkonstruksjoner i fortellinger om sine liv. Når det gjelder likheter, er sosial utslåtthet som arbeidsløshet, bostedsløshet og sosial isolering tydelig. Redselen for en rusfri seksualitet er også tydelig. En annen likhet mellom menn og kvinner er hvordan veien ut av misbruket påvirkes av eksistensielle faktorer som samvirker med negative sosiale konsekvenser av misbruket. At både menn og kvinner har opplevd å være "på bønn" anses som betydningsfullt for å avbryte narkotikamisbruk. Det er tydelige skiller som både handler om idealbildene i samfunnet og sosialiseringen som igjen gir seg utslag i arbeidsdeling mellom kjønnene. Misbrukere forsøker å leve opp til de tradisjonelle kjønnsmodellene i samfunnet, selv om manns og kvinneidealet i de siste 10 år har vært under endring. For kvinner oppleves moderskapet som en mulighet til sosial verdi, men det å mislykkes i en tradisjonell morsrolle innebærer en sterk opplevelse av sosial degradering. Moderskap og relasjonen til egne barn vist seg å være en viktig drivkraft for kvinner til å søke behandling for misbruket (Hedin 2002, Rosenbaum 1981, Trulsson 2003).

1.6. Forskerens posisjon

Valg av tema for oppgaven har bakgrunn i personlige og faglige erfaringer. De personlige erfaringer er knyttet til rusmiddelmisbruk i egen familie. Jeg har ikke

arbeidet innenfor rusfeltet og ser på det som en fordel i denne sammenhengen. Jeg har derimot lang erfaring fra psykososial rehabilitering og folkehelsearbeid.

Jeg ser rusrelatert problematikk som en del av et sammensatt livsproblem som verken bør eller skal henvises til særomsorg slik det er sterke tradisjoner for i Norge. Mitt utgangspunkt er også at vi ikke kan møte morgendagens rusproblematikk med gårdsdagens teorier og samfunnsforståelse. Uten at vi stiller oss åpne til den levde erfaringen, har vi heller ikke mulighet til å skape de relasjoner og bygge de broer mellom forståelsesmåter som er nødvendige for en likeverdig dialog. Ved å lytte til historiene som kvinnene i denne undersøkelsen har fortalt, har jeg fått en dyp respekt for deres selvinnsikt og kamp for et meningsfylt liv. Jeg har fått en enestående mulighet til innsikt og refleksjon over eget liv, faglig som personlig. Mitt ansvar er å formidle kvinnenenes erfaringer videre slik at lesere kan få mulighet til å ta del i dem og stille sine egne spørsmål.

Kap.2. Teoretisk utgangspunkt

2.1. Fenomenologi og hermeneutikk

Fenomenologien kan beskrives som at vi i vår tanke og opplevelse skal tilsidesette alle kunnskaper og antagelser, inklusiv eksistensantagelser om verden og oss selv. Forskningsspørsmål som handler om hvordan et menneske opplever sin væren i verden gjennom levd erfaring vil ha en fenomenologisk tilnærming.

Hermeneutikk har sin bakgrunn i fenomenologi og kan forstås både som en metode og som en grunnleggende menneskelig refleksjon. Skott (2004) med referanse til Ricoeur (Ricoeur 1976) mener at hermeneutikkens ytterste mål er å gjøre det som tidligere var fremmed til ens eget. Å tilegne seg mening er en felles menneskelig handling. Når talen blir fiksert i skrift øker forutsetningene for en kritisk bevissthet. Gjennom avstanden til selve språkhandlingen kan vi reflektere over hva som blir sagt. Hermeneutisk arbeidsmetode uttrykkes ofte metaforisk som en bevegelse mellom deler og en helhet. Ricoeur binder sammen hermeneutikkens teksttolkningstradisjon med vår egen tids behov for å forstå mennesket både på kollektivt og på individuelt nivå. Han definerer hermeneutikk som teorien om forståelsesprosessene i relasjon til teksttolkning. Målet er å utvide synskretsen slik at leserens verden utvider seg i møtet med forfatterens verden. På denne måten kan vi få en økt forståelse.

2.2. Symbolsk interaksjon

Symbolsk interaksjon og stemplingsteori er innfallsvinkel for å forstå de interaksjonelle prosessene i rusrelatert problematikk. Den sosialpsykologiske skoleretningen symbolsk interaksjon har sine røtter fra sent 1800-talls og tidlig 1900 talls USA. Interaksjon er et begrep i fokus for symbolsk interaksjon som en teori hvor selve interaksjonsprosessen er av fundamental betydning. Verken individet eller den sosiale virkeligheten er ut fra dette synet fikserte og statiske enheter. De omformes og forandres kontinuerlig gjennom den dynamiske interaksjonsprosessen. I denne studien er et hovedmål nettopp å få en dypere forståelse av både personlige og sosiale endringsprosesser over tid, og hvordan de ulike faser, inn i misbruket, i misbruket og som nykter, påvirkes av interaksjonen.

Begrepet symbolsk viser at indre prosesser anses å spille en avgjørende rolle i interaksjonsprosessen. En forutsetning for å få en dypere forståelse av den enkeltes

indre prosesser i relasjon til de sosiale prosesser er viktig for å få tilgang til den meningen som er knyttet til rusmisbruket. En grunnleggende oppfatning for den sosiale interaksjonen er at virkeligheten er sosialt konstruert. Det er individers og gruppers tolkninger og definisjoner av sosiale situasjoner som avgjør hvordan de kommer til å reagere (Svensson 1992). Rusmisbrukere er i særlig grad utsatt for ideologiske og/eller moralske overtoner i forståelse av rusmisbruk, noe som opprettholder kategorisering og stigmatisering.

I følge symbolsk interaksjonisme er innholdet i et menneskes bevissthet i en helt grunnleggende betydning forbundet med sosialt samspill og med de forestillinger og inntrykk av de ulike grupper hun tilhører i samfunnet som helhet. Vårt indre liv er i seg selv så forbundet med andre mennesker og med forestillinger om andre mennesker, at et individ som ikke har slike forestillinger ikke kan tenke. Mennesket er et sosialt produkt i ordets dypeste mening. Hvert valg jeg gjør er på en eller annen måte en syntese av innflytelser som jeg på en eller annen måte har ervervet i det sosiale livet. Vårt jeg blir et sosialt jeg også i den dypere mening at vår selvopplevde identitet i stor utstrekning er et produkt av sosialt samspill og påvirkning (Svensson 1992). En person som får en utsatt og marginal posisjon merket rusmisbruker vil kunne oppleve denne realiteten sterkere enn andre som ikke på samme måte kommer i konflikt med vedtatte normer. Det interaksjonistiske perspektiv løfter rusmisbruksproblematikk opp fra individuell skyld og skampåføring inn i vår sosialt konstruerte virkelighet.

Stemplingsteorien befatter seg med oppkomst og fremvekst av avvikende atferd og hviler på symbolsk interaksjonistisk grunn. Goffman (1972) har forsøkt å vise hvordan avvikerens selvopppfatning og dertil relaterte handlinger, formes av de stempel som samfunnet setter på han/henne. En grunnleggende tese i denne teorien er at mennesker ikke blir eller forblir avvikere som følge av bestemte personlighetstrekk, men at deres avvikende og normstridige atferd er en konsekvens av andre menneskers reaksjoner på enkelte avvik. I følge stemmingsteorien handler stort sett alle mennesker mot normer av forskjellige slag. Som regel dreier det seg om engangsforeteelser som ikke blir oppdaget. I visse tilfeller blir slike avvik oppdaget av omgivelsene og plassert i en avvikskategori, dvs at de tilskriver han/henne særskilte egenskaper som skiller han/henne fra de "normale". Dette er stemmingen, eller stigmatiseringen. Ettersom andres holdninger til en selv, i følge teorien, former ens selvbylde, kommer de stemplede individene etter hvert å forandre sin egenoppfatning i tråd med omgivelsenes forventninger, reaksjoner og holdninger. Selv om avvikerer kjemper for å opprettholde en normal identitet og selvopppfatning som motvekt mot den avviksstemplingen han/hun har blir et formål for, så vil han ha vansker med å klare det. På denne måten synliggjør stemmingsteorien implikasjonene av den symbolske interaksjonens betoning på betydningen av andres holdninger til meg, andres vurderinger av meg for utviklingen av min selvopppfatning og selvbehandling (Svensson 1992).

Stigmatisering og stemming av personer med rusrelatert problematikk synes fortsatt å være viktige virkemidler for å konstruere et samfunn som har behov for å opprettholde utstøttingsmekanismer. Brukere av illegale rusmidler er spesielt utsatt til tross for at alkoholskader på kort og lang sikt i volum utgjør et langt større helseproblem i befolkningen enn brukere av illegale rusmidler. I symbolsk interaksjon er mennesket et sosialt produkt. Hvem et menneske er og blir, er avhengig av de interaksjonsprosesser hun gjennomlever. Andre menneskers bedømmelser, vurderinger og karakteriseringer

av en selv, blir materialet til ens eget selvbilde og selvopplevelser (Svensson 1992). Med denne kunnskapen forstår en hvor viktig møtet med de andre er for personer som erfarer rusmisbruk når det gjelder motivasjon, tro, og håp om å bli sett som person for å gjenvinne og eller utvikle kraft til å reetablere et stabilt selvbilde og ta makt over eget liv.

2.3. Det narrative perspektiv

Uttrykket narrativ er en fornorskning av det engelske narrative som er substantivet av verbet narrate - å fortelle. Forskningslitteraturen er full av utydelig begrepsbruk. Forskeren presiserer ikke hva som legges i begrepet narrativ, hva som forstås med uttrykket narrativ analyse, eller at selve analysen for metoden ikke omtales (Fagermoen 2001). Den tradisjonelle oppfatningen av hva narrativer er tar utgangspunkt i nedskrevne historier som for eksempel romaner eller noveller. Innenfor samfunnsvitenskap og innenfor klinisk virksomhet har det vokst fram en bevissthet om at fortellinger i denne sammenhengen på vesentlige punkter skiller seg fra den skrevne fortellingen. For det første er fortellinger som samfunnsvitere, leger, terapeuter og sosialarbeidere møter, muntlige fortellinger, og for det andre er historier en av mange former som anvendes i skriftlig og muntlig kommunikasjon (Hyden 1997). En minimal definisjon er i følge Hyden (1997) å betrakte historien som en vel avgrenset enhet innenfor rammen for en pågående samtale eller språklig framstilling.

I begynnelsen av 1980 tallet var det narrative konsept underordnet teoretiske konsepter som omhandler identitet og selv. Fra midten av 1990 tallet har sykdomsnarrativer hatt en udiskutabel plass i medisinsk sosiologi og antropologi. Frank (1997) har vist hvordan narrativer kan være meningsfulle ved kronisk sykdom. Det er en rekke paralleller mellom kronisk sykdom og rusavhengighet. Kronisk sykdom og rusavhengighet tvinger oss til å stå ansikt til ansikt med fundamentale eksistensielle, moralske og psykologiske spørsmål. Disse overskygger hele vårt liv og setter spørsmålsteget ved vår individualitet, kompetanse og livsprosjeper. Vi blir tvunget til å revidere vår personlige identitet og livshistorie i sykdomstermer. I denne sammenhengen befatter sykdomsnarrativer seg i høy grad med endring, med rekonstruksjonen av identitet og personlig liv (Frank 1997). Sykdom og eller rusavhengighet skaper nye og kvalitativt forskjellige livsforhold. Våre valgmuligheter blir innskrenket og vi kan bli tvunget til å se på framtida fra en totalt forskjellig vinkel. Slik krever selv fortida ny mening, som en del av et levd liv. Narrativer kan bidra med en sammenheng som omfatter både sykdomshendelsen (rusavhengighet) og ytre livshendelser. De rekreerer en status for indre sammenheng og er en viktig forutsetning for å skape et meningsfylt liv som nykter.

Narrativene blir på denne måten en av hovedformene gjennom hvilke vi kan oppfatte, erfare og vurdere våre handlinger, livsløp og verdier (Hyden 1995, Somers 1994).

Polkinghorne (1991) hevder at når selvet er tenkt på som et narrativ eller en historie fremfor en substans eller ting så blir de temporale og dramatiske dimensjonene i den menneskelige eksistens understreket. Under stressfylte forhold som for eksempel under rusmisbruk så kan et selvnarrativ bli dekompensert og forårsaker angst og depresjon og følelse av meningsløshet. Narrativene, som en kognitiv prosess kan bidra til at personlige historier knytter sammen ulike hendelser i livet i en helhetlig forståelse. Dette er basisen for personlig identitet og selvforståelse og danner basen for å svare på spørsmålet: Hvem er jeg?

Kap. 3. Ethiske overveielser

Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion Midt-Norge.

Brinkmann og Kvale (2005) uttaler om etikk i kvalitativ forskning at *“the rationale of research is to lend a voice to that which is other than oneself – to let the object object – and this is also the core of ethics”*.

Det er tre etiske hovedregler i forskning på mennesker, informert samtykke, konfidensialitet og at konsekvenser av undersøkelsen er overveid. Samtykkeerklæringen inneholder informasjon om undersøkelsens overordnede mål, hovedtrekkene i prosjektplanen, samt mulige fordeler eller ulemper ved å delta. Kravet til full informasjon er vanskelig å oppfylle fordi kunnskap og innsikt som følge av prosjektet kan endre plan og formål underveis. Samtykket inkluderer derfor retten til å godkjenne utskriften fra intervjuet samt å få tilsendt oppgaven før den leveres inn til bedømming. Konfidensialitet innebærer at man ikke offentliggjør personlige data som kan avsløre intervjupersonens identitet. Enkelte forhold som deltagerne har fortalt om er utelatt av denne grunnen. Konsekvensene av studien er vurdert med hensyn til den skaden en kan påføre intervjupersonen, så vel som de forventede fordelene ved å delta. Det at noen lytter til en og at en blir tatt på alvor og bekreftet som menneske kan være en god og viktig opplevelse. På den annen side kan samtaler vekke til live vonde minner og traumatiske livssituasjoner. Det er også viktig at intervjusituasjonen ikke bidrar til at en sier noe en senere vil angre. Dette stiller krav til intervjuerens følsomhet (Kvale 2002). Deltagerne fikk tilbud om bistand til å gjennomarbeide eventuelle negative etterreaksjoner på forskningssamtalen fra to psykiatere som kjenner undersøkelsen og som fulgte gjennomføringsprosessen som referansepersoner.

Jeg er mor til en tidligere heroinmisbruker og har faglig bakgrunn som klinisk sosionom. Dette kan innebære fordeler på grunn av min personlige og faglige innsikt. På den annen side er faren for å ta feil rolle tilstede. For å forebygge dette, har jeg drøftet den personlige nærhet jeg har til temaet med veileder. En slik åpen og refleksiv holdning er en forutsetning for å kunne gjennomføre en kvalitativ undersøkelse (Malterud 2001). Heroinmisbrukere har gjennom hele misbruksperioden møtt avvisning, moralisme og utstøting fra omgivelsene. Det var viktig å unngå å bidra til uønsket gjenopplevelse av marginalisering eller maktesløshet blant deltagerne i studien. Personlig og teoretisk forforståelse kan føre til feiltolkninger av deltagerens beskrivelser. For å forebygge dette er undersøkelsen drøftet med en tidligere kvinnelig heroinmisbruker som tilfredsstillende inkluderingskriteriene i utvalget og som i tillegg er representant for en brukerforening. I alle metodene er forskerens rolle sentral. Idealet er forutsetningsløshet, mens praksis synes å være krav til egenforståelse og skjerpet bevissthet om hvordan forskerens bakgrunn kan komme til å hemme en fordomsfri datainnsamling. Det er også enighet om at forskerens kommunikative evne og empatiske kompetanse er avgjørende for å få så gode data som mulig. Fenomenologien har muligens de strengeste kravene til forskerens utgangsposisjon nemlig å sette sin egen person og teoribakgrunn i parentes for å nå essensen av den kunnskap som intervjuobjektet besitter. Senere tids fenomenologer synes å akseptere at kravet om parentessetting må modifieres ut fra den urealistiske tanken at man kan stille seg

forutsetningsløst overfor intervjuobjektet. Med disse menneskelige begrensinger står den etiske forpliktelse til å formidle historiene på en så autentisk måte som mulig fast.

Kap. 4. Formål med undersøkelsen

4.1. Formål

Formålet med undersøkelsen er å beskrive og analysere, med utgangspunkt i den tidligere kvinnelige heroinmisbrukers opplevelser, hvordan hun har erfart livet med heroinmisbruk og nå opplever livet uten rus.

4.2. Forskningsspørsmål

Hvilken mening var heroinmisbruket satt inn i?

Opplevelse av forhold til familie, venner og hjelpeapparat før og nå ?

Viktige hendelser som har påvirket valget om å bli nykter ?

Hva gir mening og sammenheng i nåværende livssituasjon ?

Kap. 5. Metode

Studien er gjennomført ved hjelp av kvalitativ metode med et narrativt perspektiv

5.1. Det kvalitative forskningsintervju

Intervju er en sentral metode innenfor det kvalitative forskningsparadigme (Fagermoen 2003, Kvale 2002, Malterud 2001). Det kvalitative forskningsintervju er samtaler hvor resultatet er en samproduksjon mellom intervjueren og den intervjuede. I følge Kvale (2002) er det kvalitative forskningsintervju et intervju som har til hensikt å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden med henblikk på å fortolke betydningen av de beskrevne fenomener.

I intervju med en fenomenologisk tilnærming er samtalen et ideal. Forskeren har noen få hovedspørsmål og lar ellers intervjuets rytme og innhold bestemmes av den utviklingen samtalen tar. I narrativ tradisjon brukes begrepet å skape data snarere enn å innhente data, idet det forutsettes at fortellingene fremkommer i en samtale mellom intervjuer og forteller. Opplevelser og erfaringer finnes på forhånd, men har muligens ikke vært fortalt i denne konteksten (Kvale 2002). Sammenlignet med strukturerte intervju som er forskerstyrte, vil den som intervjues ha stor innvirkning på hva som blir resultatet av intervjuet. Fortellingene berører oftest forhold som står fram i minnet fordi hendelsen eller opplevelsen har vært betydningsfull, positiv eller negativ. Minnet om hendelsen er allerede representert og selektivt også i forhold til hvilket bilde den intervjuede ønsker tilhøreren skal danne seg (Fagermoen 2001). Tolkningen av fortellingen handler ikke om å forstå et annet menneskes psyke, men å få utviklet forståelse av de fenomener det er snakk om, dvs å forstå den verden som utvikles gjennom fortellingen.

Gjennom kvalitativ metode med et fenomenologisk utgangspunkt kan en å få en dypere forståelse av deltagerens erfaringer og avdekke deres opplevelse av verden forut for vitenskapelige erfaringer. Dette begrunner valget av kvalitativ metodikk (Kvale 2002).

5.2. Kriterier for deltagelse

Inklusjonskriterier: Tidligere kvinnelige rusmisbrukere hvor heroin har vært en del av misbruket. Rusmisbruket er under kontroll, med eller uten medikamentstøtte. Deltagerne er i en stabil livssituasjon.

5.3. Rekruttering

Otte kvinner er intervjuet. Ett intervju er prøveintervju. Rekruttering er foretatt dels gjennom formålstjenlig utvalg ved at interesseorganisasjoner har blitt forespurt om å bistå med invitasjon til deltagelse, dels gjennom snøballmetoden, dvs at enkeltpersoner innenfor målgruppen ble spurt om å spørre noen de kjenner om å delta (Bowling 2002). Foreningen Mot Stoff Innherred (FMSI) rekrutterte to deltagere, Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO) rekrutterte fem. En deltager ble rekruttert via snøballmetoden. Alle som ble spurt sa ja til å delta. Flere meldte senere sin interesse på egen hånd. Ingen har trukket seg i ettertid.

Sivilstand:	Alle er for tiden enslige.
Barn:	En deltager har tre barn, fem deltagere har et barn og to deltagere er barnløse
Arbeid/utdanning/ medikamentstøttet behandling:	Fem er i en utdanningssituasjon, to kombinerer arbeid og utdanning, seks mottar medikamentstøttet behandling.

5.4. Informasjon

Det ble utformet et eget informasjonsskriv til Interesseorganisasjonene (vedlegg I) med informasjonsskriv (vedlegg II) til aktuelle deltagere. Representanter for de respektive foreninger valgte ut deltagere som fikk det individuelle informasjonsskrivet. Etter dette ga hver enkelt tilbakemelding til foreningen om deltagelse, og jeg fikk så navn, adresse og telefonnummer. Hver enkelt ble oppringt. Jeg ga ytterligere muntlig informasjon med mulighet for lengre betenkningstid for å overveie deltagelse etter telefonsamtalen. Deltagerne fikk mulighet til samtale med psykiater dersom intervjuet forårsaket følelsesmessige reaksjoner som var vanskelig å hanske med alene. Ingen har benyttet seg av tilbudet. Ved oppringing etter intervjuet har tre gitt direkte uttrykk for at samtalen var positiv fordi de fikk en mulighet til å reflektere og sette en prosess i livet sitt i en ny sammenheng. Tre har gitt uttrykk for at intervjusituasjonen var ganske tøff, men positiv. Alle har gitt uttrykk for at dersom de kan bidra gjennom sin erfaring til at representanter for hjelpeapparatet får økt respekt for den enkelte rusmisbrukers integritet i alle faser av rehabiliteringsprosessen, så er det positivt.

5.5. Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene er forberedt og gjennomført i henhold til Kvale (Kvale 2002). Deltagerne valgte selv om de ville ha samtalen hjemme, på mitt kontor eller på et annet sted. En deltager valgte å møte meg på en kafé, tre møtte på min arbeidsplass og fire samtaler foregikk i deltagerens eget hjem. Første intervju ble gjennomført 22/8 2005 og det siste intervjuet ble gjennomført 24/1 2006.

Utgangspørsmålet er ”Kan du fortelle meg om dine erfaringer fra du ble rusavhengig til du nå er nykter?”

5.6. Analyse

I det personlige narrativ fortelles det ikke bare en historie fra fortida, men også om hendelsens betydning/mening for fortelleren. Konteksten er sammensatt, den involverer den aktuelle historiske situasjon, rase, klasse og gendersystemer som fortellerne er bundet til, og innen hvilke deres fortelling må bli tolket (Riessman 1993). Narrative analysander nærmer seg saken om sannhet på forskjellig måte.

Sosiolingvisten Labov (1976) argumenterte for at historier fortelles i en kronologisk orden. Det er dette som skaper sammenheng i en historie. Fortellingens innhold beskrives i en lineær form, framover i tid. Etter hvert har andre, også Labov endret en så streng forståelse da en har funnet at det er andre forhold enn lineær tid som skaper sammenheng og mening i en fortelling. I et intervju er det sjelden at fortellinger kommer fram som en sammenhengende historie. Fortelleren har sidesprang og innskudd av andre ting enn det fortellingen dreier seg om, for så å vende tilbake til den opprinnelige fortellingen. Intervjueren kan også forstyrre fortellingen ved å bringe inn utenforliggende forhold, men fortelleren på sin side kan komme tilbake til historien og fortsette med den senere i intervjuet.

Labov (1976) har utarbeidet et skjema over fem grunnleggende strukturelementer som inneholder elementene i en klassisk historie. Modellen gjør det mulig å forstå hvordan den som forteller organiserer sin fortelling for å få fram dens mening. I følge Labov består en fullt formet fortelling av seks ulike elementer med seks ulike funksjoner i fortellingen: Abstract (A): Handlingens tema. Sammenfatning av poenget. Hva kommer nå? Orientation (O): Hvem, hvor, når? Complication action (CA): Dynamikken i fortellingen. Hva skjedde? Noe førte hendelsesforløpet framover. Evaluation (E): En vurdering av det som hendte. Var det bra eller dårlig, hva førte det til? I evalueringen finnes det meningsbærende element for fortelleren fordi den utgjør den delen av fortellingen der fortelleren viser sin vurdering, holdning og følelser til det som fortolkes. Resolution (R): Hva skjedde til slutt? Oppsummering Coda (C): En avrundende kommentar som bringer forteller og tilhører tilbake til nåtiden.

En annen sosiolingvist, James Gee (Gee 1985, 1991) analyserer taleflommen for å undersøke hvordan en forteller skaper en sammenhengende form for sin fortelling. Hans analysemetode er tilpasset lange redegjørelser. Strukturen er innebygd i en flom av tematisk innhold. Den som utfører analysen avgjør hvordan de ulike tema presenteres, ikke fortellingens stanser som hos Labov. Linjene, som gjerne er korte og inneholder ett stykke informasjon, er det første som identifiseres, da linjene samler seg i stanser. Gee bygger på talens rytmiske struktur, særskilt på idémessig sammenhengende enheter. Metoden forutsetter at en hører betoning og den som forteller må derfor kjenne til de grunnleggende trekkene i fortellerens språk for å kunne dele inn framstillingen i idéenheter og stanser. Nedenfor vises et eksempel på en stans med definert tema og coda (Idas historie).

1. Hvordan jeg møter andre (tema)
 1. *Ja æ trur de e vældig om kolles du legg opp de sjøl*
 2. *e du imøtekommende*
 3. *og e du villig te å ta imot hjølpa*
 4. *så går de så my likar*

5. Verdighet. Å tørre å be om hjelp (tema)
 6. *og vess du tørs å be om hjølp*
 7. *før det e utrulig vanskelig å be om den hjelpa*
 8. *det e veldig så nedverdiganes*
 9. *og det husse æ da æ for på sosialtjenesten*
 10. *og spurt om dem kunn orn en plass te mæ itj sant*

11. Coda: Ansvar for et nytt liv
 12. *du e vant te å klar alt sjøl*
 13. *men æ følt at æ hadd et ansvar for de livet som vaks inni mæ å*
 14. *så nei de va itj lett de va itj de så men ...*

Gee mener at stanser er en universell enhet som mennesker anvender over hele verden for å strukturere talen og at poesi i selve verket bygger på en virksomhet som mennesker stadig er sysselsatte med. Poesi fossiliserer og ritualiserer noe som kjennetegner hverdagsspråket. De fleste stanser er på fire linjer. Denne formen for analyse gir ytterligere informasjon om historien, og dens tematiske innhold kommer bedre fram.

5.7. Valg av analysemodell

Prøveintervjuet ble analysert ved hjelp av Labovs metode. Erfaringen fra arbeidet med prøveintervjuet er at Labovs metode er et godt redskap til å identifisere narrativer og meningsbærende enheter i historien. Imidlertid er den ikke så godt egnet til å analysere fortellinger som går over tid og som ender og består i nåtid. For meg var det viktig å få tak på tema og viktige poeng i historiene, sett i en endringsprosess. Da var Labovs metode mindre hensiktsmessig fordi en da mister noen av de vesentlige poeng og refleksjoner som kom fram når jeg så hele taleflommen i en enhet. De sekvensene som ikke utgjør "historier i historiene" inneholder viktig informasjon som er nødvendige tråder for helheten i historien.

I de øvrige intervjuer har jeg valgt å benytte meg av hovedelementene i Gees metode, med inndeling i linjer og stanser. Valget er tatt med referanse til Riessman (Riessman 1993). Riessman kombinerer det fenomenologiske utgangspunktet med tillempet lingvistisk analyse for å få en så autentisk representasjon av fortellerens erfaringer som mulig. Det innebærer at jeg foretok først en grovtranskripsjon av intervjuet. Ordene og andre slående trekk kom på papiret (gråt, latter, lange pauser). Jeg har skrevet ned notat om interaksjonsprosessen. Jeg har så lyttet til intervjuene på nytt og skrevet ned de assosiasjonene jeg har fått underveis i samtalen. Intervjuene ble så lagt til side og tatt fram etter at alle intervjuene var avsluttet.

Jeg foretok så en retranskribering med referanse til Gee. Intervjuerens kommentarer og spørsmål samt markering av pauser, følelsesmessige uttrykk ble tatt vekk. Jeg har delvis forsøkt å identifisere narrative i historien. Narrative har i store trekk fulgt en

struktur som er karakteristisk for narrativer med en begynnelse, intrige og avslutning som regel i en oppsummering. Dernest markeres linjer og stanser ved på nytt å lytte til språkets rytme på båndet. Hele taleflommen lot seg ikke inndeles på denne måten, enkelte linjer danner meningsbærende elementer i form av en konklusjon, evaluerende enheter slik som hos Labov. Innholdet i stansene ble tolket som tema. For å få et tydeligere bilde av prosessene i historien, laget jeg et resymé av hver historie. Jeg har identifisert og oppsummert tema i fortellingene. Visse tema er felles, men den enkeltes erfaring er ulik, andre tema er knyttet til en fortelling og trekkes fram fordi den gir et viktig bidrag til utdypet forståelse av prosessen. Materialet er svært rikholdig. For å forsøke å skape en helhet uten å ødelegge for det individuelle perspektivet, som er framtreddende, har jeg valgt å presentere resultatene organisert som et narrativ. Det vil si at jeg presenterer resultatene i tre deler: Inn i misbruk. Kampen for livet. Livet i dag. Direkte sitater er satt i kursiv. Kvinnene har fått tilfeldige navn.

5.8. Validitet

Validitet har ikke den samme betydningen innenfor kvalitativ forskning som innenfor kvantitativ forskning. Det samme gjelder kravene til reliabilitet eller generaliseringer.

Selv om forskeren kan bruke reliabilitet og generaliseringer så spiller de en mindre rolle i kvalitative undersøkelser (Creswell 1998). Validitet handler om hvorvidt forskningsresultatene virkelig beskriver det forskeren ønsker å beskrive. Validitet kan deles inn i to aspekter, deskriptiv og teoretisk validitet. Deskriptiv validitet handler om hvordan informantene opplever de beskrivelsene som forskeren gjør. Teoretisk validitet handler om hvorvidt teorien er lempelig for å analysere det deskriptive (Lalander 2001).

Jeg lot deltageren i prøveintervjuet og en av de andre deltagerne lese gjennom det grovtranskriberte intervjuet. På den ene siden ble det opplevd som positivt og bekreftet, på den annen side lot det til at de transkriberte intervjuene ikke var så lett tilgjengelige for dem på grunn av formen. Spørsmålet om det i hele tatt er tilrådelig å gi de råtranskriberte intervjuene til deltageren er drøftet med andre forskere som frarådte det. Jeg valgte da å sende en sammenfatning av historiene til hver av deltagerne med spørsmål om de ønsket endringer, om anonymitet var ivarettatt, eller om de hadde kommentarer. Jeg har i tillegg bedt to nå rusfrie personer, en kvinne og en mann om å lese historiene. Begge ga tilbakemelding om at deltagerne har fortalt historier som de kjenner seg igjen i. Deltagerens historier er drøftet med medlemmene i referansegruppen.

I denne studien og i lignende studier er det slik at hver deltagers historie generer nye teoretiske innfallsvikler. Jeg har så godt som mulig forsøkt å prøve ut teorier i relasjon til det deskriptive for å prøve å skape en overensstemmelse. Slik jeg ser det er teoriene relevante. Leseren må foreta sin vurdering.

Kap. 6. Resultater

6.1. Innledning

Kvinnenes erfaringer presenteres i tre deler, svarende til de karakteristiske trekk i en historie, med en start, midte og slutt. I den første delen er erfaringene som førte til en videre prosess inn i misbruk beskrevet. Midtdelen svarer til narrativets plot, eller intriger, hvor kvinnenes sosiale identitet i økende grad ble farget av rusmisbruket med

tema, hendelser og valg som endret prosessen fram mot et nykternt liv. I den tredje delen forteller kvinnene om sine ståsteder i dag. De trekker konklusjoner om sin personlige utvikling og den kontekst de står i nå i forhold til nære relasjoner, hjelpeapparat og nærmiljø. De samfunnsmessige holdninger som preger synet på narkotika og konsekvensene for dem som tidligere rusmisbrukere blir trukket fram. Jeg har skilt ut de enkelte historiene for å få fram individuelle forskjeller.

6.2. Inn i misbruk

6.2.1. Berit

Berit gled inn i rusmisbruk selv om hun hadde en såkalt lykkelig barndom.

I barndommen så var jeg egentlig såkalt lykkelig, alt var så bra.

Jeg spilte fotball og håndball og var flink på skolen og alle hadde så store forventninger til meg at det er der det ligger i grunnen til at jeg begynte. Jeg ville at de skulle se meg på en annen måte og jeg var ikke vant til å prate om følelser.

Det startet med hasj i ungdomsskoletiden. På videregående begynte hun å vanke på en ølpub og kunne drive med det siden fravær eller melding til foreldre ikke blir registrert. Hun holdt seg unna tyngre stoff til hun ble 19 år. Da gikk det raskt fra perioder med hasjrøyking og tilfeldig pillespising, først med amfetamin, så med heroin. *Så prøvde jeg med heroin etterpå og da var det vel egentlig gjort.* Berit var på den ene siden den aktive fotballjenta, på den annen ruste hun seg. På denne måten var det mulig å skjule den alvorlige situasjonen hun var i med utvikling av rusmisbruk. Folk i fotballmiljøet forsøkte å hjelpe henne ved å skrive kontrakt med krav om urinprøve. Så brøt hun korsbåndet, klarte å trene seg opp igjen, men skadet seg ved første trening. *Da gikk luften litt ut av meg.* Veien til rusmisbruk ble lettere da hun fikk utbetalt en forsikringssum etter idrettsskaden. Pengene ble veien til utstrakt misbruk av amfetamin og ecstasy. For å komme seg litt ned begynte hun med opiater ...og da var veien plutselig mye verre. Hun var fanget inn i et rusmisbruk som omfattet Rohypnol og narkotika. For å finansiere forbruket prøvde hun seg både på ran og prostitusjon selv om hun tok avstand fra begge deler. *Hva annet kunne jeg gjøre det var nå en måte å overleve på og jeg kunne ikke sette meg ned å gråte der og da, jeg hadde ikke noe annet.*

6.2.2. Bodil

Det tok lang tid før Bodil erkjente at hun var rusmisbruker, det til tross for at hun hadde et misbruk fra hun var 20 til hun var 40 år. Bodil slet med psykiske problemer i oppveksten og mener at rusmisbruk kan ha en sammenheng med det. Hun var ikke mer enn 10 år gammel da hun fikk Valium på sykehuset. *Jeg visste vel selv hva det var men jeg ville ikke frem med det den gangen, men det var jo angst da, seksuelt misbruk... og det var alt sammen som gjorde at jeg havnet gang på gang på sykehuset.*

Hun fikk utskrevet Valium til hun flyttet hjemmefra. Narkotika kom inn i bildet da. Hun oppfattet seg ikke som misbruker fordi hun klarte å forsørge seg selv. Bodil skjeler mellom det å være narkoman i egne og andres øyne. Da utekontakten var adressen så hun på seg selv som narkoman som det hun så i en narkoman, en person som har mistet all kontroll med livet sitt og har gitt opp seg selv. Men da hun fikk kjæreste, hadde leilighet og jobbet hevet hun standarden på narkomane. *Jeg var like mye narkoman men jeg så det ikke selv.* Etter en episode hvor hun ble tvangsinnlagt etter å ha fått i seg noe hun ikke visste hva var, så hun på seg selv som *en skikkelig narkoman sånn som du ser*

for deg folk ser som ikke vet hva narkomane er liksom. Da visste hun med seg selv at hun var rusmisbruker, men trodde fortsatt at hun klarte å skjule misbruket for omverdenen.

6.2.3. Kari

For Kari var inngangen til rusmisbruk ingen tilfeldighet. Hun var skoleflink og drev med hestesport på fritiden. *Det er ikke for det at jeg ikke har hatt noe annet. Det er rett og slett noe jeg har oppsøkt og bestemt meg for å prøve og utforske.* Hun visste at det var fullstendig galskap, men det som skjedde var at hun kom seg ikke ut av det. *Jeg tror folk må gå bort fra dette at alle som begynner på dop gjør det for de ikke vet noe annet og ikke kan noe annet.* For Kari var det et målrettet valg.

6.2.4. Dina

Dinas eksperimentering med rus startet da hun var i trettenårsalderen *Det begynte da jeg var tretten med hasj, og det var bare sånn for å tøffe oss ikke sant? Det var så uskyldig den gangen for det var så lite miljø.* Det som ble inngangsporten til et mer etablert rusmisbruk var amfetamin. Jeg prøvde amfetamin og da var det gjort og det var så kult at det måtte jeg bare fortsette med, ja så supre opplevelser.

Dina forklarer starten på rusmisbruket med at hun hadde en spesiell følsomhet som barn som ga seg utslag i evne til å sense stemninger og hva folk tenker. Denne spesielle følsomheten gjorde at hun fikk en følelse av å være utenfor i puberteten, og hun så ikke den gangen som hun gjør nå at det var evner som hun kunne bruke konstruktivt. Hun var redd for at folk skulle se at hun var annerledes. *Da tydde jeg til det ekstreme og da hengte jeg meg på den gjengen som ikke spurte og grov så mye, der fikk jeg være i fred.*

6.2.5. Eva

Eva ble som femtenåring kastet ut av fosterheimen, kom midlertidig i ny fosterheim og flyttet på hybel under verge av overformynderiet og under omsorg av barnevernet. Hun var bare 16 år og ikke moden for å ta ansvar for livet sitt. Det var da hun begynte å ruse seg på hasj og amfetamin. *For da hadde jeg ikke grenser, ingenting. Det er klart det var jo sårt det, det var veldig skremmende å være så alene i verden bare 16 år gammel så klart at det var veldig mye av grunnen til at jeg begynte å ruse meg, det var det nok.* Så ble hun gravid, var rusfri svangerskapet og i barnets første år. I denne perioden gikk hun i AA og bodde på mødreheim. Det var da hun flyttet tilbake til hjemstedet at hun for alvor gled inn i rusmisbruket. Hun gikk selv til barnevernet og ba om hjelp til å mestre livssituasjonen slik at hun kunne ta vare på datteren. *Jeg opplevde faktisk å gå til barnevernet å be om hjelp og ikke få det for de syntes ikke jeg rusa meg nok... Men herlighet jeg torte ikke si hvor galt det var men det er bare det at når du kommer og innrømmer slike ting da skal det ringe en bjelle i hodet på dem.*

Evas behov for avlastning til datteren, en trygg bolig, økonomi til å klare hverdagslivets krav og det faktum at hun og datteren befant seg i en alvorlig risikosituasjon ble ikke tatt på alvor eller forstått av saksbehandlerne i barnevernet og på sosialkontoret. Eva var uten andre støttepunkter i livet sitt. Hun ble fortvilt. Rusmisbruket økte og forverret seg etter at hun midlertidig valgte å gi fra seg omsorgen for datteren.

6.2.6. Guri

Guri begynte som elleveåring med utprøving av heimbrent og sniffing. Hun følte seg ensom etter foreldrenes skilsmisse og var mer eller mindre overlatt til seg selv. Sammen med andre sniffet hun i friminuttene og satt i parken og sniffet etter skoletid. *Men det kom jo aldri noen og plukket opp oss da, ingen som kom og så etter oss og spurte etter oss om det når vi kom hjem.* Guri var skoleflink, men kjedet seg på skolen. Hun ba om hjelp hos skolerådgiveren uten resultat. Rusbruken utviklet seg til helgefyll, cannabis i 17-årsalderen, amfetamin fra 21-22-årsalderen, noe senere heroin, blandingsmisbruk helt fram til 30-årsalderen.

Etter skilsmissen ble hun boende på gården sammen med faren. Hun fikk sitt første barn som 16-åring og planla en framtid der, men konflikter til far førte til at hun flyttet fra gården. De hadde dårlig økonomi og forloveden ble sykemeldet. Hun begynte å spise smertestillende tabletter som ble utskrevet til samboeren, forholdet ble brutt. Hun bodde hos moren en periode men flyttet så til egen leilighet. Da en kjæreste begikk selvmord følte hun ikke at hun maktet mer og overlot omsorgen for barnet til sin mor. Hun tok overdose, ble innlagt på psykiatrisk avdeling, ble utskrevet og fortsatte på utdanninga uten å ha noen form for sosialt nettverk som kunne bidra til å lette situasjonen. *Jeg måtte ordne meg selv sia jeg var lita.* Guris rusavhengighet ble etablert etter at hun flyttet til en større by. Der traff hun en mann som introduserte henne for amfetamin. *...og da var det gjort...det snur noe i hodet ditt, du oppdager en ny verden rett og slett, du har gått og subbet og kjedet deg, og endelig går lyset opp for deg altså, yes, dette er meg tror du rett og slett.* Når hun fikk amfetamin ble hun helt rolig og konsentrert. Hun mener det har sammenheng med at hun har eller har hatt ADHD. Heroin var aldri Guris stoff, men hun følte at det gikk for fort med amfetamin og at heroinen stabiliserte tilstanden.

6.2.7. Ida

Idas rusmisbruk startet som 12-åring med alkohol og piller som etter hvert utviklet seg til et omfattende blandingsmisbruk. Da raknet også relasjonene til vennene. *Da jeg begynte å bryte ut av og falle til andre miljøer så mistet vi kontakten.*

6.3. Kampen for livet.

Rusmisbruk er et liv i grenseland. *Det er en sånn liv/død sak. Det er jo sånn russisk rulett med livet i alle de år. Det er en jo fullstendig klar over når en holder på at når jeg setter det skuddet så kan det bli for mye det kan det bestandig det. Så det er jo russisk rulett for å sette ord på det (Ida).*

6.3.1. Berit

Berit mente at hun skulle komme over rusmisbruket, og hadde som mål å gjennomføre skolegang. Hun benektet at rusmisbruket var blitt et problem. Imidlertid sluttet hun på skolen etter at hun hadde fått stipend og studielån og finansierte dop med disse midlene. Hun flyttet hjemmefra og fikk etter hvert plass på et hybelhus for kriminelle rusmisbrukere. Personalet forsøkte å hjelpe henne, men siden medbeboerne var etablerte rusmisbrukere som var langt eldre enn henne ble også det en introduksjon til misbruksmiljøet. Hun fikk beroligende medikamenter utskrevet av lege (Flunipam og Sobril) men det hindret ikke at hun skaffet seg hasj og heroin i tillegg. Blandingsmisbruk, narkotika supplert med beroligende medikamenter, har preget Berits

misbruksliv helt til hun fikk medikamentassistert behandling. Forsøk på å hindre rusmisbruk ved å gi mulighet for å fullføre skolegang påvirket ikke rusmisbruket. *Jeg var rusa likevel.* Behandling på psykiatrisk ungdomsteam ga ikke utbytte, mammas bekymring prelet av. Hun var ute av kontroll. Tilbud om kollektiv ble avvist med den begrunnelsen at hun mente hun ikke hadde noe problem. Til slutt gikk hun med på det *...men, det var mest for å få folka til å slutte å mase på meg. Oppholdet på kollektivet virket tåpelig der og da,* men Berit mener hun hadde utbytte av det, sett i et lengre perspektiv. Hun var de neste to årene i programmet som inkluderte institusjonsbehandling og ettervernsopplegg. Det positive var at det ga henne en bedre selvinnsikt og en sjanse til å gå ut av gamle mønstre. Det førte imidlertid ikke til at hun klarte å bryte den tanken hun hadde i hodet sitt om å ruse da hun kom ut i ettervern og heller ikke etter et reinntak på kollektivet og forsøk på nytt ettervern. Hun fortsatte i sitt gamle mønster, fotball, skole, illegal rus og legale medikamenter utskrevet av forskjellige leger. *Så for jeg til en tredje lege ...så jeg spurte om Dolcontin og Morfin, fikk nå kvote på tjueen i uka, så jeg fikk tre om dagen. Så da hadde jeg piller og Rohypnol, ja Flunipam, Sobril og Dolcontin pluss at jeg plusset på med litt heroin.. jeg var skikkelig dårlig skjønner du.* I denne perioden var hun altså i aktiv ettervern, oppsøkte ulike leger og hadde sosiale kontakter på skole og i idretten uten at disse relasjonene førte til endring i rusmisbruket. Først da mamma meldte sin ankomst og hun ble utskrevet fra kollektivet forsøkte hun ved hjelp av en venninne som også var tidligere rusmisbruker å brette av. Hun klarte å holde seg rusfri mens mamma var på besøk, men da hun dro, fortsatte hun å ruse seg. Hun tok initiativ til å be en lege om kvote (Dolcontin) og fullførte studiekompetansen selv om hun brukte heroin i tillegg til det hun fikk av legen.

Berit valgte å flytte tilbake hjem etter at hun var ferdig med skolen. Hun forsøkte å brette av og var nykter en periode helt til hun fikk Flunipam og Sobril av fastlegen, men gled da på nytt inn i misbruk. Hun fortalte fastlegen at hun var rusmisbruker og ba om Dolcontin som erstatning for det hun fikk. Legen avsto og hun fant seg en ny lege som gikk med på å gi kvotebehandling under forutsetning av at hun søkte medikamentassistert behandling. *Jeg var rålei det kyniske miljøet ...evig styr altså, blodårer og sånn.* Denne gang ble hun møtt av en lege som tok henne på alvor *å han legen jeg hadde var så bra... så du kan si at han var med på å forandre livet mitt... råttøff lege, han er veldig streng men på den rette måten han gjør meg ikke noen bjørnetjenester.* Hun la seg frivillig inn på avrusing. Under dette oppholdet fikk hun konstatert lavt stoffskifte, ble medisineret for det og følte at tilværelsen ble helt annerledes. Den medikamentassisterte behandlingen er supplert med ansvarsgruppe med fagfolk som skal bistå Berit i rehabiliteringen med psykososial støtte.

Det er ikke alltid hun har følt støtte fra hjelpere. I diskusjonen om utdanning da hun tok opp ønsket om å arbeide med barn sa en saksbehandler at *hun hadde nå ikke villa latt ungen sin bli passet på av en rusmisbruker. Og da hadde jeg vært rusfri i et år! Da jeg fikk prøve meg på skolen ble jeg valgt til varatillitskvinne. Frøken sa jeg var en ressurs både faglig og sosialt og de spør meg om hjelp i klassen til fagene og sånn... så sitter hun som aldri har møtt meg før og bare setter stempel i panna på meg, jeg blir så provosert.*

Berit har gjenopptatt kontakten til idrettsmiljøet. Hun bor hjemme hos sine foreldre. Målet er å fullføre utdanningen og bli selvforsørgende.

6.3.2. Bodil

Bodil ville ikke akseptere ovenfor seg at hun gled inn i et rusmisbruk. I det legger hun at hun klarte å opprettholde en sosialt akseptabel fasade under store deler av misbruket. Så lenge hun hadde bolig og jobb så hun på det som å mestre tilværelsen. Innerst inne visste hun med seg selv at hun var rusmisbruker, men veien til erkjennelse ble lang. Hun viklet seg inn i en dobbelttilværelse *Inni meg sjøl så visste jeg vel det, men utad trodde jeg ikke at folk så det. Det var så dobbelt... Jeg var blind for min egen situasjon. Jeg kunne aldri vise at jeg var syk. Kunne aldri vise at jeg var dårlig. Jeg kunne ikke ha med rusfolk å gjøre for de kunne avsløre meg, kunne ikke ha med nyktre folk å gjøre for de kunne også avsløre meg... så det ble mer eller mindre bak gardiner i fritida.. og var på jobb og gjorde det jeg skulle i arbeidstida.*

Bodils relasjoner til voldelige menn har vært en vesentlig faktor i hennes liv som rusmisbruker. Det var ikke rusen i seg selv men sårbarheten i situasjonen som rusmisbruker som gjorde at hun ikke klarte å sette grenser for mishandling. Opphold og kurs på krisesenteret bidro til at hun fikk større motstandskraft til å avvise vold og beskytte seg selv på en bedre måte. *Jeg var aldri vant til å sette noen grenser for meg selv, aldri. Jeg gjorde alt som ble forventet av meg ja helt fra jeg var liten... Det var et vendepunkt i meg at jeg klarte å gjennomføre avvising.*

I og med at Bodil fikk symptomdempende medikamenter mot problemer tidlig i oppveksten, er det forståelig at hun forsøkte å dempe de avmaktsfølelsene mishandlingen satte i gang i henne gjennom rusmisbruk. Hun var alene, uten stabilt sosialt nettverk. Hun var flyttet hjemmefra og var for stolt til å be om hjelp derfra.

En av de røde trådene i Bodils historie som rusmisbruker er kampen for å ha kontroll over livet på tross av rusmisbruk og kampen for å beholde en nær relasjon til datteren. Graviditeten var en svært positiv hendelse for henne. Hun tok selv kontakt med hjelpeapparatet. Hun var rusfri under hele svangerskapet *Heldigvis jeg har gått på urinprøve hele svangerskapet.* Datteren ble født med ondartet kreft, men ble frisk. Konflikter mellom henne og barnefar og hans familie gjorde at hennes psykiske problemer økte. Barnevernet ble sett på som en trussel, ikke hjelp. Relasjonen ble først og fremst preget av mistillit og angst og følelse av å ikke bli forstått og trodd. *Hele tida så følte jeg at huset måtte stå i 100 % orden uansett heller så var jeg redd for å bli fratatt datteren min. Oppvasken måtte være tatt uansett om jeg var så syk at jeg ikke kunne stå på beina.* Historien om et tidligere forhold hvor kjæresten døde reaktiverte skyldfølelser og tap av selvaktelse. Til slutt ble hun innlagt på psykiatrisk sykehus på grunn av spisevegring. Bodil mener å forstå spisvegringen som et resultat av psykiske problemer hun hadde før rusen kom inn i bildet. Tidlig utskriving av Valium sammen med avslag på samme medisin da hun hadde flyttet til en annen kant av landet, bidro til illegalt rusmisbruk.

Måtte ha noe for jeg kunne ikke bli helt syk, jeg ble en mester til det der, men det var kanskje derfor jeg klarte å holde meg oppe såpass som jeg gjorde.

Bodil har forsøkt å fullføre utdanning innenfor tegning, form og farge og søm. *Jeg prøvde og prøvde men måtte gi opp til slutt.* For Bodil var det et vendepunkt å komme på kollektiv. *Opphold på kollektiv var nødvendig for å få rota opp i alt det vonde, skilt ut, på en måte lagt bak seg, og jeg fikk gjort veldig mye.* Men, hun har vært høyt oppe og langt nede, ikke minst på grunn av dødsfall og ulykker i hennes nærhet *...og tror du ikke en psykolog klarte å skrive at jeg var manisk depressiv. Jeg var hele tida på vent, hva er det neste, hele tida var det sånn. Jeg er ikke sånn i dag.* Drivkraften til å endre

livet holdt seg til tross for de psykososiale vanskene hun sto ovenfor. Hun hadde ressurser til å be om hjelp gang på gang på avrusingsinstitusjon der ble hun forstått og tatt imot. *Det er en prosess det der. Når det gjelder helsevesenet så må en jo ha en diagnose for å bli godkjent men jeg reagerer i hvert fall ikke på det for når en begynner å bli så bevisst som meg er det jo helt tullete.* En positiv faktor var bekjentskapet med Holy Riders. De inviterte folk fra kollektivet til sine ukentlige samlinger og i helgene, det gjorde at hun fikk være i et rusfritt miljø. De hjalp henne også da hun skulle reetablere seg med ting hun trengte i leiligheten. Men det var mye i livet som nykter som ikke ble bedre. Søvnvansker og spisevegringen kom tilbake ...*ka i verden ska jeg ha det sånn nå da, da orker jeg ikke mer.* Bodil søkte derfor om medikamentassistert behandling (LAR) og fikk innvilget det. Hun har nå vært i LAR i fire år og mener at det har vært og er en kjempeviktig bit på veien til et annet liv. Så valgte hun å flytte tilbake til hjemkommunen *det var det beste valget jeg har gjort.* Hun fikk med seg datteren etter flere kamper med barnevernet om å få tilbake omsorgen. *Jeg skjønner ikke hvorfor jeg ikke flyttet tidligere, men kanskje er jeg glad for at jeg ikke gjorde det og for jeg tror ikke det er noe greit å komme til ... med de problemene jeg hadde. Jeg har en familie som er veldig stolt av meg men jeg har ikke drevet og involvert dem når jeg har hatt det vanskelig.* Bodil har etablert i eget hus med hjelp av kommunen. Hun har hatt det vanskeligere økonomisk nå enn da hun var narkoman. Da hadde hun alltid penger. Som nykter har den økonomiske situasjonen vært usikker. Systemet har arbeidet langsomt, det tok over 2 år for å få et vedtak på fast ytelse som 50 % arbeidsufør. Hun har begynt med motorsport gjennom et ettervernssenter, tatt initiativ til å få til en mekkeklubb i hjemkommunen og arbeider delvis som miljøarbeider på en aldersinstitusjon. Datteren ser ut til å fungere godt, hun får god tilbakemelding på seg selv både i kommunen og på ettervernssenteret.

6.3.3. Kari

Kari valgte å fortelle om sine erfaringer om prosessen etter at hun tok et valg om å bli nykter. *Jeg kan begynne der med hvor det snudde ... i fra der jeg begynte å tro jeg kunne bli nykter. Da er vi inne på medisin. Til meg ble det det.* Da hadde Kari flere opphold bak seg på kollektiv og på avrusing uten at hun lyktes. *Til slutt mistet jeg troen rett og slett på at det går an.* Kollektiv dro hun på for å tilfredsstille foreldrene. Det var ikke hennes valg hun var ikke klar for å slutte på det tidspunktet. Flere gangers avrusing på avrusingsinstitusjonen ble avbrutt fordi hun var så dårlig. Hun fikk ikke adekvat medikamentell støtte under avrusing. Abstinensene ble uutholdelige og dette førte til at hun brøt opplegget. Karis erfaringer med systemet er at hjelpen overveiende blir gitt på systemets og hjelpernes premisser. Hun mener at det ikke må være slik at når en først har bestemt seg for å prøve at en må kjempe seg til startpunktet slik det er for å komme inn i LAR-programmet. Det må være kort tid fra en har søkt til det tas en bestemmelse og kan begynne. Hun har ikke vært uenig i alle avgjørelsene som er blitt tatt fra LAR, men er kritisk til de holdningene hun har møtt.

At vi liksom må ta til takke at vi bør være glade for at vi i det hele tatt har kommet dit. Å ha dette at de hele tiden vet best og vi må ta det vi får det er den holdningen som det er noe galt med. Hun har erfart konflikt mellom LARs krav til struktur i forhold til medikamenter og start på utdanning. *Opplegget kan bli så rigid at det hindrer tilpassningsprosessen til et vanlig liv. I en så viktig situasjon som kanskje avgjør hele livet at du begynner på høyere utdanning så var de ikke villig til å fire. Det er slike ting*

som ikke hører hjemme noe sted. Hun har også mistillit til det lokale apparatet ...det skal utrolig mye til før jeg ringer til det lokale apparatet. Da må det være snakk om liv eller død. Karis erfaring viser at de mulighetene som var til stede for å bygge opp gode relasjoner og følge opp hennes motivasjon ikke ble brukt. Hun føler at hun ble møtt med rigide holdninger og makt av personer i både i LAR og i det kommunale apparatet. Hun planla og gjennomførte rehabiliteringen på egen hånd uten annen bistand enn medikamentell behandling. Den besto i å komme i fysisk form, få orden på tennene, starte på utdanning, spille fotball og ta opp hestesporten. Det begynte med det at jeg var så utslitt, jeg ble nødt til å hvile meg ellers kom jeg ikke til å være med mye lenger. Jeg var skikkelig nedkjørt rett og slett både fysisk og psykisk., Jeg har vært veldig realistisk... jeg har holdt meg til virkeligheten og det var selvfølgelig mange andre ting jeg kunne ha tenkt meg og ønsket, men jeg valgte ut fra det som lå der, så det har jo vært gjennomtenkt.

Kari har reetablert seg i en tilværelse som hun hadde holdepunkter i fra før hun begynte å eksperimentere med rus. Hun har et stabilt sosialt nettverk og bor sammen med sønnen i nærheten av foreldrene.

6.3.4. Dina

Dina var rusfri i lange perioder. Hun reiste hjemmefra, fikk jobb og drev etter hvert eget foretak samtidig som hun konkurrerte med hester. Hun reiste utenlands for å skaffe seg rideinstruktørutdanning. Et konfliktfylt forhold til en mann ble så vanskelig at hun oppsøkte gamle venner. Det ble en periode som var så fylt av misbruk at hun nesten ikke husker noe, men hadde likevel krefter til å bryte av, kjøpe seg en gård og drive hestesenter et års tid. Men da hun solgte gården startet hun opp på nytt med rusmisbruk. Ved hjelp av en venn klarte hun på nytt å bli nykter og var det i fire år. *Ja jeg var helt nykter i fire år. Men det blir for kjedelig, det må skje noe, jeg vil noe nytt det som er spennende.* Da hun ble introdusert for heroin gjennom en venn skjedde det en forandring. *Jeg oppdaget plutselig at jeg var fysisk avhengig, jeg ble direkte syk, kjempesyk. Da fikk jeg hjelp gjennom legen. Men, da var det gjort vet du.* I en periode brukte hun kr 7000 dagen til dop. Da døde Dinas far, rett etter døde samboeren i en motorsykkelulykke. *Da tenkte jeg, nå, nå må jeg ta meg sammen, så klarte jeg det en bitteliten stund men så braka det løst igjen.* Dina kunne fortsette å finansiere rusmisbruket fordi hun hadde en venn som hadde høy inntekt, samt supplere med salg.

Dina har i sin fortvilelse og angst to ganger vært tvangsinnlagt på psykiatrisk sykehus. Hun fikk ikke hjelp mot sterk abstinens *...alkoholikeren får Morfin og alt mulig men er du narkoman så får du ingenting du må bare ri av deg abstinensene.* De negative helsemessige konsekvensene av rusmisbruket ble etter hvert store, med forgiftninger, høye levertall med hepatitt A, B og C samtidig. Hun hadde behov for behandling både fra spesialisthelsetjenesten og fra den lokale helsetjenesten.

Helsetilbudet hun fikk var medisinkvot med Dolcontin som hjemmesykepleien administrerte etter at hun hadde flyttet for seg selv. Kravene til å få kvoten førte til at hun fikk et svært begrenset liv. Hun hadde heller ikke tilfredsstillende hjelp av medikamentene og det var ikke mulig å få til en ordening som var mer tilpasset hennes hverdag. *Så bestemte jeg meg for å prøve å komme meg ut av dette men når du blir så dårlig behandlet mister du lysten.*

Endring mot et mer stabilt liv kom i forbindelse med at hun fikk innvilget søknad om Metadon. Dina har erfart at en er veldig prisgitt hvem en kommer til. Søknadsprosessen

om medikamentassistert behandling var ikke samordnet, søknaden ble trenert i spesialisthelsetjenesten og ble videresendt først da pårørende øvde trykk. Arbeidet med å gjenvinne eget liv på sine egne premisser måtte Dina klare på egen hånd. Hun tok utgangspunkt i alternativ medisin som hun holdt på med tidligere og tenkte at hun kunne bruke sin begavelse til noe positivt. Dina er nå i ferd med å avslutte utdanning innenfor alternativ medisin. Her kan hun bruke sine ressurser og fortsette å utvikle seg og tilby sin bistand til andre. Hun har etablert seg på hjemstedet. *Jeg har mamma, søster og bror, og jeg har en god del venner som ikke er rusfolk. Og det har jeg hatt hele tida.*

6.3.5. Eva

Eva flyttet hjem og tok over omsorgen for datteren da hun var tre år. Til å begynne med gikk det veldig bra, men hun fikk ikke den støtte til å stabilisere situasjonen som hun ba om, måtte flytte fra det bostedet hun fungerte godt i til et boligområde med stoffmisbrukermiljø. *Hvorfor kan de ikke gi meg den hjelpen jeg har behov for, for jeg vet faktisk best selv hva som fungerer og klart da gikk det på rævva igjen, det måtte det bare gjøre, og vi hadde blitt avhengige av opiater både jeg og han jeg bodde sammen med.*

Denne gang grep barnevernet inn og stilte som krav til å beholde datteren, at hun reiste på kollektiv med løfte om at datteren skulle følge etter. Løftet ble ikke innfridd fordi familiebehandlingen på kollektivet opphørte. På andre måter ble kollektivet også en traumatisk opplevelse for Eva. Eva var alene som jente, bortsett fra en enslig mor som bodde i et annet hus, sammen med sju gutter. Å komme dit uten datteren, den massive oppmerksomheten rundt hennes person som gikk på kropp og utseende, med abstinenser og ustabil psyke var svært tøft. Hun opplevde innholdet i behandlingstilbudet som meningsløst *...det var sånn terapeutisk samfunn altså, jeg greide ikke å ta det seriøst en gang. Det var så dumt. Flere av beboerne på kollektivet ruste seg også.* Til slutt dro hun derfra sammen med en av medbeboerne. Hun kom til en større by uten midler eller noen positive holdepunkter. *Det ble mitt første møte med prostitusjon, før var jeg periodemisbruker, men klart når en er gjennom en sånn greie som det der, da blir du misbruker på heltid. Du må bare ruse deg. Du må bare klare å leve med deg selv. Jeg hadde jo ingenting å reise hjem til.* Hun valgte å reise hjem, hun savnet datteren, til samboeren som hun ble mishandlet av for han taklet veldig dårlig det som hadde skjedd. Det hun gjorde var å begynne på skole *...og ingen hadde noe tro på meg men jeg gjorde det.* Hun ba om hjelp til egen leilighet på sosialkontoret, men *...nei de var ikke interessert i å skaffe meg verken noen leilighet eller noe hva som helst.* Det som endret situasjonen var lærerens initiativ som ikke ville se på at Eva kom mishandlet på skolen, hun fikk leilighet og klarte å fullføre det første skoleåret. De økonomiske problemene var store, hun pådro seg gjeld som hun må slite med som nykter. Eva traff en ny mann, datteren skulle flytte hjem, hun skulle begynne på skolen, men hun følte selv at rusproblemene ikke var under kontroll og tilbød seg å levere urinprøver for å komme mer ut av miljøet. Det ble ikke imøtekommet. Hun følte ikke at hun var moden til å ta hjem datteren, men barnevernet presset henne. Hun var ikke sikker på det nye forholdet, men flyttet sammen med han likevel. I tillegg hadde hun en overdosesprekk på heroin. *Da ble jeg redd for å ta hjem jenta for jeg følte det ble ikke rett og dermed så ramlet jeg bare mer og mer utpå og jeg var jo tilbake i det samme boligmiljøet.* Samboeren pendlet på jobb, hun ble mye alene, det ble rusmisbruk både helg og hverdag. Hun ville prøve å ha datteren hjemme og forsøkte å avruse seg selv. Men i motsetning til tidligere så

klarte hun ikke å tenne av på egen hånd, hun ble bare mer og mer syk, og datteren reiste tilbake til fosterheimen. Da var det at jeg begynte å skjønne at jeg måtte ha medisin. Hun fikk ikke gehør for det før etter flere år. Heller ikke psykiatrisk ungdomsteam (PUT) hvor hun hadde vært pasient i flere år med diagnose spiseforstyrrelse kunne hjelpe henne, selv om tilstanden forverret seg. Eva var fortvilt, det endte med en ny periode med prostitusjon.

Heller ikke ved innleggelse på sykehus hvor hun ble akutt innlagt med sterke smerter med mistanke om blodpropp, ble hun ivaretatt. *Jeg fikk ingenting, de ville kaste meg ut fordi de hadde skjønt at jeg ruset meg på sykehuset for jeg hadde heldigvis stoff i lomma da jeg ble innlagt.* Til slutt hadde de gått med på å skrive en søknad om Metadon for henne likevel. Hun fikk morfinplaster i ventetiden etter påtrykk fra kontaktpersonen på PUT som sa *nå må vi gjøre noe hvis Eva skal leve til nyåret.* Hun kom seg men hadde ikke innhold i hverdagen. *Etter fem måneder er man ikke bare fornøyd med å være frisk altså... det begynner å bli kjedelig å sitte hjemme på sofaen, akkurat samme livet, akkurat samme omstendigheten ingenting å holde på med ingenting å ta seg til.* Derfor gikk det galt. Søknadsprosessen til metadonbehandling var en stor påkjenning. *Det tok tre år bare for å få dem med på å skrive søknaden, så tok det ti måneder før den ble skrevet til den ble sendt og til jeg fikk beskjed om at de hadde mottatt søknaden tok det ti måneder. Men heldigvis så hadde jeg medisin da.* På grunn av at hun ikke klarte å holde seg rusfri ville legen ta fra henne medisinkvoten i ventetiden, men det ble stoppet på grunn av at situasjonen ble tatt opp av en journalist i lokalavisa og at det kom positivt svar fra Metadonsenteret. Likevel ble det en ny ventetid som medførte sidemisbruk og usikkerhet om hun ville klare å holde seg rusfri på Metadon. Hun var i en elendig tilstand *...spise mat det er nå ganske slitsomt bare det, jeg holder på å knekke sammen, jeg kaster opp, jeg har det helt for jævlig, hjelp meg så jeg får leve til jeg får Metadon.*

Vendepunktet kom ved at hun fikk en kriseplass på en rusinstitusjon. Denne gangen var oppholdet mer positivt enn første gang på kollektiv. Hun traff en mann som ble en god kamerat og fortsatt er det. Vennskapet var veldig konstruktivt *han var der for å gjøre noe med livet sitt og det var jeg også.* Slik Eva ser det startet hennes rehabilitering der. Det hun har opplevd som vanskelig er *...at alt annet enn det som er på innsida sto på pauseknappen og avhang av Metadon.* Metadon var *...nøkkelen til bolig, til å flytte ut av kollektivet, alt skulle skje bare det kom i gang. Det er veldig mange folk jeg opplever som har urealistiske tanker om hvordan Metadon fungerer.* Eva mener at dette er hjelpeapparatets skyld fordi en sitter med at Metadon er nøkkelen til alt. *Da får en følelse av at alt skal ordne seg. Folk får Metadon og ting ordner seg ikke og blir veldig skuffet. Folk må slippe å få den nedturen der.* Prosessen med å bli nykter ble etter hvert lettere. Eva sier at hun tok vare på de mulighetene hun fikk. Like viktig er det at hun har motsatt seg en offerrolle *...vi blir satt i en offerrolle enten vi vil det eller ikke.. men stakkars oss det er synd på oss vi har hatt det så fælt og klart det har vi, men altså, det er en slags ansvarsfraskrivelse å sitte og være et offer.* Vendepunktet kom den dagen hun bestemte seg for at hun ikke kunne sitte i sofaen og vente på at noen skulle komme og spørre, Eva vil du ha et nytt liv, vil du bli rusfri? *Jeg tok ansvar for livet mitt og meg selv og min egen rehabilitering.* Ansvarsgruppa som ble etablert da hun kom inn i medikamentassistert behandling, har fungert som et rom hvor hun har fått drøfte og reflektere på en ærlig måte utfordringene hun har møtt underveis. Hun opplever at ansvarsgruppa er hennes forum og at hun gjennom den får støtte til å ta makt over eget liv. Eva har ikke tilfredsstillende sosialt nettverk ennå, men hun har gode relasjoner til

søster, mor og bror. Mor og bror har flyttet i nærheten etter å ha bodd langt vekk i ti år. De sliter med helseproblemer begge to ...*så det er litt spesielt plutselig å være familiens største ressurs.* Hun føler at det er en lettelse å være uavhengig av sosialkontoret og klarer seg på en trang økonomi. *Jeg er ikke vant til å ha penger til noe, alt gikk til stoff og sånn sett har jeg det bedre enn jeg noen gang har hatt det.* Eva vurderer nå å ta datteren hjem. Situasjonen synes å ligge til rette for det, men det vil ikke skje uten datterens ønske og en grundig diskusjon med fosterforeldrene som Eva har god kontakt med. Hun er mer optimistisk med hensyn til barnevernet enn tidligere fordi hun får en ny saksbehandler som kan møte henne som den hun er i dag.

6.3.6. Guri

Guri hadde tilgang til dop gjennom menn som hun hadde forhold til ...*jeg var ung og pen den gangen så jeg kunne gjøre hva jeg ville, så jeg ble jo bestandig sammen med den som satt på posen da.* Samtidig ble hun utsatt for psykisk og fysisk mishandling. Hun klarte å komme seg fri fra det første forholdet. Etter dette forsørget hun seg gjennom prostitusjon i flere år. Hun hadde da et periodisk narkotikamisbruk, og et betydelig alkoholkonsum. Situasjonen endret seg da hun ble sammen med en mann som var heroinavhengig. Det var bare å forsyne seg ...*da gikk det fort nedover altså, da gjorde jeg ikke noe penger heller.* Så endret situasjonen seg ved at sønnen kom på besøk da han var 12 år med beskjed fra far om at hun måtte ta over omsorgen. Hun valgte å avslutte livet i byen, slutte med dop og flyttet tilbake til hjemstedet med sønnen. Hun etablerte seg med et gårdsbruk. Det utviklet seg bra, men hun hadde et høyt forbruk av alkohol. Sønnen flyttet til morfar da han var 15 år. Guri ønsket å få hjelp til utdanning *men møtte jo bare veggen.* Hun tok initiativ til datakurs som hun måtte avslutte på grunn av konsentrasjonsvansker, så tok hun allmennfag med godt resultat og planla videre et høyskolestudium som hun måtte gi opp på grunn av økonomi.

Det var et vendepunkt i Guris liv da hun ble gravid Hun fikk et barn til og har ivaretatt omsorgen for barna som alenemor med svært begrenset økonomi og uten sosial støtte.

Hun føler at barnevernet har møtt henne med mistenksomhet og mistillit og at saksbehandlere har festet mer lit til rykter og sladder om henne enn til hennes virkelighetsbeskrivelse. Det har hele tiden vært et spørsmål om å revaske seg selv.

Hun har ikke fått mulighet til utdanning eller arbeid som kunne bedre situasjonen slik hun har ønsket. Når det gjelder helseforhold, er det særlig de psykiske vanskene hun har slitt med som har tatt krefter. Hun har bedt om å få komme til utredning flere ganger uten å ha fått respons. Hennes erfaring er at hun ikke har blitt hørt og at hennes muligheter til et bedre liv for seg og barna er hindret av sosial- og helsepersonell i mangel på lydhørhet for hennes motivasjon til å mestre hverdagen. Hun føler seg motarbeidet av det offentlige. Hun føler at hun er brennmerket i lokalsamfunnet og at hun er en outsider i naboskapet. Begge foreldre har livsvansker, hun kan ikke forvente støtte fra noen av dem. Hennes erfaringer er at om du får hjelp eller ikke, så er det avhengig av historiene som går om deg i lokalsamfunnet. Sladder og stigmatisering av rusmisbrukere gjør at hun lever et isolert liv. Hensynet til barna er avgjørende. Før levde hun for helgene og for å komme seg vekk, nå lever hun for hverdagen. *Hverdager som bygger framtida slik at en kan legge seg med god samvittighet det er det som driver meg videre tror jeg.* Måten å få det til er å bygge opp kroppen gjennom fysisk aktivitet, strukturere dagen og være aktiv. *Men at jeg blir her til evig tid, det blir jeg ikke, når barna er voksne, kanskje jeg kjøper meg en motorsykkle og kjører meg en runde.*

6.3.7. Ida

Ida har valgt å fortelle historien om prosessen etter at hun tok valget om å bli nykter. Det var da hun sonet en dom etter noen traumatiske hendelser. *Det gikk veldig inn på meg så da var det ikke fristende å gå tilbake til det livet etter soning.* I fengselet ble hun med på et prosjekt hvor en blant annet gjennom rollespill og refleksjon skulle få større innsikt i egen atferd for å forebygge videre stoffmisbruk og kriminalitet. *Jeg tror det hjalp meg mye den dagen jeg la ting på hylla at jeg kunne bruke den når jeg fikk tilbud om heroin for jeg kom jo rett fra soningen når jeg begynte veien ut av helvete.* Hun var veldig motivert til å forbli rusfri etter soning, men så kom hverdagen som hun ikke hadde noe å fylle med *og da gikk det nå en vei.. det var samme regla som tidligere og verre enn noen gang tidligere tror jeg også.* Et vendepunkt kom da Ida ble gravid. Hun tok et nytt valg mot å bli rusfri. På eget initiativ tok hun kontakt med jordmor og innledet en relasjon som varer ennå og som hadde stor betydning for henne. På sosialkontoret var det streik, der ble hun avvist da hun kom for å få hjelp til å søke om plass på behandlingssenter. Hun forsøkte å trappe ned på dosene selv ved hjelp av samboeren slik at hun ikke fikk i seg mer enn hun måtte ha for å holde seg oppe. *Jeg hadde kjempedårlig samvittighet for at jeg hadde tilført kroppen min sånt da jeg gikk med en unge i magen.* Holdningen til avrusing var ambivalent. Hun ville, men det var også skummelt og hun var redd for å legge seg inn. Det ble til at hun ble lagt inn med tvang *...så forklarte jeg det at jeg var på avrusing på frivillig tvang fordi at de kom og hentet meg med tvang men det var jeg som hadde søkt plassen så for å hjelpe meg selv psykisk så kalte jeg det.* Ida fikk tett oppfølging under hele graviditeten. Det var et opplegg basert på skjerming omsorg og kontroll. *De gjorde veldig mye for at jeg skulle ha det fint. Jeg fikk mer og mer tillit dess lenger jeg var der. Tidligere så følte en aldri at en ble tatt på alvor og en ble aldri trodd på ting da... Og det gjorde at jeg ville vise dem at de kunne stole mer på meg, det var utrolig viktig for meg.* En god dialog med hjelpere forutsetter også at en selv er ærlig og åpen og legger kortene på bordet mener Ida. Hun har ikke lagt skjul på noe. Ida fikk tett oppfølging under fødselen, etter fødselen og etter overføring til mødre hjem. Det ble lagt trygge strukturer rundt henne slik at hun hadde rom for å konsentrere seg om fødselen og relasjonen til barnet. Forholdene ble lagt til rette slik at nærmeste pårørende kunne være tilstede. *Jeg følte at de som jobbet rundt meg brydde seg om meg.* De så at hun hadde ressurser og kunne klare det, men trengte drahjelp. I likhet med tiden under graviditeten fikk hun oppfølging på mødre hjemmet. *...og så fikk du være med å legge opp løpet selv, at de ikke tok avgjørelser over hodet på deg, men at du var involvert.* Kjæresten flyttet inn, de fikk prøve seg som en familie i beskyttede omgivelser. De hadde samtaler som par, om å bli nykter sammen. Hun fikk individualsamtaler *...hvor de jobbet med meg som mor og meg som egen person og meg som partner, det var en veldig sammensatt behandling.* Hun lærte seg å jobbe målrettet *...såne ting som jeg så på som veldig dumt da men som jeg ser nytte av i dag.* Derimot opplevde hun at mange av de som kjente henne fra hjemmemiljøet og til dels foreldrene tvilte på at hun skulle klare seg. Barnevernets holdning ga henne ekstra pågangsmot og vilje, paradoksalt fordi barnevernsarbeideren ga klart uttrykk for at hun ikke hadde noen tro på henne *så tenkte jeg faen, jeg skal vise hu der kjerringa at jeg klarer det og jeg sa til henne at du skal vite at når jeg bestemmer meg for en ting så klarer jeg det.*

Ida erkjenner at det har vært nødvendig å ta avstand som nykter til sine tidligere venner fra rusmiljøet og erkjenner at det kan ha vært provoserende for dem. For henne har det vært en nødvendig beskyttelse. Samboeren klarte ikke å holde seg nykter over tid, men Ida fortsatte sin utvikling som nykter. Hun tok opp kontakt med barndomsvenninner, Hun endret perspektivet på livet. Samboerens rusproblemer var en trussel mot det nye livet. *Det han holdt på med var ikke tjenelig med den veien jeg ville gå så jeg valgte jo ikke bort han fordi jeg ikke var glad i han lenger så derfor var det mye tøffere og si nei til han.* Hun fikk hjelp til hvordan hun kunne sette grenser. Hjelpenes holdning har hatt avgjørende betydning for Idas rehabilitering. *Jeg tror det har veldig mye med det å gjøre at de er åpne og klarer å nullstille deg som person.*

Erfaringen er at en åpen dialog skaper vekst og motivasjon. Den styrker selvfølelse og selvspekt. Slik synes Ida hun har vært heldig fordi hun har hatt god kjemi og kontinuitet i relasjonen til sine hjelpere. Da ansvarsgruppe ble etablert i tiden på mødrehomeet, fikk hun et forum hvor hun kunne drøfte de problemene som oppsto. Det mest kritiske var samboerens rusmisbruk som gjorde at hun også fikk russug, men omsorgen for barnet gjorde at hun klarte å avverge muligheten til å ruse seg *...fikk holdt han inn til meg og da tenkte jeg liksom er det verdt en sprekk å miste han og da hadde jeg valget.* Med erkjennelse av at faren for å sprekke var tilstede besluttet Ida i samarbeid med ansvarsgruppen å søke medikamentassistert behandling. Hun ble først avvist hos primærlegen, men fikk medhold hos en annen etter at barnelegen i ansvarsgruppa hadde intervenert. Avslaget var begrunnet med at hun hadde vært nykter i flere måneder. *Det han ikke tenkte på var at det kan gå bra i noen få måneder, men så møter du faktisk hverdagen igjen. Plutselig sitter jeg i en leilighet og skal møte virkeligheten. En sprekk så tar de gutten sa jeg og da satt jeg med han på fanget. Legen trodde jeg skulle klare å holde meg nykter når jeg hadde klart det i tre måneder.* Utflytting fra mødrehomeet skjedde også gjennom systematisk planlegging. Overgangen fra en beskyttet boenhet til et selvstendig liv var kjempeskummelt, men det ble gitt tilbud om oppfølging i tråd med hennes behov.

I dag føler Ida at hun har fått en grunnmur som hun kan bygge livet videre på. Hun har fått medikamentstøttet behandling over fire år, og har engasjert seg i brukermedvirkningsarbeid. Hun er i en utdanningssituasjon. Det går fint med sønnen. Hun har god kontakt med foreldre og bror og har fortsatt kontakten med gamle venner. Flere av fagfolkene som har representert en støttestruktur for henne i rehabiliteringen har hun kontakt med ennå.

6.4. Livet i dag

Livet som nykter er ingen dans på roser. Slik kvinnene beskriver prosessen, har den ikke bare gitt en personlig vekst og integritet men også en sårbarhet psykisk, fysisk og sosialt.

Alle er forskjellige og alle har forskjellige historier og fortelle, men det virker som de har håndmanualer for rusmisbrukere (Berit).

6.4.1. Berit

Berit beskriver en sammenheng og helhet i livet *Jeg har hele tida hatt det nettverket rundt meg. Jeg er ganske heldig. Jeg har fotballvenner og skolevenner. Jeg har levd et liv før rusen. Det er det ikke alle som har det. Jeg har en fin familie. Nå koser vi oss sammen. Men nei, aldri å aldri i verden om jeg vil utsette meg selv for rusmisbruk.*

...det er sånn at jeg setter mamma og pappa og søstera foran for at jeg vet hvor vondt de har hatt det. Ja det var ikke enkelt å være meg heller, men. Hele familien har brydd seg. De har nå søren meg stilt opp... så de er glade i oss, satt jeg her og tenkte. Så nå etter at tante Ida døde har jeg tenkt på det at hvis jeg hadde dødd så ... for det er egentlig ganske rart at jeg lever, at jeg kan bare forestille meg hvordan det er for mamma eller for deg da når dere ikke vet. De gamle vennene ringte og spurte hvordan det gikk, men så var det jo jeg som ikke orket, jeg ville heller dra en annen plass der jeg kunne røye litt hasj og sitte og være litt rusa. Jeg synes det ble litt kræsje da, nei de har vært storartet.

Berit stiller spørsmål om hun skal føle skyld og skam fordi hun ble rusmisbruker. Hun konkluderer med at det var kanskje veien hun måtte gå for å finne seg selv.

Så skal jeg nå få dårlig samvittighet? For jeg har ikke dårlig samvittighet. For jeg må jo bare godta at sånn har jeg gjort og kanskje det var den veien jeg måtte gå for å finne meg selv?

6.4.2. Bodil

Bodil har et rikt liv. *Jeg er rik som har fått to så vanvittige forskjellige liv i et liv, ja det er rikt, virkelig kontraster. Jeg hadde aldri vært så takknemlig i dag hvis jeg ikke hadde gått gjennom det jeg har gjort så det går ikke an å trekke fram noe spesielt. Det som har vært har vært og ferdig så langt jeg kan komme og jeg er ferdig med det jeg skal være ferdig med. Jeg er ikke bitter på noen. Det er ingen som jeg sier er direkte skyld i noe som helst. Ja jeg lever, jeg eksisterer ikke lenger. No e æ sjøla sjøl.* Det er ikke slik at livet ikke byr på utfordringer. Forskjellen består i at hun ser hva som ikke er godt for seg selv og handler deretter. Bodil føler at hun har vært beskyttet av en høyere makt. Hun har tross alt kommet mye bedre ut av livet som rusmisbruker enn hva en kunne ha tenkt seg, ut fra hva hun har vært med på. Hun er blitt frelst. Troen gir en indre selvtillit og styrke. Bodil er opptatt av den stigmatisering narkomane pådrar seg fra samfunnets side. Hvorfor blir ikke flere av de som klarer seg intervjuet i stedet for de som er fanget i rusmisbruk? Hun vil bli sett på som en som klarer seg, det er ikke rettferdig overfor den som klarer seg, å bli sett på som narkoman. Hun mener likevel at *synet på narkomane har forandret seg i Norge, at vi får dette med verdighet uten å bli behandla som noen dyr for det er ikke noen selvfølge. Bare tenk på noen år tilbake så vanskelig det var.*

6.4.3. Kari

For Kari var rusmisbruket vært en avstikker i livet. Hun startet på nytt der hun hoppet av. Kari er opptatt av den enkeltes innstilling. *Det er jo mye som har klaffet, mye som har fungert men det har jo med innstillingen en har hvis en vil at det skal fungere tåler en å gå gjennom litt for at det skal fungere.* Den viktigste begrunnelsen for å bli rusfri er hensynet til sønnen. *...hadde jeg ikke hatt Dag så hadde jeg nok ikke prøvd tror jeg ikke for det har jeg sagt flere ganger mens jeg holdt på at hvis det har vært bare for meg selv så hadde jeg ikke orket å gå gjennom det.* Fordelene med erfaring som rusmisbruker, går på hvordan hun har vært og hvordan hun nå er i måten å ta ting og å være på. *Det har kommet av å være ærlig, ha pågangsmot og slike ting. Det viktigste i livet for meg framover, det er at jeg må være ærlig med meg selv og tar ting etter hvert og står for det jeg gjør. Utfordringen er å holde styring på sitt eget liv, utnytte de mulighetene en har og gjøre det beste ut av ting. Jeg vet ikke om jeg er så forbannet sterk heller, men*

det som jeg klarer meg på tror jeg, det er at jeg er realistisk og tenker gjennom ting. Så der tror jeg liksom styrken min har vært, at jeg har tenkt gjennom eller tatt standpunkt, rett og slett har gjort meg opp en mening om ting og da vil det jo komme etter hvert da at du står stødig til slutt. Livet som rusmisbruker har også hatt positive konsekvenser. Det har gitt henne evnen til å lese folk, hun er mer avslappet i forhold til de krav hun stiller til seg selv ...uansett hvor galt det er så kommer en ut av det med rette føtter, så tror jeg det er en styrke, det velger jeg å tro.

Den sosiale identitet som rusmisbruker er vanskelig å bli kvitt. *Jeg orker ikke å bli oppfattet som rusmisbruker eller bare det, da kan jeg like godt være rusmisbruker...det er greit jeg har vært det, men det er ikke det jeg ønsker å være resten av livet. Jeg begynte ikke på Metadon for å bli en eksmisbruker. Å unnlate å se rusmisbrukere som personer med gode ressurser har etter Karis mening sammenheng med andres behov for å opprettholde et bilde av rusmisbrukere som ressursvake personer. Eksmisbrukere, det er aper i bur som drar rundt og snakker om rusmisbruket. Det er det folk vil ha for de vil se rusmisbrukeren. For da er de sånn stakkars... hva gjør det med folk da? Du kan jo ikke føle deg bra. Det er ingen som liker å bli syns synd på det er ikke noen god følelse. Jeg hater at folk synes synd på meg. Jeg vil ikke bli sett på som noe offer for det føler jeg ikke at jeg er på noe slags vis.*

Hun har en sårbarhet i og med at hun skal leve med det som ikke var så bra tidligere. Hun kan være redd for å gi folk forhåpninger om at nå skal alt gå bra og er redd for å måtte skuffe dem enda en gang... *om du vil det sjøl så er du aldri helt sikker på at det går. Det som har skjedd det har skjedd. Og så lenge det ikke er verre enn som så er det ikke noe problem. Det har vært mye, det har vært ille, det har vært mye galt, det er klart du får en styrke av det, men når du vet at du har klart det ser du ikke mørkt på mye.*

Livet uten rus er ikke en dans på roser. Det er ikke slik at en kan begynne på et nytt liv over natta. Du skulle ha et nytt liv og så skulle du begynne å fylle opp det livet, og det var jo ingenting som var på plass. Men jeg tror ikke vanlige folk tenker på en gang eller setter seg inn i hvordan det kan være. Jeg ser jo selv at jeg har problem med å forstå det selv i dag. Det er en følelse av utrygghet, en har ikke noe feste, en må prøve å ordne. Da er det viktig å få rutine i hverdagen. På den måten er Metadon en hjelp. En må ta det som kommer før de langsiktige målene og en må beregne det. Samtidig må en hele tiden være i utvikling, det er ikke noe mål å parkere på en eller annen plass. Visse ting er grunnleggende, en utdanning, en økonomi så du klarer deg slippe at gjelden kommer løpende etter deg, så en har penger til det en trenger. Det å gjøre det beste ut av sin situasjon slik den ser ut her og nå er Karis utgangspunkt

6.4.4. Dina

Dina hadde en solid ballast med seg hjemmefra. *Selvrespekt og respekt for andre det har vært en viktig del for meg uten det så har jeg ikke berget det vet jeg dette at man må tenke over hva man gjør, konsekvenser og sånn. Jeg har også prøvd å ikke vise meg ute i ruset tilstand og har bestandig kledd meg og bestandig flidd meg det var nødvendig. Derfor er det mye som jeg ikke har gjort, for eksempel prostitusjon... jeg vet med meg selv at det hadde jeg ikke tålt... jeg har så høye krav til meg selv.*

Dina føler at uten hennes egen stahet og den oppbakkingen hun har fått fra sine nærmeste, så hadde hun ikke maktet og komme seg ut av rusmisbruket. *Hadde det ikke vært for at jeg er så jævlig sta og fått så mye oppbakking så hadde jeg ikke maktet det.*

Hun har opplevd fagfolkene innenfor helse- og sosialsystemene som kompetanseløse og maktarrogante. De har behandlet henne som en annenrangs pasient og heller ikke gitt henne de helse- og sosialtjenestene hun hadde krav på fordi hun ble definert som narkoman. Fordi hun har protestert mot det hun har opplevd som uverdigg behandling har hun også kommet i konflikt med helse- og sosialpersonell. Dette er gjennomgående i hennes historie. *Men så var Metadonsenteret neste instans da som ikke skulle ha eksistert. Det som var verst av alt det var jo ingen klageinstans før i fjor. Vi torde ikke klage for da tok de fra oss Metadonet. Hvis de slår med pisk og sier hopp, så må du hoppe.* Hun følte at hun hadde aldri møtt så mye motstand som hos ansatte på Metadonsenteret. *De behandler deg som en liten drittunge uten mening, de gir ikke informasjon om bivirkninger av medisinen.* Mangel på klageinstans har muliggjort vilkårlig behandling. Det var mangel på medvirkning og dialog. *...brukermedvirkning, hva er det? Da jeg begynte på Metadon var vi ikke syke vet du, da var vi svin, nå er vi bare syke svin, ikke sant?* Dina har opplevd å få en mirakuløs hjelp underveis som gjorde at etter alle ulykkene kunne hun reise seg opp og gå uten en skramme. *Jeg har berget hver gang. Rehabiliteringsprosessen har tatt år jeg har stått på stor kvote og Metadon, så jeg har holdt på og rota noen år da, og roa det ned ikke sant, men nei, får ikke kreditt for det nei. En forutsetning for å klare å komme seg ut av rusen er at en har noe å erstatte den med, noe man brenner for. Da er det veldig greit. Jeg ser nå i ettertid at jeg måtte igjennom dette for å få et litt annet syn på ting for å få dette med ydmykhet og barmhjertighet og alt dette. Jeg tror ikke på Gud, men jeg tror det er noen sterkere krefter jeg tror vi bestiller alt på forhånd, jeg tror vi gjør en avtale om hva vi skal gjennom før vi kommer, det aksepterer jeg.*

Hun føler at hun blir rammet og hennes venner blir rammet av de stigmatiserende holdninger til narkomane. *Jeg har gått landbruksskole, har vekterkurs, er rideinstruktør, så jeg har jo gått på skole og fått utdanning og lell så er jeg ikke bra nok.* Hun og mange andre rusmisbrukere har en bakgrunn som det kan være vanskelig å leve med for mange, mange sliter med nerver, men får ikke hjelp.

Metadon har vært en svært viktig faktor i rehabiliteringsprosessen. Hun vet ikke om hun har klart det uten. På den annen side føler hun at hun har betalt dyrt for den, og hvis hun hadde visst det i dag, hadde hun kanskje klart det. *Hvis jeg hadde visst om alle bivirkningene, de satte det så høyt og gjorde det så vanskelig å få det at vi hadde bare skylapper og gjorde alt for å få det. Så hang alt dette over det at får vi ikke Metadon så tar vi fra deg kvoten på dagen. Så tar du imot da, du har jo ikke noe valg.*

Dina synes at hun har blitt veldig dårlig behandlet som rusmisbruker. Hennes sosiale identitet som narkoman blir forseglet ved at hun må gå og ta stikkprøver av urinen på samme sted i kommunen som de som ikke har kommet så langt i rehabiliteringsprosessen som henne. Lokalene gjør at en blir lett synlig og identifisert som rusmisbruker. *Jeg blir jo ikke rehabilitert jeg da. Jeg skal ikke få lov til å være en vanlig jeg da?*

6.4.5. Eva

Evas mål har alltid vært å bli rusfri. *Jeg måtte bare finne måten å gjøre det på. Det har vært en kamp mellom liv og død. Ja, og jeg har fått livet i gave en gang til føler jeg samtidig oppleves det litt sånn som å ha fått en ny start. Men de to viktigste tingene det er altså å gå ut av offerrollen og ta kontroll og ta vare på sjansene man får.* Hun presiserer at selv om forholdet til datteren er en vesentlig grunn til å bli rusfri, så er ikke

det den eneste grunnen. En må også kjenne egne behov og ta vare på seg selv og ha selvrespekt. *Den viktigste grunnen til å bli rusfri var at jeg skjønte at skulle jeg klare det, så måtte jeg gjøre det selv og basere det på meg selv. Det er ikke noen annen. Du kan støtte deg på andre personer ja, men du kan ikke basere deg på dem. Så hadde jeg bare sittet der og gitt faen så hadde de ikke stått på så mye for meg heller, akkurat det skjønner jeg. Så jeg mener det er helt opp til en selv hva en kan få ut av rehabiliteringen for muligheten er der. Det må bli slutt med å se på rusmisbrukere som tapere, du kan ikke ta mer feil. Det er de som er mest ressurssterke, for taperne de overlever ikke i det tøffe miljøet som er rusmisbruk.*

Den tøffeste jobben er å bygge opp selvbildet. *Vi blir møtt med mistro og nedlatenhet overalt. Eva vil ikke stå med hatten i hånda og si unnskyld at jeg eksisterer ...for jeg er så mye stolt av det jeg har klart. Hun merker at hun har hatt en positiv utvikling, spesielt med arbeid og utdanning hvor hun har fungert sammen med andre kvinner ...så det var en veldig positiv erfaring for meg. Å starte en utdanning på like linje med andre uten at bakgrunnen har vært kjent og få ankerkjennelse, har betydd svært mye. Hun ser forandring fra den første arbeidsplassen til skolen og da hun begynte i praksis. Det er første gang etter at jeg fikk stoffproblem at jeg opplevde å komme inn en plass der jeg ikke følte meg mindreverdig, vet du det var en sånn merkedag, det er nesten så jeg får tårer i øynene når jeg sier det. Eva var opprinnelig en utadventt jente med god selvtillit, rusproblemene forandret det, men nå er hun på vei til å komme tilbake i seg selv ...og klart, du har det veldig godt med deg selv når du har en sånn selvtillit. Det er jo mye lettere da å bygge nye nettverk det er jo det man er avhengig av for det er jo det som er så vanskelig når en har blir rusfri.*

AA og interesseorganisasjonen for rusmisbrukere har positiv betydning for Eva. AA er veldig bra, fordi det handler om å bygge opp seg selv og relasjonene sine på nytt og bygge på det du har. Det eneste kriteriet om å være med i AA er et ønske om å være rusfri ikke å være det. Der skal det være plass til alle. Innenfor interesseorganisasjonen kan hun arbeide for å få vekk kategorisering og sosial stigmatisering av narkomane og tidligere rusmisbrukere. *Det som er litt morsomt er at folk får tatt mer og mer rotta på fordømmene sine. Vi er et representativt utvalg av befolkningen, de fleste tror vel at vi er sånne trygdemisbrukere ikke sant?*

Det som hun sliter med er at hun måtte gå på akkord med seg selv og at hun levde et dobbeltliv. *Å ha så mange vonde hemmeligheter det var en av de største belastningene med å være stoffmisbruker sånn psykisk for meg. Det er viktig for Eva å signalisere at hun satser på å være åpen og ærlig i alle forhold.*

Evas identitet som narkoman er over. *Men jeg kan ikke sitte og love noen at jeg aldri skal ruse meg, men jeg kan love hele verden at jeg aldri vil bli narkoman...men tilbake til det livet der, ikke så lenge jeg får den medisinen jeg har pr. i dag. Det er jo det som er så veldig viktig for meg at nå har jeg et så veldig trygt og godt fundament og da tviholder jeg på det. Hun mener at det er viktig i rusomsorgen å se på det som fungerer og ta lærdom av det som ikke fungerer. Ikke forandre på det som er bra. Det er ikke Metadonet ikke sant, det er jo ikke selve safta som er tryllemiddelet det er hele pakken, det er R-en (Helhetlig rehabilitering) i LAR som gjør at det fungerer over tid.*

6.4.6. Guri

Guris liv er farget av de psykososiale forholdene hun lever under som enslig forsørger i et lite miljø, med dårlig økonomi. *Det som er så grusomt synes jeg, er at når vi slutter med dop, da skal vi ha så lite penger altså, da skal du ikke ha råd til noe.*

Hun opplever at selv om hun har ressurser så setter hennes tidligere liv store begrensinger for hva hun kan oppnå i dag. *Jeg sitter fortsatt ensom. Sitter nå her og soner som jeg kaller det. Ja, sitter her og soner for det jeg har gjort, for du blir bestandig annerledesfolket resten av livet, ja jeg gjør det. Jeg synes jeg har vært en stor tosk som har rotet meg uti det, jeg mener at jeg har vært så toskete at det går ikke an med de framtidsutsiktene jeg hadde. Jeg sitter jo inne med ressurser. Jeg kunne ha blitt hva jeg hadde villet så sitter jeg liksom her og går på rehabilitering... Kjærlighet og alt det der. Det er barna som først og fremst gir mening i livet Hadde det ikke vært for barna så hadde jeg ikke orket. Da hadde jeg vært død tror jeg. For de gir meg noe i alle fall å leve for.*

6.4.7. Ida

For Ida er sønnen den viktigste nøkkelen til å holde seg nykter. *Jeg har hatt han Ola... Jeg følte at jeg hadde et ansvar for det livet som vokste inne i meg... og tror nok at når en skal komme seg ut av et rusmisbruk at det må erstattes med noe, en glød over en eller annen ting om det er en glød over troen eller det å bli mor at det byttes ut med noe. Det virker som det er et gjennomgangssvar for mange. Jeg kan ikke komme på noen i farten som ikke har hatt noe av dette. Og det er rart, når jeg tenker meg om da kjenner jeg ingen som ikke har blitt nyktre som ikke har hatt noen grunn eller hatt noe å erstatte det med. Ida fikk hjelp til å ta makt over eget liv. Og så var det slik at jeg skal vise dem at jeg klarer det, hele tida hadde jeg den der og det hadde med at de som jobbet med meg hadde trua på meg. Kampen for å være nykter er ikke over med kortvarig rusfrihet. Det er ikke vanskelig å holde seg nykter i tre måneder, men det er vanskelig å holde seg nykter resten av livet, det er stor forskjell på det.*

Kap. 7. Diskusjon

7.1. Innledning

Av historiene går det fram at deltagerne har fått kontroll med misbruket og er ute av et kaotisk liv som misbrukere. Samtidig er kampen for å bli anerkjent med sin bakgrunn ikke over. Det ståstedet de har tilkjempet seg gjennom smertefulle år er sårbart og det er små marginer å gå på. Dette til tross, opplever alle i større eller mindre grad, avhengig av den konteksten de lever i, å ha en følelse av mening og sammenheng i livet. Et hovedtema i fortellingene og et samlende tema i ”den store fortellingen” handler om ulike relasjoner og den betydning de har hatt på godt og vondt for identitet og identitetsendringer. Jeg har derfor valgt å la spørsmål om identitet knyttet til de ulike fasene i prosessen være fokus i diskusjonen. På den måten er det mulig å drøfte tema og poeng som kvinnene har tatt fram og se sammenhenger mellom personlige og strukturelle faktorer i relasjon til både rusmisbruk og nykterhet.

7.2. Identitet og rusmisbruk.

Tammy L. Anderson har kommet med viktige bidrag (Anderson 1994, 1998) når det gjelder forståelse av prosesser som fører til rusmisbrukeridentitet. I følge Anderson (1994) gir kunnskap om identitet og identitetsendringer oss, med bakgrunn i interaksjonistisk teori, innsikt i hvordan den enkelte konstruerer og rekonstruerer sine realiteter og skaper atferdsmønstre innenfor den større samfunnsmessige bakgrunnen gitt en strukturell eller historisk endring. Det viktigste er kanskje at identitet motiverer for atferd. Derfor vil identitetsstudier hjelpe oss til å forstå atferdsendringer. De er viktige også fordi resultatbeskrivelser fra de fleste studier om rusmisbruk og endring dreier seg om kvantitative mål som frekvens og mengde. Andersons underliggende premisser er at enkeltpersoner blir motivert for en rusmisbruksidentitet på grunn av problemer med eksisterende identiteter i barndom og tidlig pubertet (traumatiske hendelser, psykososial problematikk) og at visse mesolevel fenomen (russubkulturelle grupper) de møter, gjør det mulig å skape en struktur for den endringen (Anderson 1994). Tre hovedkomponenter i endringsprosessen er i følge Anderson (1994) marginalisering, misnøye med og følelse av å miste kontrollen over egen identitet. Med marginalisering følger økt misnøye med egoidentitet. Negative følelser og selvoppfatninger motiverer enkeltindivider til å oppføre seg på måter som minimaliserer misnøyen med seg selv og maksimerer positive selvoppfatninger. En antar at den enkelte forkaster normale strukturer og omfavner avviksstruktur på grunn av dette. Anderson hevder at risikoen for å utvikle en misbruksidentitet er størst for de som er misfornøyd med seg selv og samtidig har mulighet til å finne positiv bekreftelse og sosial godkjenning i misbruksmiljøer. Faktorer på mikronivå ga hennes respondenter en motivasjon for å skape rusrelaterte identiteter. Sosial godkjenning i et misbruksmiljø ga grobunn for endring (dop, dopbruk, livsstil). De ble akseptert og fikk anledning til å utvikle alternative meningssystemer som skilte seg fra eksisterende normer. Risikoen for nærmere tilknytning til misbruksmiljø og aksept av misbrukeridentitet økte med fravær av tilbud som kunne konkurrere med marginaliserte miljø (Anderson 1994).

Kvinnene forteller om individuell sårbarhet og utsatte sosiale posisjoner men også om individuelle ressurser og positiv tilknytning til nære personer. Tema de tar opp (ensomhet, følelse av å ikke være som andre, for tidlig/stort ansvar) gir holdepunkter for en forståelse for motivasjon til rusmisbruk. Berit, Kari, Dina, Bodil og Ida forteller imidlertid samtidig om positive faktorer i livet sitt (god ballast hjemmefra, venner, fritidsinteresser). De opplevde seg selv som evnerike, skoleflinke, sosiale og aktive jenter. Å prøve ut rusmidler var for Kari, Dina og Guri også knyttet til positive opplevelser, nysgjerrighet, og spenning.

Selv om forutsetningene for å søke seg inn til et marginalisert miljø med bakgrunn i individuell sårbarhet var tilstede så har også forutsetninger for å kunne komme ut av rusmisbruket vært knyttet til den enkeltes personlige ressurser, biografi og historie. Berit var såkalt lykkelig, men hun følte at de store forventningene alle hadde til henne, var årsaken til at hun begynte. Hun ville bli sett på en annen måte. Hun hadde en motvekt i idrettsmiljøet helt til hun fikk en idrettsskade og ikke kunne trene. For Kari var rusen et målrettet valg, ikke som erstatning for noe annet, hun var skoleflink og drev med hestesport. Rusen var noe hun oppsøkte og rett og slett bestemte seg for å utforske. Dina begynte med rus for å tøffe seg. Den positive virkningen av amfetamin var så stor at hun bare måtte fortsette med det. Slik bekrefter kvinnene i sine historier hvor

sammensatte prosesser som fører til rusmisbruk er. De understreker også hvor viktig det er å forstå disse prosessene og se dem i en kjønnsrelatert og helhetlig sammenheng.

Sett i et kjønnsperspektiv kan rusmisbruk også sees som et opprør mot tilpasning til en konform kvinnerolle med lite spillerom for utvikling av egen individualitet og særpreg (Friedman 2001). Selv om det ikke kommer fram direkte hos kvinnene, kan deres følelse av utilpasshet tolkes som protest mot jente/kvinne rolle slik Freidmann hevder.

7.3. Å leve med seg selv og sin identitet som misbruker

Flere av kvinnene forteller om hvordan deres identitet som ikke-misbrukere har eksistert sammen med misbruksidentitet og hvor konfliktfylt det har vært å leve med det. Selv om de mistet kontroll over livet sitt i en periode så opprettholdt de likevel verdier i forhold til moral og redelighet som en del av den personlige identiteten de hadde med seg inn i misbrukslivet. Slik har den personlige og sosiale identitet de bar med seg inn i marginaliseringsprosessen eksistert side om side med den misbruksidentiteten de ble påført som rusmisbrukere. Trulsson har understreket samme tema (Trulsson 2003). Det kan ha vært flere mislykkede forsøk på å komme seg ut av misbruket. Det kan være i tvil om det i det hele tatt er mulig. Det kan også beskrives som som ulike faser i prosessen (Jervinen 1998). Håpet om og målet mot å bli rusfri var underliggende hele tida. Mangel på adekvat støtte har ført til en spiral med fortvilelse, tap av egenverd, økende skyld og skam. Eksistensielle kriser som tap av nære relasjoner ved dødsfall har i tillegg bidratt til heroinmisbruk med forsterket misbruksidentitet.

Finansiering av misbruk har ytterligere tvunget fram handlinger som har kommet i konflikt med personlig identitet og moralske oppfatninger knyttet til den. Det kan ha vært destruktive relasjoner til menn som som finansierte og skaffet heroin, eller det kan det være en håpløs sosial situasjon. Kvinnene har alle befunnet seg i ekstreme livssituasjoner. Selv når hjelpebehovet er artikulert, når det er overdoser og tvangsinnleggelse er det mange eksempler i alle historiene på moralisme og avvisning av sosial-og helsepersonell. Dette gjelder også situasjoner hvor de har følt at de har nådd bunnen og at det eneste mulige var medikamentassistert behandling. Både Kari, Eva og Dina forteller at de var svært syke, det kunne stå om liv eller død og at de ikke hadde andre valg enn å be om medikamentell hjelp hvis de skulle leve videre. Selv i denne situasjonen opplevde de å bli avvist, at søknaden ble trenert og at de i ventetiden heller ikke fikk den hjelpen de trengte. Dette til tross for kunnskapen om at kvinnelige rusmisbrukere ser ut til bli hurtigere avhengige og ha dårligere helse enn menn (Bretteville-Jensen 2002).

Lav selvfølelse, skam og skyldfølelse er forbundet med kvinners rusmisbruk. Skyld og skam er et sentralt tema både under misbrukstida og som nykter. Scheff i (Johnsson 2000) legger vekt på følelsenes betydning for og mellom mennesker. Stolthet og skam er hjørnesteiner og hverandres motpoler for hvordan vi opplever oss selv og for hvordan vi blir møtt av andre. Å bli møtt med kjærlighet og respekt fører til følelsen av stolthet, at en er verdifull. Å bli møtt med kjærlighetløshet og nonchalans og en opplevelse av at ingen bryr seg om henne fører til skam. Den ultimate skammen er å stille spørsmål ved sin egen eksistens eller vøren i verden. Det gir en følelse av mangel på tilhørighet i samfunnet som igjen gir en følelse av hjelpeløshet og av å ikke kunne kontrollere situasjonen. Derfor er det så viktig å skape relasjoner som bidrar til å styrke selvbildet, ikke forverre det. Det stigma som identitet som rusmisbruker fører med seg, har skapt

store vansker for flere av kvinnene i forhold til å etablere konstruktive og likeverdige relasjoner under rusmisbruket. På den andre siden fortelles det også om hvordan muligheten til å etablere tillitsfulle relasjoner til enkeltmennesker har vært avgjørende for å opprettholde håp og motivasjon til å bli rusfri.

7.4. Krenkelser og maktmisbruk

Selv om det er gode eksempler, domineres historiene av krenkelser og maktmisbruk av hjelpere innenfor sosial- og helsevesenet.

Skau kaller det å bli klient en hendelse av livshistorisk betydning. Å bli klient betyr å bli gjenstand for profesjonelle hjelpers diagnostiske, terapeutiske, hjelpende, støttende frigjørende eller undertrykkende handlinger. Det betyr å inngå en relasjon til det offentlige hjelpeapparatet som samtidig er et maktapparat (Skau 1992a). Det å få en rolle som klient/pasient innebærer å gå over fra subjekt til objektstatus. Forandringen innebærer at privatlivet blir gjort til gjenstand for innsyn og intervensjon fra det offentlige. En langvarig klientkarriere kan føre til psykisk invalidisering i forhold til det å ta ansvar for sitt eget liv, som en følge av pasient/klientstatusen. Det dreier seg ikke om en forandring som skjer over natta, men om en gradvis endring av menneskets selvbylde fra subjekt til objekt. Prosessen svekkes eller styrkes gjennom måten de profesjonelle utøver sin funksjon på. Slik har møtene med hjelpere fungert som en trussel mot den enkeltes personlige identitet og de har vært med på å opprettholde rudentiteten og hindret den enkeltes forsøk på å få hjelp på egne premisser.

Det er neppe trolig at opplevelser av krenkelser og maktovergrep er tilsiktet av fagfolk innenfor det offentlige hjelpeapparatet, men det er grunn til å reise spørsmål om hvor sentralt spørsmål om makt og krenkelser er for fagfolk som møter rusmisbrukere i en sammenheng hvor relasjonen innebærer mulighet både for hjelp og maktutøvelse.

Hvorfor skal en oppleve så mange krenkelser fra fagfolk når en er i en stigmatisert, hjelpesøkende og avhengig posisjon slik situasjonen er for rusmisbrukere? Skau trekker fram den skjulte makt i hjelperollen, og de mulighetene for hjelp og krenkelser som ligger i relasjonen mellom klient og hjelper. Å krenke et annet menneske innebærer å ydmyke det. Det innebærer å tilføre menneskets selvbylde betydelige skår og brister. Skau presiserer at det er klientens opplevelse av hjelperens handling som bestemmer om den kan defineres som en krenkelse, ikke hjelperens intensjoner. Både klienter og hjelpere er utsatt for krenkelser men de ulike maktforhold mellom dem gjør klienten mest sårbar (Skau 1992b). De relasjonelle aspektene knyttes gjerne opp mot mangel på konkret bistand til å for å mestre kravene i hverdagen. Det å bygge motivasjon til å bli rusfri skjer i følge Stall og Biernacki (1986) når de økonomiske kostnadene blir for høye. Den enkelte kan bli stilt ansikt til ansikt overfor økonomiske problemer, sosiale og rettmessige sanksjoner eller konflikter med andre. Konsekvensen blir at det å fortsette med prosessen ganske enkelt blir for vanskelig. Selv om dette ikke er intensjonen i den offisielle ruspolitikken så er virkelighetsbildet et annet sett fra kvinnenens synsvinkel.

7.5. Barn

Å bli gravid og å ha omsorg for barn er sentrale insitament for kvinnene til å bli og å være rusfri (Kristiansen 2000, Rosenbaum 1981, Trulsson 2003).

Når en ser på kvinnenens relasjon til sine barn er det nettopp kampen for barnet som står i fokus og som gir mening til å ta opp kampen for å bli rusfri. Guri, Bodil og Eva har

spesielt oppfattet barnevernet som motspiller ikke medspiller i kampen for å beholde relasjonen til barna. Oppgaven som mor kan innebære en redning fra misbruk. Samtidig er redselen for å mislykkes og trusselen om mulige skader på barna som en del av misbruket en nærværende trussel.

Rosenbaum (1981) snakker om en sterk etikk blant misbrukende kvinner. Kvinnene forsøker å være som andre kvinner, omsorgsfulle og respektable mødre som tar vare på seg selv, fysisk og psykisk. Samfunnets syn på moderskap og misbruk er klart, misbruk og barn hører ikke sammen. Kvinnenes inkompetensforklares gjennom at de behandles og betraktes som misbrukere. For misbrukende kvinner med barn inngår trusselen i hverdagslivet på å miste verdi for barna på grunn av misbruket. Det har derimot vist seg at det sjelden er en dårlig relasjon mellom mamma og barn. Rosenbaum (1981) kaller dette det sentrale risikomoment i en misbrukende kvinnes liv. Dette fører til at de misbrukende kvinnene lager en strategi mot barnevernet for å beskytte hjemmet sitt mot innsyn og unngå inngrep. Kvinnene har gått ut fra at om sosialtjenesten fikk rede på misbruket så ville de miste barna. Denne redselen kan også skape barrierer mot å få behandling. De erfaringene kvinnene har med profesjonelle hjelpere viser tydelig at det ikke bare er hva slags støtte som gis, det handler også om hvordan den gis og om møter mellom mennesker. Bildet ikke helt entydig. Ida har fortalt om det gode møtet. Hun opplever at relasjonene til hjelpere at er styrt av en vilje til å se henne som en person i en prosess. Hun reiser samtidig et viktig spørsmål: Er slik at kvaliteten av hjelp eller om du får hjelp i må være avhengig av hvor du bor og hvem du møter? May Olofsson har vist at det er mulig å forebygge medfødte skader, feilutvikling og omsorgssvikt hos barn i familier med rusmiddelproblemer gjennom tverrfaglig intervensjon under graviditet, fødsel, neonatal og barselperiode og barnets første 6 leveår. Sentralt for den tidlige intervensjonen er å etablere tillitsskapende kontakt der den gravide rusmisbrukende kvinne møtes som gravid kvinne og vordende mor og ikke som misbruker. (May Olofsson og Rolf Lindemann 2003). Intervensjoner som bygger på samme prinsipper som Olofssons modell (Københavnmodellen) er lite utviklet i Norge.

7.6. Relasjon til menn

Kvinner som misbruker narkotika foretrekker mannlige venner eller partnere. Menn leder ofte kvinner inn i misbruk. Kvinners sosialisering viser at kvinners identitet utvikles og oppretholdes gjennom andre, dette gjelder også kvinnelige stoffmisbrukere. Siden kvinnerelasjonene ofte er svake, kan det føre til større avhengighet av menn (Nielsen & Rudberg 1991, Ravndal 1999). Kvinnene i denne undersøkelsen tematiserer i ulik grad relasjoner til menn. Kari og Berit har valgt å utelate menn fra sine historier. Ida forteller om forsøket på å skape et familieliv, men valgte å avslutte forholdet til en mann hun var glad i fordi hans livsstil ikke var forenelig med den hun valgte. En av de røde trådene i Bodils historie er kampen for å forsvare seg mot mishandling. Hun setter disposisjonen for mishandling i sammenheng med de psykiske vanskene hun hadde før rusmisbruket, og mener at hun også som nykter er i faresonen for å la seg misbruke. Imidlertid mener hun at kvinnefellesskap og kvinnegrupper på krisesenteret var med på å bygge selvfølelse og positive kvinnerelasjoner slik at hun har vært i stand til å ta konstruktive valg for seg selv. Dina, Eva og Guri tematiserer relasjoner til menn i misbruksfasen som destruktive men nødvendige for å få tilgang til heroin. Ved tidspunktet for undersøkelsens avslutning levde alle kvinnene alene. Deres tema er i

større grad knyttet til hvordan de skal takle hverdagslivets utfordringer som selvforsørgende enn relasjoner til menn.

Selv om fedre ikke er sentrale i kvinnenens historier så vil en anta at menn med misbruksproblematikk i likhet med kvinner kan aktivere egne ressurser når de blir fedre. Intervensjoner i et resiliensperspektiv som støtter opp om foreldrefunksjonen for mødre med rusproblematikk har vist gode resultater (Luthar 2003, Luthar, Cicchetti, & Becker 2000). Inkludering av fedre i et resiliensperspektiv kan bidra til bærekraftige utviklingsprosesser både for mødre og fedre, styrke felles barns utviklingsmuligheter og styrke relasjonene mellom kvinner og menn.

7.7. Livet som nykter

Å bli rusfri uten en radikal endring av omstedighetene i livet har ikke mening. Overgangen fra å være rusmisbruker i egne og andres øyne til å bli rusfri er smertefull. Å kjempe for å opprettholde et nykternt liv kommer heller ikke av seg selv. Trulsson (2003) hevder at utviklingen må bli slik at det er mulig å kompensere for de tapene rusmisbruket har ført med seg med allsidige og langsiktige støtteinnsatser fra samfunnets side og at spesifikke behov for behandling og støtte ivaretas. For kvinnene betyr det mulighet til å forsørge seg selv, ha tilstrekkelig støtte slik at de kan ivareta sin foreldrefunksjon, blir selvforsørgende og reetablere eller bygge nye konstruktive sosiale nettverk. Kvinnene i denne studien viser betydelig initiativ til å ta makt over eget liv. Ida, Berit, Dina, Kari og Eva er i en utdanningssituasjon og Bodil er aktiv i ettervern og har fått en jobb. Guri har gjentatte ganger forsøkt å få støtte til utdanning med avslag. Hun føler at stigmatisering som rusmisbruker forfølger henne og farger saksbehandlers syn. Hun opplever at hun blir straffet for sin fortid. Mistenkeliggjøring og skepsis er tung å bære når en har endret mål og retning i livet. Det er også en sterk undervurdering av den som har hatt styrke til å kjempe seg ut av rushelvetet. Med denne bakgrunnen er det forståelig at noen velger å skjule sin identitet i redsel for å bli avvist. Det er ikke mulig hvis en bor i et lite lokalsamfunn slik som i Guris tilfelle. Når det gjelder de andre kvinnene så har de også vært nødt til å nedkjempe fordommer og skepsis fra profesjonelle hjelpere, venner og familie for å få utdanning. Samtidig har relasjoner til familie og venner hatt en bærekraft gjennom prosessen og framstår som de viktigste støttepunktene i dag. Kari reflekterer over at folk vil se rusmisbrukeren som en stakkar er til ettertanke. Hvorfor er det provoserende for noen at en tidligere rusmisbruker fullfører høyere utdanning? Eva er inne på det samme. Å få påført rollen som offer er nedverdiggende. Å bli sett som en som mestrer livet sitt og bli stilt krav til styrker selvfølelse. Stolthet over det en har klart og få det bekreftet, lindrer skammen en er blitt påført og mer eller mindre akseptert gjennom rusmisbruket. Med negative erfaringer fra misbrukstiden kan det være vanskelig å opprette konstruktive relasjoner i den videre oppfølging. Kari sier at hvis hun skal søke hjelp så må det dreie seg om liv eller død. I likhet med relasjoner til tidligere venner og til familie vil det muligens måtte følge et forsoningsarbeid med også i relasjon til hjelpere? Det er mye som tyder på at en konstruktiv utvikling i møtet mellom hjelper og hjelpesøker er avhengig av at problemfokuset forskyves fra egenskapsbrister i individet til relasjonsbrister mellom individer.

Det stilles store krav til den som har vært rusmisbruker. Hvilke krav kan de stille til de profesjonelle hjelperne?

7.8. Mening i livet

Hva er sentralt for kvinnene i denne studien når det gjelder å ha en følelse av mening og sammenheng i livet? Ida og Kari legger stor vekt på relasjonen og ansvaret for barnet. Det kan være å ha makt og kontroll over eget liv og/eller bygge selvfølelse gjennom deltagelse i en interesseorganisasjon eller i AA som hos Eva, finne en altomfattende interesse eller få tilbud om arbeid hvor du føler at du har en verdi for andre slik som for Bodil. Det kan også være å gjenoppta livet der en slapp det som rusfri som Kari og som Dina med utdanning. Det kan også være en religiøs overbevisning som ikke nødvendigvis er knyttet til noe spesielt trossamfunn som hos Bodil. At en må ha noe å sette inn i stedet for rusen er det ingen i tvil om (Henninen & Koski-Jennes 1999).

Biernacki (1986) skjeller mellom tre forskjellige veier til et nytt identitetshierarki ved opphør av rusmisbruk, identitetsreversjon, identitetsutvidelse eller identitetstilskyning. Et felles tema for alle disse tre tilnærmingene er hva han har kalt "identity materials" dvs trekk i sosiale settinger som folk kan bruke til å skape nye identiteter, reetablere gamle eller utvide de eksisterende. Folk inkorporerer, etter hans oppfatning, disse aspektene i sine sosiale relasjoner inn i en sammenhengende organisering av identiteter og styrker på denne måten selvfølelsen. Prosessen fra narkoman til nykter er ikke noe som folk oppnår alene, det er en relasjonell prosess. Rusmisbrukeren behøver ofte å finne nye sosiale settinger hvor identitetstransformasjonen vil bli sosialt verdsatt, supplere rollemodeller og støtte hennes kamp for selvendring. Uansett hvilken kurs som velges, så er sosial verdsetting og sosial aksept av den nye identiteten som ikke-rusmisbrukere (og ofte også av andre misbrukere) avgjørende.

Det kan se ut som om omgivelsenes motstand mot å akseptere endring er med på å forlenge den sosiale identiteten som rusmisbruker. Stephens (1985) fant at dersom viktige sosiale grupper slik som familien, rusvenner, og rusfrie venner fortsatte å behandle en nykter person som om hun fortsatt var en rusmisbruker førte det til at den nyktre hadde større sjanse for tilbakefall enn hvis hennes nykterhet ble støttet.

Både Kari og Dina opplever at deres tidligere rusidentitet kommer i forgrunnen for deres identitet som personer. Kan det være slik som Kari sier at folk vil se rusmisbrukeren som en stakkar? Hva slags trussel ligger i å se en tidligere rusmisbruker som et selvstendig likeverdig individ? Eva er også opptatt av den offerrollen hun føler at hun har vært satt i. For henne er det kampen i Interesseorganisasjonen mot fordømmer og devaluering av de som har vært gjennom rushelvete som gir mening. Berit føler det er urettferdig at media fokuserer ensidig på narkomane som er i en fase hvor misbruket er ute av kontroll. Hvorfor snakker de ikke med oss? spør både Dina og Berit. Ja, hvorfor snakkes det ikke med de som har klart seg?

7.9. Metoden i praksis

Kvinnene jeg har intervjuet representerer en gruppe som til nå har fått liten oppmerksomhet innenfor narkotikaforskningen.

I følge Riessmann (1993) gjenforteller vi våre respondenters oppsummeringer gjennom analytiske redeskripsjoner. Gjennom tolkningsperspektiver konstruerer vi historier og mening. Situasjonen under samtalene og deltagerens oppfatning av meg har selvsagt også hatt innflytelse på og styrt deltagerens valg av historier. På denne måten har jeg, gjennom å lytte og presentere historien, vært en meddikter. I likhet med Kristiansen (2000), har jeg møtt en stor vilje til å fortelle. Kvinnene har med god grunn en følelse av

stolthet over å ha klart det som for mange synes umulig, å komme seg ut av narkotikamisbruk og inn i et vanlig liv. Kvinnene forteller ut fra posisjonen i sin nåværende livssituasjon. Dersom jeg hadde møtt dem på et tidligere tidspunkt skulle de muligens ha trukket fram andre tema eller understreket andre situasjoner enn de har gjort i sine fortellinger. Selv om deres forestillinger er influert av de forestillinger som finnes i samfunnet om narkotikamisbruk så medfører deres situasjon i dag at de kan gi alternative beskrivelser av de vilkår narkotikamisbrukere lever under og hva som er viktig for å bryte seg ut av narkotikamisbruket.

Gjennom det narrative perspektivet har jeg fått en dypere forståelse av sentrale problemstillinger sett både i et endrings og lengre tidsperspektiv. Historiene gir mulighet til å nyansere det individuelle perspektiv. Jeg fikk et stort og omfattende datamateriale som ble analysert ved hjelp av en strukturlingvistisk metode. Under forutsetning av at en tar hensyn til at metoden rendyrker taleflommen og at en er bevisst relasjonelle og kontekstuelle faktorer i intervjuet er min erfaring at Gees analysemetode har vist seg å være anvendbar for å få fram størst mulig autentitet. Jeg ser en fordel i at jeg har samme språk og dialekt som deltagerne slik at jeg var i stand til å høre rytmen i språket og dermed lettere fikk tak i de meningsbærende elementene i historiene. En annen form for tekstreduksjon ville ha vært å ha tatt utgangspunkt i ren forkortet retranskripsjon av historiene og systematisert tema, hendelser, viktige poeng og prosesser på dette grunnlaget. Jeg ønsket også å organisere materialet slik at deltagerne kunne lese sine historier og komme med sine kommentarer. Derfor ble historiene sendt til deltageren. Denne versjonen er ikke vedlagt oppgaven på grunn av dens rammebetingelser. Jeg vurderer imidlertid historiene som utgangspunkt for bearbeiding i en annen sammenheng, dersom deltageren gir meg tillatelse og vil samarbeide om det. Et forskningsintervju med fenomenologisk tilnærming synes meg i utgangspunktet å være en farlig sjanseseilas. Min erfaring er at jeg med denne tilnærmingen fikk mulighet til å få en dypere forståelse enn jeg antar at jeg hadde fått dersom intervjuet hadde vært styrt av en intervjuguide. Jeg har så langt som mulig løftet fram tema som er relatert til forskningsspørsmålene. Samtidig er jeg klar over at noen tema som kunne har vært relevante ikke omtales fordi jeg også i mine valg, i likhet med kvinnene som har fortalt sine historier, er selektiv på bakgrunn av min egen biografi, historie og den sammenhengen jeg står i dag.

7.10. Misbruksbegrepet

Narkotikamisbruk og narkotikamisbrukere oppfattes ofte som klart definerte begrep siden all anvendelse og bruk er straffbart. Derfor kan all anvendelse av narkotika beskrives som misbruk, uansett hvor ofte den anvendes og hvilke konsekvenser misbruket får for den enkelte (Kristiansen 2000). I denne studien har jeg mest mulig valgt å bruke kvinnenes egne ord. De veksler mellom å bruke ordet rusmisbruk, rusmisbruker, narkoman og narkotikamisbruker.

Kap. 8.0. Avslutning

Forståelse for rusproblematikk må knyttes til prosesser som går over tid og sees i et livsløpsperspektiv.

Psykososiale støttetiltak må opprettholdes ut fra individuelle behov både når det gjelder omfang, innhold og tid. I forbindelse med oppbrudd fra rusmisbruk er kvinner spesielt avhengige av et godt utviklet nettverk. Nøkkelsituasjoner som graviditet og omsorgsoppgaver må ivaretas.

Det er behov for å løfte fram kjønnsperspektivet når det gjelder samfunnets inngripende overfor misbrukende kvinner, menn og deres barn. Kjønnsperspektivet når det gjelder støtte eller behandlingstiltak for kvinner, er et virksomt redskap når det gjelder å forstå, ikke bare kvinners, men også menns behov for spesifikk støtte og behandling. Når det gjelder samfunnsinnsats, er det derfor nødvendig å være lydhør for betydningen av den nye maskuliniteten og femininiteten som utvikles.

Det er behov for forskning som løfter fram tidligere misbrukeres egne fortellinger om erfaringer og behov for innsatser i prosessen fra å være hekta til å bli nykter.

Det er viktig å etablere en dialog med misbrukere og tidligere misbrukere som kan bidra til at nye metoder utvikles for å lette veien ut av misbruk.

Resiliens og salutogent perspektiv gir en teoretisk referanseramme for relasjonsbygging og konstruktive utviklingsprosesser for å opprettholde en rusfri tilværelse og bør i langt høyere grad enn hva tilfellet er i dag tas i bruk i forskning.

Referanser

Anderson, T. 1994, "Drug Abuse and Identity : Linking Micro and Macro Faktors", *The Sociological Quarterly*, vol. 35, no. 1, pp. 159-174.

Anderson, T. L. 1998, "Drug identity change processes, race, and gender. I. Explanations of drug misuse and a new identity-based model", *Subst. Use. Misuse*, vol. 33, no. 11, pp. 2263-2279.

Antonovsky, A. 1996, "The sautogenic model as a theory to guide health promotion", *Health Promotion International*, vol. 11, no. 1, pp. 11-18.

Antonovsky, A. 1991, *Hälsans mysterium Natur och kultur*, Kjøping.

Biernacki, P. 1986, *Pathways from heroin addiction : recovery without treatment* Temple University Press, Philadelphia.

Bowling, A. 2002, *Research methods in health : investigating health and health services* Open University Press, Buckingham.

Bretteville-Jensen, A. L. 2002, *Understanding the demand for illicit drugs : an empirical approach based on self-reported data* University of Bergen, Department of Economics, Bergen.

Brinkman, S. & Kvale, S. 2005, "Confronting the Ethics og Qalitative research", *Journal og constructuvistic psychology*, vol. 18, pp. 157-181.

Brofoss, K. 2003, *Forskning på rusmiddelfeltet : en oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak : oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 9. september 2001 : avgitt til Sosialdepartementet februar 2003*, Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning, Oslo.

Creswell, J. W. 1998, *Qualitative inquiry and research design : choosing among five traditions* Sage, Thousand Oaks, Calif.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction. Differences in patterns of drug use between women and men. European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction. <http://www.emcdda.eu.int/>. 2005. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Ref Type: Electronic Citation

Fagermoen, M. F. 2001, "Fortellinger som datakilde i forskning", *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, vol. 68, pp. 68-79.

Fagermoen, M. F. 2003, "Narrativ analyse-en metodediskusjon", *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, vol. 1.

Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., & Breen, R. 2005, "Primary prevention for alcohol misuse in young people", *The Cochrane Library*.(Oxford) ** 2005;(1): (ID #CD003024) no. Oxford, p. ID.

Frank, A. 1997, *The Wounded Storyteller. Body, illness and ethics* The University of Chicago press. Chicago and London.

Friedman, J. 2001, *Surviving heroin : interviews with women in methadone clinics* University Press of Florida, Gainesville.

Gee, J. 1985, "The Narrativization of experience in the oral style", *Journal of education*, vol. 167, no. 1, p. 9.

Gee, J. 1991, "A Linguistic Approach to Narrative", *Journal of Narrative and Life History*, vol. 1, pp. 15-39.

Ghodse, H. 2002, *Drugs and addictive behaviour : a guide to treatment* Cambridge University Press, Cambridge, UK.

Goffman, E. 1972, *Stigma : den avvikandes roll och identitet* Raben & Sjögren, Stockholm.

Hedin, U. 2002, "Uppbrott från missbruk," in *Kønsperspektiv på missbruk*, 1 edn, Stiftelsen Kvinneforum, ed., Bjurner och Bruno, Stockholm, pp. 211-229.

Helse-og Omsorgsdepartementet 2006, *Bestillerdokument til Helse Midt-Norge RHF*, Helse-og omsorgsdepartementet, Oslo.

Helstilsynet 2005, *Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere*, Helsetilsynet, 4.

Henninen, V. & Koski-Jennes, A. 1999, "Narratives of recovery from addictive behaviors", *Addiction*, vol. 94, no. 12, pp. 1837-1848.

Høyve, I. & Sletnes, T. 2006, *På helsa løs : når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet*, Den norske lægeforening, Oslo.

Hyden, L. C. 1995, "The rhetoric of recovery and change", *Cult.Med Psychiatry*, vol. 19, no. 1, pp. 73-90.

Hyden, L. 1997, "De otaliga berättelserna," in *Att studera berättelser*, L. Hyden & M. Hyden, eds., Liber, pp. 9-29.

International Union for Health Promotion and Education 2000, *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a new Europe* London, 2.

Jervinen, M. 1998, "Misbrukskarrierer," in *Det dårlige selskap misbruk-behandling-omsorg*, Margaretha Jervinen og forlaget SOCPOL, ed., SOCPOL, Holte, pp. 97-115.

- Johnsson, E. 2000, "Narkotikamissbrukare, sociala band och vendpunkter," in *Narkotikamissbruk. Debatt, behandling och begrepp*, Johnsson.E, Laanemets.L, & Svensson.K, eds., www.studentlitteratur.se, Lund, pp. 72-86.
- Kristiansen, A. 2000, *Fri från narkotika* Bjurner och Bruno AB, Vaxholm.
- Kvale, S. 2002, *Det kvalitative forskningsintervju* Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Labov, W. 1976, "Speech actions and reactions in personal narrative," in *Analyzing discourse : Tekst and talk*, D. e. Tannen, ed., Georgetown University Press, Washington, DC, pp. 219-247.
- Lalander, P. 2001, *Hela världen är din : en bok om unga heroinister* Studentlitteratur, Lund.
- Luthar, S. ed. 2003, *Resilience and vulnerability : adaptation in the context of childhood adversities* Cambridge University Press, Cambridge.
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. 2000, "The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work", *Child Development*, vol. 71, no. 3, pp. 543-562.
- Malterud, K. 2001, "Qualitative research: standards, challenges, and guidelines", *Lancet*, vol. 358, no. 9280, pp. 483-488.
- May Olofsson og Rolf Lindemann 2003, "Rusmiddelbruk i svangerskapet og konsekvenser for det nyfødte barnet," in *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*, Kommuneforlaget A/S edn, Kommuneforlaget, ed., www.kommuneforlaget.no, Oslo, pp. 39-59.
- Nielsen, H. & Rudberg, M. 1991, "Jenters vei til rusmidler - et sosialiseringsspektiv," in *Køn, rus och disiplin*, Nordiska nemden før alkohol-och drogforskning (NAD), ed., Helsingfors.
- Nossum, G., Haugan, S., & Haugland, H. 2005, *Læl om æ e mindreårig... : foreldreholdningers betydning for ungdoms rusbruk - med et spesielt søkelys på jenter*, Midt-Norsk Kompetansesenter for rusfaget. Nord-Trøndelagsforskning., Steinkjer, 2005:1.
- Pedersen, W. 1998, *Bittersøtt: ungdom, sosialisering, rusmidler* Universitetsforl., Oslo.
- Polkinghorne, D. 1991, "Narrative and Self-Concept", *Journal of Narrative and Life History*, vol. 1, pp. 135-153.
- Ravndal, E. 1999, *Kvinnens helse i Norge Norges offentlige utredninger*, Sosial- og helsedepartementet. Oslo, 1999:13.
- Ravndal, E. 1991, "Kvinnelige stoffmisbrukere i behandling -myter, mulighet, begrensninger", *Stoffmisbruk* no. 6, pp. 30-35.

- Ricoeur, P. 1976, *Interpretation theory : discourse and the surplus of meaning* Texas Christian University Press, Fort Worth, Tex.
- Riessman, C. K. 1993, *Narrative analysis* Sage, Newbury Park, Calif.
- Rosenbaum, M. 1981, *Women on heroin* Rutgers University Press, New Brunswick, N.J.
- Skau, G. 1992a, "begrepsklargjøring: Krenkelser, overgrep og mishandling," in *Mellom makt og hjelp*, Tano, Oslo, pp. 91-100.
- Skau, G. M. 1992b, *Mellom makt og hjelp : en samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper* Tano, <Oslo>.
- Skott, C. 2004, "Innebørd och mening-det hermeneutiska perspektivet," in *Berettelsens praktik och teori. Narrativ forskning i et hermeuneutisk perpektiv*, Forfatterna och Studentlitteratur 2004, ed., www.studentlitteratur.se, Lund, pp. 65-71.
- Skretting, A. Ungdomsundersøkelsen 2004. Statens Institutt for Rusmiddelforskning and SRUS. www.sirus.no . 2005. Statens Institutt for Rusmiddelforskning. SIRUS. Ref Type: Electronic Citation
- Somers, M. 1994, "The narrative constitution of identity : A relational and network approach", *Theory and Society*, vol. 23, pp. 605-649.
- Sosial-og helsedirektoratet 2004, *Fakta om narkotiske stoffer*, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.
- Stall, R. & Biernacki, P. 1986, "Spountaneous Remission from the Problematic Use of Substance : An Inductive Model Derived from Comparative Analysis of the Alcohol, Opiate, Tobacco, and Food/Obesity Literatures", *The International Journal of the Addictions*, vol. 21, pp. 1-23.
- Stephens, R. C. 1985, "The sociocultural view of heroin use: toward a role-theoretic model", *Journal of Drug Issues* pp. 433-446.
- Svensson, B. 2000, "Den paradoxala narkotikafrågan," in *Narkotikamissbruk Debatt, behandling och begrepp*, Johnsson E, Laanemets L, & Svensson K, eds., Studentlitteratur Lund, Lund, pp. 21-39.
- Svensson, T. 1992, *Människa, interaktion och social omgivning : en grundbok i socialpsykologi med särskild tillämpning på psykiatrisk vårdproblematik* Ekbacken, Mullsjö.
- Tones, K. 2001, *Health promotion : effectiveness, efficiency and equity* Nelson Thornes, Cheltenham.
- Trulsson, K. 2003, *Konturer av ett kvinnligt fält : om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling* Socialhögskolan, Lunds universitet, Lund.

World Health Organization Regional Office for Europe 1998, *Health 21:an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 5.

World Health Organization. 2006, *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*, World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen.

Vedlegg 1



Folkehelsekoordinator Astri Vikan
Helse Nord-Trøndelag HF
FOU-stab, sykehuset Levanger
7600 Levanger

Tlf: 97951175
e-mail: astri.vikan@hnt.no

Foreningen Mot Stoff Innherred ved Heidi Norman Austad, Finstadgården, 7650 Verdal
Interesseforeningen for tidligere narkomane ved Mariann Green, Ulvilla, 7660 Vuku

Forespørsel om bistand til å rekruttere deltagere til å delta i en vitenskapelig undersøkelse;

Fra narkoman til nyktern. Tidligere kvinnelige heroimmisbrukeres erfaringer. En kilde til kunnskap om helsefremmende prosesser.

Jeg arbeider til daglig med folkehelse spørsmål i Nord-Trøndelag fylke med Helse-Nord-Trøndelag HF som arbeidsgiver. I tillegg er jeg student ved Den Nordiske Høgskolen for Folkhelsevitenskap i Göteborg. I den forbindelse skal jeg skrive en masteroppgave knyttet til folkehelse spørsmål.

Som pårørende har jeg sett på nært hold hvor vanskelig det er å komme seg ut rusavhengighet. Jeg har stor respekt for den kampen som føres av den enkelte for å bli nykter og er interessert i å få en dypere forståelse for enkeltes erfaringer. Jeg vil derfor gjennomføre en intervjuundersøkelse hvor formålet er å undersøke, beskrive og analysere, med utgangspunkt i den tidligere kvinnelige heroimmisbrukeres opplevelser, hvordan hun har erfart livet med heroimmisbruk og nå opplever livet uten rus. Ved å bringe dette temaet fram gjennom å lytte til tidligere misbrukeres egen historie kan vi få kunnskap om hvordan vi skal utforme forebyggingsprogram som oppleves meningsfylt av den enkelte bruker.

Jeg retter denne forespørselen til foreningen i håp om å få bistand til å finne personer som er interessert i å delta. Intervjupersonene skal være kvinner under 35 år som er nyktre, enten ved hjelp av medikamentstøttet behandling eller uten medikamentstøtte. De skal være i en stabil livssituasjon og ha en følelse av kontroll samt ha ressurser og overskudd til å takle hverdagslivets utfordringer.

Vedlagt følger en forespørsel med informasjon om å delta i undersøkelsen, samt samtykkeerklæring som gis til den aktuelle intervjuperson. Foreningen formidler navn, adresse og telefonnummer til meg på de som er interessert. Jeg tar videre kontakt med den enkelte.

Jeg planlegger å gjennomføre intervjuene i løpet av høsten 2005. Jeg håper derfor at foreningen har forespurt aktuelle intervjupersoner innen 1. november.

Prosjektet er vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Region Midt-Norge som i møte 19.august 2005 har godkjent at prosjektet gjennomføres.

Vennlig hilsen

Astri Vikan

Vedlegg 2



Folkehelsekoordinator Astri Vikan
Helse Nord-Trøndelag HF
FoU-stab, sykehuset Levanger
7600 Levanger

Tlf: 97951175
e-mail: astri.vikan@hnt.no

Forespørsel om å delta i en vitenskapelig undersøkelse

Bakgrunn

Jeg arbeider til daglig med folkehelse spørsmål i Nord-Trøndelag fylke med Helse Nord-Trøndelag HF som arbeidsgiver. I tillegg er jeg student ved Den Nordiske Høgskolen for Folkehelsevitenskap i Göteborg. I den forbindelse skal jeg skrive en masteroppgave knyttet til folkehelse spørsmål med tittel *Fra narkoman til nykter. Tidligere kvinnelige heroinmisbrukeres erfaringer. En kilde til kunnskap om helsefremmende prosesser.*

Målsetting for studien

Det er mangel på vitenskapelige studier som gir kunnskap om hvordan tidligere kvinnelige rusmisbrukere har erfart livet med rus og hvordan de nå opplever livet uten rus. En av nøklene til kunnskap om det helsefremmende ligger hos den som "selv har kjent hvor skoen trykker." Det er derfor viktig at slike erfaringer bringes fram som en del av kunnskapsgrunnlaget for helsefremmende arbeid.

Målet med undersøkelsen er å undersøke, beskrive og analysere, med utgangspunkt i den tidligere kvinnelige heroinmisbrukers opplevelser, hvordan hun har erfart livet med heroinmisbruk og nå opplever livet uten rus.

Metode

I denne undersøkelsen brukes det kvalitativt forskningsintervju, dvs en samtale hvor du forteller om dine erfaringer, slik du har opplevd dem. Intervjuet kan vare inn til 1,5 time. Det blir tatt opp på bånd og du har rett til å se utskriften av samtalen. Avskriften av din fortelling er grunnlag for gjennomføring av masteroppgaven.

Kriterier for deltagelse

I alt 6 kvinner med eller uten barn under 35 år med erfaringer som tidligere rusmisbrukere blir invitert til å delta.

Risiko/Ubehag

Dersom samtalen skulle vekke til live opplevelser du føler det er vanskelig å hankses med etterpå, vil du kunne henvende deg til meg slik at jeg kan henvise deg til samtale med fagpersoner som er kjent med formålet med intervjuundersøkelsen

Frivillighet

Jeg understreker at samtalen er frivillig og at du må samtykke skriftlig for å delta. Du kan til enhver tid trekke samtykket tilbake uten å begrunne det.

Databehandling/Taushetsplikt

Navn på personer og lokaliteter blir endret i utskriften og skulle du fortelle om opplevelser som vil kunne gjenkjennes av andre, vil jeg stryke dem i samråd med deg. Prosjektmedarbeiderne har taushetsplikt. Opplysningene vil ikke bli overført til andre. Alle data behandles konfidensielt i henhold til Forvaltningslovens § 13 og Helsepersonellovens § 20. Data lagres i aidentifisert form i en database slik at intervjupersonene kun er registret med løpenummer. Undersøkelseresultater samt navneliste som knytter løpenummer opp mot navn oppbevares forskiftsmessig.

Økonomi

Utgifter i forbindelse med intervjuet blir dekket.

Etisk og faglig vurdering

Prosjektet er vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Region Midt-Norge som i møte 19.august 2005 har godkjent at prosjektet gjennomføres.

Sentrale medarbeidere

Veileder:

Utbildningschef/docent Lars Freden, Nordiske Høgskolen for Folkehelsevitenskap, Göteborg, Sverige.

Referansegruppe:

Mariann Green, Interesseforeningen for tidligere narkomane, Midt-Norge Ulvilla 7660 Vuku. Overlege Jan Egil Wold, Helse Nord-Trøndelag, BUP, Sykehuset Levanger 7600 Levanger. Ass. Lege/forsker Arve Strandheim, Helse Nord-Trøndelag, BUP, Sykehuset Levanger 7600 Levanger.

Vennlig hilsen

Astri Vikan.

Ansvarlig for gjennomføring av undersøkelsen

Vedlegg: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Fra narkoman til nyktern. Tidligere kvinnelige heroinmisbrukeres erfaringer. En kilde til kunnskap om helsefremmende prosesser

Jeg har lest informasjonsskrivet og har hatt anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker i å delta i prosjektet

Dato, sted

Underskrift

